

61(08)

Ф

1-56

Δ

Х

514128

Збірник математично-
природотисно-лікарської секції
наукового товариства ім. Шевченка
т. III, вип. 2, 1901

100334 1934

RECEIVED
IN THE OFFICE OF THE
RECORDS AND COMMUNICATIONS

RECEIVED

RECORDS AND COMMUNICATIONS

~~307085~~

Обов'язковий примірник

61/08/11
1-56
НТШ 345
3823

Видавництво Наукового Товариства ім. Шевченка у Львові. укр

ЛІКАРСЬКИЙ ЗБІРНИК

ПІД РЕДАКЦІЄЮ

Д-ра Євгена Озаркевича.

Том III. — Випуск II.

ПЕРЕСОБ. 2016-

MEDIZINISCHE SAMMELSCHRIFT

redigirt von

Dr. Eugen Ozarkiewicz.

Band III. — Heft II.

У ЛЬВОВІ 1901.

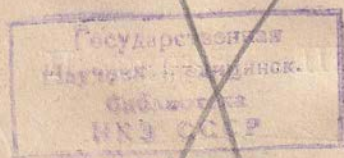
Накладом Наукового Товариства імені Шевченка.

з друкарні НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА ІМЕНІ ШЕВЧЕНКА
від зарядом К. Беднарського.

517/128



61/08)



3070 85

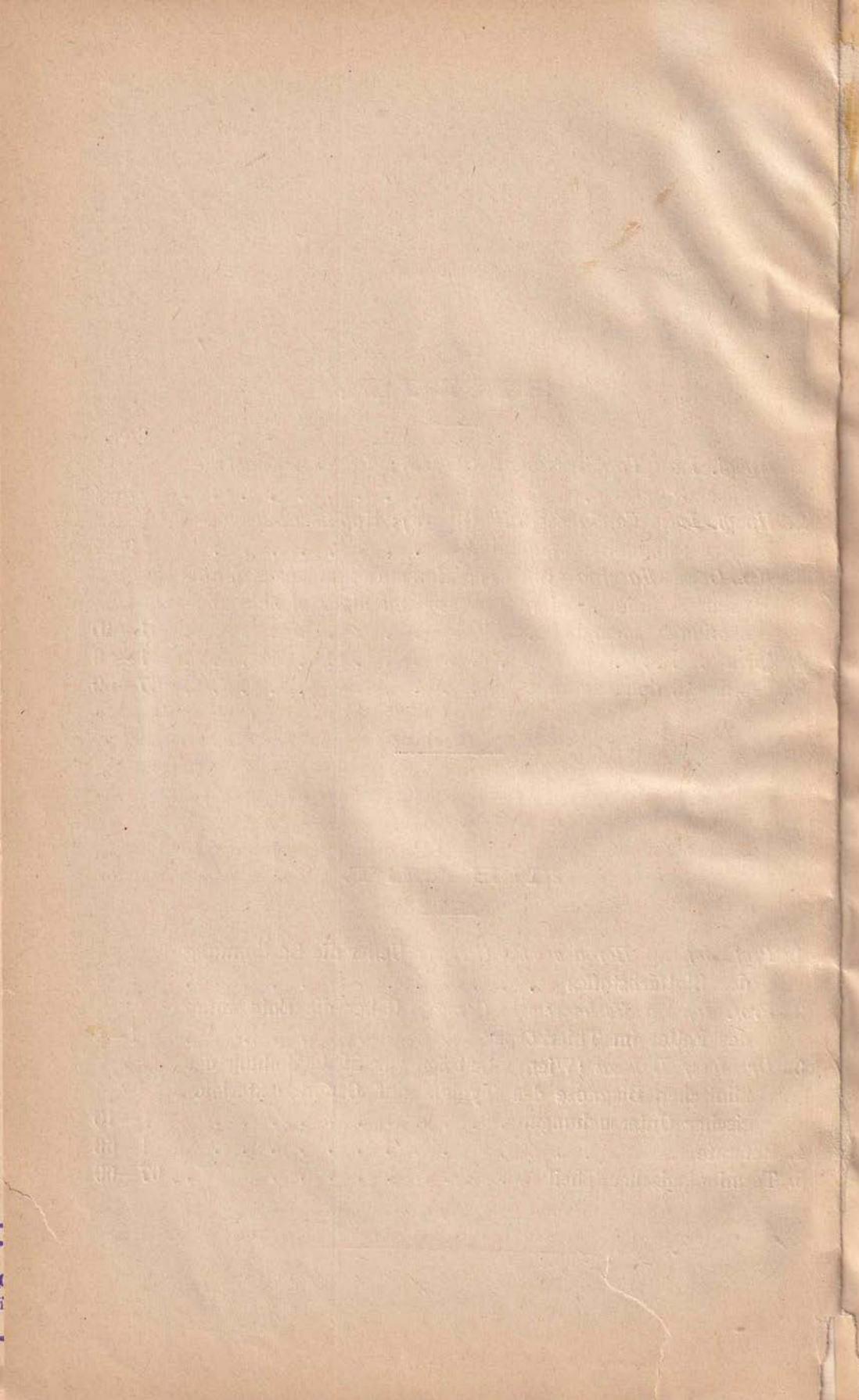
Республіканська наукова бібліотека
бібліотека ім. Д. Г. Ульянова
МОЗ УРСР
252017 м. Київ, вул. Тарасової № 7
№ 1

З М І С Т.

	Стор.
1. Проф. Іван Горбачевський (Прага): Про виказане за- краски крови	1—4
2. Проф. Іван Горбачевський (Прага): Про повстанє тов- щи в звіриннім організмі	1—4
3. Др. Осип Дакура (Відень): Причинки до певного ста- влення клінічної діагнози тифа на підставі бактеріо- логічних дослідів	1—10
4. Звіти	1—66
5. Термінологічна частина	67—69

I N H A L T.

1. Prof. Johann Horbaczewski (Prag): Ueber die Bestimmung des Blutfarbstoffes	1—4
2. Prof. Johann Horbaczewski (Prag): Ueber die Entstehung des Fettes im Thierkörper	1—4
3. Dr. Josef Dakura (Wien): Beiträge zur Sicherstellung der klinischen Diagnose des Typhus auf Grund bakteriolo- gischer Untersuchungen	1—10
4. Referate	1—66
5. Terminologischer Theil	67—69



Про виказанє закраски крови.

Написав Проф. Др Іван Горбачевський.

Хемічне виказанє закраски крови для судово-лікарських потреб не переводить ся ще й тепер завсїгда систематично і в цілком відповідний спосіб. Найбільше дослідувачів задовольє ся виконанєм реакції Тайхмана; в новійших часах бувала поручена з многих боків дуже горячо гемохромогенна проба, а в послїдних роках звернув Краттер і єго школа на се увагу, що головно в тих случаях, де кров була виставлена на високу теплоту, можна виказати закраску крови при помочи гематопорфиринної проби — через розпущене зміненої крови в концентрованій сірчаній кислоті при чім сей розчин показує спектрум гематопорфирину.

Не вважаючи на ті случаї, де з браку материялу не можна нічо більше виконати хіба пробу Тайхмана, є нинішне поступованє при виказаню закраски крови, при чім уживає ся лише одна або друга проба, цілком не відповідне. Правдиво слущна дорога при дослідї закраски крови така, як при дослідї всякої иньшої хемічної сполуки т. є треба намагати відокремити її а опісля виказати її всілякими характеристичними реакциями.

Коли би хемик при дослідї пр. арсену або якого алькальїду вдовольив са лише одною реакцією назвалибсьмо таке поступованє несумлінним. А коли при виказаню закраски крови заєдно діє ся, що виконує ся лише одну реакцію, то те неважасмо недостаточним. З дотичної літератури бачимо, що поодинокі автори мають свої особливо милі їм проби, котрі вони вважають за найліпші і уживають їх у всіляких через них поданих змінах. Коли одначе який не конце вправний аналітик уживає лише одной проби, то може дуже легко дійти до хибних вислїдків.

Кожний хто приміром багато мав діла з пробою Тайхмана знає, що та проба особливо в руках не дуже досвідного аналітика може дати вислідки, котрі чи то в додатнім чи уємнім напрямі можуть бути хибні.

Жадане проте, щоби при виказаню закраски крові уживати усіх реакцій, котрі лише в данім случаю дадуться виконати, є не лише слушне але навіть конче потрібне.

Виказане закраски крові у всіх предметах повинно бути проте переведене всіма методами, котрі бувають уживані в фізіологічній хемії.

Коли маємо перед собою незмінену закраску крові (гемоглобін зглядно окис-гемоглобіну) то можна її перш усього розпустити в чистій дестильованій або дрібною соди легко залькалізованій воді. Треба дбати про те, щоби сей розчин був що змога чистий, що звичайно поведе ся через часте процідженя а в случаю потреби через центрифугу.

Спектрум окису гемоглобіну є слідне навіть в дуже тонко розпущенім розчині. При дуже великім розпущеню розчину треба брати грубшу верству течі. До того надають ся такі рури поляризаційного приряду де можна оглядати малу скількість течі (15—30 см) зглядно в грубій верстві (10—20 см).

Коли стверджено спектрум окису гемоглобіну то перемінює ся через редукцію окис гемоглобіну в гемоглобін і стверджує ся знов его спектрум. Треба при тім знати, що се спектрум багато менче чутке, як спектрум окису гемоглобіну. Лучає ся проте, що по редукції якого дуже розпущеного розчину, котрий давав ще дослідиме спектрум окису гемоглобіну, не можна відтак бачити спектра гемоглобіну. Важне є те, чого уживаємо до редукції, бо при дальших дослідах можуть повстати дуже не пожадані перешкоди, коли ужито до редукції яке звичайно до того уживане средство (сірчанамону, соли під-железаві [Eisenoxydulsalze]). Найліпше надає ся до того розчин гідросульфиду соду (Natrium hydrosulphid), котрий можна собі дуже живо зладити, коли кинемо на хвилю до концентрованого водного розчину квасеного підсірчикового соду (schwefligsaures Natron) кілька кусників цинкової бляхи, не допускаючи доступу воздуха. Кілька капель того розчину редукують швидко окис гемоглобіну. Оглянувши те в спектроскопі додає ся до розчину кілька капель концентрованого луку. В тій хвили виступає спектрум гемохромогену, котре знов є незвичайно чутке. Спектрум гемохромогену може виступити дуже виразно навіть тоді, коли спектра гемоглобіну зовсім не було слідно. Відтак мішає ся

теч через потрясене з воздухом, котру до тепер бережено від доступу воздуку. Гемохромоген щезає і при достаточній концентрації показує ся спектр алькалічного розчину гематину, котре одначе далеко менче є чутке як спектр гемохромогену і проте в дуже розпущених розчинах не являє ся взагалі. З сего розчину можна відокремити гематин, скоро єго заквасить ся оцтовою кислотою а повставший осадок процідить ся. Розчин витряє ся оцтаном етилю а по відпарованю розчину лишає ся гематин. А що і в осадку може бути гематин проте треба і єго в тім напрямі розслідити. Сухий останок оцтану етилю і висушений по оцтовій кислоті повставший останок піддає ся через довший час — до 24 годин — діланю малої кількості концентрованої сірчаної кислоти. Наступає розпущене а повставша, в разі потреби через асбест або шклянну бавовну проціджена теч, показує гарне спектр квасного гематопорфірину, котре знов є дуже чутке. На случай якби сей розчин не був чистий і давав не виразне (але притемнене) спектр треба гематопорфірин відокремити. В тій цілі розпускає ся сей розчин ще більше водою і нейтралізує ся лугом, відтак заквашує ся оцтовою кислотою і квасну теч витряєє ся оцтаном етилю. З отриманого розчину переводить ся гематопорфірин через трясене розчину оцтану етилю з 5% сільною кислотою до сеї кислоти. Коли озьме ся мало сільної кислоти то показує вона сильне спектр. По залькалізованю сего або первісного розчину квасного гематопорфірину можна дістати ще спектр алькалічного гематопорфірину, котре одначе менче чутке від квасного, так що воно удає ся лише тоді, коли є не замалі кількості гематопорфірину.

Коли в предметі дослїду находить ся вже розложена закраска крови то не дасть ся з него виказати ані окис гемоглобїну ані гемоглобїн — головно не дасть ся закраска крови розпустити ані у воді ані в розведенім розчині соду. В такім случаю треба взяти до розпущеня закраски крови, як коли треба, більше або менше концентрований луг. Тоді нема в розчині більше окису гемоглобїну лише гематин, взгядно коли би закраска крови була ще більше розложена: гематопорфірин.

Гематин і гематопорфірин виказує ся в спосіб вище описаний т. є: розчин по можности чистий дослїджує ся спектроскопом. Виразне спектр видно лише в тім случаю, як є троха більше гематину. За придачою гідросульфїду соду показує тепер вже зачервенений розчин, виразне спектр гемохромогену, коли є лиш мала дрібка гематину. Дуже заничищені розчини гематину заквашує ся вперед оцтовою кислотою і витряєє ся оцтаном етилю а позіставший останок роз-

пускає ся по відпарованню оцтану етилю в лузі, редукує ся і аж тоді досліджує ся спектроскопом, відтак піддає ся єго по відпарованню діланю концентрованої сірчаної кислоти і стверджує ся витворене гематопорфірину. —

Коли розклад закраски крови поступив аж до витворення гематопорфірину то розпущений у лузі предмет дослід у містить у собі алькалічний гематопорфірин і показує характеристичне спектр, котре одначе є менче чутке як спектр квасного гематопорфірину. Треба проте сей розчин заквасити сильно сільною кислотою, на чисто проїдти і шукати спектр квасного гематопорфірину. В разі потреби неутралізує ся первісний алькалічний або заквашений розчин, заквашує ся оцтовою кислотою, витрясує ся оцтаном етилю і досліджує ся останок.

Спосіб поручений Краттером піддати предмет дослід діланю концентрованої сірчаної кислоти і дослід того розчину а взглядно напучнілих має спектроскопом, може лише виїмково довести до пожаданих вислідків, бо концентрована сірчана кислота змінює прочі складники предмету так значно і дає звичайно так сильно на чорно або гнідо закрашені продукти розкладу, що отримані розчини не надають ся більше до дослід у спектроскопом.

Звичайно удає ся, більше або менше змінену закраску крови, розпустити в лузі — скороби не удало ся в лузі цілком розпустити то можна предмет піддати діланю алькоголю, котрий має в собі сірчану кислоту, а отриманий розчин досліджувати або впрост, або по відпарованню алькоголю взглядно відокремленню закраски крови оцтаном етилю із розчину заквашеного оцтовою кислотою.

Так як нині наука стоїть, то вказане закраски крови не є вже більше можливе, скоро розклад поступив так далеко, що вже і гематопорфірин не дасть ся вказати.

Розуміє ся само собою, що при кождім досліді треба уживати і пробу Тайхмана. Можна її виконати або впрост в предметі дослід, або в гематині відокремленім оцтаном етилю. В посліднім случаю може вона ще удати ся, хочби не давала в первіснім предметі дослід додатнього вислідку.

З шпиталю Вільгельміни у Відни, Оттакрінг, директор Др. І. Тельг.

Причинки до певного ставлення клінічної діагнози тифа на підставі бактеріологічних дослідів.

Дра Осипа Дакури,
секундаря шпиталю

Клініцистів і бактеріологів все ще займає питанє вчасного а певного розпізнання тифа. Коли в значній мірі в перебігу черевного тифа не завсїгди вповні виступають его звичайні клінічні появи і коли ніякий з них сам про себе не є рішачим, то по відкриттю Ебертом 1880 р. властивого справника недуги думано зовсім слушно, що найпевнішою коли не одинокою ознакою недуги було би вказанє у хорого еще за життя тифового прутня. Належало лише тепер придумати відповідне підложе для Ебертового прутня, на яким міг би він розвивати ся окремо. І дійсно вскорі повстали ріжні мішанини і сполуки зі знаних і нових живних матерій, з поміж яких квасний бараболяний гелятин впроваджений в табличках через Гольца і Ельснера, був найбільше звисний і розповсюднений. Однак досвїди з ними не давали завсїгди пожаданих успіхів і тому повитано зі зрозумілим одушевленєм метод Відаля, що опирає ся на прикметі цїпнення крови. Також і метод Відаля як і на иньших основах опертий метод Ерліха оказав ся не у всіх случаях певним і нехибним.

В найновішій часі а іменно по раз перший 25. січня 1899 р., по раз другий 30. жовтня тогож року, звісний берлінський бактеріолог Макс Пьорковський оповістив в лікарськїм товаристві про винахід нового живного підложя для культивування тифового прутня і бактерей грубої кишки (*bact. coli*) і вислїди свої скріпив мікроскоповими демонстраціями.

Вже 1896 р. працював Пьорковський над мочеви́м підложем в різних комбінаціях, яке мало би відрізнити прутень Еберта від *bact. coli*. По довголітній праці, досьвідах і пробах придумав він певного рода живий субстрат а до того зовсім простий спосіб поступованя. При тім не обмежувався лише на відрізненню тифового прутня від *bact. coli*, но також думав над розпізнанем черевного тифа, опертїм на самих бактериях. Їго підложе складає ся з мочи, з'алькалізованої через кількоденвне стоянє, змішаної з $\frac{1}{2}\%$ пептону і $3\frac{3}{4}\%$ гелятину. Сю мішанину процїджує ся в звїсний спосіб і стерілізує ся, відтак додає ся до сего живного субстрату частини калу від недужого, підозрілого на тиф, і робить ся розріджене першого і другого ступня а опісля виливає ся на таблички. Защеплені таблички ости́джує ся і вставляє ся до скринки, огріваної сталою температурою від $21-22^{\circ}$ С. Вже по 16—20 годинах видко макроскопово зовсім маленькі, біло-жовті точки. Під мікроскопом при середнім побільшеню бачить ся, крім розпадових частин, гнідаві, округлі або овальні о острих берегах образи, які суть нічим иньшим як кольонїями *bact. coli*. Біля тих бачити можна малі, батїжковаті форми, воднисто-яєні кольонїї. Кольонїї ті суть дрібно-зернисті з 4—6 випустками, виходячими звичайно з обох бігунів і сягаючими в глѳб підложя. То суть власне прутні тифа. Розуміє ся, що Пьорковський стверджував в знаний спосіб тожсамість вигодованих на сих табличках зародків. До жовтня минувшого року розпоряджав він 40 случаями, що їх розпізнав при помочи свого методу. Публікації Пьорковського викликали в кругах бактеріологів певного рода заїнтересованє а багато авторів в першій мірі берлінських піддали вскорі їго метод докладним пробам.

Зараз по першій відомості про нове підложе переведено над нею досьвіди в інституті Пастера під проводом Мечнікова. Опісля займав ся тим Віттіх з Кассель, випробовуючи новий метод в 6 случаях тифа. Він доходить до висновків, що сей метод не відповів, на жаль, ожиданим надїям, бо після їго досьвіду мікроорганїзми вигодовані з калу недужих на тиф дають на мочеви́х табличках подібний образ, як і мікроорганїзми від недужих, що певно не хорували на черевний тиф.

Мої досьвіди дотичать 15 на певно сконстатованих случаїв тифа і 6 случаїв иньших недуг (двох недужих на легки, двох на остре запалєнє нирок і двох з острим нежитом кишок); сих шість послїдних ужив я для евентуальної контролї.

Понизше подаю зовсім короткі історії недуг:

Назва недужого	День за- неужання	День приняття	Перебіг недуги	Досліди над калом на мочевих табличках Пьорковського
1. Л. Ш. 30 літ особа занята в робітні цвѣтів.	$\frac{1}{7}$ 1899	$\frac{10}{7}$ 1899	Індивідуум слабо збудоване і дідично обтяжене. Sensorium не заняте. Болі голови. Bronchitis diffusa, roseol-ю можна доглянути, селезінку годі вимацати, кал твердий. Горячка 39°C . Діагностична позитивна. Без ускладнень вилічений опустив шпиталь $\frac{27}{8}$ 1899 р.	Досліди над калом на Пьорковського мочевих табличках раз підприємно, однак без успіху, бо підложе у всіх трох табличках розплило ся і стало безужиточне.
2. Фр. З. 20 літ робітник.	$\frac{2}{7}$ 1899	$\frac{13}{7}$ 1899	Слабосильний. Sensorium заняте. Розлятий катар дихальних. Живчик скорий 120. Віддих прискорений. Язик обложений, вохкий. Roseola. Селезінка збільшена. Плинні тифові відходи. Горячка $39-9^{\circ}\text{C}$. Діагностична сильно додатна. Помер $\frac{29}{8}$. Вислід посмертної секції: черевний тиф.	Методу Пьорковського приміняно два рази. Видні характеристичні округлі колонії bact. coli, не слідно розволокнених неправильних кольоній тифового прутня.
3. І. І. 48 літ робітник.	правдо- подібно $\frac{13}{8}$ 1899	$\frac{17}{8}$ 1899	Сильно збудована і добре відживлена особа. Sensorium не заняте. Горячка $39-9^{\circ}\text{C}$. Живчик 100. Віддих нормальний, кашель. Язик обложений, вохкий, сліди нежити озьяков. Селезінка збільшена. В часі цілковитого перебігу недуги не слідно roseolae. Кал твердий. Діагностична слабо додатна. Вилічений опустив шпиталь $\frac{26}{8}$ 1899.	На заціпленні $\frac{20}{8}$ калом мочевих табличках показали ся по двох днях характеристичні кольонії bact. coli. Рідко бачити можна розволокнені неправильні ясної краски образи.
4. К. Е. 31 літ приватна особа.	$\frac{13}{8}$ 1899	$\frac{22}{8}$ 1899	Сильна і добре відживлена особа. Жалує ся на сильні болі голови і пригноблене. Sensorium в части заняте. Мірний нежит озьяков. Селезінка збільшена, декуди roseola. Характеристичний трикутник на сухім язичі. Часті, плинні відходи. Діагностична додатна. Горячка 40°C , по шістьох тижнях рецедив. Вилічена опустила шпиталь $\frac{5}{12}$ 1899.	Два рази проваджено бактеріологічні досліди методом Пьорковського. За першим разом були видні лиш великі, круглі, гнідаві колонії bact. coli. За другим разом також видно було батіжковаті кольонії тифового прутня.

Назва недужого	День за- неужання	День принята	Перебіг недуги	Досліди над калом на мочевиных табличках Пьорковського
5. М. Л. 37 літ прачка.	20/9 1899	27/9 1899	Добре розвинена і добре від- живлена особа. Рухи свободні, скаржить ся лиш на болі го- лови і розвільнене. Язик сильно обложений і сухий. В околиці сліпої кишки крюкане. Селе- зінка значно побільшена, rose- olae нема. Горячка 38.6° С. Живчик повільний. Roseolae показали ся доперва тиждень пізнійше. Видічена опустила шпиталь 28/10 1899.	Ще перед виступле- нем roseolae перепрова- джено пробу з таблич- ками Пьорковського з до- датним вислідом для обох родів бактерій.
6. П. П. 19 літ колод'їй.	5/10 1899	12/10 1899	Слабий, худий хлопчина, ні- коли еше не був хорий, жалув ся на кашель і болі голови. Відповіді докладні, спосіб го- ворення розумний. Sensorium підчас цілої недуги не заняте. Язик мало обложений, білий, в пізнійшій перебігу сухий з характеристичним трикутни- ком. Столець запертий. Селе- зінку годі вимацати, брак rose- olae. Живчик повільний і до- брий. Горячка сягає 39° С. Брак дізореакції. Пізнійше пока- зали ся розсіпані roseolae. Опустив шпиталь 12/12 1899 р. як реконвалесцент.	Три рази заціплені частини калу на моче- вих табличках показали у всіх трох родах і у всіх трох розрідженнях характеристичні кольо- ніі bact. coli. Кольонії тифового прутня висту- пили мабуть лише раз, при чім проба сконста- тована ідентичности ти- фового прутня не уда- ла ся.
7. Ф. Г. 27 літ.	поча- ток марта 1900	13/3 1900	Зле відживлений, вузкогруд- ний, рахітичний, цілком без- притомний, delirium. Зіниці слабо реагують, віддих по- верховний і скорий. Живчик 120, нежит озаяок, селезінка побільшена. Ціле тіло розсіяне густо roseol-єю. Горячка 39.6° до 41° С. Випущена цівником моч виказує сильну дізоре- акцію. Скоро наступили кро- вавi відходи а до того крова- влене з носа. Відлежане і смерть наступила 24/3. Секція вика- зала: черевний тиф.	Пробу з калом робле- но раз. По 36 годинах показали ся образи обох видів кольоній, описаних Пьорковським. Закрашені препарати обох імовірно родів мікроорганізмів бу- ли майже схожі.

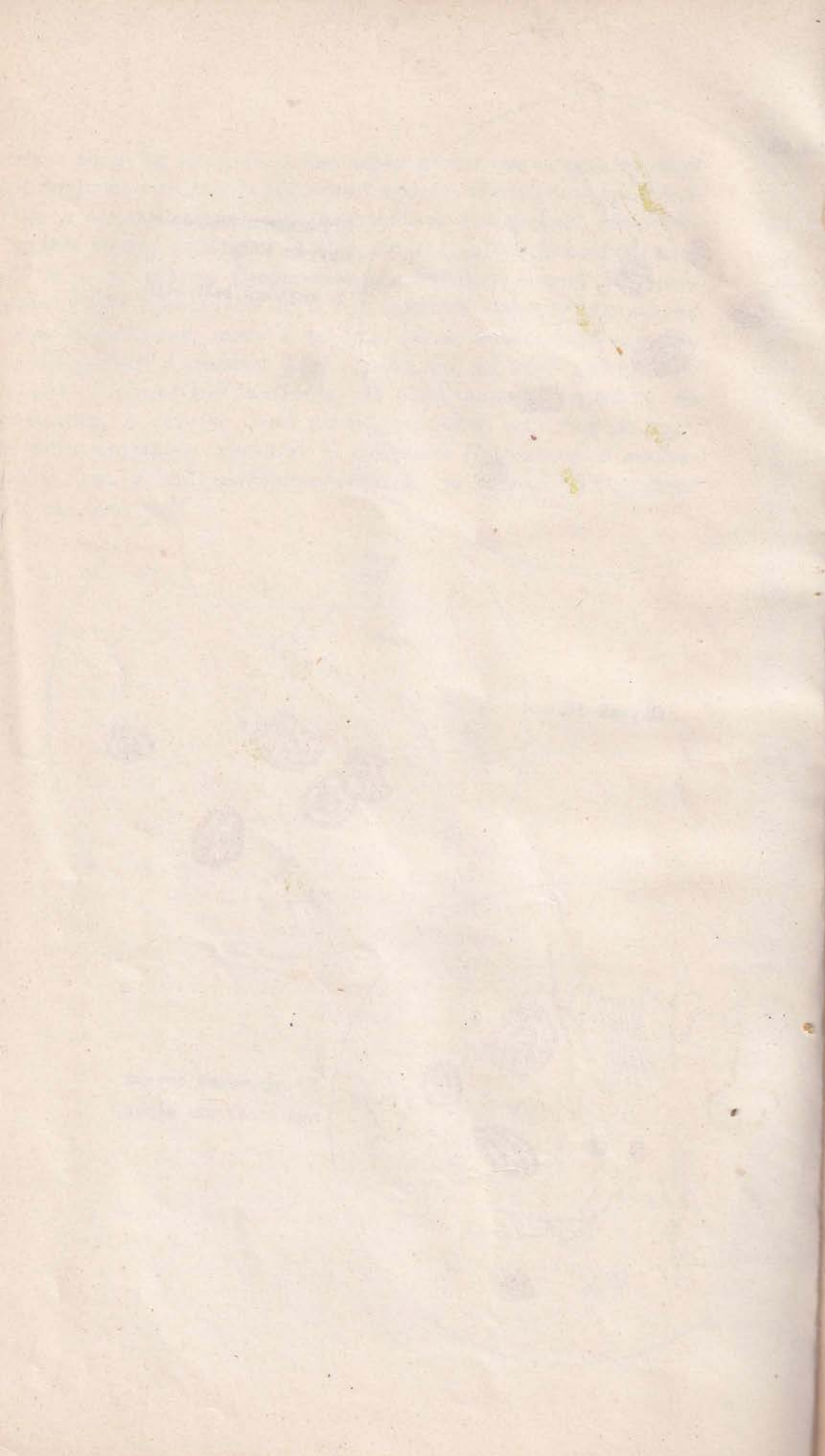
Назва недужого	День за- неужани	День приння	Перебіг недуги	Досліди над калом на мочевиx табличках Пьорковського
8. І. Па. 16 літ сюсар.	поча- ток марта 1900	$14/3$ 1900	Індивідуум слабе, недочуває, легко розсіяне, сильно кашляє. Язик сильно обложений, сухий, дрожить. Живіт легко здутий, в околиці сліпої кишки кривана. Селезінка початково мала, щоденно зростає і по тижневи стає ся дуже великою. Місцями видні roseolae. Характеристичні плянні відходи. Діазореакція додатна. Пізнійше кровавниця з носа, кроваві відходи і віддежини. Мимо того поводи підніс ся і опустив шпиталь при кінці мая цілковито вилічений.	Метод Пьорковського примінювано три рази: $20/3$, $18/4$, $3/5$. При перших двох разях були видні округлі і розволокнені неправильні кольонії в малім числі. При останнім разі видні були лише образи темно-жовтої краски.
9. А. Кр. 38 літ урядник.	$8/3$ 1900	$16/3$ 1900	Сильний, хотяй худий турист, ніколи перед тим не хорував. Скажись ся на болі голови і охляість. Зіниці вузкі і слабо реагують. Язик обложений, вохкий, живіт запалий. Столець віддає тяжко. Селезінка побільшена. В протягу цілої недуги брак roseol-і. Горячка доходить 39.9°C . По кількох днях наступило delirium, маячив і падавав безустанно, неспокійний, вставав з ліжка а в кінці попав в безпам'яття. Пізнійше виступила діазова реакція, кроваві відходи, на багатьох місцях віддежини а $14/4$ наступила смерть. Секції не було	Мочеві таблички заціплювано калом два рази: $29/3$ і $4/4$. Кольонії bacilli виступили численно, характеристичних образів для тифового пруття неслідно.
10. Р. Р. 13 літ школяр.	ОКОЛО $6/3$ 1900	$16/3$ 1900	Добре розвинений і відживлений хлопець, порушає ся зовсім вільно, жадує ся на сильні болі голови і розвільнене. Язик вохкий, легко обложений, живіт легко здутий. Селезінка дуже велика, але тверда. Численні roseolae. Горячка 38°C . Діазова реакція слабо додатна. Відходи плянні. Недуга перейшла скоро, щасливо і без комплікацій. Вийшов вилічений зі шпиталю $14/4$.	Досліди методом Пьорковського перепроваджено два рази з уємним успіхом. Образ був неясний і не мож було нічого докладно розрізнити.

Назва недужого	День за- неужаня	День приння	Перебіг недуги	Досліди над калом на мочевих табличках Пьорковського
11. А. Г. 30 літ мужик.	імо- вірно не- дужий цілий місяць март	$16/3$ 1900	Дуже сильний і добре від- живлений мужчина, вповні при- томний, жалуге ся на розвіль- нена, біль голови і м'яснів. Язик легко обложений, селезінка мало що побільшена, брак го- seolae. Відходи плинні 6—10 денно. Горячка до 39°C . Діазова реакция додатна. Перебіг недуги був взагалі легкий без комплі- кацій. Як реконвалесцент опу- стив шпиталь в середині мая.	Роблено два рази до- сліди над калом методом Пьорковського: $26/4$ і $5/5$. В поли виджені було видно численні, округлі, неправильні види і роз- волокнені кольонії. Про- би сконстатовані тожса- мості дотичних бактерій не удали ся.
12. М. П. 31 літ особа приватна.	$26/3$ 1900	$2/4$ 1900	Сильна жінка, зголошує ся по причині кашлю і болів че- рева Sensorium не заняте. Го- рячка 39.8°C . Столець запертий що кілька день. Язик обложе- ний, сухий. У легких сильний нежит озявок. Живчик звіль- нений. Живіт вздутый, болю- чий, околиця сліпої кишки та- кож болюча, також крюканє. Селезінка побільшена. Діазова реакция додатна. Навіть в піз- нійшій перебігу недуги не по- казали ся roseolae. Характе- ристична для тифа горячка. Не- дужа подужала скоро і опу- стила шпиталь $10/5$ 1900.	Зваживши, що появи недуги виступали у хо- рої так мало виразно, було для мене інтерес- ним виказати, чи метод Пьорковського буде мати тут який успіх. Три рази щипив я мочеві таблички частинами калу, по раз третий навіть в безго- рячковім часі. Всі три рази бачив я лише гні- даві, великі, округлі кулі кольонії <i>bact. coli</i> , хо- тий місцями також видно було малі, збиті, розпа- тлані з випустками обра- зи, немовби при дійсних тифових прутнях. Проба сконстатована тожсамо- сти бактерій не удала ся.

Назва недухи	День за- недухи	День принят	Перебіг недуги	Досліди над калом на мочевих табличках Пьорковського
13. А. С. 16 літ нездо- служниця.	від поло- вини марта чує ся нездо- рова.	$\frac{9}{4}$ 1900	Нижня дівчина жалує ся на боді голови, блюванє, розвіль- ненє, ожляість. Краска шкіри бліда, слезна болона на губах суха і попукана. Язик обло- жений, сухий, з характеристич- ним трикутником. Sensorium не заняте. Живіт легко вздутый, вражливий, виразне крюканє. Селезінка велика, але тверда. Горячка висока до 40°С. Діа- зова реакція додатна. Roseolae, яких з початку не було видно, показали ся пізнійше численно. По трох тижнях перестала го- рячкувати. Тому що, на жаль, потайки їла булку, дістала ре- цедив з delirium. Відлежени і цілковитий занепад. Хвилево — з початком червня — стан єї поліпшив ся.	Метод Пьорковського пробовано три рази. По раз перший проба була без успіху, бо підложє розплило ся. Два другі рази з дуже гарним успі- хом, а передовсім в часі рецидиву. На жаль одначе і в тім случаю не міг я сконстатувати тожсамо- сти припускаємих тифо- вих прутнів у розволок- нених колоніях.
14 А. П. 28 літ особа приватна.	$\frac{2}{4}$ 1900	$\frac{9}{4}$ 1900	Мірної будови тіла і мірного відживленя. В дитячім віку переходила багато недуг. При принятю робить вражінє збен- теженої, йойкає і падькає, годі від неї щось довідати ся. Тому що був у неї розлогий нежит озявок, білий обложений язык і розвільненє, проте з початку гадалисьмо, що се tuberculosis miliaris а то тим більше, що ділочно була обтяжена, що не було roseolae і брак діазової реакції. Селезінка побільшена. Доперва опієли виступила гу- ста і гарна roseola а язык прибрав характеристичний ви- гляд. Діазова реакція не пока- зала ся в проягу цілої недуги. Крива лінія горячки ставала ся поводи характеристичною для черевного тифа. Без жад- них комплікацій подужала і опустила шпиталь 17/5.	Незвичайної ваги було для мене в тім случаю слідити зрієт мікроорга- нізмів проводу кормо- вого на мочевім уєлятині Пьорковського. Досліди предиринято два рази і то з додатним успіхом не лиш для округлих, гнидаво-жовтих колоній bact. coli, но також і для характеристичних батишковатої форми ті- лом з 2—8 випустками, як се відповідало-б ти- фовим колоніям Пьор- ковського. Також і сим разом не удали ся мені проби сконстатованя тож- самоности дотичних родів бактерий.

Назва недужого	День за- недужання	День приняття	Перебіг недуги	Досліди над калом на мочевих табличках Пьорковського
15 I. Б. 27 літ робітник.	$23\frac{3}{4}$ 1900	$9\frac{5}{5}$ 1900	Парубок ніжної будови тіла, дідично обтяжений, жадує ся на сильні болі голови, кашель, розвільнене і загальну охлялість. Фізикальний дослід виказав приголомшений тимпанічний відгомон на обох верхах легких, тут також хрипливий шелест, над прочими частинами обох легких: свисти і фуркотіне. Акція серця звільнена 62., лица запалі, очи вглублені синьо обведені. Язик сухий, легко обложений, дрожить. Живіт легко здутий, вражливий, в околиці сліпої кишки крюткане. Селезінку годі вимацати. Горячка $39-9^0$ C. Зараз першого дня 15 плінних відходів, характеристичних для черевного тифа. Roseola появилася доперва $12\frac{1}{5}$. Вже третого дня свого перебування у шпитали померкла у него свідомість. Маячив і падавав невпинно. Наступила кровавниця з носа і кроваві відходи, живчик дикротичний і дуже слабкий 110. Через цілий час виступала діазова реакція Ерліха. Недужий не підвів ся вже більше і помер $14\frac{1}{5}$. Секція посмертна виказала, крім туберкульозу легких, розлятий тиф, почасти з поворотними вередями.	Метод Пьорковського застосовано зараз $10\frac{1}{5}$ і випав в користь теорії Пьорковського. Вже по 16 годинах мож було докладно розрізнити на табличках I. ступня розрідження образи обох родів бактерій. Так проба на індикан, як також проба киснення не удалася.

Рівночасно спорядив я з калових частин двох недужих на легки і на запалене нирок мочево-гелятинові таблички в трох розрідженнях. По 24 годинах мож було бачити в другім розрідженню під мікроскопом численні округлі, брудно-жовті кольонії мікроорганізмів. Однак крім сих кольоній показав ся таж в II. як і в III. розрідженню в значній мірі зріст зародків, які після Пьорковського вказували би на черевний тиф. Малі, округлі, по части неправильні ясно-жовтої краски образи відзначали ся такими самими випустками і подібним розволокненням, як кольонії зацеплені калом справдішнього тифу. Те саме повторило ся і з пізнійше заціпленими каловими частинами від двох недужих на острый кишковий нежит,



Про повстанє товщу в звіриннім організмі.

Написав

Проф. Др Іван Горбачевський.

Ще до недавна думали загально біологи, що товщ звіринного організму може повставати в троякий спосіб: 1^о може товщ корму резорбувати ся і осідати в організмі, 2^о товщ може творити ся з углегідратів або 3^о з білковини. Ся наука повстала на основі великого числа дослідів і по широкій дискусії, котра вела ся трохи чи не через ціле минуле столітє.

Скоро можність повстаня товщу з впровадженого і резорбованого кормового товщу і витворенє его з углегідратів корму не підлягає ніякому сумніву і ніхто тому не перечить, показало ся одначе в останніх роках, що справа повстаня товщу з білковини на основі дотеперішних дослідів ще зовсім не є рішена.

Думка, що товщ повстає з білковини повстала на підставі дуже великого числа дослідів, котрі в 60-тих роках минулого столітя виконали Pettenkofer і Voit. Хоч від часу до часу підносили ся голоси, що щонайменше не всі згадані досліди доказують повстанє товщу з білковини, тб прецінь ся наука уважала ся оправдана і була загально прийнята.

Кілька літ тому назад піддав Pflüger звісні досліди Pettenkofer'a і Voit'a основній критиці і перечислив наново усі білянєс з чого прийшов до висновку, що ні один з них не дає нам права думати, що товщ повстає з білковини. Хоч Pflüger признає, що повстанє товщу з білковини в організмі є можливе то з другого боку рішучо обстає при тім, що на разі не маємо ні одного певного факту, котрий би вказував на можність такого повстаня.

М. Kumagawa¹⁾ задумав сю справу рішити через ось який простий дослід. Він взяв 2 молоді суки, з того самого пологу, і не дав їм 24 днів нічого їсти, відтак забив одну з них і означив по-зісталий товщ. Другу почав він дуже сильно кормити можливо худим кінським мясом, котре вперед дуже докладно з'аналізував, відтак по 49 днях забив її і рівно означив увесь товщ. Знайдену скількість товщу порівнював він, по відтягненню товщу контрольного звіряти, з скількістю резорбованого товщу з мяса корму і знайшов, що нагромаджений товщ не виносив більше як товщ корму, так що повстанє товщу з білковини не було доведене. -- В часі цілого досліду подано звіряти з мясом 986·4 gr. товщу і 355·9 gr. глікогену. Kumagawa думає, що весь товщ мяса нагромадився в організмі звіряти і також весь товщ, що повстав з глікогену.

Ся думка не є одначе цілком певна. Бо можна собі подумати а навіть є се дуже правдоподібне, що якась частина товщу і глікогену корму могла розпасти ся і що якась частина найденого товщу могла повстати з білковини. Сей дослід не рішив проте зовсім справи.

З огляду на те, треба було ті досліди в иньший спосіб перевести, і кормити звірята по зможі великими скількістями білковини виключаючи по зможі товщ і угльогідрати, бо в такий спосіб дасться тота справа рішити з більшою точністю.

В тій цілі виконано ось який дослід на 3 осьминнедільних щенятах, того самого пологу:

Звірятко Ч. I. важило 1490 gr. і служило яко контрольне до квантитативного означення товщу в цілім тілі, і знайдено у него 146·92 gr. товщу.

Друге звірятко Ч. II. важило 1430 gr. тож мусіло мати около 141·0 gr. товщу.

Се звірятко Ч. II. кормлено через 50 днів мішаниною з плязмону, созону і мясного екстракту Лібіра спорядженого через огріте водою і подано ему взагалі ось скільки:

плязмону	.	.	.	.	.	1505 gr.
созону	.	.	.	.	.	1560 gr.
мясного екстракту Лібіра	.	.	.	.	.	83 gr.

¹⁾ M. Kumagawa. Zur Frage der Fettbildung aus Eiweiss im Thierkörper. Mittheilungen der med. Facultät der kaiserl. japanischen Universität zu Tokio. 3. Nr. 1. 1—62.

В с'їм кормі було :

	в 50 днях	в 1 дни
білковини . . .	2608·0 gr.	52·16 gr.
товщу . . .	9·59 gr.	0·19 gr.
цукру (молочного)	36·12 gr.	0·72 gr.

З огляду що в калї звіряти було :

	в 50 днях	в 1 дни
білковини . . .	261·0 gr.	5·22 gr.
товщу . . .	5·82 gr.	0·115 gr.

то скількість використаної живої матерії була денно netto :

білковини . . .	46·94 gr.	192·46 Cal.
товщу . . .	0·74 gr.	0·70 "
цукру . . .	0·72 gr.	2·95 "

кальорична вартість асимільованого корму відповідала проте 196·11 Cal, або на 1 kg. ваги тіла при кінці дослїду 141·4 Cal.

Підчас дослїду спадала вага тіла в уємний бік і виносила при кінці дослїду 1380 gr.

В часї дослїду росло звіря: довгота его збільшилася з 47 см. на 51 см, а висота з первісного 18 см. на 22 см., але очевидно худло. — По закінченю дослїду найдено в цілім тілі 38·48 gr. товщу, так що звіря, не вважаючи на велику скількість спожитої білковини, стратило з свого первісного товщу около 102·5 gr.

Заходить тепер питанє як пояснити сю появу? Кальорична вартість корму, взглядно скількість впровадженої живої матерії була не лише зовсім вистарчаюча для удержання організму але навіть за висока. Міг проте з білковини впровадженої аж понад потребу витворити ся товщ, скоро в загалі може повстати товщ з білковини.

Щоби в тім напрямі прийти до більшої певности виконано ще один рівнобіжний дослїд з звірятем Ч. З., котре рівно кормлено через 30 днів плязмоном, созоном і мясним екстрактом, але замість одної частини білковини подано товщ (смалець).

	Звіря дістало в 30 днях	в 1 дни
плязмону	750 gr.	25 gr.
созону	600 gr.	20 gr.
мясного екстракту	60 gr.	2 gr.
товщу	150 gr.	5 gr.

А що в калї звіриннім було :

	в 30 днях	в 1 дни
білковини	101·81 gr.	3·39 gr.
товщу	4·19 gr.	0·139 gr.

то скількисть використаної живої матерії була на 1 день:

білковини	34.30 gr.	=	140.62 cal.
товщу	4.95 gr.	=	46.62 „
цукру	0.60 gr.	=	2.46 „

кальорична вартість корму відповідає проте 189.7 Cal. або на 1 kil. ваги тіла при кінці досліду 131.7 Cal.

Хоч сему звіряти подавано корм, що мав меншу живну вартість як корм звіряти Ч. 1, то прецінь се звіря не схудло, росло і прибирало на вазі. Вага тіла зросла в 30 днях з 1290 gr. на 1440 gr.

На підставі сего досліду неможна проте сказати, що товщ творить ся з білковини, принайменче при даних обставинах.

З сего досліду видно також, що звіряти треба крім білковини давати конче товщ, і що певне minimum товщу не дасть ся заступити білковиною, так як се загально думають.

Рішити сю справу можуть одначе, як само собою розуміє ся, лише більше дослідів в тім напрямі.



З В І Т И.

Bönniger: Ueber die Methode der Fettbestimmung im Blut u. den Fettgehalt des menschlichen Blutes. Zeitschrift f. klin. Med. 42 I. u. II., p. 65.

За товщем в крові шукано до тепер дуже рідко, а подавана скількість опирала ся більше на здогадах. Означене товщу належало впрочім до дуже тяжких задач, бо витягнути увесь товщ Со-келетом годї було. Автор захвалює метод витягання алькоголем:

5—30 см. крові вливає ся до 10—20 см. 96% алькоголю і розтирає ся як найдокладнійше. По 24—48 годинах відціджує ся алькоголь і полоче ся кров тим самим способом новою скількістю алькоголю. Відтак полоче ся 2 рази етером лишаючи кров в етері через 24 годин. Вкінці розпускає ся в сильній кислоті, травить ~~се~~ і витягає етером з стравленої течі.

Зібрані витяги відпаровує ся при мірній теплоті, розпускає ся в абсолютнім етері, проціджує ся і сушить ся при 50° в сушарці а відтак 24 годин в ексикаторі. — Цідильця витягає ся для певности в Сокелеті.

З дослідів автора виходить, що алькоголь сам розпускає 96% всего товщу, так що екстраговане з стравленої течі і переполокане етером є майже непотрібне:

Ось докази:	1 екстракт альког.	0.0981
	2 " "	0.0087
	1 " етеру	0.0045
	2 " "	0.0008
	по травленю	0.0014

Разом 0.1185 товщу.

Автор досліджував людську кров в 14 случаях і знайшов:

при жолудковім раку	1.4%
„ цукровиці	0.95 „
„ отровню субліматом	0.85 „
„ звапненню бючок	0.735 „
„ запаленню легких	0.969 „
„ алькоголізмі	0.75 „
„ запаленню нирок	1.10 „
„ гістерії	1.07 „
„ табес	0.89 „
„ запаленню сугавів	0.73 „
в 4 ріжних случаях	0.75—0.83%

Автор уважає свої дослідни за дуже нечисельні, щоби з них виводити рішучі висновки, звертає одначе увагу на велику скількість товщу в крові недужого на рака, пригадуючи звисне спостережене, що голод успособляє до затовщення.

М.

Edel: Ueber den Einfluss des künstlichen Schwitzens auf die Magensekretion. Zeitschrift f. klin. Med. B. 42 p. 106.

Автор справджував висліди Simon'a і переконав ся що висновки Simon'a не зовсім згоджують ся з його вислідами. Недужі Simon'a були піддавані діланню горячих купелів, парні і пільокарпину і Simon находив що випіванє впливало на обниженє kwasoti і зменченє виділеня.

Автор уживав лише горячі купелі і завиванє в ліжники і переконав ся, що зараз по купели по більшій частині виділенє не змінє ся, раз зауважав збільшенє виділеня. Натомість по 20—68 годинах по впріттю взмагає ся виділенє, лише в 2 случаях не бачив автор зміни а в 2 навіть знайшов зменченє.

М.

Buchner: Zymase aus getödteter Hefe. — Ber. der deutschen Chem. Gesell. B. 33. N. 17. p. 3307.

Автор еще раз наводити способи сушеня дріжджий і робленя екстрактів. З огляду, що ферментація цукру без живих дріжджий належить ще до спірних kwestий а має для біологів велике значінє, наводимо метод автора:

Дріжджі зі споду (Unterhefe) переполокані чотири рази і перепущені через сито увільняє ся від води під тиском 150 атмосфер, відтак мочить ся чотири години ($2\frac{1}{2}$ —4) при 35° — 100° теплоти і 30-ти барометрового тиску в особнім приряді. По висушенню сте-

влізує ся дріжджі через сушене в атмосфері водня при 98° — 110° теплоти в протягу 5—10 годив. Чим низша теплота тим довше триває сушене пр. 8 год. при 100° а 4 год. при 102° . — Можна також стерилізувати два рази, зразу при 100° а відтак при 110° . Пробу чи стерилізація довершена робить ся в той спосіб, що сипле ся дріжджі на стерилізоване пиво (Bierwürze).

Вистерилізовані сухі дріжджі розтирає ся в 10% розчині гліцерину додаючи мілкого піску. Маса витиснена 300 атмосферами в гідравлічній парі дала сок, котрий творив з цукру вуглянну кислоту. До соку додає автор тимолу

I	$3\frac{1}{4}$ год.	$35-70^{\circ}$	8	год. на 98°	вистерилізоване	0.41	0.49	0.52
II	4	"	$40-80^{\circ}$	8		0.56	0.71	0.74
III	$2\frac{1}{2}$	"	$40-60^{\circ}$	4		0.09	0.21	0.32
				5, 10				
				"				
IV	4 год.	—	$45-100^{\circ}$	8	вистерилізоване	0.10	0.25	0.31
				10				
				"				
				"				
				"				
V	4	"	$45-80^{\circ}$	8	вистерилізоване	0.26	0.35	0.51
				10				
				"				
				"				
				"				
VI	2 дни на парі		6 год. на 97°	в атмосфері CO_2	не досліджено	0.21	0.35	0.38
	при 20° , відтак							
	10 днів при 37°							

Дріжджі сушені в порожній при огріттю. вистерилізовано в атмосфері водня.

20 год. 44 год. 68 год.

Числа в протягу 20, 44, 68 год. при 22° — вуглянна кислота в грамах.
М.

Zopf: Oxalsäurebildung durch Bakterien. Berichte der deutschen Botanisch. Gesellschaft 18 Jahrg. Heft. 1. p. 32.

Автор пробував ділане бактерій на виноградний цукер і пересвідчив ся що на сталих підложах з желатину (3% цукру, 1% пептону, 1% мясного екстракту, 10% желатину) витворюють бактерії кристали з вапневого щавеляну (вказані хемічно

і морфологічно). Піддано дослідом ось які бактерії: *B. aceti*, *acetigenum*, *acetosum*, *ascendens*, *kütringianum*, *pasternianum* і *xylinum*. — По 8-дневнім взрості витворяли бактерії згадані кристали М.

Rumpel: Vorläufige Mittheilung über eine Methode zur Erzeugung von Krystallen aus schwer krystallisirenden Stoffen. — Berichte d. deutsch. chem. Gesell. B. 33 Nr. 19 p. 3474.

Через додане алькоголю до водних розчинів тїл, котрі тяжше розпускають ся в алькоголю, старав ся автор витворити легке змутніне, відтак процідивши усував решту змутніня через додане води, а цілком прозорий розчин сушив над гашеним вапном. Гашене вапно втягає, по думці автора, лише воду, через що розчин стає що раз багатший в алькоголь і виділяє субстанції в кристалічній формі. Побільне усуване води і згущене алькоголю є причиною виділення кристалів. Метод той примінює ся очевидно лише до тїл не розпускаємих в алькоголи. Автор примінював ще сей метод до пептонів одержаних з квію через виварене під тиском, до купних пептонів і до арабіної кислоти. — Вкінці застерігає собі автор виключне право дальшого дослїду кристалів пептонів, лишаючи дослїд білковин иньшим авторам. М.

Слетовъ и Постниковъ: Электролизъ при рубцевомъ суженіи пищевода. — Врачъ, 1901. Ч. 1, стор. 14.

Автори подають два случаї звуженя кормового проводу по опареню лугом. Звужене не дало ся розширити сондою ані методом Fort'a і недужим грозила голодова смерть. При ужитю оливки Nr. 30 Charriera о силі току 7. М. А. удало ся в першім случаю перепхати ся через звужене місце. Повторено проба з оливкою більшою і т. д. з щораз лїпшим наслідком. Сила току була 5—10 mile amper-ів (М. А.). В другім случаю почато ще з меншою оливкою і доведено до дуже добрих наслідків. Впроваджує ся уємний бігун на ізольованім мідянім дроті, до котрого пришрубовує ся оливка а додатний кладе ся на груди або плечі. Ток переходить 5—10 хвиль, причім обсервує ся живчик недужого і гальванометер. Автори приписують се впливови розпушення тканин і твореня мягкого струпа. М.

Chauveau: La production du travail musculaire utilise-t elle comme potentiel energetique l' alcool substitué à une partie de la ration alimentaire? — Comptes Rendus 132 N 2 pag. 65.

Досліджуючи виділене вугляної кислоти і хлонене кисеня у пса в стані спокою і праці пробував автор заступити в прибли-

женю цукер алькоголем, щоб пересвідчити ся, чи алькоголь надає ся до корму і чи організм може черпати з него м'ясневу енергію. — Переконав ся з зіставлень, що при заступстві цукру алькоголем ріжниця в виділеню є більша, а віддиховий квот (*quotient respiratoire*) не відповідає добуткові спалення алькоголю :

обчислено 0·763 — 0·716 — 0·730

знайдено 0·922 — 0·871 — 0·785

Се свідчать за тим, що алькоголь виділяє ся легкими, згідно з існуючою в тім напрямі теорією, що не може заступити цукер в кормі, не заступає і не може бути уважаним жерелом м'ясневої сили. М.

Camus: Action anticoagulante des injections intraveineuses de lait d' une espèce animale sur le sang des animaux de même espèce. *Compt. Rend. T. 131. p. 1309. Nr. 27.*

Вприскування в жили псів збираного і стерелізованого молока викликає в крові зміни і здержує зціплене. Автор приписує те впливови лізин, існуючих ніби то в молоці. Додаване молока до крові в начиню не впливає на зціплене. Delerenne зауважав, якщо б псєяче молоко не впливало на зціплене псєячого молока. Автор не годить ся з сими вислїдками і обсервації Delerenn'a пояснює тим, що сука на котрій Д. робив дослїди кормила сама, а кормленє має мати вплив на печінку, котра випродукувала лізини. — Вприсненє крові в жили викликає обниженє тиску. — (Чи не належало би шукати причини стримання зціплення в витвореню пептонів з молока, котрі як звїсно здержують зціпленє крові і легко могли би ся витворити в організмі. Реф.). М.

Richet: Du serum musculaire. *Compt. Rend. T. 131. p. 1314. Nr. 87.*

Витискаючи сильною прасою м'ясні можна одержати зі 100 смт волового м'яса 33 смт течі, котра процїджена через цїдильце цїлком добре і швидко мерзне при — 0,6 до — 0,7, має властивий тягар 1028—1040 і починає ствнати ся при 48° а стинає ся цїлковито при 80°. Навіть при низшій теплоті підпадає часто зіпсутю і вже по двох годинах є змінена. — Впущена до жолудка в скількості 20 смт на кільо м'яснів лічить їх з туберкульози. — Вприснена до крові або підшкірно є дуже труюча, бо давка 5 смт на 100 смт крові є безусловно труюча а 3 смт на 1 кіл. є максимальна. Затроєнє обявляє ся блюванєм, бігункою. Некроскопія ви-

казує величезне перекровлене кормового проводу, котре часом доводить до екстравазатів в очеревній і печінці. — Огріта до 80° траить цілком токсичний вплив. Подана до жолудка є зовсім не шкودлива. М.

Waller: Le dernier signe de vie. Compt. Rend. T, 131. p. 485 і p. 1173.

Автор пригадує, що кожде живе тіло дає під впливом електричного току однозначний ток, а мертве тіло не дає ніякого електричного току або ток назад. Ся обставина уповажняє его до твердження, що досить вразливий гальванометер може вказувати знак життя зарівно послідний як і перший. Називає его автор *coup de feu* (вистріл) або ліпше *blaze* (поломіль по англійськи). Вразливість гальванометра має бути звичайна. — Автор робив досьвіди з яйцями і відрізняв залежені від запортків. Досьвіди з ікрою випали рівнож користо. М.

Kleine: Ueber Entgiftung im Thierkörper. Zeitschrift f. Hygiene etc. B. 66, Heft 1. p. 1.

Czyhlarz і Donath оголосили в Centr. f. innere Medicin 1900 p. ось яке досьвідчене: коли вприснути морській свинці смертельну давку стрихніну в підв'язану ногу і по 1—4 годинах відняти лігатуру, то не вважаючи на смертельну давку стрихніну, котра забиває в протягу кілька хвиль, звірятко зістає при життю. Автори думали що мясні тканини мають власність відбіря отруйности. — Проти сеї думки виступає автор повнешої праці а то з таких причин: ослаблене діланя стрихніну має свою причину в повільнім переході в тканини і є подібне до повільного вприскування хлоралю, котрий вприснений раптом стримує бітє серця, а вприснений поводи викликує сон, є подібне до звільненої ресорбції отруй, котрі можна подавати без шкоди, коли ся їх окрузить грубою верствою якої не пропускаємої маси. — Стрихнін переходить помямо лігатури в кров, бо авторови удало ся виказати стрихнін в мочи звіряти помямо лігатури і підчас тривання лігатури. Навіть *ferrocyankalium* вприснене в підв'язану ніжку переходить дуже скоро до мочи і в тканини і дає ся легко виказати. — Стрихнін не належить до отруй, до котрих можна привикнути, а радше до таких, котрі мають так зовиме діланє кумулятивне, проте в тім случаю о ослабленю отруї і виловленю її через тканини і думати не можна. М.

Mayers: Ueber Immunität gegen Proteide. Centralb. f. Bacteriologie A. Nr. 8 i 9, 1900 p. 237.

Скоро вприснути в очереvну крілика з протягу двох місяців висушену через кристалізацію качачу білковину, тоді повстають в крові тіла, витворюючи в качачій білковині осадок. Сі тіла містять ся в сироваті крові дають осадок в качачій білковині, але не дають осадку ані з сироватами звіринної крові, ані навіть з білковою качачих яєць, оба привнайменче дуже мінімальний. — Витворив ся проте антипротеїн або преципітин.

По вприсненню до очереvної крілика гльобуліну з овечої сировати витворюємо в сироваті крові звіряти тіла, котрі з вівчою сироватою дають осадок, а не дають осадку ані з альбумозами, ані з білками, а з сироватою вола або коня хіба дуже мінімальний. Що більше, сировать одержана в той спосіб аглютинуює овечі, качачі і т. п. червоні тільця. Прикмета аглютинованія зникала по оґріттю до 56° C в протягу $\frac{1}{2}$ години і була властива лише сироваті одержаній по вприсненню овечої сировати, не було її ані в звичайній крові крілика, ані в крові одержаній по вприсненню курячої білковини і сироваті інших звірят. — Аглютинаційна субстанція дає ся поділити на аглютинуючу овечі червоні тільця і таку, що аглютинуює курячі червоні тільця. Бо скоро до аглютинуючої сировати додамо достаточну скількість овечих червоних тілець, то теч, повставша над осадком не аглютинуює овечих червоних тілець, але може ще аглютинувати курячі червоні тільця. Подібно аглютинуюча сировать може ще аглютинувати овечі червоні тільця, коли через курячі червоні тільця усунено з них одну з тих специфічних прикмет. Сировать одержана по вприсненню овечих гльобулін дає в сироваті вола легкий осадок. І на відворот сировать з крілика одержана по вприсненню волового гльобуліну творить осадок в сироваті овечої крові. Лише сировать овечо-крілича, як її будемо називати, має аглютинуючі прикмети, проте мусить в собі містити тіло, котре знаходить ся в крові усіх звірят, котрих червоні тільця крові вміють аглютинувати.

Крім овечої і волової сировати та курячої білковини творить по довшім вприсненню до очереvної звичайний пептон Віттоґо в крові звіряти тіло, що дає осадок з тимож пептоном Віттоґо, проте антипептони, коли попередні називались антипротеїнами. Годить ся зауважати, що осадки виступаючі на звіринній сироваті по доданню сировати овечо-кріличої, курячо кріличої, волово-кріличої розпускають ся в 2% кухонній солі і дають осадки і закрашене властиве

білковатим тілам, а противно сироваті крові нептонованого крілика дає в пептонах осадок, що не дає біуретової реакції — є проте відмінний від звичайних білківин. — Преципітини одержані з сироватий і білковин витримують теплоту 56°C , натомість преципітин пептонів нищить ся по часті; коли додамо звичайної, кріличої сировати тоді вертає прикмета осаджування пептонів, хоч звичайна сироваті кріличої крові не творить в пептонах осадку. — Преципітин щезає при реакції, бо мішанина двох преципітин волової та білкової додана до білковини зістає позбавлена прикмет осаджування білковини, а має прикмети осаджування сировати волової і на відворот.

Проби ті повторювано з иньшими мішанинами і завсїгди щезав оден своїстий преципітин. Свідчить се про чистий хемічний характер реакції.

Відтак виказує автор, що аглютинуючі сировати дають осадок з вилугазаними тільцями крові відповідного звіряти, проте процес аглютинованя полягає на витвореню нерозпускаемого або тяжко розпускаемого осадку в червоних тільцях. Зціплене осадку уважає автор за діланє сили напину поверхні, стремлячої в тім случаю до витвореня як найменшої поверхні. М.

Marandon de Montyel: Des troubles et des déformations pupillaires chez les vésaniques. La presse médicale 1901, Nr. 75.

Функциональні забурєня і деформації зіницї суть властиві загальному пораженю (*paralysis progressiva*) і до тепер думали, що тих змін нема у шалїючих. Mignot найшов однак у 82 шалїючих, що ледви у 19.5% з них заховує ся зіниця правильно. Автор слїдив за тими самими змінами у 77 шалїючих і найшов лиш в 16.8% правильне захованє зіницї, забурєня в 41.5%, деформації в 11.6%, а забурєня і деформації разом в 29.8%. Неправильности, наведені після того, як часто повторяли ся, були: неправильна реакція на сьвітло, деформації, нерівність, неправильна реакція при аккомодациї, обяв Ardy'l'a Robertson'a, неправильна ідентична реакція на сонїчне і штучне сьвітло, надмірне розширене, надмірне звужене, обяв противний, як Argyl'a Robertson'a, Hippus, парадоксальна реакція. Ті неправильности заходили найчастїйше по одній, однак було і по дві, три, чотири а раз навіть пять нараз у одного хорого. Так забурєня функції, як і деформації зіницї були найчастїйше на обох очах того самого хорого. Вислїд сеї праці автора є такий, що неправильности зіницї не суть виключним знаменем загального

пораження (розм'ягчення мозку), бо вони заходять і у шаліючих; ріжниця лежить в тім, що ці зміни суть в першій случаю значно вишого ступня, як у шаліючих. Він заохочує дальше слідити наведені появи.

М. К.

Scrini: Recherches cliniques sur le strabisme des nouveaunés. Le strabisme fonctionnel congénital existe-t-il? Archives d'ophthalmologie 1901. Nr. 5.

Scrini осмoтpював через два роки новороднів клінік Baudelocque таї Tarnier, щоби перекопати ся, чи лучає ся вроджена зизоокість? Автор наводить довгий ряд авторів висказуючих гадку, що зиз може бути вроджений з причини уразу серед плодового життя або без причини, що зиз є наслідственний або що він походить з такого уставлення коліски при вікні, що дитина дивить ся до вікна все на оден бік, хоч ся послідна причина виглядає на байку. Бесіда йде про зизоокість до внутра, котру поясняє Дондерс при надзорости надмірною аккомодациєю, якій відпoвідає більша конвергенція обох очий, ніж є потрібна до двоочного видження огляданого предмету. Серед свого материялу видів Scrini зизоокість близько у половини новороднів, між самими первородними навіть у 65,5%; у де-що старших дітей (дві неділі до шести місяців) вже ледви у третини, бо незначний вроджений зиз очевидно уступає скоро. Автор не міг найти причини, котра би поясняла так часту зизоокість у новороднів.

М. К.

Maklakoff: Les résultats définitifs de mes recherches sur l'influence de la lumière voltaïque sur la peau. Archives d'ophthalmologie 1901. Nr. 5.

Електрична офтальмія не є по думці Маклякова запальним процесом, але усиленою чутливістю тканин, запухлих під впливом ділання електричного світла. Досвідиди над тим, як ділає електричне світло на шкіру, довели автора ось до яких вислідків: найперше звужають ся на короткий час кровні судини задля подразнення стягаючих нервів (vaso-constrictores), опісля слідує повільне розширене судин, а вкінці приходить до того, що злазить наскірок або наболонок прозорки (cornea) і злучиці.

М. К.

Péchin: De l' acuité visuelle au point de vue médicolégal. Archives d' ophtalmologie 1901. Nr. 3.

В наслідок закону про забезпечення робітників на случай ушкодження зайшла потреба означити, яке відшкодоване припадає робітникови, що стратив якусь часть бистроти зору. Німецькі окулісти дали спонуку, що постановлено законом відшкодоване не відповідаюче обниженню фізіологічної бистроти зору, але установлено так звані професіональні границі, серед котрих може робітник виконувати своє ремесло. З того виходить, що закон не признає в багатьох случаях ніякого відшкодовання при обниженню фізіологічної бистроти зору до половини, тай ще до того полишає ся свобода знатокам осуджувати в кождім случаю личні відносини потерпівшого, що очевидно може лехко перейти в самоволю, кривдячу ще більше робітника, для котрого закон вже і так є твердий. *М. К.*

Bondi: Die klinischen und anatomischen Augenhintergrunderkrankungen eines Falles von Leukaemia lientalis. Prager Medic. Wochenschrift 1901. Nr. 26.

Серед кількомісячної обсервації хорого на левкемію показали ся доперва з часом значні зміни на дні ока, а з них найбільше випадуючою в очи було незвичайне розширене кровних судин нервівки і судиниці. Автор подає точно обсервацію сего случаю з клінічного боку а потому анатомічні зміни мікроскопові очних галин, порівнює свій нахід з тим, що пописували иньші автори і вказує на такі хоробові зміни в своїм случаю, які находять ся і у других авторів, а осібно підносить такі зміни, про які у других нема згадки. *М. К.*

Roger et Weil: La gangrène bénigne des paupières. La presse médicale 1901. Nr. 76.

Здоровий і кріпкий 33-літний робітник занедужав нечаянно без звісної причини в той спосіб, що повіки лівого ока запухли і на третій день показали ся на шкірі обох повік заумерші місця а день пізнійше виступила горячка 39.5° C, загальне прибитє, утрата апетиту і де-що білковини в мочи. Під впливом обкладів з оксигенової води уступила по чотирьох днях горячка і обяви, які звикли йти разом з нею; цілковите заговне наступило на горішній повіці по 19, а на долішній по 21 днях з полишенем незначного вивернення на вні долішньої повіки. Сировать взяту із наколеної спухлої шкіри

оглядали під мікроскопом і защепили нею всілякі відживки, на яких годують ся мікроорганізми. В той спосіб відокремлений мікрокок величини 1μ оказав ся аеробом, викликаючим недуги у деяких пробних звірят (кріликів, морських свинок), для інших знов (щурів, мишей) був обоятний. Подібний случай заумираня шкіри повік найшли автори лиш оден Hilbert'a з 1883 р. описаний в літературі. Вони хотять сю недугу уняти в одну групу з подібним заумиранем на жіночих грудях і на мужеських родних частинах.

М. К.

Badal: Trois cas de kératocone. Archives d' ophtalmologie 1901. Nr. 8.

В двох случаях стіжковатого видутя прозорки зробив Badal ірідектомію і одержав вдоволяючий успіх, бо швидко зору поправила ся і остала такою постійно через кільканадцять літ. В третьім случаю ірідектомія була не вистарчаюча і треба було витати з прозорки пасок, в середині найширший, і зшити рану трома швами. Успіх сеї послідної операції не був вдоволяючий, бо в прозорці остав ся значний шрам. Автор найшов, що кератоконус має ріжну рефракцію, відповідно поодиноким частинам его, і так: вершок стіжка має прикмети короткозорого ока, найскрайніші части стіжка можуть мати навіть надзору спосібність заломлювати лучі; посередні части зближають ся найбільше до еметропічної будови ока і тому має широка ірідектомія хосен, бо тоді може найбільше лучів світла впадати до ока через ті части стіжка, котрих рефракція найбільше зближена до еметропічної.

М. К.

Bondi: Ueber die Indicationen zur Operation des Altersstaares. Wiener Medic. Presse 1901. Nr. 30.

Звичайно навчають, що оперувати катаракту тоді пора, коли вона „зріла“ в анатомічнім значіню, а хорий пізнає при тім в затемненій комнаті світло свічки на шість метрів і напрям, в яким находить ся світляне жерело. З того виходить, що треба оперувати око з такою зрілою катарактою, хотяй би друге око виділо правильно. Житєвий досвід поучає, що та засада не все добра і годить ся від неї відступати з причин, щоб так сказати, соціальних: оправдана і потрібна є операція катаракти, коли хорий видить так мало, що не в силі заробляти на житє, значить, коли має менше, як третину правильної швидкості зору. В тих случаях ка-

таракта не є ще анатомічно зріла і очним зеркалом видно по частині дна ока. Противно-же не приносить хісна, а навіть шкодить би-строті зору операция анатомічно „зрілої“ катаракти одного ока, при здоровім другім оці, бо оперований дивить ся і дальше лиш здоровим оком, а не хіснує ся оперованим, бо воно мусіло би дивити ся через окуляри, що хорому не вигідне. Задля того світло впадаюче до оперованого ока і повстаючі там розсіяні образи разять здорове око, значить не дають єму добре видіти. Се засади, якими руководить ся очна клініка Шнабля у Відки. *М. К.*

Hamburger: Ueber die Quellen des Kammerwassers. Klin. Mntsbl. für Augenheilkunde 1900. XII.

На основі праць Leber'a і єго учеників є загально прийятий погляд, що всю водну теч виділяє промінниця. Против того погляду виступили між иньшими Ehrlich, Schmidt-Rimpler і Michel, котрі вважають також і передню стіну дугівки за орган, що виділяє водну теч. Hamburger годить ся з тими послідними та на основі власних і иньших досвідів переведених на кріліках, а оголошених вже по часті в р. 1898, — полемізує з поглядами Leber'a, вкінці доходить до слідуєчих висновків:

1. Нема сумніву, що водна теч відпливає невпинно з передної комори.

2. Так само певним є і те, що нема ніякого постійного допливу єї з задної комори ід передній, бо в нормальнім стані існує т. зв. фізіологічне замкнене зріничного отвору.

3. Одначе регенерація течі при наглім опорожненю передної комори виходить з промінницї. Але теч тота не відповідає тій, яка повстає в фізіологічних обставинах, бо містить в собі велику кількість білковини та фібрину.

4. Фізіологічне замкнене зріницї не є зовсім герметичне, але радше вентиляве, проте може нераз отворитись: а дїєсь се найімовірнійше при максимальнім розширеню зріницї, а напевне при запалїнях дугівки і промінницї, а може і при кождім дужшій перекровленю ока. Удержує ся же оно довше там, де зріниця є вузка або середно широка; затім в часї побуту в ясно освітлених місцях, при напруженю приміну через працю з близька, при заданю езерину, у новороднів, а головно також в сні.

5. В нормальних проте условинах доставляє промінниця водну теч для частий ока, які находять ся поза дугівкою, а теч водна

в головній своїй масі є витвором передньої стінки дугівки, а не проміниці.

Lange: Zur Anatomie des Ciliarmuskels der Neugeborenen. Klin. Mntsb. für Augenheilkunde 1901.

Автор слідив промінний мясень в 36 очах новороднів з слідуючим вислідком: в більшості случаїв були обі его части т. є. окружна і повздожна, однако добре розвинуті, в 8 очах була окружна слабо розвинена, а в 6 знова вельми сильно; случаїв же, де би мясень складав ся виключно з подовжних волокон, як то звіщає Іванов, не бачив автор зовсім; існують отже вже у новороднів індивідуальні різниці в будові мяся. Проте не годить ся Lange з поглядами Іванова, начеб то такі самі різниці у старших були наслідком відмінної рефракції ока, т. є. що слабкий розвій окружної частини в оці близькозорім полягає на атрофії її наслідком не діяльності, коли бо противно сильний її розріст в далекозорім оці є наслідком приросту ізза збільшеної праці. Він удержує наоборот, що у дорослого далекозора око длятого полишилось далекозорим, що окружна частина его промінного мяся була від самого початку сильно розвинена, проте не прийшло в часі приміну до розтягання задньої половини очної галини. Короткозоре же око доросле стало таким тому, бо вже в часі, коли воно ще було далекозорим, складало ся майже виключно з подовжних волокон, котрі корчачись видовжували задню часть галини через її розтягання. — При тім всім признає автор, що існують ще инші анатомічні моменти, які сприяють повстанню короткозорости, пр. вроджена різниця в грубости твердиці і т. п.

Walther: Augenuntersuchungen an 2500 Arbeitern verschiedener industrieller Betriebe. Archiv für Augenheilkunde von Knapp und Schweigger. XLII. Band. 1900.

Оглядини очий переводив автор враз з Overweg'ом і Haselberg'ом на місци т. є. в самих фабриках і робітнях, щоби пере-свідчити ся о гігієнічних умовах, а узгляднювали вони яко військові лікарі головню робітників в віці 14—23 літ. Узгляднили вони слідуючі заводи: складачів письма, друкарів, золотників, новосріблярів, робітників хірургічних знарядів, ритовників, слюсарів, токарів, точильників, ковалів, формуючих машини, столярів, політируючих меблі, робітників фортецянів, різьбарів, боднарів, брусу-

ючих скло, робітників предметів з порцеляни, суконників, працюючих при електриці та робітників реторт в газовім заведенні. Вислід був слідуєчий: На 2672 робітників найдено 611 слабозорих, а з тих був у 387 слабій зір вродженням, а у 224 набутих і то у 95 (т. є. 15%) з причини виконування свого заводу. Інакше представляє ся річ, коли узгляднить ся робітників лише до 23 року. Таких було 775, з тих 135 слабозорих, а з них у 109 був слабій зір вродженням, а у 26 набутих і то у 11 (т. є. 8.1%) в заводі. — З того видно, 1) що вроджена слабозорість перевищує набуту у молодих робітників значно більше ніж у старих; 2) що у молодих в дуже малім проценті впливає ремесло на викликане слабого зору; 3) з віком росте і число слабозорих з причини свого заводу. — Годить ся вкінці звернути увагу на декотрі моменти, що при певних заводах ослаблюють зір: ту належить короткозорість у складачів письма, золотників, суконників, механіків і ин. подібних; скаління робітників предметів з металів; нежит злучивці столярів і поліруючих меблі, врешті осліп брусуєчих скло.

Klingmüller: Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie. Kl. Mht. für A. 1900. XII.

Має то бути збірний реферат, а властиво є представлений спосіб лічення сифілісу на вроцлавській клініці проф. Neisser'a, де автор звіту є асистентом. — Метод лічення впливає з погляду на те, як повстає першорядний сифіліс: Finger і тов. вважають его за витвір діїства самих токсин, коли противно Neisser, Jadassohn і в. признають ще і в тій стадії силу ділання самих бактерій, а тим самим лічать єї ртуєю побіч йоду. Автор признає той послідний погляд за слушнійший і загально прийятий, а відтак переходить до самої терапії.

Наперед питанє, коли починати ліченє? — Не скорше, аж поставимо певну діагнозу; бо шкоди з того для недужого не буде ніякої, за те через розпочатє специфічного лічення, а фальшиву діагнозу — полишимо чоловіка на ціле житє в непевности, чи він був заражений, чи ні, або навіть і в пересвідченю, що дійсно мав він сифіліса.

Як довго і як часто лічити? Тут стоять супроти себе два погляди: одні лічать симптоматично т. є. лише тогді, коли з'являють ся признаки недуги, як Caspary, Kaposi, Pick; другі, як Neisser, йдуть слідом Fournier'a, що вважає сифіліс за хронічну недугу і лічать его хронічно без огляду на те, чи виступають які признаки, чи ні; однак в ліченю тім робить він перерви, щоби ор-

ганізм не привик до задаваного средства. Та оба різнять ся в тім, що коли Fournier лічить лише внутрішню, то Neisser дає втирання і вприскування на переміну, а лише рідко ртуть на внутр ізза шкідного єї ділання на кормовий провід.

Який спосіб лічення є найліпший? Загально прийнятим є погляд, що найліпшим суть добре переведені втирання, бо вже давний досвід поучує о їх скutoчності та о їх нешкідливості, при чому важною є обставина, що можна діланє ртуті коли небудь усунути через перерване втирань. Коли противно при вприскуваннях не мож повздержати ресорбції ртуті, яка громадить ся під шкірою, а до того можуть они, хоч се рідко лучає ся, викликати інфільтрати, абсцеси та запін (embolus) в легких. Що до внутрішнього заживання пилючок (pillula), то при енергічній курації викликають часто нежит жолудка та кишок, а знова при захованю певної осторожности не дають сподіваних наслідків; а до того ресорбція ртуті з кормового проводу не є одномірною. — Neisser робить в літї вприскування, а в зимі втирання, бо недужих мож тогді скорше удержати в комнатї, а тим самим є більше певности, що улїтаюча ртуть дістає ся через віддих до легких недужого. — Часами мож завважати ідіосинкразию до ртуті, а лучає ся се в декотрих случаях т. зв. злісного сифіліса, а в першій мірі у алькогolkів та людий анемічних; тоді треба розуміє ся осторожно стосовати специфічну терапію. Коли причиною анемії є туберкульоза, то треба поступати дуже а дуже оглядно та лічити виключно симптоматично т. є. лише тоді давати ртуть, коли з'являють ся признаки недуги, — хоч і тут є ввїмки. Коли, мимо осторожности в тім взглядї, появить ся stomatitis mercurialis, то треба ліченє сейчас перервати, а натомість усувати енергічно запалінє ясел: а іменно при втиранях часта довга купіль і поти, дальше полоканє можливо що пів години з Liquor Aluminii acetici (1:8) або тінктурою Myrrhae (лвжочка від чаю на шклянку води), тінктурою Rathaniae (idem), ментоксольом (10%), резорцином ($\frac{1}{4}\%$), танніном (1—2%), Kalium hypermang.; надто пензльованє опухлих або некротизуючих ясел повисшими средствами в сильнійших розчинах або і нерозпущеними, дальше йодовою тінктурою, хромним квасом, розчином азотану срібла, хромним квасом і паличкою ляпісовою разом, йодформовою мішаниною; врештї тампонада на кілька годин газом (йодоформ, протарголь і п.).

Що до втирань, то звертає автор увагу на те, щоби не зміняти біля перед купелю, бо новійші дослїди виказали, що головна скількість втираної ртуті дістає ся до організму через легки,

а значно менша впрост через шкіру, т. є. через волосні бульбочки (Haarfollikel), як то до тепер думано про всю ртуть. Тому в новіших часах бажали многі заступити втирання чим иньшим, як ношенням при собі ртуті в мішочку і т. п., однак всі ті проби полишилися позаду тому, що при втираню розширюєся ртуть на значно більшу поверхню, велика часть її дістаєся до заглиблень в шкірі, а сама масть мішаєся добре з горішніми розвільненими верствами наскіря, чим всім стаєся поверхня улітання можливо найбільшою.

Від часів Lewin'a входять чим раз більше в ужитє підшкірні вприскування ртутних солей. Вигідні суть они для недужого, бо він є свобідний, а окруженє не потребує о недужі дізнати ся. Зла їх сторона є в тім, що повстають інфільтрати, підшкірні кровавиці (haemorrhagia) та абсцеси, які треба відповідно лічити; а з другого боку через нарушенє канюлькою жили може повстати запин в легких. Ізза того отже заховують ся слідуючі осторожності: вприскуєся все підшкірно і то в околиці глутеальній; по вколеню треба виждати відоймивши шприцку, чи канюлька не виповнюєся кровію або чи її зміст не випихаєся ід поверхни, в такім случаю вколюєся в иньшій місци; після Schäffera наповнюєся шприцку лаше до половини і наперед аспіруєся нею. По ужитю належить шприцку і канюльку, коли то були нерозпускаємі соли, переполюкати чистим, плинним парафіном і в ній їх переховувати. — Що до рода солей, то розпускаємі (Hydrargyrum cyanatum, oxycyanatum, сублімат) ділають скоро, бо скоро ся ресорбують, тому треба їх що дня вприскувати; найдовше ще ділає сублімат. Повільнійшій ресорбції улягають нерозпускаємі соли так, що їх вприскуєся або що 4—5 днів (Hydrarg. salicylicum, thymoloaceticum, oxydatum flavum, кальомель) або тільки раз на тиждень (Ol. cinereum); найслабше ділають саліцильні сполуки, а найсильнійше Hydr. ox. fl. і кальомель, бо саме при тих послідних повстають інфільтрати т. є. небезпека інтоксикації; Ol. ciner. є безболізний, але за те витворюєся поволи докола него рід торбинки, котра може нагло тріснути та в той спосіб піде більша скількість ртуті нараз в кровобіг, що є небезпечним.

Внутрішню запикуєся тільки в конечности пилочки в знаній формі яко кальомель в порошок.

Що до терапії йодом, то в послідних часах ввійшли в ужитє численні органічні препарати йоду, які вправді менше атакують кормовий провід, а за те ділають слабше, бо не весь йод освобджуєся, а тим самим ресорбуєся. Неорганічні соли (потас, сод,

рубід) діляють енергійніше; тому, де йде о сильне заділане йодом, уживає ся їх без взгляду на побічні дїйства; звичайно вистарчить 3 gr. денно, а можна дійти до 12—15 gr. без шкоди для організму, що навіть поручає ся, бо малі давки виділяють ся за скоро. Автор поручає надто виписування підшкірні й оди піну, яко препарат випробований на клініці Neisser'a: ті виписування суть безболісні, ділане є певне, енергійне і довше триває, чим при иньших йодових препаратах, а побічні злі дїйства не з'являють ся. Йод кружить в крові при йодипіні в двоякій формі, в органічній сполуці і в сполуці з алкаліями. Йодипін задає ся також на внутр в капсулах. Техніка виписування є на вроцлавській клініці слідуєча: бере ся 25% йодипіну (препарат Е. Мерска з Дармштаду), огріває ся его, а відтак наповнює ся ним шприцку о 10 см. з канюлькою о сьвітлі широкім на 5—7 см. і вбиває ся скісно в глютеальну околицю; виймвши її заліплює ся отвір плястром; звичайно дають денно по 20 см. десять разів по собі, або що другий або третій день. При кінці додає автор, що треторядний сифіліс реагує часом скорше і енергійніше при комбінованій терапії йоду з ртутню, та радить і в найпізнійших стадиях не залишувати побіч йоду специфічної терапії ртутню. *Др. Ярослав Грушкевич.*

Koranyi i Pel: Die Behandlung der Pneumonie. Звіт з дискусії на XVIII-тім конгресі для внутрішньої медицини в Вісбадені р. 1900.

Koranyi не прилучує ся до авторів, котрі роблять велику різницю між первісним астеничним і круповим запаленем легких, противно думає, що ані клінічно-анатомічні ані бактеріологічні причини зневоляють до такого поділу. Головно его власний досвід говорить инакше. Він переконав ся при нагоді так зовимих пошестьх запаленя легких, що обі форми виступають рівночасно і то з тих самих причин. Є се проте лише дві відмінні форми перебігу недуги, але етіологічно тотожні, котрі можуть відповідно до диспозиції недужих більше або менше між собою різнити ся. Також і терапія обох форм є однака. Не може вона на жаль почванити ся яким небудь специфічно ділаючим ліком. Пробовано ввести спосіб відпорности відповідною сироватю, дальше пробовано викликати штучним способом левкоцитозу через подаване відповідних ліків, але всі ті методи мають лише теоретичне а не практичне значінє. Студіум над точкою замерзнення, котре завдячує власне дуже много самому авторови, може є власне покликане до того, кинути

яснійше світло на великі зміни в хемізмі крові пневмоніка. Показало ся, що підчас недуги скількість ClNa в крові зменшує ся, а точка замерзнення нмво того іде в гору. Ї се поява, котру можна пояснити лише збільшенням розпускаємих субстанцій в сироваті, то значить зміною в хемізмі крові. Справді і з сего досвіду нема ще практичних наслідків. — Спеціяльно підносять реф. вартість венесекції а іменно венесекції получені з інфузією кухонної соли, що К. уважає „неоціненим симптоматичним способом“. — Спосіб той показав ся при лихій респірації і живчику „спасенним“, так що о его добрім діланю нема сумніву. Впрочім держить ся автор загально прийнятого способу симптоматичного лічення горячки, то є: мірні гідропатичні заходи, евентуально проти-горячкові ліки як антипірін, саліпірін і саліциль, лише при дуже значнім підвищеню горячки волить він хінін. Ліки на блюване улегчують утруднену експекторацию, півки або баньки лагодять появи подражнення олегочної, алкоголь і инші екскитанції подобують небезпеченство западу. Ще яснійше як з реферату Корануїго виходило з висновків. корреферента Pel'a, що наша терапія запалення легких не є в силі в якій небудь спосіб вплинути на вкорочене або зміну в пробігу недуги. Проте повинен лікар як найменше вмішувати ся в правильний пробіг недуги, і дати можливість силам природи розвинути ся в необмежений спосіб. Одначе „не вмішувати ся то ще не значить нічо не робити!“ Власне на полі гігієни і опіки коло недужого дасть ся дуже много осягнути. — Він наводить много таких заходів, котрі впрочім є загально звісні і уживані, осібно піднести годить ся хіба те, що автор з певним натиском домагає ся подавання желіза в реконвалесценції по запаленю легких, „бо пневмонія в значній мірі нищить кров“, і що він не може обійти ся без алкоголю помимо наперстниці. Не треба его лише давати без потреби або за много. В случаю *delirium tremens* подає автор *chloral-hydrat* в полученю з екскитанціями.

З дуже оживленої дискусії варто піднести голос Розенштайна, щоби при запаленю легких пильно означувати граніці серця. Збільшене фреквенції живчика і розширене серця на право вимагає уживання екскитанцій, алкоголю, камфори і т. п. — Проти алкоголю виступили деякі практики а головно Schultze. Він перестерігає перед ним і дає лишень таким недужим, котрі до того привичні. Він подає радше другі екскитанції пр. каву. — Що до некористного діланя наперстниці прилучує ся він до думки Pel'a. А що найгірше, жалує він, що ми властиво не маємо ніякого певного *expectorans*. На се замічає Naunyn що в тім напрямі нераз

дуже добре ділає Jodkali, головнo у пневмоніків, котрі рівночасно недомагають на старі проволочні нежити віддихового укладу або на розширене легких (задуху). До поборюваня западу надав ся ему добре ерґотон в підшкірних давках по 0,4—0,5. — Pick заперечив добрі наслідки з подаваня ерґотіву. Оден Lenhartz став в обороні так загально погорджуваної наперстниці (по думці реф. дуже слушно) і підніс її яко найліпше tonicum підчас запаленя легких. Він дає її недужим старшим вище 40 літ, і переконав ся, що вона ділає дуже користо на силу і пруживість серцевого мясня. — Nothnagel зауважав, що передбесідники замало піднесли значіне водолічництва, котре при пневмонії дуже з користою дасть ся при-
мінити в формі зимних купеліє, теплих купелів з зимними натрис-
ками, завиваня і т. и. Навіть в таких случаях де иньші способи цілком не дописали, бачив він з таких водолічничних заходів дуже добрі наслідки. Senator поручає подаванє води внутрішнo, чи то в формі теплої гербати, що очевидно спомагає припливу крови до зхорілих слизних болон, або в формі мінеральних вод чи то чисто алькалічних чи алькалічно-сільних (щавних), котрі може добре ді-
лають через свої осмотичні првкмети. Що небезпека житя у пнев-
моніків походить головнo від ослабленя серця і судин, се всі при-
знавали загально, лише Lenhartz приписував велику вагу діланю
бактерій а Bäumler бачив дуже рідкі случаи (між 800 недужими
2 рази) смерть з причини мозкової, під появами подражненя блуд-
ного нерву, надмірно високої горячки і шалених делірій, де всяка
терапія показувала ся цілком немічна. Е. О.

Е. Neusser (Відень): Maltafieber. З XVIII зїзду для внутрішньої
медицини в Вісбадені р. 1900.

Цікавий случай демонстрував на тім з'їзді Е. Neusser. Є то так
зовима мальтійська горячка (Maltafieber), недуга у нас
справді дуже рідка, але на побережах середземного моря дуже
розширена. Недуга ся здає ся в недовзі буде грати важну роль
в армії а головнo між жовнярами маринарки. Тут стає диягностик
перед дуже тяжким завданєм, а терапевта перед цілком нерішеною
новою справою. Недужий Neusser'a хорий уже від 8 літ. Слабість
характеризує ся нападами горячки, котрі виступають в неограни-
чених відступах, тривають завсїгди 1—5 неділь і протягають ся
так місяцями, ба і роками. Острі напади нагадують живо пропас-
ницю, півострі дають образ подібний до дуру або хронічної тубер-
кульози, а при рівночаснім заатакованю сугавів виглядає недуга

як *endocarditis*. Хронічні форми з перемінною горячкою дають знов образ туберкульози або наворстної псевдо-левкемії. Наступні недуги займають найчастіше нервовий уклад, а то в формі *neuritis*. Справником недуги є 1897 року через Влусе'го відкритий *Micrococcus Melitensis*, недугосправчий для малп, але вприснений підшкірно викликає і у людей згадану недугу. Смертельність виносить лиш 2%. — Легки і печінка у померших бувають перекровені, селезінка побільшена, слизна болонь тонких тенес зачервенена і набряскала, слизна болонь грубих тенес рівно зачервенена і покрита прищами, фолікули бувають часто набрясклі, часом незмінені. — Сировать крови має свільну аглютинаційну прикмету, котра вагає ся між 1:20 до 1:100, що скріплює диягнозу. Терапія до тепер незвісна. Звичайно уживані антипиретики є проти сеї горячки безсильні.

Е. О.

Koch: Über die Entwicklung der Malaria-parasiten. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. XXXII, p. 1—21.

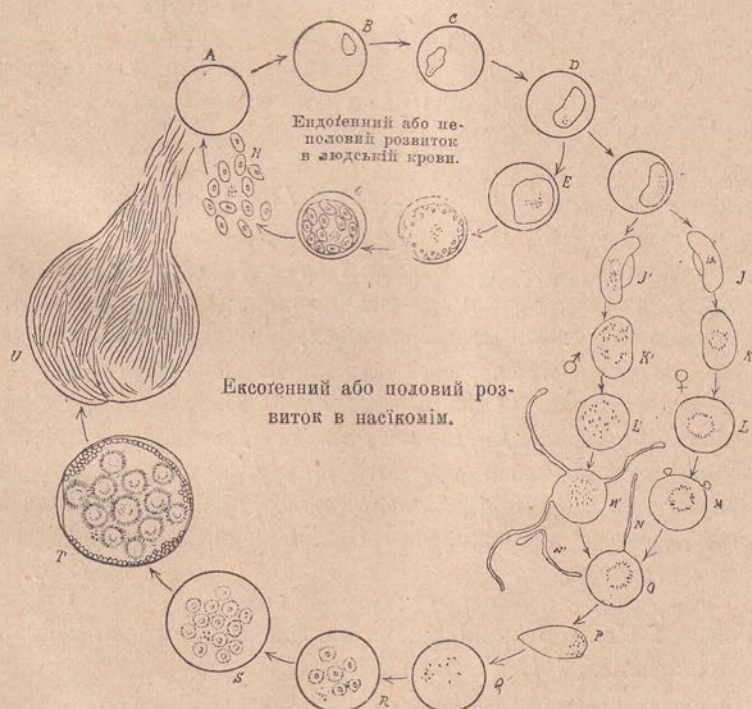
Автор описує прикмети правдивого парасита пропасниці і відріжняє до тепер ось які відміни его: 1) парасит четвєртячки, 2) парасит третячки (оба достаточні звєні через дослїди Golgi'ro), 3) парасит тропічної горячки (*aestivo-autumnalis*) дослїдами Marchiafavi-и яко осїбна порода стверджений. Лиш ті три відміни уважає К. справдїшними людськими параситами. Прочі три звєні відміна находять ся лишє у звїрат: 4) похожа на парасита пропасниці відміна у малп (знайдена Кохом у африканських малп), 5) *Proteosoma Grassii* (Labbé), 6) *Halteridium Danilewsky* (Labbé). Сї дві відміни знаходять ся лишє в крові птиць. Правдоподїбно число їх з часом збільшить ся. Знайдені Koch'ом парасити в крові рогатої худоби, а *Dionisi*-м в крові лиликів належать здає ся також сюди.

Усї до групи параситів пропасниці належачі мікроорганїзми розвивають ся дуже аналогїчно. Проте виплатить ся дослїджувати докладно і експериментально перебіг розвитку звїринних параситів пропасниці, бо з тих експериментів можна вносити на розвиток людських параситів пропасниці. Кох подає в сїй праці докладні висновки своїх студий над параситами *halteridium* і *proteosoma*. Головно у послїдного парасита птиць удало ся єму вивести цілий зложений перебіг розвитку докладними експериментальними дослїдами. — В подібний спосіб належало би дослїдати незвісний ще до тепер перебіг розвитку людського парасита пропасниці.

Е. О.

Recs: Malaria, its parasitology. (Practitioner 1901 Март). Centralblatt f. innere Medicin Nr. 25, 1901.

Парасит пропасниці розвиває ся в двоякий спосіб: а) неполовий і то лише в крові людській і б) половий; в останньому случаю є чоловік лише посередній господар, а дефінітивний господар є муха. Неполовий розвиток є простіший і давніше звістний; дрібний парасит пропасниці (*amoebula*) заходить в червоне тільце крові, є зразу дуже жваво руханий і без пігменту, росте, збирає пігмент через знищене еритроцита, прибирає вид морони (*Bellis perrenis*) в кінці робить ся з него мішок (*Sporocyte*), в котрім через поділ морони утворені спори лежать віддільно. Вкінці тріскає мішок а спори звільнені заважають нові еритроцити. Се є той головню через Golgi'го описаний „ендогенний“ цикл. — „Ексогенний“, половий, описаний Ross'ом триває 6—16 днів і є далеко більше зложений, але легко зрозумілий з доданого автором образка:



Розвиток парасита пропасниці, на горі в чоловіці, на долині в насікомім.
 А Червоне тільце крові. В С D E Те саме заражене амевбулою. F G H Спороцити.
 J—U Свобідні парасити пропасниці в кормовім проводі насікомого. J'—M' Мужеські гамети. J''—M'' Жіночі (Макро) гамети. N' N'' Мікрогамети. P Так зовима Travelling vermicule. Q Молодий цигот. R. S, Циготомени. T, Блястофор. U, Зрілий цигот, тріскаючи; серповаті тільця стають свободні.

З вільної amoebul-i виростають здає ся по части більші пігментовані кульки, або півмісяці (послідні в случаю злосливої пропасниці, перші при третячці). Істнованє тих обох форм є певне, їх походженє ще не певне. Вони являють ся 1—2-го дня по нападі горячки, півмісяці аж в тиждень пізнійше. Клітини ростуть і стають ся більші. Мужеські (mikrogameten) дістають батинки, котрими жваво рухають (є то homologa до spermatoz-oїв виших звірят), жіночі стоять і дістають лише по боках 1—2 малі кульочки (homologa до зародочних тілец виших звірят). Батинки відривають ся і нападають жіночі „makrogamet-и“. Заплоднені клітини порушають ся зразу дуже живо, відтак успокоюють ся, в середині творять ся в них малі кульочки (Zygotomeren) а краєм виділює ся болонка. Сей цілий розвиток відбуває ся в жолудку мухи. Згадана жваво порушаюча ся клітина вгризає ся в мясневі верстви кормового проводу. Дальший розвиток такий: zygotamer-и дістають форми серпа, кутася докола свого обводу, під котрими щезають малі кульочки zygotomer-ів. Вкінці творить ся великий мішочок (зрілих zygotomer-ів) повний тілець виду серпа. Мішочок той тріскає а вільні тільця ідуть до слинних желез насікомого, а через укушенє назад в людську кров.

E. O.

Middeldorpf: Ein Fall von Peus, mit Atropin behandelt. Münchener med. Wochenschrift 1901. Nr. 17.

Звісно, що в послідних часах ліченє сеї недуги атропіном було поручено з многих, поважних сторін. Автор подає 2 случаи, де той спосіб лічення зовсім не повів ся. В однім случаю, в котрім подавано кілька разів дуже високі давки атропіну (0,004) був скрут в долішній частині ileum полученний з перетеноватим раком на зворнику жолудка. Другий случай не доводить в сїм питаню зовсім нічого, бо ходило о увязнену прірву, лише се є важне, що через вприсненє атропіну занехано відповідний час до операції, і викликано появи затроєня, котрі дали повід до дуже прикрих комплікацій.

E. O.

Volland: Meine Behandlung der Lungenschwindsucht. Therapeutische Monatshefte 1901. Nr. 7.

По думці автора зі всіх способів спомагаючих ліченю туберкульози є побут в високім гірськім кліматі найважнійший, хоч де-хто перечить тому. Ліченє зимною водою, головню натриски і гімнастика легких є радше шкідливі як помічні. Запальний процес в легких вимагає, щоби ті органа лишити в як найбільшій спокою.

До певного ступня творить ся се само через олегочні зрости. Є се нїяко самопоміч організму. Натриски можуть дати повід, неважаючи на вибір случаїв, до нежитів в горішних частинах віддихового укладу, до ревматичних і олегочних болїв; ходжене по горах може дати повід до кровотоків з легких, навороту горячки і болїв. Уживане води треба проте ограничати лише до чищення і відсвіження шкіри. Найліпші є для сухітників теплі змиваня, теплі купелі в ванні і то дуже обережно, бо всякі иньші заходи получені з утратою теплоти є для таких недужих шкідливі. Побут на свіжім, здоровім воздуху є безперечно надзвичайно користний, але і тут не вільно перейти границі, бо можна дуже легко зашкодити. В часі слоти, вітру, по заході сонця повинен сухітник сидіти в хаті. Лежене на вільнім воздуху в зимні вечери, спане в зимі при отвертій вікні або в слоту дразнить гортань і викликає кашель. — Також не відповідним є кормити сухітників понад міру, піддавати їх так зовиному тученю (Masteur). Напромаджена товщ не дає нїякої охорони проти недуги і єї дальшому розвитку. Анї кашель анї скількість плювин не зменшує ся. Лише недужий стає більше отяжілий, функції сердца утруднені з причини затовщення серцевого мяся. — В той спосіб осягає ся впрост противний результат. Найважнійшою справою є задержане доброго апетиту. Велика скількість корму, головню молоко подаване великими порцїями і то ще між сніданем і обідом, або обідом і вечерою, обтяжає кормовий провід і віднімає апетит. Дуже часто уважають молоко, що воно не є добре стравне, і додають до него коняк, вапнянної води і т. д., щоби єго зробити ліпшим. А то лише за велика скількість поданого корму є причиною погіршеня апетиту. Добрий жолудок є найліпшим средством оборони проти розвитку недуги. Вправді стрічаємо нераз великий брак апетиту без видної причини. Правдивий апетит вертає аж тоді, як недуга починає дійсно уступати. З обниженем теплоти тіла вертає назад і охота до їди. Склад крови поправляє ся і всі тканини тіла беруть участь в підвишеню ваги тіла у недужого. Власне горячка буває з часта одинокою причиною браку апетиту. Сухітники оказують нераз дуже низьку теплоту, так зовиму під-теплоту. Є то без сумніву наслідок браку крови. Проте всякий убуток теплоти може прямо шкودити. — Недужі з горячкою повинні безусловно лежати в ліжку, доки теплота змірена під пахою не буде і пополудни виша як 36.7° до 36.8°. При високій і сталій горячці треба заховувати абсолютний спокій і не змінювати положене, так як при зломаню ноги або запаленю очеревної. Ліків проти горячки не давати зовсім, вони лише викли-

кують поти і ослаблюють недужих. Діланс їх є лише хвилеве. — Як є охота до їди то треба її по можности вдоволити. Треба лише мати бачне око чи нема атонії жолудка і подавати корм не дуже тяжкий, але поживний і сгравний, роблячи часті зміни. При їдї уживати дуже мало напиту. При великій жажді подавати каву з молоком або звичайну воду. Але в стані реконвалесценції, коли покаже ся справдішній голод, можна поміж головну їду подавати дещо корму недужому, але лише стільки, щоби не збавити ему охоти до головної їди. Недужим на атонію жолудка і нервовим не давати ніякого алкоголю. Також і при подаваню ліків, які з часта подають ся сухітникам треба тямити, що добрий жолудок є для недужого на легки найбільшим скарбом. Як він раз потерпить, то дуже тяжко его назад направити. Часом воно не удасть ся вже цілком. Також і туберкулінови і иньшим підшкірно подаваним лікам не приписує автор ніякої лічничої вартости. Часто викликають вони горячку, котру відтак годї побороти.

Щоби осягнути постійне вигоєнє, треба до того стреміти, щоби не лише не було прутнів Коха, але щоби кашель і викиданє плювин устали. Всякий бронхит, при котрім видають хорі похожі до шумовини плювини, що плавають по водї, треба дуже сумлінно лічити, поручаючи абсолютний спокій або евентуально лежанє в ліжку. Проти кашлю подавати кодеїн, героїн і морфін. Також і для недужої гортани є найважнїйшою річею спокій. Проте треба занехати всяке місцеве ліченє. — Що до кровотоків з легких то автор радить знов спокій і підшкірне вприсненє не малої кількості *secale cornutum*. При бігунці є найважнїйше: абсолютний спокій в ліжку, відповідна диета, теплі обклади на живіт і *Bismuth. salicyl.* — Проти болів ревматичних, олегочних, жолудка, живота і иньших радить автор дуже японську пушку до огріваня.

Е. О.

Nolda: Zur Tannoformbehandlung der Nachtschweisse der Phthisiker. Berliner klin. Wochenschrift 1901. Nr. 26.

Звісно що Strassburger поручає при вічних потах сухітників уживанє танноформу після ось якого припису: Tannoformi 1, Talcі veneti 2. — Автор уживав сего способу у 12 недужих і осягнув дуже вдовольючі результати. У 8 легких случаях наступило цілковите усуненє сеї прикрої пакости уже по 3—5 разовім втираню, у одного поправив ся стан значно. У 4 недужих, котрі в високім ступни терпіли на вічні поти, і у котрих уживано вже всілякі

средства на внутр і на внї все безуспішно, ужито танноформ з таким добрим наслідком, що у 3-ох поти цілковито перестали, при чому дивним дивом рівночасно і піднесена теплота спала до правильної, в 4-тім случаю наступило значне поліпшене. Часом недужих свербіла і легко палила шкіра. Втиране порошка є далеко користнійше ніж засипуване, часом вистарчає натерти лише груди. Рано змиває ся ті місця французькою горівкою, і се повтаряє ся також вечером перед уживанем танноформу, щобн проводи потних желез удержати отверті.

Е. О.

Witthauer : Die Behandlung der Gallensteinkolik mit Olivenöl. Münch. med. Wochenschrift 1900 N. 43

Число ліків уживаних в нападах жовчевої кольки в наслідок витвореня камінів є безконечне, але ані оден з них не може похвалити ся певним діланем. Найліпше ще ділає побут в Карльсбаді, але не для всіх є такий побут можливий а звісно що лічене мінеральними водами в дома не заступить ніяк лічення на місци. Лічене оливою може деколи заступити карльсбадську курацію, а часом навіть стає одиноким лічним способом, де Карльсбад не зробив свого. Автор подає оливу *per os*, бо сей спосіб подаваня є дешевший і по его думці веде скорше до ціли. Він дає що вечера кілшок від вина оливи, до котрої додає кілька капель мятowego олію. Відтак каже троха попити коняком або кмінківкою. Аж як пациенти рішучо заявили, що неможуть довше оливу брати, приступає автор до подаваня *per rectum* але для ощадности дає не оливу лише звичайний олій. До одної клізми уживає ся 400—500-ссм олію.

Зразу подає він їх щоденно, по 1—2 тижнях що 2-гий день а пізнійше рідше. Результати були такі добрі, що автор в своїй 12-то літній закладовій і приватній практиці лиш 5 чи 6 разів мусів дораджувати до операцій.

Е. О.

Heichelheim : Klinische Erfahrungen über Hedonal. Deutsche med. Wochenschrift 1900. N. 49.

Лік сей подавано при безсонниці, з причини гістерії, неврастєнні, надміру праці, підійшого віку і т. д. Досєвїди роблено в 72 случаях і то на 41 ріжних особах. Сон приходив в $\frac{1}{2}$ найдальше в 1 годині і трєвав звичайно аж до рана. Скількість мочи не була ніколи в великій мірі збільшена. Давка була все 0,5—2,0 г. Рідко

коли не наступав сон по поданню 2,0 gr., в такому случаю подавано 2,5—3 gr. з добрим успіхом і без лихих наслідків. Лише в безсонниці з причини болю не було ніякого результату. *Е. О.*

Rauch: Ueber Naftalan bei Hämorrhoiden. Deutsche med. Wochenschrift 1900. N. 39.

Р. пробував в 10 случаях 20% чопки з нафталяну при гемороїдах. Були то недужі різного віку з більшими і меншими, внутрішніми і вишніми гемороїдальними гузами. У одного недужого, котрий мав при кожнім стільці величезні гемороїдальні кровотоки, і де операція була конечна, лише мусіла бути відложена, бо недужий знаходився в реконвалесценції по тяжкім запаленю легких, показалися чопки з нафталяну знаменитими, кровотоки перестали по 8 днях, а гузи так зменчилися, що недужий про операцію і слухати не хотів. Досвіди научили автора, що нафталян надаєся дуже добре до лічення гемороїдів. Треби лише чопки робити троха твердші а іменно до 1, 5 gr. Bytur. Сасао додати ще Cerae flavae 1, 5 gr. У всіх недужих зробився і столець далеко легчий. *Е. О.*

Lorenz: Zur Behandlung der Epilepsie mit Bromipin. Wiener klinische Wochenschrift. 1901 N. 44.

Лічене броміпіном переведено у 34 недужих на вроджену епілепсію і то 18 мушчин, а 16 жінок. Шкідливого впливу не сконстатовано ні в однім случаю. В значнім числі вага тіла росла, лише в 5 случаях троха упала. Лік подавано в плинній формі (10% препарат) або в желатинових капсулках по 2 gr. 33½ процентового броміпіну але в сій формі подавано рідше. Рідко коли не хотіли недужі брати сего ліку тоді додавано его дуже добре в стравах. Клізми або вприсненія не були потрібні а давка була поміж 10—20 gr. броміпіну, що відповідає 1, 75—3, 5 gr. бромю соду. Часом подавано і більше 10—30 gr. 10% броміпіну, що відповідає 3,5—5,25 gr. бромю соду. Результати були лучші як при ліченю опієм і бромом. *Е. О.*

Schrötter: Zur Heilbarkeit der Tuberculose. Zeitschrift für Tuberculose u. Heilstättenwesen B. I.

Хоч при ліченю туберкульози безперечно заслугоє на першеньство полудневий клімат, то всеж таки, скоро ходить о лічене за-

гальне а не виїмкове треба головну вагу поставити на домашні санаторія. Також і інші автори є тої думки, що найлучше робити проби лічення в такому кліматі де недужі мають дальше жити і працювати. Скоро би збудовані санаторії не відповіли своїм жаданням що до лічення туберкульозу, то всеж думає S. видані на них гроші не були би викинені, бо могли би вони бути знаменитими місцями для реконвалесцентів, котрих і так нам не достає.

Що до питання, які случаї треба приймати до людських санаторій, то усі суть в тім згідні що лише легчі, то є початкуючі. Автор однак, звертає на підставі власного досвіду увагу, що при виборі недужих до лічення кліматично-гігієнічно-дієтичним методом не треба бути дуже обережним але і тяжше недужих можна пробувати піддати відповідному закладовому ліченню.

На всякий случай належить як найскорше усіх сухітників забрати з наших шпиталів, і то не лише в інтересі їх самих, але і в інтересі інших хворих, порядку і добра шпиталів. *Е. О.*

Gerhard: Ueber Eheschliessung Tuberculöser. Zeitschrift für Tuberculose u. Heilstättenwesen. B. I. H. 4.

Що до питання чи недужі на туберкульозу можуть вступати в подружеский стан чи ні, то в тім напрямі є різні погляди, одні є рішучі вороги, і раді тих недужих піддати під драконські закони, другі знов думають що піднесення душевного настрою, вздержане від ексцесів, ліпша віджива, яка буває звичайно в упорядкованім домашнім життю, може лаше вплинути корисно на стан недужих.

Gerhard є рішучий ворог сего послідного погляду, і думає що чоловік, котрий дійсно перебув туберкульозу повинен що найменше заждати оден рік доки вступить в подружеский стан.

Автор підпирає свій погляд многими так своїми як і чужими досвідами.

Небезпеченство яке повстає в наслідок подружя туберкулічних осіб є для обох сторін грізне, але ще в більшій мірі для жінки.

Тут заходить більша нагода перенесення туберкульозу з одної особи на другу.

Posner знайшов у 30% секціонованих туберкульозу мочо-полового укладу. По досвідам Schuchardt'a є зажажене трипрово-туберкулічне в мужеській цівці дуже часте. Притім є велике небезпеченство в тім, що в подружю далеко легше може наступити зажа-

жене плювидами і частинами їх літаючими в повітрі. В кінці мають лихий вплив на вигоєну або на око вигоєну туберкульозу скріплені полові функції, а у жінки ще до того бременність, поліг і кормлене дитини.

Вплив бременности на розвиток туберкульозу є так страшний, що по Lebert'у 75% туберкулічних жінок не переживють порід довше як один рік. Дуже часто лучає ся і поронене. Gesolle оголошує, що 22 туберкулічні, бременні жінки поронили 3 між другим і четвертим місяцем, 3 знов мали вчасні породи в семім і осьмім місяці.

Довше кормлене дитини, що давнійше Ellinger уважав майже яко профіляктикум проти туберкульозу, вважають тепер здає ся усі тямущі лікарі згідно моментом впливаючим дуже некористно на перебіг недуги, не вважаючи вже на небезпеченство можливого закаження новородня, так що нині лікарі заказують на туберкульозу недужим жінкам кормити діти.

Більше небезпеченство для жінок в супружях туберкулічних осіб виходить наглядно з статистики Hermann'a Weber'a, котрий наводить 68 случаїв (39 мушчин а 29 жінок) де більше або менше нездорові люде пібрали ся з цілком здоровими. Результат був ось який: з мужів поженивших ся з 29 туберкулічними жінками дуже мало запало на сю недугу, а противно 39 туберкулічним мушчинам повимирали на туберкульозу жінки: одному 4, другому 3, чотиром 2, тром 1. Перебіг недуги тих жінок був дуже прудкий так що лиш 5 рази проволікла ся недуга довше як 12 місяців а лише раз дійшла до 18.

Також і Van Ysendyck промавляє за целібатом недужих на туберкульозу і то не лише певно недужих але навіть підозрілих і то на підставі власного досьвіду, бо бачив, що у 26 молодих по часті туберкулічних по часті склонних до того жінок, у 21 початок а взглядно погіршене наступило зараз по полозі, у 3 в часі кормлення дитини, а у 2 підчас бременного стану. Се міг автор ствердити з цілою певністю.

Сам автор зробив подібні досьвіди і вже кілька були для него вистарчаючі, щоби заняти згадане становище в тій справі.

Gerhard подає мушчинам засудженим на целібат а маючих часто полюції люпулін, камфору а головно digitalin що вечера підвисаючи давку від $\frac{1}{10}$ — 1 gr. З причини що туберкулічні дуже часто полово подраженні і віддають ся половим сходами, лучає ся дуже часто у них попри туберкульозу сифіліс і трипер. В першім случаю радить автор, скоро лише стан сил на се позволяє, підприємати як найскорше

енергічне лічення втираннями ртуті, щоби привнаймій з тою недугою зробити як найскорше порядок, хоч що правда в некождім случаю дасть ся ствердити погіршаючий вплив сеї недуги на туберкульозу.

Е. О.

Кнопф: Die Früherkennung der Tuberculose. Zeitschrift für Tuberculose u. Heilstättenwesen B. I. 3.

Не маючи заміру обнизити значіння і признаючи велику вагу дослідів плювин, крові і мочи подає К. вказівки як належить поступати з недужим підозрілим на туберкульозу, узглядняючи головню анамнезу, інспекцією і фізикальну диягностику.

Коли лікар має перед собою такого недужого то треба насамперед через відповідні питання довідати ся про вго спосіб життя (ексцеси, алькоголізм, помешканє), апетит, можливо в послідних часах перебутих журбах, і давнійше перебутих недугах (алькоголізм, сифіліс, пошестні недуги). Дальші цікаві і повстанє туберкульози спомагаючі моменти можна довідати ся з способу життя, іменно якого заводу є недужий, (музиканти, складачі, капелюшники пр. западають далеко частійше як різники і сільські господарі). Відтак треба запитати ся чи недужий жонатий чи нї (нежонаті підпадають тій недужї частійше як жонаті) і про вік недужого (найчастійше находять ся недуга людей в віці між 17-тим а 35-тим роком життя). А у жінок треба довідати ся чи місячка не устала (дуже підозріла поява). Питання про унаслідженє можна поставити але лише побіжно, бо хоч вони випадуть і потверджаючо, то всеж такі не зміняють вони в нічим можливости або не можливости вилічення. Ходить хіба о те, щоби на случай вепільного пожитя з иньшими недужими на туберкульозу можна менче хорого відлучити і надавати можности дальшого закаженя, головню тоді як у недужого появляють ся кровотоки у легких.

Інспекція дає на перший погляд багато появ, котрі дають наклін до туберкульози. Перш усього статє недужого (*Habitus phtisicus*), пол (мужчини хорують частійше як жінки), краса шкіри і волося (рудаві волосє і бліда шкіра є дуже підозрілі); з одіня можна заключати на солідність і маєткові відносини хорого. Нїм ще недужий розбере ся можна бачити деякі вчасні симптоми недуги як зачервленє ясел, або розширенє зїниці по хорім боці, що лучає ся не правильно але досить часто. Оглядини горішних частин дишного укладу (носа, пролику, гортани) треба зараз

по тім безпосередно перевести (дуже бліда слизна болона гортани здаджує наклін до туберкульози), туберкулічні прищі, бакцилі дають певність. По роздягненню недужого зверне лікар свою увагу на стать грудної клітки, можливі втягнення грудної стіни, набряск желез, спосіб віддиху і положене кінцевого удару серця. Відтак наступає пальпація, можливість розширення грудної клітки, і грудне дряжене (*fremitus*) вказує на затвердь легких. Випук з переду над і під ключицею і позаду на вершку лопатки, і саме випукане ключиці впрост, іменно коли пукати пальцем, виказує нам перші початки затверди легких з цілою певністю. При вислуху треба знати, що постійний в однім вершку легких виступаючий шореткий вдих є найпевнішим і частішим знаком туберкульози легких. Шелести в долішних партиях легких вказують не на поважніші зміни в тих місцях, але на перекровлене споводоване набряском озявочних желез. Що до хемічних і біологічних реакцій, то знайдене туберкулічних прутнів є для уважного і досвідного лікаря добрим потвердженням его диягнози, але з браку їх не можна нічо вносити, скоро диягноза опирає ся на основнім фізикальнім досліді.

Дуже важним є для автора дослід крові, щоби ствердити хльоро-анемію, котра дуже часто появляє ся рівночасно з першими появами туберкульози: 1. коли корпулєнція (т. є відношене вираженої в гектограмах ваги тіла до висоти чоловіка вираженої в cent-gr.) є менча як 3; 2. коли сила віддиху мірена спірометром є менча як 3 літри для середно високих, а менча як $2\frac{1}{2}$ для малих; 3. коли обвід грудей є о половину менчий як висота; 4. коли число ударів живчика є в кожній позиції (лежачій, стоячій, сидячій) все однака; скоро тиск в *radialis* показує менче як 13 ргута, а немож знайти пньшого поясненя на сю появу. Автор обговорює також спосіб досліду лучами Röntgen'a але приходить до заключеня, що fluoroscop не може ще на разі заступити вправне ухо.

E. O.

Reiche: Die Bedeutung der erblichen Belastung bei der Lungenschwindsucht. Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen. Band 1. H. 4.

Звісно, що в послідних часах множать ся прихильники теорії, що унасліджене туберкульози не є науково узасаднене і що велику смертність членів тої самої родини на ту недугу, треба пояснювати зараженем прутнем Коха через близьке житє в тих самих

обставинах. Автор хоче се доказати статистичними числами на підставі зібраного матеріялу яко лікар: „Кравого закладу обезпечень сполучених міст північної Німеччини“. На підставі дуже хитких висновків, котрі обширніше можна прочитати в оригіналі, відмавляє автор унаслідженю всяку рацию, хоч по думці референта доводи ті зовсім не вистартаючі. Впрочім і щоденний досвід учить нас щось впрост противного, що кождий практичний лікар потвердити може.

E. O.

Turban: Die Vererbung des Locus minoris resistentiae bei der Lungentuberculose. Zeitschrift für Tuberculose u Heilstättenwesen B. I. Heft I. 2.

Т. стоїть по стороні прихильників теорії унаслідження туберкульози а слово его тим важкйше, що як знаємо є він в справі туберкульози в науковім сьвітї одна з перших поваг.

Автор доглянув, що у родичів і дітей можна дуже часто бачити початки туберкульози по тім самим боці і не лише самі початки недуги, але дуже часто знаходять ся у дітей по тім самим боці втягнення, сплющення і т. и. того самого вершка легких. Часом і при розвитку недуги можна бачити ті самі фізикальні появи поступаючі наперед однаково у родичів і дітей. Сї спостереження можуть, по думці автора, кинути яснійше сьвітло на унасліджене туберкульози.

Т. впорядковував через 8 літ усі ті случаї, де мав або сам нагоду бачити більше число членів тої самої родини, або де ему довірочні лікарі подали дуже докладні відомости, що до уміщення перших змін. В такий спосіб зібрав він 121 осіб, належачих до 55 родин, усі з більше маючих товариських кругів, що дуже улегчувало обсервацию.

В перших 23 обсервациях показала ся у 89,6% цілковита східність уміщення сїдиби недуги у родичів і дітей, не лиш там де було можна порівнати одно але і більше дітей з родичами.

Відтак слїдують 23 обсервациї, де порівнувано діти між собою, і де випав 79,6% східности уміщення перших хоробливих змін. Цікаве те, що де тої східности не було, можна було бачити, що діти не були подібні до родичів або між собою.

Бага сих заміток лежить у тім, що в місце досить загадочних і містичних здогадів, що до унаслідження туберкульози, хоч ніхто не міг заперечити факту, кладе ся цілком новий і на досьвідах опертий факт, іменно унасліджене так зовимого *locus minoris resistentiae*.
E. O.

Звіт з зїзду для туберкульози в Лондині, відбувшого ся дня 22. і 23 липня 1901. *Britisch Med. journal* 1901, з 27. липня 1901.

Зїзд отворив дня 22. липня герцог Cambridge в імені цісаря в St. James-Hall. По кількох вступних словах почесного головного секретаря Mr. Malcolm Mowris, наступили промови представителів ряду, міста Лондину, Ірляндії, колоній і чужих держав. Між иньшими говорили Lister, Gram за Данію, Brouardel за Францію, Leyden за Німеччину, Ruata за Італію.

Дня 23. липня отворив збори лорд Lister і промовивши кілька вступних слів дав голос Кохови, котрий відчитав свій відчит на тему: Про боротьбу з туберкульозом в світлі користних досьвідів починених в боротьбі з иньшими пошестними недугами.

Кох виходить з того заложеня, що туберкульоза від часу відкритя туберкулїчного прутня, котрий є безперечно причиною недуги, не може вважати ся так як перше безнадійною невилічимою недугою, але може бути через відповідні раціональні заходи дуже в своїм розширеню обмежена і поборена. Яким способом то може зробити ся, показує він на примірах осягнених при иньших заразливих і пошестних недугах, як чума, холера, скаженина, лепра, проти котрих не поступає ся по одному шаблону але кожду з них поборює ся спеціальними способами, як затканє їх жерел, зробленє не шкідливими батарей, ізоляцією і т. д.

При туберкульозі вважають загально найважнїйшим жерелом закаженя плювини сухітників містачі в собі прутні. Плювини сї бувають або розсїяні і літають сухі дрібними частинами в воздуху, або приліплюють ся мокрі на одежи і иньших знарядях і в той спосіб доходять до здорових легких, котрі відтак закажують. Проти сему грає унасліджене дуже малу роль.

Яко друге жерело уважають зародні, походячі від туберкулїчних домашних звірят, котрі містять ся в молоці, маслі

і м'ясу. Про тождсамість людської і звіринної туберкульози, висказався Кох вже перше з великою резервою. Щоби по можності в'яснити се питанє, старався він телята, котрі витримали пробу з туберкульозом, і могли бути уважані напевно яко вільні від туберкульози, в ріжний спосіб заразити чистими культурами людської туберкульози: через підшкірне вприсненє, через вприсненє в червну ямину, в жили, через кормленє плювиною, через інгаляції розприсненою водою, містячою в собі прутні. Ні одно звіря занедужало, ані не оказувало по забитю по 6 до 8 місяцях ніяких позначів туберкульози в своїх органах.

Інакше випадали досліди скоро ся взяло прутні не від людей але від туберкулічних звірят: тоді виступала тяжка туберкульоза в ріжних внутрішніх органах, на котру телята живо гинули. Те саме показало і з дослідами на поросятах. І сі звірята не мож було заказити людською туберкульозою, лише туберкульозою рогатої худоби.

Сі досліди потверджують те, що вже давнійше знайшли інші дослідувачі, як Chauveau, Günther, Harms, Bollinger, а в новіших часах в північній Америці Smith, Dunwiddie і Frethingham.

Дальше питанє, чи на відворот можна чоловіка заказити туберкульозою рогатої худоби, не дасть ся справді експериментально довести. Але що, як знаємо, туберкулічні прутні так часто находять ся в молоці і маслі, і так часто бувають споживані через людей а головно через діти, а первісна туберкульоза кишок є так рідка, та небезпеченство закаженя сею дорогою мусить бути дуже мале.

Кох думає проте:

„Хоч важне питанє, чи чоловік може заказити ся туберкульозою рогатої худоби далеко ще не рішене і ані нині ані завтра не буде ще рішене, то вже тепер можна певно сказати, що скоро така можливість є, то лучає ся се надзвичайно рідко. Я би вважав можливість закаженя молоком, м'ясом і маслом туберкулічної худоби не частійшою як туберкульозу лучаючу ся в наслідок унаслідженя і не вважаю проте конечним проти тому бороти ся якими будь охоронними способами.

Лишають ся проте плювини сухітників, яко найбільше небезпеченство розширення недуги, а уможливити знищенє, взглядно за-

побічи розширею їх є найважнішою задачею в боротьбі проти туберкульози. Ся задача є найтяжшою в тісних, щільно замешкалих і зле вітрених помешканях бідного населеня. Тут є правдиві гнізда туберкульози. Проте мусить законодавче управильнене мешкань і піднесенє соціального добробиту людowego іти поруч з боротьбою проти туберкульози.

Дальше вказує Кох на значіне шпиталів виключно для сухітників, які дотепер є лише в Англії і звертає ся до доброчинности громад та поодиноких заможних добродіїв. Скоро сухітники бідних верств людowych знайдуть аж до смерти в таких шпиталях поміщенє і відповідну опіку, то тим самим зменшує ся небезпеченство розширення сеї недуги в великій мірі.

Важним уважає Кох також примус доносу, скоро не усіх случаїв туберкульози, то принайменше тих, що можуть бути небезпечні для свого оточеня. Такий примус є вже заведений в Норвеїї законодавчою дорогою, в Саксонїї міністерияльним розпорядженєм а також є заведений в Нью-Йорку і иньших північно-американських містах. Відтак уважає Кох конечним дизенфекцію одія і иньших річей кожного помершого на туберкульозу.

Вкінці згадав еще Кох про вихованє публики в напямі зрозуміня сути недуги, і про санатория, котрі мають лише значіне для недужих з початками туберкульози і закінчив тим відчит.

На те відповів лорд Lister: Відчит Коха є інтересний від початку до кінця; але що найбільше звернуло єго увагу то те несподіванє твердженє, що туберкульоза рогатої худоби не може розвивати ся в людськїм організмі. Є се річ найбільшої практичної ваги, бо скоро би се було правдою, могли би бути наші міри осторожности дуже упрощені, але з другого боку було би се великим нещастєм для суспільности, скоро би залишити всі способи, котрі нам впевняють тепер чисте і здорове молоко, а пізнійше показало би ся, що се твердженє Коха було хибне. Він сам уважає думку Коха, що туберкульоза не дасть ся перещепити на звірята певною. Але з огляду на таку важність справи уважає дальші досліди в тій справі конечними. Скоро би се було безперечно доведене, то ще з того не мусить виходити доказ, що звіринна туберкульоза не може бути перенесена на людий. Він звертає увагу на віспу. Проби перещеплення людської віспи на телята були зразу так неудачні, що видні патольоги уважали віспу людську і віспу рогатої худоби за цілком відмінні недуги. Тепер знаємо що се була похибка, і що

віспа рогатої худоби не є нічо иньше як змінена віспа людська. Він покликуює ся на дуже поучаючі досвіди Monckton-a Copeman'a, котрому не удало ся перещепити людську віспу на телята, але удало ся за кожний раз перещепити її на малпи а скоро у малп витворили ся гарні прищі, перещіплював їх на телята і діставав добру коровянку спосібну до щеплення дїтий. Можливо є, що і для туберкульози є які роди звірят, котрі служать яко посередні господарі між чоловіком а рогатою худобою. Або може з часом по дальших дослідах таки виказати ся що деколи, хоч виїмково, може людська туберкульоза дати перещепити ся на рогату худобу, так само як се рідко лучає ся, що віспа дає ся так перещепити на теля, і що в той спосіб повставша туберкульоза рогатої худоби дасть ся назад перещепити на чоловіка, так як їдї коровянки. Докази, на котрі покликуює ся Кох, добуті очевидно посередною дорогою, що туберкульоза рогатої худоби не дає ся перенести на чоловіка є цілком ще не переконуючі. Вони основують ся на тій підставі, що хоч дїти так много туберкулїчних прутнів проковтують з молоком, то преці первісна туберкульоза кишок є дуже рідка, що має бути рішучо доведене. Колибсьмо і дійсно припустили, що людська туберкульоза кишок є у дїтий справді так рідка, то знаємо знов як часто знаходимо у дїтий так зовиму *tabes meseraica*, і що великий процент дїтий гине на туберкульозу в иньших місцях тіла.

Скоро мезентерияльні желези бувають так часто заняті без видимого ушкодження кишок, то одиноке природне і конечне поясненє сеї появи є, що туберкулїчні прутні корму переходять через слизну болону кишок не ушкоджуючи її, і осїдають в мезентерияльних железах. Звісно усїм, що навіть прутні дуру, котрі головно творять ся на слизній болоні кишок, можуть виїмково перейти через неї, не викликаючи характеристичних змін. Як таке може стати ся з прутнями дуру, о скілько легше може се стати ся з прутнями туберкульози? Як би се була правда, то докази Коха відразу упадають. Що до дослідів Коха, що не повело ся заказити рогату худобу материялом добутиим з желез дїтий померших на *tabes meseraica*, то тих дослідів є безперечно ще за мало; а хоч би їх було і більше, то се би ще по єго думці нічого не доводило. Бо є можливо, що туберкулїчні прутні походять з молока по дорозї через чоловіка і находячі ся вкінци в мезентерияльних железах, можуть змінити так свою вдачу, що хоч походять від рогатої худоби, не мають вже прикмет правдивих прутнів, і через те

не дають ся перещепити назад на рогату худобу. Зїзд мусить жадати докладнїйших дослїдів сего питання, нїм згодить ся на твердження, що чоловік є не вразливий на туберкульозу рогатої худоби.

Nocard згоджує ся вповнї з Lister-ом, що скоро твердження Коха слушні, то много доброго мяса нищить ся непотрібно. Але аналогія, як заховує ся прутень свинської рожі, провадить его на думку, що дотеперішня неудача в дослїдах ствердити взаїмне відношене між туберкульозою людей і рогатої худоби лежить в тїм, що дослїди ті є з природи річи надзвичайно тяжкі. Доки ті труднощі не поборють ся, треба ціле питане лишити в завішеню, а докази Коха непереконали его єще зовсїм. Протівно він думає, що менча смертність на туберкульозу в Англії походить як раз завдяки строгим приписам що до нагляду над кормом.

Bang вносить зложити подяку Кохови. Він зрозумів так, що Кох виказав дійсно малу правдоподібність закаження чоловіка туберкульозою рогатої худоби, але не виказав ще цілковитої неможливості такого закаження. Він нагадує на случаї, де наступило закажене чоловіка туберкульозою по операціях на недужих звірятах, і думає, що очікуючи дальших дослїдів, треба на разї з гігієнічного становища удержувати публіку в страху перед туберклїчним молоком.

Sims Woodhead прилучує ся до подяки для Коха, і уважає відчит его досконалим, а думки его розумними і гуманними. Особисто одначе він тої думки, що туберкульоза рогатої худоби не є для чоловіка цілком обоятна, і грає в закаженю его певну роль. Він вносить, щоби в тій справі віднести ся до міністра рільництва, щоби скликав комісію до дальших дослїдів над сею справою, а до часу рішеня сего питання, треба заховувати усі средства осторожности.

Друге засіданє дня 23. липня отворив Henry Chaplin і удїлив голос до відчиту Brouardel'ови, котрий говорив про: способи які ріжні нації впровадили у себе в боротьбі з туберкульозою.

Brouardel підносить словами узнаня перш усього англїйське законодавство, котре вже перед 70-ти роками почало уставою проти лихих помешкань боротьбу з туберкульозою і уважає найгарнїйшим успіхом „Вікторіанської ери“, що смертність на туберкульозу зменчила ся в Англії о 40%. Попри те заслугує на узнанє робота дея-

ких приватних товариств, котрі головнo в Англії через розширене популярних брошур багато причинили ся до освѣдомленя народу. В Німеччині треба згадати про товариства для закладаня санаторій і популяризацию санітарних думок; подібний рух існує також у Франції і Бельгії, а в Норвегії сам ряд визначив більшу суму на печатанє брошур про туберкульозу.

Декуди як в Нью-Йорку і Sydney розпочато законодавчу роботу проти розширенню плювин, хоч плювини виставлені на діланє воздуху і лучів сонця далеко не є такі небезпечні як виплювані в вохких темних мешканях.

По права мешкань робітників, надзір над тим щоби люде загусто не мешкали є і лишить ся найважнійшою задачою так держави як і громади як вкінці і приватних гуманітарних товариств. Brouardel наводить подробиці, що в тім напрямі поодинокі держави зробили.

Дальше доводить він статистичними числами як також алькоголізм, то є річне спотребованє алкоголю стоїть в прямім відношеню до смертності на туберкульозу.

Боротьбу в туберкульозою треба зачинати в той спосіб, щоби по можности від неї вхоронити малі діти, через подаванє можности дітям перебувати в огородах для дітей, через закладанє кольній вакаційних, де те є можливе над морем. Відтак не треба занедбувати надзору над мясом і молоком, а деякі навіть дуже острі законні приписи поодиноких держав в тім напрямі треба лише похвалити.

Що до лічення туберкульози, то перш усього треба розповсюдити рішену вже думку, що туберкульозу дасть ся вилічити. Brouardel знайшов при секциях в Morgue в Парижі у людей згинувших з всіляких случайних причин трохи що не у половини сліди загальної туберкульози, а то в виді звапнілих, заблизнених огнищ в легких; а були се ще в додатку люде, котрі якраз не жили в користних санітарних обставинах. Скоро проте недужий на туберкульозу в своїх початках піддасть ся відповідному ліченю, то вигляди на виліченє є під кожним взглядом дуже великі.

До тої ціли надають ся головнo публичні безплатні клініки, які зістали заведені в Німеччині а головнo в Парижі. З причини, що до таких інститутів заходять дуже часто люде, котрі ще працюють і не чують ся поважно хорі, удає ся з часта відкрити много случаїв початкуючої туберкульози, знайти також

ючих скло, робітників предметів з порцеляни, суконників, працюючих при електриці та робітників реторт в газовім заведенні. Вислід був слідуєчий: На 2672 робітників найдено 611 слабозорих, а з тих був у 387 слабій зір вродженням, а у 224 набутих і то у 95 (т. є. 15%) з причини виконування свого заводу. Інакше представляє ся річ, коли узгляднить ся робітників лише до 23 року. Таких було 775, з тих 135 слабозорих, а з них у 109 був слабій зір вродженням, а у 26 набутих і то у 11 (т. є. 8.1%) в заводі. — З того видно, 1) що вроджена слабозорість перевищує набуту у молодих робітників значно більше ніж у старих; 2) що у молодих в дуже малім проценті впливає ремесло на викликане слабого зору; 3) з віком росте і число слабозорих з причини свого заводу. — Годить ся вкінці звернути увагу на декотрі моменти, що при певних заводах ослаблюють зір: ту належить короткозорість у складачів письма, золотників, суконників, механіків і ин. подібних; скаління робітників предметів з металів; нежит злучивці столярів і поліруючих меблі, врешті осліп брусуєчих скло.

Klingmüller: Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie. Kl. Mht. für A. 1900. XII.

Має то бути збірний реферат, а властиво є представлений спосіб лічення сифілісу на вроцлавській клініці проф. Neisser'a, де автор звіту є асистентом. — Метод лічення впливає з погляду на те, як повстає першорядний сифіліс: Finger і тов. вважають его за витвір діїства самих токсин, коли противно Neisser, Jadassohn і в. признають ще і в тій стадії силу ділання самих бактерій, а тим самим лічать єї ртуєю побіч йоду. Автор признає той послідний погляд за слушнійший і загально прийятий, а відтак переходить до самої терапії.

Наперед питанє, коли починати ліченє? — Не скорше, аж поставимо певну діагнозу; бо шкоди з того для недужого не буде ніякої, за те через розпочатє специфічного лічення, а фальшиву діагнозу — полишимо чоловіка на ціле житє в непевности, чи він був заражений, чи ні, або навіть і в пересвідченню, що дійсно мав він сифіліса.

Як довго і як часто лічити? Тут стоять супроти себе два погляди: одні лічать симптоматично т. є. лише тогді, коли з'являють ся признаки недуги, як Caspary, Kaposi, Pick; другі, як Neisser, йдуть слідом Fournier'a, що вважає сифіліс за хронічну недугу і лічать его хронічно без огляду на те, чи виступають які признаки, чи ні; однак в ліченню тім робить він перерви, щоби ор-

Зміст кишок складає ся не лише з більше або менше змінених страв, але також з виділин різних желез, котрі виділяють свої продукти до кормового проводу. Таким продуктом є також слизь озявок, котру ми заєдно разом з порохом несвідомо проковтуємо. Вдиханий порошок становить проте так само зміст кишок як страви: і скоро кормить ся дитину не вареним молоком від корови з вієм закаженим в котрімсь місці туберкулічними прутнями то може повестати питанє, котрих прутнів є в кишках дитини більше, чи прутнів рогатої худоби спожитих з кормом, чи прутнів людських вдиханих прямо з воздуха. Скоро проте мезентерияльні желези суть лише одиноким місцем у дитини закаженим туберкульозом, то ще з того не виходить що ті в железах находячі ся прутні мусять походити з молока. Се спостереженє промавляє на око за гіпотезою Коха, але єго доказ, котрий основує ся на тім, що помимо так частого проковтування прутнів з молоком первісне ушкодженє кишок є так рідке, тратить цілком ґрунт під ногами; бо з огляду на те, що дуже часто знаходимо в змісті кишок надзвичайно велике число людських прутнів можна би в той сам спосіб сказати, що перенесенє людських прутнів на чоловіка є неможливе.

В дійсности здає ся слизна болона кишок злим підложєм для розвитку туберкулічних прутнів взагалі. Се річ певна, бо після досвідів патологів лише у третини померших на туберкульозу легких можна знайти туберкулічні зміни в кишках. Або иньшими словами у третини хорих опирали ся кишки закаженю туберкулічними прутнями місяцями або і роками, мимомого що перейшло їх безліч через кормовий провід. У дитини пропускає слизна болона здає ся скорше туберкулічні прутні як у дорослих; але навіть у маленької дитини знаходять патології згідно далеко частійше, туберкульозу легких як *tabes meseraica*, хоч як знаємо закажений порошок по вдиханю ще може перейти і через кормовий провід.

Кох доказав, що людські туберкулічні прутні не дадуть ся перещепити на рогату худобу. Але противне твердженє, що туберкульоза рогатої худоби не переносить ся на чоловіка, можу сміло сказати є зовсім не правдоподібне.

E. O.

Baum: Über die Anwendung und therapeutischen Indikationen des Jodipins. Therapeutische Monatshefte 1901. N. 7.

Йодипін можна уживати у всіх тих случаях, де уживає ся звичайно *kali jodatum* а головню там, де недужі незносять добре

kali jodatum, або де воно не ділає відповідно, в кінці де при довгій ліченню потрібна є відміна. Є то передовсім сифіліс в другій спізненій стадії і в третій стадії, дальше при певних змінах дишного укладу як: дихавиця, розширене легких, проволочний бронхит і при певних нервових змінах як: *neuritis* і невральгія, а в кінці при ішіас в формі підшкірних вприснень.

З обох способів подачі поручає автор подачу внутрішню там де ходить о великі давки як при протиліжечним ліченню. Підшкірні вприснення 25% препарату можна уживати там де ходить о місцеве ділане а впріскувати в околици занятого місця. Коли ходить о те, щоби викликати загальне ділане то впріскувати в іліотеальну околицю. З внішних втирань по методу *Radenstocka* не обіцює собі автор нічого бо товщ з йодом не ресорбує ся через шкіру. *Е. О.*

Talma: Zur Ernährung der Diabetiker. Therapie der Gegenwart. 1901. N. 9.

Правдивий суд кілько білковини можна подати діабетикови можна позискати лише з докладного розбору мочи на скількість азоту. Насамперед треба дбати проте, щоби скількість видаленого азоту не перевищила скількість впровадженого. Се осягнемо тоді, коли біланс азоту буде виносити ± 16 (число подане *Noorden'om*). Є одначе недужі, для котрих се число є за велике, скоро при цукриці є ще мочева діатеза. Тут треба означити *minimum* азоту, означуючи азотову рівновагу і мало по за те переходити. В таких случаях є постійна контроля потрібна. Лучають ся также недужі, котрі невдоволяють ся ані 16 ані навіть 18 гр. N. Голод і тілесне та душевне почуванє немочи уступають, як підвисшити значно скількість N. Ацетонурия може бути у діабетика навіть при вглядно добрім вигляді тоді, коли при недостачі угльогідратів спалює ся велика скількість товщу навіть свого власного. Скількість цукру підносить ся як звісно, при підвисшеню поданої білковини. Ся підвисшена глікосурия може довести до недуги нирок з причини довгого видаленя азотових тіл, хоч в діабетика рідко коли находить ся *sedimentum lateritium*. Впрочім діабетес і мочева діатеза лучають ся дуже рідко. Велика скількість азоту в мочи є впрочім для діабетика рідко коли шкідливе, хіба тоді як з того постане альбомурия або оксалюрия. Товщу най діабетик не їсть много; товщ може довести до диспепсії. Скоро диспепсії нема, то треба в третій

лїнії проте дбати, щоби діабетик не спадав з тіла і мав вистарчаючу підстїлку товщеву.

Е. О.

Hirschcron: Über Masturbation und ihre Behandlung. Therapeutische Monatshefte 1901 N. 10.

Наслїдки онанїї не є у кожного чоловіка однакі. Найбільше шкоди приносять вони у дуже молодих дїтий, при тїм нервових, і при дуже частїм виконаню її. Мірна мастурбація не приносить більшої шкоди як мірне виконуване полових сходин. Описані в деяких книжках страшні наслїдки онанїї є на всякий случай пересядні. При надмірнім виконуваню, скоро зайдуть ще і иньші ослаблюючі чинники, можуть справді виступити тяжкі неврастенїчні появи, так як впрочїм при таких самих обставинах по надмірних полових сходинах. Специяльної мастурбаторичної неврози властиво нема. Головні прикмети мастурбаторичного збоченя у дїтий, підростків, і душевно тяжко обтяжених є: брак енергїї, страх, неспїсїлїсть, ослабленє, змішанє, ляк, битє серця, духота, нехїть до науки, неспїсїлїсть до серїозної праці, брак пам'ятї, розсїянїсть, внутрішнє невдоволенє, надмірна вражливїсть і дражливїсть, гіпохондричнї і меланхолїїні появи, біль голови, жовта краска лиця і вихуднїє. Найтяжшї появи і найгіршї наслїдки бачимо у нервово обтяжених осібнїв, котрі будь що будь не такі страшні як бувають описані в деяких публікациях. Одначе в 3 случаях обсервовав автор самоубїйство. У душевно обтяжених може прийти до виразної мастурбаторичної параної.

О якїйсь профіляксї нема що й говорити. Звичайно дитина вже давно віддає ся потайки онанїї, нїм ся впаде на слїд. Скоро проте родичі або опікуни з причини злого вигляду, розсїяности, лїнивства дитини прийдуть на слїд, то треба вперед впливати виховавчо. Нєраз доводить до ціли усунєнє иньших недуг, як нічне мочєнє, міхуреві камінї, фімоза, філярїя, недуги в околицї відхїдниці. Нічне мочєнє, одна з найважнїйших причин у дївчат, треба лічити фардизацїєю міхура. Екцем відхїдниці, сверб, пуквеня, гемороїди лічить автор іхтиолем, і то специяльно мастєю з адстрїнгєнций, антєсептиків і іхтиолю, званою аналян. — Сей лїк є правдивє добродїїство для недужого, усуває усї причини задражнєнєя сєї околицї. Иньшї драстичнї способи лічєня, як опєрації на graeputium, вкладанє сонд до мочевої цївки, звязанє рук і такє иньшє уважє ав-

тор за цілком безскуточні і не радить їх робити. Навіть супружество не проводить цілком довилічення. Усі тут подані способи чи то фізикально-дієтичні і внутрішні ліки мають лише проминаючу вартість. Мастурбанти рецедивують правильно так як морфіністи і піяки. Для дорослих поручає автор вечірними годинами гімнастичні заходи, але лиш для дорослих, котрі мають вироблений встид і погляд на неморальність і шкідливість свого діланя. У дитий і дівчат і се нічого непомогає, бо їх тяжко присилувати до методичних тілесних рухів. Е. О.

Liebreich: Die Vichyquellen. Therapeutische Monatshefte. 1901. Nr. 7.

(Хоч в нашім краю ординують лікарі головно води карльсбадські а Vichy дуже мало, уважаємо за відповідне подати деякі близші відомости про сї води, так як кождий лікар може переконатися о їх добрім діланю. Прим. Реф.)

Жерела Vichy уже від столітій възбуджують терапевтичний інтерес, і відзначають ся богатими мінеральними складниками. Vichy має 13 жерел, котрі мають однакий геологічний ґрунт, а декотрі з них є теплі. Їх теплота вагає ся між 14 до 43.5°. Після аналізи різнять ся вони з грубого мало що між собою. Всї вони є характеристично алькалічні. Містять велику скількість *NaCl*, *carbon*, а взглядно мало алькалічних земель. Помимо значного алькалічного змісту не мають ті води луговатого смаку. Се здає ся походить від иньших мінерально-сільних складників. Не мала скількість є арсенної кислоти, хоч не можна лише їй приписувати виключно лічничє діланє тих вод. Причиня, чому воду Vichy можна довший час пити і добре зносити лежить в тім, що острє діланє бікарбонату умиряє ся иньшими складниками.

Для ужитку води Vichy виробили ся певні індикації: На чолі стоїть ліченє мочевої діатези, котра як звісно потребує алькалічного ліченя. Ліченє се має виповнити два завданя 1) розпустити соки організму, і недопустити до витвореня злогів в тканинах, 2) витворену мочеву кислоту розпустити. Через подаванє великої скількості алькалічної води, можна розпустити соки організму. Але алькалія управиляють також виміну матерії, удержують соки в правильних границях, і не допускають до виділеня мочевої кислоти. Зі всіх тїл розпускаючих мочеву кислоту зносить організм

найліпше *natrium bicarbon.* і то взглядно в великих дозах. При подаванню води Vichy удає ся те найліпше з огляду на сильну концентрацію тих вод. Впроваджені води ресорбують ся легко. В водах Vichy є ресорпційна вдача *natrii bicarbon.* надзвичайно велика. Не малої ваги є також і діуретичне значінє сих вод.

Велику лічничу вартість має вода Vichy, так як усі води містять в собі бікарбонат, при ліченню цукриці. В многих случаях не можна справді помимо алькалічної диєти довести до цілковитого вилічення. На всякий случай можна перешкодити наслідкам повставшим з причини надмірної продукції цукру. Найлегчі суть случаї де маємо перед собою правильну виміну матерії. Але і нинішні случаї приміром з сильним співуділом панкреасу потребують довшого постійного алькалічного лічення. Дуже потрібне є уживанє алькалічних вод ще через те, щоби організмови додати велику скількість алькалій і тим охоронити єго від небезпечества зажаження кислотою то є забезпечити єго проти коми.

Неменьчу роль грають алькалічні води при ліченню хронічних нежитів жолудка. Вони сприяють кисненє і через взоможєне рухливости причиняють ся до скоршого переходу змісту жолудка до кишок. Вільна CO_2 побуджує до виділеня правильних виділин жолудка. При водах Vichy помагає ще тому виділеню велика скількість бікарбонату, котрий в жолудку розкладає ся почасти на NaCl і CO_2 . Але і навпаки при недугах жолудка ідучих в парі з взоможеним виділенєм кислоти, можна уживати води Vichy цілком з добрим результом на пр. при жолудковім прищі на хльоротичній основі, при надмірнім виділеню жолудкової кислоти і т. д.

Дуже розширене є уживанє жерел Vichy при недугах печінки. При значних змінах в структурі не можна вправді сподівати ся много. Всеж таки при гіпертрофії печінки є алькалічне ліченє з огляду на живійшу виміну матерії, дуже великої ваги. Найціннійшим є уживанє сеї води при жовчевих камях; вона споводовує взоможєне виділенє жовчи, розпускає її і улегчує проте розпущєне камінів і посуванє їх наперед.

Змінв в діланю міхура чи то нервної натури чи на підставі запалінь або бактеріологічних впливів можна дуже добре улагодити через діуретичне діланє тих вод. Збільшена скількість мочи робить її менче сконцентрованою, улегчує віддаванє мочи а через подражненє мязів до частого віддаваня зменчує застій і розклад мочи. Тяжше пояснити собі добре і безперечне діланє води Vichy при альбумінурії. В многих случаях зменшує ся скількість білковини,

пухлинна щезає. Здає ся що води діляють впрот на паренхим нирок і на їх наболонь. До найвдячнійших завдач належить усуненє мочевого піску. Менче порадне є уживанє тих вод при фосфатурії. Вправді через розведене мочи наступає зменченє але очевидно не цілковите усуненє алькалісценції.

Дальше долучає ся тут ще цілий ряд недуг, при котрих користне діланє вод є цілком не вияснене як хльороза, недуги шкірні і т. д.

В загалі уживає ся при недугах печінки жерело Grand-Grille, при недугах нирок, мочевої діатеї, альбумінурії Célestins, при недугах жолудка і кишок Hôpital.

E. O.

Meyer: Über das Fieber bei der Lungentuberculose und seine Behandlung. Therapeutische Monatshefte 1901. Nr. 10.

Звісно, що горячка грає при туберкульозі дуже важну роль. Случаї без горячки є ліпші, противно случаї з горячкою дають дуже лху прогнозу. Знаємо, що власне туберкулятики не мають часто о тім найменшого понятя, чи вони горячкують чи ні. Навіть при досить значнім підвищеню теплоти вони чують ся нараз суб'єктивно добре і мають добрий апетит. На живчик нема що ся спускати. Автор видів случаї, де живчик числив 65—80, а термометер показував рівночасно 38°. До міреня надає ся найліпше устна ямина і треба лишити термометр в ній 8—10 хвиль. Можна мірити і під пахою, але тут треба тримати $\frac{1}{4}$ години і переконати ся дійсно, що термометер вже більше не підходить до гори. Горячка при туберкульозі є цілком неправильна, треба проте зразу мірити що 2 години (автор говорить про ліченє в санаториях. Реф.). Треба знати, що вже 37.3° є стан горячковий, не треба проте чекати аж ся сконстатує 38°. Правильнаа теплота є 36.4—36.9. Хто показує 37.3° мусить сейчас лягати до ліжка і так довго лежати, доки через часте міренє не ствердить ся правильної теплоти і то найменче постійно через 3 дни. Бували не рідкі случаї, що хорі лежали з причини горячки $\frac{1}{2}$ року а вкінци подужали.

Леженє на воздусї (Liegecur) для недужих з горячкою уважає автор за невідповідне. Він каже лежати хорому в комнаті на ліжку, лише дбає дуже про провітренє комнати. Противить ся одначе отвираню вікна в зимі, бо переконав ся, що недужі з тої причини кашляють в ночі і жалують ся, що не можуть спати.

Дуже важна річ є, яку приписати дієту при горячці. Автор є за плинною дієтою, бо набрав довго довесьвіду, що по поданю якого будь сталого корму теплота тіла підносить ся. Правда є лікарі, що не вважаючи на горячковий стан подають недужим сталий корм, і доходять також до обниження теплоти, але автор є тої думки, що те обнижене наступило би скорше при плинній дієті. Він міг вже переконатися, що по поданю якого легкого печива як цвібак або щось подібного, теплота нагло підходила в гору. Пожива мусить бути одначе вистарчаюча а навіть дуже обильна. Кілька літрів молока денно, сирі яйці розтерті в вині або коняку і т. и., до 8 штук денно, відтак всілякі роди зупи, какао, чеколяда, сметана, кілька лиш недужий може зісти.

Антипиретиків не радить автор давати. Вони обнижають теплоту лиш на дуже короткий час, а потім чує ся недужий не раз ще гірше. Крім того діланє на серце є лихе. Найліпші услуги давали авторови обклади Прісніца через груди і плечі. Чим вища теплота тим треба давати студенійші обклади. Скоро теплота доходить до 39° то можна їх змінювати і що години, при низшій теплоті держати довше. Скоро наступить дроз, знижене теплоти, то сей час треба обклад здоймати, бо ціль і так осягнена. Інші гідро-терапевтичні заходи: змиваня, купелі не радить автор робити, бо уважає їх за остримі для недужих на туберкульозу.

Оден лік має у автора протекцію, а се іваяколькокарбонат (Duotal), по котрім мав бачити він обнижене теплоти. Він подає після ось якої рецепти:

Rp. Duotali 6.0
Ext. Gentianae q. s.
ut f. pil N-ro 60
Sig: 2—3 пилочки денно

Чи сей лік ділає впрост на обнижене теплоти, чи посередно підносять лиш апетит і сили, не хоче автор рішати. Констатує лише що много хорих говорило єму, що по заживаню тих пилочок їх охота до їди значно піднесла ся.

E. O.

Lublinski: Ueber die Wirksamkeit des Pyramidon bei dem Fieber der Phtisiker. Therapeutische Monatshefte 1901. N. 10.

В протиставленю до попереднього автора іде сей автор в сліди Stadelman'a і крушить копії за подаванем туберкулічним антипире-

тиків головно пірамідону. Він подавав его в дуже много случаях і мав мати добрі наслідки, при кінці своїх дослідів почав подавати Pyramid. samphor. і наслідки мали бути ще ліпші. З другого боку признає автор, що при ліченню горячки не міг обійти ся без гідротерапевтичних заходів, а в кінці признає, що і ділане пірамідону не було у всіх недужих однаке, а декуди і зовсім не мало ніякого вислідку. Він пояснює се тим що не кожда туберкульоза є чистим загаженем туберкулічними прутнями, але дуже часто буває так зовиме мішане загажене, головно стрептококами. Хоч з другого боку признає також що деякі недужі показували тип горячки загажених стрептококими, а в плювинах можна було найти лише туберкулічні прутні. Є се проте, по думці автора справи ще зовсім не ясні, і не дають нам вказівок як маємо поступати при горячці. Ми на разі є лише обмежені на емпірію. *Е. О.*

Heim: Die Behandlung der croupösen Pneumonie im Kindesalter. Therapeutische Monatshefte 1901. N. 11.

В ліченню на запаленє легких стоять проти себе два напрями одні займають становиско чисто вижидаюче, другі радять енергічне поступованє.

Ліченє причинове, то є так зовиме ліченє сироватку зробило цілковите фійаско і цілком природно, бо не знати, котрі бакцилі є причиною недуги чи діпльококи Таліамон-Френкля чи бакцилі Фрідлендера чи може ще які иньші незвісні нам. Також і захлаювані специфіки головно хініні і наперстниця не устояли ся. Конець кінцем ми обмежені на симптоматичне ліченє.

Тут є для лікаря велике поле і много залежить від его особистого орієнтаційного змислу, трафити як раз на відповідне поступованє. Уже у старших є таке поступованє найбільшої ваги, а щож доперва у дїтній? Тут мож нераз малими дрібними заходами уратувати дійсно жите немовляти.

Автор не має заміру подавати усі деталї, обмежує ся проте на найважнїйші, і так:

Воздух в комнаті має бути чистий, треба проте комнату добре вітрити і удержувати в ній вохкий воздух. Належить наситити воздух водною парою.

Велику вагу треба класти на корм. По думці автора не треба подавати лише плинний корм, правда молоко повинно бути голов-

ною поживою, але можна подати і скробане м'ясо, яйці на м'якко і молоде курятко.

Місто молока, в разі неохоти подати кефір, до молока добре домішувати відживчі мучки.

Автор є за подаванем алкоголю навіть малим дітям але мірно, відповідно до віку подавати денно 3—4 рази вина, коняку або шампана.

Проти спраги можє дозволити пити звичайно воду але ліпше яку алькалічну, треба навіть заохочувати до питя щоби піднести виділенє нирок.

Заходить тепер питанє як поступати з горячкою. Чи поборювати її чи ні? Автор не прилучує ся до тих авторів, котрі відраджують поборювати горячку, бо по їх думці горячка є ніяко самобороною організму, але покликаючиєсь на студії Jendrassik'a в тім напрямі промавляє дуже за енергічним поборюванем горячки. Купелі не радить автор робити, котрі по єго думці і думці Jendrassik'a мають бути навіть шкідливі, бо забираючи організмови певне число калорій тепла, приневоляють єго до нової праці витвореня тепла. Він дораджує проте хемічні ліки. Лишь занятє sensorium повинно давати причину до гідротерапевтичних заходів.

Проти горячки радить він подавати Lactophenin по 0,3, 0,4 1, 0, gr, 2—3 рази денно. Дітям при грудях давати клізми з хініну до чого добре додати троха хльоралу, щоби не допустити до так прикрих конвульзий. Проти запаленю самому давати зимні обклади на груди і міняти їх що години або що дві. При кольках в боці поставити мішок з ледом, або у більших дітний поставити п'явки або заординувати наркотики навіть вприсненє морфіну. Автор згоджує ся з Песслером, котрий каже, що морфін не лиш не втримує викашлянє, але є найліпшим expectorans, бо дозволяє хорому кашляти через усуненє болю в боці, що єму найбільше при кашлю заваджає.

При занятім sensorium надають ся як сказано добре купелі, котрі також причиняють ся до доброї вентиляції легких, приневоляючи їх де глибоких вдихів. Також ділають купелі добре на виділенє мочи і на обниженє живчика. При асфіксії додати до купели жменю гірчиці. Коли огнище недуги є мале а загальні появи тяжкі (висока горячка, великий неспокій) давати купелі від 22—25°, при більшім розширеню, коли оден плат за другими підпадає недугі давати теплі купелі до 28°. Перед купелю дати хорому доброго вина або коняку.

При заатакованю мозкових болон дати лід на голову, апарат Ляйтера а більшим дітям пивки поза уха.

При серцевих хобах подати відразу наперстницю, здоровим на серце наперстниці недавати, бо після нових дослідів Песслера і Ромберга смерть при запаленю легких наступає не в наслідок пораженья серця, але в наслідок закажєня пневмококами. Замість наперстниці подавати таким недужим камфору і кофеїн.

Набряк легких потребує особного лічення. Тут в першій лінії треба пустити кров навіть найменшому немовляти. Крім того треба подати камфору, кофеїн і вдихування кисєня. По кризі змінити зимні обклади на обклади Прісніца а як виступлять вохкі шелести подати сильні експекторанції (Senega, Lique. amm. anisatus).

Для відживи можна подати штучні препарати білковини. На жаль нема способу, щоби приспішити резолюцію або вздержати розширене запалєня на другі плати легких. Будь що будь треба все тримати ся згаданого способу лічення.

Автор констатує на конєць, що як бачимо запалєне легких дає можливість лікареви богато причинити ся до перебігу недуги, проте не треба сидіти з заложенними руками. Е. О.

Eschle: Die Behandlung des Erysipels mit Ichtyolpinselungen. Heilkunde 1901. N. 6.

Автор промавляє за уживанєм іхтиолу при рожі лица, хоч много иньших авторів противні тому. Спосіб єго поступованя ось який: ціду заняту частину лица і частину сусідної околиці не виявши повік і уст, мастить ся чистим не розведеним іхтиолем досить грубо і прикриває ся по короткім часі тонкою верствою вати. По висушеню кладе ся грубшу верству вати і завязує ся хустиною дуже легонько. Мужчина треба перед намащєнем обголити але всего раз аж до вигоєня. По намащєню чує хорий сейчас полегчу, головню почуване напину в шкірі сейчас уступає. В разі потреби, що впрочім рідко лучає ся, треба намастити другий раз по першій тонкій верстві вати і то на третій день недуги, звичайно обмежує ся процес на первісно заняту околицю. Шкіра стягає ся і лущить ся разом з зашущєною долішною верствою вати в протягу одного тиждня, а злушені місця покривають ся сейчас здоровою рожево закрашеною наболонею. Неудач оба комплікацій не мав автор в 54 своїх случаях. Е. О.

Gautier: La médication cacodylique. Bull. de l'acad. de méd. 1901. N. 26 et 27.

Jalaguier: Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire. Gaz. des hôpitaux 1901. N. 90.

Centralblatt für innere Medizin 1902. Nr. 1.

Звісно що лічення туберкульози арсеном не нове а в останніх часах виступив Gautier з новим способом лічення арсеном іменно в формі так зованих какодилевих солей. Хочемо зазнакомити наших читачів з тим методом даючи голос самому винахідцеві на підставі його публікацій в паризькій академії наук і праці Jalaguier'a, котрий уживає виключно лише какодилевий сод до лічення.

Gautier радить лише один спосіб уживання какодилевих препаратів іменно в виду підшкірних вприснень. Він переконав ся, що недужі зносять вприснення какодицевої кислоти або какодилевих солей дуже добре і не обмежно довгий час. Подаване per os або в формі клізми є лише до часу можливе, бо остаточно недужий не зносить препарату і появляють ся жолудковий корч, gastritis а вкінці появи затравлення арсеном. Все одно чи вживати какодилят соду, желіза чи ртуті.

Се не може бути инакше. Бо какадилева кислота змінює ся в жолудку стрігивши ся з органічними масами в кормовім проводі частково в субстанцію надзвичайно їдку, воняючу ціснником.

Лишає ся проте лише спосіб вприснення під шкіру або вприснення між м'язи. Більше болюче як инше вприснене не є вприснення какодилатів. Одно лише не вигідно іменно, що метод вприснення потребує фахової руки, котрої не все можна знайти в оточенню недужого.

Метод полягає на тим, що вприскує ся підшкірно через один тиждень денно 0,025—0,1 какодилату; по тижневій павзі робить ся вприснення знов через 8 днів і так повторяє ся наперемінну через кілька неділь. Рівночасно подає ся денно 0,05 Kali jodati і поживу багату в фосфорові соли і органічне желізо.

На підставі своїх дослідів впевняє автор, що какодилеві соли можуть виділити туберкульозу легких і инших органів і то навіть застарілих случаїв. Що найменше завжди спинює ся острій розвиток недуги навіть в пізнійшій горячкової стадії. Також при туберкульозі костий видів автор добрі результати.

Дальше вичислює автор цілий ряд недуг, де ділане какодилатів має бути дійсно чудесне. А іменно: інфлюенца, запалення легких

по інфлюєнці, пропасниці, тяжка анемія, левкемія, неврастенія з загальним занепадом сил, цукриця, дихавиця, хореа, довга реконвалесценція, тілесні ушкодження, зломане костий, наслідки частих породів, а в кінці надаючи ся нічим вдержати блюване вагітних. Менче певні, ба і сумнівні були вислідки при недузі Parkinson'a, Basedow'a, myxödem, також при деґенераціях наслідком душевних збочень.

В великім числі случаїв можна роками робити вприсненія без лихих наслідків в відживі, або змін в печінці, нирках, кормовім проводі, центрах нервових і шкірі. Лише виїмково стверджено конґестії в лиці, ослаблене слуху, кровотоки з родниці, і то лише тоді, як не дотримувано добре павз. Одинокі противказаня є недуги печінки, як конґестії, рак, жовтіїлиця, і т. и.

Діланє ліку основує ся на відкэвленю клітин, збільшеню червоних тілець крови, відсвіженю тканин, витвореню незвичайної відпорности проти недуг.

Jalaguier обмежує трохи приміненє какодильятів лише на ті случаї де ходить о піднесенє ослаблених сил недужого і реконвалесцентів то є: 1^o при туберкульозі першого ступня, 2^o при формі сугуставовій і скрофулїчній і при набутій поволи поступаючій туберкульозі другого ступня 3) в дуже малім числі туберкульози третього ступня, а іменно там де розвиток недуги виїмково повільний. Противказанє є ліченє какодильятами в другій дразливій стадії. Також і в третій стадії в деяких случаях не приносить се ліченє ніякої користи. При місцевій туберкульозі і иньших недугах рівнає ся діланє какодильятів зерови а що найменче є дуже сумнівє.

E. O.

Homburger: Scrophulose, Tuberculose, hereditäre Syphilis. Звіт а праці: Die jüngsten Fortschritte und der heutige Stand der Kinderheilkunde. Therapeutische Monatshefte 1901. Nr. 11.

Автор починає історію скрофульози від хвилі винаходу Кох'ом туберкулїчних прутнів, і нагадує думку Коха і иньших, що скрофульоза не є нічо иньшого як спеціальною формою дитячої туберкульози. І дійсно удало ся Кохови через перещепленє скрофулїчних частин викликати туберкульозу. Одначе по нинїшний день не могли деякі лікарі а головнo дитячі покинути думки, що скрофульоза мусить бути таки відрубною недугою. На се вказують не лише анатомопатологічні але і клінічні появи. Деякі автори зани-

мають посереднє становиско і думають що туберкулічні прутні лише залюбки гніздять ся в скрофулічних тканинах. До сих авторів належить і Ponfick, одна з перших поваг в дитячих недугах; він уважає скрофульозу відрубною недугою. Своєю дорогою обмежує він понятє скрофульози значно, в той спосіб, що велике число недужих на набряски желез не числить він як се звичайно хибно діє ся до скрофульози, але зводить їх до властивих причин. Знаємо, що дуже часто бувають такі набряски з иньших причин головню через закажене иньшими бактериями як стафільококами, стрептоками а часом і інококами.

Він уважає про те, що діти захорілі на туберкульозу мусять мати насамперед загальний наклін, в наслідок особлившої будови тканин і індивідуальний, котрого причина лежить в складі крови. Автор наводить ще велике число иньших авторів, котрі подібно як попередний займають таке саме становиско, що до відрубности понятя скрофульози, стоячи будьто на становиску анатомо патологічним, будьто на клінічним. Монті ділить недужих на три групи: 1) таких, котрі відзначають ся лихою будовою тканин і лихою виміною матерії, 2) характеризують ся вялими м'язам, слабою товщевою підстількою, тонкою шкірою, слабою будовою костий, анемією, набрясками лімфатичних желез, часом запаліннями шкіри, слизної болони і окістної, 3) оказують наклін до туберкульози. Смерть наступає майже виключно в наслідок туберкульози.

Будь що будь, чи справа рішить ся в той спосіб, що будемо скрофульозу уважати осібною недугою чи відміною туберкульози, чи дамо їй посереднє становиско вимагає вона в многих точках подібного лічення вчасного і рішучого.

Автор додає ще на підставі праць Neumann'a деякі мало уважляні признаки скрофульози, як закрашенє зубів на зелено на краю ясел, доохрестна caries шийки зубів і підгорячковий, довго тривающий стан мірений точно в відхідниці.

Спосіб лічення скрофульози наводить автор після Ritter'a. Він поставив головню ось які правила: можливо довгий побут на свіжій воздує, і як найстараннійше використанє діланя промінїв сонічних що дає товчок до ліпшої виміни матерії. Дальше поручає Ritter дуже докладний добір корму і ріжні способи загартованя: поступенно холодійші змиваня, натираня, гімнастика легких, сонічно-піскові купелі а в кінци стараннє ліченє поодиноких признаків. Що до добору корму, то Ritter кладе велику вагу на міне-

ральні соли і не каже їх додавати штучно лише добирати відповідні страви багаті в ті соли. До них належить свіжа ярина: як шпінат, морква, різні роди салати і овочі. Добре ділане трану по-лягає на ощадженю білковини. Вкінці жадає автор згідно з иньшими новійшими авторами уміщення дітей в відповідних санаториях, і то реформу старих вже існуючих і будову нових головно на побережу моря. Скоро стверджено напевно закажене набряслих желез туберкулівними прутнями, радить автор операцію (витяг) де лише сили дитини на се позволяють.

Переходячи до туберкульози, констатує перш усього автор велике її розширення і її небезпеченство яко недугу так сказавши людову. З другого боку виказує автор свою радість, що власне в послідних часах зрозуміне сеї недуги, її повстанє і умови розширення, перебіг, велика вага в нашім соціально-господарським житю, всякає в чим раз ширші круги населеня. Є проте надія, що власне при сій недужі знайдуть лікарі видатню поміч з боку самих інт-ресованих чи то поодиноких родин, чи цілої суспільности.

Котрими дорогами зароденє туберкульози любить у дітей ходити, бачимо ми на частім заатакованю желез дишного укладу і кормового проводу. Желези грають ніяко роль фільтрів. Вроджених случаїв туберкульози є по думці автора мало. Вправді може зароденє перейти з батька дорогою сперми або з матери через місце. Звичайно одначе наступає закаженє дорогою вдиханя. На підставі досвіду і дослїду многих авторів не уважає автор саме вдиханє так небезпечним, як сидженє і дотик дитини з занежаченою підлогою. Місцем незвісного закаженя бувають часто мікдалки і аденоїдні вегетації, проте належить на сі річі звертати свою особливу увагу.

В новійших часах звертають дуже много авторів своє баченє око головно на мікдалки, на котрих осїдають не лише зародні туберкульози вдихані воздухом, але також осїдають зародні містачі ся в лихій поживі.

Побіч закаженя дорогою інгаляції, буває ще закаженє через кормовий провід хоч спосіб сего закаженя є далеко рідший. Головно ходить тут о молоко туберкулівних коров, хоч через введенє стерелізації небезпеченство закаженя молоком значно зменчило ся (Порівнай звіт з зїзду проти туберкульози в Лондинї. Стор. 35 Реф.). Третою дорогою закаженя є шкіра, що лучає ся нерідко, як бачимо з великого числа lupus у дітей нязше 15 літ.

Хірургічна туберкульоза дитячого віку є звичайно наступова а не первісна, і потребує побіч загального часто хірургічного лічення.

Автор констатує далі, що туберкульоза в першій році життя є може частіша як загально думають, частіше однаке лучає ся вона в другій році життя а найчастіше виступає між другим а п'ятим роком. Образ дитячої туберкульози буває дуже різномірний. Найчастіше бачимо форму туберкульози желез озязок, бронхопневмонію, міліярку і т. д. Але доки сї зміни дадуть ся дослідити, може звернути нашу увагу, навіть без кашлю і бицилів, продовжений, неозначений або і озязочний видих на початок недуги, часом бувають звучні дрібнобавьковаті шелести в верхках легких, а скріпити підозріне може піднесене теплоти, брак апетиту і гастричні появи. Не малої ваги є спостережене, що до унаслідження і можливого закаженя з окруженя, відтак зміна в успособленю з веселости до сумовитости, що у дитин є незвичайно важне. Скоро бачимо ми в проволочних случаях очевидний і скорий занепад сил, помимо доброго відживленя, набряск надключицевих або і подальших желез, часом даючи ся вимацати мезентерияльні желези, кашель подібний як при коклюшу, то діягноза не лишає вже нам ніякого сумніву. Івші туберкулічні появи на шкірі і костях потверджують ще діягнозу, а вкінці можна сондою добути з пролику плевини і мікроскопом дослідити чи нема туберкулічних прутнів.

Характеристична є також дитяча туберкульоза очеревної, котрої появи головню оєь які: по середині живота добре вичувальний туз нераз значної величини, або дрібні ненає в стінах живота розміщені розсіяні тузи.

Часто буває туберкульоза малого мозку, хоч для її ствердження бракують цілком специфічні появи, та з огляду на рідкість иньших мозкових наростів в дитячій віку, треба все думати про туберкульозу і тим улегчає ся діягноза.

Що до новіших форм і льокалізацій туберкульози не принесла нова література нічого нового, мимомо дуже широких дискусій в тім напрямі на XIII міжнароднім зїзді в Парижі.

Що до побороуваня і способу лічення туберкульози то справа та стоїть тепер на чолі публичної дискусії. Правила важні для туберкульози взагалі треба примінити і для туберкульози дитин. Профіляксис має в двох нап'рямах поступати, насамперед побороу-

вати наклін а відтак можливість закаження. Наклін грає по думці автора і інших дуже малу роль, і мало що дасть ся в тім напрямі зробити. Треба по можности не допускати до супружеств туберкулічних людей, а скоро се стало ся, відділити дітей від їх туберкулічних родичів, а то тим більше, що діти не приходять на світ туберкулічні, лише пізнійше закажують ся. В боротьбі проти закаження найважнійше є, згідно по думці усіх поважаних авторів, приписи гігієни. Найбільшим ворогом туберкульозу є сонце, проте треба дбати, щоби лучі сонця мали до помешкань як найбільший приступ. Відтак треба старати ся, о найбільшу чистоту при митю, їді, грі дітей і уможливити їм чистий і довгий побут на вільнім воздуху а по можности на сонцю. На жаль переведене сих найпростіших потреб життя натрапляє у людей неможлимих, між ким туберкульоза найчастійше лучає ся, на непоборимі перешкоди. Найбільше небезпеченство для дитини є туберкульоза матери або няньки. Захоронки, фреблівські огороджі, кольсонії вакаційні, заклади на побережю моря можуть хоть в части запобігти нещастю. Заклади для рековалесцентів і слабовитих дітей, можуть також много причинити ся до доброго. В таких закладах повинні знайти місце також і скрофулічні, де би вони живучи під найліпше можливими гігієнічними умовами, могли перебути той так критичний, до набутия туберкульозу надзвичайно вразливий час. Кожде більше місто повинно постарати ся о такий заклад.

Такі профілактичні заходи є тим більше конечні, що ми не маємо ніякого специфічного ліку, помимо того, що подавано і захвалювано їх безліч всякими можливими винахідцями і фабрикантами. Горою іде все ще креозот і іваяколь та споріднені з ними препарати: як креозоталь, іваяколькарбонат, еозот а в останніх часах, дуже захвалюваний і вільний від всіх лихих прикмет препаратів іваяколевих так званий: Thiocol. В кінці говорить ся много о Peticognas, цинайоновій кислоті (ліченє Ландерера. Реф.); іхтиолу, головню в формі іхтальбіну. Також і органотерапія пробувала тут свої сили, витворюючи з озявочних желез препарат Glandulen, котрий мав скріпити той фільтер іменно озявочні железы. Котрому з тих ліків належить ся першєнство годі рішити, бо кождий з них має свої добрі і лихі сторони, а багато мають вони вєспільного, будь що будь ні оден з них не може чванити ся якимось специфічним діланєм.

При місцевій хірургічній туберкульозі іменню костний і су-
ставів подав автор яко новість спосіб лічення Гоффа, о то втираня
цїлих плечий що вечера мягким милом (*Sapo kalinus venalis trans-*
parens). Спосіб сей мав дати дуже добрі вислїдки, хоч не вважа-
ючи на те, треба дбати і про иньщі способи лічення, то є диететичні,
кліматичні і бальнеотерапевтичні. Також і при скрофулїчних набря-
сках желез мало дати лічене милом дуже добрі наслїдки, як се
виходить із так частих висказів Гавсмана.

Так як з одного боку рідке є унаслїджене то є: вроджене ту-
беркулози, так з друго боку часто лучає ся унаслїджений сифіліс.
Цїла новїйша література кишить аж теорїями про унаслїжене
від батька чи від матери, чи від обоїх, чи від матери закаженої
вже підчас вагітності і т. д. Чи сифіліс може перескочити цїлі
генерації того незнаємо, про туберкульозу знаємо се певно. Впра-
вді деякі автори говорять про таку можливість, але се питанє, як
взагалї питанє відпорності деяких людей, навіть тої самої родини,
проти закаження їдею сифіліса, є ще наразі не порішене. Згадавши
досить обширно про всі гіпотези що до того питаня, переходить
автор до поодиноких найрізноморднїйших появ сеї недуги. До не-
давна уважано так зовиме *trias Hutschinson'a* (недуги уший і очий
та зміна на горішних середних сїкачах) за найхарактеристичнїйші
для тої недуги. Але коли пересвідчено ся, що вони лучають ся
і при иньших недугах, стратили вони на вартости. Автор іде слї-
дом *Hochsinger'a* і подає такі появи унаслїдженого сифіліса: роз-
сїяні шкірні інфільтрати, котрі залюбки являють ся на долонях
і підшвах. Дуже цїнною прикметою недуги, на жаль не все ви-
ступаючою, є близни уставлені лучево докола уст. Відтак псевдо-
паралїза *Parrot'a*, запалїня окістної великих костий. Зміни внутрі-
шних органів не дадуть ся на жаль у живих ствердити.

Смертність дїтий унаслїдивших сифіліс є вправді дуже велика,
але се походить від того, що ті дїти по найбільшій часті нале-
жать до вчасно вроджених і слабовитих.

Лічене основує ся все ще як до тепер на уживаню ртуті,
котра в дїточім віку ще лїпше має ділати як у старших. З мето-
дів, в який спосіб ту ртуть уживати, удержали ся: подаване вну-
трішно, купелі і на шкірні втираня. Вприсненя підшкірні
і між мязеві уступають зовсім перед тамтими методами. Очевидно,
що велике значінє має загальне відживленє, і усякі користні гігіє-
нічні умовини. Котрі як котрі, але такі дїти повинні бути віджи-

влені жіночим молоком, а піддавати їх пробам штучного відживлення є дуже небезпечно. E. O.

Heubner: Zur Kenntniss der Säuglingsatrophie. Jahrbuch für Kinderhik. LIII. 1901.

Nothnagel знаходив у 80⁰ дитий атрофічних заник слизної оболони кишок і уважав єго за анатомічну причину атрофії. Против там дослідів виступав Н. і доказує на рисунках препаратів, зроблених Finkelsteinom — що стіна кишки дає під мікроскопом образ зануку або переросту, залежно від того, чи зробить ся скривки з розширеної чи скорченої части кишки. Помилка Н. лежить в тім, що все робив препарати з роздутих кишок і для того діставав під мікроскопом образ зануку. — Н. уважає за причину атрофії дитий функціональні зміни кишок, які ведуть за собою зменшене присвоюване поживи (assimilatio). Ті функціональні зміни можуть бути наслідком з одної сторони недостаточного або надмірного кормлення, коли оно триває довший час, з другої сторони певного вродженого ослаблення кормового проводу. B. Г.

Maas: Radicaloperation kindlicher Hernien. D. Med. Wochenschrift. Nr. 10. 1901.

Радикальна операція пахвинової прірви у дитий дає дуже добрі результати таж з огляду на поопераційний перебіг як і рідкість навороту — далеко ліпші як у людей дорослих. З огляду на те, що прірви у дитий до одного року майже все при відповіднім консервативнім ліченю цілком гоять ся — радить автор радикальну операцію лиш в певних случаях. Іменно: 1) коли брама прірви мимо лічення бандажами — все побільшує ся, 2) коли ношене бандажів викликає сильні випреки, — 3) коли родичі противять ся закладаню паска, 4) коли прірва не дає ся репонувати — 5) коли прірва є увязнена (h. incarcerata).

У дитий від 1 року вище радить оперувати без стислого ставлення вказань — бо можливість вилічення на безкровавій дорозі є в порівнянню з молодшими дїтьми далеко менша.

Операцію радикальну ограничує лиш до ресекції мішка без пластичного замиканя брами прірви.

З 33 оперованих (наймолодше мало 3 місяці) не умерло ані одно. В. Г.

Kohn: Zum Thymustod. Deutsch. med. Wochenschrift. Nr. 2. 1901.

При секціонованю 7-місячної дитини, котра серед найліпшого здоровля нагло умерла — знайшов К. дуже велику глезу — що лежала поперек лука аорти. Аорта низше сего місця була значно розширена, рівно розширені були обі комори значно перерослого серця. Смерть послідувала в наслідок наглої адинамії серця.

В. Г.

Luborski: Befund von Schweinerothlaufbacillen im Stuhle eines icterischen Kindes. Deut. Med. Wochenschr. Nr. 8. 1901.

Л. знайшов в стільці у 5-літної дитини прутні свинської рожі. Дитина була хора на кишковий нежит, який зачав ся рвотами і жовтілицею при незначнім піднесеню теплоти.

Случай сей цікавий тим — що рожа у свиний була уважана за недугу, котра не переносить ся на чоловіка. В. Г.

Curschmann: Zur diagnostischen Beurtheilung der vom Blinddarm und Warzenfortsatze ausgehenden entzündlichen Processen. Münch. Med. Wochschr. Nr. 8. 1901.

В 60 случаях запалень в околиці сліпої кишки і хробачкової випустки (proc. vermiformis) перевів С. досліди над захованем ся білих тілець у крові. Коли висяк був сировато-волокнистий і не переходив в роплене, левкоцитози не було цілком або незначна, а хоть часом число білих тілець доходило і до 20 тисяч в 1 mm³ то на тій висоті утримувало ся лиш короткий час. Противно, коли

висяк переходив в ропленє, тоді число білих тілець було постійно велике від 25 до 30 тисяч в 1 mm^3 , так довго, поки нарва не знайшла собі свободного відпливу чи то через пукненє болячки до кишки або на верх через шкіру — чи то через операційний забіг.

Тим способом численє білих тілець у крові в перебігу запалінє в околиці сліпої кишки дає після С. найпевніші вказівки чи і коли случай надає ся до хірургічного лічення. В. Г.

Joachimsthal: Zur Behandlung des Schiefhalses. D. Med. Wochenschrift. Nr. 8. 1901.

Вислідки лічення кривошийки (caput obstit.) через отверте перерізанє M. sterno-cleido-mastoidei і скорочених м'язів з послідуючим масажом були в 14 случаях оперованих через J. такі добрі, що він уважає сей спосіб оперованя за найліпший з поданих досє. Спосіб поданий через Mikulicz'a котрий полягає на вирізаню цілого m. sternocl-mast. не стереже перед наворотом недуги так як і иньші операційні методи — а косметичний ефект є о много гірший.

В. Г.

Bendix: Zur Cytodiagnose der Meningitis. Deutsch. Med Wochschr. Nr. 43. 1901.

О 5. случаях Meningitis basilaris знайшов В. в мозкостерженній течі (cerebro-spinalis) значну перевагу малих одноядрових lymphocyt-ів, наколи многоядрові leukocyt-и знаходили ся лише в малій кількості. Цілком відворотне відношенє тих двох родів білих тілець дає вказати ся при пошеснім запаленю мозкових болон (meningit. cerebro-spinal. epidem).

Лиш в однім з трох случаїв сеї послідної недуги відношенє білих тілець було таке саме як при meningitis basilaris. Виїмок сей старає ся автор випровадити проволочним перебігом недуги, відкликуючи ся до праць Robert-a, котрий виказав, що білі многоядрові тільця переходять із судин доперва тоді коли запалінє триває довгий час.

Мимо того виїмку уважає В. се захованє ся білих тілець в мозкостерженній течі за дуже важний діягностичний момент у відріженню тих двох недуг. В. Г.

Franke: Eine neue Methode der operativen Behandlung des Plattfusses, nebst einem Beitrag zur Cocainisirung der Rückenmarks. Therapeutische Monatshefte. Nr. 4. 1901.

Сплесна нога (Plattfuss) може бути вроджена або набута: статична або по заділанню (trauma).

Лічить ся або заховуючо: гімнастика, масаж або оперативно.

Винймають кістки зі склепління ноги (naviculare), витинають клини з внутрішнього берега ноги, переломлюють кістки повисше скокового сугаву. Все то дає менше або більше гарні наслідки, автор подає спосіб лічення сплесної ноги через скорочене стегна *M. tibialis posticus*. Той спосіб примінював він в однім случаю з дуже гарним успіхом. Того самого способу ужив давнійше з добрим успіхом Гоффа а по авторі Франк.

По думці автора ті три случаї вказують на се, що сего способу повинно вживати ся при операційнім ліченню сплесної ноги. Коли лише будучність покаже, що скорочене стегно не видовжує ся, то спосіб сей чи не буде одним з найліпших.

Автор захочений поданнями Тіффієра (Tuffier) і Біра (Bier) про знечульоване хребетного стерження кокаїном, ужив сего при своїм случаю, однак дуже не єсть тим вдоволений. О. Г.

Rotter: Über die Radicaloperationen freier Hernien. Therapeutische Monatshefte. 1901. I.

1889 р. Кеніг а пізнійше Гейденталер були сеї гадки, що операція вільних прірв єсть небезпечнійша, чим можливе зашморженє. Від 90 років однак можна записати в тім вагляді значний поступ, котрий стоїть в тісній звязи з теперішнім способом гоїня ран і з операційною технікою.

Спосіб Черного не усував можности повороту прірв, тому що зіставляв шию мішка прірви, а також не зміцняв стіни черева в тім місці, кудь прірва продерла ся. Нині єго майже не уживає ся.

За те послугують ся загально способами Бассінього і Кохера. Оба они усувають хибнє способу Черного, а мають єї прикмети, що навороти єуть дуже рідкі.

Автор зазначає, що пахвиннові прірви більшого об'єму належить усувати способом Бассінього, а менші способом Кохера.

Автор займає ся головню способом лічення пахвинових прірв, а кінчить розвідку заміткою, що і черевні, стегнові прірви можна усунути, коли отвір в стіні черева або стегнової шії зашиє ся по-верховими швами і рану гоїть ся після вимог асептики. *О. Г.*

Meyer: Die Behandlung der Peritonitis und ähnlicher Krankheiten durch Alkoholumschläge. Therapeutische Monatshefte. 1901. I.

Бухнер приймає, що кров складає ся з двох частин: асиміляційної і дисасиміляційної. Перша се червоні і білі тілця, друга се сукроватиця.

Дисасиміляційна частина або нищуча походить головню з білих тілець крові, она нищить злишні частини свого організму а головню непотрібні, шкідливі чужі домішки.

Там де много білих тілець, там і много протеолітичних ензимів, наслідком того тканина розпадає ся.

Деж суть чужі шкідливі частини, там належить спровадити більше дисасиміляційних частин крові, щоб їх знищити.

Приміром в запаленю спроваджує ся се через те, що обклади, баньки, натираня спонукують більший доплив крові більше ензимів готових станути до боротьби, з побідою.

Яко обклад віддає ту дуже добру услугу алькоголь 96%.

Автор уживав его в peritonitis tuberculosa з дуже добрим успіхом уже другий раз і пояснює се власне теоретичними виводами Бухнера. *О. Г.*

Bourget: Zur Behandlung der Influenza und der grippeartigen Infectionen.

Інфлюенца знана від давна. Бєть певно заразливою недугою, та однак мікробіологія не сказала про неї послїдного слова.

Тому лічимо її до нині на підставі клінічного досвїду а іменню стараємо ся впровадити сполуки салїцильної кислоти внутрішню, або через шкіру.

Автор подає ось яку рецепту :

Rp :

Acidi salicylici	4·00
Methyli salicylici	10·00
Olei Eucalypti	5·00
Olei Salviae	3·00
Olei Miristicae	5·00
Olei camphorati	30·00
Spiritus Juniperi	120·00

M. D. S. До натирання.

Хорого натирає ся груди і плечі і прикриває ся теплою покривалом. Від часу до часу хорий вдихає воздух під покривалом.

По думці автора вже по пів години хорі чують ся значно ліпше, тому поручає він сей спосіб лічення.

O. Г.

Raymond : La paralysie faciale périphérique avec paralysie associée de la VI-e paire. La presse médicale 1902. N-ro 1.

Про обводове поразення лицевого нерву говоримо тоді, коли огнище недуги лежить де небудь в перебігу нерву, почавши від дна четвертої комори, де міститься його ядро, аж до його зикінчення в м'ясях. Ушкодження на перебігу нерву межі психомоторичним центром а його ядром становлять суть центральних поразень сего нерву. Більш се зовсім відмінне означення недуги, ніж звичайно думає ся а іменно: що ушкодження нерву, лежачі серед черепа становлять центральне поразення, а ушкодження поза черепом обводове поразення.

Автор не згадує про центральне поразення ближше а обговорює дуже зрозуміло появи обводового поразення, коли огнище недуги лежить обводово від місця, де відходить chorda tympani аж до місця де лежить ядро нерву. Коли огнище недуги дотикає ядра нерву, то показує ся поразення лицевого нерву звичайно по обох боках,

бо ядра обох лицевих нервів лежать близько себе. З тої самої причини лучаєся співуділ шестого мозкового нерву (*N. abducens*) в поразеннях лицевого нерву, як се було в случаю автора, де хорий видів предмети подвійно а фалшивий образ лежав по стороні відповідного ока (*dyplopia homonyma*). Коли огнище недуги єсть більше, то може брати уділ в поразенню також третій мозковий нерв (*N. oculomotorius*), а що єго ядра для аккомодациї, конвергенції і рухів очної галини не лежать на однім місці, то і появи з боку сих трех функцій виступають відповідно до того, котра частина ядра ушкоджена. Причина недуги в случаю описанім незнана і автор мусить шукати її в „*rheuma*“.

М. К.

Gerber: *Maassregeln zur Verhütung der Ohreiterungen. Zur Vertheilung in Familien, Schulen, Fabriken etc. durch Aerzte, Lehrer, Aufsichtsbeamte u. A.*

Є се на осібних карточках видруковане поученє як хоронити людей від запалєня середного уха.

Автор подає ось які правила:

1) Думка що течєне нарви з уха може бути для чоловіка користне, бо в той спосіб виходять нездорові соки з тіла є цілком хибна а навіть небезпечна і основує ся лишє на глупім забобоні.

Навпаки такий стан може кождої хвилі довести до великої небезпеки для уха а часом навіть для життя чоловіка. Він може допровадити в кождім віці до цілковитої глухоти, а через перехід на мозкові болони і мозок може довести до смерті; в першім році життя може бути причиною німоти.

Треба проте хоронити ся всякими способами, щоби обезпечити ся від вищаву нарви з уха, а скоро те вже наступило то треба старати ся як найшвидше усунути те.

2. З огляду що, як знаємо, найчастійше вплив нарви з уха буває з причини недуг носа і горла то треба дбати про те, щоби вони були усе здорові, що впрочім і для них самих і прочого тіла (головно легких) є конче потрібне. До того треба поступати ось як:

3. Дуже з часта сюде сїкають ніс хибно так що вже через те саме, при на око здоровім або лиш легко закатарєнім носі є ухо виставлене на небезпеку.

Не треба при сїканю ніколи обі нїздри носа затискати. Навпаки треба дїтий привчувати замолоду, щоби дїти при чи-

щеню носа на переміну раз затикали праве а раз ліве ніздрє.

4. Дуже великої ваги є для уха (а неменче для горла і легких), щоби діти заєдно дихали носом а замикали рот.

Скоро так не є, а дитина головню в ночи держить рот отвертий, хропе, говорить через ніс, з часта має нежит носа або показує инші появи затканя носа, то треба зараз поради́ти ся лі́каря.

5. Ні́як не треба на власну руку уживати якої шприци до носа, ірігатора або щось подібного; через те можна викликати як раз вплив нарви з уха.

6. Дуже важною річею для уха і цілого тіла є постійне чищення устної і пастиної ямини. Від уродження аж до часу доки діти не навчать ся самі мити і чистити, треба устну ямину а відтак зуби постійно чистити клочком вати замоченої в борівій воді, головню по їді.

Підростків треба привчати, щоби найменче три рази на день, по сніданю, обіді та вечері полокали собі уста і горло, а що найменче раз на день найліпше вечером чистили зуби щіточкою, до чого можна також уживати яке мило або порошок до зубів.

До полоканя треба додати якої „води“ уживаної до чищення уст, а котрі звичайно складають ся з тимолю, сальолом, бензової кислоти, eucalyptus або щось подібного а відтак з алькоголю та мяткового оліїку.

Бідні можуть додавати до полоканя кухонну сіль.

7. Скоро діти западають з часта на біль горла або покаже ся, що міндалки суть за великі, то треба знов поради́ти ся лі́каря. Вирізанє міндалків нешкочить нічо.

8. Скоро болить в усі, або лиш що заступає, або дитина не дочуває (що часом аж у школі дає ся запримітити, а що не раз учителі уважають за неувагу) то треба сейчас пошукати лікарської поради.

9. Ні́коли не треба без поради лікарської уживати шприци до уха, через те можна здорове ухо збавити, а вже захоріле загнати ще в більшу недугу.

10. Поюявлять ся часто сильні болі в усі, а нема виглядів на скору лікарську поміч, то можна поставити в околици уха 6 п'явок, або (заткавши вперед ухо) баньки і запустити до уха 5—10 капель теплого розчину карболового гліцерину, що можна в кожній аптиці зараз дістати.

11. Проріз барабанної болони, котрий нераз лікар му-
сить зробити, не шкодить нічо недужому і не має лихого впливу
на слух, навпаки є то нераз одинокий спосіб щоби вдержати
одно і друге.

12. Подані тут ради і приписи треба заховувати чи хто сла-
бий чи здоров. Але дуже сумлінно треба про се дбати, коли хто не-
дужий на нежит носа або горла, інфлюенцу, кір, шка-
рлятину, задавку, або також запаленє легких, дур, рожу лиця
і вітрову вісцу.

При всіх тих недугах треба кождому вложити на серце ті під
3 і 6 для чищення носа і устної та пастної ямини подані приписи.

Безпам'ятним недужим треба також чистити ніс і устну та
пастну ямину після приписів поданих через лікаря.

Коли недужі мусять довший час лежати в ліжку то треба
дбати про те щоби як найбільше лежали боками, щоби по мож-
ности недопустити до закаженя уха від носа. Е. О.

Landau: Ueber den Nachweis von freier Bauchwassersucht. Centr.
F. Gynäkol. Nr. 45. p. 1202. 1900.

Малу скількість течі годі виказати в черевній ямі,
хоч виказати її єсть нераз дуже пожадано, з огляду
на вчасне розізнанє новотворів і т. и. Автор пригадує дав-
нійше уживаний спосіб, полягаючий на скомбінованім досліджу-
ванню. Наколи в черевній ямі находить ся хочби мала скількість
течі, тоді можна відчути, що внутрішні органи як родниця і яй-
ники спочивають неначе на водній подушці, а внішню руку годі
тоді зіткнути зі зверхною. Трудність ся уступить, коли інакше уло-
жимо хору, іменно коли піднесемо її лохань. Ріжниця, яку легко
можна запримітити при сїм гінекологічнім досліджуванню раз в уло-
женю поземім, в друге при піднесеній лохани, дає простий і пев-
ний спосіб виказання незначної скількості свобідної течі в черев-
ній ямі. М.

Engelmann: Über eine sehr seltene Form von Darmruptur. Cen-
tralbl. für Gynäk. Nr. 46. p. 1226. 1900.

Автор наводить случай розриву стїни межи відхідницею а пі-
хвою, без рівночасного ушкодження перегати (perineum). Подібне

ушкоджене називає ся „centrale Darmruptur“ або „versteckte Darmverletzung“ (v. Winkel), хоч обі сї назви не означають докладно сего ушкодження. Ліченє в сїм случаю обмежено на цілковите по-лишенє его силам природи, хоч автор сам признає, що иньшим ра-зом зшивби рану, щоби оминути закаженє і приспішити вигоєнє.

М.

Jaks: Der Gebärmantel. Centr. f. Gynäk. Nr. 46. p. 1229. 1900.

Поручений автором плащ становить рід підкладу прикріпле-ного до ліжка, осмотреного в ковнїр, котрий хора убирає на шию. Через ковнїр переходять шнури, совгаючі ся на бльоках уміщених на ліжку при ногах хорої. За ті шнури тягне она в часі породо-вих корчів, опираючи ся рівночасно ногами о стїну ліжка, через що витворює ся сильнїйше викривленє хребта в перед (Kyphosis). Мязи черева працюють тоді сильнїйше а zarazом і иньші мязи ор-ганїзму (пр. psoas) входять в стан активний, що впливає корисно на сам порід. Автор наводить суд хорих вдоволених з сего приряду і поручає его уживанє.

М.

Gersuny: Parafineinspritzung bei Incontinentia urinae. Centr. für Gynäk. Nr. 48. p. 1281. 1900.

Автор здає справу зі случаю немого мочевої цївки з при-чини міхурно-піхвової фістули, яку дорогою операційною годї було усунути. Інконтиненція виступала передовсїм при стоянню і ходженню. Лежачи могла хора задержати моч через кілька годин. Автор опе-ровав її шість разів, однак все на дармо, тому рішив звузити цївку через вприсненє парафіну (unguentum parafinae sterilis, границя то-пленя 40°). Після знечуленя кокаїном вприснено 3·5 снт. парафіно-вої масти, почім виступило цілковите задержанє мочи, так що треба було опісля заложити цївник. По сїй першій пробі запримітила хора поліпшенє, а се наклонило автора до повтореня забїгу, до вприс-неня 2·5 снт. в се саме місце. Знова виступили ті самі появи: за-держанє мочи, калу і конечність ужитя цївника. По певнім часї утворив ся між тканинами вал з парафінової масти, що зміг за-ступити у хорої зворник міхура, а хора могла тепер задержувати моч через 4—6 годин навіть підчас стояннє і ходженнє, а через 10 годин лежачи. Автор переконаний, що сего рода вислїди заслу-гу-

ють на дальші проби. Відкажаний парафін не draжнить, не улягає правдоподібно ресорпції і мимо низького ступня топлення ставляє достаточну запору.

Можнаби пробувати вприснути парафін о вишого ступня топлення автор однак приписує добрий вислід не твердості парафінової масти але більшому напруженю тканин. Автор витворював нераз в сей спосіб штучні гузи і нарости все з додатним успіхом.

М.

Lichtenstein: Diagnostische Irrthümer. Central. für Gynäk. Nr. 48. p. 1290. 1900.

Автора завізвано до хорої, котра не могла віддати мочи. Гінекологічний дослід дуже утруднений виказав значну скількість наростий, котрі не були в звязи з родинцею. Впроваджене руки до відхідниці улегчило розізнане. Була се копростаза незвичайної величини. Відхідниця розширена до великості голови дитини. Кал дав ся усунути тільки механічними способами. По численних клістирах і сильнім прочищеню хора, що прибула до операції, повернула живо до здоровля.

М.



Термінологічний витяг з цілого випуску.

Зладив Др. Е. О.

А.

Abwaschung, змиванє.
accomodatio, примін.
acquisitus, набутий.
alalia, німота.
allium, чісок.
Angst, ляк.
arcus, лук.
arteriosclerosis, запненє —, за-
твердь бючок.
asthma, дихавиця.
Athem (inspiratio et expiratio),
вдих і видих.
Athem bronchiales, озявочний в.
— verlängertes, продовже-
ний в.
— unbestimtes, неозначе-
ний в.
Ausläufer, батинки.
Ausnutzung, використанє.

В.

Bellis perrenis, морона
Bettedecke, wollene, ліжник.
Bettniessen, nächtliches, нічне
моченє.
Bewusstlosigkeit, безпам'ять.
braun, гнідий.

Bürste (Zahn-), щіточка до зубів.
Büschel, клочок.

С.

caput obstipum, кривошийка.
cerebellum, малий мозок.
cerebro-spinalis, мозко стержен-
ний.
chorioidea, судинниця.
cicatrix, шрам.
collum dentis, шийка зуба.
conus, стіжок.
— isch, стіжковатий.
crusta, струп.
cuneus, клин.

Д.

daucus carota, морква.
desinfectio, відкаженє.
diabetes, цукриця.

Е.

Einpacung, завиванє.
Eisenoxydulsalz, піджелізава
сіль.
embolus, запин.
epidemia, пошесть.
epithelium, наскірєнь.

Erbrechen, das, рвоти.
 erkrankt, захорілий.
 Erreger, справник.
 Euter, вімі.
 exploratio, досліджуванє.
 Exudat, висяк.

F.

feinkörnig, дрібнозернистий, —
 крупнистий.
 fibrinös, волокнистий.
 Fledermaus, лилик.
 Fleisch, geschabtes, шкробаче
 мясо.
 fornix, склепліне.
 Franzbrantwein, французька го-
 рівка.
 Freiluftbehandlung, ліченє на
 вільнім воздуху.
 fremitus, дрожанє.
 furubindus, шаліючий.

G.

Gallensteinkolik, жовчева колька.
 Gefrierpunkt, точка замерзненя.
 Glaswolle, шклянна бавовна.
 gleichwerthig, одномірний.
 Gurren, das, кряканє.

H.

Harfollikel, die, волосні буль-
 бочки.
 habitus, стать.
 haemorrhagia, кровавиця.
 Harngruess, мочевиі пісок.
 hereditas, унаслідженє.
 hereditär, наслідственний.
 hydrargyrum, ртуть.
 hyperaesthesia, надчутливість.

I.

Identität, тожсамість, тотож-
 ність.
 inclinatio, нахлін.
 individuum, особень.

infiltratio, затвердє.
 inunctio, втиранє.
 jucken, свербіти.

K.

Kartoffelgelatine, бараболянний
 желатин.
 Kinderbewahranstalt, за́хоронка.
 klagen, падькати.
 Kost, flüssige, плинний корм.
 —, feste, сталлий корм.
 Kreislauf, кровобіг, кружба
 крови.

L.

Liegecur, леженє на воздуху.
 lüften, провітрити.

M.

malignus, злісний.
 Mastcur, тученє.
 mononuclearis, одноядровий.

N.

Nachkrankheit, наступова недуга.
 Nährmehl, живна —, відживча
 мучка.
 Nasenlöcher, ніздри.
 Nebenwirkung, побічне дієство.
 necrosis, заумиранє.
 necrotisch, заумерлий.
 nucleus, ядро.

O.

oleum jecoris Aselli, тран.
 oleum menthae, мятоний олійок.
 otitis media, запалєнє середного
 уха, середушне запалєнє.
 oxyhaemoglobin, окис гемольо-
 біну.

P.

palpebrae, повіки.
 paralysis, пораженє.

perineum, перегать.

pestis, чума.

pillula, пилочка.

planta manu, долоня.

planta pedis, підошва.

Plattfuss, сплесна нога.

Pol, бірун.

polynuclearis, многоядровий.

processus vermiformis, хробачкова випустка.

pruritus, сверб.

pulvinus, подушка.

R.

rheumatismus articulorum, запаленє суставів.

Riss, пукненє.

S.

Sack, торбина.

Schaden, пакість.

Schmelzen, das, топленє.

Schmierseife, м'яке мило.

schneuzen, сикати ся.

Schwäche, охляість, недомога.

schwefligsaueres Natron, підсірчиковий сод.

schwerfällig, отяжілий.

schwerhörig, заступило ухо комусь.

Schutz, запір.

serum, сукроватиця.

Spannung, напня.

specifisches Gewicht, властивий тягар.

Spooren, зародні.

Stift, паличка. (пр. Lapisstift).

strabismus, виз, зизоокість.

Streifen, пасок.

Strom, elektrischer, електричний ток.

surditas, глухота.

T.

Traubenzucker, виноградний цукер.

tympanum, барабанча болонка.

typhus, дур.

U.

ulcus, прищ.

urogenitalis, мочево-половий.

V.

vaccina, коров'янка.

verdorbenes Ei, запорток.

Verflachung, сплющенє.

volvulus, скрут, зашморгненє.

Z.

zerfasert, розволоknений, розпаланий.

zerstreut, розсіяний, розсипаний.

Zwischenwirth, посередний господар.

1871-1872

1873-1874

1875-1876

1877-1878

1879-1880

1881-1882

1883-1884

1885-1886

1887-1888

1889-1890

1891-1892

1893-1894

1895-1896

1897-1898

1899-1900

1901-1902

1903-1904

1905-1906

1907-1908

1909-1910

1911-1912

1913-1914

1915-1916

1917-1918

1919-1920

1921-1922

1923-1924

