

«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-

фалогических реакций в связи со сменой аллергических состояний. Нет резкого разграничения между 2 и 3 периодом по R a n k e. Всякий свежий очаг всегда экссудативный, всегда протекает с явлениями вторичной аллергии и при благоприятном течении переходит в продуктивно-цирротическую форму. Экссудативные и продуктивные процессы не противопоставлены друг другу, а являются лишь патоморфологическим выражением 2 периодов аллергического состояния организма. Учение о раннем инфильтрате находит в книге подробное освещение. Главы об инфильтрировании не совсем убедительны и ясны. Если под последним понимать развитие инфильтрата вокруг старых очагов, то далеко не всегда это можно решить. Аа. очень кратко останавливаются на гематогенно-диссеминированных формах легочного туберкулеза, а между тем эти формы вовсе не так редки. Не следует забывать, что тяжелые гематогенно-диссеминированные процессы, у нас по крайней мере, не менее часты, чем инфильтраты (А к с я н ц е в и К р е в е р), а легкие формы, протекающие по типу *miliaris discreta* являются постоянными посетителями наших амбулаторий.

Обращаем внимание Госмедиздат на удивительную небрежность издания книги. Много рентгенограмм напечатано вверх ногами, некоторые напечатаны так, что хочется сказать „бой в Крыму, все в дыму“. М. Мастбаум.

Р. Гасуль и М. Мастбаум. *Ошибки диагностики легочного туберкулеза*. Библиотека „Вопросов туберкулеза“, стр. 108, цена 1 р. 30 коп.

Широкое развитие сети противотуберкулезных учреждений и, главным образом, тубдиспансеров в нашем Союзе потребовало больших кадров „туберкулезников“. Подготовленных кадров таких врачей не было. Для их подготовки были организованы многочисленные краткосрочные курсы, привлекавшие в качестве слушателей, главным образом, молодых врачей, нередко непосредственно со школьной скамьи. И если „туберкулез“, этот настоящий хамелеон, скрывает и от опытных, широкообразованных врачей свое истинное лицо под целым рядом „масок“, то, несомненно, для таких юных „специалистов“ раскрытие этих масок становится часто непосильной задачей. Поэтому приходится вполне согласиться с одним из авторов книжки, „что для работы в наших многочисленных диспансерах нам нужен врач-терапевт с уклоном в область туберкулеза, а не узкий специалист, так называемый „туберкулезник“. Столь ранняя специализация ведет лишь к тому, что во всех наших туберкулезных учреждениях содержится на учете и понапрасну занимает койки большое число лиц, совершенно не нуждающихся в этом. Поэтому весьма ценным нужно считать появление небольшой книжки кратко и ясно излагающей „ошибки диагностики легочного туберкулеза“.

Скудная литература, имеющаяся на русском языке по этому вопросу, почти исчерпывающаяся двумя переводными книжками проф. Неймана и Николая Шредера, еще более оправдывает появление русской книжки, в значительной степени отражающей установку и взгляды русской туберкулезной школы.

Вся книжка распадается на два самостоятельных отдела: ошибки клинического исследования, написанного прив.-доц. М а с т б а у м о м, и ошибки рентгеновские, написанного прив.-доц. Г а с у л е м. Характерной чертой обеих частей является краткость и ясность изложения и ознакомление читателя со всеми основными источниками ошибок: с ошибками объективного исследования; с заболеваниями бронхов и паренхимы легких по клиническому течению и объективным данным обычно принимаемыми за туберкулез; с заболеваниями других органов, по своим симптомам сходными с туберкулезом и с диагностическими ошибками в оценке отдельных симптомов. В рентгеновской части книжки читатель знакомится в кратких чертах с рентгеновским изображением нормальных легких и с основными типичными картинами легочного туберкулеза. В дальнейшем изложен целый ряд обычных ошибок, зависящих как от дефектов рентгентехники, так и от недостаточно точного анализа полученных рентгеновских изображений.

Обе части в достаточной степени иллюстрированы рядом собственных наблюдений авторов и в изложении чувствуется значительный опыт авторов. Можно только пожалеть, что в ряде случаев, перечисляя возможные ошибки, авторы не везде отчетливо останавливают внимание читателя на дифференциальном диагнозе данного заболевания и соответствующей формы туберкулеза. Есть также ряд мелких типографских погрешностей, местами искажающих текст.

В общем книжку нужно признать весьма полезной не только для начинающих фтизиатров, и лица с имеющимся уже значительным опытом найдут в ней немало поучительного. Проф. Вольтер.