

пических. В одиннадцати типических случаях геморагической 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, наблюдается 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 патогномическим 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.

Fréjka, В. *Оперативная фиксация позвоночника.* (Zbl. Chir. 1937, 5, 261—263). А. описывает собственное видоизменение операции Ольби, 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 Ольби. 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.

Stephan 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 колпика. Кожа отсепаровывается от musc. levator. ani так, чтобы последний был хорошо виден в ране. Лежащая 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.