

*Заседание глазной секции Научно-медиц. асоц. 27/XII.*

Присутствовали 18 членов глазной секции и некоторые прикомандированные врачи.

Председатель: проф. В. Е. Адамюк  
Секретарь: врач Булгакова.

1. Прив.-доцент Р. А. Батарчуков демонстрирует больную с ложным пульсирующим левосторонним пучеглазием.

Больная Г., 64 г, поступила в клинику 17/XII 33 г. с жалобами на смещение левого глаза, на понижение зрения в нем и на опухание виска той же стороны. Больна 5 лет, без всякой видимой причины появилась небольшая опухоль в области лев. виска, которая постепенно увеличивалась, через год сместила с своего места глаз той же стороны. Опухоль безболезненна и все время продолжает расти. Временами болит голова. Шум в лев. ухе. 2 недели т. н. б-ная заметила понижение зрения в этом глазу.

Больная для своего возраста выглядит довольно крепкой. 30 лет имеет значительных размеров узловатый зуб. В остальном, по исследованию специалистов, здорова. R W. — Рентгенограмма—все придаточные полости чисты.

Ясно заметно увеличение лев. орбиты, большая узора как в нижне наружной части орбиты, так и в области виска.

Выраженное затемнение, проэцирующееся на орбите (фронтальная плоскость).

Левая височная область выпячена, точно к области лев. виска приложена половина большого гусиного яйца. Вдоль верхнего края левой же орбиты, начиная на границе внутренней трети, кожа выпячена на подобие продолговатого, овального валика длиной в 5 см., наружный конец которого шире ( $1\frac{1}{2}$  см) внутреннего на  $\frac{1}{2}$  см. В доступных осмотру частях эта опухоль связи с опухолью виска не имеет. Размеры опухоли на виске: сверху вниз = 8 см., спереди назад 6 см. В области виска прощупываются несколько утолщенные края костной узурь—вокруг опухоли. На всем своем протяжении опухоль ровна, эластична на виске и мягка, эластична у орбитального края, где она совершенно отграничена.

От окружающих ее частей и своим расширяющимся основанием теряется в глубине орбиты. Орбитальная часть опухоли легко вдавливается в орбиту с одновременным увеличением экзофтальма и не оказывая влияния на мозг; с кожей опухоль не сращена. Кожа растянута, несколько сплющена и покрыта в области наружного угла глазной щели и прилегающей части лба сетью расширенных и извитых сосудов. Глазное яблоко выпячено вперед и сильно смещено внутрь и вниз. Экзофтальмус = 20 мм. (Heitce). Глаз так сильно давит на нижнее веко, что последнее находится почти под ним в виде нескольких складок. Движение глазного яблока несколько ограничено, особенно в сторону опухоли. Глаз легко вывихивается и пульсирует синхронично с пульсом лучевой артерии. Давление на сон. артерию пульсацию глаза не прекращает, разве только несколько ее замедляет. Роговая оболочка слегка дымчата, мутновата, особенно в нижней своей  $\frac{1}{3}$ . Радужная оболочка карего цвета с ясным рисунком. зрачек правильно круглой формы, умеренно расширен. Световые реакции едва заметны. Линза слегка мутновата. Острота зрения = 0,005. Внутри-глазное давление и глазное дно в пределах нормы. Глазная щель почти смыкается, остается только очень узкая полоска. Верхнее веко сильно растянато, кожа его несколько сплющена и по ней так же пробегает сеть расширенных и извитых сосудов. Соединительная оболочка век и особенно conj. bulbi сильно гиперемирована.

Правый глаз в общем нормален. Отмечаются только небольшое помутнение линзы и вялая световая реакция зрачка.

Острота зрения = 04 N 1.25 D.

При аускультации в области виска и при сильном прижимании к нему стетоскопа прослушивается дующий шум. Сама опухоль во всех своих частях не пульсирует. Исследование крови дало небольшой ядерный сдвиг влево. Красная кровь в пределах нормы. Пункция новообразования дала отрицательный результат. После проведения подробного дифференциального диагноза автором было высказано предположение, что в данном случае дело идет о сложном пульсирующем пучеглазии на почве бессосудистого новообразования орбиты, имеющего связь с мозгом и может быть даже о перерожденном дермоиде. Случай представляет интерес, кроме безусловной своей редкости и выраженной клини-

ческой картины, также еще и с точки зрения своего патогенеза и особенно привлекает к себе внимание трудностью распознавания. Предполагается оперативное вмешательство, на что получено согласие больной.

Прения: Проф. В. Е. Адамюк внес некоторые дополнения относительно дифференциальной диагностики опухолей орбиты.

Проф. Мурзин отмечает, что подобный случай он наблюдал в Ташкенте. Предлагает лечить рентгеном или вообще световым методом.

2. Демонстрация д-ра Артемьевой больной с *Muscoophthalmus cum cysta os. dex.*

После краткого литературного очерка современного состояния вопроса о *Muscoophthalmus cum cysta* автор привел свой случай *Muscoophthalmus cum cysta os. dex.* и *Muscoophthalmus os. sin.*, где дело идет о 6-ной Закировой Н., 18 л., девушке, которая обратилась в клинику с просьбой удалить безобразящую ее опухоль. Пр. ниж. веко выпячивается вперед, кожа его растянута и просвечивает синеватым цветом. При ощупывании оказывается, что в толще ниж. века имеется киста, до такой степени выдающаяся в глазницу, что при разведении век нельзя определить, имеется ли в глубине глазницы хотя бы рудиментарный глаз. Вертикальный диаметр прав. глазницы на 1 см. больше, чем левый.

Лев. глазное яблоко лежит в нижнем своде орбиты—величиною с большую горошину, Верхний свод орбиты глубок и оканчивается ямкой, лежащей на самом дне глазницы. Роговица диффузно мутна, круглой формы, очень малого размера, просвечивает синеватым цветом, ясно видны пробегавшие по ней поверхностно лежащие сосуды. Ощущение света отсутствует. R. W отрицательная; исследования специалистов к. л. органических заболеваний не обнаружили. Со стороны психики также отклонений от нормы нет. Результаты патолого-гистомического исследования данной кисты будут доложены особо.

Председатель проф. Адамюк огласил календарный план и тематику работы глазной секции на весенний семестр 1934 г.

Председатель проф. В. Е. Адамюк

Секретарь Булгакова

### 3) Ушная секция.

*Заседание 8 февраля 1934 г.*

Председатель проф. В. К. Трутнев. Секретарь д-р Б. Н. Соколов. Присутствуют 22 чел.

1) Проф. К. Р. Бикторов сообщает работу д-ра В. В. Громова. „Колесания резервной щелочности крови при различных типах дыхания“—Эксперименты автора показывают, что при трахеальном дыхании резервная щелочность крови понижается, в среднем до 20%.

2) Он же сообщает работу д-ра В. В. Громова — „О влиянии различных типов дыхания на сосудистую систему носа“. При длительном трахеальном дыхании в полости носа создается состояние гемостаза, расширение кровеносных сосудов и последующего понижения внутриносового давления.

В прениях выступили: проф. В. К. Трутнев, прив.-доц. Лебедевский и Яхонтов, д-р Чудносоветов, Соколов.

3) Д-р О. М. Мукосеева. Демонстрация 6-ной Ч. со стенозом трахеи.

Секретарь секции В. Соколов.

*Заседание 26 февраля 1934 г.*

Председательствует проф. В. К. Трутнев. Секретарь д-р Б. Н. Соколов. Присутствует 16 человек.

Проф. В. К. Трутнев, открывая заседание, отмечает, что участвовавшие случаи гриппозной инфекции в городе должны мобилизовать внимание лор-специалистов к данному заболеванию и одновременно доступные нам методы борьбы (хлором, —оправдавшим себя в борьбе с гриппозной инфекцией) должны быть организованы с профилактической и лечебной целью для трудящихся города.

Прив.-доц. С. П. Яхонтов. „Некоторые данные о применении хлортерапии в лор-заболеваниях и в частности при гриппозных поражениях верхн. дых. путей“. Наблюдения ряда авторов показали, что хлор-терапия может быть