ХХ/30

торскихъ диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ
ГОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1910—
1911 учебномъ году.

С
ХХ/
30
7 НОЯ 2012

№ 19.

КЪ ВОПРОСУ О ТРАХОМѢ.

(МАТЕРІАЛЫ ПО ИЗУЧЕНІЮ ТРАХОМЫ ВЪ ЗЕМСТВѢ).

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Василія Макаровича Самсохова.

Работа изъ Гуляйпольской Земской больницы Александр. уѣзда Екатериносл. губ.

Цензорами диссертаціи по порученію конференціи были: академикъ **Л. Г. Беллярминовъ**, профессоръ **А. И. Моисеевъ** и приватъ-доцентъ **Я. В. Зеленковскій.**

Кафедра Загальної Гігієни та Епідеміології
Х. М. І.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія В. Я. Мильштейна. Выб. ст., Нижегородская 14.
1910.

V 63240

1950
Переучет-60
7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацію врача В. Самсонова, подъ заглавіемъ «Къ вопросу о трахомѣ» (Матеріалы по изученію трахомы въ земствѣ) печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академію 500 экземпляровъ самой диссертаціи и 300 экземпляровъ краткаго резюмэ ея (выводовъ), при чемъ 150 экземпляровъ диссертаціи и выводы должны быть доставлены въ канцелярію академіи, а остальные 350 диссертацій—въ библіотеку академіи.

С.-Петербургъ, 4 декабря 1910 г.

Ученый секретарь, академикъ
В. Діанинъ.

Харк. Мед. Інституту
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

Глава I.

Исторія, терминологія и опредѣленіе трахомы.

Глаза есть важнѣйшій органъ человѣческаго организма. Такъ Грефе А. говорилъ, что глазъ есть органъ, который вліяетъ на питаніе нашей души, на основу нашего міросозерцанія, а также на взаимныя отношенія между людьми. О предѣлахъ этого вліянія едва-ли можетъ отдать себѣ отчетъ тотъ, кто обладаетъ не поврежденнымъ органомъ зрѣнія. Поэты воспѣваютъ глазъ, ораторы прославляютъ его, но полная оцѣнка глаза погружена въ безмолвной тоскѣ тѣхъ, которые обладали имъ и лишились его. Дикгофъ въ статьѣ о воспитаніи и образованіи слѣпыхъ пишетъ: уже съ шестой недѣли въ ребенкѣ появляется первая искра сознанія и онъ начинаетъ узнавать мать, это первое ощущеніе, первое сужденіе и первое понятіе ребенка—не то со слѣпымъ: онъ, находясь въ свѣтѣ, какъ бы изгнанъ изъ царства свѣта. Слѣпой ребенокъ понимаетъ хотя и медленно материнскую любовь посредствомъ слуха, и первая его улыбка есть свидѣтельство того, что солнечный лучъ любви проникъ въ его внутренній покрытый покровомъ міръ, и что во мракѣ уже зарождается свѣтъ. Далѣе ребенокъ приспосабливается и бываетъ относительно счастливъ въ невѣдѣніи того, чего ему недостаетъ, его недостатокъ не мѣшаетъ его веселости. Развѣ мы несчастны отъ того, что мы не можемъ летать, или оттого, что не обладаемъ преимуществами высшаго насъ существа. У слѣпого ребенка нѣтъ понятій видѣть или невидѣть, онъ незнаетъ свѣта и его дѣйствій. Положеніе въ свѣтѣ слѣпого, его права и обязанности уже болѣе не сознаются имъ, и это притупляетъ въ немъ его прежнюю энергію.

Нравственное и практическое достоинство человѣка падаетъ, его существованіе теперь не зависитъ отъ него, а отъ ближнихъ, его интеллектуальное образованіе увядаетъ и онъ теряетъ свойственное человѣку возбуждающее и облагораживающее вліяніе надъ окружающимъ.

Въ своей брошюрѣ «о сущности выразительной способности глазъ» проф. Адамюкъ говоритъ такъ: глазъ есть зеркало души, въ глазахъ выражается сердце человѣка, еще Plinius сказалъ «oculos cum osculamur, animam ipsam videmur attingere», т. е. когда разсматриваемъ глаза кажись самую душу видимъ.

М. Рейхъ въ статьѣ о слѣпыхъ вообще и на Кавказѣ пишетъ «глазъ является какъ бы живымъ полотномъ съ безконечной чувствительностью. Воздухъ ударяется въ предметъ, отъ этого предмета, отражается въ глазъ, который вслѣдствіе этого получаетъ безконечную массу различныхъ впечатлѣній, смотря по природѣ, формѣ, цвѣту этого предмета и можетъ быть смотря по качествамъ воздуха, предметъ рисуется разнообразіемъ этихъ впечатлѣній; можно было бы видѣть посредствомъ кожи тѣла такъ же хорошо, еслибъ она была также чувствительна, какъ и глазъ».

Schmidt-Bimpler въ вопросѣ о значеніи зрѣнія передаетъ, что чѣмъ менѣе развиты чувства, тѣмъ менѣе воспринимаетъ и творитъ духъ, съ утратой глазъ—утрачивается и жизнь.

Д-ръ А. Скребицкій говоритъ, чтобы уяснить себѣ вліяніе лишенія зрѣнія на человѣка, недостаточно закрыть или завязать себѣ глаза. Удовольствовавшись такимъ пріемомъ, мы получили бы весьма неполное понятіе о состояніи слѣпого отъ рожденія или потерявшаго зрѣніе при жизни. Мы не исключили бы всѣхъ впечатлѣній отъ предшествовавшаго пользованія зрѣніемъ, Чтобы качественно отличить другъ отъ друга тѣ ощущенія, изъ коихъ слагаются представленія, нужно имѣть способными слухъ и зрѣніе. Зрѣніе представляетъ предметы въ ихъ цѣломъ съ оттѣнками цвѣта и красокъ, съ внѣшними очертаніями; часто путемъ зрѣнія мы знакомимся даже съ внутренними свойствами предметовъ. Зрѣніе это осязаніе на разстояніи, это чувство пространства, времени, міровое чувство. Зрительныя представленія есть итогъ сложной психической работы. Дефектъ зрѣнія даетъ извѣстный пробѣлъ въ психикѣ, устраняя изъ ея области объективный и субъективный матеріалъ для мышленія, чувствованій и хотѣній, основанныхъ на зрѣніи. Больной чувствуетъ свѣтовой голодъ, ищетъ его всѣми средствами, обращаетъ голову въ сторону оконъ, дѣлаетъ движеніе руками, наслаждаясь только чередованіемъ тѣней и свѣта. Ослѣпшій больше слѣпого сознаетъ, что онъ находится во тьмѣ, т. к. знаетъ, что такое свѣтъ.

Мы считаемъ его несчастнымъ и онъ самъ сознаетъ это вполнѣ, т. к. чувствуетъ всѣмъ своимъ существомъ лишеніе радостей отъ зрѣнія. Талантливый слѣпецъ Саундерсонъ, рано потерявшій зрѣніе, съ успѣхомъ занималъ каѳедру математики въ Кембриджскомъ университетѣ и считался лучшимъ толкователемъ оптическихъ законовъ Ньютона. Онъ могъ демонстрировать законы діоптрики и катоптрики, но разложеніе свѣта, проходящаго сквозь призму, для него было terra incognita. Ослѣпшіе отъ различныхъ болѣзней въ полномъ возрастѣ, занимаютъ мѣсто среди двухъ міровъ, по своимъ понятіямъ или привычкамъ они ничѣмъ не отличаются отъ зрячихъ, по отсутствію возможности видѣть и по вытекающей отсюда зависимости они не отличаются отъ слѣпорожденныхъ. Ослѣпшіе «потомъ» имѣютъ правда преимущества: представленіе о цвѣтахъ, пространствѣ, движеніи даетъ огромный запасъ свѣдѣній, которыхъ слѣпорожденный достигаетъ путемъ труднымъ, окольнымъ. Но это скоро увядаетъ послѣ того, какъ улеглось первое отчаяніе о невозвратимой потерѣ зрѣнія; слѣпые изо дня въ день ждутъ наступленія ночи, чтобы видѣть сны, и призраками, среди которыхъ возстаютъ образы минувшаго счастья, вознаградить потерю. Съ годами и это уничтожается и они живутъ, какъ и слѣпорожденные проникающими черезъ слухъ и осязаніе впечатлѣніями, они удаляются отъ общества глубоко потрясенные, нравственное состояніе ихъ омрачается воспоминаніемъ о прошломъ и

этой придавленностью останавливается умственная жизнь, они всегда дѣлаютъ сравненія между прежнимъ и настоящимъ. Вырванные изъ среды, оторванные отъ занятій, оставленные одни, они постоянно раздражительны, они уходятъ въ себя, замыкаются, недовѣряютъ, высказываютъ строгія, рѣзкія сужденія, они безпомощны физически. Образно слѣпого сравниваютъ съ домомъ, имѣющимъ красивыя и широкія ворота, но безъ оконъ и потому темнымъ внутри, тогда какъ другихъ страдальцевъ глухонѣмыхъ сравниваютъ съ домомъ съ окнами, но безъ воротъ (ушей). Потеря зрѣнія дѣлаетъ человѣка идіотомъ, ослѣпшій гораздо несчастнѣе глухого, т. к. онъ не можетъ видѣть людей, съ которыми говоритъ. Когда одного ослѣпшаго отъ трахомы спросили, что лучше: быть слѣпымъ или глухимъ, онъ отвѣтилъ: богатому лучше быть слѣпымъ, т. к. пользуясь благами образованія и рѣчью онъ можетъ быть въ обществѣ съ людьми, если же онъ бѣденъ—то лучше быть глухимъ. Dudch das Auge tritt der Mensch indie Welt, durch das Ohr tritt die Welt in den Menschen.

Слѣпецъ и нищій это почти синонимы особенно у насъ въ Россіи, потому что масса людей, теряющихъ зрѣніе, принадлежатъ къ бѣдному классу и ходятъ съ сумой.

Вездѣ болѣзни при своемъ шествіи по городамъ и деревнямъ выбираютъ преимущественно помѣщенія нечистоты, общественнаго бѣдствія и несчастья, такъ какъ по словамъ Вирхова только образованіе, благосостояніе и свобода единственное ручательство въ прочности здоровья народа.

Точно также можно сказать и относительно трахомы, что отношенія послѣдней къ образованію и культурѣ обратныя и существуетъ безусловная параллель между страданіемъ глазъ физическимъ и страданіемъ населенія въ смыслѣ образовательномъ. Трахома въ деревнѣ часто лишаетъ человѣка зрѣнія и если послѣднее ослабло, такъ что занятіе для него становится невозможнымъ, то значитъ этотъ человѣкъ превратился уже въ слѣпца, не важна при этомъ степень сохранившагося зрѣнія, но важно то, что онъ существуетъ за счетъ другихъ, и если бы

только удалось помѣшать слѣпотѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она можетъ быть предотвращена, то это по наимѣнѣе благопріятной оцѣнкѣ Cohn'a уменьшило слѣпыхъ на $^1/_3$ всего количества и слѣдовательно въ Европѣ было бы на 100 тысячъ слѣпыхъ меньше.

Филантропы не могли бъ найти для себя болѣе достойной задачи, какъ способствовать уменьшенію этого несчастья да и самому государству было бы выгодно: оно могло бы сберечь изъ расходовъ по содержанію и леченію этихъ больныхъ сотни тысячъ рублей, чего достаточно на самыя широкія профилактическія мѣропріятія противъ трахомы и расходы на выясненія принципа генеалогической связи трахомы съ другими болѣзненными явленіями жизни населенія.

Trachoma отъ слова τραχύς, asper, scaber, шероховатый—зернистое воспаленіе глазъ (ophthalmia granulosa), трахоматозное воспаленіе соединительной глазной оболочки (conjunctivitis trachomatosa), просто трахома, у насъ на востокѣ Россіи «чувашская болѣзнь», ophthalmia taurica, или школьная болѣзнь, грануляціи или зернистость соединительной оболочки, adenoconjunctivitis specifica, египетское или прилипчивое военное воспаленіе глазъ (ophthalmia egyptica, militaris, s. contagiosa), palpebra ficosa т. к. пораженная трахомой конъюнктива походитъ на разрѣзанную смокву. Подъ Египетскимъ воспаленіемъ глазъ не всѣ авторы понимаютъ именно трахому, напримѣръ Arlt—бленнорреею глазъ, Gulz—катаръ съ бленореей и трахомой и т. д. Д-ръ Уеръ называетъ трахому ophthalmia purulenta epidemica, потому, что въ Египтѣ много видовъ глазныхъ болѣзней, трахома же встрѣчается и въ другихъ странахъ. Адамсъ ссылаясь на описаніе Авицены называетъ трахому ophthalmia asiatica, основываясь на томъ, что она господствуетъ во многихъ мѣстахъ Азіи. Многіе называли ее ophthamia bellica, какъ болѣзнь, распространяющаяся главнымъ образомъ среди войскъ въ военное время.

Blepharophthalmia, ophthalmo-blepharo-blenorrea, blepharitis grandularis contagiosa, blepharoophthalmia catarrhalis bellic., militaris, adenitis palpebrarum contagiosa, ophthalmia

purulenta contubernalis, ophthalmia purulenta, ophthalmo-blepharo-pyorrea, pyophthalmia, aspritudo, scasbrities oculorum, pladarotes, trachytes, sycosis, hypersarcomata palpebra ficosa, aspritudo conjunctivae palpebralis brevisant longa, quae vix unqnam finiatur (Цейсъ дис. Ив. Бѣлиловскаго 1863 г.), blenorrhea chronica, blenorrea catarrhalis... все это названія трахоматозной болѣзни съ древнихъ временъ, когда то или другое болѣзненное явленіе пытались изобразить образно сравненіемъ видовъ болѣзни съ видимыми явленіями въ природѣ.

Описаніе симптомовъ трахомы мы встрѣчаемъ еще на папирусѣ Эберса за 3500 лѣтъ до Р. Х. Еще Гиппократъ, Аэцій описывали болѣзни глазъ, сходныя съ трахомой, зависимыя отъ времени года или атмосферныхъ вліяній, трахому также описывалъ Плутархъ и арабскіе врачи, Галенъ утверждалъ, что воспаленія глазъ бываютъ очень заразительны и могутъ распространяться подобно чумѣ, видимо имѣя въ виду трахому. Цельсъ, Теодосій Северъ и др. римляне описывали трахому: nonnunquam etiam ex aspritudine lippitudo fit, deinde asperitudinem ipsam auget, fitque ea in aliis brevis, in aliis longa, et quae vix unquam finiatur. In hoc genere valetudinis quidem crassas durasque palpebras et ficulneo folio et asperato specillo et interdum scalpello eradunt, versasque quotidie medicamentis suffricant, quae neque nisi in magna vetustaque asperitudine, neque saepe facienda sunt. Слова: palpebrae crassae, durae et asperae выражаютъ собой именно тотъ наружный видъ внутренней поверхности вѣкъ, который получаетъ конъюнктива въ періодѣ глубокой инфильтраціи именнно при трахомѣ. Moses, Boricelli, Bases описывали также заразную глазную болѣзнь, переходящую чрезъ воздухъ, которой болѣла масса народа. Benedictus, Faventius, описывая трахому, объяснялъ себѣ зараженіе трахомой отъ глазнаго гноя, растворенаго въ воздухѣ, окружающемъ больного, при чемъ этотъ гной, касаясь здороваго глаза, вызывалъ такую же заразную болѣзнь. Petrus Forestus говоритъ объ эпидемической глазной болѣзни, распространившейся по Италіи въ 3 мѣсяца въ 1565 году. По Fuchs'у въ половинѣ 17-го вѣка въ Бельгійской арміи сильно распространялась трахома, и на каждые 5 солдатъ былъ одинъ трахоматозный, въ 1834 г. трахома развилась на столько, что въ арміи было до 4000 слѣпыхъ на оба глаза по причинѣ трахомы и до 10000 съ поврежденіемъ одного глаза.

Англійскій врачъ Monro также описываетъ эпидемію глазныхъ болѣзней, свирѣпствующую въ Англіи въ войскахъ въ 1766 г. Русскіе войска въ Финляндіи сильно страдали трахомой въ 18 вѣкѣ.

Врачъ Prosprus Alpinus, жившій въ 16-мъ вѣкѣ, почти первый подробно описалъ воспаленіе глазъ въ Египтѣ, тамъ много бывало слѣпыхъ преимущественно отъ трахомы, бывали времена и мѣста, когда по описанію врача Флоріо тамъ на сто жителей считалось 10 косыхъ, 10 слѣпыхъ и 20 болѣющихъ глазами.

Большая мечеть въ Каирѣ въ сороковыхъ годахъ прошлаго вѣка давала пропитаніе 8000 слѣпымъ, почему Египетъ иногда называли страной слѣпыхъ. Врачъ Müzell (1764 г.) описывалъ рѣдкую офтальмію, при которой сосуды выростаютъ, какъ грибки и лечить которую нужно вырѣзываніемъ этихъ грибковъ. Plenk (изъ Вѣны) описывалъ довольно точно трахому въ слѣдующихъ словахъ: hic affectus etiam sycosis, seu palpebrarum ficosa dicitur, quia interna palpebrae superficies ficus discissi ab instar granulosa evadit.

Въ грануляціяхъ трахомы одни авторы описывали гипертрофію или хроническое воспаленіе нормальныхъ элементовъ соединительной оболочки сосочковъ и железокъ, другіе видѣли въ нихъ независимыя различнаго рода разращенія и нарощенія, неровности съ неизвѣстными свойствами. Иногда въ описаніяхъ смѣшивалось и то и другое, при чемъ большинство авторовъ эти паталогическія нарощенія оболочки ставили въ связь съ острымъ бленорройнымъ воспаленіемъ или же съ началомъ хронической формы бленорреи и тѣмъ смѣшивали два отдѣльныхъ страданія трахому съ бленорреей, считая однако, что при послѣдней заболѣваютъ только слизыстые мѣшки, а при трахомѣ бываетъ выпотъ подъ эпителій. Нѣкоторые же оф-

тальмологи изъ Бельгіи (Haigion) отличали трахому отъ бленорреи, но смотрѣли на грануляціи какъ на такія совершенно новыя образованія, которыя стоятъ внѣ связи съ фолликулами или сосочками. Особенно часто бленоррея смѣшивалась съ трахомой именно въ Египтѣ, гдѣ чаще всего свирѣпствовала бленоррея, которая по существу и праву могла назваться египетской болѣзнью. Такъ врачи французской арміи (1798—99 годъ) Ларей и Деженетъ передавали, что хотя много англійскихъ и французскихъ солдатъ въ Египтѣ и заболѣвали заразной болѣзнью глазъ, но эти больные были вовсе не причина распространенія бывшей раньше въ Европѣ трахомы; видимо солдаты эти страдали бленорреей глазъ, а не трахомой.

Есть и другія изслѣдованія, дающія возможность думать, что египетская болѣзнь офтальмія не есть трахома, а бленоррея и скорѣе можно назвать холеру индійской, т. к. Индія и до сихъ поръ служитъ гнѣздомъ холеры, сифилисъ—французскимъ, золотуху—русской, чѣмъ трахому—египетской, хотя несомнѣнно извѣстно, что въ Египтѣ была трахома еще за 16 вѣковъ до Р. Х., но не только египетскія дельты, но и волжскія, рейнскія, индійскія и среднеазіатскія были гнѣздами трахомы. Среди монголовъ Азіи она была такъ распространена, что ею сильно страдалъ монгольскій вождь Тамерланъ и многіе его приближенные.

Также недостаточно для трахомы названіе военной болѣзни, т. к. въ настоящее время да и въ древнія времена она не менѣе часто встрѣчалась среди другихъ частей населенія, и терминъ „militaris“ соединенъ съ трахомой по тому, что наблюденія въ началѣ 19-го вѣка, когда особенно появилась въ Европѣ сильная трахома въ осложненіи съ бленорреей,—производились главнымъ образомъ среди войсковыхъ частей, гдѣ сосредоточенъ былъ тогда весь санитарный надзоръ, какъ на элементѣ крайне необходимомъ для государства; о страданіяхъ же народной массы имѣлось мало представленій и понятій. Еще въ 1700 году регистрировалась масса трахомы въ англійскихъ войскахъ. Во времена Екатерины II появилась сильная эпидемія трахомы въ Новороссійскомъ краѣ (Адамюкъ), въ это же время трахомой страдали войска въ Вестфаліи (Арльтъ). Въ 1801 году трахома регистрировалась въ войскахъ на Мальтѣ и Генуезской провинціи, въ слѣдующемъ году на Гибралтарѣ, Эльбѣ, затѣмъ въ 1806 г. въ Сициліи, Мантуѣ, Падуѣ Веронѣ, Венеціи, Испаніи, Венгріи. Въ Англіи, распространяясь съ 1802 г., уже въ 1810 г. въ госпиталяхъ Кильмангама и Чельзи было зарегистрировано 2317 душъ, потерявшихъ отъ трахомы зрѣніе на оба глаза, не говоря уже о поврежденныхъ на одинъ глазъ. Въ египетскомъ корпусѣ Наполеона почти у всѣхъ была то трахома, то бленоррея (30 тысячъ душъ).

Въ 1813 г. прусскій гарнизонъ около Майнца сильно страдалъ трахомой до 1819 г. при чемъ зарегистрировано было 1146 больныхъ, изъ коихъ 150 слѣпыхъ. Во всей прусской арміи за это время было отмѣчено до 25 тысячъ солдатъ больныхъ трахомой (Fuchs.). Въ этомъ періодѣ появляется эпидемія трахомы и среди голландскихъ и австрійскихъ войскъ.

Въ 1814 году трахома распространилась по Скандинавіи. Въ Русскихъ войскахъ, бывшихъ во Франціи въ 1816 г., было трахоматозныхъ до 5000 душъ, во всей же русской арміи отъ 1818—1839 г. страдало до 76811 душъ трахомой, при чемъ было до 900 слѣпыхъ съ поврежденіемъ одного глаза и 654 слѣпыхъ на оба глаза по причинѣ сильной трахомы (Фухсъ).

Др. Кучковскій описывалъ эпидемію трахомы въ войскахъ царства Польскаго въ 1835 г., гдѣ сильно свирѣпствовала трахома до 21 г. и нѣсколько притихнувъ, вновь появилась въ 1833 г.

Въ 1834 г. (Юнгкенъ) въ Бельгійской арміи было 10,000 слѣпыхъ на одинъ глазъ и до 4 тысячъ на оба глаза преимущественно отъ трахомы, въ Португаліи же до 10 тысячъ трахоматозныхъ солдатъ и среди нихъ 55 ослѣпшихъ отъ трахомы. Въ 1849 г. изслѣдованіемъ 6171 солдатъ въ Даніи зарегистрировано было 1156 трахоматозныхъ въ одномъ Копенгагенѣ (Фухсъ).

Въ сороковыхъ годахъ по даннымъ врача Вотыцки въ

Бельгійской арміи больныхъ трахомой и бленорреей было 6452 души, изъ коихъ 3371 немного оправились, 2397 посланы на родину, 109 окривѣло и 91 ослѣпло, и это при началѣ эпидеміи. Въ Австрійскомъ гарнизонѣ во Флоренціи съ 1849—1851 г. изъ 9000 душъ солдатъ заболѣли 2212, изъ коихъ затѣмъ 50 душъ ослѣпли. Въ Крыму трахома среди солдатъ одно время считалась эндемичной и называлась ophthalmia taurica, и когда войска оттуда ушли во Францію въ 1815 г. болѣзнь стала утихать, но вернувшись въ Крымъ почти здоровыми войска чрезъ 5—6 мѣсяцевъ опять стали страдать «сей язвой», какъ передаетъ въ своемъ донесеніи военный врачъ Шуллеръ. Въ 1823 году эпидемія трахомы развилась среди матросовъ Кронштадта, въ 1835 г. въ войскахъ Петербурга, 1834 г. среди кантонистовъ въ Екатеринославѣ настолько, что многіе стали отъ нея слѣпыми, и Высочайше повѣлено было командировать туда «опытнаго въ леченіи глазъ медика и благонадежнаго штабъ-офицера», эти лица и «потушили болѣзнь успѣшно», вылечивъ быстро 776 душъ причемъ только одинъ будто потерялъ зрѣніе. Также быстро, по военному лечили трахому и въ Крыму, куда въ 1835 г. былъ командированъ ординаторъ Кабатъ, который зарегистрировалъ среди войскъ Севастополя до 500 душъ трахоматиковъ, они вскорѣ какъ будто также оправились, и изъ нихъ только двое ослѣпли, а 4 окривѣли.

При обзорѣ этихъ историческихъ данныхъ приходится останавливаться только на голыхъ фактахъ появленія трахоматозной эпидеміи и времени ея распространенія, сгруппировавъ ихъ въ одно цѣлое, отбросивъ все то, что внушало тѣ или другія подозрѣнія насчетъ сущности трахомы.

Такъ какъ наблюденія надъ трахомой особенно въ прошлыя времена велись не повсемѣстно, безъ опредѣленной системы, главнымъ образомъ среди войскъ, а не массы народной—то и точность регистраціи ихъ далеко отстоитъ отъ истинной.

Dr. Адамсъ одинъ изъ первыхъ сдѣлалъ докладъ французскому правительству въ 1814 г. и сообщилъ, что глазная болѣзнь, распространившаяся въ Парижѣ есть египетское воспаленіе глазъ и занесена изъ Египта войсками; долго оспаривали тогда специфичность и происхожденіе этой болѣзни, но большинство врачей-практиковъ пришли къ соглашенію, что это страданіе можетъ появиться вездѣ при аналогичныхъ обстоятельствахъ.

Англійскій госпитальный врачъ Ветчь еще въ 1820 г. утверждалъ, что египетское воспаленіе глазъ (т. е. зернистое) заразительно. Люди заразились въ Египтѣ, на дорогѣ и дома чрезъ переносъ матеріи съ глаза на глазъ; тогда же стали придавать въ распространеніи трахомы большое значеніе мухамъ, какъ носителямъ заразы, нѣкоторые (Adams) допускали зараженіе и чрезъ воздухъ, затѣмъ придавалось большое значеніе и слизи дѣторожныхъ частей, попадающей въ глаза и дѣйствующей какъ зараза при трахомѣ, что могло быть и до возвращенія, или похода войскъ въ Египетъ, у себя на родинѣ.

Развитіе зернистой офтальміи связывали тогда съ появленіемъ особенныхъ холодовъ, сильнаго свѣта, тьмы, жара, росы, пыли и прочихъ атмосферическихъ вліяній; когда же этого не было, то искали виновниковъ въ міазматическихъ началахъ.

Dr. Armstrong передаетъ, что на пути въ Испаньолу въ 1782 г. англійскій корабль встрѣтилъ корабли съ невольниками и трехъ изъ нихъ, болѣвшихъ воспаленіемъ глазъ (зернистой офтальміей) принялъ къ себѣ, на кораблѣ вскорѣ появилась «жестокая глазная болѣзнь» и протекла мѣсяцевъ шесть.

Пр. Савенко, въ Лондонѣ среди англійскихъ солдатъ, наблюдая трахоматозное заболѣваніе, утверждалъ, что воспаленіе глазъ въ Кронштадтѣ въ 1823 г. среди матросовъ есть воспаленіе зернистое, подобное египетскому и занесено въ Европу и Кронштадтъ англичанами.

Извѣстный окулистъ Вег принадлежалъ къ врачамъ, не признававшимъ египетскаго воспаленія глазъ, и думалъ, что нарощенія при трахомѣ всегда суть слѣдствіе зараженія соединительной оболочки глазъ. Пр. Гейротъ на массѣ случаевъ наблюденій надъ трахоматозными полагалъ, что причины трахомы случайны, это есть или зараза, или по-

вѣтріе (міазма), дѣйствующая на конъюктиву вѣкъ, хотя бы она до того и была здорова. Юнгкенъ утверждалъ, что когда страдающій слезотеченіемъ и острымъ воспаленіемъ глазъ находится въ тѣсномъ помѣщеніи, то воздухъ окружающій на ст. портится, что у больныхъ болѣзнь обостряется, а у здоровыхъ съ незначительнымъ предрасположеніемъ заболѣваютъ глаза отъ вліяній этой атмосферы, что и говоритъ за то, что въ ней образуются міазмы, почему глазное зараженіе трахомой можетъ распространиться міазматически и зависѣть отъ свойствъ атмосферы и вліяній давленія воздуха, зноя, грозы, свѣта и пр.

Многіе врачи конца 18-го и начала 19-го вѣка, изучавшіе распространеніе офтальмій въ Египтѣ, полагали, что трахома тамъ постоянна, эндемична и зависитъ главнымъ образомъ отъ испареній Нила, частыхъ тумановъ и росы, она также постоянна въ Египтѣ, какъ колтунъ въ Польшѣ, пеллягра въ Италіи и сифились въ Россіи. Врачъ Ларлей свидѣтельствуетъ, что въ 1817 году среди солдатъ въ Пикардіи и Эльзасѣ особенно распространилась трахома потому, что войска были расположены по берегамъ рѣкъ, имѣвшихъ характеръ рѣкъ египетскихъ, т. к. въ этихъ мѣстахъ днемъ было при южныхъ и ю.-западныхъ вѣтрахъ 25—28° тепла по R., вечеромъ же воздухъ сырѣлъ и при С. В. и С. З. вѣтрахъ доходило до 9°. Офицеры арміи ходили тепло и сухо, держались въ чистотѣ и среди нихъ трахомы почти не замѣчалось.

Д-ръ. Макензи описываетъ такой опытъ: возвращаясь со своимъ полкомъ изъ Египта въ Сицилію, я хотѣлъ испытать заразительность египетской глазной болѣзни, напитавъ кусочекъ полотна гноемъ, взятымъ изъ глазъ больного, страдающаго гноетеченіемъ сильной степени,—я болѣе часу прикладывалъ къ своимъ глазамъ, вкладывая между вѣкъ, прохаживался противъ вѣтра и пыли, на ночь опять клалъ холстинку съ гноемъ—и не заболѣлъ. Слѣдовательно, заключаетъ онъ, не было предрасполагающей причины и достаточныхъ вліяній воздуха. Далѣе авторъ разсказываетъ случай, относящійся къ началу 1830 года, когда корабль, торгующій неграми, вы-

ѣхалъ изъ Европы 24-го янв., а 14-го марта вошелъ въ рѣку Калабара. Экипажъ 22 человѣка и принятые негры были здоровы. На возвратномъ пути чрезъ 15 дней, когда были близко отъ экватора, отъ сильнаго зноя днемъ и холода ночью появилось острое зернистое воспаленіе съ гноемъ, 160 негровъ, скученныхъ въ трюмъ и между палубами, заболѣли глазами, стали обмывать имъ глаза и выводить ихъ на палубу, но они не выздоравливали, предпочитали смерть рабству и жестокой болѣзни, они обнявшись бросались въ море. Скоро болѣзнь перебрала всѣхъ и капитана, немногіе не болѣли и управляли кораблемъ. Сильное воспаленіе конъюнктивы, радужной оболочки и язвы роговицы производили сильныя боли: 39 негровъ почти ослѣпли и какъ безполезные вопреки правамъ человѣчества и по праву сильнаго были брошены въ море, 12 ослѣпли на одинъ глазъ, а остальные, перенесшіе болѣзнь, были порочны. Судя по описанію, быстротѣ, ходу болѣзни и симптомамъ ея, нужно предполагать, что данное заболѣваніе было смѣшанной нфекціей трахоматознаго и бленорройнаго яда, что и привело скоро къ быстрому развитію болѣзни и исходу ея.

Здѣсь же передается, что, прибывшіе изъ Египта 300 ослѣпшихъ отъ бывшей зернистой болѣзни во времена св. Людовика, были помѣщены въ устроенномъ госпиталѣ, окружены уходомъ и чистотой и не служили причиной дальнѣйшихъ быстрыхъ распространеній болѣзни ни среди служащихъ госпиталя, ни среди посѣтителей. По этому нельзя сказать, чтобы эта болѣзнь была слишкомъ заразительной, она условно заразна, ophthalmia purulenta contagiosa ex praemissis condicionibus aetiologicis.

Сильная эпидемія трахомы распространилась въ 1865 г. среди дѣтей Бреславскаго пріюта глухонѣмыхъ и по Cohn'у, изучившему эту эпидемію, изъ 111 дѣтей хворало 84 главнымъ образомъ среди интерновъ, тогда какъ среди приходящихъ дѣтей трахомы почти не наблюдалось.

По Fuchs'у въ тридцатыхъ годахъ среди бельгійскаго населенія наблюдалось до 1/6 части трахоматозныхъ. Marques описалъ эпидемію трахомы въ Португаліи въ 1849 г.,

«когда среди войскъ въ Лиссабонѣ была эпидемическая катарральная конституція» Bendz указываетъ на 1807 года какъ годъ, въ который трахома особенно распространилась въ Копенгагенѣ среди населенія и войскъ, въ числѣ которыхъ были и солдаты, прибывшіе изъ Египта (Дѣловъ).

Въ работѣ Зенона Цывинскаго 1872 г. находимъ, что въ офталомологическомъ институтѣ Варшавы за 1854—64 г. было 23.570 глазныхъ, изъ коихъ 67 проц. страданій конъюктивы и вѣкъ и 34 проц. трахоматозныхъ. Въ Виленской лечебницѣ за 1860—72 г, На 14.409 глазныхъ—7.541 трахоматиковъ т. е. 52,3 проц. Армія на Кавказѣ по Рейну на 40.000 солдатъ имѣла 2.909 трахоматозныхъ т. е. 7,2 проц., тогда какъ среди рекрутъ, страдавшихъ трахомой, было только 3 проц. Варшавскій военный госпиталь 1864—70 г. на 4.360 глазныхъ имѣлъ 25,6 проц. трахоматозныхъ. Въ частной Виленской лечебницѣ за 1860—72 г. зарегистрировано 7.541 трахоматиковъ, что по отношенію ко всѣмъ глазнымъ составляло 40 проц., въ военномъ же госпиталѣ также на 1.235 глазныхъ зарегистрировано 401 трахоматозныхъ или 32,5 проц.

Сильно свирѣпствовала трахома (по Улику) въ 1875 г. среди австрійскаго флота, гдѣ на каждыхъ шесть матросовъ приходился одинъ съ трахомой. Въ предъидущемъ году послѣ расквартированія войскъ трахома стала сильно развиваться среди населенія и уже чрезъ годъ, только дѣти истарики не болѣли ею (Fuchs).

Въ этотъ же періодъ по изслѣдованіямъ Кона, Беккера, Манца, Ферстера и др. въ школахъ германіи было до 0,4 проц. трахомныхъ и до 18 проц. фолликулезныхъ дѣтей. Особенно сильна была трахома въ Англійскихъ воспитательныхъ домахъ, гдѣ по Бауману регистрировалось до 59 проц. трахомныхъ.

Въ Гольборнѣ по Бадеру въ школѣ для бѣдныхъ всѣ 500 дѣтей страдали трахомой, тоже найдено было и въ Ньюіоркскомъ пріютѣ. Въ сиротской школѣ Мехельна врачъ Негіоп нашелъ изъ 66 дѣвочекъ 64 трахоматозныхъ, въ Моисѣ изъ 74 учениць 71 съ трахомой. Изъ осмотрѣнныхъ д-ръ Земишемъ на 1.150 трахоматозныхъ заболѣваемость распредѣлялась слѣдующимъ образомъ:

БИБЛИОТЕКА
Кафедры Общей Гигиены
1-го Харьковского Медицинского Института

до	10	лѣтъ	трахоматозныхъ зарегистр.	6,9 проц.
»	10—20	»	»	39,5 »
»	20—35	»	»	44,4 »
»	< 35	»	»	9.2 » (Fuchs).

Эти и другія данныя исторической литературы о трахомѣ свидѣтельствуютъ о томъ, что главными очагами трахомы являлись еще съ давнихъ поръ войска и школы. Такъ по Гиршбергу въ 1896 г. на 7000 сельскихъ учениковъ восточной и западной Пруссіи было отъ 21—47 проц. трахомы., среди учениковъ городскихъ школъ 5—36 проц. трахомныхъ, въ гимназіяхъ же отъ 5—15 проц.

Въ Сиріи по ислѣдованію Палестинскаго Общества врачемъ Германомъ въ сельскихъ школахъ изъ 43 проц. глазныхъ дѣтей имѣлось 35 проц. трахоматозныхъ, въ городскихъ же изъ 26 проц.—только 9 проц.

Въ Палестинѣ въ сельскихъ школахъ трахоматозныхъ до 64 проц., въ городскихъ до 38 проц. По Хрущову въ Тверской губ. въ 18 школахъ съ 1000 учениками найдено трахоматозныхъ среди инородцевъ 15 проц. мальчиковъ и 28 проц. дѣвочекъ, среди русскихъ только 5—5,6 проц. Въ школахъ Воронежск. губ. среди 5804 учениковъ земскими врачами въ 1897 г., зарегистрировано 215 трахомныхъ т. е. 3,5 проц. Въ Херсонск. губ. по Хижнякову на 65 дерев. школъ съ 6559 ученик. въ 1897 г. трахоматозныхъ было 583 души т. е. 8,9 проц. Въ сельскихъ школахъ Псковской губ. до 30 проц трахомы, въ городскихъ же до 3 проц. (Др. Путято). Въ Екатерин. губ. Александ. уѣзд. по Свѣшникову и Самсонову трахомныхъ отъ 14—18 проц. По Бѣлиловскому въ Моршанскомъ уѣздѣ Тамбовской губ. среди 323 осмотрѣнныхъ учениковъ было найдено до 16 проц. трахомныхъ преимущественно на второмъ году ученья. Для училищъ Сумскаго уѣзда (1902 г.) на 9528 сельскихъ учениковъ—трахомныхъ 11,8 проц., тогда какъ для Курск. губ. врачъ Шиле въ 1899 г. среди 1536 учениковъ въ 17 школахъ имѣлъ 815 трахомныхъ т. е. 53 проц.

Рейнгартъ находитъ среди учениковъ Курляндіи 12,3 проц. трахомныхъ при этомъ въ школахъ деревни 26 проц.,

въ гимназіяхъ 2,3 проц., онъ же выяснилъ, что въ народныя школы поступаютъ уже до 23 проц. трахомныхъ дѣтей.

Іоэльсонъ для духовнаго учил. въ Кишиневѣ получилъ на 480 ученицъ 9,2 проц. трахомныхъ по Рейнгарту на 12132 учениковъ въ Курляндіи 26 проц. трахомы среди сельскихъ и 2,3 среди городск. школъ. Д-ръ Краузъ въ Бакинск. уѣзд. среди школьниковъ находитъ отъ 40—50 проц. трахоматозныхъ.

Среди	школьн.	Мелит.	у.	по Александрову	въ 1	отд.	4,3%	тр.
»	»	»	»	»	» 2	»	19,9	»
»	»	»	»	»	» 3	»	59,0	»
»	»	»	»	»	» 4	»	84,0	»

— По Weiss'у (1861 г.) въ Остзейскихъ губ. изъ 315,415 осмотрѣнныхъ эстовъ было 6,661 глазныхъ больныхъ въ томъ числѣ 3,824 трахоматозныхъ, на 338,639 латышей, глазныхъ больныхъ приходилось 7,073 чел. и трахоматозныхъ 3562. Что дало на 1000 жителей у эстовъ глазныхъ вообще 20,0 трахоматиковъ—12, у латышей 20,8, трахоматиковъ 10. По свѣдѣніямъ Алянчикова (1892 г.) въ Новоторжск. уѣздѣ, Тверс. губ. трахоматозныхъ больныхъ было 1127 душъ, что даетъ относительно заболѣваній конъюнктивы 30,5 проц., всѣхъ глазныхъ вообще 19 проц., относительно населенія 4,8 проц., при чемъ трахома дѣлала до 40,5 проц. ослѣпленій изъ среды идіопатическихъ зоболѣваній глаза. Среди русскихъ трахома достигала 28,3 проц., среди корелл. 32,4 проц.

Д-ръ Габриловичъ въ Могилевск. губ. (1893 г.) среди глазныхъ больныхъ зарегистрировалъ 74 проц. трахоматозныхъ и въ половинѣ случаевъ слѣпоту вслѣдствіе трахомы. По Гуляницкому трахоматозныхъ было до 58 проц.

Д-ръ Вальтеръ въ Маріупольск. уѣздѣ Екатерин. губ. нашелъ 36 проц. трахомы среди глазныхъ больныхъ. Ковальскій въ вопросѣ о болѣзняхъ глазъ и слѣпотѣ кр. Салатв. волости Житомір. уѣзд. на 12,762 осмотрѣнныхъ нашелъ 1655 т. е. 13 проц. больныхъ глазами вообще и въ томъ числѣ 10,5 проц. трахоматозныхъ

По Бондареву въ окулистич. отрядахъ 1893 г. зарегистрировано 30 проц. трахомныхъ, въ 1894 г. 40 проц. трахомныхъ, 1895 г. 31 проц.

Д-ръ Щепотьевъ среди новобранцевъ Казанск. округа въ 1888 г. получилъ:

Изъ	Казанской	губ.	трахоматозныхъ	9,2 проц.
»	Уфимской	»	»	6,9 »
»	Симбирской	»	»	4,0 »
»	Самарской	»	»	4,5 »
»	Саратовской	»	»	4,4 »
»	Оренбургской	»	»	2,4 »
»	Харьковской	»	»	5,0 »
»	Черниговской	»	»	1,8 »
»	Кіевской	»	»	7,0 »
»	Пермской	»	»	1 »
»	Астраханской	»	»	
»	Пензенской	»	»	
»	Вятской	»	»	

Д-ръ Наумовъ (о результатахъ ежегодныхъ осмотровъ состоянія глазъ у войскъ Казанск. окр. 1891 г.—95 г.) говоритъ, что ежегодно осматривалось до 12,260 душъ, при этомъ среди новобранцевъ регистрировалось въ

1891 г.	трахоматозныхъ	2,4	проц.
1892 »	»	1,3	»
1893 »	»	1,5	»
1894 »	»	0,9	»
1905 »	»	1,2	»

Изъ этого числа больше всего было трахоматозныхъ среди инородцевъ (Щепотьевъ, Наумовъ) монголовъ до 4,7 проц. Среди старослужащихъ солдатъ на 42,000 осмотренныхъ-трахомотозныхъ было 3,19 проц., тогда какъ всѣхъ глазныхъ вообще было 5,6 проц., при этомъ приростъ трахоматозныхъ по годамъ службы выражался такъ:

1-й	годъ	службы	далъ	1,9	проц. трахоматозныхъ
2-й	»	»	»	3,5	» »

3-й годъ службы далъ 3,8 проц. трахоматозныхъ
4-й » » » 4,07 » »

изъ чего видно, что большій приростъ трахоматозныхъ далъ второй годъ службы 1,6 проц.

Др. Наумовъ находитъ среди войскъ Казанск. округа 1887—97 г. трахоматозныхъ въ среднемъ до 4,6 проц. при maximum'ѣ въ 1887 г. 7,1 проц. и minimum'ѣ 96 г. до 3,5 проц. На сотню глазныхъ во всемъ округѣ приходилось 17,6 проц. трахоматозныхъ и 64 проц. съ болѣзнями конъюнктивы вообще, тогда какъ въ остальной арміи процентъ первыхъ равнялся 16, вторыхъ—48.

Брайнштейнъ находитъ среди новобранцевъ Харьковск. губ. 1889—93 г. 12 проц. трахомныхъ, въ уѣздахъ Харьков. губ. среди сельскаго населенія 15,8 проц., въ школахъ отъ 6—86 проц. По даннымъ летучихъ отрядовъ въ Харьков. губ. до 22,5 проц. трахомныхъ, по Максимовскому во всей Россіи трахоматозныхъ 25,6 проц., по Сергіеву... 29,7 проц. по отчетамъ попечит. о слѣпыхъ въ Россіи есть губерніи съ 50 проц. трахомныхъ, въ Сибири... съ 38 проц.

Др.-Добросердовъ среди черемиссовъ около города Царевокоштайска Казанск. губ. находилъ трахоматозныхъ въ населеніи до 55 проц., среди же русскихъ обывателей до 13 проц.

По Серебрянниковой въ Пермской Зем. больницѣ трахоматозныхъ относительно всѣхъ глазныхъ имѣется 15 проц. и до 38 проц. по отношенію болѣющихъ конъюнктивой.

По Дедюрину въ Сюмсинск. пріемн. покоѣ Вятской губ. проц. трахоматозныхъ равенъ 17, болѣзней же конъюнктивы до 64 проц.

Др. Тепляшинъ для Глазовской Зем. больницы нашелъ трахоматозныхъ 14,6 проц., среди всѣхъ больныхъ конъюктивой, доходящихъ до 40 проц. Ивановъ для Цивильскаго уѣзда Казанск. губ. имѣетъ 18,3 проц. первыхъ и 75 проц. вторыхъ заболѣваній 1896—97 г.).

Др. Рейнгартъ въ работѣ «трахома въ Курляндской губ. нашелъ среди латышей 20 проц. трахоматозныхъ, онъ, указываетъ на опасность трахомы въ дѣтскомъ возрастѣ,

осложненія со стороны носа, зева или пазухъ и рекомендуетъ мѣропріятія противъ трахомы начинать со школьнаго возраста. (Вѣс. Офт. 1894 г.).

По Гиршману изъ статистики Кіевскаго военнаго Округа (Марголинъ этіологія трахомы и борьба съ ней) между молодыми солдатами трахоматозныхъ 2,6 проц., прослужившими два года 4,1, три года—5,6 четыре года 6,3.

Окружный окулистъ Лаврентьевъ заявляетъ, что только немногіе губерніи Московскаго Военн. Округа свободны отъ трахомы и ежегодній приливъ въ русскую армію прахоматозныхъ равенъ 5,7 проц.

А. Скребицкій въ отчетахъ рекрутскихъ присутствій 63-хъ губерній съ 1871—83 г. на 3,908000 призывныхъ находитъ 15 проц. по жребію непринятыхъ, а изъ осмотрѣнныхъ было 9382 слѣпыхъ главнымъ образомъ отъ трахомы, 1468 душъ съ болѣзней рубцовой конъюктовы, 1092 съ выворотомъ вѣкъ. Въ своей монографіи о распространенности слѣпоты и распредѣленіи слѣпыхъ въ разныхъ мѣстностяхъ Россіи авторъ говоритъ о томъ, что сильно развитая слѣпота среди населенія вслѣдствіе трахомы также указываетъ на послѣднюю какъ на болѣзнь, относимую прямо къ народнымъ бѣдствіямъ, это несчастье для нашей родины и вопросъ этотъ является вопросомъ первостепенной важности. Къ подобнымъ выводамъ приходитъ въ своей работѣ «о слѣпотѣ въ Россіи» и Дьяконовъ.

Врачъ Рудинъ (1895 г.) для Мологскаго уѣзда Ярослав. губ. и въ области Войск. Донского нашелъ на 16762 осмотрѣнныхъ 4323 глазныхъ больныхъ т. е. 36,5 проц. при чемъ трахоматозныхъ по отношенію къ осмотрѣнному населенію было 5,4 проц., относительно числа больныхъ вообще 7,2 проц., при этомъ въ городѣ Мологѣ было 2,5 проц., среди же крестьянъ уѣзда 8,3 проц.

По Бѣлиловскому (Моршанск. уѣздъ Тамбовск. губ. 1897 г.) при поголовномъ осмотрѣ 12297 душъ было найдено 21,7 проц. больныхъ глазами вообще, и среди нихъ 468 трахоматозныхъ т. е. 18,5 проц. относительно глазныхъ и 4,05 относительно населенія.

Изъ мѣстностей, особенно выдающцхся по высокому про-

центу трахомы, мы отмѣчаемъ: Глазовск. уѣздъ Вятской губ., Дерптъ, Ярославль, Ишимск. уѣздъ, Тотемкин. уѣзд. и др., гдѣ таковой свыше 30; и наконецъ города Митава, Петербургъ, Одесса, Кіевъ, гдѣ трахоматозныхъ по отношенію ко всѣмъ глазнымъ вообще меньше 10 проц.

При этомъ можно заключить, что это процентное отношеніе подымается въ большей степени въ деревнѣ и опускается въ городахъ, точно также какъ среди учениковъ деревенскихъ школъ проц. трахомы гораздо больше, чѣмъ среди воспитанниковъ городскихъ школъ.

Др. Сергіевъ (въ Нолинск. уѣздъ Вятск. губ. 1887 г.) на все населеніе уѣзда въ 205.951 душъ зарегистрировалъ 2469 глазныхъ вообще и среди нихъ 24 проц. трахоматозныхъ. IV съѣздъ земскихъ врачей Вятской губ. въ 1883 г. констатировалъ фактъ заболѣваемости трахомой 25 проц. всего вятскаго населенія губерніи.

По Изчику (Сергіев. вол. Калужск. губ. 1894 г.) среди осмотрѣнныхъ 4177 душъ было на 947 глазныхъ вообще всего 0,12 проц. трахомныхъ относительно населелія и 0,6 проц. заболѣваній конъюнктивой. Такіе благопріятные выводы по отношенію къ трахомѣ у автора объясняются главнымъ образомъ отсутствіемъ болотъ въ изслѣдованной мѣстности, сухостью почвы, гористымъ расположеніемъ ея рельефа, лѣснымъ воздухомъ и отсутствіемъ среди населенія инородцевъ, особенно предрасположенныхъ къ трахомѣ.

Бондаревъ (Каневск. уѣздъ Кіевской губ. 1896 г.) при осмотрѣ 41125 душъ нашелъ 3349 больныхъ глазами и среди нихъ 9,6 проц. трахоматозныхъ относительно больныхъ глазами и 0,7 проц. относительно всего населенія. При этомъ заболѣваніе трахомой наблюдалось и въ дѣтскомъ раннемъ возрастѣ отъ 6—10 лѣтъ.

Кудрявцовъ (Каховка Таврич. губ. 1895 г.) зарегистрировалъ около 20000 пришлыхъ сельско-хозяйственныхъ рабочихъ, идущихъ на заработки съ января по май съ сѣвера на югъ. Оцѣнивая рабочій день въ 50 к., онъ говоритъ, что эти рабочіе уже истратили для государства однимъ своимъ путешествіемъ 125563 р. при чемъ на пути

терпѣли лишенія и заболѣвали куриной слѣпотой и трахомой. Всего больныхъ было записано 1913 душъ изъ нихъ 976 глазныхъ, среди которыхъ 266 трахоматозныхъ т. е. 26 проц. и чѣмъ больше прошло времени съ выхода рабочихъ изъ дому, тѣмъ больше заболѣваній, хотя строгой пропорціональности установить здѣсь нельзя, и это оттого, что рабочіе въ пути истощаются морально, устаютъ физически, голодаютъ и заражаются. Въ обозрѣніи санитарнаго состоянія Херсонскаго уѣзда съ 1887—96 годъ записано 37565 больныхъ глазами, или 5 проц. всѣхъ вообще больныхъ, трахоматозныхъ же было 2579 душъ т. е. 6,4 проц. относительно глазныхъ. Малый процентъ трахоматозныхъ заболѣваній уѣзда авторъ объясняетъ сравнительнымъ благополучіемъ въ смыслѣ благопріятнаго коефиціента рождаемости населенія 70,1, смертности 32,2, брачности 10,2 при населеніи въ 300 тысячъ душъ.

Въ амбулаторіи для рабочихъ Херсонск. уѣзда зарегистрировано 9065 глазныхъ за 1896 г. при чемъ трахоматозныхъ 688 т. е. 7,4 проц. Въ больницахъ уѣзда насчитывалось 133 глазныхъ и 43 трахоматозныхъ т. е. 33 проц. всѣхъ глазныхъ. Въ амбулаторіяхъ уѣзда было 6211 глазныхъ и 566 трахоматозныхъ т. е. 9 проц.

Пѣуновъ въ 1878 г. зарегистрировалъ въ Тифлисскомъ военномъ госпиталѣ 587 глазныхъ больныхъ и въ томъ числѣ 127 трахоматозныхъ т. е. 21,7 проц. тогда какъ всѣ болѣзни конъюнктивы равнялись 48,9 проц.

Суховъ въ Шихазанахъ Казанской губ. 1904 г. на 3638 первичныхъ глазныхъ и 6956 повторныхъ зарегистрировалъ 2916 трахомныхъ т. е. 80,2 проц. изъ коихъ 50 проц. были столь запущены, что нуждались въ оперативномъ пособіи, 95 проц. обращавшихся были чуваши.

Врачъ Дуброво (отчетъ о глазныхъ больныхъ Владимірск. губ. Зем. больн. 1888 г.) на 640 больныхъ отмѣтилъ 33 трахоматозныхъ т. е. 5 проц.

Блессигъ въ отчетѣ Петербургской глазн. амбулаторіи за 1888 г. на 16716 душъ имѣлъ 33 проц. больныхъ конъюнктивной вообще и 1643 трахоматозныхъ т. е. больше 9 проц. относительно всѣхъ глазныхъ. По отчету Германа о ста-

ціонарныхъ глазныхъ больныхъ въ Петербургск. глаз. лечебницѣ отъ 1884—88 г. на 7317 всѣхъ больныхъ было 1343 случая трахомы т. е. 18 проц. По Кацаурову (отчетъ Ярославской глазн. больн. 1903 г.) на 5046 амбулантовъ съ 61087 посѣщеніями приходилось 8 проц. трахоматозныхъ.

Хорцевъ въ Бѣльмичахъ Могилевской губ. за 1903 г. нашелъ 2361 больныхъ глазами при 6227 посѣщеній и 1313 трахоматозныхъ т. е. 55,6 проц. относительно всѣхъ глазныхъ.

По свѣдѣніямъ сельскихъ врачей въ Могилевской губ. трахома распространена довольно сильно и составляетъ 50—70 проц. всѣхъ глазныхъ заболѣваній.

Чачхіани (отчетъ Карамзинск. больн. Ардатовскаго Земства Нижегород. губ. 1902—1903 г.) на 1756 первичныхъ и 1140 повторныхъ получилъ 174 трахомныхъ т. е. 9 проц.

Рейнгартъ (Курлянск. губ. 1899—902 г.) на осмотрѣнныхъ 11,500 глазныхъ нашелъ 35 проц. трахомныхъ, при этомъ 12,3 проц. среди школьниковъ, пятая часть которыхъ уже поступаетъ въ школы съ трахомой, среди же всего деревенскаго населенія трахоматозныхъ до 17 проц.

Квятковскій въ Кишиневѣ 1899—903 г. на 12,501 амбулянтовъ съ 113,084 посѣщеніями имѣлъ 2,355 трахоматозныхъ т. е. 18,8 проц. Среди новобранцевъ казанскаго военнаго округа 1889—93 г. по Ларіонову на 99690 осмотрѣнныхъ найдено 12 проц. трахомныхъ, по Лаврентеву въ Московскомъ военомъ огругѣ среди призывныхъ 1994—900 г. приходилось 5,7 проц. трахомы, по Искерскому вся русская армія имѣла (1893 г.) больше 43000 трахаматозныхъ т. е. цѣлый корпусъ солдатъ.

Шиле (1900 г.) для Лифляндіи пологаетъ 37 проц. трахомы относительно всѣхъ глазныхъ вообще. Въ Курской губ. Больницѣ но тому же автору въ 1896 г. приходилось трахоматозныхъ 18 проц. относительно всѣхъ глазныхъ и этотъ процентъ къ 1899 г. повысился до 40. До 53 проц. школьниковъ губерніи хвораетъ трахомой и въ томъ числѣ 14 учителей.

Максимовичъ (1902 г.) для Харьковск. губ. имѣетъ 15,8 проц. трахомы относительно всего населенія и среди школьниковъ отъ 6—70 проц. трахомы (изслѣдованія производились чрезъ поголовный осмотръ въ двухъ уѣздахъ).

Гиршманъ получаетъ для Харьковской губ. трахомныхъ 22,5 проц. относительно всѣхъ больныхъ вообще.

Кушевъ (Петровс. уѣздъ Саратовск. губ. 1894 г.) нашелъ среди инородцевъ 15,7 проц. трахомы. По статистикѣ летучихъ отрядовъ среди инородцевъ Саратов. губ. 28,5 проц. трахоматозныхъ, и на ряду съ мѣстностями малотрахоматозными встрѣчались такія, гдѣ трахомы было 40 и даже 82 проц. т. е. почти все населеніе было трахомно. Вотъ почему въ Россіи такая масса слѣпыхъ, которая по Скребицкому опредѣлялась еще въ 80-хъ годахъ до 400 тысячъ душъ, что составляетъ огромную армію.

Фишъ въ Стерлитамакскомъ уѣздѣ Уфимской губ. съ 1901—904 на 8680 амбулантовъ съ 39152 посѣщеніями зарегистрировалъ 40 проц. трахоматозныхъ, которые дали 50 проц. ослѣпленія.

Краузъ въ г. Баку съ 1899—903 годъ на 15850 первичныхъ глазныхъ съ 98141 повторными находилъ 29,8 трахоматозныхъ, тогда какъ болѣзни конъюнктивы вообще зарегистрированы были въ 36 проц. отношеніи. При этомъ большая половина т. е. 16,5 проц. трахомы запущенной и осложненной.

Въ отчетѣ о дѣятельности глазного отдѣленія въ Екатеринодарск. больницѣ за 1900 г. Исуповъ отмѣтилъ 4654 глазныхъ наблюденій, изъ коихъ 54 проц. страдающихъ вѣками и конъюнкивой и 993 случая т. е. 21,1 проц. трахоматозныхъ.

Сычевъ въ докладѣ по глазному отдѣленію въ Вятской губ. З. больницѣ съ 98—900 г. на 35348 душъ находитъ 60 проц. страдающихъ вѣками и конъюнктивой вооще и въ томъ числѣ 15,8 проц. трахоматозныхъ относительно всѣхъ глазныхъ.

Новкунскій въ Казанской больницѣ Воронежск. губ. за 1897—900 г. принялъ 9494 глазныхъ больныхъ, изъ коихъ 30 проц. трахоматозныхъ, по статистикѣ же земскихъ врачей во всей губерніи за это время было 0,9 проц. глазныхъ больныхъ по отношенію къ другимъ заболѣваніямъ и 11,3 проц. трахомы въ средѣ глазныхъ.

Въ Виленскомъ уѣздѣ въ отчетѣ глазного отряда. 1900 г. врачемъ Лотинымъ осмотрѣно 6246 глазныхъ, изъ коихъ 46,4 проц. болѣзней вѣкъ и конъюнктивы и 1013 душъ т. 10,6 проц. трахомныхъ.

Б. Гуревичъ въ Ливенскомъ уѣз. Орловской губ. въ 1903 г. на 1776 больныхъ и 1854 посѣщеній нашелъ 51 проц. страданій вѣкъ и конъюнктивы и 20 проц. трахоматозныхъ. Тѣмъ же авторомъ въ мѣстечкѣ Пиковѣ Подольской губ. осмотрѣно 1844 больныхъ съ 3266 посѣщеніями съ 40 проц. заболѣваній вѣкъ и конъюнктивы и 20 проц. трахоматозныхъ по отношенію ко всѣмъ глазнымъ больнымъ.

Кареницкій для Бронинск. уѣзда Московской губ. 1899 г. осмотрѣлъ 19711 душъ и нашелъ 25 проц. глазныхъ заболѣваній. Страдающихъ конъюнктивой въ общемъ зарегистрировано 49,3%, трахомой 738 душъ т. е. 3,5% относительно населенія и 14% относительно глазныхъ заболѣваній.

Самсоновъ для Гуляйпольскаго участка Александр. уѣзда Екатериносл. губ. нашелъ 3,2 проц. трахоматозныхъ относительно населенія вообще, 51 проц. относительно глазныхъ больныхъ, 3,7 проц. относительно всѣхъ зарегистрированныхъ въ 1906 г. больныхъ. Въ больницѣ за это время лѣчилось 90 трахоматозныхъ т. е. 14,8 проц. всѣхъ стаціонарныхъ больныхъ, 58 проц. относительно глазныхъ больныхъ.

Шейнфайнъ 1901 г. въ Полтавской губ. на 1470 глазныхъ больныхъ нашелъ 73 проц. съ болѣзнями конъюнктивы и вѣкъ, изъ нихъ 25 проц. трахоматозныхъ.

Вайнштейнъ въ Сувалкской губ. на 2171 больныхъ глазныхъ получилъ 52 проц. съ болѣзнями конъюнктивы и вѣкъ и 20 проц. трахоматозныхъ.

W. Wilder въ штатѣ Иллинойсъ (С. Америка) съ 1891—900 г. на 66000 глазныхъ больныхъ нашелъ 6,5 проц. трахомы.

Каневскій Глазовскій уѣз. Вятской губ. на 4200 глазныхъ больныхъ зарегистрировалъ 3690 трахоматозныхъ т. е. 87 проц.

Пр. Андогскій въ Сарапульскомъ уѣздѣ Вятской губ. находилъ среди глазныхъ больныхъ 36 проц. трахоматозныхъ (В. О. 1902 г.).

Врачъ Исуповъ въ 1901 г. въ Екатеринодарѣ на 2419 амбулаторныхъ глазныхъ больныхъ регистрировалъ 49,6 проц. съ заболѣваніомъ конъюнктивы и вѣкъ, изъ нихъ 14,5 проц. трахомы и 21 проц. трахомныхъ относительно всѣхъ глазныхъ больныхъ.

Могах (В. О. 1902 г.) въ Египтѣ среди туземцевъ при осмотрѣ 140 душъ нашелъ 130 трахоматозныхъ, объясняя столь сильное распространеніе трахомы нечистотой и антигигіеническими условіями вообще.

Епинатьевъ въ отчетѣ Мервской глазной лечебницы 1901 г. на 1889 амбулантовъ и 362 стаціонарныхъ нашелъ 59,4 проц. страданій вѣкъ и конъюнктивы и 22 проц. трахоматозныхъ.

По Лаврентьеву 135 глазными отрядами въ разныхъ мѣстахъ Россіи изъ 211150 всѣхъ глазныхъ больныхъ зарегистрировано 66627 трахоматозныхъ т. е. 31 проц. при томъ 4 проц. больныхъ острой трахомой, 35 хронической безъ замѣтнаго рубцеванія, 28 проц. рубцовой трахомы и 27 проц. неопредѣленнаго вида.

А. Лотинъ въ отчетѣ дѣятельности отряда глазного въ Вилейскомъ уѣздѣ 1901 г. зарегистрировалъ 3527 амбулантовъ и 390 коечныхъ глазныхъ больныхъ, изъ коихъ у 55 проц. была трахома.

Невкунскій 1901 г. Павловскій уѣздъ Воронежской губ. зарегистрировалъ 4790 всѣхъ глазныхъ при чемъ страдающихъ вѣками и конъюнктивой было 25 проц., трахомой 17 проц,

Цвибакъ въ Темирханшурскомъ лазаретѣ на 46 стаціонныхъ и 1024 амбулаторныхъ имѣлъ 23 проц. трахоматозныхъ и 72 проц. больныхъ конъюнктивой и вѣками вообще.

Врачъ Калита въ отчетѣ поголовнаго осмотра глазъ учениковъ Архангельской гимназіи (1903 г.) на 313 душъ не нашелъ ни одного случая трахомы, исключая 38 случаевъ простого фолликулеза.

А. Бѣльскій въ обзорѣ о дѣятельности Уфимской губ. глазной больницы 1903 г. на 3482 амбулаторныхъ и 94 коечныхъ больныхъ получилъ 53,3 проц. заболѣваній конъюнктивой и вѣками и 30 проц. трахоматозныхъ.

По Сычеву въ Вятской Губерн. Земск. Больницѣ 1902 г. на 3968 душъ глазныхъ было 75 проц. съ болѣзнями конъюнктивы и вѣкъ и 25 проц. трахоматозныхъ относительно всѣхъ глазныхъ больныхъ.

Каневскій въ Калужскомъ уѣздѣ за 1902 г. при 1211 глазныхъ получилъ 54 случая трахомныхъ т. е. 4,4 проц.

Лотинъ въ Свяцанскомъ уѣздѣ Виленской губ. въ отчетѣ за 1902 г. при 2857 амбулаторныхъ глазныхъ больныхъ имѣлъ 24 проц. трахоматозныхъ и 60,4 проц. съ заболѣваніями конъюнктивы и вѣкъ.

За три лѣта 1900—901—902 г. тамъ же глазные отряды отмѣтили 11800 амбулантовъ, 1956 стаціонарныхъ, съ 60 проц. болѣзней вѣкъ конъюнктивы вообще и до 25 проц. трахоматиковъ.

Вайнштейнъ въ Кальваріи Сувалкской губ. на 2990 больныхъ—59,3 проц. страданій вѣкъ и конъюнктивы и 30,6 проц. трахоматозныхъ относительно всѣхъ глазныхъ.

Ганжинскій въ Александрополѣ Эриванской губ. (1903 г. отчетъ) на 1253 глазныхъ получилъ 73 проц. болѣзней конъюнктивы и вѣкъ и 38 трахоматозныхъ.

Козловскій въ Смѣлѣ Кіевской губ. за 11 лѣтъ съ 1898 года на 12026 больныхъ вообще нашелъ 4,5 проц. глазныхъ больныхъ, при чемъ 35 проц. болѣзней конъюнктивы и вѣкъ и 20 проц. трахоматозныхъ.

Въ отчетѣ глазной лечебницы въ Самаркандѣ по Шмидту 1903 г. на 4355 амбулаторныхъ имѣлось 59 проц. болѣзней конъюнктивы и вѣкъ и 23,6 проц. трахоматозныхъ.

Мюллеръ въ статьѣ объ египетскомъ воспаленіи глазъ (В. О. 1900 г.) находитъ трахому въ Каирѣ и Александріи въ развитіи сильной эпидемической болѣзни, которая поражаетъ даже дѣтей до 1 года.

Коркашвилли въ Пиковѣ Подольской губ. работая въ летучемъ отрядѣ въ 1899 г. въ своемъ отчетѣ зарегистрировалъ 1465 больныхъ амбулаторныхъ и 400 стаціонарныхъ съ 45 проц. болѣзней конъюнктивы и вѣкъ, 20 проц. трахоматозными.

Др. Вальтеръ (статья о трахомѣ въ восточной Пруссіи В. О. 1900 г.) описываетъ мѣста, имѣющія до 3 проц. трахоматозныхъ по отношенію ко всему населенію; еще недавно были эпидеміи среди солдатъ и школьниковъ, когда трахома достигала до 50 проц. Въ 1865 г. въ Кенигсбергскомъ гарнизонѣ было по Heisrath'у до 30 проц. трахомы, въ настоящее же время этотъ процентъ спустился до 1—$1^{1}/_{2}$ проц.

Геронимусъ въ Кубанской области среди 1400 амбулантовъ и 441 стаціонарныхъ нашелъ 47 проц. со страданіями вѣкъ и конъюнктивы вообще и 22,6 проц. трахоматозныхъ (В. О. 1900 г.).

Каневскій въ Спасскомъ уѣздѣ Казанской губ. на 1546 глазныхъ нашелъ трахоматозныхъ среди чувашей до 100 проц., среди татаръ 82 проц., среди русскихъ 20.

Садовскій въ Чистопольск. уѣздѣ Казанской губ. нашелъ 90 проц. трахоматозныхъ среди чувашей и 50 проц. среди татаръ.

По Лобанову среди чувашъ Уфимской губ. 90 проц. трахомныхъ по отношенію къ глазнымъ больнымъ столько же по отношенію къ чувашскому населенію. (В. О. 1900 г.).

Печниковъ въ отчетѣ о пятилѣтней глазной практикѣ Лапшевскій уѣздъ Казанской губ. 1900 г. на 5682 глазныхъ амбуланта и 418 стаціонарныхъ больныхъ нашелъ 47 проц. страданій конъюнктивы и вѣкъ вообще и 27,3 проц. трахоматозныхъ.

Въ отчетахъ по Александровскому уѣзду Екатериносл. губ. за 1902 г. зарегистрировано на 130 тысячъ больныхъ вообще 10359 амбулаторныхъ и 192 стаціонарныхъ глазныхъ больныхъ т. е. 8 проц. ко всѣмъ больнымъ вообще, изъ нихъ 66 проц. страдаетъ конъюнктивой и вѣками и 24 проц. трахомой, при чемъ въ больницахъ было 36 проц. трахоматозныхъ изъ среды вообще глазныхъ стаціонарныхъ.

За 1903 г. тамъ же на 278000 больныхъ зарегистрировано 11140 глазныхъ больныхъ, изъ конхъ 67 проц. съ болѣзнями вѣкъ и конъюнктивы, 23 проц. трахоматозныхъ относительно глазныхъ больныхъ.

По свѣдѣніямъ врача Попова за 1903 г. въ четырехъ межуѣздныхъ участкахъ Бердянскаго и Александровск.

земствъ Екатериносл. и Таврической губ. на 26036 больныхъ всѣхъ было 82 проц. съ болѣзнями вѣкъ и конъюнктивы и 3,4 проц. трахоматозныхъ.

По отчету за 1906 годъ въ Александровскомъ уѣздѣ Екатеринос. губ. на 108346 больныхъ, зарегистрированныхъ 10-ю врачами имѣлось 69 проц. со страданіями вѣкъ и конъюнктивы и 21 проц. трахоматозныхъ по отношенію къ глазнымъ больнымъ.

Масляниковъ въ отчетѣ глазного отряда 1903—904 г. въ Малмыжскомъ уѣздѣ Вятской губ. на 12531 амбулаторныхъ и 249 стаціонарныхъ зарегистрировалъ 51 проц. трахоматозныхъ. Особенно много трахомы среди вотяковъ, которые и зовутся поэтому «вотяки—слѣпороды» у нихъ трахома достигаетъ 70 проц. Среди школьниковъ—вотяковъ врачъ Дедюринъ (В. О. 1905 г.) находилъ до 27 проц. трахоматозныхъ.

Толмачевъ въ Златоустовскомъ уѣздѣ 1900—905 г. на 3657 глазныхъ амбулантовъ и 172 коечныхъ больныхъ нашелъ 72 проц. страданій вѣкъ и конъюнктивы и 14 проц. трахоматозныхъ.

Др. Cauge (В. О. 1905 г.) сообщаетъ что по даннымъ статистики 50% всѣхъ глазныхъ больныхъ въ Алжирѣ суть трахоматозные.

Врачъ Вицинскій 1901 г. констатируетъ, что въ полкахъ Кіевскаго Военнаго Округа трахома достигаетъ 4—16% а для 9000 осмотрѣнныхъ воспитаннаковъ среднихъ и низшихъ школъ Харькова % трахоматозныхъ равенъ 9.

По Гинзбургу въ 1898 г, (В. О. 1901 г.), въ амбулаторіяхъ Воронежской Губ. на 2½ милліона населенія записано трахоматозныхъ больныхъ 0,8 проц. Въ Земскихъ школахъ съ 5804 учащимися обнаружено 3,5 проц. трахомы; на 12,218 осмотрѣнныхъ новобранцевъ и на 1899 забракованныхъ 14 душъ освобождено по § 25. «съ рѣзко выраженными зернами или рубцами, служащими причиной остраго или хроническаго воспаленія роговицы». Сверхъ того 77 трахоматозныхъ было отправлено на испытаніе въ больницы. слѣдовательно среди не принятыхъ новобранцевъ было 4,6 проц. отъ трахомы.

По Богучарскому уѣзду среди новобранцевъ 1503 душ., коэффиціентъ заболѣванія трахомой равнялся 15 проц. этотъ коэффиціентъ въ 4 раза больше коэф. трахомы школьниковъ уѣзда и въ 6 разъ больше коэфф. врачебныхъ амбулаторій уѣда. По таблицѣ Гиршберга всѣ уѣзды губерніи кромѣ одного Землянскаго сильно заражены трахомой, имѣя таковую больше 50 на тысячу глазныхъ больныхъ.

Въ другихъ губерніяхъ распредѣляется трахома въ слѣдующемъ порядкѣ: Курская губ 6,9 проц., Тамбовская 4,4 Петербургская 9,6 Московская 3,6 Ростовъ на Дону 6,0 Саратовъ 11,4 Харьковъ 20,0 Кіевъ 25,0. (В. О. 1901 г.).

Въ Херсонской губ. по даннымъ врачебныхъ амбулаторій за 1899 г. 1,9 проц. трахоматозныхъ къ населенію вообще и на 6559 школьниковъ по Хижнякову въ 65 школахъ 583 трахомныхъ т. е. 8,9 проц. При осмотрѣ 822 пришлыхъ рабочихъ въ экономіяхъ найдено 11,7 проц. трахоматозныхъ. По отношенію къ глазнымъ больнымъ трахоматозные дали среди рабочихъ въ губерніи за 1893 г. 39,9 проц. 1894 г. 40,2 проц.; 1895 г. 31,1 проц.

При этомъ рабочіе, отходящіе въ 1-й разъ на работы съ сѣвера въ Херсонскую губ., давали 29,3 проц. трахоматозныхъ, тогда какъ среди повторно-отходящихъ рабочихъ было 60,7 проц. трахомныхъ.

Н. Андогскій въ Сарапульскомъ уѣздѣ Вятской губ. за 1900 г. на 6393 душъ и 14,858 помѣщеній нашелъ 2300 трахоматозныхъ больныхъ т. е. 36 проц., при чемъ ½ этихъ случаевъ были въ сильно запущенномъ состояніи.

Д. Дараганъ въ Подольской губ. въ отчетѣ за 6 лѣтъ 1895—900 г. г. на 7,927 глазныхъ съ 10,127 посѣщеніями и заболѣваніями получилъ 1,242 трахоматозныхъ т. е. 15 проц. Болѣзней же конъюнктивы и вѣкъ имѣлось 35 проц.

По отчетамъ Александров. Земства Екатериносл. губ. за 8 лѣтъ 1900—907 г. глазная дѣятельность Гуляйпольской больницы выражается такъ: на 136 тысячъ всѣхъ посѣщеній было 13,438 г. лазныхъ больныхъ, изъ коихъ 60 проц. заболѣваній конъюнктивы и вѣкъ, трахоматозные же зарегистрированы въ числѣ 2611 душъ т. е. 19 проц.

Др. Скребицкій (1903 г.) говоритъ, что на 3,907,780 при-

зывныхъ солдатъ въ 63-хъ губерніяхъ Россіи съ 1879—83 г., на основаніи просмотрѣнныхъ 3 тысячъ рукописныхъ отчетовъ можно заключить, что всего воинскими присутствіями въ этой массѣ осмотрѣно 44 проц., изъ коихъ 15 проц. забраковано по различнымъ болѣзнямъ и 24,232 души, страдающихъ глазными болѣзнями т. е. 1,38 проц. осмотрѣнныхъ и 9,3 проц. забракованныхъ; при чемъ трахоматозные, лишившіеся зрѣнія на одинъ глазъ, косоглазые—принимались на службу. А такъ какъ на службу призывается возрастъ 21 года и среди послѣдняго высокій проц. трахомы—то слѣдовательно и трахоматозная заболѣваемость среди призывныхъ велика.

Филатовъ въ Пензенской губ. до 1903 г. за шесть лѣтъ на 45,180 душъ зарегистрировалъ 5436 глазныхъ т. е. 12 проц., изъ коихъ 35 проц. было трахоматозныхъ.

По Скребицкому 174 глазныхъ отряда съ 1893—99 г. на 275,635 глазныхъ больныхъ нашли 20,983 неизлѣчимо слѣпыхъ. Другимъ же глазнымъ больнымъ сдѣлано 82,135 операцій при чемъ процентъ слѣпоты и оперативныхъ пособій преимущественно падалъ на трахоматозныя заболѣванія.

Въ свѣдѣніяхъ «Уральской Жизни» на 3,100,000 жителей Пермской губ. на каждые 10,000 приходится 27 слѣпыхъ главнымъ образомъ отъ трахомы, тогда какъ въ остальной Европѣ число слѣпоты равняется 1,3 проц. населенія.

Орловъ (отчетъ Мытищенской Зем. Больн. Московской губ.) за 25 лѣтъ (1879—904 г.) приводитъ за послѣдніе 14 лѣтъ въ итогѣ 491 стаціонарныхъ глазныхъ больныхъ и только 20 съ трахомой.

Гиджецъ въ Темирханшурѣ съ 1904—906 г. на 1229 больныхъ глазами нашелъ страдающихъ конъюнктивой и вѣками вообще 39,8 проц., при чемъ трахоматозныхъ было 11,4 проц.

Бѣлиловскій по отчету въ Тамбовской губ., 1897 г. на 1,083 глазныхъ нашелъ 64,7 проц. съ болѣзнями конъюнктивы и вѣкъ и 21 проц. трахоматозныхъ.

Bruns въ глазной клиникѣ Нов. Орлеана на 4160 глазныхъ встрѣтилъ только 2 проц. трахомы, при чемъ среди чистыхъ негровъ ея почти не было.

По отчету глазной больницы Поповыхъ въ Кіевѣ у Козловскаго въ 1906 г. на 2,074 амбулаторныхъ 579 стаціонарныхъ приходилось 1,737 съ трахомой т. е. 55 проц. всѣхъ глазныхъ, страдающихъ болѣзнями конъюнктивы и вѣкъ и 83 проц. среди заболѣваній глазъ вообще.

Пр. Евецкій (В. О. 1906 г.) въ Пермской губ. находилъ среди дѣтей до 10 лѣтъ 6 проц. трахомы и среди дѣтей до 5 лѣтъ 2 проц.

По Герману въ Сиріи и Палестинѣ (1906 г.) на 1,228 глазныхъ больныхъ встрѣтилось 88 проц. трахоматозныхъ, въ школахъ Сирійскихъ среди 33 проц. больныхъ глазами дѣтей 75 проц. трахоматозныхъ, въ палестинскихъ же школахъ на 60 проц. первыхъ приходится 51 проц. вторыхъ.

Е. Диканская въ Закаспійской области 1906 г. на 2,183 глазныхъ зарегистрировала 49,4 проц. со страданіями вѣкъ и конъюнктивы и 27,6 проц. трахоматозныхъ.

Ивановъ для Цивильскаго уѣзда Казанской губ. съ 1889—95 г., населеннаго въ 90 проц. чувашами, на 14,000 глазныхъ нашелъ до 80 проц. со страданіями вѣкъ, конъюнктивы и 50 проц. трахоматозныхъ.

Пр. Адамюкъ для Казанской глазной клиники съ 1877—80 г. нашелъ 29,9 проц. страдающихъ болѣзнями вѣкъ и конъюнктивы и 11,8 проц. трехоматозныхъ.

Въ глазной Дерптской клиникѣ въ 1905 г. трахоматозныхъ было 38,9 проц. а страданій вѣкъ и конъюнктивы вообще 40,3 проц., тогда какъ въ Петербургской глазной лечебницѣ за тотъ же періодъ отношенія для трахоматозныхъ были 20 проц. для страдающихъ вѣками и конъюнктивой 32,5 проц.

Сычевъ въ отчетѣ по Козмодемьянскому уѣзду Казанской губ. 1905 г. на 1713 глазныхъ (среди нихъ 80 проц. чувашей) нашелъ 447 трахоматозныхъ т. е. 25 проц. и 75 проц. страдающихъ конъюнктивой и вѣками вообще.

По отчету Кагинскаго глазного пункта Оренбургск. губ. 1897 г. Новицкій зарегистрировалъ 921 глазныхъ больныхъ, изъ нихъ 84 проц. больныхъ вѣками и конъюнктивой вообще и 400 душъ трахоматозныхъ т. е. 43 проц.

Крымгольцъ по отчету окулистическаго отряда Витебск.

губ. на 6040 душъ больныхъ, конъюнктивой и вѣками имѣлъ 75 проц. а трахоматозныхъ 3335 т. е. 55 проц.

Steffan въ свѣдѣніяхъ о трахомѣ въ Франфуртѣ на Майнѣ и его окрестностяхъ съ 1861—97 годъ на 129,865 больныхъ нашелъ 5194 трахоматозныхъ т. е. 4% При этомъ среди бѣднаго класса въ 63 проц. отмѣчалась запущенная рубцовая трахома, тогда какъ зажиточный классъ имѣлъ таковую въ 29,5 проц.

Въ отчетѣ Іоэльзона (В. О. 1889 г.) на 480 душъ Кишиневскаго Эпархіальнаго училища при поголовномъ осмотрѣ оказалось 9,2 проц. трахоматозныхъ. По Дедюрину же на 1174 ученика Ковенской губ. 13,5 проц. трахоматозныхъ. По Аксель-Эрну въ Лифляндской губ. на 190 школъ при осмотрѣ 11,311 учениковъ имѣлось 17,6 проц. трахомы.

Кольскій въ 1897 г. осмотрѣлъ Кишиневское Эпархіальное Училище и нашелъ на 274 ученика 84 трхоматозныхъ 34,4 проц.

Сироткинъ въ Мелекессѣ Самарской губ. на 1244 глазныхъ, имѣлъ 42 проц. страдающихъ конъюнктивой и вѣками и 24,5 проц. трахомой.

Кириловъ въ Ставрополѣ Кавказскомъ за 2 года въ глазной лечебницѣ имѣлъ 3189 амбул. и 580 стаціонарныхъ изъ нихъ 2534 (67,4 проц.) съ болѣзнями вѣкъ и конъюнктивы и 39,4 проц. трахомныхъ.

По отчетамъ Кіевской Универс. глазной клиники за 15 лѣтъ 1883—97 г. на 34060 больныхъ имѣлось 38,9 проц. со страданіемъ вѣкъ и конъюнктивы и 14 проц. трахоматозныхъ.

Лазаревъ для Земской глазной Бѣлевской больницы 1898 г. на 1470 глазныхъ больныхъ зарегистрировалъ 733 т. е. 52 проц. страданій вѣкъ и конъюнктивы и 86, т. е. 5,8 проц. трахоматозныхъ.

К. Снегиревъ въ Княгининѣ Нижегород. губ. на 588 больныхъ имѣлъ 280 болѣзней вѣкъ и конъюнктивы т. е. 47 проц. и 10 проц. трахоматозныхъ.

Бржезовскій въ Герсинскомъ покоѣ Саратовской губ. на 1859 глазныхъ имѣлъ 42 проц. страданій вѣкъ и конъюнктивы и 15,2 проц. трахоматозныхъ.

Бѣлиловскій въ гор. Роненбургѣ Рязанской губ. на 965 глазныхъ зарегистрировалъ 53,5 проц. съ конъюнктивой и вѣками и 12 проц. трахоматозныхъ. (В. О. 1898 г.).

По отчетамъ С.-Петербургской глазной лечебницы за 1892—94 г. на 19,227 амбулатор. значутся 10799 со страданіями вѣкъ конъюнктивы т. е. 56 проц. и 1686 (8 проц.) трахоматозныхъ. Въ отчетахъ же этой лечебницы съ 1889 г. по 91 г. на 53506 амбулантовъ—первыхъ болѣзней было 45 проц., вторыхъ же 9 проц.

Въ Тагильской Горнозаводской больницѣ съ 1899—91 г. на 374000 амбулаторныхъ и 1566 стаціонарныхъ среди первыхъ—вообще глазныхъ 8 проц., среди вторыхъ 11 проц. (Вальтеръ). При чемъ страданій вѣкъ и конъюнктивы 60 проц. и 4 проц. трахоматозныхъ.

Въ Кременчугскомъ уѣздѣ Полтавской губ. 1890—91 г. врачъ Орловскій на 6498 всѣхъ больныхъ нашелъ 1665 глазныхъ т. е. 24,8 проц., 48,5 проц. съ болѣзнями вѣкъ и конъюнктивы и 28 проц. трахомы.

Добросердовъ 1893 г. среди черемисовъ въ Чигашевѣ нашелъ на 256 человѣкъ 60—100 проц. трахомы, среди же русскихъ проц. трахомы значился отъ 13—30.

Дедюринъ (В. О. 1893 г.) въ Малмышскомъ уѣздѣ Вятской губ. на 1174 школьника зарегистрировалъ 13,5 проц. трахоматозныхъ, при чемъ среди русскихъ 7 проц., среди вотяковъ 27,5 проц.

Люткевичъ по Данковскому уѣзду Рязанской губ. (1895) на 1335 больн. амбулаторныхъ и 148 стаціонарныхъ зарегистровалъ 4 проц. трахомы, а въ сосѣднемъ Епифанскомъ уѣздѣ трахоматозныхъ заболѣваній 3 проц. относительно глазныхъ.

Николюшинъ въ Богучарскомъ уѣздѣ Воронежской губ. съ 1888—95 г. зарегистрировалъ 10 проц. трахоматозныхъ ко всѣмъ глазнымъ больнымъ, которыхъ въ годъ регистрируется до 4-хъ тысячъ душъ.

Кирилловъ въ Ставрополѣ съ 1894—96 г. на 2502 глазныхъ больныхъ имѣлъ 58 проц. болѣзней вѣкъ и конъюнктивы и 36 проц. трахоматозныхъ.

Hilbert (къ статистикѣ за 11 лѣтъ среди учениковъ го-

родскихъ школъ Зенсбурга) нашелъ въ 1885—90 г. отъ 3 до 5 проц. трахоматозныхъ, съ 86-го года число послѣднихъ возросло до 14 проц. (В. О. 1896 г.).

Дубровъ въ отчетѣ глазного отдѣленія Владимирской Земск. больницы на 578 амбулантовъ въ 1890 г. зарегистрировалъ 32,9 проц. болѣзней конъюнктивы и вѣкъ и 2,4 проц. трахоматозныхъ, при этомъ стаціонарно пользовались 30,3 проц. первой категоріи и 15 проц. второй категоріи.

Вагнеръ въ отчетѣ о глазныхъ больныхъ Одесской глазной больницы 1891 г. на 4134 амбул. и 445 стаціонарныхъ получилъ 54 проц. болѣзней вѣкъ и конъюнктивы вообще и 12 проц. трахоматозныхъ больныхъ среди всѣхъ глазныхъ.

Дараганъ въ Подольской губ. на 2278 глазныхъ имѣлъ лицъ первой категоріи 38 проц., трахоматозныхъ же 15 проц.

Гинзбургъ (В. О. 1892 г.) въ матеріалахъ статистики глазныхъ заболѣваній въ Воронежѣ на 4061 глазныхъ,— 55 проц. заболѣваній конъюнктивы и вѣкъ и 52 случая трахомы т. е. 1,2 проц. По отношенію же къ общей заболѣваемости—глазныя болѣзни равнялись 16 проц.

Кубли по отчетамъ Крестовоздвиженской глазной лечебницы въ С.-Петербургѣ съ 1887—92 г. зарегистрировалъ 20690 глазныхъ изъ коихъ 41 проц. съ вѣками и конъюнктивой и среди нихъ 8 проц. трахоматозныхъ. По отчету той же лечебницы за 10 лѣтъ трахматозныхъ насчитывалось до 8,8 проц.

Геркенъ (В. О. 1892 г.) въ Спасскомъ уѣздѣ Казанской губ. на 699 осмотрѣнныхъ, при чемъ было 600 чувашей, нашелъ среди русскихъ 5 проц., среди чувашей 56 проц. и $^2/_3$ ихъ дѣтей заболѣвали трахомой въ возрастѣ до 6 лѣтъ.

Въ Петербургской глазной лечебницѣ (В. О. 1892 г.) на 32342 больныхъ было 2870 трахомныхъ т. е. 8,8 проц.

Іоэльсонъ въ статьѣ «слѣпота среди населенія Кишинева» 1892 г. удостовѣряетъ, что большое количество трахомы въ 30 проц. слѣпоты служитъ производящей причиной.

Орловскій въ Кременчугскомъ уѣздѣ Полтавской губ. 1892—93 г. на 1388 глазныхъ больныхъ имѣлъ 47 проц.

страданій конъюнктивы и вѣкъ и 410 трахоматозныхъ, что составляетъ 29 проц. всѣхъ глазныхъ.

Дедюринъ въ Схомсинскомъ пріем. покоѣ Вятской губ. (1894 г.) за 10 лѣтъ на 24590 русскихъ и 23200 вотяковъ нашелъ 8,2 проц. глазныхъ при чемъ вотяковъ зарегистрировано вдвое больше; 79 проц. съ болѣзнями конъюнтивы и вѣкъ и 26 проц. трахомныхъ.

По отчетамъ Екатеринославск. Губ. Земства за 1901 г. во всей губерніи было 29181 глазныхъ на 415040 всѣхъ больныхъ принятыхъ только врачами т. е. 7 проц. ко всѣмъ больнымъ. Трахоматозныхъ же записано 4705 душъ т. е. 15 проц. глазныхъ вообще.

Въ Губернской Екатеринославской больницѣ 1905 г. на 7093 стаціонарныхъ приходилось 546 глазныхъ 7,6 проц., при чемъ страхомой было 124 человѣка т. е. 22 проц. Амбулаторно же пользовалось 4698 глазныхъ и въ ихъ числѣ 1251 трахоматозныхъ т. е. 26 проц.

Въ работѣ Тезякова «заболѣваемость населенія Саратовской губ. въ 1903 г.» мы имѣемъ на 872185 душъ всѣхъ больныхъ—съ болѣзнями органовъ зрѣнія было 7,8 проц. и въ томъ числѣ съ конъюнктивой и вѣками 56 проц., трахоматозныхъ же 17,8 проц.

Уѣзды губерній распредѣлялись по трахомѣ не равномѣрно и тамъ, гдѣ было больше инородцевъ проц. трахоматозныхъ возрасталъ: такъ въ Хвалынскомъ уѣздѣ онъ достигалъ 34,6, проц. въ Кузнецкомъ до 28,4 тогда какъ Сердобскій, Царицинскій и Балашовскій имѣли всего отъ 3—9 проц. относительно всѣхъ глазныхъ. На тысячу населенія, трахоматозныхъ приходилось 5,6, женщинъ больше чѣмъ мужчинъ 1,6 : 1,1., преимущественно въ возрастѣ 29—30 лѣтъ, и встрѣчались трахоматики даже въ возрастѣ до 1 года; особенно много трахомы среди, татаръ, чувашей и мордвы отъ 39—63 проц., тогда какъ среди русскихъ только 9,—15 проц. всѣхъ глазныхъ больныхъ. По занятіямъ высокій процентъ трахоматозныхъ найденъ среди школьниковъ, сельскихъ рабочихъ и земледѣльцевъ, регистрирующихся съ особенной полностью съ апрѣля по іюнь.

Въ обзорѣ заразныхъ заболѣваній Уфимской губ. за

1904 г., составленнымъ врачемъ Полферовымъ, имѣется всѣхъ заразныхъ болѣзней по губерніи зарегистрированныхъ 40,481 на 8,985,000 всѣхъ вообще заболѣваній, при чемъ трахоматозныхъ было 4,632 т. е. 11 проц.; трахома сильно распространялась по Белебевскому и Бирскому уѣздамъ 2,625 душъ, тогда какъ въ Златоустовскомъ уѣздѣ зарегистрированно всего 128 трахоматиковъ. Въ городѣ Уфѣ въ губерн. больницѣ на 1873 заразныхъ больныхъ трахоматиковъ было только 15 случаевъ. Въ лечебницѣ комитета для бѣдныхъ имѣлось только 3 случая трахомы и въ тюремной больницѣ на 50 заразныхъ вообще 12 трахоматозныхъ.

По отчетамъ Успенскаго и Шингарева о главнѣйшихъ заразныхъ заболѣваніяхъ Воронежской губ. за 1899 г. на всѣхъ больныхъ губерній 618,943 души имѣлось 5,5 проц. глазныхъ и среди нихъ 4,336 трахоматиковъ т. е. 12,8 проц. или 0,7 проц. ко всѣмъ зарегистрированнымъ въ губерніи больнымъ. Больше всего трахомы въ Острогожскомъ уѣзд. 826 душъ и въ Павловскомъ 924 т. е. 22,8—24,2 проц. къ глазнымъ вообще, при 3 проц. населенія Острогожскаго и 5,6 проц. Павлоскаго уѣзда, трахомы больше наблюдалось среди женщинъ 55 проц. чѣмъ среди мужчинъ 45 проц., преимущественно въ возрастѣ 20—40 лѣтъ, среди сельскихъ рабочихъ и школьниковъ.

Въ матеріалахъ заболѣваемости Воронежской губ. Шингарева за 1900—901—902 годы имѣется на 2.227.987 больныхъ 146.910 съ болѣзнями зрѣнія и среди нихъ 17.573 трахоматозныхъ, т. е. почти 12 проц. ко всѣмъ глазнымъ больнымъ; въ уѣздахъ Острогорскомъ, Новохоперскомъ, Павловскомъ и Богучарскомъ трахоматиковъ было отъ 20—25 проц., больше среди женщинъ (5 : 4), среди школьниковъ и рабочихъ.

По отчетамъ Волынской губерніи за 1905—905—906 г, было зарегистрировано 12.139 трахоматозныхъ, т. е. 13 проц. всѣхъ глазныхъ.

Въ Кіевской губ. за 1905 г. по отчету пр. Скворцова на 3.126.000 жителей зарегистрированы всего 5.168 трахоматозныхъ, т. е. 0,1 къ населенію

При этомъ по уѣздамъ трахома распространялась неравномѣрно и тогда какъ Каневскій уѣздъ зарегистрировалъ 1.012 трахоматозныхъ на 262 тысячи жителей, въ уѣздѣ Кіевскомъ послѣднихъ записано 133 на 297 тысячъ жителей, Бердичевскомъ уѣздѣ 57 на 227 тысячъ; среди женщинъ больше чѣмъ среди мужчинъ 1,1 : 1,0.

Въ Гродненской губ. по отчету Кошева за 1906 г. стаціонарно лечилось только 14 больныхъ съ трахомой, во всей губерніи, т. е. 8 проц. всѣхъ коечныхъ глазныхъ, въ амбулаторіяхъ же губерніи зарегистрировано 1.331 трахоматозныхъ и 12.506 всѣхъ вообще глазныхъ больныхъ, т. е зарегистрировано 10,6 проц. трахомы. Количество же всѣхъ трахоматиковъ ко всѣмъ больнымъ губерніи равняется 0,4, больше среди женщинъ (1,3 : 1.0).

Въ Тульской губ. по Лазареву 1905 г. на 4.120 глазныхъ амбулаторныхъ и 417 стаціонарныхъ встрѣтилось 13 проц. трахоматозныхъ.

Въ трудахъ медико-статистическаго бюро Рязанскаго земства 1904 г. на 1.786.000 жителей было 1,8 проц. глазныхъ и 2,8 проц. трахоматозныхъ.

Въ Рязанской губ. зем. больницѣ по отчетамъ Успенскаго за 1902—903 годы на 4.193 больныхъ имѣлось 335 душъ глазныхъ, т. е. 7 проц., изъ нихъ 52 съ трахомой, т. е 15 проц. ко всѣмъ глазнымъ, особенно среди крестьянъ и служащихъ на желѣзной дорогѣ.

Въ Волынской губ. за 1904—905 годы по свѣдѣніямъ губ. управы на 1.976.700 душъ больныхъ имѣлось 37.431 стаціонарныхъ, 8.070 съ трахомой на 16.280 глазныхъ вообще, слѣдовательно было зарегистрировано 50 проц. трахоматозныхъ или 0,4 проц. ко всей заболѣваемости въ губерніи.

Въ Курской губ. процентный показатель распространенія трахомы выше 0,4 проц. къ населенію и 7 проц. къ глазнымъ больнымъ, въ Воронежской губ. имѣется 0,2 проц. и 11 проц. и почти такое же отношеніе въ Херсонской губ., (труды Хижнякова, Ястремскаго и др.).

Въ Нижегородской губ. (1902 г. Лавровъ) мы имѣемъ процентъ глазныхъ къ другимъ заболѣваніямъ равнымъ 5,2, среднее ежегодное число трахоматиковъ 0,1 проц. или 5 проц.

къ числу глазныхъ вообще. При этомъ по отдѣльнымъ деревнямъ показатели далеко не равны: такъ, въ Андреевкѣ и Пономаревкѣ 6,0 проц., Калинкѣ, Осиновкѣ 3,0 проц.

Въ Астраханской губ. (1888 г.) по отношенію къ глазнымъ больнымъ трахоматозныхъ было 0,49 проц.; въ Бессарабской губ, (Корайскій) 0,23 проц.; Казанской губ. (Адамюкъ) 0,11,8 проц.; Кіевской (Ходинъ) 0,12 проц.; Пензенской (Федоровъ) 0,46 проц. Пермской (Серебренниковъ и Золотавинъ) 0,14 проц.

Кубли (В. О. 1907 г.) для Лифляндской губ. находитъ число трахоматозныхъ равнымъ 40 проц. среди глазныхъ вообще, въ Эстляндской 25, Курлярдской 15.

Въ городѣ Перми Серебренниковъ въ 1885 г. на 2.026 глазныхъ нашелъ 281, т. е. 13 проц. трахоматозныхъ.

Въ Иркутскѣ по даннымъ Евгеніевскаго госпиталя на 679 стаціон. глазныхъ 155 душъ съ трахомой (1804—905 г.) т. е. 22 проц.

Въ Екатеринбургѣ 1906—907 г. изъ принятыхъ 35.730 душъ было 14 проц. трахоматозныхъ.

Въ Кіевской губ. по отчету Звенигородск. глазной лечебницы (В. О. 1907 г.) на 21.435 больныхъ имѣлось 26 пр. трахомныхъ.

Пр. Feuer (В. О. 1007 г.) при поголовномъ осмотрѣ въ 1887 г. въ Южн. Венгріи далъ 4,228 трахоматозныхъ на 104.631 населенія, т. е. 4,5 проц., послѣ же леченія повторный осмотръ въ 1889 г. далъ уже 1,2 проц. трахомныхъ. Въ 1903 г. по даннымъ автора во всѣхъ больницахъ Венгріи было зарегистрировано 2.905 трахоматиковъ.

Въ Каменецкомъ уѣздѣ по Дзюбинскому за 1907 г. на 1922 амбуланта и 366 стаціонарно-глазныхъ было 11 проц. трахомныхъ.

По даннымъ Калишскаго губ. врачебнаго отдѣленія въ 1906 г. найдено 3.203 глазныхъ больныхъ, зарегистрированныхъ по всей губерніи и въ томъ числѣ 40 проц. трахоматозныхъ; въ Тобольской губ. на 75.545 глазныхъ больныхъ было 3.185 амбулаторныхъ и 370 стаціонарныхъ трахоматиковъ, т. е. 22 проц., сверхъ этого изъ 11.471 глазныхъ, принятыхъ фельдшерами, было 14 проц трахомныхъ.

Въ Симферополѣ по губернско-больничному отчету 1906 г. на 24.332 больныхъ имѣлось 2.956 глазныхъ, изъ коихъ 287 душъ было съ трахомой, т. е. 9 проц.

Въ отчетѣ отдѣла по предупрежденію слѣпоты пр. Долганова за 1905 г. имѣемъ, что восемью глазными отрядами (въ Новгородск., Вятской, Екатеринославской, Томской, Семирѣченской, Казанской, Калужской, Амурской обл. и Волынской) отмѣчено 758 случаевъ излечимой слѣпоты, обусловленной въ 432-хъ случаяхъ трахоматознымъ пораженіемъ глазъ. Больныхъ же съ неизлечимой слѣпотой было 805 душъ, при этомъ въ 27 проц. ослѣпленія была причиной трахома. Въ глазныхъ пунктахъ и лечебницахъ на 2788 слѣпыхъ имѣлось 12 проц. ослѣпшихъ отъ трахомы, въ случаяхъ же излечимой слѣпоты въ большинствѣ процентовъ играла роль трахома. Въ Помѣховск. глазн. станціи на 611 глазныхъ зарегистрировано было въ 1908 г. 305 трахоматозныхъ, 71 съ фолликул. конъюнкт., т. е. 50 проц. трахомы.

Въ Александровскомъ отдѣлѣ глухонѣмыхъ дѣтей въ Екатериносл. губ. на 178 учениковъ имѣлось 2 проц. трахомныхъ. Въ Бѣжецкомъ земствѣ Орловск. губ. Хрущовъ нашелъ 24 проц. трахомы среди сельскихъ школьниковъ. Гуревичъ въ Маріупольскомъ уѣздѣ Екатериносл. губ. (1903 г.) на 4397 учащихся имѣлъ 3 проц. трахомныхъ изъ среды 10,2 проц. всѣхъ заболѣваній глазъ.

Въ Архангельской губ. по отчету за 1906 г, на 87 стаціонарныхъ зарегистрировано на всю губернію только 2 трахоматозныхъ. На 9.305 амбулаторныхъ—432 трахоматиковъ, т. е. 4,5 проц., причемъ ½ ихъ регистрировалась фельдшерами.

Чистяковъ въ 1905—6—7 гг. въ Мамадышскомъ уѣздѣ Казанской губ. зарегистрировалъ 2748 трахоматиковъ. т. е. 44 проц. относительно всѣхъ глазныхъ больныхъ, причемъ среди татаръ трахома имѣла 57 проц., среди русскихъ 18 проц.

При пятигорской общинѣ въ 1907 г. Очаповскій зарегистрировалъ 18,5 проц. трахомы, изъ коихъ почти 95 проц. были во второй и 3-ей стадіяхъ.

Чемолосовъ въ Черниговской губ. нашелъ 30 проц. трахомныхъ изъ 2.629 глазныхъ больныхъ, при этомъ 1/3 часть съ осложненіями.

Звенигородская глазная лечебница въ 1907 г. на 25843 глазныхъ больныхъ насчитываетъ 26 проц. трахоматозныхъ.

Ивановъ въ Казанской губ на 3000 осмотрѣнныхъ глазныхъ больныхъ нашелъ до 50 проц. трахоматозныхъ, 1906 г.

Владыченскій (1908 г.), поголовно осмотрѣвъ 3 деревни Бійск. уѣзда Томск. губ., среди 228 кочевниковъ татаръ и калмыковъ нашелъ 68 проц. глазныхъ и 47 проц. трахомныхъ.

По отчетамъ главнаго врачебнаго инспектора за 1903 г. въ Россіи было зарегистрировано 564387 трахоматозныхъ больныхъ, изъ коихъ 402914 врачами и 155473 фельдшерами. Слѣдовательно и по этой статистикѣ на каждыя 10 тысячъ населенія приходится 40,3 трахоматозныхъ.

Въ 1904 г. трахоматозныхъ всего было 564.415, т. е. 0,4 проц. къ населенію.

Въ 1905 г. трахоматозныхъ въ Россіи по тѣмъ же даннымъ зарегистрировано 588.846 душъ, т. е. 0,407 проц. къ населенію, при чемъ больнично лечилось 90,5 тысячъ трахоматозныхъ.

Въ 1906 г. врачебнымъ управленіемъ уже зарегистрировано 751.544 трахоматозныхъ, т. е. 0,51 проц. къ населенію, въ больницахъ пользовано 3,0. При чемъ распредѣленіе по мѣстностямъ было таково:

Неземск. губерніи	5,3	promil.
Привислянскій край	1,3	»
Остзейскій »	6,1	»
Земскія губерніи	6,2	»
Обл. войска Донского	1,1	»
Кавказъ	5,4	»
Сибирь	2,6	»
Средняя Азія	0,86	»

Таблица № 1.

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТО ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	% трахомы относительно глазныхъ вообще.
Цывинскій	Варщава 7854—64 г.	34%
	Виленская глазн. лечеб. 1860—72 г.	52,3
	Варшавскій военн. госпит. 1864 –70 г.	26,0
	Частная Виленск. лечебница 1860—72 г.	40,0
	Виленскій Военный госпиталь	32,2
	Кіевская клиника	14
	Петербург. глазная больница	20,
	Дерптская глазная клиника	38,0
Лазаревъ	Земск. Бѣлевск. больница	5,8
Самсоновъ	Въ больницахъ Алексан. уѣзда	36,
Снегиревъ	Княгинино, Нижегор. г.	10,
Бржезовскій	Герсинск. покой, Сарат. г.	15,2
Новицкій	Оренбургской г.	40
Бѣлиловскій	Моршанск. уѣзда, Тамб. г.	18,5
—	Раненбург. Рязанск. г.	12
	Петербургск. глазная лечебница 89—94 г.	8,5
Вальтеръ	Тагильская Гор.-зав. больница	4,0
Орловскій	Кременчугъ, Полтав. г.	28
Кубли	Крестовоздв. глазн. лечебн.	8
Орловскій	Кременч. уѣзд. Полт. губ.	29
Дедюринъ	Схомсин. пріем. покой Вятск. г.	22—78
	Екатериносл. губ.	15
	Земская Екатериносл. больница	22—26
Тезяковъ	Саратовская губ.	17,8
Хижняковъ	Херсон. г., среди рабочихъ	31
Шингаревъ и Успенскій	Воронежск. губ.	12,8
	Отчетъ Волынск. губ.	13
Лазаревъ	Тульск. губ.	13
	Рязанскаго. Земства	2,8
Кошевъ	Гродненская губ.	10,7
Успенскій	Рязанск. Земск. больница	15
Гиршбергъ	Курская губ.	7
Хижняковъ	Воронежская губ.	11
	Херсонская г.	11
	Архангельск. губ. отчетъ	4,5
Лавровъ	Нижегородская губ.	5
	Астраханская г.	0,49
Корайскій	Бессарабская г.	2,3
	Тамбовская	4,4
	Казанская	1,2
Кубли	Лифляндская	40
	Саратовъ	11,5
Ходинъ	Кіевская	1,2
Федоровъ	Пензеская	4,6
	Петербургская	9,6
Серебренниковъ	Пермская	1,4
Кубли	Курляндская	15
—	Московская	3,6

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТО ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	% трахомы относительно глазныхъ вообще.
Кубли	Эстляндская	25
	Евгеніевскій госпиталь въ Иркутскѣ	22
	Екатеринбугская глазн. лечебн.	14
	Кіевъ	25
	Звенигородская лечебница	26
Дзюбинскій	Каменецкомъ уздѣ	11
	Ростовъ н/Дону	6,0
	Врачеб. Упр. Калишск. губ.	40
	Тобольская	22
	Харьковъ	20
	Губер. отч. Симферополь	9
Самсоновъ	Екатеринос. г. 1901 г.	15
	1905 г.	18
Тезяковъ	Саратовск. г.	17,8
Андогскій	Тотемскій уѣздъ	32,1
Германъ	Сирія и Палестина	88
Bruns	Нев. Орлеанъ	2
Филатовъ	Пензенск. губ.	35
Самсоновъ	Гуляпольск. больница	19
Дараганъ	Подольск. губ.	15
Саиде	Алжиръ	50
Wilder	Иллинойс. (с. Америка)	6,5
Беллярминовъ		31,2
Андогскій	Сарапул. уѣздъ, Вятск. губ.	36,1
Гарнье	Верхнеднѣпровскій уѣздъ	26
Долгановъ	Епифанскій уѣздъ	20
Козловскій	Подольск. губ.	29,7
Лютквичъ	Данков. уѣздъ, Рязанск. губ.	4,1
	Епифанскій уѣздъ.	3,0
Рымша	Минскъ	25
Тепляшинъ	Вятка	28,1
Вадзинскій	Помѣховск.	23
Бергеръ	Демянск.	20,9
Бончковскій	Ишимская больница	30,4
Кацауровъ	Ярославская больница	34
Estlander	Гельсингфорсъ	31
Oettinger	Дерптъ	31,9
Baelman	Дерптъ	32
Ходинъ	Кіевъ	12,2
Адамюкъ	Казанск. глазн. клиники	11.8
Шмидтъ	Одесса	3,3
Долингеръ	Астрахань	4,9
Серебренниковъ	Пермь	14
Тепляшинъ	Глазовск. уѣздъ	23—45
Кубли	Рига	14
	Дерптъ	30
	Митава	8
	Петербургъ	6,8
Вицинскій	Глазн. Кіевск. клиники	9
Тезяковъ	Херсонъ	13
Ивановскій	Мамлинскій уѣздъ	20

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТО ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	% трахомы относительно глазныхъ вообще.
Романовъ	Кузнецк. уѣздъ, Саратов. г.	33
Самсоновъ	Алексан. уѣздъ Екат. г.	24
Козловскій	Кіевск. губ.	24
Сергіевъ	Нолинск. уѣздъ Вятск. г.	24
Бондаревъ	Каневск. уѣз. Кіевской г.	9,6
Изачикъ		0,5
Кудрявцевъ	Каховка Таврич. 5.	26,4
Хорцевъ	Бѣльмичи, Могилев. г.	55,6
Германъ	Петерб. глазн. лечеб.	18
Блессигъ	Петербургская глазн. амб.	9
Дуброво	Владимир. губ. больн.	5
Суховъ	Шихазаны, Казанск. г.	80
Пѣуновъ	Тифлис. воен. госп.	21,7
Рейнгардъ	Курляндск. г. 1899—902	35
Чачхіани	Ардатов. уѣз. Нижегор. г.	9
Шиле	Лифляндія	37
Кудрявцовъ	Херсон. уѣздъ 1887—96 г.	6,4
	Амбулат. рабочихъ Херсон. уѣз.	7,4
	Стадіонарно въ Херсон. уѣз.	33
	Амбулаторіи	9
Кацауровъ	Ярослав. глазн. бол.	8%
Сельскіе врачи	Могилевск. губ.	10
Квятковскій	Кишеневъ	30
Шиле	Курская губ. больница	78—40
Фишъ	Стерлитам. уѣз. Уфим. г.	40
Краузъ	Баку	29,8
Исуповъ	Екатеринодаръ	21
Сычевъ	Гятск. г. З. больн.	12,8
Шейнфайнъ	Полтав. г.	25
Масляниковъ	Вятск. г. Малмыж. уѣзда	51
Сычевъ	Козьмодемьян. уѣзда, Казанск. г.	25
Чистяковъ	Мамадышск. уѣзда Казанск. г.	44
Гилжецъ	Темирхантура	11,4
Ачаповскій	Пятигорск. община	18,5
Диканская	Закаспійск. обл.	27,6
Чемолосовъ	Черниговск. губ.	30
	Звенигород. глазн. лечеб.	26
Печниковъ	Лапшевск. уѣз. Казанск. г.	27
Ивановъ	Цивильск. уѣз. Казанск. г.	50
Коренщкій	Бронницк. уѣздъ, Москов. г.	17
Гуревичъ	Ливенск. уѣз. Орловск. г.	20
	Пиково, Подольск. г.	20
Лотинъ	Виленскій уѣздъ	10,6
Земскіе врачи	Воронежск. г.	11,3
Новкунскій	Казанской г.	30
Лобановъ	Уфимской г.	90
Каркашвилли	Пиково, Подольск. г.	20
Исуповъ	Екатеринодаръ	21
Толмачевъ	Златоустовскій уѣздъ	14
Краузъ		29,8
Поповъ	Межъуѣздн. участки Бердянск. уѣзда	3,4

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТО ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	% трахомы относительно глазныхъ вообще.
Фишъ		40
Козловскій	Смѣла Кіевск. г.	20
Каневскій	Глазовск. уѣздъ Вятск. г	87,2
Лотинъ	Свяцанск. уѣз. Виленск. губ.	24
Глазные отряды	Тамъ же	25
Лаврентьевъ	Глазные отряды	31
Вайнштейнъ	Сувалковской г.	20,6
Ганжинскій	Александроп. Эриван. г.	38
Сычевъ	Вятск. Земск. больн.	25
Бѣльскій	Уфимск. Губ. больн.	30
Цвибикъ	Темирханшур. лазаретъ	23
Невкунскій	Павловск. уѣз. Воронеж. г.	17
Лотинъ	Виленск. уѣз. 1901. Глазн. отр.	55
	Глазн. отрядъ	31
Епинатьевъ	Мервск. глазн. больн.	22
Шмидтъ	Самаркад. глазн. лечебн.	23,6
Исуповъ		2
Садовскій	Чистоп. уѣздъ, Казанск. губ.	50—90
Андогскій		36
Вайнштейнъ	Кальварія, Сувалк. г.	30
Каневскій	Калужск. губ.	4,4
Геронимусъ	Кубанск. области	22,6
Бѣлиловскій	Тамбовск. г.	21
Алянчиковъ	Новотор. уѣздъ, Тверск. г.	19
Габриловичъ	Могилевск. губ.	74
Козловскій	Кіевск. больница	83
Гуляпицкій		58
Вальтеръ	Маріупол. уѣздъ	36%
Ковальскій	Житомірск. уѣздъ	81
Бондаревъ	Окулистич. Отряды 1893 г.	30
	94 г.	40
	95 г.	31
Наумовъ	Войска Казан. округа	17,6
	188—97 г. въ русск. арміи	36,0
Серебрянниковъ	Пермск. Здмск. больн.	15
Дедюринъ	Вятск. г. Сюмсин. пріемн. покой	17
Тепляшинъ	Глазовск. Зем. больн.	14
Ивановъ	Цивильск. уздъ, Казан. г.	18,3
Коневскій	Спасск. уѣздъ, Казан. о.	20—100
Самсоновъ	Александр. уѣздъ, Екатер. г. 1906 г.	21
Крымгольцъ	Витебск. губ. окулист. отрядъ	55
Сироткинъ	Мелекес. Самарск. г.	24,5
Кирилловъ	Ставрополь Кавказъ	39,7
Николюшинъ	Богучар. уѣзд. Воронеж. г.	10
Дубровъ	Владимир. зем. больн. амбул. Стаціон.	2,4 15
Вагнеръ	Одесса, Глазн. больн.	12
Дараганъ	Подольск. губ.	15
Геркенъ	Спасск. уѣз., Казанск. г.	5—56
	Петерб. глазн. лечебница 92 г.	8,8
Полферовъ	Уфимск. губ.	11,1
	Евгеніевс. Госпит. Иркутск.	22
Владыченскій	Бійскій уѣздъ у кочевниковъ	47
	Помѣховск. Глазная станція	50

Таблица № 2.

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТО ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	% трахомы относительно населенія
Fuchs	Бельгія 1830 г.	16%
Рейнъ	Кавказская армія	7,2
	Среди рекрутъ на Кавказѣ	3,0
Уликъ	Австрійскій флотъ 1875 г.	16,0
Valter	Восточн. Пруссія 1900 г.	до 3,0
Кон, Беккеръ	Школы Германіи 1875 г.	0,4
Weis o	Остзенскій край 1861 г.	1,13
Алянчиковъ	Новоторжскій уѣздъ	4,8
Ковальскій	Житомірскій уѣздъ	1,36
Брауштейнъ	Харьковская г. 1893 г.	15,8
Летуч. ок. отрядъ	Харьк. г.	22,5
Максимовскій	Во всей Россіи	25,6
Сергіевъ		29,7
Лобановъ	Уфимск. губ. чуваши	90
Попеч. о слѣпыхъ	Нѣкоторыя г. Европ. Россіи	50
	Сибири	38
Добросердовъ	Царевококшайскій уѣздъ среди черемисовъ	55
	среди русскихъ	13
Рейнгардъ	Курляндск. губ. до 98 г.	20
Рудинъ	Мологск. уѣздъ Яросл. г. и въ обл. В. Донск.	5,4
	Въ городѣ Мологѣ	2,5
	Среди крестьянъ	8,3
		9
Геркенъ	Сергіев. вол. Калужск. г.	0,12
Изачикъ	Моршан. уѣздъ Тамбовск. г.	4,05
Бѣлиновскій	Гуляпол. вол. Алексан. уѣзда	3,2
Самсоновъ	Канев. уѣздъ Кіевск. г.	0,7
Бондаревъ		15,7
Кушевъ		
IV съѣздъ Вятск. врачей 1883 г.	Вятской губ.	25
Рейнгардъ	Курляндской г. 1902 г.	17
Максимовичъ 902 г.	Харьков. губ.	15,8
Кушевъ	Петров. уѣздъ Саратов. г.	15,7 ср. инор.
Летуч. отряды	Саратов. г. инородцы	28,5
Карениикій	Броннин. уѣздъ Моск. г.	3,5
Гинзбургъ	Воронежской губ.	0,8
	Херсон. г. Врач. амбулаторіи	0,19
Хижняковъ	Среди пришлыхъ рабоч. Херсон. г.	11,7
Добросердовъ 893 г.	Чигашево среди черем.	60—100
	средп русскихъ	13—20
Геркенъ	Спасск. уѣздъ Казан г.	5—56
Тезяковъ	Саратовской г.	0,56
Шингаревъ	Воронежской г.	0,7
Fener	Ю. Венгрія 1887—89 г.	4,5—1,2
Вайнштейнъ	Самарской г. нѣмецк. колонія	до 13°

Таблица № 3.

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТНОСТЬ.	% заболѣв. конъюктив. и вѣками среди глазныхъ больныхъ.	ЧИСЛО НАБЛЮДЕНІЙ.
Цывинскій	Варшава	67%	23570
	Петербургская лечебница	45	53506
Германъ	Сирія	43	
Алянчиковъ	Тверская г.	30,5	
Вальтеръ	Тагильскъ	60	37400
Наумовъ	Казанскій Военный округъ	64	
	Въ русской арміи	48	
	Петерб. лечеб. 92—94 г.	56	19227
Серебрянникова	Пермская земск. больница	38	
Бѣлиловскій	Рязанск. губ.	12	965
Дедюринъ	Вятск. губ.	64	
Теплятинъ	Глазов. больн.	40	
Орловскій	Полтавской г.	48,5	6499
Ивановъ	Цивил уѣздъ Казан. г.	75	
Бржезовскій	Саратов. губ.	42	1859
Пѣуновъ	Тифлис. Госп.	48,9	587
Блессигъ	Петербур. амбул. 1888 г.	33	16716
Краузъ	Баку	36	15850
Исуповъ	Екатеринодаръ	54	4654
Сычевъ	Вятская больн.	60	35348
Самсоновъ	Александр, уѣздъ 1902 г.	65	10359
Лютинъ	Виленскій уѣздъ	46	6246
Гуревичъ	Ливенскій уѣздъ	51	1776
	Пиково, Подольск. губ.	40	1844
Карницкій	Бронниц. уѣздъ	49,3	19711
Шейнфайнъ	Полтавской губ.	73	1470
Вайнштейнъ	Сувалковск. г.	52	2171
Исюповъ	Екатеринодаръ	44,6	2419
Епинатьевъ	Мервь	59,4	1889
Невкунскій	Павловск. уѣздъ	25	4790
Увибакъ	Темирханшур. лазаретъ	72	1024
Бѣльскій	Уфа, больница	53	3482
Сычевъ	Вятская зем. больн.	75	3968
Лотинъ	Свяцанск. уѣздъ	60,4	2857
	Глазные отряды тамъ же	60	11800
Вайнштейнъ	Сувалк. губ.	59,3	2990
Ганжинскій	Александрополь	73	1253
Козловскій	Кіевской губ.	35	12026
Шмидтъ	Самаркандъ	59	4355
Каркашвилли	Пиково	45	1465
Геронимусъ	Кубанск. обл.	47	1400
Печниковъ	Казанск. губ.	47	5682
Самсоновъ	Александр. уѣздъ 1903 г.	67	11140
Поповъ	Бердянск. и Алексан. уѣзды	82	
Самсоновъ	Александ. 1906 г.	69	
Толмачевъ	Златоустов. уѣз.	72	3657
Дараганъ	Подольск. г.	35	7927
Самсоновъ	Гуляпольск. больн.	66	13438
Гиджецъ	Пемирханшура	39,8	1229
Бѣлиловскій	Тамбовск. губ.	64,7	1083
Диканская	Закаспійск. обл.	49,4	2181
Ивановъ	Цивильск. уѣздъ	80	14000
Адамюкъ	Казань, клиника	29,9	
Деритск.	Глазная клиника	40,3	
Петербургъ	Глазная больница	32,5	
Сычевъ	Козмодем. уѣздъ	75	1713
Новицкій	Оренбург. губ.	84	921
Крымгольцъ	Витебск. губ.	75	6040
Сироткинъ	Самарская г.	42	1244
Кирилловъ	Кавказъ	67,4	3189
	Кіевская клиника	38,9	34060
Лазаревъ	Бѣлевск. больница	52	1470
Снегиревъ	Нижегор. губ.	47	588

Таблица № 4.

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТНОСТЬ.	% заболѣваемости трахомой въ школахъ.	Фолликулезъ.
Cohn	въ Германіи	0,4	18%
	Гольборни Ньюіоркс. пріютъ	100%	
Bader		почти 100%	
Herion	въ Мехелнѣ	idem	
	Моисѣ	21—47% въ сельск. шк.	
Гиршбергъ	1896 г.	5—36% въ город. шк.	
	въ Пруссіи	35% въ селахъ	
Германъ	Сирія	9% въ городахъ	
		64 въ селахъ	
	Палестина	38 въ городахъ	
Хрущовъ	Тверск. губ.	43% среди инородц.	
		10,6 среди русскихъ	
	Воронежской г.	3,5%	
Казасъ	Брест. гимн.	2,0	
Хижняковъ	Херсонск. губ.	8,9	

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТНОСТЬ.	% заболѣваемости трахомой въ школахъ.	Фоллику-лезъ.
Демьяненко	Сумск. уѣздъ	11,6	
Путято	Псковск. губ.	въ селахъ 30% городск. 3	
Аксель Эрн.	Прих. шк. Лифляндіи Александ. уѣздъ Екатеринослав. губ.	17,6	
Свѣчниковъ		14	29,4
Самсоновъ		18	21
Карменъ		14.4	15 4
Варшавскій	Кутаисск. гимн.	0	
Бѣлиловскій	Моршанскій уѣздъ	16	
	Псковск. гимн.	12,5	
Демьяненко	Сумск. уѣздъ	11,8	
Ренгардъ	Курляндія	2—26	
Шиле	Курск. губ.	53	
Геркенъ	Казанск. губ.	61	
Ренгардъ	Курляндія	12,3	
Новкунскій	Павловск. Ворон. г.	0	
Александровъ	Мелитонов. уѣздъ	4—84%	
Горповъ	Усманс. Тамб. г.	0,3	
Іоэльсонъ	Кишиневъ	9,2	22
Шингаревъ	Воронеж. губ.	15,0	
Краузъ	Бакинск. уѣздъ	40—50	
Гуляевъ	Грайвер. уѣздъ Курск. г.	35	
Брауншгейнъ	Харьков. губ. 1893 г.	6—86	
Максимовичъ	1902 г. Харьковск. г.	7—70	
Калита	Арханг гимн.	12%	
Дедюринъ	Малмыжъ Вятск. г.	27	
Вицинскій	Харьковъ	9	
Гинзбургъ	Воронеж. губ.	3,5	
Дедюринъ	Казанской г.	13,5	
Аксель Эрн.	Лифляндск. губ.	17,6	
Кольскій	Кишиневъ Епарх. учил.	34,4	
Дедюринъ	Малмышс. Вятск. г.	7—27	
Hillert	Зенбургъ	3—14	
Самсоновъ	Школа глухонѣмыхъ	2	
Хрущова	Бѣжецкій уѣздъ	24	
Гуревичъ	Маріупол. уѣздъ	3	
Хрущовъ	Бѣжеск. уѣздъ Твер. г.	10—41	
Евецкій	Пермск. г.	среди 85 дѣтей до 10 лѣтъ	
Владыченскій и Троицкій	Томск. город. школы	2.7	
Дубровъ	Владим. Зем. больн.	32,9	578
Вагнеръ	Одесса глазн. больн.	54	4134
Дораганъ	Подольской губ.	38	2278
Гинзбургъ	Воронежск. г.	55	4061
Кубли	Крестовоздв. леч. Пет.	41	20690
Орловскій	Полтавск. губ.	47	1388
Дедюринъ	Вятской г.	79	47790
Теляковъ	Саратовск. г.	56	72350
Владыченскій	Бійск. уѣздъ Томск. г.	86	228

Таблица № 5.

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТНОСТЬ.	% трахомы среди солдатъ.
Щепотьевъ 1888 г.	Среди новобранцевъ Казанскаго округа	
	Казанская губ.	9,2
	Уфимская г.	6,9
	Симбирская губ.	4,5
	Самарская	4
	Саратовская г.	4,4
	Оренбургская губ.	2,4
	Харьковская г.	5
	Черниговская губ.	1,8
	Кіевской губ.	7
Наумовъ 1891—95 г.	Пермской, Астраханской, Пензенской, Вятской	по 1,0
	Въ войскахъ Казанскаго округа	
	Среди новобранцевъ	2,4—1,2
	Среди монголовъ	4,7
	Среди старослужащихъ	3,19
Наумовъ 1287—97 г.	Среди всѣхъ войскъ казанскаго округа	3,5—7,1
Брауншгейнъ	Харьков. губ. новобран. 1889—93 г.	12
Гиршманъ	Кіевскій В. округъ	2,6—6,3
Лаврентьевъ	Ежегодный приливъ трахомат. солдатъ	5,7
Пѣуновъ	Тифлис. военн. госп.	4,0
Ларіоновъ	Казанск. воен. округъ 1889 г.	12
Лаврентьевъ	Московскій округъ 1900 г.	5,7
Искерскій	Русская армія 1893 г.	43090 трахомныхъ
Neugath'	Кенигсбергск. горниз.	1—1,5
Вицинскій	Кіевскій воен. окр.	4—16
Гинзбургъ	Воронежской губ. новобранцы	4,6
	Богучар. уѣзда Ворон. губ.	1,5
Наумовъ	Казанск. округъ 1895 г. среди русск. солдатъ	1,85
	Поляковъ	2,3
	Нѣмцевъ, латышей и эстовъ	1,3
	Евреевъ	1,38
	Татаръ	3,03
	Чувашъ, черемисъ, мордовъ	4,79
Щепотьевъ	Казанск. округъ 1888 г. среди призывныхъ	
	черемисовъ	24,7
	Чувашъ	18,1
	Мордвы	8
	Татаръ	7,8
	Башкиръ	6,6
	Русскихъ	1,2
	Среди солдатъ «служащихъ» татары	2,9
	Поляки	1,8

Таблица № 6.

ИМЯ АВТОРА.	МѢСТНОСТЬ.	% глазной заболѣваемости.
Кореницкій	Броннинскій уѣздъ, Московск. г.	25
Бондаревъ		12,4
Алянчиковъ		21
Бѣлиловскій		21
Хрущовъ	Тверской губ. школы	24
Вайнштейнъ		38
Бѣлиловскій	Школы Моршанск. Тамбовск. губ.	22,9
Самсоновъ	Гуляпол. больница	—20
	Александров. уѣзда	
Козловскій	Смѣла Кіевск. г.	4,5
Самсоновъ	Александров. уѣздъ	8,1
Филатовъ	Пензенской губ.	12
Вальтеръ	Тагильск. завадъ	8—11
Орловскій	Кременчугскій уѣздъ	24,8
Гинзбургъ	Воронежской губ.	16
	Екатерин. Губ. Земс.	7
Тезяковъ	Саратовской губ.	7,8
Успенскій и Шингаревъ	Воронежской губ.	5,5
Лавровъ	Нижегородской губ.	5,2
Гуревичъ	Маріупольск. уѣздъ школы	10,2
Владыченскій и Троицкій	Томск. городск. учил.	28,5
Шимановскій	Тывровск. дух. учил.	43,6
Варшавскій	Кутаиск. гимназ.	9,1
Гинзбургъ	Воронежск. гимн.	38
Бѣлиловскій	Псковск. гимн.	29,7
Стат. Урал. Жизни	Европа	2,9
	Пермск. губ.	5,5
Тезяковъ	Среди чувашъ Саратовской губ.	24,0
	Татаръ	14,2
	Нѣмцевъ	12
	Мордвы	14

Таблица № 7.

Изъ вышедшей въ 1907 г. работы Бочковскаго, мы имѣемъ слѣдующую таблицу распредѣленія трахомы по губерніямъ Россіи:

ГУБЕРНІИ и ОБЛАСТИ.	% трахоматиковъ ко всѣмъ больнымъ.		Данныя поголовн. осмотровъ.		% трахомат. учен. къ числу осмотрѣнныхъ.
	По даннымъ попечит. о слѣпыхъ.	Главн. Врачебн. Управлен.	% трах. къ числу осмотрѣн.	Къ числу глазныхъ больныхъ вообще.	
Архангельская	5,5	5,3			
Олонецкая	7,4	5,3			
Вологодская	18,1	12,7			
Петербургская	9,5	10,3	—	—	12
Новгородская	21,5	13,2	14,2	41,3	
Псковская	39,4	33,6			
Тверская	19,8	21,4	4,8	23,1	23
Московская	8,6	3,0	3,6	11,9	
Ярославская	14,5	10,9			
Владимирская	6,2	4,4			
Костромская	30,7	13,9			
Нижегородская	24,9	5,8	14	42	
Казанская	49,8	27,8	5,6—100		
Симбирская	46,2	17,4	51,2		
Самарская	41,3	24,4	13,8		
Саратовская	21,9	16,9	15		
Пензенская	21,8	12,1			
Вятская	40,5	21,4	—	—	13,5
Пермская	21,9	9,0	80	—	13
Уфимская	49,2	19,7	50—92		
Оренбургская	32,8	15,5	2,8		
Витебская	40,	39,5			
Могилевская	44,7	39			
Минская	24,3	22,9			
Ковенская	39,	37,4			
Виленская	28,8	32,2			
Гродненская	11,4	12,9			
Волынская	24,5	17,2	1,3	10,5	
Подольская	23,	15			
Кіевская	19,5	19,3	1,1	9,6	
Черниговская	34,8	19			
Полтавская	24,	30,3			
Харьковская	13,1	18,6	15,8	—	11
Смоленская	26,9	21,8			
Калужская	9,4	6,5	0,1	0,5	
Тульская	10,5	3,6			
Рязанская	4,5	3,8	—	—	4
Тамбовская	27,7	3,6	4,0	18,5	12
Орловская	16,5	5,1			
Курская	4,2	14,5	—	—	9

ГУБЕРНІИ и ОБЛАСТИ.	% трахоматиковъ ко всѣмъ больнымъ.		Данныя поголовн. осмотровъ.		% трахомат. учен. къ числу осмотрѣнныхъ.
	По даннымъ попечит. о слѣпыхъ.	Главн. Врачебн. Управлен.	% трах. къ числу осмотрѣн.	Къ числу глазныхъ больныхъ вообще.	
Воронежская	19,6	14,3	—	—	3
Екатеринославская	25,1	13,4			
Бессарабская	18,8	13,2			
Херсонская	17,5	21,2	—	—	9
Таврическая	26,1	16,2	—	—	31
Донская обл.	10	7,2			
Астраханская	11,2	6,6			
Эстляндская	25,3	11,5			
Лифляндская	38,2	25,6	1,1	—	17
Курляндская	43,1	28,	23,4	—	12
Сувалкская	27,9	30,8			
Ломжинская	—	20,3			
Сѣдлецкая	—	14,7			
Люблинская	—	19,5			
Радомская	—	17,2			
Кѣлецкая	—	17,3			
Петроковская	9	14			
Калишская	19,4	38,4			
Варшавская	—	18,3			
Плоцкая	—	45,9			
Ставропольская	27,3	18,9			
Кубанская обл.	12,5	14,8			
Терская обл.	23,8	9			
Черноморская.	—	8,6			
Кутаисская	—	2,9			
Батумская	—	5,8			
Тифлисская	—	4,3			
Дагестанская	19,9	17,2			
Бакинская	28,3	15,1			
Елизаветпольская	15,8	14,1			
Эриванская обл.	48,7	33,8	—	—	52
Карсская обл.	—	26,1			
Тобольская	28	20,5			
Томская	39,6	29,5			
Енисейская	15,2	19,5			
Иркутская	12,8	11,			
Забайкальская	—	17,4			
Амурская	—	14,			
Приморская	26,1	7,9			
Якутская	—	24,7			
Уральская	12,4	5			
Тургайская	23	18,1			
Акмолинская	33,4	23,8			
Семипалатинская	23,5	17,6			
Семирѣчинская	33,6	11,6			
Закаспійская	44,1	25,3			
Самаркандская	22	9,5			
С.-Дарьинская.	10,8	2,2			
Ферганская.	-	4,3			

Глава II.

Клиническое теченіе трахомы

Primo, ut morbi omnes ad definitas ac certas species revacentur (Lydenham).

Каждая инфекціонная болѣзнь имѣетъ двѣ стадіи, скрытую (stadium prodromosum) и стадію явнаго воспаленія (periodus inflammationis acutae). Такъ и трахоматозное заболѣваніе начинается не сразу, а предшествуемое такъ называемыми предвѣстниками. Эти предвѣстники болѣзней особенно характерные и детально разработанные въ различныхъ отдѣлахъ внутренней медицины, мало обращали и обращаютъ вниманія въ заболѣваніяхъ глаза вообще и трахоматозномъ въ частности.

Между тѣмъ признаки перваго заболѣванія трахомой безусловно существуютъ, и внимательные больные помогаютъ врачу оттѣнять ту или другую степень ихъ, тотъ или другой симптомъ.

Въ разспросахъ больныхъ деревенскихъ, мало развитыхъ, рѣдко обращающихъ вниманіе на начальное страданіе, съ иной какъ бы иннервацією, со своеобразной чувствительностью, допускающей работу при сильныхъ поврежденіяхъ вѣкъ, даже роговицы, тогда какъ болѣе сознательный, болѣе цѣнящій себя и свое здоровье, уже давно обратилъ бы вниманіе и усмотрѣлъ бы тотъ или иной болѣзненный симптомъ, подумалъ бы надъ причинностью его,— и среди этихъ пацієнтовъ деревни возможно подмѣтить общіе субъективные признаки, а также первичныя измѣненія глазъ и вѣкъ объективнаго характера.

Работая среди деревенской массы, мы будемъ указывать на трахому, какъ именно на народное бѣдствіе, пони-

мая подъ народомъ массу деревни, составляющую 85% всего населенія.

Потому мы и не претендуемъ на строго научные выраженія и выводы кабинетнаго характера, понимая подъ наукой всякую сумму знаній, полезную чѣмъ-либо, какъ для настоящаго, такъ и для будущаго. Полное широкое научное обслѣдованіе вопросовъ въ деревнѣ въ настоящее время не возможно, такъ, какъ оно не мыслимо и въ столичномъ кабинетѣ при лабораторіи, потому что кабинетъ и лабораторія съ одной стороны, а дѣйствительность и деревня съ другой, стоятъ слишкомъ далеко и между ними существуетъ пропасть. И только взаимодѣйствіе деревенскаго труда и лабораторнаго или клиническаго могутъ дать сравнительную полную и широкую картину, пополнивъ недочеты, созданные искусственно и мѣшающіе научнымъ обслѣдованіямъ вопроса.

Итакъ у амбулаторныхъ больныхъ, а чрезъ амбулаторію проходятъ и стаціонарные больные, при трахомѣ подмѣчается тяжесть глазъ, чувствительность къ свѣту, нѣкоторое ознобленіе, какъ бы зудъ, боль, хотя и незначительная,— эти именно симптомы оттѣняетъ больной, которые онъ самъ группируетъ и выражаетъ общимъ терминомъ «запорохой и закисаніемъ» глазъ. Это показаніе и есть первый указатель трахоматознаго заболѣванія, которое въ клиническомъ смыслѣ можетъ еще и не быть яснымъ и опредѣлившимся. Этотъ періодъ по нашимъ наблюденіямъ протекаетъ дня три-четыре и послѣ этого картина заболѣванія становится достаточно ясной. Бывали отдѣльные случаи, когда острое трахоматозное заболѣваніе выяснялось и чрезъ недѣлю, до этого же была наблюдаема сухость въ глазахъ и гиперемія ихъ. Почти всегда удавалось наблюдать, что предъ тѣмъ, какъ появлялась зернистость, складки и истеченіе— сухое воспаленіе какъ бы стихаетъ, вновь обостряется и затѣмъ разрѣшаетя. Зернистость это своего рода herpes, высыпающій наружу послѣ перваго стадія, герпетическіе пузырьки и зерна острой трахомы, это какъ бы очаги особенно сильной воспалительной реакціи.

Затѣмъ идетъ вторая стадія, называемая періодомъ гра-

нуляцій (periodus granulosum). Этотъ періодъ имѣетъ два вида, часто наблюдаемые: во первыхъ могутъ сразу появиться зернышки трахомы и медленно развиться, или же зернистость можетъ быть не замѣтной, а на первый планъ выступаетъ бархатистость, сочность и слезоточивость. Эти два вида можно охарактеризовать какъ видъ медленнаго развитія грануляцій и какъ видъ бленорройнаго истеченія.

Въ земской практикѣ этотъ бленорройный видъ начальной трахомы внесъ не малую путаницу и затрудненіе, и многіе трахоматозные больные регистрировались какъ нетрахоматики только потому, что у такихъ больныхъ не бывало характерныхъ зеренъ трахомы. Почему у однихъ больныхъ продромальный періодъ сразу переходитъ въ зернистость, у другихъ въ бархатистость, это повидимому обусловливается свойствомъ инфекціи и степенью реакціи, какъ со стороны фолликуловъ конъюнктивы, такъ и со стороны сосочковъ ея.

Періодъ грануляцій имѣетъ въ своемъ развитіи нѣсколько разновидностей.

Прежде всего наблюдается картина выступленія зернышекъ малыхъ размѣровъ, точечнаго вида у наружнаго угла глаза, затѣмъ дня чрезъ 2 въ среднемъ появляются фолликулы и на нижнемъ вѣкѣ. Это наблюдалось нами въ тѣхъ случаяхъ, когда процессъ начинался первично самостоятельно и не было никакихъ данныхъ предполагать какое-либо предшествующее заболѣваніе конъюнктивы. Когда же предшествовалъ фолликулезъ, то прежде появленія зернышекъ у наружнаго угла глаза, на нижнемъ вѣкѣ уже отмѣчались фолликулы, отдѣльно сидящіе въ ткани conjunctiv'ы вѣка.

И это особенно часто наблюдалось среди лицъ молодого возраста дѣтей и школьниковъ, гдѣ картина трахомы, повидимому, смѣняла фолликулезъ и послѣдній, ослабивъ ткань конъюнктивы, служилъ достаточной почвой, чтобы при малѣйшемъ зараженіи произвести трахоматозное заболѣваніе. При наблюденіи надъ учащимися въ школахъ Гуляйпольскаго раіона Александр. уѣзда мы могли отмѣтить, что среднимъ временемъ замѣтнаго такъ сказать

перехода фолликулеза въ трахому у школьниковъ было $1^1/_2$ года. За этотъ промежутокъ времени въ школѣ обыкновенно при недостаточно гигіеническихъ условіяхъ процентъ трахоматозныхъ повышался, тогда какъ количество фолликулезныхъ убывало и тѣ, кто раньше регистрировались въ рубрикѣ фолликулезныхъ часто отмѣчались уже трахоматозными. Минимальный же срокъ времени, когда въ домахъ или школахъ, гдѣ уже были трахоматозные больные, фолликулезные переходили въ разряды трахоматозныхъ, нами былъ наблюдаемъ какъ трехнедѣльный и это тамъ, гдѣ трахома была эндемичной, т. е. въ семьяхъ трахоматозныхъ. У этихъ больныхъ кромѣ обычныхъ фолликуловъ на нижнемъ вѣкѣ отдѣльно сидящихъ, появлялись зернышки у наружнаго угла глаза и точечки въ конъюнктивѣ верхняго хряща.

Когда зернышки малыхъ точечныхъ размѣровъ появляются и подъ конъюнктивой въ области верхняго хряща вѣка, съ видомъ блѣднымъ, мелкимъ съ характеромъ твердыхъ крупинокъ, мелкихъ бородавокъ, сидящихъ на гладкомъ полѣ—тогда какъ зернышки въ углахъ глаза цвѣта розовокраснаго, сочнаго, сидятъ въ складкахъ конъюнктивы,—это разновидность сухихъ грануляцій. Субъективно больные этого не замѣчаютъ, такъ какъ боль въ глазахъ при этомъ почти отсутствуетъ, и нужно изслѣдовать верхнее вѣко и увидѣть эти точечныя бородавочныя возвышенія на верхнемъ хрящѣ и наружномъ углу глаза. Этотъ періодъ разновидности сухихъ точечныхъ грануляцій есть такъ сказать тотъ этапъ въ развитой грануляціи вообще, то, что у старыхъ авторовъ называлось primum stadium granulationum.

При дальнѣйшей эволюціи грануляцій можно отмѣтить, что зернистыя припухлости распространяются по всей поверхности конъюнктивы верхняго и нижняго вѣка и особенно рельефно выдѣляются въ области переходныхъ складокъ.

Поверхность конъюнктивы становится болѣе красной, сочной и въ складкахъ ея появляются жилки слизи сѣроватаго или водянистаго цвѣта, и если трахомѣ предшество-

валъ фолликулезъ, то можно наблюдать на нижнемъ вѣкѣ грануляціи второй разновидности т. е. болѣе красныя, влажныя и распространенныя, тогда какъ на верхнемъ вѣкѣ замѣчаются грануляціи въ первой разновидности точечныя блѣдныя и мало распространенныя въ углахъ снаружи глаза и въ области верхняго хряща. Ни разу не удовалось наблюдать явленій обратныхъ, чтобы грануляціи верхняго вѣка въ этомъ періодѣ развивались раньше грануляцій нижняго вѣка. Этому видимо способствуетъ анатомическое устройство конъюнктивы вѣкъ и реакція сосочковъ на раздраженіе при условіи заболѣванія фолликуловъ. Но разъ грануляціи уже укрѣпились на верхнемъ вѣкѣ, привились и начали развиваться, то картина ихъ развитія становится полной и быстрой, что опять таки связано съ устройствомъ самой конъюнктивы вѣкъ. Больные начинаютъ жаловаться на боли и тяжесть вѣкъ особенно вечеромъ при искусственномъ освѣщеніи или при недостаткѣ солнечнаго свѣта. Этотъ симптомъ особенно характеренъ для жителей юга и объясняется повидимому тѣмъ, что равномѣрный достаточный свѣтъ днемъ въ степяхъ, дальность, широта полей благопріятно вліяютъ на радужную оболочку глаза и периферическія окончанія нервовъ роговицы, почему днемъ мало напрягается аккомодація глазъ и чувство усталости ихъ менѣе замѣтны, вечеромъ же глаза лишены этихъ благопріятныхъ естественныхъ условій. Другой симптомъ этой разновидности начальнаго періода трахомы это постоянный зудъ въ углахъ глазъ и въ области верхняго хряща, зависимый видимо отъ раздраженія выдѣляемымъ конъюнктивы, скопляющимся въ углахъ глазъ. Стоитъ только обмыть выдѣленіе на вѣкахъ, какъ зудъ стихаетъ. Эта легкая устранимость зуда и специфичность его по нашему мнѣнію достаточно характерны для трахомы. Зудъ же въ области верхняго хряща, объясняемый раздраженіемъ периферическихъ нервныхъ ниточекъ роговицы какъ выдѣлившимся эксудатомъ мейбоміевыхъ железокъ, такъ и механическимъ треніемъ зернышекъ, имѣющихъ твердый малокровный видъ, и отъ одного обмыванія антисептическимъ растворомъ конъюнктивы верхняго хряща, этотъ

зудъ не проходитъ именно въ силу остающейся второй причины. Еще характерно ощущеніе песка, имѣющее одномеханическое объясненіе: раздраженная конъюнктива, усѣянная зернышками, даетъ ощущеніе инородныхъ маленькихъ тѣлецъ въ глазу, какъ бы песка.

При объективномъ осмотрѣ можно замѣтить: покраснѣніе конъюнктивы вѣкъ, какъ реакція на инфекціонное заболѣваніе фолликуловъ; на нижнемъ вѣкѣ всегда имѣется нитевидная слизь, а на верхнемъ въ углахъ глазъ по утрамъ засохшійся эксудатъ. Эта разновидность перваго вида трахомы столь характерна для даннаго заболѣванія, что діагностика трахоматознаго процесса здѣсь уже внѣ сомнѣнія и можетъ констатироваться съ достаточной вѣрностью даже сельскими фельдшерами, хотя наружный видъ глазъ таковъ, что заключить по нимъ о несомнѣнномъ присутствіи грануляцій еще трудно. Въ слѣдующей уже третьей разновидности зернистые наросты уже такъ приподнимаютъ вѣки, что даже снаружи видно присутствіе грануляцій, и здѣсь діагнозъ трахомы можно поставить какъ говорятъ „на разстояніи“. Боль, зудъ, тяжесть въ глазахъ, чувство песка усиливаются на столько, что больные страдаютъ этимъ уже постоянно, перестаютъ работать и обращаются за медицинской помощью, чувствуя серьезное заболѣваніе.

Такими больными и заполняется преимущественно сельская амбулаторія, тогда какъ больныхъ предъидущихъ категорій приходится больше розыскивать или на дому или въ школахъ, при поголовныхъ осмотрахъ въ амбулаторіяхъ.

Они жалуются на сильную свѣтобоязнь, слезотеченіе, появляется масса слизи въ углахъ глазъ и подъ вѣками, гдѣ послѣдняя скопляется въ изобиліи, не компенсируемая слезными канальцами; Чувство песка еще болѣе усиливается и это видимо не отъ одного механическаго тренія зернами трахомы, но вслѣдствіе точечнаго скопленія эксудата, который, имѣя видъ свободно лежащихъ комочковъ, раздражаетъ глазъ какъ настоящее постороннее не безразличное и химически тѣло. Слизистая становится сильно гиперемированной, утолщенной отъ инфильтраціи лимфоцитами и

отъ отложенія эксудата, который затрагиваетъ теперь болѣе глубокіе слои послѣдней. Она какъ бы въ складкахъ, особенно въ сводахъ вѣкъ, зерна, содящія въ ней, сочны, полнокровны съ мяснымъ сокомъ Если вывернуть вѣко особенно верхнее, то складка конъюнктивы бываетъ особенно характерной: или она сочна, мясиста и красна, или же цвѣтъ ея блѣдноватый, она болѣе тверда и какъ бы подымается надъ вѣками въ видѣ нарощеній и гипертрофій слизистой оболочки. Въ послѣднемъ случаѣ эксудатъ фолликуловъ и железъ вѣкъ уже успѣлъ измѣниться и грануляціи стали сливаться въ болѣе компактную массу, которая имѣетъ отпечатокъ бороздъ и покрыта тягучей уже слизью сѣраго цвѣта съ раздражающимъ свойствомъ.

Когда въ процессѣ участвуютъ и сосочки конъюнктивы, то вся эта грануляціонная масса покрывается гноевиднымъ эксудатомъ который и вытекаетъ изъ подъ вѣкъ; эксудатъ этотъ въ свою очередь способствуетъ раздраженію конъюнктивы, которая часто принимаетъ видъ гробовидныхъ наростовъ, слизь уже трудно выдѣляется и истекаетъ, почему нарощенія эти какъ бы плотнѣютъ и въ силу своей тяжести выворачиваютъ вѣко, дѣлаютъ то, что описывалось старыми авторами какъ «ectropion sarcomatosum».

Каждая разновидность этого вида трахомы протекаетъ то сравнительно скоро (мѣсяцы), переходя одна въ другую, или затягивается на нѣсколько лѣтъ, въ случаяхъ запущенныхъ и плохолеченныхъ.

Такихъ случаевъ гипертрофій конъюнктивы и саркоматознаго выворота вѣкъ встрѣтилось при регистраціи трахоматиковъ въ Гуляйпольскомъ медицинскомъ участкѣ Александр. уѣзда особенно много, что видно изъ обзора этого района и всѣ они приходили изъ деревень далеко отдаленныхъ отъ врача и больницы, слѣдовательно были случаями запущенными и поздно зарегистрированными.

2-й видъ трахомы это воспалительный бленнорройный «periodus blenorrhoica» При собираніи анамнеза трахоматиковъ этого вида выяснялось, что онъ служилъ или продолженіемъ перваго вида трахомы, когда къ нему присоединялось какое-либо осложненіе со стороны радужной оболочки,

конъюнктивы или роговицы т. е. какъ явленіе вторичное, или же оно было первичнымъ и тогда въ анамнезѣ значилось зараженіе отъ острой инфекціи съ характеромъ бленорройнымъ.

Въ домахъ этихъ больныхъ можно было всегда найти быстрое развитіе трахомы довольно заразительнаго характера, такъ что нерѣдко большинство или половина семьи хворали трахомой.

Этотъ видъ трахомы въ его эволюціи также можно подраздѣлить на три разновидности.

Въ первой разновидности мы наблюдаемъ одно только воспаленіе конъюнктивы вѣкъ, которое можетъ получиться изъ перваго вида трахомы «вида сухихъ грануляцій» и тогда страданіе упорно и трудно лечимо.

Если же трахоматозный процессъ въ этой разновидности является первичнымъ, то страданіе это болѣе благопріятно и легче лечимо.

Въ этихъ случаяхъ больные обыкновенно указываютъ даже причину заболѣванія, какъ переносъ заразной матеріи пальцами рукъ, полотенцемъ, или общеніемъ съ бленорройнымъ больнымъ. Глаза быстро иногда на второй день начинаютъ зудѣть, слезиться, болѣть при свѣтѣ и краснѣть. Эти катарральные припадки чрезъ день, два проходятъ и ихъ смѣняютъ стойкія измѣненія конъюнктивы вѣкъ, которая сильно краснѣетъ, а въ углахъ глаза, гдѣ готовится появленіе зернистостей, пріобрѣтаетъ бархатный матовый оттѣнокъ. Эти симптомы, особенно бархатный матовый отливъ конъюнктивы въ углахъ глазъ столь характерны, что часто служили дѣйствительнымъ пособіемъ при распознаваніи трахомы. Зернышки снаружи въ углахъ глазъ высыпаютъ дня чрезъ три и видны бываютъ невооруженнымъ глазомъ, тогда какъ пятнышки конъюнктивы хряща (верхняго) въ это время бываютъ замѣтны только чрезъ лупу. Къ этому времени появляется сильная рѣжущая боль всей конъюнктивы глаза, къ утру вѣки слипаются, днемъ и ночью зудятъ, при выворотѣ вѣкъ на конъюнктивѣ ихъ мы замѣчаемъ слизистыя нити блѣдновато-желтаго цвѣта.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ этой разновидности трахомы мы замѣчали появленіе флинктенъ на конъюнктивѣ глазного яблока, и боли вокругъ глаза у такихъ больныхъ были еще сильнѣе и упорнѣе, такъ какъ воспаленіе поддерживалось видимо благодаря незаживающимъ фликтенамъ.

Вторая разновидность бленорройной трахомы объективно выражается въ темнокрасномъ кирпичномъ цвѣтѣ слизистой оболочки глазного яблока. Слизистая оболочка около роговицы какъ бы приподнята, опухла и имѣетъ видъ валика. У переходныхъ складокъ довольно крупныя зерна въ обильномъ количествѣ, конъюнктива вѣкъ вишневаго цвѣта, края ихъ припухаютъ и изъ подъ нихъ вытекаетъ слизь, которая засыхаетъ по угламъ глазъ. Рѣжущія боли глазного яблока усиливаются и переходятъ на виски и надбровныя области.

Больные жалуются на довольно значительныя слезотеченіе и свѣтобоязнь повидимому отъ раздраженія иріса трахоматозными токсинами, такъ какъ частое удаленіе гноя и слизи изъ угловъ глазъ уменьшаютъ эти симптомы въ значительной степени.

Наконецъ, третья разновидность этого вида бленорройной трахомы это воспаленіе съ преобладающимъ гноеточивымъ характеромъ.—Это страданіе, наблюдавшееся нами не рѣдко преимущественно у лицъ старыхъ, раньше хворавшихъ заболѣваніями глазъ то въ формѣ конъюнктивитовъ, фликтенъ, иритовъ или трахоматозныхъ процессовъ въ школьные годы, очень упорно, способно къ рецидивамъ, трудно лечимо и часто не смотря на леченіе разрушаетъ глазъ прободеніемъ роговицы и атрофіей глазного яблока. Припадки болей въ вискахъ, на половинѣ головы, надъ бровями въ глазныхъ яблокахъ, свѣтобоязнь, слезотеченіе усиливаются на ст., что больные теряютъ сонъ и доходятъ до изступленій особенно лѣтомъ въ жару и пыль. Многіе изъ нихъ свои страданія сравнивали со страданіемъ «точно отъ прижиганія глазъ каленымъ желѣзомъ». Боли бываютъ часто такъ велики, что лицо трахоматика характерно краснѣетъ повидимому отъ рефлекторныхъ раздраженій симпатическихъ нервовъ и сосудовъ лица; при асте болей

въ вискахъ они слышутъ пульсацію артерій, что еще болѣе нарушаетъ ихъ покой и сонъ. Вѣки опухаютъ и покрываются на краяхъ воспалительнымъ инфильтратомъ часто въ видѣ гноя, иногда приходилось видать верхнее вѣко на столько набухшимъ, что оно своей тяжестью какъ бы прикрывало край нижняго, при этомъ оно какъ бы оттопыривается (ectropion).

На всемъ глазномъ яблокѣ можно видѣть темноватаго цвѣта воспалительный инфильтратъ, который къ вечеру особенно въ пыль и жару смѣняется уже настоящимъ гноемъ. Конъюнктива яблока припухаетъ на столько, что валикъ, образуемый ею у края роговой оболочки, какъ бы надвигается на роговицу почти на $^1/_4$—$^1/_3$ ея радіуса, а въ нѣсколькихъ случаяхъ, видѣнныхъ нами заходилъ даже до половины роговицы, оставляя только нетронутымъ отверстіе соотвѣтственно зрачку.

При этомъ роговая оболочка мутноватаго цвѣта, шероховатая и часто съ изъязвленіями.

Въ рѣдкихъ случаяхъ мы наблюдали сравнительно благополучный исходъ перехода въ тотъ или иной стадій болѣе мягкой формы.

Въ большинствѣ же случаевъ заболѣваніе безъ видимыхъ причинъ обострялось, и сопутствуемое сильными болями заканчивалось прободеніемъ роговицы и атрофіей глаза.

Имѣя въ своемъ распоряженіи достаточный матеріалъ для наблюденій, мы старались опредѣлить и классифицировать тѣ многіе виды трахомы, относительно которыхъ бывали разнообразныя мнѣнія.

Изъ исторіи клиническихъ наблюденій надъ трахомой мы помѣщаемъ здѣсь нѣкоторыя, останавливавшія вниманіе на себя въ свое время.

Такъ: Д-ръ Вотыпка (1853 г.), наблюдавшій трахому среди австрійскихъ войскъ въ Италіи, находилъ, что конъюнктивитъ, бленоррея и трахома суть не три отдѣльныя болѣзни а «единство», продуктъ одной и той же причины. Первой формой пораженія конъюнктивы является катарръ ея или фолликулезъ (epitelial-detritus), при чемъ если преобладаетъ характеръ гипертрофическій, то процессъ считается бленорройнымъ, если же на первомъ планѣ виды грануляціи, то трахоматознымъ. Грануляція считалась причиной трахомы, гипертрофія же слѣдствіемъ бленорреи. Различные виды грануляцій по автору обусловливались различными видами организаціи экcудата—плазмы, зависимой отъ неправильнаго смѣшенія крови и отчасти только отъ внѣшней причины. Сообразно съ этимъ пониманіемъ трахома и дѣлилась на a) трахому съ серознымъ экcудатомъ, b) бѣлочнымъ экcудатомъ и c) фабринознымъ. Съ періодами 1) поверхностной инфильтраціи 2) болѣе глубокой экcудативной инфильтраціей, похожей на хроническую бленоррею съ саркоматозными разращеньями и часто съ явленіями разрушенія (schmelzungsprocessus), 3) періодъ обратной метаморфозы.

Arlt раздѣляетъ трахому на періодъ поверхностной и глубокой инфильтраціи съ острыми и хроническими припадками. Hasner видитъ три періода: экcудатъ подъэпительный, конъюнктивальный и періодъ размягченія со всасываніемъ. По Gulz'y существуетъ два первыхъ періода, какъ и у Arlt'a, третій же періодъ быстраго отложенія экcудата съ бленорройными явленіями.

Stellwag дѣлитъ трахому на 4 вида: чисто зернистый видъ (das reine körnige trochom), папиллярный, смѣшанный и высшая степень послѣдняго вида съ глубокимъ пораженіемъ хряща и оболочки глаза.

Кожуховъ въ монографіи (1865 г.) признаетъ только 3 вида (безъ папиллярнаго): видъ поверхностнаго отложенія, глубокой инфильтраціи и метаморфоза съ организаціей экcудата.

А Грефе (1874 г.) различалъ двѣ формы острой трахомы, называя первую conjunctivitis granulosa trachomatosa, вторую trachoma inflammatum s. mixtum. Далѣе онъ допускаетъ существованіе «granulatio conjnctivitis simplex» съ поверхностно сидящими грануляціями. Видъ контагіознаго катарра съ фолликулами только на нижнемъ вѣкѣ, могущими или исчезнуть или перейти въ трахому, и наконецъ

видъ хронической трахомы trachoma diffusum, рубцующейся или разростающейся трахомы.

Блюмбергъ (лекц. Грефе) различаетъ 4 вида a) бѣлыя плоскія пятна b) форма лягушечьей икры или саго c) видъ сыроподобной желтоватой массы отъ жирового метаморфоза d) форма запустѣнія или рубцеванія грануляцій.

Конгрессъ въ Брюсселѣ (1863 г. работа Ив. Бѣлецкаго) устанавливаетъ 4 вида трахомы: a) сосочковидныя грануляціи, b) прозябающія грануляціи (trachom. carunculos, sarcomatenses, molles), c) рубцовая форма (granul dures, cartilaginenses, fibreuses), d) granul. vesiculenses.

Пр. Bählmann (1892 г.) допускаетъ трахому въ періодѣ a) образованія и увеличенія фолликуловъ, b) некроза и изъязвленія, c) рубцеванія Э. Мейеръ (1875 г.), дѣля трахому на острую и хроническую, описываетъ первую, какъ египетское воспаленіе глазъ по старымъ авторамъ, вторую же съ видами: пузырчатой, бленорройной и смѣшанной формы.

Fuchs (1885 г.) описываетъ трахому какъ бленорройные виды конъюнктивы въ формѣ зернистой и папиллярной, при чемъ первая имѣетъ видъ студенистый или сагообразный.

Пр. Ходинъ (1893 г.) подъ трахомой понимаетъ глубокое фолликулярное воспаленіе съ образованіемъ рубцовой ткани, инфильтраціей не только конъюнктивы, но и клѣтчатки, и роговицы. Трахома имѣетъ два періода: прогрессивный и регрессивный.

Первый періодъ имѣетъ: острую форму trac. acut. и хроническую, второй—рубцовую.

Пр. Крюковъ (1898 г.) характернымъ для трахомы считаетъ фолликъ съ инфильтраціей и 3-мя періодами 1) развитія и роста фолликула, 2) перерожденія, 3) рубцеванія. По виду трахома бываетъ: зернистой, папиллярной и смѣшанной. Такого же взгляда на трахому придерживался и пр. Браунъ (1868 г.).

Pr. Goldzieher (1903 г.) также какъ и Arlt (впослѣдствіи) считаютъ трахому проявленіемъ формы бленорреи.

Др. Шиле (1900 г.) подраздѣляя трахому на острую, подострую и хроническую, допускаетъ видъ начальный

a) trach. incipiens. съ видомъ granulat. palpebr. inferior. (folliculos) и granul. infer. etsuper., b) trachom. progressiv. (evolutum) c) regressiv. (ulcerativum et cicatriciale).

Останавливаясь далѣе на сущности трахоматознаго заболѣванія, мы укажемъ здѣсь и на тѣ особенности, которыя приближаютъ или отдаляютъ послѣднее отъ другихъ явленій со стороны конъюнктивы, регистрируемыхъ какъ бленорреи и фолликулезы.

Приведеніе въ систему взглядовъ по этому поводу крайне необходимо, какъ для выясненія сущности трахомы, такъ въ видахъ санитарно-статистическихъ, имѣющихъ значеніе въ общественной дѣятельности и раціональности предпріятій въ борьбѣ съ трахомой.

Опредѣливъ сущность трахомы, статистика сгруппируетъ отдѣльные случаи, разсмотритъ ихъ какъ цѣлые живые конгломераты, вѣрно отмѣтивъ и правильно разработавъ весь собранный матеріалъ, избѣгнувъ такимъ образомъ смѣшенія цифръ и категорій болѣзней, и тогда только борьба съ трахомой съ чрезмѣрнымъ ея распространеніемъ будетъ поставлена правильно. Правильная регистрацій трахомы не менѣе важны, чѣмъ ея леченіе и собранный матеріалъ многими наблюдателями тогда только и будетъ имѣть цѣнность не только количественную но и качественную. Первое значеніе статистики измѣряется какъ извѣстно непосредственно числомъ фактовъ, количество же собраннаго матеріала всегда зависитъ отъ наличности такихъ научныхъ положеній, которыя могутъ быть построены на почвѣ научныхъ фактовъ путемъ строгихъ обобщеній. Вотъ почему научный взглядъ на трахому изслѣдователей, обобщающихъ послѣднюю съ явленіями бленнорреи и фолликулеза, какъ стоящій одиноко не можетъ быть достаточно цѣннымъ, но во всякомъ случаѣ долженъ быть разсмотренъ и значущъ по столько, по скольку онъ облегчаетъ путь къ обобщенію взглядовъ на сущность трахомы. Слѣдовательно количество и качество собираемаго матеріала о трахомѣ должно быть тѣсно связано, обобщено и однородно, тогда только оно будетъ имѣть цѣнность и практическій результатъ.

Еще въ древности знали, что существуютъ разныя причины болѣзней. Въ XVII вѣкѣ существовало ученіе объ «morli animati» куда входили паразиты и глисты, затѣмъ народилась теорія «множественности причинъ» существующая и до сихъ поръ, создавшая для этіологіи многихъ болѣзней огромную казуистическую литературу. Количественно матеріала было много, но однородности и связности по существу своему въ немъ было мало. И это было и есть и въ интересующемъ насъ вопросѣ, который только тогда станетъ яснымъ, когда точно опредѣлится.

Если мы дадимъ трахомѣ извѣстные признаки, присущіе только ей и обнимающіе всѣ видоизмѣненія послѣдней, то тогда опредѣленіе ея и взглядъ на ея сущность не будетъ производить массы другихъ толкованій.

Въ настоящее время мы не можемъ сказать, что трахома есть только уклоненье отъ нормальныхъ функцій въ конъюнктивѣ глаза, такое общее опредѣленіе, исходящее изъ одного отрицательнаго признака—противуположенія, не есть научное въ современномъ смыслѣ, нужны еще положительные признаки и мы были бы правы если бы сказали, что трахома есть такая болѣзнь глазъ, которая зависитъ отъ одной опредѣленной причины при постоянномъ мѣстѣ ея приложенія, при чемъ причина эта производитъ извѣстныя измѣненія съ опредѣленными послѣдствіями и правильнымъ соотношеніемъ между самой причиной, измѣненіями и послѣдствіями. Это будетъ вполнѣ отвлеченное опредѣленіе трахомы, построенное на научномъ методѣ положительныхъ или отрицательныхъ признаковъ. Чтобъ итти дальше по пути опредѣленія сущности трахомы мы должны познакомиться со способами происхожденія послѣдней и въ этомъ смыслѣ видоизмѣнить отвлеченно построенное представленіе о сущности трахомы.

Трахома извѣстная еще въ древности, особенно распространенная на востокѣ на плоскогоріяхъ Ирана, гдѣ появились первые признаки цивилизаціи, въ Египтѣ и т. д. и гдѣ дошедшіе до насъ изображенія мумій имѣютъ какъ-бы особый взглядъ лица, особый отпечатокъ глазъ и вѣкъ, опущенныхъ и набухшихъ. Эта болѣзнь на основаніи по-

видимому самаго простого способа, который практиковался въ тѣ времена, когда одна эпидемическая болѣзнь становилась какъ бы особнякомъ въ отношеніи къ предъидущимъ извѣстнымъ уже болѣзнямъ, на основаніи способа морфологическаго—названа была трахомой. Сюда относились и бленорройныя эпидеміи, и грануляціонныя воспаленія вѣкъ и фолликулярные катарры съ обостреніями и разныя смѣшанныя офтальміи.

Затѣмъ литературная терминологія стала болѣе совершенной и предшествующія патологическія формы мало по малу упразднялись и распадались на свои составныя части.

Такъ febris nervosa превратилась въ typhusabdominalis, petechial, recurrens; pneumonia interstitial—въ anthracosis, Siderosis и т. д.

Обособленіе этихъ и другихъ патологическихъ формъ основывалось преимущественно на клиническихъ теченіяхъ, иногда на формѣ патологической и этіологической. Такъ библейская болѣзнь Zaraath при клиническихъ наблюденіяхъ распалась на Syphilis, psoriasis, lepra, а далѣе открываются уже лепрозныя бациллы.

Эти дѣленія болѣзни вносили большую точность и опредѣленность въ существо послѣдней, число этіологическихъ моментовъ стало сокращаться, патологическая картина входила въ рамки, клиническія же наблюденія дѣлались болѣе наглядными, ясными и простыми. Предѣлъ дробленія болѣзненныхъ формъ какъ извѣстно доходилъ до момента, когда клиника и анатомія становились опредѣленными и множественность причинъ кажущейся.

Такъ въ настоящее время для опредѣленія болѣзни требуется точное обозначеніе причины, изложеніе особенно важныхъ патологическихъ данныхъ и перечисленіе болѣе постоянныхъ клиническихъ симптомовъ съ указаніемъ на исходъ страданія; для этого требуется вниманіе по отношенію къ совокупности признаковъ и группировки клиническихъ, паталогическихъ и этіологическихъ наблюденій.

И вотъ, въ этомъ смыслѣ названіе «трахома» также неопредѣленно какъ и старинное опредѣленіе «febris nervosa»,

съ тѣхъ поръ много выдающихся именъ трудились надъ выясненіемъ сущности и болѣе точнымъ опредѣленіемъ этого страданія, именуемаго у насъ въ Россіи народнымъ бѣдствіемъ (пр. Гиршманнъ), было собрано много матеріала и въ настоящее время послѣдній можно не только классифицировать, но и систематизировать т. е. приводить въ стройный порядокъ уже пріобрѣтенныя свѣдѣнія, и далѣе мы можемъ составить для трахомы болѣе точное названіе. Хотя нужно сознаться, что старинный терминъ „трахома“ уже пережилъ моментъ своего преобразованія, и въ настоящее время каждый внимательный наблюдатель можетъ разумѣть подъ трахомой точно опредѣлившійся видъ заболѣванія клинически наглядный, такъ что перемѣна названія болѣзни, уже получившей право на самоопредѣленіе, повлечетъ литературную путаницу. Нужно однако сказать при этомъ, что классификація и систематизація матеріаловъ о трахомѣ и въ настоящее время не на той уже высотѣ, чтобы имѣть рѣшающее вліяніе на результаты изученія. Въ ученіяхъ о грануляціяхъ есть и была путаница, которая вызвала горячіе споры не только въ Россіи, но зажгла цѣлый пожаръ между Германіей и Франціей, когда такъ горячо спорили о сущности трахоматозной заразы. Путаница началась съ отождествленія трахомы съ такъ называемой военной болѣзнью, а послѣднюю съ египетской, другіе наоборотъ считали военную болѣзнь и египетскую за виды бленорреи, а трахому за видъ грануляцій. Смѣшивались не только клиническіе моменты, но и патологическіе и этіологическіе.

Далѣе относительно природы грануляцій въ спорахъ не было единства, потому что грануляцію разсматривали только съ одной стороны съ естественно исторической съ описательной, морфологической: одни разсматривали грануляціи по цвѣту, другіе по величинѣ, локализаціи, содержимому; одни дѣлили трахому на два, другіе на три, четыре періода; одни считали грануляціей всякое возвышеніе бугорокъ на соединительной оболочкѣ, другіе находили и считали эти грануляціи какъ основу различныхъ болѣзней вплоть до туберкулезнаго бугорка; одни описывали только

сосочковыя грануляціи, другіе и мясистыя, и саркоматозныя, пузырчатыя, твердыя, хрящевыя, съ видомъ саго, рыбьей или лягушечьей икры, бархата, бисера и т. д.

Такая же неопредѣленность внесена и въ бактеріологію трахомы, и только, когда стали обращать вниманіе на генетическія особенности, на признакъ грануляцій по существу, а не по внѣшности, тогда и понятіе трахомы стало болѣе точнымъ и доступнымъ на столько, что теперь даже неспеціалистъ—врачъ можетъ правильно діагносцировать трахоматозный случай.

Такъ въ литературѣ трахомы и фолликулеза Д-ръ Медвѣдевъ (1891 г.) указываетъ на то, что пр. Saemisch. рѣзко отличаетъ трахому отъ фолликулеза, считая послѣдній за фолликулы, расположенные въ нормальной или гиперемированной ткани конъюнктивы на нижнемъ вѣкѣ или переходной складкѣ, на верхнемъ вѣкѣ при этомъ фолликулы рѣдки да и то въ углахъ глазъ, на конъюнктивѣ верхняго хряща фолликуловъ уже нѣтъ, при чемъ при фолликулезѣ не участвуютъ сосочковыя тѣла и никогда не бываетъ рубцеванія, если бы даже процессъ былъ затяжнымъ.

Scmidt-Bimpler раздѣляя ученіе Saemisch'a говоритъ, что только и трудно бываетъ отличить фолликулезъ отъ острой трахомы, когда имъ сопутствуетъ катарральное воспаленіе, но затѣмъ участіе сосочковаго тѣла выясняетъ трахому.

Пр. Адамюкъ характеризуетъ фолликулезъ тѣмъ, что появляются фолликулы только въ височныхъ отдѣлахъ нижнихъ конъюнктивъ, не бываетъ паннуса, не заразительность, нѣтъ какихъ-либо точекъ зернышекъ на конъюнктивѣ хряща, подъ микроскопомъ зерна при трахомѣ имѣютъ разросшуюся соединительную ткань.

Др. Любинскій хотя и признаетъ двѣ отличныхъ другъ отъ друга формы фолликулеза и трахомы, но допускаетъ заразительность и фолликулеза. Ложечниковъ признаетъ двѣ различныя формы болѣзней. Рейхъ въ 1876 г. въ своемъ трактатѣ о болѣзняхъ крымскихъ войскъ проводилъ взглядъ на трахому, аналогичный Saemisch'у т. е. дуалистическій, говоря что это совершенно двѣ разныя болѣзни

съ патологической, клинической и прогностической точекъ зрѣнія. Далѣе въ Баку Рейхъ даетъ описаніе folliculos'a, указывая на то, что даже въ очень затяжныхъ случаяхъ послѣдняго ему никогда не удавалось видѣть ни рубцеванія, ни искривленія хряща, ни перерожденія железъ. Но въ 1887 г. Рейхъ становится уже унитаристомъ, считая фолликулозъ только началомъ трахомы, исходя изъ положенія, что между послѣднимъ и трахомой существенной разницы нѣтъ; то обстоятельство, что при долгомъ страданіи мѣшечки при фолликулезѣ не измѣняются, еще не есть доказательство того, что изъ перваго не можетъ развиться второй процессъ, и это не рѣдко встрѣчается; незаразительность фолликулеза по Рейху еще не доказана, да если бы и была доказана, то вѣдь и первоначальная сухая трахома не заразительна.

Если бы при разведеніи содержимаго мѣшечковъ подъ микроскопомъ и не встрѣтились соссі, то это говорило бы за то, что соссі встрѣчаются не въ каждомъ обязательно случаѣ, даже для трахомы не обязателенъ ядъ или микробъ, т. к. извѣстно, что процессъ рубцеванія, склерозированія можетъ быть и безъ присутствія микроорганизмовъ. То, что пр. Адамюкъ, говоритъ Рейхъ, считаетъ folliculos'омъ есть начало трахомы, и рубцеваніе бываетъ даже тамъ, гдѣ трахоматозныя зерна бываютъ только на одномъ нижнемъ вѣкѣ, а съ другой стороны совершенно не опасно присутствіе зернышекъ на конъюнктивѣ хряща, въ углахъ глаза или переходной складкѣ, излюбленныхъ мѣстъ трахомы, если не будетъ раздраженія глаза. Въ идеальной конъюнктивѣ нѣтъ фолликуловъ, присутствіе ихъ есть ненормальность, и если оно ничтожно, то „смѣшно считать всю конъюнктиву больной". 5 проц. трахомы съ межуточной инфильтраціей и набуханіемъ требуютъ болѣе строгаго вниманія и опаснѣе 20 проц. трахомы, протекающей безъ гипереміи и инфильтраціи.

Д-ръ Пѣуновъ присоединяется къ Рейху и даже считаетъ фолликулезъ безъ выдѣленій заразительнымъ.

Др. Пѣуновъ и Рейхъ (сборникъ 1896 г.) такъ излагаютъ свои положенія: въ типическую трахому могутъ

перейти случаи съ фолликулами на нижнемъ вѣкѣ и наружной спайкѣ глаза; часто фолликулы верхняго вѣка не даютъ трахоматознаго раздраженія и зерна трахомы наоборотъ не рѣдко бываютъ только на нижнемъ вѣкѣ. Одна зернистость можетъ и не дать раздраженій, т. к. это зависитъ не отъ количества ея, а мѣста нахожденія. На съѣздѣ военноокружныхъ окулистовъ 1888 г. Установлено было, что подъ трахомой нужно разумѣть зернистыя образованія, происходящія отъ гиперплязіи лимфоидныхъ элементовъ въ ткани конъюнктивы въ видѣ ограниченныхъ гнѣздъ.

Начало трахомы слѣдовательно: пятна въ ½ mm на одномъ уровнѣ съ конъюнктивой, часто встрѣчаемыя на верхнемъ вѣкѣ, на нижнемъ же по причинѣ отсутствія давленія и обилія мягкой подстилки развиваются фолликулы. Самыя раннія и слабыя формы зеренъ называются элементарными грануляціями, болѣе же поздніе—трахомой, такъ что разница обоихъ процессовъ главнымъ образомъ количественная.

Пр. Ходинъ считаетъ оба процесса тождественными съ разницей только въ степени инфильтраціи и въ силу практическаго удобства дѣлить фолликулы на поверхностные и глубокіе, въ научномъ же смыслѣ это одно и тоже.

Пр. Käblmann (патал. трахомы 1892 г.) фолликулярный конъюнктивитъ считаетъ началомъ трахомы. Др. Мандельштамъ считаетъ трахому и фолликулезъ за одно страданіе. Не всякое заболѣваніе конъюнктивы зернами есть трахома и ведетъ по автору къ рубцеванію, въ чемъ убѣдиться можно путемъ многократныхъ наблюденій. Онъ допускаетъ связь между всѣми заболѣваніями конъюнктивы и думаетъ, что трахома не есть особый патологическій продуктъ, а только болѣе увеличенное количество клѣтокъ аденоидной ткани; суть только въ томъ, въ какомъ количествѣ появляются фолликулы, и какъ они раздражаютъ конъюнктиву, увлекая въ процессъ эпителій железы. Никто не назоветъ трахомой только нѣсколько гиперемированныхъ фолликуловъ нижняго вѣка, но мы не въ правѣ отрицать клѣточной инфильтраціи и этихъ немногихъ фолликуловъ т. е. мы

должны признавать и за ними суть продукта трахоматознаго процесса. Дѣленіе на двѣ формы не нужно, трахома есть воспаленіе конъюнктивы, связанное съ увеличеніемъ лимфоидной инфильтраденоидной ткани съ образованіемъ фолликуловъ, измѣненіемъ эпителія и железокъ, словомъ это есть panconjunctivitis, при которомъ можетъ поражаться и роговица. Острая трахома есть процессъ фолликулярный, хроническая—папилярный или смѣшанный.

Dr. Michel наблюдавшій эпидемію трахомы говоритъ, что трахома и фолликулезъ одно и тоже. Diplococus Michel'я, найденный въ острыхъ фолликулярныхъ катаррахъ можетъ переходить и въ трахоматозныя зерна, и когда въ одномъ глазу бываетъ фолликулезъ, а въ другомъ трахома, то на это нужно смотрѣть какъ на двѣ стадіи одного и того же процесса. Вообще бактеріологическія работы о трахомѣ на столько разнорѣчивы и сбивчивы, что и послужили главнымъ образомъ къ обострѣнію споровъ между унитаристами и дуалистами по существу трахомы.

Др. Бѣлецкій (1863 г.) говоритъ: по нашему убѣжденію трахома спорадична, мѣстна, катаральнаго происхожденія, зараза ея сомнительна. Грануляціи суть паталогическій продуктъ новаго клѣточнаго образованія, безсосудистаго строенія, развиваются медленно, составляютъ болѣзнь хроническую, воспалительную, поражаютъ ту часть слизистой, гдѣ больше кровеносныхъ сосудовъ и нервовъ, гдѣ есть слизистыя железки и лимфатическіе сосуды; болѣзнь эта ограничивается верхнимъ слоемъ конъюнктивы. Трахома иногда соединяется съ бленорреей, но эта два отдѣльныхъ процесса, отъ двухъ разныхъ причинъ.

Критикуя положеніе древнихъ авторовъ, по которымъ незаразная офтальмія (фолликулезъ) зависитъ отъ лимфатическаго расположенія, а заразная—трахома самостоятельна и зависитъ отъ «Virus»—авторъ восклицаетъ: и въ самомъ дѣлѣ, что же это за непостижимая sui generis зараза virus granulosum, по описанію нѣкоторыхъ, возведенная на степень какой-то разумной силы, которая нужно замѣтить развивается въ полкахъ почти исключительно у солдатъ рѣдко у унтеровъ и никогда почти у офицеровъ.

Въ Уланскомъ и Гродненскомъ полкахъ гдѣ я прослужилъ, 22 года, ophthalmia purulenta рѣдка и случайна, трахома же очень часта и предпринятыя начальствомъ антиконтагіонистическія мѣры скорѣе вредили, чѣмъ уничтожали болѣзнь эту. Не было ни одного случая, говоритъ авторъ, чтобы помѣщенные въ деревняхъ наши солдаты заражали жителей.

Настаивая далѣе на общности формъ фолликулеза и трахомы авторъ передаетъ, что въ 1860 году осенью почти всюду въ Гатчинскомъ полку стала появляться трахома, т. к. большая часть солдатъ рыла на каникулахъ канавы въ дождь и ненастье. Допустить ли здѣсь вліяніе и образованіе гранулезной заразы—какъ причины грануляцій?—въ такомъ случаѣ нужно допустить, что міазма сформировалась самобытно, составляетъ мѣстное явленіе, morbus endemicus, въ зависимости отъ климата или теллурическихъ явленій, а не отъ занесенной заразы virus, или зараженія контагіемъ. Совмѣстная жизнь солдатъ въ казармахъ легко вводитъ въ предположеніе о распространеніи трахомы и чрезъ зараженіе, но мы десятки лѣтъ строго слѣдили за этимъ и положительно безъ преувеличенія утверждаемъ, что не было ни одного случая, который подтвердилъ бы такую идею. Эти грануляціи случайны, но если предположить существованіе virus granulosum, то а) можетъ ли существовать въ организмѣ зараза безъ явленій или только съ мѣстными припадками безъ общихъ разстройствъ в) почему эти грануляціи то заразительны, то нѣтъ, с) на чемъ основано мнѣніе, что грануляціи есть сущность болѣзни ophthalmia militaris, и что въ нихъ скрыто заразное начало. Тамъ гдѣ наблюдатель видѣль при этомъ страданіи специфическое зараженіе, тамъ всегда гной является дѣятелемъ патологическимъ и какъ таковой бываетъ то специфическимъ, то какъ инороднее тѣло.

Бѣлиловскій (1897 г.) предполагая, что разъ нѣтъ ни гистологическаго, ни паталогоанатомическаго различія, разъ клиническая картина одинакова и разъ этіологическіе моменты тоже одни и тѣже, то почему же надо дѣлать различіе между обоими—явленіями процесса. Интересны въ

этомъ смыслѣ взгляды А. Грефе, который разсматриваетъ общую форму грануляціоннаго конъюнктивата въ двухъ стадіяхъ: отдѣльныя маленькія возвышенія едва въ 1/4 mm. вышины красныя и кровоточивыя при разрѣзѣ. Съ теченіемъ процесса онѣ сидятъ ближе и ближе другъ къ другу и особенно сильно развиваются, гдѣ давленіе вѣкъ на глазъ меньше (углы глазъ и своды); во время усиленія процесса конъюнктива имѣетъ видъ терки, будучи усѣяна красными возвышеніями, похожими на сахарныя головки. При хроническомъ бленорройномъ процессѣ изъ нихъ образуются наросты въ родѣ цвѣтной капусты, способные къ скорому обратному развитію. Эти образованія произошли изъ сосочковъ, богаты сосудами, развиваются въ длину и называются вегетаціями. Эту стадію Грефе не считаетъ трахомой. Вторая форма шероховатостей происходитъ иначе. На вывернутомъ верхнемъ вѣкѣ находятся едва замѣтныя бѣлыя пятнышки до 1/2 mm., сначала они не выступаютъ, какъ будто безсосудисты и представляютъ собой элементарныя формы грануляцій, встрѣчаемыя въ своей типичной формѣ только на верхнемъ вѣкѣ, на нижнемъ они съ самаго начала пузырчаты, студенисты и довольно крупны, но по существу тождественны съ верхними. Они способны къ обратному развитію и могутъ прогрессировать, превращаясь въ чечевицеобразныя возвышенія въ родѣ плоскихъ холмиковъ, окруженныхъ сосудами. Діаметръ ихъ можетъ увеличиваться, но форма остается плоской, цвѣтъ грязно-сѣрымъ, затѣмъ они твердѣютъ, проникаютъ глубже, задѣвая и хрящъ. Эти формы глубокихъ грануляцій разсматриваются какъ трахома. Между элементарными грануляціями и глубокими нельзя провести рѣзкой границы, разница только въ степени.

Это не специфическая болѣзнь, т. к. съ положительностью можно прослѣдить развитіе глубокихъ зеренъ изъ элементарныхъ грануляцій. Грануляціи любой формы могутъ обратно развиться, особенно если къ нимъ присоединяется воспалительная инфильтрація. Въ промежуткахъ между грануляціями могутъ развиться папилярныя вегетаціи на подобіе острія булавокъ, и тогда сосуды начинаютъ уже проникать въ средину грануляцій, которыя затягиваются утолщенной слизистой оболочкой, могущей также покрыться сосочками, тогда слѣдовательно къ одному процессу присоединяется второй процессъ папилярнаго разростанія, который не есть необходимое условіе, хотя и часто встрѣчается. Въ инфильтраціяхъ, которыя есть начало обратнаго развитія, часто погибаютъ грануляціи, и чѣмъ больше первыхъ, тѣмъ меньше послѣднихъ. На этомъ Грефе основываетъ принципъ терапіи трахомы и принципъ дѣленія трахомы на различныя стадіи. Грануляціи какъ и вегетаціи стоятъ въ связи съ элементами слизистой оболочки; теперь выяснено, что грануляціи это дальнѣйшее развитіе лимфатическихъ мѣшочковъ, находящихся и въ нормальной слизистой, но едва замѣтныхъ,—онѣ суть физіологическія образованія, хотя и предполагается извѣстная степень раздраженія. Гистологія ихъ еще не ясна, мы можемъ думать, что онѣ образуются въ промежуткахъ соединительной ткани изъ лимфоидныхъ клѣтокъ путемъ размноженія и скопленія послѣднихъ и что эти фолликулы, пока они состоятъ изъ лимфатическихъ тѣсно скученныхъ тѣлецъ, заложенныхъ въ тонкой сѣти конъюнктивы, при усиленномъ токѣ лимфы могутъ всосаться. У человѣка въ дѣтствѣ конъюнктива состоитъ не изъ ретикулярной ткани, а волокнистой—почему у дѣтей до 5 лѣтъ трахомы почти не бываетъ. Отмѣчая связь между гранулярными процессами конъюнктивы и допуская переходъ и развитіе ихъ одинъ въ другой, Грефе говоритъ далѣе, что два, три фолликула у солдата не значатъ еще трахома, присутствіе отдѣльныхъ пузырчатыхъ грануляцій въ нижнемъ вѣкѣ также не есть гранулярная офтальмія, и только, когда грануляціи разбросаны по всей конъюнктивѣ и когда нѣкоторыя изъ нихъ достигаютъ величины въ 1/4—1/2 mm., то тогда это состояніе нужно разсматривать какъ паталогическое. Не слѣдуетъ забывать, что какъ бы вѣрно ни было анатомическое различіе между вегетаціями и грануляціями всетаки составленіе отдѣльной картины болѣзни для каждой изъ формъ конъюнктивальныхъ экскресценцій было бы не согласно съ клиническими наблюденіями. Каждое раздраженіе конъюнктивы можетъ

вызвать и развитіе сосочковъ и развитіе фолликуловъ (какъ и при энтеритахъ). Если мы отдѣляемъ поверхностные фолликулы отъ глубокихъ, то только потому, что это нужно для практическихъ цѣлей, т. к. глубокія грануляціи протекаютъ медленно, опаснѣе для функціи глаза, болѣе контагіозны и требуютъ иного леченія.

Др. Ложечниковъ (о трахомѣ, профилактикѣ и регистраціи) говоритъ, что задача профилактики и регистраціи трахомы могутъ разсматриваться и рѣшаться въ зависимости, какое понятіе будетъ соединено со словомъ трахома, такъ какъ тотъ или иной взглядъ существенно мѣняютъ регистрацію и мѣры предохраненія. Трахома должна отличаться отъ фолликулезовъ происхожденіемъ, этіологіей, географическимъ распредѣленіемъ, теченіемъ, осложненіями, исходомъ, паталогической основой. Зерно трахомы это тоже фолликулъ, но не случайный, не физіологическій, но измѣненный окружающими явленіями разрастающей аденоидной ткани конъюнктивы, размноженіемъ клѣтокъ, инфильтраціей, новообразованіемъ соединительной ткани и рубцеваніемъ. Это соединительно-тканное образованіе и есть сущность трахомы, ея постоянный признакъ. Часто возрастаніе трахоматозныхъ связано съ ошибочностью взглядовъ врача, соединяющихъ трахому и фолликулезъ въ одну рубрику. Одни фолликулы какъ училъ Грефе еще не специфичны, и болѣзнь съ появленіемъ только фолликуловъ не есть еще гранулезная офтальмія. Самый характерный признакъ трахомы это разростаніе соединительной ткани, такъ утверждаютъ Фухсъ, Арльтъ, Веннеманъ, Эберсонъ, Ложечниковъ и др. Трахома это воспалительный процессъ конъюнктивы вѣкъ, заразнаго происхожденія съ хронической, глубокой, развитой и гнѣздной инфильтраціей аденоидной основы, влекущей соединительно-тканное новообразованіе оболочки и рубцеваніе со всѣми послѣдствіями. Это trachoma verum, которую и должно регистрировать, присоединять же сюда фолликулезъ—значитъ дѣлать въ вопросѣ о трахомѣ шагъ назадъ. Фолликулезъ, говоритъ Ложечниковъ, подобенъ простому воспаленію железы, трахома же подобна воспаленію туберкулезному.

Др. Бейвейль регистрируетъ трахому тамъ, гдѣ не только на нижнемъ вѣкѣ фолликулы, но и на конъюнктивѣ хряща, гдѣ они имѣютъ видъ желтыхъ точекъ.

Вайнштейнъ и Алянчиковъ случаи фолликулеза на нижнемъ вѣкѣ и точечныхъ зернышекъ на конъюнктивѣ хряща верхняго вѣка относили къ трахоматознымъ заболѣваніямъ, а простые фолликулы на конъюнктивѣ нижняго вѣка и даже въ углу глазъ—къ фолликулезу.

Рг. Fuchs и Крюковъ относятъ къ фолликулезу только случаи, когда фолликулы развиваются въ видѣ блѣдныхъ полупросвѣчивающихъ зернышекъ поверхностно расположенныхъ, величиной съ булавочную головку, преимущественно на нижнемъ вѣкѣ, въ сильно развитыхъ случаяхъ они бываютъ по всей конъюнктивѣ, только въ области верхняго хряща ихъ очень мало и сами они очень малы.

Въ переходныхъ складкахъ ихъ довольно много и они располагаются въ видѣ нитей жемчуга. При чемъ остальная конъюнктива въ пространствѣ между отдѣльными зернами здорова или легко катарральна. Если же фолликулы расположены глубоко, существуетъ инфильтрація самой конъюнктивы и гипертрофія ея псевдососочковъ—то это есть трахома.

Такого же различія между трахомой и фолликулезомъ придерживается и Ковальскій, Рудинъ, Добросердовъ, Адамюкъ, Браунъ, Гурвичъ, Медвѣдевъ, Долженковъ, Маклаковъ, Мейеръ, Фухсъ, Донбергъ, Крюковъ, Костеничъ, Гольдцигеръ, Выгодскій и др., послѣдній, обращаясь къ унитаристамъ говоритъ: признаніе за трахомой отдѣльной болѣзни углубитъ наше біологическое пониманіе и обогатитъ насъ со временемъ новыми біологическими представленіями. Нужно ли доказывать, что расширеніе біологическаго кругозора есть само по себѣ великое пріобрѣтеніе, и нечего опасаться, что число біологическихъ инстанцій возрастетъ, опасность не въ числѣ этихъ инстанцій, а въ поверхностномъ отношеніи къ изучаемымъ объектамъ.

Врачъ Касторскій, высказываясь по вопросу о гигіенѣ

преподаванія въ Земскихъ школахъ (1905 г.), признавая всю важность дѣленія фолликулярнаго процесса конъюнктивы, особенно въ земскихъ школахъ, гдѣ бываетъ много и трахомы, много и фолликулеза отъ антигигіенической обстановки школьнаго дѣла, (при чемъ если отождествлять эти два страданія, то можно получить такой огромный процентъ смѣшенія дѣйствительно тяжко больныхъ съ почти здоровыми) говоритъ—что мы принуждены будемъ совершенно отказаться отъ преподаванія въ школахъ и рискуемъ такимъ смѣшеніемъ распространить заразу на здоровыхъ. Касторскій на основаніи большого опыта считаетъ зернышки на conjunctiv'ѣ tarsi также характерными для трахомы, какъ притупленіе верхушекъ для туберкулеза, или какъ твердыя язвы penis'a для сифилиса. Споръ о трахомѣ и фолликулезѣ подобенъ спору о туберкулезѣ человѣка и животныхъ. Бильротъ замѣчалъ, что часто оперируемый отъ костоѣды больной возвращался къ нему, но уже съ болѣзнью туберкулеза вообще, такъ и случаи непользованныхъ зернышекъ на конъюнктивѣ верхняго хряща часто превращались въ болѣе общее страданіе pannus'a. Для здоровья глазъ деревенскихъ дѣтей нужно не только отдѣлять трахому, но и правильно ее діагносцировать, вѣдь primis in stadiis trachoma semper sanabilis.

Др. Шиле считаетъ признаніе факта отдѣльности трахомы началомъ мудрости. Въ работѣ Карениикаго (1899 г.) усматривается строгое отдѣленіе фолликулезныхъ отъ трахоматиковъ и на 728 случаевъ трахомы зарегистрировано 328 фолликулезныхъ. Мы должны, говоритъ врачъ Свѣшниковъ, (1903 г.) отдѣлять фолликулезъ отъ трахомы уже и потому, чтобы искусственно не увеличивать число послѣднихъ, и не щеголять слишкомъ быстрыми успѣхами въ терапіи. Пр. Донбергъ, Костеничъ, Galdziecher, Ernst Fuchs, даютъ точныя и понятныя указанія различій фолликулеза отъ трахомы, считая характернымъ для послѣдней зерна на конъюнктивѣ хряща, набухлость слизистой и инфильтрацію, на основаніи этого Свѣшниковымъ зарегистрировано 14% трахомныхъ и 29% фолликулеза среди школьниковъ.

Др. Кожуховъ (1865 г.) подъ трахомой разумѣетъ рядъ паталогическихъ явленій на соединительной оболочкѣ съ отложеніемъ эксудата подъ эпителій, въ паренхиму и глубокія ткани конъюнктивы, способнаго къ организаціи, метаморфозу и паталогическимъ измѣненіямъ въ тканяхъ (превращеніе въ сухожильную ткань, сморщиваніе, образованіе pannusa, entropii et ctr.). Авторъ строго различаетъ формы заболѣваній: фолликулезъ, бленоррея и трахома, но тутъ же считаетъ ихъ какъ «одно звено, одну связь» и отличаетъ ихъ только, какъ симптомы sui generis.

Др. Вотыпка (1853 г.) считаетъ грануляціи за эксудативный процессъ новой небывшей раньше массы, способной организоваться въ формы пузырьковъ, зеренъ, узелковъ—процессъ, въ которомъ и corp. pappil. принимаетъ участіе, но одно увеличенное и воспаленное corp. pappil. не образуетъ трахомы. Грануляція это новый не бывшій раньше продуктъ воспаленія, являющійся подъ опредѣленной формой и существенно отличный. Грануляцію нѣкоторые выдаютъ за извѣстный видъ изъ класса entozoorum (epizoas), которыя размножаются простымъ дѣленіемъ, находятся въ низшей степени органическаго образованія, питаются собственными сосудами, развитіемъ и увяданіемъ, имѣютъ свой жизненный особый циклъ, живя на слизистой глаза. Но это пока умозрительная философія мало научная, но оригинальная. Далѣе авторъ различаетъ цѣлыя категоріи грануляцій, a) пузырчатая, b) узловатая, c) зернистая, d) пирамидально-иглистая. e) чечевицеобразная, g) бородавчатая, f) шишковидная.

Др. Флоріо (1839 г.) различая трахому отъ простого фолликулеза считаетъ необходимымъ для трахомы утолщеніе конъюнктивы, присутствіе зеренъ или однѣхъ или съ утолщенными сосочками. Трахома есть образованіе изъ предшествующаго катарральнаго воспаленія, переходящее при предрасположеніи и вслѣдствіе дѣйствія производящихъ причинъ въ настоящее специфическое.

Срединное положеніе въ ученіи о трахомѣ занимаютъ Кенигсбергскіе окулисты школы Kunth'a, относящіеся отрицательно къ взглядамъ ultrauitarist'овъ, видящихъ въ

отечномъ катаррѣ и въ простомъ фолликулярномъ коньюнктивитѣ трахому, но они и противъ рѣзкаго дуализма въ смыслѣ Saemisch'a.

Гинзбургъ (къ вопросу о регистраціи трахомы,) отдѣляя трахому отъ фолликулеза, предлагаетъ, чтобы регистрація трахомы имѣла практическое и общественно-санитарное значеніе. Одни окулисты считаютъ при трахомѣ важнымъ признакомъ глубину инфильтраціи, другіе образованіе рубцовъ, одни придаютъ огромное значеніе зернамъ, другіе—нѣтъ, наконецъ, третья группа хроническій катарръ коньюнктивы считаетъ трахомой. Глубокія инфильтраціи, говоритъ авторъ, могутъ быть и при хроническомъ катаррѣ, pemphigus'ѣ, diphtheritis coujunctiv'ы и т. д. онѣ и могутъ дать рубцы. Необходимо усвоить разницу трахоматознаго зерна ифолликула. Послѣдній меньше зерна съ розоватымъ просвѣчиваніемъ, зерно же цвѣта желтоватаго, первый блестящій и прозрачный, зерно же мутновато, и непрозрачно, солидно и расположено въ толщѣ коньюнктивы, фолликулъ располагается у угловъ глаза и на коньюнктивѣ нижняго вѣка, зерно же—въ области коньюнктивы верхняго вѣка и переходныхъ складокъ, гдѣ нѣтъ фолликуловъ. Фолликулы единичны, зерна множественны. Первые сидятъ на нормальной и слегка инъецированной коньюнктивѣ, вторыя же вызываютъ инфильтрацію какъ коньюнктивы, такъ и подслизистой ткани; первые стаціонарны, вторыя склонны къ регресивному метаморфозу.

Вышеизложенный очеркъ, гдѣ мы старались привести въ систему разбросанные взгляды изслѣдователей трахомы, характеризуетъ въ достаточной степени различныя отношенія въ пониманіи трахоматознаго заболѣванія такъ сказать статическихъ и динамическихъ условій процесса, онъ же указываетъ и на то, что неопредѣленность гистологіи и бактеріологіи, а также взгляды на трахоматиковъ въ войскахъ особенно въ періоды распространенія эпидемій укрѣпляли унитаристовъ въ убѣжденіи правильности своихъ воззрѣній, тѣмъ болѣе что они опасались дуализма, который могъ бы какъ имъ казалось, увеличить процентъ заразительности трахомой арміи. Но опасность

конечно была не въ въ этомъ. Такъ по даннымъ. Д-ра Искерскаго (В. О. 1903 г.) нѣкоторые врачи въ войскахъ показывали меньшее количество трахоматозныхъ для поддержанія санитарной репутаціи своей части и вслѣдствіе нравственнаго давленія начальства, которое не находило пользы въ изоляціи трахоматиковъ и посылки ихъ на санитарныя станціи, усматривая въ этомъ вредъ для воспитанія и образованія хорошихъ солдатъ.

Средній % трахомы въ войскахъ 10—12%, въ нѣкоторыхъ же полкахъ этотъ % поднимается и до 30. Воротами для внесенія заразы и ея распространенія служитъ не dualism, а небрежность въ регистраціи и существованіе 7-ой статьи расписанія болѣзней и тѣлесныхъ недостатковъ при пріемѣ на военную службу: „зернитость оболочки глазъ“ разрѣшаетъ пріемъ на службу въ расчетѣ сократить процентъ симулянтовъ.

Но и признавшіе хутоатонный взглядъ на трахому все же дѣлаютъ нѣкоторыя оговорки и поправки.

Такъ Д-р Рейхъ вводитъ въ понятіе фолликулеза интенсивность и экстенсивность процесса, а болѣе упорный унитаристъ Мандельштамъ говоритъ: понятно никому и въ голову не придетъ считать трахомой легкую форму гипереміи коньюнктивы съ образованіемъ хотя бы и фолликуловъ на нижнемъ вѣкѣ. Значитъ этой формулой все-таки допускается нѣкоторое подраздѣленіе фолликулярнаго процесса, но только болѣе субъективное, сообразно пониманію каждаго изслѣдователя.

Въ открытомъ письмѣ къ пр. Адамюку Мандельштамъ говоритъ: допуская даже существованіе въ нормальной коньюнктивѣ фолликуловъ, можно думать, что всякое образованіе въ аденоидной ткани фолликуловъ, отъ какой бы причины это не было, переходящихъ норму какъ по числу, такъ и по объему и вызывающихъ извѣстный рядъ болѣзненныхъ явленій въ конъюнктивѣ, мы должны назвать фолликулярнымъ воспаленіемъ или трахомой.

Мы унитаристы потому, что знаемъ свойство коньюнктивы давать однородные продукты-фолликулы при различныхъ раздраженіяхъ. Неужели трахома только тогда,

когда фолликулы на конъюктивѣ хряща, и неужели природа сдѣлала единственное исключеніе для фолликула въ паталогіи, предоставивъ рѣшающее значеніе мѣсту нахожденія фолликула, а не ему самому. Неужели на діагнозъ вліяетъ появленіе фолликула на 2—3 mm. дальше или ближе переходной складки. Что общаго имѣетъ мѣсто появленія фолликула съ сущностью трахомы. Фолликулярный катарръ—тоже трахома и лечить его нужно какъ трахому: quidquid agis prudenter agas et respice finem.

Трахома распространяется чрезъ выдѣленіе контагіозно, но если контагій суспендированъ въ воздухѣ, то заражение бываетъ à distance. Трахома можетъ быть отъ ношенія искусственнаго глаза, эзерина, атропина, бленореи слезнаго мѣшка; мы дуалисты по поводу причинъ, но унитаристы по существу болѣзни.

Для выясненія сущности трахоматознаго заболѣванія далѣе мы указываемъ на связь между послѣдней и хронической бленорреи. Пр. Goldzieher (1903 г.) въ отдѣлѣ хроническихъ заразныхъ заболѣваній соединительной оболочки говоритъ, что практически можно примѣнять къ хроническимъ заразнымъ заболѣваніямъ названіе трахома, обозначая этимъ воспаленія соединительной оболочки иногда морфологически и различныя, но съ цѣлымъ рядомъ существенныхъ общихъ характерныхъ чертъ какъ то: одинаковость причинъ болѣзни, способность заражать своимъ отдѣленіемъ нормальную конъюнктиву, хроническое теченіе, глубокая инфильтрація ткани и наконецъ способность не разсасываться, а превращаться въ циррозъ.

Клинически этотъ цирротическій метаморфозъ и измѣненіе кривизны вѣкъ является главнымъ признакомъ трахомы, которая подраздѣляется въ своемъ проявленіи на два типа бленорройный и фолликулярный.

Въ первомъ періодѣ: слизисто гнойный секретъ, верхнее и нижнее вѣко утолщено, припуханіе, шероховатость и гиперемія конъюнктивы при гипертрофіи сосочковъ, особенно сильное напуханіе переходныхъ складокъ, отдѣльные полушаровидные бугорки-фолликулы, расположенные

и видные послѣ удаленія секрета какъ на слизистой вѣкъ, такъ и на сводахъ.

Эта картина сопровождается или острыми бурными явленіями, или безъ нихъ. При второмъ типѣ: серозно-гнойнаго отдѣленія очень мало, разрощеніе эпителія и сосочковъ ничтожно, но зато рѣзко выражена глубокая аденоидная инфильтрація, припухлость слизистой незначительна, масса сѣрыхъ прозрачныхъ зеренъ особенно въ районѣ переходныхъ складокъ, иногда вмѣсто фолликулярныхъ образованій бываетъ только густое студенистое пропитываніе конъюнктивы съ рубцами и бѣлыми пятнами.

Авторъ строго различаетъ трахому отъ простого фолликулеза, проводя между ними разницу такую, какъ безболѣзненое припуханіе железокъ—къ лимфаденитамъ отъ туберкулеза, сифилиса и другихъ инфекцій; далѣе онъ совѣтуетъ отличать отъ трахомы и фолликулярный катарръ, который есть самостоятельное заболѣваніе, а не степень, переходящая затѣмъ въ трахому.

Что же касается трахомы и хронической бленорреи, то по мнѣнію Goldzieher'a и затѣмъ Arlt'a отличіе ихъ другъ отъ друга не обосновано природой вещей, и заразное начало и локализація ихъ тождественны. Эти заболѣванія есть по существу одна группа хроническихъ бленоррей. Вначалѣ Arlt держался другого мнѣнія и былъ принужденъ измѣнить таковой подъ вліяніемъ путаницы въ понятіяхъ tracloma verum и trachoma mixtum. Тождество двухъ этихъ заболѣваній основываютъ на положеніяхъ, что 1) трахоматозная дегенерація часто бываетъ, какъ исходъ острой бленорреи конъюнктивы гонорройнаго происхожденія. (наблюденія Hoor'a въ госпиталяхъ Австро-Венгріи, случаи Satteler'a и Fuchs'a, наблюденія автора у слѣпыхъ отъ бленорреи).

2) большинство случаевъ трахомы принадлежитъ къ хронической бленорройной группѣ, и при передачѣ инфекціи эти случаи могутъ иногда вызывать и чисто «гранулезную» трахому. Фухсъ видѣлъ въ Египтѣ трахому съ сильнымъ разростаніемъ сосочковъ конъюнктивы и незначительнымъ количествомъ зеренъ въ переходныхъ склад-

кахъ, случаи чисто зернистой трахомы тамъ не встрѣчаются и всѣ эти случаи происходятъ или отъ острой или хронической бленорреи.

Др. Brugst (въ Египтѣ) говоритъ, что секретъ хроническаго страданія, происшедшаго изъ острой бленорреи, вызываетъ не бленорею, а трахому въ здоровомъ глазу. Ослабленный гонорройный ядъ половыхъ органовъ можетъ тоже дать трахому.

3) Опыты Piringer'a съ прививками на человѣческой конъюнктивѣ бленорройнаго секрета вызывали обѣ формы заболѣваній, при чемъ острая бленоррея вызывалась чрезъ 6—8 часовъ, а хроническая чрезъ 72 часа; въ опытахъ Sattler'a чрезъ 7 и больше дней. Секретъ высушенный на тряпочкѣ сохраняетъ дѣйствительность на 36 часовъ. 4) Аналогія, проводимая между гонорройнымъ воспаленіемъ уретры и конъюнктивы по причинѣ общности хроническаго воспаленія, припуханія фолликуловъ съ инфильтраціей и цирроза слизистой оболочки. 5) и наконецъ диплококки Neisser'a очень трудно даютъ чистыя разводки, такъ-же какъ и трахоматозные кокки, чѣмъ сближается этіологическая натура обоихъ процессовъ.

На основаніи этого Goldzieher говоритъ, что заразное начало трахомы тождественно съ заразнымъ началомъ бленорреи, т. е. съ возбудителемъ триппера. Пр. Шимановскій (В. О. 1907) въ своемъ случаѣ типичной трахомы, развившемся на почвѣ бленорреи конъюнктивы, заключаетъ о возможности развитія трахомы изъ гонорройнаго воспаленія глазъ, къ этому можно добавить и наблюденія врачей Гене и Румшевича. Dr. Fuchs говоритъ, что хроническая бленоррея имѣетъ зернистую и папиллярную формы, основаніемъ къ этому служатъ большинство случаевъ смѣшанной формы, описанные Мандельштамомъ и Baelmano'мъ, trachoma mixtum Stelvag'a, сходство клиническихъ формъ, способность одной формы послѣ зараженія давать другую. По Sattler'у мать, страдающая бѣлями, можетъ родить ребенка съ бленорреей и чрезъ него сама получитъ трахому. Острая бленоррея можетъ перейти въ хроническую или въ coniunctiv gramular, что указываетъ

на тождественность формъ и общую связь, такъ что въ смыслѣ профилактическомъ нельзя сдѣлать различія для обѣихъ этихъ формъ. K. Hoor. (Zur Frage der Aetiologie des Trachomes 1895 г.) считаетъ также аналогичной хроническую бленоррею и трахому, при зараженіи конъюнктивы секретомъ хроническаго уретрита на одномъ глазу въ 75% случаевъ развивается хроническая бленоррея, на другомъ трахома. Не встрѣчая ни разу въ своихъ бактеріологическихъ наблюденіяхъ характерныхъ гонококковъ Neisser'a въ секретѣ или же въ тканяхъ при трахомѣ и въ то же время, наблюдая нѣсколько случаевъ смѣшанной тряхомы, когда можно было встрѣтить формы кокковъ близко стоящія и похожія на гонококковъ—мы думаемъ, что въ процессѣ хронической трахомы или смѣшанной могутъ участвовать и кокки триппера, находясь въ состояніи измѣненія или ослабленія; при чемъ играютъ роль индивидуальныя свойства конъюнктивы и предрасположеніе.

ГЛАВА III.

Анатомія и гистологія трахомы.

Для выясненія сущности трахомы недостаточны только морфологическіе, описательные взгляды авторовъ, и потому мы переходимъ къ болѣе глубокому выясненію деталей сущности въ смыслѣ систематизаціи анатомическихъ пониманій на этотъ вопросъ, т. к. послѣднія еще болѣе выяснятъ соотношеніе между зерномъ, фолликуломъ и сосочкомъ слизистой оболочки глаза.

Какъ извѣстно конъюнктива глаза состоитъ изъ эпителія и соединительной ткани, эпителій носитъ характеръ многослойнаго, при чемъ онъ вездѣ двухслойный, исключая внутреннихъ краевъ вѣка и переходныхъ складокъ, гдѣ эпителій многослойный, таковымъ же онъ остается и при переходѣ на конъюнктиву глазного яблока (Goldzieher) Соединительная ткань или substantia propria у взрослыхъ имѣетъ видъ ретикулярнаго строенія, у дѣтей же до пяти мѣсяцевъ пещеристаго тѣла, въ петляхъ сѣти много лимфоидныхъ клѣтокъ, такъ что ткань носитъ характеръ аденоидный или цитогенный (Келликер.) Если лимфоидныхъ клѣтокъ много, онѣ расположены группами и отдѣлены оболочкой или лимфатической щелью отъ окружающихъ частей, то тогда ткань носитъ названіе фолликулярной, а отдѣльныя группы клѣтокъ зовутся фолликулами, послѣднихъ нѣтъ у дѣтей новорожденныхъ и зародышей (Федоровъ 1895 г.); комплексъ фолликуловъ составляетъ уже цѣлую железу,

Фолликулы связаны или въ центрѣ, или въ периферіи съ лимфатической системой, они могутъ быть въ нормальной конъюнктивѣ взрослыхъ; слѣдовательно фолликулъ это

группа нѣсколькихъ лимфоцитовъ—клѣтокъ, заключенныхъ въ ретикулярную ткань. Сама ретикулярная сѣть состоитъ изъ трехъ видовъ клѣтокъ (большихъ, малыхъ круглыхъ и плоскихъ), затѣмъ въ самыхъ клѣткахъ сѣти заключены: малыя круглыя клѣтки, эпителіоидныя, большія неправильныя зернистыя центральныя клѣтки и лимфоциты. Прежде чѣмъ появиться фолликуламъ начинаетъ показываться скопленіе круглыхъ клѣтокъ, затѣмъ среди нихъ появляются уже большія клѣтки, онѣ дифференцируются, образуется сѣть и клѣтки фолликула. Развитію миндалинъ глотки предшествуетъ въ эмбріональной жизни прдстое скопленіе клѣтокъ, такъ и въ конъюнктивѣ глаза въ раннемъ возрастѣ есть просто скопленіе клѣтокъ, но нѣтъ настоящихъ фолликуловъ. Изъ того, что у новорожденныхъ дѣтей нѣтъ фолликуловъ и что они появляются позднѣе не слѣдуетъ, что это явленіе не физіологическое; мѣшетчатые фолликулы языка, миндалины глотки появляются въ разное время жизни и какъ извѣстно только фолликулы кишечника организуются въ утробномъ періодѣ, вслѣдствіе ранняго раздраженія слизистой оболочки кишекъ.

Въ совершенно здоровой оболочкѣ мочевого пузыря, слизистой носа, въ почечныхъ лоханкахъ, мочеточникахъ и маткѣ съ влагалищемъ встрѣчаются фолликулы, атрофирующіеся при голоданіи и возстанавляющіеся при лепкемическихъ явленіяхъ.

Федоровъ въ своихъ изслѣдованіяхъ нормальной конъюнктивы утверждаетъ, что лимфатическіе фолликулы могутъ встрѣчаться какъ явленіе фпзіологическое, что фолликулы слизистыхъ оболочекъ и въ частности конъюнктивы глаза не стойки, и могутъ возстановляться и обратно развиваться въ связи съ общимъ страданіемъ организма.

Что касается клѣтокъ эпителія слизистой оболочки, то здѣсь встрѣчаются болѣе глубоко помѣщенныя, слизистыя бокаловидной формы клѣтки, считаемыя нѣкоторыми (Waldeyer) за физіологическія, другими же (Sattler, Reich, Rählmann) за продуктъ перерожденія при бленорреяхъ и трахомѣ конъюнктивы. При чемъ (по Лукьянову) всякая цилиндрическая эпителіальная клѣтка можетъ при трахомѣ

или иномъ страданіи продуцировать слизь какъ и бокаловидная.

Bizzozero же смотритъ на бокаловидныя клѣтки, какъ на одноклѣточныя железы, допускаетъ возобновленіе ихъ не прямымъ дѣленіемъ, но не переходомъ изъ клѣтокъ протоплазматическихъ.

Между фолликулами и грануляціями Wecher (1867 г.) находитъ ту разницу, что первые—это гиперилязированные элементы конъюнктивы вслѣдствіе гипереміи и своеобразнаго устройства сосудистой сѣти, вторыя же—это новообразованныя элементы, появляющіеся сначала въ видѣ бѣлыхъ пятнышекъ, затѣмъ они увеличиваются, становятся прозрачными, грязно-сѣрыми и принимаютъ видъ икры. Онѣ состоятъ изъ массы ядеръ съ еле замѣтными волокнами клѣточной ткани и фиброклѣтками, подобныя туберкулезному бугорку превращаются въ жировой распадъ, никогда не образуютъ гноя, не организуются и оставляютъ послѣ себя рубцы. Словомъ фолликулъ это одно—грануляція это другое.

Saemisch (1874 г.) находилъ, что фолликулы конъюнктивы при фолликулярномъ катаррѣ сходны по своему строенію съ замкнутыми лимфатическими фолликулами. Грануляціи же это новообразованія безъ рѣзкой границы, безъ собственной оболочки и собственныхъ сосудовъ. Грануляція состоитъ изъ круглыхъ клѣтокъ безъ основного вещества, она не постоянна въ своемъ строеніи и превращается въ соединительную ткань.

Hasner (1874 г.) считалъ, что при фолликулезѣ не бываетъ органическихъ измѣненій въ ткани конъюнктивы, при трахомѣ же появляются постоянно грануляціи, которыя организуются изъ эксудата; при бленорреѣ появленіе грануляцій необязательно т. к. на первомъ мѣстѣ здѣсь измѣненія въ сосудахъ и образованіе сосочковъ.

Graefe въ грануляціяхъ видитъ только обильно разрастающіеся фолликулы, ведущіе къ рубцеванію, пр. Wolfring. не признаетъ за грануляціей новообразованія, а простое скопленіе фолликуловъ безъ капсулы и сосудовъ, съ разростающимися сосочками и утолщенной конъюнктивой.

Изъ этихъ и слѣдующихъ взглядовъ можно заключить, что фолликулъ и грануляція не одно и тоже, что даже тѣ авторы, которые близки къ отождествленію этихъ двухъ гистологическихъ элементовъ, и тѣ дѣлаютъ это съ оговорками, при условіи, если фолликулъ сильно разростается, если онъ лишается собственной оболочки, собственной сѣти сосудовъ. Это съ одной стороны есть какъ бы соединеніе и проведеніе точной аналогіи, съ другой гистологическое раздѣленіе, такъ какъ нѣтъ анатомической тождественности въ двухъ разсматриваемыхъ процессахъ.

Что касается сосочковъ конъюнктивы, то таковые въ анатомическомъ смыслѣ, разумѣя подъ этимъ тѣ возвышенія corium'a, углубленія между которыми выполнены клѣтками эпидермиса съ концевыми нервными аппаратами и отдѣльной системой сосудовъ; имѣются на конъюнктивѣ въ полосѣ, прилегающей къ внутреннему краю вѣкъ (Goldzieher).

Вообще же сосуды конъюнктивы (Hyrtl) устроены такъ, что узкое колѣно артеріи заканчивается широкой веной, и при гипереміяхъ вена вздувается надъ поверхностью конъюнктивы какъ бы въ особый бородавчатый наростъ (палецъ перчатки старинныхъ авторовъ). Это и есть то, что въ общемъ смыслѣ считаютъ сосочкомъ конъюнктивы.

Далѣе въ конъюнктивѣ вѣкъ есть система железокъ (Федоровъ 1896 г.) ацинозно-трубчатыхъ, мѣшетчатыхъ Manz'a (послѣдніе числомъ до 30 расположены въ хрящевой части), трубчатыхъ Генлевскихъ.

Разногласіе, существующее во взглядахъ на зерно и фолликулъ съ клинической и статической стороны, распространяется далѣе и на всю гистологію трахомы, понимаемую унитаристами и дуалистами своеобразно. Здѣсь мы и будемъ отмѣчать тѣ взгляды, которые въ этомъ ученіи были особенно характерны для выясненія системы въ пониманіи сущности зерна и фолликула, трахомы и фолликулеза.

Такъ, Ивановъ и Berlin (1878 г.) видятъ разницу трахомы отъ фолликулеза въ «трубчатыхъ железахъ», которыхъ нѣтъ при фолликулярномъ катаррѣ и есть при тра-

хомѣ. Въ этихъ железкахъ сущность трахомы и ея рецидивовъ. По однимъ авторамъ эти железки есть новообразованіе конъюнктивы, по другимъ это развитіе раньше существуетъ, но затѣмъ при трахомѣ особенно сильно увеличивается.

Др. Якобсонъ (1879 г.) находилъ различіе въ формѣ клѣтокъ. Такъ, при фолликулезѣ онѣ двухъ видовъ съ овальными и круглыми ядрами, при трахомѣ же всѣ клѣтки разнятся только въ величинѣ и цвѣтѣ, но видъ ихъ ядеръ исключительно круглый. Зерно патологически похоже на туберкулъ, и есть видъ органической лимфатической гиперплязіи.

По Лебедеву (1878 г.) зерно состоитъ изъ массы круглыхъ клѣтокъ съ гомогенной субстанціей, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ есть отростки, какъ начало ретикулярной ткани, и клѣтки снабжены капиллярами. Это специфическое новообразованіе — продуктъ инфекціи. Грануляція аналогична туберкулу, лепрозному или туберкулезному, иногда въ ней находятся и гигантскія клѣтки.

Sattler (1881 г.) отрицая существованіе фолликуловъ въ нормольной конъюнктивѣ, считаетъ зерно за продуктъ инфекціи, это масса клѣтокъ въ мелкозернистой субстанціи, ядра ихъ не только круглыя какъ въ фолликулѣ, но и овальныя. При этомъ зерна располагаются глубоко въ эпителіальной ткани. Arlt (1880 г.) считаетъ зерна скопленіемъ клѣтокъ въ утолщенной ткани конъюнктивы, безъ собственной оболочки; въ нормальной конъюнктивѣ по автору фолликуловъ нѣтъ. Фолликулы при фолликулезѣ это миліарныя лимфомы, и отличіе зерна отъ нихъ только въ степени скопленія клѣтокъ и инфильтраціи тканей, причемъ зерно всегда безъ сумки.

Baehlmann (1883 г.) считаетъ фолликулезъ и трахому разными стадіями страданія фолликула, котораго нѣтъ въ нормѣ, а существуетъ при воспаленіяхъ конъюнктивы, и суть новообразованіе.

Въ 1890 г. на X конгрессѣ въ Берлинѣ Baehlmann доказывалъ, что трахома есть фолликулярный катарръ съ массой фолликуловъ, съ процессами размягченія, изъязвленія и рубцеванія, съ инфильтраціей хряща и роговицы. Когда напряженіе усиливается, сосуды периферіи суживаются, эпителій перерождается и некротизируется, фолликулы изъязвляются,—послѣ чего бываетъ трансплантація эпителія въ глубину конъюнктивы.

Мандельштамъ 1883 г. приходилъ къ заключенію неспецифичности трахомы. Рубцеваніе бываетъ и при всякомъ фолликулѣ, когда въ немъ имѣются «лимфатическія клѣтки» съ обильной протоплазмой. Клинически авторъ считаетъ папиллярную трахому и гранулярную одинаковой. Трахома это panconjunctivitis съ измѣненіемъ железъ конъюнктивы, эпителія и увеличенной лимфоидной инфильтраціей. Фолликулярный катарръ есть острая стадія трахомы, когда происходитъ утолщеніе membranae propriae, усиленное разростаніе аденоидной ткани. инфильтрація лимфоидными тѣльцами, появленіе фолликуловъ, причемъ далѣе этотъ острый стадій переходитъ въ слѣдующій, когда налицо уже много гипертрофированныхъ сосочковъ и железокъ.

Пр. Адамюкъ считаетъ фолликулезъ не заразительнымъ, ткань, окружающую фолликулы, нормальной, нѣтъ рубцеванія, не страдаетъ хрящъ. Въ лабораторіи Luschk'a въ Тюбингенѣ онъ пришелъ къ заключенію о присутствіи въ нормальной конъюнктивѣ фолликуловъ. Сначала фолликулъ и зерно одинаковы, затѣмъ въ зернѣ появляется усиленное развитіе пучковъ соединительной ткани и тогда микроскопически можно отдѣлить одно отъ другого, разростаніе соединительной ткани происходитъ отъ раздраженія, вызваннаго при трахомѣ микроорганизмомъ. Разъ фолликулъ на конъюнктивѣ хряща, гдѣ нѣтъ рыхлой подконъюнктивальной ткани—это уже зерно трахомы, это работа микроорганизмовъ, требующихъ для жизнедѣятельности постояннаго прилива и обмѣна питательнаго матеріала.

Freudenstein не признаетъ различія между зерномъ и фолликуломъ и считаетъ возможнымъ переходъ одного въ другой, Различіе только въ количествѣ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ, которыхъ при трахоматозномъ зернѣ развивается больше.

По ученію Staderini (1888 г.) въ зернѣ огромную роль

играютъ лейкоциты сосудовъ, выдѣляющіеся подъ вліяніемъ микробовъ, измѣняясь они даютъ волоконца стромы.

Rhein (1888 г.) утверждалъ, что ни макро- ни микроскопически зерна не отличаются отъ бугорковъ туберкулеза.

По Bock'у фолликулы развиваются на конъюнктивѣ съ аденоидной тканью, напримѣръ, на нижнемъ вѣкѣ, и ихъ нѣтъ на складкѣ верхняго вѣка, гдѣ бываютъ зерна трахомы.

Parissotti и Moauro (1890 г.) считаютъ зерно инфекціонной опухолью, оно зарождается отъ раздраженія неподвижныхъ клѣтокъ конъюнктивы и стѣнокъ сосудовъ. Въ первой стадіи трахомы видно участіе эпителія и железъ, эпителіоидныхъ клѣтокъ, гигантскихъ клѣтокъ, встрѣчающихся въ эволюціонномъ и регрессивномъ видѣ. Зерно состоитъ, изъ эпителіоидныхъ клѣтокъ въ разныхъ видахъ, лейкоцитовъ и гигантскихъ клѣтокъ, волоконъ въ немъ мало, благодаря анемичности появляется процессъ изъязвленія. Зерно это—грануляціонная опухоль въ смыслѣ Вирхова. Другіе авторы (Bisley) отрицаютъ существованіе въ зернѣ гигантскихъ клѣтокъ и констатируютъ присутствіе сосудовъ, чего при туберкулезномъ бугоркѣ не бываетъ.

Muttermilch (1893 г.) думаетъ, что трахома не заразительна и есть ничто иное какъ разныя стадіи фолликулярнаго воспаленія. Появленіе въ эпителіѣ переходныхъ формъ отъ слизистыхъ и эпидермоидальныхъ есть признакъ наступленія трахомы. Такой эпителій легко разрушается, усиливаетъ гиперемію и инфильтрацію и производитъ язвы роговицы. Клѣтки въ центрѣ фолликула погибаютъ отъ недостатка кислорода, а оболочка фолликула, при этомъ появляющаяся, есть результатъ давленія его на окружающую ткань конъюнктивы. Различіе фолликула отъ зерна есть результатъ поверхностныхъ изученій и наблюденій, такъ какъ играетъ роль не разростаніе фолликула, а процессъ углубленія эпителія. Чѣмъ сильнѣе трахома, тѣмъ больше эпителіальныхъ измѣненій и меньше фолликулярныхъ.

Würdemann при продолжающемся катаррѣ находилъ переходъ эпителіальныхъ клѣтокъ въ слизистыя, затѣмъ разрушеніе эпителія и размноженіе фолликуловъ и вростаніе

эпителія въ ткань слизистой оболочки. Всякая инфекція ведетъ къ катарру, фолликулиту, а при негигіеничныхъ условіяхъ къ трахомѣ.

Wennemar (1892 г.) наблюдалъ въ зернѣ зародышевые центры и фигуры непрямого дѣленія, тождественныя съ тѣльцами Fleming'a, въ центрахъ лимфатическихъ железокъ. Эмиграція лейкоцитовъ не имѣетъ ничего общаго съ трахомой. Сущность ея въ томъ, что эпителій разростается и образуетъ эмбріональную ткань—грануляцію, подвергающуюся потомъ рубцеванію. Суть трахомы не въ образованіи фолликула, а «въ слизистой неоплязіи».

Musumeci (1893 г.) считаетъ трахомат. зерна за новообразованіе изъ фолликуловъ, ведущее конъюнктиву къ смарщиванію. Гиперплязія же сосочковъ по автору проходитъ должна безъ слѣдовъ.

Отсюда мы видимъ, какая неопредѣленность существуетъ въ гистологическихъ описаніяхъ трахомы, подобно клиническимъ и бактеріологическимъ даннымъ о томъ же предметѣ. Начнемъ хотя бы съ того, какъ устроенъ эпителій конъюнктивы. Выяснено только, что онъ многослойный, но въ дальнѣйшемъ опредѣленіи мнѣнія расходятся, одни считаютъ эпителій конъюнктивы хряща трехслойнымъ, двухслойнымъ, другіе цилиндрическимъ, третьи плоскимъ и т д. Въ сводахъ эпителій счититается то цилиндрическимъ, то кубическимъ, то плоскимъ, то мерцательнымъ. Эпителій conjunctivi bulbi считаютъ то слоистымъ, покрытымъ сверху цилиндрическими клѣтками, то кубическимъ. Количество слоевъ многослойнаго эпителія также не установлено отъ 2-хъ до 15 (Лункевичъ 1885 г.). Строеніе основы конъюнктивы сравнительно болѣе опредѣленно, и установленъ переходъ въ сводахъ волокнистой основной ткани въ ретикулярную, что видно послѣ полнаго удаленія вымываніемъ изъ ретикулюма лимфатическихъ клѣтокъ. Что аденоидная ткань есть явленіе послѣдующее, это видно изъ патологической работы надъ конъюнктивой д-ра Лункевича, который доказываетъ, что у молодыхъ животныхъ и новорожденныхъ дѣтей нѣтъ аденоидной ткани. Вопросъ о железахъ конъюнктивы также не ясенъ. Отсюда естественно

возникаетъ вопросъ, можно ли считать фолликулы явленіемъ физіологическимъ или нѣтъ, равенъ ли фолликулъ зерну, аналогично ли послѣднее бугорку и т. д, словомъ тотъ, который опредѣляетъ сущность трахомы.

Систематизируя выводы гистологическихъ изслѣдованій мы находили, что каждое новое изъ нихъ даетъ или прежнюю картину описаній конъюнктивы, или прибавляетъ нѣчто по существу своему малозначущее и не рѣшающее положительно вопроса, а иной разъ даже затемняющее его, какъ это особенно видно въ вопросѣ о бактеріологическихъ изслѣдованіяхъ.

Можно было видѣть какъ тамъ, гдѣ считали зерно или гранулему тождественными, иногда изслѣдовали не чисто трахоматозную ткань, а амилоидную и туберкулезную, и въ результатѣ изслѣдованія получалось сходство бугорка съ зерномъ. Далѣе рубцовая ткань сифилитическаго или дифтеритнаго происхожденія на конъюнктивѣ часто принималась за рубцовую трохоматозную ткань (Goldzieher).

И только наблюденія общаго характера съ обращеніемъ вниманія и на клиническую картину, на гистологію или бактеріологію одновременно могутъ и въ настоящее еще не благопріятное для пониманія трахомы время, дать достаточную ясность и точность.

Нельзя напримѣръ смотрѣть на трахому какъ на особый видъ пролиферації трубчатыхъ железъ конъюнктивы вѣка, вѣдь такія же разростанія железъ описываются и могутъ быть и при простомъ весеннемъ катаррѣ, а при бленорреѣ описываютъ сильную пролиферацію эпителія железъ въ такомъ видѣ, что этотъ эпителій спускается какъ бы глубоко внутрь и образуетъ самъ изъ себя родъ железокъ такихъ, которыя и казались затѣмъ нѣкоторымъ изслѣдователямъ за специфическія „трахоматозныя железки“.

Далѣе принимая во вниманіе совокупность другихъ измѣненій при трахомѣ не только эпителія, но основы и даже хряща — мы можемъ съ увѣренностью сказать, что эпителій, какъ таковой, здѣсь играетъ не важную роль, а второстепенную и можемъ объяснить разростаніе эпителія съ образованіемъ даже ложныхъ железокъ тѣмъ, что на-

стоящія железки пролиферируются, глубоко затрагиваясь болѣзненнымъ процессомъ. Измѣняется вся ткань и прежде всего основная—аденоидная, и по мѣрѣ обострѣнія явленій въ этой ткани и пропорціонально этому идетъ измѣненіе въ эпителіѣ конъюнктивы или трубчатыхъ железокъ.

Основываемъ мы свое заключеніе въ этомъ смыслѣ на положеніяхъ уже доказанныхъ измѣненій, задѣвающихъ основу аналогичныхъ железъ языка, кишечника, или глотки — тамъ разрощенія эпителія бываютъ часто на столько сильны, что значительно измѣняютъ физіологическую картину даннаго предмета, заболѣваніе котораго по существу гнѣздится въ самой ткани или ея фолликулахъ.

Др. Омельченко (1894 г.) находилъ зерно трахомы похожимъ на филликулъ — скопленіе клѣтокъ, расположенное въ разросшемся эпителіѣ, но это не фолликулъ, т. к. не имѣетъ ретикулярной стромы, это въ родѣ карциноматозныхъ разростаній, это реактивное воспаленіе вокругъ эпителія съ диффузной инфильтраціей, съ перерожденіемъ эндотелія сосудовъ, склерозированными стѣнками, со скопленіемъ вокругъ нихъ лейкоцитовъ и жирныхъ клѣтокъ (Mastzellen) въ глубинѣ слизистой оболочки.

Др. Чемолосовъ (1895 г.) полагаетъ, что зерно при фолликулезѣ и трахомѣ не есть „фолликулъ“, это—инфильтрація лейкоцитами, которые могутъ вытягиваться въ волокнистую ткань и давать рубцы, при этомъ имѣется заворотъ эпителія въ глубь.

Нужно называть по автору трахому и фолликулезъ зернистымъ воспаленіемъ конъюнктивы, случаи же рубцовой трахомы «трахомой». Pr. Panas (1894 г.) считаетъ зерно инфекціонной опухолью, сходной съ „бугоркомъ“. Въ зернѣ имѣются лейкоциты, гигантскія клѣтки, эпителіоидныя, анемичность, некробіозъ, изъязвленіе, рубцеваніе. Фолликуллъ же это скопленіе нормальныхъ клѣтокъ конъюнктивы безъ капсулы, ткань конъюнктивы при этомъ нормальна и только расширены слегка сосуды. Pr. Fuchs. (1895 г.) зерно трахомы считаетъ за лимфатическую железку или Пейерову бляшку, фолликулъ же устроенъ точно также только онъ поверхностнѣе и мельче.

Федоровъ (1895 г.) считаетъ, что анотомическимъ субстратомъ фолликулеза и трахомы является фолликулъ, сосуды при этомъ расширяюся, бываетъ краевое расположеніе лейкоцитовъ, диффузная инфильтрація при фолликулезѣ не бываетъ, тогда какъ при трахомѣ она всегда на лицо.

Рубцы микроскопически можно наблюдать и при фолликулезѣ, они не могутъ быть характернымъ признакомъ при трахомѣ. Гигантскихъ клѣтокъ при трахомѣ авторъ не встрѣчалъ, Mastzellen въ очень маломъ количествѣ и въ зернѣ, и въ фолликулѣ. Зерно трахомы это фолликулъ съ сосудами и уплотненной соединительной тканью вокругъ себя, оно можетъ перерождаться и рубцеваться, но фолликулъ только размягчается. Онъ находитъ фолликулы и въ нормальной конъюнктивѣ и допускаетъ (какъ и Рейхъ) отсутствіе ихъ только въ идеальной конъюнктивѣ.

Сверхъ того бываютъ и ложные фолликулы (отъ атропина, при каттарѣ конъюнктивѣ и т. д.) но это собственно простое скопленіе клѣтокъ, сейчасъ подъ эпителіемъ, безъ опредѣленной организаціи и цикла въ развитіи.

Нѣкоторыми допускается образованіе фолликула изъ эмигрированныхъ лейкоцитовъ, но пр. Подвысоцкій, Никифоровъ и др. не допускаютъ организаціи со стороны выселившихся изъ сосудовъ лейкоцитовъ.

На основаніи своихъ наблюденій К. Орловъ (1907 г.) думаетъ, что давнишній споръ о томъ, имѣютъ ли фолликулъ и зерно основу — скелетъ, а не симуляцію его, обусловленную свертываніемъ тканевыхъ жидкостей подъ вліяніемъ разнаго рода фиксажей (формалинъ, жидкость Flemming'a и т. д.), нужно рѣшить положительно въ пользу самостоятельной соединительно-тканной основы и другихъ лимфатическихъ образованій, почему трахоматозное зерно есть также фолликулъ suigeneris, но никакъ не гранулема.

Позднѣйшія изслѣдованія Кастальской при трахомѣ, пр. Евецкаго при склеромѣ конъюнктивы глаза, Katocki'a при гіалинозной конъюнктивѣ, Kennetan'a при туберкулезной язвѣ конъюнктивы и др. своими нахожденіями гіалиновыхъ глыбокъ устанавливаютъ фактъ хроническаго заболѣванія трахомы и нѣкоторую аналогичность съ грануляціонными опухолями актиномикозомъ, сифилисомъ, туберкулезомъ, риносклеромой, такъ какъ и при нихъ встрѣчается гіальнозъ тканей.

Наконецъ пр. Шимановскій (1908 г.), выдвигая вопросъ о связи фолликуловъ конъюнктивы и глотки, ставитъ фолликулъ конъюнктивы глаза въ соотношеніе съ общимъ состояніемъ организма. По его мнѣнію нѣтъ особой болѣзни „трахомы", есть только признакъ золотухи конъюнктивы глаза. Золотуха же есть выраженіе наслѣдственнаго сифилиса. Свои наблюденія пр. Шимановскій основываетъ на томъ, что у трахоматозныхъ часто бываютъ фарингиты, ангины, тонзиллиты и даже Гутчинсоновы зубы.

Въ этомъ смыслѣ невозможно предполагать и какія-либо карциноматозныя разращенія отъ раздраженія при трахомѣ, вѣдь строеніе карциномы въ данномъ случаѣ предполагало бы раздраженіе и поврежденіе ткани, нарушеніе физіологической связи между элементами тканей и разслабленіе обычнаго взаимнаго противудавленія, почему клѣточные элементы, оторванные отъ матерной ткани, получаютъ возможность разростаться. Это лишеніе физіологической связи влечетъ за собой потерю дифференцированія клѣтокъ, принимающихъ при раздраженіи все болѣе индиферентный эмбріональный характеръ. Мы видѣли бы злокачественную опухоль покровнаго или железистаго эпителія, состоящую изъ соединительно-тканной основы — стромы, переполненной сосудами и образующей разнаго рода полости, набитыя эпителіальными клѣтками, при чемъ на лицо такъ называемое «атипическое разростаніе», бурное вростаніе клѣтокъ по ходу щелей и сосудовъ, съ сильно выраженной атрофіей попадающихъ на пути элементовъ, далѣе видна былабъ особенная способность къ метастазамъ преимущественно лимфатическимъ путемъ, и какъ предрасполагающій моментъ имѣлъ бы значеніе и возрастъ 40—50 лѣтъ и болѣе.

Было бы выраженное губчатое строеніе, легко соскабливаемый «раковый сокъ» и наблюдаемый при перерожде-

ніи «раковый пупокъ». Ничего подобнаго еще не описано полностью ни однимъ авторомъ, даже въ случаяхъ разсматриванія картинъ смѣшанной трахомы. Въ нихъ описывалась картина доброкачественной пролиферації железокъ, или же что, чаще всего, простое разростаніе эпителія, покрывающаго разбухшіе сосочки; главнаго же: гнѣзднаго строенія, метастазированія совсѣмъ не было описано. Возможно, что изслѣдователи, описывающіе картину карциноматознаго разращенія при трахомѣ, дѣйствительно имѣли таковую, но не отъ трахомы, а отъ переноса группы клѣтокъ, сосѣдней эпителіомы, часто встрѣчаемой и едва замѣтной у крыльевъ носа или въ углу глаза.

Сверхъ того ни макроскопическій видъ, ни клиническій никакъ не могутъ допустить возможности подобныхъ разростаній; имѣя хроническое теченіе и точную локализацію, чего никогда не бываетъ при атипическомъ разростаніи эпителія.

Затѣмъ говорятъ, что грануляція—зерно есть вообще неоплазма, гранулема на подобіе туберкула.

Подъ неоплазмой разумѣть нужно такія разростанія, которыя состоятъ изъ одной или нѣсколькихъ тканей, появившихся какъ результатъ неправильнаго расположенія еще въ зародышевомъ состояніи или отъ вліянія внѣшнихъ моментовъ. При этомъ въ зернѣ стараются видѣть гетереологическую неоплазму, строеніе которой рѣзко отличается отъ ткани, гдѣ происходитъ ея развитіе.

При трахомѣ же если и бываетъ увеличеніе лимфоидныхъ элементовъ среди основной ткани, то вѣдь послѣдніе присущи конъюнктивѣ и въ нормальномъ состояніи, и только отсутствуютъ въ конъюнктивѣ новорожденныхъ, еще не подвергавшихся раздраженіямъ относительно зрѣнія. Конъюнктива безъ фолликуловъ есть конъюнктива идеальнаго типа, значитъ о неоплазмѣ гетерологическаго типа здѣсь рѣчи не можетъ и быть.

Что же касается простой гомологической неоплазмы, образовавшейся изъ физіологическаго фолликула, то и въ послѣднемъ случаѣ новообразованная ткань всетаки никогда не бываетъ похожей вполнѣ на мѣстную, отличаясь

количествомъ, величиной, формой особенностями взаимнаго отношенія клѣтокъ. Каждая опухоль такъ или иначе отличается отъ гипертрофпческихъ или регенеративныхъ процессовъ.

Развиваясь безъ участія воспалительныхъ явленій, опухоль отличается тѣмъ самымъ и отъ воспалительныхъ разростаній, вотъ почему и аденома неможетъ быть аналогичной зерну трахомы, что доказывается сверхъ того клинически и анатомически.

Въ связи съ господствовавшимъ одно время ученіемъ Рокитанскаго, признававшаго въ туберкулѣ эксудатъ, который какъ бластема на нисшей степени развитія остается въ состояніи сырости «cruditatis», но такъ какъ чистыхъ туберкуловъ очень мало, то благодаря присутствію въ средѣ ихъ пластической бластемы, они начинаютъ организоваться. Такъ и узелокъ трахомы имѣетъ по мнѣнію Вотшки не серозный и бѣлочный эксудатъ въ stadio cruditatis, а фибринозный способный къ организаціи. Какъ при туберкулѣ, такъ и при зернѣ есть сосуды, воспринятые какъ составная часть тканей. Ороговѣніе, нагноеніе, атрофія присущи тому и другому. Кармихаэль и другіе считалъ бугорокъ за entozoon и того же самаго потомъ удостоилось зерно трахомы. Сущность туберкулезной бластемы фибринъ, сущность зерна также фибринъ, при чемъ какъ скоротечный туберкулезный эксудатъ, такъ и инфильтратъ зерна трахомы иногда всасываются.

Трудно допустить и это сравненіе узелка трахомы съ бугоркомъ туберкулеза. Бугорокъ гистологически состоитъ изъ ткани, по строенію и развитію представляющей сходство съ грануляціонной тканью, почему паталого-анатомы и считаютъ послѣдній инфекціонной гранулемой. Далѣе извѣстно что сифилисъ, проказа, сапъ, актиномикозъ, риносклерома, также въ своемъ воспалительномъ процессѣ вызываютъ развитіе узелковъ или узловъ, нѣсколько отличающихся строеніемъ, теченіемъ и послѣдующими измѣненіями, такъ какъ агенты, производящіе эти измѣненія не аналогичны.

Бугорокъ состоитъ изъ массы эпителіоидныхъ клѣтокъ,

среди которыхъ есть круглыя лимфоидныя клѣтки и лимфоциты полинуклеары; круглыя клѣтки располагаются обыкновенно по периферіи, а въ центрѣ узелка часто встрѣчаются гигантскія клѣтки. Сосудовъ въ бугоркѣ обыкновенно не бываетъ. Это строеніе такъ называемаго эпителіоиднаго типа бугорка, лимфоидный же типъ бугорка, какъ будто ближе стоящій къ зерну трахомы, состоитъ изъ скопленія клѣтокъ лимфоиднаго типа, но среди нихъ часто встрѣчаются и гигантскія клѣтки.

Далѣе слѣдуетъ отмѣтить, что бугорки лимфоиднаго типа принадлежатъ къ формамъ быстро развивающимся, а эпителіоидный типъ бугорковъ—къ болѣе хроническимъ, такъ что трахоматозное зерно съ наклонностью къ хроническому теченію подходило бы скорѣе къ бугорку эпителіоиднаго типа и имѣло бы много клѣтокъ гигантскихъ и эпителіоидныхъ съ формами творожистаго и фибрознаго перерожденія, на самомъ же дѣлѣ въ зернѣ трахомы обнаружена масса клѣтокъ лимфоидныхъ, лейкоцитовъ, и мы занимаясь микроскопическими изслѣдованіями трахоматозныхъ зеренъ въ лабораторіи Гуляйпольской больницы, ни разу не находили въ зернѣ гигантскихъ клѣтокъ, характерныхъ для бугорка съ массой ядеръ по периферіи клѣтки. Сверхъ того въ зернѣ есть сосуды, имѣются соединительнотканныя волокна, которыя врастаются въ измѣненное воспалительнымъ процессомъ зерно трахомы и замѣняютъ собой отжившіе элементы. Далѣе если бы дѣйствительно зерно трахомы походило на бугорокъ—гранулему, то конъюнктива, пораженная глубокимъ клѣточнымъ процессомъ, не имѣла бы такой клинической картины, какъ это бываетъ при трахомѣ, поддающейся сравнительно скоро терапевтическому воздѣйствію, тогда какъ при другихъ извѣстныхъ намъ гранулемахъ, ткани, начиная съ основной и кончая эпителіемъ, поражаются на ст. сильно, что излеченіе ихъ становится почти невозможнымъ, тѣмъ болѣе, если принять во вниманіе сильное пораженіе небольшого участка тканей, какъ это бываетъ при трахомѣ съ весьма обильнымъ содержаніемъ узелковъ, съ зернами-гранулемами.

Трахома, какъ таковая, не можетъ также считаться простымъ panconjunctivit'омъ, какъ утверждаютъ тѣ авторы, которые особенное вниманіе обращаютъ на эпителій конъюнктивы и отмѣчаютъ измѣненія послѣдняго въ процессѣ трахомы. Этотъ взглядъ неправиленъ уже потому, что трахома не можетъ быть безъ страданія фолликуловъ; конъюнктива же сильно поражается во время леченія или въ періодѣ всасыванія и рубцеванія и служитъ простымъ указателемъ степени тѣхъ или иныхъ глубокихъ измѣненій при трахомѣ; не будь послѣднихъ, не было бы раздраженій и измѣненій также въ составѣ конъюнктивы.

Въ отношеніи отождествленія трахомы съ золотухой, а послѣдней съ сифилисомъ можно и допустимо находить нѣкоторую связь между этими процессами, но замѣщать одно другимъ невозможно, такъ какъ у огромнаго проц. здоровыхъ конъюнктивой людей наблюдаются пораненія зева или миндалинъ (въ случаяхъ Гуляйпольской амбулаторіи 30 проц. среди взрослыхъ и 50 проц. среди школьниковъ). Гутчинсоновы зубы, какъ явленіе характерное для наслѣдственныхъ сифилитиковъ, среди трахоматиковъ попадаются очень рѣдко.

Что касается самаго филликула, то скомбинировавъ многія разбросанныя изслѣдованія, нужно признать доказаннымъ, что въ конъюнктивѣ зародышей или только что рожденныхъ дѣтей филликуловъ нѣтъ, и они тамъ не нужны, такъ какъ функціи элементарныхъ лимфатическихъ железокъ въ данномъ случаѣ выполняются сосудами, синусами или даже отдѣльными эмбріональными клѣтками. Съ того же момента, какъ конъюнктива начинаетъ подвергаться свѣтовому или химическому раздраженію, функціонированіе лимфатическихъ сосудовъ усложняется и клѣтки начинаютъ группироваться въ железу—фолликулъ, устройство которой болѣе приспособлено для защиты тканей отъ раздраженій.

Такія явленія въ природѣ и въ организмѣ человѣка должны считаться физіологическими, пока они не выходятъ за предѣлъ нормальныхъ видовъ тѣхъ или иныхъ элементовъ.

Къ этому мы добавимъ, что относительно фолликуловъ

языка или миндалика доказано ихъ позднее развитіе, какъ явленіе нормальное, почему же нельзя допустить и считать нормальнымъ и позднее развитіе фолликуловъ конъюнктивы, иначе нужно принять за патологичныя всѣ конъюнктивы взрослыхъ людей и этимъ будетъ уничтожаться вообще понятіе о паталогіи и нормѣ.

Естественно, что если бы кто доказалъ развитіе фолликула въ зародышевой стадіи, то этимъ самымъ послѣдній считался бы образованіемъ внѣ всякихъ споровъ и сомнѣній постояннымъ, стойкимъ, какъ и другіе органы тѣла, но это пока не доказано, и не мѣшаетъ принять теорію физіологичности фолликуловъ и при послѣдующемъ ихъ появленіи, тѣмъ болѣе если мы признаемъ происхожденіе фолликуловъ, какъ слѣдствіе приспособленій организма въ борьбѣ за существованіе и допустимъ въ нихъ конгломератъ отдѣльныхъ клѣтокъ, раньше самостоятельно несшихъ аналогичную обязанность, несходную только въ смыслѣ количественномъ.

Ближе къ истинѣ подходитъ взглядъ Федорова (1896 г.), который сравниваетъ зерно трахомы съ солитарнымъ фолликуломъ тонкихъ кишекъ. Дѣйствительно, солитарный фолликулъ состоитъ изъ аденоидной ткани, имѣетъ грушевидную форму, сосуды и капсулу, рѣзко отграниченъ и походитъ на простой фолликулъ конъюнктивы съ той только разницей, что появляется въ организмѣ еще въ утробной жизни, фолликулъ же конъюнктивы вѣкъ является уже послѣ рожденія, сверхъ того зерно трахомы не столь богато сосудами и по формѣ своей въ большинствѣ случаевъ не столь правильно, въ немъ имѣются микроорганизмы, капсула же съ ретикулярной стромой, рѣзко выраженная въ солитарныхъ фолликулахъ, въ трахоматозномъ зернѣ бываетъ мало замѣтной.

Раціональнымъ намъ кажется предположеніе, что какъ изъ простыхъ лимфоидныхъ эмбріональныхъ клѣтокъ послѣ рожденія отъ свѣтовыхъ, химическихъ или термическихъ раздраженій образуется фолликулъ, такъ и послѣ воздѣйствія специфическихъ еще не выясненныхъ микроорганизмовъ и ихъ токсиновъ—послѣдній путемъ воспаленія превращается въ степень трахоматознаго зерна, въ которомъ можно доказать всѣ признаки инфекціоннаго воспаленія съ отживаніемъ, возстановленіемъ и рубцеваніемъ тканей. Анатомически зерно, стало быть, фолликулъ, заложенный не только въ аденоидной основѣ конъюнктивы, но и проникающій въ глубже лежащія ткани.

Вслѣдствіе химическаго раздраженія отъ интоксикаціи и присутствія инфекціонныхъ инородныхъ тѣлъ въ немъ появляется процессъ конгестивной гипереміи, порозности сосудовъ, отека, эмиграціи шариковъ, инфильтраціи и разростанія лимфоидной ткани, наконецъ дегенераціи, атрофіи и склероза. При трахомѣ незначительные раньше фолликулы размножаются, ретикулярное строеніе зеренъ вслѣдствіе глубокой инфильтраціи затемняется, сосуды развиваются, изъ нихъ выходятъ полинуклеарные лейкоциты и лимфоциты, аденоидная ткань разростается, и фолликулъ—зерно даетъ какъ бы отростки—перекладины. Рѣзко замѣтны лимфоидныя инфильтраціи, сдавливаніе, атрофія и процессы рубцеванія.

Глава IV.

Бактеріологія трахомы.

Извѣстно что одинъ и тотъ же этіологическій моментъ вызываетъ часто далеко не одинаковую клиническую картину заболѣванія даже среди людей, находящихся повидимому въ совершенно одинаковыхъ условіяхъ, не говоря уже объ индивидуумахъ различнаго вида или возраста.

Такъ напримѣръ золотушная или скорбутная рана заживаетъ крайне медленно, воспаленіе легкихъ у алкоголиковъ протекаетъ при очень тяжелыхъ условіяхъ и т. д. слѣдовательно проявленіе и клиническая картина при одинаковости этіологіи зависитъ во многомъ отъ той почвы, гдѣ болѣзнь развивается.

Клиническая картина при заболѣваніи конъюнктивы слагается изъ многихъ факторовъ, причемъ состояніе воспринимающей заразу почвы играетъ огромную роль. Подъ почвой для конъюнктивы слѣдуетъ разумѣть какъ общее состояніе организма, такъ состояніе самой конъюнктивы и факторовъ физіологической антисептики глаза, состояніе миганія, вліяніе слезъ, слезныхъ каналовъ, железъ т е. ту запасную живую силу, которая пріобрѣтена этимъ органомъ путемъ естественнаго подбора и приспособленій.

Нѣтъ ни одной конъюнктивы взрослыхъ (Благовѣщенскій), гдѣ бы ни было при посѣвахъ микробовъ: такъ при посѣвахъ на agar'ѣ въ 26 проц, получается больше сотни колоній, 68 проц. онѣ насчитываются десятками, 5 проц. даетъ единицы колоній. При этомъ піогенныхъ бактерій не встрѣчается, чаще сакрофиты типа Staphil. epider. Welshc'a. Стерильность рукъ и инструментовъ важнѣе стерильности конъюнктивы, которая таковой никогда не бываетъ.

Въ работахъ Фикка и Гомберта наоборотъ нормальную конъюнктиву человѣка можно считать стерильной, и часто посѣвы содержимаго мѣшка конъюнктивы оставались стерильными. Во всякомъ случаѣ въ конъюнктивѣ если и содержится, то незначительное количество не патогенныхъ микробовъ, попавшихъ извнѣ на конъюнктиву и удаляемыхъ затѣмъ токомъ слезъ чрезъ носовую полость, изъ послѣдней же при нормальныхъ условіяхъ они не могутъ проникать въ глазъ.

Sattler находитъ въ нормальномъ конъюнктивальномъ мѣшкѣ гнойные кокки, по Кухарскому и Шмидту—диплококки, съ нѣсколькими палочками и кокками. Франкъ также находилъ въ 72 проц. микроорганизмы въ нормальной конъюнктивѣ. Бахъ же считаетъ конъюнктивальный мѣшокъ всегда инфецированнымъ и опредѣляетъ въ немъ до 27 видовъ микробовъ, для которыхъ лучшимъ дезинфекторомъ считаетъ слезы. Ляховичъ не находилъ постояннаго присутствія микробовъ въ нормальныхъ конъюнктивахъ. Моръ же находитъ, что конъюнктивальный мѣшокъ, даже изолированный стерильной повязкой отъ внѣшней атмосферы, все-таки чрезъ короткое время наполняется микробами, которые были въ мѣшкѣ конъюнктивы и тогда, когда временно облитерировались слезныя точки и перевязывались канальцы.

Штрошейнъ промывалъ мѣшокъ 3 минуты сулемой $^1/_{40}$ проц. получалъ слущиваніе эпителія слизистой въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и въ 10 случаяхъ изъ 50 конъюнктива была стерильной до и послѣ промыванія, въ 8 случаяхъ уменьшеніе числа микробовъ и въ 32-хъ случаяхъ дѣйствія никакого не было.

При промываніи конъюнктивальнаго мѣшка сулемой $^1/_{40}$ проц., треххлоріодомъ и формалиномъ $^1/_{20}$ проц., количество микробовъ, уменьшавшееся впрочемъ и отъ промыванія простой физіологической водой, въ 5 проц. всѣхъ случаевъ уменьшалось до полной стерильности при посѣвахъ съ конъюнктивы (Благовѣщенскій).

Особенно сильное уменьшеніе микробовъ наблюдалось въ мѣшкѣ черезъ часъ послѣ промывки мѣшка, что объ-

ясняется по видимому происходящей въ это время гиперсекреціей конъюнктивы. Сравнительной стерильности конъюнктивы можно достигнуть промываніемъ мѣшка раза 2 въ день въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ сулемой 1/50 проц. или даже растворомъ физіол. соли, и это лучшій способъ для очищенія конъюнктивальнаго мѣшка, но очищеніе это должно быть осторожнымъ, т. к. при пораненіи эпителія конъюнктивы, послѣдняя болѣе располагается къ микробнымъ заболѣваніямъ и самозащита конъюнктивы при этомъ сильно нарушается. Это могли доказать и мы при посѣвахъ съ конъюнктивальнаго мѣшка на питательныя среды въ работахъ при Гуляйпольск. больницѣ.

Далѣе изъ трудовъ Волковича (1899 г.) слѣдуетъ отмѣтить, что конъюнктива глаза сравнительно уступчива къ самимъ микробамъ, но болѣе подвержена вліянію токсиновъ что видно изъ опытовъ со стрептококками.

Нормальная слизистая, глаза устойчива по отношенію къ бактеріямъ и микробамъ, что доказалъ Bach, вводя водяную бактерію, Straphylococ. pyog, aur. и чрезъ 10 минутъ отмѣчая ихъ уменьшеніе въ мѣшкѣ конъюнктивы, а чрезъ 6 часовъ совершенное исчезновеніе, что объясняется миганіемъ и токомъ слезъ, т. к. въ слезномъ каналѣ бактеріи эти появлялись уже чрезъ 5 минутъ. Когда прекращалось миганіе и слезоотдѣленіе послѣ повязки глаза, то число бактерій въ мѣшкѣ особенно умножалась, тоже бывало и при перевязкахъ слезныхъ канальцевъ.

Далѣе интересны опыты Лобанова (1898 г.) когда ростъ Staphilococc. и bacil. subtil. замедлялся въ пробиркѣ со слезами, другія бациллы и микробы typhi, staphilococ, aur, sarcina, вслѣдствіе дѣйствія нормальныхъ слезъ замедляли ростъ или даже прекращали послѣдній.

Искуственно приготовленная слезная среда дѣйствуетъ болѣе губительно, и колоніи стафилококовъ погибали въ ней находясь отъ 5—24 часовъ. Мы брали на 100 частей воды. Natr chlor. 1,0 Natri carbon 0,1 natri phosphoric 0,05 Magnes. salfur. 0,05 и въ этой искуственной жидкости слезъ стафилококки исчезали даже чрезъ 2 — 3 часа, изъ чего видно, что нормальныя слезы въ мѣшкѣ дѣйствуютъ на

микроорганизмы не только механически, но и химически, онѣ являются той цѣлительной силой для глаза, которая дѣлаетъ конъюнктиву его устойчивой и трудно ранимой.

Состояніе эпителія роговицы, конъюнктивы, каналовъ слезныхъ и носовыхъ, величина глазной щели, расположеніе глазныхъ точекъ, секреція железъ, возрастъ, нормальность въ механизмѣ миганія — все это можетъ вліять на почву, куда падаетъ причина, производящая трахому. Такъ сшиваніе вѣкъ съ посѣвами въ конъюнктивальный мѣшокъ микробовъ обусловливало у животныхъ развитіе катарра болѣе рѣзкаго, чѣмъ на глазу контрольномъ. При впусканіи въ сшитый глазъ собаки 24-хъ часовой культуры staphylococc'a получались рѣзкія явленія катарра. а присутствіе стафилококковъ доказывалось посѣвами на агарѣ и въ чашечкѣ Petri до шестыхъ сутокъ, тогда какъ въ контрольномъ глазу микробъ исчезалъ уже на 3-и сутки.

Др. Лобановъ вводилъ животнымъ одну петлю культуры бульона staphil. aur въ конъюнктивальный мѣшокъ, чрезъ 5 минутъ дѣлалось изслѣдованіе, затѣмъ впрыскивался pylocarpin и дѣлалось чрезъ 1/2 часа новое изслѣдованіе. Изъ опытовъ видно было, что число колоній послѣ слезотеченія отъ пилокарпина значительно уменьшалось.

Эти данныя помогаютъ ориентироваться при разборѣ и систематизаціи ученій о микроорганизмѣ, производящемъ трахому и дѣлаютъ цѣлесообразнымъ предположеніе, что аналогично тому какъ почва, на которую падаетъ зараженіе — конъюнктива, связана въ своемъ функціонированіи многими приспособленіями, обусловливающими ея физіологическое состояніе, такъ и количество инфекціонныхъ агентовъ, вызывающихъ трахому — множественно и только совокупность таковыхъ можетъ вызвать заболѣваніе трахомой, тѣмъ болѣе что многіе авторы пользуясь даже современной микроскопической техникой въ своихъ выводахъ разнорѣчивы на столько, что установить какую-либо точность въ опредѣленіи вида микроорганизма. Трахомы положительно не мыслимо, да и съ точки зрѣнія на трахому, какъ воспалительный процессъ это и не является необходимостью, такъ какъ при воспаленіи въ тканяхъ

участвуютъ на равныхъ біологическихъ правахъ разнаго вида микроорганизмы. Микроскопическія наблюденія послѣдняго времени Halberstädter'a Grelff'a и Provazek'a, ставящія трахому въ зависимость исключительно отъ chlamydozoa должны быть еще тщательно провѣрены.

Первымъ сдѣлалъ сообщеніе о микроорганизмѣ трахомы на XIII сѣздѣ офтальмологовъ въ Гейдельбергѣ (1881 г.) Sattler, который находилъ въ трахоматозномъ секретѣ диплококка. Прививки на животныхъ были отрицательны, разводки на кровяной сывороткѣ дали диплококковъ грибовидной формы. Третья генерація этой культуры давала уже на 5-й день въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ первые признаки трахомы.

Пр. Koch (1883 г.) полагаетъ, что египетское воспаленіе глазъ вызывается коккомъ въ родѣ гонорройнаго, при трахомѣ же встрѣчаются бациллы. Müller (B. O. 1902 г.) въ катарральныхъ конъюнктивахъ въ Египтѣ нашелъ въ 50 проц. случаевъ микробъ Koch-Weeks'a, въ 25 проц.—гонококковъ. При трахомѣ онъ находилъ особый имъ описанный микробъ, встрѣчаемый главнымъ образомъ въ острыхъ формахъ. Палочка Müller'a растетъ въ средѣ съ гемоглобиномъ, похожа на палочку инфлюэнцы. Микробъ находится даже въ мѣшкѣ кондъюнктивы. Впослѣдствіи Knapp, Axenfeld не согласились съ этимъ.

Michel въ отдѣленіяхъ глазъ 30 заболѣвшихъ не находилъ бактерій, у здоровыхъ же въ отдѣленіяхъ иногда находились толстыя палочки. Въ фолликулахъ между клѣтками имѣется trachomococc, похожій на диплококка, который прививкой—уколомъ въ роговицу, даетъ трахому прививки же на животныхъ не удались.

Da-Cama Pinto (1884 г.), повторяя эти опыты, даже въ свѣжихъ случаяхъ трахомы не находилъ микробовъ.

Шмидтъ находилъ въ трахоматозномъ секретѣ нѣсколько кокковъ, похожихъ на стафилококка, эти же кокки есть и въ протоплазмѣ клѣтокъ и между клѣтками.

Кукарскій въ посѣвахъ изъ секретовъ здоровой конъюнктивы въ казарменной обстановкѣ встрѣчалъ много микробовъ, причемъ были и просто кокки, и сѣнной бациллъ,

стафилококкъ и трахомококкъ. Девять острыхъ трахомныхъ больныхъ при посѣвѣ секрета дали три случая съ бациллами, одинъ съ трахомококкомъ, 4 случая съ тѣмъ и другимъ, и ничего—въ одномъ случаѣ. При посѣвахъ же содержимаго фолликула трахомы получались въ большинствѣ случаевъ палочки безъ трахомококковъ (Жонголовичъ 1890).

При посѣвахъ изъ секретовъ трахоматиковъ хрониковъ находились палочки съ трахомококками, въ случаяхъ же посѣвовъ содержимаго фолликула этихъ же больныхъ, только трахомококки, которые бывали и при посѣвахъ изъ фолликулярнаго конъюнктивита.

На основаніи своихъ работъ Кухарскій заключаетъ, что трахома есть страданіе sui generis, такъ какъ при ней въ зернахъ находится микроорганизмъ съ опредѣленными морфологическими и біологическими свойствами. Патогенность этого микроорганизма не доказана въ виду безрезультатности прививокъ на людяхъ. Мелкія палочки, встрѣчаемыя въ видѣ стрептококковъ, есть переходная стадія, но микробъ Кухарскаго не есть диплококкъ Michel'я, онъ растетъ быстро при высокой температурѣ до 35 С. и походитъ на бѣлый стафилококкъ. Трахома и фолликулярный конъюнктивитъ бактеріологически идентичны.

Далѣе Goldschmit, Важеевскій находили первый cocc'a похожаго на Michel'евскаго, второй—похожаго на гонококка.

Staderini рѣдко находилъ кокка въ секретѣ, въ протоплазмѣ же фолликула онъ находилъ въ небольшомъ числѣ кокковъ, похожихъ на staphyloc. pyog. aur. Smidt—Bimpler находилъ диплококкъ, похожій на Michel'евскій.

Wittram (1886 г.) сдѣлалъ 110 посѣвовъ отъ фолликуловъ трахоматозныхъ больныхъ, причемъ въ 46 случаяхъ встрѣтились 4-хъ видовъ кокки, но послѣдніе не были болѣзнетворными, въ трахомномъ же секретѣ онъ находилъ то кокки, то палочки, а потому считалъ всѣ выводы о микробѣ трахомы ошибочными и недостаточными.

Жонголовичъ (1890 г.) находилъ въ содержимомъ фолликула, окрашеномъ по Gramm'у между лимфоидными клѣтками кокки въ родѣ зеренъ, но это есть при внимательномъ наблюденіи не кокки, а палочки со свѣтлымъ

промежуткомъ, кажущіяся отъ неодинаковой преломляемости кокками, они-то и встрѣчаются при трахомѣ преимущественно въ глубокихъ слояхъ подконъюнктивальной клѣтчатки. Это слѣдовательно коротенькая палочка до 0,2 mm. длины, 0,5 ширины, располагаются онѣ одиночно, рѣже по двѣ, растутъ медленно, лучше всего на агарѣ, и обезцвѣчиваются по Gramm'у. Опыты на животныхъ иногда давали образованіе, схожее съ трахомой.

Въ 1888 г. Otembra и Socor (Арх. Подвысоцк. 1896 г.) во время трахоматозной эпидеміи при посѣвахъ на желатинѣ секретовъ получали чрезъ два дня бактеріи, кокки и диплококки; прививка разводокъ кокковъ четыремъ кроликамъ при зашиваніи глазной щели дала у одного изъ нихъ на 5-й день болѣзни conjunctivit. granular.

Тогда же на съѣздѣ офтальмологовъ Schmidt-Rimpler передавалъ о томъ, что много разъ въ зернахъ трахомы находилъ коккъ, похожій на Michel'евскаго, но въ патогенности его не могъ убѣдиться, культивировка его трудна и почти невозможна, прививки на конъюнктивѣ человѣка отрицательны.

Въ 1889 г. Basevi въ своихъ работахъ описывалъ противоположные результаты.

Громоковскій въ 42-хъ случаяхъ трахомы находилъ въ 15 изъ нихъ палочки, похожія на палочки Koh Wecks'a, въ 17 случаяхъ стафилококки и ложнодифтеритныя бациллы, 1 съ пнеймококкомъ, 5 съ ложнодифтеритными бациллами. Въ своихъ выводахъ авторъ считаетъ трахому за комбинацію фолликулярнаго катарра и конъюктивита, вызваннаго инфекціей бациллой Wecks'a или staphilococc'омъ.

Наконецъ Muttermilch говоритъ, что специфическаго микроба трахомы не найти, такъ какъ его и нѣтъ.

Kuhnt, Greef, Morax и др. смотрятъ на трахому, какъ на смѣшанную инфекцію.

Ottava считаетъ трахому за симптомъ болѣзни, который можетъ проявиться при гонорреѣ, золотухѣ или чешуйчатомъ лишаѣ, и далѣе, что трахоматозный секретъ даетъ

при своемъ зараженіи не всегда трахому, иногда же простой или фолликулярный катарръ.

Въ парафиновыхъ срѣзахъ трахоматозной конъюнктивы (1906 г.) мы могли наблюдать слѣдующую патологическую картину: a) многослойный цилиндрическій эпителій съ бокаловидными и круглыми клѣтками; b) слой собственной соединительнотканной оболочки; c) слой лимфоидныхъ тѣлецъ то гнѣздами, то отдѣльно-расположенный; d) слой рыхлой клѣтчатки. Въ послѣднемъ слоѣ дѣйствительно можно было видѣть палочкообразныхъ микробовъ, но они были въ очень маломъ количествѣ въ слоѣ фолликулярномъ тамъ именно, гдѣ думалось встрѣтить ихъ въ особенно обильномъ видѣ.

При помощи ультрамикроскопа пр. Kaehlmann (Ueb Trach. 1905 г.) при трахомѣ находитъ: a) бактеріи-палочки подвижныя при температурѣ крови, то внѣдряющіяся, то выходящія изъ клѣтокъ; b) частицы ядеръ и протоплазмы между клѣтками фолликула и въ ткани двигаются и похожія на protozoa; c) неподвижные шарики желтоватаго цвѣта. Отсюда авторъ заключаетъ, что трахома не чисто микробная болѣзнь. Бактеріи даютъ сначала первичный фолликулъ, далѣе при содѣйствіи энзимы отъ бактерій клѣтки разростаются и распадаются съ центра, частицы протоплазмы и ядра при этомъ освобождаются.

Ноишевскій видѣлъ при трахомѣ грибокъ, расположеный кучками microsporon trachomatosum, послѣдній развивается на желатинѣ и прививка его кроликамъ всегда положительна только не сразу, а чрезъ 4—5 недѣль послѣ посѣва культуры въ конъюнктивальные мѣшки.

Krüdner находилъ пигментныя тѣльца—споровики особенно при pannus'ѣ и trichiasis'ѣ трахоматознаго характера, при этомъ они помѣщались въ корняхъ рѣсницъ или въ слезныхъ мѣшкахъ. Чемолосовъ при своихъ изслѣдованіяхъ не находилъ этихъ споровиковъ. Далѣе опыты производились Фельзеромъ, который изслѣдуя трахоматозные микроорганизмы ничего характернаго не получалъ. Leber наблюдалъ включенія, которыя оказались фагоцитами. Borchardt нашелъ особыхъ кокцидій, Elze—пласмодій.

Въ микроскопическихъ наблюденіяхъ при Гуляйпольской больницѣ (1906 г.) мы находили при изслѣдованіи простого секрета conjunctivitis catarrhalis въ десяти случаяхъ всякій разъ 3—4 вида разныхъ микроорганизмовъ стрептококка, стафалококка, пнеймококка, бациллъ неопредѣленнаго типа. Въ случаяхъ же трахомы какъ въ секретѣ, такъ и фолликулахъ между лимфодными клѣтками встрѣчались при окраскѣ по Грамму кокки малыхъ размѣровъ въ видѣ точекъ, но тутъ же были и палочки конъюнктивита и стафилококки.

Во всѣхъ видѣнныхъ случаяхъ (до 30) мы наблюдали всегда присутствіе смѣшанной инфекціи и ни въ коемъ случаѣ нельзя было установить вида болѣе преобладающаго, поражалъ зрѣніе не отдѣльный видъ микроорганизма, а ихъ обиліе, и вѣрнѣе будетъ заключить, что въ смѣшанности инфекцій и изобиліи микробовъ и заключается суть трахоматозныхъ заболѣваній конъюнктивы.

И въ самомъ дѣлѣ, ск. формъ шаровидныхъ, булковидныхъ, бисквитовидныхъ кокковъ, ск. палочекъ активныхъ, пассивныхъ, разжижающихъ желатину, неразжижающихъ, цвѣта то желтаго, то бѣлаго, живущихъ то въ кислородной, то въ безкислородной средѣ, съ почти всегда отрицательными результатами прививокъ—было открыто для того, чтобы нельзя было остановится на одной изъ этихъ формъ, какъ на положительной и сказать, что единой формы микроорганизма трахомы не смотря на всѣ усилія не найдено.

Точнаго микроба трахомы еще никто не находилъ и не доказывалъ, и возможна та мысль, что конгломератъ микроорганизмовъ, встрѣчаемыхъ всегда при трахомѣ не можетъ произвести трахоматозныхъ измѣненій въ конъюнктивѣ при предрасполагающихъ къ тому условіяхъ со стороны ослабленныхъ физіологическихъ приспособленій: поврежденія эпителія, перемѣны реакціи выдѣленій слезныхъ железокъ, нарушеній въ оттокѣ слезъ и другихъ аппаратахъ самозащиты конъюнктивы. Выдѣляя токсины, измѣняя среду и сами подвергаясь различнымъ измѣненіямъ, колоніи микробовъ, попавши въ аденоидную основу слизистой оболочки

глаза (особенно чуткой не къ самимъ микробамъ, а къ ихъ токсинамъ, какъ это доказано Волковичемъ) и производятъ мѣстный инфекціонный процессъ—трахому.

Если въ этомъ дѣйствіи микроорганизмовъ преобладаетъ группа гонококковъ и близкихъ къ нимъ переходныхъ формъ—то процессъ выливается въ стадію бленорройную, стафилококковое или стрептококковое преобладаніе обостряютъ при этомъ воспалительно гнойныя явленія.

Клиническая, анатомическая и этіологическая картина трахомы на ст. разнообразна, что именно и заставляетъ предполагать разнообразіе и въ болѣзнетворныхъ агентахъ. Одинъ видъ кокковъ или бациллъ не вызывалъ вполнѣ трахоматозныхъ явленій, такъ же какъ ослабленный агентъ дифтеріи не вызываетъ дифтерита, тогда какъ въ смѣси со стрептококкомъ получались сильныя явленія дифтерита и отъ перваго агента, какъ это доказано Волковичемъ (1899 г.), такъ и видъ трахомококка, еслибъ онъ дѣйствительно былъ бы положительнымъ, не въ состояніи вызывать полной картины трахомы, будучи повидимому сильно ослабленнымъ или же не специфичнымъ для даннаго страданія. Изъ этого конечно не слѣдуютъ, что фолликулезъ, трахомы и бленоррея тождественны. Первый процессъ относится ко второму какъ adenitis scrophulosa къ adenit. tuberculosa и сходство ихъ развѣ только въ томъ, что первый готовитъ благопріятную почву для второго процесса также, какъ простой конъюктивитъ, получая достаточное количество микроорганизмовъ и ихъ токсиновъ, раздражаетъ аденоидную ткань до стадія фоллокулярныхъ образованій.

Что же касается бленорройнаго образованія—то это не есть трахома, а специфическій бленорройно воспалительный процессъ съ преобладаніемъ гонококковъ Нейссера, если таковыхъ нѣтъ въ секретѣ конъюнктивы, то при уретральныхъ прививкахъ не получается гонорройнаго уретрита. Чисто трахоматозное заболѣваніе своимъ секретомъ по изслѣдованіямъ пр. Коха не вызывало никогда бленорреи уретры и наоборотъ, пораженные египетской болѣзнью глазъ въ секретѣ своемъ вызывали характерный гонорройный уретритъ, что опять таки доказано пр. Кохомъ. Отсюда

слѣдуетъ тождественность между египетской болѣзнью и бленнореей глазъ или въ крайнемъ случаѣ со смѣшанной трахомой.

Въ 1907 г. Halberstädter и Provazek, работая на Явѣ надъ изученіемъ protozoa и примѣнивъ откраску по Giems'у или Lindner'у, обнаружили въ эпител. клѣткахъ трахомы особыя включенія chlamydozoa (среднее между бактеріями и протозоями) Затѣмъ Greeff описалъ Doppelkörnchen идентичные съ провацекскими тѣльцами. Въ окрашенныхъ по методу Haidenhein'а срѣзахъ эти тѣльца авторами хотя и легко различались, но специфичность ихъ оспаривается Erdamam, Axenfeld, Römer, Addario и др.). Очень часто находятъ съ chlamydozoa при гонорѣ, вслѣдствіечего вниманіе изслѣдователей еще больше обращается въ настоящее время на связь между этими двумя заболѣваніями (Herzog), считая что при извѣстныхъ условіяхъ въ элементъ трахомнаго тѣльца переходитъ такъ называемый involtionsform. Прививки на обезьянъ давали положительные результаты. Эти работы въ 1908—9 году были провѣрены Clausen'омъ, Frosch'емъ, Majaschita, Чирковскимъ, Шиле и Ф—Поппен'омъ съ такими же удовлетворительными выводами. Для выясненія дальнѣйшей микроскопической сущности трахомы необходима тщательная повѣрка наблюденій надъ chlamydozoa и trachomkörperchen. Хотя послѣднее время di Santo находитъ тѣльца не только въ эпителіѣ, но и въ толщѣ соединительной ткани, даже въ фолликулѣ—но все же Greeff не считаетъ пока возможнымъ ставить діагнозъ трахомы въ непремѣнную связь съ тѣльцами.

Глава V.

Этіологія трахомы.

Заразительность трахомы, которую оспариваютъ многіе выдающіеся афтальмологи какъ Грефе, Арльтъ, Гульцъ, Кожуховъ, Муттермильхъ, Рейхъ, и др., на основаніи своихъ ежедневныхъ наблюденій въ теченіе десяти лѣтъ, въ районѣ, гдѣ трахома развита сильно, заключеніями надъ кривыми линіями трахоматозныхъ заболѣваній, подчиняющихся закону эпидемій заразныхъ болѣзней вообще, далѣе устойчивость и быстрота въ распространеніи трахомы, слѣпота отъ трахомы, поражающая почти всегда 2 глаза, мѣры борьбы съ ней, какъ съ народнымъ бѣдствіемъ—все это доказываетъ намъ, что заразительность трахомы внѣ всякаго сомнѣнія. Многіе авторы какъ пр. Мейеръ, Адамсъ Вотытка пр. Гейротъ и др., признавая заразительность трахомы считали послѣднюю повѣтріемъ и міазматической болѣзнью, теперь же таковой взглядъ не можетъ считаться серьезнымъ, т. к. чрезъ воздухъ переноситься трахома безусловно не можетъ, послѣдній же служитъ только условіемъ, при которомъ біологическія свойства глаза могутъ измѣниться, и быть предрасположенными къ воспріятію трахомной заразы. Міазматическая теорія трахомы могла существовать и развиваться въ старое время, когда антигіеничность жизненныхъ условій, неопредѣленность формъ заболѣванія и неуспѣшность леченія давали частыя эпидеміи трахомы и наталкивали, какъ на послѣдній исходъ въ этіологіи трахомы, на воздухъ, чрезъ который послѣдняя будто бы и развивалась. Въ настоящее время считается неоспоримымъ сильная заразительность выдѣленій трахомы, попадающихъ при извѣстныхъ условіяхъ изъ одного глаза въ другой при

посредствѣ пальцевъ рукъ, платковъ, полотенца, насѣкомыхъ, пыли, загрязненныхъ секретомъ вещей, даже денегъ (наблюденія Адамюка); опыты съ прививкой трахоматозныхъ кусочковъ слизистой оболочки въ конъюнктивальный мѣшокъ глазъ слѣпыхъ при согласіи послѣднихъ дали возможность Addario (В. О. 1907 г.) наблюдать во всѣхъ случаяхъ типичную трахому.

Условіями, вліяющими на зараженіе трахомой, служитъ кромѣ вышеразобранныхъ, зависимыхъ отъ приспособленій самаго глаза, прежде всего окружающій воздухъ.

Даже на высотахъ свыше 1000 метровъ надъ моремъ на Кавказѣ, Рейхъ встрѣчалъ трахоматозныя гнѣзда, плоскогорье Ирана, Арменіи, гдѣ впервые зародилась цивилизація, бывали не разъ источниками трахоматозныхъ эпидемій; Алжиръ, Австрійскія Альпы съ высотами 1000—1500 метровъ много разъ по свидѣтельству французскихъ врачей давали трахоматозныхъ больныхъ, хотя и меньше, чѣмъ таковые встрѣчались въ низинахъ Египта (Wecker).

Однако всѣ изслѣдователи соглашаются съ тѣмъ, что болѣе разрѣженный воздухъ, горный, чистый, свѣжій—дѣлаетъ мѣстность болѣе или менѣе свободной отъ трахомы. Такъ Chibert на конгрессѣ въ Копенгагенѣ (1886 г.) говорилъ, что выше 230 метровъ надъ моремъ трахомы нѣтъ, Reisinger считаетъ эту границу уже на высотѣ 450 метр. (В. О. 91 г,) Sao—800 м. Пр. Гиршманъ полагаетъ, что горныя мѣста Швейцаріи, Шварцвальда, Вюртемберга, Тироля и возвышенности Франціи свободны отъ трахомы (1900 г.), по Sattler'у даже 1000 метровъ высоты надъ уровнемъ моря не спасаетъ отъ трахомы.

Пр. Юнге (1876 г.) передаетъ, что въ лагеряхъ Кубанской области при осмотрѣ послѣ шести часового маневра, маневрировавшихъ среди сухой и пыльной мѣстности солдатъ, которые уже хворали трахомой—вся конъюнктива у нихъ была сильно воспаленной съ явленіями явнаго обострѣнія. Другіе солдаты трахоматики, маневрировавшіе въ мѣстности чистой, влажной, лѣсистой—обострѣній не имѣли.

Германъ (1900 г.) сообщаетъ, что въ Сиріи и Палестинѣ въ теченіе почти 6 мѣсяцевъ нѣтъ дождей, известковая и

глинистая почва даетъ массу пыли и сильный приростъ трахоматозныхъ больныхъ. Наумовъ считаетъ самой неблагопріятной погодой при трахомѣ осеннюю сухость, когда процентъ трахомы особенно увеличивается. Того же мнѣнія придерживается и Морво (1895 г.) полагающій, что пыль съ холодомъ особенно опасны для глаза, такъ какъ при послѣднихъ заболѣваетъ полость носа, дающая серьезныя осложненія трахомы.

Краузъ изъ Баку (1903 г.) объясняетъ причины сильной, трахомы сухостью воздуха, когда съ марта по сентябрь почти нѣтъ дождей, бываетъ вѣтеръ съ пескомъ, зной до 50° R на солнцѣ. По Weiss'у (1894 г.) въ приморскихъ селахъ Лифляндіи трахома развита въ малой степени и среди латышей въ сухую лѣтнюю погоду до 37% трахоматозныхъ, тогда какъ осенью въ сырое и холодное время % этотъ повышается до 80. Почва и воздухъ Египта съ массой органическихъ наслоеній, жаркой температурой, пылью, множествомъ мухъ до того способствуютъ тамъ развитію трахомы, и послѣдняя такъ распространена, что даже глаза сфинксовъ изображены въ трахоматозномъ видѣ (В. Выцинскій).

Рейхъ указываетъ на вліяніе болотъ въ распространеніи трахомы; и отсутствіе послѣднихъ въ Калужской губ. дало поводъ Изачику заключить о сравнительно маломъ распространеніи тамъ трахомы.

Др. Лаврентьевъ (1902 г) въ статьѣ о географическомъ распредѣленіи трахомы въ Россіи считаетъ, что черноземныя губерніи, гдѣ лѣтомъ и осенью бываетъ воздухъ сухъ и переполненъ массой пыли, даютъ въ войска 7,3 проц. трахомныхъ, тогда какъ Приволжье даетъ почти въ половину меньшее количество. Среди жителей Познани и Силезіи благодаря сырости воздуха сравнительно больше трахомы, чѣмъ въ остальной Германіи (Fuchs 1885 г.).

Въ верховьяхъ Рейна трахома встрѣчается рѣдко, также и во Франціи, тогда какъ Испанія и Италія, Голландія, Бельгія даетъ процентъ трахомныхъ довольно большой. Въ Египтѣ же и Алжирѣ нѣкоторыя мѣста почти сплошь трахомны. Въ Центральной Африкѣ трахомы почти нѣтъ, тогда какъ въ прибрежной довольно много. Азія почти всюду съ

массой трахомы. Аравія имѣетъ почти 20 проц. трахоматознаго населенія. Въ Англійскихъ частяхъ Австраліи трахоматозныхъ мало, какъ и въ Англіи и Америкѣ. Россія, Турція и государства дунайскія имѣютъ трахому въ особенно распространенномъ видѣ (Fuchs).

Бочковскій (1907 г.) принимая критерій распространенія трахомы предложенный на XII конгрессѣ пр. Гиршбергомъ, который считаетъ свободными отъ трахомы тѣ мѣста, гдѣ проц. трахоматозныхъ по отношенію къ числу глазныхъ равенъ 0,1—0,2, слабозараженными при 1,0—1,5 проц., среднезараженными—1,5 –5 проц. сильнозараженными 10—20% считаетъ почти всю Россію сильно, или значительно пораженной трахомой. Такъ на основаніи данныхъ Попечительства о слѣпыхъ авторъ распредѣляетъ губерніи, начиная съ 49,8 проц. какъ Ковенская, Уфимская и кончая Рязанской и Курской, гдѣ проц. трахомы относительно глазныхъ больныхъ равенъ 4,5—4,2.

Далѣе, на основаніи отчетовъ Губернскихъ Врачебныхъ Управленій первое мѣсто занимаютъ губерніи Плоцкая и Витебская съ 45,9—39,5 проц., послѣднее Сырдарьинская и Кутаисская 2,2—2,9 проц.

Сравнительно точными данными, дозволяющими дѣлать какіе-либо выводы служатъ безусловно данныя Попечит. о слѣпыхъ, производимыя спеціалистами - врачами, но ихъ недостатокъ тотъ, что матеріалъ, регистрируемый послѣдними незначителенъ въ сравненіи съ общей глазной или трахоматозной заболѣваемостью Россіи. Выводы же второй категоріи весьма сомнительны и мало достовѣрны. Такъ Казанская губ., гдѣ регистрація трахоматозныхъ велась пр. Адамюкомъ и многими врачами глазныхъ отрядовъ, имѣя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ среди инородцевъ до 100 проц. трахомы, въ среднемъ же 49,8—по отчетамъ Врачебныхъ Управленій давала только 27,3, Сырдарьинская область послѣдними отмѣчалась съ 2,2 проц., врачи же Попечительства находили въ ней 10,8 проц. т. е. почти въ 5 разъ больше.

Въ таблицѣ, составленной нами на основаніи данныхъ исключительно врачей въ большинствѣ случаевъ спеціалистовъ по глазнымъ болѣзнямъ, мы имѣемъ, основываясь на схемѣ Гиршберга, слѣдующее распредѣленіе: изъ всѣхъ 200 исслѣдователей какъ мѣстность свободную отъ трахомы неописывалъ никто, слабораспространенной трахому не регистрировалъ также никто, среднераспространенной только 19 авторовъ, сильно распространенной—всѣ остальные. Отсюда мы и заключаемъ, что трахома въ настоящее время есть болѣзнь весьма распространенная, и у насъ въ Россіи всѣ мѣстности за немногимъ исключеніемъ сильно заражены ею.

Какъ и всякая заразная болѣзнь трахома естественно господствуетъ тамъ, гдѣ воздухъ нечистъ отъ разлагающихся органическихъ веществъ и минеральной пыли. Сѣрнистыя и азотистыя животныя части принадлежатъ къ самымъ вреднымъ элементамъ въ смыслѣ зараженія чистоты воздуха при наличности теплоты и влаги. Этимъ повидимому и объяснить можно сильное распространеніе трахомы въ бассейнахъ Нила, Дуная и Вислы и т. д. Воздухъ вліяетъ здѣсь непосредственно на глазъ не тѣмъ, что переноситъ на него заразу трахомы, а тѣмъ что ослабляетъ регуляцію глаза, поверхность котораго всегда увлажняется слезной влагой, равномѣрно растилающейся по роговицѣ и конъюнктивѣ. Влага нужна глазу для уменьшенія тренія глаза, для предупрежденія сухости и для процесса мигания,—все это само собой разумѣется нарушается холодомъ, вѣтромъ, сухостью, составомъ воздуха. Благодаря дурнымъ вліяніямъ воздуха, приспособленія глаза ослабляются, и упавшія съ воздуха частицы раздражаютъ глазъ на столько, что перенесенная трахоматозная зараза начинаетъ развиваться.

Германъ (1907 г.) говоритъ, что при распространеніи трахомы ею страдаютъ преимущественно сельскіе жители, больше женщины, непосредственно соприкасающіяся съ землей и навозомъ. Нерѣдко трахому приходилось видѣть въ тѣхъ глазахъ, гдѣ была масса грязи изъ навозной земли и если холерную запятую, искавши вездѣ, нашли въ водѣ, палочку тетануса проявили въ землѣ, то слѣдуетъ искать

и микробъ трахомы въ навозѣ. Такъ заканчиваетъ свои наблюденія др. Германъ.

Подобные факты мнѣ приходилось слышать и въ Александровскомъ уѣздѣ Екатеринославской губ., при наблюденіи быта нѣмцевъ, колонистовъ, среди которыхъ трахома сильно развита. У нихъ въ обычаѣ строить конюшни подъ одной кровлей съ домомъ, что часто ставитъ ихъ въ соприкосновеніе съ навозомъ и зараженнымъ воздухомъ.

Въ Макарьевскомъ уѣздѣ Нижегородск. губ. (Комаровичъ 1897 г.) сильна трахома среди рогожниковъ. Они мочатъ лубья въ болотахъ, рѣчкахъ и ставкахъ въ продолженіи цѣлаго лѣта, затѣмъ вынимаютъ ихъ и сушатъ, перерабатываютъ зимой въ грязныхъ и тѣсныхъ „зимницахъ“ занимаясь часовъ 18 въ сутки. Вода, гдѣ мокнутъ лубья, становится грязной, вонючей и сальной, а воздухъ гнилостнымъ. Въ Семеновскомъ уѣздѣ ложкари (приготовляющіе деревянныя ложки) особенно болѣютъ трахомой отъ работы съ ранняго утра при лампахъ до полуночи, при чемъ въ работѣ употребляютъ ѣдкую краску, (лекасъ, олифа и др.) раздражающую слизистую оболочку. Дымъ и смрадъ, при углежженіи и смолокуреніи вліяютъ на развитіе трахомы, увеличивая вдвое процентъ заболѣваній.

Др. Суховъ въ Казанской губ. подмѣтилъ вредный обычай передачи по наслѣдству головныхъ уборовъ среди женщинъ, и распространенное всюду вытираніе лица общимъ полотенцемъ; это обстоятельство такъ же какъ то, что нѣмцы землевладѣльцы Александров. уѣзда Екатериносл. губ. имѣютъ обычай умываться съ общей чашки одной и той же водой, которая загрязняется трахоматознымъ секретомъ, служитъ одной изъ главныхъ причинъ въ распространеніи трахомы среди уѣзда.

Въ отношеніи географическомъ, конфигураціи, состоянія воздуха и почвы — трахома повидимому подчиняется въ своемъ распространеніи законамъ общимъ и для другихъ эпидемическихъ заболѣваній. Влага и сушь воздуха, высокая температура, возможность распространяться скачками, долины и низменныя мѣста, порозность почвы, загрязненность послѣдней, послѣдовательность въ распредѣленіи по

временамъ года,—все это указываетъ на то, что трахома дѣйствительно болѣзнь контагіозная, но ставить послѣднюю въ тѣсную связь съ климатомъ, воздухомъ и почвой и объяснять однимъ этимъ распространеніе трахомы никакъ нельзя, такъ что локалистическая теорія, объяснявшая часто распространеніе заболѣваній соотвѣтственно главнымъ образомъ съ состояніемъ почвы, въ данномъ случаѣ не можетъ быть примѣнима.

Не высота мѣстности, не состояніе почвы, твердость или порозность ея, не степь или море—а комбинація условій вмѣстѣ съ контагіозностью заразного начала при трахомѣ имѣютъ, такъ сказать, рѣшающее значеніе; а относительно же почвы, климата и воздуха мы на основаніи своихъ наблюденій скажемъ только, что болѣе благопріятными при трахомѣ будетъ то состояніе упомянутыхъ факторовъ, при которомъ сильнѣе развиваются въ природѣ разнообразные растительные виды, слѣдовательно необходимы: теплота и влага, умѣренная сушь, порозность и загрязненность почвы, т. к. при условіяхъ лучшаго существованія растеній будетъ лучшая почва и для размноженія трахоматозныхъ бактерій, принадлежащихъ повидимому къ растительному царству природы.

Болѣе главный факторъ, вліяющій на развитіе трахоматозныхъ заболѣваній есть условія жизни: Es ist eine alte Geschichte doch bleibt sie immer neu. Изъ данныхъ по статистикѣ глазныхъ больныхъ за 1898 г. въ арміи, мы видимъ, что въ одномъ и томъ же мѣстѣ при одинаковыхъ условіяхъ почвы и климата наблюдается разница въ глазныхъ заболѣваніяхъ отъ 1—30%. Также не имѣютъ значенія при этомъ и національныя особенности, хотя и отмѣчаютъ фактъ, что негры Африки, канадскіе индѣйцы, евреи, кельты, киргизы въ Россіи почти не воспріимчивы къ трахомѣ, и наоборотъ нѣкоторыя народности Россіи чуваши, финны, монголы, татары, нѣмцы-колонисты, мордва и др. особенно воспріимчивы. Къ этому слѣдуетъ добавить, что мало воспріимчивымъ къ трахомѣ считаются и дѣти въ дошкольномъ возрастѣ.

Люди скученные, живущіе въ тѣснотѣ при плохихъ са-

нитарныхъ условіяхъ въ казармахъ, школахъ, общежитіяхъ и т. п. представляютъ всѣ условія для развитія среди нихъ трахомы, о чемъ свидѣтельствуетъ цѣлый рядъ изслѣдователей. При этихъ условіяхъ не только страдаетъ чистота воздуха, но главнымъ образомъ облегчается переносъ секрета съ больной конъюнктивы на здоровую. Эти же условія создавали по прежнимъ авторамъ особенную золотушную конституцію организма, золотушный кризисъ съ «бѣлкомъ въ крови», производящемъ неправильное соотношеніе крови и вслѣдствіе этого облегчающимъ зараженіе трахомой. По Гиршману чрезъ 3 недѣли по прибытіи въ Египетъ французскихъ войскъ всѣ госпитали переполнились больными бленорреей и трахомой, скученность тамъ дѣлала то, что скоро изо всего 32-хъ тысячнаго корпуса до 20 тысячъ переболѣли глазами и около тысячи совсѣмъ ослѣпли.

Масса больныхъ трахомой появилась въ казармахъ Кишинева во время Турецкой войны. По отчету Кіевскаго Окр. Окулиста за 1899 г. процентъ поступившихъ въ войска трахоматиковъ былъ 2,5, чрезъ два года службы онъ выросъ до 4,1 наконецъ до 5,6 и чрезъ 4 года казарменной службы до 6,3%. Петербургскій, Варшавскій, Виленскій, Кавказскій военн. округи по Рейтлингеру 1898 г. дали среди новобранцевъ 2,3% трахомы, чрезъ 5 лѣтъ казарменной службы уже до 13%. Наконецъ если взять простые армейскіе войска то по общей военной статистикѣ трахоматозныхъ въ нихъ 9,3%, тогда какъ въ гвардейскихъ частяхъ, гдѣ условія жизни солдата лучше—% трахомы нисходитъ до 3,1%. Слѣдовательно, число прибывающихъ трахоматиковъ въ армію гораздо меньше числа выбывающихъ изъ нея, и населеніе государства постепенно заражается запасными и отставными. И теперь даже, говорятъ военные врачи, при младенческомъ развитіи военно-медицинской, статистики, можно съ увѣренностью сказать, что трахома занимаетъ самое выдающееся мѣсто въ носологической таблицѣ и дѣйствительно можетъ назваться болѣзнью «военной по преимуществу». Тоже самое повторяется на фабрикахъ, заводахъ, плантаціяхъ, школахъ; при чемъ дѣти школьники,

по причинѣ еще продолжающагося и неустановившагося въ цѣляхъ наилучшаго зрѣнія развитія глазъ —особенно подвергнуты легкости трахоматознаго заболѣванія. Сильное развитіе въ школахъ трахомы дало возможность санитарнымъ врачамъ считать таковую «школьной» болѣзнью, также какъ туберкулезъ считается «жилищной» болѣзнью, и какъ при туберкулезѣ имѣютъ вліяніе отхожіе промыслы и алкоголь, такъ и при трахомѣ военная служба и антисанитарныя условія школъ суть главныя причины въ развитіи трахоматозныхъ заболѣваній.

Нечистота, говоритъ Fuchs многихъ мѣстностей Ирландіи и Востока служитъ гнѣздомъ трахомы. Грязь въ Закаспійской области, комната въ 2—3 сажени на всю семью, съ общей постелью, земляным полом, войлочные ковры съ пылью и насѣкомыми, гнилая вода безъ мыла, нижнее бѣлье—лохмотья, костры съ дымомъ, жаръ до 50° и т. д. дѣлаютъ мусульманъ въ высшей степени воспріимчивыми къ трахомѣ (Диканская). Среди грязно живущихъ вотяковъ Малмыжскаго уѣзда 51% трахоматозныхъ, и даже дѣти до 10 мѣсяцевъ не рѣдко страдаютъ трахомой, такъ что русскіе называютъ вотяковъ «слѣпородами» (Масленіковъ 1905 г.) Близость инородцевъ, живущихъ дико и грязно, и смѣшеніе браковъ между ними повышаетъ значительно % трахоматозныхъ и среди коренного русскаго населенія сравнительно культурнаго. (Изачикъ).

Въ этіологіи трахомы важную роль слѣдовательно играетъ воздухъ и такой физическій факторъ какъ свѣтъ, являющіеся по даннымъ многихъ авторовъ и своимъ собственнымъ наблюденіямъ могучими лекарственными средствами. Значеніе свѣта, какъ говоритъ пр. Бубновъ, для глаза столь велико, что мы не должны бояться самыхъ большихъ жертвъ, чтобъ гарантировать себѣ благопріятное вліяніе свѣта. Вопросы объ надлежащемъ освѣщеніи школъ столь важны, что вокругъ нихъ группируется вся школьная гигіена. Такъ въ школахъ Италіи свѣтъ падаетъ слѣва и сверху, какъ было еще у древнихъ римлянъ, при чемъ свѣтовое отношеніе принято равнымъ 1/4. Въ Пруссіи и Россіи до 1/6, съ количествомъ воздуха въ 4—6 куб. метр. на

душу. При этомъ по ученію Foerster'a, Iaval'я, Cohn'a важна не площадь оконъ какъ таковая, а небесная площадь, доступная взору ученика: каждый ученикъ долженъ видѣть съ мѣста, на которомъ сидитъ, часть неба не менѣе 30 ст. длины, считая вертикально отъ верхняго края окна. Вечернее освѣщеніе должно быть не менѣе десяти метросвѣчей.

Особенно должно обращать вниманіе на свѣтовыя отношенія зимой, когда вслѣдствіе вліяній атмосферы земля получаетъ только $^1/_4$ предназначеннаго ей свѣта. Что касается расположенія оконъ для пользованія всей полнотой свѣта и тепла, по Fuchs'y окна должны быть обращены на Ю. В., В., С. В., что достигается болѣе тогда, когда зданіе устраивается углами въ направленіи странъ свѣта; дабы получить достаточно свѣта съ лѣвой стороны нужно, чтобы окна имѣли не менѣе $^2/_3$ глубины комнаты.

По указаніямъ же Никольскаго, Молессона и др. свѣтовое отношеніе школъ даже въ Московской губ. равно $^1/_{10}$ а иногда и $^1/_{32}$ при 2,5 куб. метр. воздуха на одного ученика.

По Долганову въ Саратовской губ. количество воздуха въ школахъ 2,3 куб. метр. на ученика, по Шлихтину въ Казанской губ. 0,6—3,0 по Хрущову Орловск. губ.—2,2 при свѣтовыхъ отношеніяхъ равныхъ $^1/_{11}$—$^1/_{16}$ пр. Доброславинъ въ своихъ изслѣдованіяхъ считалъ на душу отъ 1—$1^1/_2$ к. с. (въ избахъ) воздуха, при чемъ свѣтовое отношеніе колебалось въ среднемъ до $^1/_{43}$, находились избы съ $^1/_{196}$ свѣта, по Дедюрину (В. О. 1905 г.) среди школьниковъ - вотяковъ въ школахъ съ плохимъ освѣщеніемъ и плохой достачей воздуха до 27 проц. трахоматозныхъ.

Врачъ Изачикъ полагаетъ, что уменьшеніе въ свѣтѣ, даетъ увеличеніе въ процентныхъ отношеніяхъ трахомы, minimum которой авторъ наблюдалъ при освѣщеніи въ избахъ равномъ $^1/_{10}$—$^1/_{20}$, maximum же въ избахъ почти лишенныхъ свѣта въ $^1/_{60}$ свѣтовой площади.

Такъ группа людей

до 15—лѣтъ	при осв.	$^1/_{10}$—$^1/_{20}$	даетъ	4,5	%	трах.,	съ осв.	$^1/_{60}$	14,3
» 15—20	»	»	»	»	7,2	»	»	»	13,3
» 60—70	»	»	»	»	35,2	»	»	»	96,0
свыше 70	»	»	»	»	50	»	»	»	100

при одинаковости въ освѣщеніи значеніе имѣетъ количество воздуха.

Такъ при содержаніи въ избахъ воздуха

до $^1/_2$	к. саж.	на душу	трахомныхъ	было	44,6	
$^1/_2$—1	»	»	»	»	24,2	
1—$1^1/_2$	»	»	»	»	20,8	
$1^1/_2$—2	»	»	»	»	17,3	проц.

Въ 64 проц. всѣхъ осмотрѣнныхъ избъ по Изачику на 1 человѣка воздуху приходилось меньше $1^1/_2$ к. саж., что служитъ важнымъ факторомъ условій быта и развитія среди такого населенія трахомы.

По изслѣдованіямъ качества воздуха въ сельскихъ начальныхъ школахъ (Ростовцевъ 1905 г.) было отмѣчено, что этотъ воздухъ особенно въ каменныхъ школахъ всегда во все время учебнаго дня испорченъ настолько, что къ концу перваго урока CO_2 pro mille наблюдалось 3,31 къ концу же 5-го урока 4,89.

Самое важное при заболѣваніяхъ трахомой это степень культурности населенія, послѣдняя и служитъ показателемъ трахоматозности населенія и чѣмъ ниже бытъ населенія, тѣмъ выше трахома среди него.

Особенно ничтожна культурность въ населеніи деревень Россіи, гдѣ грамотность очень низка, доходя до 9 проц., и гдѣ поэтому заразныя болѣзни и въ томъ числѣ трахома сильно развиты, наоборотъ, по разительнымъ примѣромъ культурности служитъ для насъ Англія, гдѣ по даннымъ начиная съ 1851 г. число слѣпыхъ на милліонъ жителей было равнымъ сначала 1020 челов., чрезъ 30 лѣтъ 870 и еще ниже, падая пропорціонально десятилѣтіямъ, въ такой же пропорціи понижалась и трахома. По переписи 1897 г. слѣпыхъ въ Россіи больше въ три раза.

Культурныя мѣропріятія гор. Берлина съ 1876—92 г. уменьшили не только глазную заболѣваемость въ населеніи, но даже проц. смертности въ населеніи на 10 проц., чѣмъ достигнуто было въ экономіи силъ города сбереженій на 42 милліона марокъ въ одинъ годъ, и за вычетомъ затраченныхъ суммъ осталось еще 20 проц. чистой прибыли. Одесса по даннымъ 1877—99 г. уменьшила смерт-

ность населенія съ 33 до 21 promil. благодаря опять-таки культурнымъ мѣропріятіямъ, сообразно съ этимъ уменьшается и глазная заболѣваемость. Таковы данные и по другимъ городамъ, цѣлымъ государствамъ, націямъ, культурно прогрессирующимъ въ своихъ бытовыхъ отношеніяхъ, тогда какъ среди молдованъ, чувашей, башкировъ, татаръ и т. д., бытъ которыхъ на низкой степени развитія, культурность же сомнительна и уродлива—трахоматозная заболѣваемость достигаетъ maximuma. Сырой земляной полъ, окна—щели въ стѣнахъ, дымъ, грязь, навозъ, рядомъ живущія животныя, лучина при освѣщеніи хатъ, спанье вмѣстѣ съ больными, здоровыхъ, женщинъ, дѣтей и мужчинъ, грязныя полотенца, также совмѣстныя и общія подушки, отсутствіе бань, мытье безъ мыла, гнилая вода, бѣдность и неграмотность все это условія плохого быта населенія и вмѣстѣ съ тѣмъ трахоматозныхъ эпидемій.

Вотъ почему среди чувашей Спасскаго уѣзда по Марголину и среди вотяковъ Глазовскаго уѣзда Вятск. губ. почти все населеніе трахоматозно и тамъ считаютъ трахому этнологическимъ зломъ. Въ Нолинскомъ уѣздѣ масса женщинъ заболѣваетъ трахомой оттого, что $^1/_2$ года онѣ обрабатываютъ ленъ, ломаютъ его, треплютъ и чешутъ, прядутъ и ткутъ и этимъ грязнятъ воздухъ (Сергіевъ). Въ партіяхъ рабочихъ, которыя передвигаются на заработки по Россіи таковыхъ до 5 милліоновъ душъ, живущихъ въ грязи и бѣдности съ меньше чѣмъ одна десятина на душу земли и среди которыхъ, идущихъ пѣшкомъ, на дубахъ, плотахъ — гигіеническія условія—еще простая иронія, процентъ трахомныхъ всегда высокъ (д-ръ Жбанковъ). По Fuchs'у въ Египтѣ весь бѣдный классъ зараженъ трахомой; казарменная жизнь, недостатокъ сна, неопрятность, умываніе водой изо рта на руки, утираніе полой шинели, ношеніе неподходящихъ головныхъ уборовъ, сильный свѣтъ,—служатъ причинами трахомы въ войскахъ. (Arlt). Чуваши въ Казанск. губ. живутъ страшно-некультурно: безъ бани, безъ мыла, вмѣсто полотенца общая для всей семьи тряпка «туторомъ», при заболѣваніяхъ трахомой лечатся у «іомзамъ»—колдуна, и среди нихъ больше половины трахоматозныхъ. (В. Иванова).

Англичанинъ или вообще культурный европеецъ и чувашъ Россіи, у котораго въ языкѣ даже нѣтъ слова умывальникъ и полотенце, по причинѣ той или другой степени культурности служатъ представителями этнографическаго и культурнаго minimum'а и maximum'а трахомы.—Такой выводъ можно сдѣлать изъ сопоставленій бытовыхъ условій жизни этихъ двухъ антиподовъ.

Алянчиковъ при осмотрахъ населенія въ Тверской губ. говоритъ: въ деревняхъ многіе прятались отъ меня кто въ овинъ, кто въ подполье, другіе запирались, убѣгали въ лѣсъ, всѣмъ казалось страшнымъ и удивительнымъ поголовный осмотръ и записываніе каждаго на карточку. «Ну положимъ, говорили они, ты больныхъ смотришь, а зачѣмъ же тебѣ здоровые, зачѣмъ тебѣ и глаза и волосы глядѣть и списывать. Доходило до того, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сектанты принимали меня за агента, записывающаго въ свою вѣру и накладывающаго печать для антихриста».

Мы могли бы привести массу примѣровъ подобныхъ бытовыхъ сторонъ жизни населенія и всѣ они, какъ одинъ, будутъ служить бытописателю деревни и ея недуговъ поводомъ для заключенія и сужденія о степени культурности этихъ мѣстностей и о томъ, какъ широко среди нихъ распространена трахома, связанная въ существѣ своемъ съ культурностью населенія.

Говоря о значеніи санитаріи и культуры Дюкло спрашиваетъ, что сказать объ общественномъ учрежденіи, которое прокладываетъ пути съ глубокими рвами, съ мостами безъ перилъ, а рядомъ съ этимъ спасательныя станціи, съ цѣлью помощи пострадавшимъ. Въ спасательныхъ станціяхъ нѣтъ нужды, если улицы будутъ равны и мосты будутъ устроены по правиламъ техники, не надо и дорогихъ лечебницъ, еслибъ дѣйствительность не создавала все новыхъ контингентовъ больныхъ, а была бы полна знанія съ живой душой, которое разсѣяло-бъ тьму въ населеніи, дѣлающую возможнымъ мрачное бытописа-

ніе. И въ этомъ заключеніи видна та идея, которая тѣсно связываетъ культурность съ одной стороны и степень болѣзненности населенія съ другой.

Что касается распространенія трахомы по отношенію къ полу населенія, то наблюденія и выводы многихъ авторовъ говорятъ за большую распространенность среди женщинъ. Такъ Бондаревъ (Каневск. уѣзда Кіевск. губ.) полагаетъ, что послѣднія хворающъ трахомой въ 1½ раза чаще мужчинъ, такого же мнѣнія Геркенъ, Сергіевъ, Лаврентьевъ, Бейвейль, Рудинъ, Кушевъ, Кореницкій, Кубли, Хижняковъ, Кортневъ, Бочковскій, Самсоновъ и др.

По Baelman'у это отношеніе равняется 1 : 2, по Weiss'у 1 : 2,5.

Kerschbaumel (Зальцбургъ 1881 г.) также считаетъ женскій полъ болѣе воспріимчивымъ, почти однородныя отношенія для г. Бреславля получилъ Magnus.

Бѣлиловскій и Хрущевъ въ своихъ изслѣдованіяхъ находятъ дѣвочекъ въ школахъ болѣе расположенными къ трахомѣ, при чемъ эта разница особенно выдѣляется по отношенію къ инородцамъ: такъ среди русскихъ дѣвочекъ въ школахъ трахомныхъ было 5,6 проц., среди мальчиковъ 5 проц., тогда какъ кореллы-дѣвочки дали 26 проц., мальчики 15,2 проц. трахомы.

Въ отчетахъ Кіевскихъ клиникъ за 30 лѣтъ трахоматозныя женщины имѣли отношеніе къ трахоматознымъ мужчинамъ какъ 1,2 : 1,0.

Среди другихъ авторовъ мы можемъ отмѣтить слѣдующія отношенія:

	ж.	м.
Геркенъ (Казанск. губ.). . .	1,3	: 1,0
Кушевъ (Петров. уѣзд.) . .	2,3	: 1,0
Алянчиковъ (Новоторж. уѣз.)	1,4	: 1,0
Самсоновъ (Александ. уѣз.) .	1,3	: 1
Weiss (Лифляндія)	2,5	: 1
Серебренниковъ (Пермь) . .	1,4	: 1
Курск. губ. (1891 г.)	1,1	: 1
Саратовск. губ.	1,6	: 1,1
Екатериносл. губ.	1,05	: 1

Воронежск. губ.	1,2 : 1
Оренбургск. губ.	1,2 ; 1,0
Кіевск. губ.	1,1 : 1,0
Гродненск. губ.	1,3 : 1

Наоборотъ Янсонъ (для Западной Европы) даетъ отношеніе мужчинъ-трахоматиковъ къ женщинамъ равнымъ 1,2 : 1,0.

По даннымъ Маріинскаго Попечительства за 1893 г. въ Кіевской губ. трахоматики-мужчины чаще обращались, чѣмъ женщины приблизительно въ отношеніи 1,2 : 1,0.

По даннымъ Шмидта въ одесскихъ больницахъ (1873—98 г.) количество трахоматозныхъ съ 3 проц. выросло до 17,5 проц. по отношенію къ глазнымъ больнымъ, при чемъ мужчины регистрировались въ отношеніи 1,3 : 1,0.

По отчетамъ Казанской и Кіевской губ. (1883 г.) это отношеніе сводилось къ 1,4 : 1,0. Въ Уфимской губ. 1,2 : 1.

Также по изслѣдованіямъ Алянчикова, Изачика, Добросердова, Ковальскаго, Квятковскаго, Полферова и др. трахоматозныхъ мужчинъ регистрировалось больше, чѣмъ женщинъ. Мы можемъ заключить, что полъ не имѣетъ большого вліянія на трахоматозное заболѣваніе, или вѣрнѣе, что выводовъ относительно этого положенія въ настоящее время дѣлать еще нельзя, такъ какъ нельзя опредѣлить такъ называемое «половое предрасположеніе» въ соотношеніи мужского и женскаго населенія вообще къ трахоматознымъ больнымъ.

Мы допускаемъ съ своей стороны въ амбулаторной регистраціи преобладаніе мужчинъ-трахоматиковъ надъ женщинами, не въ зависимости отъ случайностей въ организмѣ, но отъ чисто бытовыхъ условій. Женщина менѣе самостоятельна въ семьѣ, трудъ ея не настолько общественъ и физически не такъ важенъ—почему и обращеніе ея рѣже. Исключеніе здѣсь составляютъ города, гдѣ медицинская помощь болѣе доступна и гдѣ женщины въ смыслѣ обращаемости и полового предрасположенія къ трахомѣ почти одинаковы. При поголовныхъ осмотрахъ населенія женщины регистрируются чаще. Слѣдовательно ихъ

заболѣваемость часто большая, но обращаемость всегда меньшая.

Одинъ процентъ трахоматиковъ не имѣетъ рѣшающаго значенія безъ связи съ другими причинами. Такъ напримѣръ въ Нижегородск. губ. обращаемость мордовскаго населенія далеко превышаетъ процентъ обращаемости татаръ, чувашей или черемисовъ, и это объясняется не большею абсолютной заболѣваемостью первыхъ, но степенью ихъ культурности: извѣстно, что мордва живетъ культурнѣе другихъ инородцевъ. Такъ евреи въ Екатериносл. и др. южныхъ губерніяхъ обращаются и регистрируются чаще малороссовъ по причинѣ ихъ большей культурности. Такъ и обращаемость половая: если бы женщина-крестьянка была равноправнѣе въ крестьянскомъ быту, тогда бы и обращаемость послѣдней сравнялась бы до степени одинаковости.

Здѣсь же мы отмѣтимъ тотъ фактъ, что дѣти чаще заражаются трахомой отъ матерей и это опять таки благодаря чисто бытовымъ условіямъ, ставящимъ дѣтей въ большее соприкосновеніе къ матерямъ, чѣмъ къ отцамъ.

Въ отношеніи къ возрасту группа лицъ отъ 21—30 лѣтъ по даннымъ проф. Адамюка заболѣваетъ чаще трахомой, при этомъ больные относятся въ большинствѣ случаевъ къ пролетарскимъ классамъ.

Трахому въ возрастѣ до 1 года находили Rählman, Лаврентьевъ, Müller, Блюменталь, Марголинъ, Каневскій Бѣлиловскій; пр. Елецкій регистрировалъ до 38,8 проц. трахомныхъ среди дѣтей до 10 лѣтняго возраста; Могах въ Египтѣ на 63-хъ дѣтей отъ 1—2 лѣтъ нашелъ 14 трахомныхъ, а изъ 93 въ возрастѣ 2—5 лѣтъ съ трахомой было 63 души. Радзвицкій оперировалъ заворотъ вѣкъ 7—9-лѣтнихъ дѣтямъ; Краузъ (Баку) находилъ грудныхъ мусульманскихъ дѣтей, зараженныхъ трахомой. Геркенъ отмѣчаетъ $^2/_3$ дѣтей, заболѣвшихъ трахомой въ возрастѣ до 6 лѣтъ. Квятковскій въ Кишиневѣ находилъ трахоматиковъ дѣтей до 5 лѣтъ въ количествѣ 5 проц. всѣхъ трахоматозныхъ больныхъ. Въ возрастѣ до года наблюдалось 0,7 проц., 1—5 лѣтъ 4,2 проц. отъ 6—10 лѣтъ 10,5 проц.

Бѣлиловскій считаетъ самой большой трахоматозной группой возрастъ 10—30 лѣтъ, съ этимъ согласны изслѣдованія Ковальскаго, Квятковскаго и Кореницкаго, которые за этой возрастной группой считаютъ до 50 проц. трахоматозныхъ.

Въ отчетахъ Кіевскихъ глазн. клиникъ (за 30 лѣтъ) выдѣляются двѣ группы отъ 15—25 лѣтъ съ 16 проц. трахомы и отъ 25—60 лѣтъ съ 60 проц., подобныя же данныя мы встрѣчали у другихъ авторовъ.

Въ смыслѣ работоспособности возрастныя группы у большинства изслѣдователей выражаются такъ, что работоспособная группа даетъ 41,5 цроц. трахомныхъ, нерабочая 40 проц., полурабочая 18,5 проц.

Относительно возраста при трахомѣ нужно принять за правило, что «цвѣтущая трахома бываетъ въ цвѣтущемъ возрастѣ». Это опять таки вытекаетъ изъ бытовыхъ условій, заставляющихъ населеніе рабочей группы обращаться за помощью чаще и скорѣе послѣ заболѣванія вслѣдствіе неустройства своего быта, бѣдноты и сильной болѣзненности, отъ которыхъ рабочая группа менѣе изолирована.

При этомъ важно знать не только какъ распредѣляется извѣстное число трахомы, но на ск. именно каждый возрастъ предрасположенъ къ болѣзни т. е. возрастное предрасположеніе, вытекающее изъ соотношенія процентнаго распредѣленія возрастнаго состава населенія къ процентному распредѣленію больныхъ, и только такое опредѣленіе указываетъ, сколько возможностей имѣется у даннаго возраста быть трахоматознымъ, что очень важно при медицинскихъ мѣропріятіяхъ, такъ какъ тогда мы можемъ знать, сколько людей способныхъ къ работѣ утрачиваетъ таковую въ данной группѣ; а такъ какъ причины пораженія глазъ въ каждой группѣ не одинаковы, то слѣдовательно мы будемъ знать и моменты, обусловливающіе трахоматозное заболѣваніе соотвѣтственно возрастнымъ группамъ населенія.

Далѣе нѣкоторые авторы (Адамюкъ, Рудинъ, Комаровъ и др.) замѣчаютъ, что лица съ узкой глазной щелью очень предрасположены къ трахомѣ. По Рудину трахома предпо-

читаетъ широкое и плоское переносье, тяжесть трахоматознаго заболѣванія пропорціональна синусу угла подъему переносья. Золотавинъ же при наблюденіяхъ среди эстовъ находилъ массу трахоматозныхъ лицъ съ широкой глазной щелью чаще. Тепляшинъ при измѣреніи глазной щели у новобранцевъ 1785 русскихъ и 1075 вотяковъ нашелъ для первыхъ 24—33 mm. для вторыхъ 22—32 mm. длины при одинаковой ширины глазъ, причемъ среди вотяковъ и трахоматозные больные чаще.

Добросердовъ нашелъ, что при равной глазной щели 28 mm. длины и 9 mm. ширины среди русскихъ трахома опредѣляется въ 20 проц., среди черемисовъ 45 проц. Затѣмъ выяснено, что съ глазной щелью въ 24 mm. среди русскихъ было до 40 проц. трахомы, у черемисовъ 63 проц., при высотѣ щели глазной въ 6 mm. у первыхъ 75 проц., у вторыхъ 91 проц. Такое же приблизительно соотношеніе и при другихъ размѣрахъ глазной щели. Средняя длина щели у русскихъ найдена равной 28,5 mm., высота 9,0, у черемисовъ же 27,7 и 8,2 Трахоматозныхъ же среди русскихъ 13 проц. среди черемисовъ 55 проц.

По изслѣдованіямъ Рудина у здоровыхъ людей наблюдалась длина глазной щели въ 28,7 mm., межглазничное пространство равно 34,7 а показатель переносья 56,6, тогда какъ у трахоматозныхъ эти цифры равны 28,0—35,1—53,8. Здѣсь же авторъ даетъ признаки крѣпкаго сложенія глаза съ угломъ подъема, до 82°47'4''. Показатель переносья 56,57, слезной точкой 0,5 съ густыми бровями, рѣсницами и достаточной пигментаціей ириса. Осложненія трахомой по Адамюку падаютъ на узкій разрѣзъ глазной щели.

Нѣкоторыми авторами была сдѣлана попытка опредѣленія соотношеній трахоматозныхъ больныхъ по цвѣту ириса среди русскихъ и инородцевъ, но результатовъ въ этомъ отношеніи какихъ-либо достигнуто не было.

Stevens (1899 г,) придаетъ нѣкоторое значеніе въ этіологіи трахомы типу черепа, такъ люди съ высокимъ черепомъ, когда оси глазницъ направлены выше горизонта (тезоцефалики) напр. ирландцы, японцы, итальянцы, страдаютъ трахомой въ большей степени. Долихоцефалы, брахицефалы

(баварцы, швейцарцы, англичане, негры) въ меньшей степени. Другихъ заслуживающихъ вниманія въ этомъ смыслѣ изслѣдованій мы не встрѣчали, они не могутъ имѣть особеннаго значенія и отмѣчаются, какъ носящіе антропологическій интересъ.

Въ связь съ трахомой ставятъ заболѣванія носовой, глоточной и слезной полостей. Такъ, по Добросердову эта связь регистрируется въ 94 проц. Кубли, приводя данныя по статистикѣ Крестовоздвиженской Общины среди трахоматозныхъ, находитъ: страдающихъ слезными органами 6,6 проц., таковыхъ по Ходину 2,5, Адамюку 2, Шмидту 4,4, Тепляшину 1,5, Серебрянникову 4, Oettinger'у 1,4 Cohn'у 3,8 Fienzal 5,2.

Fernander (1903) считаетъ слезноносовой каналъ негровъ короткимъ и широкимъ, разстояніе между нижними отверстіями канала больше, чѣмъ у бѣлыхъ и направленіе канала болѣе прямолинейно, нижнее отверстіе канала болѣе широко и кругло, почему негры почти не болѣютъ слезно-носовой полостью и среди нихъ почти нѣтъ трахомы.

По Müller'у (B. O.) при изслѣдованіи слезно-носовыхъ воспаленій почти въ половинныхъ случаяхъ находились палочки трахомы, въ половинѣ — пневмококки. Слѣдовательно связь dacryocistit'овъ съ trachom'ой очевидна. На это указываетъ и Рейнгартъ въ вопросѣ о трахомѣ Курляндск. губ., нашедшій въ массѣ случаетъ у ослѣпшихъ отъ трахомы dacryocystoblennorrhe'ю. Особенно трахома у дѣтей склонна къ осложненіямъ со стороны носа, зѣва, пазухъ или слезныхъ мѣшковъ.

Масленниковъ (1906), считая слизистую глаза тѣсно связанной со слизистой носа анатомически, на 115 глазныхъ больныхъ находилъ полость носа нормальной въ 12 проц., искривленіе перегородки носа въ 7 проц., катарръ носа въ 53 проц., и затѣмъ полипы и ozoena. Пр. Шимановскій при осмотрѣ Тывровскаго духовнаго училища 181 чел. находитъ связь заболѣваній конъюнктивы глаза и носоглоточнаго пространства, то же самое допускаетъ въ своихъ изслѣдованіяхъ и Федоровъ (1896 г.), основываясь на томъ, что эпителій слизистой носа переходитъ на глазъ, сосуды,

arter. aethmoidal anterior. исходятъ отъ arter. ophthalmic, также отъ глаза идетъ прямая вѣточка вдоль носового канала. Вены чрезъ plex. lacrimal. связаны съ ven. ophthalmic.

Вслѣдствіе анатомической связи носового и конъюнктивальнаго пространства должно существовать и патологическое соотношеніе.

Считая фолликулъ или зерно за проявленіе золотухи, пр. Шимановскій при изслѣдованіяхъ учениковъ находилъ у 70 проц., страдавшихъ фолликулярными пораженіями конъюнктивы глаза, также пораженія и глотки.

При работахъ на Помѣховск. глазн. станціи (В. О. 1908 г.) у трахоматозныхъ больныхъ наблюдались различнаго вида пораженія глотки гораздо чаще, чѣмъ это случалось у больныхъ съ пораженіемъ конъюнктивы глаза однимъ только фолликулезомъ или въ случаяхъ совершенно нормальной конъюнктивы.

Такъ, pharingit follicul.	зарегистрированъ въ	66	проц.
»	hypertrophic.	»	» 14,4	»
»	lateralis	»	» 8,8	»
»	atrophic.	»	» 4	»
»	simpl.	»	» 5,0	»

Наблюдая болѣзни глазъ со стороны деревенскаго люда, выносишь убѣжденіе, что для послѣдняго глазъ есть тотъ locus minoris resistentiae, на которомъ легче всего отражаются всѣ недочеты въ экономіи организма, какъ въ смыслѣ питанія, такъ и въ смыслѣ расходованія физическихъ силъ, почему и трахома не встрѣчаетъ особенныхъ препятствій ни среди климата, расовыхъ или племенныхъ свойствъ, она внѣ безусловной зависимости отъ самыхъ разнообразныхъ климатическихъ, этнографическихъ и географическихъ условій.

Вотъ почему попытка распредѣлить или поставить трахому въ связь съ народностью, особенностями пола, возраста и т. д. не имѣетъ раціональныхъ основаній, и если это иногда и дѣлается то потому, что трахома болѣзнь бытовая и зависитъ преимущественно отъ совокупности бытовой обстановки, культуры, благоустройства, рода жизни

и опредѣляя степень заболѣванія, напримѣръ, черемисовъ, мы показываемъ не расовое предрасположеніе, не иммунитетъ, которымъ глазъ не обладаетъ, а только вліяніе бытовой обстановки въ связи съ нравами и обычаями, а также измѣненіе біологическихъ свойствъ въ тканяхъ и органахъ этого народа вообще.

Поставьте англичанина въ условія жизни чуваша, заснавьте его вѣровать въ то, что если станетъ каждый правовѣрный мыть лицо чистой водой, то и арыки (каналы) въ его владѣніяхъ пересохнутъ, такъ какъ не хватитъ воды для полей, пусть англичанинъ начнетъ утираться грязной тряпкой вмѣсто чистаго полотенца, и онъ скоро станетъ тогда какъ говорятъ про черемиса; «этнологическимъ maximum'омъ трахомы».

И наоборотъ, черемисъ займетъ его положеніе и станетъ почти иммуннымъ къ трахомѣ. и никакая узость глазной щели, плоскость переносья или типъ черепа не воспрепятствуютъ этому. Послѣднія особенности имѣютъ только антропологическій интересъ, какъ примѣчаніе къ тому, какъ могутъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ вредить человѣку. даже и полезные элементы приспособленія, достигнутые естественнымъ подборомъ, когда послѣдній, т. е. человѣкъ, нарушаетъ другую сторону своихъ природныхъ наклонностей—улучшеніе быта. Но въ настоящее время черемисъ остается черемисомъ, съ признаками вымиранія, съ приростомъ населенія иногда въ 0,2 проц., забитый, малокровный, о которомъ пр. Fuchs говоритъ: «о бѣдный черемисъ какъ видъ твой далекъ отъ благороднаго человѣческаго образа, ты хотѣлъ скрыться въ твою болотистую и лѣсную крѣпость, чтобъ никто тебя не могъ видѣть, кромѣ существа, подобнаго тебѣ—медвѣдя, котораго ты любишь и боишься. Твое малорослое и сухое тѣло едва одушевляется малѣйшей искрой разума, отъ котораго однако ты дѣлаешься трусливымъ, мстительнымъ и самоубійцей». Монголы,—говоритъ Реклю,—среди которыхъ особенно развита трахома, живя въ «странѣ травъ» питаются исключительно мясомъ, добавляя къ нему плохую дичь, сусликовъ, даже крысъ, они почти не ѣдятъ рыбы, которая представляется имъ не

чистой, живя въ грязной водѣ, насыщенной солью и сели трой, они боятся купаться и вѣрятъ въ то, что молнія убьетъ того, кто рискнетъ погрузиться въ воды. Чингисъ-Ханъ запрещаетъ имъ мыть даже одежду, и они часто изнашиваютъ платье, пока оно не станетъ лохмотьями. Посуду у нихъ нельзя мыть, а можно только вытирать войлокомъ или пометомъ. Даже китайцы считаютъ монголовъ «вонючимъ народомъ». Ихъ тѣло кишитъ вшами и блохами, исканіе которыхъ считается любимымъ дѣломъ.

Затворничество мусульманскихъ женщинъ, бѣднота евреевъ въ Африкѣ и Польскомъ краѣ, гнилая вода цистернъ въ Палестинѣ, вредные обычаи натиранія рѣсницъ сюрьмой, умываніе въ общей чашкѣ, устройство конюшенъ возлѣ жилыхъ комнатъ и т. д. все это, взятое даже въ отдѣльности болѣе распространяетъ трахому, чѣмъ та или иная половая или расовая особенность. Можетъ быть исключеніе въ этомъ смыслѣ и составляютъ, негры, но это еще не доказано основательно, такъ какъ по изслѣдованію Mullingen'a (Шиле 1900 г.) среди жителей негровъ въ Египтѣ было до 60 проц. трахомы. Семитическія племена и въ томъ числѣ евреи мало расположены къ трахомѣ, по свидѣтельству же врачей изъ Царства Польскаго, тамъ трахома сильно развита среди евреевъ.

Далѣе необходимы точныя и вѣрныя статистическія свѣдѣнія безъ противорѣчій и самообличеній, тогда какъ масса свѣдѣній особенно прежнихъ временъ далеко не достовѣрны. Такъ императору Александру I-му на его желаніе послать слѣпыхъ во вновь основанную школу сообщали,что этого сдѣлать нельзя, т. к. «въ Россіи нѣтъ слѣпыхъ», или по отчетамъ Медиц. Департ. въ 1882 г. въ Ковенской губ., на 49,000 родившихся дѣтей было только двое, страдавшихъ бленнореей глазъ (А. Скребицкій).

Отъ статистическихъ данныхъ требуется опредѣленіе если не абсолютной частоты зароженія трахомой той или другой народности, то соотношенія заболѣваній сосѣднихъ народностей, при чемъ конечно это опредѣленіе должно быть не ариѳметическимъ измышленіемъ, а точными данными, обоснованными и доказанными.

Пользуясь только такими данными, пусть они будутъ и не такъ велики, мы вполнѣ подойдемъ къ опредѣленію болѣе вѣрному и отмѣтимъ, что бытовая сторона человѣка важнѣе другихъ физическихъ условій его существованія. Мы съ положительностью отмѣчаемъ, что только изученіе быта указываетъ причины распространенности трахомы. Такъ напримѣръ мордва Казанск. губ., чаще подвергается трахоматозному заболѣванію, чѣмъ это же населеніе въ Пензенской и Самарск. губ., и это потому, что бытъ послѣднихъ лучше быта первыхъ. Нѣмцы-колонисты юга Россіи страдаютъ трахомой чаще евреевъ, хотя и богаче послѣднихъ, но послѣдніе культурнѣе нѣмцевъ. Подчеркнуть въ исторіи быта татаръ и чувашей, имѣющихъ при одинаковыхъ условіяхъ жизни неодинаковый процентъ трахомы, подчеркнуть то обстоятельство, что татары чистоплотнѣе чувашей хотя бы въ томъ, что первые обмываютъ лицо, разовъ пять поливая воду на руки, тогда какъ вторые выпускаютъ воду изо рта на руки для лица—подмѣтить одно это гораздо важнѣе чѣмъ дѣлать изслѣдованія цвѣта волосъ, ириса, размѣровъ глазной щели и т. п. у различныхъ народностей.

Глазъ органъ небольшой по объему, говоритъ Panas, но сложный по строенію, въ немъ почти всѣ ткани и его можно уподобить мозгу въ миніатюрѣ. Извѣстно что съ эмбріональной точки зрѣнія глазъ представляетъ часть передняго головного мозга, онъ тѣсно связанъ съ центральной нервной системой, а чрезъ посредство n. simpatici со спиннымъ мозгомъ. Сосудистая и лимфатическая система глаза связаны въ одно цѣлое съ головнымъ мозгомъ. Вотъ почему глазъ можетъ служить исходной точкой общихъ заболѣваній, но чаще бываетъ наоборотъ и глазное заболѣваніе является послѣдствіемъ общаго заболѣванія напримѣръ корь, спинная сухотка, воспаленіе почекъ, сифились, гнойники и т. п.

Въ страданіяхъ глаза можетъ участвовать и важный факторъ передачи болѣзней наслѣдственность (дальтонизмъ близорукость, пигментные ретиниты и пр.).

Magnus передаетъ два случая съ microphthalmus'омъ,

родившихся отъ бленорройныхъ родителей; iridocyklitis отца даетъ случай врожденнаго microphthalmus'a; изъ 14 браковъ съ 34 дѣтьми, зарегистрированными Magnus'омъ, у 25 проц. было слабое зрѣніе, оттого что родители ихъ хворали глазами; золотушные даютъ 50 проц. по отношенію ко всѣмъ вообще глазнымъ болѣзнямъ; наслѣдственный сифилисъ даетъ karatit. parenchimat. по Cohn'у въ 0,4—0,5 проц. всѣхъ глазныхъ случаевъ (Fuchs 1885 г.).

Что касается трахомы то и здѣсь отмѣчались многими авторами различныя наблюденія, такъ Федоровъ (1896 г.) передаетъ, что трахома у золотушныхъ особенно тяжело протекаетъ, бываетъ упорный pannus, инфильтраты и изъязвленія роговой оболочки. По Фіалковскому, послѣ коревыхъ заболѣваній скоро излечивается трахоматозный pannus. Goldziecher наблюдалъ зерны трахомы при сифилисѣ, исчезнувшія отъ общаго меркуріальнаго леченія; Fuchs также видѣлъ фолликулы при tarsitis siphilitica; гоноррея и золотуха сопровождаются иногда трахоматозными зернами; H. Scmidt-Rimpler (1900 г.) находитъ связь между малокровіемъ и трахомой; по Адамюку врожденный фолликулезъ даетъ предрасположеніе къ трахомѣ; Фельзеръ находилъ въ Павійскихъ госпиталяхъ вмѣстѣ съ трахоматозными и туберкулезныхъ больныхъ; Вотыпка на основаніи своихъ фактовъ считалъ трахоматозную дискразію сходной съ туберкулезной, онъ утверждалъ, что перенесшіе оспу солдаты больше предрасположены къ трахомѣ; по Piringer'у трахоматозный инфильтратъ есть выраженіе золотухи, съ чѣмъ соглашается и Arlt видѣвшій у 2/3 своихъ больныхъ или in statu praesenti, или въ анамнезѣ золотуху, но прибавляетъ авторъ: золотушный можетъ скорѣе стать трахоматознымъ, чѣмъ послѣдній золотушнымъ; флорентійскіе врачи половины 19-го вѣка отмѣчали тѣсную связь между трахомой и золотухой (Кожуховъ); По Рокитанскому золотуха у бѣдныхъ даетъ толчекъ къ развитію пластическаго организующаго эксудата трахомы; Gulz и Hasner признаютъ особую дискразію отъ «трахоматозной крови»; по Кожухову нѣкоторые врачи наблюдавшіе трахому, считали тифъ и малярію болѣзнями, при которыхъ трахома протекаетъ слабѣе и скорѣе оканчивается; Кольчевскій и Авентидійскій (В. О. 1896 г.) приводятъ случаи излеченія трахомы послѣ рожи лица; Ottava (В. О. 1894 г.) наблюдалъ случаи трахомы послѣ золотушныхъ инфильтратовъ роговицы, при psoriasis'ѣ; Кольскій (1898 г.) считаетъ, что число трахоматозныхъ съ ослабленнымъ питаніемъ въ школахъ равняется 52%,
со среднимъ питаніемъ . . . . . 25.
и съ хорошимъ . . . . . 7.

При этомъ среди ученицъ maximum trachom'ы падаетъ на 13-лѣтній возрастъ, въ 14-ть лѣтъ же большинство ихъ начинаютъ менструировать, чѣмъ и объясняется авторомъ связь трахомы съ менструаціями ученицъ; Вальтеръ (1901 г.) при отсутствіи доказательствъ бактеріологической причины трахомы предполагаетъ, что трахома можетъ произойти отъ раздраженія организма скрофулезной аденоидной тканью.

Пр. Шимановскій же считаетъ трахому просто золотухой, а послѣднюю наслѣдственнымъ сифилисомъ по причинамъ связи фолликулярныхъ разростаній глотки, носа и конъюнктивы.

Если отъ флегматика происходитъ флегматикъ, отъ желчнаго — желчный, эпилептика — эпилептикъ, чахоточнаго—чахоточный, то что можетъ помѣшать, чтобы болѣзнь, которою страдаютъ отецъ и мать поразила бы также одного изъ дѣтей, такъ говорилъ еще Гиппократъ, придавая наслѣдственности очень важное значеніе въ распространеніи заболѣваній. которыя могутъ быть или наслѣдственными или предраспоженными.

Если нѣтъ предположенія къ заболѣванію, то внѣшнія причины не могутъ вызвать болѣзни, и всякая болѣзнь можетъ развиться при неблагопріятныхъ условіяхъ, смотря по предрасположенію (Ganbius).

Holland, жившій въ 19 вѣкѣ, приведя наслѣдственность гипертрофій миндалинъ, говоритъ также, что всякій органъ, всякая ткань организма можетъ стать наслѣдственной.

Piorry утверждалъ, что внутреннія причины болѣзней превалируютъ надъ внѣшними и въ силу предрасположенія часто ничтожная причина вызываетъ тяжелый симптомъ

болѣзни, и часто болѣе открытыя болѣзни (напримѣръ туберкулезъ легкихъ) въ этомъ смыслѣ констатируются какъ наслѣдственныя, тогда какъ скрыто протекающая болѣзнь умалчивается и игнорируется.

Патологическая анатомія, бактеріологія, экспериментальная медицина, изучая внѣшнія условія, мало обращаютъ вниманія на внутреннія причины, и эволюція болѣзненныхъ явленій, несмотря на переворотъ произведенный въ естествознаніи Дарвиномъ, остается еще на заднемъ планѣ. Обыкновенно болѣзненная передача бываетъ не прямой, какъ въ нормальныхъ явленіяхъ, а трансформированной, и передается главнымъ образомъ то или иное предрасположеніе, понижается устойчивость организма, и повышается вліяніе внѣшнихъ агентовъ. Мы наблюдали, что чѣмъ больше была врожденная слабость кишечника у дѣтей особенно, тѣмъ рѣзче выражался упадокъ питанія, какъ родовая семейная особенность и въ тѣхъ домахъ встрѣчалась чаще трахома, для которой этотъ упадочный типъ служилъ предрасположеніемъ. И наоборотъ, люди съ подагрическимъ складомъ, съ устойчивымъ кишечникомъ, не расположенные къ золотухѣ, рѣже наблюдались какъ трахоматики. Если же они и заболѣвали, то трахома у нихъ поддавалась излеченію, при чемъ зараженій другихъ въ семьѣ наблюдалось меньше, или послѣднія совсѣмъ не встрѣчались.

Мы можемъ отмѣтить, что дѣти малокровнаго типа особенно среди нѣмцевъ-колонистовъ, живя даже въ культурныхъ условіяхъ, часто подвергаются трахоматозному заболѣванію. Далѣе изъ многихъ наблюденій устанавливается, что въ трахоматозныхъ семьяхъ процессъ трахомы проявлялся скорѣе и быстрѣе опредѣлялся какъ таковой, почему мы и заключаемъ, что общій біологическій фактъ обнаруженія заразныхъ болѣзней примѣнимъ и къ трахомѣ. Наконецъ, въ семьяхъ съ выраженной слабостью глазного аппарата чаще появлялась и хуже протекала трахома. И подобно тому, какъ туберкулезные больные до туберкулеза переносятъ часто золотушныя заболѣванія, такъ и трахоматики въ большемъ процентѣ до заболѣванія настоящею

болѣзнью, страдали фолликулезомъ, и если не удалось установить бактеріологическаго тождеста между трахомой и фолликулезомъ, то установить легко тождество предрасположеній особенно ясное въ группахъ больныхъ до 25 лѣтъ и главнымъ образомъ принадлежащимъ къ золотушному типу.

ТАБЛИЦА ВОЗРАСТНЫХЪ ГРУППЪ ТРАХОМЫ.

Квятковскій.

до года	0,7%
» 1— 5	4,2
» 6—10	10,5
» 11—20	32,8
» 21—40	30
» 41—60	17
» 61—80	4
Свыше 80	0,2

Масляниковъ.

Среди вотяковъ отъ 1—10 л.	30—40%
» русскихъ	13

Евецкій.

Соликамскій уѣздъ, Пермской губ.

0—10 лѣтъ	2%
1— 5 »	6

Геркенъ.

Спасскій уѣздъ, Казанской губ.

0—6 лѣтъ . . . . . $^2/_5$ дѣтей трахомныхъ

Тезяковъ.

Саратовской губ.

0— 1 года	0,6%
20—39 »	34
40—59 »	31

Шингаревъ.

Воронежской губ.

0—15	10,7%
20—40	38,7
0—10	3,5
10—20	13,6
20—50	60

Кенигсбергъ.

Оренбургской губ.

15—40	45%

ТАБЛИЦА РАСПРЕДѢЛЕНІЯ ТРАХОМЫ ПО НАЦІОНАЛЬНОСТЯМЪ.

Квятковскій.

русскіе	33%
молдоване	12
евреи	51
нѣмцы, французы, поляки	2
армяне, цыгане, турки	0,5

Фишъ.

чуваши	77%
мордва	57
башкиры	7
татары	7
русскіе	12

Краузъ.

мусульмане	47%
армяне	19
русскіе	7,4

Каневскій.

среди вотяковъ Глазов. уѣзда. до 100%

Muller

среди арабовъ въ Каирѣ . . . до 100%

Каневскій

среди чувашей . . . . . до 100%

Спасск. уѣзда, Казанской г.

татаръ	80
русскихъ	20

Садовскій

среди чувашей	90
» татаръ	50

Лобановъ

чуваши (Уфимск. губ.) 90%

Шингаревъ

Воронеж. г. Великороссы	10%
Малороссы	16,9

Масляниковъ

русскіе	30%
вотяки	70

Ивановъ

Казанской г. чуваши 50%

Цивильскій уѣздъ.

Сычевъ

Козмодемьян. уѣздъ, Казан. г.

чуваши 80%

Добросердовъ

среди черемисовъ	60—90%
» русскихъ	13

Дедюринъ

Малмыж. уѣздъ, Вятской г.

русскіе	7%
вотяки	27

Геркенъ

Спасскій уѣздъ, Казанск. г.

чуваши	56%
русскіе	5

Дедюринъ

Сюмс. уѣздъ, Вятск. г.

русскіе	22%
вотяки	78

ТАБЛИЦА ТРАХОМЫ ПО СОСТОЯНІЮ

Квятковскій

Имущіе классы	16,3%
малоимущіе	83,7
ремесленники, прислуга, извозчики	27

Кареницкій

среди грамотныхъ	21%
» неграмотныхъ	37

Шингаревъ

среди сельскихъ рабочихъ	26%
» школьниковъ	15
интеллигентныхъ профес.	5,8

Дьяконовъ

среди грамотныхъ слѣпыхъ въ Москвѣ	0,061%
среди неграмотныхъ	0,15
въ Будапештѣ	0,065%
	0,35
въ Ирландіи	0,094
	0,16

Тезяковъ

Саратовской губ.

чуваши	63%
татары	56
мордва	39
нѣмцы	32
русскіе	9—15

Глава VI.

Осложненія и послѣдствія трахомы.

Трахома, какъ хроническая болѣзнь съ характеромъ органическаго видоизмѣненія, даетъ не малое число различныхъ осложненій, съ которыми особенно часто приходится встрѣчаться въ деревнѣ, гдѣ случаи осложненій трахомы велики и заставляютъ больного прибѣгать вопреки всей небрежности и невнимательности къ помощи врача. Процентъ осложненій при трахомѣ очень важенъ, т. к. является во-первыхъ показателемъ сознательности населенія и съ другой стороны мѣриломъ постановки глазной помощи.

Изъ 980 трахомныхъ, прошедшихъ чрезъ амбулаторіи Александр. уѣзда, Екатерин. г. осложненій было 40 проц., при чемъ pannus въ 20 проц., trichias et districhias 9,7, entropion 6, atrophia oculi 0,5. При поголовномъ осмотрѣ 9397 душъ уѣзда на 846 трахоматозныхъ нами обнаружены осложненія въ такомъ количествѣ: pannus 12 проц., trichias 4,8, entropion 3, atrophia ocul 1,5; synblepharon 3,6, xeros 0,8, ulcera 0,1, keratoectasia 0,4, утолщеніе хряща 2,0, атрофія хряща 0,3 ankyloblepharon 0,1, bleparophimos 8,0.

По Бейвелю (1897 г.) трахома встрѣтилась въ 2,8 проц. ко всему населенію съ 63 проц. осложненій при чемъ pannus далъ 33 проц., entropion 20, trichiasis 7, deformatio cartil super 1,5, ulcus corn. 1,5.

Бѣлиловскій наблюдалъ трахоматозныхъ въ 4 проц. къ населенію вообще, съ 26 проц. осложненій, изъ нихъ pannus 19 проц., entropion 1, trichiasis 4,6, districhiasis 1,1.

Алянчиковъ среди трахоматиковъ въ 4,8 проц. къ населенію имѣлъ до 19 проц. осложненій; pannus въ 18,2 проц.

ulcus corn. 0,35, keratoectasia expanno 0,8, xerosis 0,4, утолщеніе хряща 1,3, искривленіе хряща 2,3, symblepharon 3,3, entropion 3,5, trichiasis 8,5, blepharophimos 5,0, ankyloblepharon 0,1 атрофія хряща 0,2.

Кореницкій распредѣляетъ трахоматиковъ 3,5% къ населенію, при чемъ осложненія были такія; pannus 21 проц., trichiasis 9, entropion 5,3, symblephar 1,4, xerosis 0,7, ulcera corn. 0,3, prolaps. irid. 0,1,

По Масляникову (1905 г.) на 6411 случаевъ трахомы среди вотяковъ Малмыжскаго уѣзда имѣлось 100 проц. осложненій: pannus 3000 случаевъ, trichiasis 2000, entropion 1200, xerosis 211 душъ.

Осложненная трахома вообще встрѣчалась по разнымъ авторамъ въ такомъ количествѣ:

Алянчиковъ . . .	11,2% среди русскихъ
	25,5 среди кореллъ
Бондаревъ . . .	19
Геркенъ	14
Кушевъ	39
Хорцевъ	46
Габриловичъ . .	52
Андогскій . . .	53
Блессигъ	62
Вальтеръ	68
Костеничъ	20
Козловскій . . .	14
Путято	40
Сергіевъ	29,7
Ганжинскій . . .	16,3
Масленниковъ . .	100
Самсоновъ	40

По Бочковскому:

	trichias et entrop.	pannus.
Вологодская губ. .	43,6	28,6
Петербургская . .	28	33
Новгородская . . .	22	25
Псковская	33	51
Тверская	27	20
Московская]	27	19
Владимирская . .	20	14
Костромская . . .	32	24
Нижегородская . .	39	31
Казанская	37	32
Симбирская	42	31
Самарская	27	38
Саратовская . . .	20	25
Пензенская	27	29
Вятская	48	36
Пермская	30	35
Уфимская	53	55
Оренбургская . . .	45	34
Витебская	28	14
Минская	35	39
Могилевская . . .	35	36
Ковенская	34	36
Виленская	37	41
Гродненская . . .	22	25
Волынская	18	24
Подольская	36	28
Кіевская	16	32
Черниговская . . .	30	26
Полтавская	13	18
Харьковская . . .	11	19
Смоленская	43	35
Калужская	50	43
Тульская	26	27
Рязанская	36	38
Тамбовская	27	23
Орловская	14	12

	trichias	et entrop.	pannus.
Курская	16		9
Воронежская . . .	39		20
Екатеринославская	26		37
Бессарабская . . .	12		21
Херсонская . . .	16		32
Таврическая . . .	18		45
Область Войск. Дон.	31		40
Астраханская г. . .	22		22
Эстляндская . . .	29		30
Лифляндская . . .	18		33
Курляндская . . .	31		39
Сувалкская . . .	16		26
Калишская . . .	27		30
Ставропольская . .	18		31
Кубанская	16		34
Кутаиская	14		8
Дагестанская обл. .	22		29
Бакинская	17		48
Елизаветпольская .	27		44
Эриванская . . .	56		17
Тобольская губ. .	41		47
Томская	50		22
Енисейская . . .	28		24
Иркутская	26		19
Забайкальская обл.	36		45
Приморская . . .	23		21
Уральская	73		57
Акмолинская . . .	31		17
Семирѣченская . . .	25		43
Закаспійская . . .	41		34
Самаркандская . . .	55		10
С.-Дарьинская . . .	41		39

ОТДѢЛЬНО PANNUS РЕГИСТРИРОВАЛСЯ РАЗЛИЧНЫМИ АВТОРАМИ ВЪ СЛѢДУЮЩЕМЪ ВИДѢ:

Рейнгардъ	52%
Геркенъ	19
Вальтеръ	44,6
Чистяковъ	50
Очаповскій	36
Чемолосовъ	33
Мерцъ	12,5
Бейвейль	13,3
Бѣлиловскій	19
Алянчиковъ	18,2
Кореницкій	21
Маслянниковъ	45
Врачи Евген. Госпит.	12,5
Хорцевъ	19
Новкунскій	56
Андогскій	50
Самсоновъ	12—20

Трахома, развиваясь среди малокультурнаго, малоимущаго люда преимущественно въ деревняхъ, гдѣ помощь населенію поставлена еще далеко не совершенно, даетъ тамъ особенно рѣзкія формы осложненій, съ которыми приходится часто встрѣчаться и которыя требуютъ особеннаго вниманія въ смыслѣ леченія. Мы имѣемъ въ виду ослож-

ненія со стороны хряща и роговой оболочки. Какъ говоритъ Arlt трахома есть пластически-эксудативное воспаленіе конъюнктивы, и этотъ эксудатъ отлагается въ существо самихъ хрящей, отчего послѣдніе утолщаются дѣлаются упругими, маргинальный край ихъ исчезаетъ, вѣко заворачивается, железки мѣстами растягиваются, частью запустѣваютъ, пучки поперечно-полосатыхъ мышцъ раздвигаются. Въ хрящѣ по Saemisch'у происходитъ сильная инфильтрація лимфоидными клѣтками и разрощеніе соединительной ткани съ жировыми мѣстными перерожденіями мейбоміевыхъ железокъ. Особенно порожается воспалительнымъ процессомъ средина хряща, гдѣ наблюдается по Bahlman'у въ это время мелкоклѣточная инфильтрація, гіалино и амилоидно перерожденныя глыбки, суженные протоки, кисты среди железокъ, инкапсулированіе лимфоидной ткани, при этомъ механически натягиваются обѣ стороны хряща и производится перегибъ на $^1/_3$ высоты хряща верхняго вѣка, соотвѣтственно Арльтовской рубцовой полоскѣ, при чемъ уголъ искривленія бываетъ различнымъ въ зависимости отъ сокращенія конъюнктивы и соединительной ткани, искривляются на мѣстѣ перегиба и мейбоміевы железки, конъюнктива здѣсь утолщается, рѣсницы и устья железокъ приближаются къ плоскости глаза, край вѣка атрофируется и въ своемъ перемѣщеніи можетъ достичь того, что переднее ребро его становится верхнимъ, а заднее нижнимъ, кожная же губа края вѣка становится въ плоскости конъюнктивы.

Пучки Ріолановой мышцы края вѣка атрофируются, Мейбоміевы железки открываясь въ конъюнктивальный мѣшокъ встрѣчаютъ чуждую себѣ химическую среду, конъюнктива разростается, тонусъ мышцы и характеръ физіологическаго сцѣпленія, удерживающіе вѣко въ соприкосновенія съ глазнымъ яблокомъ нарушаются, и полнаго соприкосновенія здѣсь уже не встрѣчается; физіологическія препятствія къ завороту, плотность хряща, эластичность кожи, напряженіе тарзальной фасціи, паралелизмъ интермаргинальныхъ плоскостей нарушаются и вѣко все болѣе и болѣе сокращается.

Хрящъ, будучи по выраженію Bälman'а скелетомъ вѣкъ, утолщается, заходя далеко за предѣлы нормальной толщины 1 mm., получается явленіе entropion'а — простого искривленія или же trichiasis'а—искривленія, осложненнаго новообразованными, ненормально растущими рѣсницами. Это явленіе вмѣстѣ съ выдѣленіемъ ненормальной секреціи въ конъюнктивальный мѣшокъ заставляетъ еще болѣе сокращаться круговой мускулъ и производитъ блефороспазмъ, который прежде считался просто фотофобіей отъ прилива крови къ сѣтчаткѣ глаза, тогда какъ блефороспазмъ существуетъ и въ темнотѣ безъ свѣтового раздраженія вслѣдствіе того, что является рефлекторной судорогой чрезъ посредство тройничнаго нерва, при этомъ бываетъ и сильное слезотеченіе отъ раздроженія вѣточекъ trigemini, идущихъ къ слезной железѣ и суженіе зрачка отъ сокращенія сфинктера радужной оболочки на столько, что даже атропинъ иной разъ дѣйствуетъ медленно и туго, что указываетъ на сильную степень раздраженія.

Слѣдующее важное осложненіе трахомы есть pannus, (keratit vasculos, keratit pannos, kerat diffusainterior s. subepitelial.). По Rählman'у pannus есть трахома роговицы, появляющаяся въ зависимости отъ индивидуальныхъ предрасположеній и отъ общаго состоянія больного то раньше, то позже; pannus даетъ въ большинствѣ (75 проц.) случаевъ слѣпоту отъ трахомы.

По Donders'у это новообразованіе между эпителіемъ и Боуменовой оболочкой, развивающееся и въ паренхиму роговицы, эпителій при этомъ разростается, Боуменова оболочка исчезаетъ.

Rhein считаетъ pannus за реакцію раздраженія отдѣляемаго трахоматозныхъ зеренъ на роговицу.

Graefe различаетъ pannus tenuis, vasculosus, crassus, carnosus, sarcomatosus, chronicus s. vulgaris. Здѣсь имѣется клѣточная инфильтрація между эпителіемъ и Боумановой оболочкой, новообразованные сосуды, утолщенный эпителій, изъязвленія и помутнѣнія, прободенія, xerophthalmus, simblepharon postic. Pannus можетъ быть травматическій, механическій или репарціонный отъ тренія зеренъ и органи-

ческій, грануляціонный, трахоматозный (Arlt.) отъ распространенія процесса на роговицу. Hasner и др. признаютъ только одинъ видъ pannus'a механическій или травматическій, тогда какъ пр. Мейеръ различаетъ 4 вида: грануляціонный, травматическій, фликтенулезный, химическій.

Далѣе, исходя изъ данныхъ общей паталогіи, pannus можно считать, какъ разстройство компенсаціи конъюнктивы глазного яблока, которая какъ и всякая органическая часть способна на опредѣленную максимальную работу и сопротивляемость, когда же послѣднія нарушены, разстраивается конпенсація органа и начинаетъ дѣйствовать потенціальная сила роговицы въ видѣ развитія заднихъ конъюнктивальныхъ сосудовъ и ихъ анастамозовъ.

Пр. Мейеръ опредѣляетъ pannus, какъ инъекцію подконъюнктивальныхъ и конъюнктивальныхъ сосудовъ около роговицы и на роговицѣ подъ или надъ Боуменовой оболочкой. Измѣненіе блеска роговицы, отложеніе эксудата, образованіе сосудовъ это и есть pannus (Прокопенко), влекущій подъэпителіальную инфильтрацію, образованіе сосудовъ lumbiconjunctivae, гипертрофію эпителія, разрушеніе оболочки Bowman'a, инфильтрацію и образованіе соединительной ткани въ роговицѣ.

Pannus еще тѣмъ опасенъ, что нарушаетъ функцію роговицы, служащей защитой передней камеры глаза подобно тому, какъ хрусталикъ съ zonula Zinnii служитъ барьеромъ для заднихъ отдѣловъ глаза (опыты съ флюоресциномъ пр. Беллярминова и Долганова и съ 10 проц. k.-j. Андогскаго), если же повреждается внутренность глаза, то это имѣетъ характеръ жестокаго страданія и пропорціонально этому существуетъ опасность для зрѣнія. Прежде всего появляется kerectasia s. уменьшеніе тонуса роговицы и воспаленіе ириса, которое узнается увеличеніемъ перикорнеальной инъекціи несоразмѣрно со страданіемъ роговицы, чувствительностью къ свѣту и раздражительностью. Это распознаваніе мы считаемъ особенно важнымъ и оно часто просматривается тѣми, кто продолжаетъ и при немъ назначать прижигающія средства, усиливающія страданія.

Такъ намъ приходилось наблюдать въ 35 проц. всѣхъ

случаевъ pannus'a—пластическій иритъ, леченный прижиганіями не только фельдшерами, но и врачами, при чемъ почти половина всѣхъ случаевъ давали трудно поправимыя страданія, осложненія язвами, глубокія инфильтраціи ириса съ выдѣленіемъ мутнаго содержимаго въ переднюю камеру глаза, тогда какъ оставленіемъ прижигающихъ средствъ, своевременнымъ распознаваніемъ ранняго ирита при трахомѣ, процессъ скоро локализировался, инфильтрація дѣлалась свѣтлѣе, эпителій пріобрѣталъ болѣе блестящій видъ, и число потерь роговицы уменьшалось, пріобрѣтая видъ маленькихъ мутныхъ фасетокъ, тогда какъ въ запущенныхъ случаяхъ роговица становилась мутной какъ бы сухожильной.

Одно изъ особенно рѣзкихъ послѣдствій трахомы, регистрируемыхъ въ деревнѣ есть слѣпота, которую мы и выдѣляемъ въ отдѣльную рубрику, т. к. въ отношеніи слѣпоты трахома по многимъ авторамъ занимаетъ 1-е мѣсто (Алянчиковъ, Бондаревъ, Сергіевъ, Тепляшинъ, Дьяконовъ, Головинъ и др.) поражая преимущественно рабочій зрѣлый возрастъ, дѣлая его увѣчнымъ, т. к. слѣпота не является уже болѣзнью, а исходомъ болѣзни или увѣчьемъ, «der Blinde ist bürgerlich todt» говоритъ Beer.

Изъ многихъ критеріевъ слѣпоты (Katz, Zehender, Pablasek, Emmert, Seidelmann, Magnus, Fuchs, Smidt-Rimpler и др.) наибольшей точностью и положительностью отличается Smidt-Rimpler'овскій, когда слѣпымъ признается тотъ, кто считаетъ пальцы не дальше $^1/_3$ метра и сообразно съ этимъ мы будемъ разсматривать всѣ случаи слѣпоты отъ трахомы.

По даннымъ Попечительства о слѣпыхъ въ 1881 году Россія насчитывала до ста тысячъ слѣпыхъ, къ 1886 году число ихъ поднялось до 189872 и уже въ 87 году до 220 тысячъ т. е. одинъ слѣпой человѣкъ приходился въ Россіи на 500 зрячихъ.

Тогда какъ по сравнительной статистикѣ ихъ было:

въ	Даніи на	1429
»	Саксоніи на	1406
»	Швеціи »	1241

»	Бельгіи »	1232
»	Франціи »	1178
»	Австріи »	1120
»	Англіи и Ирландіи на . .	1015
»	Венгріи на	750
»	Норвегіи »	732

(Скребицкій).

Огромное число слѣпыхъ у насъ въ Россіи регистрируется среди инородцевъ. Такъ Суховъ въ Шихазанахъ Казанской губ. имѣлъ до 80,2 проц. трахомы среди обращавшихся глазныхъ больныхъ, при чемъ почти 95 проц. обращавшихся трахоматиковъ чувашей были слѣпыми. Въ этомъ мѣстѣ, поражающемъ насъ по развитію слѣпоты, Суховымъ на 3638 осмотрѣнныхъ глазныхъ больныхъ найдено было 287 абсолютно слѣпыхъ и 352 слѣпыхъ на одинъ глазъ преимущественно отъ трахомы. По даннымъ Скребицкаго изъ числа слѣпыхъ призывного возраста за 5 лѣтъ по 63-мъ губерніямъ Россіи (съ 79—83 год.) было 13686 человѣкъ и 9059 лицъ, съ ослабленнымъ зрѣніемъ (кривыхъ, полузрячихъ и т. п.). Въ Екатеринославской губ., говоритъ Скребицкій, есть мѣста, гдѣ на 95 зрячихъ приходится одинъ слѣпецъ. Статистикъ слѣпоты Дьяконовъ считаетъ у насъ въ Россіи на каждые 10 тысячъ жителей отъ 16,9—38,5 слѣпыхъ, тогда какъ

Англія и Валисъ имѣютъ.	8,8	слѣп.
Австрія имѣетъ . . .	9,1	»
Швейцарія » . . .	7,6	»
Нидерланды » . . .	4,5	»
Бельгія » . . .	5,8	»
Франція » . . .	7,7	»
С.-Америка » . . .	9,8	»
Алжиръ » . . .	23,2	»
Испанія » . . .	14,8	»
Финляндія » . .	21	»
Исландія » . . .	26	»

Почти всѣми авторами отмѣчается фактъ громаднаго процента слѣпоты среди сельскихъ жителей, въ четверо больше, чѣмъ слѣпые въ городахъ. Число ослѣпшихъ отъ трахомы женщинъ также почти вдвое превосходитъ таковое же число мужчинъ. Далѣе maximum слѣпыхъ отъ трахомы падаетъ на возрастную группу отъ 50—60 лѣтъ.

Кореницкій въ Броннинск. уѣзд. Московск. губ. на 19711 осмотрѣнныхъ, зарегистрировалъ 67 слѣпыхъ т. е. 1 къ 294 всего населенія или 0,34 проц. къ осмотрѣннымъ.

Маслянниковъ въ Малмыжск. уѣздѣ, среди сильно распространенной трахомы отмѣтилъ 7,4 проц. слѣпыхъ къ 12531 осмотрѣнныхъ. Андогскій въ Сарапул. уѣздѣ Вятск. губ. на 6393 осмотрѣнныхъ нашелъ 405 случаевъ слѣпоты, большая треть которой была вслѣдствіе трахомы. Дараганъ въ Подольск. губ. на 7927 осмотрѣнныхъ отмѣтилъ 901 случай слѣпоты.

Сто семьдесятъ четыре глазныхъ отряда съ 1893—99 г. зарегистрировали около 21 тысячи слѣпыхъ, при чемъ 1 слѣпой приходился на 14 глазныхъ больныхъ. Гиджецъ въ Темиръ-Ханъ-Шурѣ зарегистрировалъ 4,3 проц. слѣпыхъ преимущественно отъ трахомы. Бѣлиловскій въ Тамбовской губ. на 1083 глазныхъ имѣлъ 63 слѣпца опять таки главнымъ образомъ вслѣдствіе трахомы.

Диканская въ Закасп. области на 2183 глазныхъ отмѣтила 14,5 проц. слѣпыхъ въ третьей части отъ трахомы. Крымгольцъ въ Витебской губ. на 6040 зарегистрованныхъ нашелъ 10 проц. неизлѣчимо слѣпыхъ. Добросердовъ въ дер. Чигашевѣ на 187 глазныхъ имѣлъ 3 проц. слѣпыхъ преимущественно отъ трахомы, въ дер. Энгенъ—5 проц., въ дер. Тайбековой тоже 5 проц., въ «Березовой» русской деревнѣ 0,5 проц. слѣпоты.

Пр. Головинъ говоритъ, что среди населенія Россіи трахома занимаетъ первое мѣсто, какъ причина слѣпоты 21,4 проц. всѣхъ слѣпыхъ, Германія—9,4 проц., Франція—1,9 проц.

Такъ какъ вопросъ о слѣпотѣ тѣсно связанъ съ вопросомъ о трахомѣ, мы и считаемъ нужнымъ здѣсь привести слова д-ра Скребицкаго, который говорилъ, что необходимо признать слѣпоту въ Россіи вопросомъ созрѣвшимъ на столько, что не одни врачи, но и общество, и государство

обязаны оказывать содѣйствіе ограниченію зла, пустившаго глубокіе корни. Нужно поставить на очередь изученіе причинъ ослѣпленія населенія въ разныхъ мѣстахъ Россіи наряду съ мѣрами къ ихъ выздоровленію, не упускать случая всѣми средствами напоминать въ средѣ, съ которой соприкасаетесь, одну особенность трахомы, могущей кончиться или ослѣпленіемъ, или исцѣленіемъ или улучшеніемъ. Семья и страна въ случаѣ слѣпоты больного лишается кормильца и работника. Болѣзненный процессъ его кончится ослѣпленіемъ, но не окончатся страданія ослѣпшаго. Исчезъ работникъ, явилось новое бремя для семьи и общества. Общество, невнемлющее указаніямъ науки и опыта, повинно въ постигающемъ его сочленовъ несчастьи и должно нести за это отвѣтъ и матеріальный, и моральный. Не путемъ милостыни должны исправляться упущенія, не въ подаяніи нуждаются труженники, а въ силѣ и умѣньи, что невозможно безъ свѣта. Поэтому побольше свѣта и умственнаго и физическаго!

Другой изслѣдователь слѣпоты въ Россіи пр. Дьяконовъ говоритъ, что трахома является не только несчастьемъ для самого больного, но она зло общественное. Въ каждомъ трахоматозномъ общество на время, а можетъ быть и навсегда теряетъ не только своего члена, но и тратится на на его призрѣніе. По Magnus'у всякимъ, потерявшимъ зрѣніе, въ Германіи причиняется государству убытокъ въ 965 марокъ, считая 600 марокъ силу рабочую и 365 марокъ содержаніе. При плохихъ санитарныхъ условіяхъ слѣпыхъ приходится 15 и больше на каждые 10000 населенія, при удовлетворительныхъ—таковыхъ всего 10 человѣкъ, при хорошихъ—6, три же слѣпца на 10000 населенія въ настоящее время какъ бы неизбѣжная повинность человѣческаго рода.

ПО РАЗЛИЧНЫМЪ АВТОРАМЪ ТАБЛИЦА СЛѢПОТЫ РАСПРЕДѢЛЯЕТСЯ СЛѢДУЮЩИМЪ ОБРАЗОМЪ:

ИМЯ АВТОРА.	На 10 тыс. населенія.	Отъ трахомы.	Проц. ослѣпленія отъ оспы.	Общихъ болѣзней.	Слѣпота врожденная.	Отъ поврежденія глазъ.
Бейбель	18	45,5	8%	8%	4%	13%
Алянчиковъ.	19,5	40,5				
Гинзбургъ	17	30				
Кареницкій	34	16,4				
Ковальскій	20					
Ганжинскій	25	30				
Пермской губ.	27					
Сергіевъ	40	29,7	—	20,2	1,9	
Беллярминовъ	20					
Тепляшинъ		37,8				
Крымгольцъ.		45				
Katz		21				
Добросердовъ		40				
Бѣлиловскій	13	11,7	—	24,5	5,8	11,6
Рейнгартъ		36	4	5	4	
Печниковъ		24,5	10			
Андогскій		38				
Кушевъ		82				
Рудинъ	19					
Летучіе окул. отряды		22,6				
Цент. Стат. Комитетъ	21					
Іэльзонъ		30,8				
Стефанъ		35				
Дьяконовъ		0,7	—	16,9	3,2	3,2
Диканская		23,6	12			
Magnus		29,2	-	20	16	4,7
Сироткинъ		35				
Cohn		1,7				
Trousseau		3,8				
Rossler		0,3				
Цвибакъ		30				
Масленниковъ		58				
Бѣльскій		21				
Raelman		59				
Толмачевъ		30				
Чистяковъ		39				
Wilder		9,9				
Очаповскій		12				
Дараганъ		28				
Чемолосовъ		20				
Лазаревъ		34				
Комаровичъ.		45				
Долгановъ		27	10			
Золотницкій	30	70				
Изачивъ		14,3				
Ковальскій		2,1				
Хорцевъ	16	36,6				
Бондаревъ		17,6	14,7	—	—	8,8
Вайнштейнъ		21				
Бергеръ		31				
Максимовичъ		25				
Бочковскій		25,1-40				
Европ. Госуд. (по Рудину) Cohny	10	14				
Рейнгартъ		36				
Фишъ		50				
Головинъ		21				

Глава VII.

Леченіе трахомы.

Въ этомъ отдѣлѣ мы коснемся терапевтическихъ взглядовъ относительно трахомы, раньше существовавшихъ и приложимыхъ въ настоящее время. Въ этомъ отношеніи сдѣлано также мало, какъ и въ смыслѣ бактеріологическихъ или анатомическихъ исканій, и здѣсь изъ массы предлагавшихся веществъ приходится выбирать только самыя положительныя и весьма немногія.

Еще при Гиппократѣ двѣнадцать вѣковъ назадъ при заболѣваніяхъ конъюнктивы употреблялся антисептическій способъ леченія: прокипяченой водой, дегтемъ, алкоголемъ, морской солью, мѣдью, горькими средствами, резиной, огнемъ и т. п. За это время испробована масса средствъ, и въ результатѣ то, что какъ и раньше, такъ и теперь въ борьбѣ съ трахомой мы стоимъ все съ той же палочкой купороса въ одной рукѣ и ляписомъ въ другой, которые считаются и понынѣ общеупотребительными и реальными средствами при трахомѣ. Въ леченіи глазныхъ заболѣваній въ старину еще полагались кромѣ разныхъ средствъ на средства самой природы, которая уже Гиппократомъ считалась великимъ врачевателемъ болѣзней и только «полагаясь на ея цѣлебныя силы, можно содѣйствовать излеченію послѣднихъ».

Когда знанія человѣчества стали пополняться, когда послѣднее пріобрѣло большой опытъ, люди, отдавая должное природѣ—лечителю, какъ пару, двигающему корабль, стали признавать, такъ сказать, и необходимость кормчаго,—медицина же какъ отрасль знаній стала подыскивать всевозможныя средства, помогающія и направляющія лечительныя силы природы. По причинѣ запутанности патологической картины трахоматозныхъ заболѣваній мало установлена и терапія трахомы, чему по мнѣнію пр. Baelman'a способствовали увлеченія офтальмоскопомъ и микроскопомъ, начиная съ половины XIX в.—когда были заброшены наружныя заболѣванія глаза и въ томъ числѣ трахома, тогда какъ распространеніе послѣдней стало пріобрѣтать не только медицинскій интересъ, но и соціальный, являясь народнымъ зломъ.

Особенно древними средствами противъ трахомы считались ляписъ и купоросъ. Такъ по Baelman'у въ началѣ IX вѣка въ Западной Европѣ существовалъ способъ прижиганій свѣжихъ грануляцій палочкой ляписа чрезъ каждые 10 часовъ, купоросъ же назначали въ случаяхъ мелкихъ плотныхъ некровоточивыхъ грануляцій. На ряду съ этимъ такъ сказать раціональнымъ леченіемъ примѣнялось и общее леченіе героическаго характера. По описанію Флоріо, практиковалось окуриваніе глазъ хлоромъ, получаемымъ по способу Morbo изъ смѣси марганца, поваренной соли, сѣрной кислоты и воды, общее кровопусканіе изъ локтевой вены до обморока или настоящаго collapsus vasorum, что достигается послѣ извлеченія $1^1/_2$—2 ф. крови «если обморокъ наступилъ послѣ извлеченія только 5—6 унц. крови, то не прекращай кровопусканія и не закрывай вены, а успокоивъ больного продолжай дѣло сіе дальше, обморокъ самъ по себѣ споспѣшествуетъ уменьшенію воспаленія, онъ ослабляетъ нервы и укрощаетъ волненіе крови». Я дѣлалъ, говоритъ Флоріо, много кровопусканій дѣтямъ 10—12 лѣтъ и никогда не раскаивался въ этомъ. Къ височной артеріи приставляли не менѣе 10 пьявокъ, далѣе приставляли пьявки къ носовой перегородкѣ, къ угламъ глазъ и т. д., словомъ встрѣчали врага «огнемъ и мечомъ». Calomel внутрь, горькая соль, рвотныя, потогонныя, ванны съ золой, солью и горчицей, различныя раздражающія средства. При трахомѣ съ сильнымъ блефароспазмомъ употреблялось сжиганіе на затылкѣ «мокса», подъ этимъ нужно понимать кусокъ хлопчатой бумаги, смазанной двумя частями скипидара и одной частью эфира. Подобно этому прикладывалось

къ вискамъ раскаленное желѣзо. Какъ промывные препараты употреблялся растворъ дегтя, льняного сѣмени, alteae, malvae, capitis papaveris, молоко съ известковой водой, окачиваніе теплой головы ледяной водой; при трахомѣ съ помутнѣніями роговицы: cheledonium, ol tauri, lini, taraxici, aloe, borax, subcarbonassodae, цинкъ, мѣдь, сѣра, ляписъ, аллюминій, гиппократовскій ophtalmoxysis, растиранія слизистой оболочки жесткими веществами отъ сукна до колющихъ растеній.

Въ 30-хъ годахъ прошлаго вѣка Англійскій Санитар. Совѣтъ рекомендовалъ купоросъ въ палочкѣ, какъ исключительное средство противъ трахомы, затѣмъ лѣтъ чрезъ двадцать сталъ распространяться въ порошкѣ уксусно-кислый свинецъ, извѣстный еще египтянамъ и конкурирующій одно время съ ляписомъ; въ средѣ этихъ средствъ купороса, ляписа и свинца Bendz, Wotypka, Graefe, отдавали преимущество первому средству. Въ сороковыхъ годахъ практиковался таннинъ, алюменъ, въ настоящее же время они считаются полезными въ случаяхъ леченныхъ купоросомъ, когда послѣдній уже перестаетъ дѣйствовать, а ляписъ сильно раздражаетъ. Въ шестидесятыхъ годахъ (Кожуховъ) употреблялся lapis mitigat infernal. (смѣсь чистаго ляписа съ селитрой), во избѣжаніе рубцовъ, сращеній и окрашиваній роговицы, ляписъ растворяется въ пропорціяхъ 6—10% и имъ осторожно смазывались вѣки, вывороченныя и сдвинутыя такъ, что глазное яблоко совершенно изолировано. Далѣе Arlt употреблялъ ляписныя палочки, состоящія изъ смѣси чистаго ляписа и аравійской камеди поровну вслѣдствіе того, что палочки эти не такъ скоро разлагаются на воздухѣ.

Наконецъ въ разное время при трахомѣ рекомендовались всевозможныя средства, о которыхъ мы упоминаемъ, какъ имѣющихъ историческій интересъ и указывающихъ на массу терпевтическихъ исканій, съ другой же стороны на огромную потребность въ нихъ: сѣрнокислый кадмій (Wotypka), растворы перекиси водорода, асептола, іодола, креолина, резорцина (Panas), трихлоріодъ 1:5000, формалинъ, іодоформъ, антипиринъ, салолъ, резорцинъ въ маслѣ, 1:3

масло грецкихъ орѣховъ ol nucum juglandis, ферментъ саguасауа рарауа съ борной кислотой (Адамюкъ), acid. chromic, красная бѣлая и желтая ртуть, argyrol, itrol, actol (Meyer), largin 10%, protargol 5—50%, Argentamin 5% (Снегиревъ), ichthargan 5% (Кубли 1903 г.), collargol (Trouseau), бензойнокислый литій 2—10% при помутнѣніяхъ отъ трахомы (Mazet), Kalihypermanganici 10%, Hydrarg. bichloric bijodat 1—3 проц. (Мокріевичъ 1894 г.), acid lactici (Mosetig-Moorgoff) какъ разрушающее новообразованіе, клѣтки котораго обладаютъ малой біологической силой; Мокріевичъ и Рейхъ предпочитаютъ палочкѣ купороса капли cuprisulf. въ глицеринѣ 10—15 частей, капли съ частью іода плюсъ двѣ части іодистаго калія и 2000 воды, электролизъ (Malgat) съ положительнымъ полюсомъ на руку и отрицательнымъ на конъюнктиву (1895 г.), подконъюнктив. инъекціи сулемы 1 pro mil., или хлористаго натра 3 проц. Кацауровъ), zincosozoiodol 5—10 проц. повторяя чрезъ 3 дня (Бѣлиловскій 1896 г.), спиртовый растворъ креозота, тіоформъ, эмульсія креолина 1—2 проц. при рубцовой трахомѣ. 5 проц. растворъ фосфорно-кислаго серебра Bruns (1897 г.), iodvasogen 1—4 проц. (Яковлевъ 1897 г.), іодъ въ эфирѣ или глицеринѣ 1—3 проц., электролизъ въ 3 М. А. отрицат. электродъ къ щекѣ, а положительный на вѣко (Сироткинъ 1899), электролизъ (по Keiper'у 1899 г.), въ 3—5 МА съ отрицательнымъ полюсомъ на затылокъ, съ положительнымъ на конъюнктиву вѣка, Василенко въ 1899 г. рекомендовалъ іодистое серебро in stat. nascendi, 3 капли 20 проц. іодистаго калія съ 3-мя каплями 20 проц. азотнок. серебра съ промываніемъ борной кислотой чрезъ минуту; далѣе рекомендовался электролизъ подъ хлороформомъ (Брюс. клиникъ 1900 г.) съ 5 М. А. отрицат. полюса къ грануляціямъ при чемъ шарикомъ съ сулемой удаляютъ жидкость и кровь, въ случаяхъ же запущенныхъ чрезъ 3 дня послѣ электролиза примѣняли 5 проц. хекирити, jequiritol Merk испытанъ Маклаковымъ въ 1903 г., 5 проц. argyrol, cuprocitrol 5—10 проц. мазь, сулема 1—1/2 проц. (Кацауровъ), (по Oleman'у употреблялись различныя кислоты сѣрная, хромовая, уксусная, іодная и др. chinin, antipyrin, нефть, керосинъ. кра-

пива, палочки съ іодомъ, airol, alumnol, europhen, ychthiol 50 проц. ichthalbin, ichthoform, iodol, sanoform, tannoform, xeroform, B. Naphthol, cuprocin (Galezoski'й 1902 г.) thigenol 3—50 проц., gujacol cum cupro sulfur. на глицеринѣ 1 проц. иксъ-лучи, лучирадія (Cohn, Зеленковскій, Брауншгейнъ, Darier, Falta, Кардосысоевъ, Суховъ, Шиле идр.) На основаніи работъ съ 1904 г. (300 случаевъ) пр.-доц. Зеленковскій приходитъ къ заключенію, что вслѣдствіе цитолитическаго дѣйствія Becquerel'евскихъ лучей на клѣточные элементы особенно лимфатическаго типа, трахому слѣдуетъ лечить радіемъ, какъ могучимъ вспомогательнымъ средствомъ особенно въ степеняхъ зернистыхъ. Выводы эти совершенно независимы отъ выводовъ въ пользу радія при трахомѣ, сдѣланныхъ пр. Cohn'омъ. Вслѣдъ за этимъ Прокопенко, 1910 г. примѣняя радій къ 8 случаямъ, въ 6 изъ нихъ добился полнаго излеченія. Далѣе испробовано $^1/_{10}$ проц. moxiol (фтористое серебро) Pedzazoli (B. O. 1908 г.); 10—20 проц. albargin въ глицеринѣ, guajasanol 1 проц., aqua coerulea, фокусныя прижиганія лучами свѣта чрезъ линзу (Thayer), инъекціи до шприца hydr. cyan $^1/_5$ pro mil, или же хлорист. натра для усиленія лимфоотдѣленія. Хлорная вода рекомендовалась Грефе и Шмидтъ-Римплеромъ, сулема отъ крѣпкихъ 0,2—30 до слабыхъ $^1/_2$ promie. растворовъ (Рейхъ), мазь изъ сулемы по Michel'ю 0,003—10,0 для массажа конъюнктивы вѣкъ, мазь изъ лимонно-кислой соли мѣди 2—10 проц. съ одновременнымъ массажемъ конъюнктивы (Суховъ, Поль и др.), мазь изъ ихтаргана $^1/_2$—3 проц. (Falta 1902 г.), ихтіоловая мазь (Федоровъ 1902 г.), желтая ртутная мазь Pagenstecher'a, каломель, unq. kalii jodati, tiodi, opiisimpl., электризація, татуаж, дрожательный массажъ, капли гвоздики, и др. средства, рекомендуемыя преимущественно въ случаяхъ съ осложненной роговицей. Рекомендовался и способъ Bier'a, сывороточное леченіе (Romer, Leber), наконецъ acidi jodic (Шиле, Кубли 1909 г.).

Въ 90-хъ годахъ Stilling'омъ былъ предложенъ pyoctanin, соединенія нафтола, борной и салициловой кислоты, усиленно практиковалось jequirity вмѣсто прививки блен-орройнаго выдѣленія (Jaeger, Pyringer). Подробно останавливается на послѣднемъ препаратѣ Пѣуновъ (1896 г.), употреблявшій 1—2 проц. суточный настой abrus praecatorii въ теченіе 1—3 мѣсяцевъ. Послѣ четырехдневнаго смазыванія ватой съ упомянутымъ растворомъ появляется сильнзя реакція, которую успокаиваютъ холодными примочками 2 проц. acidi boric, и чрезъ 10 дней леченіе возобновляется. Это рекомендуется при слабо гиперемированныхъ невоспаленныхъ конъюнктивахъ, при старыхъ трахомахъ съ рубцами и pannus'омъ. Въ 1901 г. Вальтеромъ была предложена электризація трахоматозныхъ зеренъ силой въ 2 М. А. уколами въ зерна. А. Грефе въ острыхъ случаяхъ трахомы рекомендовалъ свѣжій воздухъ, холодныя примочки изъ воды, буры, aqua plumbi, три раза въ день по $^1/_2$ часа. При обратномъ же леченіи грануляцій онъ рекомендовалъ искусств. раздраженіе слизистой и удерживалъ таковое на извѣстной высотѣ соразмѣрно съ развитіемъ грануляцій, въ этомъ заключался физіологическій принципъ леченія по Грефе. Купоросомъ, говоритъ Грефе, не разрушаются грануляціи, а періодически раздражается, разрыхляется слизистая оболочка, нужно руководствоваться соображеніемъ цѣлесообразности и безразлично, какое будетъ употреблено прижигающее средство: такъ при заболѣваніяхъ обоихъ глазъ одинъ изъ нихъ лечился содой, другой кислотой, капли которой, соединяясь и стекая по носу, шипѣли отъ образовавшейся CO_2, выздоровленіе было почти одинаковой степени; необходимо соблюдать принципъ перехода отъ сильныхъ къ слабымъ раздражающимъ средствамъ (tannin 0,5—1,0 на 30,0, plumbi acetic perf. neutr. въ такомъ же растворѣ); палочки купороса употреблялись при твердыхъ грануляціяхъ, при чемъ леченіе не должно быть обрываемо вдругъ, при раздраженіяхъ конъюнктивы холодные компрессы, при раздраженіяхъ же роговицы теплые на 15 минутъ каждые 2—3 часа. Вмѣсто таннина или свинца хорошо употреблять aq. chlori, при незначительныхъ инфильтратахъ лучше употреблять раздражающія средства, при значительныхъ—прижигающія и вяжущія. Грефе говоритъ: бываютъ случаи при трахомѣ, когда лучше или ничего не дѣлать или дѣлать очень мало. При pannus'ѣ Грефе употреблялъ мѣстное леченіе грануляцій, далѣе операція блефарофимоза, устраненіе dacryocystoblennore'и, ирита, проколъ роговицы, iridectomia; при pannus'ѣ crassus только теплыя примочки, бурный «rebellis pannus» лечится разру-

шеніемъ кровеносныхъ сосудовъ конъюнктивы вѣкъ иногда вырѣзываніемъ конъюнктивы, syndectomia, peritomia.

Ф. Германъ (1907 г.) на основаніи громаднаго опыта въ Сиріи и Палестинѣ рекомендуетъ три средства: купоросъ, ляписъ и выдавливаніе зеренъ.

А. Труссо совѣтуетъ 10 проц. капли cuprisulfur, plumbi acetic, acidi tannic, трехпроцентный ляписъ, 10 проц. мазь карболовую, меркуріальную, купоросную, іодоформную, затѣмъ ol. cadini, хромовая кислота, или скирификаціи и пр. Ходинъ говоритъ, что трахома, развившись, требуетъ продолжительнаго леченія; коснувшись профилактическихъ мѣропріятій гигіены, необходимыхъ во все время трахоматознаго заболѣванія, авторъ переходитъ къ острому періоду трахомы и рекомендуетъ при немъ холодъ, антисептическія промыванія, крѣпкіе растворы ляписа, цынка, таннина, свинца и т. д., при хронической формѣ рекомендуетъ раздражающее антисептическое леченіе въ видѣ палочки купороса, подводя послѣднюю подъ складку верхняго вѣка, при обильныхъ отдѣленіяхъ лучшимъ средствомъ считается ляписъ, если купоросъ перестаетъ дѣйствовать, то употребляется alumen, plumb. acetic, tannin, 2—4 проц., сулема 1 pro mil., при чемъ въ свободное отъ смазываній время употребляютъ примочки изъ борной кислоты, zinci julfur $^1/_{10}$ проц., сулемы $^1/_{50}$ проц. или хлорной воды.

Goldzieher, разбирая терапевтическій принципъ леченія трохомы, говоритъ, что здѣсь врачи дѣлали шагъ назадъ, думая что трохоматозная инфильтрація можетъ хотя и очень медленно разсосаться и, предоставляя процессу медленное теченіе, боялись хирургическаго вмѣшательства, предполагая усиленіе этимъ путемъ смарщиванія конъюнктивы.

Это одностороннее пониманіе паталого-анатомическаго факта задержало надолго прогрессъ въ терапіи трахомы. Современнымъ принципомъ леченія авторъ считаетъ возможно ранее удаленіе инфильтрата изъ ткани конъюнктивы, не дожидаясь медленнаго превращенія инфильтрата въ рубцы, чего можно достигнуть въ острыхъ случаяхъ энергичной терапіей, въ хроническихъ—хирургическимъ вмѣшательствомъ.

Въ случаяхъ сильно воспалительныхъ слѣдуетъ избѣгать прижигающихъ средствъ, какъ усиливающихъ венозную гиперемію въ конъюнктивѣ, здѣсь нужно уменьшать раздраженіе ледяными примочками, холоднымъ растворомъ таннина, свинца и т. п., полезно бываетъ въ видахъ уменьшенія напряженія производить расщепленіе наружной спайки вѣкъ ножницами.

Piringer придаетъ огромное значеніе примочкамъ, экспериментально доказывая, что развитіе трахомы этимъ замедляется и дезинфекція дѣлается болѣе дѣйствительной. Затѣмъ когда воспаленіе стихаетъ на ст., что вѣко можно вывернуть, тогда своевременно приступить къ леченію конъюнктивы 1 — 2 проц. ляписомъ, смазывая послѣднимъ во время истеченія обильныхъ выдѣленій, избѣгая argyrosis'a, затѣмъ дѣлаются смазыванія палочкой купороса одинъ разъ въ день очень осторожно. Часто подмѣчаются отъ купороса язвочки вблизи лимбуса и краевыя инфильтраціи роговицы, и этотъ травматическій кератитъ заставляетъ автора быть осторожнымъ къ купоросу и примѣнять послѣдній не часто, т. к. при появленіи кератита оставляется всякое леченіе прижигающими и вяжущими средствами.

Пр. Крюковъ при леченіи трахомы употребляетъ argent. nitric 2 проц. въ случаяхъ осложненныхъ или катарромъ или бленорреей, т. к. этотъ растворъ ляписа усиливаетъ гиперсекрецію и вредно вліяетъ на бактеріи, онъ антисептиченъ и даетъ защитительную оболочку. увеличиваетъ сопротивляемость конъюнктивы къ вреднымъ агентамъ. Далѣе въ случаяхъ съ незначительнымъ отдѣленіемъ рекомендуется купоросъ въ палочкѣ, или мазь 2 проц. раствора съ вазелиномъ, въ случаяхъ же сильной реакціи отъ купороса, послѣдній замѣняется палочкой квасцовъ. Во время леченія трахомы полезно впусканіе капель изъ сулемы, приготовленной въ $^1/_{50}$ проц. растворѣ. Также и пр. Raelman ляписъ употребляетъ тамъ, гдѣ трахома протекаетъ съ видомъ хронической бленорреи, купоросъ же при трахомѣ съ плотными сухими и желтовато красными грануляціями. Schmidt—Rimpler придаетъ большое значеніе при леченіи трахомы именно ляпису и купоросу, отдавая между прочимъ предпочтеніе послѣднему средству.

Этими перечисленными терапевтическими свѣдѣніями можно ограничиться для того, чтобы получить обзоръ терапіи трахомы со временъ давнихъ и до нашихъ. Среди всей этой массы предложенныхъ средствъ, говорящей о трудности лѣченія трахомы, выдѣляются два: ляписъ и купоросъ, которыя заняли въ терапіи трахомы такое же мѣсто, какъ іодъ и ртуть въ терапіи сифилиса или креозотъ въ терапіи туберкулеза. Леченіе трахомы должно также какъ и діагностика трахомы быть установленнымъ въ простомъ, удобопонятномъ и приложимомъ видѣ, отбросивъ всю растерянность, запутанность, которыя видны изъ многочисленныхъ предлогавшихся при трахомѣ средствъ.

Мы безусловно должны остановиться на растворѣ ляписа и купоросѣ, усовершенствовавъ только методы ихъ примѣненія. Мы знаемъ, что фармакологически купоросъ есть вяжущій препаратъ, онъ уменьшаетъ отдѣленіе бокаловидныхъ клѣтокъ, препятствуетъ разращенію эпителія, уменьшаетъ размѣры фолликуловъ и воспалительнаго процесса, утоньшаетъ рубцовую ткань, возстановляетъ роговицу, уничтожаетъ аденоидную ткань и замѣняетъ послѣднюю тканью волокнистой съ немногими лимфоидными, но массой веретенообразныхъ клѣтокъ, оболочки фолликуловъ уничтожаются, разросшіяся железы уменьшаются въ числѣ и эпителій приближается къ нормальному строенію. Купоросъ въ палочкѣ еще механически выдавливаетъ содержимое зеренъ, онъ не дѣйствуетъ сильно прижигающимъ образомъ, оставляя послѣ себя не плотный связанный слой клѣтокъ, такъ что соль и кислота купороса, проникая чрезъ этотъ несильно прижженный слой, дѣйствуютъ глубоко.

Далѣе бактеріологически изъ опытовъ Лобанова (1898 г.) видно, что купоросъ въ $^1/_4$ проц. растворѣ умерщвляетъ бактерій табачнаго настоя, препятствуетъ загниванію говяжьяго стерильнаго бульона, задерживаетъ развитіе плѣсени въ своихъ альбуминатахъ и не есть питательная среда для бактерій. Мѣдный купоросъ (по Краевскому) предотвращаетъ зараженіе собаки сепсисомъ уже въ разведеніи 1:160, рожистый же эксудатъ теряетъ свои свойства въ 10 проц. растворѣ купороса; $^1/_4$ проц, растворъ послѣдняго

по Bach'у можетъ препятствовать росту холерной палочки, а стрептококкъ и стафилококкъ погибаютъ въ 1 проц. растворѣ его чрезъ $^1/_2$ часа; бактеріи тифа—чрезъ 9 сутокъ въ 2 проц. растворѣ, и по опытамъ Лобанова надъ стафилококкомъ, стрептококкомъ, pneumococ. Fraenkel'я, Sarcina, tetragenus, proteus vulgar, bac. candicans, subtilis—можно заключить, что cuprі sulfurici изъ другихъ вяжущихъ средствъ заслуживаетъ большаго преимущества.

Ляписъ же, какъ извѣстно, при своемъ дѣйствіи образуетъ свертокъ, отторгаемый затѣмъ специфически реагируемой слизистой оболочкой. Подъ струпомъ отъ ляписа задерживается воспаленіе и отдѣленіе, а проникая вглубь препаратъ дѣйствуетъ на глубокія части воспалительнаго процесса. Онъ дѣйствуетъ прижигающе, тогда какъ купоросъ вяжетъ и прижигаетъ. Опыты съ микроорганизмами показываютъ, что количество послѣднихъ по впусканіи въ мѣшокъ конъюнктивы капель ляписа какъ бы увеличивается вначалѣ потому, что пленка ляписа ихъ связываетъ и группируетъ къ одному мѣсту, когда же промываніемъ сулемой $^1/_{5000}$ или просто проваренной водой, мы удаляемъ эту пленку — то число колоній микроорганизмовъ сокращается значительно.

Въ деревенской практикѣ такіе препараты какъ мѣдь и ляписъ дешевые и прекрасно дѣйствующія даже въ малыхъ разведеніяхъ особенно важны, тогда какъ всѣ остальные, напримѣръ, протарголъ, и др., которыми пытались замѣнить ляписъ и намного дороги и намного слабѣе, почему употребленіе ихъ не можетъ быть общераспространеннымъ.

Въ 1898 г. пр. Panas предложилъ водные растворы капель замѣнять масляными, приготовленными на ol oliv. virgineum, обработанномъ спиртомъ, очищенномъ отъ раздражающихъ кислотъ и пропущенномъ чрезъ фильтровальную бумагу. И дѣйствительно, употребляя эти растворы, мы убѣждались въ томъ, что послѣдніе гораздо чище, полнѣе дозируются и энергичнѣе дѣйствуютъ, имѣютъ большой диффузіонный коэфиціентъ, т. к. дѣйствіе этихъ растворовъ проявляется быстрѣе (напримѣръ кокаинъ въ маслѣ и кокаинъ въ водѣ), они дольше сохраняются химически (эзеринъ въ водномъ

растворѣ въ тотъ же день краснѣетъ, превращаясь въ rubreserin, тогда какъ въ маслѣ онъ сохраняется на 3—5 дней и уже послѣ этого масло розовѣетъ), по впусканіи водныхъ капель на одномъ глазу и масляныхъ на другой контрольный глазъ, мы отмѣчали меньшую раздражительность послѣднихъ, что обнаруживалось въ отсутствіи блефароспазма, или если таковой уже существовалъ, то въ контрольномъ глазу, гдѣ употреблялись масляныя капли, послѣдній нѣсколько уменьшался, сверхъ того уменьшалось и слезотеченіе, субъективное ощущеніе въ глазу улучшалось, т. к. масляный растворъ капель распредѣлялся болѣе равномѣрно, какъ бы въ видѣ пленки эмульсій по всему глазу, защищая и увлажняя послѣдній. Правда изготовить чистый масляный растворъ гораздо труднѣе, и онъ стоитъ дороже, но за то послѣдній употребляется и дозируется точнѣе и сохраняется болѣе долгое время. Мы можемъ особенно рекомендовать для широкаго распространенія растворъ cuprisulfurici, изготовленный на глицеринѣ съ прибавленіемъ гваякола (въ видѣ: glycerini 10, guajacol 1,0 cuprisulfur 1,0), этотъ растворъ отличается большей асептичностью и анестезируетъ, благодаря дѣйствію гваякола. Употребляя эти капли амбулаторно даже въ практикѣ фельдшеровъ, мы для лучшаго присасыванія капель—содержимаго конъюнктивальнаго мѣшка оттягивали обыкновенно нижнее вѣко, прижимали слезный каналъ, и по впусканіи капель скоро отпускали палецъ, этимъ пріемомъ достигалось болѣе быстрое всасываніе капель.

Далѣе считаемъ нужнымъ отмѣтить, что изъ всѣхъ мазей, употребляемыхъ при трахомѣ лучшей оказалась мазь приготовленная на вазелинѣ американскомъ съ ланолиномъ и водой (стерильной), такая мазь не разлагается на свѣту, дальше сохраняется даже тогда, когда появляются жировыя кислоты (1903 г. Olehman), и равномѣрно благодаря водѣ смѣшивается со слезной влагой, тогда какъ мази на салѣ или вазелинѣ не вполнѣ смѣшиваются и части ихъ остаются въ мѣшкѣ безъ дѣйствія какъ инородное тѣло и затѣмъ разлагаются.

Исходя изъ положенія, что мѣдь, серебро и другіе металлы, соединяясь съ бѣлками и образуя нерастворимый видъ альбумината, дѣйствуютъ угнетающимъ образомъ на всякую органическую жизнь, уничтожаютъ дѣйствіе бѣлковъ, бактерій, экцимъ, а также принимая во вниманіе бактеріологическіе и другіе выводы относительно этихъ металловъ—мы и ограничиваемся послѣдними въ случаяхъ трахомы.

Пра выдѣленіяхъ простыхъ или гнойныхъ, распадѣ клѣтокъ и явленіяхъ лейкоцитоза явленіяхъ не глубокой инфильтраціи, при обратномъ развитіи грануляцій, когда показаны умѣренныя прижиганія — мы осторожно выворачиваемъ вѣки (вывернуть вѣки безъ боли, это первое условіе успѣха и признательности со стороны больныхъ) и смазываемъ конъюнктиву послѣдняго палочкой съ ваткой смазанной 2 проц. ляписомъ. При этомъ образуется пленка—альбуминатъ и освободившаяся азотная кислота, начинаетъ свое дѣйствіе на поверхностныхъ частяхъ конъюнктивы глазъ. Далѣе мы промываемъ слизистую оболочку шарикомъ ваты съ сулемой (1 : 4000) и тѣмъ самымъ освобождаемъ отъ альбумината и заключенной въ немъ мертвой матеріи бѣлковъ или микроорганизмовъ. Нами употреблялся такой слабый растворъ сулемы на томъ основаніи (его дѣйствія въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ вполнѣ достаточно), что солевая среда слезной влаги препятствуетъ образованію свертковъ и альбуминатовъ сулемы.

Этого достаточно бываетъ для прижиганій конъюнктивы, такъ сказать, въ первой степени, когда всякое болѣе или менѣе энергичное прижиганіе мѣшаетъ физіологіи болѣзненнаго процесса.

Тамъ, гдѣ воспалительный распадъ не интенсивенъ, но залегаетъ глубоко въ тканяхъ, мы дѣйствуемъ палочкой купороса, средства болѣе сильнаго, дѣйствующаго своей сѣрной кислотой въ глубинѣ конъюнктивы.

Въ леченіи трахомы прижиганіями важенъ вообще типъ прижиганій, основа ихъ, и менѣе всего то или другое прижигающее средство.

Если грануляцій много, онѣ глубоки и нужно ихъ разрушить, то прижиганіе должно быть частымъ и повторяться до регенераціи слоя, разрушеннаго предъидущимъ прижи-

ганіемъ, которая бываетъ чрезъ сутки и характеризуется отпаденіемъ струпа, кровоточивостью и мутноватымъ отдѣленіемъ.

Поэтому нами употреблялись въ случаяхъ глубокихъ инфильтрацій трахомы прижиганія палочкой купороса иногда и дважды въ день.

Если нужно содѣйствовать образованію рубцовой ткани при переходѣ трахомы въ третій стадій своего развитія— то прижиганія нужны, но только послѣ регенераціи эпителія, т. е. чрезъ день или два.

Здѣсь-то мы и наблюдали много случаевъ трахомы, осложненной pannus'омъ и keratit'ами, леченной частыми прижиганіями именно тамъ, гдѣ грануляціи вступали въ періодъ обратнаго развитія и гдѣ нужны были не частыя, а, наоборотъ, рѣдкія прижиганія. Каждый случай трахомы въ своемъ леченіи долженъ индивидуализироваться и не быть схематичнымъ. Поэтому мы могли допускать прижиганія слизистой даже при пораженіяхъ роговой оболочки и, наоборотъ, прекращали эти прижиганія, когда раздраженій роговицы совсѣмъ не было. Часто необходимы въ леченіи перерывы, давая глазу покой и впуская однѣ только капли атропина, компрессъ, тончайшій порошокъ каломеля, или простую примочку.

Разобравшись со степенью болѣзненнаго процесса и намѣтивъ типъ леченія его—вы овладѣваете болѣзнью на столько, что она уже подчиняется вамъ и вы лечите ее сравнительно легко.

При леченіи трахомы практикуется и хирургическій методъ, который также не новъ и практиковался еще въ глубокой древности. Въ раскопкахъ древняго Египта и Сиріи находили, глазные щипцы, видимо, употреблявшіеся для рѣсницъ при заворотѣ вѣкъ; Гиппократъ совѣтовалъ вырѣзывать грануляціи утолщенныхъ вѣкъ, въ средніе вѣка большимъ сторонникомъ операціи при трахомѣ былъ Benevetus Grapheus (Гиршбергъ).

Среди чувашъ Казанской губ. въ большомъ распространеніи самодѣльные пинцеты, которые продаются за копѣйку или одно яйцо (Каневскій), среди народовъ Персіи

въ большомъ ходу пинцеты «саннарэ», грубо сдѣланные изъ двухъ пластинокъ, эти инструменты употребляются при выдергиваніяхъ рѣсницъ.

Для цѣлей скарификаціи, особенно распространенной до 60-хъ годовъ, въ разное время употребляли всевозможныя народныя средства: пучки изъ колосьевъ ячменя, ржи, хвоща, щеточки съ проволочными нитками, еще раньше: пемза, волосяная щетка, типы растеній atrastylis, фиговые листья (Гиппократъ, Траллесъ). еще и теперь въ Персіи употребляютъ растиранія вѣкъ конъюнктивы при зернахъ трахомы кускомъ сахара.

Врачи начала 19-го вѣка считали переходную складку потайнымъ угломъ для трахомы и поэтому рекомендовали ученіе вырѣзыванія въ переходныхъ складкахъ конъюнктивы.

Въ 1874 г. Galezowski предложилъ вырѣзываніе всей складки конъюнктивы, а въ 1882 г. Heisrath изъ Кенигсберга предложилъ комбинацію съ вырѣзываніемъ хряща.

Такъ, H. Truhart (1894 г.) въ своемъ руководствѣ рекомендуетъ смотрѣть на конъюнктиву при трахомѣ, какъ геникологи смотрятъ на слизистую оболочку матки при metrit'ахъ и endometrit'ахъ, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ слѣдуетъ примѣнять выскабливаніе, послѣ чего необходимъ холодъ на ½ часа, такъ какъ доказано: что этимъ понижается температура мѣшка на 1,4°, затѣмъ массажъ и прижигающій 5 проц. ляпись.

Въ 30-хъ годахъ прошлаго вѣка широко примѣнялось вырѣзываніе частей слизистой оболочки вмѣстѣ съ чѣмъ удалялась и часть здоровыхъ тканей, уменьшался физіологическій эффектъ секреціи слизистой и появлялась большая воспріимчивость глаза къ вреднымъ вліяніямъ, благодаря раненію слизистой оболочки.

Со временъ извѣстнаго Бельгійскаго врача Hajrion'a въ 50-хъ, годахъ провѣрившаго изсѣченія слизистой оболочки на 56 случаяхъ, наступаетъ реакція, и уже на первомъ конгрессѣ офтальмологовъ въ Брюсселѣ изсѣченія слизистой вѣкъ осуждаются, и тогда же ножъ и ножницы смѣнилъ по выраженію Bälman'a, офтальмоскопъ и микроскопъ. Съ

половины 80-хъ годовъ начинается снова эра изсѣченій, которыя усиленно практикуютъ Bälmann, Fuchs, Sattler, Eversbusch и др.

Точно также первые пятьдесятъ лѣтъ прошлаго вѣка усиленно рекомендовались скорификаціи и выскабливанія слизистой оболочки конъюнктивы до рѣзкой критики этихъ пріемовъ брюссельскимъ конгрессомъ. Скорификаціи практиковались и практикуются теперь съ обтираніемъ послѣ нихъ сулемой въ растворѣ 1/3 проц. и слабѣе.

Въ настоящее время вырабатывается методъ возможно большаго сохраненія конъюнктивы, какъ ткани полезной, и даже сниманіе рубцовъ свода и получаемое отъ этого укорачиваніе, считается менѣе полезнымъ, чѣмъ сами рубцы. Особенно выразительны успѣхи кенигсбергской школы пр. Kunth'a, который предлагаетъ при трахоматозномъ заболѣваніи во первыхъ: простую эксцизію конъюнктивы свода, комбинированную эксцизію и вылущеніе хряща. Kunth продѣлалъ за 6 лѣтъ до 6 тысячъ операцій съ хорошими исходами, изъ 700 трахоматозныхъ въ кенигсбергскихъ лечебницахъ 2/3 были оперированы и среди нихъ случались рецидивы въ 20% и то вѣроятно потому, что больные-залеченные возвращались въ трахоматозныя мѣста.

Пр. Ходинъ въ случаяхъ запущенныхъ и для болѣе скораго излѣченія трахомы предлагалъ хирургическое леченіе, имѣющее цѣлью непосредственное разрушеніе и удаленіе новообразованныхъ продуктовъ. Рекомендуется прежде всего массажъ съ порошкомъ борной кислоты, таннина въ глицеринѣ или сулемы 1/50‰. Затѣмъ выдавливаніе фолликуловъ или ногтями, или пинцетомъ Knapp'a, въ случаяхъ разростанія сосочковъ-скарификація съ прижиганіемъ cupri sulfuric, или arg. nitric, рекомендуется и гальванокаустика, вычистка металической щеточкой, ложечкой, вырѣзываніе переходныхъ складокъ, что считается въ настоящее время рискованнымъ т. к. вѣко отъ этого сильно укорачивается.

Пр. Goldzieher рекомендуетъ срѣзывать ножницами или гальванокаустической петлей разрощенія сосочковъ конъюнктивы, гипертрофированныя зерна,—выскабливать, надрѣзать, выжигать или срѣзывать, выдавливать кнаповскимъ пинцетомъ. Массажъ конъюнктивы ватнымъ шарикомъ съ сулемой имѣетъ по автору ограниченное значеніе, точно также, говоритъ Гольдцигеръ, нельзя считать лучшими и необходимыми методы Kunt'a съ вырѣзываніемъ свода, части хряща, простымъ или комбинированнымъ способомъ. Пр. Крюковъ примѣнялъ выдавливаніе пальцемъ, пинцетами Донберга, Knapp'a, гальванокаутеръ, щеточку Шредера. Способы съ вырѣзываніемъ частей слизистой оболочки и примѣненіе раствора jequirity, по автору-эти-два мѣропріятія не оправдываютъ блестящихъ надеждъ.

Въ послѣднемъ десятилѣтіи прошлаго вѣка особенно практиковалось растираніе вѣкъ конъюнктивы и хряща сулемой 1/20‰ на ватныхъ шарикахъ (Keining, Hippe, Kunth), сначала раздавливаютъ рѣсничнымъ пинцетомъ нѣкоторыя зерна болѣе выступающія, затѣмъ прикладываютъ теплыя примочки изъ сулемы 1/100%, при студенистой измѣненной конъюнктивѣ кокаинизируютъ послѣднюю, выворачиваютъ и соскабливаютъ безъ насилія поверхность конъюнктивы по разныхъ направленіяхъ скарификаторомъ, затѣмъ массируютъ. Вмѣсто сулемы употребляется еще hydr. oxycian, 1/4‰, protargol 10%, ихтарганъ 1%, борная кислота 3%, acidi carbol 1%.

Бакрыловымъ (В. О. 1907 г.) предлагалось дѣлать массажъ конъюнктивы гладкой стеклянной палочкой безъ всякихъ лекарственныхъ веществъ, при чемъ авторъ указываетъ на особенную полезность этого метода въ случаяхъ хроническихъ.

Пр. Bähmann говоритъ, что растираніе сулемой есть воскресеніе гиппократовскаго ophthalmoxysis'a, съ нимъ нужно быть осторожнымъ, т.-к. даже легкія растиранія сулемой въ теченіе одной недѣли у животныхъ производятъ гиперемію, измѣняютъ эпителій и даже паренхиму конъюнктивы, при болѣе же сильномъ растираніи получается разращеніе сосудовъ, утолщеніе ихъ стѣнокъ расширеніе лимфоидныхъ щелей и усиленіе инфильтраціи лимфоидными клѣтками, десквамація мѣстами до полнаго

отсутствія эпителія, главное же-стазъ крови, что особенно вредно при трахоматозномъ заболѣваніи. Механическое или хирургическое леченіе трахомы, говоритъ Bälmann, должно сообразоваться съ данными паталого-анатомическихъ измѣненій; модныя офтальмологическія вмѣшательства при трахомѣ ножомъ, ложкой и т. п. не основаны на анатомическихъ соображеніяхъ, слава ихъ держится на авторитетности мнимыхъ успѣховъ, нужно лечить фолликулы, помогать природѣ ихъ опорожнить и улучшить кровообращеніе, этому, говоритъ профессоръ, научилъ меня 20-ти лѣтній опытъ. Опорожненіе отдѣльныхъ фолликуловъ Bählmann рекомендуетъ гальванокаустическимъ путемъ, прижигая заразъ 5—6 фолликуловъ чрезъ дней 5, т. к, отъ болѣе частыхъ прижиганій бываютъ обостренія и воспаленіе. Хорошъ и пинцетъ Кнаппа, рекомендованный Шмидтъ-Римплеромъ, при чемъ опорожненіе лучше всего во второмъ стадіѣ трахомы, когда зерна уже подверглись метаморфозу, выдавливаніе же въ первомъ періодѣ часто безрезультатно и вредно дѣйствуетъ усиленіемъ воспаленія, опаснѣе же всего выдавливать элементарныя грануляціи Грефе на конъюнктивѣ хряща верхняго вѣка, но какъбы осторожно и искустно не выдавливать зерна даже въ зрѣломъ видѣ, послѣ многихъ изъ нихъ могутъ остаться демаркаціонныя язвочки и symblepharon въ смыслѣ сращенія раненыхъ складокъ послѣ выдавливаній. Во всякомъ случаѣ купоросъ и своевременное выдавливаніе зеренъ-лучшія средства при трахомѣ, т. к. послѣ вскрытія хотя нѣсколькихъ фолликуловъ, другіе фолликулы развиваются уже не такъ хорошо: безъ оболочки, неправильно, окружающая ихъ ткань менѣе полнокровна, меньше инфильтрована, эпителій безъ углубленій, утолщеній и отростковъ, сосуды же становятся легче проходимы кровью, а такъ какъ, капсула фолликула происходитъ, какъ реакція на раздраженіе давленіемъ фолликула въ ткань, то если заблаговременно вскрыть фолликулъ, можно предупредить склерозъ и атрофію тканей въ конъюнктивѣ. Прекрасное дѣйствіе на умѣреніе болѣзненнаго процесса при pannus'ѣ мы имѣемъ въ peritomi'ѣ или periectomi'ѣ, а также въ вырѣзываніи части изъ переходной складки ближе къ верхнему краю хряща. Подобно тому какъ хирургъ Nussbaum рекомендуетъ разрѣзъ вокругъ хронической, малозаживающей язвы въ кожѣ до фасціи, и этимъ достигаетъ заживленіе язвы, такъ и вырѣзываніе части слизистой оболочки съ краемъ хряща, благодаря реактивному воспаленію, способствуетъ заживленію pannus'a, оно менѣе болѣзненно и безопасно, чѣмъ употреблявшаяся раньше инокуляція бленорройнаго секрета, по Jaeger'у, или настойка изъ jequirity по Wecker'у.

Вмѣстѣ съ частью или всей переходной складкой и съ краемъ хряща удаляется лимфатическая сѣть и гнѣздо трахомы, путемъ peritomi'и или peridectomi'и мы прекращаемъ вредное дѣйствіе части аденоидной ткани, что особенно видно въ случаяхъ не трауматическаго, но такъ называемаго трахоматознаго pannus'a.

Мы видѣли особенную пользу въ вырѣзываніи не всей, а части переходной складки съ краемъ хряща, т. к. въ этихъ мѣстахъ сильно развиты лимфатическіе сосуды при случаяхъ даже рубцовой запущенной трахомы. Удаленіе только части конъюнктивы лучше дѣлать при трахомѣ 1-й степени не острой формы, въ случаяхъ же болѣе обширной инфильтраціи 2-й степени лучше удалять и часть хряща. При этомъ нужно дѣлать удаленіе конъюнктивы не всего свода (Jacobson, Vossius), а только маленькой полоски въ сантиметръ длиной и 2 mm. шириной, хрящъ же мы удаляли не въ $^2/_3$ ширины послѣдняго, а также узенькой полоской въ 1 ст. длины и 1 mm. ширины.

Къ оперативному способу леченія намъ приходилось прибѣгать часто, и къ этому побуждалъ насъ не свободный выборъ, а необходимость и сознаніе своего безсилія въ случаяхъ мало леченныхъ, или запущенныхъ, а таковыхъ въ деревенской практикѣ большинство.

Трахома, вѣдь не есть жертва, которую современный человѣкъ долженъ приносить къ алтарю культуры и цивилизаціи, эта жертва, приносимая невѣжеству и пренебреженію гигіеной глаза. Вспомнимъ то, что 20 проц. всего населенія страдаютъ глазами, что одинъ врачъ-окулистъ приходится на 500 тысячъ больныхъ, а одинъ вообще врачъ

на 14½ тысячъ душъ населенія, и то обстоятельство, что города въ 9 разъ больше чѣмъ деревни обезпечены глазной помощью (Беллярминовъ).

Разъ трахомой заболѣлъ кто-либо изъ трудовыхъ людей, которому длительное леченіе невозможно, методъ оперативнаго вмѣшательства становится особенно популярнымъ, особенно онъ долженъ примѣняться въ мѣстахъ съ развитой трахомой, къ которымъ принадлежитъ и Екатериносл. губ., Александровскій же уѣздъ въ частности, т. к. послѣдніе принадлежатъ по дѣленію пр. Беллярминова (1902 года) къ группѣ слабо-удовлетворительныхъ, гдѣ спеціалистъ врачъ приходится на 850 тысячъ населенія и одно лечебное заведеніе на 72 съ половиной тысячи глазныхъ больныхъ.

Въ Гуляйпольской Земской больницѣ нами многочисленно примѣнялся способъ выдавливаній зеренъ трахомы амбулаторнымъ путемъ во второмъ періодѣ трахомы, когда зерна мягки, напряжены и какъ бы сами просятся, чтобы выдавить ихъ. Изъ всѣхъ пинцетовъ Rust'a Schröder'a, кисточки Schröder'a, Knapp'a, Donberg'a—мы особенно рекомендуемъ послѣдніе два, безъ которыхъ по нашему мнѣнію не должна обходиться ни одна деревенская амбулаторія. Продезинфецировавъ конъюнктиву сулемой ¼ pro mil, мы выдавливали затѣмъ зерна (въ чувствительныхъ случаяхъ примѣняется кокаинъ) и, положивъ холодъ на вѣки, оставляли больныхъ такимъ образомъ на 5 минутъ, послѣ чего смазывали конъюнктиву хряща и свода cupri sulf. in substant., чѣмъ достигалось глубокое пропитываніе купоросной кислотой инфильтрированной ткани. И это свѣжее прижиганіе было особенно полезно и результатно при трахомѣ. Послѣ него примѣнялся вторично холодъ на 5 минутъ. Дальнѣйшія прижиганія купоросомъ въ большинствѣ случаевъ обыкновенно успѣшно оканчивали леченіе. Въ половинѣ случаевъ приходилось повторять выдавливаніе еще одинъ-два раза.

Далѣе на конъюнктивѣ трахоматозныхъ глазъ нами сдѣлано было 188 операцій, изъ коихъ простая эксцизія въ 68 случаяхъ и комбинированная въ 120.

По случаю же гипертрофіи хряща и глубокой трудно поддающейся леченію инфильтраціи, было сдѣлано одинъ разъ вылущеніе всего верхняго хряща съ хорошимъ исходомъ. При пособіи хирургическомъ, леченіе трахомы въ общемъ заканчивалось чрезъ 4—5 недѣль, тогда какъ въ случаяхъ чисто терапевтическихъ, когда больной уклонялся отъ оперативнаго пособія, леченіе затягивалось на 2—3 мѣсяца, при чемъ въ 37 проц. по прошествіи средняго срока пользованія хирургическихъ трахоматиковъ получалось стойкое излеченіе безъ рецидивовъ при наблюденіяхъ въ теченіи двухъ лѣтъ, тогда какъ терапевтическіе случаи въ свой, такъ сказать, средній срокъ давали только 20 проц. стойкихъ выздоровленій, причемъ въ ½ случаевъ бывалъ рецидивъ чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Переходимъ теперь на леченіе осложненнаго трахомой хряща. При заболѣваніяхъ послѣдняго прежде всего нужно позаботиться объ устраненіи вредныхъ секретовъ железокъ хряща и кожи, попадающихъ въ конъюнктивальный мѣшокъ, для чего еще изстари употреблялись или капли хлористаго натра ⅙ проц. теплое молоко, или растворы таннина, квасцовъ, ляписа—1 проц. мази съ вазелиномъ и т. п. нейтральныя вещества.

Далѣе нуженъ радикальный методъ леченія заболѣваній хряща, о которомъ еще Гиппократъ въ своей книгѣ περὶ διαιτης ὀξεων (о діэтетикѣ въ острыхъ болѣзняхъ) говоритъ, упоминая операцію trichosis (Брунъ 1865 г.): «посредствомъ иглы протяни одну нитку у самаго края вѣка, другую ниже, затѣмъ стяни нитки, свяжи и оставь такъ, пока не отпадутъ сами. Если это достаточно—хорошо, если же окажется что-либо болѣзненное—повтори пріемъ». Цейсъ по одному способу совѣтовалъ прокалывать широкой каленой иглой треть луковицъ, затѣмъ другую часть и третью и наблюдать воспаленіе; другимъ своимъ способомъ онъ вырѣзывалъ лоскутъ изъ кожи разной формы отъ ромба до круга. Затѣмъ рекомендовались способы выдергиванія рѣсницъ дегтярнымъ пластыремъ и прижиганіе луковицъ каленымъ желѣзомъ, ѣдкой пастой, адскимъ камнемъ, мыломъ съ несженой известью, сѣрной кислотой, ущемленіе

и омертвѣніе куска кожи и вѣкъ. Въ Асхабадѣ, говоритъ Диканская, каждый отецъ семейства дѣлаетъ операцію заворота самъ, стягивая двумя палочками кожу вѣка до омертвѣнія—это текинскій способъ, афганскимъ же методомъ вырѣзывается кожа вѣка и стягивается бумажными нитками.

Въ большомъ употребленіи былъ способъ лигатуръ Гальярда, которыя накладывались по угламъ глаза двѣ лигатуры на 2 ст. захватывающія кожу и фибры круговой мышцы. Въ запущенныхъ случаяхъ отрѣзается ножницами весь край вѣка (Bartisch), или наружная его часть съ рѣсницами.

Операція Heidenreich'a состояла въ томъ, что подкожно разрѣзались волокна мышцы Horner'a и Moll'я; Герценштейнъ проводилъ заволоку подъ край луковицъ и путемъ нагноенія добивался выпаденія рѣсницъ. При заворотѣ вѣкъ, говоритъ Rählmann, еще съ прошлаго 18-го вѣка употреблялась такъ называе мая „ниточная" операція Köler'a, когда прокалывали двумя иголками всю толщу вѣка и нитки приклеивали къ кожѣ лба, част одѣлали надрѣзы хряща, иногда совсѣмъ уда ляли послѣдній, накладывали швы только на кожѣ вѣкъ, вырѣзывали различныя части кожи, разсѣкали хрящъ, разсѣкали пучки m. orbicularis. Въ срединѣ 19-го вѣка прежнія операціи оставлены и замѣнены эпиляціей рѣсницъ и новыми способами. Еще—Arlt'a, а съ 60-го года Snelen'a, но самымъ лучшимъ способомъ по Rälmann'у былъ бы тотъ, который измѣнялъ бы положеніе рѣсницъ на краю вѣкъ, но не трогалъ самаго хряща, вслѣдствіе чего авторъ рекомендовалъ свой способъ, состоящій въ вырѣзываніи клина изъ межреберпаго пространства и пересадки оболочки съ губы, этимъ методомъ имъ сдѣлано было съ успѣхомъ до 1000 операцій. Pagenschtecher соединялъ лигатуры Гальярда съ расщепленіемъ наружной спайки вѣкъ, чѣмъ достигалось и поднятіе вѣка, и расширеніе узкой глазной щели.

Далѣе въ 1862 г. Баръ предложилъ варіацію къ операціи, Еше, при этомъ оттягивался нитками край вѣка съ рѣсницами и интермаргинальное пространство заростало

грануляціями. Чрезъ два года опубликована операція Грефе, состоящая въ подтягиваніи четырехугольнаго лоскута кожи въ сдѣланную вверху вѣка вырѣзку кожи.

Способъ Еше—Arlt'a состоитъ въ расщепленіи вѣка на переднюю и заднюю пластинки, причемъ передняя пластинка сдвигается кверху и прикрѣпляется на хрящѣ 3-мя швами, а раненая поверхность покрывается эпидермисомъ по Tirsch'у (Н. Правосудъ 1902).

Операція Hotz'a имѣла цѣлью оттянуть кожу съ рѣсницами отъ края вѣка и прикрѣпить ее къ хрящу и fasc. tars. orbital. До этого (1857 г.) существовала аналогичная операція Anagnostakisa, при которой швы оставались лежать до полнаго прорѣзыванія путемъ нагноенія. По методу Streatfeild'a (1858 г.) вырѣзывалась призматическая полоска хряща съ кожей безъ накладыванія швовъ. Цывинскій (1872 г.) предлагалъ вырѣзывать въ окошкѣ пинцета Демара захваченную часть кожи вѣка надъ хрящомъ, расщеплять интермаргинальный край и пропускать швы отъ луковицъ рѣсницъ къ верхней вырѣзкѣ.

Kugel (1873 г.), испробовавъ на 500 больныхъ всѣ методы операцій говоритъ: eine absolut for Recidiv Sichernde Methode gibt es nicht. Spenser-Watson (1873 г.) предложилъ дѣлать интермаргинальный разрѣзъ и два треуголныхъ лоскута, которые мѣняются затѣмъ своими мѣстами и пришиваются.

Burchardt, Junge (1881 г.) и Ходинъ перемѣщаютъ лоскутъ кожи на мостикъ съ рѣсницами, а послѣдній на мѣсто перваго. Эта операція иначе называется Watson-Junge. По методу Iacobson'a лоскутъ кожи виска вводится въ интермаргинальный разрѣзъ,

Millingen (1882 г.) явился уже родоначальникомъ слизистой пластики, и пересаживалъ слизистую съ губы въ зіяющій межреберный край подтянутый швами до бровей. Pfalz, Ходинъ, Сапѣжко, Hotz, Правосудъ и др. предлагали свои видоизмѣненія слизистой пластики.

Panas (1899 г.) особенно рекомендуетъ расщепленіе хряща верхняго вѣка, при чемъ отсепаровываются кожа и, мышцы до рѣсницъ внизу и до верхняго края хряща

вверху, затѣмъ накладываютъ швы вверху на связку хряща, внизу на край вѣка и край хряща. Snellen не расщепляетъ хрящъ, а удаляетъ призматическую вырѣзку послѣдняго. Наконецъ Nicati (1908 г.) предлагаетъотсепаровку, разрѣзъ хряща и швы внутри, избѣгая кожнаго рубца.

Заканчивая обзоръ оперативнаго леченія заворота вѣкъ, Н. Правосудъ въ своей монографіи говоритъ: и теперь еще совершенствуютъ способъ слизистой пластики оперативнаго пособія, къ чему пришли послѣ долгихъ испытаній и ошибокъ чрезъ много десятилѣтій, тогда какъ это казалось самой простой вещью, что разъ уничтожено межреберное пространство нужно его возсоздать и пересадка слизистой при трихіазѣ есть «ultimum sed certum denique refugium». Съ своей стороны для широкаго распространенія въ деревенской практикѣ мы можемъ особенно рекомендовать способы Panas'a или Snellen'a, и какъ легкіе и результатные, доступные всякому сельскому врачу и крайне необходимые при существованіи огромнѣйшаго числа осложненій трахомы въ томъ числѣ заворотомъ вѣкъ.

Такъ въ случаяхъ заворота вѣкъ при трахомѣ въ Гуляйпольской зем. больницѣ въ 77 случаяхъ стаціонарныхъ и 61 случаѣ амбулаторномъ, нами примѣнялись наложенія лигатуръ Gaillard'a числомъ двухъ въ 5 случаяхъ. При чемъ въ четырехъ изъ нихъ были рецидивы. Далѣе, противъ спастическаго заворота нижняго вѣка особенно важна и удобопримѣнима операція по Hotz'y въ 18 случаяхъ, давшая рецидивы только въ четырехъ случаяхъ чрезъ 3—4 мѣсяца. При западеніи рѣсницъ съ одной изъ сторонъ при негипертрофированномъ тонкомъ хрящѣ въ 21 случаѣ примѣнялась операція по Spenser-Watson'y, при равномѣрномъ западеніи рѣсницъ, разростаніи послѣднихъ, при наличности широкаго толстаго хряща, очень удобной оказалась операція Snellen'a, произведенная нами въ 42 случаяхъ. И наконецъ, въ большинствѣ случаевъ при западеніи рѣсницъ и хрящѣ тонкомъ или же хрящѣ, гдѣ процессъ инфильтраціи еще длится и незаконченъ вполнѣ въ 50 случаяхъ дѣлалась операція по Ponas'y съ прекраснымъ результатомъ, рецидивами только въ 5 случаяхъ въ теченіи первыхъ двухъ лѣтъ. Затѣмъ примѣнялись пробныя операціи Pfalz'a, Еще — Arlt'a и операціи съ пересадкой слизистой губы въ 24-хъ случаяхъ, давшихъ хорошіе результаты безъ рецидивовъ въ теченіе первыхъ двухъ лѣтъ, но операціи болѣе сложныя и труднѣе выполнимыя, чѣмъ операція Snellen'a или Panas'a, доступная для всякаго сельскаго врача. Необходимыми и частыми бывали операціи блефарофимоза (кантопластика), которыя мы рекомендуемъ въ комбинаціи съ методомъ Snellen'a, и при такомъ способѣ рецидивы послѣ Snellen'a чрезвычайно рѣдки.

Приложивъ къ этой работѣ санитарный очеркъ Александровскаго уѣзда Екатериносл. губ., какъ необходимый въ смыслѣ суммированія матеріаловъ, на основаніи которыхъ мы и разсматривали вопросъ о трахомѣ по существу, произведя итоги къ современному состоянію этого вопроса, мы и закончимъ свой трудъ. Мы вполнѣ признаемъ, что намъ мало удалось схватить вопросъ о трахомѣ въ всей полнотѣ и объемѣ, которые соотвѣтствовали бы всей важности и потребности предмета, но это случилось потому, что трудность таковой задачи не подъ силу одному человѣку и требуетъ коллективныхъ усилій, какъ и всякое другое изслѣдованіе того или другого соціальнаго зла, трахома же въ Россіи безусловно соціальное зло.

Предъ нами былъ сырой матеріалъ, лишенный единства, разбросанный, часто съ неправильными и небрежными выводами, требующими справокъ и провѣрокъ даже въ своихъ мелочахъ, все это затрудняло изслѣдованіе такого сложнаго и самобытнаго болѣзненнаго явленія, какъ трахома.

Мы занимались въ деревнѣ, и показанія фактовъ, сила ихъ заставили насъ обратить вниманіе именно на это заболѣваніе, распространенное на югѣ Россіи и особенно въ Екатериносл. губ., Александр. уѣздѣ, и противъ котораго не предпринимается достаточныхъ мѣръ самозащиты.

Значеніе трахомы вообще, какъ народнаго зла, мы старались опредѣлить цифрами, т. к. онѣ по словамъ Гете «показываютъ, какъ управляется міръ», и дѣйствительно на основаніи этихъ даже далеко не точныхъ цифръ можно

было заключить, что трахома распространенная болѣзнь, что съ ней боролись еще въ глубокой древности, борются и теперь самыми многочисленными и разнообразными способами, что степень развитія трахомы тѣсно связана съ распространеніемъ среди населенія культуры, сознанія и лучшихъ бытовыхъ условій, и что изученіе этитъ условій гарантируетъ надлежащія мѣропріятія въ борьбѣ съ трахомой.

По статистикѣ пр. Беллярминова мы имѣемъ для 84 губерній и областей Россіи при 120 милліонномъ населеніи до 25 милліоновъ глазныхъ больныхъ, мы имѣемъ на одного врача-спеціалиста 114 тысячъ больныхъ, а на одного врача, лечущаго по мѣткому выраженію Гинзбурга «всѣхъ и вся» 14 тысячъ больныхъ глазами, при чемъ въ городахъ глазная помощь обезпечена населенію въ девять разъ больше чѣмъ въ деревняхъ.

Для всѣхъ этихъ больныхъ мы имѣемъ организацію земской медицины, недостаточность которой будутъ указаны нами въ общей части, далѣе существуетъ еще худшая сельская медицина, тамъ гдѣ нѣтъ еще Земствъ, о которой также будетъ сказано, и имѣемъ помощь глазного попечительства, которымъ организуется для населенія болѣе сотни врачей-спеціалистовъ.

Такихъ мѣропріятій безусловно недостаточно, почему у насъ въ Россіи и возникаютъ цѣлыя эпидеміи глазныхъ заболѣваній, а все населеніе должно быть признано сильно страдающимъ трахомой.

Правда бичъ человѣчества, эпидеміи являются всегда факторомъ санитарнаго прогресса, на это пріобрѣтеніе слишкомъ дорого, лучше и человѣчнѣе достигать его въ началѣ путемъ яснаго сознанія и уваженія къ наукѣ: principiis obsta sero medicina paratur, т. е. съ недугами слѣдуетъ бороться заранѣе; и какъ въ экономическихъ условіяхъ утилизація времени и пространства—удѣлъ высшаго развитія производства, и чѣмъ это интенсивнѣе, тѣмъ скорѣе люди приближаются къ высшему типу въ хозяйственной дѣятельности,—такъ и въ медицинѣ, утилизація санитарныхъ знаній и практическое ихъ примѣненіе суть признаки наилучшей и сознательной жизни общества и представляютъ собой степень перехода поколѣнія къ высшему типу въ своей духовной дѣятельности. Борясь съ заразными болѣзнями, въ частности съ трахомой на принципѣ санитарныхъ знаній и улучшеній,—мы проявляемъ силы поколѣнія высшаго духовнаго типа.

Сведеніемъ въ одно цѣлое разнообразныхъ многочисленныхъ данныхъ по трахомѣ и указаніемъ на матеріалъ наилучшій, современный и результатный, мы и желали выполнить нашу задачу, въ заключеніе которой считаемъ долгомъ выразить глубокую благодарность и признательность памяти недавно умершаго, профессора Крюкова, профессорамъ Л. Г. Беллярминому и Моисееву, согласившимся быть цензорами этого труда, докторамъ Люткевичу, Недригайлову и Зеленковскому, снабжавшимъ меня совѣтами, свѣдѣніями и необходимымъ литературнымъ матеріаломъ въ теченіе пяти лѣтъ изъ богатыхъ библіотекъ Москвы и Харькова. Въ своей работѣ мы не претендуемъ на окончательное разрѣшеніе вопроса о трахомѣ, которое въ настоящее время невозможно, но мы вѣримъ въ то, что каждый новый трудъ по трахомѣ даетъ въ результатѣ такой компромиссъ, который приближаетъ насъ болѣе и болѣе къ истинному пониманію этого вопроса.

Санитарный обзоръ Александровскаго уѣзда Екатеринославской губ.

Начиная свою работу на службѣ Александровскаго земства Екатеринославской губ., гдѣ я 7 лѣтъ завѣдывалъ Гуляйпольскимъ участкомъ и больницей на 25 кроватей, выбирая тему для этой работы характера земскаго, общественнаго—прежде всего я позволю себѣ остановиться на томъ, что такое земская медицинская работа въ деревнѣ, какія условія наслѣдованы Земствомъ, какъ созидалась эта работа, что она представляетъ въ настоящее время предъ началомъ коренного раформированія всѣхъ условій русскаго труда, міросозерцанія и уклада жизни, чѣмъ она должна быть въ будущемъ, возможно скоромъ будущемъ, такъ какъ кризисъ въ паденіи Земской Медицины, въ задачи коей входятъ заботы объ оздоровленіи милліоновъ людей,—этотъ кризисъ не можетъ быть продолжителенъ, и русская деревня, мало подвинувшаяся впередъ за огромный историческій періодъ, застывшая въ давнишнихъ формахъ, должна измѣниться радикально, потому что населеніе ея уже начинаетъ понимать свои права, оно уже обезпечиваетъ продуктивность своего труда нормами юридическими и бытовыми, а это и есть залогъ близкаго оздоровленія населенія и показатель его развитія.

Еще съ 1864 года въ эпоху великихъ реформъ стало вводится въ нашемъ отечествѣ положеніе о Земскихъ учрежденіяхъ. Въ настоящее время уже достаточно извѣстны и разработаны тѣ видоизмѣненія, какія приняли потомъ условія общественной работы въ деревнѣ.

Появленіе новыхъ земскихъ положеній, прибавленій къ нимъ, наказовъ училищнымъ совѣтамъ, фиксаціи обложенія, измѣненіе продовольственнаго дѣла, и кризисъ въ

Земствѣ—все это такъ или иначе вліяло на ходъ начатой удачно и вѣрно намѣченной Земской медицины, окрѣпшей на вѣтхихъ устояхъ Приказовъ Общественнаго Призрѣнія.

Ко времени введенія Земства вся медицина общественная состояла въ томъ, что въ губернскихъ городахъ имѣлось по небольшой больничкѣ съ отдѣленіемъ для сумашедшихъ и богадѣльней, кое-гдѣ были сиротскіе дома, инвалидные, для подкидышей и смирительныя. Въ уѣздныхъ городахъ были также небольшія больнички на 10—20 коекъ. Всѣ эти учрежденія состояли въ завѣдываніи Комитета отъ Приказа Общественнаго Призрѣнія. На каждаго врача въ больницахъ приходилось до 50, а на фельдшера 25 коекъ. Въ деревняхъ же медицинская помощь была организована такъ, что губернія дѣлилась на медицинскіе округи изъ 3—5 уѣздовъ, управляемые окружнымъ врачемъ, по волостямъ же жили фельдшера, причемъ на каждаго изъ нихъ приходилось 2—3 и болѣе волостей. Въ губернскомъ городѣ жилъ старшій врачъ, наблюдавшій за медициной всей губерніи. Такое устройство медицинской помощи было не въ далекомъ прошломъ среди такъ называемыхъ государственныхъ крестьянъ, среди же помѣщичьихъ крестьянъ и этого не было, хотя правда помѣщики и держали у себя иногда врача или фельдшера, что было упразднено послѣ эмансипаціи, и масса людей осталась почти безъ медицинскаго пособія даже такого, каковое въ состояніи были оказывать уѣздные и помѣщичьи врачи при условіяхъ невѣжества и темноты народа.

Во всей Екатеринославской губ. къ 1867 г., когда Земство приняло отъ Приказа всѣ благотворительныя учрежденія было только 8 больницъ съ 371 койками и одна богадѣльня на 42 койки. Всѣми же Земствами Россіи принято было всѣхъ лечебныхъ заведеній 351 съ 11309 кроватями, изъ коихъ больше половины было въ губернскихъ и меньше половины въ уѣздныхъ больницахъ. Общей характеристикой всѣхъ этихъ больницъ было то, что зданія для нихъ были неприспособлены, запущены съ дырявыми крышами, трещинами въ стѣнахъ, покошенными гнилыми полами, съ дымными печами и зловонными ретирадами. Въ губерн-

ской больницѣ былъ правда врачъ, въ уѣздныхъ же завѣдывали фельдшера, или даже ихъ помощники, такъ какъ на уѣздномъ врачѣ еще лежали обязанности санитарныя, полицейскія и судебныя всего уѣзда.

Главный контингентъ больныхъ въ этихъ лечебницахъ были солдаты или арестанты, за которыхъ ихъ вѣдомства вносили плату, крестьяне же боялись этихъ больницъ и по собственной иниціативѣ рѣдко туда обращались. Научно организованной, спеціальной окулистической помощи здѣсь конечно не было и даже съ точки зрѣнія «лучше что-либо, чѣмъ ничего» трудно отвѣтить, чего больше— пользы или вреда приносила такая медицина, которая тогда думала „что простой человѣкъ хвораетъ простыми болѣзнями и лечить его потому нужно простыми средствами, что если онъ умретъ, то и самъ умретъ, если отравится, то и самъ отравится, тогда только и было что заботы о томъ, чтобы ко дню пріѣзда начальства «больные не походили на кузнецовъ, чтобы у нихъ были хоть чистые колпаки». На чистоту этихъ колпаковъ предъ пріѣздомъ ревизора отпускались не малыя суммы, а на леченіе «простыхъ» болѣзней фельдшерамъ давали всего 12 р. 36½ к. въ годъ и требовали отъ нихъ, чтобы они сами собирали дикія лечебныя травы и прочіе медикаменты. Надзора за фельдшерами, оспенниками и повитухами не было никакого, населеніе ихъ боялось и смотрѣло враждебно—и только въ послѣднее время народъ сталъ довѣрять земскому леченію и обращаемость въ больницахъ съ каждымъ годомъ возрастаетъ до суммы, превышающей иногда въ два раза количесво населенія.

Чрезъ 25 лѣтъ Земства располагали уже 1068 больницами, при чемъ 700 изъ нихъ открыто въ уѣздахъ.

Въ этихъ больницахъ въ 1890 году было уже 2657 кроватей т. е. въ 2½ раза больше, сверхъ этого было открыто до 414 амбулаторій съ врачами, учреждено было до 2896 фельдшерскихъ пунктовъ съ пріемными покоями въ различныхъ мѣстахъ, при этомъ образовательный цензъ участковыхъ фельдшеровъ значительно повысился, и въ среду ихъ стали принимать окончившихъ фельдшерскія земскія

школы. Эти самостоятельные фельдшерскіе пункты, такъ называемый „фельдшеризмъ“ былъ признанъ въ концѣ концовъ Земствомъ вреднымъ, и установилось одно стремленіе расширять сѣть больницъ, амбулаторій и пріемныхъ покоевъ съ врачами, закрывая постепенно фельдшерскіе самостоятельные пункты.

По статистикѣ 1890 года земскихъ врачей насчитывалось около 2-хъ тысячъ, фельдшеровъ же до 7 тысячъ, тогда какъ въ началѣ существованія Земства первыхъ было 350, вторыхъ до 2-хъ тысячъ. Къ 1897 году въ Земствахъ Россіи было всѣхъ медицинскихъ участковъ 1931.

лечебницъ	1256.
кроватей	30206.
амбулаторій	424.
фельд. и акушер. пункт.	2454.
Земскихъ врачей . . .	2492.
Фельдшерск. персонала.	8046.

(Русск. Земск. медиц. 1899 г.).

Эти результаты земско-медицинской работы тѣмъ болѣе цѣнны, что Земству пришлось бороться со множествомъ экономическихъ, бытовыхъ, прочихъ запрещеній, извѣстныхъ всякому; интересующемуся судьбой русскаго общественнаго учрежденія. Этотъ прогрессъ въ развитіи медицинскаго дѣла въ Земствахъ былъ однако нарушенъ событіями послѣднихъ лѣтъ, когда созидательная работа Земствъ какъ бы пріостановилась, и отрасли земскаго хозяйства въ томъ числѣ медицина въ своемъ движеніи по спирали стала пріобрѣтать характеръ слабыхъ узкихъ размаховъ.

При сравненіи состоянія земской и неземской медицины въ деревнѣ еще болѣе станетъ рельефной продуктивность первой изъ нихъ, какъ основанной на началахъ общественности. Такъ по даннымъ д-ра Жбанкова (1896 г.) на съѣздѣ въ Кіевѣ—значится:

	въ земск. губ.	неземск.
на одинъ врачебный участокъ		
квадратныхъ верстъ .	1590 .	7630
жителей	41000 .	101800

фельд. самостоят. пунктовъ . .	1,6 .	5,6
на 10 тысячъ населенія. . . .	8 кр.	4 кров.
Обращаются за врачеб. помощью	32%	16%.
пользовано въ больницахъ . .	1,2%	0,4%.

Въ обстоятельномъ обзорѣ дѣятельности земствъ въ попеченіи о душевно-больныхъ Dr. Яковенко говоритъ: приказы общественнаго призрѣнія дѣйствовали около сотни лѣтъ и сдѣлали 1/10 того, что обществомъ сдѣлано за 30 лѣтъ. И дѣйствительно, Земская медицина въ созиданіи коей учавствовали главнымъ образомъ деревенскіе врачи, вступивъ на правильный путь подачи помощи населенію, за сравнительно короткое время своего существованія сдѣлала много, принимая въ расчетъ тѣ условія, среди которыхъ создавалась эта работа: деревни стали покрываться лечебными заведеніями, фельдшерскіе пункты замѣнялись врачебными, земскій врачъ все ближе и ближе подходилъ къ населенію, земство отпускаетъ на медицинскую часть треть своего бюджета, начала развиваться хирургія и совершенствоваться терапія отдѣльныхъ отраслей земско-медицинскаго знанія, научныя командировки врачей въ Университетскіе города повысили сумму и уровень знаній и способствуютъ прививкѣ научной медицины въ практическую жизнь деревни. Врачей если не глазныхъ, то съ знаніемъ глазныхъ болѣзней теперь больше того, что было 5—10 лѣтъ назадъ, когда глазныя болѣзни глубоко пускались въ массу народную и почти не лечились. Въ среду деревенскихъ врачей стала проникать и воспитываться идея общественная, что придавало имъ силы въ трудной невеселой работѣ среди некультурнаго населенія въ медвѣжьихъ углахъ, гдѣ по выраженію Чехова интеллигентные люди могутъ грубѣть и превращаться въ мужиковъ, мечтать о прекрасномъ—и ночевать на полу, гдѣ тяжело безъ людей и некогда книги прочесть,—тамъ стали напрягаться нервы и создавалась посильная помощь деревенскому населенію.

Когда стало нарождаться санитарное дѣло, послѣдняя стадія медицинскаго развитія деревни, которая должна

привить населенію мѣры профилактики, развить среди населенія пониманіе въ медицинскихъ познаніяхъ, сдѣлать населеніе стойкимъ и менѣе воспріимчивымъ къ вреднымъ болѣзнетворнымъ вліяніямъ—медицина въ деревнѣ стала на вѣрный путь, и идя такъ, она была бы весьма полезна массѣ народа, для чего понадобилось бы улучшеніе самихъ земскихъ учрежденій на началахъ широкаго приглашенія къ работѣ въ земство всѣхъ полезныхъ и понимающихъ работниковъ, слѣдовало бы на помощь земству привлечь общество, село, деревню, волость, стоящія въ настоящее время вдали отъ активнаго участія въ земско-медицинскомъ дѣлѣ, необходимо было бы взаимодѣйствіе всѣхъ этихъ силъ, довѣріе и уваженіе къ обществу и его представителямъ при радикальномъ переустройствѣ земства.

Да, и въ самомъ дѣлѣ, какъ можетъ современное земство бороться съ развитіемъ глазной заболѣваемости, эпидеміями, дѣтской смертностью, которая часто даже въ центрахъ достигаетъ 64 проц. по отношенію родившихся дѣтей. Своими средствами наша деревня не можетъ сократить этой смертности дѣтей до 30 проц., какъ въ Европѣ, она не можетъ также продлить и среднюю продолжительность жизни съ 28 лѣтъ, какъ въ настоящее время въ Россіи до 46, подобно Англіи. Здѣсь очень сложно смѣшаны экономическія, культурныя и санитарныя вліянія, слабость и болѣзненное истощеніе отъ непосильнаго труда на маломъ клочкѣ земельной собственности, пьянство, нашедшее себѣ широкое примѣненіе въ темной деревенской массѣ, сифилисъ, золотуха, цынга, трахома и малокровіе, незнаніе гигіены и діэтетики, предразсудки и вредные обычаи. Крайне необходимы реформы прежняго строя деревни съ образованіемъ мелкихъ инстанцій, которыя должны взять на себя заботу о потребностяхъ населенія и въ санитарномъ отношеніи.

Что въ настоящее время представляетъ наше село? Это построенныя у балки въ низинѣ небольшія грязныя избы, крытыя соломой, изрѣдка черепицей, съ грязнымъ дворомъ, плохой водой, безъ растительности и примѣтъ культурнаго хозяйства. Среди массы дворовъ (южная деревня больше

сѣверной, иногда въ 5—10 тысячъ населенія) встрѣчается зданіе церкви, небольшая больничка (далеко не вездѣ), читальня, одна двѣ школы, зданіе волости, полицейскаго участка, винная лавка иногда чайная—вотъ всѣ культурныя достоинства нашей деревни, состоящей изъ тысячъ жителей, имѣющихъ сложный общественный организмъ, въ функціяхъ котораго скрещиваются разнообразныя жизненныя условія; какъ и во всякомъ организмѣ въ немъ много нуждъ и не одно требованіе, хотя еще не достаточно формулированное, но достаточно важное и логическое.

Деревенскому обществу хочется жить культурно, имѣть хорошую школу, больницу и умѣло вести хозяйство, но въ этихъ хотѣніяхъ часто ставилось «нельзя», чѣмъ уничтожалась энергія, жизнь и самодѣятельность.

Единственный видъ самоуправленія деревень въ настоящее время это крестьянскіе сходы, но они далеки отъ истиннаго общественнаго интереса; если же къ нимъ придвинуть образованіе и право, то изъ нихъ получится жизненная, продуктивная единица, полезная и въ смыслѣ санитарномъ.

Реформированная деревня возродитъ къ жизни многія отрасли сложнаго хозяйства и въ томъ числѣ санитарное дѣло, которымъ будетъ завѣдывать само деревенское общество, санитарный совѣтъ или санитарное попечительство.

Санитарное попечительство терминъ не новый, оно существовало еще до 1885 года, и задача его сводилась къ выслѣживанію всѣхъ эпидемическихъ случаевъ, предупрежденію заразы, дезинфекціи помѣщеній и наблюденію за исполненіемъ санитарныхъ постановленій, ему принадлежалъ весь эпидемическій отдѣлъ медицины со всѣми предупреждающими и лечебными мѣропріятіями подъ наблюденіемъ земскихъ управленій.

Слѣдовательно еще давно Земство убѣдилось, что въ борьбѣ съ заразной болѣзнью нужно участіе самаго общества: кому какъ не этому обществу знать лучше всѣ тѣ причины, которыя вызвали ту или иную заразную болѣзнь. Но эти попечительства оказались существующими только на бумагѣ и въ идеѣ. Главнымъ тормазомъ къ ихъ функ-

ціонированію явилась народная темнота и оскудѣніе деревни, гдѣ не только нѣтъ ни высшихъ, ни среднихъ школъ, но даже нѣтъ въ достаточномъ количествѣ элементарныхъ школъ и много дѣтей лишаются первоначальнаго знанія. Вся образованная среда села состоитъ въ лучшемъ случаѣ изъ врача, учителя, священника и фельдшера; тамъ гдѣ эти лица энергичны—они сумѣютъ заинтересовать санитарнымъ дѣломъ и членовъ остального общества, но здѣсь выдвигается много препятствій въ смыслѣ заваленности работой, отсутствія средствъ и общихъ санитарныхъ узаконеній.

Не одни Земства, но и администрація не разъ высказывалась за желательность санитарныхъ организацій. Въ Петербургѣ въ 1899 г. была комиссія подъ предсѣдательствомъ Грота о пересмотрѣ дѣйствующихъ законовъ объ общественномъ призрѣніи и благотворительности. Во время голода, холеры или чумы разрѣшается собирать санитарныя попечительства, тогда только дается право призывать на помощь самодѣятельность общества.

Въ 1891 г. во время голода Попечительство было организовано Анненковымъ, но не удачно, т. к. 60 проц. его средствъ затрачены были на администрацію и матеріалы, и только 40 проц. на голодающихъ, тогда какъ въ это же время попечительства, организованныя на общественныя средства въ Вятской, Казанской и Симбирской губ., произвели удачный опытъ общественныхъ работъ и снабженія населенія хлѣбомъ и лекарствами, при чемъ денегъ израсходовано было гораздо меньше.

Попечительства—патронаты при тюрьмахъ, устроенныя за казенный счетъ, также влачатъ жалкое существованіе, тогда какъ патронаты Англіи и Франціи, организованные иначе, функціонируютъ удачно, и когда въ Россіи на 870 тюремъ со стотысячнымъ ихъ населеніемъ имѣется только 6 попечительствъ, созданныхъ по уставу 1851 года, въ Англіи эти попечительства въ каждой тюрьмѣ, пользуются громаднымъ довѣріемъ и имѣютъ огромный успѣхъ и поддержку. Слѣдовательно, опытъ и исторія другихъ обществъ показываютъ начала, на которыхъ слѣдуетъ организовать

мелкія санитарныя единицы, которыя могутъ стать жизненными тогда, когда жизнь проникнетъ во всю деревню и послѣдняя будетъ покоиться на новыхъ началахъ.

Итакъ, въ настоящее время Земство, служащее земледѣльческой Россіи т. е. 85 проц. всего населенія, находится въ состояніи медленнаго движенія по пути къ прогрессу. Считая земскими работниками только такъ называемыхъ асныхъ т. е. имѣющихъ установленный высокій земельный цензъ, не принимая въ расчетъ болѣе важный въ смыслѣ культурности цензъ образовательный или осѣдлый, владѣющіе которыми, будучи интеллигентными людьми, или же изучавшими нужды населенія, могли бы оказать весьма благодѣтельное вліяніе на развитіе земской культуры, чѣмъ тѣ, кто владѣетъ только однимъ кускомъ земли, хотя бы и огромнымъ, не имѣя въ большинствѣ случаевъ ни достаточныхъ при этомъ знаній, ни интереса, ни развитыхъ общественныхъ инстинктовъ—Земство для своего возрожденія должно реформироваться съ привлеченіемъ къ участію въ работѣ людей интеллигентныхъ прежде всего, затѣмъ оно должно выдѣлить изъ своего состава мелкія организаціи волостного типа съ правомъ самообложенія и самоустройства, эти же послѣднія изъ своего состава выдѣлятъ санитарный комитетъ или попечительство, находящееся въ завѣдываніи общественнаго врача при участіи людей, избранныхъ населеніемъ. Задачи этого попечительства будутъ санитарно лечебныя: наблюдать за постановкой больничнаго дѣла, амбулаторій, фельдшерскихъ пунктовъ, богодѣльни для призрѣнія старыхъ и неспособныхъ къ труду, оно должно слѣдить за развитіемъ заразныхъ болѣзней и принимать мѣры къ ихъ прекращенію путемъ народныхъ гигіеническихъ чтеній, раздачи популярныхъ медицинскихъ изданій, устройствомъ правильныхъ водоснабженій, чистота рѣкъ и набережныхъ, устройство общественныхъ бань, наблюденіе за чистотой жилища и дворовъ, рыночныхъ площадей и общественныхъ мѣстъ, главнымъ образомъ школъ, служащихъ часто очагомъ заразныхъ болѣзней скарлатины, трахомы, организація трахоматозныхъ и иныхъ курсовъ для интеллигенціи въ деревнѣ и т. п.,

все это должно идти рука объ руку съ просвѣщеніемъ населенія—тогда только культура разовьется и въ массѣ крестьянъ, условія труда для интеллигентныхъ работниковъ станутъ болѣе привлекательными и молодыя медицинскія силы пойдутъ смѣлѣе въ деревенскія дебри, что вмѣстѣ съ тѣмъ дастъ населенію и организованную научно поставленную медицинскую помощь, лечащую болѣзни и предупреждающую ихъ, тогда и званіе деревенскаго врача не будетъ по выраженію пр. Ковалевскаго только почтеннымъ, но будетъ весьма продуктивнымъ.

Тогда найдетъ себѣ широкое примѣненіе и глазная помощь, что не замедлитъ сказаться на сокращеніи глазныхъ страданій, деревенской слѣпоты и главнымъ образомъ трахомы, первоисточника этой слѣпоты.

Въ этомъ отдѣлѣ мы остановились на правовыхъ условіяхъ жизни Александровскаго уѣзда, принадлежащаго къ земскимъ уѣздамъ, мы говорили о порядкѣ земской работы, теперь же мы коснемся исторіи, топографіи, быта уѣзда имѣющихъ безусловную связь съ распространеніемъ трахомы.

Александровскій уѣздъ степной, черноземный, сухой и пыльный лѣтомъ, холодный и вѣтряный зимой, съ городомъ Александровскомъ, расположеннымъ на Днѣпрѣ противъ замѣчательнаго въ исторіи запорожцевъ острова Хортицы, въ началѣ низинъ Великаго Луга, простиравшагося въ старину по Днѣпру до самой Таврическ. губерніи. Онъ имѣетъ два метереологическихъ пункта на Западѣ г. Александровскъ подъ 47° 49′ с. ш. и 35° 11′ в. дол. отъ Пулкова, на высотѣ 37,8 метровъ надъ уровнемъ моря, и на востокѣ Покровскій въ 70 вер. отъ перваго пункта подъ 47° 58′ с. ш и 36° 14 в. дол., расположенный выше Александровска.

Самая возвышенная часть уѣзда юговосточная, гдѣ имѣются водораздѣльныя степи между Конкой и Гайчуромъ поднимающіяся болѣе 200 метр. надъ моремъ и дающія затѣмъ легкій уклонъ, обусловливающій направленіе рѣкъ уѣзда.

Эти данныя все же вліяютъ на то, что на Западѣ уѣзда климатъ теплѣе и влажнѣе, осадковъ больше и давленіе выше, чѣмъ на восточной окраинѣ уѣзда. Городъ Алексан-

дровскъ возникъ недавно со времени заселенія Новороссіи въ концѣ 18-го вѣка. Еще въ 1885 г. въ немъ считалось 6000 жителей, а въ настоящее время свыше 30 тысячъ и свыше 280 тысячъ обоего пола во всемъ уѣздѣ. Площадь, занимаемая уѣздомъ, равняется 8988 кв. верстъ. Быстрый ростъ и плотность населенія уѣзда объясняются тѣмъ, что отъ Александровска, пройдя пороги, Днѣпръ становится вновь судоходнымъ, въ уѣздѣ пересѣкаются Севастопольская и Екатерининская ж. дороги и главное богатство Россіи и малороссіи хлѣбъ по этимъ дорогамъ и судоходному Днѣпру направляется въ Херсонъ, гдѣ нагружается на морскіе пароходы.

Бѣдный полезными ископаемыми, водой—уѣздъ бѣденъ и своей природой. Не наша задача поэтизировать эту природу и говорить вмѣстѣ съ авторомъ «Природа степей Александр. уѣзда весной» о началахъ весны, объ окрикахъ пролетающихъ надъ степью стадъ гусей, утокъ и др. пернатыхъ, о воздухѣ столь пріятномъ, какъ молоко парное, о степномъ жаворонкѣ и овражкахъ, вылѣзшихъ на поверхность земли, о первыхъ подснѣжникахъ со своими свѣтлолазоревыми бутонами, венгерскомъ лютикѣ, пѣтушьемъ гребешкѣ, майскомъ репяшкѣ, горицвитѣ, гіацинтахъ, вероникахъ, и т. д. и восклицать «а степь то степь!., какъ ты хороша!»

Правда, все это наблюдатель—поэтъ можетъ подмѣтить и въ здѣшней природѣ, кажущейся розовой и веселой жизнерадостному здоровому человѣку. Въ нашихъ же глазахъ, какъ санитарнаго изслѣдователя, деревня не рай и таковое представленіе о ней есть чистая иллюзія.

Вѣрно, что Александровскій уѣздъ носитъ степной характеръ съ той особенностью, что въ немъ по водораздѣламъ имѣется масса большихъ и малыхъ кургановъ, слѣдъ существованія разныхъ кочевниковъ. Природа уѣзда богатая въ старину, теперь вслѣдствіе сплошной почти распаханности черноземной почвы и отсутствію цѣлинныхъ степей даже весной однообразна, а послѣ яровыхъ посѣвовъ и снятія хлѣба скучна, хотя верховья балокъ, нетронутые пахаремъ склоны и другія мѣста могутъ и теперь свидѣтельствовать о прежнемъ растительномъ богатствѣ уѣзда, покрытаго когда-то лѣсомъ и густой травою, обильнаго фауной и флорой.

Въ климатическомъ отношеніи Александровскій уѣздъ мало изученъ и метереологическія станціи устроены только въ трехъ мѣстахъ всего большого уѣзда, несмотря на то что необходимость метереологическихъ наблюденій, отражающихся и на степени болѣзненности населенія, пропогандированы главной Петербургской Обсерваторіей еще тридцать лѣтъ назадъ.

Такъ средняя годовая температура уѣзда по изслѣдованіямъ Акинфіева равна 9,4° С. въ г. Александровскѣ, а въ Покровскомъ 8,8° С. Самый жаркій іюнь имѣетъ для перваго пункта въ среднемъ 24,5 С. для второго 23,1 С., холодный январь имѣетъ 4,8 С. и 9° С.

Наибольшій морозъ въ г. Александр. доходитъ до 27,5 С.
Въ Покровскомъ до 36,8 С.

Наивысшая температура въ первомъ	39,3	
во второмъ	39,6	
Число дней въ году съ морозомъ	92	
	140	
Среднее годовое давленіе атмосферы	759,4	mm. ртути
	755,3	mm.
Среднее годовое количество осадковъ	385,2	mm.
	348,9	mm.
дождевыхъ дней	113	
	110	
снѣжныхъ дней	25	
	32	
ясныхъ дней	76	
	52	
пасмурныхъ дней	109	
	124	
дней съ бурями	35	
	26	

Районъ Гуляйпольскій, гдѣ намъ приходилось дѣлать изслѣдованія, расположенъ почти въ центрѣ уѣзда ближе

къ югу и востоку, и климатическія его свойства въ силу геологическихъ данныхъ съ возвышенной водораздѣльной степью на Ю. В. таковы, что имѣютъ за собой сравнительно большую сухость, суровость воздуха, незначительность осадковъ и давленія ртутнаго столба. Это общій выводъ и наблюденіе, которое намъ приходилось дѣлать путемъ сравненія по причинѣ отсутствія болѣе точныхъ данныхъ спеціально для Гуляйпольскаго района.

Въ гидрогеологическомъ отношеніи уѣздъ представляетъ нѣкоторыя особенности, благодаря своему географическому положенію, рельефу мѣстностей и тѣсно связаннымъ съ этимъ своеобразной исторіей и памятниками въ видѣ кургановъ, могилъ, каменныхъ бабъ, остатковъ укрѣпленій и прочихъ археологическихъ древностей, благодаря своей близости къ обширнымъ запасамъ каменнаго угля въ Донецкомъ бассейнѣ, развитію на своей площади разнообразныхъ кристаллическихъ породъ и естественныхъ обнаженій. Изъ данныхъ изслѣдованій инженера Соколова видно что на площади Александровскаго уѣзда существуютъ четыре главнѣйшихъ типа геологическихъ образованій:

1) древнія кристаллическія породы 2) палеогенныя 3) неогенныя 4) послѣтретичныя образованія. Среди нихъ особенно преобладаетъ порода гранито-гнейсовъ, известняковыхъ и песчаноглинистыхъ формацій, краснобурыхъ, сѣрыхъ глинъ и чернозема.

Въ предѣлахъ уѣзда расположенъ бассейнъ рѣкъ Волчьей и Конки съ притоками. Западная часть уѣзда прорѣзана балками и малыми рѣчками, впадающими въ Днѣпръ. На Ю.В. расположенъ бассейнъ рѣки Берды, этотъ юго-востокъ уѣзда служитъ водораздѣломъ, поднимается на 200 метровъ надъ уровнемъ Чернаго моря и образуетъ основаніе такъ называемой Бѣльмакъ-могилы самаго высокаго пункта въ уѣздѣ. Къ С.З. отъ этой возвышенности идетъ одинъ изъ наиболѣе значительныхъ уклоновъ, обусловливающихъ теченіе главныхъ рѣкъ уѣзда Конки и Гайчура, въ долинахъ которыхъ встрѣчаются трудно размываемыя кристаллическія породы, придающія берегамъ живописный скалистый видъ. Тамъ, гдѣ рѣчки текутъ по

районамъ легко размываемыхъ породъ, встрѣчаются овраги съ отвѣсными стѣнами изъ песковъ, глины, известняка и мергелей.

Гидрогеологическія условія уѣзда стоятъ въ несомнѣнной связи съ расположеніемъ кристаллическихъ породъ которыя, обнажаясь въ направленіи къ С.З. и Ю.В., въ срединѣ уѣзда дѣлаютъ котловину и встрѣчаются уже на довольно значительной глубинѣ 70—135 метровъ. Верхнія отложенія, занимающія обширныя площади и достигающія по рѣкамъ и балкамъ уѣзда значительной мощности, состоятъ изъ песка, глины, ила—онѣ имѣютъ важное значеніе въ водоснабженіи уѣзда, такъ какъ большая часть селеній расположена у балокъ и рѣчекъ и питается водой изъ колодцевъ съ вышеупомянутыми отложеніями. Богаче снабженъ водой Ю.В. уѣзда, гдѣ древнія породы залегаютъ неглубоко и мѣстности въ силу этого обстоятельства изобилуютъ родниками. На С.З. и С. уѣзда хотя и обнажаются эти древнія породы, но благодаря дренированію Днѣпра, родниковъ тамъ сравнительно мало. Средина уѣзда бѣдна водой, такъ какъ послѣдняя здѣсь уходитъ въ глубокій водопроницаемый слой земли. Новѣйшія отложенія, покрывающія на большомъ пространствѣ уѣздъ, если и бываютъ водоносны, то вода здѣсь «верховодка», дурного качества, и этой-то водой питается населеніе, такъ какъ колодцы роются преимущественно въ этомъ слоѣ поверхностныхъ геологическихъ отложеній.

Изъ многочисленныхъ анализовъ воды химика В. Топорова видно, что вода для питья и варки пищи населенія состоитъ изъ сухого остатка, окиси кальція, магнія, хлора, сѣрной кислоты, органическихъ веществъ, амміака, азотистой кислоты, азотной, имѣется часто желѣзо то въ видѣ закиси, то окиси и нерѣдко встрѣчается и сѣроводородъ. Здѣсь мы приведемъ анализы нѣкоторыхъ пробъ воды въ разныхъ мѣстахъ уѣзда.

На литръ воды въ граммахъ.	Сухой остатокъ.	CaO.	MgO.	Cl.	SO3.	Органическ. веществ.	NH3.	Азотная кисл.	Азотистая кисл.	Жесткость въ градус.	
С. Андреевка криница въ балкѣ Сухой	1,11	0,15	0,09	0,17	0,26	0,008	Слѣды	Слѣды	—	29.5	—
С. Жеребецъ рѣка Конка	1,36	0,17	0,1	0,29	0,28	1,11	Слѣды	0	0	31,3	—
С. Конскіе Раздоры. Колодезь .	0,63	0,06	0,03	0,05	Слѣд.	0,008	Слѣдн	0	0	10,7	—
С. Покровское Даниловка . . .	4,24	0,5	0,2	0,68	1,02	0,08	Слѣдн	—	Слѣды	79,1	желѣзо
Бол. Михайловка. Обществ. колод. .	0,76	0,06	—	0,03	0,1	0,67	Много.	—	—	—	сѣроводор.
Г. Александровск. Кол. Константин.	0,98	0,09	0,05	0,07	0,25	0,02	Много.	—	Слѣды	17,2	—
М. Михайловка Колод. около волости	2,29	0,20	0,18	0,22	0,8	0,48	Много.	0	0	45,4	сѣроводор.
Колод. Буницкаго	3,0	0,43	0,19	0,6	0,6	Нѣтъ.	0	0	0	71,2	іод., желѣз.
Самсоновскій колодезь въ Гуляйполѣ	2,1	0,1	0,08	0,25	0,2	—	—	—	—	42	—

Мы видимъ, что количество кальція здѣсь довольно высоко, такъ колодезь въ усадьбѣ Буницкихъ въ долинѣ рѣки Жеребца имѣетъ до 0,5 CaO, что даетъ водѣ чрезвычайную жесткость, которой здѣсь отличаются даже воды изъ родниковъ. Далѣе анализъ указываетъ на большое содержаніе хлора въ водѣ села Омельника (хлора 0,639) и сѣрной кислоты отъ гипса и глинъ съ хлористыми солями въ поверхностной почвѣ. Вода загрязнена органическими веществами (аміакъ, азотная и азотистая кислоты). Въ селахъ Воскресенкѣ, Басани, Гуляйполѣ, Гусаркѣ, Семеновкѣ, к. Раздорахъ, Кр. Рогѣ, Покровскомъ, Б. Михайловкѣ Жеребцѣ, Александровскѣ вода содержитъ большой процентъ амміака.

Хотя детальное обслѣдованіе уѣзда пр. Вознесенскимъ и указываетъ на то, что въ Александр. уѣздѣ нельзя разсчитывать на полученіе обильныхъ хорошихъ артезіанскихъ водъ, но все же полезная вода, мало минерализованная и чистая можетъ быть получена устройствомъ на глубинѣ 20—30 саж. колодцевъ съ насосомъ типа Бруклиновскихъ, абиссинскихъ (примѣръ с. Гуляйполя, Красноселка, Сигорь, Софіевскій заводъ), проложенныхъ не въ верхнемъ слою почвы, а въ нижнемъ, гдѣ мало гипса.

Устройствомъ ставковъ у верховьевъ балокъ изъ снѣговой или рѣчной воды можно получить мало минерализованную чистую воду для орошенія и повысить уровень грунтовыхъ водъ, послѣ чего можно достать хорошую воду даже изъ колодца ниже ставка при условіи, если запруда или гребля не будутъ состоять, какъ это дѣлается часто, изъ навоза и отбросовъ. Обращая больше вниманіе на топографическія и климатическія условія и пользуясь недорогимъ сравнительно матеріаломъ, можно снабдить Александровскій уѣздъ, какъ видно изъ разбора мѣстностей уѣзда достаточной чистой водой какъ для пользы орошенія, такъ и для употребленія населеніемъ, что подниметъ быстро культуру уѣзда, его матеріальное благополучіе, сократитъ смертность и заболѣваемость заразными болѣзнями въ томъ числѣ и трахомой.

Примѣры и здѣсь въ уѣздѣ уже достаточно видны и убѣдительны. Такъ, появленіе въ Гуляйполѣ накожныхъ и желудочно-кишечныхъ заболѣваній побудило санитарнаго врача улучшить качество воды, и устроенный абиссинскій колодезъ, дающій въ часъ 600 ведеръ хорошей воды (анализы воды производились въ Екатериносл. Горномъ Училищѣ), изъ года въ годъ теперь сокращаетъ заболѣваемость огромнаго села Здѣсь считаемъ нужнымъ отмѣтить тѣ трудности, при которыхъ велось устройство этого колодца, хлопоты по которому продолжались цѣлые пять лѣтъ Да и въ настоящее время земство, какъ бы не считается

съ его существованіемъ и предоставивъ заботы о немъ всецѣло обществу крестьянъ, тѣмъ самымъ доказываетъ свое непониманіе существа санитаріи въ деревнѣ. Борьба съ тифомъ заставила жителей Красноселки (еврейская колонія) устроить за свой счетъ такой же колодезъ и эпидемія тифа тѣмъ самымъ на много сократилась.

Говоря далѣе о бытовыхъ особенностяхъ уѣзда, необходимо указать на то, что преобладающая часть населенія уѣзда это малороссы, затѣмъ русскіе, евреи и нѣмцы.

Земледѣльческое, крестьянское населеніе живетъ, раздѣляясь по волостямъ, евреи въ колоніяхъ занимаются земледѣліемъ, въ селахъ ремеслами и торговлей, нѣмцы живутъ по колоніямъ и также хлѣбопашцы, они и лучшіе хозяева и болѣе зажиточные люди особенно въ сравненіи съ земледѣльцами-евреями. Благодаря Днѣпру и двумъ желѣзнымъ дорогамъ, торговля въ уѣздѣ и сбытъ сельскихъ продуктовъ растутъ быстро и дѣлаютъ Александровскій уѣздъ достаточно обезпеченнымъ матеріально. Этой обезпеченности благопріятствуетъ также и сравнительная достача земли, черноземный, плодородный ея характеръ, дающій урожай выше средняго. Но такое благополучіе не есть еще гарантія культуры, не есть преграда населенію отъ заразныхъ болѣзней и смертности (% общей смертности уѣзда по отношенію къ населенію равенъ 28—30‰, смертность дѣтей до 1 года равна 350—380‰ общей смертности, % рожденій доходитъ до 70‰, браковъ до 12‰, приростъ населенія 30—40‰).

Въ большомъ центральномъ селѣ Гуляйполѣ, гдѣ производились нами изслѣдованія по трахомѣ, насчитывается до 15 тысячъ жителей, помѣщается земская больница, частная лечебница, есть три врача, фельдшера, акушерки, торговыя, почтовыя и земскія учрежденія, нѣтъ чистнаго деревенскаго воздуха, чистой здоровой воды (исключая общественнаго колодца). Воздухъ переполненъ запахомъ разлагающихся органическихъ веществъ отъ скученныхъ жилищъ и ихъ малокультурныхъ обывателей. Вода—верховодка минерализована кальціемъ и магніемъ, жестка до 40—50°, загрязненная аміакомъ и хлоромъ, мало пригодная для употребленія,

вредная при умываніи раздраженіемъ конъюнктивы и роговицы глазъ. Садовая растительность отъ этой воды портится, кожа тѣла сушится, такъ что у непривычныхъ начинаютъ сильно выпадать волосы.

Небольшая рѣченка Гайчуръ пересыхающая лѣтомъ, грязная, съ греблями изъ навоза, безпризорная, т. к. въ ней купаютъ лошадей, топятъ коноплю, купаются, въ нее бросаютъ часто и нечистоты, изъ нея нерѣдко варятъ пищу и моютъ бѣлье, ее пьютъ и ею умываются — не можетъ быть полезной для оздоровленія села.

Въ центрѣ села располагаются дома разночинцевъ—обывателей, устроенные по городски съ достаточнымъ количествомъ свѣта и воздуха, приспособленные къ такому помѣщенію, тогда какъ остальное село наполнено избами, приспособленными скорѣе для нуждъ сельскохозяйственнаго характера. Изба, сдѣланная изъ соломы и чернозема съ глиной (лимпачъ), имѣетъ одну чистую комнату и грязную, гдѣ обыкновенно и ютится семья въ 6—7 душъ, небольшія сѣни и помѣщеніе для скота, при чемъ размѣры крестьянскаго дома въ среднемъ 6 арш. 10 верш. длины и 6 арш. 5 верш. ширины съ высотой до 3-хъ арш.

Часть комнаты занята большой печью, нарами, скамьями, сундуками и др. обстановкой, т. ч. дѣйствительный размѣръ избы равенъ ²/₃ относительнаго; избы бѣдныхъ крестьянъ еще болѣе бѣдны и грязны.

Слѣдовательно, считая среднюю семью въ 6 душъ, на каждаго человѣка будетъ приходиться 1,5 куб. сажен. воздуха. Сопоставляя изслѣдованія другихъ авторовъ (Баловъ, Шингаревъ, Арнольдовъ и др.), гдѣ на одного человѣка въ среднемъ приходится отъ 13½ кв. арш. до 40 кв. арш., мы должны констатировать тѣсноту помѣщеній среднихъ крестьянъ уѣзда, при которой на одного человѣка приходится до 14 куб. арш. воздуха и до 10 кв. арш. площади, принимая въ расчетъ два отдѣленія крестьянской избы.

Если же къ тѣснотѣ въ жилищахъ крестьянъ уѣзда и въ частности Гуляйпольской волости присоединить земляной полъ въ избахъ, смрадъ отъ топлива навозными кирпичами или соломой, загрязненіе ихъ животными, помѣ-

щающимися здѣсь же подъ одной кровлей—то мы поймемъ, что почва къ распространенію трахомы здѣсь достаточная. При невозможности же изоляціи больныхъ, обычая общихъ постелей, помѣщеній, общаго умывальника—глиняной чашки съ минерализованной водой безъ мыла или съ простымъ, жесткимъ мыломъ, съ однимъ общимъ для всей семьи грязнымъ полотенцемъ—тряпкой и другими подобными бытовыми мелочами—трахома здѣсь становится устойчивымъ эндемическимъ явленіемъ.

Освѣщеніе въ избахъ далеко не достаточное: окна числомъ 3—4 дѣлаются съ одной лицевой стороны, малыхъ размѣровъ въ $1 \times {}^{3}/_{4}$ аршина или ${}^{3}/_{4} \times {}^{1}/_{2}$ арш., такъ что свѣтовое отношеніе въ избахъ равняется ${}^{1}/_{11}$ и менѣе.

Въ нѣмецкихъ колоніяхъ при сравнительной чистотѣ дворовъ и жилищъ интенсивность свѣта уменьшается насажденіемъ предъ окнами густой растительности, еще болѣе затемняющей внутренность домовъ.

Такъ какъ свѣта въ избахъ мало, то при выходѣ на воздухъ глаза сильно раздражаются отъ обильнаго свѣта, и эта рѣзкость въ свѣтовомъ отношеніи способствуетъ обострѣнію глазныхъ болѣзней.

Въ отношеніи чистоты и опрятности, малороссы отстаютъ отъ крестьянъ средней полосы, хотя и послѣдніе нечистоплотны. Менѣе поворотливый, сытый, лѣнивый, апатичный малороссъ почти не смотритъ за чистотой своего тѣла: у него нѣтъ бани, въ очень маломъ употребленіи мыло и вода, онъ моется, какъ говорятъ здѣсь «когда родился и когда умираетъ» значитъ дважды въ жизни, чистота избъ на заботахъ ихъ женщинъ, которыя стараются придать дому наружную чистоту побѣлкой мѣломъ, мало заботясь о чистотѣ внутри дома, гдѣ впрочемъ своеобразная обстановка избъ, огромная печь, складъ тряпья съ бѣльемъ, одеждой и другія прелести малокультурной первобытной жизни парализуютъ всякую попытку чистаго содержанія избъ.

Даже свой дворъ довольно большой, ровный и свѣтлый крестьянинъ ухитряется безсознательно превратить въ помойную яму устройствомъ здѣсь же возлѣ дома склада навоза и отбросовъ, каковые, перегнившіе весной выдѣлываются на топливо; колодезь вырывается невдалекѣ отъ входа въ домъ и почти рядомъ со складомъ навоза, отчего возможно просачиваніе органическихъ веществъ чрезъ почву въ воду колодца.

Въ отношеніи образованія, могущаго вліять на всѣ стороны жизни крестьянина, послѣдній въ Александровскомъ уѣздѣ поставленъ далеко не совершенно. Здѣсь насчитывается до 280 тысячъ населенія, изъ котораго 20% дѣтей школьнаго возраста и только до 30% мужчинъ грамотныхъ, тогда какъ среди женщинъ—послѣднихъ не болѣе 13%. На весь уѣздъ имѣется 122 начальныхъ школы со скудной программой преподаваемыхъ знаній и съ 110—115 учебными днями въ году, что дѣлаетъ трехлѣтній курсъ начальной школы равнымъ, собственно говоря, одному цѣльному году—но одного года недостаточно для воспитанія и образованія темнаго люда въ деревнѣ!

Но зло еще и въ томъ, что даже такихъ школъ очень мало.

По министерскому отчету изъ 12736000 дѣтей школьнаго возраста Россіи (1906 г.) обучались въ школахъ только 5389000 душъ, а для остальныхъ дѣтей недоставало 160000 школъ, которыхъ въ настоящее время только третья часть, и слѣдовательно ${}^{2}/_{3}$ школъ надо еще выстроить.

Въ Александровскомъ уѣздѣ больше 35 тысячъ дѣтей школьнаго возраста (это только въ русскихъ поселкахъ) по отчетамъ Уѣздн. Училищн. Совѣта 1908 г. школы уѣзда вмѣщаютъ только 13338 душъ дѣтей.

Въ большомъ, центральномъ селѣ Гуляйполѣ на 15 тысячъ населенія 6 начальныхъ школъ, обучающихъ не болѣе 1000 дѣтей, тогда какъ дѣтей школьнаго возраста свыше 2500.

Здѣсь мы добавляемъ, что всѣ эти школы низшія, народныя, тогда какъ только средняя и высшая школа, потребность въ которыхъ настоятельная, могутъ поднять пониманіе населенія на ст, что оно станетъ способнымъ оріентироваться въ мѣропріятіяхъ противъ заразныхъ болѣзней, пріобрѣтшихъ званіе «народнаго бѣдствія». Вотъ

почему еще и досихъ поръ существуетъ знахарство, примѣты и суевѣрія, лечащіе отъ простуды, переполоху, пропасницы, сглазу и т. д. Здѣсь мы отмѣтимъ, что на всю Екатеринославскую г. съ 3.320000 населеніемъ приходится только 2118 школъ, изъ нихъ одна высшая и 21 среднихъ школы, такъ что 1 ученикъ приходится на 19 жителей, или 1 школа на 1567 душъ (Шильдеръ).

Для полноты бытоописанія уѣзда и ради этнографическаго интереса мы приводимъ заимствованную изъ Земск. Екатерин. Вѣстника молитву, которую дѣдъ или бабка читаютъ надъ трахоматознымъ, или вообще трудно больнымъ глазами послѣ «воочу» т. е. молитвы «Отче Нашъ».

Ѣхалъ св. Юрей на сѣромъ конѣ,
Выѣхалъ на святую гору, заигралъ въ золотую трубу
Прибѣгло къ нему три пса, черный, бѣлый и сѣрый.
Черный отъ чернаго глазу, бѣлый отъ бѣлаго и сѣрый отъ сѣраго.
Рожденному (имя) крещенному отъ бѣльма или отъ глазу».

Ясно какъ божій день, что въ борьбѣ съ этимъ невѣжествомъ необходимо широкое народное образованіе и серьезно поставленное дѣло медицинской помощи населенію, а также спеціально глазной медицины. Во всемъ Александровскомъ уѣздѣ нѣтъ спеціальнаго глазного врача и глазная помощь населенію поставлена довольно слабо. правда немного лучше, чѣмъ въ другихъ нѣкоторыхъ губерніяхъ (Казанской, Вятской и пр.), гдѣ также нѣтъ глазныхъ врачей и вся помощь населенію выражается въ леченіи конъюнктивовъ, а оперативно—въ выдергиваніи рѣсницъ при трахіазѣ, или въ лучшемъ случаѣ въ наложеніи Гулярдовыхъ лигатуръ, причиняющихъ боль, безобразіе и рецидивы.

Статистики въ Англіи (Лордъ Брассей) считаютъ своего культурнаго рабочаго въ смыслѣ производительности болѣе чѣмъ въ два раза выше темнаго индуса и одинъ англійскій рабочій въ 10 часовъ сдѣлаетъ столько же, сколько двое русскихъ въ 16 часовъ. Грамотный, говорилъ

пр. Вирховъ, даже печку вытопить лучше, чѣмъ неграмотный, развитой менѣе опасенъ въ машинномъ дѣлѣ, чѣмъ темный, онъ болѣе производителенъ и во владѣльческомъ хозяйствѣ настолько, что раціональное хозяйство въ деревнѣ не мыслимо при наличности невѣжества.

И если теперь сгруппировать въ одно: невѣжество, недостатокъ медицинской, ветеринарной, сельскохозяйственной помощи, непривлекательность крестьянской жизни—то мы получимъ объясненіе повышенной болѣзненности населенія и развитія трахомы въ частномъ случаѣ. И мы видимъ, какъ русскій сельскій обыватель этотъ тоже homo sapiens, царь природы и мѣрило всѣхъ вещей, какъ онъ мало устойчивъ въ борьбѣ своей съ заразной болѣзнью, бичующей его жизнь.

Гдѣ бы ни находилась трахоматозная инфекція въ воздухѣ, въ водѣ, въ почвѣ, навозѣ, бѣльѣ и т. д. всюду она находитъ удобную почву при современномъ крестьянскомъ бытѣ и для массы населенія въ настоящее время важенъ вопросъ общей культуры, улучшенія человѣческаго житья.

На одномъ изъ Пироговскихъ съѣздовъ пр. Капустинъ говорилъ: «посвящаются-ли нашей деревнѣ главныя заботы врачебной помощи населенію или развитію общественной гигіены? нѣтъ и нѣтъ. Со времени Петра Великаго мы движемся по пути культуры двумя потоками,одинъ верхній, быстрый создаетъ внѣшній блескъ и мы считаемъ себя образованными, другой потокъ нижній широкій многоводный, какъ рѣка весной, тихо и медленно катитъ онъ свои волны, это потокъ деревенской жизни. На верху въ городахъ мы ведемъ дебаты по разнымъ вопросамъ науки, искусства, государственной и философской жизни, а внизу въ деревняхъ населеніе дѣлится просто на грамотныхъ и неграмотныхъ и послѣднихъ при этомъ огромнѣйшій процентъ.

Изъ таблицъ движенія населенія въ уѣздѣ за послѣдніе 10 лѣтъ выясняется, что въ то время какъ населеніе уѣзда выросло на 80 тысячъ, болѣзненность стала регистрироваться по отчету 1906 г. въ цифрахъ 206,280 душъ

первичныхъ при 322 тысячахъ общихъ посѣщеній, тогда какъ въ 1896 году амбулантовъ было только 165 тысячъ общихъ посѣщеній. Помощь врачебная стала полнѣе и продуктивнѣе, общая смертность населенія упала, но зато смертность дѣтей до 1 года продолжаетъ возрастать, и эти условія, которыя вліяютъ на общую смертность дѣтей являются также условіями особенной склонности дѣтей въ уѣздѣ заражаться трахомой. Уѣздъ дѣлится на 12 медицинскихъ участковъ съ 14 земскими врачами, завѣдующими шестью больничками, тремя пріемными покоями и тремя амбулаторіями съ 142-мя больничными койками. Каждый врачъ въ годъ принимаетъ тысячъ 15 больныхъ, считая по 53 посѣщеній въ день и завѣдуетъ участкомъ въ 15—20 верстъ радіуса и въ 25—30 тысячъ населенія. На каждую больничную койку приходится около 1900 душъ населенія. Далѣе здѣсь 18 самостоятельныхъ фельдшерскихъ пункта, на которыхъ фельдшера принимаютъ тысячъ по 8 больныхъ т. е. свыше 20 душъ ежедневно. Во всѣхъ больницахъ уѣзда въ 1906 г. было принято 3682 стаціонарныхъ больныхъ, каждый изъ которыхъ лечился отъ 13—15 дней. Наличностью этого персонала уѣзда (который въ большинствѣ случаевъ не комплектированъ) и регистрируется въ больницахъ и амбулаторіяхъ врачами и фельдшерами заболѣваемость населенія.

Въ регистраціи мы подмѣчали такое явленіе, что устройство новаго врачебнаго пункта поднимаетъ быстро кривую регистрацію болѣзненности населенія.

Такъ въ 1904 г. было въ уѣздѣ восемь врачебныхъ амбулаторій и врачами зарегистрировано въ нихъ 123 тысячи больныхъ, въ 1906 г. число амбулаторій стало 10 и цифра больныхъ выросла до 178 тысячъ.

Съ другой стороны медлительность въ открытіи врачебныхъ пунктовъ, доведя количество работы врачей до maximum'a, дѣлаетъ этотъ maximum стаціонарнымъ или даже уменьшаетъпослѣдній (въ 1899 г.—241 тысяча амбулантовъ, въ 1900 г.—238 тысячъ амбулантовъ).

Изъ этихъ данныхъ можно заключить, что населеніе уѣзда созрѣло до пониманія полезности врачебной помощи

и усиливая обращаемость при открытіи новаго врачебнаго пункта, оно—населеніе этимъ самымъ констатируетъ насущную потребность въ увеличеніи числа врачей и расширеніи сѣти лечебныхъ заведеній уѣзда.

Въ то время, какъ кривая, изображающая заболѣваемость идетъ вверхъ съ увеличеніемъ числа врачебныхъ пунктовъ, кривая линія смертности населенія не даетъ уже такихъ размаховъ, а находится въ большей зависимости отъ развитія эпидемій. Особенно характеренъ въ смыслѣ санитарнаго благополучія уѣзда 1896 г., когда при достаточно полной регистраціи болѣзней (на 230 тысячъ населенія 165 тысячъ амбулантовъ и 5813 смертныхъ случаевъ т. е. 30 pro mil.) смертность достигла своего minimum'a. Это санитарное благополучіе 1896 года тѣсно было связано съ экономическимъ, т. к. при урожаѣ крестьянинъ достаточно лѣчится питается и лучше живетъ.

Такая бытовая болѣзнь какъ тифъ, сифилисъ или трахома при условіяхъ экономическаго благополучія регистрируется полнѣе, благодаря болѣе широкой обращаемости, да и случаевъ заболѣваній бываетъ меньше. Экономическій кризисъ уѣзда трехъ лѣтъ 1897—98—99 особенно рельефно отразился въ жизни уѣзда на паденіе числа рожденій, числа браковъ и увеличеніе заболѣваемости (65 pro mil. рожденій, 8,5 pro mil. браковъ, 242 тысячи амбулантовъ). Изъ таблицы движенія населенія Александровскаго уѣзда за 10 лѣтъ, слѣдуетъ еще отмѣтить слѣдующее явленіе важное въ бытовомъ отношеніи: графическое изображеніе рожденій и смертности находится въ такой связи, что съ ростомъ одной кривой линіи растетъ и другая, это потому, что общая смертность зависитъ отъ дѣтской смертности, послѣдняя же бываетъ велика, когда число рожденій велико, и далѣе: стоитъ подняться кривой смертности, то быстро поднимается и кривая рожденій. Слѣдовательно большой процентъ рожденій въ уѣздѣ зависитъ отъ такого же процента смертности дѣтей. Это не есть явленіе такъ сказать физіологическаго ряда, а паталогическое, зависящее отъ малокультурности, плохого дѣтскаго ухода и питанія. Такъ Луйо, Брентано (о приростѣ населенія въ Пруссіи и

Польшѣ) говоритъ, что у культурнаго образованнаго народа рождаемость хотя и превалируетъ надъ смертностью, но послѣдняя бываетъ очень незначительна. Малокультурные народы отличаются большимъ приростомъ по тому, что огромная рождаемость многимъ превышаетъ огромную смертность населенія, въ приростѣ населенія играютъ значеніе не національность или раса, а культурность и соціальныя условія.

Естественнымъ былъ бы этотъ порядокъ тогда, когда наши деревенскія семьи, воспитавъ, выростивъ дѣтей культурно,—въ связи съ этимъ размножались, тогда приростъ семьи былъ бы нормальнымъ, зависимый отъ экономическаго и культурнаго благополучія, но здѣсь мы видимъ другое,—дѣтская рождаемость, плодовитость семей анормальны, дѣтей рождаютъ, плохо питаютъ, кормятъ прокислой соской, за ними не смотрятъ и дѣтей много погибаетъ, особенно въ іюльскую жару, тогда сокращается періодъ кормленія грудью у матерей вмѣстѣ съ чѣмъ увеличивается процентъ зачатій или рожденій. Вотъ почему прельщаться высокой рождаемостью уѣзда намъ не приходится, т. к. послѣдняя зависитъ отъ смертности дѣтей до одного года. Эти условія быта вліяютъ и на другія заболѣванія населенія въ данномъ случаѣ трахомой, а потому нами и отмѣчаются какъ таковыя, тѣмъ болѣе что въ деревнѣ распространеніе заразныхъ болѣзней и вообще заболѣваемость населенія уясняется путемъ санитарно-общественныхъ наблюденій и менѣе всего путемъ кабинетныхъ, лекарственныхъ или лабораторныхъ работъ. При этомъ работа послѣдняго вида въ нашей деревнѣ въ глубинѣ такъ сказать Россіи еще и не возможна, почему остается одинъ путь научной работы это санитарно-общественный. Эта черная работа создаетъ фундаментъ, на которомъ со временемъ будутъ базироваться теоретическія прикладныя уже строго научныя знанія деревни.

Такъ и вездѣ: чтобы открыть планету Нептунъ астрономамъ нужно было знать всѣ уклоненія движеній Урана, принципы тяготѣнія, массу сухихъ, комбинированныхъ данныхъ; чтобы появиться радію нужна была періодическая

система, множество сырого матеріала въ видѣ анализовъ отдѣльныхъ элементовъ; замѣчательные выводы законовъ эволюціи Дарвина и прикладныхъ знаній біологіи Пастера появились послѣ многолѣтнихъ наблюденій въ растительномъ и животномъ мірѣ самаго разнообразнаго характера. Будущій истолкователь санитарной исторіи Александровскаго уѣзда изъ соотношеній четырехъ кривыхъ картограммы быта населенія уѣзда (рождаемость, смертность, заболѣваемость и приростъ населенія) сможетъ дать заключенія весьма важныя, поясняющія причины развитія тѣхъ или другихъ заболѣваній, а также мѣропріятія для ихъ предупрежденія.

Мы можемъ считать послѣднее десятилѣтіе въ жизни уѣзда сравнительно благополучнымъ такъ съ

		1886—1896	1896—1906
Зарегистрировано	Рожденій . .	65‰	72 ‰
	Браковъ . .	12,5	13,2
	Смертность .	38,7	35,1

Таблица смертности по возрастнымъ группамъ выражается въ слѣдующемъ:

	1886—96 г.	1896—906 г.
Смертность до 1 г.	250‰	345‰
1— 5 »	340	275
5—10 »	90	60
10—15 »	28	26
15—25 »	46	49
25—40 »	63,5	63
40 и больше. . .	165	163

Здѣсь мы отмѣчаемъ усиленную смертность дѣтей уѣзда до 1 года и увеличеніе проц. смертности возрастной группы 15—25 лѣтъ, вслѣдствіе этого можно заключить, что условія существованія въ уѣздѣ стали труднѣе и борьба за существованіе сметаетъ съ поля жизни весь неприспособленный элементъ слабыхъ дѣтей и неблагопріятно вліяетъ на самый цвѣтущій возрастъ, подвергая его различнымъ болѣзнямъ, ослабляющимъ его жизненное сопротивленіе.

Въ смыслѣ сопоставленій мы приводимъ здѣсь и общую таблицу движенія населенія.

	Смертность.	Рождаемость.
Европейск. Россія.	35,5‰	49,2‰
Австрія	28,2	39,3
Германія	26,2	36,9
Франція	22	22,4
Англія	18,5	31,4
Екатер. губ. . .	33,8	50,5
Александровскій уѣздъ	39	65

ТАБЛИЦА СМЕРТНОСТИ.

	Европ. Россія.	Западн. Европа.
до 5 л.	469,6‰	301,9
5—10 »	16,3	9,5
10—15 »	6,4	4,8
15—25 »	15,1	13,9
25—40 »	32	25
40—60 »	99	70
60—80 »	347	293
80 и болѣе	325	390,5

Отсюда мы видимъ, что условія русскаго быта даютъ болѣе 150 проц. разницы дѣтской смертности и увеличенный проц. смертности въ остальныхъ группахъ, все эт сокращаетъ среднюю продолжительность жизни въ Россіи до 28 лѣтъ, тогда какъ

въ Германіи послѣдняя равна .	37 л.
» Франціи » » .	42 »
» Англіи » » .	46 »

На статистическихъ данныхъ смертности намъ приходится останавливаться, дабы выяснить условія быта, вліяющія на смертность и болѣзненность главнымъ образомъ заразными болѣзнями. Выяснено, что рядъ послѣднихъ неурожаевъ, ставшій частымъ явленіемъ, вліялъ неблагопріятно на развитіе болѣзней въ уѣздѣ, но есть и другой факторъ развитія болѣзней—это малокультурность, послѣднее обстоятельство доказывается тѣмъ, что нерѣдки примѣры, когда населеніе и съ большимъ достаткомъ даетъ болѣе высокую и дѣтскую и общую заболѣваемость.

Такъ въ подмосковскихъ промышленныхъ районахъ бываютъ случаи въ 50—70 pro mil. общей смертности и 640 pro mil. дѣтской смертности до 5 лѣтъ, часто бывали годы не съ прибылью, а съ убылью населенія. Деревня Башаулы Александр. уѣзда, заселенная выходцами-тавричанами, людьми зажиточными, даетъ высокій проц. заболѣваемости сифилисомъ. Гуляйполе, Феодровка, большія торговыя села имѣютъ большой проц. трахомы.

Какъ въ тѣхъ подмосковныхъ волостяхъ некультурность и темнота населенія способствуетъ загрязненію почвы, воды, воздуха заводами и фабриками, такъ и въ Александровскомъ уѣздѣ тѣ же факторы заставляютъ населеніе существовать при самыхъ антисанитарныхъ условіяхъ и при отсутствіи правильно поставленнаго даже элементарнаго образованія.

Переходимъ затѣмъ къ распространенію въ уѣздахъ спеціально глазной заболѣваемости. Такъ въ 1906 г. глазныхъ больныхъ было зарегистрировано въ уѣздѣ 9120 душъ т. е. 5,2 проц. относительно всѣхъ больныхъ, трахоматозныхъ же 1975 т. е. 21 проц., при чемъ въ Гуляйпольскомъ участкѣ принято 1556 глазныхъ, т. е. 11,5 проц., среди нихъ трахоматиковъ было 514 т. е. 33 проц. Въ 1907 году трахоматиковъ во всемъ уѣздѣ зарегистрировано 1476 душъ на 6175 всѣхъ глазныхъ т. е. 23 проц., причемъ въ Гуляйпольскомъ участкѣ было 318 душъ на 1266 глазныхъ т. е. 25 проц., Въ больницахъ уѣзда стаціонарныхъ больныхъ глазныхъ въ 1906 г. лечилось 247 душъ т. е. 7 проц., при чемъ трахоматозныхъ было 99 душъ т. е. 40 проц., въ Гуляйпольской же больницѣ послѣднее было до 60 проц., относительно всѣхъ стаціонарныхъ глазныхъ. Оперативная глазная дѣятельность выразилась числомъ 165 операцій. при этомъ 61 проц. операцій было сдѣлано въ Гуляйпольской больницѣ, операцій по поводу трахомы было сдѣлано 40 проц. всѣхъ глазныхъ операцій, изъ коихъ 50 проц. пришлось на Гуляйпольскую больницу.

По даннымъ отчета врачей уѣзда слѣдуетъ отмѣтитъ крупный недостатокъ въ глазной помощи населенію. Такъ напримѣръ въ Лукашевскомъ участкѣ, гдѣ много пришлыхъ рабочихъ, много нѣмцевъ колонистовъ, среди которыхъ

трахома распространена, зарегистрировано только 68 трахоматозныхъ, тогда какъ въ однихъ школахъ участка ихъ во много разъ больше.

Въ воскресенскомъ участкѣ зарегистрировано 50 трахоматиковъ, въ одной же Корфовской школѣ, прославившейся своей трахомой на весь уѣздъ, ихъ цѣлыя сотни. Сравнительно правильно регистрировалось трахоматозная заболѣваемость въ Гуляйпольскомъ, Покровскомъ и Жеребецкомъ районахъ.

Стаціонарныхъ больныхъ съ трахомой было очень мало: въ Воскресенскомъ участкѣ всего двое за годъ, въ городскомъ Александровскомъ 6 душъ и т. д.

Глазная оперативная помощь въ нѣкоторыхъ участкахъ вырожалась только въ удаленіяхъ инородныхъ соринокъ изъ глаза и это даже въ городскомъ участкѣ, далѣе, выдавливанія зеренъ трахомы, или удаленіе гангліевъ.

При такомъ положеніи трахома изъ года въ годъ будетъ распространяться и обезсиливать населеніе.

Вотъ таблица оперативной глазной помощи населенію въ уѣздѣ за 1906 г.

Участки.	Выдавливаніе зеренъ.	Операціи на вѣкахъ.	Иридектоміи.	Извлеченіе катаракт.	Вылущеніе глазн. яблокъ	Удаленіе инородн. тѣлъ.	
I	52	—	—	—	—	27	
II	38	9	—	1	—	—	
III	47	37	7	30	2	20	
IV	—	—	—	—	—	4	
V	—	1	—	—	—	24	
VI	—	1	—	—	—	8	
VII	—	5	—	—	—	5	
VIII	18	1	—	2	—	—	
IX	—	—	—	—	—	—	
X	15	1	1	2	—	3	

Большинство этихъ операцій можно было бы дѣлать амбулаторно, и чѣмъ слабѣе участокъ въ глазномъ отношеніи, тѣмъ болѣе въ немъ регистрировались больные, именно или первой или послѣдней категоріи, какъ стаціонарно-оперативные.

Операцій на вѣкахъ дѣлается мало, страдающихъ же запущенными формами заворотовъ, выворотомъ или разрощеніемъ рѣсницъ—въ уѣздѣ достаточное количество. Еще болѣе уменьшится результатность операцій этого вида, если мы точно установимъ, какіе же способы операцій на вѣкахъ практиковались въ Александр. уѣздѣ: можетъ быть это было простое выдергиваніе рѣсницъ, или лигатуры Гульярда. Операціи на радужной оболочкѣ, хрусталикѣ и глазномъ яблокѣ производились преимущественно въ Гуляйпольскомъ участкѣ.

Ко всему этому слѣдуетъ добавить, что спеціально глазныхъ лечебницъ въ уѣздѣ нѣтъ, нѣтъ даже глазныхъ отдѣленій при больницахъ, глазной больничной койки.

Глазной больницей въ уѣздѣ считается Гуляйпольская, такъ какъ туда идутъ глазные чуть ли не со всего уѣзда, но въ эту же больницу притекаютъ и вообще хирургическіе больные, много терапевтическихъ, и для леченія глазныхъ достаточной обстановки здѣсь не имѣется. Отсюда мы можемъ заключить, что борьба съ трахомой въ уѣздѣ возможна, если имѣть спеціально глазныя отдѣленія, хотя въ трехъ пунктахъ ѣзда въ Александровскомъ, Гуляйпольскомъ и Покровскомъ, расположенныхъ географически въ центрѣ и на окраинахъ. Нужно имѣть хотя одного окулиста въ городѣ Александровскѣ, врачи же Гуляйпольскій и Покровскій должны стать въ обязательныя условія при поѣздкѣ въ научныя командировки изучать офтальмологію. Нужно, чтобы земство способствовало устойчивости врачей на ихъ пунктахъ, а не вызывало, какъ это бываетъ, коллективныхъ уходовъ, или вообще смѣнъ врачей, такъ какъ въ такомъ случаѣ наблюденіе за трахоматозными и леченіе ихъ серьезное, систематическое—невозможно. Нужно, чтобы земство усвоило бы себѣ взглядъ на врачей не какъ на наймитовъ, а какъ на интеллигентныхъ работниковъ, въ

вѣдѣніи которыхъ находится народное здоровье уѣзда, тогда и будетъ въ уѣздѣ организована дѣйствительная медицинская помощь, леченіе и регистрація заболѣваній.

Далѣе переходимъ къ болѣе детальнымъ изслѣдованіямъ о трахомѣ въ Александровск. уѣздѣ, которая здѣсь считается болѣзнью распространенной, упорной, заразительной, лишающей многихъ людей ихъ единственнаго блага способности работать. Многочисленными наблюденіями въ уѣздѣ уже давно установленъ фактъ значительнаго распространенія трахомы съ ея послѣдствіями, и для врачей и земства стала вполнѣ очевидной настоятельная необходимость коренной борьбы съ этой болѣзнью, серьезно угрожающей населенію, названной пр. Гиршманомъ бичемъ и бѣдствіемъ народнымъ.

Извѣстно, что обсужденіе мѣръ, которыя легли бы въ основу объединенныхъ мѣропріятій правительственныхъ и общественныхъ организацій въ предупрежденіи и леченіи трахомы, были постоянной задачей собиравшихся Пироговскихъ Съѣздовъ, въ которыхъ принимали участіе сотни лицъ, представители каѳедръ, больницъ, земской, городской, желѣзнодорожной и фабричной медицины.

На этихъ съѣздахъ, а также въ санитарныхъ совѣтахъ земствъ и городовъ выяснилось, что установленію раціональныхъ мѣропріятій по отношенію распространенія трахомы должно предшествовать всестороннее изслѣдованіе вопроса съ санитарной точки зрѣнія. Въ настоящее время изучать ту или другую болѣзнь населенія можно путемъ санитарной статистики, замѣняющей случайныя личныя впечатлѣнія научно обоснованными наблюденіями, а слѣдовательно методъ статистики существенно необходимъ и для детальнаго изученія вопроса о трахомѣ.

Точныя и сравнительно полныя статистическія данныя заболѣваемости трахомой опредѣленной группы населенія, условія, способствующія дальнѣйшему распространенію этой болѣзни, а также санитарная оцѣнка послѣднихъ въ связи съ вліяніемъ этого недуга на санитарное состояніе населенія—вотъ тѣ необходимыя свѣдѣнія, которыя должны лечь въ основу мѣропріятій противъ распространенія тяжкаго страданія русской деревни трахомой. Эти соображенія и были основаніемъ для насъ начать изслѣдованія о трахомѣ Александровскаго уѣзда въ связи съ распространеніемъ послѣдней въ другихъ мѣстахъ, воспользовавшись для этой цѣли матеріалами различныхъ учрежденій, подведя итоги и сгруппировавъ ихъ.

Моя задача съ самаго начала была въ томъ, чтобы опредѣлить согласно регистраціи число больныхъ, страдающихъ трахомой, прослѣдить распространеніе трахомы по медицинскимъ участкамъ Александровскаго уѣзда, выяснить степень развитія ея въ отдѣльныхъ мѣстахъ, главнымъ образомъ въ селѣ Гуляйполѣ какъ центрѣ уѣзда и окрестностяхъ путемъ поголовнаго осмотра, указать на условія, способствующія распространенію трахомы, ея эволюцію въ рядѣ лѣтъ, формы заболѣванія, вліяніе тѣхъ закономѣрностей, которыя управляютъ развитіемъ и движеніемъ трахомы среди населенія Александровскаго уѣзда.

Для этой задачи и важны были современные общіе выводы по трахомѣ, понятія объ исторіи послѣдней и степени развитія ея въ другихъ мѣстностяхъ, тогда получилось бы представленіе постановки статистики и наблюденій надъ трахомой уѣзда или даже губерніи, такъ какъ условія быта различныхъ мѣстъ губерніи почти одинаковы.

Поголовный осмотръ уѣзда, какъ лучшій способъ собрать точныя данныя немыслимъ и не подъ силу одному лицу, но таковой методъ въ отдѣльномъ районѣ уѣзда можетъ дать возможность къ нѣкоторымъ обобщающимъ выводамъ и для всего уѣзда.

Эпидемія напримѣръ тифа, или скарлатины въ селѣ Покровскомъ или Конскихъ Раздорахъ прошлаго года достаточно говоритъ объ общей постановкѣ медицинскаго дѣла во всемъ уѣздѣ, общности условій, могущихъ перебросить болѣзнь въ любую изъ мѣстностей уѣзда и недостаточности санитарной помощи для локализаціи послѣдней.

Мнѣ пришлось пользоваться годовыми отчетами врачей уѣзда, протоколами санитарныхъ совѣтовъ и съѣздовъ, прослѣдивъ ихъ за послѣднее десятилѣтіе, а для выясненія нѣкоторыхъ вопросовъ быта населенія разсматривались

источники и матеріалы, начиная съ 1890 года, далѣе просмотрѣнъ былъ карточный матеріалъ за 1906—1907 г., регистрирующій трахому по системѣ Пироговскаго Съѣзда и рекомендованнцй для общности регистраціи всѣмъ городамъ и земствамъ, сверхъ того имѣлись записи трахоматозныхъ семействъ Гуляйпольскаго участка, съ подробнымъ осмотромъ нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Нужно сознаться, что въ современномъ земствѣ работа—изслѣдованіе научнаго характера представляетъ для земскаго врача много препятствій.

Завѣдывать участкомъ въ 20 верстъ радіуса, съ тридцатитысячнымъ населеніемъ, съ больницей въ 20 кроватей, амбулаторіей свыше 50 душъ въ день, сверхъ того дѣлать операціи, нести разъѣзды къ больнымъ по участку, ѣздить на вызовы фельдшеровъ, акушерки, принимать участіе въ общественной санитарной работѣ на Санитарныхъ совѣтахъ, все это обязанности сложныя и трудныя, послѣ которыхъ остается мало времени, по выраженію бывшаго земскаго врача А. П. Чехова, «прочесть книжку, но есть время превратиться въ медвѣдя». Прибавьте къ этому отсутствіе подъ руками научныхъ книгъ и матеріаловъ и другія препятствія просто личнаго характера съ отсутствіемъ сочувствія, о чемъ мы считаемъ нужнымъ сказать и глубоко сожалѣть.

Изученіе трахомы въ Александровскомъ уѣздѣ Екатеринг. имѣетъ свою исторію. Въ послѣдніе 10 лѣтъ не было ни одного съѣзда врачей, гдѣ бы не затрагивался вопросъ о трахомѣ. Какъ на сѣверѣ Россіи борятся съ бытовымъ зломъ—сифилисомъ, такъ на югѣ распространена трахома, и цѣлый рядъ врачей у насъ послѣдовательно говоритъ о послѣдней въ виду развитія ея среди школьниковъ, солдатъ и нѣмцевъ колонистовъ. Много разъ дѣлали постановленія о регулярныхъ осмотрахъ школъ и регистраціи въ нихъ трахомы, составлялись комиссіи для популярныхъ чтеній и т. д.

Популярная брошюра, составленная врачемъ Братчиковымъ, издана была Земствомъ въ 1903 г., наконецъ распространялись листы о трахомѣ Пироговскаго Общества, брошюры Д-ра Хижнякова, листы врача Самсонова, изданные Гуляйпольскимъ Санитарнымъ Попечительствомъ.

Въ 1904 г. врачъ Свѣшниковъ сдѣлалъ вновь докладъ о распространеніи трахомы среди учениковъ VIII медицинскаго участка, чрезъ 3 года читался докладъ Самсонова о трахомѣ въ Александровскомъ уѣздѣ, и въ это время были приняты Санитарнымъ Совѣтомъ мѣропріятія: 1) осмотры школъ врачами два раза въ годъ 2) осмотры глазъ всѣмъ амбулаторнымъ больнымъ разъ въ недѣлю 3) регистрація трахомы по карточкамъ Пироговскаго Общества. 4) ознакомленіе фельдшеровъ уѣзда путемъ съѣздовъ, научныхъ собесѣдованій съ различными видами трахомы.

Такъ же какъ и комиссія Московскаго Земства въ борьбѣ съ сифилисомъ въ 1873 г. постановила сначала ввести правильную регистрацію сифилитиковъ такъ и въ Александровскомъ Земствѣ установленъ былъ по поводу трахомы принципъ накопленія медико-статистическаго матеріала и разработки его, а затѣмъ организаціи мѣропріятій противъ трахомы.

Изученіе развитія трахомы въ Россіи затруднялось отсутствіемъ опредѣленной программы, по которой бы отовсюду изъ года въ годъ собирался матеріалъ опредѣленнаго вида. Послѣдній являлся громоздкимъ и сводка его трудной по причинѣ отсутствія системы и опредѣленнаго взгляда на трахому, отсутствія установленной номенклатуры трахоматозныхъ заболѣваній и обшепринятыхъ формъ разработки.

Регистрировали не только число лицъ трахоматозныхъ, но и число посѣщеній, свдѣдѣнія врачей не всегда отдѣлялись отъ свѣдѣній фольдшеровъ не смотря на ихъ различную цѣнность, иногда даже обыкновенные случаи фолликулярныхъ катарровъ регистрировались вмѣстѣ съ трахомой, и собранный такимъ образомъ матеріалъ не могъ считаться удовлетворительнымъ еще и потому, что собирали и считали его тогда, когда еще достаточно точно не обнаруживали.

Пересматривая способы регистраціи трахоматозныхъ, мы ставимъ на первый планъ поголовный осмотръ населенія,

который др. Герценштейнъ рекомендовалъ при регистраціи сифилитиковъ въ Россіи.

Эти поголовные осмотры населенія имѣютъ недостатки, каковые затемняютъ въ значительной степени абсолютное преимущество этого способа надъ другими.

Прежде всего поголовный осмотръ это однодневный, бѣглый, летучій пріемъ изученія статистики болѣзненности населенія, тогда какъ многіе стороны вопросовъ должны выясняться путемъ продолжительныхъ наблюденій иногда въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ, а это возможно только при широкомъ развитіи санитарно-врачебныхъ организацій, ставящихъ цѣль приблизить себя къ населенію и сдѣлать медицинскую помощь общедоступной, а также обращать особенное вниманіе на болѣзненность и смертность населенія вообще и въ частныхъ случаяхъ; поголовные осмотры слишкомъ громоздки, трудны и сопряжены съ препятствіями, т. к. населеніе слишкомъ темно, чтобы понимать и сочувствовать подобной работѣ. Пр. Капустинъ сообщаетъ, что въ 1872 г. въ Новгородской губ. Земствомъ производились осмотры сифилитиковъ, не давшіе однако практическихъ результатовъ: населеніе относилось враждебно, многіе уклонялись отъ осмотра. Статистика повѣрки оспопрививанія въ Земствахъ также показываетъ на безучастность населенія къ этой мѣрѣ: привитыхъ дѣтей не показываютъ, а не привившихся оставляютъ до слѣдующаго года. Главное же препятствіе это недостатокъ у врачей времени.

Какъ бы то ни было имѣющіеся поголовные осмотры населенія съ цѣлью изученія глазныхъ болѣзней дали достаточное количество положительныхъ указаній и цѣнныхъ взглядовъ. Идеальнымъ методомъ статистическаго изслѣдованія было бы всеобъемлющее наблюденіе, захватывающее всѣ единичные факты, но эта задача статистики не выполнима и почти всегда приходится довольствоваться только наблюденіями надъ многими фактами, отказываясь отъ всеобщаго, и чѣмъ больше фактовъ, надъ которыми оперируетъ наблюдатель, тѣмъ цѣннѣе выводы.

Согласно этимъ основаніямъ статистики, необходимы прежде всего достовѣрность, полнота и однообразіе свѣ-

дѣній. Это достигается путемъ карточной регистраціи, принятой земствами и усиленно рекомендованной Московскими врачами Осиповымъ и Поповымъ, при регистраціи можно и собирать статистическія свѣдѣнія и разрабатывать ихъ. Нужно только отдѣльно отмѣчать больныхъ повторныхъ, а также чтобы матеріалъ собирался исключительно врачами и разрабатывался бы въ центральномъ медико-статистическомъ бюро Губерніи.

Исторія статистики трахомы своей судьбой походитъ на исторію сифилиса, послѣдній часто смѣшивали съ венериками вообще, отчего получались преувеличенныя цифры, такъ и трахоматиковъ смѣшивали съ бленорройными и фолликулезомъ — между тѣмъ, регистрація трахомы должна быть однообразной, единственной и простой, чтобы въ этой именно формѣ и сдѣлалась пріемлемой и удобоисполнимой для земствъ и городовъ. Какъ и сифилисъ, трахома въ своемъ классифицированіи подвергалась всевозможнымъ видоизмѣненіямъ: сифилисъ классифицировался по Гунтеру (мѣстный и общій), по Безену (четыре періода), Капози (ранняя, поздняя формы, воспаленіе системъ и органовъ, кахексія) и наконецъ классификація Рикова: первичная, вторичная и третичная формы. Послѣдняя классификація проста и можетъ съ удобствомъ быть примѣнена и къ трахомѣ, какъ тоже соціальному недугу.

Принятіе общей карточки для регистраціи трахомы Пироговскимъ обществомъ составляетъ большой шагъ впередъ, по этой регистраціи послѣ рубрикъ бытового характера идутъ подраздѣленія на правый и лѣвый глазъ заболѣваній I trachoma, осложненія ея и II trachoma dubium съ примѣчаніями, поясняющими, что считать несомнѣнной трахомой, сомнительной и фолликулезомъ. Изъ этой карточки простой и удобной слѣдуетъ вычеркнуть только рубрику сомнительной трахомы по совершенно справедливому замѣчанію, что нѣтъ сомнительной трахомы, но есть только сомнительный діагнозъ.

Отмѣчая больныхъ трахоматиковъ по этимъ карточкамъ, мы получимъ матеріалъ цифровой со знаніемъ бытовыхъ условій, и если въ нашемъ распоряженіи будетъ и не абсо-

лютное знаніе этихъ цифръ, то и тогда можно будетъ дѣлать необходимыя заключенія.

Такъ д-ръ Скребицкій, работая надъ вопросомъ слѣпоты и не имѣя всѣхъ цифровыхъ данныхъ пришелъ къ сравнительно вѣрнымъ выводамъ о томъ, что число слѣпыхъ въ Россіи доходитъ до 200 тысячъ.

Д-ръ же Мандельштамъ въ опредѣленіи сифилиса доходитъ до цифры въ 2 милліона для всей Россіи.

Считая невозможнымъ примѣнять исключительно систему поголовныхъ осмотровъ, мы приходили къ выводу пользованія въ земствахъ комбинированнаго способа. Методъ этотъ и былъ принятъ въ Санитарномъ Совѣтѣ Александровскаго Земства въ 1907 г. Состоитъ послѣдній въ слѣдующемъ:

1) Трахома должна не только лечиться, но и регистрироваться по однообразной системѣ Пироговскаго Общества.

2) Запись должна вестись врачами.

3) Свѣдѣнія о трахомѣ участковыхъ фельдшеровъ, ознакомившихся съ карточной регистраціей и клиническими картинами трахомы чрезъ научныя собесѣдованія съ врачами, должны помѣщаться въ годовыхъ отчетахъ отдѣльно и также могутъ имѣть извѣстную цѣнность въ общихъ выводахъ по развитію трахомы.

4) Осмотры глазъ всѣхъ приходящихъ больныхъ разъ въ недѣлю (въ воскресенье, когда амбулаторныхъ бываетъ до ста и болѣе человѣкъ). Чрезъ нихъ мы можемъ имѣть представленіе о трахомѣ третьей части всѣхъ обращающихся больныхъ въ амбулаторію, что вмѣстѣ съ другими трахоматиками дастъ цѣнный матеріалъ съ указаніемъ на относительную заболѣваемость трахомой среди населенія

5) Разработка этого матеріала должна сосредоточиваться въ однихъ рукахъ, и выводы по немъ должны опредѣляться въ совѣтѣ санитарныхъ врачей.

Прежде всего были осмотрѣны въ 1906 г. школы Гуляйпольской волости такъ:

1-я Гуляйпольская Зем. школа	295	ученик.	90	трах.	30%
2	»	»	»	106	»	19	»	17,9
3	»	»	»	111	»	40	»	36

Нѣмецк. школа	36	»	4	»	11
Заводск. школа	50	»	20	»	40
Церковн. школа	84	»	28	»	33
Еврейская муж. школа	44	»	8	»	18
» женская школа	42	»	—	»	—
Воздвиженск. школа	100	»	13	»	13
Рождественская земск.	62	»	6	»	9
» церков.	52	»	2	»	3,8
В. Терсянская	62	»	14	»	22
Варваровская	42	»	20	»	47
Межиричск. евр. школа	86	»	1	»	1,1

Слѣдовательно на 1172 школьника у 265 т. е. 22,6% была трахома.

Наблюденіемъ за школьниками Гуляйпольской волости можно убѣдиться, что % трахомныхъ среди нихъ ежегодно растетъ, такъ въ 1904 г. и 1905 г. зарегистрировано:

I Гуляйпол. школа трахоматиковъ	23%	26%
II » » »	9	10
III » » »	19	25
Нѣмец. училище	—	6
Заводское	—	15
Церковная школ.	15	26
Еврейск. муж.	17	16
» женское	—	0,5
Воздвиженск.	6	12
Рождествен. земск.	7	9
» церков.	5	4
В. Терсянская	14	16
Варваровская	30	29
Межиричская	—	1%

Наконецъ, если взять школы прежнихъ лѣтъ, то въ 1902 г. и 1903 г. трахомныхъ было:

Для первой Гуляйпольской школы 18%
во второй » 9
въ третьей » 22
въ церковной школѣ 10

Почти аналогичные выводы получилъ при осмотрѣ трахоматозныхъ школьниковъ въ Гуляйпольскихъ школахъ

врачъ Карменъ, сообщавшій о своихъ изслѣдованіяхъ Александр. Зем. Управѣ въ 1904 г. Окулистъ Губер. Земства Кацъ въ 1903 г., нашелъ для первой Гуляйпольской школы 25% трахомныхъ.

Распространеніе трахомы въ школахъ объясняется во первыхъ неблагоустройствомъ школъ: такъ предѣльная длина классныхъ комнатъ въ 13—14 ар. (по Эрисману), съ шириной въ 10 ар. и высотой въ 5 ар.—существуетъ какъ исключеніе въ одной 1-й школѣ всей волости; maximum количества учениковъ въ классахъ превышается почти на 50%, при чемъ въ 66% объемъ воздуха на ученика ниже нормы, рекомендующей 4,—5 куб. метра; паденіе свѣта также не соотвѣтствуетъ требованіямъ гигіены, свѣтовое отношеніе, доходящее въ среднемъ до $^1/_{12}$ ниже нормы (въ $^1/_2$—$^1/_9$,) парты обыкновенно стараго образца, разстояніе школьной доски отъ учениковъ въ 4,5—6,5 метр. нарушается; воздухъ въ школахъ отъ переполненія ихъ и грязнаго содержанія сильно портится уже подъ конецъ перваго урока, и къ обновленію порченаго воздуха нѣтъ въ школахъ приспособленій, исключая простой фортки, открываемой иногда на нѣсколько минутъ, тогда какъ по изслѣдованіямъ Д-ра Ростовцева даже часовое открытіе фортки можетъ уменьшить содержаніе CO_2 въ воздухѣ толко на 1,64 pro mill. (Врач. Газет. 1905 г.)

Затѣмъ съ каждымъ годомъ число учащихся въ школахъ увеличивается, въ школьныхъ помѣщеніяхъ тѣснота, полы моются рѣдко, раза два въ годъ, среди населенія % трахомы ежегодно растетъ и тѣмъ самымъ увеличиваетъ и въ школѣ трахому, каковая обратно заражаетъ трахомой населеніе, затѣмъ идутъ минерилазованная вода для мытья лица, общія парты, учебники, тетради и отсутствіе систематическаго санитарнаго надзора.

Наконецъ, мы можемъ отмѣтить такое явленіе, что процентное количество трахоматозныхъ особенно велико въ 1-мъ отдѣленіи т. е. въ началѣ ученія отъ 40—50% всѣхъ трахоматозныхъ или свыше 15% трахоматозныхъ относительно всѣхъ учениковъ, состоящихъ въ первыхъ отдѣленіяхъ школъ и это достаточно говоритъ за то, что

процентъ трахоматиковъ среди населенія, посылающаго дѣтей въ школы высокъ, значитъ одна изъ мѣръ борьбы со школьной трахомой есть осмотръ и леченіе поступающихъ въ школы дѣтей.

Антисанитарные порядки школы также выражаются въ данныхъ, по коимъ вторыя отдѣленія школъ обыкновенно имѣютъ нѣсколько большой % трахомы (иногда вдвое), что указываетъ на распространенное зараженіе въ школахъ учениками своихъ товарищей. Гдѣ принимаются мѣры леченія трахомы (напр. три Гуляйпол. школы) тамъ % трахоматиковъ во вторыхъ отдѣленіяхъ становится меньше, чѣмъ въ первыхъ и становится вновь высокимъ въ 3-мъ и 4-мъ отдѣленіяхъ, что указываетъ на несистематичность и непостоянство санитарнаго надзора. Если леченіе вести систематически, то какъ показалъ опытъ Гуляйпольскихъ школъ % трахоматозныхъ къ концу учебнаго года сокращается иногда до 5%., при чемъ сюда входятъ новички-трахоматики, заразившіеся отъ своихъ товарищей. Новыхъ трахоматиковъ бывало не болѣе 20% числа уже раньше зарегистрированныхъ. Тамъ же гдѣ надзоръ и леченіе трахомы не велось систематически, а урывками и случайно процентъ трахоматиковъ къ концу года обыкновенно не сокращался, но или оставался стаціонарнымъ, или же увеличивался на 10—15%.

Собранные матеріалы по школамъ остального уѣзда слѣдующіе:

	уч.	трахоматозн. было:	
Свѣчниковъ Гавриловск. участокъ осмотрѣлъ въ 1904 г.	1850	259	14%
Онъ же осмотрѣлъ въ 1902 г.	1575	—	12
Врачъ Карменъ (Воскрес. и Покров. уч.).	1409	203	14,4
Кудрявцовъ (Жеребецк.).	626	106	16,9
Самсоновъ школа хутора глухонѣмыхъ	83	5	6
1-е городск. учплище	205	15	7
2-е городск. училище	140	6	4,8

		уч.	трахоматозн. было:	
Успеновская Земская школа				
	въ 1906 г.	238	68	28
	„ 1904 г.	201	—	24
Темировск. школа	„ 1905 г.	50	21	42
	„ 1903 г.	47	—	31
Туркеновск. школа	„ 1904 г.	214	25	11
	„ 1903 г.	200	—	8
Санжаровск. школа.	„ 1904 г.	130	24	18
	„ 1903 г.	125	—	17
Корфовская школа (Кондорскій) 1903 г.		—	—	17,5

Въ шести школахъ нѣмецкихъ колоній (по Збарскому 1903 г.) отъ 40—50 проц. трахомы. Въ Федоровскихъ школахъ (Шапошниковъ) нашелъ въ 1902 г. на 564 души 21 проц. трах. Слѣдовательно въ среднемъ школы дали до 18 проц. трахомныхъ, т. е. цифру аналогичную съ процентнымъ отношеніемъ для школъ Гуляйпольскаго района. Затѣмъ по этимъ изслѣдованіямъ можно заключить, что проц. трахомы ежегодно увеличивается, чѣмъ вызывается необходимость въ мѣропріятіяхъ противъ трахомы.

Количество фолликулярныхъ конъюнктивитовъ по осмотрамъ 4571 школьника доходило до 22 проц. Глухія деревенскія школы имѣютъ особенно большой процентъ трахомы, тогда какъ школы въ городѣ имѣютъ мало трахоматозныхъ, особенно хуторъ и школа глухонѣмыхъ дѣтей, устроенные образцово и гигіенично на столько, что дѣти тамъ несмотря на общежитіе страдаютъ глазами въ весьма маломъ процентѣ. Школы Воскресенскаго и Жеребецкаго участка особенно предрасположены къ трахомѣ и среди нихъ большая Корфовская школа давно обращаетъ вниманіе земства на трахоматозную заболѣваемость, что указываетъ прежде всего на трахоматозную заболѣваемость и населенія, къ каковому вопросу мы теперь и переходимъ.

Въ Гуляйпольскомъ районѣ съ площадью въ 560 кв. верстъ, населеніемъ въ 20 тысячъ и плотностью до 35 на кв. версту, съ радіусомъ медицинскаго участка въ 12—25 в, всего зарегистрировано въ 1906 г. амбулаторныхъ 290 взрослыхъ и 265 школьниковъ т. е. 555 трахоматиковъ съ такимъ распредѣленіемъ:

Гуляйполе	123	Воздвиженка . . .	13
Успеновка	20	Новозлатополь . .	6
Варваровка	30	Туркеновка	11
Бѣлогорье	6	Горькая	1
Бѣльманка	8	Басань	7
Пологи	9	Рождественка . . .	6
б. Михайловка. . .	10	Васильевка	6
Гайчуръ	4	Петропавловка . .	2
Терсы	4	Межиричи	2
Новоселка	6	Хвалибоговка . . .	1
		Внѣ уѣзда	15

Среди нихъ мужчинъ 56 проц. женщинъ 44 проц. въ такомъ возрастномъ распредѣленіи:

1—5 лѣтъ	3,5%
5—10	8,5
10—20	20
20—30	11
30—40	30
40—50	12
50—60	10
свыше 60	5

По національностямъ они распредѣлялись такъ: малороссовъ 80 проц., евреевъ 8 проц., нѣмцевъ 10%, русскихъ 2 проц. По продолжительности болѣзненнаго процесса:

до 1 года	35%
1—2	20
2—3	17
3—5	10
5—10	6
свыше 10 лѣтъ	12

Правый глазъ одинъ только болѣлъ въ 6 случаяхъ, лѣвый въ двухъ, остальные больные хворали на оба глаза.

Осложненія встрѣчались среди взрослыхъ амбулантовъ.

pannus	21,5%
keratoectas ex pann.	0,3
xeros. corn.	0,2

entropion	5,0
trichiasis	7,0
blepharophim.	2,5
атрофія хряща	0,4

Осложненія среди школьниковъ были таковыя:

pannus	1,2%
keratoect.	0,4
entropion	0,3
trichias.	0,4
ulcera	1,1

По отношенію ко всѣмъ зарегистрированнымъ въ амбулаторіи больнымъ трахоматиковъ было 3,7 проц., относительно глазныхъ вообще 51 проц., относительно населенія участка 3,2 проц. Въ отношеніи зависимости заболѣваемости и обращаемости отъ разстоянія необходимо отмѣтить, что 70 проц. больныхъ было изъ села Гуляйполя и только 30 проц. изъ другихъ деревень, при чемъ, чѣмъ дальше послѣднія отстояли отъ Гуляйпольскаго пункта, тѣмъ меньше обращалось больныхъ.

Стаціонарно лѣчилось только 90 глазныхъ больныхъ т. е. 14,8 проц. изъ ихъ же среды 58 проц. было трахоматозныхъ.

Въ остальномъ уѣздѣ зарегистрировано 1420 трахоматозныхъ и изъ доставленныхъ мнѣ 980 карточекъ, подробно зарегистрированныхъ, можно заключить что: мужчины и женщины при регистраціи составляли 1,2 : 1,0, возрастныя группы распредѣлялись такъ.

до 1 года	0,1%
1— 5	2,2
5—10	9,
10—20	21,
20—30	10,5
30—40	34,2
40—50	15,
50—60	4,
Свыше 60	4,

По національностямъ: малоросы 74 проц., евреи 10, нѣмцы 12, русскіе 4. По продолжительности болѣзненнаго процесса трахома распредѣлялась:

до 1 года	44%
„ 2 „	25
„ 3 „	24
„ 4 „	5
и болѣе	2

Правый глазъ отмѣченъ заболѣвшимъ въ 14 случаяхъ, лѣвый въ четырехъ случаяхъ.

По степени болѣзн. процесса трахоматозные распредѣлялись:

I стадія	376	34,3%
II „	110	11,2
III „	534	54,5

Осложненія наблюдались:

ponnus . . .	20%
trichiasis . .	9,7
entropion . .	6,
atrophia ocul .	0,5

Относительно разстоянія отъ врачебнаго пункта, здѣсь также повторяется законъ интенсивной обращаемости при условіи отдаленія обращающихся отъ больницы не далѣе 5 верстъ радіуса, въ другихъ случаяхъ обращаемость обратно пропорціональна разстоянію отъ врачебнаго пункта.

Что касается обращаемости по временамъ года, то можно отмѣтить, что maximum общей обращаемости въ 25—26 проц., наблюдаемый лѣтомъ, не совпадаетъ съ maximum'омъ трахоматозной обращаемости, достигающей въ весеннее время 32 проц., но въ своемъ общемъ развитіи обѣ кривыя линіи идутъ какъ бы параллельно, и слѣдовательно трахоматоз. обращаемость стоитъ въ связи съ общей обращаемостью т. е. зависитъ отъ общихъ бытовыхъ условій.

Если изобразить графически эти двѣ кривыя, то первая изъ нихъ (общая обращаемость) будетъ выражена менѣе рѣзко, трахоматозная же обращаемость характерна своими поднятіями и опусканіемъ вначалѣ быстрымъ, затѣмъ медленнымъ, сходя на нѣтъ въ декабрѣ, и имѣя maximum въ маѣ—іюнѣ. Если сравнимъ эту кривую трахомы съ кривыми другихъ эпидем. заразн. болѣзней то мы получимъ изъ этого сравненія нѣкоторую тождественность, подчи-

няющуюся общему закону распространенія заразныхъ болѣзней. Это общій типъ кривой, выведенный изъ наблюденій послѣднихъ пяти лѣтъ.

Въ 1906—7 г. нами дѣлались поголовные осмотры глазъ населенія помимо тѣхъ лицъ, которые являлись спеціально съ глазной болѣзнью къ врачу, таковыхъ амбулаторно и на дому было осмотрѣно 9397 душъ.

С. Гуляйполе	7871
Воздвиженка	400
Рождественка	231
В. Терса	106
Марфополь	157
Сигорь	100
Хвалибоговка	223
Яблоково	135
21 хуторъ и эконом.	174

По полу распредѣленіе было такое: мужчинъ 4501, женщинъ 4896 и среди нихъ трахоматозныхъ всего 846 душъ т. е. 9 проц.

Причемъ трахоматозные мужчины относились къ женщинамъ какъ 1 : 1,3. Фолликулярныхъ воспаленій слизистой оболочки зарегистрировано 12 проц. (1129 душъ),

Теперь если принять, что общая трахоматозная заболѣваемость будетъ равной 3,2 + 9,0 = 12,2 проц., тогда какъ обращаемость трахоматозныхъ равна только 3,2 проц., то отношеніе дѣйствительно существующей трахомы къ трахомѣ, регистрируемой, будетъ какъ 4 : 1 т. е. трахоматозныхъ въ осмотрѣнномъ населеніи въ четыре раза больше, чѣмъ трахоматиковъ—обратившихся въ больницу. Д-ръ Комаровъ находилъ для Макар. уѣзда.

это отношеніе равнымъ	10:1
К. Снегиревъ (Княгинск. уѣздъ)	10:1,9

Обобщать полученное отношеніе для всего уѣзда мы конечно не можемъ, такъ какъ въ послѣднемъ оно гораздо выше, вслѣдствіе очень малой обращаемости трахоматозныхъ въ лечебные пункты, и можно предположить, что оно соотвѣтствуетъ отношенію упомянутыхъ авторовъ 10 : 1,0, но

добытыя данныя для Гуляйпольскаго района мы считаемъ сравнительно точными, хотя и не состоящими изъ абсолютно большой суммы числа наблюденій, какъ того требуютъ законы статистики. Малый проц. трахомотозной обращаемости мы объясняемъ тѣмъ. что населеніе здѣсь руководствуется не наличной опасностью, а степенью видимыхъ признаковъ или субъетивныхъ жалобъ, боль же при трахомѣ есть незначительный индивидуальный симптомъ. Чѣмъ болѣе развито населеніе и чѣмъ оно обезпеченнѣе, тѣмъ чаще оно обращаетъ вниманіе на свои объективные призиаки болѣзни.

Фактомъ нахожденія нерегистрируемой трахомы въ уѣздѣ мы можемъ только сказать, что трахоматозная обращаемость здѣсь далеко не полная, вслѣдствіе чего трахома увеличивается изъ года въ годъ среди населенія, заражаетъ школы и войска, посылкой въ нихъ трахоматиковъ и эти выводы должны быть общими для всего Александровскаго уѣзда.

По возрастнымъ группамъ трахома здѣсь до 1 года встрѣтилась у 2-хъ дѣтей.

1— 5 лѣтъ	0,8%
5—10	9,2
10—20	2,2
20—30	1,2
30—40	2,5
40—50	16,7
50—60	8,2
60 и больше	6,0

По національности малороссовъ 70% евреевъ, 6, русскихъ 6, нѣмцевъ 18. По продолжительности болѣзненнаго процесса:

До 1 года трахома имѣлась у 64 прц. больныхъ; до 2-хъ лѣтъ, трахома имѣлась у 4—3 лѣтъ трахома имѣлась у 7 и болѣе лѣтъ держалась 25%.

Правый заболѣвшій глазъ отмѣченъ въ 6 случаяхъ.

Осложненная трахома здѣсь наблюдалась въ такихъ клиническихъ картинахъ:

pannus	12%
trichiasis	4,8
entropion	3,0
atroph. ocul.	1,5
symblephar.	3,6
xerosis	0,8
ulcera	0,1
keratoectas ex pann.	0,4
утолщеніе хряща	2,
атрофія хряща	0,3
ankyloblepharon	0,1
blepharophimos	8,0

Для наглядности мы можемъ указать на діаграмму возрастныхъ отношеній случаевъ катаракты, оспы, трахомы и поврежденій роговой оболочки, изъ которой видно, какъ кривыя оспы и катарактъ, помѣщаясь на противуположныхъ полюсахъ быстро опускаются до рѣдкихъ случаевъ заболѣваній между 30—50 годами, тогда какъ поврежденія глазъ трахомой или воспаленіемъ роговой оболочки въ своихъ кривыхъ изображеніяхъ идутъ такъ сказать рука обруку, достигая maximum'а въ зрѣломъ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ. причемъ поднятіе кривой поврежденій роговицы идетъ болѣе равномѣрно, тогда какъ кривая трахомы даетъ какъ бы два подъема такъ называемый «школьный» и «рабочій».

Медицинская помощь трахоматознымъ въ Гуляйпольской волости была организована такъ, что прежде всего обращалось вниманіе на школы, которыя осматривались къ началу и концу года, составлялся списокъ трахоматозныхъ дѣтей и они должны были посѣщать амбулаторію чрезъ день или каждый день, это въ школахъ Гуляйполя, школы внѣ села посѣщались фельдшерами два раза въ недѣлю. Сложныя обязанности Земскаго врача въ деревнѣ, спеціалисты по всѣмъ отраслямъ медицины, какъ это было въ старину, когда «очный мастеръ» лечилъ и сѣченныя и колотыя и стрѣльныя раны, лихіе вереда, моровое повѣтріе и килы, и золотухи, жабы всякія, и очи, и каменныя болѣзни, и лекарства самъ дѣлаетъ, и жильную руду пускаетъ и прапорщикомъ служитъ въ драгунахъ, и за все это получаетъ оклада 55 р. въ годъ, корму по 10 р. въ мѣсяцъ, а на годъ всего 175 р. съ придачами (В. Дѣлов. 1895 г.), эти обязанности не могутъ позволить систематическихъ наблюденій за трахомой и выработки различныхъ мѣропріятій, почему мы и укажемъ только на тѣ способы, которые могутъ быть обязательными, выполнимыми и въ деревнѣ. Прежде всего: тотъ кто хочетъ героически лечить и бороться съ трахомой, тотъ уходитъ далеко отъ цѣли, трахома вѣдь по Гиршману и Адамюку продолжается иногда десятки лѣтъ.

Нужны свѣдѣнія о трахомѣ, а затѣмъ уже мѣропріятія. Осмотръ школьниковъ хотя разъ въ началѣ года, списки трахоматозныхъ, леченіе таковыхъ ежедневно и чрезъ фельдшеровъ—вотъ главная помощь вполнѣ возможная. Къ этому нужно прибавить еще наблюденіе за гигіеной въ школѣ и устраненіе тѣхъ или иныхъ недочетовъ, а также просвѣтительную дѣятельность врача въ школѣ, выражающуюся въ знакомствѣ учениковъ съ заразными болѣзнями и трахомой въ томъ числѣ, въ составленіи и распространеніи гигіеническихъ знаній о трахомѣ, то тогда не однѣ школы, но все населеніе получитъ дѣйствительное облегченіе въ своихъ недугахъ, врачъ же завоюетъ моральное удовлетвореніе и довѣріе населенія, выражающееся въ болѣе полной обращаамости больныхъ къ врачу. Въ этомъ отношеніи поучительна борьба съ трахомой въ Пруссіи, гдѣ знаменитые Бееръ, Адамсъ, Арльтъ не стыдились составлять брошюры для народа, вѣруя въ силу распространенія такихъ знаній.

Во время громадной эпидеміи трахомы въ Дрезденѣ въ 1890 г. каждому больному ученику раздавались листки, составленные просто и ясно: «болѣзнь, которой ты страдаешь, заразительна, почему остерегайся притрагиваться къ другимъ дѣтямъ и приближаться къ нимъ, мой свои руки, если ты трогалъ свои глаза, не вытирай глазъ глазнымъ носовымъ платкомъ, провѣтривай свою комнату днемъ и на ночь, если тебѣ воспрещено посѣщать школу, то еже-

дневно гуляй на воздухѣ. Это время ты употреби на какое-либо полезное занятіе, учись пока на дворѣ свѣтло, немного почитавъ, пиши или рисуй, а вечеромъ займись такой работой, чтобы глазамъ не было больно. Рано утромъ вымывай лицо и глаза чистой прохладной водой и вытирай такимъ полотенцемъ, которое ты одинъ употребляешь. Не три руками вокругъ глазъ. Среди дня вымывай опять глаза чистой водой, которая уже постояла въ комнатѣ».

Не въ одной школѣ здѣсь дѣло, но и въ домѣ. Слѣдуетъ полагать, что въ распространеніи трахомы, приписывая все школамъ, ошибаются также, какъ и въ предположеніяхъ относительно войскъ, заражающихъ населеніе сифилисомъ— оказывается, что какъ при сифилисѣ, такъ и при трахомѣ само населеніе въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ наводнять войска и школы трахоматозными и сифилитиками.

Правда, трахома развивающаяся среди школьниковъ заражаетъ населеніе, но и послѣднее особенно въ Александровскомъ уѣздѣ, гдѣ какъ выяснено нѣтъ полной трахоматозной обращаемости, способно въ свою очередь заражать школу.

Если въ мѣстности существуетъ больше 5 проц. трахомныхъ по отношенію ко всѣмъ глазнымъ больнымъ, то мѣстность эта считается по Hirschberg'у сильно зараженной трахомой, средне зараженныя мѣста имѣютъ 10—15‰, слабозараженныя только 5‰.

Далѣе проц. слѣпыхъ говоритъ также достаточно за распространеніе трахомы въ уѣздѣ.

Кершбаумеръ считалъ раціональной глазной помощью населенію ту, которая сокращаетъ наклонность рода людей къ слѣпотѣ до отношенія 5—7 на 10000 жителей.

На 9397 осмотрѣнныхъ больныхъ Гуляйпольской волости оказалось 25‰ непзлѣчимо слѣпыхъ, при чемъ трахома дала слѣпоту въ возрастѣ 50—60 лѣтъ въ 35 проц. общей слѣпоты. Слѣдовательно больше, чѣмъ третья часть слѣпыхъ могла бы быть зрячими при раціональномъ лечебномъ пособіи, котораго здѣсь далеко недостаточно, т. к. естественная наклонность жителей здѣсь, повидимому, не только не сокращается, а увеличивается во много разъ.

Что касается кривыхъ, ослѣпшихъ на одинъ глазъ, то трахома здѣсь не играетъ какой либо отдѣльной роли, изъ всѣхъ встрѣченныхъ случаевъ такой слѣпоты, мы могли констатировать, что въ отношеніи причинности трахома была почти равна другимъ факторамъ односторонней слѣпоты какъ оспа, траума, кератиты.

Что касается распространенія трахомы солдатами, то здѣсь можно отмѣтить слѣдующіе факты:

Среди 7507 призывныхъ съ 1904 по 1908 годъ въ Александровскомъ уѣздѣ на основаніи ст. 32, 33, 34 призывныхъ правилъ забраковано было только 8 душъ съ явленіями рѣзко выраженныхъ сосочковыхъ или рубцовыхъ измѣненій при трахомѣ.

Сравнивая это число съ % трахоматозныхъ среди призывного возраста, а также принимая во вниманіе, что трахоматозныхъ въ возрастѣ съ 25-го года т. е. послѣслужебномъ также довольно много—мы можемъ съ увѣренностью сказать, что въ войска съ Александровскаго уѣзда поступаетъ много трахоматозныхъ, изъ войскъ въ населеніе идетъ еще большее ихъ число; для того, чтобы поставить этому преграду, необходимо не принимать совершенно въ войска людей съ признаками трахомы и видоизмѣнить упомянутыя правила для болѣе широкаго примѣненія, это нужно еще и потому, что борьба съ трахомой какъ и борьба съ голодомъ или неурожаемъ должна быть дѣломъ государственнымъ. Правила эти созданы для предупрежденія симуляціи, но кто станетъ симулировать трахому, да и вообще симуляція это явленіе рѣдкое. Такъ по Искерскому (1893 г.) среди призывныхъ процентъ преступленій по членовредительству (126—127 ст. В. Уст.) равенъ 1/25 а число симулянтовъ относится, къ числу глазныхъ какъ 1 : 240, что составляетъ очень ничтожную цифру.

Что касается связи трахомы школьниковъ съ другими заболѣваніями, то можно съ достовѣрностью подчеркнуть, что распространенію трахомы сопутствуетъ распространеніе и фолликулезнаго конъюнктива. По даннымъ врача Кармена, послѣдній въ школахъ уѣзда на 1409 осмо-

трѣнныхъ учащихся составлялъ 15,4%, трахомы же 14,4%.

по Свѣшникову	29,4	14,0
по Самсонову	21	18

Это обстоятельство заставляетъ предполагать, что опредѣленныя гигіеническія условія, вызывающія фолликулезъ сопутствуютъ условіямъ и трахоматознаго зараженія.

Вышеупомянутое подтверждаетъ и то, что съ уменьшеніемъ трахомы въ первыхъ отдѣленіяхъ школъ понижается и % фолликулезныхъ заболѣваній и наоборотъ.

Такъ въ первыхъ отдѣленіяхъ Гуляйпольскихъ школъ проц. трахоматозныхъ въ началѣ года равенъ былъ 25, процентъ фолликулеза 20, къ концу же года при сокращеніи проц. фолликулезн. конъюнктивита на 10, трахома среди школьниковъ уменьшилась на 5 проц., послѣ леченія и ухода за больными. Но возможенъ и другой фактъ, когда сокращеніе фолликулеза подымаетъ процентъ трахоматиковъ, такъ по Свѣшникову въ первыхъ отдѣленіяхъ

		трахоматиковъ 12%	фолликулеза	30%
вторыя отдѣленія	»	14,9	»	29,6
третьи отдѣленія	»	16,2	»	28

и это видимо случаи, предоставленные естественному теченію.

Среди школьниковъ первыхъ отдѣленій можно было подмѣчать въ большинствѣ случаевъ трахому первой стадіи, рубцеваніе же наблюдалось въ старшихъ отдѣленіяхъ, осложненной трахомы почти не встрѣчалось (на 265 душъ трахоматозныхъ только въ 6 случаяхъ т. е. 2,2 проц.).

Необходимо также отмѣтить связь трахоматиковъ съ золотушными: такъ въ школахъ съ большимъ проц. золотухи, трахомныхъ было достаточно много.

Въ первой и третьей Гуляйпольскихъ школахъ, школѣ Заводской и Варваровской анемичныхъ и худосочныхъ дѣтей было зарегистрировано на 498 душъ 168, при чемъ изъ трахоматозныхъ школьниковъ у 61 проц. были признаки золотушнаго малокровія или другихъ проявленій худосочія: малокровныхъ 87 душъ, съ золотушн. сыпью 23, блефаритомъ 14, фликтенами 5, аденитами 30.

Отсюда возможенъ выводъ, что трахома часто встрѣчается у лицъ, подорванныхъ въ своемъ конституціонномъ здоровьѣ, и какъ таковая служитъ проявленіемъ золотушнаго chabitus'a, что очень сближаетъ ее со всевозможными видами аденитовъ и въ частности съ фолликулитомъ.

Что касается пола, то процентныя отношенія здѣсь почти одинаковы, изъ всѣхъ 69 дѣвочекъ трахома встрѣтилась въ 20,9 проц. Національность не играетъ почти никакой роли, такъ среди еврейскихъ дѣтей трахомы очень мало 5 проц., при чемъ среди ихъ дѣвочекъ не было трахоматозныхъ. Новая школа въ Межиричахъ имѣла 1,1 проц, и только школьники въ старомъ и тѣсномъ еврейскомъ общественномъ училищѣ дали 18 проц. Нѣмецкое училище дало 11 проц. трахомныхъ, и это все національности, о которыхъ говорятъ, какъ о весьма предрасположенныхъ къ трахомѣ. Школа Варваровская съ исключительно малорусскими дѣтьми имѣла 47 проц. трахомы, при этомъ школьники двухъ распространенныхъ въ деревнѣ фамилій Гарпиничей и Тарасенко почти всѣ болѣли трахомой. Слѣдовательно не національныя, а бытовыя особенности играютъ здѣсь важную роль: гдѣ школа старѣе, гдѣ она тѣснѣе и дальше удалена отъ медицинской помощи, тамъ проц трахомныхъ болѣе.

Изъ другихъ причинъ, вліяющихъ на развитіе трахомы въ Варваровкѣ можно отмѣтить, что деревня эта малокультурная, съ распространеннымъ пьянствомъ, съ пониженной обращаемостью къ врачу сравнительно съ другими деревнями, одинаково отстоящими отъ врачебнаго пункта.

Школьное зданіе тамъ тѣсное, холодное и темное, при чемъ густонасаженная предъ окнами растительность положительно лишаютъ школу свѣта главнаго дезинфектора фолликуловъ, вентиляціи нѣтъ, вода сильно минерализована, хозяйственныхъ удобствъ въ школѣ мало.

Въ отношеніи связи трахоматозныхъ съ другими заболѣваінями — прежде всего отмѣчаемъ здѣсь связь съ полостью носа. Слизистая оболочка, переходя изъ глаза въ слезной и носовой каналъ, имѣетъ какъ извѣстно артерійку связанную съ системой art. ophthalmic, имѣется далѣе связь между венозной и лимфатической системой, между нерв-

ными волокнами, — почему почти у всѣхъ авторовъ отмѣчается связь между глазомъ и носомъ, въ нашихъ же наблюденіяхъ на 226 случаевъ въ 58, т. е. 25 проц. бывали осложненія трахомы со стороны полости носа.

Такъ катарръ носа наблюдался почти въ третьей части всѣхъ осложненныхъ случаевъ, затѣмъ слѣдовали искривленія носовой перегородки, гипертрофія слизистой и нижнихъ раковинъ, полипы, катарръ слезнаго мѣшка и ozoena.

Далѣе заслуживаетъ быть отмѣченной связь трахомнаго процесса съ глоткой такъ: въ 21 проц. больныхъ трахомой можно было подмѣтить слѣды заболѣваній туберкулезомъ, малокровіемъ или золотухой. Ревматики дали всего до 11 проц. трахоматозныхъ, страдающіе бленнорреей 3 проц., желудочнокишечнымъ катарромъ 17 проц., циррозомъ печени, желтухой или нефритомъ 2,5 проц.

Здѣсь же мы отмѣчаемъ у трахоматозныхъ больныхъ неустойчивость вообще лимфатической системы и глазного яблока въ смыслѣ наслѣдственности.

Фолликулярныхъ конъюнктивитовъ зарегистрировано 1128 душъ, при чемъ отмѣчалось, что средній возрастъ лицъ съ фолликулярнымъ конъюнктивитомъ былъ около 5,5 лѣтъ, далѣе встрѣтились 86 случаевъ смѣшанныхъ формъ, когда трудно было отличить ихъ отъ чисто трахоматозныхъ и нужно было отнести къ переходнымъ формамъ, къ случаямъ фолликулярнаго катарра, осложненнаго трахомой; средній возрастъ таковыхъ лицъ доходилъ до 8 лѣтъ.

Насъ это интересовало потому, что допуская зараженіе трахомой конъюнктивы, уже имѣющей фолликулярный катарръ, тѣмъ болѣе, что слизистая оболочка, покрытая фолликулами, имѣетъ между послѣдними мѣста, гдѣ особенно легко можетъ привиться и развиваться трахоматозная зараза, въ слизистой есть углубленія трудно омываемыя и выщелачиваемыя слезами—мы хотѣли бы путемъ этихъ наблюденій опредѣлить срокъ времени перехода одной формы въ другую, и считаемъ таковой равнымъ въ $2^1/_2$ года.

Это соотношеніе и тѣсная связь между двумя процессами вполнѣ допустима такъ, какъ допускается связь между золотухой и туберкулезомъ. Золотуха говоритъ Straub, это дремлющій туберкулезъ, это скрытый очагъ въ лимфатическихъ железахъ при равновѣсіи между микробомъ и силами организма. Pagenstecher и Pheiffer впрыскиваніемъ матеріала люпозныхъ и скрофулезныхъ больныхъ въ переднюю камеру глаза кролика достигали измѣненій радужной оболочки, какъ и при туберкулезѣ. Такъ и фолликулезъ, это дремлющая трахома. Подъ вліяніемъ условій и измѣненій въ равновѣсіи силъ организма химическихъ и микробныхъ проявленій, этотъ дремлющій фолликулъ становится зерномъ.

Entropion и trichiasis встрѣчались въ 3-ей стадіи болѣзни (65 проц.), и во второй 35 проц., тогда какъ pannus наблюдался и въ первой 25 проц., главнымъ же образомъ во второй до 75 проц. всѣхъ осложненій pannus'омъ.

Достаточно сильное распространеніе среди населенія pannus'a показываетъ на таковое же распространеніе вообще трахомы и плохое леченіе трахоматозныхъ больныхъ.

Относительно разстоянія здѣсь также можно сказать, что чѣмъ ближе больной былъ къ врачебному пункту, тѣмъ обращаемость его была интенсивнѣе. Но здѣсь отмѣчается явленіе то, что разстояніе нахожденія отъ врача осматриваемыхъ больныхъ было незначительное (до 8000 было осмотрѣно въ одномъ Гуляйполѣ, гдѣ имѣется земская больница) большой же проц. трахоматозныхъ зависѣлъ отъ причинъ большей неряшливости и небрежности къ своему здоровью.

Слѣдовательно болѣзненная обращаемость населенія не зависитъ исключительно отъ причинъ чисто физическихъ, а именно бытовыхъ, и послѣдняя будетъ полной только тогда, когда общія причины будутъ вліять не обращаемость одновременно со спеціальными или частными, зависимыми отъ того, какъ культивируется самимъ населеніемъ и медицинскимъ персоналомъ та или другая заболѣваемость.

Далѣе, мы отмѣчаемъ здѣсь и то, что въ селеніяхъ малочисленныхъ, гдѣ обыватели имѣютъ между собою боль-

шее общеніе и связи, вѣроятность зараженія трахомой большая и обращаемость трахоматозная интенсивная. Въ Александр. уѣздѣ нѣтъ ни одного врачебнаго пункта, гдѣ бы трахоматозная обращаемость не давала прироста систематически ежегодно, слѣдовательно въ населеніи существуетъ дѣйствительная трахоматизація, все возрастающая.

Изъ рубрики грамотныхъ и неграмотныхъ, семей богатыхъ, среднихъ, зажиточныхъ мы могли сдѣлать слѣдующій выводъ, общій для всего уѣзда:

	грамотн.	неграм.	зажит.	средн.	бѣдн.
% здоровыхъ среди	78 %	63	88	83	70
% больныхъ трахомой	22	37	12	17	30

Желая повѣрить причинное отношеніе размѣровъ глазной щели къ трахоматознымъ заболѣваніямъ, какъ это утверждаютъ нѣкоторые авторы, то въ 130 случаяхъ длина глазной щели бывала 25, 26, 27, 28 mm. ширина 7, 8, 9 mm. При этомъ дѣйствительно у трахоматиковъ наблюдалась и сравнительно узкая щель глаза, тогда какъ здоровые глаза обладали и полнымъ размѣромъ глазной щели, доходящимъ въ длинѣ до 29 mm., а въ ширинѣ 9 mm.

По степени болѣзненнаго процесса трахому можно распредѣлить такимъ образомъ: 1-й періодъ 456 душъ . 53%
2-й » 80 » 8
3-й » 310 » 36

На первомъ мѣстѣ въ спискѣ мѣропріятій противъ трахомы должна стоять профилактика: должно обращать вниманіе населенія на внѣшнія вредныя вліянія, механическія, физическія, химическія и паразитарныя. Затѣмъ идутъ причины внутренняго свойства: образъ жизни больного, чистота тѣла, воздуха, одежды, пищи, физіологическія состоянія организма, наслѣдственность, дискразіи, общія заболѣванія и также функціональныя вредныя вліянія, зависимыя отъ насъ самихъ напримѣръ способъ работы, освѣщенія, количество и предметъ занятій.

Намѣтивъ такую программу профилактическихъ мѣръ, можно путемъ бесѣдъ съ больными и здоровыми въ амбулаторіяхъ, на дому, раздачей популярныхъ листковъ (Пироговск. Общества, Гуляйпольск. Попечит., д-ра Буткевича,

Братчикова, Хижнякова, Мекленбург. Медиц. Ком. и др.) поставить населеніе въ иныя условія болѣе раціональной борьбы съ трахомой. Эта популяризація медицинскихъ знаній особенно важна въ деревнѣ и какъ показалъ опытъ въ Гуляйпольской Земской Больницѣ, этимъ обращаемость трахоматиковъ достигла своего maximum'а, помощь подаваемая населенію стала продуктивной и притокъ больныхъ въ больницу расширился до отдаленныхъ мѣстъ уѣзда.

Самымъ лучшимъ путемъ проведенія глазной профилактики могъ бы считаться путь школьный. Уже въ силу того, что школа въ санитарномъ отношеніи есть собраніе учениковъ въ условіяхъ болѣе широкаго распространенія тамъ трахомы и другихъ заразныхъ болѣзней, со школы нужно начинать и борьбу. Крикъ испускаемый учениками при выходѣ изъ школы, говоритъ Girand-Taulon, есть безсознательный протестъ противъ слишкомъ большого напряженія и утомленія во время занятій. Если бы глазъ могъ кричать, онъ кричалъ бы еще громче гортани.

Когда въ помощь врачу въ деревнѣ придетъ учитель, попечитель школы и интеллигентный родитель, тогда чрезъ школу можно будетъ прекращать и останавливать болѣзни, въ школѣ будетъ читаться гигіена, учителя будутъ работать болѣе равномѣрно, образованные люди деревни станутъ въ болѣе близкое отношеніе къ школѣ.

Если къ этому присоединить чисто педагогическія соображенія, санитарно-гигіеническія требованія, по которымъ въ классѣ не можетъ быть свыше 50 учениковъ и на каждаго должно приходиться отъ 11—13 к. арш. или 4—5 к. метр. воздуха, наконецъ свѣтовыя отношенія въ размѣрѣ 1:5 (по Эрисману), цѣлесообразное устройство просвѣтовъ, печей, вентиляціи, раздѣвальни, школьной мебели, учебныхъ пособій, занятій, физическаго состоянія учащихся, ихъ возраста, роста, объема груди, вѣса и болѣзненности—то можно придти къ выводу, что въ этомъ отношеніи глазная заболѣваемость имѣетъ достаточную почву для своей интенсивной дѣятельности и трахома Александровскаго уѣзда не могла не быть отмѣченной Земствомъ и врачами уѣзда.

Предпринимались мѣры къ ея искорененію, но въ этомъ

какъ и многомъ другомъ видна неподготовленность и несистематичность. Здѣсь почти не было глазныхъ врачей, въ городѣ Александровскѣ нѣкому коррегировать близорукость дѣтей, въ уѣздѣ правда есть одинъ земскій врачъ, но онъ занимается всякимъ леченіемъ и въ томъ числѣ глазами, вотъ и вся окулистическая помощь въ богатомъ, плотнонаселенномъ, земледѣльческомъ и торговомъ уѣздѣ, который былъ бы въ средствахъ организовать дѣло глазной помощи въ совершенствѣ.

Болѣзни органовъ зрѣнія регистрируются въ уѣздѣ въ самой конечной рубрикѣ предъ болѣзнями кожи и подкожной клѣтчатки, какъ будто глазная заболѣваемость не такъ характерна и интенсивна, тогда какъ по отчетамъ въ 1903 г. глазныхъ было 8%, въ 1904 г.—8%, 1905 г.—9% Трахоматозныхъ же имѣлось: 1903 г.—11%, 1904 г.—15%, 1905 г.—21%.

Пренебреженіе глазными болѣзнями въ уѣздѣ вызывается не тѣмъ обстоятельствомъ, что послѣднее, какъ общественное зло мало, а просто малой энергичностью и отсутствіемъ спеціальныхъ врачей.

Всякій разъ, когда поднимался врачами интересъ въ уѣздѣ къ глазнымъ заболѣваніямъ, начиналъ рости процентъ регистраціи трахомы, дошедшій до 21%.

Врачъ Братчиковъ составилъ въ 1902 г. популярную брошуру о трахомѣ, изданную затѣмъ Земствомъ, Свѣчниковъ описывалъ состояніе школъ и трахомы въ школахъ Гавриловскаго участка, Самсоновъ о трахомѣ въ Гуляйпольскомъ участкѣ и Санит. Гуляйпол. Попечительство издало въ 1907 г. два популярныхъ листа о трахомѣ и глазныхъ болѣзняхъ.

На каждомъ съѣздѣ Врачей начиная съ 1902 г. выставлялась на видъ недостаточность глазной помощи населенію, развитіе трахомы въ школахъ особенно въ Корфовской и Гуляйпольской, вырабатывалась регистрація трахоматозныхъ, собирались и систематизировались данныя 1906 и 1907 годовъ.

Проэктъ воскресныхъ поголовныхъ осмотровъ въ амбулаторіяхъ для опредѣленія трахоматозной заболѣваемости

не былъ тщательно выполненъ по причинамъ и отъ врачей, и отъ Земства зависящимъ, первые вели это дѣло не достаточно энергично, Земство же, мало дорожившее врачами, допускало частыя смѣны послѣднихъ, что было пагубнымъ въ планомѣрной работѣ.

Въ собираніи матеріаловъ чрезъ товарищей врачей встрѣчалось не мало затрудненій, т. к. вопросъ о трахомѣ видимо не всѣхъ одинаково интересовалъ, какъ вопросъ санитарный.

Вотъ почему полной картины трахоматозной заболѣваемости уѣзда мы не можемъ представить и возлагаемъ этотъ трудъ на другихъ, болѣе счастливыхъ изслѣдователей и на болѣе счастливыя времена. Мы это говоримъ не ради попрека. Кто не ошибается? Въ сущности мы только ошибаемся, черпая поученіе изъ своихъ и чужихъ ошибокъ, и стараясь впредь ошибаться не такъ грубо. Мы говоримъ только, что трахома Александровскаго уѣзда это гора, которая никогда не пойдетъ къ намъ, и если бы всѣ врачи и земство подошло къ ней viribus unitis, то трахоматозная заболѣваемость уѣзда во много разъ была бы меньшей.

Если въ уѣздѣ нѣтъ спеціально глазныхъ постоянныхъ врачей, то естественно нужно довольствоваться временной глазной помощью населенію. Правда этотъ временной способъ помощи населенію, такъ называемый «летучій» не есть способъ вполнѣ раціональный (доклады врачей Жбанкова, Клевезаля, Архангельской и др.), но работа въ этомъ направленіи въ настоящее время можетъ считаться крайне необходимой во первыхъ потому, что врачами летучихъ отрядовъ Попечительства подается интенсивная хотя, и кратковременная, глазная помощь населенію, врачи-окулисты открываютъ въ своихъ районахъ точную заболѣваемость и обращаемость населенія, далеко не совпадающую съ прежде существующими данными: такъ врачъ Тепляшинъ въ 1882 г. вмѣсто трехъ только случаевъ съ гнойной офтальміей, зарегистрированныхъ по отчетамъ Мед. Департамента по Глазовскому уѣзду, нашелъ среди осмотрѣннаго населенія 3735 глазныхъ больныхъ т. е. 15 проц., изъ коихъ 1598 было трахоматозныхъ съ осложненіями; регистрація трахоматоз-

ныхъ чрезъ поголовные осмотры и въ настоящее время показываетъ, что послѣднихъ въ 10—15 разъ больше тѣхъ, которые записаны въ списки земскихъ больныхъ.

Мы не можемъ согласиться и понять, почему многіе даже врачи нападаютъ на этотъ видъ помощи и позволяютъ себѣ сравненія въ родѣ «странствующихъ врачей, Данаидъ, офеней" и т. п., тогда какъ въ настоящее время для пользы глазного дѣла должны дѣйствовать всѣ по совѣту Fuchs'a viribus unitis: У насъ въ Россіи вѣдь есть мѣста, какъ напримѣръ въ Малмыжскомъ уѣздѣ Вятск. губ., гдѣ за 1902 г. (по Маслянникову) всѣми семью врачами уѣзда принято только 5067 глазныхъ больныхъ т. е. по три глазныхъ въ день, при чемъ даже эти три не получили достаточной медицинской помощи, среди же населенія остального было до 51 проц. трахомы.

Наплывъ свѣжихъ людей въ деревню, далѣе можетъ служить школой для деревенскихъ врачей, съ другой стороны клиническіе врачи отрядовъ, попадая съ центровъ въ деревню знакомятся съ печальнымъ положеніемъ здѣшней глазной помощи, гдѣ часто при воспалительной главкомѣ впускаютъ атропинъ, иритъ же лечатъ цинковыми каплями, и люди вѣруютъ въ то, что трахома является «съ глазу, съ вѣтра, съ ругани, съ простуды и т. д.».

Затѣмъ нужно стремиться, чтобы въ Александровскомъ уѣздѣ былъ хоть одинъ врачъ-окулистъ въ городѣ, и чтобы въ остальномъ уѣздѣ были врачи, познакомившіеся съ глазными болѣзнями на медицинскихъ курсахъ, при каждой же больницѣ должно быть въ двѣ-три кровати глазного отдѣленія.

И если не въ нашей возможности уничтожить глубокія причины, вызывающія трахому, отъ которой многіе слѣпнутъ и которую у насъ вдвое и больше переносятъ, чѣмъ на Западѣ, но въ нашей возможности приходить на помощь страдающему населенію организованными, знающими и подготовленными. Въ такомъ видѣ, если предупредить трахому мы и не смогли бы, то смогли бы все таки составить планъ борьбы, усилить силы и средства, для чего нужно, чтобы почва для трахомы была менѣе благопріятной, нужны

культурныя и санитарныя устройства, дабы сдѣлать населеніе менѣе воспріимчивымъ.

Мы можемъ не знать природу трахомы, можемъ ошибиться въ точности діагноза, но можемъ и должны знать способность трахомы культивироваться въ организмѣ и дѣлать послѣдній воспріимчивымъ.

Списокъ литературныхъ матеріаловъ.

Пр. Адамюкъ. Вліяніе школъ на происхожденіе близорукости 1870 г.

Адамюкъ. О сущности выразительной способности глазъ 1871 г.

Адамюкъ. Амилоидное перерожденіе относит. глазъ 1879 г.

Адамюкъ. О близорукости 1874 г.

Адамюкъ. О фильтраціонной способности роговой и бѣлочной оболочки.

Андогскій. О дѣят. отрядовъ Попечит. въ Сарап. уѣзд. Вятс. г. 1900 г.

Алянчиковъ. Болѣзни глазъ и слѣпота Новтрж. уѣз. Тверс. губ. 1892 г.

Адрес-календарь Александ. уѣзда Екатер. губ. 1907 г.

Адамюкъ. Данныя ученія о трахомѣ 1889 г.

Адамюкъ. По поводу полемики о трахомѣ Рейха и Искерскаго 1886 г.

Адамюкъ. Нѣсколько словъ объ этіологіи трахомъ 1887 г.

Адамюкъ. Замѣтки о трахомѣ 1888 г.

Аствацатуровъ Значеніе станцій въ дѣлѣ леченія трахомы (В. М. Ж. 1905 г.).

Аствацатуровъ. Зернистая заболѣваемость вѣкъ 1904 г.

Адамюкъ. Практическое руководство къ изученію болѣзней глаза.

Акинфіевъ. Природа Александр. уѣзда 1907 г.

Архангельская. Къ вопросу о распространеніи въ населеніи разумныхъ понятій и сохран. здоровья 1897 г.

Архангельская. О призрѣніи хроникоръ 1895 г.

Abel R. Руководство бактеріологіи 1902 г.

Адамюкъ. Офтальмол. наблюденія вып. I, II и V.

Александровъ. Къ вопросу о трахомѣ среди учащихся въ сельск. школахъ мелитоп. уѣзда В. Э. Гиг. 1897 г.

Аверкіевъ. Значеніе химич. изслѣдованія питьевыхъ водъ и способы ихъ очищенія 1908 г.

Бѣлявскій. О функц. разстройствѣ глазъ при цынгѣ 1893 г.

Ботвинникъ. О леченіи помутнѣній роговицы 1903 г.

Bock. Trachoma und cuprocitrol.

Бондаревъ. Болѣзни глазъ и слѣпота въ Каневск. у. Кіевск. г. 1896 г.

Бейвейль. Болѣзн. глазъ и слѣпота у казачьяго населенія Челябин. станиц. 1897 г.

Брауштейнъ. Объ операт. леченіи трахомы.

Бахутовъ. Медико-топограф. и санитарія Ставрополя 1881 г.

Бѣлецкій. О грануляціяхъ на соедин. перепонкѣ вѣкъ или ophth. milit. 1863 г.

Brenton. Фармакологія.

Браунъ. Глазныя болѣзни.

Беллярминовъ. Статистика постоянн. окулистич. помощи въ Россіи 1902 г.

Бубновъ. Вопросъ о дневномъ освѣщеніи классовъ 1891

Блюменталь. Къ вопросу о леченіи трахоматозн. заболѣваній рогов. и язвъ 1897 г.

Благовѣщенскій. Къ вопросу объ ассептикѣ и антисептикѣ глаза 1895 г.

Брауштейнъ. О леченіи трахомы родіемъ 1907 г.

Бѣлиловскій. Отчетъ больныхъ глазами учениковъ Псковс. гим.

Блессигъ. Отчетъ Петерб. глазн. Амбул. 1888 г.

Бѣлиловскій. Болѣзни глазъ и слѣпота двухъ волостей Тамбов. губ. 1897 г.

Беллярминовъ и Долгановъ. О диффузизіи въ полость глаза при его паталог. состояніяхъ В. О. 1893 г.

Беккеръ. Слѣпота въ Россіи и мѣры ея предупр. 1889 г.

Boldt. Das Trachom als Volks-und Heereskrankheit. 1903 г

Берингъ. Борьба съ заразными заболѣваніями.

Binz. Фармакологія.

Баловъ. Деревня въ санит.—гигіен. отношеніи 1905 г.
Братчиковъ. О трахомѣ 1903 г.
Богословскій. О наилучш. способахъ устройства колодцевъ 1897 г.
Бабенко. Этнограф. описаніе Екат. губ.
Бочковскій. Трахома какъ причина слѣпоты и геогр. распр. трахомы 1908 г.
Беллярминовъ. Очеркъ дѣятел. летуч. окул. отрядъ 1894 г.
Бергеръ. Болѣзни глазъ и слѣпота по даннымъ поголов осмотра Демянск. уѣзда 1898 г.
Брукъ. Глазн. лечебн. въ гор. Гомелѣ 1904 г.
Бѣльковичъ. О мѣрахъ борьбы съ распростр. заразныхъ глазн. болѣзней Труд. IX съѣзда Смолен. губ. Зем.
Волковичъ. Опыты надъ условіями зараженія конъюнктивы 1899 г.
Вищинскій. Уходъ за здоров. и больн. глазами и очеркъ о трахомѣ какъ о заразной болѣзни глазъ 1901 г.
Вальтеръ. По поводу карточки для регистр. трахомы.
Вайнштейнъ. О вліяніи кокаина на роговицу.
Вальтеръ. Борьба со слѣпотой въ Россіи 1895 г.
Валькъ. Профилактика и леченіе трахомы.
Вознесенскій. Гидрогеол. Изслѣдов. Алексан. уѣзда Екат. губ. 1897 г.
Воскресенскій. О норм. сѣти врачебн. участк. труд. Пирог. съѣздъ VIII.
Vossius. Объ амилоидн. перерож. конъюнк. 1888 г.
Venemau. О заразѣ трахомой въ Бельгіи.
Вотыпка. Прилипч. воспаленіе соедин. оболочки глазъ 1853 г.
Важеевскій. Къ вопросу объ этіологіи и леченіи трахомы В. М. Ж. 1887 г.
Волькъ. Къ вопросу о предупрежденіи и леченіи трахомы 1902 г.
Вирховъ. О цѣлительныхъ силахъ организма 1895 г.
Weiss. Изслѣдованіе глазъ въ Остзейск. губ. 1861 г.
Вѣстникъ Офтальмологіи съ 1895—1910 г.

Варшавскій. Результаты изслѣд. глазъ учениковъ, Кутаисск. Гимназ. 1898 г.
Грефе. Клинич. лекціи 1874 г.
Гельмгольцъ. Публич. Лекціи въ Моск. Унив. 1892 г.
Гинзбургъ. Трахома въ Воронеж. губ. и мѣры борьбы съ ней 1901 г.
Гинзбургъ. О трахоматозной карточкѣ.
Громоковскій. Къ бактеріологіи фолликул. пораженій конъюнктивы 1903 г.
Гурвичъ. Отчетъ о дѣятельности глазн. отряда въ Новопавловкѣ Орлов. губ. и Пиковѣ Подольск. г.
Гинзбургъ. Къ вопросу о регистр. трахомы.
Германъ. Офтальмол. наблюденія въ Сиріи и Палестинѣ.
Hoppe. Wie ist das gegenvärtige System Stateichen Trachom-Bekämfpung—Preussen.
Goldziecher. Терапія глазныхъ болѣзней 1903 г.
Galezowsky. О леченіи катарра и трахомы купроцинoмъ 1904 г.
Гинзбургъ. Къ организаціи постоянной медиц. помощи въ Россіи сельскому населенію.
Герценштейнъ. Сифилисъ въ Россіи 1885 г.
Гиршманъ. Трахома какъ народн. бѣдствіе 1909 г.
Галли. Отчетъ глазн. отдѣл. Сураж. Черниг. г. 1908 г.
Германъ. Трахома и мѣры борьбы съ ней В. О. 1908 г.
Германъ. Отчетъ Петерб. глазной лечебницы 84—88 г.
Гребенщиковъ. Статистика сифилиса и Венерич. болѣзней въ Россіи.
Georg Mayer. Закономѣрность въ обществ. жизни.
Геркенъ. Къ вопросу о трахомѣ В. О. 1892 г.
Гюйо. Воспитаніе и наслѣдственность.
Gumprecht. Техника терапіи 1902.
Haab. Ученіе о глазныхъ огераціяхъ 1906 г.
Гуревичъ. Санит. Описан. школъ Маріуп. уѣзда 1904 г.
Гиндинъ. Призрѣніе хрониковъ Херсон. губ. 1895 г.
Глейзеръ. Къ стат. трахомы Записки Харьк. Унив. 1894 г.
Гиджецъ. Отчетъ о глазн. дѣят. въ городѣ Темир-ханшурѣ В. О. 1906 г.
Галанинъ. Берегите глаза.

Головинъ пр. О слѣпотѣ въ Россіи 1910 г.

Дикгофъ. О воспитаніи и образованіи слѣпыхъ 1872 г.

Драганъ. Отчетъ о шестилѣтней глазной практикѣ въ деревняхъ Подольс. г.

Демченко. Къ физіологіи отдѣленія и проведенія слезъ 1871 г.

Демьяненко. Отчетъ о распростр. трахомы въ училищахъ Сумск. уѣзда 1904 г.

Дѣловъ. Матеріалы для исторіи офталмологіи въ Россіи 1895 г.

Дневникъ 3-го съѣзда Русск. Врачей 1895 г.

Дьяконовъ. Статистика слѣпоты въ Россіи 1888 г.

Даценко. Значеніе летучихъ отрядовъ и окулистич. дѣло въ земствѣ (Врачъ № 8) 1898 г.

Догель. Основанія къ изученію микроскоп. анатоміи человѣка и животныхъ 1888 г.

Dimissas. Къ вопросу о хронич. зернистой конъюнктивѣ 1888 г.

Дуброво. Отчетъ о глазныхъ больныхъ Владим. губ. зем. больн. 1888 г.

Добросердовъ. Величина глазной щели и трахома 1888 г.

Данилевскій. Душа и природа 1897 г.

Долженковъ. О призрѣніи хронич. больныхъ Курс. губ.

Долгополовъ. Очеркъ санит. состоянія начальныхъ школъ г. Екатеринослава 1905 г.

Diendonné. Гигіеническія мѣры при инфекціон. болѣзняхъ 1906 г.

Диканская. Отчетъ о дѣят. летуч. отр. въ Закасп. области В. О. 1897 г.

Докладъ Елизаветгр. уѣзд. Управы Земск. собр. о трахомѣ 1898 г.

Долгановъ. Къ вопросу о распростр. и причинахъ слѣпоты въ Россіи. Врачъ 1898 г.

Евсѣевъ. Санит. состояніе Курск. губ. 1891—95 г.

Жонголовичъ. Къ вопросу о микроорганизмѣ трахомы 1890 г.

Зеленковскій. Къ вопросуо леченіи трахомы Becquereal'евскими лучами 1908 г.

Замуровкинъ Отчетъ глазной лечебницы Уральск. медиц. общ. 1907 г.

Изачикъ. Болѣзни глазъ и слѣпота Сергіевск. Вол. Калуж. уѣзда и данныя о вліяніи освѣщенія и скученность въ жилищахъ на заболѣванія 1894 г.

Искерскій. Какъ уменьшить глазную боль въ нашихъ войскахъ 1893 г.

Игнатьевъ. Оцѣнка освѣтительныхъ приборовъ на основаніи фотометр. опредѣленій 1899 г.

Ильинскій Леченіе трахомы ціанистой ртутью В. М. Ж. 1907 г.

Іэльсонъ. По вопросу эпидеміи фолликул. конъюнктивита 1887 г.

Излѣченіе трахомы радіемъ. Терапія 1904 г.

Исуповъ. Отчетъ глазн. отд. Екатеринод. больницы 1900 г.

Искерскій. Трахома въ войскахъ В. М. Ж. 1888 г.

Искерскій. Результаты врачеб. осмотр. призывныхъ и новобранцевъ Воен. Сан. Дѣло 1899 г.

Ивановъ Отчетъ о глазн. больныхъ въ Цивильск. уѣздѣ Казанск. губ. В. О. 1897 г.

Изслѣдованія почвенныхъ водъ Екатерин. губ. 1906 г.

Корайскій. О трахомѣ. Докладъ VIII съѣзду Врачей Бессар. губ. 1897 г.

Кондорскій. О значеніи психич. факторовъ въ дѣлѣ возникнов. и теченія болѣзней.

Козловскій. Отчетъ глазной больницы въ Кіевѣ. Поповыхъ 1906 г.

Куркинъ. Выводы по болѣзненности Моск. губ. 1883—1896 г.

Котляръ. Основы терапевтики и формакологіи 1896 г.

Кужевъ. Трахома среди инородцевъ 1894 г. (В. О.)

Кудрявцевъ. Пришлые рабочіе на Николаевской ярмаркѣ 1895 г.

Кудрявцевъ. Сельскохоз. рабочіе въ Коховкѣ Таврич. губ.

Кудрявцевъ Земская Медицина и Саниторія Херсон. уѣзд. 1896 г.

Konigshöfer. Профилактика глазныхъ болѣз. 1901 г.

Кареницкій. Глазн. болѣзни и слѣпота трехъ волостей Броницк. уѣз. Моск. губ. 1899 г.

Крамштыкъ. Страданія глаз. при Лейкеміи 1879 г.

Краузъ. Отчетъ глазн. отдѣл. при Гор. Больн. въ Баку 1904 г.

Квятковская. Отчетъ частной глазн. лечебн. въ Кишиневѣ 1899—1903 г.

Кублинъ. О желательности уменьшенія примѣненія атропина и вообще мидріат. средств. при глазн. заболѣваніяхъ 1903 г.

Кульчицкій. Гистологія 1907 г.

Кацъ. Езеринъ при страданіяхъ роговицы.

Kalt. О леченіи обильными промываніями марганцомъ осложненій роговицы при трахомѣ 1904 г.

Ковальскій. Болѣзни глазъ и слѣпота Солотв. Волости Волын. губ. 1898 г.

Кацъ. Трахома какъ паразитарное заболѣваніе Арх. Подвыс. 1896 г.

Корсаковъ. Гигіена дѣтскаго возраста 1892 г.

Касторскій. По вопросу преподав. гигіены въ Земск. начальн. школахъ 1905 г.

Касторскій. О школьныхъ зданіяхъ 1904 г.

Касторскій. Санит. состояніе школъ Ананьев. уѣз. Херсон. губ. 1895 г.

Кожуховъ. Трахома 1865 г.

Кабановъ. Роль наслѣдствъ въ этіологіи болѣзней 1899 г.

Крюковъ. Курск. Глазн. Болѣзней 1904 г.

Косторскій. Къ вопросу о межуѣздныхъ и межгубер. врачей организаціяхъ VIII Пир. Съѣзд.

Kunth. Ueber die Terapie Trachom.

Кондорскій. О трахомѣ въ школахъ (В. Ек. Зем. 1904 г.)

Куркинъ. Объ опредѣленіи нуждъ санитарной организаціи 1904 г.

Кацауровъ. Отчетъ Яросл. Гл. Лечеб. 1903. г.

Krams-tyk. О необходимости отдѣльныхъ лечебницъ для трахоматозныхъ.

Капустинъ. Основные вопросы въ Земск. медицинѣ.

Кудрявцевъ. Санит. Состояніе Херсон. уѣзда 1895 г.

Капустинъ. Сифилисъ какъ обществен. бѣдствіе 1884 г.

Кравковъ. Объ амилоидѣ экспериментально вызванномъ у животныхъ 1894 г.

Къ леченію трахомы лимонно-кислой мѣдью В. М. Ж. 1903 г.

Медиц. Обозрѣніе 1903 г. № 19.

Кирилловъ. Отчетъ глазн. лечебн. въ Ставрополѣ В. О. 1896 г.

Козловскій. Отчетъ глазн. больныхъ Софійск. больн. въ Смѣлѣ Кіевск. губ. 1903 г.

Кацауровъ. О мѣрахъ для борьбы съ причин. слѣпоты Вѣс. Ярос. Зем. 1886 г.

Комаровичъ. Нѣкотор. данныя къ вопросу о деревен. глазн. болѣзненности въ районѣ 3-хъ волостей Макарьевск. уѣз. Нижег. губ. 1897 г.

Калитта. Результаты поголовн. изслѣд. глаз. воспитанниковъ Архангел. гимназіи В. О. 1907 г.

Казасъ. Брестск. класс. Гимназіи 1906 г.

Кольскій. Трахома въ Таврич. эпарх. жен. учил. 1898 г.

Мейеръ. Руководство къ изученію глазныхъ болѣзней.

Марголинъ. Изученіе этіологіи трахомы 1875 г. 1900 г.

Максимовичъ. Трахома въ Харьков. губ. 1902 г.

Морво. Болѣзни солдата 1895 г.

Мандельштамъ. О трахомѣ 1888 г.

Müller 1904. Die Aetiologie des Trachoms.

Марціусъ. Боль 1898.

Медвѣдевъ. Литература трахомы и фолликулярнаго конъюнктивита 1891 г.

Мерцъ. Отчетъ глазного отдѣленія въ Иркутскѣ 1907.

Мускеловъ. Беккереловскіе лучи при трахомѣ Пир. Съѣзд.

Мандельштамъ. Клинич. лекціи по глазнымъ болѣзнямъ 1888 г.

Медвѣдевъ. Разборъ литературы по вопросу о трахомѣ 1892 г.

Меморскій. О вліяніи мѣстныхъ условій на кровообращеніе и о явленіяхъ диффузіи внутри глаза 1863 г.

Minne. Бактеріологія въ офтальмол. практическ.

Minne. Болѣзни конъюнктивы микробн. происхож.

Mak. Müller. О зараженіи и иммунитетѣ 1906 г.

Матеріалы по карточ. регистраціи Сарат. губерніи 1903 г.
Миклашевскій. О призреніи хронич. больныхъ Смоленск. губерніи.
Матеріалы по болѣзненности неселенія Москов. губер. 1903 г.
Mandelstamm. Der trachomatöse Process eine klinischistologische Studie Graef Archiv. 1883.
Ларіоновъ. О распрост. трахомы среди новобранцевъ Казан. окр.
Лаврентьевъ. О географ. распрост. трахомы 1894 г. въ Россіи 1902 г.
Ликерникъ. Простое механич. леченіе трахомы 1903 г.
Лотинъ. Отчетъ глазн. отряда въ Виленск. уѣздѣ 1900 г.
Ложечниковъ. О трахомѣ, профилактикѣ и регистраціи.
Лункевичъ. Къ микроск. анатоміи конъюнктивы глаза 1885 г.
Лобановъ. Овліяніи мѣстныхъ условій на развитіе бактеріи конъюнкт. и значеніе вяжущихъ средств. 1898 г.
Леченіе трахомы пропіоколемъ (Хар. мед. общ. 1875 г.).
Левицкій. Отчетъ объ осмотрѣ глазъ учениковъ католическ. училища 1907 г.
Лавдовскій. Основанія къ изученію микроск. анатоміи человѣка и животныхъ.
Лукьяновъ. Основанія общей паталогіи клѣтки 1890 г.
Лурье. Къ вопросу объ операт. леченіи трахомы рус. Врачъ. 1903 г.
Любинскій. Трахома и фолликулезъ 1893 г.
Лавровскій. Геологич. очерк. Екатеринос. губ.
Натансонъ. Объамилоидн. перерожденія конъюнктивы.
Новкунскій. Отчетъ о глазныхъ больныхъ Казинской Земск. больницы Воронежской г. 1900.
Наумовъ. Результаты ежегоднаго осмотра состоянія глазъ войск. Казанск. окр. 1891—95 г.
» Глазныя болѣзни у войскъ Казанскаго округа. 1887—97 г.
N. Что дѣлать при трахомѣ въ войскахъ. 1887 г.
» О трахомѣ. Врач. Газет. 1904 г. № 29.

Натансонъ. Связь глазныхъ болѣзней съ общими заболѣваніями.
Никоновъ. Бытъ и хозяйство малороссовъ Воронеж. губ.
Nobiling-Jankan. Руководство къ профилактикѣ. 1901 г.
Недригайловъ. Войны и бактеріи. 1904 г.
Никольскій. Тамбовск. уѣзд. статист. населенія и болѣзненности. 1885 г.
Отчетъ Евгеніевскаго Госп. въ Иркутскѣ 1904 г.
» Глазной лечебниц. въ Екатерин. 1907 г.
» Калишск. губ. Врачеб. Управ. 1906 г.
» Тобольск. Врач. Отдѣл. 1907 г.
» Губерн. Симферопол. больн. 1906 г.
» Главное Врачебн. Управлен. 1904—1907 г.
» Архангельск. губерніи 1906 г.
» Нижегород. г. д-ра Лаврова 1902 г.
» Волынск. губ. Зем, Управ. 1905 г.
» Гродненск Врачеб. Управл.
» Рязанск. Губ. Зем. Больн. Успенскаго 1902—903 г.
» Медико-стат. бюро Рязанск. Зем. 1905 г.
» Окулист. помощь населенію Тульск. губ. 1905 г.
» Волынск. губ. Управы 1904—1906 г.
» Врачебныхъ участковъ Кіевск. губ. 1905 г.
» Медикостат. работъ по Оренб. губ. 1905 г.
» Владимір. губ. Зем. больницы 1905 г.
» Главнѣйшихъ заразн забол. Воронеж. губ. 1899 г.
Отчетъ заболѣваній Уфимск. губ. 1904 г.
» по школамъ Мелитопол. уѣзда Екатер. г.
» по осмотру школъ Воронеж. губ. 1897 г.
» Врачей Бахмутск. уѣзда Екат. губ. 1905 г.
» Бердянскаго уѣзда Таврич. губ.
» Славяносербс. уѣзда Екатерин. губ.
» Верхнеднѣпр. уѣзда Екатерин. губ. 1905 г.
» Мелитопол. » » »
» Павлоградск. » » »
» Маріупол. » » » 1906 г.
» Волынск. губ. Зем. Управы 1907 г.
» Калишск. губ. Управл. 1908 г.

Отчетъ Александровск. школы глухонѣмыхъ. 1907 г.
» Гродненской губ. 1906 г.
» Екатерин. губ. Зем. Больницы 1900—906 г.
» Александр. Санит. Совѣтовъ и Съѣздовъ Врачей 1891—908 г.

Овчинниковъ. Къ вопросу о борьбѣ съ сифилисомъ 1897 г.

Орловъ. О пересмотрѣ правилъ регистраціи больныхъ и отчетности 1897 г.

Орловъ. О глазн. больныхъ Мытищенск. Больн. 1900 г.

Омельченко. Сравнительная гистологія трахомы (Врачъ 1896 г.).

Отчетъ Моск. Глазныхъ Больницъ имени Алексѣевыхъ по 1907 г.

Отчетъ. Отрядовъ Попечительства съ 1891—1907 г.

Ohleman. Новѣйшая теорія глаза.

Орловъ. Къ паталогич. анатоміи трахомы. (В. О. 1908 г.).

Обзоръ заразныхъ заболѣваній въ Воронежск. губ. 1897 г.

Обзоръ заразныхъ заболѣв. Курск. губ. 1902 г.

Отчеты санит. врачей за 1890—97 г. Кудрявцева, Косторскаго, Шверина, Тезякова, Хижнякова, Шидловскаго, Волохова, Васильевскаго.

Одинцовъ. Отчетъ о дѣятельности глазного отряда. Общ. Земс. Организаціи въ Сарат. Пензенс. г. 1907—908 г.

Отчеты о дѣят. глазн. отряда Попечит. въ Мамадышск. уѣзд. Казан. губ. 1905—07 г.

Пѣуновъ. Сборникъ сообщеній по офтальмологіи 1896 г.

Panas. Клинич. лекціи по офтальмологіи 99 г.

Протоколы засѣданій офтальмол. кружка. В. О. 1901 г.

Поль. Лимоннокисл. мѣдь при трахомѣ.

Покровская. Вліяніе курныхъ избъ на заболѣваніе органовъ дыханія и зрѣнія 1888 г.

Путято. О леченіи трахоматозн. въ Россіи.

Полякъ. Къ вопросу о нормал. и воспалительн. эмиграціи лепкоцитовъ чрезъ эпителій миндал. желез. 1891 г.

Подвысоцкій. Основы общей патологіи 1894.

Путято. О леченіи трахомы и борьба съ ней 1902 г.

Предтеченскій. О призрѣніи хроникоръ Пермск. губ. 1897 г.

Prausnitz. Основы гигіены 1904 г.

Печниковъ. Отчетъ о пятил. глазн. практик. В. О. 1900 г.

Потѣхинъ. О трахомѣ въ войскахъ В. М. Ж. 1898 г.

Протоколы IX съѣзда врачей Херсон. губ. 1883 г.

Пономарева. Какъ бы намъ не ослѣпнуть отъ трахомы 1890 г.

Рейхъ. О слѣпыхъ вообще и на Кавказѣ 1884 г.

Рейнгартъ. О распростр. трахомы и причины слѣпоты въ Курлян. г. 1900 г.

Рэльманъ. Основы терапіи при трахомѣ 1899 г.

Рейхъ. Folliculosis и trachoma folicul. (Врачъ 1887 г.).

Rhein. Къ вопросу о фолликул. заболѣв. соединит. оболочки 1888 г.

Рудинъ. Болѣзни глазъ и слѣпота по погол. осмотру въ Мологск. уѣзд. Яросл. губ. и области Войск. Донского. 1895 г.

Рейтлингеръ. Матеріалы для статист. глазныхъ болѣзн. русск. арміи 1898 г.

Рейхъ. О глазныхъ болѣзняхъ въ войскахъ Крыма и краткій истор. очеркъ 1876 г.

Рентгенотерап. при трахомѣ Русск. Врачъ 1905 г.

Piringer. Бленоррея челов. глаза 1841 г.

Рубнеръ. Гигіена.

Рѣчь Министра Народн. Просвѣщ. во II-й Госуд. Думѣ

Русская земская медицина. 1899.

Ростовцевъ. Изслѣдованіе воздуха въ сельскихъ школахъ. 1906.

Рефератъ доклада Hirschberg'a XII междун. съѣзда: борьба съ трахомой. Врачъ. 1897 г.

Рейхъ. О самой частой болѣзни среди солдатъ. 1887 г.

Blisinger. Ueber die Verbreifung der Trachom-atösen Augenzündung in Böhmen. Graef. Arch. 90 г.

Савенко. Описаніе глазной болѣзни, господствовавшей между матросами въ Кронш. портѣ. 1823 г.

Скребицкій. Воспитаніе и образованіе слѣпыхъ и ихъ призрѣніе на Западѣ. 1903 г.

Суховъ. Результаты примѣненія cuprі citrіci при трахомѣ.
Сычевъ. Отчетъ глазн. отдѣл. Вятской губ. Больницы. 1900.
Schmidt-Rimpler. Заболѣванія глазъ въ связи съ другими заболѣваніями. 1900.
Суховъ. Отчетъ глазн. отр. въ Шихазанахъ, Казанской губ. 1904.
Свѣчниковъ. О распространеніи трахомы среди школьниковъ Гаврил. участка, Александр. уѣзда, Екат. губ. 1904 г.
Свѣчниковъ. О трахомѣ школьниковъ. 1903 г.
Сперанскій. Статистика сифилиса въ Моск. губ. 1905 г.
Скребицкій. Къ вопросу о чрезмѣрномъ распростр. заразн. болѣзн. въ Россіи и ихъ предупрежденіе.
Соколовъ. Труды геологическ. комитета (по Алекс. уѣзду. Т. IX. 1889 г.).
Сборникъ Земск. Медицины. Изд. Пир. Общ.
Санитарное состояніе Алекс. уѣзда. Самсоновъ. 1901 г.
Sattler. Ueber die geographische verbreitung des Trachoms.
Спенсеръ. Основанія соціологіи.
Скребицкій. Статьи о слѣпотѣ. 1894.
Сергіевъ. Слѣпота и ея причины. Нолинск. уѣзд. Вятской губ. 1887 г.
Sattler. Прежнее и теперешнее леченіе трахомы. 1891.
Скребицкій. О распространеніи заразныхъ болѣзней. Врачъ. 1894 г.
Соловьевъ. О дѣйствіи на глазъ токсиновъ сравнительно съ чистыми культурами. 1897.
Seifert. О побочн. дѣйствіи новѣйшихъ лекарственныхъ средствъ. 1905.
Самсоновъ. Обществ. борьба съ заразными болѣзнями. 1905.
» Недочеты земскихъ школъ Александ. уѣзда. 1906.
Скибневскій. Къ пересмотру правилъ по постройкѣ школъ. 1897.
Савинскій. О мѣрахъ борьбы съ туберкулезомъ. 1897.
Самсоновъ. Больной и его питаніе. 1905.
» Листъ о трахомѣ. 1906.
» Листъ о глазныхъ болѣзняхъ. 1907.

Самсоновъ. Сельское общество и санитарное попечительство. 1907.
» Борьба съ заразными болѣзнями.
Сборникъ стат. свѣдѣній Моск. губ. 1906.
Соковичъ. Къ вопросу о пріемѣ трахом. новобранцевъ въ войска.
» Слѣпые въ Херсонской губ. В.-Сан Дѣло. 1889
Сб. Херс. Земс. 1887 г.
Сапѣжко. О глазныхъ болѣзняхъ ведущихъ къ слѣпотѣ и о томъ, какъ отъ нихъ уберечься.
Sattler. Beitrag zur Kentniss der normalen Bindehant des Menschen. 77 г.
Stattler. Ueber die Natur des Trachoms und einiger anderer Bindehant krankheiten. 1881 г.
Труссо. Практическія лекціи по терапіи глаза. Въ 1898 г.
Тезяковъ. Заболѣваемость въ Саратов. губ. 1904 г.
Тепляшинъ. Измѣренія щели вѣкъ русск. и Вятск. населенія Глазовск уѣзда 1888 г.
Топоровъ. Таблицы химич. анализа водъ въ Александр. уѣздѣ Екатер. губ. 1895 г.
В. Тезяковъ. О трахомѣ Херсонск. губ.
В. Тезяковъ. Труды Съѣзда врачей въ память Н. И. Пирогова 1892—1904 г.
Трахтенбергъ. О санит. состояніи школы въ Россіи.
Труды съѣздовъ Врачей Москов. губер. XIII—XVII.
Тезяковъ. Физическое развитіе и болѣзненность учащихся въ зем. школ. Ворон. губ.
В. Тезяковъ. Труды V Съѣзда.
Тезяковъ. Глазныя болѣзни Елизаветогр. уѣзда Херсон. губ. Зем. Вр. 1890 г.
Тезяковъ. Результаты осмотра школъ Елизаветгр. уѣзда. 1897 г.
Федоровъ. Докладъ VII Съѣзда Врачей Пензенс. губ.
Флоріо. Монографія глазной болѣзни, господств. въ войскахъ Петербурга 1835—1868 г.
Fick. Гигіена глазъ.
Фишъ. Очеркъ дѣятельности Стерлитамака глазн. Лечеб. Уфимск. губ. и распростр. трахомы въ уѣздѣ 1904 г.

Федоровъ. Къ анатоміи фолликулъ воспаленія конъюнктивы въ связи съ нормальн. ея строеніемъ 1896 г.

Франкъ. Къ вопросу о значеніи подъконъюнк. впрыскиванія солев. растворовъ при трахомѣ 1907 г.

Fuchs. О причинахъ и иредупреж. слѣпоты 1886 г.

Frost. Pannus trachomatosa.

Freudenstein. Beitrag zur trachomfrage 1887 г.

Фельзеръ. Къ вопросу о микроорганизмахъ и ассептикѣ конъюнкт. мѣшка 1888 г.

Feuer. О распростр. трахомы въ Венгріи 1897 г.

Fuchs. Руководство къ глазн. болѣзнямъ 1898 г.

Хрущовъ. Къ вопросу о состояніи глазъ въ народн. школахъ Тверск. губ. 1895 г.

Ходинъ. Практич. офтальмологія.

Хорцевъ. Отчетъ глазн. отряда въ Бѣляничахъ Могил. губ. 1903 г.

Хижняковъ. О болѣзни глазъ называемой трахомой 1907 г.

Хижняковъ. Трахома въ Херсон. губ. данныя съ 1890—97 г.

Хижняковъ. Результаты регистраціи трахоматиковъ и сифилитиковъ среди призывавшихся въ воинск. присутствіяхъ Вр. Хрон. Хер. губ.

Хижняковъ. Популярное наставленіе 1899 г.

Чистяковъ. Отчетъ о дѣятельности глазн. отдѣла въ Мамадыж. уѣз. Казан губ. 1905—07 г.

Чемолосовъ. Къ бактеріол. и патологич. анатоміи зернистаго воспаленія и фолликулеза 1895 г.

Чичхіани. Отчетъ глазн. помощи при Карамзин. больницѣ Нижег. г. 1903 г.

Чупровъ. Мелкое земледѣліе 1907 г.

Чемолосовъ. Къ мѣрамъ борьбы съ трахомой В. О. 1908 г.

Щепотьевъ. О распростр. трахомы среди призывныхъ у войскъ Казан. окр. 1888 г.

Шиле. Трахома въ школѣ. 1900 г.

Шмидтъ. О микроорг. при трахомѣ и другихъ микотич. болѣзняхъ конъюнкт. 1887 г.

Шидловскій. О дѣйствіи адреналина на глазъ. 1907 г.

Шенбергъ. Объ измѣненіяхъ хряща вѣка при трахомѣ 1895 г.

Шокальскій. Ученіе о глазныхъ болѣзняхъ. 1875 г.

Шенкъ. Основанія норм. гистологіи человѣка 1886 г.

Шперкъ. Медикотопогр. замѣчанія о сифилисѣ въ С. В. Сибири 1863 г.

Щепинскій. Школьная гигіена.

Шмидебергъ. Основы фармакологіи. 1908 г.

Шапиро. Фармакологія. 1907 г.

Шидловскій. О согласованіи методовъ санит. статистич. изслѣдованій. 1897 г.

Шейнфайнъ. Отчетъ глазн. больныхъ Полтавской губ.

Шингаревъ. Матеріалы по забол. насел. Воронежск. г. 1900—902 г.

Шиле. Трахома въ Курск. уѣздѣ В. М. Ж. 1903 г.

Шимановскій. О сущности трахомы 1904 г.

Шмигельскій. Стат. матеріалъ къ вопросу о связи между фолл. заболѣван. глотки и глаза. В. О. 1908 г.

Улыбашевъ. Зем. школы въ Одесскомъ уѣздѣ въ санит. отношеніи. 1897 г.

Юнгенъ. Описаніе глазн. болѣзни господствов. въ Бельгійской арміи. 1835 г.

Пр. Юнге. Отчетъ о поѣздкѣ на Кавказъ для изслѣдованія глазн. больныхъ. 1876 г.

Эленбургъ. Реальная энциклоп. медиц. наукъ т. 19.

Эварницкій. Историч. изслѣдов. Запорожья.

Циглеръ. Руководство общей и частной Патол. Анатом. и патогенеза. 1883 г.

Янсонъ. Сравнит. статистика Россіи и З. Европ. государствъ.

Языковъ. Популяризація медицины въ деревнѣ.

Выводы.

1. Изученіе распространенія трахомы затруднено отсутствіемъ общихъ пріемовъ, способовъ собиранія и разработки медико-санитарнаго матеріала по этому вопросу.

2. Выяснить трахоматозную заболѣваемость можетъ та санитарно-медицинская организація, при которой возможны и леченіе и регистрація трахоматиковъ.

3 Именные списки трахоматиковъ въ большой степени способствуютъ выясненію дѣйствительнаго количества трахоматозныхъ больныхъ.

4. Обращаемость трахоматозныхъ больныхъ въ ностоящее время еще далеко не равна истинной заболѣваемости и меньше послѣдней болѣе чѣмъ въ 10 разъ.

5. На томъ основаніи, что въ этіологіи трахомы отмѣчены бытовыя причины, личныя мѣры профилактики имѣютъ меньшее значеніе, чѣмъ общественная профилактика, съ которой и нужно начинать борьбу противъ трахомы.

6. Только наблюденія общаго характера съ обращеніемъ вниманія на клиническую картину, на гистологію, бактеріологію одновременно могутъ и въ настоящее неблагопріятное для пониманія трахомы время, дать достаточнуюясность и опредѣленность въ пониманіи трахоматознаго процесса.

7. Фолликулы конъюнктивы глаза, не выходящіе за предѣлы нормальнаго вида есть явленіе физіологическое, какъ реакція на физическое или химическое раздроженіе глаза.

Зерно трахомы это фолликулъ при воздѣйствіи на него инфекціи.

8. Установить какую либо точность въ опредѣленіи вида микроорганизма трахомы въ настоящее время невозможно; необходимо смотрѣть пока на трахому, какъ на воспалительный процессъ, при которомъ участвуютъ разнаго вида микробы и

измѣняются приспособленія глаза. Возможно допустить при трахомѣ множественность причинъ и агентовъ.

9. Трахома болѣзнь бытовая и борьба съ ней должна исходить съ улучшенія бытовыхъ условій.

10. Въ семьяхъ, гдѣ замѣчается врожденная слабость глазъ-трахома протекаетъ тяжелѣе и осложненнѣе. Людямъ малокровнаго типа необходимо меньшее количество внѣшнихъ условій для полученія трахомы. Большинство трахоматиковъ раньше страдаютъ фолликулезомъ.

11. Люди золотушнаго типа въ молодомъ возрастѣ особенно подвержены трахомѣ.

12. Люди упадочнаго типа въ смыслѣ неустойчивости желудочно—кишечнаго канала предрасположены къ трахоматознымъ заболѣваніямъ.

У лицъ подагрическаго типа трахома встрѣчалась рѣже и легче поддавалась леченію.

13. Самый лучшій способъ опредѣленія трахоматозныхъ—способъ комбинированный, гдѣ поголовный однодневный осмотръ комбинируется съ продолжительными наблюденіями.

14. Трахома въ Россіи не столько распространяется изъ школъ въ деревни, ск. изъ деревень въ школы.

15. Трахомой порожается самый цвѣтущій возрастъ, женщины чаще мужчинъ, тогда какъ вообще глазная заболѣваемость превалируетъ у послѣднихъ.

16. То, что трахомой поражаются преимущественно оба глаза, есть лучшее доказательство заразительности трахомы.

17. Кривая трахомат. заболѣваній подчиняется въ своемъ движеніи ходу кривыхъ заразныхъ болѣзней.

18. Эпителіальныя разращенія при трахомѣ всегда вторичнаго характера, будучи въ зависимости отъ воспалительнаго процесса въ глубинѣ тканей.

19. Фолликулъ конъюктивы есть явленіе физіологическаго ряда, вызванное приспособленіемъ организма.

20. Въ зернѣ трахомы нѣтъ гиганскихъ клѣтокъ, чѣмъ оно отличается отъ бугорка—туберкула.

21. Трахома связана съ золотухой но не тождественна послѣдней.

22. Пораженіе зева или миндалинъ чаще встрѣчается среди трахоматозныхъ.

23. Зерно трахомы это фолликулъ, заложенный не только въ аденоидной ткани, но проникающійвъ глубже лежащія ткани.

24. Микроскопическая картина трахоматознаго секрета крайне неопредѣленнаго типа.

25. Въ случаяхъ хронической или смѣшанной трахомы встрѣчаются и кокки триппера повидимому ослабленнаго вида.

26. Осложненная трахома встрѣчается чаще при амбулаторной регистраціи, чѣмъ при поголовномъ осмотрѣ.

27. Трахома въ Александровск. уѣздѣ распространяется не ст. чрезъ школы, ск. чрезъ населеніе деревень.

Ежегодный приростъ трахоматозныхъ въ уѣздѣ указываетъ на существованіе дѣйствительной трахоматизаціи населенія.

28. Минерализованная вода, склады навоза возлѣ жилыхъ помѣщеній и устройство конюшенъ рядомъ съ домомъ, малокультурность и малограмотность служатъ факторами распространенія трахомы, такъ же какъ и условія плохой организаціи глазной помощи населенію.

29. Вѣроятность заболѣванія трахомой усиливается въ семьяхъ: имѣющихъ большее общеніе, родственныя связи и живущихъ въ небольшихъ селеніяхъ.

30. Гуляйпольская волость, расположенная болѣе возвышенно, съ болѣе холодной, сухой атмосферой болѣе заражена трахомой, обращаемость которой здѣсь болѣе интенсивна въ зависимости отъ свойствъ Гуляйпольской Земской больницы, гдѣ населенію подается глазная помощь и терапевтическая и хирургическая.

31. Въ Гуляйпольскомъ районѣ дѣти заражаются преимущественно отъ матерей. Женщины страдаютъ чаще трахомой при поголовныхъ осмотрахъ и рѣже регистрируется ихъ обращаемость.

32. Общая обращаемость больныхъ по Александровскому уѣзду падаетъ на лѣто, трахоматозная же обращаемость падаетъ на весну, по причинѣ бытовыхъ условій, побуждающихъ населеніе лечить глазныя болѣзни весной къ рабочей лѣтней порѣ.

33. Трахоматозная обращаемость по Александровскому уѣзду имѣетъ половое отношеніе какъ: 1,3:1, трахоматозная же болѣзненность обратное отношеніе.

34. Въ Гуляй-польскомъ медицинскомъ участкѣ обращаемость трахоматиковъ относится къ заболѣваемости трахомой какъ: 1:4. по остальному же уѣзду это отношеніе должно быть еще большимъ, т. к. обращаемость въ уѣздѣ стоитъ ниже.

35. Изученіе трахомы Александровск. уѣзда возможно лучше всего путемъ комбинированныхъ наблюденій и осмотровъ.

36. Большой процентъ дѣтской смертности и трахомат. заболѣваемости указываетъ на ту санитар. опасность, которую представляютъ дѣти въ уѣздѣ.

37. Обращаемость трахоматиковъ въ уѣздѣ зависитъ отъ общихъ причинъ (время года, разстояніе отъ лечебницъ, состояніе дорогъ, и т. п.), и отъ спеціальныхъ—только въ одномъ Гуляй-польскомъ районѣ, гдѣ врачемъ культивировалась глазная помощь населенію, повышался процентъ обращаемости трахоматиковъ.

38. Для успѣшной борьбы съ трахомой въ Александр. уѣздѣ необходимо реформированіе земскаго быта съ обращеніемъ вниманія не только на цензъ имущества, но и осѣдлости, а главное на цензъ образованія—знанія. Также необходимо введеніе мелкихъ санитарныхъ организацій.

БИБЛІОТЕКА
Кафедры Общей Гигіены
Харьковскаго Медицинскаго Института

Положенія.

Главнымъ факторомъ развитія устойчивости въ борьбѣ съ заразными болѣзнями является безусловно «коэффиціентъ умственной силы», или степень развитія населенія.

Одно процентное отношеніе инфекціонныхъ больныхъ, разсмотрѣнное безъ связи съ бытовыми условіями, не имѣетъ санитарнаго значенія.

Процентъ осложненій всякой болѣзни есть показатель медицинской помощи населенію.

Біологическій фактъ, состоящій въ томъ, что развитіе болѣзней въ рядѣ семей ускоряетъ появленіе и обнаруженіе болѣзненнаго процесса, является общимъ.

Правильно развитое и организованное Санитарное Попечительство могло бы явиться главнымъ проводникомъ знаній въ населеніе.

Путь дѣйствія на борьбу съ болѣзнями въ деревнѣ чрезъ амбулаторію и школу долженъ считаться наилучшимъ, при условіи широкой популяризаціи медицинскихъ знаній въ населеніе чрезъ посредство всѣхъ людей знающихъ и образованныхъ.

Абсолютной стерильности конъюнктивнаго мѣшка достичь нельзя, сравнительная же достигается промываніемъ мѣшка два раза сулемой $^1/_{50}\%$, или солевымъ растворомъ 0,75% подрядъ отъ 1—5 дней.

Слезная жидкость дѣйствуетъ на микроорганизмы механически и химически, искусственно приготовленная слезная влага дѣйствуетъ сильнѣе естественной.

На почвѣ жирового недоѣданія часто развивается куриная слѣпота.

Воспаленіе легкихъ у дѣтей до года всегда даетъ тяжелое предсказаніе.

Ненахожденіе гонококковъ въ мочѣ еще не служитъ доказательствомъ отсутствія ихъ въ каналѣ уретры.

Curriculum vitae.

Василій Макаровичъ Самсоновъ, православный, изъ мѣщанъ Смоленской губ. родился 18 янв. 1875 г. По окончаніи курса гимназіи въ Смоленскѣ въ 1894 г. поступилъ въ Московскій Университетъ на медицинскій факультетъ, который окончилъ въ 1899 г. и поступилъ для занятій въ Госпитальную клинику пр. Остроумова, затѣмъ съ 1900 г. исполнялъ обязанности земскаго врача Гуляйпольской больницы въ Александров. у. Екатеринос. г., командировался дважды въ Москву для изученія хирургическихъ и глазныхъ болѣзней. Съ 1908 г. оставивъ земскую службу, завѣдуетъ частной лечебницей въ с. Гуляйполѣ Александр. у. Екатериносл. губ. Экзамены на д-ра медицины выдержалъ при Московскомъ Университетѣ въ теченіе 1907-8 года.

Настоящую работу подъ заглавіемъ „Къ вопросу о трахомѣ“ (матеріалы по изученію трахомы въ земствѣ) представляетъ на соисканіе степени, доктора медицины.

БИБЛІОТЕКА
Кафедры Общей Гис
Харьковского Медицинского Ин

ОГЛАВЛЕНІЕ.

I. Исторія, терминологія и опредѣленіе трахомы. . 3
II. Клиническое теченіе трахомы, ... 55
III. Анатомія и гистологія трахомы 88
IV. Бактеріологія трахомы 106
V. Этіологія трахомы 117
VI. Осложненія и послѣдствія трахомы. 147
VII. Леченіе трахомы 160
VIII. Санитарный обзоръ Александровскаго уѣзда, Екатеринославской губерніи 186

БИБЛІОТЕКА
Кафедры Общей Гигіены
1-го Харьковского Медицинского Института