

личных питательных сред, думают, что среда Levinthal'a является наиболее удобной и приемлемой, однако, техника ее приготовления еще не подверглась окончательной разработке. Они видоизменили среду Levinthal'a, приготовляя ее с лопашиной или бараньей кровью и добавляя 1,8–1,85% агара. Вторая часть работы посвящена изучению продолжительности жизни гонококка на предметах жизненного обихода: губках, холщевых тряпочках и сосновых палочках. Наблюдали за жизнедеятельностью гонококков на этих предметах в различных условиях, т. комнаты, т. ледника и в термостате, авторы приходят к выводу, что гонококки в состоянии сохранять жизнеспособность на влажных губках, кусочках дерева и холщевых тряпочках в течение 24 часов при температуре комнаты; в культуральных жидкостях также, как и текучей воде, в течение этого же срока.

А. Дмитриев.

94. *Лечение мужской гонорреи грязью во внекурортной обстановке.* Грязелечение тесно связано в нашем представлении с обязательным пребыванием на курорте. В ей рах (Вен. и Дерм., 1928, № 6), на довольно большом материале (115 случаев) мужской гонорреи получила хорошие результаты от этого способа лечения и во внекурортной обстановке, пользуясь привозной грязью осенью и весной. Показаниями для грязелечения, по автору, являются подострые и хронически протекающие осложнения гонорреи (эпидидимиты, простатиты, артриты); наоборот, при острых осложнениях гонорреи от грязелечения получалось ухудшение процесса.

А. Вайнштейн.

95. *Диагностическое значение реакции Bordet-Gengou в клинике эсендской гонорреи.* Львов (Вест. Совр. Мед., 1928, № 21), обследовал на вышеуказанную реакцию 494 гоноррейных больных, у которых гонококк обнаружен только в 38,9%; в остальных случаях диагноз поставлен путем анамнеза, клиники и серологии. Открытая гоноррея (острая и хроническая) в общем дает 26% положительных реакций Bordet-Gengou, закрытая – 84%. Наиболее важный вывод: присутствие гонококка при открытой и закрытой гоноррее повышает % положительных реакций и т. обр. наличие гонококка сообщает организму известный иммунитет, что обнаруживается в крови вышеуказанный реакцией. А. Вайнштейн.

96. *Психогенные заболевания в урологии.* Лежнев (Урология, т. V, вып. IV, 1928) подчеркивает громадную роль психогенной травмы среди урологических больных (большинство которых является невротиками). Обращает на себя внимание тот факт, что часто причиной такой травмы является сам врач, неосторожный в своем обращении с больным („ятрогенные“ заболевания). „Моча у вас, как помой“, „Надо прилечь семенной бугорок“, „Не нравится мне ваша уретратермины, которыми щеголяет современный уролог и которые оставляют неизгладимый след в болезненной психике пациента. Рекомендуется психотерапия и сугубая осторожность в поведении врача.

А. Вайнштейн.

97. *Вопрос о неспецифических эпидидимитах* подробно разбирается в статье Печерского (Бенер. и Дерм., 1928, № 1). Правильность существовавшего ранее мнения, что неспецифические эпидидимиты заболевание весьма редкое, автор подвергает сомнению на основании изучения литературных данных, из которых выявляется, что за последнее время замечается учащение случаев этого заболевания. Сам автор за 2 года наблюдал 52 случая неспецифического эпидидимита ($\frac{1}{6}$ часть всех эпидидимитов, бывших под его наблюдением), где гоноррею и сифилис можно было с уверенностью исключить. Этиологически неспецифический эпидидимит есть понятие собирательное, охватывающее случаи различного происхождения. Из всех теорий, объясняющих развитие его, наибольшим признанием, по мнению автора, пользуется инфекционная. Бактериологическими исследованиями ряда авторов было с несомненностью установлено наличие микробной флоры в передней и задней уретре людей, никогда не болевших ранее гонорреей. Автор пытается объяснить происхождение неспецифических эпидидимитов попаданием в семявыносящие протоки этой флоры из уретры и занесением ее в придатки антiperистальтическими движениями протоков. Клинически эпидидимиты неспецифического характера отличаются относительной доброкачественностью и подострым течением без бурных воспалительных явлений. Н. Яснитский.

98. *Лечение эпидидимитов ихтиолом парентерально* рекомендуют Сокольский и Кенис (Врач. газ., 1928, № 3). 2% водный раствор ихтиола, стерилизованный кипчением, вприскивается каждые 2–3 дня внутримышечно.

начиная с 1 куб. сант. до $2\frac{1}{2}$ куб. сант. Общее число впрыскиваний 3—4. Уже через 2 суток после первого впрыскивания отмечается резкое ослабление болезненности, приданок значительно уменьшается в объеме, воспалительные явления стихают. Авторы наблюдали благоприятное действие впрыскиваний ихиола в 25 случаях острых и подострых эпидидимитов, из которых в 2 наступило полное рассасывание инфильтрата без применения местной терапии.

Н. Яснитский.

Библиография и рецензии.

Участковые медработники. Изд. ЦК Медсанитруд. М. 1928.

Под таким названием вышел сборник материалов по изучению труда медицинских работников. В сборнике помещены следующие статьи. В. Р. Хесин, М. С. Паннулов и Ф. Л. Голике обследовали санитарно-гигиенические условия работы, нагрузку и режим труда, бюджет и некоторые вопросы быта участковых медработников Московской губ. Санитарно-гигиеническое обследование сводились к обычному санитарному описанию больницы и рабочих помещений. Нагрузка и режим труда определялись путем хронокарты с записями распределений рабочего времени и дежурств, записями фактически выполняемой в рабочее время работы. Для выяснения питания велись записи в течение 7 дней пребывания обследователя в данном участке и перечислялось на месячный период. Остальные вопросы выяснялись анкетным путем. В результате такого обследования авторы находят, что санитарно-гигиенические условия работы в целом ряде участковых б-ц неблагоприятны. Отмечается наличие переработки у всех групп медработников, которую следует изжить не только увеличением штата, но и рационализацией работы. Обращает на себя внимание недостаточное питание младшего медперсонала и малая жилищная площадь. Обследованные участки дают благоприятную картину в отношении радиуса обслуживаемого участка. Выездная работа в них вообще невелика.

По предложению Центрального научно-консультативного бюро д-р З. Л. Эпштейн изучал труд сельских медработников Одесского округа. Обследовались наиболее типичные медучастки с больницей в 20, 10 коек и чисто амбулаторные. Производился хронометраж работы наиболее типичных представителей сельского персонала и экспериментальное исследование утомляемости. Автор считает, что работа сельского медперсонала протекает в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях (недостаточность помещений, несоответствие помещений своему назначению, недостаток кубатуры, пыль и грязь, наносимая больными, низкая температура зимой и высокая летом и пр.). Состав больных и окружающая психологическая атмосфера создают весьма нервную, напряженную обстановку работы, что благоприятствует нарастанию умственной утомляемости персонала. Длительность рабочего дня по своей средней величине значительно превышает установленные для медперсонала нормы. Содержание работы старшего и среднего медперсонала характеризуется большим разнообразием обязанностей. Бюджет рабочего времени сельских врачей отличается превалированием амбулаторного приема над всеми другими видами работы. Амбулаторный прием сельских врачей характеризуется: а) укомплектованностью времени, затрачиваемого на него, а именно: основная работа составляет значительную часть всего приема— 48% — $60,7\%$; вспомогательная работа 7% — $12,7\%$; дополнительная работа— $22,5\%$ — $28,3\%$, из коих время, падающее на письменную работу, составляет почти $\frac{1}{5}$ часть всего приема, на отдых остается 3% — $17,9\%$, из коих на ожидание уходит $1,1\%$ — $4,3\%$; б) значительной интенсивностью темпа работы, зависящей от недостатка времени и перегруженности; в то же время в) сравнительно небольшим количеством времени, затрачиваемого на одного б-го ($3'53''$ — $6'$), причем сокращение это идет не столько за счет полезной (опрос, осмотр, назначение), сколько за счет вспомогательной и дополнительной работы; г) сравнительно высоким процентом времени, затрачиваемого на работу, требующую умственного напряжения (64% — 81%).

И, наконец, третья статья этого сборника разбирает бюджет времени участкового врача (Э. Г. Генкин). Для этой цели был использован метод заполнения хронокарт самим испытуемым путем записи в течение 2-х недель подряд. Этот метод нельзя считать вполне объективным, так как записи делал сам обследуемый. Обработка подверглись 90 хронокарт с небольшим процентом дефектов. Из обследованных врачей $76,7\%$ работают на участках с одним врачом и лишь $23,3\%$ —работают на участках, где имеется два и больше врачей. Продолжительность рабо-