

rolues. Книга, занимающая 193 стр., распадается на 9 глав, в которых подробно рассматриваются исторические данные, патологическая анатомия, симптоматология, диагностика и лечение сифилитических заболеваний желудка. В заключение на пяти стр. сопоставлены важнейшие выгоды из книги. Затем мы находим обширный литературный указатель (7 стр.), в котором почетное место (как и во всем тексте книги) отведено работам русских авторов, исчерпанным чрезвычайно подробно и обстоятельно. Уже это одно составляет большую заслугу книги, которая таким образом популяризуется за границей достижения русских авторов. Изложение чрезвычайно простое и ясное; каждая глава снабжена подробными заглавиями; на каждой странице виден богатый личный опыт автора. Если принять во внимание, что при раннем распознавании сифилитических заболеваний висцеральных органов дают лучшее предсказание, чем болезни другой этиологии, то нельзя не признать огромную заслугу проф. Р. А. Лурья, подарившего нам выдающуюся монографию по этому актуальному вопросу.

Главный интерес книги заключается, однако, в том, что в ней убедительно и весьма образно доказывается, что интерес изучения сифилитических поражений желудка распространяется не только на третичные поражения его, часто уже непоправимые, или тем более на метасифилитические последствия специфических изменений. Гораздо важнее быть знакомым с ранними изменениями функции желудка в зависимости от действия сифилитического яда. Именно эти случаи лучше всего поддаются лечению, именно они дают наиболее блестящие результаты. Надо заниматься не только сифилисом желудка, но надо сделать попытку изучать состояние желудка в различные периоды сифилиса. Проф. Р. А. Лурья в своей книге и сделал эту попытку на 100 больных; он выработал собственный способ двойного исследования желудка по кинетическому методу и с помощью хромоскопии (после внутримышечного впрыскивания нейтральной краски).

Книга Р. А. Лурья должна быть тщательно изучена всяким врачом, который интересуется желудочными заболеваниями и хочет их успешно распознавать и лечить.

Проф. М. Я. Брейтман.

Дюпюи де Френель. *Аппендицит, перивисцериты и колиты*. Перев. с французского д-ра П. М. Альперина под редакцией проф. Н. Н. Бурденко. Библиотека „Медицинская практика“, Госуд. медин. изд-во. 1929 г., цена 90 коп.

Перевод с французского этой небольшой книжки нужно приветствовать, так как она посвящена большому вопросу настоящего момента — диагностике хронического аппендицита и разбору причин, почему некоторые б-ные продолжают жаловаться на боли в правой подвздошной впадине. Подробно разбираются различные парааппендикулярные заболевания и дифференциальная диагностика их. Положение (наклонное, головой книзу), при котором производится пальпация и рентгеноскопия, являются опорными методами исследования больных. Диагностическое значение имеет только та боль, которая достигает максимума в области червеобразного отростка и не распространяется высоко вдоль восходящей кишки, а особенно наличие болезненного тяжа, перекатывающегося под пальцами. Пальпация правой подвздошной впадины во время рентгеноскопии позволяет установить, что обнаруженная пальпацией болезненная точка следует за слепой кишкой во всех ее перемещениях при переводе больного из горизонтального в наклонное (головой книзу) или в боковое наклонное положение, т. е. подтвердить диагноз хронического аппендицита. Путем рентгеновского исследования можно бывает обнаружить стаз и расширение слепой и ободочной кишек и адгезивный правосторонний перикалит, симулирующие хронический аппендицит. Автор предостерегает врачей от малообоснованного удаления червеобразного отростка и разрешает эту операцию производить лишь в случаях, где обнаруженная пальпацией аппендикулярная боль подтверждена рентгеновским исследованием. В главе „Клинические формы хронического аппендицита“ подробно излагаются симптомы отдельных форм с типичным для них течением болезни. Кроме того в отдельной главе разбираются заболевания, которые могут сопутствовать хроническому аппендициту, как-то: расширение и птоз слепой кишки, подвижность слепой и восходящей кишек, перепонка Джексона, связка Лейна и др.

Не веря в терапевтическое лечение хронического аппендицита, автор разбирает 3 главных пути подхода к червеобразному отростку: 1) способ Мак Бурнея, 2) способ Жалагье (известен как способ Ленандера) и 3) поперечный разрез по Гессе. Автор отдает предпочтение, однако, способу Жалагье, так как этот разрез позволяет произвести обширное исследование восходящей

кишки, желчного пузыря и правых придатков и некоторые операции на этих органах. Культю отростка рекомендуется погружать и перитонизировать.

*И. Цимзес.*

Проф. Л. Лангштейн. *Дистрофии и поносы грудного возраста.*

Пер. под ред. д-ра И. Я. Серебряйского с предислов. проф. Г. Н. Сперанского. ГМИ. 1929 г. 344 стр. Ц. 3 р. 75 к.

Книга проф. Лангштейна появляется в русском издании с большим опозданием, через 3 года после выхода в свет оригинала; но хорошо, что она вышла, по крайней мере, теперь, так как среди практических врачей существует большая потребность в руководстве подобного рода.

Основной особенностью книги является простота изложения предмета; автор—противник сложной номенклатуры и запутанных подразделений, принятых в литературе о расстройствах пищеварения у детей грудного возраста и затрудняющих практического врачу ознакомление с этим отделом педиатрии. В каждом из двух отделов книги («дистрофии» и «поносы») подробно рассматриваются этиологические факторы, приводящие к названным заболеваниям, прогноз их в зависимости от разных обстоятельств и очень детально разбирается диетотерапия, причем автор пользуется только простыми питательными смесями, которые нетрудно изготовить во всякой обстановке. Существенная часть книги—истории болезни, при составлении которых автор почти совершенно не пользуется данными лабораторных исследований. Наличие точных записей о ходе температуры тела, о движениях веса, о составе пищи, деятельности кишечника и, в особенности, наличие большого числа фотографий с больных детей делает большую часть этих историй очень демонстративными. Если в некоторых частностях и трудно согласиться с автором, наприм., там, где он рекомендует голодную диету при инфекциях или голодовку в начале лечения каждого поноса, то все же надо признать, что он написал прекрасную книгу, которая сослужит хорошую службу практическим врачам.

Русское издание выполнено с большой тщательностью: воспроизведены все многочисленные кривые и фотографии оригинала, последние—в виде отдельного приложения. Книгу проф. Лангштейна следует горячо рекомендовать всем врачам, которым приходится лечить детей грудного возраста.

*Проф. Ленский.*

Проф. М. И. Аствацатуров. *Краткий учебник нервных болезней.*  
Издание 3-е. Ленинград, 1929 г.

Мы оказались правы в своей рецензии по поводу 1-го издания названного руководства, предсказывая ему прочную будущность в виду его крупных положительных качеств. За короткий период времени появилось уже третье его издание. В настоящем издании учебник еще более выиграл, включив в себя главу об исследовании спинномозговой жидкости. Нужно приветствовать и увеличение числа рисунков, значительно способствующих усвоению текста. В главе о «функциональных» заболеваниях автор вполне своевременно и очень обстоятельно изложил историю вопроса о неврозах. Здесь автор постарался внести ясность в понимание вопроса и отмежевывается от сторонников отождествления неврозов с психогениями, считая, что позиция последних несколько не выясняет сущности вопроса.— В методике исследования коленных рефлексов автор снова утверждает: «нецелесообразно исследовать коленные рефлексы в сидячем положении, положив ногу на ногу». Как ориентировочный, этот способ совершенно оправдал себя, и с точки зрения теоретической находит полное обоснование в физиологических работах Р. Hoffmann'a. На это я уже указывал автору. Почему-то не указано автором требование Babinski исследовать подошвенный рефлекс штриховым раздражением с наружной стороны подошвы с загибом около пальцев внутрь (лично Babinski всегда делает так. А. Ф.). Для поясничного прокола, конечно, нужно рекомендовать иглу «возможно острее», но вовсе не заостренную, о чем автор не упоминает. Не упоминает автор и об игле Antoni-Weschelmann'a, представляющей большие преимущества перед обычно употребляемыми. Очень сомнительно утверждение автора, что при *tabes'e* реакция Wassermann'a почти всегда положительна при высоких количествах ц. с. жидкости. По исследованиям, между прочим, в заведующей мною клинике (д-р Марков. Врачебное дело, 1925) на 128 табиков R. W. с высокими колич. жидкости (1 с. с.) была в 60,8%!

Все указанные недочеты легко устранимы в следующем издании, и потому мы снова рекомендуем этот учебник, как самый краткий, но вполне отвечающий серьезным требованиям начинающего изучать невропатологию.

*Проф. А. Фаворский.*