

Залкинд Э. М. *Динамика лейкоцитоза при некоторых нервных заболеваниях и страданиях личности* (из клиники проф. А. И. Ющенко). Ростов на Дону, 1929 г. Труды Сев.-Кавк. Ассоциации Научно-исследов. институтов. № 66. Цена 3 руб.

Книга автора распадается на 3 части: 1) литературный обзор результатов исследования крови у нервно- и душевно-больных, 2) основные данные по физиологии лейкоцитоза и 3) собственные исследования.

Как известно, до сих пор при исследовании крови у нервно- и душевно- больных получались крайне разноречивые и даже диаметрально противоположные данные. Автор объясняет это, с одной стороны, тем, что не принимались во внимание колебания лейкоцитоза и у "нормальных" людей и не учитывались условия опыта, а с другой стороны, была недостаточно проработана и самая методика. При своих опытах автор по возможности точно учитывает целый ряд влияний: больные исследовались всегда в одной и той же ¹⁰, в солнечный день, в той же комнате, при соблюдении типины, при полном покое исследуемого, в тех же условиях диеты; он стремился избежать появления типов пищеварительного, миогенного, эмоционального лейкоцитозов. Кроме того, он пользовался методом продолжительного исследования проф. Завадского: опыт производился от 8 до 20 часов, а подсчет лейкоцитов производился каждый час. Составлялись кривые лейкоцитоза. Изучение и сравнение кривых велось по методам вариационной статистики,

причем определялась σ , коэффициент вариации Pearson'a $C = \frac{\sigma}{m} \cdot 100$ % и абсолютная амплитуда колебания, т. е. разница в % отношении самой малой и самой большой цифры кривой (A). Вначале автор проверил свой метод на здоровых и нашел, что у них среднее арифметическое (m) колеблется между 5700—6990, коэффициент вариации $C = 17\text{--}20\%$, абсолютная амплитуда $A = 46.8\% \text{--} 59.2\%$. Затем автор исследовал 29 сл. раннего слабоумия, 19—эпид. энцефалита, 17 прогр. паралича, 11—старческих психозов, 4—наркоманий, 11 неврозов, 9—эндокринопатий. В результате получилось, что у большинства душевно-больных коэффициент C значительно повышен (к этому типу принадлежат дем. граесох $C = 25.4\%$, острые стадии encephal. epidem.— $C = 33.5$, неврозы $C = 28.4\%$, эндокринопатии— 24.2%), при наркоманиях же (15%) и старческих заб. (17.3%) C равен норме. Но еще более интересны результаты, полученные при качественной оценке кривых. Отношение подъемов к привычным часам питания являются характерными для некоторых страданий. Одни, несмотря на тяжелое соматическое состояние, сохраняли подъемы, другие давали несовпадение или вовсе утрачивали эти свойства: к первым относятся—dementia граесох, раг. progressiva, наркоманы, психастеники, ко вторым—тяжелые паркинсоники, сенильные больные, истерики и эндокринопаты. При раннем слабоумии привычные пищевые подъемы нередко протекают слишком бурно, "кризами". Сглаживание кривой автор объясняет ослаблением вегетативной реакции, в том числе и гемопоэтической. Автор думает, что тип кривых может иметь и прогностическое значение; при резком увеличении величин A и C при dementia граесох или, наоборот, сглаживания кривых при эпид. энцефалите можно говорить об особой тяжести страдания. Лейкоцитоз в своей динамике является—по автору—мерилом изменчивости вегетативных реакций, как бы показателем вегетативно-эндокринных нарушений в организме.

Исследование Э. М. Залкинда по продуманности методики представляет большой интерес как для психиатра, так и для гематолога, вносит важные идеи в трудный и интересный вопрос, возбуждает новые мысли. Написана книга хорошим языком и читается легко. Литература, русская и немецкая, автором приводится достаточно полно; жаль только, что автор мало знаком (цитируются только две мелкие работы) с любопытными гематологическими исследованиями Lewis'а, Gusc'a, результаты которых еще в 1906 г. вышли в целый своеобразный курс психиатрии.

А. Д. Каплан. *Пункт первой помощи на промышленных предприятиях*. Институт по изучению профессиональных болезней имени В. А. Обуха. Москва, 1928 г. Изд-во Мосздравотдела.

При настоящем быстром темпе роста индустриализации страны и реконструкции социалистического хозяйства с ее строящимися огромными фабриками, заводами, совхозами и колхозами вопрос о пунктах первой помощи становится актуальным. Появление этой брошюры в печати надо приветствовать как первый опыт разбора проблемы пункта первой помощи на производстве с точки зрения организационной и хирургической. Автор подробно и широко ставит вопрос о

Проф. Т. Юдин.

приближении лечащего врача к производству, о структуре пункта первой помощи для успешного лечения травматизма и его предупреждения. Касаясь организационной формы пункта, автор считает, что это учреждение не должно нести лечебных функций, а только оказание первой помощи, и должно быть индивидуализировано в организационном отношении соответственно особенностям травматизма данного предприятия. Ввиду того, что на такой пункт заполучить достаточно квалифицированного специалиста - врача не представляется возможным, то должна быть тщательно разработана штандартизация первой помощи: типизация остановок кровотечений, обращение с раной, ожогом, переломом, типизация повязок и др. Кроме того на обязанности пункта должно быть незамедлительное транспортирование пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

Обслуживание отдельных цехов производства пунктом невозможно. Поэтому здесь можно только рассчитывать на *самопомощь*, для чего нужно иметь в каждом цеху кадр достаточно обученных рабочих и снаряжать их элементарными предметами первой помощи. Автор предлагает ввести в каждом цехе висячие шкафчики и в них хранить перевязочный материал в таком виде, чтобы он не терял своей стерильности при накладывании повязки неспециалистом. Для удобства обращения с асептическим перевязочным материалом автор употребляет сконструированную им индивидуальную асептическую повязку на подобие индивидуального пакета военного образца. При мелких, небольших порезах рекомендуются автором липкопластырные повязки 3-х размеров, изготовленные из стерилизованной марли, помещенной в 4—5 слоев на несколько большем куске липкого каучукового пластира. Для предохранения пластиры от высыпания повязка покрывается слоем марли, все свертывается в пергаментную бумагу и заключается в пакет. О ценности таких повязок, рекомендуемых автором, можно будет судить, конечно, только после опыта их практического применения.

Вопрос о регистрации травм на производстве очень важный как в научном, так и в практическом отношении, но до сих пор в этом деле много дефектов. Для устранения их автор предлагает немедленно препровождать пострадавшего с работы на пункт первой помощи. На последнем пострадавшему либодается отпуск и больничный лист, либо он отправляется обратно на работу с разрешения пункта, без чего он не должен допускаться на работу. Таким путем, по мнению автора, удастся добиться точности в регистрации несчастных случаев с потерей трудоспособности и без потери ее.

В этой брошюре приводится примерное оборудование пункта первой помощи, формы регистрации промышленного травматизма и положение о пунктах первой помощи на предприятиях.

П. Цимхес.

Проф. М. Я. Брейтман. *Словарь клинической терминологии по новейшим русским и иностранным источникам*. Вып. IV. Изд. Практ. мед. 1929. Цена 4 руб.

С выходом в свет 4-го выпуска словаря проф. Брейтмана мы имеем законченным большой труд по медицинской лексикографии. Можно не соглашаться с своеобразной орфографией автора вроде „гинэкология“, „Пастэр“ и др., но никак нельзя оспаривать ценности и нужности указанного пособия для нашего времени. Отсутствие подобных справочников на книжном рынке, а также незнание врачом иностранного языка ставит его зачастую в затруднительное положение при желании установить точное произношение, написание или значение клинического термина. Поэтому словарь проф. Брейтмана, несомненно, будет долго служить надежным справочником во всех вопросах, касающихся клинической терминологии. Очень хорошо, что автор дает также указание на произношение фамилий и собственных имён. В этом пункте могут возникать недоумения у каждого. Словарь их разрешит. В настоящей заметке мы позволим себе отметить некоторые ошибки и спорные места, касающиеся терминов, в интересах исправления их для 2-го издания.

На стр. 1059 *sirupus* вм. должного *siripus*. В средние века, когда это слово, повидимому, возникло, оно писалось *siruppis* и *sugrippus*, т. е. второй слог был долгим по положению и следов. ударяемым; ср. итал. *sciroppo*. См. Du-Cange. *Glossarium mediae et infimae latinitatis Tomi I—X. 1883—1887. Ed. nova a Leopold Favre*. См. также *Lessons in pharmaceutical latin and prescription writing and interpretation by Hugh C. Muldoon. Second edition. New York 1925*, где всюду *siripus* дается с ударением на втором слоге.

На стр. 944 *piriformis* от *pira*, *pirus*—груша вм. должного *pírum*—груша.

На стр. 945 *pítuita* вм. должного *pítuita*.