

лям в виде монотонных, однообразно излагаемых словесных внушиений, ибо тормозные процессы быстрее и постояннее наступают при первых раздражителях, как это доказано многочисленными экспериментами школы Павлова. Далее автор, на основании литературных данных (Dresel, Litwak, Frank, Laing et al.), приходит к заключению, что сон, а следовательно и гипноз, есть состояние ваготонии; с другой стороны состояние симпатикотонии (гнев, волнение и пр.) всегда препятствует наступлению сна. Затем Н. приводит данные опытов Billigheim'e'a, что при раздражении парасимпатической системы наблюдаются в крови повышение ионов К и уменьшение ионов Са: то же самое наблюдается и в состоянии сна, во время бодрствования же имеются обратные отношения. Glaser, подвергая больных гипнозу и определяя у них содержание Са в крови, нашел, что количество последнего во время сеанса понижалось в среднем на 2,16 мг. %, т. е. и во время гипноза тонус *sympaticus'a*, тесно связанный с колицией с ваготоническим предрасположением должны поддаваться гипнозу лучше других.

С. Шерман.

Рецензии.

Капланский, Наливкин и Инштекелис. Коллапстерапия легочного туберкулеза. Френикоэкзерез и торакопластика. 133 стр. Одесса. 1928.

Среди методов лечения легочного тbc, основанных на сжатии больного легкого, искусственный пневмоторакс стал в настоящее время достоянием уже не только клиник и больниц, но и врачей периферии. Этого нельзя сказать про другие методы лечения сжатием легкого (коллапстерапии)—про френикоэкзерез и торакопластику, которые не имеют еще права гражданства в русской клинике и очень мало знакомы врачам, особенно терапевтам. Поэтому коллективный труд, названный выше Одесских туберкулезников и хирурга заслуживает большого внимания. Правильно указав на то, что санаторно-климатическое лечение туберкулезных больных сплошь и рядом бывает слишком кратковременным в силу социальных условий, авторы обращают внимание на частую необходимость более раннего активного терапевтического вмешательства при тbc в виде коллапстерапии. Оставляя совершенно в стороне учение об искусственном пневмотораксе, как хорошо известное уже врачам, они останавливаются на своем пятилетнем опыте применения экзереза и торакопластики у тbc больных. Френикоэкзерез никогда не давал им каких-либо осложнений, связанных с применением самого метода, и вообще, по мнению многих авторов, он является „маленькой операцией“. Указав, что в условиях нашей действительности наложение пневмоторакса, а в особенности длительное поддержание его, далеко не всегда представляется возможным, авторы считают, что в известном ряде случаев френикоэкзерез может заменить собой искусственный пневмоторакс. Это относится особенно к случаям, где прибегают к парциальному пневмотораксу, но последний после первых же вдуваний должен быть оставлен из-за сращений. Интересны случаи успешного лечения экзерезом при верхнедоловом процессе в легком. Эти случаи подтверждают правильность высказываемого авторами мнения, что экзерез p. phrenici нарушает целостность не только главного двигательного пути, но и ослабляет тот нервный путь дыхательного импульса, который тесно связан с легочным блуждающим нервом. Этот взгляд, еще мало известный врачам, кажется мне заслуживающим особого внимания, так как именно этот путь влияния чувствительных нервов centri tendinei диафрагмы на дыхание, на основании написанных экспериментальных исследований (P. A. Лурия. О роли чувствительных нервов диафрагмы в иннервации дыхания, Казань, 1902), идет именно по блуждающим нервам. Между прочим авторы отмечают также влияние сокращения диафрагмы на состояние грудной клетки,—обстоятельство, которое нам удалось доказать на целом ряде опытов и которое было известно уже Duchene'yu. Подробные истории болезни и ряд рентгеновских снимков,—правда, несовсем удачно воспроизведенных,—подтверждают взгляды авторов о значении коллапстерапии туберкулеза в виде френикоэкзереза; попутно отдельная глава посвящена технике самой операции.

Вторая часть книги посвящена лечению легочных заболеваний торакопластикой, технике метода и показаниям к нему. Авторы совершенно правильно ограничивают показания к этому все же серьезному вмешательству строгим требованием уシリатеральности процесса и ясно выраженной тенденцией организма к образованию фибропластической ткани в легком.

Книга документирована большим числом подробных историй болезни и написана живым языком. Обращает особенное внимание прекрасная внешность издания. Несомненно, колапстерапия легочных заболеваний, особенно френико-экзерез, займет в терапии легочного тbc в будущем более видное место, чем это было до сих пор, а потому книга, трактующая о колапстерапии легочных процессов, заслуживает особенного внимания терапевтов вообще и врачей, работающих по тbc, в частности, и должна получить широкое распространение.

Проф. Р. Лурия.

F. M u n k. *Основы общей рентгенодиагностики внутренних заболеваний*. III изд., 316 стр., 297 рис. Лейпциг.

В области рентгенодиагностической литературы мы имеем два рода руководств и учебников: одни из них предназначены для специалистов-рентгенологов, другие—для тех многочисленных клиницистов или практических врачей, которые либо самостоятельно пользуются рентгеновскими лучами, как вспомогательным диагностическим методом, либо принуждены расшифровывать протоколные записи рентгенолога или разбираться в принесенной больным рентгенограмме. Для последней категории врачей и предназначена настоящая книга, которая распадается на 9 отделов: 1) рентгенофизика и техника, 2) рентгенодиагностика сердечных заболеваний, 3) рентгенодиагностика заболеваний легких, бронхов, плевры и средостения, 4) методы исследования пищевода и 5) желудка, 6) рентгенодиагностика кишечных заболеваний, 7)—болезней печени, желчного пузыря, селезенки, поджелудочной железы и брюшины, 8)—мочеполовых органов и, наконец, 9) рентгенодиагностика заболеваний черепа и скелета.

Из этих отделов особенно тщательно обработаны второй, третий, пятый и девятый. Каждому из них предшествует указание техники исследования с перечислением источников ошибок. Следует отметить дидактическое значение приводимого автором описания *нормальных соотношений и их вариаций* в зависимости от *конституции* индивида. Каждый орган у каждого человека имеет свою физиономию. Понятие «нормального» есть абстракция; тем не менее опыт позволяет говорить о нормальной конфигурации сердца, желудка и др. органов. В большинстве случаев рентгенологический и др. методы исследования должны дополнять друг друга. Врач-практик должен знать, что «митральная конфигурация» еще не обозначает порока митрального клапана. Критический подход с конституциональной точки зрения спасает от диагностических ошибок. Пол, возраст и др. моменты часто отражаются на конфигурации сердца, желудка и скелета. Слабая конституция, напр., сердца при лимфатизме характеризуется вялостью мускулатуры, выражающейся в расширении и вытягивании фигуры сердца в лежачем положении.

Во втором отделе книги автор, ученик F. K g a u s'a, подробно останавливается, далее, на характеристики таких астенических состояний органов, как «малое сердце», «колпакообразная диафрагма», «капельное сердце» (*cog pendulum*), *angustia aortae*, *cog hypoplasticum*, *hyper-hypotonia cordis* в зависимости от других заболеваний (tbc) или конституциональных аномалий. Вопросы *hypertoniae genitaliae* освещены также в достаточной мере; здесь рентгеновское исследование почти всегда опережало и корректировало клиническое. Определение столь важных соотношений между сердцем и диафрагмой, возможное лишь путем рентгеноскопии, обогащает и обогатит наши клинические познания. Клинически-гипотетический диагноз ожирения сердца становится очевидным на рентгенограмме (тень жирового комка в углу между дугой левого желудочка и куполом диафрагмы). Перикардит, склероз сосудов и сифилитический мезаортит разобраны M i n k'ом в отдельных иллюстрированных главах.

Третий отдел книги обнимает всю область заболеваний легких, бронхов и плевры. И здесь автор начинает с нормальных соотношений и конституциональных вариаций с перечислением источников ошибок как в технике исследования, так и в трактовке картины (аномалии грудной клетки, гипертрофия мускулатуры на определенных местах, *mammae*, *mamillae*, окостенение реберных хрящей, сосуды в оптическом срезе и др.). Автор отмечает точность, с которой определяются интерлобарные плевриты, экссудаты и шварты, клинически почти никогда не