

средней доли почему-то лежат ниже бронхиальных ветвей нижней доли. На рис. 656 верхний медиальный резец изображен почему-то перевернутым так, что корень направлен вниз. Рациональнее было бы изобразить его в естественном положении. Под рисунком 790 автор указывает, что „S — образная кишка у места перехода в прямую удалена“, тем не менее, одно из обозначений на рисунке сообщает, что это colon sigmoideum. Как это увязать?

На стр. 150 автор сообщает, что mesocolon transversum состоит из четырех листов брюшины. Однако это совершенно не подтверждается схемой, приведенной автором на стр. 171.

Все мы хорошо знаем, как трудно усваивается на первых порах латинская терминология и как она искажается учащимися в произношении и согласованиях. Тем более должны быть тщательно проверены в этом отношении те основные печатные источники, которыми повседневно пользуются студенты.

Однако, в атласе мы читаем на стр. 24 — „язык, lingua s. glossus.“ Следует — glossa. Термин jugum не женского рода, как думает автор, а среднего. Поэтому нужно писать не jugae alveolares (рис. 654), а juga alveolaria. На рис. 794 напечатано tuber omentalis вместо tuber omentale (tuber среднего рода). Так же неверно Meatus nasi inferior (рис. 805), правильно — meatus nasi inferior.

Кроме того мы встречаем в тексте много неточных обозначений, которые можно бы отнести к небрежности. Так, о papillae conicae и lenticulares, изображенных на рис. 647, в тексте ничего не говорится. На стр. 55 говорится, что „в переднем корне нижнего большого коренного зуба имеются два канала“. Которого же зуба, будет раздвигать учащийся. На стр. 64 перстневидный хрящ почему-то именуется кольцевидным. На стр. 11 автор сообщает, что „верхний отдел прямой кишки имеет расширение, — ampulla recti.“ Однако на рис. 738 ampulla изображена в нижнем отделе кишки. Чему же должен верить учащийся тексту или рисунку? На стр. 155 фигурирует m. serratus anterior superior. Что это за мышца? Вместо incisura thyreoidea superior (рис. 824) надо было обозначить incisura thyreoidea. К термину incisura interlobaris (рис. 850) следует добавить accessoria. На стр. 304 автор в одном случае характеризует ostium abdominale tubae, как отверстие, ограниченное свободным краем infundibulum. В следующем абзаце он этим именем называет отверстие, образующееся при переходе partis ampullaris tubae в воронку. Где же истина?

Довольно многочисленны и опечатки. Так, напр. Papillae filiformes, вместо filiformes (стр. 25 рис. 640). plica retrovesicalis вместо — pl. rectovesicalis (стр. 165, рис. 789), lig. corniculo pharyngeum вместо lig. corniculo pharyngeum, Tassar, вместо Tessar и т. д.

В таком довольно дорогом стоящем издании, имеющем к тому же монопольный характер (другие атласы анатомии стали сейчас библиографической редкостью), столь большое количество недостатков особенно досадно.

Совершенно очевидно, что том внутренностей, так же как и предыдущие томы атласа, нуждается в основательном редакционном туалете.

Профессор В. Н. Терновский  
Доцент В. Н. Мурат

Проф. А. Ф. Тур. *Пропедевтика детских болезней*. Медгиз, 1940 г. 280 стр. Цена в пер. 10 р.

Врачи, не получившие специальной подготовки по педиатрии, нередко затрудняются при лечении детей раннего возраста из-за недостаточного знакомства с методикой исследования ребенка, с его анатомическими и физиологическими особенностями и с симптомами детских болезней. Им можно рекомендовать названное выше руководство проф. Тура, в котором все это подробно изложено.

Книга начинается с краткого очерка истории педиатрии, в котором сделана интересная попытка связать отдельные этапы ее с ходом экономического развития и прогрессом других наук. Далее, после сравнительно кратких глав о периодах детства, о физическом и психическом развитии ребенка, помещена большая глава (более 80 страниц), посвященная анатомо-физиологическим особенностям детского организма. Здесь изложен и обмен веществ. В этой главе собран большой фактический материал, который будет полезен не только учащемуся, но и опытному врачу.

Чтобы облегчить усвоение приводимых данных студенту, для которого эта книга прежде всего предназначается, следовало бы, где только возможно, давать объяснение приводимым фактам, указывать на их патогенетическое значение. Напр., к указаниям о билирубинемии у новорожденных и о набухании у них грудных желез (стр. 46 и 47) целесообразно было бы присоединить сказанное на 112 стр. о разрушении эритроцитов у новорожденного и о влиянии на него гормонов материнского организма. Всащивание нативных белков (стр. 66) желательнее было бы связать с сенсбилизацией организма и т. под.

В отделе об обмене целесообразно было бы привести некоторые сведения об ацидозе, играющем большую роль в патологии раннего детского возраста

Следовало бы также дать главу о терморегуляции и ее расстройствах; имеющаяся небольшая главка о температуре тела не может ее заменить.

Следующий большой раздел книги посвящен методике исследования ребенка и семиотике детских болезней; он содержит подробные указания о технике собирания анамнеза, прекрасно написанную главу об общем осмотре больного ребенка и изложение методики исследования отдельных органов и систем. Этот раздел также будет прочтен с большой пользой не только студентом, но и врачом. Часть сообщаемых здесь сведений об аускультации, перкуссии и пальпации (см. стр. 161, 166, 169, 172, 181 и 182) могла бы быть опущена, так как эти данные имеются во всяком учебнике диагностики внутренних болезней. Заменить такой учебник данная книга все же не может и не должна.

Далее помещены главы о конституциональных типах, о питании детей и об уходе за ними. В конце даны приложения: о приготовлении детской пищи, таблицы содержания витаминов в продуктах и химический состав бюлдо, наиболее часто употребляемых в педиатрии. В таблице о витаминах цифры, относящиеся к шиповнику и шпинату очевидно перепутаны. Желательно было бы еще добавить таблицу с указаниями, какие продукты дают кислую, и какие — щелочную золу, так как в тексте рекомендуется (стр. 139) составлять пищевой рацион с преобладанием щелочных радикалов, но нет данных, на основании которых можно было бы такой рацион составить.

Имеются в книге и спорные утверждения, напр., что только снижение гемоглобина ниже 60% и эритроцитов ниже 3000000 можно считать патологическим явлением (стр. 113), или что язвенная болезнь у старших детей встречается редко (стр. 150) и др.

Рекомендуемое на стр. 219 количество овощного или ягодного сока (20—30 см<sup>3</sup> к пятому-шестому месяцу) недостаточно.

В таблице витаминов правильно указано, что зелень не содержит витамина Д; несмотря на это в тексте сказано (стр. 86), что он содержится в зеленых частях растений.

На стр. 130 применено выражение „положение лягавой собаки“, которое следовало бы вывести из употребления, так оно попало в нашу медицинскую литературу в результате неправильного перевода французских слов „chien de fusil“ (ружейный курок).

Книга напечатана на хорошей бумаге, с большим количеством (127) четких рисунков в тексте и с цветными таблицами, большая часть которых также выполнена не плохо. Имеется и предметный указатель.

В общем можно сказать, что „Пропедевтика детских болезней“ проф. Тура является очень полезным вкладом в педиатрическую литературу.

Е. Ленский.

## Р е ф е р а т ы

### а) Сульфатерания

Naviland, Long, Edwards, Bliss. *Токсические явления от сульфаниламида и его дериватов*. J. Am. m. Ass. T. 115, № 5, 3/VIII, 1940 г.

Авторы исследовали токсические проявления у 100 больных, принимавших сульфаниламид, у 297, получавших сульфациридин и у 291, лечившегося сульфатиазолом. Тошнота и рвота представляют серьезное осложнение только при лечении сульфациридином. У детей оно встречается реже и бывает слабее выражено. При тяжелых формах тошноты и рвоты следует давать солевой раствор через рот или подкожно, чтобы избежать обезвоживания и обеднения организма хлором.

Головокружение чаще бывает при приеме сульфаниламида (стрептоцида), чем от сульфациридина или сульфатиазола. Настоящие токсические психозы, равно как и невриты, наблюдаются при всех трех препаратах исключительно редко. При первом их проявлении надо немедленно прекратить прием сульфациридата. Цианоз чаще всего бывает при стрептоциде. При сульфатиазоле он бывает весьма слабо выражен. Ацидоз не был отмечен во время приема сульфациридина и сульфатиазола. При сульфаниламиде он бывает, но его легко устранить путем прибавки соды.

Медикаментозная лихорадка довольно часто появляется при стрептоциде и сульфатиазоле. Она может возникнуть в любой день (от 1-го до 13-го). Но чаще всего она наблюдается между 5-м и 9-м днем от начала лечения. Медикаментозная лихорадка