

ненормальной зарядке вегетативной нервной системы при токсикозах и т. п. остается в силе. Следовательно и все профилактические меры, направленные к тщательному наблюдению за беременной и лечению ее побочных расстройств, играют видную роль.

Из глазного отделения Орловской городской больницы № 1 (зав. д-р В. Н. Преображенский, глав. врач Я. Н. Цехновичер).

Гумма орбиты.

В. В. Преображенский.

В патологии органа зрения сифилис играет видную роль; он является причиной от одного до трех процентов всех глазных болезней. Однако, сифилис глазницы встречается редко. По данным Казанской глазной клиники с 1900 по 1922 г. среди 129.340 больных имелось только два случая гуммозного поражения орбиты. Профессор Очаповский среди 29970 больных своей клиники отмечает семь случаев такого рода больных. По статистике нашего отделения с 1919 по 1935 г. на 225000 больных зарегистрировано два случая в 1925 г. (Вест. сов. мед., 1925 г.) и нижеприводимый случай является третьим.

В доступной нам литературе удалось насчитать всего 43 случая. Указанная цифра несомненно много ниже действительного числа всех наблюдавшихся случаев гуммозного поражения орбиты.

Наш случай не представлял затруднения для диагностики.

Больной, колхозник Ш. К., 42 лет, ист. болезни № 0891, обратился в амбулаторию больницы 1/II 35 г. 5/II 35 г. был помещен в глазное отделение. Из анамнеза выяснилось, что в 16 лет у больного на мошонке был диагностирован твердый шанкр, вскоре после появления которого был проведен курс лечения серой ртутной мазью. Больной отбывал воинскую повинность, женился на 25 году, имел пять детей, из которых двое умерло в 2-недельном возрасте. В 1919 году перенес сыпной тиф. В ноябре 1933 года стал отмечать затруднение носового дыхания и выделение слизи с острым запахом. Одновременно заметил припухлость в области верхнего века правого глаза, которая от лечения KI у отоларингологов прошла, явления же со стороны носа остались стационарными. С ноября 1934 г. появились боли в области правого глаза, распространяющиеся по ходу тройничного нерва, и вскоре развилась диплопия. 24 декабря 1934 года больной на приеме в поликлинике РОКК вновь получил KI. St. p a e s e n s: Б-ой среднего роста, правильного телосложения, удов. питания, с хорошо развитой костной и мышечной системой, общяя аденопатия.

Правый глаз: При закрытых веках отмечается резкое выпячивание содержимого правой орбиты. Кожа век, особенно нижнего, отечна с красновато-цианотичным оттенком. Глазная щель открывается на $\frac{2}{3}$, через кожу нижнего века по краю орбиты прощупывается бугристая опухоль, распространяющаяся непосредственно от слезных точек до наружного угла. Опухоль с кожей не срощена, бугристая, плотной консистенции, при прощупывании слегка болезненна, от края орбиты может быть несколько отодвинута вглубь орбиты, не флюктуирует.

Глазное яблоко смещено вперед и отклонено несколько вверх и кнаружи. Полная неподвижность глазного яблока кверху и книзу и ограниченная в стороны. Конъюнктивa слегка отечна. Роговица прозрачна, чувствительность ее понижена. Среды прозрачны. Границы сосочка ступеваны, вены гиперемированы (Neuritis optica o. d.).

Поле зрения сужено снаружи. Острота зрения правого глаза 0,07, левого 1,0.

Рентгеноскопия: Со стороны придаточных полостей носа изменений не отмечено. Сердце правильной конфигурации, пульсация нормальна, аорта в пределах нормы (д-р И. Д. Кипнис).

Нос à touton, полное разрушение перегородки, как хрящевой, так и костной ее части, обильное количество больших сухих корок с резким запахом. Атрофия слизистой оболочки, носоглотка свободна. Сухость задней стенки глотки. Уши: барабанные перепонки ушей втянуты, правые с угосоченным рефлексом. Диагноз: озена, хрон. сухой катар средних ушей, сифилис? (д-р Р. П. Блюмберг).

Нами диагностировано гуммозное поражение орбиты и 5/II 1935 г., не дожидаясь результатов реакции Вассермана, мы начали специфическое лечение. На восьмой день резко положительный результат реакции Вассермана подтвердил правильность нашего диагноза.

Больной хорошо переносил специфическое лечение. Боли правой половины головы стали быстро утихать, диплопия исчезла. С 5/II по 25/III больной получил 22 инъекции 2% ртути и 6 внутривенных вливаний новарсенола. Субъективно острота зрения правого глаза поднималась таким образом:
v. o. d.: 5/II—0,07; 15/II—0,1; 25/II—0,1; 5/III—0,2—0,3; 10/III—0,5; 15/III—0,8; 19/III—0,9; 23/III—1,0.

25/III 35 г. больной выписался по собственному желанию в хорошем состоянии. Объективных признаков неврита правого глаза нет, сосочек уклонений от нормы не представляет. Подвижность глазного яблока восстановлена полностью. Экзофтальм исчез. Только лишь по нижнему краю орбиты прощупывается плотная бургистая опухоль величиною с орех, совершенно безболезненная и свободно уходящая вглубь орбиты.

Из хир. отд. Соликамской больницы (гл. врач П. Скробко).

К казуистике эктопий яичка.

М. С. Знаменский.

15/V 1935 года в хир. отд. доставлен больной О-в с диагнозом ущемленной грыжи.

При первом взгляде на больного, мужчину средних лет, бросается в глаза круглая опухоль в лев. пах. сгибе ниже пупартовой связки соответственно бедренному каналу.

По словам больного, грыжей болен 10 лет, левое яичко отсутствует в мошонке от рождения. 4 часа тому назад грыжа вышла и не вправляется обратно.

St praes.: Общ. состояние хорошее, умеренные боли в грыжевой опухоли, температура нормальная, желудочно-кишечных явлений нет. Диагноз ущемленной бедренной грыжи не вызывает сомнений.

Срочная операция под местным обезболиванием. Паховый разрез; по вскрытии апоневроза найден грыжевой мешок, опускающийся на бедро над пупартовой связкой! Грыж. мешок вскрыт. В нем оказался большой кусок сальника, приросший к дну мешка и, петля тонкой кишки нормального вида.

Кишка вплавлена без особого затруднения, сальник резецирован и также погружен в бр. полость. После этого в грыж. мешке обнаружено яичко. Яичко небольших размеров, но имеет нормальную форму. Для него проделан туннель под кожей мошонки, в который оно и уложено после перитонизации. Шейка грыжев. мешка изолирована, резецирована и зашита кисетным швом. Перифер. часть мешка удалена. Швы.

Любопытные изменения представляла кожа бедренного треугольника после удаления грыжевого мешка. Она пигментирована, рыхла, складчата и поросла редкими волосами. Своим видом и консистенцией она совершенно напоминает кожу мошонки. Повидимому, присутствие здесь яичка каким-то образом оказывало влияние на модификацию кожи бедра.

Описанный случай принадлежит к редкой форме эктопии яичка, когда оно, будучи задержано в паховом канале, в дальнейшем пронизывает апоневроз