

слишком много места, поэтому я ограничусь разбором основной работы— проф. Энтина.

В работе „Ротовой сепсис как клиническая и социальная проблема“ проф. Энтин, подчеркивая, что рот является наиболее частым источником инфекционных очагов, указывает на то, что эти источники игнорируются, „збываются даже тогда, когда предметом обсуждения является проблема сепсиса“. Автор считает, что одонтогенные очаги имеют значение не только патогенетического фактора ряда заболеваний, но и фактора, осложняющего течение многих заболеваний, не связанных с оральным сепсисом; он объясняет недооценку этих очагов клиницистами тем, что стоматология долгое время была оторвана от высшей медицинской школы, а также тем, что многие стоматологи „усыпляют бдительность и питают скептицизм“ клиницистов, считая „бессимптомное течение хронических апикальных парадентитов признаком излечения одонтогенного инфицированного очага“.

Задача, поставленная проф. Энтиным перед коллективом стационара, сводилась к основным двум моментам—выяснить: „1) как часто и в какой степени хирургическая санация полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов может быть рассматриваема как метод причинной и симптоматической терапии и 2) какие сдвиги клинического и биохимического порядка в течении болезни могут характеризовать форму связей стоматогенного очага с заболеваниями внутренних органов, и в какой степени эти сдвиги могут быть использованы для диагностики сенсibiliзирующего влияния на организм стоматогенных очагов“.

Больные (ревматики, нефритики и эндокардитики) при поступлении в стационар тщательно обследовались терапевтом, стоматологом, ларингологом, а в нужных случаях и урологом и гинекологом. После клинико-лабораторного обследования больного *ex consilio* решался вопрос об удалении у него одонтогенных или тонзиллярных очагов. Всего через стационар прошло 350 больных. Клинические данные убедили автора в том, что удаление стоматогенных очагов оказывает благоприятное влияние на течение процесса, особенно у ревматиков, но считая, что все хроничесептические больные находятся в состоянии сенсibiliзации, автор советует осторожно подходить к удалению очагов у них—не экстрагировать не больше двух зубов, после каждого вмешательства выжидать не меньше 5—6 дней, так как автор рассматривает это вмешательство как фактор гиперсенсibiliзации; обострение после вмешательства рассматривается автором как проявление гиперергической реакции, а ухудшение—как протрагированная анафилаксия.

Можно смело сказать, что ни в одной из работ, появившихся до сих пор у нас и за границей, этот вопрос не освещен с такой глубиной и полнотой.

Третий и четвертый отделы посвящены лечебно-профилактической и протезной стоматологии. Все эти работы проникнуты духом ревизии старого, локалистического подхода в стоматологии, проникнуты духом искания новых, более рациональных методов терапии, основанных на биологических свойствах среды, щадящих окружающие зуб ткани.

В этой книге найдут для себя полезные сведения клиницисты любой специальности; второй отдел этого сборника с интересом прочтет и терапевт, и хирург, и офтальмолог, и дерматолог, и педиатр—любой врач, интересующийся вопросами хронисепсиса.

Для стоматолога же эта книга, в которой серьезно и глубоко затронуты стержневые проблемы стоматологии, явится настольной книгой.

Издана книга хорошо, на хорошей бумаге, богато иллюстрирована.

Проф. Л. Линденбаум (Харьков).

Проф. С. А. Рейнберг, Л. М. Шейнфайн, архит. В. Г. Крейцер, архит. Б. А. Смирнов, Р. С. Левин. *Проектирование рентгеновского комплекса*. Под редакцией проф. М. И. Рославлева и Я. И. Некрасова, издан. треста „Ленпроект“. 1936 г. 56 стр. Цена 3 руб.

Развернутое строительство больниц, клиник или специальных лечебных учреждений, в которых рентгеновские кабинеты занимают видное место, ставит перед архитекторами, в большинстве своем мало знакомыми со специфическими особенностями нашего комплекса, задачу найти правильное расположение помещений, отведенных под рентгеновские кабинеты и их подсобные отделы.

Переход на стахановские методы работы диктует нам также рациональные формы размещения всей нашей аппаратуры в отведенных под рентгеновские кабинеты помещениях.

Отсюда понятно, что архитектор, врач-рентгенолог и рентгентехник должны совместно планировать рентгеновский комплекс, чтобы избежать того, чему мы теперь еще являемся свидетелями, когда приходится подгонять нашу аппаратуру под „отведенные“ для нее помещения. Заграничный опыт, к сожалению, нами мало используется в этом отношении. Обычно строят больницы по шаблону. Когда все уже построено, начинают распределять „жилоплощадь“ иногда так, что наиболее уступчивому претенденту-рентгенологу приходится очутиться в условиях, мешающих рациональному процессу в рентгенологическом производстве.

Чтобы предупредить подобные ошибки, авторы—рентгенологи и архитекторы—написали эту книжку в помощь архитектору. Я считаю, что и врачу она принесет пользу, так как заставит его осмыслить все свои производственные процессы и их рационализировать. Исходя из графика процессов, протекающих в рентгеновском комплексе, начиная с графика движений, совершаемых больным при входе в помещение и кончая графиком рентгенолога и его мед. и техперсонала, авторы дают описание всех процедур—просвечивания, снимков, лечения в рационализированном комплексе. В книжке также даны нормативы санитарно-технических условий, защиты от шума и лучей.

Книжка бесспорно нужная и полезная, но есть в ней свойственные каждой новой вещи недочеты, которые, надо полагать, будут устранены в следующем издании. Приводим некоторые.

Глава „Планировка рентгеновского комплекса“ занимает всего лишь 2 стр.

Здесь необходимо было бы шире осветить различные планировки и рассмотреть подробно их преимущеста и недостатки, а главное, дать схемы в разных срезах для различных типов рентгеновских комплексов, как это полагается для архитекторов. В этой главе нет ни одной схемы, в то время как в иностранной литературе очень много образцовых схем планового строительства рентгеновского комплекса.

Далее, от 5 авторов мы вправе были требовать и более подробной разработки отделов регистратуры, архива (1/2 стр.) и фотолaborатории (1 стр.). И, наконец, о схемах в книжке, их 19. Схема для архитектора, которому посвящена книжка, играет большую роль, так как она лучше всяких описаний дает ясное и четкое представление о конкретных вещах. Но надо сказать, схемы расположены весьма небрежно: неровные рисунки от руки, аппараты похожи на животных, а люди—на рыб... Даже врачу-рентгенологу трудно сразу ориентироваться. Необходимо, чтобы схемы в следующем издании были сделаны так, как подобает архитектору, помощью линейки, циркуля и рейсфедера.

Проф. Р. Я. Гасуль.

*Le Diabète Sucré. Questions controversées de clinique et de pathogénie.*  
Стр. 213. Masson et Cie, Paris, 1935. Цена 32 фр.

В этом сборнике, как указано в заглавии, рассмотрены наиболее спорные вопросы клиники и патогенеза сахарного диабета. Все статьи написаны врачами больницы св. Андрея в Бордо, а именно проф. М. Mauriac'ом и его учениками (Aubertin, Bessière, Broustet, Hirsch, Saric, M. и F.—J. Traissac). Мориак рассматривает детские гематомегалии с расстройствами роста и углеводного обмена. Он считает, что гликогеноз, описанный Gierke, Grevel'd'ом и Debré, бывает не только врожденным, но может появиться во втором периоде детства. Расстройство углеводного обмена может дойти до степени диабета. Отмечается задержка и остановка роста, тучность, значительное увеличение печени без увеличения селезенки. Правда, течение болезни хроническое, и больные могут жить долго, но жизнь эта жалкая, ибо вследствие своей тучности, маленького роста при большом животе эти дети имеют вид „ваньки-встаньки“; их нравственные страдания не меньше, чем физические. Брустэ подробно описывает диабетические комы без ацетонурии, останавливаясь особенно на их распознавании. Трессак дает картину юношеского диабета с сильной и короткой гипогликемической реакцией от инсулина и явлениями ацидоза. Эти формы не могут быть объяснены только поражением поджелудочной железы; несомненно, здесь участвуют и другие эндо-