

Библиография и рецензии.

Проф. М. О. Фридланд. *Курс ортопедии*. Часть I. Общая ортопедия. Татгосиздат. Казань, 1931 г., 213 стр., с 230 рисунками в тексте.

Перед нами 2-е издание „Общей ортопедии“ проф. Фридланда. О полезности и нужности этого единственного в своем роде руководства для врачей и студентов (других книг по общей ортопедии в Советском Союзе нет) говорит то обстоятельство, что первое издание „Общей ортопедии“ разошлось в течение первого же года.

Настоящее второе издание выпускается, как первая часть „Курса ортопедии“, второй частью которого издается вторым изданием частная ортопедия. Такое объединение руководств можно приветствовать, так как одно из них является введением к другому и оба вместе исчерпывают основы ортопедии, изложенные языком опытного преподавателя и клинициста на уровне современного состояния данной специальности, для прогресса которой сделано немало самим автором.

Второе издание „Общей ортопедии“ содержит существенные дополнения почти во всех главах. Особо серьезное внимание уделено вопросам диагностики. Чрезвычайно ценным является детальная разработка собственного большого статистического материала в 15,000 случаев (стр. 58—65). Достаточно для сравнения указать, что такой же по количеству материал в известном немецком коллективном руководстве Laugé могла дать лишь сборная статистика 14 соавторов, к тому же далеко без детальной разработки. В советской же ортопедической литературе статистика проф. Фридланда наиболее исчерпывающая.

Описан ряд новых методов лечения, — новые повязки: Böhler's, Sinclair's и др. (стр. 122—123); метод искусственного размягчения костей по Rabl'ю (стр. 149—150); новые операции: пересадка точки прикрепления мышцы по Veau-Lamy, по Soutter-Putti, по Campbell'ю (стр. 170—171), артродоз по Nové-Jossereaud'ю (стр. 181—182), секвестротомия по Orr'ю и Albée (стр. 188—189) и др. Автор хорошо отражает современное состояние вопроса о лучистой энергии.

Некоторые рисунки заменены, целый ряд их дан заново.

В общем книга стала полнее в 1½ раза: при увеличении количества печатных знаков в листе с 40,000 до 58,000, „Общая ортопедия“ во втором издании имеет кроме того, увеличенное количество страниц. Хорош и внешний вид книги: бумага, формат, печать, рисунки, переплет.

Рецензируемая книга является значительным вкладом в ортопедию. Она должна стать обязательной настольной книгой каждого врача-ортопеда, имеющего возможность найти в ней все необходимое ему сведения, а также обширный литературный указатель. Начинаящий врач и студент смогут, ознакомившись с этой книгой, войти в курс современных методов исследования, диагностики и лечения ортопедических заболеваний.

Нет сомнения, что и это издание книги проф. Фридланда будет заслуженно иметь успех.

Доцент Г. М. Новиков.

René Huguenin. *Le Cancer primitif du poumon*. Etude anatomo-clinique 1928—30 гг. 330 стр. с иллюстрациями.

Книга эта представляет большой интерес: в ней собран и хорошо изложен, как клинический, так и анатомический материал. Автор пользовался обширной библиографией: им изучено 385 работ, сделанных авторами различных стран. Архитектоника книги строго выдержана. Материал равномерно расположен: этиология, патологическая анатомия, симптоматология с указанием различных методов исследования, картина аномалий и осложнений, данные диагноза, прогноза и терапии — все это нашло достойное отражение и освещение в первой половине работы, а во второй очень подробно и ярко набросаны 46 историй болезни.

Первичный рак легкого вовсе не такое редкое явление, как это обычно думают; и за последнее время он наблюдается гораздо чаще, что, однако, по мнению автора, не находит пока удовлетворительного объяснения.

Для развития рака вовсе не обязательно раздражение слизистой оболочки предшествующими заболеваниями легких; не обязательна и метаплазия слизистой, ибо она может обываться в процессе развития самого рака. Чаще всего локализуется он в верхней доле правого легкого и обычно начинается из бронхов различного калибра, но может исходить и из легочных альвеол.

Он принимает различные формы, каждая из которых имеет свой клинический и радиологический синдром. Различно и месторасположение его, не всегда прихиллярное. Автор отмечает следующие формы первичного рака легких: 1) *ограниченного* размера резко очерченный, находящийся только в одной доле, иногда с полостью внутри; 2) *массивный*—лобарный, захватывающий довольно большое пространство без ясных границ; 3) *инфильтрирующий*, диффузный на большом пространстве без ясных границ; 4) *медиастинально-легочный*, захватывающий часть легкого, медиастинаума, а также пакеты желез; 5) *плевральный*, разрастающийся пышно на поверхности слизистой оболочки (с одним только отдельным узелком) или с едва заметными разветвлениями в легочной ткани и, наконец, 6) *узелковый*, где множественные узелки являются как бы метастазами из одного находящегося тут же большего по размерам очага.

Разрастание рака сопровождается разрушениями в легком и других соседних органах, вызывая воспалительные поражения, гангрену, экссудаты и сдавливание органов средостения,—словом целый ряд изменений, позволяющих ориентироваться в различных клинических и рентгенологических картинах, имеющих место при этом заболевании. Что же касается подлинных метастазов, то они наблюдаются довольно часто в железах средостения, в надключичной и подмышечной области, во внутренних органах, где часто их не замечают, и, наконец, в нервах и костях, где они, наоборот, выражаются ярко, а порой и бурно.

Переходя к вопросу о гистологической картине, представляемой первичным раком легких, автор реферлируемой нами книги отмечает, как нечто типичное, *полиморфизм клеток*, который, однако, разное сказывается у различных форм: раки *ограниченных размеров* имеют клетки мальпигиевого строения, *лобарные*—чисто эпителиальные, мальпигиевые или цилиндрические, *массивные, плевральные, легочно-медиастинальные* и *узелковые* представляют очень разнообразную гистологическую картину: то nämlich здесь плотная густая строма с медленным ростом кубических, цилиндрических и мальпигиевых клеток, то стромы почти нет при наличии быстро пролиферирующих малых круглых или веретенообразных клеток, которые ошибочно можно принять за клетки саркомы или лимфосаркомы, особенно при раке медиастинаума; но изучение гистологических срезов сервями и особенно метастазов позволяет отличить эпителиальное происхождение этих „псевдосарком“.

Первичный рак легкого после медленного прогрессивного или бурного начала, симулирующего иногда острое заболевание легкого, выявляется вскоре *присущим* ему *синдромом*, отдельные симптомы которого однако далеко не специфичны только для рака.

Почти постоянные функциональные симптомы таковы: боли в груди, одышка, кашель, мокрота, кровохаркание; общее состояние иногда обманчиво: похудание нередко мало выражено, а температура обычно повышена. Физические симптомы определяются анатомической формой рака: 1) при небольших ограниченных формах они смазаны, неясны и обнаруживается рак часто только рентгенологически; 2) при лобарных, массивных формах наблюдается характерный синдром улотнения легкого; 3) при плевральных формах—плевритический или экссудативный; а 4) при легочно-медиастинальной форме—синдром медиастинально-легочный.

Автор, однако, отмечает, что симптомы часто оказываются измененными, благодаря присоединившимся поражениям. Рентген помогает диагнозу, но не всегда дает уверенность в точности его, хотя локализация тени и характер ее границ являются важными данными для установления диагноза. Бронхоскопия и инъекция липиодола позволяют обнаружить место стеноза и сделать биопсию. Аденопатия и гистологическое исследование желез обычно позволяют поставить более верный диагноз, чем исследование мокроты и плевральной жидкости.

Первичный рак легкого нередко представляет такую картину, которая не дает возможности сразу распознать его, благодаря очень острому или наоборот слишком медленному течению болезни, а также благодаря симптомам, маскирующим ее: таковы, например, дисфагия и нервный или костный синдромы, выявляющиеся иногда в первую голову. Но в общем распознавание первичного рака, по мнению автора, не представляет непреодолимых трудностей. В большинстве случаев он может быть распознан, и мысль о нем должна приходиться в голову всякий раз, когда диагноз легочного заболевания затруднен. Меньше всего его можно спутать с туберкулезом и очень часто приходится дифференцировать ограниченную форму первичного рака от гуммы, эхинококка, абсцесса, лимфангуломатоза и доброкачественной опухоли.

Первичный рак легкого обычно ведет к смерти, быстрее при массивных и метастазальных формах и более медленно при формах ограниченных и плевральных. Болезнь тянется от нескольких недель до многих лет, в среднем немного меньше года. Смерть, согласно автору, зависит от вторичной инфекции легкого, от метастазов и реже от кахексии.

И все же заболевание это не представляется автору неподдающимся лечебному воздействию: хирургическое вмешательство дает некоторые хорошие результаты; особенно полезно оно при ограниченных формах; только при них оно должно применяться и может привести к полному излечению. Рентгено- и радиотерапия могут проводиться главным образом при массивных мелкоклеточных, быстро развивающихся формах; они если не излечивают, то во всяком случае отдалают фатальный исход, значительно облегчая больного. Уменьшение размеров опухоли в таких случаях проверено много раз рентгенологически.

Автор находит, что все эти способы лечения нащупываются, что со временем, когда наука установит этиологию рака и даст возможность своевременно распознавать эту болезнь, а техника хирургии и радиотерапии будет усовершенствована, то случаи излечения увеличатся, и люди перестанут считать его непобедимым бичом человечества.

Книга его прекрасно издана и иллюстрирована 35 великолепными рисунками макроскопических и гистологических препаратов. Есть в ней и 15 хороших рентгенограмм различных форм первичного легочного рака.

Д-р А. М. Лункевич.

Рефераты.

а) Экспериментальная медицина.

Claus Schilling. *Антитела и начальная лихорадка при малярии.* (Centralbl. für Bakt. Orig. 1934. 131. 1/2). Основываясь на целом ряде новейших литературных данных, в том числе и на работах Neuman'a, обнаружившего присутствие специфических антител в крови маляриков тотчас после окончания первого приступа, а. рисует происхождение малярийной лихорадки следующим образом. Вскоре после заражения, организм реагирует на внедрение малярийных плазмодиев непродолжительной лихорадкой неправильного типа. Это повышение t° обусловлено токсинами плазмодиев, поступающими в кровь тотчас после внедрения паразитов в организм хозяина. Неправильный характер температурной кривой зависит в данном случае от того, что происходит наложение беспорядочно размножающихся многочисленных генераций плазмодиев друг на друга. Но вскоре после попадания плазмодиев в организм начинается их быстрый распад, на который организм реагирует продукцией антител. Эти антитела мешают дальнейшему развитию плазмодиев, способствуя их гибели. Выживают единичные особи, обладающие особой устойчивостью по отношению к антителам. Эти уцелевшие плазмодии беспрепятственно размножаются, и к концу инкубационного периода их количество бывает настолько велико, что продуцируемых ими токсинов хватает для того, чтобы дать начало новому, на сей раз настоящему приступу. Благодаря тому, что данный приступ является результатом размножения единичных уцелевших в организме хозяина плазмодиев, температурная кривая более не носит неправильного характера, но, наоборот, имеет вполне закономерный вид. Падение температуры и после настоящего приступа зависит от уничтожающего действия на плазмодиев направленных против них антител. Однако, почти всегда остается небольшое число устойчивых особей, которые сохраняются в организме и тем самым обеспечивают возможность продолжения болезни. На сей раз регулярный характер кривой зависит от того, что большая часть генераций плазмодиев погибает, и сохраняется лишь одна генерация, устойчивая по отношению к антителам. Часто эта кривая все же в конце концов начинает постепенно затухать. Это зависит от того что плазмодии утратили способность вырабатывать устойчивые расы; так может наступить спонтанное выздоровление. — В некоторых случаях устойчивость по отношению к антителам выражается только в том, что подобные особи