

(32 стр.). Может быть, М. имеет в виду форму ядра или неотчетливую структуру в препаратах, окрашенных по Jenner'y. В препаратах, окрашенных раствором Giemsa или по Parrenheim'y, структура ядер миелобластов резко отличается от структуры ядер миелоцитов и очень характерна: тонкая, равномерная, она то напоминает шарень, то представляется в виде густого войлока тонких нитей; обычно в ней отчетливо выступают ядрышки.

Нормальная лейкоцитарная („лейкоцитозная“) формула, — дана на стр. 33. — едва-ли правильно характеризует относительное содержание разных форм: нейтрофильных полинуклеаров 65—75%, лимфоцитов 20%, моноцитов 4—6%. Мне кажется, правильное было-бы дать (беря широкие границы колебаний) для нейтрофилов 55—70%, лимфоцитов 20—35%, моноцитов 4—8%.

Если достаточно, — для краткого руководства, — сказано об эозинофилии, лимфоцитозе, моноцитозе, то на нейтрофильном лейкоцитозе стоило-бы остановиться подробнее.

В некоторых вопросах гематологии мы еще не имеем единого или даже определено господствующего мнения. Для примера укажу, что имеются иные мнения, чем высказываемые автором, по следующим вопросам: 1) „Острые лейкоэмии — не септическое заболевание“ (стр. 34); многие думают, что острая лейкоэмия есть своеобразная реакция организма на инфекцию. 2) „Моноциты происходят, очевидно, из миелоидной системы“ (57 стр.); становится все более распространенным взгляд, что моноциты должны быть выделены в особую систему, как продукт ретикуло-эндотелиальной системы (гистиоциты).

Едва-ли уместно также употреблять термин „лимфемия“ в смысле „лимфатическая (лимфаденоидная) лейкоэмия“. Лимфемия, — это лейкоэмическое состояние крови при лимфатической лейкоэмии; поэтому нельзя говорить об „алейкэмическом стадии лимфемии“ (32 стр.).

Вероятно, ошибкой объясняется, что про опухоли при лимфосаркоматозе сказано, будто они „ростут, не инфильтрируя“ (38 стр.).

Про картину крови при брюшном тифе сказано, между прочим: „уменьшены в количестве больше всего нейтрофилы, меньше — лейкоциты, которые в дальнейшем течении болезни значительно прибывают в числе“ (54 стр.). — наверное не лейкоциты, а лимфоциты.

Встречается неудачный перевод: „появляются *страдания* в области печени“ (20 стр.); *голубоватый* цвет припулости десен при скорбуте (43 стр.) и т. п.

Повторю, я считаю книгу Morawitz'a заслуживающей внимания. Надеюсь, что она получит достаточное распространение, я счел излишним выдвигать ее положительные стороны. — они будут оценены читателями; сделанными же выше замечаниями я хотел-бы внести известный корректив. Книга читается легко.

Проф. Н. Горяев.

С. И. Флейшман. *Внезапные и острые заболевания нервной системы, их распознавание и лечение*. Медицинское издательство «Врач» в Берлине. 1926. 189 стр., 41 рис.

Книга представляет собой собрание лекций, прочитанных в Киевском Клиническом Институте для усовершенствования врачей. Первые шесть лекций посвящены заболеваниям большого мозга: геморрагиям, эмболии и тромбозу мозговых сосудов, травматическим повреждениям большого мозга, коматозным состояниям и энцефалитам. За ними идут две лекции о воспалении мозговых оболочек и две лекции об острых и внезапных спинномозговых заболеваниях. Далее разбираются острые заболевания периферической нервной системы и «отравления нервной системы». Следующая глава, «о гиперкинетических приступах», объединяет «некоторые острые эпизоды хронических и даже конституциональных заболеваний нервной системы»; в нее включены эпилептические приступы, экламптические, приступы тетануса, тетании, ларингоспазмы. Наконец, мы находим главы о болевых приступах и приступах функционального и эндокринного происхождения. Все указанные темы изложены понятным и для неспециалистов языком, и вообще книга может оказать существенную помощь в медицинской практике. Обращают на себя внимание лишь недостаточно проведенная классификация материала по главам, а также некоторые пробелы; так, при указании центров речи Broca и Wernicke не указывается зона Р. Marie и др. Книга издана хорошо, снабжена рисунками, заимствованными из различных руководств.

И. Русецкий.