

Несмотря на ряд трудностей, которые вызывает бактериологическое исследование сырья, полуфабрикатов и готовой продукции, поскольку это требует питания специально оборудованных лабораторий и длительного времени, бактериологический контроль необходимо осуществлять, т. к. он является существенным и эффективным мероприятием в профилактике ботулизма.

Литература. 1. Вейнберг и Гинзбург, Анаэробные микробы и их роль в патологии, 1931.—2. Глотова, Анаэробы и заболсвания, вызываемые ими, 1935.—3. Канель и Мац, Анаэробы в пищевых продуктах, Ж. Вопросы питания, 1934.—4. Мейер, Ботулизм (в переводе с немецкого), 1935.—5. Ручковский, Проф. мелиц., № 9—10, 1928.—6. Севедж, Консервы с точки зрения здравоохранения, 1934.—7. Сборник работ Московского сан. института им. Эрисмана, № 7—8, 1935 г.

Рецензия.

Доцент С. Е. Левинтова. Ревматизм в детском возрасте.
Минск, 1936, 154 стр., цена 2 р. 25 к.

Книга содержит обзор литературы о патологической анатомии, этиологии и статистике ревматизма; в главе об этиологии при этом выделен особо вопрос о роли миндалин, как имеющих специальное значение для ревматизма у детей. Далее изложена клиника ревматизма у детей, причем автором использован собственный материал, состоящий из 165 больных острым полиартритом, 224 случ. эндокардита и пороков сердца и 61 случ. хорей. Автору удалось подметить некоторые важные особенности в клинике детского ревматизма, напр., что при хорее не наблюдается тяжелого ревматического поражения сердца; или тот факт, что декомпенсация сердечной деятельности наблюдается у детей почти только при обострении эндокардита. Из этого, впрочем, не следует делать вывода, как поступает автор, что от диагноза порока сердца в состоянии декомпенсации у детей раннего возраста надо совсем отказаться. Книга написана хорошим языком и обнаруживает хорошее знакомство автора с вопросом.

Судя по заглавию, читатель вправе ожидать всестороннего изложения проблемы ревматизма в детском возрасте, тем более, что в предисловии автор говорит: «Я взяла на себя задачу представить хотя бы в сжатом изложении основные данные о современном состоянии вопроса о ревматизме у детей, о профилактике и борьбе с ним». Между тем, о лечении ревматизма в книге имеется лишь несколько разрозненных фраз в главах, посвященных другим вопросам. Мало сказано и о профилактике.

Не всегда автор относится достаточно критически к своему материалу. Так, напр., найдя среди своих больных полиартритом больше всего детей респираторного типа, автор делает вывод, что дети этого типа более других предрасположены к полиартриту, хотя неизвестно, в каком проценте этот тип представлен среди остального населения, не страдающего полиартритом. В другом месте, на основании того, что из 10 больных 4—5 лет умерло 4, автор заключает, что вообще летальность в этом возрасте выше, чем в более старшем возрасте (стр. 118).

Автором предложена собственная классификация ревматизма, которая мне представляется мало удачной, так как она основывается частью на анамнестических данных, всегда ненадежных, и так как «кардиальная форма» кардита в ней противопоставляется «ревматической форме», как будто первая—не ревматическая.

Несмотря на указанные недочеты разбираемая книга является несомненно полезным пособием, которое вполне может быть рекомендовано врачам, интересующимся проблемой ревматизма у детей.

К книге приложен список русской и иностранной литературы, содержащий 223 работы.

Проф. Е. М. Лепский.

Рефераты.

а) Хирургия.

Allen O. Whipple. *Результаты хирургического и терапевтического лечения спленопатий* (Surg., Gynec., Obst., 1937, Febr. № 2 A). За последние 10 лет в США были основаны узко специализированные клиники-комбинаты. Автор сообщает о работе одной из таких клиник-комбинатов, которая изучает специально заболевания селезенки. Диагноз, лечение и последующее наблюдение больного производится сообща группой специалистов данной клиники (терапевт, хирург, гематолог).

Автор приводит результаты клинического изучения спленопатий 3 групп: спленомегалии с портальной обструкцией, геморрагической пурпуры и гемолитической желтухи. Материалы о больных со спленомегалией, осложненной анемией и выявленной портальной обструкцией, говорят о том, что morbus Banti не является строго определенной клинической единицей. Автор подчеркивает, что имеется общий этиологический фактор при различных спленомегалиях, вызывающий подобный клинический синдром. У каждого такого индивидуума была спленомегалия различной силы, вторичная анемия, лейкопения и портальная обструкция.

Поиснейшее и всестороннее изучение синдрома Banti как до операции, так и после операции в клинике произведено на 31 больном. Это были больные (16 женщин и 15 мужчин) различного возраста — от раннего детского до возмужалости. Во всех случаях произведена спленектомия. Что касается симптоматиологии, то отмечено, что общая слабость, усталость, анемия, увеличение живота развиваются медленно. В ряде же случаев болезнь проявляется неожиданно кровавой рвотой. Автор наблюдал 11 подобных случаев.

При осмотре во всех случаях была найдена увеличенная селезенка, вторичная анемия, лейкопения, thrombocytopenia была в 40% случаев. Боль различной силы и локализации отмечена в 50% всех случаев.

На препарате селезенка имеет утолщенную капсулу, а нормальная селезеночная ткань заменена фиброзной с расширенными венами. Во многих случаях при этом печень имела цирроз различной степени. Вены селезеночной ножки были в 2—3 раза больше нормального калибра. В этих случаях устанавливалось наличие портальной гипертензии с обструкцией или без нее.

Из 16 случаев с обструкцией в 9 отмечен цирроз Laenneca, 2 раза неопределенный цирроз, 2 раза schistosomiasis, 2 раза тромбоз селезеночных вен и 1 раз каверноматозное перерождение портальной вены. В 15 оставшихся случаях ни во время операции, ни после операции никакой механической обструкции не удалось отметить.

При 31 спленектомии наблюдались наихудшие результаты у больных, имеющих цирроз Laenneca; наилучшие результаты были при тромбозах селезеночных вен, schistosomiasis'e, и у больных с неопределенными циррозами. Из тех 15 спленектомий, при которых не удалось обнаружить обструктивного фактора, в 9 случаях получен превосходный результат, прослеженный на протяжении 10 лет; в 5 случаях операция сохранила больным жизнь, но не избавила их от основного страдания; один больной умер от операционного шока. Кровавая рвота признается одним из тяжелых зловеющих признаков, и в таком случае применение спленектомии противопоказано.

Далее автор приводит материал относительно тромбопенической геморрагической пурпуры. Изучено 22 случая типической формы этого страдания и 8 ати-