

благоприятный лечебный эффект, большинство же тяжелых случаев заканчиваются летально (из 8 больных умерло 5). На результат лечения влияет время, когда начато применение стрептоцида, дозировка и длительность применения. Для лечения автор рекомендует применять стрептоцид как можно раньше и назначать рег ос по 0,3—0,5 до 3—5 раз в день, смотря по тяжести заболевания. В тяжелых случаях необходимо добавлять внутримышечное введение 1/4% раствора по 20—25 см³ ежедневно 1—2 раза до наступления улучшения. Применение стрептоцида следует прекращать не ранее 5—7 дней после падения t° до нормы, снижения количества лейкоцитов и исчезновения острых явлений заболевания. Автор подчеркивает профилактическое действие стрептоцида и настойчиво рекомендует его применять в акушерско-гинекологической практике, когда имеется опасность последующей инфекции. С указанной целью стрептоцид следует применять при затяжных родах, акушерских операциях и в др. подобных случаях, назначая его во время или сразу после родов (операции) внутрь по 0,3—3 раза в день и отменяя не ранее 5 дней после родов или операции.

Официальный оппонент проф. Р. Р. Гельтцер в своем выступлении обратил внимание диссертанта на некоторые недочеты стилистического характера и в литературном указателе, далее проф. Гельтцер указал на недостаточное освещение вопроса о механизме действия стрептоцида и на то, что экспериментальная часть должна была бы включить вопрос об изучении действия стрептоцида при различных разведениях культуры стрептококка. Значительный процент отрицательных результатов посева крови, офф. оппонент объясняет малым количеством крови, взятой для посева. В заключении проф. Гельтцер отмечает хорошее впечатление от содержания и оформления работы и считает диссертацию вполне удовлетворяющей требованиям, предъявляемым к диссертации на степень кандидата мед. наук.

Офф. оппонент проф. И. Ф. Козлов отмечает актуальность затронутой диссертантом темы, указывает на ряд достоинств в клинической и экспериментальной части работы. Проф. Козлов останавливается на некоторых стилистических ошибках и вполне присоединяется в оценке диссертации к предыдущему оппоненту.

Проф. Н. К. Горяев задал автору ряд вопросов по поводу изменения картины крови в связи с лечением стрептоцидом. Указывает на ценность комплексных работ, выполняемых совместно представителями разных дисциплин.

Проф. Герцберг указал на недостаточный перечень литературы о применении стрептоцида в хирургической практике. Отметил, что в своей клинике при применении стрептоцида внутривенно он не получает тромбозов.

Ряд врачей, присутствовавших на диспуте, указал на необходимость уточнить вопрос о механизме образования тромбозов, о механизме действия стрептоцида, объяснить участие ретикуло-эндотелиальной системы в действии стрептоцида и пр. Диссертант, ссылаясь в объяснениях на литературные данные, пояснил, что специально этими вопросами не занимался и что они могут послужить темой новых работ.

По окончании диспута Совет вынес решение о присуждении Л. С. Персианинову ученой степени кандидата мед. наук.

Л. А. Юрьева.

Библиография и рецензии.

Вьясцовский А. Ю. *Эрготизм. Классификация форм, клиника и патологическая анатомия хронического эрготизма*. Пермь, 1937 г. Цена 7 рублей. На основании личных наблюдений и данных литературы автор дает исчерпывающее изложение вопроса об эрготизме. Нашли свое отражение в монографии: история токсидемии эрготизма, включая эрготизм на Урале в 1926—1927 г., общая симптоматология и классификация эрготизма, данные лабораторного исследования при хр. эрготизме, психозы при эрготизме, патолог. анатомия хр. эрготизма, вопросы патогенеза, экспертиза эрготизма, профилактические и лечебные мероприятия в оказании помощи эрготикам.

Остановимся на психозах при эрготизме. Картина психоза при эрготизме довольно разнообразна. Кулик наблюдал восемь, а Лысаковский семь различных форм. Сам автор различает 7 групп: 1) интерпаритетальные явления, 2) галлюцинаторные переживания, 3) онейроидный синдром, 4) сумеречные состояния сознания, 5) сумеречные состояния сознания с оглушенностью, 6) изменения психической сферы с превалирующим нарушением аффекта, 7) дементные формы. А. при этом отмечает, что его классификация имеет целью скорее отразить все многообразие симптоматики, нежели дать замкнутые клинические схемы, и резюмирует: „психозы хронически протекающего заболевания, вызванного отравлением спорыньей, развиваются на органической основе“.

Большая часть психогических структур является прямым производным этого органического заболевания и вполне объясняется ими. Наряду с этими возможно формирование психопатических состояний, ближайшей причиной возникновения которых является экзогенная вредность, напр., инфекция.

Психозы, возникающие как производное органического процесса, ничего типичного у эрготиков не обнаруживают.

Подробно и критически излагается патология хр. эрготизма.

Резюме: Эрготизм отражает грубый органический процесс, распространенный диффузно, но с выраженными локальными акцентуациями, в нем принимают участие все ингредиенты мозговой ткани.

Многое в вопросах эрготизма остается неясным. Вопросы диагностики, экспертизы эрготизма, профилактики и лечения эрготизма излагаются в последней главе книжки. Даются указания к ведению военной и трудовой экспертизы эрготиков, обсуждаются профилактические мероприятия, сводящиеся в основном к ограждению больных от охлаждения, чрезмерного физического напряжения, от инфекции и интоксикации. Терапия—теплые ванны, внутривенные вливания хлористого кальция, спинномозговые пункции (выпускаются 8—12 см³ жидкости). Интравенозное введение 20% раствора сернокислой магнезии.

Проф. Галант (Хабаровск).

Проф. А. Е. Мангейм. *Патогенез, клиника и лечение послеродового лактационного мастита*. 93 стр. Минск, 1936 г. Цена 1 р. 20 к. Тираж 3.00 экз. В небольшой книжке излагаются основные сведения об анатомии грудной железы, патогенезе, клинике и терапии послеродового мастита. Имея двадцатилетний опыт, а. подверг разработке 128 случаев мастита, наблюдавшихся им в клинике за последние 2 года. Являясь сторонником теории лимфогенного происхождения маститов, а. довольно обстоятельно излагает различные теории этиологии и патогенеза послеродового мастита, а также подробно останавливается на происхождении, лечении и предупреждении трещин сосков. А. призывает к большой осторожности с кормлением ребенка при маститах и трещинах соска, рекомендуя отказываться от него при наличии у матери инфекции.

Гораздо бледнее изложена глава, посвященная клинике, профилактике, и особенно лечению маститов, в которых индивидуальное лицо автора скрывается за подробным перечислением множества имеющихся способов лечения и профилактики.

Следует, кроме того, поставить автору в упрек, что при изложении профилактики трещин соска, консервативных и оперативных методов лечения он недостаточно выявил показания для их применения.

В рецензируемой книжке мы находим обильное количество медицинского волапука, о котором недавно в „Советском врачебном журнале“ красочно писал доцент Антонов. Здесь мы встречаемся с злополучными „случаями“, которые поправляются и выздоравливают. Автор настойчиво эксплорирует, инцидирует, проводит кварцевание и т. д. В книге имеется значительное количество неправильных оборотов и выражений. Например: „нет более несчастных людей, чем те женщины, заболевшие маститом“; „кварц убивает микробы молока“; „наложено 20 разрезов“. Совсем комично выглядит сообщение автора о том, что „Лазаревич смазывает соски ароматическим спиртом“, „Дюрсен обливает их холодной водой“, „Выдрин обмывает груди 2 раза в день теплой водой и мылом и втирает 5% борный вазелин“ и т. д.

Весьма небрежно составлен библиографический указатель, в котором отсутствуют названия статей, нередко—год издания книг, номера журналов. Не следовало бы в нем пропускать известной диссертации Бушмакина и статьи проф. Миротворцева о маститах.