

инъекциях Смирнов получал столь же быстрое, но более низкое и длительное падение лейкоцитов на 15—35%, достигающее своего максимума в течение первых 20 минут и заканчивающееся через 1—1½ часа. Положительная фаза после подкожных инъекций аутокрови наступала через 30'—40', при внутримышечных инъекциях через 1—1½ часа. Эта фаза характеризовалась повышением числа лейкоцитов, которое достигало максимума через 1—3 часа, увеличиваясь на 50—100%, после чего начиналось падение отлогой кривой. Через 24 часа после инъекции—status quo или небольшой гиперлейкоцитоз. Что же касается лейкоцитарной формулы, то Смирнов нашел, что отрицательная фаза протекает при явлениях лимфопении, относительной нейтрофилии за счет, главным образом, палочкоядерных, эозинопении и монопении. Поляк к концу лечения отмечает нейтрофилию до 75%. Егоров также наблюдал нейтрофилию и лимфопению в результате АГТ. Литвак у своих больных с послеродовыми и послеабортными заболеваниями наблюдал в результате АГТ со стороны лейкоцитарной формулы уменьшение % нейтрофилов с одновременным увеличением % лимфоцитов и выравнивание сдвига Agneth'a влево. Ширяк, исследуя картину белой крови больных фурункулезом до и после АГТ, наблюдал через 24 часа после инъекции сдвиг гемограммы влево до юных форм, увеличение количества эозинофилов и моноцитов. Таким образом, говорит автор, по картине крови можно судить о силе действия этого биологического метода. Под влиянием АГТ, заканчивает Ширяк, видимо происходит раздражение гемопоэтической системы, как ретикуло-эндотелиального аппарата, так и костного мозга. Petersen, Селицкий, Furukawa и Nasvitis, Владос и Тареев и др. также указывают, что аутокровь оказывает возбуждающее действие на кроветворные органы. Разноречивые данные, полученные авторами относительно картины белой крови в результате АГТ, происходят, повидимому, вследствие того, что кровь исследовалась в различное время после применения АГТ и при различных заболеваниях. Нужно отметить, что многие авторы подчеркивают, что отсутствие или незначительная реакция со стороны картины белой крови говорит за сомнительность получения хороших результатов. Что же касается красной крови, то Мартычин наблюдал в первый день падение Hb, на 4—5 день—возвращение к норме. Подвысоцкая в 2 случаях отметила значительное повышение эритроцитов на другой день после инъекции—с 2.500.000 до 4.200.000 и с 2.900.000 до 4.600.000. Владос и Тареев во второй фазе наблюдали нарастание Hb (от 5 до 25%) и эритроцитов (от 400.000 до 1.500.000); при этом увеличение Hb часто было более ранним и резким, чем нарастание числа эритроцитов. Смирнов в период отрицательной фазы отмечает небольшое увеличение эритроцитов при том же и несколько пониженном Hb; в результате—небольшое уменьшение гемоглобинового индекса. В благоприятно протекающих случаях, где до инъекций отмечалось понижение количества Eг и Hb, автор наблюдал повышение эритроцитов и процентного содержания Hb, при том же или повышенном индексе. Зато в безуспешных случаях повышение Hb вызывало падение индекса. В общем авторами (Zimmerman, Burkhardt, Владос и Тареев, Иванов и др.) подчеркивается, что при лечении аутокровью, помимо нарастания веса, улучшения общего самочувствия, подъема настроения, наблюдается также увеличение Eг и Hb.

Библиография и рецензии.

В. Шиллинг *Практическая гематология*. Гос. Изд. 1928 г. Цена 80 к. 3-е изд. (70 коп. 4-е изд.).

Имя Шиллинга в настоящее время несомненно является наиболее упоминаемым, когда говорят или пишут о вопросах клинической гематологии. Ему мы обязаны теми практическими успехами, которые клиническая гематология делает за последнее время. В. Ш. сумел накопившийся до него и свой материал использовать для построения практически удобной гемограммы, внести некоторые практически существенные изменения в технику, ясно описать эту технику, дать практические схемы гематологических картин и т. д. «По Шиллингу» работают даже те, кто на самом деле отстывает, и иногда довольно существенно. от технических указаний В. Ш., имя В. Ш. для многих заслонило имена предшествен-

ников, работы которых подготовили почву для гемограммы Шиллинга. Напр., по вопросу о сдвиге нейтрофильной картины Икола Sonnenburg'a—Kot'he и др. пользовалась сдвигом и дала ценный материал по сдвигу, причем выражала его очень близко к тому, как делает В. Ш., особенно, если мы учтем, что В. Ш. в последнее время считает возможным обходиться без дифференциального подсчета юных и палочко-ядерных (см. напр. разбираемую книжку стр. 80—81). У нас в Союзе имя В. Ш., может быть, особенно популярно; его методика оказалась особенно ценной при массовых исследованиях крови. Об успехе книг В. Ш. свидетельствует, напр., тот факт, что разбираемая книжка отпечатана в 1928 г. дважды: изд. 3-е (4.000 экз.) и изд. 4-е (7.000 экз.) как будто без каких-либо изменений (даже опечатки не исправлены). Я при рецензировании пользовался главным образом изд. 3-им.

Думаю, что книжка В. Ш. в рекомендации не нуждается. Заслуженность ее успеха я не думаю ставить под сомнение, но кое с чем в книжке я не могу согласиться. На некоторых из таких мест и остановлюсь. В интересах упрощения методики намечается строго определенная цель исследования. „Только то должно быть принято во внимание, что с полной уверенностью, быстро и безошибочно отмечается рядовым лаборантом. Таким образом отпадает необходимость принимать во внимание трудно оцениваемые тончайшие изменения протоплазмы и другие дополнительные особенности структуры клеток крови“ (7-я стр.). Отсюда излишне останавливаться на таких формах, как дегенеративные формы белых телец, как гигантские нейтрофилы и т. п. На таком направлении воспитываются не одни рядовые лаборанты. Вообще в подавляющем большинстве случаев, исследуя белую кровь, интересуются только цифрами, характеризующими относительное содержание отдельных представителей белых телец. Бесспорно работа таким образом облегчается, результаты получаются определенные. Но все же я разделяю мнение тех, которые придают значению наблюдению и тонких морфологических особенностей клеток и видят в результатах такого наблюдения и практическую ценность. — Подразделение картин красной крови на прогностически благоприятные, менее благоприятные и злокачественные (33—37 стр.) едва ли целесообразно. Прогноз при анемии может зависеть не от анемии, как таковой, не от состояния кроветворной функции, а от основного заболевания. Напр., при карцинозе костного мозга мы можем иметь картину красной крови „благоприятную“ (нормобластическую), при хлорозе — «менее благоприятную», прогностически же расцениваем первое заболевание, как абсолютно безнадежное, второе же — как сравнительно доброкачественное. „Злокачественная“ картина красной крови может быть одинакова при криптогенной пернициозной анемии, с одной стороны, и при гиперхромной анемии на почве паразитизма широкого лентеца или при беременности — с другой. Между тем прогноз первой остается неблагоприятным (хотя применение печени и способно давать длительные ремиссии), вторичные же гиперхромные анемии могут — по устранении причины — давать стойкое излечение.

Центральное место в гемограмме Ш. занимает лейкоцитарная картина, а в этой последней особенно выдвигается Ш. значение сдвига нейтрофильной картины. Нисколько не сомневаюсь в большом значении сдвига, но все же как будто у Ш. есть известное „увлечение“, переоценка сдвига. О таком увлечении свидетельствует анализ примера, приведенного на стр. 83-й (пример прогностического значения гемограммы). Случай аппендицита; привожу из таблицы только нужные нам данные:

День бол.	Число лейкоцит.	Эоз.	Ю.	П.	С.	Лимф.	Мон.	Примечание
1-й	10000	3	—	9	69	16	3	Еще заметный сдвиг; случай легкий.
2-й	7500	—	—	4	77	6	13	После операции. Нейтрофилия без сдвига; улучшение.
6-й	11700	3	3	12	54	17	11	Легкий регенеративн. сдвиг; инфекция.

Исчезание „еще заметного“ сдвига дает Ш. право говорить об улучшении, несмотря на исчезание эозинофилов, резкое уменьшение числа лимфоцитов, нара-

«стояние нейтроцитоза. III. как будто игнорирует то, о чем рядом говорит сам: „Всякое отклонение от нормальной картины — неблагоприятно; всякое возвращение к норме — благоприятно“ (85-я стр.). „Очень тонким показателем часто служат эозинофилы. Под влиянием болезненного процесса их количество обычно уменьшается (пример, 2-й и 22-й дни) и обратно — при улучшении инфекционного или токсического процесса (пример, 6-й день) они снова появляются“ (86-я стр.). „Длительное повышение числа лимфоцитов или их обратное появление после бывшего уменьшения указывают на значительное улучшение болезни (пример, 1-й и 6-й дни), особенно при болезнях, связанных с нейтрофильным гиперлейкоцитозом. Наоборот, низкие цифры для лимфоцитов указывают на сильное раздражение костного мозга, их уменьшение представляет сомнительный, а резкое падение их числа (пример, 22-й и 23-й дни) — уже опасный симптом“ (86—87 стр.). С чем здесь сравнивает III. первый день? На 6-й день нарастание лимфоцитов — сравнительно со 2-м днем — свидетельствует об улучшении. Следовательно, падение лимфоцитов на 2-й день свидетельствует об обратном — почему этот день не указан в соответствующем месте наряду с 22-м и 23-м днем? „Понижение общего числа лейкоцитов при улучшении морфологической картины крови — благоприятно (см. пример, 2-й день); при ухудшении той же картины — оно очень неблагоприятно“ (86-я стр.). Из сказанного выше ясно, что ссылка на 2-й день по меньшей мере неубедительна. Получается определенное впечатление, что указанные натяжки и умолчания в анализе примера есть следствие переоценки колебаний сдвига. Что касается этого последнего, III. сам говорит об исчезании лишь еле заметного сдвига. Насколько бесспорным можно считать самый факт изменения сдвига в указанном направлении? у III. здесь, конечно, несравненно больший опыт, чем у меня, и, должно быть, этот опыт позволяет ему говорить определенно об уменьшении сдвига, но я по своему опыту не решился бы этого сделать. Точность результата зависит, между прочим, от того, на каком числе элементов формула установлена — при 100 сосчитанных телец ошибка возможна большая, чем при 300—400. Между тем гемограмма, полученная в агонии (23-й день — 100% нейтрофилов, отсутствие всех других форм белых телец), возбуждает во мне подозрение, что даже здесь, где при 25800 бел. тел. подсчет 200—300 телец потребовал бы очень мало времени, подсчет сделан на меньшем числе телец — иначе я затрудняюсь объяснить отсутствие моноцитов и особенно лимфоцитов.

Несколько мелких замечаний. При счете эритроцитов в камере (42—43 стр.) III. советует набирать кровь до деления 1, т. е. брать разведение 1:100. Большинство, насколько знаю, рекомендует большую часть разведение 1:200, т. к. при разведении 1:100 красные тельца располагаются слишком густо и счет требует большого напряжения внимания. III. вносит новшество в процедуру получения равномерной взвеси: наполненный смеситель встряхивают 20 секунд, затем „выдувают из смесителя остаток раствора соли“ — очевидно, раствор, бывший в капилляре; затем в течение 40 с. снова встряхивают. С таким отклонением от общепринятого способа (встряхивание наполненного смесителя) я не могу согласиться (см. мою работу Харьк. мед. жур. 1910 г.). В той же моей статье интересующиеся найдут, почему я против повторного наполнения камеры из одного смесителя — что III. рекомендует делать при счете белых телец в камере Гома-Цейсса. В настоящем издании описана паноптическая окраска (не было во 2-м изд.); но рекомендуется предпочтительно окраска по Гимза. Во 2-м изд. в рисунках разница между гипохромной и гиперхромной анемиями выступала резче, чем в 3-м и 4-м. Рисунки нормобласт (9а) и мегалобласт (9б) ничего не дают: структура ядер не видна; во 2-м изд. была гиперхромия, в последних изд. нет и ее. Сравнивая рис. 8 и 9а, естественно спросить, почему на рис. 8-м мегалобласт, а на рис. 9а нормобласт (в последнем тело окрашено не слабее, чем у мегалобласта на рис. 9б). Можно бы указать ряд неисправленных опечаток, неудачных формулировок перевода.

Проф. Н. Горязев.

Фр. Редекер и От. Вальтер. *Происхождение и развитие легочной патологии взрослых*. Перевод с немецкого д-ра С. И. Воробьева. Госмедиздат. 1929 г.

Книга Редекера и Вальтера будет прочтена с большим интересом, в особенности врачами, работающими в области туберкулеза. Написанная сжато, на большом материале, книга предполагает у читателя основательное знакомство с новым направлением в учении о легочном туберкулезе взрослых. Идеи Ranker оригинально освещены. Основной мыслью авторов является обратимость патомор-