

Случай гуммозного поражения глазницы *).

Е. В. Волженского.

(С рис.).

Сифилитическое поражение глазницы принадлежит к редким заболеваниям глаза. Ассистент Саратовской Глазной клиники И. А. Беляев с 1881 по 1924 г. собрал из литературы 39 случаев его и сам описал 2 случая. Одновременно с этим были опубликованы 2 случая гуммы глазницы Батарчуковым, из Казанской клиники, и один случай— Слепяном из Глазного отделения Минской городской больницы (Рус. Офт. Журн., 1924, № 4). Наконец, в Архиве Офтальмологии за 1926 г., № 3, были опубликованы 2 случая гуммы глазницы Перлисом, из Глазного отделения Тамбовской губернской больницы.

Хотя число опубликованных в литературе случаев сифилитического поражения глазницы, т. е., невелико (46), однако надо полагать, что в действительности заболевание это встречается гораздо чаще, и много случаев его не опубликовано отчасти потому, что врачи, работающие вдали от научных центров, лишены возможности для точной диагностики пользоваться клиническими методами исследования (как реакции Wassermann'a, Sachs'a-Georgi), а отчасти—вследствие отсутствия в их распоряжении специальной литературы. И, если-бы не очевидность и ясность картины сифилитического периостита глазницы в случае, который нам пришлось наблюдать в Глазном отделении Бугурусланской уездной совбольницы в октябре 1925 г., а также не возможность ознакомиться с литературой данного вопроса при Глазной клинике Казанского Университета, то судьба нашего случая была бы такова же, как и многих других.

Насколько редко встречаются гуммы или гуммозный периостит глазницы,—об этом свидетельствует статистика Birch-Hirschfeld'a: на 130,000 больных Лейпцигской глазной клиники это заболевание наблюдалось всего в 17 случаях, т. е. в 0,013%. Среди 122,341 больных Казанской клиники встретилось лишь 2 случая гуммозного поражения орбиты, т. е. 0,001%. В Глазной клинике Саратовского Университета на 41,000 первичных больных данное заболевание наблюдалось всего два раза (0,005%). Наконец, по статистике Alexander'a и Badal'a periostitis gummosa orbitae встречается лишь в 1—2% всех страданий глаз на почве сифилиса и в 0,02% всех заболеваний глаз.

*) Сообщено в Секции глазных врачей Общества Врачей при Казанском Университете 28/IV 1926 г.

Редкость заболевания и резкое улучшение, полученное нами от смешанной специфической терапии (ртуть и иодистый кали), и побуждают нас сделать сообщение о наблюдавшемся нами случае гуммозного периостита глазницы в печати.

Больная С. Ш., 40 лет, замужняя, крестьянка, татарка, поступила в отделение 22/X 1925 г. с жалобами на боль в правом глазу, опухоль около глаза, сильное ослабление зрения того же глаза и язву вокруг него. Левый глаз без изменений, vis. ego—1.0 Ем, глазное дно нормально.

Больная — выше среднего роста, правильного телосложения, питание понижено, видимые слизистые бледны, на коже никаких рубцов не отмечается. На волосистой части головы замечается плешивость, довольно характерная для сифилитической алопеции. Шейные железы с правой стороны увеличены, локтевые определяются в виде отдельных плотных узлов, паховые тоже увеличены; периоститов на костях не наблюдается; во внутренних органах отклонений от нормы не отмечается; в области гениталий следов перенесенного lues'a не обнаружено. Температура как при поступлении, так и за время пребывания в больнице нормальна. Ex consilio с хирургом и венерологом поставлен диагноз: *Periostitis gummosa orbitae et iridokeratitis os. dex.* Течение болезни: 28/X назначено смешанное специфическое лечение, — инъекции 1% салициловой ртути по 2 куб. сант. через день внутримышечно, внутрь *sol. kalii jodati* 6,0—200,0 по 3 столовых ложки в день, местно *sol. atropini* 1%, *ungu. hydr. opthalm. flavi* 1%, на язву повязка с *ung. prof. Diakonoff*, полоскание раствором *kali chlorici*. 7/XI: сфотографирована. 12/XI: язва в верхней части



глазницы зарубцевались, язва в нижней части глазницы рубцуется, припухлость окружающих тканей и плотность значительно меньше и мягче, шейные железы уменьшились, отек верхнего века уменьшается, нижнего держится, выворот нижнего века увеличился вследствие рубцевания язвы, отделяемого из карманообразного углубления меньше, и углубление это становится мельче. Из распросов выяснилось, что Ш. больна всего 1½ месяца. Вначале у нее была только опухоль, а потом уже появились язвы. Три последних года больная страдает головными болями и болями в бедренных костях, усиливающимися по ночам; в то же время больная заметила выпадение волос на голове. Всех живых детей родила 7, из которых первые пятеро живы, а последние двое умерли в раннем детстве; кроме того, две последних беременности окончились выкидышами.

При исследовании правого глаза оказалась, что глазная щель закрыта опеченными веками, нижнее веко несколько вывернуто, особенно у внутреннего угла, глазное яблоко смещено книзу и кнутри, конъюнктива хемотична, на роговой оболочке наблюдается глубокое помутнение — немного ниже зрачка кнаружи, сверху наблюдается перикорнеальная инъекция, чувствительность роговицы понижена, зрачок сужен, неправильной формы, в виде ∞ , рефлекс нет. Vis.—счет пальцев на расстоянии 0,5 метра, причем веки приходится разводить векоподъемниками. Ниже надбровной дуги, у височного края глазницы, находится язва длиной сант. в 3, шириной в 0,5 сант., с каллезными краями и сальным дном, отделяющая густой, желтоватый гной; в области нижнего края и стенки глазницы имеется вторая язва длиной сант. в 4 и сант. в 1,5 шириной, тоже с каллезными краями; между костной стенкой и мягкими покровами имеется карманообразное углубление, из ко-

торого выдавливается густой гной серовато-желтого цвета. Кожа вокруг язвы имеет синевато-багровый цвет, наощупь безболезненна. На правой стороне носа, выше границы хрящевой и костной частей остова, имеется ограниченная опухоль с лесной орех,—разрушение надкостницы. Глазное дно офтальмоскопировать не удается, глазная щель начинает немного открываться самостоятельно, так что возможно исследование остроты зрения без помощи векоподъемников; vis. o. d.—0,07, vis. o. s.—1,0; головные боли резко уменьшились; больная не спавшая по ночам при поступлении в отделение, теперь спит спокойно. 15/XI: введено 10 куб. сант. 1% салициловой ртути и внутрь две дозы sol. kalii jodati 6,0—200,0; в виду болезненности внутримышечных инъекций назначены фрикции серой ртутной мази по 4,0 в день, внутрь назначение sol. kalii jodati в той же дозе продолжено, местно прибавлен массаж век с 10% ихтиоловой мазью. 20/XI: язва в области нижнего края глазницы зарубцевалась. 25/XI: состояние тоже, втирания серой ртутной мази продолжают, равно как и приемы sol. kalii jodati, массаж рубцовой ткани с мазью из ихтиола и KJ. 30/XI: рубцы стали несколько мягче, глазная щель значительно увеличилась благодаря тому, что верхнее веко начало подниматься самостоятельно. 2/XII: больная выписалась по семейным обстоятельствам с окончательно зарубцевавшимися язвами при остроте зрения на правый глаз=0,07; ей предложено показаться для дальнейшего наблюдения и для производства пластической операции; сфотографировать вторично больную, в виду неожиданной ее выписки из лечебного заведения, не удалось.

Как я упоминал выше, наблюдавшийся нами случай в диагностическом отношении не представлял затруднений: характерный анамнез (два выкидыша, боли в костях), ясно выраженная аденопатия локтевых и паховых желез, alopecia syphilitica, характерные для гуммозного распада безболезненные края язвы с салиным дном—позволяли нам исключить туберкулезный характер язвы; против наличия флегмоны говорили длительность процесса, безболезненность окружающих тканей, торпидность течения без повышения t^0 ; наконец, предпринятое специфическое смешанное лечение окончательно подтвердило нашу диагностику.

Что касается локализации процесса, то надо полагать, что исходным пунктом заболевания были верхний и нижний края глазницы у наружного угла, доказательством чего служат наличие смещения глазного яблока книзу и внутри и отсутствие exophthalmus'a, каковое, по Birch-Hirschfeld'y, наблюдается при локализации гуммозного процесса на стенке или позади глаза.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Birch-Hirschfelda. Graefe-Saemisch's Handbuch., II T., IX Bd.—Димитриев. В. Офтальмологии, 1910, № 11.—Оречкин. Вест. Офт., 1914, № 3.—Батарчуков. Рус. Офт. Журн., 1924, № 4.—Беляев. Там же.—Слепян. Там же.—Перцева. Мед. Журн., 1921.—Перлис. Арх. Офт., 1926, т. I.

Dr. E. W. Wolschensky (Buguruslan, Gouv. Samara). Ein Fall der gummösen Erkrankung der Augenhöhle.

Diesen Fall beobachtete der Verfasser bei einer 40-jährigen Tatarin mit deutlichen Symptomen der Syphilis. Das Gumma befand sich in dem äusseren Winkel der Augenhöhle. Die gemischte Behandlung mit Quecksilber und KJ gab vortrefflichen Erfolg.