

## НА ЗАКІНЧЕННЯ НОМЕРА

# ОФТАЛЬМОЛОГІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ФЕРЕНЦА ЛІСТА

## Скорочений виклад

John G. O'Shea

Journal of the Royal Society of Medicine 1995;88:562-564

### Вступ

Життя і музика Ференца Ліста (рис. 1) протягом останніх десятиліть стали предметом інтенсивних досліджень. У 19 столітті його вважали найкращим піаністом тої епохи. “Ліст — це минуле, сьогодні і майбутнє гри на фортепіано”, — писав німецький музикознавець Вільгельм фон Ленц у 1872 році і він, ймовірно, не був далекий від істини.

Проте лише останнім часом творчість митця одержала адекватну критичну оцінку. Його композиції почали інтенсивно опрацьовувати з 1950-х років. Повний запис фортепіанних творів музичного генія здійснив Леслі Говард, а остаточний їх каталог включає майже 800 позицій і поповнюється дотепер. На думку багатьох істориків культури, Ліста можна вважати однією з ключових фігур у західноєвропейській музиці 19 століття.

### Початок хронічної хвороби

Музикант помер у 1886 році у віці 74 роки; подібно до багатьох старших людей, він страждав від багатьох розладів — наслідків процесу старіння і стресів життя.

За спогадами близьких осіб, Ліст уперше звернувся до лікарів у 1881 році. У нього знайшли “водянку” і “легеневий застій”. Це були ранні прояви серцево-легеневого захворювання, котре і прискорило його смерть у Байройті в липні 1886 року.

Перед хворобою у композитора відзначено ситуативну депресію. Двоє його дітей, що подавали великі надії, померли молодими, митець також не забезпечив собі доброго призначення у Римі, котре дало би можливість оркеструвати. Він мав постійне відчуття жалю і сумнівів, і саме з цього моменту починається пізній період творчості Ліста, музика якого передувала 20 століттю, будучи повною антитезою романтизму і ставши першим знаком непевностей нашої епохи. Розкиданість і економність цих композицій, постійне застосування в них повнотональної шкали і навіть тенденція до атональності стали передвісниками



Рис. 1. Ференц Ліст у молоді роки.

шедеврів Берга і Бартока. У той же час митець почав вживати великі кількості коньяку і курити гаванські сигари.

### **Катаракта**

Приблизно тоді музикант відзначив поступове погіршення зору в лівому оці. Протягом багатьох років він коригував його для читання нот через наявність пресбіопії, однак поза тим офтальмологічний анамнез був не обтяжений.

Ліст приїхав із Веймара в Галле на консультацію до відомого німецького окуліста Альфреда Карла Грефе (1830–1899 рр.), що походив із благородної пруської родини. Після обстеження пацієнту поставили діагноз катаракти лівого і початкової катаракти правого ока і всупереч поширеній тенденції відохотили від операції. Це були типові сенільні катаракти, щодо них лікуючий лікар запропонував консервативний підхід. Він динамічно спостерігав за композитором до 1886 року, коли зір погіршився настільки, що втручання стало неunikненим. Його було заплановано на вересень 1886 року, проте хворий відмовився і в скорому часі (кінець липня) помер.

22 жовтня 1886 році митцю мало би виповнитися 75 років і він готував масштабний європейський тур. Проте вже до цього стан його здоров'я був не найкращий. Одна із знайомих Ліста тоді писала, що на бенкеті мала йому допомагати їсти, оскільки він навіть не бачив тарілки перед собою. Музикант не міг писати і з труднощами бачив ноти. Коли він виступав на концерті, то при виході на сцену його супроводжували через сповільнену рухливість, спричинену поганим зором, “водяною” (мабуть, набряком гомілок) і, ймовірно, остеоартритом кульшових суглобів. Публіка зазвичай була вражена рішучістю композитора перед лицем такої інвалідизації.

Вплив поганого зору на рівень гри митцем, ймовірно, був невеликий. Існує багато свідчень, що коли Ліст грав на фортепіано, то практично не дивився на клавіші, хоча, за спогадами його помічника Вайнгартнера, фіксація рук відносно клавішів на старості у музиканта було ближча, порівняно з молодими роками.

### **Зовнішнє захворювання ока**

В останній рік життя у композитора появився новий компонент його офтальмологічних проблем — важкий блефарит. Сучасники стверджували, що його очі постійно сльозилися, особливо у накурених кімнатах, а також червоніли. Грефе прописав спеціальні краплі для лікування і настійно рекомендував кинути курити, проте останню пораду пацієнт постійно ігнорував.

Це захворювання можна побачити, якщо детально дослідити фотографії Ліста останніх років життя. На відомих фото Луїса Гельда і Пауля Надара видно потовщення, притуплення і знебарвлення країв повіки. Крім того на них відзначається стареча дуга рогівки і її периферичні ураження, ймовірно, внаслідок стафілококового кератиту, а також легка розбіжна косоокість, можливо, спричинена катарактою.

### **Погляд сучасної офтальмології**

Клінічний підхід до офтальмологічних проблем музиканта чітко ілюструє погляди Альфреда Карла Грефе, котрі на той час відзначалися консерватизмом і науковою обґрунтованістю. Цей лікар був автором багатотомного “Підручника очних хвороб”, що став прототипом для багатьох книжок такого типу, зокрема “Системи офтальмології” Стюарта Дюка Елдера.

Його методика екстракції катаракти була екстракапсулярною, із широкою або секторальною іридектомією. Згідно з тодішніми уявленнями, таке втру-

чання супроводжувалося відносно низьким рівнем ускладнень. Серед останніх найчастіше виникали неповне видалення м'якої тканини кришталика і передній увеїт. Якщо задня капсула мутніла або після операції залишалися фрагменти кришталика, то з допомогою тонкої голки здійснювали вторинну капсулотомію. Шпателеподібний ніж Грефе і його доступ у передню камеру ока відомі й дотепер.

При таких втручаннях застосовували місцеву анестезію у вигляді крапель кокаїну, котра після першого запровадження Карлом Коллером у 1884 році стала поширеною.

У клінічному випадку Ференца Ліста хронічний блефарит міг сприяти інфекції, а застійне серцеве захворювання з постуральним кашлем — експульсивній кровотечі.

У 19 столітті операції з приводу катаракти проводили швидше, ніж тепер. Інколи розріз не ушивали або накладали слабкі шви. Британський офтальмолог Едвард Нетлшип (1845–1913 рр.) окреслив методику видалення катаракти у своєму “Студентському посібнику з хвороб ока” (1884 р.), котра була ідентична підходам Грефе і сьогодні широко застосовується в Європі.

“Усі операції при катаракті стосуються таких моментів: (1) Розріз робиться через рогівку в зоні її сполучення зі склерою або ближче до склери; він має бути достатньо великий, щоб через нього відійшов непошкоджений кришталик із збереженою формою. Ніж, котрий нині широко використовують для подібних втручань, — вузький, тонкий, прямиий ніж Грефе. (2) Капсула вільно розкривається невеликим гострим інструментом (циститомом). (3) Кришталик видалають через отвір у капсулі (цю структуру залишають) під тиском і з допомогою позаочної маніпуляції або використовуючи тракційний інструмент (скуп), що вводиться в око якраз за кришталиком. Його нині застосовують рідко, за винятком невідкладних ситуацій і особливих випадків. (4) Іридектомію тепер здійснюють часто на другій стадії, не з первинною метою полегшити відходження кришталика, але щоб знизити ризик іриту”.

Період зорової реабілітації за Нетлшипом тривав 6–8 тижнів, а післяопераційний період включав 3 дні ліжкового режиму, далі 2 тижні догляду в темній кімнаті. Після цього пацієнту дозволяли виходити на вулицю в чорних окулярах, а через 8 тижнів прописували звичайні окуляри.

Цікаво зазначити, що пізніше від екстракапсулярної екстракції катаракти відмовилися при її сенільному варіанті, перейшовши на інтракапсулярний доступ. Лише протягом останніх 15 років із розвитком мікрохірургії вона знову стала методом вибору на пізніх стадіях катаракти із збереженими кришталиками.

## Висновок

На закінчення цієї короткої статті, присвяченої офтальмологічним проблемам Ференца Ліста, було б дуже актуально зачитувати Гуго Вольфа, автора некролога на його смерть: “Очі музичного генія закрилися, але це були очі безсмертного”.

Підготував *Юрій Матвієнко*