

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.

А. проделал по своему способу операцию больному, апус которого пропускал 3 пальца и не держал кал. Как только прошло действие анестезии, больной смог держать кал, апус не пропускал пальца. Эффект получился очень хорший.

В. Юров.

Т а с о в. *Повреждения медиальной боковой связки коленного сустава.* (Mölsch, med. Wschr. 1937, 4). Часто наблюдаемым при лыжном спорте повреждением является частичный или полный отрыв медиальной боковой связки коленного сустава, возникающий вследствие сильной ротации голени наружу. Клинически оно характеризуется ограниченной болезненностью при давлении на внутренний мыщелок бедра и ненормальной возможностью отведения при пассивном разгибании. Лечение консервативное, состоящее в покое сустава; оперативное вмешательство показано лишь в крайне редких случаях В. Иванов.

Н е s s. *Рентгенотерапия гипертиреозов.* (Strahlenther. 1937, 58, 1). А. сообщает об отдаленных результатах рентгенотерапии гипертиреозов, проведенной за последний год в 140 сл. Оказалось, что лучшие результаты наблюдаются при Базедовой болезни. Среди случаев, закончившихся только улучшением, а также в тех, где рентгенотерапия не дала никаких результатов, имеется ряд больных, леченных недостаточно; на этом основании а. указывает на необходимость применения достаточно большой дозы; при этом значительную роль играет и правильная психотерапия. В ряде тяжелых случаев, упорно не поддававшихся другим видам лечения, рентгенотерапия оказала отличное действие.

Б. Иванов.

Т и н и р е, О. *Лечение ран по Lohr'y.* (Bruns Beitr. 1937, 165, 2, 2'3—250). На основании своих наблюдений а. указывает, что при лечении по Lohr'y ран с большими дефектами, так же как и после применения других способов, наблюдается последующее сморщивание образовавшегося рубца, требующее, при наличии неудовлетворительных косметических и функциональных результатов, специального лечения. С этой целью он рекомендует комбинированный способ, при котором рана вначале лечится unguentolap'ом и гипсовой повязкой, а затем производится иссечение рубца с последующей пластикой образовавшегося дефекта. Способ особенно рекомендуется там, где первичная пластика невозможна; при этом следует иметь в виду, что иссечение рубца должно производиться до развития вторичных изменений в его области (укорочение мышц, сморщивание суставных сумок и т. д.).

Б. Иванов.

Г р е у. *Тромбоз и эмболия; их профилактика и лечение.* (Ther. Gegenwart, 1937, 1, 22—23). Профилактика тромбоза и эмболии начинается с установок показаний к операции; в преклонном возрасте должны производиться только жизненно необходимые вмешательства; во время менструаций следует избегать каких-либо операций, за исключением неотложных. Заслуживает самого серьезного внимания тщательная подготовка больного, прежде всего в отношении деятельности сердца. При длительном пребывании больного в постели крайне важно избегать продолжительного лежания в горизонтальном положении и способствовать кровообращению путем активных и пассивных движений, массажа, дыхательной гимнастики и возвышенного положения конечностей. При обширных варикозных расширениях все рекомендуется эластическое бинтование. В случае развития тромбоза главное требование—абсолютный покой; а. предостерегает от рекомендуемого многими возвышенного положения пораженной конечности; целесообразно применение согревающих компрессов. Наступившая эмболия требует для облегчения состояния больных назначения больших доз морфия; благоприятно действует также вдыхание кислорода; ценным дополнением к общепотребительным консервативным мероприятиям являются внутривенные инъекции эйлаверина.

Б. Иванов.

В о г а к, I. *Отчего зависит лечебный эффект лучистой терапии при новообразованиях?* (Wien. med. Wschr. 1937, 3). Опухоль излечивается хирургическим путем только при возможности полного иссечения ее без нарушения целостности соседних важных для жизни органов. Аналогично этому излечение новообразования под влиянием лучистой терапии также достигается лишь в случае полного разрушения опухоли без повреждения соседних важных образований. В зависимости от чувствительности к лучистой энергии различают два вида тканей: ткани с высокой и ткани с низкой чувствительностью к лучам. В первом случае имеет место элективное повреждение лучистой энергией, а во втором—нутритивное (распад ткани вследствие некроза в результате заку-