

Из Глазной клиники Казанского госуд. медицинского института  
(директор проф. В. Е. Адамюк).

## Случай гуммы орбиты.

Н. Г. Пастернак.

Сифилитические поражения орбиты встречаются в достаточной степени редко, достигая едва  $1-1\frac{1}{2}\%$  (Alexander) всех люетических заболеваний органа зрения, составляющих едва  $1\%$  всех глазных больных (Очановский, Батраченко и др.).

По данным Казанской глазной клиники за 25 лет (1900—1925 гг.) (Протопопов) люетических больных было  $1,14\%$  всех глазных больных. Среди них было 7 случаев гуммы орбиты, что составляет  $0,4\%$  сифилитических поражений глаз и  $0,005\%$  всех глазных больных, что несколько ниже данных других авторов. Из этих больных два были описаны в 1924 г. д-ром Батарчуковым. За последующее десятилетие в Казанской глазной клинике наблюдался еще один случай гуммы орбиты.

Ввиду редкости подобного рода заболевания и необходимости накопления казуистического материала, приводим наблюдавшийся нами случай.

Больной К-в, 40 л., казах, рабочий одного из совхозов в Казахстане, обратился в глазную клинику Казанского мединститута 21/1-36 г. по поводу выпячивания правого глаза.

Из анамнеза выяснилось, что летом 1935 г. у больного появились упорные головные боли, длившиеся почти месяц. После некоторого уменьшения болей больной заметил постепенно увеличивающееся выпячивание правого глаза. Одновременно начало падать зрение и кожа век начала немного „опухать“. Никаких других явлений больной не отмечает.

Больной женат, имеет троих детей, двое умерли от различных заболеваний, один здоров. Жена—здоровая, выкидышей никогда не было. Себя считает также здоровым; венерическими болезнями, по его словам, никогда не болел.

При объективном исследовании найдено: Кожа верхнего века правого глаза несколько гиперемирована и пастозна, края века несколько растянуты выпячивающимся глазным яблоком, глазная щель сужена. В толще внутренней трети нижнего века прощупывается *chalazion*. При прощупывании краев орбиты, последние всюду представляются гладкими и ровными. Начинаясь от области слезного мешка и продолжаясь книзу и к наружному краю орбиты, тянется плотная бугристая масса, неподвижная, хрящевидной консистенции. Ее передний конец находится на уровне нижнего края орбиты, всюду отделяясь от последнего ясно прощупываемой бороздой. Кнаружи опухоль заканчивается в нижне-наружном углу орбиты нерезко выраженным краем. Кзади опухоль уходит вглубь орбиты и конец ее прощупать не удается. Опухоль при пальпации безболезненна. Весь глаз сдвинут вверх на 4—5 мм и выпячен вперед.

По Exophthalmometry Hertel'a выпячивание достигает 9 мм. Движения глаза сохранены во все стороны полностью, кроме движения книзу, куда глаз не поворачивается. Со стороны конъюнктивы отмечается лишь несколько расширенных кровеносных сосудов. Передний отрезок глаза в норме, со стороны дна глаза отмечается нерезко выраженная смытость нижнего края соска зрительного нерва (при обратном исследовании).  $Visus=0,3$ , стекла не улучшают, левый глаз—норма,  $vis.=1,0$  Е. Поле зрения, из-за слабой развитости больного, исследовано не было.

Больной—несколько выше среднего роста, с хорошо развитой костно-мышечной системой. При исследовании венерологом и ларингологом найдено: некоторое уплотнение переносицы, почти полное отсутствие носовой перегородки на всем протяжении ее, имеются только незначительные остатки в кончике носа. Диаметр дефекта 7—8 см. Рубцы мягкого неба у корня язычка и на задней стороне дыха-

тельного горла. Атрофический ринит. Рентгеновский снимок дал затемнение правой решетчатой пазухи.

• RW—резко положительная. Диагноз—Lues III.

На основе имеющихся данных было диагностировано гуммозное поражение орбиты и приступлено к специфическому лечению. Больной пробыл в клинике 1 месяц, в течение которого получил 15 инъекций *Vijochinol'a* и 7 вливаний *Novarsolan'a*. К концу первой декады лечения наступило некоторое улучшение, исчезла пастозность кожи век, глазная щель стала шире, *Exophthalmus* уменьшился до 6 мм, *vis.* поднялся до 0,4. Со стороны опухоли заметно истончение края и как бы отодвигание ее вглубь орбиты.

К моменту выписки—29/II (по настоянию больного) имелась следующая картина: кожа век в норме, глазная щель в норме. Нижний край орбиты гладкий, кзади от него в глубине орбиты прощупываются остатки опухоли, в виде незначительного мелкобугристого возвышения на нижней стенке орбиты. Положение глаза правильное, на одном уровне с левым, незначительный *Exophthalmus*—1—1½ мм. Движение правого глаза книзу появилось, но все же отставание от левого ясно заметно. *Visus* = 1,0 E. Дно глаза в норме.

Больному дан совет повторить курс лечения.

Как видно из приведенной выше истории болезни, диагноз гуммозного поражения орбиты был подтвержден прекрасным результатом специфического лечения. Несомненно, что наличие объективных признаков *Lues'a* и положительная реакция *Wassermann'a* облегчали диагностику поражения орбиты. При отсутствии таких данных диагностика гуммы орбиты осложняется, так как здесь приходится дифференцировать от различных злокачественных опухолей, возникающих в орбите, для отличия от которых нет точных признаков, при наличии наоборот общих явлений у обоих заболеваний. Но некоторым отличием от злокачественных опухолей должны служить пастозность кожи век, хрящевидная консистенция опухоли, неясность ее границ. В случае отсутствия положительной RW окончательный диагноз может решиться лишь после примененного *Ex juvantibus* специфического лечения, а с последним надо спешить, так как позднее начало терапии может привести к атрофии зрительного нерва и даже к переходу процесса в полость черепа.

По локализации гуммы орбиты различаются—1) развивающиеся у края орбиты, 2) исходящие из стенок ее и 3) исходящие из мягких частей орбиты (Юдин). Наш случай необходимо отнести ко второму виду, подтверждением чего служит расположение опухоли, *Exophthalmus* и ограничение подвижности глаза.

По данным других авторов гуммозные поражения орбиты бывают часто двусторонними. В нашем же случае так же, как и в случаях Батарчукова, Беляева и других, процесс был односторонним.