

ность восстановлена двухрядным узловатым шелковым швом с наложением 8-образного шва на рассеченный наружный сфинктер. Позади созданного заднепроходного отверстия сделана контрапертура, через которую в кожу кишки введена резиновая дренажная трубка. Тампоны с мазью Вишневского во влагалище и просвет прямой кишки.

После операции в течение 8 дней давался опий, а затем после стула ежедневно делались теплые сидячие ванны с раствором марганцевокислого калия. Постельный режим соблюдался в течение 18 дней. Швы сняты на 21 день. Заживление ран наступило первичным натяжением. Контрапертура, через которую длительное время выделялся гной, зажила вторичным натяжением.

Больная выписана 18/I 1959 г. Стул был регулярным через образованное заднепроходное отверстие. Кал и газы большая удерживала. Анальный рефлекс вызывался с кожи анальной области и ягодич.

Повторный осмотр 7/IV 1959 г. Больная здорова. Стул регулярный, естественным путем. Кал и газы удерживает. Первичный тонус сфинктера по сфинктерометру проф. А. М. Аминова 150,0, максимальный 275,0. Анальный рефлекс вызывается с кожи анальной области, ягодич и задней поверхности бедер.

Транспозиция эктопированного анального отверстия по описанной методике произведена в нашей клинике три раза, во всех случаях с благоприятным результатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. М., 1952.— 2. Бржозовский А. Г. Частная хирургия, М., 1954.— 3. Венгеровский И. С. Нов. хир. арх., 1940, 3.— 4. Мурашов И. К. Хирургия, 1957, 6.— 5. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.— 6. Слупский Н. Е. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1958, 11.— 7. Тихов Н. И. Частная хирургия. Петроград, 1917, т. 2.

Поступила 20 сентября 1959 г.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДОЛГОЛЕТИЯ МИКРОЦЕФАЛА

Е. С. Станкевич

Кафедра психиатрии (зав. — проф. М. П. Андреев)
Казанского медицинского института

Страдающие врожденной микроцефалией и слабоумием обычно не отличаются долголетием.

Мы располагаем наблюдением (сообщено д-ром Н. А. Вологиной), когда при этой аномалии развития человек дожил до 75 лет, чему способствовало приобщение его к посильному труду.

Г. родился в крестьянской семье первым по счету ребенком, при нормально протекавших беременности и родах. Наследственность не отягощена. У родителей было 9 детей, из которых 6 умерли в раннем детстве. Оставшиеся в живых две младшие сестры больного вполне полноценны, здоровы.

Больной начал ходить и говорить с двух лет, в детстве болел корью. Судорог, снохождений, энуреза не отмечалось. Умственно отсталым его считали с детства, но с раннего возраста он приучался отцом к работе и проявлял трудолюбие: подметал двор, очищал его от снега и т. д. В школу не ходил из-за отсутствия способностей к учебе. Жил постоянно под надзором родных. До 60 лет он работал в колхозе, под постоянным наблюдением колхозников. Зарабатывал по 200 трудовней в год. За последние 3 года стал плохо слышать. Материально-бытовые условия хорошие, семье помогает колхоз.

Лицо малоосмысленное, запас слов крайне ограничен. Не знает текущего времени, не может перечислить месяцы по порядку, не имеет понятия о времени года. Знает все буквы алфавита, узнает деньги, но считать может только до четырех. Узнает близких людей и соседей, называет их по имени. Опрятен, любит чистое белье. Не способен сам приготовить себе пищу, боится зажигать спички. Не решается самостоятельно побриться и просит сестру побрить его. В баню ходит с посторонними.

Спокоен, послушен, с готовностью выполняет распоряжения сестры, заучивает слова, подражает ей в действиях. По ее указанию выполняет всю хозяйственную работу по дому.

Рост 150 см. Лицевая часть массивная, череп микроцефалической формы, имеет в окружности 46 см (д-р А. М. Азеева). Парезов, параличей и других неврологических знаков не отмечается. Внутренние органы — без отклонения от нормы. Несмотря на преклонный возраст, больной вполне здоров и выглядит бодрым.

Итак, мы имеем 75-летнего микроцефала. Чем же объяснить столь редкий случай долголетия? На наш взгляд, это объясняется правильным трудоустройством, ко-

торое возможно лишь в условиях, когда и больной может трудиться по своим возможностям. Г., несмотря на глубочайшую патологию, имел постоянный посильный труд и находился под опекой и заботой всего коллектива. Это, в свою очередь, обеспечивало ему спокойную, благоустроенную жизнь и способствовало долголетию.

Поступила 27 декабря 1959 г.

ТУБЕРКУЛЕМА КУЛЬТИ СКЛЕРЫ, СОПРОВОЖДАВШАЯСЯ ОЧАГОВЫМ МЕНИНГО-ЭНЦЕФАЛИТОМ

Канд. мед. наук Н. С. Орлова

Кафедра глазных болезней (зав. — проф. А. А. Колен) Новосибирского
медицинского института и дорожная больница Новосибирска
(главврач — А. А. Вишневская)

В офтальмологической литературе последних лет нам не удалось найти описаний солитарных туберкулов глазного яблока (туберкулем), поэтому мы считаем небезынтересным поделиться своим наблюдением.

А., 38 лет, поступил 28/VIII-1953 г. с жалобами на боли в левом глазу, слезотечение.

Объективно острый серозно-пластический увеит левого глаза со снижением зрения глаза до 0,02. Правый глаз здоров, зрение — 0,9.

В течение мая и июня 1953 г. больной дважды перенес грипп. При исследовании обнаружен Гоновский очаг в среднем поле правого легкого.

Нб — 74%, Э — 5 070 000, ц. п. — 0,74, Л. — 8 200, э. — 1%, п. — 8%, с. — 51%, л. — 36%, м. — 4%, РОЭ — 20 мм/час.

Уд. вес. мочи 1010, следы белка. RW отрицательна, реакция Пирке слабо положительна. При осмотре больного терапевтом, ларингологом, невропатологом отклонений от нормы не обнаружено.

В стационаре, несмотря на энергичное местное и общее лечение (энергичная атропинизация, тепловые процедуры, УВЧ, инъекции пенициллина под конъюнктиву, пирамидон внутрь, внутримышечно пенициллин 3 млн. ед. и стрептомицин — 3,5 млн. ед., уротропин внутривенно, гемотрансфузия), состояние больного глаза ухудшалось — нарастали боли, в стекловидном теле появился экссудат, кровь в передней камере. Зрение упало до 0. Затем присоединилось повышение внутриглазного давления, и началось растягивание глазного яблока — выпячивание, а затем обширное гнойное расплавление и растяжение роговой оболочки и склеры в верхнем отделе глаза.

11/XII-53 г. произведена эвисцерация — удалено гнойно-расплавленное содержимое глазного яблока. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан в хорошем состоянии и 1/I-54 г. приступил к работе.

6/IV-54 г. больной вновь поступил по поводу тупых болей в левой половине головы, изредка — тошноты. В течение последних недель резко исхудал, появилась шаткость походки. Одновременно заметил увеличение культи левого глаза.

Через закрытые веки видна и прощупывается округлая плотная опухоль; при открывании век на месте глазного яблока виден склеральный мешок, выполненный розовой тканью, которая покрыта гнойным налетом. Увеличенная культа имеет размер крупного волошского ореха, подвижна. Правый глаз здоров, глазное дно его нормально.

Нб — 70%, Э. — 4 300 000, Л. — 5 000, п. — 3%, с. — 55%, э. — 2%, п. — 36%, м. — 4%. РОЭ — 30 мм/час, удельный вес мочи — 1010, белок — 0,26‰ (позднее количество белка возросло до 0,53‰), 2—3 мало измененных эритроцита в поле зрения.

Рентгенография черепа — норма, рентгенография придаточных пазух носа — норма.

Осмотр фтизиатра: очаговый туберкулез легких в стадии уплотнения.

Осмотр уролога: двусторонний эпидидимит, по-видимому, туберкулезной этиологии.

9/IV произведена биопсия разрастания склеральной культи. Установлен туберкулезный процесс.

14/IV люмбальная пункция, жидкость вытекает частыми каплями: цитоз — 4, реакции Панди и Нонне — Аппельта резко положительные, белок — 1,06‰.

Со дня поступления больному назначены вливания растворов хлористого натрия, глюкозы, внутримышечные инъекции пенициллина. Однако состояние неуклонно ухудшалось — увеличилась слабость, больной потерял возможность ходить, усилились головные боли, появилась частая рвота. Изменилось глазное дно справа — границы соска зрительного нерва ступеньвались, особенно в верхнем и нижнем отделах соска — по ходу сосудистых пучков.

Неврологический статус: легкое ограничение отведения правого глаза кнаружи, горизонтальный нистагм влево и вправо. Сглажена левая носогубная складка, язык