

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.

Полинейшее 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-

пических. В одиннадцати типических случаях геморрагической пурпуры произведена спленектомия. Результаты прослежены в среднем $5\frac{1}{2}$ лет. Смерть наступила в одном случае через 8 месяцев от кровоизлияния в мозг. В одиннадцати же случаях больные лечились медикаментами, они прослежены в среднем 4 года.

В 8 случаях атипической пурпуры спленектомия применялась как крайняя лечебная мера, поскольку медикаментозное лечение здесь не давало никакого облегчения.

Удовлетворительные результаты при этом получены в 3 случаях; в одном случае операция не прекратила кровотечения; 4 пациента умерли: один на операционном столе, один от послеоперационных осложнений и 2 умерли до года после спленектомии. Автор приводит из литературы статистику, по которой смертность при спленектомии, произведенной в острой форме, колеблется в 14% случаев, а при хронической форме — в 5%.

Изучение 46 случаев гемолитической желтухи привело к следующим выводам:

1. Хроническая анемия с регенерацией, ахолюрическая желтуха и умеренное увеличение селезенки указывают на присутствие гемолитического процесса в организме.

2. Случаи с подобным синдромом могут быть разделены на две большие группы: а) типическая гемолитическая желтуха и б) атипическая гемолитическая анемия.

3. Первые симптомы и той и другой группы желтухи наблюдаются во всяком возрасте у всех народов и у обоих полов.

4. Семейное предрасположение, если оно устанавливается, то чаще всего в случаях типической гемолитической желтухи.

5. Типическая гемолитическая желтуха — ясно определенное отдельное заболевание, и присутствие в периферической крови сферических микроцитов надо считать патогномоническим признаком. Спленектомия при этой болезни приносит блестящие результаты.

6. Атипическая гемолитическая анемия включает разнообразные группы расстройств и соединяется с большим нарушением крови и увеличением селезенки. При этом заболевании спленектомия не показана, ибо первопричины здесь разнообразны (инфекция, опухоли и другие еще неизвестные факторы).

В. И. Горбатов.

Frejka, В. *Оперативная фиксация позвоночника*. (Zbl. Chir. 1937, 5, 261—263). А. описывает собственное видоизменение операции О л ь б и, примененное им в 41 сл. фиксации позвоночника, особенно в его пояснично-крестцовом отделе. После продольного расщепления острых отростков по средней линии, отслойки надкостницы и освежения костной ткани из передней поверхности *tibi* е выпиливаются 5—7 пластинок, длиной в 10 см и шириной в 2—3 мм; одновременно с этим острой ложкой соскабливается спонгиозный слой мышечков *tibiae*. Соскоб помещается в щель между расщепленными остистыми отростками, после чего сюда же укладывается выпиленная из *tibia* костная пластинка; оставшееся свободное пространство также заполняется соскобом спонгиозного слоя. Операция заканчивается по оригинальному способу О л ь б и. А. считает, что при его способе происходит лучшее сращивание костной пластинки с позвоночником и указывает, что спустя 6 недель после операции больной может встать, а еще через 3 месяца он начинает свободно передвигаться без каких-либо фиксирующих аппаратов. В своих случаях а. получил очень хорошую, абсолютно прочную фиксацию позвоночника.

Б. Иванов.

Stephen Rosenok. *Пластический способ восстановления заднего прохода*. (Zbl. f. Chir., № 28, 1936 г.). А. предлагает свой метод пластики заднего прохода. Делается дугообразный разрез кожи по нижней полуокружности *anus'a*, и от середины его — второй разрез до копчика. Кожа отсепаровывается от *musc. levator. ani* так, чтобы последний был хорошо виден в разне. Лежащий между леваторами сухожильная полоска выделяется длиной в 5 см и отсекается. Оба лоскута леваторов отсепаровываются осторожно от прямой кишки. Сухожильная полоска обводится вокруг *anus'a* подкожно, а свободные концы ее перекрещиваются и швами прикрепляются с натяжением к противоположным внутренним концам *m. levatoris*. Кожные швы. При активном сокращении *m. levator. ani* происходит затягивание петли сухожильной полоски вокруг *anus'a* и тем самым происходит волевое сокращение заднего прохода.