

Несколько странно также в настоящее время читать на стр. 136 о «местном тбс», к которому автор относит тбс лимфатических желез не только периферических, но и бронхиальных.

Есть в книжке также ряд недоуменных описок. Так, на стр. 116, где идет речь о пломбировке каверн с „экспроплевральным“ пневмоллизом, мы читаем, что пломба вводится в «отверстие, сделанное в плевре»; на стр. 47 автор не соглашается с дозировкой кальция, предлагаемой Л. Д. Эйнисом (не менее 3,0—5,0 в сутки), и приводит собственную дозировку, где в смеси с фосфористыми препаратами доза кальция равна у него 1,0—3,0 *pro die* (стр. 42), а при даче чистого хлористого кальция в количестве 4 столовых ложек 10% раствора—6,0 *pro die*, т. е. предлагает дозы как раз почти идентичные с теми, какие рекомендует Эйнис.

Можно еще пожалеть, что автор, не имея собственного опыта по пнеймотораксу, недостаточно горячо рекомендует этот метод. Он мог бы сам легко убедиться, что этот метод очень часто оказывает самое благотворное влияние при таких „продвинутых“ процессах, где ни дуотал, ни кварцевая лампа не могут дать никакого результата.

В главе о симптоматическом лечении остановлюсь лишь на двух пунктах: на противолихорадочном лечении и на лечении кровохарканий. Что касается лихорадки, то автор является сторонником, особенно в «продвинутых» случаях, дачи алкоголя, и в довольно больших дозах—до 60—80 грм. в день, т. е., если перевести это на обычную водку, то это составит  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  чайных стакана водки или два стакана крепкого виноградного вина типа портвейна или мадеры. Надо считать, что в наших русских бытовых условиях такие дозы алкоголя являются слишком большими, особенно для слабых лихорадящих больных, да и сам метод лечения лихорадки алкоголем мало уже кем применяется в настоящее время.

По вопросу о терапии легочных кровотечений автор советует, в виде «твердой терапии», применение *extr. gossypii* и пилюли из *g. resuscipae*, но совершенно не упоминает о столь широко и охотно применяемом в настоящее время большинством авторов средстве—о внутривенном вливании растворов хлористого кальция и натрия.

Имеется в книжке и еще целый ряд различных недочетов, включая сюда и многочисленные опечатки, но я не привожу их, так как не хочу, чтобы у читателя рецензии получилось превратное представление о книжке, которая, несмотря на целый ряд недочетов, все же может быть, по моему, весьма полезною для начинающего врача.

Проф. Б. Вольтер.

*А. Н. В е л и к о р е ц к и й. Введение к уходу за хирургическими больными и учение о повязках. 1928. 174 стр., с 188 рис. в тексте. Цена 1 р. 65 к.*

Книга написана для учащихся медицинских техникумов. Состоит она из двух, почти равных по объему, частей: в первой трактуется об уходе за хирургическими больными, вторая посвящена десмургии. Вторая часть слабее первой. Она производит впечатление компиляции, в которой мало чувствуется личная критика автора. Так, напр., глава о клеевых повязках (стр. 146—147)—чрезвычайно сжатый конспект, который никакой практической пользы ученику принести не может. Можно-ли, действительно, усвоить технику целлулоидных повязок на основании трех строчек, которые посвящает им автор? Повязкам из жидкого стекла отведено 8 строчек, творожным повязкам—5 строк. А между тем сам автор признает, что, „благодаря широкому развитию костной хирургии, сильно развилась и разрослась часть десмургии, изучающая неподвижные повязки“ (стр. 98). Едва-ли автор пробовал сам накладывать творожные повязки по приводимому им рецепту,—иначе он убедился бы, что клей получается не только не хороший, а просто нехороший. Из достоинств гипсовой повязки (стр. 141) не отмечено главнейшее,—возможность лечить ими *амбулаторно* многие травматические повреждения и воспалительные заболевания скелета. Утверждение автора, что, «если повязка лежала более 2 месяцев, а у стариков и ранее этого срока, мы, как правило, полного возвращения подвижности иметь не будем» даже при последующем лечении ваннами, массажем и гимнастикой (стр. 142),—это утверждение верно лишь по отношению к эпифизарным переломам; при диафизарных же переломах, а также при вынужденной иммобилизации таких соседних (с поврежденным) здоровых суставов, как тазобедренный или коленный, двухмесячная иммобилизация в гипсе при последовательной механотерапии, как правило, восстановления подвижности до нормы не исключает. Очень плохое впечатление производит вызванная небрежной брошюровкой путаница страниц от 128 до 145. Первая часть руководства составлена

лучше. Удачен приведенный в конце этой части список тем для рефератов, связанных с пройденным курсом. Придерживаясь официальной программы, руководство, в общем, удовлетворительно справилось с поставленной перед собою задачей. Печать и бумага довольно хороши. Рисунки подобраны удачно и вышли отчетливо. Проф. М. Фридланд.

Т. И. Краснобаев. *Костно-суставной тбс у детей*. Общая часть. Госиздат, 1928. Ц. в пер. 4 руб.

Костно-туберкулезное сродо К-ва хорошо известно русским хирургам по его выступлениям, всегда очень ярким, на хирургических и тбс съездах и на заседаниях Московского и Ленинградского хирургических обществ. Т. К-в пропагандист консервативного направления в терапии костно-суставного тбс. Санатория в Сокольниках, руководимая им, служит прекрасным местом для такой пропаганды. Многие из русских хирургов, посетившие эту санаторию и убедившиеся воочию в прекрасных результатах применяемого здесь лечения, уезжали на места с твердым намерением бросить нож и создать у себя хотя бы слабое подобие того, что они видели в Москве. Страстные, почти всегда справедливые филиппики, с которыми обрушивался т. К. на внесуставные артродезы, операции типа Albee, воздки и др. замысловатые и мало обоснованные операции, описаниями которых богата современная литература, еще более укрепляли консервативное настроение слушателей. Но суровая жизнь очень скоро разрушала мечты о создании в глухой провинции хотя бы маленьких костно-тбс уголков. И провинциальные хирурги, вернувшись со съезда к своему разбитому корыту, продолжали мучиться с костно-тбс больными и часто с отчаяния оперировали их. В результате те самые больные, которые для К. и его сотрудников служили источником радости и гордости, представляли и представляют настоящий крест для большинства русских хирургов.

Препятствий для проведения правильного консервативного лечения костного тбс на местах—много. Отчасти они—материального характера и, надо надеяться, в будущем будут изжиты. Но немаловажным тормозом служит также отсутствие у хирургов специальных знаний по костному тбс и полное отсутствие руководств по этому вопросу на русском языке. Поэтому русские врачи должны быть чрезвычайно благодарны автору, который написал книгу о костно-суставном тбс и тем заполнил (как принято выражаться) по истине большой и вредный пробел в русской медицинской литературе.

«Костно-суставной тбс у детей» К-ва во многих отношениях напоминает «Учение о болезнях суставов с клинической точки зрения» Н. А. Вельяминова. В обеих книгах читателя поражает исключительно-любовное отношение авторов к затронутым темам. В обеих книгах чувствуется, что авторы являются теми истинными клиннистами и вдумчивыми наблюдателями, которых, по мнению проф. И. И. Грекова, становится все меньше и меньше. Поэтому неудивительно, что К. в своей книге преподносит читателю только то, что стоит в науке неизменно. Все новые диагностические лечебные методы, если и описываются им, то подвергаются основательной, иногда довольно ядовитой, критике. Такого, напр., отношение автора к методу лечения иодом по Hotz-Грекову, к трансплантациям живой костной ткани и к диезе Sauegruch'a.

Большая эрудиция автора совершенно не думит читателя, как это часто наблюдается в современных руководствах, переполненных именами, цитатами и ссылками, которые обычно только затрудняют чтение книги. К. в своем труде пользовался главным образом только классическими работами по костному тбс, числом 15-ю, которые он приводит в предисловии. Большое внимание уделил он отчетам различных санаторий и очень мало—журнальным статьям. В частности он безусловно сознательно не использовал многочисленные работы русских авторов, относящиеся к костному тбс.

Книга заключает в себе восемь глав: 1) предварительные сведения о заболевании костно суставного аппарата; 2) патологическая анатомия костно-суставного тбс (написана М. А. Скворцовым); 3) клиника его; 4) дифференциальная диагностика; 5) предсказание; 6) лечение; 7) результаты лечения; 8) организация помощи костно-тбс больным.

Интересно, что из 241 страницы текста 136 посвящены лечению. Этот отдел изложен действительно с исчерпывающей полнотой. Всякий хирург, пользуясь книгой, сможет лечить костно-тбс больных по тем принципам и методам, которые проводятся автором. Большое достоинство всех этих методов—их простота и деше-