

З БІБЛІОТЕКИ
НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА

імені

ШЕВЧЕНКА

У ЛЬВОВІ.

Ч.

1975

ЛННБ України ім.В.Стефаника



00730958 (W)

**З БІБЛІОТЕКИ
НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА**

імені

ШЕВЧЕНКА

У ЛЬВОВІ.

Ч. **1975**

2007
2012

1975

и. 47 373/511

ЗБІРНИК

МАТЕМАТИЧНО-ПРИРОДОПИСНО-ЛІКАРСЬКОЇ СЕКЦІЇ

Наукового Товариства імени Шевченка.

T. V. — Випуск I.

ЧАСТЬ ЛІКАРСЬКА

ПІД РЕДАКЦІЄЮ

Д-ра **ЕВГЕНА ОЗАРКЕВИЧА.**

SAMMELSCRIFT

DER MATHEMATISCH-NATURWISSENSCHAFTLICH-ÄRZTLICHEN SECTION

DER ŠEWČENKO-GESELLSCHAFT DER WISSENSCHAFTEN in LEMBERG.

B. V. — Heft I.

MEDIZINISCHER THEIL

REDIGIRT VON

Dr. **EUGEN OZARKIEWICZ.**

У ЛЬВОВІ, 1899.

Накладом Товариства.

З друкарні Наукового Товариства імени Шевченка

під зарядом К. Беднарського.

ST. LOUIS

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1880

1880

1880



1880

1880

1880

Видавництво Наукового Товариства ім. Шевченка у Львові.

ЛІКАРСЬКИЙ ЗБІРНИК

ПІД РЕДАКЦІЄЮ

Д-ра Евгена Озаркевича.

Том II. — Випуск I.

— MEDIZINISCHE SAMMELCHRIFT

redigirt von

Dr. Eugen Ozarkiewicz.

Band II. — Heft I.



У ЛЬВОВІ, 1899.

Накладом Товариства.

З друкарні Наукового Товариства імени Шевченка
під зарядом К. Беднарського.

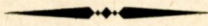
Львівська бібліотека
АН УРСР
№ И 47349

З М І С Т.

	Стор.
1. <i>Др. Евген Озаркевич і Др. Юліян Марішлер</i> (Львів): Досліди над переміною матерії при зменшаючій ся і збільшаючій ся черевній опухолі (ascites)	1—15
2. <i>Др. Евген Кобринський</i> (Прага): Про ліченє Ectopia vesicae	1—10
3. <i>Др. Осип Дакура</i> (Відень): Інтересний случай ново-твору передного середгрудя	1—9
4. <i>Др. Маріян Долинський</i> (Перемишль): З положничої казуістики	1—6
5. <i>Справозданя</i>	1—47
6. <i>Термінольогічна частина</i>	48—51

I N H A L T.

1. <i>Dr. Eugen Ozarkiewicz und Dr. Julius Marischler</i> (Lemberg): Stoffwechsel bei abnehmendem und zunehmendem Ascites	1—15
2. <i>Dr. Eugen Kobryński</i> (Prag): Ueber die Heilung der Ectopia vesicae	1—10
3. <i>Dr. Josef Dakura</i> (Wien): Ein interessanter Fall eines Tumors im vorderen Mediastinalraum	1—9
4. <i>Dr. Marian Dolński</i> (Przemysł): Aus der geburtshilfflichen Casuistik	1—6
5. <i>Referate</i>	1—47
6. <i>Terminologischer Theil</i>	48—51



З клініки внутрішніх недуг проф. Антона Глюзінського у Львові.

Досліди над переміною матерії при зменшаючій ся і збільшаючій ся черевній опухолі (ascites).

Подали:

Др. Євген Озаркевич і Др. Юліян Марішлер.

В останніх роках появили ся дві праці про переміну матерії підчас повстання і по пункції черевної опухолі спеціально при цирозі печінки, іменно М. Schubert-а¹⁾ і J. Cantador-а.²⁾ В тих працях поставили собі автори за задачу пояснити питанє поставлене v. Noorden-ом³⁾, чи білковина течі при черевній опухолі походить від білковини впровадженної кормом, або чи при витвореню черевної течі вживає ся білковина організму. На підставі своїх дослідів прийшли автори до заключеня, що при збільшаючій ся черевній опухолі вживає ся білковина корму до витвореня трансудату. Ми виходили в своїй праці з иньшої точки погляду, що пояснимо низше, про те хочемо перш усього подати наші висліди.

Ми порушили також питанє, чи механізм витвореня черевної опухолі підлягає законам дифузії, для того узглядняли ми попри азот також розпускаємі соли, хльораки і Са-соли яко форму нерозпускаєму. Крім того втягнулисьмо до наших дослідів і фосфор. Наші досліди є про те досліди чотирох складників, іменно N, Cl, P і Са.

¹⁾ M. Schubert, Ueber den N- und Cl-Umsatz während der Bildung und nach Function des Ascites bei Lebercirrhose, Inaug.-Diss., 1895.

²⁾ J. Cantador, Ueber den Stoffwechsel bei der Erneuerung grosser Abdominalergüsse, Inaug.-Diss., Bonn 1896.

³⁾ v. Noorden, Pathologie des Stoffwechsels, 1893.

Ми означували скількість складників в кормі, мочі і калі, і так азот по методу Kjeldahl'a, хлор в мочі по методу Volhard'a; Cl в калі і кормі по методу Moraczewsk-ого¹⁾.

Для упрощення досліду давалисьмо нашим недужим через цілий час дослідів той сам корм. Недужі лежали в ліжку по можности в однаких ви́шних обставинах. Досліди робилисьмо на двох муцинах і одній жінці.

Случай I. Анамнеза: В. С., літ 56. Дідичність не дає ся виказати в ніякім напрямі. В 41-шм році життя заведужав він на правобічне запалене олегочної (pleuritis). Теперішня недуга тягне ся від літа 1897 р. Тоді зачав недужий жалувати ся

Т а б л и -

	Дата	К о р м				Скіль- кість см ³	М о ч			
		N	Cl	P	Ca		N	Cl	P	Ca
I. Період	Січень									
	29	11,153	2,657	1,476	0,7248	360	6,842	1,278	0,896	0,099
	30	11,153	2,657	1,476	0,7248	440	8,424	1,344	1,1	0,017
	31	11,153	2,657	1,476	0,7248	370	7,278	1,444	0,88	0,005
			33,459	7,971	4,428	2,1744		22,544	4,066	2,876	0,031
II. Період	Лютий									
	1	11,153	2,657	1,476	0,7248	370	7,39	1,720	0,888	0,01
	2	11,153	2,657	1,476	0,7248	350	7,475	0,98	0,969	0,006
	3	11,153	2,657	1,476	0,7248	380	8,272	0,809	1,13	0,008
	4	11,134	2,657	1,476	0,7248	350	6,54	1,11	1,001	0,004
		44,612	10,628	5,904	2,8992		29,677	4,619	3,988	0,028
III. Період										
	5	11,153	2,657	1,476	0,7248	235	5,56	0,525	0,7	0,006
	6	11,153	2,657	1,476	0,7248	315	6,548	0,77	0,98	0,007
	7	11,153	2,657	1,476	0,7248	340	7,49	0,714	1,016	0,008
		33,459	7,971	4,428	2,1744		19,598	2,009	2,696	0,021
IV. Період										
	8	11,153	2,657	1,476	0,7248	290	5,72	0,519	0,817	0,0076
	9	11,153	2,657	1,476	0,7248	370	9,21	0,655	1,002	0,016
	10	11,153	2,657	1,476	0,7248	350	8,268	0,67	0,987	0,013
	11	11,153	2,657	1,476	0,7248	385	8,34	0,82	1,09	0,012
		44,612	10,628	5,904	2,8992		31,538	2,664	3,896	0,0486
V. Період										
	12	11,153	2,657	1,476	0,7248	250	5,397	0,887	0,937	0,013
	13	11,153	2,657	1,476	0,7248	450	9,843	1,435	1,413	0,01
			22,306	5,314	2,952	1,4496		15,240	2,322	2,350	0,023
П е р е с і ч н а										
Період	I	11,153	2,657	1,476	0,7248		7,514	1,355	0,958	0,01
	II	11,153	2,657	1,476	0,7248		7,419	1,154	0,697	0,007
	III	11,153	2,657	1,476	0,7248		6,532	0,669	0,893	0,007
	IV	11,153	2,657	1,476	0,7248		7,884	0,666	0,974	0,0121
	V	11,153	2,657	1,476	0,7248		7,62	1,161	0,175	0,011

¹⁾ v. Moraczewski, Zeitschrift f. klin. Med., Bd. 33.

на неозначені болі в животі. Появів жолудкових піяких. Щоденно столець з склінністю до бігунки. Жовтачки нема. З початком жовтня 1897 р. зауважав він повільне збільшуване живота, котрий дійшов в грудни до тої величини, з якою недужий зістава прийнятій на клініку. Від грудня 1897 зауважав він постійну утрату сил і схудніше. Кашлю нема. Мірний rotus признає. Пропаєсниця, lues не перебував.

Status praesens: Недужий середного росту, мірної будови костий. Грудна клітка розширена в долішних частих. При вдиху розширює ся правий бік клітки троха слабше як лівий. Вишук оказує на переді по правім боці почавши від четвертого до шестого ребра приглушений відгомон, впрочім на переді правильний відгомон. Позаду під правою лопаткою приглушений відгомон, долішна границя легких по правім боці не рухома. Прислух: по правім боці позаду і на долинні заострений віддих, вохкі дрібно- і середно-баньковаті шелести, впрочім відносини правильні.

Серцеве приглушене мале, другий тон над аортою звінкий. Кінцеві артерії затверді (atheromatös).

ц я І.

К а л					Б і л а н с			
Тягар	N	Cl	P	Ca	N	Cl	P	Ca
303	1,47	0,139	0,614	1,135	+ 2,841	+ 1,24	- 0,034	- 0,42
195	1,47	0,139	0,614	1,135	1,259	1,174	0,238	0,428
220	1,47	0,139	0,614	1,135	2,405	1,074	0,318	0,416
718	4,41	0,417	1,842	3,405	6,505	3,488	0,590	1,264
148	0,82	Слід	0,62	1,55	+ 2,943	+ 1,937	- 0,032	- 0,836
123	0,82	—	0,62	1,55	2,858	1,677	0,113	0,832
151	0,82	—	0,62	1,55	2,061	1,848	0,274	0,834
173	0,82	—	0,62	1,55	3,793	1,547	0,145	0,83
595	3,28	—	2,48	6,20	11,655	6,009	0,564	3,332
238	1,37	Слід	1,066	1,154	+ 4,223	+ 2,132	- 0,29	- 0,336
—	1,37	—	1,066	1,154	3,235	1,887	0,57	0,437
298	1,37	—	1,066	1,154	2,293	1,943	0,606	0,438
536	4,11	—	3,198	3,462	9,751	5,962	1,466	1,211
165	1,038	0,129	0,422	0,64	+ 4,395	+ 2,009	+ 0,237	+ 0,0772
220	1,038	0,129	0,422	0,64	0,905	1,873	0,052	0,068
—	1,038	0,129	0,422	0,64	1,847	1,858	0,067	0,071
241	1,038	0,129	0,422	0,64	1,775	1,708	0,036	0,072
626	4,152	0,516	1,688	2,56	8,922	7,448	+ 0,320	0,2882
—	1,42	0,115	0,729	0,824	+ 4,336	+ 1,655	- 0,19	- 0,113
225	1,42	0,115	0,729	0,824	- 0,110	1,107	0,866	0,11
225	2,84	0,230	1,458	1,648	+ 4,226	2,762	1,056	0,223

т а б л и ц я.

	1,47	0,139	0,614	1,135	+ 2,168	+ 1,162	- 0,19	- 0,421
	0,82	—	0,62	1,55	+ 2,913	+ 1,502	- 0,141	- 0,833
	1,37	—	1,066	1,154	+ 3,25	+ 1,987	- 0,388	- 0,403
	1,038	0,129	0,422	0,64	+ 2,23	+ 1,862	+ 0,08	+ 0,072
	1,42	0,115	0,729	0,824	+ 2,113	+ 1,381	- 0,528	- 0,111

Живіт рівномірно побільшений, шкірні жири розширені. Флюктуация виразна, випуклом можна вказати в черевній ямі вільний плин. В наслідок сильно розтягнутої (gespannt) черевної поволоки неможливо означити докладно границі печінки і селезінки.

Обсяг живота 87 см; — долішні кіччини не набрисклі.

Розслід змісту жолудка виказав вільний сільний квас (Günzburg) з 0.205 загальної kwasоти, відповідаючій HCl, чотири години по пробнім обіді.

Скількість мочи скупа, переічно 350 см³, темна, властивий (спецефічний) титар 1.029, білковини нема, індикан збільшений, цукру нема, ацетону нема.

Дня 31. січня 1898 зроблено у недужого пункцію живота при чім випущено 5240 см³ ясного, чистого плинну, властивого титару 1.016. Хемічний розслід тої течі виказав:

	N	Cl	P	Ca
рСт 0,399	0,355	0,0044	0,011	
Перечислене на цілу скількість:				
20,9076	18,6	0,23	0,5764	

По пункції виконаний осмотр черевних органів виказав слідуючий стан:

Печінка сягає в сутковій лінії (Mamillarlinie) аж до ребрового луку, в середній лінії (Medianlinie) два пальці понизше processus xiphoides. Долішний її край заокруглений, поверхня гладка, конзистенция тверда. Селезінка побільшена, мацальна, досить твердої конзистенції.

З клінічного перебігу годить ся ще навести, що у нашого хорого черевна опухоль дійшла по пункції дуже скоро до свого червісного обсягу, бо вже в одинадять днів виносив обсяг живота 88 см (87 см в дни першої пункції). Відтак виступили появи душности, так що будильмо змушені приступити до другої пункції. При другій пункції моглисьмо, з причини заліплення троакару, здає ся кишками, випустити лише 2530 см течі. Більша частина її лишила ся в черевній ямі. Рана зістала в звичайний спосіб сповита, але течя, як се часто при недостаточнім упливі черевної течі дїє ся, відпливала постійно краплями, аж до цілковитого звільнення (Entspannung) червних поволок, що наступило дня 12. січня. Відтак загоїла ся рана правильно.

Маємо про те перед собою случай неправильности обігу крові в системі воротниці в наслідок заніку печінки, де буяне (Wucherung) лучної тканини вийшло правдоподібно від давнішого запаленя (Perihepatitis).

Недужий покинув 16. лютого клініку і дальший перебіг недуги нам не звісний.

Досліди над переміною матерії у нашого недужого робилисьмо в той спосіб, щосьмо цілий час досліду розділили по можности на кілька рівних періодів по 4—5 днів. Першу пункцію виконано між I і II періодом, другу пункцію між IV і V.

Хемічна аналіза корму подаваного недужому день по день в однакій скількості була така:

	N	Cl	P	Ca
150 g бефштеку	6,636	0,21	0,336	0,0033
500 g молока	2,522	0,586	0,532	0,528
100 g булки	1,361	0,333	0,134	0,092
250 g зупи	0,603	1,429	0,467	0,0125
350 g содової води	—	0,099	—	0,097
100 g чорної кави	0,032	—	0,007	—
	11,153	2,657	1,476	0,7248

Результати наших дослідів подаємо в долученій таблиці I.

Ся таблиця показує нам ось що:

У нашого недужого була діуреза все менша як правильно, а що недужий уживав день по день однаку скількість плинну (содової води, зупи, молока), то та ріжниця мусіла бути, по всякій правдоподібности, наслідком більшого або меншого задержання (retentio) води в організмі. В II періоді бачимо таку саму скількість мочи як в I періоді. Одначе загальна утрата плинну в II періоді буде більша скоро узгляднимо скількість води в стільци (калі.) В першій періоді мав недужий плинний столець, а вага его була 718 gr. По пункції змінила ся конзистенция стільця і ми маємо через 4 дни стільці ваги 595 gr., одже о 120 gr. менче як в першій періоді. Всеж таки бачимо в другій періоді хоч незначне задержане води в організмі. Найбільше задержане бачимо пятого дня по пункції і від тепер стає діуреза постійно менча, як в першій періоді. Першого дня по першій пункції видалив недужий 370 ccm мочи, саме тільки ccm як день перед пункцією. Последнього дня досліду знаходимо знов взглядно високу скількість мочи бо 450 ccm. Ми підносимо се з натиском, бо як звісно, недужий тратив в другій періоді плин краплями.

Скількість видаленя N в мочи було така, що в перших 3 днях по пункції мож було сконстатувати постійне збільшване N. Найменшу скількість видаленя N бачимо в третій періоді, в четвертій періоді росте знов видалене N.

Скількість N містячого ся в стільци була ріжна перед і по пункції. В першій періоді знаходимо найбільшу скількість 1,47 g. N, значить ся 13 pCt. впровадженого корму. Ся лхва ресорпция могла бути в наслідок легкої бігунки, котру недужий мав в першій періоді. В другій періоді знаходимо ліпше використуване N корму, тут маємо найменше число 0,82 g. N в стільци т. є 7,2 pCt впровадженого N. В третій і четвертій періоді підносить ся знов трохи скількість N.

Погляньмо тепер на біяне азоту в нашій случаю, то побачимо що недужий знаходив ся через цілий час досліду, з виїмком последнього дня, в позитивнім азотнім біянсі, се значить: що видалене N мочєю і стільцем було менше як впроваджене N кормом. В II періоді бачимо мале побільшене задержання N, що доходить до найвищої точки в III періоді, і ще першого дня IV періоду стоїть на висоті, аж знов зменшує ся в часі, коли черевна опухоль знов доходить до первісного обьму. Причини того задержання N тяжко шукати в правдивім задержаню N на користь будови організму, бо недужий в наслідок своєї тяжкої недуги що раз ставав більше не-

мічний. В II, III і IV періоді, значить ся в часі між обома пункціями задержав недужий 29,1 g. N. Коли обчислимо процент азоту знайденого в течі добутий при II пункції на 6 літрів то вийде, що до утвореня трансудату треба було 18 g. N. Лишає ся про те одинацять g. N надміру. Щоби пояснити ту ретенцію мусимо приймати, що наш случай належить до ряду тих случаїв які описали Schmoll¹⁾, Schöpp²⁾ і Moraczewski³⁾. Сі автори завважали, що при недугах ідучих в парі з консумцією організму буває нераз, так сказавши, патологічне задержане азоту, що можна пояснити утратою організму можности розкладня в правильний спосіб білковини.

Що до видаленя хльору, то недужий був постійно в додатнім білянсі. Першого дня по пункції знаходимо підвишене скількості Cl в мочи. Такеж підвишене видаленя Cl по пункції знайшов і Schubert⁴⁾, але автор сей не пояснив сю появу. З нашої таблиці видно, що першого дня по пункції піднесло ся видаленє усіх складників себто N, Cl, P, Ca, а причини сего треба шукати в поліпшеню циркуляції в агалі. Другого дня по пункції зменшує ся видаленє Cl а задержанє доходить в IV періоді до найвишої точки + 2,13 Cl (8-го лютого.) Хтілибосьмо звернути увагу на те, що задержанє Cl при наново востаючим ascites, хоч іде рівнобіжно з задержанем N, всеж таки, що недасть ся заперечити, починає ся о кілька днів скорше як задержанє азоту.

Видаленє фосфору мочою ішло заедно більше-менше рівнобіжно з видаленем азоту. Недужий був перед пункцією і в двох послідуючих періодах в негативнім P-білянсі, що походило здає ся з збільшеного видаленя калу. Аж в IV періоді стало видаленє фосфору менше як впроваджене.

Видаленє калу мочою було у нашого недужого, мож сказати, радше мале. По пункції знаходимо зменшене видаленя Ca і скількість Ca в мочи підносить ся аж в IV періоді при зовсім відновившим ся ascites. — Противно заховує ся видаленє Ca стільцем. Тут бачимо ми в I періоді мале видаленє Ca, в двох слідуючих періодах більше, а в IV знов зменшене видаленя Ca. Правдоподібним є, що через пункцію витворюють ся такі відносини, що роблять можливим більше видаленє Ca кишками.

V-тий період є повторенєм тих відносин, які повстали по першій пункції. Як уже висше згадалисьмо був недужий в сім періоді

¹⁾ Schmoll, Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 29.

²⁾ Schöpp, Deutsche med. Wochenschrift 1893.

³⁾ v. Moraczewski, Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 33.

⁴⁾ Schubert, Inaug.-Diss. Breslau 1895.

в незвичайних умовах, бо тратив заєдно плин з черевної опухолі краплями. В першім дні того періоду впадає дуже в око заховане ся хльору в мочи, котрого скількість в порівнаню до попереднього дня збільшує ся. Того дня, коли черевні поволоки зовсім утратили напняте, знаходимо знов збільшене видалене всіх складників, той сам образ, щосьмо бачили по першій пункції.

Случай II. Анамнеза: Т. К., літ 18, прийятий на клініку 2-го марта 1898. Дідичности в ніякім напрямі не можна виказати. В 10-тім році житя перебув кір. В 12-тім році пропасницю (malaria). Теперішня недуга почала ся в осени 1897 р. Недужий став скаржити ся на почуваня тяжкости по їді, відбивань не мав, вомітів також. Столець все правильний. Рівночасно завважав він, що живіт почав звільна але постійно рости, а в лютім 1898 дійшов живіт до теперішньої величини. Битя серця нема, при скорім ході задихує ся недужий трохи.

Status praesens: Недужий малий, слабій будови костий, шкіра бліда. Жовтачки нема. Органи грудної клітки правильні. Живіт рівномірно побільшений, флюктуация виразна, шкірні жили розширені. Обвід живота 97 см. Печінка досліджена перкусиею сягає в сутковій лінії до ребрового луку, в середній лінії до грес. хурної, лівого плату печінки не можна через перкусию дослідити. При вдиху мож печінку намацати, вона представляє ся тверда, долішній край острый. Селезінка дуже побільшена, в лежачій (на плечах) позиції недужого сягає селезінка до продовженої лівої суткової лінії. Поверхня гладка. Консистенция тверда. В животі мож виказати вільний плин. На долішних кінчинах набрясків нема. Живчик все правильний 76. Тягар тіла 52 kg. Теплоота правильна 36,5—37,4°. Скількість мочи пересічно 1200 см³. Спец. тягар 1,023, білковини нема, цукру нема, ацетону нема, індиан правильний.

Як бачимо витворила ся в молодого хлопця в наслідок застою в устрою воротниці черевна опухоль. Причина змін в печінці була тут иньша як в першім случаю, значне побільшене селезінки і анамнеза давали догадувати ся, що ми маємо тут цирозу печінки з причини довго триваючої пропасниці.

Дня 12-го марта виконалисьмо у недужого пункцію живота, причім випустилисьмо 5150 см³ плину, 1016 спец. тягару. Хемічна аналіза того плину показала ось який склад:

		Обчислене на цілу скількість
Загальний N	0,49 pCt.	25,235 g
" Cl	0,379 pCt.	19,562 "
" P	0,007 pCt.	0,365 "
" Ca	0,0026 pCt.	0,1339 "
" NH ³	0,0042 pCt.	0,2163 "

Сей случай відзначав ся ще і тим, що соматичний стан недужого поправив ся в клініці значно, діуреза збільшила ся без уживаня діуретиків, а черевні поволоки були вже підчас пункції значно менше напняті. У нашого недужого наступила та, нераз уже завважана поява, що при ліпших умовах, спокою, лежаню в ліжку, при инакше зложенім кормі може черевна опухоль сама

від себе зменшити ся, а як видно з білянсових таблиць повстає живіша дифузія до кровних судни, що найбільше слідно на хлборі, яко найлегче при дифузії проникаючим складнику.

І в сїм случаю давали ми через цілий час дослїду однакий корм :

	N	Cl	P	Ca
1200 g молока	6,048	1,4058	1,2768	1,2432
350 g булки	4,765	1,168	0,469	0,322
250 g зупи	0,603	1,429	0,467	0,01
230 g бешптеку	9,822	2,1636	0,4978	0,0048
350 g содової води	—	0,1136	—	0,1020
100 g чорної кави	0,0315	—	0,0073	0,0116
	21,2695	6,28	2,7179	1,6936

Час дослїду подїлилисьмо на два періоди, перший перед пункцією живота тривав пять днів, другий по пункції 6 днів, а одержані вислїди мож бачити на слїдуючій таблиці.

Т а б л и -

	Дата	К о р м				Скіль- кість см ³	М о ч			
		N	Cl	P	Ca		N	Cl	P	Ca
I. Період	Март									
	7	21,260	6,28	2,718	1,693	1225	13,912	8,754	3,004	0,186
	8	21,260	6,28	2,718	1,693	1160	12,945	10,5	3,2	0,172
	9	21,260	6,28	2,718	1,693	1210	13,806	7,866	3,114	0,185
	10	21,260	6,28	2,718	1,693	1080	13,806	6,566	2,741	0,162
	11	21,260	6,28	2,718	1,693	1070	10,486	7,189	2,552	0,19
		106,346	31,40	1,359	8,465		64,955	40,875	14,605	0,795
II. Період	12	21,269	6,28	2,718	1,693	910	10,446	5,686	2,857	0,184
	13	21,269	6,28	2,718	1,693	1150	14,812	5,025	3,424	0,222
	14	21,269	6,28	2,718	1,693	1140	15,002	5,585	3,519	0,237
	15	21,269	6,28	2,718	1,693	1210	14,907	6,013	3,334	0,248
	16	21,269	6,28	2,718	1,693	1170	15,724	5,316	3,705	0,217
	17	21,269	6,28	2,718	1,693	1030	13,626	4,387	3,109	0,209
			127,614	37,68	16,308	10,158		84,517	32,013	19,948	1,317
П е р е с і ч н а										
Період	I	21,269	6,28	2,718	1,693		12,991	8,175	2,922	0,159
	II	21,269	6,28	2,718	1,693		14,086	5,335	3,324	0,219

В першій періоді громадв очевидно недужий азот, бо бачимо що задержував значну скількість N, аж до 6 г. денно. Ся поява не дасть ся так легко пояснити. З одного боку можна представити собі, що недужий будучи молодим і не знідлим (кахектичним)

уживав задержаний азот до будови білковини свого організму, що можна би підперти ще сею обставиною, що недужий будучи сіль-ским мешканцем і обмеженим майже виключно на рстинний корм, знаходив ся в так званім азотнім дефіциті, котрий тепер вирівнував ся і що клінічна обсервація виказала очевидне поліпшене соматичного стану недужого. З другого боку можна припустити, що частина задержаного азоту була зужита до витворення трансудату. Сему твердженю не відповідає одначе заховане ся солий. Ми знаходимо негати́вний біляне Cl і P а позитивний Ca. Як уже вище зазначилисьмо, сконстатувалисьмо в I періоді зменшене черевної опухолі. Freund¹⁾ виказав, що збільшене хльору в мочи при черевній опухолі і иньших станах полученных з нагромадженням плин у організмі при тій самій дієті вказує на те, що плин резорбує ся. Наші дослїди стверджують зовсім теорію Freund'a що до хльору. Але і збільшене видаленє P не можемо в сїм случаю инакше пояснити лише в той спосіб, що мусимо прийняти дифузію в противнім напрямі, хоч жерело P є здає ся иньше. Бо скількість Cl в черев-

ця II.

Тягар	К а л				Б і л я н с			
	N	Cl	P	Ca	N	Cl	P	Ca
	1,775	0,176	0,549	1,136	+ 5,582	- 2,63	- 0,835	+ 0,371
	1,775	0,176	0,549	1,136	6,549	4,376	1,031	0,385
	1,775	0,176	0,549	1,136	5,688	1,742	0,945	0,372
	1,775	0,176	0,549	1,136	5,688	0,442	0,572	0,395
	1,775	0,176	0,549	1,136	9,008	1,065	0,383	0,367
1038	8,875	0,78	2,245	5,68	32,515	10,255	3,766	1,890
	2,051	0,162	0,639	1,3	+ 8,772	+ 0,432	- 0,778	+ 0,209
	2,051	0,162	0,639	1,3	4,406	1,092	1,345	0,171
	2,051	0,162	0,639	1,3	4,216	0,533	1,440	0,156
	2,051	0,162	0,639	1,3	4,311	0,105	1,255	0,145
	2,051	0,162	0,639	1,3	3,494	0,802	1,626	0,176
	2,051	0,162	0,639	1,3	5,692	1,731	1,030	0,184
1585	12,306	0,972	3,834	7,8	30,791	4,695	7,474	1,041

та б л и ц я

	1,775	0,156	0,549	1,136	+ 6,503	- 2,051	- 0,753	+ 0,378
	2,051	0,162	0,639	1,3	+ 4,131	+ 0,782	- 1,245	+ 0,173

нім плинї може вистарчити щоб покрити дефіцит, але P не вистарчить, бо вго в тім плинї є дуже мало. Скоро би недужий забирав

¹⁾ Freund: Ueber die Verwendung der Chemie am Krankenbette. Wiener med. Wochenschrift, 1893.

Cl і Р з своїх частий організму то можна надіяти ся що і біляне Са буде негативний, але з огляду на те, що недужий задержував Са, мусимо припустити що Cl і Р, котрі він тратив, мусіли походити з якогось так сказати „складу“, а котрим організм може кожної хвилі без ніякої шкоди розпоряджати. Такий склад мав наш недужий в плині черевної опухоли.

В II періоді знаходимо, що скількість видаленого N почавши від другого дня по пункції збільшує ся і в мочи і в стільци. Пункція ділає про те в тім случаю побуджаючи на розклад N. Се через пункцію викликане збільшене видаленя азоту у осібняка, котрий потребував рівночасно азоту до свіжого витвореня трансудату, може пояснити питанє, чи ми в I періоді мали дійсно діло з правдивою ассиміляцією N, чи те задержане N треба уважати патологічною появою, що ми в I случаю поясняли нездібністю організму розбивати правильним способом тіла містячі в собі азот.

Найцікавіше в II періоді є задержане хльору, котре іде рівнобіжно з свіжо відновляючим ся ascites. Фосфор і вап заховують ся так само як в I. случаю. І тут знаходимо побільшене видаленя тих складників кишками. Гідним уваги є в тім случаю ще і те, що і видалене вапу мочою збільшило ся.

Случай III. Анамнеза: М. М. 34 літ. Мати недужої мала вмерти на туберкулозу легких в 50 році житя. Числячи 8 літ скаржила ся вже недужа при сильнійших рухах на біте серця і брак віддиху. Місячку дістала в 13 році житя. В 27 році житя вийшла за муж, два рази пороненя, одна дитина живє. В рік по посліднім породі зауважала недужа, що живіт її звільна чим раз більше росте. В вересні 1896 піддала ся недужа пункції живота, при чім випущено 6 L плану. В році 1898 була зневолена з причини побільшеня живота шукати помочи на клініці.

Status praesens: Недужа середної будови костий, мірно відживлена. Грудна клітка в долішних партиях розширена. Легкі правильні. Дослід серця виказує всі ціхи звуженя аорти. Живіт побільшений, флюктуация виразна, обвід живота 100 см. Печінка в сутковій лінії 3 см низше ребрового луку, в середній лінії 10 см низше processus xiphoides, дає ся намацати, не болюча, долішний край заокруглений, консистенция тверда. Селезінка побільшена.

В часі побуту на клініці дістала недужа на горішній губі лусковату ефлюресценцию завбільшки 20 гелерів, що проф. Лукасевич uznав яко Lues aularis.

І в сїм случаю маємо перед собою ascites в наслідок змін в печінці. Два перебуті пороненя і ефлюресценция на губі наклонюють на здогад, що маємо діло з цирозою печінки, котра повстала на підставі лютетичної закази. Хіба серця лівого артерияльного отвору находила ся в цілковитій рівновазі (compensatio.)

Скількість мочи виносла пересічно 1200 ccm. Спецефічний тьягар 1,024, білковни нема, цукру нема, ацетону нема.

Цілий дослід поділили ми на три періоди. Перший перед пункцією черева, слідуючі два по пункції. Ми додали нарочно ще третий чотироденний період, бо і в сїм случаю так як у II відновляв

ся плин дуже поволи, і аж в третім періоді відносини стали ясніші.

Нам неможливо було удержати недужу через цілий час на тій самій дієті. По пункції не хотіла недужа пити дальше содову воду, і діставала натомість 250 см вина.

Подавана дієта складала ся ось з чого :

	N	Cl	P	Ca
1200 см молока	6,048	1,4058	1,0768	1,2432
200 g булки	2,723	0,6674	0,268	0,188
250 см зупи	0,6037	1,4289	0,467	0,01
220 g бештеку	9,822	2,088	0,497	0,0048
400 см содової води	—	0,1136	—	0,102
	19,1967	5,7037	2,3088	1,548

В другім і третім періоді давалсьмо замість 400 см содової води 250 см вина, котре складало ся з

N	Cl	P	Ca
19,196	5,94	2,308	1,47

Результати того дослѣду мож бачити знов на долученій таблиці.

Як з таблиць видно мали ми в першім періоді високу діурезу, котра навіть третого дня збільшила ся. І в сїм случаю бачимо користний вплив лежання в ліжку і инакше зложеної дієти, тим більше, що в першім періоді, що з натиском підносимо, зменшив ся ascites сам від себе. З огляду на те, що недужа пила день по день ту саму скількість води, є дуже правдоподібним, що збільшена діуреза відбувала ся коштом вільного плинну черевного.

Біляне азоту був додатний, недужа задержувала значні скількості N, аж до 5,9 gr. pro die.

Біляне хльору був в перших двох днях додатний, а на третій день змінив ся на уємний (negativ).

Скількісь хльору в мочи стояла в простім відношеню до скількості мочи і з того видно походжене надміру хльору.

Біляне фосфору був уємний, вапу додатний.

В II періоді бачимо поліпшенє ресорпції азоту. Ми вносимо се зі скількості N в калі, 0,809 g pro die, тимчасом коли в I періоді було 2,04 g. N pro die. Скількість P зменшила ся, відповідно до зменшеня скількості N. Скількість вапу в стільци є більша як в I періоді, саме так, як бачилисьмо в двох попередних случаях.

З початку другого періоду була недужа в уємнім білянєї Cl і аж з часом перейшла вона зі стану утрати хльору до задержання.

І в сім случаю відновляв ся плин черевної опухолі дуже звільна.

Відносини видалення мочою показують, що і в тім случаю стала десасиміляція азоту через пункцію живійша, а з пересічної таблиці бачимо, що скількість азоту в мочи зросла з 11,24 на 12,37 g. Так само заховує ся фосфор.

Також і скількість Са в мочи є більша.

В третім періоді є замітне задержанє хльору, що є виразом живійше відновлячого ся ascites.

При близшім роземотрі наших дослідів бачимо, що переміна матерії в недугах полученных з червеною опухолею оказує ріжні форми, а се залежить від того чи черевний плин знаходить ся в стадії збирання чи резорпції. Також нагле і повільне випущене плину має вплив на перемену матерії. Одно мусимо спеціально зазначити, що не вважаючи на вік, рід і диету наших недужих, вони видалляли усе більше фосфору як приймали. Не сьміємо рішучо

Т а б л и -

	К о р м				Скіль- кість сст	М о ч				
	N	Cl	P	Ca		N	Cl	P	Ca	
I. Період	19,196	5,703	2,308	1,548	1020	10,015	4,825	2,58	0,041	
	19,196	5,703	2,308	1,548	1010	8,413	5,515	2,572	0,056	
	19,196	5,703	2,308	1,548	1240	12,112	6,58	2,229	0,08	
	19,196	5,703	2,308	1,548	1500	12,6	8,466	2,758	0,03	
	19,196	5,703	2,308	1,548	1420	13,092	8,047	3,439	0,071	
		95,98	28,515	11,540	7,74		56,232	33,433	14,278	0,278
II. Період	19,196	5,94	2,308	1,47	1368	13,693	8,595	2,579	0,075	
	19,196	5,94	2,308	1,47	940	11,519	6,04	3,016	0,073	
	19,196	5,94	2,308	1,47	820	11,078	4,987	3,135	0,071	
	19,196	5,94	2,308	1,47	880	12,99	5,807	3,062	0,079	
	19,196	5,94	2,308	1,47	770	12,666	3,579	2,582	0,053	
		95,98	29,7	11,54	7,35		61,946	29,008	14,374	0,351
III. Період	19,196	5,94	2,308	1,47	760	13,193	4,073	3,116	0,022	
	19,196	5,94	2,308	1,47	760	13,396	4,02	3,368	0,061	
	19,196	5,94	2,308	1,47	790	12,905	3,143	3,361	0,069	
	19,196	5,94	2,308	1,47	780	14,632	4,818	2,384	0,072	
		76,784	23,76	9,232	5,88		54,126	16,054	13,229	0,224
П е р е с і ч н а										
I.	19,196	5,703	2,308	1,548		11,246	6,686	2,855	0,055	
II.	19,196	5,94	2,308	1,47		12,389	5,801	2,874	0,0702	
III.	19,106	5,94	2,308	1,47		13,531	4,013	3,307	0,055	

сказати, що та утрата фосфору стоїть в звязи з недугою печінки. Як знаємо є недуги, при котрих також буває жива утрата фосфору, пр.: Diabetes mellitus, висока горячка і т. д. Одначе в наших случаях мусимо сю утрату фосфору нап'ятувати яко щось специфічного, бо при горячці є утрата Р получена усе з утратою N, при Diabetes ще з утратою Cl і Ca, а тут маємо заєдно утрату Р не вважаючи на значне задержанє N. Здає ся, що при органічним процесі де є умови до витвореня ascites, також виділяють ся в більшій кількості і иньші складники. Але коли Cl і N громадять ся в черевнім плинї, іде Р иньшими дорогами. Се би була загальна характеристика переми матері при черевній опухолі.

В стадії збираня плину бачимо, що при тїм майже правильно задержує ся N, Cl, P і Ca. Але не завжди треба скількість задержаних складників брати на карб збираючого ся ascites, противно, як піднеслисьмо в I случаю, винна тому і неповна десасимиляція. Доказом сего є склад черевного плину, в котрім в загалі

ц я III.

Тягар	К а л				Б і л я н с			
	N	Cl	P	Ca	N	Cl	P	Ca
	2,046	0,025	0,93	0,769	+ 7,135	+ 0,853	- 1,202	+ 0,738
	2,046	0,025	0,93	0,769	+ 8,737	+ 0,163	- 1,194	+ 0,723
	2,046	0,025	0,93	0,769	+ 5,038	- 0,902	- 1,551	+ 0,699
	2,046	0,025	0,93	0,769	+ 4,55	- 1,788	- 1,580	+ 0,749
	2,046	0,025	0,93	0,769	+ 4,058	- 2,369	- 2,061	+ 0,708
731	10,230	0,125	4,65	3,845	+ 29,518	+ 4,043	- 7,388	+ 3,617
	0,809	0,023	0,441	1,263	+ 4,694	- 2,678	- 0,712	+ 0,131
	0,809	0,023	0,441	1,263	+ 6,868	- 0,093	- 1,149	+ 0,134
	0,809	0,023	0,441	1,263	+ 7,309	+ 0,930	- 1,268	+ 0,136
	0,809	0,023	0,441	1,263	+ 5,397	+ 0,11	- 1,195	+ 0,125
	0,809	0,023	0,441	1,263	+ 5,721	+ 0,238	- 0,715	+ 0,154
439	0,045	0,115	2,205	6,315	+ 29,989	+ 1,493	- 5,039	+ 0,680
	2,046	0,053	0,93	0,769	+ 3,957	+ 1,814	- 1,738	+ 0,679
	2,046	0,053	0,93	0,769	+ 3,754	+ 1,868	- 1,99	+ 0,640
	2,046	0,053	0,93	0,769	+ 4,245	+ 2,745	- 1,983	+ 0,632
	2,046	0,053	0,93	0,769	+ 2,518	+ 1,07	- 2,006	+ 0,629
592	8,814	0,212	3,72	3,076	+ 14,474	+ 7,497	- 7,717	+ 2,580

т а б л и ц я

	2,046	0,025	0,93	0,769	+ 5,905	- 0,808	- 1,477	+ 0,725
	0,809	0,023	0,441	1,263	+ 5,997	+ 0,298	- 1,007	+ 0,13
	2,046	0,053	0,93	0,769	+ 3,618	+ 1,859	- 1,743	+ 0,64

було значно менше N, Cl, P і Ca, як задержував організм, відтак з клінічного перебігу, при чім рішачим був загальний стан недужого. На всякий случай можемо стояти при твердженю, що збиране плинну іде в парі з задержанєм (retentio).

Коли черевний плин знаходить ся в стадії ресорпції, то тоді наступає збільшене видалене складників, при чім може прийти до утрати хльору і фосфору. Замітити треба ще з особна, що те збільшене видалене іде в певнім порядку. І так хльор появляє ся в мочи в збільшеній скількості скорше, а відтак аж вмагає ся скількість фосфору.

Добутки наших дослідів виказали ще і ту цікаву появу, що пункція сама спричиняє наглий взріст видаленя. Той взріст ріжнить ся одначе засадничо від взросту обсервованого при ресорпції, бо тут бачимо збільшене видалене усіх складників. На другий день устає звичайно збільшене видаленя. — Сю появу, котра не усе як в I случаю виступає так дуже виразно, бо в II і III случаю була лишь легко зазначена, бачив уже і Schubert¹⁾, але не підніс ваги тої появи. По нашій думці те збільшене видалене походить з причини наглих змін в середчеревних відносинах, при чім циркуляція і ресорпція дізнає полекші. З другого боку подражняє пункція сильно цілий організм, що видно найліпше з побільшеня видаленя азоту мочою (случай 2 і 3.).

Наші висліди кидають також деяке світло і на ресорпцію і секрецію в кишках. Müller²⁾, Fawitzki³⁾, Schapiro⁴⁾ знайшли, що при заникаючій (атрофічній) цирозі печінки, була ресорпція корму, не вважаючи на існуючу жильну гіперемію цілого кормового проводу, добра, скількість азоту в стільци була правильна. Наші досліді потвердили сї твердження. В наших случаях знайшлисьмо назад в стільци впроваджені перед пункцією 12 gr азоту. А в I і III случаю бачилисьмо навіть, що організм використовував азот по пункції ліпше як перед нею.

Рівнож терпить під впливом тиску черевної опухолі і секреція в кишках. Тут було нам мірилом високість видаленного Ca в стільци. Ми бачимо, що в тім часі коли ascites стоїть на місці, видалає ся менше вапу кишками, а по випущеню плинну збільшує ся сейчас

¹⁾ Schubert, l. c.

²⁾ Müller, Resorption d. Nahrung bei einigen Krankheiten. Congress f. innere Med., 1887.

³⁾ Fawitzki, N-Umsatz bei Lebercirrhose. Deutsch. Archiv f. klin. Med., XLV, 1889.

⁴⁾ Schapiro, Zur Frage von der Prognose bei der Lebercirrhose. Petersburger med. Wochenschr., 1891.

видалене. Се збільшене видалене вапу є тим цікавійше, що рівночасно знайшлисьмо зменшене азоту в стільци.

Єще одно питанє хочемо тут порушити, іменно чи до витвореня черевного плинну уживає ся білковина корму чи організму [Noorden¹⁾]. На се питанє легко би відповісти як би недужий тратив по пункції азот, а мимо того виділював богатий в білковину плин до черевної ями. Можна би в таким случаю припустити, що недужий, котрий покриває надмір утраченого мочею азоту, азотом взятим з організму, буде уживати до витвореня черевного плинну з браку якого нийшого стоячого до єго розпорядимости жерела білковини, білковину організму. Такі відносини мали ми, на жаль обсервовані лише через дуже короткий час, в V. періоді I. случаю. Як звісно тратив недужий в тім періоді плин, випущений лише до половини, краплями по трохи через ранку в животі. Та постійна утрата черевного плинну так вилинула на організм, що недужий перейшов з додатного азотного білянсу на уємний, т. є. що скількість азоту в кормі не була вистарчаюча до заспоковня потреби.

Наші вислїди потвердили думку Schubert'a²⁾ і Cantador'a³⁾, що азот трансудату походить в першім ряді з корму, однак з тим ограниченєм, що на случай коли впроваджений кормом азот чи то з причини недостаточної ресорпції, чи невистарчаючої скількості, не вдовольив би потребі, тоді організм спотребовує свою власну білковину.

Що по пункції при отвертій рані в череві бачимо уємний азотний білянс, може нам пояснити появу, що в таким случаю наступає легко значна утрата сил у недужого і вихудніє, що ми клінічно нераз обсервували.

Вкінци уважаємо своїм милим обовязком виразити на сїм місци нашому поважаному шефови п-ви проф. Глюзінському за почин до сеї праці нашу щирю подяку.

¹⁾ Noorden, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels, 1893.

²⁾ Schubert, l. cit.

³⁾ Cantador, Inaug-Diss. Bonn 1896.

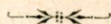
The following table shows the results of the experiments conducted during the last year. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced.

The following table shows the results of the experiments conducted during the last year. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced.

The following table shows the results of the experiments conducted during the last year. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced.

The following table shows the results of the experiments conducted during the last year. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced. The results are given in terms of the amount of material used and the amount of material produced.

З чеської хірургічної клініки проф. Майдля в Празі.



Про лічене „Ectopia vesicae“.

Написав Др. Евген Кобринський.

Повстанє сеї неправильности в розвитку міхура починає ся перед 8. тижнем ембріонального життя. Причини сеї потвори (Missbildung) не є до тепер ще розеліджена.

Звичайно ectopia получена з диятазою лонової зростівки (symphysis ossium pubis), цілковитою епіспадією (epispadia), прірвами (hernia) і випадом відхідниці (prolapsus recti). Щелина шкірного систему (Spalt des Hautsystems) сягає аж до пуця, котрого зовсім не видно.

Міхур представляє ся яко червонявий, кровавий нарїст положений над рудіментарним прутом (penis).

Погані наслідки сеї недуги яєні: incontinentia urinae, exco-riationes і eczema сусїдної шкіри, кровотока з випавшої слизоватої болони міхура.

Сї появи і амоніякальний розклад мочи затроюють житє недужим, так що лучають ся навіть самоубійства наслідком сеї недуги. Щоби єним нещасним і позбавленим всякої приемности житя принести поміч, були вже в давних часах звернені змаганя хірургів. Однакож в передантисептичнім часї задоволяли ся старі хірурги як Bonn, Stolte, Roose, винаходом апаратів, що повздержували випад і служили заразом яко мочевї зберегачі (Urinre-сіpient).

Доперва молодша школа Holmes, Wood, Thiersch, Billroth, Czerny, Hirschberg, старала ся покрити плястиком сей убуток. Cystoplastica після сих авторів формує ся з одного верхного на долину відверненого шкірного платка (Hautlappen) і двох побічних платків, котрі зшивають ся разом над верхнім. Значнійший поступ представляє метод Trendelenburg-a, що перетяв synchondroses sacro-iliacae, злучив зростівки (symphysis), зшив краї ектопованого міхура і утворив в сей спосіб нове cavum vesicae. В практиці сей метод змодифікований Passavant-ом як і метод Sonnenburg-a, котрий ектірпував цілий міхур і вшив мочеводи (ureter) до отвореної мочевої цівки (urethra) не принесли пожаданого успіху, бо бракувало зворника міхура (sphincter vesicae), котрий би повздержував моч (continentia urinae).

Cystoplastica принесла в найліпшим разі о стілько користи недужим, що по покритю убутку зістав малий отвір, котрий або пельотою замикав ся, або годив ся до вживаня мочевого зберегача (recetabulum, Urinrecipient). Радикальний метод Майдля*) опирає ся на дериваційнім старім ліченю ectopі-ї John Simon-a. Сей автор був перший, що загадав в практиці зужити гадку Roux і витворити через умієтне полученє мочеводів з відхідницею контіненцію мочи за помочию заузного зворника (sphincter ani). Операція однакож як і модифікація Lloyd-a і Holmes-a не повела ся в практиці.

Значний поступ зробив Smiths, хірург в Bartholomews Hospital в Лондоні (Thomas Smiths: St. Bartholomews Hospital Reports, Vol. XV). Сей знаменитий хірург получив в однім случаю мочеводи з задною частию окружницї (colon). Пациєнт вмер по операції наслідком pyelonephritis suppurativa. Від сего часу забули хірургів зовсім про ідею Simona, аж проф. Майдль на підставі сего методу видумав в 1892 р. нову радикальну операцію ліченя ектопії, котра поперта щасливо виконаними случаями вславила ся в цілїм євїті. Виходячи з засади, що правильні уїстя мочеводів (Uretetereinmündungen) хоронять нирки від інтестінальних бактерій, а іменно bacterium coli, витяв Майдль малу еліпсу обіймаючу уїстя мочеводів з ектопованого міхура і інплянтував її до лукви (flexura sigmoidea).

Правдивість сеї думки потвердив в році 1894 Giordano (La clinica chirurg. 1894.) експеріментом на зьвірятах, котрим показав, що по поперечнім відтягю мочеводів по над trigonum Lieutaudii

*) Гляди: Wiener med. Wochenschrift Nr. 25—29 1894.

” ” ” ” 28—31 1896.

” ” ” ” 6—8 1899.

і імплантовано кожного мочевода з осібно до colon ascendens, або descendens, викликає єя по кількох місяцях pyelonephritis suppurativa ascendens.

Докладний метод радикального лічення „Ectopia vesicae“ подам при наведеню поодиноких случаїв оперовонах від року 1892 до року 1899 проф. Майдлем на хірургічній клініці в Празі.

На сїм місци складаю проф. Майдлеви за відступленє клінічного материялу прилюдну подяку.

I. С л у ч а й.

Йосиф С. літ 20 з Мерклова в Чехах; оперований $\frac{19}{6}$ 1892. Рана загоїла ся без комплікацій а з початком серпня відійшов здоров домів.

II. С л у ч а й.

Христина П. літ 12, з Кжіжанова в Чехах, була у Відни оперована в 3, 4, і 9 році життя плястичним методом 4 рази. Операція методом Майдля відбулась $\frac{1}{5}$ 1893 з добрим наслідком, а $\frac{7}{7}$ 1893 відійшла недужа домів.

III. С л у ч а й.

Яков М. літ 7, син лікаря з Снятина в Галичині прийтий $\frac{29}{11}$ 1894 на клініку в Празі. Операція відбула ся правильно $\frac{2}{1}$ 1895, наркоза хлороформом. Зужито 70 гр. хлороформу. Операція тревала $\frac{7}{4}$ годин. Случай о стілько інтересний, що недужий почав в ночи фантазувати, був сильно роздражнений, delirium тревало цілу ніч а рано наступив нагло exitus letalis.

Скількість мочи в ночи видалена per mictionem rectalem виносила 60 cm³.

Секція вказала: легка гіперемія дишиці і озяз (trachea et bronchi), незначні олегочні (pleura) екхимози, права комора серця троха розширена. Очеревна правильна, місце зшитой лукви (flexura sigmoidea) не ушкоджене.

З браку вишших патольогічних змін, мусіло ся припустити яко causa mortis затроєнє хлороформом підчас довго треваючої наркози.

IV. С л у ч а й

заслугує на близше поясненє, при чім подаю і метод операції.

Божена Г. літ 22, донька зарібника з Тлустіц в Чехах. Отець жив, здоров, мати вмерла на туберкульозу. Три брати і дві сестри здорові, одна сестра вмерла в 7 році життя на meningitis.

В родині небуло ніяких подібних убутків міхура.

Мати недужої потерпіла підчас тяжи удар, так що дитина прийшла о місяць скорше на світ.

З причини міхурового убутку зістала недужа не принята до школи. В десятиім році порадили лікарі в дитинячім шпитали в Празі, ношенє мочевого зберегача, котрий недужа однакож не вживала.

Місячка наступила в 16 році, була завсїгди правильна, без болїв. В наслідок своєї недуги була немічна вилучена з людської суспільности. Житє їй так обридло, що перерізала собі горло. Зістала з сего вилічена і позістала лише близна на горішній стороні гортанки яко слід самоубійчого замаху. ^{22/}₁₁ 1894 р. принята недужа на хірургічну клініку.

Status praesens: немічна, малої стати, сильної будови костий здорово розвинених м'яснів і достаточо відживлена.

На верхній части гортани видно від одного sternocleidomastoideus-а до другого пробігаючу близну що порушаєсь при поlickаню; недужа заносить амоніякально розложеною мочію.

Зростівка не є сповна, диястаза виносить 5 см. Більші стульні (labia majora) не мають в горі ніякої перегороди (commissura) а продовжують ся в пахвинах (Leisten) в два розходячі ся (divergirend) волосєм порослі пруги (Streifen).

Commissura posterior правильна.

Скоботень (clitoris) роздвоєний, малі стульні рудіментарні, піхвове уїте (introitus vaginae) для малого пальця прохідне.

В долішнім mesogastrium находить ся покритий темночервоною слизоватою болоною гранулюючий нарїст, завбільшки малої помєранчв. Околця нароста обмежена близнами, пупця не видно. На долішній части нароста 4 cent. над піхвовим уїтеєм видно три отвори поставлені до себе в виду трикутника. З кожного отвору протїкає ясна, прозора моч. В наведені отвори, котрі очевидно представляють уїтея мочеводів, даєть ся впровадити сонда яких 20 cm. глибока.

При сїй процедурі можна сконстатувати, що з лївого боку находять ся два від себе роздїлені мочеводи. Аномалїя трох мочеводів місто двох, як в повнєшїм случаю, є досєть рїдка.

Операция виконана дия 20 го сїчня 1895 в хлороформо-етєровій наркозі в слїдуючий спосїб: вперед обрізано горішню близну наросту. Прорїз сягав аж до cavum peritonei, відтак вирїзано наоколо мочеводів з цілої стїни міхура еліпєу обїймаючу вєі три мочеводи. Прочу частину міхура враз з частією принадлежачою до очерєвної витято цілковито.

Потім випрепаровано повисшу еліпсу враз з мочеводами і задною очеревною.

Підчас сеї операції вложено в уїстя мочеводів три тонкі бужі щоби відзначували пробіг мочеводів і хоронили їх від можливого ушкодження. Відтак витягнуто з черевної ями коліно лукви і переріzano повздовжно з випуклого боку, а в сеї наріз лукви зістала імплантована вирізана з міхура на спосіб черевних швів (Darmnäthe), вперед слизиста болонь (mucosa), відтак мяснева (muscularis) і сироватна (serosa).

Зшита луква вложила ся до черевної ями, а поверхи злучено сироватними швами береги рани.

До зшитого місця лукви впроваджено шматок йодоформової газу. Рану на черевних поволоках не зашито. До відхідниці вложено грубий дрен.

Підчас операції показало ся, що родниця і яєчники правильні.

²¹/₁ Пробіг по операції: Теплоота 37·9°. Живчяк 84. В ночі відійшло 440 см³, а рано 250 см³ з калом помішаної мочи.

²²/₁ загальний стан знаменитий, мочи 720 см³.

²³/₁ сего дня відійшло 800 см³. мочи, т. 37 6°, зміна сповитя (перевязи), рана без реакції.

²⁴/₁ Т. 37·6, скількість мочи 1130 см³.

²⁵/₁ " 37·3, " " 930 "

²⁶/₁ " 37·5, " " 710 "

²⁷/₁ " 37·2, " " 960 "

²⁸/₁ " 37·8, " " 700 "

Сего дня витягнуто дрен з відхідниці, однакож недужа не могла еще повздержати мочи.

²⁹/₁ Т. 37·4, 420 см³ мочи, недужа може повздержати міч.

³⁰/₁ зміна опаски, рана гранулює добре. Недужа дістала місячку, моч держить 2—3 години. Т. рано 37·9°, пополудни 38·4°

²/₂ може повдержати моч 5 годин; на правій нозі сконстатовано phlebitis і thrombosis, нога спухла.

³/₂ Пухлина не поступає, нога повиває ся флянелюю.

⁵/₂ Т. 38·3. Недужа держить моч 6—7 год.

¹²/₂ мочила 7 разів на день, гранулючу рану тушує ся ляпісом.

¹⁶/₂ пухлина ноги зовсім щезла.

¹⁸/₂ Т. рано 38·8°, по обіді 39·4, вечером дрощ, біль голови і в крижах.

¹⁹/₂ Т. рано 38°, пополудни 40·1°, недужа держить моч 9 год.

²⁰/₂ Т. рано 39·2 по обіді 40°.

²¹/₂ Т. рано 39·2°, по обіді 39·7°; місячка устала.

$^{22}/_2$ Т. 37·9⁰ і вслідуючих днях правильна, аж до слідуючої менструації,

$^{21}/_3$, підчас котрої підступила до 38·9⁰.

Тим часом рана цілковито загоїла ся. Вислідок хемічно розібраної мочи оказав ся зовсім правильний. Недужа виздоровівши відійшла домів і вступила на службу. По році представила ся в повнім здоровлю на клініці. Моч виходить per mictionem rectalem що 6—8 годин. Місце рани покрите близною. Ніякого сліду подражнення нирок.

5. С л у ч а й.

Марія Д. літ 7, донька зарібника з Косманос в Чехах оперована $^{23}/_{11}$ 1895.

$^{24}/_{11}$ впливає моч per mictionem rectalem.

$^{1}/_{12}$ спостережено що оден шев в flex. sign. попустив, і стався причиною малої фістулки. Тампонада рани йодоформовою газю.

$^{19}/_{12}$ фістула гоїть ся гарно, не виділює нічого.

$^{23}/_1$ 1896 відійшла оперована здорова домів.

6. С л у ч а й.

Йосеф Р. літ 4, син зарібника в Бенешав в Чехах. $^{2}/_7$ відбула ся операція.

$^{12}/_7$ Т. 40·9⁰, на тілі недужого виступила висипка (scarlatina).

$^{15}/_7$ Т. рано 37·8⁰, вечер. 39⁰. Exanthem щезає.

$^{25}/_7$ правильна теплота; рана загоїла ся цілковито.

7. С л у ч а й.

Францішек М. літ 7, син зарібника з Клени в Чехах.

$^{29}/_{11}$ 1897 оперований secundum Maydl.

$^{25}/_1$ 1898 появила ся яко комплікація шкарлатина.

$^{28}/_1$ — $^{31}/_1$ status febrilis.

Хлопець виздоровів і відійшов з загоєною раною $^{2}/_3$ 1898.

8. С л у ч а й.

Йосиф Д. літ 14, син зарібника в Бродец в Чехах. $^{29}/_3$ 1898 оперований.

$^{10}/_4$ появилась шкарлатина.

$^{11}/_4$ щезає висипка, при кінци мая відійшов здоров домів.

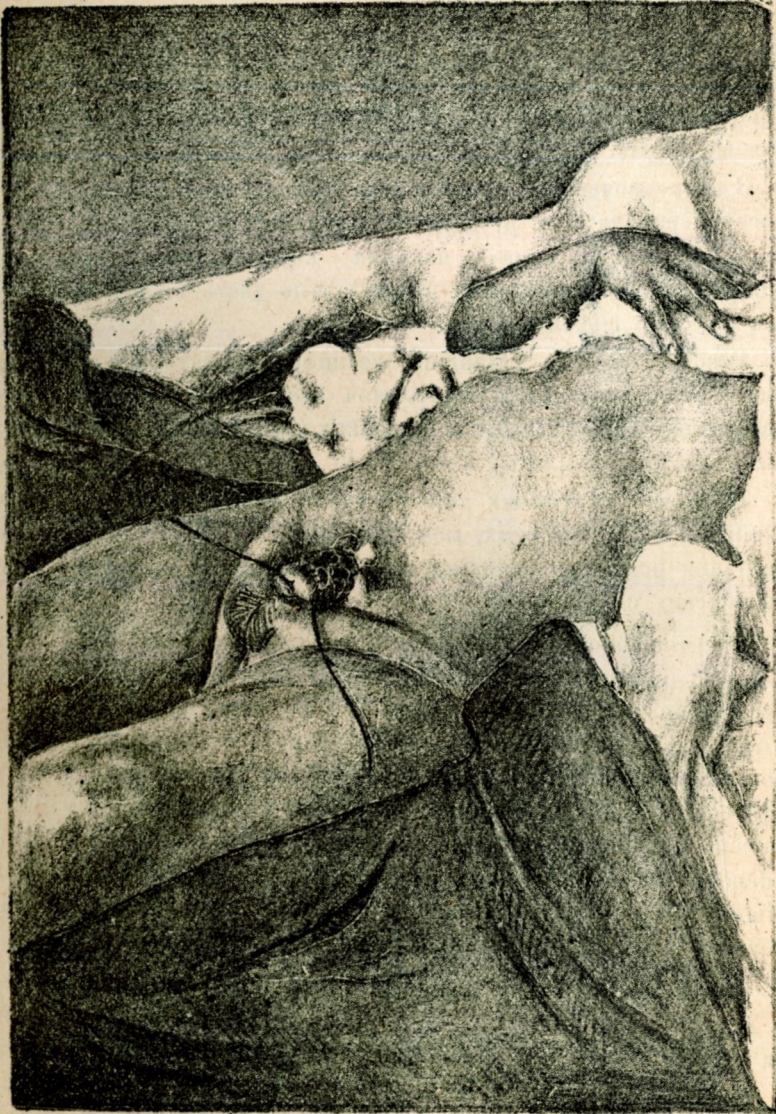
9. С л у ч а й.

Йосиф С. літ 7, син рільника з Олешна в Чехах, оперований $^{14}/_7$ 1898. При нормальнім гоєню рани вийшов $^{16}/_8$ 1898 здоров зі шпіталю.

10. С л у ч а й.

Заслугує через поліпшенє методу, а іменно позаочеревне (extraperitoneal) вложене імплантованої сліпси міхура до лукви на бльзшу увагу.

I.



Вацлав В. літ 4 $\frac{1}{2}$, син рілнька з Novyduum в Чехах. Анамнеза: родичі і родина дитини здорові, в другім році перебув недужий gastroenteritis.

Status praesens: хлопець на свій вік добре розвинений, правильної будови костей і м'яснів; внутрішні органи здорові. Понад симфізою, що не є сполучена, лежить нарість величини дитинячого п'ястука. Долішня частина сего наросту гранулює, верхня частина покрита шкірою і обмежена близною. Пуця не видно. Уйстя мочеводів знаходиться в долішній частині наросту; правий мочевід троха глибоше від лівого, (vide образок I, впроваджені тонкі бужі означають уйстя мочеводів,

З обох мочеводів витікає ясна прозора моч. Долішня частина наросту переходить в роздвоєний прут (epispadia completa). При кашлю надуває ся права пахвина, комплікація з правобічною прірвою (hernia). Припрутня (prostatata) не дасть ся намацати. Діагноза симфізи виносить 4 см.

Розбір мочи: по докладній дезинфекції ектопованого міхура розчином борового квасу винято моч стерилізованими, металевими катетерами і нащеплено її в пробівках (Eprouvetten). Крім сего зроблено досьвіди на плитах алькалічній і квасній.

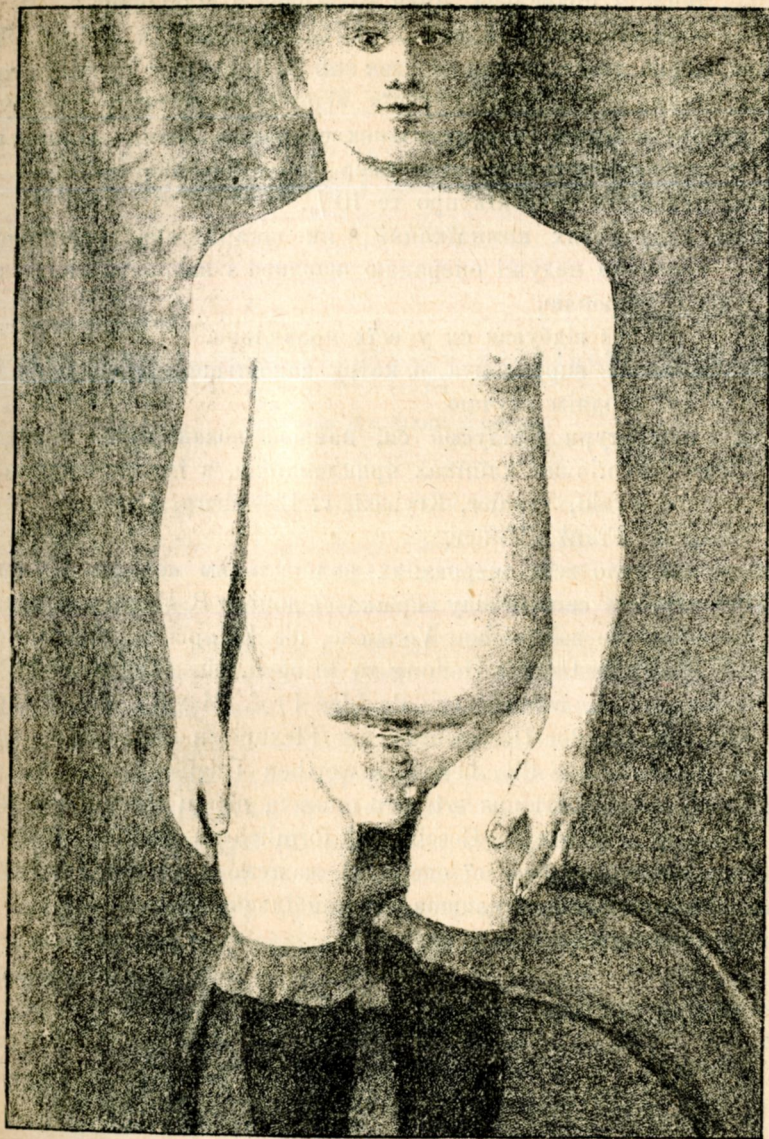
В пробігу слідуєчих днів не спостережено ніяких мікробів ні на плитах, ні в пробівках, моч була про те стерильна. Так само і хемічний розбір видав негативний результат. ²⁰/₁₁ 1898 виконано позаочеревну операцію в слідуєчий спосіб:

З ектопованого міхура витято позаочеревно еліпсу враз з уйстями мочеводів. Прочу частину міхура екстирповано, одначе очеревну з задної частини заховано. Аж на границі міхура перетято очеревну і витягнуто близько лежачу лукву, котру з випуклого боку перетято повздовж. Відтак імплантовано еліпсу з мочеводами до лукви в сей спосіб: платок очеревни, що творив задну частину верхньої половини міхура, пришито до сироватної болони спідньої частини витягнутої лукви. Еліпсу міхура вшито дворядними швами поверх горішньої частини лукви. Пришито ще шматок очеревни, що зістав захований з долішньої частини міхура.

В кінці обмережено лукву, а то в горі peritoneum parietale, а в долині peritoneum pelvicum, так що ціле вшите місце лежало поза очеревною і в сей спосіб забезпечено черевну яму від можливих наслідків операції, а іменно: поупущеню швів, що могло викликати за собою екстравазат мочи до черевної ями враз з інвазією інтестинальних бактерій.

Рану черевної поволоки стягнуто по можности швами, а до місця вшитого міхура в долішній частині рани, впроваджено шматок стерилізованого мулю. До відхідниці вложено грубий дрен.

II.



Першого дня по операції виносила скількись мочи літру, температура вечером 38.8° . По двох днях температура правильна.

²⁵/₁₁ появилась в правім боці легких bronchitis acuta.

²⁷/₁₁ спостережено в цілій правій часті запаленє легких, горячка 40°. Рана гоїть ся правильно, запаленє легких по острій кризі щезає. Тим часом появили ся болі в правім коліні, котрі скоро уступили.

¹⁰/₁₂ теплота правильна. Дрен витягнуєно з відхідниці.

²⁴/₁₂ держить недужий моч 5—6 год. З початком сїчня 1899 відійшов здоров домів, (гляди образок sub II, status post operationem).

Як бачимо з наведених случаїв, відбуло ся до тепер на хірургічній клініці в Празі 10 радикальних операцій лічення „Ectopia vesicae“. З тих виздоровіли 9, оден умер (intoxatio chloroform.).

Смертельність виносить про те 10%.

Мимо случайних комплікацій, як шкарлатина, pneumonia, phlebitis, перебули недужі операцію щасливо і находять ся до тепер в повнім здоровлю.

Mictio rectalis відбуває ся у всіх правильно.

Pyelonephritis suppurativa, о котру найбільше побоювали ся, не наступила ані в однім случаю.

Як з літератури довідуємо ся, найшов новий метод Майдля і на других хірургічних клініках приклонників, а іменно оперовали в сей спосіб: Ewald, Wölfler, Krynski, v. Eiselsberg, Herczel, Trombetta, Rosegotti, Frank, Tuffier.

В загалі було всіх оперованих радикальним методом 20 случаїв. Про вартість сего методу виражаєсь доцент R. Frank у Відни:*)

„Nachdem die zahlreichen Versuche, die Ektopia vesicae auf dem Wege der Blasenplastik zur Heilung zu bringen, ein nahezu vollständiges Fiasko erlitten, war die geniale Idee Prof. Maydl's, die Ectopie durch Einpflanzung der Ureteren in die Flexur zu behandeln, eine erlösende That für alle die bedauernswerthen Unglücklichen, welche dieses Uebel von Geburt aus ertragen müssen, nie zu einem Lebensgenusse gelangen und von der Gesellschaft förmlich ausgeschlossen sind“. Зваживши велике значінє сеї операції, можемо пожелати, щоби радикальний метод Майдля найшов як найбільше приклонників між поступовими лікарями.

*) Wiener Klinische Wochenschrift 1898 N 42. Officielles Protocoll der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Зі шпиталю Вільгельміни у Відни-Отакрінгу Дир. Д-р Тельг.

Інтересний случай новотвору передного середгрудя.

Подав Д-р Осип Дакура.

Недуги *mediastini anterioris* становлять лишень взглядно малий процент нині знаних і описаних недуг. Складають ся на се в першій лінії недуги *thymus*, желези дитячого віку, і то в формі надмірного розросту її [Nordmann¹) описав один случай де *thymus* була величини п'ястука], з наступовою *asthma thymicum*, відтак рідше в формі новотворів і гузів так добротливої як і злосливої природи, дальше цист, туберкульози, звичайного запаленя ткани сеї желези, геморагії, знидїня, сифілісу, ехінококів. Дальше занедужане лімфатичних желез середгрудя, желез придишкових, запалене самої ткани середгрудя, кровоток, рописне, та первісні або наступуючі новотвори. Казуїстика тих недуг нині вже численна; особливо маємо значне число случаїв наростів передного середгрудя докладно обсервованих і описаних.²) Природна річ, що число подаваних случаїв все ще збільшає ся. Послїдний случай довело ся мені читати в грудни минушого року.³)

Чим интересні є ті хвороби і на що кладуть автори головну вагу описуючи їх? Не ошибну ся, коли скажу, що всі ті клі-

¹) Nordmann: Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1889, цитов. за Hoffmann-ом.

²) Hoffmann: Erkrankungen des Mediastinum. Wien 1896.

³) Sokołowski: Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste Mediastinum. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1898. N. 48.

клініцисти мали на оці лише цілі діагностичні. І все ще, мимо численних оголошень в тім зачерку, мимо точних обсервацій клінічних і часто льогічних посмертних розвідів, лучають ся похібки навіть вправним і досьвідченим лікарям. Braun¹⁾ подає оден случай, де tumor довго удержувано за аневризму аорти і не оперовано, коли пізнійше показало ся, що се таки був звичайний добротливий новотвір. Woelfler²⁾ знова розказує, що одна недужа, у котрої рішено ся оперувати розпізнаний туз, померла зараз по операції в наслідок пукнення аневризмату луку аорти. Рівнож не рідко лучають ся заміна tumor-у передного середгрудя зі struma substernale. До того річ утрудняє ще ся обставина, що в тій недужі не подають ніяких помітничих вказівок ні вік, ні рід недужих, як воно звичайно буває приміром при новотворах жолудка і т. д.

Случай, котрий я мав нагоду обсервувати, дотичить одного недужого іменем Франц Зіберер, літ 22, з заводу мулар. Походить з родини здорової. Сам відколи памятає ніколи не хорував, все ся чув здоровим і сильним. Спосібностей до науки не мав, учив ся неохотно, за те працював фізично дуже радо. Успособлене заховав дрібку дитяче, впрочім був заєдно веселий, говіркий, але не сварливий. Одно ще, яко особливість розказувала меві єго мати, що він в дитячім віку, дуже слабо розвивав ся, пізно підняв ся на ноги, а говорити зачав десь доперва в 5 році житя. Скріпшав десь аж в 15—17 році. Але і вона не пригадує собі, щоби він перебув які слабости, навіть висипкові звичайні дитячому віку. В початках єго 22 року житя віддали єго до війська і він зголосив ся до служби військової в жовтні 1898 року. В війську лучило ся єму однак нещастє. При звичайних гімнастичних вправах упав він з висоти, як розказував, 2—3 метрів і то горілиць. Потовк собі при тім особливо лівий бік грудий і надвихнув ліве рамя. Притомности не стратив. При помочи товаришів підняв ся з землі і зайшов сам з другими жовнірами до касарні. В грудях чув лише якийсь рвучий біль і віддихати було єму тяжше. Мимо того робив дальше на другий день службу аж до вечера, коли то зачало єго сильнійше боліти в околиці серця, і він почав покашлювати. Лишили єго тимчасово в військовім шпиталі і військовий лікар мав у него розпізнати запалене легких. Так перележав він там 14 днів, а відтак, коли єму погіршало ся, дали єму відпустку з війська на цілий рік. Недужий вернув до матери, але вже дуже в підірванім здоровлю. Віддихав тяжко,

¹⁾ Braun: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1893.

²⁾ Woelfler: Chirurgische Behandlung des Kropfes II.

кашляв много, виплював слину закрашену кровю і жалився на докучливі болі в цілих грудях і в лівім рамени. Завізваний лікар поставив розпізнане pleuropneumonia, в наслідок чого прийшло до нагромадження ся exudat-y. Коли недужому в протягу цілого місяця дома не полішило ся, віддала єго родина до шпиталю. І так прибув він до шпиталю Вільгельміни, де єго прийнято 17 падолиста 1898.

На самім вступі зробив він на мене вражінє тяжко недужого. Не міг встояти о своїх силах. Віддих харчачий чути було вже від порога. На лиці і руках цілий синий. Питаний о причину недуги, подає рішучо сей упадок в війську і ураз при тім. Після оповіданя недужого: „єму ся щось вірвало в середині.“

По випочинку і покріпленю недужого виконаний бсмотр дав слідуючий результат:

Молодець кріпко збудований, середного росту, о підупавшім відживленю. На питанє відповідає з тяжкістю, прориваним голосом, покашлюючи і постогнуючи. В ліжку лежати не в стані. Підпертий подушками сидить в кучки, загорнувши під себе ноги і стереже ся покласти на знак, бо те грозить єму новим нападом кашлю і душення. Голова звішена наперед, бороду підпирає обома долонями. Погляд очий мутний, невиразний, пригадує погляд дїтий в нападї кашлю-коклюшу. Зріниця ліва здає ся бути ширшою, впрочім обі лише слабо реагують на сьвітло. Краска поволок скірних темно-синя, особливо на носі, більше на лівій половині лица, лівім рамени і обох долішних кінчинах. Так само сині губи, нігті, уши. Оглядаючи дальше грудну клітку, запримітив я зпереду густу сїть порозширюваних поверховних жил, знова в більшій мірі по лівім боці, в лівій пасі і на цілім лівім рамени. Впрочім так як лице, набренїле ліве рамя, більше в долішній єго части, а ще сильнїйше опухлі обі ноги. При близшій і точнїйшій інспекції обох половин грудної клітки переконав ся я, що ліва її половина при віддиханю менше порушала ся від правої, дальше, що межиребра по лівім боці були вигладжені і не западали ся навіть при глибокій респірації. Крім того ліва половина більше випукла, вистає наперед і то головно коло містка, котрий лівим боком здає ся бути піднятий, випханий чимсь наперед. В ривчику над рукоятю містка і по обох боках шиї видно пульсованє жил. Груді оглядані з боків і з заду не представляють виднїйших змін, з виїмкою лівої пахи, де знова представляють ся повнїйшими, як з правого боку. При пальпації ударяє холод скіри так на лиці, носі, як на кінчинах долішних. Ліва рука зимнїйша, як права. При дотику на галузи нервів лица і взагалї голови, недужий не жалує ся на біль, але чуткий на дотик. Желези

вичувальні по обох боках карку, без виразної різниці в величині. То само дотичить пахових желез, над- і підключицевих, раменних і в пахвинах. Желези були твердої консистенції, хоть не в тім степени, як при новотворах звичайно буває. Видиму пульзацію жил можна було дуже добре вичути, особливо в заглубленю над *papillium sterni*. Дотик на нерви межиреброві так з переду як з заду, все однак більше по лівім боці, викликавав у недужого біль. Рівнож болючі були м'ясні лівої половини грудий і лівого рамени, як взагалі гіперестезія шкіри по тім самім боці.

Перкусія: З переду по правім боці випук явний так понад ключицею, як і під нею; долішня границя легких правильна, рухома. Лишень в тій частині легких, що лежала при містку був випук приглушений на яких два пальці на правий бік за місток і то від другого аж до пятого ребра. Випук сей посуваючи ся дальше до лівої половини грудної клітки приглушував ся, аж став на містку цілком глухий і займав собою цілу околицю серця, переходив на ліву паху і тягнув ся також дальше з заду на цілий лівий бік грудної клітки. Границю того абсолютного приглушення випукowego відгону становила з переду від гори ліва ключиця аж до свого причепу до містка, відтак горішний край місткової кости. Дальша гранична лінія вела трохи скісно переходячи на правий бік грудий і тягла ся на віддаль двох пальців від містка аж до горішного берега шестого правого ребра. Звідси сходила ся з приглушенням походячим від печінки, відтак переходила назад на лівий бік грудної клітки, зливалася з долішною лінією приглушення селезінки. З заду сягало приглушення глухе з гори аж до вершка лівого легкого і було обмежене з боку і з долини хребетним стовпом і дванадцятим ребром. Ані горішня ані долішня границя лівого легкого не була рухома, здавало ся легке було вмуроване неподвижно в якусь сталу масу. Додати належить, що випук в самім лівім вершку з переду був легко приглушений з тимпанічним позвуком. За те з заду приглушення в вершку було виразнійше. По правій половині грудної клітки був випукотий відгомон так в пасі як і з заду на цілій просторони з гори до долини явний. Границя легкого правого так горішна як і долішня рухома. *Fremitus pectoralis* на здорових частинах легких правильний. Понад містком, дальше на ліво понад серцем аж до долини в пасі і з заду в долішній партії лівого легкого знесений цілковито. За те почавши від третього ребра з переду в гору, а з заду в гору від *crista scapulae* був він значно скріплений.

Прислух: В верхку правого легкого віддих острій, о типі віддиху віку доростаючого, тож само понизше правої ключиці, однак правильнів він віддаляючись від правої парастернальної лінії до пахи. З заду віддих правильний з дрібною bronchitis в долішних партиях правого легкого. По лівім боці: в лівім верхку віддих бронхіальний з дрібонькими позвінками rhonch-ами, так характеристичними в круповім запаленю легких. Під ключицею були rhonch-і численніші, грубші. Десь від третього, четвертого ребра гинули вони і вже на цілій просторони аж до самої долини і в пасі не було нічо а нічо чути, ні віддиху навіть. Подібний образ з заду. В верхку виразний дишковий віддих покритий густими rhonch-ами аж понизше crista scapulae. Відтак всюди аж по дїл глухо і тихо.

Що до серця то неможливо було ані випуком означити его границь з нїдного боку, не було видно ані кінцевого удареня серця, ані не було чути тонів серця з виїмком глухого якогось шуму над містком і в другім правім межиребрю. Але не мож було в тім шумі розрізнити ні корчевого ні розкорчевого тону. Серце здає ся бути десь далеко відопхане від передної стїни грудної клітки і то десь в глуб, віддїлене якоюсь масою від самої грудної стїни. Живчик ледви вичувальний на радияльній артерії, дуже слабій, неправильній, приспішений, бє на мінуту 110 разів. Обі радияльні артерії вузкі, пульс правої видить ся бути кріпший но в скількості ударень на мінуту ріжницї нема. На нігтях рук пульзації не видно.

Живіт мірно висклеплений, не вздутий, без ascites. На дотик болючий в околици долішного берегу печінки, кутниці і на цілім перебігу грубої кишки. Печінка вичувальна так в правій сутковій лівії, як також її лівий плат. Край її мягкий, заокруглений, болючий. Випуком сягає він півтора пальця поїд ребровий лук. Рівнож мож добре вичути від долини селезїяку, що також вистає з під лівого ребрового луку. Ані її горішної границї ані передної не мож випуком означити. Над лонївкою випук приголушений. Недужий з тяжкостю віддає моч. Обі ноги опухлі, особливо коло кісток, цявотичні, змвні.

Столець запертий по кількодневнім розвільненю дома. Моч відпроваджена катетером темнобрунатна, мутна, з густим осадом, типова для застоїнової нирки. Містить у собі $1\frac{1}{2}\%$ білка. Під мікроскопом виказує кромі кристалів звичайних мочанів, фосфоранів, значну скількість ропних тілець, трохи червоних тілець і наболовий з мочевих доріг, цилїндрів нема.

Недужий часто кашляє і віддає плювини о солодкавій вони, досить густі, тяглі, липкі, краски жовтавої, з нитками крови. На-

ставлені на туберкулічні прутні дають результат негативний. За те видно під мікроскопом безліч бактерій, streptococc-ів і всяких можливих прутнів, дальше характеристичні тілця еозинофільні, тілця червоні; наболоний з дишок і устної ямини, жадних роспадових частин ткани легких не видно. Кров взята свіжо взагалі не представляє нічо патологічного, трохи блідша і виказує більше число білих тілець. Препарат крові сушений і закрашений мішаниною Ерліха виказує левкоцитозу і значну скількість еозинофільних тілець.

Впрочім представляє собою недужий загальний образ страції. Но окружене обоятний, дихає тяжко, прискорено 40—45 разів на мінуту нерівномірно, то глибоше, то знова плитко з перервами гейби типом Дженстокса. Від часу до часу дістає напад гикавки. Охоти ні до їди ні до питя не має. Коли не, то присилований і то поволи, но незахлистуючи ся і невертаючи корму устами. Нема одже появив дисфагії. За те численні а виразні симптоми утиску на легки, дишки, двшицю, серце, кровносні судини заключені в грудній клітці особливо жили апонум-и, жили шийні і їх поверховні розгалуженя, жили пахові лівобічні, дальше уявляють на складові кости містка, нерви phrenicus і в части vagus, в формі dyspnoe треваючої заєдно без перерви, жильних застоїв, haemoptoe, anasarca, утяжливого віддиханя, також неописаного ляку і боязни перед удушенем, болю в цілім правім боці, гикавки, дальше болю і завороту голови і якби якоїсь спячки. Температура мірена перший раз виказує 36·8° С. Вечером того самого дня досягала телота 37·4° С.

Ходило тепер рішити з якою недугою має ся до діла? Зараз з початку виключив я недуги thymus, struma substernale, аневризм і по певнім ваганю pericarditis exudativa. Остались мені pleuritis exudativa sinistra по перебутії pleuropneumoni-ї і tumor mediastini anterioris. За pleuritis exudativa промовляла передовсім анамнеза (попереду цілковитий стан здоровля, причина trauma), відтак богато моментів з фізикального осмотру недужого. Остаточно лишило ся на разі розпізнане недуги в завішеню. Заординовано digitalis з діуритином в порошок (pro dosi: 0·1 digit. purpur. і 0·5 diuretini), подавано від часу до часу відвар чорної кави з коняком і т. д. Ніч пробув недужий яко тако. Спав однако не много і то на пів сидячи. Був однако спокійніший і кашель не мучив его так, як перше.

На другий день 18. падолнста, осмотрив его докладно наш директор Тель і рішив ся за розпізнанем новотвору передного середгрудня. З полудня того самого дня видобув дижурний лікар спи-

таля звичайним апаратом аспіраційним більше ніж пів літри плин уховатого, кровавого, наколовши клітку грудну з заду між 10 а 11 ребром лівого боку. В течі найшов кромі дуже численних червоних тілець також ропні тілця, що правда в малій кількості. Недужому полекшало по пункції, трохи лекше дихав, а навіть міг ся уложити в ліжку на лівий бік без кашлю. Як сконстатував сей лікар, то і випук з заду трохи виявнів і навіть здавало ся ему чути ослаблений віддих. На підставі того станула диягноза pleuritis exudativa. Хорий мав ся взглядно не зле і через ніч, спав більше і пив вже децо раднійше. Мочи віддав висше двох літрів через тую добу і ноги здавались децо припласати. Десятнадцятого падолиста стан хорого був без зміни. Горячки не мав (37,2° С.). Наш шеф мимо такого доказу промавляючого за запаленєм олегочної, не конче годив ся на те розпізнанє. В одній з дискусий в медичнім товаристві берлінськїм виголосив був Сенатор¹⁾ твердження, що при рішеню, чи маємо до діла з pleuritis exudativa чи з tumor-ом середгрудя, все децидууючо є пункція. Видобута теч, то певне розпізнанє запаленя олегочної. Кромі него є ще много других авторів тої самої думки. Но мимо того обставав д-р Тельє за диягнозою новотвору середгрудя, а щоби ще більше в тім взгляді упевнити ся зробив я пробну пункцію шпричкою Праваца з переду в кількох місцях, де було цілковите, глухе приглушенє і не видобув ані каплі ніякого плин у. При впиханю голки мав я чуते, що входжу в якусь масу о твердій досить конзистенції. Так остаточно поставлено рішучо розпізнанє: tumor mediastini anterioris.

Дивним видавав ся лише початок новотвору по уразї, відтак так скорий розвиток tumor-у з так тяжкими підметовими появами. Hoffmann,²⁾ а з ним і иньші клініцисти приймають прогнозу некористну, з причини, що в найбільшій часті ті новотвори не є до оперованя, але подає дуже в сумнів гипотезу, будьто би ті tumor-и розвивались по trauma і остаточно є він гадки, що такі новотвори по сprovedжують так скоро смерти.

В нашім случаю недужай по короткім поліпшеню запав в стан попередний. Не помагали у него вже ані cardiac-а ані diuretic-а. Він взагалї відтак нічо не міг приймати. Майже весь вертав, терпів на гикавку, слиноток. Віддих що раз тяжший, напади душности не уставали, пухлина змагала ся, синиця також. Мочи віддавав він дуже мало. Став неспокійний, нераз видавав з себе крики боязни

¹⁾ Sokołowski: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1898, N. 48, S. 766.

²⁾ Hoffmann: loco citato.

особливо в ночі. Дні і ночі проводив сидячи і то звівши ноги поза беріг ліжка і підпертий долонями. Притомність ставала з кожним днем слабшою і він вимучивши ся у нас цілий тиждень помер 24. листопада 1898.

Секція виконана день пізніше через д-ра Шлятенгавфера виказала, що слідує:

Померший: мущина середного росту, сильно збудований. Шия коротка, набряскла. Ліве рамя опухле в високім степені, праве рамя правильне. При огляданю грудної клітки видно в околици *manubrium sterni* і причепу другого і третього лівого ребра, легке кулисте випукленє грудної стїни по обох боках. Обі долїшні кінчини виказують сильне опухненє.

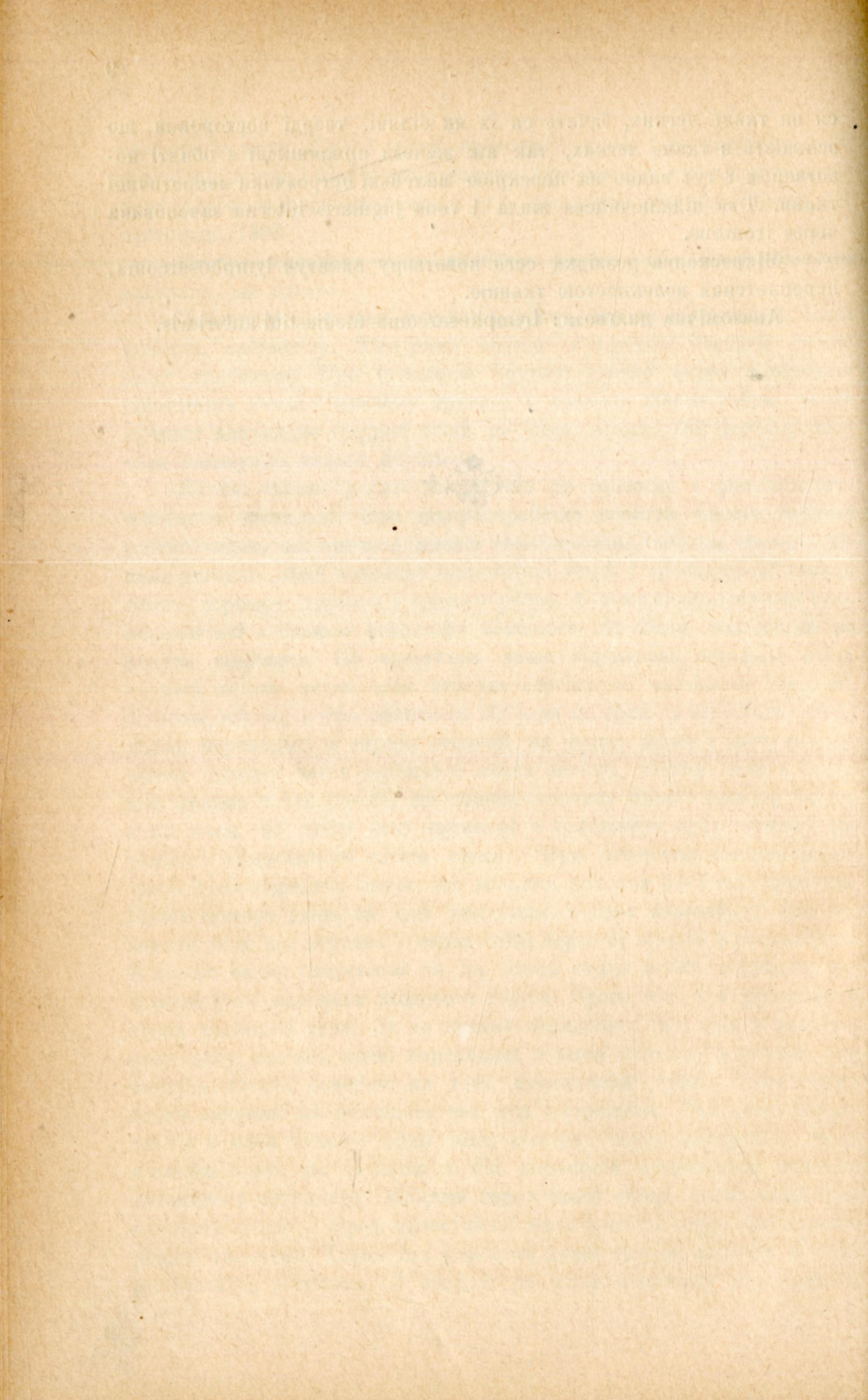
Шийні органи устної ямини аж до пролвуку і *glandula thyreoidea* є правильні. При відпрепарованю верстви мяснів грудної клітки видно, що причепи мяснів інфільтровані твердою масою. То само дотичить лівої половини *manubrium sterni* і хрясткатої насади лівого першого, другого і третього ребра. Є вони тісно получені і попереплїтані з тканию новотвору лежачого під ними, так що ся не дадуть відділити. По частиннім лише віддаленю передної стїни грудної клітки видно ціле передне середгрудє виповнене твердою, білявою масою, котра зачинаєсь від гори на краю *manubrium sterni*, відтак переходить в мірнім степені на праве легке і заступає горішню передну часть горішнього платя легких, відтак оточує серце мов панцир в сей спосіб, що лишень частина правої комори вистає з тої маси, по лівім боці витискає і інфільтрує одну частину горішнього і долїшнього платя легких. При отвореню комірок серця треба було перетяти *tumor*, що місцями доходив 7—9 см. грубости. Права комора дасть ся єще вилуцтити з маси новотвору, при чім бачити мож що передна і задна стїна серця зросла ся з *pericardium*. В серцю видно посуваючи ся до кінця серця многі, віддільно положені тузи, величини ліскового горіха. Крім того є в *pericardium* трохи воднистої течі. За те правий передсїнок так вріє в новотвору масу, що єго мясні переходять в маси *tumor*-у, а *arteriae pulmonales* стоять отвором як тугі, неподатливі рури. Стїни судин однак заховані як вимощене тих рур з середини. Так само вмуровані є в маси *tumor*-у ціла ліва комора і лівий передсїнок серця а також аорта аж до *isthmus*. На перекрою представляє новотвір волокнисту структуру, місцями видно зіючі отвори себ-то кінці крововосних судин і серед одностайної маси розсіяні округлаві нарости різної величини. Ткань тих наростий дуже тверда, впрочім нї оден не дасть ся відділити. В місцях, де маси новотвору перекидають

ся на ткань легких, бачить ся їх як біляві, тверді посторонки, що всякають в ткань легких, так аж желези придишкові є обняті новотвором і тут видно на перекрою маленькі островчики некротичної ткани. Ліва підключицева жила і *vena jugularis interna* зачопована через *trombus*.

Мікроскопна розвідка сего новотвору виказує *lymphosarcoma*, переплетений волокнистою тканию.

Анатомічна діагноза: *Lymphosarcoma mediastini anterioris*.





З положничої казуістики.

Подав Др. М. Долинський,

б. асист. гіг. пол. клін. проф. Йордана в Кракові.

I.

Порід при дворожній родниці (*uterus bicornis*).

Т. Р. літ 43, замужна, родила 6 разів а з того 3 рази правильно, два рази виконано якісь операції, котрих ближше означити не умів, а останній раз т. є. в серпні 1896 з нагоди занедбаного поперечного положення виконано оборот плоду.

В часі послідної беременности була здорова, долягали їй лише появи тиску в наслідок збільшеної кількості плодових вод. Болі до породу мали розпочати ся 16 годин перед зголошенем положниці на клініку с. є 19 жовтня 1898 о 12 в південь, а в 10 годин потім відплили води.

Недужу привезли 20 жовтня о 4 годині рано на клініку а дослід на місци виказав ось що: будова і відживлене добре, температура 36.7, живчик 68, досить сильний нежит озявок (*bronchitis*). Черево сильно випукле мірить в обводі, хотяй води вже відплили, 105 см. Форма родниці незвичайна, а іменно в дні родниці при мацаню можна дослідити заглиблене, котре ділить дно родниці на дві часті, праву і ліву; права є майже два рази більша від лівої і в ній можна вичути часті плоду. Скорчовий перетень (*Bandl'a*) дає ся вислідити в високости пуця і перебігає на скіє від лівого боку і гори на право і в діл. Уложене плоду: поперечне спинне, перше, занедбане; праве рамя сильно втиснене в тісноту лохани. Жив-

чка плоду не чути, а родниця сильно докола него обтиснена. Уста родниці цілком розперті.

Лохань велика: Dist. spin. 28, dist. crist. 30·5, dist. troch. 33, conj. exter. 22, conj. diag. не дасть ся вислідити, по обводі 98 cm.

Розпізнано: грозяче перерване родниці при поперечнім уложеню плода занедбанім і помершім.

Сейчас родячу розв'язано — а з огляду на те, що до шиї плоду було неможливо дістати ся, проте зроблено *embryulcio*, почім по спровадженю обох ніжок видобуто плід на верх.

Зараз по витягненю плоду змінила ся форма родниці остільки, що тепер оба роги її були майже однакової величини, а долинку між ними, котра тепер стала дуже виразна, можна було вислідити так само дотиком як і через осмотроване, а то задля мягких черевних поволок. Розпізнане дворожної родниці (*uterus bicornis*) було тепер зовсім певне, а потвердив єго також і дослід рукою, котру вложено для переконаня ся чи нема перерваня і в цілі видобутя місця. При внутрішнім досліді можна було переконатися, що в тім місци де з верха був ровок, в середині знаходив ся гребінь, котрий розділював від себе оба роги родниці цілком докладно — при тім переконано ся, що по лівім боці місця цілком не було, а містило ся воно виключно в правім розі. Відчіплене місця не було легке тим більше, що з розширеного рога можна було дістати ся пальцем до ямки, котра відповідала розширеній трубці і з тої ямки не мож було ніяким способом видобути місця, так що якийсь малий кусник тогож мусів там лишити ся.

В часі пологу вдарило передовсім не однаке звиване ся рогів а іменно правий ріг, в котрім лежало місце в перших днях звивав ся дуже добре і скорше від лівого, котрий в наслідок того, що містив в собі плід, був механічно дуже сильно розтягнений і міг ся тільки поволи корчити. По кілька перших днях роги поміняли ся до тої степені, що в десятім дни лівий ріг був вже два рази менший від правого, а було то в наслідок лишившого ся в нім кусника місця і розвинувшого ся тамже поліпа. І дійсно коли чотирнайцятого дня виступив кровоток і коли в наслідок того, по сконстатованю причини, усунено з правого рога того поліпа оперативною дорогою (*excochleatio*), поліг перебігав вже цілком правильно, так що недужа в сім днів по операції опустила здорова клініку.

Переставляю сей случай не для єго рідкості, бо породи дворожної родниці не є так дуже рідкі, але для того, що уважаю декотрі подробиці за дуже інтересні.

II.

Два случаї проволочного поронення в близнячій беременності, затриманє місця (abortus gemellinus protractus, retentio placentae).

Оба случаї, котрі хочу представити є дуже інтересні по причині незвичайного перебігу, котрі не одного практичного лікаря могли би ввести в великий клопіт. Найпростійше і найвідповіднійше буде, коли приступлю відразу до наведеня обох історій недуг, бо з них представляє ся ціла справа найяснійше.

Недужа К. Д. 32 літ, жінка зовсім здорова, котра родила раз цілком правильно перед 3 роками, подає ось що: послідний правильний період мала в вересні 1897; около 15 жовтня 1897, як каже, виступив у неї без поводу досить сильний кровоток з родних частий в полученю зі сильними болями в крижах, при чім мала відходити і в кусні зціпла кров. По тім чула ся зовсім здорова, а тягітність їй цілком не докучала. В ночі з 26 на 27 цвітня 1898 мала з мужем досить сильний coitus а в наслідок того учула коло години 7-ої рано при віддаваню стільця що з неї щось видобуває ся, а коли ся ближше приглянула, побачила що зі соромної шпари вистирчають ніжки плоду. Як каже положила ся зараз до ліжка і в пів години по тім уродила ся дитина 25 см довга, котра по кілька слабих віддихах перестала жити (плід той перенесено враз з недужою на клініку). Зазначити треба, що в часі того всього недужа не дізнавала ані сильних породових болів, ані не було ніякого кровотоку. Але з огляду на те, що місце до дванадцятої години в полудне не відходило, присутна повитуха відправила її на клініку, тим безпечнійше, що віддаленє до тої не було далеке, а родяча не кровавила.

В клініці знайшлисьмо ось що: соромна шпара немного кровію занехарена, так само внутрішний бік удів, з піхви висить на верх пуповина довга на яких 30 см, родниця побільшена як в 5-ім місяці тяжі, від часу до часу корчить ся, впрочім опорів ніяких. На вні: слезиста болона піхви сильно розпульхнена, шийка родниці мягонька перепускає 3 пальці, котрими можна дістати ся до ями родниці, де чує ся плодовий міхур ненапнятий, а в нім дуже виразно другий, живий плід; а що з першої хвилі думано і сподівано ся найти в родниці задержавше ся містце, тому потягано досить сильно за пуповину а в наслідок того вона відорвала ся високо.

З огляду на цілком добрий стан недужої і що на клініці є кожної хвилі забезпечена лікарська поміч, а дальше на можливість

удержання тяжі переполокано лишень дуже осторожно піхву і не роблено нічого більше, лишаючи справу саму собі.

До 1/V 1897 недужа не горячковала ані не кровавила, живчик плоду виразний, а дослід виконаний на вні 20 мая виказав, що шийка родниці порепускала лишень оден палець, а внутрішні уста були зовсім затягнені, так що здавало ся дуже правдоподібним, що тяжа справді буде в силі удержати ся дальше.

Тим часом в ночі о 2-ій годині дня 2 мая без ніяких попереджачючих появів уродив ся другий плід жіночого пола 23 см довгий. Порід той попередило лише кілька і то дуже слабеньких болів; місце не відходило, кровавленя знов ніякого не було, а коли в 8 годин по породі досліджено місце, причіплене від переду і по правім боці, а недужа, не вважаючи на те що воно задержало ся, не горячковала і не кровавила, рішено лишити річ дальшому природному перебігу.

В 48 години по тім, дня 4 мая, відпала засхла пуповина; недужа весь час мала ся дуже добре ані раз по над 37·6. Живчик між 96—104, а стан такий трівав до 7/V 1897. В тім часі в полудне виступив малий кровоток, а коли подано їй *chinini muriatici* 0·50 в цілі викликания болів і приєпішеня видаленя місця, дістала недужа о 1 г. 30 м. дрощів, причім виступили досить сильні болі а температура підєкочила на 39·2! а коли о 3 годині по обіді кровоток побільшив ся і відходили зціплені кусні, приступлено до дослїду, і переконавши ся, що місце знаходило ся зараз за внутрішнім уїстєм, котре свобідно 2 пальці перепускало і було в більшій части відчіплене; видобуто єго сейчас, будьто пальцями, будьто при помочи інструментів, причім переконано ся, що декотрі кусники місця не много але виразно воняли. По видобутю місця кровоток притих, а що родниця добре ся скорчила заложено до неї по переполоканю лише малий сетон з йодоформової гази; того самого дня ще вечером о годині 4-ій повторили ся дрощі а температура спала на 39·0, живчик в тім часі був між 100—112.

S/V температура 36·0, живчик 88, недужа чує ся цілком добре, сетон винято.

Дня 10/V недужа опустила клініку на власне жаданє, на що ся згоджено, бо не горячковала, а родниця досягала лиш на 3 пальці понад лонівку, відходи були правильні; такі самі відношеня і в *parametrium*.

Другий случай мав слїдуючий перебіг: 17 червня 1898 зголосила ся на клініку К. Н., 32 літ. особа, котра родила раз перед 6 літами, порід і поліг правильний. Послїдний період з початком лю-

того 1898, а недужа зачала себе уважати за вагітну аж тоді, як періоду не мала вже 2 місяці. Не вважаючи на свій стан, мусіла по своїм заводі дуже тяжко працювати і в тім бачить повід теперішнього пороненя. Status praesens в хвилі прийнятя ось який:

Жінка мірно збудована і відживлена, теплота 36°6', живчик 92, моч без білка; сеучки середно розвинені, на утиск видають з себе клий.

Череву майже не випукле, середна лінія слабо зазначена, шкіра на череві правильна; череву в обемі має 66 см. Родниця овальна в напрямі середнім, доста тверда сягає дном на 2½ пальця понад пупець.

Поверхній дослід виказує: засинена соромка, вхід до піхви середно широкий, піхва правильно довга і широка, слезиста болоня взпульхнена, добре до стіни похви причіплена, має де куди гузики. Піхвова часть родниці заникла, вишні уста розверті на корону а в нїм чути дрібні части плоду, міхур плодовий пукнений.

З огляду що недужа має ся добре, кровавлення не має, проте терапія експектативна.

17/VI о год. 11 м. 45 уродив ся оден плід жіночого пола довгий на 16 см, а що ані сильнійшого кровавлення ані значнійших болів не було, і недужа мала ся цілком добре т. 36·8 ж. 88 уважано за відповідне лишити дальший перебіг силам природи.

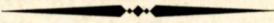
18/VI через цілий день родяча мала ся зовсім добре т. 37·4 ж. 86.

19/VI о годині 12 м. 30 в полудне досить сильні болі, мірне кровавленє а о г. 1 м. 45 уродив ся другий плід так само жіночого пола 17 см довгий, по породі досить сильне кровавленє, котре уступило по натертю родниці і застосованю ледових окладів.

До години 6 вечір стан матери зовсім добрий, хоч місце не відходило, о 6-ій болі, кровавленє сильне а внутрішній дослід виказав, що місце по частині відчіплене є в розширеній шийці родниці. Сейчас приступлено до ручного видобутя его, а коли то в цілості не удадо ся, докінчено за помочию інструментів. Замітити треба, що декотрі куеники місця були на зелено закрашені і воняли. Дальший перебіг недуги був цілком правильний і безгорячковий.

Обі історії недуг доказують що в декотрих случаях, а іменно там де родниця відзначає ся вельми повольним корченєм і дуже мало склонна до кровавлення, лікар може безкарно і без ніякої шкоди для недужої довго з якою будь терапією вичікувати, а навіть як в першім случаю повинен се зробити, бо не є зовсім річею неможливою, що при близняках по пороненю одного плоду другий може бути доношений. Очевидно, що треба бути дуже осторожним

і на таку вижидуючу терапію можна собі дозволити тільки там, де є потрібні до того умови, бо хоть раз і другий не виказує родниці схлонности до кровавлення, то прецінь кровоток може кождої хвилі появи́ти ся, а в такім случаю муємо енергічно цілу справу вести до кінця, бо в противнім разі така недужа могла би погибнути з причини утрати крови. Одна річ промавляла би по моїй думці проти вичікування а іменно те, що в обох случаях декотрі кусники місяця починали ся розкладати — але не забуваймо, що так в однім як і в другім случаю поронене поступало наперед, а части місяця, котрі відчіплювали ся не були добре відживлені — що знов на случай удержання тяжі булови конечно, бо добре відживлене місце є *conditio sine qua non* для розвитку плоду.



Справозданя.

Koranyi: Physiologische und klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten.¹ Zeitschrift für klinische Medicin B. 33. p. 1.

Той сам: Zeitschrift für klinische Medicin B. 34. p. 1.

В двох частях роботи подає автор висліди своєї праці над осмотичним тиском в крові і мочі. Перша часть, теоритична, викладає значіне осмотичного тиску і методи мірення его. Автор головно опирає ся на працях Гамбургера і Лімбака, якби не добавав праць Pfeffer'a, van't-Hoff-a і иньших, котрі були творцями цілої теорії. Із методів означеня автор вибирає метод кріоскопічний (заморожуваня) і відай знов ігнорує иньші методи бо каже, що в крові не можна означити осмотичного тиску, бо до того треба дуже много материялу. Теоритичні уваги автора не дають майже нічого нового. Осмотичним тиском пояснює автор резорпцію, циркуляцію і т. д.

В другій части, названій клінічній, стосує автор свою теорию до недуг серцевих, ниркових, анемії і горячки. Взаїмні відносини осмотичного тиску в крові і мочі позваляють означити силу фільтрації через нирки. Відношенє скількості до степеня обниження температури заморожуваня $\left(\frac{\text{Na Cl.}}{\Delta} \right)$ (у нормального 1.7) може збільшувати ся коли у мочі є много грубо молекулярних тіл, зменшує ся коли в мочі много дрібномолекулярних тіл. (По думці референта можуть бути ріжні причини і $\frac{\text{Na Cl.}}{\Delta}$ зовсім ще не показує який

процес відбуває ся в організмі. $\frac{\text{Na Cl.}}{\Delta}$ може бути більше 1.7 коли є 1) много соли 2) мало молекулів в мочи. Кождий з тих случаїв може давати правильне число 1.7, хоч в організмі процес виразно патологічний). Автор опирає ся на працях своїх учеників і дає дуже цінний материял, але єго виводи не все переконуючі. М.

Bouchand: Essai de la cryoscopie de urines. Comptes Rendus T. 129. Janvier 1899 p. 64.

Французький учений на кількох сторонах поставив дуже ясно питанє і відповів виразно. Він означив в мочи обнижене точки заморозування і крім того означив скількість хльораку соду (кухонної соли Na Cl). Відтак означив окремо кілько понижає температуру замерзання найдена скількість соли. З тих двох чисел можна означити, кілько находить ся молекулів в мочи крім соли. Коли їх много, тоді автор називає моч правильною, бо дезасиміляція допrowаджена до кінця, до дрібних молекулів. Коли в мочи мало молекулів, але зате великих, (вони мало обнижують точку заморозування) тоді моч патологічна, дезасиміляція не докінчена, не допrowаджена до дрібних частин. Опираючись на своїх досьвідах автор показує, що при запаленю нирок фільтрація не є ослабнена, що затроне організму не викликує ся затриманем продуктів дезасиміляції в крові, бо моч в нефриті має власне великі недезасимільовані частини. Автор заключає, що запалене нирок викликує в організмі недокладну дезасиміляцію. М.

Voit: Über den Wert der Albumosen und Peptone für die Ernährung. München. med. Wochenschrift 1899 Nr. 6. pag. 142.

Автор в формі відчиту здає справозданє з своїх і чужих досьвідів над поживністю альбумоз і пептонів, або в загалі продуктів перевареня білка. Він згоджує ся з поглядами Наймаєстера, що ані пептони ані альбумози не є потрібні. Сирий непереварений білок абсорбує ся дуже легко в кишках, коли навіть не дійствує жолудковий і панкреатичний сок. Звичайний білок є десять раз дешевший від Somatos-я і пептонів Kemmerich'a. Пептони і альбумози дуже живо переїдають ся, а деколи і смак їх взагалі лихий. Крім того викликають такі препарати завєігди бігунку і дразнять кишкк. Коли треба подавати білок в сконцентрованій формі, тоді

навіть краще кормити eukain-ою (NH_3 Casein) або Nutros-ою (Na Casein) місто альбумозами і пептонами. М.

Müller: Zur Trennung der Albumosen von den Peptonen. Zeitschrift für physiologische Chemie B. 26. H. 1—2 p. 48.

Щоби відлучити альбумози від пептонів додає автор до розчину альбумоз таку саму скількість по обемі 30%-го хлораку железа (Fe Cl_3) і стільки водяну соду (NaOH) аби розчин реагував слабо kwasно. До фільтрату від осаду додає ся 1 — 3 gr. вугляну цинку (Zn CO_3) в субстанції і змішує ся. Процід від вугляну цинку не має альбумоз лишень пептони. Автор думає, що спосіб єго лїпший від способу Kühne висоленя сїрчанним алькоголем бо дозволяє робити біуретову реакцію, реакцію з фосфоро-вольфрамовим kwasом і т. д. Сей спосіб пробував автор на пептонах Witte, на гниючїм serum і на мочи усе з добрим результатом. М.

Constantin Saint-Hilaire: Ueber einige mikrochemische Reactionen. Zeitschrift für physiologische Chemie. B. 26. p. 102.

Оспираючись на звіснїм методї Вульф-Крітера можна осаджувати мочевий kwas не лише в мочи але і в органах і конкрементах. В інфарктах нирок можна kwasним сїрчаном соду (Na H SO_3) і сїрчаном мїди (Cu SO_4) витворити осад мочану мїди, а відтак виказати мїдь желїзо-синяком потасу [$\text{K}_4 \text{Fe (CN)}_6$]. Оперуючи таким способом переконав ся автор що ядра клітин також відквашують мїдь. Він уживав до того засадовий розчин мїди в пептонї і виказав, що в ядрах сьвіжх клітин мїдь викликає закраску, що субстанції викликаючої закраску дифундують з ядра в протоплазму. Кваси прискорюють дифузію, засади знижають. Автор догадує ся, що субстанція поводуюча реакцію є гістон, котрий в ядрах звязаний яко нуклеогістон. М.

Wróblewski: Ein neuer eiweisartiger Bestandtheil der Milch. Zeitschrift für physiol. Chemie B. 24. H. 3—4 p. 308.

По віддаленю казеїну можна в молоці осадити сїрчаном магнезї тїло, котре автор називає опалїзином. Опалїзину много в жіночїм молоці, мало в коровячїм, дещо більше в кобилячїм. М.

Schmidt: Ueber Alloxurkörper und neutralen Schwefel bei Krankheiten. Zeitschrift für klinische Medicin B. 34. p. 263 з року 1898.

В праці своїй виказує автор, що так звані аллюксурові тіла відповідають кількостю, кількості азоту в мочи. Можна навіть обчислити скільки організм має їх впроваджувати і після автора числа згоджують ся досить добре. — Неутральна сїрка не так захує ся і виділенє її залежить від иньших причин. Дуже часто мимо більшої кількості азоту сїрка не перевишає правильного числа. В иньших разях находимо її много мимо низького числа азоту. М.

Spiro und Pemsel: Ueber Basen und Säurecapacität des Blutes und der Eiweisskörper. Zeitschrift für physiologische Chemie B. 26. p. 233.

Означенє засадовости крови робило ся доси двома способами. Або через титрацію слабими квасами або через означенє вугляного квасу, яко міри квасоти крови. Перші методи недокладні, другі не певні. Тому пробовано додавати до крови квасу в надмірі, а відтак титрувати процїд засадами, доки не виступить муть з осаджених ацидальбумін (v. Limbeck). Але і сей спосіб не позваляє на певно означити неутральну точку. Автори брали 5cm^3 крови доливали 10cm^3 води з естером (вода насичена естером [Aetherwasser] розпускає еритроцити) і додавали насиченого розчину сїрчану аммону $[(\text{N H}_4)_2 \text{SO}_4]$ (Ammoniumsulfat) і процїджували. Процїду брали половину або третю часть і означали $\frac{1}{10}$ нормальним квасом засадовість крови. В початку автори доливали крім насиченого розчину аммонсульфату і квасу, аби тим ліпше осадити білок і титрувати $\frac{1}{10}$ нормальними засадами, уживаючи лякмоїду з маляхитовою зеленю (Lacmoid und Malachitgrün) яко індикатора. При тім показало ся, що чим більше доливати квасу тим більше єго задержують білка крови, т. є. чим більше доливати квасу тим меньше] взглядно треба засади, щоби знеутралїзувати процїд.

I.	кров свиньска	5 cm^3	10 cm^3	$\frac{1}{10}$ н. H_2SO_4	735.2	засадовість
		5 "	15 "	" "	744.8	"
		5 "	20 "	" "	795.2	"
		5 "	25 "	" "	834.4	"
II.		5 cm^3	0	$\frac{1}{10}$ н. H_2SO_4	147.0	засадовість
		5 "	10 "	" "	1191.2	"
		5 "	15 "	" "	1243.2	"
		5 "	20 "	" "	1270.4	"
		5 "	30 "	" "	1244.0	"
		5 "	40 "	" "	1236.8	"

Доливане квасу впливає на засадовість лише до певної границі, як видно з другої таблиці, де від 30 см³ квасу алькалісценція вже не підносить ся.

Як кваси так і засади поглинають ся в крові, так що коли до крові доливати $\frac{1}{10}$ засади в надмірі, то не лише числа алькалісценції зменшують ся, але можна дістати числа вражаючі, що кров була себто kwasна, що розуміє ся неправдиве. На примір :

5 см ³ крові	0 $\frac{1}{10}$ п. NaOH	+ 109.2 засадовість
5 " "	5 " "	+ 25.8 "
5 " "	10 " "	— 122.6 "
5 " "	15 " "	— 237.4 "
5 " "	20 " "	— 345.9 "
5 " "	25 " $\frac{1}{10}$ п. H ₂ SO ₄	— 1160.8 "

Як кваси лише до звісної границі збільшують теоретичну засадовість (т. є. найдену титрованем) так і засади додані більше як 25 см³ на 5 см³ вже не збільшують теоритичної kwasоти т. є: поглючене kwasів має границі 25 до 30 см³ $\frac{1}{10}$ п. H₂ SO₄ на 5 см³ крові.

Показало ся що кров більше поглючує кваси, а serum більше засади т. є.: кров може звязувати більше квасу ніж само serum, а serum може звязувати більше засади як кров.

Автори повторили досьвіди з чистими білками, казеїном (Casein) і альбуміном і переконали ся, що і тут: 1) білка можуть звязувати більше квасу ніж засади, 2) що звязане kwasів і засад має звісну границу. M.

Ruppel: Zur Chemie der Tuberkelbaccilen. Zeitschrift für physiol. Chemie B. 24. Heft 1 3. pag. 208.

Автор проціджував культури, щоби аналізувати окремо бактерії і проціди. В процідах найшов много девтероальбумози трохи альбумоз II і майже ніякої акроальбумози. Коли місто фрикціонувати осад алькоголем, дналізувати процід а відтак фрикціонувати алькоголем, то в дналізаторі найде ся трохи heteroalbumos-и.

Бактерії можна по висушеню розпускати в студенім алькоголі, в котрий переходять вільні товщеві kwasи і незнаній висший алькоголь, точки топливості 55° — 60°. Горячий алькоголь витягає з сушених бактерій восковаті субстанції топлячі ся при 65° (але не цілковито), трудно змилюючі ся (schwer verseifbar) правдоподібно висші алькоголі і їх етери з товщевими kwasами. Етер витягає

майже лише віск, котрий запахом і топленем при 65° — 70° нагадує віск пчіл.

Коли висушені бактерії екстрагувати засадовою водою (1% Na_2CO_3) розпускає ся 15% цїлої маси (алкоголь і етер розпускали 10 — 20%). Розчин редукує мідь але той муцин пригадує псевдо-муцин або овомуцин, бо оцтовий квас не осаджує те. Крім муцину є много субстанцій, котрі дають ся осаджувати оцтовим квасом може нуклеоальбуміни. Такі самі тіла можна дістати витягаючи горячою водою або гліцерином.

Слабі кваси і розчини соли майже не розпускають нічо. Пепсин і трипсин мало змінюють висушені бактерії.

Коли виварити бактерії при 150° в автокляві то дістає ся альбумози і геміальбумози, крім так званих атмальбумоз. Осаджене субстанцій, котрі годі розпустити містять майже всі фізіологічно ділаючі тіла.

По вивареню з водою можна знов витягнути етером товщоваті тіла, а відтак знов виварити з водою.

Усіми способами можна дістати з бактерий 55% . Остаток (решта) не розпускає ся в воді ані в сілях, дає реакції Millon'a і редукує по завареню з сільним квасом. Має відай склад цистини або кератини.

Коли новим способом Кох'a роздробити бактерії тод значної більше розпускає ся в воді. Розчини не дають білкових реакцій, крім біуретової і осаджують звичайні білковаті тіла.

Оцтовий квас осаджує з того розчину тіло, котре має 4% Р і відай належить до нуклеоальбумін. Коли ті нуклеїни трактовати сїрчанним квасом то дістає ся protamin Kossel'a. Автор називає его tuberculosamin. Крім того дістає ся квас Tuberculinsäure котрий має 9.42% Р і є причиною осаду білковини, котру зауважав автор в екстракті розбитих бактерий. M.

Limbeck: Säuerung des Organismus. Zeitschrift für klin. Medicin B. 34. p. 419, 1898.

Доказано що звірята, котрі кормлять ся розтинами реагують на кваси тим, що насичують їх засадами свого організму і через те все бідніють в соду і потає а врешті гинуть. М'ясоїдні звірята неутралізують кваси амоняком, через те більше видаляють амоняку як правильно. Автор хотів переконати ся чи людський організм

заховує ся так само і давав недужим молочний квас, аналізуючи їх моч. В результаті наказало ся, що содові і потасові соли видаляють ся сильнійше, що крім того і соли, вапна і магнезії виказують більше видаленя. Сконстатувавши се автор шукав в скількості содових і потасових солей в мочи доказу, що горячка і иньші недуги є заквашенем організму. Для декотрих вдало ся доказати, але найшли ся і недуги і горячки пр. туберкульоза, в котрих анї содові анї вапневі соли не показували черезмірного побільшеня. Автор не звернув впрочім на те уваги, що в декотрих недугах соли в загальї задержують ся в організмі і через те може вплив квасів не є виразний. Автор вважає свою працю за доказ, що більшість недуг є заквашуванем організму, хоч часом лиш кишками відходять засади, котрі потрібні були до знеутралізованя. М.

Winterberg: Zur Theorie der Säurevergiftung. Zeitschrift für physiologische Chemie. Band 25, Heft 3—4 pag. 202.

Автор виказав на много примірах, що не лише мясом кормлячі ся звірята неутралізують кваси амоняком. Усі крілики, на котрих робив автор свої досьвіди продукували багато більше амоняку по накармленю квасами як правильні. Коли правильний крілик продукує амоняку 1, 5 mgr. — 4 mgr., то при заквашуваню продукція доходить до 31 mgr. Виражаючи се в процентах загального азоту дістанемо замість 0,5%, 1% — 3%. Одже і крілики продукують більше амоняку, крім того що при кождім отровню квасом продукують і більше засад. Много залежить від поживи, котра може бути більше або менче квасна пр. овес або бураки.

Найбільше шкодить квас голодному організмови, бо сам голод є кормлене квасним білком організму. Тому підчас голоду продукує ся амоняку в більшій скількості. Вплив квасу можна ослабляти засадами, що видно в числах амоняку. При квасній поживі затровне квасом викликає збільшене амоняку, котре може тривати кілька днів.

Автор шукав у крові слідів затровня квасом і переконав ся, що вугляний квас зменшує ся більше у тих звірят що кормлять ся рослинами, як у тих що кормлять ся мясом. Дальше виказав автор що у затровних звірат більше у крові хльору а менше содових і потасових солей. Приміром:

	засади	хльор
Правильне звіря	0.71%	0.47%
	0.87%	0.50%
Затровне квасом	0.55%	0.50%
	0.75%	0.58%

Убуток вугляного квасу в крові є по думці автора наслідком заступлення сільним або сірчанним квасом вугляного квасу і зменшенем засадовости крові. М.

Geelmnyden: Ueber Acetonurie bei Phloridzinvergiftung. Zeitschrift für physiol. Chemie B. 24. p. 381.

Автор викликав через Phloridzin цукер в мочі і пробував який вплив має корм на скількість ацетону. Коли про те кормити пса мясом або що на одно виходить морити єго голодом а відтак трактувати фльоридцином то ацетону находить ся много. Коли псови давати углеводи тоді зменшує ся ацетон, а як давати товщ то ще більше. Товщ мусить мати не много низших kwasів, бо вони збільшують скількість ацетону. Коли дати псови масляний квас тоді ацетону більше, я як той самий масляний квас вприснути під шкіру, тоді скількість ацетону не змінює ся. По думці автора товщ і углеводи зменшують скількість ацетону, а коли у людей при кормленю маслом ацетон збільшує ся, то лишь тому, що масло має много низших товщевих kwasів. М.

Benedikt und Schwarz: Grundzüge einer Typhusdiätetik. Münchener med. Wochenschrift. 1899 N. 6. p. 176.

Автори робили перемену матерії у недужих на тиф. Найшли що в стадії реконвалісценції клітини мало розкладають білковину, через те організм легко пересичує ся кормом і пациенти чують себе здоровшими і дужчими як перед слабостю. В стадії горячки клітини розкладають більше білковини. Тому автори думають, що булоби добре давати в тифі мало білковини, аби клітини призвичаювати до меншої потреби білковини, а відтак до тим більшого пересиченя. При тим уважають автори, що білковина розкладає ся особливо в горячці і числять відай на те, що коли би не давати білковини то не буде розкладу. Цитуючи розумне слово Senator'a, що недужий на горячку бідніє в білковину а богатіє з товщ, протиставляють тим словам досить наївне переконавє, що реконва-

лещент богатіє в білковину а бідніє в товщ. Коли автори справді хотіли би не давати білковини в горячці, щоби призвичаювати недужих до малої дезасиміляції, то відай недужі розкладали би тим сильнійше власний організм, бо не тяжко догадати ся що розклад білковини в горячці не є наслідком корму, але неправильного розкладу білковини не зважаючи на єго провинівенцію. М.

Stern: Ueber Sichtbarkeit der Magen- und Darmkontouren bei der Athmung. Centralblatt für innere Medizin N. 43, 1898.

Автор переконав ся що в деяких случаях можна бачити через черевні поволоки при глубшійм вдиху границі жолудка; іменно при опаді жолудка, коли видно мале закривленє (kleine Curvatur) може таке спостереженє дуже придати ся до діагнози без помочи иньших методів дослїду. Також і границі кишок можна деколи бачити.

Щоби можна сю появу бачити потрібні до того слїдуючі умови: горізоньтальне положенє недужого, не за груба черевна поволока і то не підчас стягнення мяснів, в кінци добре сьвітло; автор дослїджував сю появу при деннім сьвітлі. E. O.

Aldor: Untersuchungen über die Verdauungs- und Aufsaugungsfähigkeit des Dickdarmes. Centralblatt für innere Medicin Nr. 7, 1898.

Хоч відживленє *per anum* уже від довшого часу має в медицині широке заставанє, одначе дуже много авторів між ними і Strümpell приписують тому дуже малу вартість. Автор постановив проте експериментально перекопати ся, яка є фактично ресорпция корму поданого *per anum*. Він піддав одного недужого до сьлїдам над переміною матерії, роздїляючи свій дослїд на три періоди, в першій подавав єму корм докладно означений на N і товщ *per os* і *per anum*, в другій лише *per os*, а третій і послїднім періоді знов так як в першій. Яко корм *per anum* подавав автор виключно молоко і прийшов до слїдуючих резулььтатів:

1) 1 L. молока поданий до грубих тенес в формі клїстири не викликує у недужого ані підчас іригації ані пізнійше ніяких болїв; рівнож не появляють ся з боку кишок ніякі появи подражнення, проте надає ся молоко дуже добре до відживчих клїстир.

2) Через діланє *bacterium coli* звурджує ся молоко, що є для ресорпції дуже некорисне; щоби се оминати треба:

a) перед поданєм відживчої клїстири кишки старанно виполокати і

б) додавати до 1 L. молока 10—15 gr. *Natrii carbonici* ;

3) ресорпція через грубі кишки! наступає дійсно і так: найліпше ресорбують ся вугляни води, в великій мірі білковина, а найгірше товщ;

4) по поданю 1 L. молока *per anum* не знайшов автор в мочі ніколи білковини ані цукру. E. O.

Marischler: O wpływie na organizm powolnego sączenia się płynu surowiczego z jamy brzusznej kanałem pozostałym po nakłóciu trójgranicem. *Przegląd lekarski* Nr. 12, 1899.

Підчас праці над переменою матерії при уступаючій і зростаючій черевній опухолі (*ascites*), котру автор весільно з Д-ром Озаркевичом доконав, лучило ся, що підчас пункції черева троакарком заліпив ся отвір троакару, так що годі було випустити весь плин з черевної ямв. Наслідком того, не вважаючи на сповите, плин капав каплями повставшим каналом через якийсь час. Автор завважав що в таким случаю недужі тратять нагло сили, виглядають щораз гірше і скоро худнуть. Треба знати що при *ascites* недужі затримують азот взагалі, а по довершеній пункції настає живіща вміна матерії і видаленє азоту мочию збільшує ся, вкінци навіть перевищує скількість азоту впровадженого кормом. Виспе згадане, на позір порадоксальне зявище пояснює автор в той спосіб, що коли по довершеній пункції настає живіще видаленє азоту мочию, а при тим тратить недужий постійно азот і через канал повставший при нункції, мусить прийти взлядно скоро до утрати сил і ослабленя, як се бував при иньших винищаючих недугах. E. O.

Keller: Ueber den Einfluss der Zufuhr von Kohlehydraten auf den Eiweisszerfall im Organismus magendarmkranker Säuglinge“. *Ctrbl. f. inn. Med.* Nr. 2. 1899.

Справа перемени матерії у дороселих людей є вже фізіологічно управильнена; о много труднійша річ заходить в розвязаню того питання у дїтяй. Бо хотяби можна означити число кальорий з щоденної поживи дитини в першім році житя, і на тій підставі приглянути ся справі перемени матерії, однак не успіємо означити в данім случаю, скілько кальорий і як богато білковини, товщів та углеводів маємо подавати дитині в штучній поживі. Причина того ясна: є то безустанна зміна організму у ростучої дитини. Труднійша ще справа заходить з організмом недужої дитини. Тут

треба старати ся уєувати патольогічну справу а заразом так управильнити поживу, щоби розріст тканий міг поступати євобідно. Колиби лише справа означєня скількості кальорій в штучній поживі тут грала ролю, малибєсьмо вєже немалу трудність; бо не можна стосовати вартостій кольорій для дитини, котрі означєні для дорослих. Уважати треба на те, що в дорослім орґанізмї товщі та углеводи спалюють ся цїлковито, а білковина лише по части, решта її дає нам розкладові продукти, котрі опускають орґанізм з видаєями, і представляє певну скількість утраченої для тїла потенцияльної енергії. В слабшій мірі відбуває ся спалюванє в орґанізмї дитини. Якаж знов трудність в означєню норми для недужих дїтій на жолудок!

На підставі многих дослїдів дійшов автор до пересєвідчєня, що спалюванє в орґанізмї недужої дитини в крузї травлєня, відбуває ся слабше. Товщі н. пр. подані в достаточній скількості не спалюють ся цїлковито, а часть їх незмінєна опускає орґанізм. Так само і з углеводами. Знаємо, що часть молочного цукру, котрий приймає дитина з молоком матери, опускає незмінєна орґанізм в мочи. В тім именно трудність — означити вплив поживи на здоровий та недужий орґанізм, виказати кілько поживи можна впроваджувати без переступлєня границь ассиміляції, а найважнійше, як впливає відношенє рїзних пожив на здоровлє дитини. Се питанє старає ся автор в своїй розвідці вяснити.

В давнійших працях (Ctrblatt f. inn. Med. 1898 p. 545) показав автор, що впроваджуванє азоту в більшій скількості до орґанізму має невеликий вплив на надмір N (Stickstoffansatz). Впроважуючи довший час білковини, бачимо патольогічні зміни, впливаючі шкідливо на дїтячий орґанізм, -- зміни, котрі мусимо уважати за наслідок розпаду білковини.

Хотячи дійти до надміру азоту в недужім орґанізмї без тих хоробових появ, мусимо збільшити число кольорій через подаванє корму не містячого в собі азоту.

При подаваню достаточної скількості товщів, знаходимо в мочи недужої дитини в крузї травлєня збільшенє виділюванє амоняку, з чого вносимо що в орґанізмї повстають квасні продукти переміни матерії, котрих недужий орґанізм не спалює. Те именно подав автор яко вистарчаючу причину, щоби не подавати дитині в поживі збільшеної скількості товщів.

Уменьшуючи до можливого minimum білковини та товщі можемо управильнити скількість кольорій численнійшим подаванєм

углеводів. Яко найвідповіднішу поживу між углеводами уважає автор мальтозу (Maltose).

Дослід над виділюванем загального азоту (Gesammtsickstoff) і фосфорового квасу дає, при уживаню мальтози у $4\frac{1}{2}$ місячної дитини кормленої від уродження коровячим молоком, слідуочий результат: (З причини, що дитина дістала сильну бігунку правдоподобно з невідповідного корму, подавано їй мальтозу).

	Моч в 25 го- динах	N. mg.	P ₂ O ₅ mg.	П о ж и в а
25 Січня 1898	375	1023,76	172,89	} денно 600 гт. $\frac{1}{3}$ молока коров.
26 " "	325	1001,0	161,33	
27 " "	365	1149,75	168,78	
29 " "	360	932,4	122,4	} денно 600 гт. $\frac{1}{3}$ молока і 60 гт. мальтози
30 " "	325	819,0	66,3	
1 Лютого 1898	375	630,0	56,9	
2 " "	305	500,0	50,3	
4 " "	280	646,8	65,3	} денно 600 гт. $\frac{1}{3}$ молока і 100 гт. мальтози
5 " "	275	423,5	61,71	
6 " "	195	382,2	52,4	
8 " "	285	897,75	144,84	} денно 600 гт. $\frac{1}{3}$ молока
9 " "	370	1243,2	153,8	
10 " "	285	1157,1	143,0	

Як з тої таблиці бачимо, мальтоза зменьшує виділюване азоту і фосфорового квасу в мочи. Для тим певнішого пересвідчення, робив автор дальші проби при котрих предприняв дослід мочи й калу. Кінцеві числа з 4. дослідів представляють ся в слідуочий спосіб:

Дослід	П о ж и в а	Впрова- джувано пересічно денно N.	Азоту з поживи				на вазі прибуло денно
			ресорб.		задержан.		
			гр.	%	гр.	%	
1	a $\frac{1}{2}$ молока коров. 770 гр.	гр. 1,8527	1,7276	93,2	0,1072	5,8	+ 13
	б $\frac{1}{2}$ молока 771 гр. + 75 гр. мальт.	2,04	1,801	88,3	0,4785	23,5	+ 50
2	a молоко чист. 774 гр.	3,8317	3,647	95,2	0,4576	11,9	+ 17
	б молоко чист. 772 гр. + 75 гр. мальт.	3,8303	3,4833	90,9	0,7394	19,3	+ 75
3	a $\frac{1}{3}$ молока 758 гр.	1,2454	1,1608	93,2	-0,54		- 48
	б $\frac{1}{3}$ молока 500 гр. + 40 гр. мальт.	0,896	0,8373	92,3	-0,07		- 17,5
4	a $\frac{1}{3}$ молока 758 гр.	1,2782	1,0802	84,5	0,0085	0,7	- 23
	б $\frac{1}{3}$ молока 500 гр. + 40 гр. мальт.	9,8707	9,8707	85,0	0,1108	12,7	+ 0 —

Приглянувши ся тому зіставленю, мусимо звернути увагу на посльдню колюмну, де бачимо зміни в вазі дитини. Вправді — як каже автор — задержуване N не завсїгди стоїть в звязи з приростом ваги тіла, однако тут знаходимо так ясну ріжницю, що годі не згодити ся з поглядами автора. При кінци праці подає автор остаточні результати своїх дослідів. Є вони слїдуючі:

При рівних условиях додаток мальтози до поживи зменьшує зуживанє білковини в організмі, при подаваню мальтози вистарчає меньше поживи містячої в собі N, щоб удержати азотну рівновагу

або допровадити до надміру N. Надмір N означає ся не лише скількістю білковини в поживі, але також відношенем пожив містять в собі N вільних від азоту.

До надміру азоту в організмі дитини доходимо через збільшане білковини або угледодів в поживі, — а спосіб другий є тільки кориснійший, бо білковини зле впливають на травлене.

Досліди на дорослих людях дозволяють авторови прийти до пересвідчення, що не лише мальтоза, але всі угледоди, — котрі організм сучасної дитини спалює, — відповідають єго попереднім поглядам.

Voit каже, що різні угледоди в однакій скількості впливають однако на розпад білковини.

В кінці векає автор, що давнійші досліди над подаванем дитям угледодів (Freund, Rubner, Michel, Heubner, Lange, Bendix, Berendt і автор) зовсім годять ся з єго, — в тій розвідці поданими поглядами, та що він є вправі досліди з мальтозою віднести до загалу угледодів.

Ал. Бач.

Smith: Croupous — lobar Pneumonie. Twentieth Century Practica of Medicin.

Автор старає ся в новий і інтелігентний спосіб пояснити неясні точки в так часто появляючій ся недузї, якою є запалене легких, а однак мало зрозумілій до сєго часу. Smith виходить з того заложеня, що пневмонія не є як до тепер думано запаленем легких а є се після єго погляду процес чисто бактеріологічної натури, котрий відбуває ся в воздушних міхурцях легких. Бактерії живуть і множать ся в тих міхурцях а поживу для них достарчають волосковаті кровоносні судини, котрі оточують ті міхурці; сам ренчум є підчас того процесу зовсім не нарушений і не занятий. Smith є того погляду що ключ до розв'язаня цілого того problem-у лежить в подвійній циркуляції яка відбуває ся в легких, річ загально звісна, а однак значене того в патології пневмонії до сєго часу зовсім переочено. Він зазначає що оден однісенкий орган в людзькїм тілі є легки а по части і серце, котрі мають осібні кровоносні проводи для свого відживленя а осібні для своїх функцій (blood supply for nutrition and function are reparately provided for.). Дятого є можливим в легких що недуга в них може розвивати ся не займаючи тканин самого органу.

По наведеню повнєшої характеристики легких автор пояснює етіологію і патологію пневмонії в сєй осібі:

Щоби пневмонія розвинула ся треба:

1. Причини, котра би поділяла пригноблюючо (depression) чи то локально чи загально на ціле тіло, а котра би через підкопане відпорної сили чи то в частині легких чи в цілім організмі дала спроможність розвинути ся пневмококкам, котрі в тім часі були присутні в озьяках (in some one of the smallest bronchial tubes).

2. Значнійшого витвору кольоній пневмококків Френкля.

3. Споводованя подражнення в воздушних міхурцях, котре спровадить всяк фібрину (fibrinous exudation), еміграцію лейкоцитів і всяк (diapedesis) червоних тілець крови з волосковатих кровоносних судин, котрі піддержують функцію легких.

4. Витвору і розросту кольоній пневмококків в тім всяку.

5. Задержаня циркуляції крови в кровоносних судинах, котрі піддержують функцію діланя легких а затим нагромаджене ся вільного пневмонічного квасу (free pneumonic acid) в паренхимі занятої частини легких.

6. Витечі всяку з занятих воздушних міхурців до сусідних не занятих патологічним процесом і витвору такого самого процесу в тих же.

7. Повздержаня дальшого розросту пневмококків з причини зужитя ся поживного всяку для них і нагромаджене ся свободного пневмонічного квасу в тканках легких. Аж до сего часу в легких відбував ся заєдно витвір і абсорбція токсин.

8. Retrogressiv-на переміна в всяку яко стан приготовляючий до єго абсорбції:

9. Здає ся в часі сего послідного процесу витворює ся також антитоксина ділаюча проти пневмококків.

10. Цілковита абсорбція всяку і поворот воздушних міхурців до їх правильного стану.

11. Волосковаті кровоносні судини відбувають на ново свою правильну діяльність.

Розбираючи ознаки кризи Smith звертає далі увагу на слідуєчі дві інтересні точки яко причину її; через зужитє всяку поживного, в котрім дальше розмножуване ся пневмококків відбувало би ся і конеквентним наслідком того брак витворюваня ся токсини, дальше з причини що раз то більшого нагромадження ся свободного пневмонічного квасу в паренхимі легких коли функціональний обіг крови (functional circulation) є задержаний, спроваджує кризу.

Розуміє ся що така радикальна зміна в погляді на патологію пневмонії, потягає за собою і відповідні зміни в ліченю тої недуги.

О способі лічення пневмонії Smith розводить ся широко але я подам лише головні черти его способу лічення. Після его погляду ціла наша увага при ліченю пневмонії повинна бути звернена на те, щоби забити а принаймії затримати розріст пневмонічних бактерій. А з огляду на те, що поживу для них становить всяк з крові в воздушних міхурцях, пре те всякий лік, котрий ввійде в обіг крові знайде ся тоже і в всяку, а як та матерія (substance) є шкідна для кокків, тим самим ціль наша буде осягнена. Вправді пневмококкус є найбільше їдким (vulnerable) зі всіх бактерій але разом щастем є, що він є найменше витревалім зі всіх. Для того Smith тої думки що ми можемо за помочию ліків вплинути на розвиток і ділане пневмококка за помочию ліків і через те змінити перебіг недуги.

Після досвідів Smith'a Natrium salicylicum найбільше ще має мати вплив на ті бакцилі в згаданім напрямі. Creosot також має бути не злим средством як також великі давки хиніну, котрий від давних давен слине з того що має переривати атак пневмонії.

Загальне ліченє після Smith'a повинно полягати на сих точках: Перше, зараз з початку недуги треба старати ся щоби всяк, котрий служить за поживу для кокків, в воздушних міхурцях лехких був насякнутий матерією, котра би ділала проти їх розвиткови і житю.

Дальше давати недужому ліки на скріпленє орґанів, котрі очищують кров з токсин, піддержувати житеві сили недужого а головно серце. Улегчити обіг крові в лехких, одже давати ліки на розширенє кровносних судин (vasodilatateur). Зменшити горячку коли за висока, за помочию зимна прикладаного на тіло, антипіретиків (?) і усувати симптоми якіб не лучили ся в часї недуги.

Що дотичить лічення пневмонії за помочєю антитоксини Smith згоджує ся з найбільше ученими лікарями що се був би і правдоподібно буде найраціональніший спосіб але до нині наслідки лічення пневмонії в той спосіб показали ся ще недостаточними. Зазначає в кінци що надійшли найновіші новини з Берліна що Wassermann, бувший ученик Koch'a, мав винайти антитоксину проти пневмонії.

В кінци Smith в своїй монографії розбираючій клінічні роди пневмонії подає нові гадки, а іменно місто ділити пневмонію на роди після патологічного її стану, він ділить її на три роди і іменно: sthenic (sthenicus), asthenic і obstructiv.

Др. В. Сіменович.

Piorkowski: Ein einfaches Verfahren zur Sicherstellung der Typhusdiagnose.

Під таким заголовком виголосив згаданий автор свій відчит в берлінському лікарському товаристві дня 25. січня 1899. Він займав ся сею квестією вже від трох літ, очім свідчить єго розвідка уміщена в „Centralblatt für Bacteriologie“ 1896 року на подібну тему. Виходячи з заложеня, що в людській мочи знаходжено нераз і *bacillus typhi abdominalis* і *bacterium coli commune*, старав ся приладити таке підложе з домішкою мочи, щоби оба роди згаданих бактерий на нїм удавали ся. Моч людську мішав він так з бульйоном, як з желатиною, як також з агаром, стерелізував її звичайним способом і щепив мікропарасити. Оба прутні удавали ся єму, але ріжниця не була достаточна характеристична. По довгих пробах найшов він вконець догідну мішанину і склад її подає так: моч людська чи звиринна по дводневім стоянню, за котрий то час набере она прикмет алькалічних з причини амонякових сполук, становить підставу відживки. Її мішаєє з пів процентом пептону і 33% звичайної желатини. Відтак заварює ся одну годину і фільтрує. Дальше зливає ся її в пробівки, затикає і стерелізує в парі при 100° C через чверть години. Стерелізацію повторяє ся ще другого дня, лише через 10 минут. Підложе готове. На нїм щепить ся чи прутень тифу, чи *bacterium coli* а відтак виливає ся на плити, уживаючи при тім першого, другого і третого розрідженя культури. Остигли плити вставляє ся відтак при кімнатній теплоті до окремих печій о сталій теплоті 22° C. Уже по 20 — 24 годинах видно кольонії на плитах, на плиті число I, себто перше розрідженє, вже голим оком в формі більших або менших точок. До переглядання плит уживає ся слабого мікроскопного побільшеня. Ось і зараз впадає в око тота ріжниця в формованю і розрості кольоній *bacterium coli* і прутня Еберта. Бо коли кольонії *b. coli* представляють ся жовтавими, округлими, досить великими, то кольонії прутня кишкового тифу є поперед делікатнійші без тої темножовтавої краски, а передовсім розклачені з випустками на всі сторони, гейби рамена медузи. Сей образ такий характеристичний, що ті оба роди мікропараситів ніколи з собою помішати не можна. Змішані культури обох родів прутнів на одній плиті представляють ся рівнож в формі двох цілком ріжних кольоній. Ті характеристичні кольонії повстають не лише по нащепленю штучної, лябораторної культури прутня Еберта і *b. coli*, але також, як досьвід поучив, по нащепленю дрібки калу недужого на кишковий тиф на згаданім підложу.

З огляду що культури виростають вже по 24 годинах, про те у сїм способі Пйорковеского дїсталаби диягностика тифу дуже легкий і певний метод. Автор мав до розпорядження щось всего чотири случаї кишкового тифу і у всїх поставив скоро добру диягнозу. Заповідає дальшу працю над тим.

Коли референт працював сего року в сїчни в лябораторії Пйорковеского пробував переробити єго метод, в більшій часті случаїв знаходив неоспориму ріжницю між обома родами кольоній. В лютім перероблено сей метод тут в Парижи в інституті Пастера і то під дирекцією Мечнікова точно після вказівок Пйорковеского, но коли bacterium coli на тим підложу виростало роскішно, плити щеплені культурою прутня кишкового тифу остали ся стерильними. Вину тої неудачі приписував Мечніков неоднаковому хемічному складови мочи. Цїла річ потребує ще взагалї много розслїдів і праці в тим напрямі, заки буде мож видати остаточно суд о її властивій вартости.

О. Д.

Talma: Von der Gährung der Kohlenhydrate im Magen. Zeitschrift für klin. Med. XXV. Band.

Загально принятою є засада, що кисненє углеводов в жолудку рвзвиває ся яко комплікация певних недуг жолудка, маючих причину свою або в зменшеній kwasotї, або в ослабленю мясних болон жолудка, котрому товаришить затримуванє ся страв в жолудку.

Опираючи ся на хемічних дослїдах над кисненєм углеводов і на клінічних обсервациях висказує автор думку, що повнєша засада не все є слушна, що противно в певних разях грає процес кисненя в недугах жолудка ролю безпосередної причини, або посередної.

Після него алькогольове кисненє углеводов може викликати :

- 1) недостачу рухову жолудка,
- 2) скорч sphincter'a pylori, котрий можна вичути через стїни черева, а котрий зникає через застосованє відповідної diety.
- 3) надмірне видїлюванє сїльного квасу.
- 4) посередно через корч жолудка, ульцерації на селезистій болонї доводячі тоді до продїравлення цїлої стїни.
- 5) рака, виходячого із ulcus ventriculi. Недужї з алькоголевою ферментациєю углеводов жалують ся на згагу, здуванє в кілька годин по їдї, смердячі відбиваня і воміти. Хемічний дослїд продуктів травлення показує підвишену kwasоту, мікроскопом велуку скількість грибка Saccharomyces.

При ліченю тої недуги найважнійшу ролю грає диета, з котрої треба усунути углеводи найменше через 2 неділі. З ліків єще найліпше ділає *Arg. nigr. T.* звертає увагу ще на друге киснене углеводів, при котрім знаходить ся лиш мало *Saccharomyces*. Продуктами кисненя не є гази, а оцтовий квас, товщеві кваси, молочний, бурштиновий квас і не квасні получения групи C_2H_5 . Тота ферментація є правдоподібно спричинена бактериями і звичайно не викликає значних хоробових припадів. О скілько продукти тої ферментації впливають шкідливо на селезисту болону жолудка, автор не бере ся судити.

При вилученю углеводів з поживи, автор видів много разів цілковите вилічене — хотяй часом недуга по певнім часі вертала. Реасумуючи внески, які можна зробити на підставі цілої тої праці, кладе автор натиск на те, що не зміни анатомічні на болоні селезистій, ані не недостача рухова жолудка є причиною недуг того органу — а шкідливий вплив бактерий, так як при иньших недугах органів тіла.

Г.

Fraenkel: Zur pathologischen Anatomie des Bronchialasthmas. Zeitschr. für klin. Medicin. XXV. Band.

Озявна душниця (*asthma bronchiale*) є недугою добре зноюю з клінічного боку, менше з анатоמו-патологічного, з легко зрозумілої причини, бо смерть підчас нападу душниці належить до незвичайно рідких случаїв.

Доси оголошено в літературі 3 такі случаї, автор додає до того свій один.

В першім случаю *Leyden*'а знайдено дрібні і середні озяви нерозширені, але вишовнені зернистою масою, що досить сильно причіплена була до селезистої болони і майже затикала сьвітло озаявів. Таку саму масу знайдено в віддихових міхурчиках. Мікроскопом не вказано ніяких змін в селезистій болоні ані в будові міхурчиків, крім звиродніня клітин міхурчиків. Повстане тих зернистих мас розуміє *Leyden* в той спосіб, що підчас нападу душниці переходить лімфа до міхурчиків, звідти дістає ся до дрібних озаявок і так тут як там крішла.

Другий случай описав *Berkart*. Він знайшов в головнім правім озаяві циліндричну, круху, доста суху масу, що майже цілком затикала сьвітло озаявок — а до стіни не була причіплена. Таку саму масу найшов в лівім бічнім озаяві. Дрібні озаявки були розширені і заткані продуктом запаленя. Під мікроскопом показало ся,

що маса знайдена в озяві, зложена була зі здегенерованих циліндричних клітин, котрі на вузких кінцях були повитягані в довгі нитки. В тім місці де була та маса, не знайдено на селезистій болоні цілком наболонка, так само в дрібних озявах. Судини селезистої болони були порозширювані, а на її поверхни знаходилися поліповаті нарости. В міхурчиках знайдено, так як в случаю *Leydена*, скріплі маси фібрину.

Третій случай душницї, описаний через *Schmidt'a*, є тим цікавий, що дотичить острої душницї, спричиненої новотвором легких. В тім случаю були середні і дрібні озяви заповнені масою збитого слизу — а наболонь як і сама селезиста болона не показували нічого неправильного. Слизь той в многих місцях представляв ся в формі спірально покручених ниток — тут і там знаходилися також дрібні кусні фібрину.

В четвертім случаю, котрий описує автор, були дрібні і середні озяви порозширювані і виповнені зернистою масою, що до котрої він непевний чи се не був фібрин. Крім того знаходилися в озявах цілі маси циліндричних клітин, котрі тут і там були поскручувані в твори спіральні. Селезиста болона була в тих місцях позбавлена цілковито наболони, а її судини були порозширювані. На підставі тих чотирох случаїв, як також дослідів на плювинах недужих на иньші недуги легких, висказує автор думку, що душницї яко хоробовій одиниці не відповідає лише один характеристичний процес анатомо-патологічний на селезистій болоні озявів, і годить ся з висказом *Löwy'го*, що мікроскопіні досліді над плювинами не дають певних диягностичних ціх для сеї недуги.

На кінці захвалює автор *Hyoscinum hydrobromicum*, подаване в формі підшкірних випикувань від 2 — 8 dmg, яко знамените средство, усуваюче острі напади душницї, навіть в таких случаях, в котрих иньші ліки заводили. Г.

Bohland: Über die Einwirkung der Hidrotica und Antihidrotica auf den Leukocytengehalt des Blutes. Centralblatt für innere Medicin, No. 15. 1899.

Досліді *Горбачевського*, що пілюкарпін значно помножує число білих тілець в крові а атропін зменшує їх скількість, захопили *Bohland'a* вислідити, як заховують ся в тім напрямі всякі иньші протипотні і напотні средства, а між тими послідними і протигорячкові, котрі викликаючи поти обнижають заразом теплоту тіла. Досліді роблено на людях (на мущинах), котрі не терпіли на

ніяку органічну недугу і діставали звичайну поживу, ніякі притім ліки, не купали ся надмірно, не проходили ся і надмірно не працювали. При огляданю крови у таких людей найдено, що число білих тілець крови було коло 10 год. рано найменше а коло 12 год. зростало о яких $25\cdot3\%$; в чотири год. по обіді зросло о $66\cdot09\%$, а о 7 год. вечером виносило в порівнаню до ранного числа надвишку $11\cdot8\%$.

Опісля подавано сим людям около 10 год. рано ріжнородні ліки в звичайних давках per os, та оглядано їх кров під взглядом скількості левкоцитів.

З поміж протипотних ліків подавано: 1) *Atropinum sulfuricum*, 2) *Acid. camphoric.*, 3) *Acid. tannicum*, 4) *Picrotoxin*, 5) *Secale cornatum*, 6) *Kalium telluricum*, 7) *Infus. fol. Salviae*, 8) *Agaricin*, 9) *Menthol*, 10) *Sulfonal*.

По всіх тих ліках можна було запримітити значний чисельний убуток білих тілець в крові. По атропіну доходив він до 45% , по *Ac. camph.*, *Ac. tann.*, *Secale corn.* до 66% . Найвиразніша гіперлевкоцитоза виступала в 3 години по зажитю ліку, а тривала около 10 год. До сего ряду средств належить зачислити і хінін (досліди *Vint-a* і Горбачевського).

Повишені средства ділають проте на левкоцити відемно хемотактично.

З поміж напоитних средств сліджено: 1) *Natrium salicylicum*, 2) *Pilocarpinum*, 3) *Antifebrinum*, 4) *Antipyrimum*, 5) *Phenacetinum*, 6) *Liqu. Ammon. aceticum*, 7) *Salmiak*, 8) *Ammonium carbonicum*, 9) *Pulvis Doveri*, 10) *Morphium*, 11) *Flores Sambuci*, 12) *Flores Tiliae*.

Всі ті средства оказали ся хемотактично додатними. Замітити належить, що помноженє левкоцитів по *Ammon. carbon.* виносило аж 267% , по фенацетину 250% , по морфіну $85\cdot5\%$, по *Pulv. Doveri* $56\cdot3\%$. Сі два послідні наркотики зачислено тому до сего ряду, що вони сприяють виступованю потів у сухітників.

Також по теплій купелі виступає левкоцитоза (Горбачевський).

Подібні досліди переведено і на кріликах з вислідом в значній мірі цілком подібним.

Заходило питанє, чи чисельний зріст, взглядю убуток левкоцитів відбуває ся рівномірно в цілім кровоносиннім укладі, чи може підчає гіперлевкоцитози в крайних кровних судинах виступає рівночасно гіполевкоцитоза в центральних кровних судинах. Оглядано проте рівночасно кров взяту з крайних кровних судин і кров з правої комори серця; оказало ся, що справді кожда гіпер- і гі-

полевкоцитеза має причину в нерівномірнім розділі левкоцитів в центральних і крайних частих крово судинного укладу.

Автор старає ся вихіснувати сю цікаву питоменність всіх тих средств до поясненя їх впливу на виділюванє поту, тим більше, що не стверджено ніякої залежности ні звязи між ними з одного боку а потним центром, нервними закінченнями в потних железах і судинах шкіри з другого боку.

Автор придержує ся теорії, що причиною потів в інфекційних недугах є токсини в крові; вони бувають виділені потом з організму; по потах слідний проте і спадок теплоти тіла.

Коли розважимо, що всі протигорячкові средства викликають гіперлевкоцитозу а рівночасно і поти, і обнижають тим чином теплоту тіла, що хінін, котрий викликає гіполевкоцитозу в крайних кровних судинах, обнижає теплоту тіла без рівночасного виступленя потів, та що у здорових людей по ужитю додатно хемотактичних средств поти не виступають, то мусимо прийти до заключеня, що власне при горячці враз з левкоцитами дістає ся щось до крайних кровних судин, котре дражнить потні желези шкіри; тим „щось“ є саме, по думці автора, токсини. Треба представити собі, що левкоцити, що неначе валом окружають хоробове огнище, похланияють витворені тамже токсини, а опісля спонукані додатно хемотактичними средствами переносять ся на верх організму, тут позбувають ся токсин, а ті дражнячи нервні кінці в потних железах викликають поти і тим робом самі опускають організм.

В сей спосіб можна пояснити нічні поти у сухітників, у котрих ще ранком дасть ся помітити значнійша гіперлевкоцитоза. Сею теорією можна вияснити і сі явища, що значна гіперлевкоцитоза при запаленю легких уступає аж по критичних потах, та що і иньшим недугам, в котрих виступають сильні поти, товаришить ви значна гіперлевкоцитоза.

А як ділають після сеї теорії протипотні средства? Вони проганяють левкоцити до внутра тіла, до кровних судин легких, кишок, нирок, та зневолюють токсини сею дорогою опускати організм. Сим способом можна ще вияснити, чому Sulfonal ограничає нічні поти у сухітників, підчас коли морфін і опієм противно їх збільшають.

Чому як раз в ночі відбуває ся вандрівка білих тілець крові остає на разі загадкою.

М. Вахнянин.

Neubauer: Ein Fall von acuter Dermatomyositis. Centralblatt für innere Medicin, No 12. 1899.

Neubauer подає до відомости один случай сеї рідкої, цікавої і наразі ще не цілком вясненої недуги, яко навістила одну 17-літню дівчину, лічену на клініці проф. Unverricht-a в Мардебургу.

Случай сей представляє образ острої горячкової недуги цілого організму. Справа почала ся болючим опухлєм м'яснів обоїх ніг та острим запалєм нирок. Опухненє м'яснів не огранічало ся лише на ноги, але заняло опієля і м'ясні хребта, м'ясні межиреброві, м'ясні гортани, шиї, карку і руки; не заняло лиця, перепна і серця. Також підшкірна ткань була опухнена. Небавом прилучило ся запалєне легких і витворив ся олегочний ексудат кровавого характеру. На шкірі виступила рожева висипка (roseolaartiges Exanthem). Селезїнка була дещо побільшена. З носа пускала ся часами кров. Серед слабости виступали обильні поти і безсонність. Температура тіла між 38·5—39·0. Живчик 120—130 на мінуту. Память задержана. Час триваня слабости 50 днів. Хора подужала. Найважнішими симптомами слабости були зміни в м'ясах, в шкірі і в підшкірній ткани.

При мікроскопім огляданю м'ясових зрізок можна було помітити поміж поодинокими м'ясовими волоконцями велике число червоних тілець крові. (Wagner, Unverricht, Strümpell і иньші находили в таких случаях розширенє волосних судин кровних, чоґо в тім случаю не найдено). Иньших змін небуло.

Гляданє за тоїжками (Bacterien) в зрізках м'ясових оказало ся даремним. Негативно випали рівнож проби хову тоїжок роблені з м'ясового соку і з крові.

На електричні впливи реагували м'ясні правильно; що до висипки на шкірі, то вона після спостережень ріжних клініцистів може бути дуже ріжнородною. Дальшими важними критичними появами слабости є обильні поти і безсонність.

В повнєшім случаю можна було ствердити певного рода геморагічну диятезу як: кроваві плювини, кровавий олегочний ексудат, кровавленє з носа, червоні тільця крові в мочі, та середм'ясові кровавленя.

Етіологія сеї недуги є ще нині цілком темна; певним однак те, що є вона інфекційною недугою. Специфічних тоїжок не найдено. Які токсини викликають її, не знаємо; припускаємо однак їх присутність, їх обіг в крові, їх отруйне діланє передовсім на м'ясні і шкіру. По думці декотрих авторів сі токсини атакують впрост стіни кровних судин, що потягає за собою відомі повнєше наведені

зміни. Лише тим робом дадуться пояснити майже всі появи слабости. Прогноза є все сумнівою. Лічене мусить бути на разі тільки симптоматичне.

М. Вагнянин.

Rosenfeld: Klinische Diagnostik der Grösse, Form und Lage des Magens. Centralblatt f. innere Medicin Nr. 1. p. 1899.

Клініцистам не раз і не два інтересно було би знати величину, форму і положення жолудка, бо від того залежить в значній мірі не лиш хемізм але і моторичні функції жолудка. Звичайно при означуванню розмірів жолудка держалися клініцисти пупця яко точки орієнтаційної, що однак по думці автора є хибне по тій причині, що пупець не є сталою а змінною точкою на животі. Автор радить проте не означувати розмірів жолудка після пупця, але після трох ліній а то: 1) лінії, що лучить найнижші точки обох 10-тих ребер (Bicostallinie) 2) лінії, що лучить найвисші точки хребта бедрової кости (Bicristallinie) і 3) лінії, що лучить обі spinae anteriores superiores (Bispinallinie).

Після дослідів автора роблених на трупах положення правильного жолудка не є таке, як подають Равбер, Гассе, Гіртль і інші анатоми, лиш слідує: В своїх двох третих частях простягаєся жолудок на діл не лиш прямопадно але що більше відступає від прямої лінії о кілька сантиметрів на ліво а в третій своїй частині переходить під кутом острим взглядно луком перед першим лідвичним хребом горизонтально або звернений в більшій або меншій мірі до гори. Має про те форму прямопадного С і длятого лінії великого і малого скривлення належить розрізняти на праву і ліву а не на горішню і долішню як подає Гіртль і інші автори. Мірно наповнений жолудок змінює о стільки своє положення, що велике скривлене звертаєсь трохи на право не змінюючи при тім свого напрямку на ліво від прямої лінії. Жолудок однак з ріжних причин може змінити свою форму, величину і тим самим переступити граніці правильного положення. Коли жолудок своєю малою заглибиною сягає понизше лінії бікрістальної а нераз і понизше біспінальної тоді клініцисти звикли звати таке положення жолудка обниженням жолудка *gastroptosis*, з чим лучимо поняття, що жолудок впрочім правильний лиш низше наложений, а колиж жолудок не сягаючи низше лінії бікостальної розміщуєся значно в правій половині тіла, тоді звать се розширенням жолудка — *gastreclasia*. Таке поняття річи є після автора зовсім хибне. Після него обнижене положення жолудка — без рівночасного розширення — не існує і що всі ті жолудки,

де велике скривлене малої заглибини сягає до, або понизше лінії бікрістальної суть майже без винятку розширені. Автор розрізняє проте лишень розширенє жолудка і то 1. розширенє в напрямі повздовжнім, де заглибина велика і мала в екстремнім положеню творить прямопадний мішок, котрий опирає ся аж на бедровій кости і котрого зворник взносить ся під острим кутом до гори. Друге в противности до першого простягаєсь в напрямі поперечнім не сягаючи низше лінії бікостальної.

Межи тими двома головними формами виступають форми посередні, де розширені в ріжнім степені одна або друга заглибина. *Gastroptosis* се після автора є лишень розширенем жолудка в напрямі повздовжнім.

Автори як Куссмауль і інші, що розпізнавали чисту гастроптозу, не звертали уваги на те, що обєм тих гастроптоичних жолудків був більший як у правильних жолудків, що отже се обнижене яке они знаходили було справді обниженем але по причині розширення жолудка.

До того сї автори уживали до розпізнання гастроптози злих методів, котрі мусїли й провадити до хибних результатів. І так приміром уживали часто метода Фрерікса надування жолудка CO_2 , ще й до того в такій скількості, що й на цілком правильнім жолудку, тою скількістю надутім, можна сконстатувати гастроптозу, як се виказали досєвіди на трупах. Так само надуване воздухом, гастродіафанія і інші способи не можуть дати докладного образу досліджуваного жолудка.

Вільний від блудів, які мають инші методи, подає автор свій метод. Засада сего методу є слїдуюча: коли мяжку сонду, наповнену шротом впровадимо до жолудка то вона силою своєї важкості паде на найглубше місце жолудка. Звернувши опісля рентгенівські лучі так, щоб падали на сонду, побачимо її виразно з причини що кульки шроту не перепускають рентгенівських лучів. В той спосіб орієнтуємо ся, що до положеня найнижшої часті жолудка. Відтак впроваджуємо через ту саму сонду до жолудка воздух, котрий виповнює найперше найвишу а по тім що раз то низші часті жолудка аж в кінці дійде до кінця сонди. З огляду що воздух не ставить рентгенівським лучам ніякого опору, проте цїлий жолудок наповнений в той спосіб воздухом, можна пізнати з повною плястикою і докладністю. Сему методови можна зроби́ти закид, що і тут уживає ся до надування воздуха, через що збільшаєсь правільну величину жолудка, як то автор закидає вньшим методам. Закид сей однак усуває ся майже цілковито, коли ся зважить, що

тут для означення найвисшої частини жолудка надуває ся головню велику заглибину, скількість отже до того ужитого воздуха не може побільшити правильного об'єму жолудка. — Поперечні розміри означуємо справді за надутем цілого жолудка, але се надуте йде лишень до тої границі, котра не змінює місця найнижшої частини жолудка визначеної сондою, ані місця найвисшої частини визначеної знов надутем великої заглибини.

Сеї метод подає автор на разі для означуваня положеня, величини, форми жолудка — а про результати, які можна сим методом осягнути в тих і других цілях, загадує автор подати пізніше.

Гр. Гарматій.

Marchoux: Rôle du pneumocoque dans la pathologie et dans la pathogénie de la maladie du sommeil. Annales de l'institut Pasteur. Tome 13. 1899, 25. Mars.

Автор пробуваючи в Saint Louis, французькій колонії в Африці, мав зі своїми товаришами нагоду обсервувати до 200 случаїв запаленя легких у тубильців муринів. Перебіг сеї недуги був тяжкий з комплікаціями зі сторони олегочної, осердя, очеревної, мозкових болон, ставів; процент смертльности великий (60%). За причину такої злосливости запаленя легких подає Marchoux велику вражливість на всякі недугосправчі заразки муринів, їх малу відпорність на зимно, їх негігієнічний спосіб житя, недостаток відповідної одежи, корму, помешканя. Ёго інтересувало головню питанє, які бактерії є виновниками, бодай посередними, сеї недуги. Робив, як каже бактеріологічні розсліди, беручи кров по смерти недужих, дальше мякиш печінки, селезінки, та мозково-хребетну теч, мозкову субстанцію і щеплячи їх на ріжних підложах, переглядаючи під мікроскопом, уживаючи ріжних метод крашеня, ізолюючи поодинокі роди мікробів і остаточно послугуючись інокуляцією на звірятах. Число трупів ужитих до розслідів було невеличке, бо всего 4. З того числа найшов він pneumococcus в крові лише оден раз. В иньших органах, подібно як подає італійський автор Righi, мав найти pneumococcus, але ніколи diplococcus Weichselbaum-a. Яко особливість подає ще се, що звірята щеплені вигодованими культурами з pneumonі-ї у муринів гинули о много скорше, ніж звірята інокульовані заразками недужих європейців. Автор з натиском повторяє приняту бактеріологами гіпотезу, що причиною епідемічного запаленя мозкових болон (meningitis cerebrospinalis epidemica), є pneumococcus.

Він найшов і вигодував сей заразок у всіх случаях тяжкої meningitis cerebrospinalis epidemica і то так в хоробі виступаючій самотійно як наступово по запаленю легких. Перебіг сеї недуги був все тяжкий, виздоровіне рідке, недужі попадали в рід сплячки, ідіотизму. Цікава річ, що автор уживав в таких случаях запаленя мозкових болон антилоетичного лічення і то як каже, з добрим успіхом. Крім того робив проби лічення серотерапією. За приміром Клепперга брав він кров реконвалесцентів по пневмонії, творив з неї serum і ветрикував недужим на запалене легких. Знов подає лише чотирох недужих, на котрих виконав свій експеримент. Серед високої горячки 40—40.9°, деліріїв, виприскував він по 50 кубічних сантиметрів сировати, відтак слідуючого дня 40 куб. цен. дальше 30 через кілька днів. Трох недужих мало виздоровіти перебувши кризу 7 або 9 дня, четверта недужа померла, як каже в наслідок комплікації з боку серця. По ін'єкциях мала температура опадати. Бувби се захожуючий примір уживаня серотерапії в запаленю легких!

О. Д.

Dufour et Raband: Tuberculose pulmonaire chez les aliénés mélancoliques: Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie N. 28. 1899. avril.

Оба згадані лікарі підносять яко незвичайну появу в статистиці туберкульози, часте виступане грудних сухіт у недужих на меланхолію. Розвиток недуги буває повільний, без кашлю, без плювин, без горячки і в наслідок того патологічна справа в легких поступає незамітно, часто її лікарі переочують, тим більше, що недужий не жалує ся в більшости случаїв на груди. Вказівку дотично істнуючої недуги може дати альбумінурия, що виступає часто у таких недужих, а не дасть ся виправдати нічим иньшим.

О. Д.

Griffon: Volumineux anévrysme aortique thoraco-abdominal, sans hypertrophie du ventricule gauche. Séance du 31 mars 1899 de la Société anatomique.

Прелетент представляє великий, циліндричний аневризм що займає собою долішній кінець aortae descendens і горішню частину черевної аорти, по секції помершого на pericarditis purulenta. Недужий ніколи не був терплячим, він слабував всего 3 тижні заки

помер на pericarditis. Аневризм творив в черевній ямі випуклене обмежене малим закривленем жолудка, в горі він сильно піднимав серце, відпихав на перед ліве легке, і прилягав тісно до його внутрішньої поверхні. Собою вижолобив він чотири послідні хребетні круги, отвір аорти в діафрагмі був значно розширений і цілковито не утискав стін аневризмату. Зціпи крови, що виповняли об'єм аневризмату, лишали в осередку вузкий канал для перепливу крови. Таке положенє і уформованє аневризмату не мало впливу на серце. Ліва комора цілковито не улягла переростови ані розширеню.

О. Д.

Gautier: L'iode existe-t-il dans l'air? Séance du 13 Mars 1899, de l'Académie des Sciences.

В своїй цікавій річі старає ся прелегент доказати, що воздух заключає дійсно йод. Він так мотивує: Відкритє тироїдини Ваупманна робить інтересним питанє, відки бере ся йод, що находить ся в звірячїм організмі. Glandula thyreoidea важить у чоловіка около 30 гр. а заключає в собі сама 0.3 гр. йоду. Чи сей конечний хемічний складник організму походить з воздуха, води, або иньшого корму?

Квестия присутности йоду в воздуху і в дощевій або річній воді дала вже почин до числених праць. Chatin мав найти в воздуху Парижа $\frac{1}{80}$ — $\frac{1}{300}$ mgr. йоду на 10.000 літрів воздуха, котрий то об'єм воздуха спотребовує дорослий на віддыханє в протягу 24 годин. Одже на один літр воздуха випадалоби 0.00075 mgr. Десять літрів дощевої води достарчали ему $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{2}$ mgr. йоду. Сї результати потвердили декотрі автори, деякі дослідовачі знова заперечили.

Далі представляє Gautier свої результати розелідів. Він каже: 1. воздух Парижа заключає в собі около $\frac{1}{500}$ mgr. свобідного йоду, або в стані йодових пар на 4000 літрів воздуха, 2. йод найти можна в воздуху в формі розпускальних солий (йоданів) і то яко дуже дрібонький порошок; 3. В надморьскім воздуху найти можна вже в меншій скількості воздуха 200—300 літрів, малі частини йоду, сталого, нероспуцального в воді. Сей йод здає ся містити в воздуху в формі первісних ростин і грибів заключаючих йод, як альги, lichen, мох, ріжні роди грибів або їх спор завішених в воздуху. Морьскій воздух заключає тринадцять разів більше йоду в тих дрібоньких творах буяючих в повітрю, ніж воздух міста. Тому з певною правдоподібністю можно заключати з сего факту що жерелом атмосфе-

ричного йоду є море, котре обнімає в собі таку многість інфузорій, альг etc. що висплають в надморській воздух свої спори, частини відорвавші ся і т. д. Коли йод походить особливо з тіл органічних, то не лишень частинки рослиннок морських в атмосфері міст іменно не дуже віддалених від моря, повинні заключати трохи йоду, но також сей металъ входячи в склад дуже легких тіл, мхів, бактерій, повинен знаходити ся в більшій скількості в поросі позбиранім з предметів і місць више положених. І в самій річі порох позбираний з камінної плити ліхтарні Пантеону, з висоти 77 метрів, містить вісім разів більше йоду, ніж можна знайти в тяжкім поросі, що позбирано на високім місці лише 37 метрів. Кінчачи свою річ прелегент ще раз виражає ся в сей спосіб, що воздушний йод походить з мікроскопних альг або їх спорів морського походження.

О. Д.

Sorel: Arthrite suppurée de l'épaule au cours d'une pleuro-pneumonie. Considerations cliniques et bactériologiques. Le Bulletin Médical N 28. 5. Avril 1899.

Знані і описані є в лікарській літературі случаї комплікації запаленя легких, в формі запалень ставів горішних або долішних кінчин. Число їх одначе невелике сягає яких 0·14%. Не вважаючи на те обсервовано досить часто тяжкі форми arthritis рівночасно з запаленєм легких або пізнійше, але се заатаковане ставів уважано за окрему патологічну справу викликану streptococc-ами а почасти і diplococc-ами. Тої самої думки є і автор; і він вчисливши цілий ряд французьких і німецьких клініцистів що забирали голос в тій справі, наводить історію недуги одного слабого, що згложив ся до єго клініки з появами pleuropneumoni-ї, а у котрого третого дня розвинула ся сильна arthritis лівого рамени з типовим перебігом рожі (erysipelas). Пльовини задані кріликови під шкіру, спроводали смерть звіряти в чотири дні. В крові крілика найшов автор pneumococc-и. Сам недужий помер по 8 днях побуту в клініці. Секція виказала запаленє легких, запаленє олегочної, котра заключала в собі около 250 gr. кровавого плиню. На рамени, в набрякклих і зачервонених за життя місцях, виконані нарізи, представляють ткань натеклу ропою, котра і витікає з долішних партій. Бактеріологічні розсліди виконані по смерти дали авторови такий результат: В кровавім плинї з олегочної найшов pneumococc-и, так само в крові, так само в мякиши легких. В ропі з лівого ставу

рам'ени викрив пневмососс-и попри иньший прутень, що красив ся методом Грама. Крім того найшов bacterium colli commune. В плювинах ще за життя недужого найшов рівнож пневмососс-и. На підставі того, приписує він причину повстанія ріжних форм тяжкого запаленя ставів інвазії пневмососс-а і радить тую недугу поставити окремо, яко цілком віддільну, в ряді иньших до тепер знаних і описаних недуг.

О. Д.

Oderfeld: Zur Technik der Darminvagination. Centralbl. für Chirurgie Nr. 10. 1899.

О. подає новий метод операційного лічення впохвлення кишки, особливо в таких тяжких випадках, де впохвлена кишка дає ся вимацяти через відхідницю. Він оперує так:

I. Закладає одно тисло (давило — Klemme) на кишку допроваджуючу, а друге на кишку о кілька сантиметрів нижше впіхвлєня: Тепер околює і підв'язує брижі (mesenterium) впіхвлєної кишки і повнєше підв'язки перетинає її, а дальше перетинає кишку поміж тислами.

II. Знимає тисла, а асистент притримує відпроваджуючу кишку при тім впіхвлєна кишка усуває ся в долину. -- Тепер зашиває допроваджуючу кишку з відпроваджуючою окружним швом, або зашивши відпроваджуючу кишку робить сполуку (анастомузу).

Метод сей має мати тоту висіість над дотепер уживаним методом Barker-Rydgiera, що операція може бути довершена цілком асептично і що зіште допроваджуючої кишки з відпроваджуючою є легше і певнїше, бо брижі не стоять на заваді. О. оперував своїм методом лиш раз — але перевів багато досвідів на псах, все з добрим успіхом.

Г.

Haegler: Steriles oder antiseptisches Nähmaterial? Centrbl. für Chirurg. 1899. Nr. 5.

Факт, що часто навіть по асептично переведених операціях в коротшій або довшій часі шовкові літатури бувають видалювані з рани серед роплення, спонукав автора до цілого ряду дослідів, маючих на меті показати який, антисептичний чи асептичний материял треба уживати до підв'язок.

В тій цілі брав під мікроскоп поперечні перекрої шовкових ниток видалених з рани, дальше ниток асептичних і антисептичних.

З тих дослідів показало ся, що: 1) видалені підв'язки містили у собі цілу масу зародків бактерій, мимо того, що рота була асептична, 2) що асептичний шовк через виваренє в парі був таким дійсно, але лиш так довго, поки не перейшов через руки оператора, тогди ставав він добрим підложем для бактерій, 3) що антисептичний шовк, то є такий як у дослідях Н. мочений в субліматі, оставав ся вільним від бактерій навіть тоді, коли перетягнуто єго через руки умисне інфекціоновані.

На підставі тих дослідів радить Н. уживати до підв'язок при асептичних операцях антисептичного шовку місто асептичного.

G.

Jonnesco: Die Resection des Halsympathicus in der Behandlung der Epilepsie, des Morbus Basedowii und des Glaucoms. Ctrbl. f. Chir. 1899. Nr. 6.

Ресекцію nerv. sympath. cerv., — операцію, як каже автор, дуже делікатну, але заразом і легку предприняв J. в 61 случаях, и то в 43 случаях епілепсії

— 1 —	епілепсії і chorea
— 1 —	епілепсії і morb. Based.
— 8 —	morb. Basedowi
— 1 —	morb. Based. і glaucoma
— 7 —	зеленого мраку (glaucoma).

Між тими було цілковитих संबічних ресекцій 42, (всі 3 ганглії і часть середна), 1 цілковита ресекція по однім боці, а по другім лише двох вишних гангліїв, — 8 цілковитих संबічних, 3 संबічні частеві, а 7 ресекцій ganl. super. (при мраку).

По думці автора, терапевтична вартість сеї операції дуже велика. З 10 оперованих на morb. Basedowi 6 подужало зовсім, а у 4. наступило значне поліпшенє. При епілепсії процент представляє ся також добре, — подужанє було 55%, — поліпшенє хорового стану в 28%, а не було результату в 15% случаях.

З найкрасшим хісном оперував автор тим способом недужих на зелений мрак (glaucoma), де у всіх знайшов значне поліпшенє, хотя в 3 случаях між тими iridectomia не дала ніякого результату.

Heidenhein: Ersetzung des Katgut durch Seide. Aus dem städtischen Krankenhaus zu Worms. Ctrbl. f. Chir. 1899 Nr. 8.

Що ліпше, — чи кетгут, чи шовк? Питанє то займає в послідних літах велике число хірургів. Одні кажуть, що кетгуту не

можна добре стерилізувати, та що фабрики продукують его тепер в дуже лихим роді.

Чисто суб'єктивний погляд на ту річ публікує автор в своїй праці. Не мав, каже, ніколи довіря до кетгуту, а по останніх двох случаях, з котрих оден закінчив ся смертю лише для лихого роду кетгуту, — залишив его, і вислімінував зі своєї хірургічної практики. Місто кетгуту уживає автор шовку N^o 0, крученого а не плетеного, дезінфекціонує его в стерилізаторі, потому дає до 1% розчину сублімату. До кожного підв'язання уживає осібно відтятої нитки, а решту — по повновім стерилізованю уживає до шкірних швів.

До м'яг рук уживає не сублімату а 1% розчину лізолю, а за приміром Мікуліча не уживає щітки до рук частійше як раз. Автор наводить дальше своє поступоване передопераційне з хорим, а при кінці описує новий стерилізатор фабрики Rohrbecke-а, котрим послуговує ся від 1½ року.

Wagner: Ueber die Diagraphie von Nierensteinen (aus der Breslauer chirurgischen Klinik) Ctrblt. ut supra.

Надї лікарів, що лучі X. будуть помічними при диягнозах каменів жовчних, почкових і міхурових, як доси не справили ся в цілости. І так жовчні камені ніколи майже не дали нам дияграмму; що до каменів міхурових, тут знова лучі Roentgen-а не мають так великого значія для легкости иньших методів дослїду. Ringel (Ctrbl. 1898 Nr. 49) пише, що з почкових каменів рід фосфатових не дає фотографічної відбитки. На то наводить автор 2 проби, де при nephrolithiasis дістав фотографією Roentgen-а образки каменів. Заразом описує автор пробу з фотографованем лучами X. мочанових каменів, шавелянових та фосфатових, і зазначає, що найслабший дияграм діставав завжди з каменів мочанових. Неудачу Ringel-а складає на невідповідний час експонуваня.

Ал. Бач.

Schlatter: Totale Extirpation des Magens. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. B. III. 1898.

Послїдні відомости відносячі ся до случаю витяг цілого жолудка у одної недужої подає автор в сій праці. Недужа померла 29 жовтня 1897, то є в рік і майже два місяці по операції.

В маю по операції недужа опустила шпиталь, і чула ся досить здоровою, в серпни повернула назад до шпиталю з причини що немогла на сьвітї дібрати собі відповідної лехкостравної поживи. Около вересня почала недужа жалити ся від часу до часу на болї в лївім гіпогастріум коли їла тверду поживу. В жовтні мож було намацати в її животї нарїст величини дитинячої голови, котрий розтягав ся від середини живота до лївого гіпогастріум а також побільшені лїмфатичні желези. 18-го жовтня стан єї значно погіршив ся, а 29 т. с. місяця пацієнтка померла. Не стану описувати подрїбно посмертну обдукцію а зазначу що, головнїше.

По перше наступив рецедив первісного рака.

Подруге важний є се момент що ненаступило розширене пролику (oesophagus), анї тонкої кишки сповної з ним по витятю жолудка, од же зберегача на поживу не було. Підперепнева (subdiaphragmatisch) частина пролику могла заледви помістити 100 cm³ а однак хора могла прийняти на раз поживи 300 грамів без найменшого клопоту. З того виходить що плинна пожива сей час з oesophag. переходила в тонкі кишки де була травлена.

В кінци автор каже, що недужа не померла з винищення з причини недокладного травлення а з поводу рецедиву рака, котрий обняв майже всі важнїші органа.

Др В. Сїменович.

Seggel: Ueber die Anforderungen an das Auge und die Sehstoerungen beim Schiessen der Infanterie. Deutsche Militaer-aerztliche Zeitschrift, 1898, Heft 8 und 9.

Око добре видяче видять предмети точно, коли їх видить під кутом 5¹, око гірше видяче потребує більшого кута, щоби видїти. Автор роземотрює питанє, до якого степені може обнизити ся бистрість зору, щоби жовнїр піхотинець міг вдоволити вимогам служби дотично стріляня з теперішної пушки, взору з року 1888. Щоби добре стріляти, треба добре цюловати. До цюлованя находить ся на пушці, коло кінця блишого до ока, насада (Aufsatz, Visir) з карбом (Visirkimme) по серединї, через котрий треба дивити ся на мушку (Korn) поміщену на кінци пушки, дальшїм від ока. Цюловати значить поставити на одній лінії осн видження око, карб насади, мушку і бажаний предмет. Мушка має бути уставлена своїм верхком в серединї карбу; коли вона стоїть в карбі за високо, тоді стрїл іде за далеко; за близько-же, коли мушка ледви покаже ся своїм чубком в карбі. Стрїлець мусить найперше видїти карб, віддалений від ока

0,42 метра, а глибокий 1,4 mm; око видить карб під кутом $11^{\circ} 27''$, а що правильно видяче око потребує до точного видження лиш 5° , то виходить з того, що карб видить і око з бистротою зору менчою, ніж половина. Мушка віддалена від ока 1.02 метра, а досвідчена автора показали, що треба бистроти зору більшої ніж половина, щоби видіти точно мушку. Яко предмети цильованя брав автор шайби, котрих вичисляє 16 родів і задержує ся головно на тих шайбах, що представляють кілька повних фігур стоячих попри себе; уставляє ті шайби на 500 — 600 метрів віддали, котра відповідає в приближеню дійсности битви і знаходить при своїх досвідах, що до видження тих предметів потрібний є кут 8° , значить бистрість зору мусить вносити $\frac{5}{8}$. Освітлене предметів розуміє ся при тім середно добре, бо коли з причини дощу, мраки або серед ліса, зменчає ся освітлене то зменчає ся рівномірно також певність цильованя. Причини обнижаючі бистроту зору а даючі ся усунути суть: міопія, астигматизм і гіперметропія. Неповравлена шклами міопія

0.5 D	обнижає бистрість зору на $\frac{6}{9}$
0.75 D	” ” ” ” $\frac{5}{8}$
1.0—1.5 D	” ” ” ” $\frac{6}{12}—\frac{5}{12}$

Треба проте кожду міопію, вишу ніж 1.0 D поправити шклом, коли не хочемо позбавляти ока можливости доброго цильованя. Астигматизм треба конечно поправити шклом, бо він зменчає бистрість зору нисше $\frac{3}{5}$, коли різниця рефракції в обох головних меріדיанах переходить 1.0 D. Гіперметропія високого степеня обнижає бистрість зору так дуже, що очи не суть спосібні до задачі їм поставленої. Середні степені гіперметропії з достаточною бистротою зору повинно ся поправляти шклами особливо тоді, коли око не може уставити ся на карб насади, яко точку близьку (punctum proximum), навіть по з'ужитю цілого запасу аккомодациї. На примір при гіперметропії 8.0 D може чоловік 20-літний розпоряджаючий аккомодациєю 10 діоптрий, уставити око на 2.0 D, т. з. на віддалене 0,50 метра; карбу насади, віддаленого від ока 0,42 метра, без шкла не може видіти. Треба дати оку шкло вигнуте о силі 4.0 D, відповідаюче єго явній гіперметропії, котра в віці 20-ти літ вносить половину цілковитої.

Є річею не можливою видіти точно і рівночасно карб насади, мушку і предмет цию, а коли налягаємо на те, щоби карб і мушку видіти точно, то діє ся те тому, що гіперметропи без шкла не могли би зовсім видіти карб насади точно, противно-же міопію о 1.0—1.5 D міопії видять карб і мушку добре або бодай достатчно і без шкла поправляючого, а при тім научили ся і уміють

видіти предмети дальші ніж їх пункт далекий (*punctum remotum*) в розсіяних кружках і орієнтують ся в них в спосіб вистарчаючий.

Автор подає дальше деякі уваги дотичачі цильованя. Презбіопи потребуєт шкла вигнутого, хотяй суть емметропами, коли їх пункт близький вийшов поза 0,42 метра від ока, що наступає по 50-ім році житя. Вправді можна би пересунути насаду дальше від ока а близьше до мушки, але те має свою границу, бо коли насада за близько мушки, то уставленє мушки в оси видженя стає ся дуже трудним.

Високі гіперметропи, котрі єще в силі аккомодувати на карб насади, жалують ся нераз, що він їм счезає нагло і вони не можуть єго якийсь час видіти. Діє ся те тому, що око з'уживає цілий засіб аккомодациї, щоби уставити ся на пункт близький, де лежить карб насади, але витримує в тім напруженю лиш коротко, почім мясень промінниці (*musculus ciliaris*) мучить ся і переостає аккомодувати. Подібна скарга може появити ся також у міопів, але тут причиною є корч аккомодациї, викликаний бажанєм точного видженя. Астигматики дістають також нераз корч аккомодациї. Той корч буває часом такий упертий, що вимагає ліченя атропіном; часом-же уступає добровільно під впливом нового занятя жовніря, котрий уживає своїх очей більше до видженя далеких предметів, при чім очи не потребуєт аккомодувати так дуже як в горожаньськєм житю; коли корч попустить, то очи відкидають ввігнути шкла, уживані може пару лїт з причини спастичної міопії.

Автор виступає проти хибного погляду, начеб-то до видженя в даль при стріляню треба бистрійшого зору, ніж при пробах зору в комнаті.

До доброго цильованя потрібна є вправа, бо око видить предмет цию все в розсіяних кружках і мусить научити ся тим вдоволяти ся, коли тим часом карб насади або мушку видить точно; вправою поясняють ся також добрі успіхи стрільців з бистротою зору менчою ніж нормальна або у міопів без шкла поправляючого. Крім вправи в стріляню треба також уміти оцінювати віддалене предмету, при чім помічне головно стереоскопове видженє і досвід, котрий нас научив на примір що кінь, котрого величина нам знана, стоїть далеко, бо образ єго на нервівці є малий.

Demicheri: Actinomycose conjonctivale. Archives d'ophthalmologie 1899, Nr. 2.

До тепер описано актіномикозу повік (части шкірної), кілька разів актіномикозу слезових доріг а лишень один раз актіномикозу

злучниці коло слезної бородавки (*caruncula lacrymalis*). Сей одинокий случай обсервований в Італії описав De Vicentiis у хорого, що жив в Buenos-Ayres. Внутрішня часть злучниці лівої галини очної, показувала повнеше каранкулї туз сіраво-жовтий завбільшки конопляного зерна, понисше него троха менча булька майже прозора, а на краю цілої опухлини, ближше берега прозоркового, кілька малих сіравих тузочків, видних лишень сочкою. Зразу гадали, що то голова і хвіст цистіцеркуса, але по наколеню бульки нашли в її плинї грудки складаючі ся з мас актіномикотичних.

Автор описує другий случай актіномикози злучниці у хорого 18-літнього, впрочім зовсім здорового. Здовж горішного берега хрястки лівої горішної повіки лежало на внутрішних двох третинах злучниці 15 сіраво-жовтавих пунктів завбільшки $\frac{1}{10}$ mm до $\frac{1}{3}$ mm. По наколеню їх дав ся виказати в узвеканім змісті типовий грибок актіномикози. Хорий терпів від кількох днів на нежит злучниці обох очий. Спосіб зараження позістав невияснений; хорий не мав нічо до роботи з годовлею худоби, жив від кількох літ в місті (Montevideo). Зараженє могло наступити за посредством трави, соломи, остя з колося, полови, пороху заключаючого в собі ті самі річи, дров і т. п. До тепер не знаємо безпосередного перенесеня актіномикози з чоловіка або звірини на чоловіка.

Nuel: Étiologie et pathogénie des cataractes polaires antérieures. Archives d'ophtalmologie 1899 Nr. 1.

Катаракта бігунова передна є то біла плямка на переднім бігунї сочки очної, одже в середині зріниці, округла, точно ограничена, в приближеню 1 mm широка, звичайно на обох очах. Анатомічно представляє ся та плямка зложена з ткани верстоватої і волокнистої, лежачої під болонкою сочки (*capsula lentis*) на місці клітин наболони сочкової, заникшої на тім місці.

Понеже у дорослих повстають подібні часткові затемнення сочки, в наслідок справ запальних ропних в прозорці з продіравленєм її, при чім витікає вода передної комори а дугівка і передний бігун сочки прилягають до ропного огнища, то панує таке задивлюванє, що катаракта бігунова передна могла повстати в подібний спосіб, але еще в часі середродничного житя плоду. Автор застановляє ся над тим і приходить до висліду, що та катаракта є недугою повстаючою в позародничнім житю плоду, набутою новородками в наслідок *blenorrhoea neonatorum* без попередного продіравленя прозорки.

Автор обсервував частію лично, частію зібрав кілька чужих обсерваций *blenorrh. neonat.*, в котрих переконано ся на початку недуги як можна найпевнійше, що на сочці не було жадних плямок. Недуга переходила без̄ продіравлення прозорки а за місяць або два місяці спостережено катаракту передного бігуна сочки. Автор пояснює те так: з прозорки зараженої гоноккокками проникає чинник викликующий недугу до передної комірки і стикає ся тут з дугівкою і тою частію болонки сочки, котра в зріниці не є покрита дугівкою. Приходить до запаленя дугівки і зліпленя її з передною болонкою сочки (*synecchia post.*): в обсягу зріниці, широкої 1 mm, дразнить чинник недугосправчий клітини сочекової наболони, котрі множать ся, ростуть, витворюють ткань волокнисту, укладаючи ся в верстви, значить: катаракту бігунову передну; коли устане процес запальний, зникають задні зліпи дугівки з причини великого всисаючого свойства молодого організму, зменчають ся дуже значно або зникають плями прозорки а остає катаракта, котру знаходимо у дорослого в тій самій величині, як она витворила ся в перших днях життя, точно в середині зріниці, тепер більшої ніж у новородка.

Rochon-Duvigneaud: Dilatation des voies lacrymales chez le foetus et le nouveau-né consécutive a l'imperforation de leur orifice inférieur. Conditions anatomiques qui favorisent la dacryocystite congénitale. Archives d'ophtalmologie 1898 Nr. 2.

Носовий кінець слезового провода у новородка не є отворений, але представляє ся яко мала булька, лежача під долішною мушлею носовою, з малою білявою плямкою на тім місци де має пукнути, подібно, як пропукають чираки, і тоді витікає з слезового каналу єго дриглястий зміст до носової ями. Коли болонка замикаючи носовий кінець каналу є за груба, то вона не пукає у новородка зараз, зміст каналу змагає ся, напинає болонку, а та, в формі міхуря, пхає мушлю носову медіально а сама доходить нераз майже до долішньої стіни носової ями. В той спосіб є дані умови до повстаня розтягнутого запаленя мішка слезового (*dacryocystitis*), коли до змієту єго дістане ся заказа (інфекция).

Автор найшов на 31 новородків (уроджених в час або перед часом) три рази розширений слезовий провід, і то: 1 раз по обох боках а 2 рази по лівім боці. Правильна довгість проводу вносить 12 mm, широкість 1.5 mm; в згаданих трох случаях була найбільша довгість 15 mm а широкість 3 mm, в однім препараті навіть 4 mm і то в кістній частині проводу. На внутрішній поверхни

проводу показують препарати фалди слезової болони а болонка замикаюча долішній отвір посідає еще кровні судини, знак, що не скоро пукне. Зміст каналу складає ся з клітин, могучих бути лейкоцитами або з розпадин волокнини. Розширене дотичить найбільше мягких частий, пса кістним каналом, однако слезові каналики (*canaliculi lacr.*) є все правильні.

В другій серії препаратів показує автор, що кінець носовий слезового проводу є замкнений двома болонками, лежачими одна над другою, продіравленими, але ті отвори не лежать оден над другим, так що через приляганє обох болонок провід може бути цілком замкнений.

В обох разях може одноразове введенє сонди Bowman'a знести перешкоди дорожності проводу і через усуненє розположеня до запаленя, запобічи розвиненю ся недуги.

Abadie: Nature et traitement du glaucome. Archives d'ophtalmologie 1899 Nr. 2.

На коніресі французьких окулістів 1897 р. висказав автор гадку, що глявком походить з подражненя нервів розширяючих начиня (*nervi vasodilatatores*), коли противно в послідних літах многі праці над відпливом течей з галини очної, над каналом Шлема і над кутом дугівково-прозорковим, шукають в тих власне місцях причини недуги, не дали однако почину ані до одного практичного способу ліченя глявкому.

Грефе зробив щасливе відкритє, що глявком острый і підострий дає ся вилічити ірідектомією, але він мусить сягати можливо далеко краю промінниці. Широкість вирізаного куєника дугівки є підрядного значіня, противно-же може вистарчити само розрізанє дугівки, але цілковите. Користний вплив сеї операції пояснює автор розрізанєм волокон нерву симпатичного. Колиби причиною глявкому була неправильність кута дугівково-прозоркового, то годі би було зрозуміти ієтнованє появив глявкоматичних в очах позбавлених, через кількарразові ірідектомії, цілком або майже цілком дугівки. Також незрозумілим є в таким разі діланє атропіну, викликуючого глявкоматичні болі в оці позбавленім дугівки; за те зрозуміємо те діланє атропіну, коли приймемо яко причину єго вплив на нерви розширяючі начиня.

Hippel і Grünhagen зробили досвідченє, нині троха призабутє, що середчерепним дразненєм нерву *trigeminus*, одже нерву чутєвого,

викликує ся острый г'явком. Те досв'їдченє понимаємо нинї так, що не дразненє волокон чутєвих але симпатичних, йдучих в тїй самїй похві а виходячих з ока, є причиною острого г'явкому. Таке досв'їдченє робять лїкарї що день несв'їдомо ось як: коли оперує ся одно око хоре на острый г'явком а друге є здорове, то лучає ся, що по операції виступає острый г'явком на короткий час на оці здоровім функціонально і анатомічно — а дїє ся те з причини уразу симпатичних волокон на оці хорім при операції. Dastre і Morat доводять того само ось яким досв'їдченєм: коли дразнимо II, III. і IV. корінь симпатичний шийний, видимо зачервленє уха, уст того самого боку; коли перетнемо симпатичний пень і дразнимо єго центральну часть, то остає той сам бік без зміни, а за те червонїє противний бік.

З огляду що ірідектомія помагає в острих і підострих г'явкомах, видно через перерізанє симпатичних волокон виходячих з ока і йдучих центрально разом з нервом *trigeminus*, а в г'явкомах хронічних простих не помагає, то думає автор, що причиною тих посьлїдних є нїнші волокна симпатичні, а іменно ті, що йдуть з нерву симпатичного шийного здовж *art. carot. int.* і доходять до *ganglion ciliare*. Тому приходить автор на гадку вирізати в тих разях *ganglion cervicale super.*, або бодай перерізати волокна виходячі з того *ganglion* і формуючі *plexus art. carot.* Автор подає оден случай г'явкому належачий сюда і оперований в той спосіб, котрого перєбіг відповідає висказаній теорії. При тїй спосібности згадує, що не можна досв'їдченє фізіологічних приміювати впрост до патології, бо по перерізаню нерву симпатичного і винятю *gangl. cerv. sup.* у оперованої хорої остали зріниці середно широкі і відділювали точно на св'їтло, коли противно в досв'їдченях фізіологічних зріниці звужають ся по перерізаню симпатичного нерву до *maximum* а св'їтло на них не дїлає.

Trousscau: Traitement opératoire de la myopie par l'extraction du cristallin transparent. La presse médicale 1899 Nr. 27.

Око емметропа опероване з причини старечої катаракти стає гіперметропічним через утрату сили ломливости витягнутої змутнілої сочки. Выпукле шкло о силї 10 до 12 D дане такому оку робить єго здібним лучити лучі рівнобіжні на нервівці, себ то видіти предмети далекі. З того мігби вносити кождий не добре обізнаний з річею, що сила ломливости сочки виносьть 10 до 12 D. Однакo так не є. Досв'їд учить, що міопи о 10 до 12 D стають по

втягненню сочки гіперметропами 3 до 5 D, а рахунок узглядняючий силу скла потрібного до знеутралізованя міопії і его віддаленя від вузлового пункту ока (Knotenpunkt) подасть нам числом нашу похибку. Виходить з того, що низші міопії ніж 14—15 D не надають ся до лічення через втягнене прозračної сочки. Міопічні очі о 15 до 17 D обіцюють найбільше, що стануть по операції емметропічними. Висші степені міопії остануть і по втягненню сочки відповідно міопічними.

Думка лічення міопії високих степенів втягненем прозračної сочки не нинішня. В р. 1786 говорять о тім Desmonceaux а виконує тую операцію Wenzel. Але відай успіхи були дуже мізерні, коли операцію занехано, хоть о ній не забуто. Фукаля (у Відни) взяв ся (1889) знов до виконаня сеї операції і се его велика заслуга; ему послідував у Франції Vacher (189⁷) а потому много иньших. Операцію виконують в двох актах так, що найперше натинають передну болонку сочки і через те мутнїє сочка, чотири до пятнайцять днів пізнійше віддаляють змутнілі маси. У осіб понад 40 літних витягає Vacher сочку, як при операції катаракти, бо сочка має вже тверде ядро, а по 3—4 неділях ростинає або витягає позісталі маси. — Операція не є в дійсности так проста, як видає ся зі сказаного. Підчас мутнїня сочки пічняють мутнїючі части, викликають часто підвишене середочного тиску, значні болї, запаленє дугівки і промінниці, відчіплєне нервівки. Коли мутнїє відбуває ся без тих немилых припадів, то чекають, аж сочка добре змутнїє і тогди випускають мутні маси. Коли за одним разом не вийдуть всі, то треба повторити то само і другий і третій раз. А то є некористне для бистроти зору. Тому не можна назвати сеї цілої операції малою або незначною. Низші ніж міопії 15—17 D не надають ся до операції, бо такі очі і по операції, хоть зовсім удалій, можуть видіти далекі предмети лише при помочи випуклого скла. Хто має міопію 15—17 D або й висшу, але зносить добре поправляючі скла, тому не треба ніякої операції. Коли одно око осліпло з причини відчіплєня нервівки, то другого ока не треба оперувати, бо через те можна і на тім оці приспішити повстанє тої недуги.

В антисептиці і асептиці маємо вправдї средство запевняюче успіх операції, але воно не є безвзглядно певне і тому не треба оперувати обох очей рівночасно, або коли чоловік має лише одно око.

По операції дістає нервівка більші образи, ніж коли сочка була в оці, і яснійші. Коли око по операції стало емметропічним,

то є увільнене від ношеня важкого скла, котре надто давало образи забарвлені. Всі очі позбавлені сочки трять аккомодацию, а се страта дуже велика для людей працюючих науково і маючих до діла з предметами дрібними, лежачими не далеко від ока. До операції надають ся проте люде, котрі мають видіти предмети більші і в значнім віддаленю від ока. Вік терпіїв найвідповіднійший межі 12-им а 30-им роком жита.

Schmeichler: Ueber Protrusion des Augapfels. Wiener Medicinische Wochenschrift 1899. Nr. 8 і 9.

Автор застановляє ся над ріжними причинами валоокости і подає обширнійше дві власні обсервації, де пізнане причини хвороби було тяжке. Перший терпій 52 літний перебув перед 20 літами сифіліс, впрочім здоров. Ліве око почало перед тижнем виступати з очної ями серед незначних болів підчас дня, а рухи его на діл були обмежені, через що поветали подвійні образи, стоячі над собою і на вхрест. Око виставало найбільше в четвертім дни обсервації, на 10^{mm}. В двох перших днях подавали *natrium salicylicum* без хісна, потому *kalium iodatum* по 1, 2 і 3 gr. денно. По трицяти грамах *kal. iod.* уступила валоокість зовсім, бистрість зору, обниживша ся підчас найсильніше розвиненої недуги на $\frac{1}{16}$, вернула до правильного стану, подвійних образів нема. Автор уважає за причину валоокости запалене окістної болони долішньої стіни очодолу з причини перебутого сифіліс, що є власне незвичайне, бо *periostitis syphilitica* виступає звичайно на горішній стіні очодолу і є получена з болями в ночи. Надто терпій був жонатий від 13 літ і був вітцем чотирох здорових дітей.

Другий терпій 54 літний спостеріг перед 10 літами незначну валоокість з правого боку, але ні сам ні лікарі не привязували до того ваги. Від 3 літ почала валоокість побільшати ся скоршим темпом і дійшла 11^{mm}; бистрість зору = $\frac{6}{60}$; рефракция є гіперметропічна часом 4 D, часом 3 D, а за здоровля була еметропічна. Долішня повіка опухла а палець введений межі очну галину а долішню стіну очодолу стрічає опір троха більший, ніж тістистий, але через утиск не дає ся валоокість зменчити. Жили дна ока сильно наповнені, розширені і повигинані. По кількох місяцях збільшили ся болі в оці і очодолі, але бистрість зору поправила ся $\frac{6}{24}$ — $\frac{6}{18}$. При операції (професор Фухе) показало ся, що причиною валоокости є тумор завбільшки волоского оріха зложений з кровних судин о значно згрубілих стінах, чим пояснює ся брак виразної

стискальності властивої туморам з кровних судин. При вилуцованню тумору, лежачого в задній частині очодолу, межі його долішною стійною а лійкою мяснів очної галини перервано arter centr. retinae і через те око осліпло. По чотирох неділях не було сліду валюкості, очна галина порушала ся правильно а дно ока представляло зник нерву очного і білу пляму в околиці жовтої плямки завбільшки бородавки очного нерву.

Ulry et Frézals: Recherches expérimentales sur la pénétration dans l'oeil de collyres aqueux d'iodure de potassium. Archives d'ophtalmologie 1899 N. 1.

Автори робили досліди, кілько і по яким часі показує ся йодок потасу в воді передної комори очної і в тілі шкляннім, 1⁰ коли вкroppлює ся розчин тої соли в мішок злучниці, 2⁰ коли подає ся сіль через жолудок і 3⁰ коли рівночасно вкroppлює ся і дає внутрішню. Йод означали в сірчаку вугля по виділеню его kwasом сірчанним і мірили его скількість умисно придуманою скалею. Заключення сеї праці є такі: 1⁰ йодок потасу респущений в воді вкroppлюваний в мішок злучниці переходить в воду передної комори; 2⁰ в тілі шкляннім знаходить ся йодок потасу лиш тоді, коли він дістав ся в загальне кружене крови (тоді він є і в мочи); 3⁰ клінічні скількості йодку потасу подані через жолудок не дають реакції в тілку шкляннім — хіба слабі сліди; 4⁰ при вкroppлюванню йодку в мішок злучниці і подаванню внутрішнім дасть ся виказати значнійша скількість сего ліку в воді передної комори.

Ulry et Frézals: Des collyres aqueux de salicylate de soude. Archives d'ophtalmologie 1899 N. 2.

Коли подаємо внутрішню великі клінічні скількості саліцилянну соду, то переходять ледво сліди его до води передної очної комори при вкroppлюванню 5% розчину водного тої соли в мішок злучниці виказали автори значно більшу скількість в воді передної комори, а скількість означали хльораком желіза. Автори поручають вкroppлюванню саліцилянну соду при ревматичнім запаленню дугівки, при котрім все виділи корисеть з того.

Ulry et Frézals: Rôle de la cornée dans l'absorption des collyres. Archives d'ophtalmologie 1899 N. 3.

Водні розчини ріжних ліків, а також поручені в посліднім часі розчини в товщах (олива, вазеліна, смалець, ляноліна) введени

в мішок очної злучниці переходять в воду передної комори. Куди вони там дістають ся, є річею спірною. Над тим робили автори досвідчення і приходять до слідуєчих заключень: 1^o водні розчини передістають ся з злучницевого мішка до передної комори через прозорку; через злучницю входить лишень дуже незначна часть; 2^o при всисаню водних розчинів захоує ся прозорка, наче би була зложена з рьду болон о ріжній переходимости; 3^o прозорка не всисає товщів; ліки переходять через прозорку з товщових розчинів в той спосіб, що розпускають ся в слезах і яко водні розчини всякають в прозорку і переходять через ню.

Др Михайло Кос.

Le Bulletin Médical: Nr. 19, 1899.

а) Случай острої інверзії родниці.

Цілковита інверзия родниці є дуже рідка, на увагу заслугоє случай Haslewood (Lancet, december 1898). Сей случай інтереснійший тим більше, що відбув ся в приватній практиці. Розходило ся о жінку дуже ніжну, котрій при породі повитуха давала поміч. Ся не могла в жаден спосіб увільнити місце (placenta). Покликаний лікар сконстатував крайній запад жінки (collapsus) і цілковиту інверзию родниці, котра лежала між удами. В дні родниці (fundus uteri) прилягало ще по части місце. Кровоток був надзвичайно сильний, живчик ледво чутний. По десинфекції розчином hydrargyrum bijdatum вдалось Haslewood-ови місце увільнити, інверзию родниці не міг направити. Покликав про те еще другого лікаря до наркози. За помочию анестезії етером і помякшеню мяснів в наркозі, вдало ся з великим напруженем вложити родницю в правильне положенє. Виздоровленє постійне.

б) Отроєнє tinctur-ою cannabis indica :

Знаємо, що фізіологічне діланє tinct. cannab. indic. залежить від препарату.

Для того повинно ся се средство дуже обережно вживати і не сьміє ся переступити максимальну давку с. є. 20 крапель pro dosi. Roche (Lancet 24. decemb. 1898) наводить случай отроєня в випадку, в котрім зістала максимальна доза троха перевишена.

Недужа терпляча наслідком hemicrania, на котру богато иньших ліків давалось без успіху, мала по припису лікаря зажи-

вати що 4 годин 12 minims, се значить 35 крапель tinctur cannab. indic., до усмирення болю Кілька мінут по другій дозі, мусіла недужа в наслідок великого ослаблення положити ся до ліжка. Прывликаний лікар найшов її в веселім настрою, котре не могла опанувати.

Притомність була захована. Говорила живо, очи горіли, побільшені зрінці реагували на сьвітло.

Живчик повний, правильний, недужій здавало ся, що їй ходять мурашки по тілі.

Терапія чорною каваю. По 1½ год. цілковито успокоїла ся.

Се не є одинокий случай в Англії.

Taylor оповідає про случай Lynch'a (Lancet, septembre (1871), де наступили симптоми отроєня по 7. minims = 20 краплях. Attlee (Brit. med. Journal, Octob. 1896) цитує случай в котрім 12 літна дитина 25 краплями отроїла ся.

E. K.

Jour. de Sages Fem. Вимір голови дитини в лонї матери.

Perret вимірював у 94 матерей голови дітей в їх лонї і в кождім випадку, як показало ся по уродженю дитини, ріжниця в вимірі не переходила двох міліметрів. Він робив се в той спосіб: жінку укладав він на краю ліжка і розпізнавши положене голови дитини через піхву, за помочою маніпуляції з верха живота, укладав він її в поперечне положене. Occipito-frontal-ний вимір брав він через поволоки живота за помочою поділеного „Cephalometr'a“. Опісля відтягав він від першої загальної міри подвійну грубість поволоки живота, котру знова діставав він в той спосіб що піднесши фалду шкіри на животі вимірював її. А позаяк відомо є що biparietal-ний diameter менший є о яких 25 cmт. від occipito-frontal-noro, по відтягненю одже 25 cmт. від occip. front. виміру дістанемо biparietal-ний а тим самим найголовніші два виміри дитячої голови.

Thèse de Paris 1898. Дім вільний від всяких можливих мікробів.

„Leeds Hospital Magazine“ подає опис такого дому. Найбезпечніший дім на світї від всяких мікробів збудував собі оден німецький бактеріолог в Yokohama. Дім збудований є з шклянних цегол. Вікон він не має а двері коли зачиняють ся є герметично замкнені. Воздух до хати втискає ся рурою і фільтрує ся через вовнянну

затичку, котрою рура є заткана. Щоби стерілізацію повітря еще докладнійше забезпечити, воздух а радже струя єго паде на шклянну плиту намочену гліцерином, котра виловлює до решти мікроби, котрі протиснулись через затичку. Не велике число мікробів, котре занесуть прихожі до хати гине під ясними лучами сонця, котрими дім є переповнений. Середини цегол з котрих дім є збудований є наповнені сільним розчином, котрий всякає в себе горячість лучей сонця, так що комнати дому є о много холоднійші а ніж як би були збудовані з тїнистого непрозрачного материялу. Вечером і ночею є дім огріваний тим теплом яке з себе видає сільний розчин, що через день абсорбував сонїчне тепло.

Thèse de Paris 1898. Як означити вагу дитини в разї породу ніжками?

Bruyère каже, коли дитя є доношене а мати була здорова через час своєї тяжі, то вагу дитини можна обчислити в приближеню в той спосіб, що вірять ся bimalеolar-ний і bicondyloid-ний діаметер в колїнці стопи, а виразивши ті числа в cent. а додавши до них три зєра будем мати вагу дитини. *Др В. Сїменович.*

Caselli: Recherches expérimentales et bactériologiques sur la fièvre puerpérale, рефер. Labbé, La Presse médicale N 27. 1899.

Автор перестудіював патогенетичність streptococc-ів puerperal-ного процесу на звірятах і подає свої результати як слїдує: 1. по виконанї ляпаратомії у заячих самичок, вщепляв в насаду родниці два кубічні центиметри бульонової культури streptococc-ів і в сей спосіб спроваджував смерть звіряти в протягу одного до трех днів серед появів септикемії. 2. Інокуляція streptococc-ів до родниці двох самиць в тяжи, спровадила поронєнє вже в 12 годин пізнійше, а смерть наступила в 26 в зглядно 28 годин в наслідок септикемії. 3. При помочи сонди Caselli робив ранки в слизистій болонї піхви звіряток і всував відтак тампони з вати наповні культурою зі streptococc-ів. Тампоники міняв що дня. Чотири самички кріликів згнуло по такій процедурі в третім, четвертім, семім і осьмім дни на загальну септикемію. 4. В піхву одной вагітної самички впровадив він тампоник наповнений культурою streptococc-ів. Пятнайцятого дня опісля вродило ся четверо молодих, що погинули слїдуючого дня. Чотири дни пізнійше занедужала і мати і згнула.

При секції найшов автор родницю вишовнену мішаниною крові і роши, маленькі боляки в стінах родниці; яєчники, печінка і селезінка набрясклі. Родниця і селезінка заключали streptococc-и.

Опісля зробив автор другу пробу на иньшій самици. В двайцять два дни по заложеноу до піхви тампонику зі streptococc-ами звірятко родить четверо неживих молодих, а відтак одинайцять днів пізнійше само гине. При автопсії найдено peritonitis purulenta, такої самої природи запалене олегочної і мозкових болон, зі всіми звичайними патольогічними змінами в тій недузї. Streptococc-и були у всіх орґанах і в крові.

В третім случаю, серед тих самих обставин що попередні, родить звірятко 45-го дня шестеро молодих, котрі гинуть в однім дни. 5-го дня витікала рошна теч з піхви, осьмого дня по породі зпаралізоване самички, десятого дня смерть. Автопеия виказала рошне запалене родниці і таке саме запалене осердя. Streptococc-и у всіх орґанах і в крові.

На підставі тих експериментів Caselli заключає: а) Streptococcus впроваджений до порожної або тягитної родниці може спровадити смерть через загальну інфекцію. б) Streptococcus може дістати ся також через ранку в елезистій болоні піхви і в той спосіб спровадити смертельну інфекцію. в) Streptococcus впроваджений в здорому піхву може тут заховати довгий час свою заразливість, а відтак по довгім часі, як в однім случаю 45 днів, може спровадити септикемію, коли в тім часі наступить порід або поронене. г) Недуга розвиває ся під ріжною формою, д) раз виступає загальна септикемія, то знов роши на дні родниці, то запалене яєчників, salpingitis і роши метастази в орґанах лежачих по дальше від родниці.

О. Д.

Le Bulletin Médical Nr. 20. 1899. Penitis gangrènosа наслідком прутня paracoli (paracolibacille).

Malherbes і Monnier з Nantes подають інтересний случай phimosіs в 80-літнього старця полученій з вередом (ulcus) на жолуди і притикаючим praeruptium, з котрого впливало багато смердячої роши. Corpora cavernosa значно індурованы.

Прості висліди бактеріологічні і культури роблені (aérobies et anaérobies) виказали діпльо- чи стрептобациля, дуже рухливого, не вірулентного, належачого після наведених авторів до paracolibacill.

Е. К.

Дещо з воєнно-лікарської статистики за рік 1897.

На 1000 люда що ставлялись до воєнної повинності узнала комісія спосібними до воєнної служби:

року:	1895	1896	1897
у львівськiм воєннiм окрузi (Militär-Territorial-Bezirk)	225	252	275
у перемискiм	249	283	317
у краківськiм	215	243	263
у віденьськiм	220	253	318
у пештеньськiм	324	339	404

У львівськiм, перемискiм і краківськiм воєннiм окрузi було на цілу Австро-Угорщину найбільше таких людей, що не дійшли висоти 153 см. (У Львові 47‰ у Перемишлі 64‰ у Кракові 47‰ у Дальмації лиш 7‰). На цілу Австро-Угорщину найбільше неспосібних до воєнної служби через слабосильність (Körperschwäche) було в окрузi (Ergänzungsbezirk) чортківськiм 638‰. Коли взяти до купи усї хороби, задля котрих комісія признала неспосібними, то виходить що між Русинами найбільше між усїма народностями було „слабосильних“. За Русинами ідуть Хорвати. Найменче „слабосильних“ давали Німці.

Між вояками виказували Русини найвижший ‰ смертelnости (7·75‰), найбільше в порівнаю до вньших народностей було між ними пересїчно денно хорих (42·9‰) і найдовше тревали їх хороби, 21·4 пересїчно днів хороби усїх хорих разом взявши. Сї дані узяті із чисто руских полків нр. 9, 24, 58, 95. Я. О.

Термінологічний витяг з цілого Випуску.

Зладив Др. Е. О.

А.

abscessus, ропень.
abundantia, обильність.
Accomodationsvorrat, запас, за-
сіб аккомодациї.
agrupnia, безсонність.
alvus, столець.
anastomosis, сполука, перегорода.
anomalìa, неправильність.
antihidroticum, протипотний.
ascites, черевна опухоль.
asthma bronchiale, озявна ду-
шниця.
atheromathös, затвердлий.
aufblasen, надувати.
Aufsatz, насада.
auscultatio, прислух, вислух.

В.

Beckenenge, тіснота лохани.
beiklingend, позвінкий.
Beimischung, домішка.
benignus, добротливий.
Besichtigung, огляд.
bicornis, дворожний.
bissig, їдкий.
bläsig - gross-mittel - klein, грубо-
середно-дрібно-баньковатий.
Buttersäure, масляний kwas.

С.

cachektisch, знидлий.
canalis lacrymalis, слезовий про-
від.

capsula lentis, болонка сочки.
caruncula lacrymalis, слезна бо-
родавка.
cavum nasale, носова яма.
cellulae aerae, нім. Lungenbläs-
chen, віддихові міхурчики.
cholelithiasis, жовчеві камені.
cicatricare, загоїти ся.
circumscriptus, обмежений.
clitoris, скоботень.
coagula, зціпи.
colon, окружниця.
colostrum, клий.
commissura, перегорода.
compensatio, вирівнане, рівновага.
consecutiv, наступово.
consumptio, винищене.
Convexität, випуклене.
corpus vitreum, шкляне тіло.
curvatura ventriculi, закривлене,
заглибина жолудка.
cyanose, синиця.
cyanotisch, засинений.

Д.

dacryocystitis, запаленє слезо-
вого мішка.
debilis, немічний.
degeneratio, зvierоднїне.
depressio, пригноблене.
diarrhoe, розвільнене.
diastole, розкорч.
Doppelbilder, подвійні образи.

doppelseitig, обобічний.
 dorsalis, спинний.
 drohende Ruptur, грозяче перерванє.
 Druck, уґніт.
 dubius, сумнівий.
 durchgängig, прохідний.
 dyspnoe, душність.

Е.

Eigenschaft, питоменність.
 einseitig, обобічний.
 Eiterkörperchen, ропне тільце.
 embolia, зачопованє.
 Entfernung, віддалє.
 Entspannung, звільненє.
 epispadia completa, цілковите роздвоєнє прута.
 Erguss, витеч.
 Ernährungsclystier, відживча клістира.

Erweichung, пом'якшенє.
 exanthema, висипка.
 excretio, видаленє.
 extirpatio, вилуцтованє.
 extraperitoneal, позаочеревний.
 extremitates, кінчини.
 exudat, висяк.

Ф.

fermentatio, кисненє.
 fibrilla, волоконце.
 fissura, щелина.
 flexura sigmoidea, луква.
 Fruchtlage, уложєнє плоду.
 Fruchtwasser, плодови води.

Г.

gastroectasia, розширенє жолудка
 gastroptosis, обниженє жолудка.
 Gefühl, почуванє.
 gelatinosus, дриглястий.
 gemellinus, близнячий.
 gepflastert, вимощений.
 gerinnen, звурдити ся, кріпнути.
 Gesamttacidität, загальна квасота.
 gespannt, розтягнений, напнятий.

Часть лікарська, Т. У. В. І.

geschichtet, верстоватий.
 glandulae sudoriferae, потні желези.
 glans penis, жолудь.
 glaucoma, зелений мрак.
 graviditas, беременність, тягінність.
 gravitas, важкість, тягар.

Н.

hereditas, дідичність.
 hernia, прірва.
 hidroticus, напотний.
 humidus, вохкий.
 hydrops, опухненє, опухленє, опухоль.
 hypermetropia manifesta, гіперметропія явна.

І.

ichor, нім: Jauche, сукрвиця.
 individuum, осібняк.
 infectio, загаза.
 insertio, причеп.
 intramuscular, середм'ясєвий.
 intraocular, середочний.
 introitus vaginae, піхвоєє уїстє.
 invaginatio, впохвлєнє.

К.

klaffend, зїючий.
 Knötchen, булька.
 Knotenpunkt, вузлова точка ока.
 körnig, зернистий.
 Kreisnaht, окружний шев.
 Kurzathmigkeit, брак віддиху.

Л.

labia majora et minora, стульні більші і менші.
 leichtverdaulich, легкостравний.
 ligatura, підв'язка.
 linea alba, середна лїнїя.
 liquare, розпускати.
 liquor cerebro-spinalis, мозково-хребетна теч.

lochia, пологові відходи, бруд.
locker, розпульхнений.
Lösung der Placenta, відчиплене
місця.
luxatio, звихнене.

M.

macies, зхудніне.
Malachitgrün, маляхітова зелень.
malleolus, кістка.
Mamillarlinie, суткова лїнія.
manubrium sterni, рукоють містка
Massstab, мірило.
mediastinum, середгрудє.
menstruatio, місячка.
meteorismus, вздуте, вздуванє.
monstrum, потвора.
mucus, слизь.

N.

Nährboden, відживка.
natrium salicylicum, саліцилян
соду.
negativ, відємний, уємний.
nephritis, запалєне нирок.

O.

oesophagus, пролвк.
orbita, очоділ.
os coxae, бедрова кість.

P.

palpabel, вичувальний, мацаль-
ний.
palpitatio cordis, бітє серця.
parenchyma, мякиш.
patulus, розвертий.
pecten, гребїнь.
penis, прут.
permeabilitas, дорожність, пере-
ходимість.
phtisis, сухоти.
pleuritis, запалєне олегочної.
polaris, бігуновий.
positiv, додатний.
prächtig, роскішно (бакт.).

primär, первісний.
protrusio bulbi, валоокість.
punctum proximum et remotum,
точка близька і далека.
puerperium, поліг.

Q.

Querlage der Frucht, поперечне
положенє плоду.

R.

receptaculum фр. récipient, збе-
регач.
refractio, ломливість.
reissender Schmerz, рвучий біль.
Reiz, подражненє.
ren, почка.
retentio, задержанє, затриманє.
röchelnd, харчачий.
roseola, рожева висипка.
ructus, відбиванє.

S.

saccharum lactis, молочний цу-
кер.
salivatio, слиноток.
Schamspalte, соромна шпара.
schuppig, лусковатий.
scrobiculus cordis, кутниця.
säcundär, наступуючий.
Sehaxe, вісь видженя.
senilis, старечий.
sensorius nervus, чутєвий нерв.
singultus, гикавка.
sopor, спячка.
Spannung, напнятє.
spatium intercostale, межєребрє.
sphincter ani, заузний зворник.
Stamm, пень.
Stauungsniere, застоїнова нирка.
sternum, місток.
Strang, посторонок.
Streifen, die, пругв, — der (пр.
Streifen Gaze), шматок гази.
subdiaphragmatisch, підперепне-
вий.

subligare, підв'язати.
 superficies, поверхня.
 suppuratio, ропнене.
 sutura, шев.
 symptoma, припади.
 synechia iridis, зліпи дугівки.
 systema vasorum, судинний у-
 клад.

T.

tactus, дотик.
 teigig, тістистий.
 tolerantia, відпорна сила.
 Tränenwege, слезові дороги.
 transparent, прозорий.
 trauma, ураз.
 Trübung, змутніне.
 tuber, гуз,
 turgescere, пічнявити.

U.

umbilicus, пуповина.
 Umfang, обсяг.
 Umstechen, околювати.

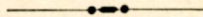
unio, сполука,
 urate, мочани.
 ureteres, мочоводи.
 usura, вижолоблене.

V.

veneficium, отруйне ділане.
 Verband, сповитє, перев'язь, о-
 паска.
 Verbesserungsglas, поправляюче
 скло.
 Verkümmernung, знидїне.
 vernachlässigt, занедбаний.
 verschärftes Athmen, острій від-
 дих.
 verticalis, прямопадвий.
 vertigo, заворот голови.
 verunreinigt, занехарений.

Z.

Zerfallsproducte, розпадові ча-
 стини.
 zerfezt, розклячений.
 Zuwachs, првріст.



АДРЕСА:

Наукове Товариство імени Шевченка.

Львів, улица Чарнецького ч. 26.

ADRESSE:

Šewčenko-Gesellschaft der Wissenschaften, Lemberg, Čarneckistrasse 26.

~~~~~  
Ціна 2 корони.  
~~~~~

1975
V. 2

ЗБІРНИК

МАТЕМАТИЧНО-ПРИРОДОПИСНО-ЛІКАРСЬКОЇ СЕКЦІЇ

Наукового Товариства імени Шевченка.

T. V. — Випуск II.

ЧАСТЬ ЛІКАРСЬКА

ПІД РЕДАКЦІЄЮ

Д-ра **ЕВГЕНА ОЗАРКЕВИЧА.**

SAMMELSCRIFT

DER MATHEMATISCH-NATURWISSENSCHAFTLICH-ÄRZTLICHEN SECTION

DER ^vŠEWČENKO-GESELLSCHAFT DER WISSENSCHAFTEN in LEMBERG.

B. V. — Heft II.

MEDIZINISCHER THEIL

REDIGIRT VON

Dr. **EUGEN OZARKIEWICZ.**

У ЛЬВОВІ, 1899.

Накладом Наукового Товариства імени Шевченка.

З друкарні Наукового Товариства імени Шевченка.
нід зарядом К. Беднарського.

Видавництво Наукового Товариства ім. Шевченка у Львові.

ЛІКАРСЬКИЙ ЗБІРНИК

ПІД РЕДАКЦІЄЮ

Д-ра Евгена Озаркевича.

Том V. — Випуск II.

MEDIZINISCHE SAMMELSCHRIFT

redigirt von

Dr. Eugen Ozarkiewicz.

Band V. — Heft II.



У ЛЬВОВІ, 1899.

Накладом Наукового Тов. імені Шевченка

з друкарні Наукового Товариства ім. Шевченка
під зарядом К. Беднарського.

ЛЬВІВСЬКА БІБЛІОТЕКА
АН УРСР
№ И 47380

З М І С Т.

	Стор.
1. Проф. Др. Іван Горбачевський (Прага): Причинки до пізнання виживи сільської людности галицького Поділя	1—16
2. Др. Осип Дакура (Відень): Клінічні спостереження що до подавання уроферину	1—8
3. Др. Михайло Кос (Ярослав): Про скіяскопію (з 1 літ. картою)	1—9
4. Др. Михайло Олійник (Відень): Про нападovu гемо-гلوبінурию	1—4
5. Др. Володимир Янович (Стрілська): Цілковите вилі-чене вовка за допомогою kalium hypermanganicum	1—2
6. Справоздання	1—43
7. Термінологічна частина	1—6

I N H A L T.

1. Prof. Dr. Johann Horbaczewski (Prag): Forschungen über die Ernährung der Landbevölkerung Galiziens	1—16
2. Dr. Josef Dakura (Wien): Klinische Beobachtungen über das Uroferin	1—8
3. Dr. Michael Kos (Jaroslau): Über die Skiaskopie (mit 1 lit. Tafel)	1—9
4. Dr. Michael Olijnyk (Wien): Über die paroxysmale Haemoglobinurie	1—4
5. Dr. Wladimir Janowicz (Strilyska): Gänzliche Heilung eines Lupusfalles mittels Kalium hypermanganicum	1—2
6. Referate	1—43
7. Terminologischer Theil	1—6

Причинки до пізнання виживи сільської людности галицького Поділля

проф. д-ра Івана Горбачевського.

Завдяки ласкавости о. Х. в селі М. тернопільського повіту дістав я вже перед довшим часом ближші дані о способі виживи сільської людности в селі М. Докладнійше обговорене сеї справи, котрою ще ніхто поважійше не займав ся є потрібне, передовсім щоби вислідити, чи сей спосіб виживи, що може уважати ся типом виживи сільської подільської людности є достаточний і відповідний зі становиска науки о виживі чоловіка і гігієни а чи є користний з огляду на кошта сеї виживи.

З другого боку є і для теоретика цікаво вислідити сей спосіб виживи яко тип виживи широких верств людности, щоби дістати загалом нові дані о скількості живних материй, потрібних до виживи чоловіка в ріжних обставинах.

Згадану поживу вживало 5 слуг зайнятих при сільськїм, 50-морговім господарстві і при домі. Низше наведені дані зібрано тым способом, що важено всі материяли зужиті в протягу 12 днів на приправу всіх страв для згаданих 5 осіб в кождім з двох періодів. З тих був один в пості перед Різдом: від 24 грудня до 4 січня включно а другий в часі від 12 лютого до 24 лютого включно, в котрім не було посту.

В низше слідуєчих двох таблицях наведені всі материяли в спотребованій скількості а їх хемічний склад обчислений на підставі пересічних чисел з богатих аналіз після König-a¹⁾.

¹⁾ Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. 3 Aufl.

I період (піст).

Сирі матеріяли:	Їх скіль- кість спотребо- вана за 12 днів grm.	В них є grm-ів					
		азотових матерій (сирої білкови- ни)	товщу	безазото- вих матерій (угльогі- дратів)	целью- льози	попелу	води
Мука кукурузяна ..	1000	94·50	42·90	693·30	22·90	12·90	133·50
Горох	6000	1389·00	113·40	3160·80	340·80	160·80	835·20
Пшоно	2910	305·84	123·96	1983·45	72·17	81·48	343·11
Фасоля	1120	264·99	21·95	622·72	43·45	40·99	125·88
Пенцак	1550	182·43	41·23	1155·21	24·80	33·79	97·03
Мука пшенична ...	6600	795·96	122·10	4530·90	152·76	117·48	882·42
Мука гречанна	2100	186·27	32·76	1559·25	14·07	23·94	266·28
Крупи гречанні ...	3100	315·58	58·90	2223·63	51·15	57·66	393·08
Крупи ячмінні	1900	223·63	50·54	1416·07	30·40	41·42	118·94
Мак	800	156·24	326·32	149·76	44·64	57·84	65·20
Цибуля	1200	20·16	1·20	129·80	7·40	8·40	1032·00
Чісник	150	10·14	0·09	39·46	1·15	2·16	96·99
Хліб	46300	2828·93	199·09	22802·75	276·87	675·98	19571·11
Бараболї	7200	1497·60	108·00	15127·20	496·80	784·80	53985·60
Капуста	3000	56·70	6·00	146·10	55·20	36·90	2,700·00
Борщ ¹⁾	4200	6·47	1·26	24·01	—	15·34	3739·18
Сіль	3000	—	—	—	—	3000·00	—
Олій	800	—	800	—	—	—	—
Сир	1000	269·30	43·50	23·50	—	25·90	637·80
Молоко	10500	342·30	91·35	497·70	—	73·50	9495·15
Разом ...	1692·30	8946·0	2183·55	56385·61	1584·56	5251·28	94518·36

¹⁾ Після власної аналізи.

В сїм періоді спотребовано на виживу 5 осіб через 12 днів всіх стравових материялїв без води, що потрібна до вареня страв і до пия :

разом	169230·00	gтm.
в них є води	94518·36	”
проте всіх сталих тїл	74711·64	”

На 1 день і одну особу виходить :

Материялїв стравових	2820·50	”
Сталих тїл	1245·19	”
Азотових материй (сирої білковини)	149·10	”
Товщу	36·39	”
Безазотових материй (угльогїдратїв)	939·76	”
Цельюльози	26·41	”
Попелу	87·52	”

Скількість живних тїл, випадаючих на 1 день і на 1 особу є значна — іменно є скількість угльогїдратїв а також і білковини так велика, що здає ся на перший погляд занадто і непотрібно великою. Тим часом має ся річ инакше, коли возьмемо на увагу, кілько з тих живних тїл може людський орґанїзм справді вихіснувати т. зн. стравити і резорбувати. Розуміє ся, що лише та частина живних тїл приходить орґанїзмови на пожиток — тим часом коли частина нестравлена і не резорбована становить балляст, зовсім непотрібний, що відходить з калом а є ще і шкідливий як пізнійше побачимо.

Вихіснуванє — в тїм випадку майже виключно ростинної поживи (крім молока і сира, що лише в недїлю вживали ся) — в людськїм орґанїзмі є загалом лихе, далеко гірше, як виужиткованє анімальної (мясної) поживи, але коли стравові материяли і страви приправляють ся ще таким способом, як на галицькїм Подїлю а по більшій части всюди у сїльської людности, треба числити ся з обставиною, що травленє і резорбция поживи і тим самим вихіснуванє живних тїл будуть взаглядно дуже недостаточні.

Передовсїм треба зауважати, що всі муки, що уживають ся, є т. зв. „разові“, т. є. добре не розмелені а мають в собі багато 6труб, що зовсім недостаточно вихіснують ся. В разовій муці є живні тїла ще замкнені в цельюльозових ростинних болонах, котрі в людськїм прирядї травленя лише дуже помалу і недостаточно розпускають ся, так що живні тїла не можуть добре резорбувати ся. Крім муки уживають ся ще крупи, пшоно і пенцак; ті материяли ву-

житкуюють ся ще гірше з тих самих причин, бо вони є майже зовсім нерозмелені. Горох і фасоля варять ся цілі, зовсім немелені а вихіснують ся в тій формі дуже зле.

Страви, що приправляють ся, є ось які:

1) Борщ, засипаний пшоном, затертий цибулею з олієм, причім трохи бульби і фасолі,

2) Капуста варить ся з пшоном, заправляє ся мукою і їсть ся з горохом,

3) Капусеньяк, варить ся з пшоном і їсть ся з бульбою,

4) Пенцак варить ся з горохом або сам,

5) Каша гречанна або ячмінна з маковим молоком або з олієм,

6) Лемішка з гречанної або кукурузяної муки з олієм або маковим молоком, або з бараболяною юшкою заправленою цибулею з олієм і з фасолею,

7) Тісто з пшеничної муки, кидане на варені бараболі,

8 Бульба засипана пшоном або гречаними або пшеничними крупами.

9) Молоко і сир їли ся лише в неділю.

При осуджуваню степені вихіснуваня живних тіл, мусимо передовсім відділити живні тіла з рослинних материялів від живних тіл з анімальних материялів: молока і сира, до котрих прилучимо також олій.

Вихіснуванє рослинних живних тіл можемо прийняти таке:

Зі всеї сирої, рослинної білковини, т. є зі всіх азотових тіл, між котрими є багато небілковини, т. зв. амідів, може людський організм видістати білковини ужитної найбільше 55% — Flüge приймає 53—56%;

Вихіснуванє товщу, котрого в рослинних материялах є так дуже мало, що декотрі автори не беруть на него ніякого взгляду, можна прийняти також найбільше на 55% всего товщу;

Угльогідратів ужитних (головно крохмалю) могло би бути около 90% всіх угльогідратів сирих, бо вони взглядно добре вужиткують ся, хоть значна частина з них мусить змарнувати ся наслідком квашень, о чім ще пізнійше буде бесіда;

Цельюльоза уживаних стравових материялів є тверда, стара і проте не може вихіснувати ся;

Вихіснуванє попелу може доступити і 70%.

Білоквина анімальна і товщ (з молока і сира) і олій могли би при даних обставинах вихіснувати ся не на більше як на 90%.

На підставі тих уваг, можемо тепер вичислити скількість ужитних живних тіл а дістанемо такі числа :

Ростинної, ужитної білковини	4583·93 gm.
Анімальної " "	550·40 "
Разом " "	5134·33 gm.
Ростинного ужитного товщу	686·78 gm.
Анімального " "	841·36 "
Разом " "	1528·14 gm.
Всіх ужитних угльогідратів	50747·04 "
Ужитного попелу загалом	3675·89 "

Після сего є в поживі, що припадає на 1 день і 1 особу фактично ужитних тіл :

Білковини	85·57 gm.
Товщу	25·47 "
Угльогідратів	845·78 "
Неорганічних солей (попелу)	61·26 "
Разом	1018·08 gm.

Як вище згадано, є в поживі, що випадає на 1 день і 1 особу 1245·19 gm. сталих тіл. З огляду на те, що з них, як бачилисьмо лише 1018·08 gm. може виужиткувати ся, лишає ся нестравлених, живних тіл з поживи 227·11 gm. що дня, що відходять з калом.

Тепер насуває ся питанє, чи та скількість ужитних живних тіл, що випадає на 1 особу і день може уважати ся достаточною, щоби виживити дорослого чоловіка.

Після дослідів Voit-а і других потребує дорослий чоловік ваги 70 - 75 kg, при мірній праці на 1 день : 118 gm. білковини, 56 gm. товщу а 500 gm. угльогідратів. При тім приймає Voit, що пожива є мішана, т. є складає ся по части з мяса, по части з ростинних матеріялів, але таких, що добре вихіснуюють ся в людськїм організмі.

В нашім случаю маємо 5 осіб : 3 хлопців і 2 дівчат. Они важили нетто :

	На початку ($\frac{24}{12}$)	на кінці періоду ($\frac{5}{1}$)
Олекса	71·18 kg.	69·18 kg.
Данило	56·30 "	56·80 "
Михалко	47·80 "	48·30 "
Маланка	68·00 "	68·10 "
Євдоха	54·00 "	53·60 "

Четверо з них не досягає проте ваги 70 kg. лише Олекса, дуже сильний парубок має Voit-ом означену вагу. Коли у 4 вага тіла в часі досьвіду не змінила ся (малі ріжницї не мають значїня), стратив Олекса на вазї 2 kg.

Дотично скількості живних тїл нашої поживи треба зазначити ось що :

Скількість товщу в нашій поживі є справді мала (більше як о половину менша від Voit-ової норми), але се не є ще причиною уважати проте поживу за недостаточну, бо угльогідратів є далеко більше як треба, а вони можуть заступити і по більшій часті заступають товщ. Мала скількість товщу в поживі має лише ту не-вигоду, що місто товщу мусить бути в поживі більше других живних тїл, особливо угльогідратів, через що пожива стає ся менше вигідною і відповідною, як пізійше побачимо.

Головною річею є, чи є в поживі досить білковини, що другим живним тїлом лише до певної границі заступити можна.

Voit установлює потребу білковини на 118 grm. на день. В нашій поживі є, як видїлисьмо 149.1 grm. білковини. Тимчасом коли пожива Voit-ова є легко стравна, так що дає ужитної білковини, котра резорбує ся (зі 118 grm.) до 103 grm., є в нашій поживі ужитної білковини лише 85.57 grm., що може резорбувати ся. На першій погляд є ся скількість білковини занадто мала, бо о 17.5 grm. менша, як у Voit-ової норми.

Але тут треба передовсім пригадати, що потреба білковини, як і других живних тїл зависить від ваги тіла. Досьвідні люди Voit-ові важили 70—75 kg. — наші важили пересїчно 59.5 kg. — потребували проте менше білковини, крім одного Олекси, що важив 71 kg. Других четверо важило пересїчно по 56.5 kg. а потребувало пропорціонально лише по 80 grm. білковини на день. З огляду на те, що вони мали до диспозиції над 85 grm. білковини, можна сю скількість вважати за достаточну навіть беручи взгляд і на се, що потреба білковини у осіб меншої ваги тіла є взглядно трохи більша, як у осіб більшої ваги тіла, бо перші мають взглядно більшу поверхню тіла а наслідком того потребують взглядно трохи більше живних тїл, як ті другі.

Що до Олекси, то може бути сумнів, чи при єго значній вазї тіла (71 kg.) денна скількість білковини вистарчувала єму. Той сумнів є тим більше оправданнй, бо Олекса в часі досьвіду стратив 2 kg. на вазї.

В тім напрямі треба одначе пригадати, що в останнім часі з кількох боків виступлено проти Voit-ової науки, дотично скількості білковини, потрібної до виживи чоловіка. В численних случаях сконстатовано, що чоловік може споживати менше білковини, як Voit установляє і що та скількість білковини є здає ся достатчною.

Так н. пр. Hirschfeld¹⁾ міг при досвіді зредувати скількість білковини аж на 39 grm. на день, коли подавав багато безазотових живних тіл з поживою.

Nakahama²⁾ вислідив, що у 13 осіб Липської людности, що тяжко працювали і були сильні а по більшій часті споживали страву з рослинних материялів, було в поживі пересічно лише 85 grm. ужитої білковини — у одного коваля лише 33·18 grm. Подібні вислідки дістали також Kumagawa, Peschel, Breisacher а др., після котрих може чоловікови вистачити менша скількість білковини.

З дискусії, що опісля вивязала ся, вийшло, що Voit-ове число може трошки і за велике, але що значнійше зменшуване споживаної білковини, особливо коли воно триває довгий час, мусить вважати ся небезпечним здорвлю.

Скількість білковини, що є в нашій поживі, не є дуже мала і може вважати ся за ще вистарчаючу, особливо коли возьмемо на взгляд, що углегідратів є в поживі дуже багато і що кальорична стійність поживи, що мусить нам служити мірою, чи пожива є достатчною, є дуже значна.

Приймаючи після Rubnera кальоричну стійність 1 grm. живних тіл, іменно: білковини 4·1 кальорій, товщу 9·3 кальорій, углегідратів 4·1 кальорій, дістанемо з резорбованих живних тіл:

з білковини	.	.	350·837 Cal.
з товщу	.	.	236·871 "
з углегідратів	.	.	3467·698 "
разом	.	.	<u>4055·406 "</u>

Скількість тепла, що є потрібна до переміни сили у середного, мірно працюючого чоловіка вносить, як показало ся при численних дослідах около 3000 Cal. на день. В нашім случаю маємо значну надвижку. На підставі сего не можемо сумнівати ся, що скількість

¹⁾ Arch. f. die ges. Physiol. Bd. 41. 533. — ²⁾ Arch. f. Hygiene Bd. 8. 78.

живних тіл нашої поживи була достатчною. О причині, чому Олекса в часі досьвіду стратив прецінь 2 kg, на вазі, згадаємо ще пізнійше.

Тепер мусимо ближше розібрати питанє, чи ся пожива є з гігієнічного боку доброю і відповідною.

В добрій, мішаній поживі, що про чоловіка є найбільше відповідною, є поодинокі живні тіла в певнім квантитативнім відношеню між собою. Білковина є в такій скількості, що на 100 кальорій тепла з поживи припадає 16—19 кальорій тепла з білковини а 81—84 кальорій тепла з безазотових тіл поживи т. є. з товців і з угльогідратів.

В нашій поживі припадає на 100 кальорій тепла поживи:

на білковину	на товц	на угльогідрати
8·7 Cal.	5·8 Cal.	85·5 Cal.

Бачимо проте досить значну нерозмірність в відношеню білковини до безазотових тіл: білковина партиципує на виживі лише з 8·7%. Се число показує наглядно, що скількість білковини в поживі є взглядно занадто мала.

Причина сего лежить в тім, що в ростинній поживі є взглядно мало білковини а багато угльогідратів, особливо крохмалю. Чоловік, що живить ся такою поживою, мусить нехотячи поживати взглядно дуже много крохмалю — більше навіть як потребує — лише з тої причини, щоби (з тим крохмалем) видобув з поживи достатчну скількість потрібної єму білковини, бо її не можна заступити крохмалем, розуміє ся і в такій скількості, що відповідає кальоричній стійности. Як вже висше згадано, товц дасть ся заступити угльогідратами, крохмалем, але подана скількість крохмалю мусить мати таку кальоричну стійність, що відповідає кальоричній стійности заступленого товцу. Се заступуване є зовсім некорветне з гігієнічного боку, бо місто 100 gm. товцу мусить подати ся 221 gm. крохмалю, через що скількість поживи значно збільшує ся.

При виживі ростинними матеріялами мусить чоловік їсти їх дуже багато головно з тої причини, щоби видобути з них потрібну скількість білковини. Крохмаль, що є в великій скількості в ростинній поживі є лише по часті потрібний до виживи, по часті заступає товц, котрого є в поживі лише дуже мало а з великої часті є крохмаль лише причиннею навіть зовсім непотрібним.

Легко проте зрозуміть, чому кождий чоловік, що живить ся ростинною стравою мусить зїдати її велику силу.

Така страва має дуже великий об'єм. В нашій ситуації має страва лише сталих тіл 1245·19 gm. — а стравових матеріалів на день 2820 gm. — буде проте об'єм страви вареної на 1 день виносити що найменше яких 5000 см³. В порівнянні з доброю мішаною стравою, котрої об'єм на 1 день виносить 700—950 см³ єся скількість дуже велика.

Ся обставина є зовсім некорисна. Не глядячи на недогідність, що мусить ся їсти великі скількості і часто, стає чоловік наслідком того отяжільним, немоторним в поворотах, спотребовує значну частину енергії поживи на працю травлення; єго жолудок розпихає ся страшно, навикає на великі маси поживи. Коли такому чоловікови дасть ся поживу, що має ту саму або навіть і більшу живну стійність — лише є більше концентрованою а має менший об'єм, не заспокоїть вона єго голоду, хотьби він зів навіть і більше живних тіл як перше, бо єго жолудок не є виповнений. Се буває правилом у наших вояків-рекрутів, що дістаючи військову мішану страву, хоть більше живну як страва сільська мають прецінь все голод так довго, доки не привикнуть на менший об'єм поживи.

Не треба много доказів на се, що вижива такою дуже об'ємистою стравою є можливою лише у людей, що мають зовсім відповідний жолудок і дуже здоровий приряд травлення. Чоловік, що не має зовсім здорового приряду травлення, не зносить такої поживи, він мусить нидіти і згинути помалу голодовою смертю, хоть би такої поживи мав дуже много.

Окрім дуже великого об'єму поживи грає дуже важну роль і та обставина, що ся пожива, як висше було сказано, вихіснює ся дуже лихо, так що значна частина сталих тіл поживи переходить до калу.

При мішаній поживі виносить скількість калу на день около 120 gm. з 30 gm. сталих тіл.

Наша пожива буде давати на день, як висше згадано, около 227 gm. сталих тіл до калу а яких 1000 gm. калу.

Сей об'ємистий зміст дражнить кишки, наслідком чого настає частійше випорожнюване змісту кишок а з тої причини і пожива не може добре вихіснутати ся, бо не лишає ся в приряді травлення достаточо довго.

При тім є ще одна дуже важна обставина. Пожива має дуже много крохмалю. Сей крохмаль резорбує ся помалу, підлягає тим часом маслянному квашеню; витворена маслянна кислота дражнить знова кишки, збільшує перистальтику кишок а се є другою причи-

ною, чому зміст кишок випорожнює ся далеко частійше і скорше, як при анімальній або мішаній поживі.

З таких причин марнує ся багато живних тїл: білковини, товщу і крохмалю. Крохмаль, що в мішаній поживі вихіснує ся дуже добре і докладно, відходить по часті незмінений з калом, по часті змінєє ся на масляну кислоту, а такі поодинокі тіла як метан, угльову кислоту і т. д., котрі не мають або ніякої або лише дуже малу кальоричну а тим самим і живну стійність.

При маслянім квашеню в значній скількості витворені гази тиснуть і роздувають кишки і мають за наслідок ріжні непрямні почуваня.

При осуджуваню живої стійности поживи, мусить брати ся взгляд на сі обставини. Хоть пожива має дуже велику кальоричну стійність через те, що має дуже много крохмалю, що на виживі головно партиципує (85·5%), може прецінь легко лучити ся, що кальорична стійність поживи нагло зменьшить ся через те, що много крохмалю наслідком маслянного квашеня а збільшеної перістальтики кишок змарнує ся, так що скількість живних тїл поживи стане недостаточною до виживи.

Можливим є, що в нашім случаю парубок Олекса стратив з тої причини на вазі тіла 2 kg. в часі досвіду.

Зібравши все разом, мусимо піднести, що хоть наша пожива може уважати ся достаточною, не може зі становиска гігієнічного покладати ся за відповідну і справну.

Взглядно за мало білковини а за много крохмалю в поживі, дуже великий обем страви, велика скількість калу, зле вихіснуване живних тїл, з котрих значна частина непотрібно і неекономічно марнує ся, творене неправильних і здоровлю неслужачих продуктів в змістї кишок, неможливість вижити такою поживою чоловіка, у котрого приряд травлення не є дуже здоровий, досить легка можливість ушкодження приряду травлення у здорових людей сею стравою, є причини для котрих ся пієна пожива не є зовсім відповідною і справною про чоловіка.

Тепер приглянемо ся ближше поживі, що уживала ся в другім періоді; вона ріжнить ся від першої поживи головно тим, що складає ся не лише з рослинних матеріялів, але і зі значної скількості молока і молочних продуктів. Склад сеї поживи наведений в слідуєчій таблиці:

II період.

Сирі матеріяли	Іх скіль- кість спотребо- вана за 12 днів ггн.	В них є ггн-ів					
		азотових матерій (сирої білковини)	товщу	безазото- вих мате- рій (угльо- гідратів)	целью- льози	попелу	води
Гречанна мука ..	3600	319·32	56·16	2673·00	24·12	41·04	456·48
Гречанні крупн ..	2500	254·50	47·50	1793·25	4·25	46·50	317·00
Пшоно	4600	483·46	195·96	3135·36	114·08	128·80	542·34
Кукурузянна мука	3000	283·50	128·70	2079·90	68·70	38·70	400·50
Горох	1200	277·80	22·68	632·16	68·16	32·16	167·04
Пенцак	1250	147·12	33·25	931·62	20·00	27·25	78·25
Ячмінні крупи ...	1200	141·24	31·92	894·36	19·20	26·16	75·12
Фасоля	560	132·50	10·97	311·36	21·73	20·50	62·94
Пшенична мука ..	14000	1685·60	259·00	9611·00	323·40	249·20	1871·80
Бараболі	45000	936·00	67·50	9454·50	310·50	491·50	33741·00
Хліб	33800	2065·18	145·34	16646·50	165·62	493·48	14287·26
Цибуля	500	8·40	0·50	54·10	3·55	3·50	430·00
Чай	20	—	—	—	—	—	—
Цукор	250	—	—	250·00	—	—	—
Сіль	2000	—	—	—	—	2000·00	—
Борщ	2800	4·31	0·84	15·35	—	10·22	2492·48
Молоко	59500	1939·70	517·65	2820·30	—	416·50	53805·85
Сирватка	4550	27·30	3·18	232·05	—	20·02	4267·45
Маслянка	8000	322·40	87·20	323·20	—	57·60	7207·60
Вепрове мясо ...	650	131·62	42·26	—	—	7·15	471·71
Сир	10500	2827·65	456·75	246·75	—	271·95	6696·90
Солонина	1500	39·00	1167·00	—	—	99·00	160·50
Капуста	8000	151·20	16·00	389·60	147·20	98·40	7200·00
Разом ...	208,980	12,177·80	3,290·36	52,494·36	1,327·51	4,578·63	134,732·22

Дотично страв, що в сїм періодї вживали ся, треба запримітити, що були ті самі, що в першїм періодї лише омащували ся, а крім того варили ся ще:

1) сирватка, що приправлює ся з сирватки, трохи муки на заправу і молока і засипує ся крупами,

2) пироги, що становлять найважнійшу страву і приправляють ся з сира і бульби.

Загалом спотребовано в сїм періодї за 12 днів всіх сирих матеріялів	208980·00	grm.
В них в воді	134732·22	"
Проте сталих тіл	74247·78	"

На 1 день і 1 особу виходить:

Сирих стравових матеріялів	3481·70	grm.
Сталих тіл	1237·40	"
Азотових матерій (сирої білковини)	202·96	"
Товшу	54·84	"
Безазотових матерій (угльогідратів)	874·91	"
Цельюльози	22·12	"
Попелу	76·31	"

О висотї вихіснування мусимо орієнтувати ся таким способом як в першїм періодї і дістанемо такі числа:

Ростинної ужитної білковини	3789·51	grm.
Анімальної " "	4758·90	"
Разом " "	8548·41	grm.

Ростинного ужитного товшу	558·97	grm.
Анімального " "	2046·65	"
Разом " "	2605·62	"

Всїх ужитних угльогідратів	47244·92	"
Неорганічних солий (попелу)	3205·04	"

Пожива, що припадає на 1 день і 1 особу має проте:

Білковини ужитної	142·47	grm.
Товшу ужитного	43·27	"
Угльогідратів ужитних	787·41	"
Неорганічних солий	53·42	"
Разом	1026·57	"

В поживі було всіх сталих тїл	1237·46	g ^m .
по відтрученю зрезорбованих тїл	1026·57	"
лишає ся нестравлених сталих тїл на 1 день	210·89	"

Вага тїла наших досьвідних осіб в сїм періодї була така :

	На початку	на кінци
	¹² / ₂	²³ / ₃
	періоду	
Олекса	70·50	71·60
Давило	56·40	57·80
Михалко	46·90	48·20
Маланка	67·00	67·80
Євдоха	55·40	56·10

З того виходить, що вага тїла всіх 5 осіб при сїй виживі менше або більше зроста.

Після сего, що вже перше було сказано, в скількість живних тїл поживи в сїм періодї на кожний спосіб не лише достаточною але навіть більше як достатчною до удержання рівноваги переміни матерії. Наслідком сего досьвідні особи стали тяжші — значить частина живних тїл асимільованих була уложена в організмі.

Передовсім в скількість білковини поживи сего періоду зовсім достатчною. В першій періодї випадало на 1 день і 1 особу ужитої білковини лише 85·57 g^m. — в другій періодї в 142·47 g^m. білковини — проте навіть більше як вимагає Voit.

Походить се з відси, що наші досьвідні особи живили ся не лише рослинною поживою, що має взглядно мало білковини, але і молоком, масляною, сирваткою і сиром, з котрих видобули досить много білковини.

Також і скількість товщу в поживі сего періоду в більша як в першій періодї — наслідком того в пожива користнійшою, хоть все ще має трохи за мало товщу.

Угльогідратів має і ся пожива дуже много — більше як треба.

Кальорична стійність асимільованих живних тїл в така :

білковини	584·13	Cal.
товщу	402·21	"
угльогідратів	3228·38	"
разом	<u>4214·92</u>	Cal.

Пожива з другого періоду має проте ще більшу кальоричну стійність і більшу живну цінну, як пожива першого періоду, хоть в другім періоді є скількість всіх сталих тіл поживи навіть менша. Походить се з відся, що вихіснуване живних тіл поживи є в сїм случаю ліпше, і що товщу і білковини є більше.

Зі 100 кальорій тепла з поживи припадає:

на білковину	на товщ	на угльогідрати
13·9 Cal.	9·5 Cal.	76·6 Cal.

В сїм случаю партиципує проте білковина на виживі 13·9%, тимчасом коли в першім періоді було лише 8·7%. Склад поживи дотично взглядної скількості живних тіл є проте в сїм случаю значно користнійшим передовсім тому, що в поживі є більше молочних продуктів богатих на лекше стравну білковину.

З анімальних, молочних продуктів сеї поживи видобуває чоловік білковину досить легко і в достаточній скількості, а виглядає дивно, з якої причини наші досьвідні особи їли ще прецінь взглядно так много роствнних материялів, з котрих частина на певно була навіть непотрібною до їх виживи.

Наша пожива, як бачилисьмо, має кальоричну стійність 4215 кальорій, тимчасом можемо на певно прийняти, що про наші досьвідні особи не булоби потреба більше як 3000 кальорій. Маємо проте виживу люкесову (збиткову), т. є. Їсть ся більше як треба. Через се наповняє ся приряд травлення великою скількостю поживи в части непотрібної — особливо тяжко стравні роствнні материяли моглиби відпасти, а пожива малаби за те менший обєм і булаби далеко користнійшою.

Наша пожива має вправді менше крохмалю, (874·91 gm.), як пожива першого періоду (939·76 gm.) але обєм варених страв буде прецінь дуже значний менше-більше так великий як обєм страв з першого періоду.

Розв'язане загадки, чому наші досьвідні люди їли прецінь великі маси роствнних материялів крім молока і сира, хоть стільки не потребували, зовсім не є тяжке. Жолудок їх є калїбрований на обємисту поживу; він мусить виповнити ся хоть чим небудь а коли не виповнить ся, тоді виступає почуванє голоду, хоть зовсім фальшиве, бо не оправдане потребою так великої скількості поживи.

Річ має ся з нашими досвідними особами так, як з вище згаданими вояками-рекрутами, котрим мусять до „менажі“ додавати ще хліба, щоби їх голод заспокоїти, хоть пожива менажова має тільки живних тіл, що они до виживи вовсім вистачають.

В другім періоді поживали проте наші досвідні особи много страв з навички жолудка на великий обем — в першім періоді їли багато з конечности, щоби відістати з поживи достаточну скількість білковини.

Пожива другого періоду є, як із до тепер сказаного виходить навіть більше як достатчною — найліпшим доказом сего є, що всі досвідні особи прибули на вазі, але і ся пожива має з більшої части ті самі хоби, що пожива першого періоду. Користнійшою є вона проте, що є трошки більше концентрованою, що має відповіднійший склад — більше білковини, трошки більше товщу а менше крохмалю — і що є ріжнороднійшою. Є дуже правдоподібним, що наші досвідні особи по довшій уживаню сеї поживи помалу звикли би на менший обем страв і їли би менше ростинних материялів, особливо менше хліба і бульби, так що пожива стала би більше відповідною. Остаточно значно менша скількість сконсумованої бульби і хліба в сім періоді зараз таки впадає в очи. Щоби сільська людність звикла по якімсь часі зовсім на менше обемисту а тим і користнійшу поживу не мож з тої причини чекати, що від часу до часу є інтерпольовані пости а в тих вживає ся знов лише пісна значно обемиста трава.

Резімуючи всі важнійші моменти дотично вище обговорених двох типів поживи, вживаних на Поділю, треба піднести, що та пожива про здорового чоловіка є загалом достатчною, особливо пожива не пісна є навіть зовсім доброю, але оба типи, особливо перший тип мають так значні гігієнічні хоби і по части не відповідають і економічним вимогам, що не можна тої виживи вважати відповідною і яко справну припоручити.

По моїй думці треба в сім напрямі постарати ся о поліпшенє. Поки що, є здає ся кардинальний зворот неможливий. Він був би можливим через загальне уживанє мішаної поживи, такої як вживає ся у богатших верств людности.

При винішнім економічним положеню сільської людности в Галичині може се бути лише *primum desiderium*, що не може так скоро сповнитися, так що на разі годі о тім говорити.

На всякий случай було би вже тепер на місці подумати о тім, яким способом дала би ся перевести така реформа виживи, щоби із таких сирих матеріялів, які вживають ся нині і є людности сільській приступні, можна було приправити поживу, котра відповідала би більше вимогам науки о виживі чоловіка.

О тім поговоримо другим разом.

ЛЬВІВСЬКА БІБЛІОТЕКА
АН УРСР
№ И

Зі шпиталю Вільгельміни у Відни-Отакрінгу, директор др. Тельґ.

Клінічні спостереження що до подавання уроферину

написав Др. Осип Дакура

шпитальний секундар.

Уроферин се білявий, мілкий порошок, ніжний в дотику, без полиску. Смак єго непримний, солодково-солоний. Роспускає ся досить трудно в холодній воді, легше в горячій. З звичайним алькоголем творить каламутну мішанину.

Під взглядом хемічним має се бути після Merck'a деріват діуретиву в полученю з *lithium salicylicum* або *l. benzoicum*. Наслідком чого повстають два подібні препарати *uroferinum salicylicum* і *u. benzoicum*. Фізичні і фізіологічні прикмети обох хемічних перетворів цілком до себе подібні.

Уроферин, втворений Merck-ом з Дармстату, вийшов в спис аптичних ліків десь коло року 1893, але мало якось росповсюдив ся. З доступних мені праць і розвідок над клінічною вартостю сего препарату наведу проф. Gram-а з Копенгаґи і чеського лікаря Hnát-tek-а²⁾). Оба висловлюють ся взглядно користно про сей лік.

На бажанє директора нашого шпиталю, підняв ся я випробувати се нове средство на нашім шпитальнім матеріялі. Проби розпочав я ще минувшої осени, відтак в наслідок виїзду мусїв я їх

¹⁾ Prof. Dr. Chr. Gram in Kopenhagen: Referat eines in kopenhagener medizinischen Gesellschaft am 21. März 1893 gehaltenen Vortrages (уділений мені приватно).

²⁾ J. Hnátěk: Rospr. Česk. Akadem. cisaře Fran. Jos. Rocn. III. Třída II. pag. XXV.

перервати і доперва в сїм році довело ся менї випробувати сей лїк на більшім числі недужих. Минувшого року на 51 случаїв: було 18 хорих на остре або хронїчне запаленє нирок, 20 на серцеву хибу 7 туберкулїків, 2 циротиків, а 4 з олегочним exudat-ом.

Сегорїчний виказ хорвх представляє ся так:

Insufficiencia et stenosis mitralis	21	случаїв.
„ aortae	18	„
myocarditis chronica	4	„
processus atheromatous arteriarum	5	„
pleuritis exudativa	12	„
emphysema pulmonum cum bronchitide	4	„
peri- et para-metritis	3	„
nephritis acuta	10	„
morbus Brigthi	9	„
peritonitis tuberculosa	6	„
cystitis gonorrhoeica	1	„
cirrhosis hepatis	2	„
carcinoma hepatis et pylori	2	„
tuberculosis pulmonum	10	„

Годї наводити історїї недуги всїх тих случаїв, обмежу ся на деякі цікавіші більше поучаючі. І так між иньшими:

1. Фаль. М. лїт 50, терпить від двох лїт на кашель, духоту. Часто опухають ему ноги і живїт. При принятю до шпиталю оказує роздутє легких високого степени, дуже інтензивний і розлеглий нежит дишок; ноги, внішні части родні і живїт сильно отеклї. Мочи віддає мало. Першого дня за 24 години було мочи не цїлїв лїгер. Так само другого (983 гр). Моч краски цеглясто-червоняво-жовтої, висичена, мутна, властивий тягар 1028, реакція кvasна, виразна обрчка білковини, Есбахом виказує $\frac{1}{2}\%$, під мікроскопом білі тільця в мірній скількості, комїрки наболони з мочевого міхура, звичайні фосфати, амоніві і вапневі получена, кромї того множество бактерий.

Третього дня побуту недужого в нашім закладї распочато подавати салїцилян уроферину в формї порошку. Хорий заживав денно по 4-5 поршків однограмових.

За добу піднесла ся скількість мочи на 2400 гр. Слїдуючого дня було вже 3000 гр. Крзеска її зблїдла, властивий тягар спав на 1000 — 1008, білковинна удержала ся на рівні $\frac{1}{2}\%$. Е. Серед сталого подаваня сего лїку слїдують числа 2800, 3100, 3000, 2600, 2500, 2000, 2300 гр. мікроскопний образ майже без зміни, головню

мінеральних складників мочи. Лейкоцити, хоча не так вже числені, але є. Розуміє ся, що наслідком такої утрати води, опала пухлинина що раз більше з дня на день, а по яких десяти днях хорий був вільний майже цілковито і від anasarca і ascites, дихав вільно, не нарікав вже на душність і опустив шпиталь по кількох тижнях зі знаменитою поправою здоровля.

Уроферин брав він до самого кінця свого побуту у нас без ніяких долегливостей. Додати мушу, що від часу до часу подавано хорому також *tinct. strophanti* по 10 капель двічі або тричі на день.

2. І. Г. літ 58. представляє собою тип хронічного запалення нирок з починаючою ся *retinitis albuminurica*. Він терпить вже від довшого часу на короткий віддих що виступає нападаю, біль голови, деколи рвоти. Ноги опухають ему, але не сильно і то найчастійше під вечер по довгим ходженню. З мочою мусить ходити часто, але не багато на раз. Терпить часами на розвільнене.

По прийняттю до шпиталю не подавано ему якийсь час нічо, крім відповідної дієти і індиферентного ліку (*aq. amygd. am.* 1 : 200). Моч мірено. Першої доби було 1200 гр., другої 1310 гр. Краска мочи була винно-жовта, бліда, з легкими облаками, слабо квасна, о тягарі 1012. Білковини груба оброчка, Е. 2⁰/₁₀₀, під мікроскопом лейкоцити, всякий *detritus* з білкових матерій, псевдоциліндри, а навіть деколи гладкі циліндри. Множество бактерій.

Сему недужому подавано денно лишень 2 — 3 однограмові порожки. Скількість мочи піднесла ся на 2000, 1900, 1850, 1980 гр. Власности мочи остали ся під кожним взглядом ті самі, лише скількість білковини опала о половину, що радше мож приписати захованню відповідної дієти і супочинку. Пізнійше одначе хорий не міг знести сего ліку. По кождім порошку нудило его і збирало ся на воіти, так що застановлено дальше подаване уроферину.

3. Фр. С. 16 літний хлопець, недужий від тижня, жалувє ся на загальне ослаблене, біль голови і біль в крижах. Скірні поволоки дуже бліді, полискуючі, він цілий набрясклий, особливо лице і ноги. Моч віддана зараз по прийняттю до шпиталю має вигляд кровавої потоки. Відчин її слабо квасний, тягар 1025, білковини вже на око дуже много Есбахом 2¹/₂ ⁰/₁₀₀, препарати з тої мочи переглядані під мікроскопом виказують велике множество червоних тілець, багато лейкоцитів, грануляційні циліндри, наболонь з ниркових мидничок, мочеvodів і мочевого міхура. Всеї мочи за пів дня і ніч було 250 гр. Заординовано зараз уроферин і то 5 гр. на день. Скількість мочи підскочила зараз на 1700 гр., відтак слідуючих днів 1800, 2000, 1900, 2100, 1670 гр. але моч була заедно червона, кровава,

білковини було ще більше 3‰, як з початку, а пухлинина нічо не опадала, хорий діставав завороту голови, болів в крижах і стратив цілковито охоту до їди. Мусіло ся відставити уроферин. При тім зауважати мушу, що хорий не захоував звичайної в ниркових хворобах дієти, їв страву мясні і мучні, а навіть забагав пива. Відтак доперва заряджено в него строгу молочну дієту, а з ліків по дводневній павзі діуретин. Серед сего лічення гематурія устала, білковина стала зменшати ся, мочи не було тільки що підчас подавання уроферину, але загальний стан недужого скоро поправляв ся, пухлинина спласла і хорий не чекаючи вже цілковитого подужання покинув шпиталь.

4. В. Ль. літ 47. Принятий до шпиталю з розпізнаєм обобічного запаленя легких. По тижни почав ся у него творити великий і розлогий ексудат по лівім боці грудей, так що скоро займив ліве легке з заду аж по гребінь лопатки, а з переду сягав до третього горішнього ребра і випер серце на правий бік аж поза місток на три пальці. Хорому докучав кашель і духота, не міг абсолютно на знак лежати, проводив дні і ночі на пів сидячи. Пробна пункція, виконана шпричкою Праваца вказала сировичий ексудат з маленькою домішкою крови. Горячка вагала ся між 37·5—38·7. Цілими тижнями подавано хорому саліциль, роблено обклади, то зимні то теплі, то катаплезмати. Крім того множества гінктур і мастей все без успіху; ексудат лишив ся, та вже думано перевезти недужого на хірургічний відділ, де мав ся піддати операції, коли зачато пробувати у него уроферин. Все в порошках по 4—5 грамів денно. Препарат сей брав недужив через три неділі постійно дуже радо, ані разу не жалувал ся на якісь долегливости. Мочи, котрої було перед тим денно 350—500 гр. прибуло зараз в першім дни заживання уроферину до 1100 гр. в дальшім тягу 1300, 1500, 1200, 1270, 1320, 1410, 1390, 1290, 1260, 1150, 1260 гр. Дальше не міряно. Мікроскопно переглядана моч не вказувала ані перед тим ані по тім ніяких патольогічних змін, білковина була як довго тревал горячковий стан, відтак і вона зникла. З того часу, як хорий почав віддавати більше мочи, єму на грудех полекшало, віддих ставав свобіднійший, кашель менший, а вишуканий відголос явнів що раз більше, так з переду як і з заду грудної клітки. Вийшов зі шпиталю з рештками загустилого ексудату без ніяких впрочім підметових долегливостей.

5. Е. С. 21 літ, служниця. Зголосила ся до шпиталю по причині проникливого, кілька тижнів треваючого колена в правім боці і тяжкого віддиху. Фізикальний осмотр її вказав: pleuritis dextra

exudativa. У неї подавано від самого початку уроферин і то в воднім розчині 5 гр. на 100 грамів води. Мочи було за 24 години 1400 гр. другого дня 1350, третого 1450 гр., четвертого дня перервано подаване сего ліку, скількість мочи опала на 650 гр. Подано уроферин на ново, моч піднесла ся до 1100 гр. і відтак подавано вже до самого кінця побуту недужої в шпитали сей препарат. Скількість доходила до 2000 гр. денно, моч не оказувала ніяких патологічних змін хора виздоровівши опустила шпиталь.

6. Е. Я. літ 39. При прийнятю розкажує, що перед 6 тижнями породила дівчину, по полозі встала за скоро і тому вже по 10 днях чула болі долом в животі і мала заедно горячку. Поміщено її в шпитали з розізнанем parametritis dextra post partum. Мочи віддавала хора 900—1200 гр. на добу. Краска мочи була оранжево-жовта, мутна, з видними нитками крови, властивий тягар виносив 1020, реакція слабо алькалічна; під мікроскопом багато червоних і білих тілець, наболонь з мочеvodів і піхви, відтак всякий detritus і очевидно множество бактерий. Заряджено все потрібне коло неї, але уроферин распочато подавати доперва по кількох днях і то в плині 5—6 грамів на день. Хора брала сей лік 12 днів одним тягом без ніяких особливих додегливостей. Скількість мочи підняла ся до 1600 гр. і вагала ся в слідуючих днях межі 1500—2100 гр. Кровава домішка зникла, краска мочи вияснила ся, тягар її опав, а мікроскоп виказував лишень прнеутність малого числа левкоцитів і комірки плоскої наболони. Біля-матичний ексудат малів дуже скоро і хора опустила шпиталь за дві неділі цілковито здорова.

7. А. В. літ 50. Мущина кріпкий, добре збудований і віджиглений. Жалує ся на короткий віддих, що виступає нападаво. При точнім осмотреню сконстатовано у него типову недомикальність заставок аорти. Серце було дуже лихе, хорий був всюди опухлий, найбільше ноги і мошно. Моч помаранчевої краски, висичена, з богатим осадом, виносить ледви 150 гр. Реакція її сильно квасна, тягар високий (1031), білковини груба обручка, Есбахом $\frac{3}{4}\%$. Під мікроскопом множество кристалів мочевого квасу, вапневі получения, а до того численні, гладкі циліндри і роппні тільця. Ординовано у него на переміну відвар наперетниці і наливку strophant-y, від часу до часу також маленькі давки нітрогліцерину. Серце скріпило ся, мочи було вже 800—900 гр. на добу, білковина удержувала ся все на рівні. По яких двох неділях такої терапії звернемо ся до уроферину. Хорий заживав єго всего тиждень. Відтак застановлено подавання сего препарату, бо недужий не міг єго зносити. Зачало єго млоїти, відбивати ся, тратив апетит, а далі-далі почав вертати страви.

Одначе через сей короткий час, як заживав сей лїк, наступила у него з иншого боку значна поправа, іменно єго відводнено майже цілковито. Чого не осягнено ліками насерцевими з приноровленєм навіть скарифікації на мошні, того доказав уроферин. Мочи бувало за той час від 3000—4500 гр., але краска її була заєдно червонавожовта, вказуюча на який-такій зміст крові, під мікроскопом много червоних і білих тілець, а до того багато гладких і грануляційних циліндрів, наболонь з ниркових мидничок і мочеvodів, а білковини Есбахом 1‰. Здавало ся що так осягнена поправа здоровля лишть ся, хорній готовив ся навіть до виходу, коли нагло серед нападу стенокардії закінчив жите.

8. Оль. А. лїт 57. Зголосила ся до шпиталю з причини битя серця, тяжкого віддиху і пухлинини високого степеня. Диягноза: *Insufficiencia et stenosis mitralis in stadio incompenstationis* зі всіми її наслідкамв.

Моч в скількості 650 гр. на добу, винно-жовта, мутна, kwasна, о властивім тягарі 1022, білковини 1‰. Під мікроскопом циліндрів не видко лишень плоска наболонь і білі тільця. Записано їй *tinct. stroph.* 1:200, а кромі того зараз на другий день подано уроферин в порошоках і то 5 гр. на добу. І в слїдуючих днях подавано постійно той самий препарат. Мочи було за 24 годині 1600 гр. відтак 2000, 1850, 1620, 1730 гр. Дальше не мірено. В мочи зайшла впрочім о стільки зміна, що тягар виносив 1010, а білковини були $\frac{1}{2}$ ‰ Е.

Хора зносила уроферин знаменито, пухлинина опала, віддих став цілковито легкий, перервано проте дальше подаване згаданого препарату. Через яких 3 неділі було недужій цілковито добре, не брала вїякого ліку, лише часом давано їй по 10 крапель *tinct. stroph.* Пізнїйше однакож почала ся у неї показувати на ново пухлинина, що заєдно збільшала ся. Вернено знова до уроферину, і то в плинній формі. Хора віддає тепер денво по 2500—3200 гр. мочи, тратить богато води і чує ся з дня на день лучше.

9. Є. Д. одинацятї лїтна дївчина, принята до шпиталю з *pleuritis et pericarditis exudativa* в дуже тяжкім стані, бо і в ямині черевній нагромадило ся множество плину і ноги опухли. Мочи віддавала вона дуже небогато, ледви 180 гр., другого дня назбирало ся всего до 200 гр. Білковини було $\frac{3}{4}$ ‰ Е. Хора не могла знести жадного ліку на внутр, і подавано їй тому кромі звичайних відводячих средств, лишень в маленькій скількості насерцеві ліки. Ексудат тимчасом збільшав ся, синиця росла, хора діставала нападів душеня, на операційний забїг родичі не хотїли згодити ся. Якось

згодом почала недужа заживати уроферин і то зразу 3—4 півграмові порошки, а відтак зійшла до 3 грамів на день. Лік подавано тайком то в молоці, то чаю, то каві, бо як сказано хора не хотіла ані дивити ся на ніякий лік. Я маю всяку причину прийняти, що уроферином удало ся мені майже цілковито усунути екюдат з олегочної і осердя, як також з черевної ямни і зігнати пухлинину з ніг. Хора брала уроферин довше як місяць без ніяких перешкод і забурень з боку кормового проводу, віддих ставав поволі свободнійший, синиця щезла, і хора сими днями покинула шпиталь, не скажу цілковитовилічена, але зі значною поправою здоровля.

Моч її мірено лишень через перший тиждень подаваня уроферину. Було її від 1000—1230 гр. пересічно. Білковини лишив ся все ще значний слід, циліндрів не було.

10. М. Ль. літ 32. Вагітна в шестім місяци. Просила о приют до шпиталя, бо їй ноги пухли вже від 2—3 неділь, і взагалі віддавала дуже мало мочи.

Сейчас по прийнятю відпроваджено цівником моч і то в малій кількості (265 гр.). Моч виказує краску брудно-червону, в ній пливають нитки крови і шматки слизу; моч мутна, квасна, о тягарі 1029, білковини багато, Есбахом $1\frac{1}{2}\%$. Слідуючого зараз дня, подано уроферин по 5—6 грамів денно і то в плинї. Мочи бувало по 2000, 2550—3100 гр. Краска її виясніла, білковина удержувала ся але процент її упав на $\frac{3}{4}\%$, циліндрів не було. По тижни ноги, внішні родні части і живіт цілковито спласли і хора опустила шпиталь чуючи ся здоровою.

У фтизиків, у котрих як відомо, виступав часто загальна пухлинина особливо під koniecь хвороби, удавало ся мені рівнож по кількох днях — до двох тижнів, усунути або бодай зменшити апасагса уроферином, цілком природно лише у тих, що его добре зносили.

Крім того пробовано уроферин у недужих на цирозу печінки, туберкулічне запаленє очеревної або иньшої природи, але у всіх случаях без видимого успіху, головно з тої причини, що хорі не могли уроферин зносити. Так приміром один циротик почав вже по другім порошоку уроферину сильно вомітувати. І в плинній формі не міг він знести сего ліку.

Зле або цілковито не зносили уроферин недужі на *carcinoma pylori et hepatis* і *cystitis*. У сих, що зносили сей лік бодай короткий час, встановляла ся сильна діуреза.

Уроферин брали також недужі на *processus atheromatosus arteriarum*. Як довго заживали вони сей лік, мочи було багато, але не видно в ній було ніякої зміни ні що до хемічних ні мікроско-

пних прикмет. Особливо удержувала ся білковина в такій самій мірі, як і без подавання сего препарату.

На підставі дібраних і наведених примірів можу сказати слі-
дуюче :

Уроферин є ліком діуретичним *par. excellence*. В недугах, де приходить до нагромадження плинину в підскірній ткани і природних яминах тіла, віддати може він неоцінені услуги яко лік пригідний; він усуває лишень один симптом хвороби, не її причину. Уроферин не має впливу ані на горячку, ані на приспішене вилічення, ані навіть наглядно на скількість білковини в мочи. Лік сей не надає ся до ординованя в острій запаленю нирок, бо здає ся за сильно дражнить нирки і дає часто причину до гематурії. Вже більше порадно подавати его в хворобі *Brigth-a*.

Неоціненим є уроферин в недугах серця, в котрих він в короткім часі здужає відводнити цілий організм. Що тут не зробить сама наперстниця ані *strophantus*, ані перетвори кофеїну, того докаже уроферин. Такої діурези як по уроферину, я не бачив по жаднім мочегоннім препараті. Дуже добрим є сей лік рівнож при усяких *exudat ax olegочної, осердя, черевної ямини*, де їх усуває мало що не до послідної решти.

Одинокою его хибкою на мій погляд є ся обставина, що не всі хорі лік сей зносять. Але таке саме маємо і з діуретичном так що уроферин єму в нічим не уступає, противно сильнійший в чинности, а дешевший о яких 20%.

З наведених причин заведено уроферин на стало в наших шпитали і діуретин записує ся тепер лише виїмково, а і практичні лікарі будуть мати нагоду самі переконатися, що за неоцінені услуги віддає нераз сей препарат, особливо як ся вичерпає цілий запас всіх насерцевих і мочегонних ліків.

Спосіб ординованя :

	1.		2.
Rp.		Rp.	
	Uroferini salicylici		Uroferini salicylici
або	benzoici 1,0	або	benzoici 5,0
			aq. destil. 50,0
	dtales doses X		tinct. amarae
			або Syr. Cort. aurant. 10,0
S:	3—5 порошоків на день	S:	що дві години ложку.

ПРО СКІЯСКОПІЮ

написав Др Михайло Кос.

Відчит виголошений дня 10. падолиста с. р. на засіданню товариства військових лікарів в Перемишлі.

Скіяскопія є метод до означуваня рефракції ока; вона має що лише 26 літ а її батьком є француз Cugnet, котрий виступив з нею в 1873 р. і витворив нею свою школу, хочай вже в 1859 р. Bowman учив, що при помочи знічної тїни можна пізнати астигматизм. Cugnet назвав свій спосіб поступованя кератоскопією; він думав, що вона стоїть в звязи лише зі змінами в прозорці, бо і справді при тім можна спостережи найніжнійші зміни в тканині і в закривленю прозорки. Але Cugnet не пізнав ества скіяскопії в її нинішній формі і застосованю; того доконали пізнійші розелїди Landolt'a (1878), Parent'a (1880), Leroy (1887) і других. Богато вчених, особливо Французів, занимало ся поясненєм появ при скіяскопії і відповідно тому називали ріжними новими іменами новий спосіб слїдженя ока:¹⁾ Retinoskopie (Poncet і Parent), Pupilloskopie (Landolt), Dioptrioskopie (Gałęzowski), Fantoskopie, пізнійше Skiaskopie (Chibret), Skotoskopie (Monoyer), Retinoskiaskopie (Ziemiński), Beleuchtungsprobe (Schweigger), Photoptoskopie (Saad Sameh), Schattenprobe (Pflüger).

Нинішня назва скіяскопії (від *σκιά*, тїнь і *σκοπεῖν*, видїти) походить від Chibret'a (1886). Гадали, що тїнь дугівки паде на глибокі части ока і дає ся доглянути з зїници — від того пішла назва.

¹⁾ A. E. Fick, Schattenprobe.

Бство скіяскопії лежить ось в чім: коли сядемо в затемненій комнаті перед другим чоловіком, в яким небудь віддаленю, і освітимо його око за помочію очного зеркала, то побачимо, що його зіниця засьвітить ся червоно; але покрутїм відтак зеркалом то сюда то туду, то увидимо, що при якімось-там уставленю зеркала не сьвітить ся вся зіниця, але часть її є темна, чорна, наче би лежала в тіни.

Три обставини мають вплив на те, котра часть зіницї при данім уставленю зеркала сьвітить ся, а котра є в тіни:

- 1) рід ужитого зеркала, т. є. чи гладке зеркало, чи вгнуте,
- 2) рефракція огляданого ока,
- 3) віддалене лікаря від огляданого ока.

Возьмім, що ми оглядаємо все тим самим зеркалом і з того самого віддаленя, тоді залежить виключно від рефракції огляданого ока, котра часть зіницї остане червоною а котра буде чорною. З якости тіни і з напряду пересуваня ся її можемо вносити, якого рода і якого степені є рефракція ока.

Лікар може означити рефракцію ока в двоякій спосіб: суб'єктивний або об'єктивний. Суб'єктивний спосіб лежить в тім, що означає ся поправляюче шкло, котрим оглядане око найліпше видить. При тім мусимо прийняти у огляданого який-такий ступень інтелігенції і доброї волї, щб пр. не можливе у дітей, а ще менче у зьвірят.

Військовий лікар мусить найчастійше зречи ся того способу означуваня рефракції, бо він може лиш мало числити на добру волю огляданого а надто його бажаня, ставлені інтелігенції, мусять бути часто добре обмежені. Військовий лікар мусить уживати об'єктивних способів, незалежних від огляданого, щоби означити рефракцію ока а при тім не зважати на те, щб огляданий подає.

Оглядане ока очним зеркалом в простім образї є об'єктивним і певним методом, але при тім мусить мати лікар таку вправу, щоби був в силі сам зовсім не аккомодувати, щб можна осягнути по довгїм, кількатижневім або кількамісячним уживаню методу.

Скіяскопія є також методом об'єктивним, її легко научити ся, вона не вимагає багато вправи а її вислїди є так само докладні, як при огляданю в простім образї; її похибки виносять 0.25 D до 1.50 D, тільки щб і при огляданю в простім образї. Добрі сторони скіяскопії є дальше в тім, що нею пізнає ся істноване астигматизму лекше і о много скорше, чим при огляданю в простім образї. За те має оглядане в простім образї ту велику користь, що рівночасно видимо зміни на дні ока дуже докладно.

Заким перейдемо до виконання скіяскопії, зробім собі слїдуючі досьвідченя¹⁾.

I. досьвідченє: гл. Фіг. I.

Сочка **С** представляє систем діоптричний; **Т** єго точку найдальшу; **О** є точка кон'югована точки **Т**; **П** є картка паперу і представляє нервівку, котра лежить поза точкою **О**, через щб має бути з'ображене короткозоре око; **Ск** є скравок чорного паперу або який иньший предмет; ми посуваємо єго по передній поверхни мнимої нервівки в направленю стріли і дивимо ся через сочку **С**, в якім напрямі той скравок буде посувати ся.

Зритель може находити ся в трех місцях:

а) зритель дивить ся з точки **А**, лежачої дальше, чим точка найдальша: скравок, здає ся, порушає ся в напрямі противнім, чим вказує стріла.

б) зритель дивить ся з точки **Б**, лежачої близше, чим точка найдальша: скравок порушає ся в направленю стріли.

в) зритель дивить ся з точки **Т** і видить, що при посуваню чорного скравка ціла сочка чораїє від разу.

II. досьвідченє:

Тота сама сочка і паперова стїна, як в I. досьвідченю. За помочію плоского очного зеркала осьвітїм собі сочку, щб також можливе з трех місць.

а) Осьвітчуємо сочку з точки **А**, лежачої дальше, чим точка найдальша і то в той спосіб, щоби часть лучів переходила через сочку на паперову стїну (або також через округлу дїрку в картонї поставленїм перед сочкою, наче через зїницю) і там витворила малий сьвітляний кружок; друга часть лучів нехай паде зрямо на паперову стїну, де повстане через те широкий сьвітляний кружок. Дивім ся на ті два кружки прямо, т. з. не через сочку, і уважаймо, куда вони будуть пересувати ся, коли будемо повертати зеркалом то сюда то тудя. Бачимо про те, що оба кружки сьвітляні пересувають ся в тім самім напрямі при поворотах зеркалом — а разом з сьвітляними кружками пересувають ся їх темні краї.

З I. досьвідченя знаємо, що чорний скравок паперу посуваний в направленю стріли а огляданий через сочку з точки **А** ішов в напрямі противнім як стріла.

¹⁾ M. J. Cluzet: Archives d'ophtalmologie 1899 pag. 187.

В короткозорім оці маємо як - раз ті самі відносини, коли оглядаємо його плоским очним зеркалом з якого небудь місця дальшого, чим точка найдальша. Освітлена часть нервівки пересуває ся при поворотах зеркалом в тім самім напрямі, як світло на лиці огляданого чоловіка, котре відповідає великому світляному кружкові на паперовій стіні — а ми видимо, що в зїниці світляча ся часть, а з нею і тїнь посуває ся в напрямі противнім, як світло на лиці огляданого.

Тут можемо піднести, що червона світляча ся часть зїниці відповідає освіщеній части нервівки, а тїнь в зїниці відповідає неосвітченій части нервівки. При поворотах зеркала пересуває ся малий, ясний, відвернений образ лампи, чи свічки, на нервівці а з ним також темне, неосвітчене дно ока, котре ми видимо як тїнь.

б) коли освічуємо сочку **С** з точки **Б**, лежачої ближе чим точка найдальша і приглядаємо ся прямо обом світляним кружкам на паперовій стіні, то бачимо, що при поворотах зеркалом оба кружки посувають ся в тім самім напрямленю.

З І. досвідченя знаємо, що малий світляний кружок, відвідаючий чорному скравкові паперу, огляданий з точки **Б** через сочку, посуває ся в напрямі стріли.

При огляданю короткозорого ока плоским очним зеркалом з котрого небудь ближшого місця, чим точка найдальша, маємо тоті самі відносини і бачимо, що освічена часть нервівки і її темна, неосвітчена часть т. є. тїнь в зїниці посувають ся в тім самім напрямленю, щб світло на лиці огляданого чоловіка, котре відповідає великому світляному кружкові на паперовій стіні.

в) коли зритель знаходить ся своїм оком як-раз в точці найдальшій огляданого ока, тоді видить при рухах зеркалом, що ціла зїниця огляданого нагло світить ся, то знов нагло ціла темнїє.

Теоретичне пояснене тих дійсних появ дають слїдуючі рисунки¹⁾: гл. Фіг. II. III., і IV.

Коли зритель **Зр** сидить напроти огляданого **Ог** і уставить своє око точно так, що видить докладно зїницю **Зз** огляданого, тоді відбиває ся зїниця на нервівці зрителя як обернений, зменшений образ **З'з'**. Всі лучі виходячі з дна ока огляданого через єго зїницю **Зз** або зовсім не влучають ока зрителя, або мусять влучити єго нервівку межи **З'з'**. Так отже мусять всі лучі виходячі з точки **з**, без взгляду на те, чи вони походять з одної, чи з многих точок дна

¹⁾ А. Е. Fick: Lehrbuch der Augenheilkunde.

ока огляданого, зійти ся в z' на дні ока зрителя, — очевидно, коли лишень ті лучі належать до тих, котрі влучать око зрителя.

Ог в фіг. II. нехай буде короткозоре око; сьвітляча точка **a** на дні ока висилає лучі, котрі вийшовши з зїниці злучать ся в точці далекости **a'** а дальше розходять ся розбіжно. Їх часть влучить зїницю зрителя, котрого діоптричні средства заломять їх і вони зібрали би ся в **a''**, коли би нервівка зрителя не задержала їх; при **З'** в горішній части нервівки повстане розсіяний кружок сьвітла, а проча часть нервівки межи **З'** і **z'** остане темна. **Зр** переносить вражїне одержане на горішній части нервівки на долину в зовнішнім сьвітї і через те видає ся єму долїшня часть зїниці огляданого сьвітлячою. Коли сьвітляча точка **a** пересуває ся на долину на дні ока **Ог** і прийде, скажїм, до **б**, тоді пересуває ся єго образ на дні ока зрителя також на долину, а зритель переносить єго на гору і видить, що сьвітляча ся точка пересуває ся противно, чим вона справді пересуває ся.

В фіг. III. лежить око **Зр** близше до ока **Ог**, як точка найдальша **Ог**. Лучі виходячі з точки **a** на дні ока **Ог** злучили би ся в **a'**. Часть тих лучів влучає зїницю **Зр**, єго око заломлює їх, а що вони є збіжні, то перетинають ся в **a''**, перед нервівою, на котрій повстає в її долїшній части сьвітляний кружок, через що **Зр** вносить, що горішня часть зїниці **Ог** сьвітить ся. При пересуваню ся точки **a** на діл, скажїм, до **б**, пересуває ся образ в оці **Зр** до гори; **Зр** переносить єго на діл і тому видить, що долїшня часть зїниці **Ог** сьвітить ся. Сьвітляча часть зїниці **Ог** пересуває ся протє в тім самім направленю, як пересуває ся сьвітляча точка на дні ока.

В фіг. IV. лежить точка найдальша **Ог** як - раз в зїниці **Зр**. Лучі з точки **a** збирають ся в **a'**; а що **z** відбиває ся в **z'** а **З** в **З'**, всі-же лучі межи **З** і **z** мусять відбїти ся межи **З'** і **z'**, тому видить **Зр** зїницю **Ог** нараз червоною, сьвітлячою ся. І та зїниця сьвітить ся все при пересуваню ся сьвітлячої точки **a** на діл, скажїм, до **б**, хїба що **б** буде так низько положене, що **б'** впаде на дугівку **Зр**: тоді затемнює ся нагло ціла зїниця огляданого.

При уживаню вгнутого зеркала до освїчуваня зїниці посуває ся тїнь як - раз в противний спосіб, як при плоскім зеркалі. Слїдуючі рисунки пояснюють ті дійсні появи: гл. Фіг. V, і IV.

При поверненю вгнутого зеркала до гори пересуває ся рівно-ж до гори зменшений, обернений дійсний образ поломїни, котрий лежить перед зеркалом і є жерелом сьвітла для ока **Ог**. Відповідно сему пересуває ся освїчена часть нервівки **Ог** на долину.

1) A. E. Fick: Schattenprobe.

Коли повернемо плоске зеркало до гори, то обнижає ся мнимий простий образ поломіні, лежачий за зеркалом а служачий за жерело світла для **Og**; відповідно пересуваню ся жерела світла на діл посуває ся осьвічена часть нервівки до гори.

Коли зближимо ся з вгнутиим зеркалом до ока **Og** так дуже, що образ поломіні повстане поза вузловою точкою ока **Og**, тоді посуває ся осьвічена часть нервівки так, як при плоскім зеркалі. А що також сила осьвічення при ужитю вгнутого зеркала залежить богато від віддаленя **Zp** від **Og**, — річ для зрителья зовсім не мало-важна — то найліпше уживати при виконуваню скіяскопії все плоского зеркала.

Тінь повстаюча в зїниці огляданого при поворотах зеркалом не все виглядає однаково. Раз є вона темна, о границях простолїнійних — а другий раз більше шара, її край є луковатий, не остро зазначений. Від чого те залежить, поучає нас слїдуюче III. досьвідчене: Тота сама сочка і паперова стїна, як при I. досьвідченю. Перед сочкою картон з отвором наслїдуючим зїницю. Осьвітїм сочку за помочію очного зеркала і зробім на паперовій стїні як найяркїйший образ поломіні лампи; границї сего образа є остро зазначені, прилягаюча часть не осьвічена відбиває ся дуже виразно від виразного, ясного образа. Коли-же віддалимо ся з зеркалом або приближимо, так що образ стане замазаний, невиразний, тоді і припираюча до него, неосьвічена часть не вирїжнює ся так виразно, як перше.

При огляданю ока з віддаленя 1 метра плоским зеркалом повстає на нервівці огляданого ока відвернений образ мнимої поломіні лежачої 1 метер за зеркалом, отже 2 метри від ока огляданого — і той образ є найточнїйший в оці емметра, а заразом тінь є чорна, о простолїнійних границях і пересуває ся скоро. В аметропїчних очах повстають образочки на їх нервівці менше точні, а тим самим і тінь є менше чорна, о границях неначе замазаних, вгнутих, а пересуває ся не так скоро, як в очах емметропїчних.

До виконуваня скіяскопії потрібне є 1) плоске очне зеркало 2) скринка з окулярами 3) центиметрова міра. Є вправді умисно зроблені скіяскопи т. є. зеркала з мірою, вправленою в ручку зеркала; також окуляри можна умістити на кружку так, щоби легко і вигідно можна пересувати всякі шкла поперед око огляданого — але без тих обох приладів можна зовсім обійти ся. Лікар сідає в затемненій комнаті перед маючим ся оглядати в віддаленю 0.5 до 1 метра; огляданий дивить ся огляданім оком трошка в сторону власного носа в даль, і не дивить ся на ніякий предмет, щоби

не аккомодувати; лікар освічує плоским зеркалом зіницю огляданого і дивить ся, як порушає ся тїнь в зіниці при поверненнях зеркалом. Се все в буквально дїлом одної хвилі і лікар знає, чи точка найдальша огляданого ока лежить перед, чи за оком зрїтеля. Коли тїнь посуває ся противно, як свїтляний круг на лиці огляданого, т. з. як поверненє зеркала, тоді лежить точка найдальша огляданого ока перед оком зрїтеля; він зближає ся з зеркалом до ока огляданого так довго, аж побачить, що тїнь не посуває ся виразно в нікотрий бік а зіниця або свїтить ся або нараз зовсім чорніє — на тїм місци лежить точка найдальша огляданого ока. Віддалене мірять помічник мірою приложеною до кореня носа або коли нема помічника, то огляданий тримає міру на тасьмі приложену одним кінцем до лица під оком а лікар напинає сам свобідною рукою тасьму і відчитує віддалене зеркала а тим самим і свого ока від ока огляданого.

Коли тїнь посуває ся в той сам бік, як і свїтляний кружок на лиці огляданого, т. з. так як ми звернули зеркало, тоді лежить точка найдальша огляданого ока по за оком зрїтеля. Огляданий є або емметропом або гіперметропом. Щоби тото рішити, даймо перед око огляданого вигнуту сочку о силі $5\cdot0\text{ D}$; тото шкло робить емметропа короткозорим і тепер маємо перед собою око заховуюче ся так, як око з природи короткозоре, єго точку найдальшу найдемо в 20 см. Коли степенє гіперметропії є менший, як вигнута сочка поставлена перед око огляданого, то око перемінить ся на короткозоре; точку найдальшу найдемо через зближенє до огляданого, а найдена короткозорість відтягнена від числа діоптрий поставлених перед око огляданого дає єго гіперметропію, н. пр. кладу перед око огляданого сочку $+8\cdot0\text{ D}$, находити точку найдальшу того-ж ока в 50 см, себ-то, що око в тепер короткозоре на $2\cdot0\text{ D}$; $+8\cdot0\text{ D} - 2\cdot0\text{ D}$ дає $+6\cdot0\text{ D}$, значить: оглядане око має гіперметропію 6.0 діоптрий. Коли ужита вигнута сочка не перемінила гіперметропії огляданого ока в міопію, то треба взяти сильнішу сочку, аж те осягнемо; відтак поступає ся, як сказано више.

При емметропії і гіперметропії посуває ся тїнь в той самий бік; після више сказаного можна розрізнити ті обі рефракції по вигляді тїни, особливо коли гіперметропія є високого степеня, бо тоді тїнь не є чорна, її береги не прості і не остро зазначені.

Коли міопія є в високім степені і виносить н. пр. $20\cdot0\text{ D}$ з точкою найдальшою в 5 см, то добре є перемінити її в міопію малого степеня через поставленє перед око огляданого вгнутих сочок не

зовсім зносячих короткозорість, от-так на міопію 3 до 5 діоптрій, бо через те можна означити міопію о много точнійше, як без того. Простий рахунок переконає нас об тім: коли зближимо ся до огляданого ока на 4 см і тут означимо точку найдальшу, то значить се, що око має 25·0 D міопії; коли-же означимо точку найдальшу в 5 см, то се дає міопію 20·0 D. Тут 1 см різниці в віддаленю становить різницю 5·0 D в рефракції, коли при міопії 3·0 D (точка найдальша в 33 см) 1 см різниці в віддаленю не дає ніякої різниці в рефракції — бодай такої, котра би мала практичне значінє.

Огляданий, як вже було сказано, має дивити ся підчас означуваня рефракції єго ока в даль, без аккомодациї. Коли-ж би він пр. аккомодував на віддаленє 33 см, то знайшла би ся у него міопія 3·0 D, хотяй єго око є емметропічне. Означенє рефракції за помічю скіяскопії не є зовсім¹⁾ незалежне від аккомодациї огляданого; а висше згадані похибки при означуваню рефракції методом скіяскопії дають ся пояснити аккомодованєм огляданих підчас огляданя. За те скіяскопія є зовсім незалежна від аккомодациї лікаря, котрий все дивить ся на зїнцію огляданого, а се не має ніякого впливу на посуванє ся зїнчної тїни.

Скіяскопія є найчутливішим методом до викритя і міреня астигматизму. При астигматизмі стоять полуденники, в котрих рефракція є найбільша і найменша, під простим кутом на собі, і то звичайно стоїть полуденник найслабше заломлюючий лучі поземо, а полуденник найсильнїйше заломлюючий лучі прямо. Рідко стоять противно. Коли повертаємо зеркалом раз коло осі стоячої а другий раз коло лежачої, то видимо, що зїнчна тїнь посуває ся рівнобіжно до повернєнь зеркала, але не однако скоро в обох разях.

Часом не стоять головні полуденники астигматичного ока поземо і прямо, але є відклонені о 5° — 20° , тоді видимо при поверненях зеркала коло лежачої і стоячої осі, що зїнчна тїнь не їде рівнобіжно до рухів зеркала, але наскіє. Через відповідні повороти зеркалом можна довести до того, що зїнчна тїнь посуває ся рівнобіжно до зеркальних поворотів — а з того можемо вносити на установленє полуденденників. Коли означимо точку найдальшу кожного полуденника, то маємо в різниці обох рефракцій великість астигматизму цілого ока, складаючого ся з астигматизму прозорки і єму-же звичайно противного астигматизму сочки. Астигматизм прозорки є звичайно більший від астигматизму сочки і перший зменшує ся послїдним функціонально.

¹⁾ K. Hoog: Refractions-Anomalien.

До міреня астигматизму прозорки маємо в коштовнім офтальмометрі Javal'a & Schiötz'a незвичайно точний інструмент, але ним означає ся лиш астигматизм прозорки і его степень але не его якість, т. в. означає ся різниця рефракції обох полуденників, але не означає ся, якого рода є тота рефракція, чи око є міопічне, чи гіперметропічне.

Скіяскопія означає цілий астагматизм і его рід — а се має практичне значінє.

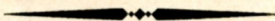
При ніжних а розширених сказах (pubacula) прозорки є означенє рефракції ока взагалі лиш дуже недокладно можливе, означенє за помочю скіяскопії є в таких разях о много лекше і менче хибне, як через огляданє в простім образї.

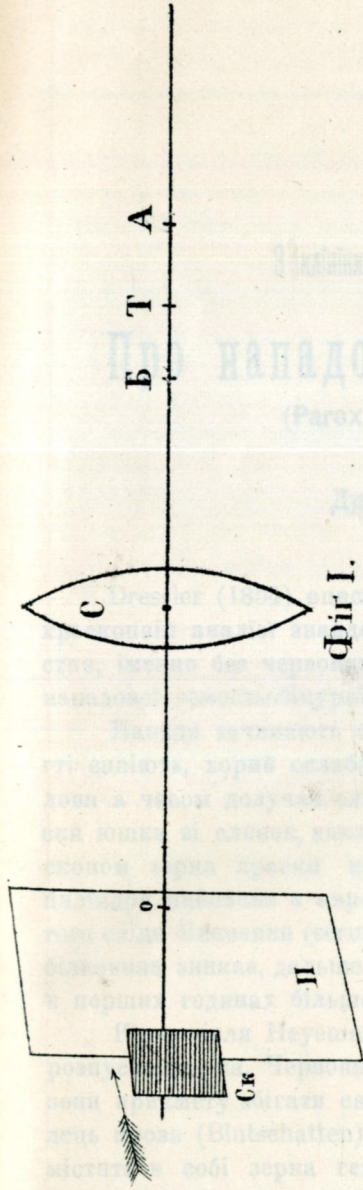
З сказаного висше слїдує, що

1) скіяскопія є методом до означуваня рефракції ока дуже придатним, і дуже лекко її научити ся,

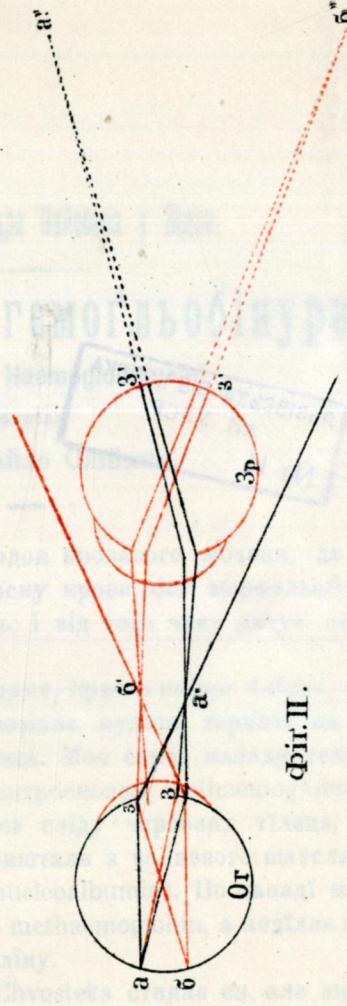
2) она дає дуже точні вислїди, і тому

3) кождий з нас повинен послугувати ся нею, бо в руці того, щб вміє добре обходити ся з очним зеркалом і оглядати дно ока в простім образї, є скіяскопія знаменитим методом до орієнтованя ся і для контролі; в руці неуміючого оглядати дно ока в простім образї скіяскопія є одиноким методом, навчаючим его о рефракції огляданого ока і то з майже цілковитою точністю.

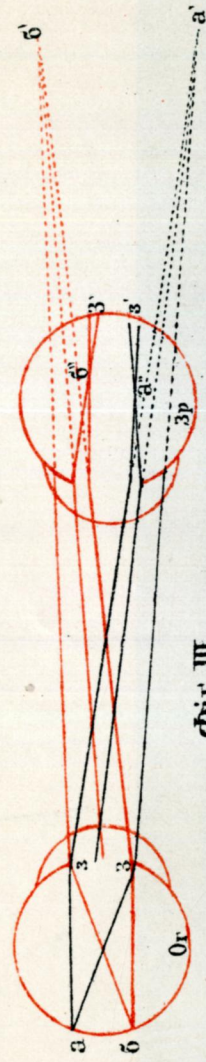




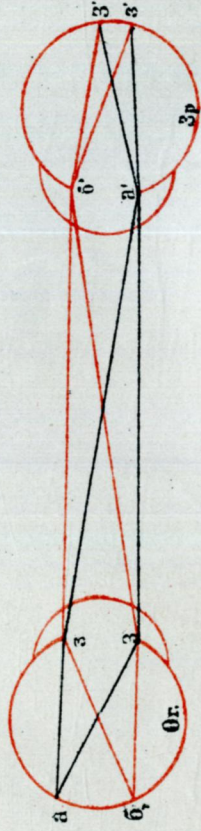
Фиг. I.



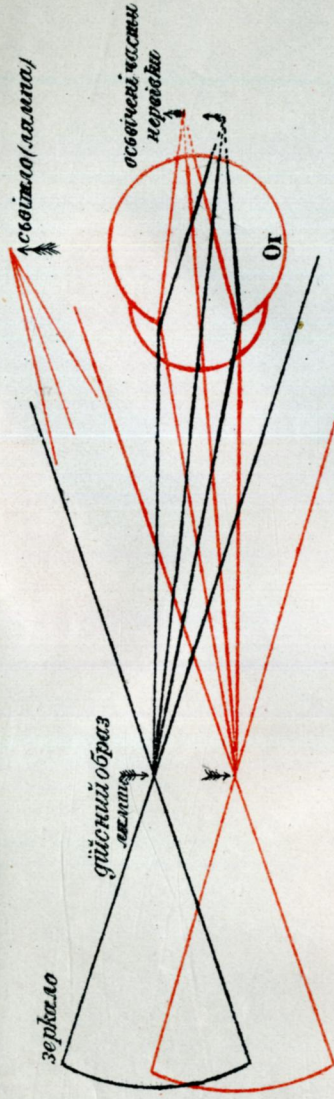
Фиг. II.



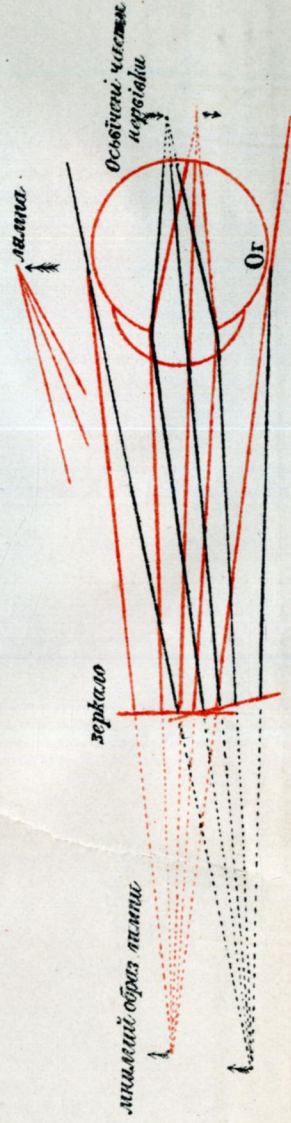
Фиг. III.



Фиг. IV.



Фиг. V.

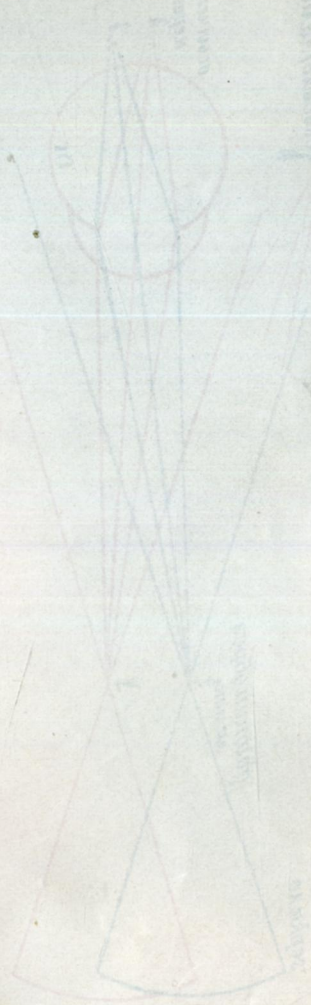


Фиг. VI.

Фиг. II



Фиг. V



Фиг. III



Фиг. III

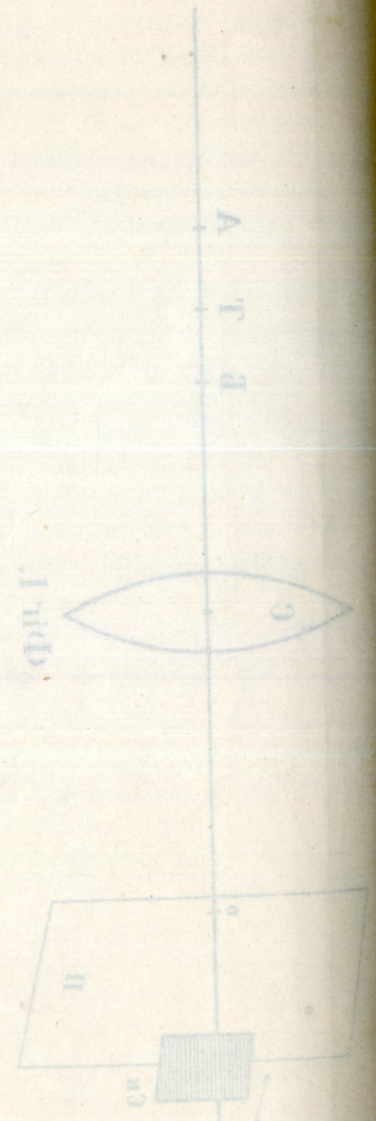


Фиг. II



Львівська бібліотека
АН УРСР
№ И

Фиг. I



Напади появляють ся зимою.

Haemoglobinuria появляє ся і у овець а Babes подає причину паразитарну.

Haemoglobinuria може мати причину і в знаних нам отруях і так :

По вприсненю гемоґлобіну, по опареню, по зачадженю або через зажите більшої скількості kali chloricum — по затровню грибами, фосфором і т. д. наступає діссолюція крови, гемоґлобін переходить в сировать і виділює ся в мочи. Після того часто слідує polyuria і збільшена скількість уробіліну. Як довго організм може регулювати нагромадженє краски через хлоненє гемоґлобіну в селезінці і печінці — то звичайно не приходить до гемоґлобінурії а наступає hyperchoia, icterus і urobilinuria.

Коли одначе за багато ($\frac{1}{10}$) гемоґлобіну переходить в сировать, слідує гемоґлобінурия.

Альбомінурия, в початках nucleoalbuminuria є наслідком в часті подражнення наболоний нирок і лущеня ся тих наболоний а в більшій часті наслідком сего, що розпущені тілця крови крім гемоґлобіну містять білковину а ся переходить в моч.

Розуміє ся, в крови виступає haemoglobinaemia.

На чім вона основує ся? Ehrlich думає, що через студінь і хід витворює ся в стінах артерий фермент, котрий розпускає червоні тілця.

Chvostek приймає теорію механічну: студінь сама через себе не спроваджує гемоґлобінурії, коли одначе підвзяти палець слабого і впровадити в студену воду — тогда кровні тілця скорше тратять гемоґлобін, значить механічне потрясенє, тут підвзанє, спроваджує дісеніляцію крови.

Chvostek думає, що кров при гемоґлобінурії є зміненна так, що на студени скорше виступає розпад червоних тілець — краска переходить в сировать скорше, як в правильній крови.

Теорія Chvosteka припускає, що студінь і хід витворює звуженє кровних судин а се вистанє, щоби кровні тілця випустили гемоґлобін, котрий в нирках переходить в моч.

Ся теорія пояснює брак haemoglobinaemi-ї в деяких случаях гемоґлобінурії.

Случай мною обсервований є трохи відмінний від до тепер описаних :

1899 $\frac{25}{10}$ Th. D. 28 літ з Брод в Слявонії.

В 6 році житя перебув пропасницю, котра тревала через 2 роки. Від того часу терпить біль голови іменно зрана. 1895 пере-

був lues. По виліченню чув ся здоровим до 1897. Сего року по 2 годиннім ході появляють ся дрощі, горячка, котра тревала 3 годні, тоді недужий не запримитив нічого в мочи. В падолисті 1897 наступило 4—5 нападів, моч при тім була темна. Напад розпочинав ся корчевим позіханем і рвучими болями в руках і ногах при T, 16° C, до того прилучають ся дрощі, горячка і слабий піт. Підчас передполудневого нападу виступає спрага — моч в часі нападу темна як кров; в 1/2 години по нападі моч ясна.

В літі 1898 хорий був вільний від атаків, під осінь появляють ся напади частійше, так що хорий в лютім 1899 лежав на клініці Neumann'a, де лічили его хініном і меркуром. По тім напади уступають до серпня 1899. В серпни виступають напади що дня — моч, котра вечерами прояснювала ся, задержує темну краску.

Status praesens: хорий скаржить ся на біль голови; почуване болю в околиці висок, біль очних галин при утиску, в ухах шумить. Зелези в пахвині і на шиї побільшені, тверді. Тон II над аортою заакцентований. Стіни лучевої артерії (a. radialis) твердші. Живчик: 60; селезінка і печінка не побільшені.

Моч перед нападом чиста. Реакция алькалічна. Властивий тягар 1027. Підчас нападу: краска темна, мутна. Властивий тягар 1025. Реакция кисла: nucleo- і sero albumin + oxyhaemoglobin + уробілін і краска жовчи.

Осад: багато грудок гемоглобіну (Haemoglobinschollen), кроваво забарвлені мочавні. Брак червоних тілець, ніяких мочевиных циліндрів.

$\frac{2}{10}$ 1899 о годині 7 рано сходить на подвірє, теплота воздуха 10° C., о $\frac{1}{2}$ 9 слідує напад.

Теплота тіла перед нападом: 36,5 C. підчас нападу:

$\frac{1}{2}$ 9 г.	— 38.9
9 г.	— 39.3
12 г.	— 39.3
1 г.	— 38.5
12 г.	— 37.7
4 г.	— 37.0

Моч 300 см. перед нападом, живчик 72, віддих 18

2800 — 3300 по нападі „ 108, „ 32

Кров по нападі: Erythrocyth: 3.600.000

Leucocyth: 8.600

Fleischl: 700

Червоні тільця блідші, краскою не відріжняють ся, фібрину менше, haematobl. брак, тілець крови брак.

Перед нападом моч чиста, рідко коли появляє ся serumalbumin, звичайно nucleo—albumin. Є напади, котрі треба назвати formes frustes, де температура тіла підноситься з 36.3 на 37.3 а в мочи замість гемоглобіну появляє ся більше urobilin, по таких нападах моч краски пива, легка polyuria.

Підчас типового нападу збільшають ся сталі частини в мочи, властивий тягар іде в гору, моч мутніє. Осад: багато блискучих зерен гемоглобіну, шкелісті циліндри обсажені зеренцями, поодинокі групи leucocyth., червоних тілець брак. Вже в 1½ години по нападі появляється ся serumalbumin і methaemoglobin.

О 11½ рано моч тратить темну краску, nucleo- і serumalbumin зменшають ся, надбує ся сліди oxyhaemoglobin-у а methaemoglobin зникає.

Осад о год. 11, групи leucocyth., шкелісті циліндри, о 12 годині зникають мочеві циліндри, leucocyth. поодинокі, появляє ся уробілін.

Аналіза мочи представляє ся так:

Білковина 1%.

В. 100 см. мочи підчас нападу 0.08749 methaemoglobin.

” ” ” ” 0.03031 oxyhaemoglobin.

Означенє N.

			см.	гр.	
I. перед нападом	10 см. мочи	—0,49 gr.N.	то є на 520	— 25.69	=4.9%
II. підчас нападу	” ”	—0,97 ”	” ” 100	— 9.7	=9.7%
III. напад минає	” ”	—0,47 ”	” ” 1105	— 5.2	=4.6%
IV. по нападі	” ”	—0,71 ”	” ” 250	— 17.892	=7.1%
Разом		58.39 gr. в 24 годинах.			

Означенє NaCl.

I. перед нападом	10 см. мочи	0,08 NaCl.	то є на 520 см.	4.3 gr.	= 0.8%
II. підчас нападу	” ”	0,15 ”	” ” 100 см.	1.50 gr.	= 1.5%
III. напад минає	” ”	0.16 ”	” ” 1105 см.	1.76 gr.	= 1.6%
IV. по нападі	” ”	0.12 ”	” ” 250 см.	2.90 gr.	= 1.2%
Разом		10.46 gr. в 24 годинах.			

Підчас нападу збільшає ся виділенє N і NnCl.

N 4.9% : N 9.7% — NaCl. 0.8% : 1.5%.

Цілковите виліченє вовка (lupus) за помічю Kalium hypermanganicum.

Подав: Др Володимир Янович

б. асистент ц. к. шпиталю на Віденю у Відни.

Антін Кулинич, селянин з Виспи, рогатинського повіту, прийшов до мене в січні с. р. кажучи, що його наймит вирізав єму був нечистим ножиком бородавку на карку, з чого витворила ся рана. Та рана, зразу мала, побільшала ся чим раз більше, а тепер займає вже чи не цілий карк, не вважаючи на те, що недужий вже не раз удавав ся до лікарів о поміч, котрі по при ріжнородні масти випікали зхоріле місце ріжними їдкими течами.

Диягноза, вовк (lupus).

Я предприняв сейчас exscochleatio, котра не вінчала ся пожаданим успіхом, бо з виїмком малих частин, котрі перемінили ся в близну, лишив ся вовк як передше. Друга операція (exscochleatio) скінчила ся рівнож безуспішно. Тодї став я его лічити методом Др Качановського за помічю Kalium hypermanganicum.

Сей метод (гл. Semaine médicale), котрий Др Качановський з добрим успіхом примінив до 34 пацієнтів з вовком від року 1878, полягає на тім, що посипує ся грубою верствою на 2 — 5^{mm} порошком з Kalium hypermanganicum місця заняті lupus-ом. Струпи, коли які є, усуває ся наперед. Поверх верстви Kalium hypermanganicum приходять бавовна і перевязка. Та опаска лишає ся так довго, доки вона не пересякне цілком, почім здіймає ся її і заступає звичайним антисептичним бавдажом т. є. поступає ся далі так, як зі звичайною раною — бо після Др Качановського вистарчає одинокий раз посипати вовка порошком з Kalium hypermanganicum, щоби всі губчасті маси (Fungöse Wucherungen) вовка цілковито знищити. В моїм случаю не вистарчило одиноке посипанє

сим порошком до цілковитого знищення вовком зайнятих місць — чи то ддятого, що lupus займав велику просторонь чи то ддя того, що уровень его не був гладкий а мав ріжні горбки і заглиблення, так що Kalium hypermanganicum мабуть не на всі місця однаково припало, противно я муєїв кілька разів повтаряти сю процедуру.

Пациєнт терпить великий біль під Kalium hypermanganicum, одначе все таки сей біль не рівнає ся тому, який ся завдає хохому через exochleatio або і навіть через часте кавтеризованє ідкими течами, а ліченє за помочю Kalium hypermanganicum має те за собою, що скорше і певнійше веде до вліченя вовка

А. Кулинич, був в протягу 4-ох тижнів від першого перевезаня цілком здоров. Від того часу, а є тому вже більше як $\frac{1}{2}$ року, видів я его кілька разів; на місци давного вовка звичайна близна.

СПРАВОВДАННЯ.

Lewy: Ueber die Adhäsion des Blutes an der Wandung der Blutgefäße. Archiv für Anatomie und Physiologie. (Physiolog. Abth.) Band 1899 p. 89.

Звісно що плиннi або змочують поверхню тїл i тодї як вода в шклї пiднимають ся више як урeвeнь в волосковатих начинях, або не змочують, тодї як ртуть в шклї опадають низше як поверхня ртуті. Коли би кров не змочувала стїни артерій, тодї при виливанню крові з артерій вона скорше переставала би течи, коли би не змочувала стїн тодї тертє між стїною а кровю булоби мiнiмальне. Можна про те думати, що таке урядженє вiдповiдає так званим телеологiчним вимогам. При тiм Брюнс i Фрайнд виказали, що кров не зцїплює ся в артериях, що вона не зцїплює ся i в шклї як намастити рурку вазелїном. Здавало би ся, що така обсервация промавляє за не змочуванєм артерий кровю. Автор виказав одначе, що так не є. Двома способами можна пiзнати чи плин змочує стїни рурки, формою краплї i висотою плиннy в рурках. Автор препарував артерій i удало ся єму випрепарувати досить довгий кусник без бiчних галуз, таку артерияльну рурку всаджував автор в кров а кров в нїй пiднимала ся на доказ що стїни змочують ся, форма краплї показувала також, що кров i артерияльнi стїни заховують ся як вода i шкло. Пiзнанє се мусить мати вплив на теорню круженя i тиску крові, котрi залежать в часті вiд тертя о стїни.

М.

Immanuel Munkx und Max Lewandowsky: Ueber die Schicksale der Eiweissstoffe nach Einführung in die Blutbahn. Archiv für Anat. und Physiol. (Phys. Abth.) 1899 Supplement B. p. 73.

Не вважаючи на переконанє, що білковина не асимілює ся в організмі без переварення, досьвіди в тім напрямі не були ані разу роблені научними методами і всі теорії Neumeister'a і иньших є здогади а не фактичні докази. Про те підняли ся автори праці ще раз переробити всі досьвіди давних авторів і дійшли до результатів цілком иньших як Neumeister й єго школа. — Вони впускали в жили звірят, псів і кріликів звільна і ссm на мінуту алькалічний розчин білковини а відтак засаджували оперовані звірята до клітки і збирали їх моч щоби в ній означувати білковину. Білковина виступає часом на другий день, на третий дуже рідко і в невеликих кількостях, пізнійше нема її зовсім.

Казеїн	{	2·4 gr. pro kilo звіряти, резорбує ся	95·5%	—	4·5%	страги			
		в жили	2·3	"	"	"	95·5% — 4·7%	"	
		в очеревну	0·6	"	"	"	"	96% — 4%	"
			0·4	"	"	"	"	"	100

Альбумін з курячого яйця в алькоголічнім розчині резорбує ся

в жили	{	0·1 pro kilo звіряти	82%	—	18%	страги
		0·66 " " "	56%	—	46%	"
		в очеревну 0·5 " " "	68%	—	32%	"

Ацид'альбумін або сінтоїн резербує ся з фібрину

в жилах	0·66 pro kilo	. . . . .	98%	—	2%	страги
з казеїну	0·66	" "	95%	—	5%	"
	1	" "	87%	—	13%	"
	0·9	" "	90%	—	10%	"

Алькаліальбумінати

2·65 gr. pro kilo резорб.	. . . . .	90%	—	10%	страги
2·67 " " " "	. . . . .	92%	—	8%	"

Нуклеоальбуміни

0·75 pro kilo резорбує ся	97·3%	—	2·7%	страги
1 gr. " " " "	96·8%	—	3·2%	"
0·4 " " " "	97%	—	3%	"

Гістони

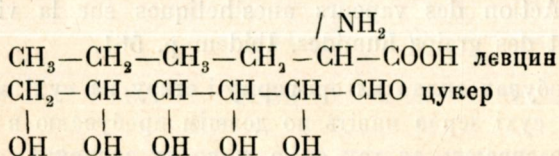
1·74 gr. pro kilo резорбує	85%	—	14·8%	
--------------------------------------	-----	---	-------	--

Видно з тих досьвідів, що всі роди білковини можуть резорбовати ся з крові або з очеревної дуже легко і майже цілковито.

Деякі роди білковини впливають труючо на організм прим. ті нуклеоальбуміни, котрі містять у собі гістони або навіть і ті, котрі для своєї липкості викликають переміни в резорбції або загушують кров. Видно одначе з тих чисел, що енцими зовсім не є виключні варунки резорбції і що досвіді Бріке'го можна примінити на загальну білковину. М.

Cohn: Zur Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss. Zeitschrift f. physiologische Chemie B. 28 Heft 1—2 p. 211.

Доси не удало ся втворити з білковини цукер в такій кількості в якій він втворює ся в організмі. Автор думає, що левцин, котрий можна добути з білковини перемінює ся в цукер. Левцин (Leucin) є амідовалеріянний kwas і має як бачимо дуже подібну хемічну формулу до формули цукру; цукер має так само шість вуглїв і може легко через оксидацию творити ся з левцину.



Треба було одначе показати, що в організмі переходить левцин в цукер і таким доказом має бути праця автора. Автор давав крїлкам їсти левцин по довгим голоді і шукав на скільки збільшилася ся кількість глікогену в печінці. З огляду на те, що з глікогену робить ся цукер, думає автор, що побільшене глікогену доказує переміну левцину в цукер. Досвіді автора показали, що справді кількість глікогену значно збільшилася ся в печінці, але віддай такий доказ не вистарчає. Крїлики були голоджені, але всі мали ще по 7 днях голоду бодай трохи глікогену. Коли проте давати звірятам які небудь получения азоту, то через те збільшує ся спалене організму, то є спалене глікогену, котрий як звісно спалює ся перед иньшими тілами. — Здає ся про те референтови що доказ переміни левцину в цукер зовсім не переконуючий. М.

Strassmann: Durchgang des Sublimats durch den Placentarkreislauf. Archiv für Anat. und Physiol. — (Physiol. Abth.) Supplementband I Hälfte p. 95.

Автор виказав, що сублимат переходить в кров від матери крїлика, пса і морської свинки і що так як фосфор може бути уважаний як спосіб до спровадження пороненя.

Tswett: Sur la liquefaction reversible des albuminoides. Comptes Rendus T 129 N 15. p. 551.

Звісно що білковина розчинює ся у воді коли долити квасів солий або засад. Крім того є субстанції як феноль або резорцин, котрі так само впливають на розпускаємість білковини. Коли долити до желатину 80% розчину резорцину, так аби на 100 частин було 3—4 то дістанемо прозорий розчин. Коли до того додати свіжого желатину то він розпливає ся і таким способом дістанемо дві верстви: одну з желатину розпущеного в резорцину і воді, другу з розведеного резорцину в желатину. Через дифузію можна відділити резорцин від білковини. Можна проте процес обернути (reversible). Не розпускають ся лише міозин, овоальбумін і леґумін.

M.

Coupin: Action des vapeurs anesthesiques sur la vitalité des grains seches et des grains humides. Ibidem p. 561.

Автор пробував вплив хлороформу і етеру на сухі зерна і переконав ся що сухі зерна навіть по довшій пробуваню в етері або хлороформі розвивають ся так само живо як звичайні. Автор думає проте, що можна би таким способом знищити черваки і бактерії не псуючи зерен. Коли одначе тримати зерна в вохкім місці, тоді трохи більша скількість хлороформу шкодить значно їх розвитку, так що 37 на 10000 хлороформу синняє кільченє. Усі антисептики впливають по думці автора инакше на слабо вегетуючий організм (сухі зерна) а инакше на сильно вегетуючий організм (вохкі зерна, звірята і т. д.).

M.

Wang: Fütterungsversuche mit Indol. D. Med. Wochensch. N 42, 1899, 46 B. p. 1365.

Автор хотів найти: 1^o відносини між подаваним індолом а виділенням індіго, 2^o між індолом а виділенням етеро-сірчаної кислоти. Чим більше подавати індолю тим більше виділяє ся індіго і кислоти. Врешті видно з досвідів, що найбільша доза індіга викликала взглядно найменче збільшенє етеро-сірчаних кислот.

M.

Abderhalden: Die Beziehungen der Wachstumsgeschwindigkeit des Säuglings zur Zusammensetzung der Milch beim Hunde, beim Schwein, beim Schaf, bei der Ziege und beim Meerschweinchen. Zeitschr. f. physiol. Chem. B. 27. Heft 4 und 5 p. 356.

Р І Д	Число днів; подвоєне ваги тіла	білковина	попіл	вапно	фосфор кис.
чоловік	180	1·6	0·2	0·03	0·047
кінь	60	2·0	0·4	0·12	0·131
теля	47	3·5	0·7	0·16	0·197
коза	22	3·67	0·77	0·19	0·284
вівця	15	4·88	0·84	0·245	0·293
свиня	14	5·21	0·80	0·248	0·308
кіт	9 ¹ / ₂	7·00	1·02	—	—
пес	9	7·44	1·32	0·45	0·508
крілик	6	10·38	2·49	0·89	0·996

Видно з того, що чим більше сконцентроване молоко, тим скорше розтуть звірята. М.

Salkowski: Ueber das Vorkommen von Pentosen im Harnе. Zeitschrift f. physiol. Chemie, B. 27. H. 6, p 507.

Автор порівнює реакції на пентози з фльороглюцином і орцином (orcine) і висказує думку, що орцин лише показує пентози і не дає реакцій з ментолом і хльоралем які дає фльороглюцин. Крім тих реакцій пропонує автор ще реакції з анілінацетатом і реакції в дистильованій мочи. Реакції з фльороглюцином і орцином робить автор ось як: З смм сільної кислоти 1,19 20—30 мілітр. орцину чи фльороглюцину загріти доки не виступить краска і сейчас дивити ся через спектороскоп або при орцину витрясти амільєвим алькоголем. Так само можна пробувати дистилат з мочи. Пробуючи з оцтовим ацетатом держить ся папірчик замочений в тій субстанції над пробівкою, в котрій варить ся моч з сільною кислотою.

Також можна виказати пентози при цукрі в мочи, коли або віддестилувати з кислотою, або віддалити цукер через ферментацію, або врешті фенільгідрацином, котрий з пентозами дає пентозацон топлячий ся при 175° і розпускаємий в теплій воді, а цукер як звісно дає озацон не розпускаємий і топлячий ся при 200°.

Автор старався виказати, що пентози дістають ся до мочи з черевослинницї (pancreas) і при мацерації панкреасу дістав трохи пентози. Одначе по єго думцї те жерело не є достаточне і відай ще крім того пентози роблять ся з цукру. М.

Nencki und Zalewski: Ueber das Verhalten des Benzoyl- und des Calciumsuperoxyds im Verdauungskanal des Menschen und des Hundes. Zeitschrift f. physiol. Chemie. B. 27. H. 6. p. 487.

Автори хотїли пізнати вплив кисеня на ферментацію в кишках. Давали проте тіла, котрі під впливом ензимів (pancreas) розвивають кисень. Одначе Benzoyl не дав достаточного кисеня, щоби пізнати єго вплив, а вапно може само впливає на ферментацію, бо зменшенє сїрчаных кислот звязаных з фенолями і зменшенє індиану було через вапно досить виразне, хоч тревало коротко. Автори хотять повторити досьвіди з superoxyd-ом магнєзії і ограничують результати своєї праці до того, що оба superoxyd-и віддають в кишках кисень і calciumsuperoxyd дуже добре впливає на всякі кишкові недуги. М.

Gulewitsch: Das Verhalten des Trypsin gegen einfache chemische Verbindungen. Ibidem. p. 540.

З огляду на те, що трипсин розкладає білковину, можна було гадати, що і декотрі такі тіла етери і т. п. можуть під впливом ферментів перемінювати склад панкреасу. Показало ся, що прим. діацетильамідофеноль всі пробовані тіла пр. Salol etc. не розкладають панкреас. М.

Krepelin: Neuere Untersuchungen über die psychischen Wirkungen des Alkohols. D. med. Wochenschrift N. 42 1899. 46 B. p. 1365

Дося не було на певно звісно, чи алкоголь впливає шкідливо чи ні, на силу м'яснів і т. д. Можна сказати, що автори судили досить суб'єктивно. Одні звертали меньше увагу на декотрі появи, иньші за те більше. Krepelin належить сам до противників алкоголю і видно що дуже рад виказати єго шкідливість. Єму удає ся те тям певнїше, що справді проти алкоголю промавляють усі наукові досьвіди а за алкогольем лише симпатїї не скріплені нїяким експериментом. Krepelin і єго ученики зробили деякі досьвіди, причім були мірені не лише м'ясневі але і психічні сили. Пробували вплив алкоголю на відчитуване одно і дво-складових слів, причім показало ся, що по 19 мінутах вже слїдно вплив 30% алкоголю.

Похибки роблять ся часті́йше і часто являє ся повторене сеї самої похибки.

Paraldehyd впливає подібно але вплив скоро устає. На м'ясову роботу впливає алкоголь так, що улетшує імпульс але уменшує силу. Зразу впливає успокоюючо, але такий вплив дуже живо минає і лишає змучене.

Судячи по своїх досвідах уважає Krepelin алкоголь за дуже шкідливу субстанцію. M.

Ewald: Ueber Ernährungsclystiere. Archiv f. Anatomie u. Physiol. Suppl. B. 1899 pag. 161.

Автор уживає такого способу „кормлення“ не лише в случаях цілковитого звуження (stenosis) їжнвиці (пролику, oesophagus) або дверника (pylorus) але і у всіх тих разях де жолудок не приймає корму і де вниші певне не вживали би клістиру. Досвіди автора осьмілюють его до широкого примінюваня клізматів. Він виказує, що деякі недужі можуть резорбувати таким способом 90% азоту, хоч в случаї, в котрих лише 30% резорбує ся. Одначе вживанє клізматів може бути безперечно розширене, коли автор майже за-всїгда діставав значне поліпшенє здоровля і допроваджував до того, що по двох тижнях можна було кормити через жолудок. Автор описує докладно склад клізмату на скількість і час подаваня (4 рази на день). M.

Max Gruber: Zur Theorie der Agglutination. Münchener med. Wochenschrift B. 44. 1899 Nro 41 p. 1329.

Аглютинація бактерий належить до появ може до біологічних може до фізично-хімічних. Деякі учені поясняють появи аглютинації фізичним способом, вниші уважають таке поясненє хибним. Грубер належить до послїдних і доводить на примірах, що анї Еммеріх і Лев анї Пальтауф анї Докіо не мають рації.

Аглютинація не є механічне осадженє бактерий через викликанє коагуляції в серум, не є також коагуляцією в серум через фермент бактерий. Аглютинація є по думці автора хімічна переміна в самих бактериях і їх оболочках. Серум аглютинації робить оболочки бактерий липкими, (може так само, як діастаза робить крохмаль липким). Серум містить в собі може енцими в родї таких тіл як „Cretin, Abrin, Ricin“, котрі по Кюберту впливаючи на еритроцити перемінюють білковану в ліпке нерозпускаєме в водї тіло.

Грубер думає, що власне серум мусить впливати так само на оболочки бактерій як *abrin* на білковину еритроцитів, серум робить бактерії липкими і про те навіть в кольоніях бактерії сціпляються і розтуть не як звичайно але в формі шкірки держачи ся одна одною. Коли крім того виступає і коагуляція то бактерії осаджують ся з неї, але те не є найважнішою появою аглютинації.

Туш, кармін і т. и., порошки плаваючі в серум не аглютинують ся так добре як бактерії і лише механічно до себе прилягають.

На доказ, що аглютинація не є смертю бактерій пригадує Грубер, що по ogrітію аглютиновані бактерії ростуть в серум далі, коли ogrіваючи зменшити вплив аглютинації.

Аглютинація врешті не є паралізованем бактерій, бо навіть бактерії без руху аглютинують ся дуже легко, а по аглютинації рухають ся декотрі бактерії дуже сильно і рух устає тоді, коли аглютинація вже давно скінчила ся. M.

Bordet: Le mécanisme de l' agglutination. (Annales de l' institut Pasteur 1899, N. 3).

З самого початку подає автор знану і загально прийняту дефініцію понятя: *phénomène de l' agglutination*, коли каже, що аглютинація полягає на прикметі специфічної сировиці збивати певні мікроби в пливні, як бульон, фізіологічний розтвір кухонної соли, — в клубочки і творити з них осад, котрий опадає на дно даного суду. Перший раз вказано сю прикмету в 1895 році на бацлях холери за помістю противхолеричної сировиці. Пізнійше вказано се на бакцлях кишкового тифу. Bordet застановляє ся далі над причинами і способом в який приходить до аглютинації; він приписує сю появу фізіологічно-біологічним чинникам, але не менше каже узглядняти також фізичні права і хемічні переміни. Після него аглютинація не є специфічною власністю бактерій, бо навіть по влитю крови в організм певного звіряти від иншого якогось звіряти не того самого роду, приходить до збивання ся в купки червоних тілець крови. Далі цитує він всі пять гіпотез аглютинації 1. Gruber-a: Під впливом аглітину приходить до альтерації болонок бактерій. В наслідок чого оболочки ті стають липкими і лучать ся разом в більшу громадку. 2. Bordet-a: Сей автор уважає при процесі аглютинованя мікроби за пасивні, бо видів як аглютинація наступала навіть на неживих бактериях і ставить теорію, що сировиця ділаючи на дрібноустрої зміняє відносини молекулярної атракції між бактериями і пливом серед котрого вони живуть.

3. Г. Nicoll-a: Принявши, що в мікроорганізмах міститься аглютинаційна субстанція, що потягає за собою опадане купками бактерій під впливом ділання аглутину містячого ся в специфічній сироваті.
 4. Pallauf-a теорія заміряє туди, що приписує збиване мікробів в клапочки механічним впливам. Іменно в специфічній сироваті творяться комірчки і сітки волокнини під впливом аглутину, а нитки волокнини стягають відтак механічно дотичні бактерії.
 5. Після Dineur-a причиною агломерації мікробів є певна притягаюча матерія, витворююча ся під впливом специфічної сироваті, виключно лишень на витках поміщених дококола поодиноких мікроорганізмів.

Bordet заклавши всім тим гіпотезам неточність і неповність в поясненню появ будь що будь цікавих, а так мало знаних, ставить від себе слідуєчі заключеня:

а) Теорії, що пояснюють аглютинацію мікробів через напучніне і липкість оболонок або виток трапляють на численні закиди і не витолковують всіх появ аглютинації. б) Аглютинація може затичити різні твори пр. тілця крови, мікроби, казеїн. в) Можна прийняти, що аглутин впливаючи на аглютинаційні субстанції, спроваджує зміни в взаїмнім притяганю молекулів даних творів між собою, або між ними і окружуючою їх течаю. Цілий процес аглютинації можна поділити на дві фази, в першій фазі приходять до витвореня аглютинації в поодиноких творах (бактериях, тілцях) віддільно від себе, а в другій поодинокі твори слідуєчі фізикальному праву, в тім случаю взаїмному молекулярному притяганю, наближають ся до себе і збивають ся в клапочки. г) Процес аглютинації дуже зближений і подібний до процесу коагуляції. д) можна викликати саму аглютинацію в яєних, прозорих плинах, де частини даних тіл, не то цілі мікроорганізми є дуже рідко розміщені. е) Зі взгляду на прикмети коагуляції і диссолюції, можна до певної міри порівнати специфічні сироваті з соками травлення. ж) Що дотичить субстанцій шкідливих для бактерій, які витворюють ся в організмі в часі щеплення его, то продукція їх відбуває ся не в цілі оборони організму. Організм витворює попросту матерії спосібні до аглютинованя і то не лишень бактерій але також тілця крови, казеїну молока. Специфічні власности сироватий імунізованих звірят мають своє жерело в сироваті звірят маючих бути щепленими. О. Д.

Mayer: Zur Kenntniss der säurefesten Bacterien aus der Tuberculosegruppe. Centralblatt für Bacteriologie N. 12. 1899. Автор перейшов цілий ряд бактерій між иншими: бак. гнійні, б. Petri Ra-

binowitsch, 6. Normann-Rubner на різних мікробних підложах, як агар, бульон, картоплі, в цілі вишукання певної подібності між їх ростом, а властивих бацилів Коха. Крім того ужив ще другого методу розрізнення мікробів, іменно щеплення їх на живих звірятах, а відтак крім того ще обсервував заховане ся звірят і їх відділюванє під пливом інфекційної їди бактерії, робив гістологічні препарати з погибших, заражених животин і слідив так патологічні зміни макроскопово, як перешукував під мікроскопом тканини на евентуально заміщені в них мікроби. В розростаючих ся бактериях на підложах не найшов великих подібностей до культури туберкулічних бацилів, що найбільше вигляд культури бульонової бацилів Petri-Rabinowitsch наближав ся до культури пташих туберкулів. Впрочім щепив культури ростерті з бульоном звірятам підшкірно в черевну ямину, але не викликавав такою інфекцією запаленя очеревної так характеристичного, яке виступав по вприсненю культури Кохівських бацилів. Що найважнійше не витворювали ся, після него, ті характеристичні вузолки на очеревній, не повставала така запальна теч і не було перекидів до легких. За те творили ся сторонковаті зрости на очеревній, а грудки, які лучали ся серед таких зростів складали ся з наболонків або також з самих левкоцитів. Бактерії вступали серед комірок таких зростів в великих масах, давали красити ся методом Gram-a і Ziehl-Neelsen-a, заховуючи таку тривкість закрашеня проти всяких мінеральних кислот, як самі бацилі Коха. При тім зробив Maueг цікаве спостереженє, що вприснені мікроби розвивали ся далеко лїпше в звіриннім організмі, коли рівночасно вприскував певну скількість товщу, масла. Іменно бацилі знаходили з початку під основою товщу, що їх оточував, дуже пригідні відносини до покріпшаня і дальшого розвитку. Бактерії мають навіть частину товщу собі присвоювати і травити на свій прожиток.

О. Д.

Viquerat: Beitrag zur Tuberculinfrage. Centralblatt für die Bacteriologie 1899 September.

Після Коха складають ся турберкулічні бацилі з трох хемічних сполук: туберкулїну і двох ненасичених товщних кислот. Одна з тих товщних кислот розпускає ся в алькоголю, друга ні. Тій власне товщній кислоті, що не розчинює ся в алькоголю, приписує проф. Tavel прикмету закрашеня методом Ziehl-a. По думці автора, що хемічно розбирав культури туберкулічних бацилів є субстанція, що легко розпускає ся в алькоголю пальмовою кислотою. Решта згаданої культури лишила ся як маса, не даюча

ропустити ся анї в етері, анї в азотній кислотї, а розпустила ся за те в етері закишеним сїрчаною кислотою, в амоняку і сконцетрованій молочній кислотї, а показала ся остаточно як бурштинова кислота правдї в дуже малій кількості. Viquerat препарував також культури бацилів Коха на відживці Proskauer-a (аспарагін з гліцерином) і переконав ся, що они не виказували анї слїду білкових тїл. Алькоголем виполокані бацилі, по цілковитім розчинненю в закишеним етері, не показували анї слїду нї пептонових нї білкових сполук в осадї лишившїм ся по відпарованю етеру. З того вносить автор, що туберкулїчні бацилі мають в собі лишень пальмову і бурштинову кислоту в формї алькоголічної соли. Коли відтак бацилі виполоче ся алькоголем і естером, а опісля водою, втраять власність закрашеня знаними методами.

З сих двох кислот, творить пальмова сіль ослонку, що спиняє розпущенє бацилів в водї, а середна часть бацилів заключає бурштинову сіль, що приймає властиве закрашенє. Туберкулїн не є протеїновим тїлом. Щоби се доказати огрів автор туберкулїн аж до 200° C, і не найшов нїякої зміни що до фізіологічного (специфічного) діланя туберкулїну на туберкулїчні звірята. Він був так сильний в своїм діланю, як перед огрітем. Доперва температура 235° C. нищить туберкулїн зовсім, він переміняє ся в білу, тяжку пару а та осїдає на зимних стїнах пр. порцелянової мисочки, як безводник бурштинової кислоти. Туберкулїн під впливом азотної кислоти, а відтак тепла аж до парованя, вконець алькоголю дав кристали бурштинової кислоти. Остаточно на підставі своїх розслїдів каже автор, що бациль Коха є властиво бацилем бурштинової кислоти, що не витворює нїякого токсину і не є патогенетичним мікробом, а сам туберкулїн TO, або TR, себто гліцериновий витяг, не є нічим як водним розчином алькалічної соли бурштинової кислоти. О. Д.

Klein: Ein Beitrag zur Kenntniss der Verbreitung des Bacillus pseudotuberculosis. Centralblatt für Bacteriologie 1899, Nr. 9.

Malasser і Vignal звернули ще в 1883 увагу на сироваті грудочки, дуже подібні до туберкулїчних узолків, особливо на лімфатичних железах звірят гризунів, але не найдено в них туберкулїчних бацилів. З тої причини завів Eberth для них назву псевдотуберкульози. Файферови удало ся зїзолювати мікроби і витворити ними типовий хорововий стан у звірят. Автор ужив канальної води до ін'єкції звірятам і витворив у них псевдотуберкульозу. З того заключає, що бацилі псевдотуберкульози живуть в брудній, каналній водї. Виплекані

бацилі описує Klein так: 1. бациль псевдотуберкульози алькалізує сильно бульон по 1—2 неділях. Індолу не витворює. 2. Бульонові культури творять ланцухи, а також приходять они в густих ланцухах серед запальної тканини, чи то в легких, чи в кишках закаже-них звірят. 3. На зціпенілій кровній сироваті росте бациль скоро, але не роспускає її. 4. Хотяяй ті мікроби не оказують питомих рухів в висячій крапли, однакож методом van Ermengem-а дасть ся відкрити по дві витки на них. Методом Gram-а не красять ся. 5. Що до роспростореня сих мікробів в заражених орґанізмах, то відай грають тут переносну роль левкоцити, на що вказує велике число бацилів псевдотуберкульози в протоплазмі левкоцитів і взагалї в кровотворчих железах. Автор націпляв псевдотуберкулґчні мікроби малпам, обї згнули, уважає проте можливим, що і чоловік може ся ними заразити.

О. Д.

Krause: Beitrag zur Kenntniss des Actinomyces.

По найновійшим розслідам над етиологією хвороби actinomyces у чоловіка виходило би, що сю недугу викликає не один рід мікробів званий Bostroem-ом streptotrix, але що при сїм процесї є чинні ще инші роди мікроорґанізмів, як streptotrix Israeli, а після Gasperini навіть три роди: actinomyces sulfureus, albus et luteo-roseus. Автор сам мав спосібність оглядати один случай сеї недуги у чоловіка. Ропа видобута з опухлої підщочної желези заключала жовтаві грудки величини проса або зерна піску. Виготовлені з них мікроскопні препарати виказали типову actinomyces. Ще лїпше розрізняв їх автор по закрашеню методом Gram-а. Відтак робив культури з них на гліцирриновім аґарі, бульоні, картофлях, сироваті з баранів так з приступом як і без приступу воздуха. В 6 днів повнростали численні кольонії грибків, ропних мікробів не було. Бульонові культури лишили ся в горі чистими і ясними, тільки потворили ся кольонії в формі грубих клаптів величини гороху. Твореня при тїм кислот або алькалїй, індолу або инших вонючих газів автор незапримітив. Культури розвивали ся лишень при 37° C, лїпше удавали ся аеробним способом. По 3—5 місяцях животність культур вигасла. Звіринні проби виконав Krause на мишах, морських свинках і крїляках, заєдно без успїху. На підставі сих своїх спостережень каже він, що мікроб ним вигодований не підпадає під біологічні власности streptotrix-а Israel-а а також і инших відмін сего параситного мікроба.

О. Д.

Galli-Valerio: Contribution à l' etude de la morphologie du bacillus mallei. Centralblatt für Bacteriologie 1899, August.

Автор пригадує на початку морфологію того важного паразита в недугах людей і звірят. Він слушно каже, що не цілком відповідним подавати при описі *b. mallei* — як то буває по бактеріологічних підручниках — що мікроб носатизни подібний є до *b. Коха*, тільки грубший від него і закрашує ся в інший спосіб, як *b. туберкульозн.* Бо вже перед ним деякі бактеріологи, як Loeffler, Kranzfeld, Semmer, Levy описали різні модифікації форми *bac. mallei*. Згадані автори бачили сей мікроб в культурах на агарі і картоплях, раз під видом збитих мас, то знов довгих ниток, то поразгалузовані головню в зістарілих культурах. Galli перевів студії над морфологією мікроба носатизни почасти на культурах виготованих в лябораторії, по части на культурах які удало ся ему досягнути з одного случаю носатизни у коня. Свої культури закладав він на картоплях, вареній моркві, агарі, бульоні, воловій сировати, при теплоті 36°—37° С. До закрашеня бацилів уживав Methyleneblau Loeffler-a, фуксину Ziehl-a, крім інших. В бульоновій культурі запримітив він бацилі довгі до 8 μ . або нитки кілька разів так довгі ізольовані, або позамотувані з собою. Декуди ниточки наближали ся до себе і лучили ся, так що виступав образ розгалуженя. В культурі на бульбі замінні були короткі форми бацилів поодинокі, або наближені до себе по парі. Декуди творили мікроби полученя в формі кутів. Крім того були нитковаті, довгі твори, що кінчили ся палковатим загрубленем. В заокруглених кінцях містили ся численні ядра, котрі виразно виступали по закрашеню і давали такій ниточці *b. mallei* вид правдивого *b. streptococc-a*. На воловій сироваті бачив автор ніжну ясножовту поволочку, ледви даючу ся відрізнити від самої сировати. Сю верстовку творили бактерії короткі і нитковаті подібно як на вареній моркві. На агарі виростали бацилі прості або легонько закривлені, крім того розгалужені ниточки зі згубілими кінцями. Бацилі, чи то короткої форми, чи нитковаті, виказували на закрашеню виразні зернята на кінцях мікробів. По зацепленю *b. mallei* морській свинці, віднаходив автор в її тканинах сей паразит в формі кокків.

О. Д.

Beco de Liège: Note sur la valeur de l' agglutination par le serum antityphique expérimental comme moyen de diagnostic entre le bacille d' Eberth et les races côlifformes. Centralblatt für Bacteriologie XXVI. Band, pag. 136—139.

Мимоходом згадує лущень автор, що аглютинаційних прикмет сироватий і певних хемічних субстанцій, уживає ся в лябораторнях в цілі диягностикованя подібних мікробів. Особливої ваги набра-

ло розрізняване бацилія тифу і *b. coli*. І підчас коли одні вважають аглютинацію бацилів Еберта через сировать тифусових осіб за найпевнішу диягностичну признаку, другі, як Stern, відмовляють сему всяке значене, кажучи, що таку саму аглютинацію можна одержати і у *b. coli*. Весо перейшов сю спорну річ на бациліях тифових *b. coli*, *proteus vulgaris*, які виплекав з екскрементів дотичних хорих, уживаючи до своїх розелідів не лише сировати недужих на кишковий тиф, але і формалін. Він доходить до слідуючих висновків:

1. Аблютинація споводована через експериментальну, протитифову сировать є способом пригідним і практичним до цілий дияференціальної диягнози Ebert-ового бацилія, під умовою, що сировать має високу активність. Іменно сировать мусить бути навіть в дуже високім розпущеню, мати аглютинаційні прикмети, бо в відношеню пр. 1 : 30, сировать хоть специфічна для тифових бацилів, аглютинує також добре *b. coli* в ріжних єго відмінах.

2. Против тифова сировать має аглютинаційну силу в дуже ріжнім ступни супротив *b. coli*. Бо лучає ся, що хотяй би роди сего параситу були однакові під взглядом морфольогічним і біольогічним, в одних разях виступає аглютинація сильно, в других цілковито ні.

3. Формалін не аглютнує бацилія Еберта. З другого боку аглютнує він часто *b. coli* в ріжних єго породах, а також инші, численні роди бактерий, які стрічає ся в калі і в воді. В наслідок того вартість формаліну до цілий аглютинації має більше теоретичне як практичне значіне.

О. Д.

Pfuhl: Untersuchungen über die Entwicklungsfähigkeit der Typhusbacillen auf gekochten Kartoffeln bei gleichzeitigem Vorhandensein von Collibacillen und Bacterien der Gartenerde. Centralblatt für Bacteriologie, 1899, Monat Juli.

Ріст культур *b. coli* о много сильніший і скорший як *b. typhi*, тому здавало би ся, що коли оба мікроби ростуть разом, *b. coli* приголомшить розвиток тифового бацилія. В цілі роз'ясненя сего питання, робив автор слідуючі проби: Він вигодував прутні *b. coli* з екскрементів трох ріжних осіб і переконав ся, що они не мають власности порушати ся в висячій каплі. Відтак взяв культури тифових бацилів, котрі випробував на їх рухливість і нащепив на варених бараболях наперед культуру бацилів Еберта, а відтак на се наложив культуру *b. coli*. Так нащеплені культури помістив в так званій вохкій коморі при 37° С. і по 17 годинах побачив цілу поверхню картоплі вкриту поволокою культури мікро-

бів. Зробив препарат з горішної верстви, і переконав ся, головню по недостачи руху, що се є *b. coli*, відтак відгорнув горішню верству і видобув зі споду бактерийну масу, припускаючи, що найде в ній бациль кишкового тифу. Під мікроскопом в висячій каплі бачив велику скількість недвижних бактерий, одже *b. coli*, а тут і там ніжні бацилі, що рушали ся на всі боки, зовсім як бацилі Еберта. Чим глубша верства на картоплях була ужита до спорядження препаратів, тим більше видів автор тифових бацилів. Ті проби повторив з трома родами *b. coli* і все мав сей самий результат, так що на єго думку, ріст *b. coli* навіть на тім самім місци, не нищить ані не спиняє розвитку тифових бацилів. До таких симих результатів дійшов він мішаючи культури бацилів Еберта з бацями, які приходять в великім числі в огородовій землі. Тут не вистарчав єму перегляд препаратів в висячій каплі, він вливав желатинові плити і між ріжними иншими родами бактерий, відкрив також кольонії тифового бациля так, що остаточно і сі всі ріжні мікроби остали ся без впливу на розріст тифового парсита.

О. Д.

Sitsen: Über den Einfluss des Trocknens auf die Widerstandsfähigkeit der Mikroben Desinfectionsmitteln gegenüber. Centralblatt f. Bakteriologie N. 2 і 3, 1889.

До тепер нема дійсно точних і критичних дослідів, чи бактерії є більше відпорні на дез'інфекційні средства в сухім чи мокрім стані, а хотяй се загально знаюю річю, що зародні перетривають місяці і літа і не тратять власностей дальше розвивати ся, коли дістануть ся на пригідне підложє, то одначе єю справу головню дотично самих бактерий — проте форми вегетативні — майже цілком ще не порушено. Автор брав до своїх розелдів три роди бактерий: *Staphylococcus pyogenes albus*, *bacillus typhosus* et *Vibrio Kochi*. Він поступав так: дрібку культури роспускав в воді і ростирив се на емульзю. Краплю сеї емульзії брав на накривкове стекольце і лишав на воздуху, аж висхло. Відтак ті висушені преперати, одні зараз по 15 мінутах, другі по 1—4 днях, піддавав діланю $\frac{1}{2}$ —1% карболової кислоти через 5—40 мінут і довше, а відтак вкладав, по змитю водою решту кислоти зі стеколець, ті препарати в епруветку з бульоном і вставляв їх до відповідної печки, як то робить ся звичайно з культурами бактерий. Так само поступав з препаратами мокримн. Показало ся, що лишень *Staph. pyogenes albus* і Ебертовий бациль набрали через висушенє більшої відпорної сили проти отруйної кислоти, бо

ще і по 45—100 мінутах зіткнення ся з карболом, не стратили своєї живності і розвивали ся в бульонї, підчас коли бацилі в мокрім ставї, затроєні карболом, вже по 10 мінутах тратили можливість віджити навіть в такім добрім підложу, як бульон.

У холеричних бацилів не хоронить висушене перед їдким діланєм забійчих кислот і в тім самім часї гинули їх культури мокрі як і сухі.

О. Д.

Mankowski: Ein Verfahren zum schnellen und leichten Unterscheiden von Kulturen des Typhusbacillus vom Bacterium colli. Centralblatt für Bacteriologie N. 1, 1900.

Автор продовжуючи дослідн Rothberger-а над впливом розросту деяких мікробів на реакцію і закрашене підложу, мав дійти на тій підставі до певного розріжнення бациля кишкового тифу і bacterium colli. Він подає передовсім плин, котрий служить до закрашеня підложу. Сей плин складає ся з двох течий. Перша теч поветас з однопроцентового потасного лугу, насиченого квасним фуксином. Друга теч се насичений водний розчин індіокарміну. Відтак мішає Mankowski дві частини першої течі з одною частиною другої течі і додає до того 22 частини дестильованої води. З сего поветас мішанка, що муєть бути темно голуба о слабій алькалічній реакції. З того плину дає ся до підложу — агар або желатин — краплями стільки, щоби закрасило ся синьо або синьофіолетово.

Реакція муєть бути неутральна. Під впливом розросту кольоній бациля Еберта ставала краска підложу чорно-синя, а під впливом bact. colli переміяла ся фіолетова краска підложу на зеленаву, а відтак ставало підложу цілком безбарвне. Трета контрольна рурка задержала первісну закраску.

Час, потрібний до виступлення виразної відміни закрашень, виносив 30—72 годин. Сю пробу однак можна після автора перевести також на борзї. Коли на готові культури обох згаданих родів бактерий капнути 1—2 краплї его течі, то тифусна культура прибере сейчас закрашене темночервоне, а культура з b. colli стане зеленковатою.

О. Д.

Mankowski: Ein neues Nährsubstrat zur Isolirung von Typhusbacillen und des Bacterium colli communis. Centralblatt für Bacteriologie für Monat Januar 1900.

В цілі розріжнення культури тифового бациля від bacter. colli вдумав автор новий рід підложу. Оно складає ся з відвару грибок-

вого — і то або грибів їдальних або отруйних — до котрого додає ся $1\frac{1}{2}\%$ агару, 1% пептону і $\frac{1}{2}\%$ кухонної соли. Оба роди бактерій удають ся на тім підложу, лишнь заходить характеристична зміна в розрості. І так 1. *Bact. coli* росте скорше і то в формі білої, сильної поволочки. Тифова кольонія розвиває ся поволи і виглядає як прозора, блискуча лента. 2. Ся поживка уможливає обсервувати киснене викликане через *bact. coli* по 24 годинах вже. 3. Грибне підложе є лихою і непридатною поживкою для других родів бактерій, проте уможливає в сей спосіб розвиток лише часто гляданих бацілів Еберта. 4. Удає ся найліпше на такім підложу метод закрашевя видуманий тим самим автором в цілі диференціальної діяльності бацілів тифу і *Bacterium coli*.

О. Д.

Anjeszky: Über Immunisierung gegen Wuth mit normaler Nervensubstanz. Centralblatt für Bacteriologie. Januar, 1900.

Яко важне відкритє в області серо-і органотерапії оголосили в році 1898 Wassermann і Takaki з інститута Коха, що їм повело ся звичайною емульзією зі хребетного стерження здорових морських свинок заїмунізувати миши супроти смертних давок тетанічних токени, а в слід за тим дійшли до публичної відомости дослїди Babes-a в Букарешті, котрому мабуть удало ся імунізувати пси против скаженнини також простою емульзією з нервної субстанції здорових овець. Річ природна, що найшло ся зараз много бактеріологів, що хотїли провїрити правдивість обох гіпотез. Межи вньшими заняв ся тим Calabrese в Неаполи і перейшовши на многих случаях совісно метод Babes-a дійшов кождим разом до негативних результатів, значить не успів заїмунізувати ані псів ані кріликів проти скаженнини звичайною нервною субстанцією. Ліпші результати осягав той самий бактеріолог при помочи нервної емульзії зі звірят вже імунізованих на rabies.

Сам автор Anjeszky робив дальші дослїди в цілі роз'ясненя сеї kwestії. Єго дослїди розтягають ся на три серії, а кожда серія обнимає по три пси, при чім уживав все по одному звіряти контрольному. Він вприскував через 18 днів підшкірно по 10 гр. емульзії зі стерження здорової худоби, а відтак защепив звірятам скаженнину слабої концентрації. Контрольне звіря згнуло, веї три пси лишили ся при житю. В другій серії імунізував він пси тим самим робом і защепив їм сильну давку їди скаженнини. Звірята погнули скорше як контрольний крілик і то серед появив типової скаженнини. Пси третої серії імунізував так само, а відтак в 42 дни піз-

війше дав покусати всі троє звірат скаженому псови, всі ті звірата і то в протягу 24—30 днів погинули на rabies. Так само згинули і пси першої сервії, коли їм защебив в друге сильнійшої отруї скаженнини. На підставі таких некористних вислідків з нервною емульзією, мимо того що вприскував часом і до 30—42 гр. правильної нервної субстанції, відмавляє Anjeszky всяке значіне пробам імунізуваня звірат правильною нервною субстанцією проти скаженнини.

О. Д.

Bruno Galli Valerio: Les puces des rats et des souris jouent-elles un rôle important dans la transmission de la peste bubonique à l'homme, Centralblatt für Bacteriologie pro Monat Januar 1900.

В Annales de l'Institut Pasteur в 1898 році, оголосив Simon, що переносником бацилів чуми зі щурів і мишей на людей є в даних разях блохи живучі на щурах і мишах і на потверджене своєї гіпотези наводить кілька власних спостережень. Valerio остро виступає проти такого недокладного твердження в своїй статі і на підставі знова своїх спостережень виказує просту неможливість такого факту. Після него, перенесене чуми мишими блохами вже з сеї причини неможливе, бо на щурах і мишах живе цілком инший рід параситних комах typhlopsylla musculi, що ніколи не нападає ані чоловіка, ані ніякого домашнього звірати, проте і виключена є навіть можливість перенесеня в тій дорозі чуми на людей. Автор брав typhlopsylla musculi по 24—48 годиннім виголодженю і переносив їх на власну шкіру, комашки не кусали, і зараз по усуненю стекольця, котрим їх прикрив на своїм тілі, позіскакували. Після него, коли можливе є перенесене бацилів чуми за посредством комах, то діє ся се скорше за помочю pulex irritans і то з чоловіка на чоловіка.

Läwit: Protozoennachweis im Blut und in den Organen leukämischer Individuen. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. B. XXIII Heft 5 u. 6.

Той сам: Weitere Mittheilung über Sporozoennachweis bei Leukämie. Wiener klinische Wochenschrift. 1899. Nr. 20.

В першій праці подає автор, що знайшов в 4 случаях мішаної левкемії цілком певно амеби в крові і в органах, а не знайшов нічо в 4 случаях чистої лімфатичної левкемії. І так при мішаній левкемії видно в крові взятій з пальця і соку добутім пункцією з селезінки, а рідше в сироваті крові, так звані Sporozo-и виду амебів.

Крім того знайшов він ті форми в селезінці і кістнім стрижу деяких случаїв.

Так як в першій праці здержує ся автор від далекосяглих заключень з нагоди того відкриття, так знов в другій старає ся він ту появу ближше пояснити. Він називає того мікропаразита: *Haemaphysalis leucemiae* (аналогічно до *H. malariae*, Реф.) і розрізняє вже два справді подібні але де в чим ріжні відміни (*varietas*) того паразита. *Перша відміна* знаходить ся в органах витворюючих кровні клітини і то між- і серед- клітин (головно в кістнім стрижі) але також і в левкоцитах кружачої обводової крові можна знайти амеби, чи то в самих клітинах, чи лиш до них притулені. Сю появу можна бачити постійно в случаях так зовимої мішаної левкемії (*Leukaemia myelogenes Ehrlich'a*). *Друга відміна* знаходить ся *лише* в органах витворюючих кровні клітини і то лише поміж клітинами, але не знаходить ся в левкоцитах кружачої крові. Се буває в так зовимій чистій лімфемії, (*leucaemia lymphatica Ehrlich'a*). Не вважаючи на те, думає автор, що всеж таки мусить бути лиш *оден* рід того паразита, котрий знаходить ся або лише в органах витворюючих кровні клітини і не переходить до крові (*Lymphoemia*), або знаходить ся зарівно в органах витворюючих кровні клітини і в левкоцитах загального круження крові (мішана левкемія.) Причина сего подвійного захованя ще не вияснена, але здає ся лежить головно в самім зхорілїм організмі. E. O.

Forbes — Leslie. Malarial fever; some suggestions in its pathology and treatment. (*Lancet* 1898. Juni 4).

В сїй розідці виступає автор проти загально тепер прийатої теорії Коха що посередниками в переносеню мікроорганізмів пропасниці є виключно рід комарів званий *moskitos*. По єго думці, переходить *virus* пропасниці також дорогою вітру а найчастійше з водою до людського організму. Що *moskitos* не можуть бути виключними посередниками сєї недуги бачить автор довід в тім, що і глибоко на морю дістають люде цілком сьвіжі напади пропасниці, де *moskitos* зовсім нема. Зміни в функції печінки улегшають виступленє недуги. Одиноким ліком є хінїн, але добре перед тим подати кальомель а до хінїну додати карболевої кислоти. E. O.

Stapler: Zur Aetiologie des gelben Fiebers. *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 17. 1889.

Зародень жовтої фебри може бути перенесений так як зародець пропасниці комахами головно через *mosquitos*. Проте зрозуміємо чому заказа наступає звичайно вечером і чому чужинці легче підпадають заказі як тубильці. Вохкість, тепло, темнота і плісень є найважнійші чинники, котрі заховують жовту фебру і *mosquitos*. Проте вилягають ся *mosquitos* в низьких спальнях Бразилії, де не

доходить сонце, бо нема вікон а лише малий допует сьвітла з гори. В Сантос приміром є доми в котрих нема *mosquitos*, і там дійсно не лучає ся жовта фебра. Факт, що тубильці є ніяко взглядно імунізовані проти сеї недуги, дасть ся також пояснити теорією *mosquit-iv*, вони по просту не реагують на укушене *mosquit-iv*. Инакше чужинці, ті реагують дуже сильно на укушене *mosquit-iv* і в таких осібників знаходять перенесені бактерії так званий *locus minoris resistentiae*, і можуть легче вести боротьбу з організмом, котра звичайно кінчить ся занедужанєм. E. O.

Scheiber: Über Pellagra. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 9—11, 1899.

Признаки сеї недуги можна поділити на 3 стадії, 1^o стадієм шкірної висипки, 2^o занедужання жолудка і кишок, і 3^o ріжні збоченя в нервному системі. Кілька днів або тижнів перед виступленєм висипки, а се діє ся головно на весні в марті і цвітні, являють ся продромальні признаки і то: брак апетиту, загальна утома, і біль голови і т. д. Висипка представляє ся як еритем (*Erythema*) що виступає лише на не покритих частях тіла, і звичайно щезає в лишні або серпні. Сей I період може, без значніших тяжких появ, тревати 1—4 літ і на сім може ціла недуга закінчити ся (*Pellagra simplex*), або недуга переходить в II період, котрий відзначає ся появами заатакованя жолудка і кишок в виді браку охоти до їди і сильної бігунки. Ті признаки підлягають таким самим змінам в зимі і літі як шкірна висипка з тою ріжницею, що полегча в осени і зимі є що року слабша. Сей II період може тягнути ся і повертати ся через кілька літ, аж наступить смерть в наслідок великої анемії, гідремії і загального ослабленя, або недуга переходить в III період, котрий відзначає ся всякими збоченнями в нервовім системі. Найчастійше являє ся поважна меланхолія, відтак являють ся делірії, звичайно релігійного змісту, рідше маніякальний стан. І сї появи мають характер періодичний аж доки не наступить смерть.

Секція виказує часто появи туберкульози, що Neusser рішучо заперечує.

Пелягру не можна прирівнати з ерготизмом, бо вона не походить, як се до недавна загально думали, виключно від вживаня зіпсованої кукурудзи. Її треба зачислити до так зовимих людових недуг, до котрих належать такі недуги як шкорбут, лепра, а котрі повстають в наслідок всепільного впливу ріжних звісних і незвісних причин. У всіх тих недугах є найважкіше індивіду-

альні прикмети, лиха пожива, лихі соціальні, гігієнічні і телюричні відносини.

Ся недуга розповсюджує ся все дальше; вона появилася наперед в Іспанії, відтак перейшла до Італії, Франції, Румунії, полудневий Тироль, Дальмації і Буковини (Цікаво би було дуже, коли би наші товариші лікарі з Покутя хотіли зайняти ся сею справою, і донесли нам чи і в Галичині не являє ся недуга, що з огляду на дуже подібні відносини кількох наших повітів до буковинських відносин є дуже можливе. Реф.) а в останніх часах сконстатовано сю недугу на Уграх і Семпгороді.

Случаї так званої Pellagra simplex і Pseudopellagra є вправді дуже упорчаві, але довилічення, а і Pellagra vera може в початках через добру виживу, стараний обхід і роборанця поправити ся а навіть івилічити ся, головнотоді, як переведе ся недужих в інші, внішні обставини і внішний клімат. Застарілі случаї не дають ся звичайно, не вважаючи на хвилеву полегчу, виратувати від смерті.

E. O.

Michaelis: Über Diazorearation bei Phthisikern und ihre prognostische Bedeutung. Centralblatt f. innere Medicin N. 48, 1899.

Автор звертає увагу на значінє діазореакції яке воно може мати для прогнози поодиноких случаїв туберкулози.

Виконанє реакції є звісне (гл. „Збірник сек. мат. пр. лїк. Т. 1. ст. 3. Реф.), додати хіба треба, що лише вразно рожева а навіть аж темно червона краска повсталой з трясеня шумовини, має значінє додатне, всілякі внішні відміннє красок не мають ніякої вартости. Автор є тої думки, що часова або постійна поява тої реакції в мочи фтизиків є для прогнози дуже лихим признаком, і основує свій погляд на 75 случаях, дуже старанно досліджуваних. З тих 75, у котрих реакція випала додатно, випущено лише 8 з легким поліпшенєм, деяких перенесено, а 57 умерло. Сей значний процент смертности доказує, по думці автора, дуже вразно високе значінє сеї реакції в напрямі прогнози, проте думає він на будуче не приймати таких хорих до лічничих закладів для недужих на легки, бо надіявилічення є майже ніяка.

E. O.

J. Müller: Über die Ausscheidungsstellen des Acetons und die Bestimmung in der Athemluft und in den Hautausdünstungen des Menschen. Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd XL. p. 351.

З огляду на те, що лиш тоді можемо розширити наші відомости про повстанє ацетону, коли дослідимо і означимо квантитативно єго видаленє, приступив автор до спорядженя спеціального апарату до означеня видаленого ацетону не нирками але через від-

диханє і шкіру. Апарат, сам по собі дуже пригідний і простий, основує ся на тім, що видиханий воздух переходить через 4 флашки Woulf'a, ацетон виловлює ся в дистильованій воді і титрує ся методом Messinger'a.

При помочи сего апарату сконстатував автор дуже цікаву появу, що і у всіх здорових знаходять ся в видиховім воздуху субстанції витворюючі йодоформ, що обчислене на ацетон виносить 1,3—3,3 mg. на годину. У діабетиків і таких здорових, котрим не давано вуглеводів, знаходжено скількості до 20 mg. на годину. Величезне було виділенє ацетону видихом тоді, як подавано per os ацетон. По подаю 3,5 gr. ацетону видихано за одну годину вже 130 mg. Що до відношеня виділеня ацетону нирками і легкими дійшов автор до таких результатів. Один діабетик виділював більшу часть ацетону мочію, а здоровий чоловік зарівно при мішаній як товщній і білковатій поживі виділював більше видихом, так само здоровий, котрому подано per os ацетон. Здає ся, що є певний контраст між здоровим а діабетиком.

Дальше означував автор ацетон і в поті, методом Lieben'a (також через витворенє йодоформу) і дістав позитивний резульат, одначе скількість его є така мала, що можна її при квантитативних означенях сміло опустити. Вистарчить означити скількість ацетону в видиханім воздуху і мочи. E. O.

Waldvogel: Woraus und wo entsteht das Aceton? Centralblatt für innere Medicin Nr. 28. 1899.

З чого і де повстає ацетон? Над розвязкою того питання думав автор від довшого часу, робив досліди і приготовив обширну працю, котру задля внішних причин не може на разі оголосити і подає проте її результати поки що в скороченю. Найперше, переконаний досьвідами виступає проти старого погляду, немовби то ацетон повставав з білковини. Дальше стверджує, що вуглеводи повздержують виділюванє ацетону і то впроваджені до організму per os а не дорогою підшкірною. Одиноким жерелом ацетону уважає автор товщ. Через подаванє товщу голодуючим і діабетикам per os збільшало ся виділюванє ацетону, при подаваню підшкірнім не було ніякого резульату.

Факт, що лишень кормовим проводом впроваджувані вуглеводи і товщі впливають на виділюванє ацетону і то перші зменшають, другі збільшають те виділюванє, уважає автор за доказ повставаня ацетону в кормовім проводі. З другого боку збільшенє взглядно зменшенє вуглеводів і товщу в кормовім проводі ділає в дальшій впливі на розклад товщу самого організму, а що сей розклад відбуває ся

в великих железах організму, проте належить шукати місця повставання ацетону також і в железах.

Гр. Гр.

Dentz: Hutchinson'sche Zähne. Zeitschrift f. klin. Medizin B. XXXVI p. 39.

По перших публікаціях Hutchinson'a в роках 1857—1860 повстала така жива ввіміна думок в справі його відкриття і в кінці така путаниця, що сам Hutchinson був зневолений в році 1880 на між-народнім конгресі в Лондоні ще раз ясно означити свою думку. Вів приписує лише одній зміні на зубах значіне для діагнози syphilis hereditaria, іменно застоєви розвитку середного туза (Tuberkel) центральних горішних сїкачів (incisivi).

Авторови прийшло на думку застановити ся, чи той застій в розвитку а властиво атрофія того середного туза не є в загалі початком редукції згаданих центральних горішних зубів. Уже не від нині знають одонтологи що внїшні горішні сїкачі показують з часта неправильвий вид форми стїжка (Zapfenzähne), і що та відміна є в деяких родинах дїдична. Подібно як так звані „зуби мудрости“ у genus homo з часом малїють і цілком щезають, можуть також і горішні внїшні сїкачі підлягати філогенетичній редукції, тим більше що знаємо, що предки нашi мали 6 горішних сїкачів.

Автор представляє цілий ряд гіпсових моделїв, на котрих видно докладно хитке захованє горішних сїкачів. На таких щоках можна дуже часто бачити і атрофію середного туза центральних сїкачів. З сих появ можна вносити, що ся неправильність є першим признаком склонности тих зубів до зміни свого виду на клинїстий (conisch), щоби було переходовою фазою до пізнійшої цілковитої редукції.

Заходить тепер питанє, чи недостаток правильної виживи, який при дїдичнім сифілісі безперечно мусить бути, може бути товчком до редукції і так уже до того склонних центральних горішних сїкачів. Сего питаня не бере ся автор рішати. На всякий случай, хочби річ так ся мала, то діагностичне значіне зубів Hutchinson'a много би на тім нестратило.

Е. О.

Rosenblatt: Zum Nachweis der Tuberkelbacillen in den Faeces. Centralblatt für innere Medicin. N. 29. 1899.

З огляду на те, що при туберкульозі кашок є стільці дуже водянні, знаходжено а них дуже рідко і тяжко прутні Koch-a. — Автор давав таким недужим так довго tinct. опії доки стільці не

стали зовсім тверді і знаходив на поверхні калу головно в партиях слизово-ропних з легкістю туберкулічні прутні. *E. O.*

Sänger: Subjective Dyspnoe bei Trockenheit der Nasenschleimhaut, so wie der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut. Münchener med. Wochenschrift N. 15, 1892.

Автор виказує, що духота (Dyspnoe) у недужих на проволочний нежит носа і частної ями не походить від якоїсь дійсної запори, але є лише чисто суб'єктивне почування. Воно повстає через те, що перехід вдихового воздуха через ніс з причиною сухости слизової болони не відчуває ся в відповідній мірі, бо вразливість чутливих нервних кінчин є упосліджена а крім того хвибує відпарованя води, що наводить звичайно почуванє студени. — Через те треба в таких случаях духоти звернути цілу свою увагу на місцеве ліченє проволочного нежиту, що й доводить живо до бажаної ціли. *E. O.*

Winckler: Über Massage des Kehlkopfs. Wiener med. Wochenschrift N. 14, 1898.

М. Braun і Laker ввели метод ліченя гортани через масаж. Автор признає, що се ліченє може як спомагаючий спосіб де в чім бути помічним. Одначе результати спеціяльно внутреного масажу (Vibrationsmethode) не є найліпші, спеціяльно в случаях повставших через хибне уживанє або перфорисованє гортани, ліпші наслідки показує вже се ліченє при гістеричнім спараліжованю, і може навіть бути користійшим як фарадизация. Також при хронічній laryngitis і наступовім ослабленю мянів гортани можна через поверхнний масаж гортани осягнути зовсім задовольючі результати. *E. O.*

Harbitz: Studien über Endocarditis. Deutsche med. Wochenschrift. N. 8, 1889.

Автор досліджував анатомічно велике чело запаленя ендокарду а внаслідки своїх дослідів подає в згаданій праці. Він розрізняє згідно з иньшими авторами два роди сеї недуги: інфекційне і неінфекційне запаленє ендокарду. — Перше ділить він на дві групи, до а) зачислює він случаи endocarditis, що виступають у видї яскравої піємії, де знаходить ся чисельні ропні огнища, інфаркти і т. д., так що endocarditis є лише частинною появою загальної кази. Тут знаходить ся при секції діфтероїдальні поклади (Belege), ульцераций, некротичні огнища в серцевих заставках, а ропні

в м'ясню серця. До б) зачисляє ті случаї, де в хоробовім образі перемагають появи афекції самого серця і де можна припустити, що недуга має в самім серці свій початок. Перебіг сего роду недуги є звичайно дуже проволочний, горячка взаглядно мала. З інших органів западають в недугу найчастійше нирки під видом паренхіматичного запалення вирок. При секції зніходять ся звичайно тверді нарости на заставках, котрі можна знайти і на сусідніх частих артерий а взаглядно серцевої комори. Вони бувають з часта звапнені і роблять взагалі вражінє старших процесів.

В обох тих родах інфекційної endocarditis знаходжено звичайно на серцевих заставках бактерії, і то в перших случаях стафілококки, в других стрепто- і пневмококки. Одначе часто знаходжено і одні і другі так що можна сказати, що оба роди переходять одні в других, як се можна впрочім бачити і в клінічнім перебігу і при секції.

Про другу себто не інфекційну endocarditis, то є таку, котрої специфічний вірус ще не найдено, не знає автор що много нового сказати. Він досліджував цілий ряд так званих ревматичних запалень ендокарду і такі, котрі знайшов случайно при туберкульозі, раку, Morb. Brighi, а не найшов ані ніяких мікроорганізмів ані нічо такого, щоби можна ужити до виясненя етіології того рода недуг.

Е. О.

Mannaberg: Über Phlebitis und Thrombose in klinischer Beziehung. Wiener med. Wochenschrift Nr. 10—12. 1899.

Погляди на повстанє зачопованя (Thrombose) є дуже ріжні; і так проти чисто механічної теорії Virchow'a стоїть тепер бактеріологічна теорія. Досвідди при секціях показують, що тромбоза стрічає ся дуже часто при інфекційних недугах, при раку, при недугах судинного укладу і старечім харлацтві. Спостереження при ліжку хорого учать нас, що також при блідачці, левкемії, скорбуті і Morbus maculosus Werlhofii стрічаємо часто тромбозу, з чого дуже велике значінє мають тромбози при блідачці. Звісно, що з часта стрічаємо хибні діагнози і в початках блідачки діагнозує ся ревматизм або пухлинину, а зарядженє массажу може легко допровадити до емболії в легки і т. д., що автор мав вже нагоду бачити. Яко причини зачопованя подають ослабленє діланє серця, товщну дегенерацію інтими судин, збільшену склонність крови до зціпленя і інфекцію бактериями. В кінци треба згадати ще про тромбози post partum і post abortum і по операціях. Зачопованє може перебігати без ніяких появ; в найбільшім числі случаїв обявляє ся

воно болем, котрого причини тепер нам ще достаточо не ясні. На всякий случай не походить він від Phlebitis або Periphlebitis. Дальшим признаком є застоїна, чого наслідком є пухлинина і синиця. Навіть дрібні тромбози жил мяснів литок не можуть уйти увазі, коли змірять ся обем кінчини. При тим є мірна горячка. Диягноза є звичайно легка; лише се треба знати, що тромбози є частійші як звичайно думає ся, головно при недугах центрального нервного систему. Пухлинина ніг у хльоротичних дівчат і кахектичних людей, що звичайно пояснюємо гідремією або таки кахексією мають часто свою причину в тромбозі; часто проволочний біль голови при хльорозі походить від тромбози sinus-ів, також піднесене горячки без видимої місцевої причини буває з часта з нагоди скритого, недослідимого зачопованя.

E. O.

Engel: Über die Prognose bei Typhus abdominalis. Wiener med. Wochenschrift Nr. 15—18. 1998.

Перш усього констатує автор, що кишковий тиф є того рода недуга, котра триває взглядно довгий час, і мусить переходити ріжні патологічні стадия, при чім можуть появили ся всілякі комплікації, так що поставити з гори яку небудь проігнозу є річною неможливою. Є се проте цілком природно, що найбільше лікарів радить, бути в тим взгляді дуже обережним, і ставити проігнозу завжди поважно. На початку недуги треба ставити меншу вагу на легчі або тяжші появи, котрі кожної хвилі можуть змінити ся чи то до ліпшого чи до гіршого, а треба більше мати взгляд при ставленю проінози на загальний стан недужого т. є. конституцію, вік і т. д. Найліпше перебувають кишковий тиф худі, жиливі молоді мужчини з сильною мускулатурою а слабою товщною підтелкою, а добре відживлені в зрілім віці муштини, товсті жінки, або слабосильні осібяки перебувають тиф звичайно тяжко і дають найбільший процент смертности. Дуже лиха проігноза є комбінація з туберкульозою і цукрицею, що одначе рідко лучає ся. Сифіліс здає ся не має ніякого впливу на перебіг кишкового тифу. Великої ваги є те, чи недужий не терпить на серцеву хибу. Одначе і тут бувають ріжниці. Дуже лиху проігнозу треба ставити у недужних з товщною дегенерацією серця і затвердую артерій, легчу при недугах заставок серця. Неменше значіне мають також появи з боку нервного систему. Утрата або хоч прислаблене свідомости лучає ся трохи що не в кождім случаю. Ся поява не є так небезпечна в 1 і 2 тижни недуги, але дуже сумним звістуном є, коли появлять ся зміни в мозкових функциях в даль-

ших стадиях перебігу кишкового тифу, іменно з початку 3 тижня. На висоті недуги підчас постійної горячки, не так великої ваги є висота теплоти як та обставина чи бувають ремісії чи ні. Нове підвищення теплоти в 3 тижні і сильніше заатаковане свідомости є найгірший признак (*omina pessima*). Число ударів живчика є при кишковім тифі в відношеню до горячки мале. Найбільше число смертних случаїв випадає на недужих з дуже чисельними ударами живчика (понад 120 на мінуту) і середнім числом (100—120), тимчасом коли легчі случаї показують і меншу фреквенцію живчика (80—100). Піднормальне число ударів живчика є дуже злою появою а аритмія небезпечним признаком ослаблення серця. Дікротний живчик є лиш тоді правдивий як єго мож виказати сфлімографом і буває найкращий в случаях з малим числом ударів живчика, проте є ся поява користна для доброї проґнози. Поява ослаблення серця, все одно чи з скорим чи повільним аретмічним живчиком є все дуже небезпечна, так само комплікації з запаленєм легких і олегочної. Кишкові кровотоки в початковій стадії є дуже небезпечні, а в дальших стадиях рішає конституція недужого.

E. O.

Marege : Du role de l' arthritisme dans la pharyngite granuleuse. Le Bulletin médical Nr. 96.

Автор констатує, що в багато случаях наступає рецидив сеї недуги.

Докладна аналіза мочи вияснює сї рецедиви.

В сих случаях розходить ся о диятезу через надкислиниість (Hyperacidität) в організмі а pharyngitis є лише місцевою появою загальної диятези мочевої кислоти. Наслідком сего треба крім локальної терапії дбати також про загальне ліченє функцій нирок і шкіри.

E. K.

Guttman : Tabes dorsalis und Syphilis. Zeitschrift für klin. Medicin. B. XXXV. p. 242.

Материял до сеї праці зібраний з клініки Leyden-а в Берліні є чисто статистичний. Автор ділить свій материял на 3 діли і то ось які:

1. Tabes, де з цілою певністю не було сифілісу.
2. „ сумнівої етиольогії.
3. „ де з певністю доведено сифіліс.

В загалі досліджувано 111 случаїв, котрі після прийнятого шемату розділюють ся так:

на 1. припадає	69	случаїв
» 2.	6	»
» 3.	36	»

коли розділимо, так як се давнійше в своїй праці радив Storbeck, сумніві случаї по пів між дві осталі групи то дістанемо: 35,1% недужих з люетичною а 64,9% без люетичної анамнези. У давнійшій статистиці Storbeck-а було відношенє 30,6—69,4%, ріжниця як бачимо не дуже велика.

На підставі тих статистичних чисел стає автор по стороні противників теорії Fournier-a і Erb-a, іменно як Leyden думає що сифіліс не грає такого визначного роля в анамнезі *tabes dorsalis*, як ті автори думають. На скріпленє своєї думки наводить автор ще статистичний материял з актив одного з більших товариств ubezpieчень на житє. Він знайшов тут 25 случаїв, ubezpieчених в 30—40 році жия, у котрих в тім часі ані анамнезою ані обективно не можна було сконстатувати сифіліс, хоч пізнійше появили ся появи *tabes dorsalis*. Автор хоче сей статистичний материял ужити на доказ свого твердження, але по думці реф. такий материял є до статистики мало пригідний, бо є дуже однобічний. Звісно, що товариства для ubezpieчень на житє мусять з природи річи ставити перешкоди в прийнятю зголошуючим ся, хочби з найлегчим підозрінєм на сифіліс. Дальше підносить автор ще сю обставину, що після згідних донесень лїкарів жиючих між мало культурними, а сильно сифілісом закаженими народами, не лучає ся там бачити часто *tabes dorsalis*, щоби прецінь повинно бути. (Твердженє се може потвердити і реф., зробивши сам подібне спостереженє між нашими Бойками в стрийських горах). В кінци наводить автор ще широко нові анатоמו-патологічні дослідя, а згадуючи єще і про лихі або непевні результати лічення *tabes* препаратами Hg прилучає ся рішучо до думки Leyden-a, що сифіліс не має з *tabes dorsalis* нічого вєспільного.

E. O.

Liegel: Meine Therapie bei crupöser Pneumonie. Wiener med. Wochenschrift. N. 19. 1899.

Автор подає при початковім і виробленім запаленю легких *Natr. salicyl.* в великих давках по слїдуючому припису:

Rp.

Natr. salicyl. 8,0
 Aq. Menth. pip. 50,0
 Aq. font. 200,0
 Tinct. amar. 5,0

MDS. Вижити в протягу 24 годив.

По вижитю сеї давки має горячка уступати цілком, але автор давав по 2 днях знов таку саму давку, щоби не наступив рецидив. Перебіг недуги має бути цілком пнший. Кризи зовсім нема, горячка спадає поступенно вже від 1-го дня, а до 4^{1/2} днів зникає цілком. (О такім користнім діланю Natr. salicyl. можна дуже сумнівати ся; на всякий случай думка автора не є нова. Реф.)

E. O.

Laborde: Traitement rationel de l'epilepsie fonctionelle. Le Bulletin médicale Nr. 96. b. decembre 1899. Academie de médecine Séance du 5. décembre.

Автор обговорюючи теперішню терапію епілепсії через подаване bromkalium або bromnatrium, думає що ліпше надає ся strontium bromatum. Організм зносить знаменито сю сіль, котра ділає фізіологічно і герапетично рівно як bromkalium. Звісно, що kali brom. не можна вживати через довший час в відповідних дозах.

Епілєптикови, у котрого через довше вживанє по 14 — 15 gr. bromkalium виступив bromismus ординував Feré в тій самій дозі strontium bromatum.

Наслідком сеї терапії bromismus щез, а епілепсія значно поліпшила.

Laborde ординує в тяжших случаях з початку bromstrontium 4 gr. денно, побільшує що дня о оден gr. і доходить аж до 8—10 gr. pro die.

В п'ятох случаях не появляє ся епілепсія вже від 2—3 літ.

E. K.

Ewald: Arsen und Thyreoideapräparate (Jodothyrim). Die Therapie der Gegenwart 9 Heft. 1899.

Ідучи за оповісткою д-ра Mabile з Reims, що arsen подаваний разом з перетворами нагортанниці запобігає виступленю появам затровня, званих Thyreoidismus, E. подав в шістьох случаях арсенову кислоту (або розчин Фовлера) від 2 mg — 8 mg денно

разом з великими дозами Jodothyrin-у (від 0·25 поступенно до 2·50 gr. денно) і анї в однім случаю не виступила поява затроєня.

Ще другу цікаву прикмету має arsen подаваний разом з препаратом нагортанинці. Звісно, що при заживаню тих препаратів послїдує зменшенє ваги тіла і що задля того подає ся їх в случаях *obesitas*. Так *Mabille* як і *E.* зауважали, що при рівночаснім подаваню арсену вага тіла утримує са на тій самій висотї.

B. G.

Werner: Therapeutische Versuche über Eisensomatose bei Chlorose. Wiener med. Presse Nr. 50, 1898.

Автор давав соматозу з желїзом по 10 gr. денно, і недужї дуже радо брали сей препарат. Вислїдки були в загалї добрі і то іменно в трьох напрямх: 1° змагала ся скількість гемоглобіну і підносив ся властивий тягар крови, 2° в случаях де була зменшена скількість тілець крови, повергала вона до норми, а в деяких случаях навіть по над се., 3° тягар тіла підносив ся все о кілька грамів. Сей препарат має в загалї много добрих прикмет, бо не красить на чорно зубів, ділає побуджаючо на апетит, не справляє ніколи тиску в жолудку або блювань, анї не споводує також не правильностей в віддаваню стільця т. є. не дає причини анї до обструкції анї до бігунки.

E. O.

Rosin: Erfahrungen mit Heroin. Therapie der Gegenwart. Nr. 6, 1899.

Автор подавав heroin в 48 случаях, і з того лише в 6 бачив користний вплив. Між тим оден емфізматик, котрому впрочім і kali jodat. робило дуже добре. У прочих 5 не було поліпшенє постійне, і зовсім не ліпше як при вживаню кодеїну і морфіну. Велика частина недужих не оказувала зовсім ніякого поліпшенє, духота, наклін до кашлю і біль тревали дальше. Навіть у 14 случаях бачив автор лихий побічний вплив, як заворот і біль голови, відбиваня а навіть блюване.

E. O.

Floret: Weiteres über Heroin. Therapeutische Monatshefte Nr. 6, 1899.

F. висказує ся дуже користно о діланю героїну. До своїх давнійших численних дослїдів долучив він ще 100 нових і ті мали сей користний вплив лише потвердити. Успокоююче діланє на віддих, систованє кашлю наступало у недужих на нежит віддихових дорїг майже з цілою певністю. При сухій bronchitis з тяжкою

експекторацією улегчував сей препарат викашляє плеврин, через свою добру прикмету скріплючу силу віддихових м'яснів. При проволочній bronchitis з часта отриманій з emphysem-ом було ділане не таке певне, одначе все рівнорядне з діланем морфіну і кодеїну. При початковій фтизі давано героїн в отриманю з duotal-ом з дуже добрим усміхом. Все можна було сконстатувати поправу загального стану, уступленє нічних потів, а наслідком того зменшенє продукції тепла через сближенє потреби кисеня. Суб'єктивне почуванє було безперечно лучше, а навіть об'єктивно, в легких можна було нераз найти поправу. При астмі ставали напади рідші, слабші і коротші. При коклюши було також ділане користне, бо хоч не було спецефічного впливу на саму недугу, то все була якась полегча в нападах, вони ставали рівнож рідші, а небезпеченство комплікацій редуковало ся також. При недугах віддихових доріг по інфлюенці наступало скорє полішенє, обниженє теплоти, і коротший перебіг недуги. Прикмет усмиряючих біль героїн немає. Побічне шкідливе діланє (заворот або біль голови) бачив автор в 2 случаях, іменно тоді, коли давав героїн разом з апоморфіном. Звичайно вистарчає давка 0,005—0,0075 в тяжких случаях (фтиза, застаріла bronchitis) 0,01—0,02. Подає ся в зернятах або порошках, h. hydrochloricum в краплях, мікстурах або в формі підшкірної інекції.

Е. О.

Bloch: Dionin als schmerzstillendes Mittel in der Praxis. Therapeutische Monatshefte Nr. 8. 1899.

Діланє діоніну на організм є надзвичайно скорє, з причини єго легкої розпускаємости; він реагує неутрально, через те надає ся також до підшкірних інекцій. Від кодеїну і морфіну відріжняє ся де в чім користно. Перш усього не має діонін ніяких отруйних прикмет. Він не викликає ані нудів і блюваня, не впливає на серце і видаленє мочи, не споводує обстипації, і ділає слабше наркотично. За те має одну дуже цінну прикмету, а то діланє усмиряюче біль, і то так скорє, що в многих случаях може лікар вичекати успішного результату. Головно в ревматичних болях при інфлюенці надає ся сей лїк знаменито. Сильні болї в крижах змагаючі ся з кожним поворотом тіла уступали по ужитю чопків (suppositorium) з діоніну по 0,03 gr. (!—2) сейчас.

Крім того показав ся сей лїк добрим, чи то в видї чопків чи підшкірного вприскуваня, також при всяких болючих забігах, як почуванє болю при фарадизації (пр. при ischias, міжреброва невраллія), по довготрвалих опасках по зломаню, не зменшаючи при

тім сили м'яси́в, да́льше при болю́чим маса́жн хроні́чно запальних вставі́в, при пасивних ру́хах кінчи́н з причи́ни зрості́в, при синна́пізма́х і при пензльова́ню йодно́ю тінкту́рою або і́ваьяко́лем при е́pididymitis і т. д. Голо́вне по́ле предста́вляє одна́че гінеко́льо́гічна пра́ктика а то до усми́рення або вкоро́чення бо́лю по всі́ляких за́бігах (ля́пісова́нє, розши́рене шийка́, ексхо́ляція), в таких слу́чаях да́в ся впе́ред чо́пки по 0,04. Та́кож до усми́рення бо́лю при ді́сменоричних і бі́ляродничних бо́лів, бо́лю я́чників, salpingitis і т. д. (Мі́кстура: Dionin 0,4, Aq. lauroc. 20.0 Sig. Кі́лька разі́в денно́ по 15—20 кра́пель.)

Голо́вною і́ндикаці́єю є́ проте „бі́ль“ в свої́х рі́жних фо́рмах і ступе́нях, при всі́х ви́ше зга́даних недуга́х. *Е. О.*

A. Hofmann: Die Suggestionstherapie in der internen Medicin. Deutsche med. Wochenschrift. N. 37 і 38, 1899.

А́втор пода́в з поча́тку ду́же докля́дний і́сторичний опи́с тера́пії че́рез су́гестію і пода́в вкі́нці свої́ слу́чаї, в котри́х мав він ося́гнути ці́лком задово́ляючі ре́зультати. Він вводи́в недужи́х в ста́н спя́чки (Hypnose) або че́рез фі́ксацію яко́гось пре́дмету, або че́рез на́мову (verbale sug.); послі́дний спо́сіб ві́в зви́чайно ско́рше до ці́лі. До́сліди свої́ робив а́втор на 10 хори́х, котрі́ терпі́ли на гі́стерію, нев́растенію, гі́похондрию, обсти́пацию або безсонни́цю.

В пере́важні́м числі́ мав а́втор, як сказа́но, вдово́ляючі ре́зультати, проте́ поруча́в він су́гестивну́ тера́пію і дру́гим лі́каря́м.

Е. О.

Berger: Sur un cas d' endotheliom. Le Semaine médicale Nr. 52, 1899. Academie des Sciences. Seance du 27. novembre 1899.

В. лі́чив 54-лі́тну жі́нку. По кі́лька мі́сячних бо́лях в лі́внн ра́мени повста́ло само́стійне злома́нє (fractura spontanea) в ве́рхній тре́тині ра́менно́ї ко́сти, відта́к появи́в ся на сі́м місци́ в коро́ткі́м ча́сі пу́льзую́чий на́рі́ст, що спону́кав пере́веде́нє enucleatio humeri. По заго́вню ра́ни появи́в ся поді́бний на́рі́ст на лі́внн бо́ці чо́ла і на лі́внн клу́бі, в котрі́м недужа́ вже да́вннше відчу́вала бі́ль. Сей на́рі́ст бу́в причи́ною само́стійного злома́нє сте́гнево́ї ко́сти (femur). Відта́к наста́пила кро́вомочни́ця (haematuria) і кро́воплю́тє (haemoptoe), позна́ки за́гально́ї диссе́мінаці́ї ново́творю, з оста́точно́ кінце́ве харла́цтво (cachexia). Гі́столо́гічний до́слі́д ви́казав альвео́лярний е́ндотелі́ом ко́сти.

Е. К.

Potherat: Deux cas de consolidation incomplète des fractures traitées et guéries par la méthode thyroïdienne. Société de chirurgie Séance du 29 novembre 1899.

P. подає два случаї лічені Fronchet-ом de la Rochelle. В першій случаю було розтрісканє (fractura comminutiva) ноги, вирівнанє в наркозі, і ліченє гіпсовим овязом і масажою.

З огляду, що по 24 днях не наступила консолидація, ужив Fronchet тиреоїдну, а по 15 днях наступило сповне відломків (fragmentum). В другій случаю наступило по 10 днівним подаваню тиреоїдну майже цілковите сповне зломлених костий. 11-го дня по сій терапії появил ся кровоток мозку (haemorrhagia cerebri), афазія, паралітичні і чутєві зміни.

Також в багато інших случаях сконстатовано знаменитий вислід сего ліченя. (Реф.?) Треба заєдно памятати, що можуть наступити небезпечні пригоди як се лучило ся в наведеним случаю Fronchet-ови.

E. K.

Kirmisson: Traitement de la coxalgie. La Semaine médicale Nr. 52, 1899.

K. подає случаї coxitis у дїтвї, вилічені консервативним методом. По досвїду автора се ліченє можна довго продовжати. До того вживає ся, по сконстатованю флюктуації в глибоких веретвах, інекції етеричним розчинном йодоформу. Сей спосіб вистарчає до виліченя. В зложених случаях з розляглими фістулами вживає ся з добрим успіхом після Coudray: розпорошуванє (pulverisatio) йодоформу за помочю хльорака етилю. Kirmisson виступає проти загального ліченя ресекцією при coxitis і наводить 10 оперованих случаїв. В трох разях появили ся фістули, в 4 було сповне хїбнє, не справнє. В всїх 10 случаях сконстатовано скороченє від 15—16 см. Остаточним результом ліченя консервативно-ортопедичним методом є анкилоза сохає. Хорі ходять при помочи відповідного апарату.

E. K.

Fontan: Blessure de la vessie consécutive à une plaie de la fesse. Le Semaine médicale Nr. 49, 1899. Société de Chirurgie. Séance du 8 novembre 1899.

F. лікар французької маринарки оперував хорого, що дістав рану ножем в nates. Вістрє ножа прайшло через foramen ischiaticum і прорізало задню стїну міхура, що опієся наповнив ся кровю. Інші органи не були ушкоджені. Тяжко було сконстатувати чи рана була поза- чи середочеревна. З огляду, що живіт значно

напняв ся і наступило блюванє, перевів Fontan експлоративну ляпаратомію. Очеревна оказала ся неушкоджена. Понисше значний виток крови. Що задня часть міхура проріжана була, переконав ся Fontan через сондованє рани. Не могучи той проріз зашити, обмежив ся підв'язанєм артерії *glutea*, що була причиною кровотоку. Цілковитевилченє. E. K.

Morsani: Über einen neuen operativen Invaginationsprocess bei geradlinigen Darmanastomosen. Centralblatt für Chirurgie, N. 32, 1899.

Автор подає новий спосіб простолінійної злуки кишок н. пр. по секції, іменно робить штучне впіхвлєнє, а відтак закладає шви. Операція ся виконує ся так: на вівпроваджуючій кишці витинає ся селезисту болону в широкости 4—6 mm., а відтак впохвлює ся допроваджуючу кишку на кілька см. і впіхвлєнє притримує ся двома або трема швами. Ті шви, як і инші, котрі класти треба около в віддаленю 2 mm. одєн від другого, закладає ся так, що вколює ся іглу на граници витятої селезистої болони вівпроваджуючій кишкї, відтак перебиває ся сироватну і мясну болону впіхвлєної кишкї і вколює ся близько краю вівпроваджуючій кишкї. Завданє сєго операційного методу є викликати сильний зрієт між сироватною болоню впіхвлєної кишкї а окрвавлєним місцем на вівпроваджуючій кишці, а з друго боку забезпечити шви від шкідного діланя змієту кишок, котрий має бути після автора одною з найважнїйших причин невдалої анастомози кишок. B. I.

Brenner: Zur Radicaloperation von Cruralhernien nach Fritz Salzer. Centralblatt für Chirurg. N. 44, 1899.

В році 1893 подав Salzer новий спосіб радикальної операції стєгнувої прірви. Головна основа сєго способу лежить в тїм, що отвір прірви замкає ся платком з *fascia pectinea*, котрий пришиває ся до *ligamentum Puparti*.

В. перемїнив сєю операцію о стїлько, що разом з *fascia pectinea* бере і часть гребєняєтого мяєня (*musculus pectineus*). Операція ся виконує ся так: опорожнений мішок прірви витягає ся що змога і вколює ся високо в брамї прірви, а відтак відтинає ся понизше підв'язок. Тепєр відділює ся і відсуває на боки тупими гакми тканину і лїмфатичні залєзи, покриваючі гребєняєтий мяєнь, викраує ся з него півокруглий платок луком звернений в долину, а хребтом причіплєний до гребєня кости лонової (*pecten ossis pubis*) вівдєртає ся в гору і пришиває до *ligamentum Puparti*, а по внїшнїм боці до тканин, покриваючих швуєр стєгнуєвих судин.

При витинанню сего платка треба уважати, аби не скалічити стегової жили, як також судин відходячих від артерії femoralis, котрі перебігають луком в долішнім куті рани.

Сей метод має давати понад 90% радикального вилічення.

B. Г.

Fränkel: Über Radicaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen. Centralblatt für Chirurgie. N. 47, 1899.

F. радить кожду пахвинову прірву у дїтвї лїчити операційним способом і то без огляду на вік дитини. До такого широкого ставлення вказань до операційного лїчення сеї недуги у дїтвї довели автора слїдуючі причини:

1. Лїчене прірви у дїтвї при помочи прірвовой опаски не дає таких добрих результатів, як то загално думають.

2. Опаска заложена у малої дитини викликає раз через те, що навіть при найліпшій догляді є все занечищена відходами — як через те, що шкіра у дїтвї є дуже вражлива і віжна, виприси (eczema) і чераки, котрі можуть спричинити дуже тяжкі наслідки для молодого орґанїзму.

3. Довго требаюча недуга відбиває ся шкідливо на моральнім і фізичнім розвитку дитини, бо річ природна, що така дитина зістає все під строгим доглядом старших, не може брати участі ані в забавах ровесників, ані віддавати ся гімнастичним вправам і т. д.

3 противказань операційного лїчення прірви наводить автор лиш одно, іменно: катар кишок, котрий вперед мусить бути підлічений.

Занечищення рани автор не боїть ся так як інші хїрурги, бо запобігає сему усталенєм долішних кінчин і заосмотренєм натуральних отворів непромакальною матерїєю.

Автор виконав операцію способом Bassin'ого в 98 случаях, з тих у 16 грудних дїтвї; наймолодша дитина мала два місяці.

B. Г.

Karewski: Zur Radicaloperation der Leisteubrüche bei Säuglingen. Centralblatt für Chirurgie, N. 51, 1899.

K. обмежує вказане до операційного лїчення пахвинової прірви у грудних дїтвї лиш до тих случаїв, 1) де брама прірви є така велика, що консервативне лїчене дає малі вигляди на успіх; 2) де помимо опаски прірва не зменшає ся, але противно ще збільшає ся 3) де дитина опаски не зносить, і 4) де повторить ся інкарпцяція.

В інших случаях радить консервативне лічене, на котрого результати не дивить ся таж скептично як Fränkel.

Що до операційного способу уважає К. спосіб Bassin'ього, захвалюваний через Fränkl-a надто скомплікованим і тяжким і радить лише відділене і високе підв'язане мішка прірви як цілком вистарчаюче, а догідне тим, що при певній вправі ціла операція дасть ся зробити в 3—5 мінутах. В. Г.

G. Müller: Zur Behandlung des chronischen Hydrops genu. Centralblatt für Chirurgie, N. 52, 1890.

М. лічить хронічну пухлинну коліна (hydrops genu) в сей спосіб, що кладе хорого на кілька неділь до ліжка а ногу обвиває утискаючим бандажом крохмальним, починаючи від пальців аж понад коліна. В наслідуючих днях змінє утиск новими бандажами викраує понад коліном клини і на ново стискає. Через той час нога повинна бути високо уложена. По 8 днях знімає бандажі, масує і електризує цілу ногу а на коліно застосовує на переміну горячий і зимний туш раз денно через пять мінут. Звичайно по осьмох днях пухлинна коліна зникає, хорий однак повинен зістати ще в ліжку; переходжувати ся вільно доперва по кількох неділях.

В случаях, в котрих по переведеню такого ліченя хороба верне ся, закладає М. по поновнім виліченю апарат до ходженя Hessing-a, котрий має після него хоронити від рецидиву. В. Г.

Neuschuller: La perception de la couleur et l'acuité visuelle pour les caractères sur fond gris variable. Archives d' ophthalmologie, N. 9, 1899.

Автор поставив собі задачу означити спосібність ока розрізняти різні краски на різно темнім тлі і бистроту зору для красок на тім-же тлі. Досвідченя робив в темнім ходнику, довгім на 15 метрів. Помічник висував перед шаре тло, освічене все тим самим електричним світлом, різні краски або закрашені знаки. Тло шаре в різнім степені, осягали в той спосіб, що дуже скоро обертали електричним прирядом чорний кружок, на котрий насували що раз більшу часть другого, білого кружка. Висліди яких двох тисяч досвідчень слідуєчі: Спосібність спостереганя красок була

найліпша:

для краски	на віддаленє	на тлі
червоної	більше чим 15 метрів	зовсім чорнім
зеленої	8.80 метр.	зовсім чорнім
жовтої	8.40 "	зложенім з 210 ⁰ білого і 150 ⁰ чорного
синьої	2.25 "	" " 160 ⁰ " і 200 ⁰ " або " " 180 ⁰ " і 180 ⁰ "

найгірша:

для краски	на віддаленє	на тлі
червоної	7.40 метрів	зложенім з 190 ⁰ білого і 170 ⁰ чорного
зеленої	5.00 "	" " 90 ⁰ " і 270 ⁰ "
жовтої	3.70 "	зовсім чорнім
синьої	1.40 "	зовсім білім

Бистрота зору для закрашених знаків, то є спосібність читати букви різної краски була відмінна від спосібности спостерегання красок, а іменно була

найліпша:

для краски	на віддаленє	на тлі
синьої	7.20 метрів	зложенім з 230 ⁰ білого і 130 ⁰ чорного
жовтої	6.00 "	" " 250 ⁰ " і 110 ⁰ "
зеленої	5.95 "	" " 250 ⁰ " і 110 ⁰ "
червоної	5.90 "	зовсім чорнім

найгірша:

для краски	на віддаленє	на тлі
зеленої	2.90 метрів	зложенім з 70 ⁰ білого і 290 ⁰ чорного
жовтої	3.00 "	зовсім білім
червоної	3.90 "	зложенім з 160 ⁰ білого і 200 ⁰ чорного
синьої	4.50 "	зовсім чорнім

Вислїди тих досвїдчень мають значїне при заводженю знаків на желїзницях, при маринарцї і в армїї. *Др. Мих. Кос.*

De Lapersonne: Des névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales et aux maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales. Archives d'ophtalmologie, N. 9, 1899.

З причини сусідства ями клинової кости (os sphenoides) і зорового нерву підчас його переходу через зоровий отвір (foramen opticum), можуть хвороби сеї ями мати вплив на занедужане нерву. Зоровий отвір лежить в малім крилі клинової кости і відділений від ями сеї кости стійною, котра особливо у старих людей є нераз дуже тонка або навіть пробита, як се найшов Holmes два рази на 50 огляданих случаїв, так, що слезова болоня ями клинової кости була в прямій звязи з очодолом. Автор подає три власні спостереження, де хвороба ока навела на відкриті хвороби ями клинової кости і задних комірок ситової кости (os ethmoides). Перший недужий мав зменшену бистроту зору на лівім оці так, що видів пальці на $\frac{1}{2}$ метра; у него найшли запалене зорового нерву з опухненем зорової бородавки. Праве око було здорове. Оглядане носа виказало, що задна частина середнього проводу носа була вповнена губчастими саркоматичними масами, котрі займали також горішню частину проликової простори (cavum pharyngeum) і яму клинової кости. Вишкребане тих новотворових мас принесло хорому особисту переминаючу пільгу але бистрота зору не поправила ся. Автор приймає, що тут не новотвір сам собою винен хворобі ока, але що при тім повстало загадне запалене зорового нерву. Праве око остало здорове. — Другий недужий з бистротою зору = $\frac{1}{2}$ з + 1.25 D на лівім оці хорував також на запалене задної частини носової ями і ями клинової кости. Бистрота зору правого ока = $\frac{2}{3}$. Зорова бородавка лівого ока була зразу опухла і ніяке лічене не помагало так, що вкінци перейшла в атрофію. — У третього недужого мало ліве око опухло зорову бородавку і осліпло зовсім. Праве око виділо правильно. Рошне запалене занимало задну частину носової і горішню частину проликової ями; яма клинової кости була здорова.

На підставі спостережень Berger-а занимавшого ся особливо хірургією ями клинової кости і своїх власних думає автор, що такі хвороби, як первісна атрофія зорового нерву (atrophia genuina N. opt.) і neuritis retrobulbaris можуть мати свої причини в загадних запаленях, виходячих із ями клинової кости.

Др. Мих. Кос.

Vinay: Cordiopathies et mariage. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 2. 1898.

Питанє чи можна дівчатам недужим на серцеву хибу позво-лити віддавати ся є дуже важне, і загально уважано се за дуже не порадне. Автор робив спостереження на 80 недужих на серцеву хибу (положницях і вагітних) і не може безусловно згодити ся з тою думкою. Вправді такі случаї, котрі повстали в наслідок ниркових недуг, або де від часу до часу появляли ся і появляють ся ще застоїни крови, мусять безусловно уважати ся за неспосібні до вступлення в супружеський стан, але добре компензована хиба серця не може стояти на заваді і кільком правильним породам. Найкористнійші є стеноза mitralis і інсуфіцієнція аорти.

Не вважаючи на те, треба все мати вагітних недужих на серцеву хибу на оці, і заздалегідь запобігати поважним змінам в обігу крови. Се дасть ся легко досягнути через відповідну диету, спокій, упорядкованє віддавання сгільця і мочи; велику вагу кладе автор на виключне вживанє молочної дієти. *E. O.*

Rudeaux: Deux observations d' operation de Porro. Société de obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de Paris. Séance du 1. décembre. 1899.

R. подає два случаї оперовані Ribemont - Dessaignes-ом після Porro.

В першій слухаю ішло о 26-літну жінку третій раз тягитну, в котрої наслідком ventro-fixati'i і ампутації шийки (colum uteri) настала неподайність родниці. Щоби запобічи руптурі родниці ампутовано після Porro з знаменитим успіхом. Неподайність родниці походила з звужених близн кореня (Stumpf) і побільшення наклону (anteflexio).

В другім случаю була 35-літна первістка (primipara). Неживий плід налягав раменем, черев родниці стягнув ся значно над плодом, ембріотомія не була можлива. Оперовано після Porro. Жінка померла 7 дня по операції. *E. K.*

Ekstein: Phosphortherapie und Kastration bei Osteomalakie. Prag. med. Wochenschrift. Nr. 33, 1898.

З п'ятих случаїв остеомаляції вилічених фосфором приходить автор до слідуєчих висновків: ліченє методом операційним (кастрація) є лише вказане у недужих на найтяжшу форму остеомаляції і то у таких, котрі вже не мають місячки. Підчас klimakterium і в легких та середно-тяжких случаях треба лічити фос-

фором і то найліпше в получено з рибячим траном, лише треба сю терапію передовидити умітно і через кілька місяців.

E. O.

Routieri: Hysteratomie au cour d' une grossesse meconue. La Semaine médicale Nr. 50, 1899. Societe de Chirurgie. Séance 15 novembre 1899.

Автор наводять случай Psaltof-а з Смирни. У вагітної жінки зробив Psaltof хибну диягнозу. По curretage хотів докінчити цілковиту hysterectomi-ю через ляпаратомію. Вітворивши родницю переконав ся о лихій диягнозі. Родницю зашив знова. Мимо поронення, що настало кілька годин по операції, цілковите виздоровлене.

E. K.

Routier: Grossesse extra uterine. Le Semaine médicale N. 49, 1899. Société de Chirurgie Séance du 8 novembre 1899.

R. оперовав позародничну вагітність в третім місяці. З огляду, що недужа мала кілька разів дрощ і горячку сподівав ся Routier Haematocele suppurativa і для того почав операцію піхвовим нарізом (Vaginal-incission). Одначе переконав ся що в Douglas-ї находила ся чиста кров. Відтак приступив до ляпаратомії. Була се асептична Haematocele. Підвишенє теплоти пояснює Pozzi ресорбцією крови.

E. K.

H. Fehling: (Halle a/S.). Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts. Stuttgart, Ferd. Enke 1898.

Хотяй Semmelweis ще перед 50 роками означив докладно суть пологової горячки, дискусія над нею не є ще замкнена і скінчена. Завдяки великій чистоті, належить вже тепер пологова горячка до великих виїмків на клініках, противно дуже часто являє ся вона в приватній практиці. Автор приписує вину сего бабкам, повитухам і лікарєви, котрі вже забули о сути горячки пологової, і легковажать собі сю слабість з причини, що багато таких случаїв не мало злих наслідків. Наука набута на клініках іде проте в ліс.

F. звертає велику увагу своїх учеників і учениць в теоретичних і практичних викладах на чистоту в обходженю з хорими як також в профілактиці пологової горячки.

Перша частина сеї книжки займає ся фізіологією пологової горячки, зміни родних частин є значеві дуже добре малюнками і лініями. Декотрі старі погляди о вонючих попородових відпливах (lochi-ax)

о стані родниці і т. і. є там дуже добре і докладно обговорені. Добре обговорені також є так правильні як і неправильні стани живчика, віддиху, поту і мочи, процес грудного плеканя так в правильних як і патальогічних злогах.

В головній частині представляє автор патологію злогів.

Ся книжка дуже надає ся для кожного, хто хотяй троха займає ся положництвом, може ще більше для лікарів практикуючих на провінціаї, як для таких, котрі є в клініках, де много о чистоті говорять ся, і де один другого в чистоті контролює.

C. II.

Gottschalk in Berlin. Zur Behandlung des ulcerirenden, inoperablen Cervixcarcinoms.

F. Westermarck лічить гніючого рака піхвової частини неусталою теплою, через що хорих увільняє ся від найгірших симптомів: болю і смроду. З огляду, що апарат до того є за дорогий і не кождий може собі на те дозволити, длятого автор пропонує операційний спосіб, котрий хоч на який час запобігає тим 2-м негодам. Передовсім випалює Раquelin-ом цілу гниючу і розкладаючу ся рану так довго, доки кров не перестане йти. Відтак відгинає острым Раquelin-ом 2—3 см. нисше на задній стїні здорову піхву, підміновує її так довго, доки вільні береги не зійдуть ся з горішними берегами випаленого новотвору. Відтак притискає сей кусник слизистої болони тампоном з йодоформової гази на 7 днів, се є на так довгий час, аж вільні береги зростуть ся. В той спосіб наступає зріст піхви в задї, так, що піхвової частини не ввдно. Близна тримає 5—6 місяців, се залежить від стадіум рака.

Через сю операцію дає ся хорим нову надїю здоровля і житя, успокоює ся їх, бо не бачуть ані кривавлення, ані смердячого впливу ані — коли при тім всім подає ся наркотик — не чують болю. Автор не уважає, щоби через сей спосіб прискорював смерть.

C. II.

Gersuny: Über partielle Extirpation des Ovariums.

Автор оперував перед 8 роками молоду дівчину, котра мала велику торбину (cyste) яєчника; в другім яєчнику була також торбинка завбільшки орїха. Ту торбинку витяв він також, лишаячи частинку здорову. Хора вийшовши відтак за муж була в тяжи, в 5-м місци поронила.

В протягу кількох літ мав автор нагоду оперувати кілька подібних случаїв в той сам спосіб, (о скільки не був се злосливий повотвір). Перед роком оперував автор також шкірну торбину яєчника. В другім яєчнику була також торбинка великості курячого яйця. Сю другу автор ресекував а хора від сего часу мала все правильно свій час. Автор каже, що се не новий спосіб, одначе де можна там повинно ся лишити бодай частину яєчника, щоби недужих цілковито не каструвати.

При раку, при бородавковатих торбинах, при поверховних бородавках повинно витинати ся цілком яєчник навіть другий, котрий виглядає на око здоровий, бо звичайно оба є заняті. При звичайних торбинах як і при шкірнякових, витинає ся тільки сам повотвір лишаючи решту здорового яєчника. С. II.

Olshausen: Über den Begriff des Puerperalfiebers und die praktische Bedeutung der Definition der Krankheit.

Sammelweis назвав пологову горячку, горячкою ресорбційною, поведовану через ресорбцію розложених звіринно-органічних продуктів, називає її також відмінюю сукервичниці (pyämia). Нині представляє ся пологова горячка яко заказа через мікроби з ран виходяча. Маємо два роди закази, через інфекцію і інтоксикацію споводовані стафільококками і стрептококками. Olshausen відріжняє ще закази повсталі через бактерії иншого роду, котрі так само дістають ся в кров і викликають горячку. Відділенє в таких случаях інфекції від інтоксикації є неможливе, бо не можна знати, чи самі бактерії чи їх токсини викликають в данім разі горячку. — Автор відріжняє ще иншого рода інфекції через родний провід, котрі не мають нічого спільного з пологовою горячкою; до сих належать tetanus, scarlatina, diphtheria і найважнійше збур (gonorrhoe) острый з причини своєї подоби до септичних процесів: початок недуги представляє ся як недуга септична, конаєць звичайно добрий, однак автор бачив случай, де той самий муж сгратив 2 жінки в першім тиждні по породі на запаленє очеревної. Годі проте відріжнити септичне запаленє очеревної від збуrowого, одначе збур є недуга, котра виступає не від рань, не виділює токсин, не затроує тіла. Автор називає проте пологовою горячкою тільки такі недуги положниць, котрі є споводовані через септичні мікроби і анаероби, котрі в роднім проводі ієтнують тільки як сапрофіти, без взгляду на се, чи настапає при тім інфекция чи інтоксикация. Ся дефініция є важна зі взгляду на судові случаї. С. II.

Chabry: De la sténose du col de l'uterus, de son traitement principalement de l'évidement commisural du col stomatoplastique. Operation de M. le docteur Pozzi.

Pozzi-ого операція при звуженю шийки родниці є в сій книжці докладно описана і украшена малюнками. Вона основує ся на поперечнім перерізі цілої піхвової частини через 2 бічні різи ніжками виходячи з проводу шийки, так, що повстає ширший передній і задній плат, котрий є прикритий на внутр слизистою болонею шийки, на внї слизистою болонею піхви. На чотирох площинах повсталих з перерізу вигинає ся клин в формі піраміди з властивої інтерстиціальної лучної тканини, котрого підстава лежить звернена до внутрішних, вершок до внїшних родничих уст, в той спосіб дуже легко зшити слизисту болонь шийки з слизистою болонею піхви. Через таке роздвоєне бічних частин піхвової частини є в шийці канал на палець широкій. Через повільне заблизненє покладають ся передні і задні уста знов на собі і так повстають поперечні уста родниці, котрі ведуть до широкого проводу.

Сю операцію уживає ся тільки в тих случаях, в котрих провід в шийці є так вузький, що не перепускає через себе сонду 4 mm. Велід за сим наступає: болюча місячка і неплодність. Великого значіння є такі звуженя при породах, через що повстає дуже легко заказа. У таких, котрі не є в тяжи виступає при звуженю: endometritis glandularis, metritis, salpingitis і oophoritis і їх дуже тяжкі комплікації зі стрептококками і збуровою заказою. Зі всіх операцій є операція Pozzi-ого найліпша.

С. П.

ТЕРМІНОЛЬОГІЧНИЙ ВИТЯГ З ЦІЛОГО ВИПУСКУ

Зладив **Др. Е. О.**

А.

Abdampfung, відпарованє.
abgelenkt, відклонений.
abscessus, черак.
absorptio, хлоненє.
acidum, кислота; — dus, кислій;
— lacticum, молочна к.
acus, игла.
Aetherschwefelsäure, етеро - сїр-
чана кислота.
agglutinatio, липкість.
agrypnia, безсонниця.
anhydrid, безводник.
animal, животина.
annulus, обручка.
ansäuern, окислити.
Anstoss, товчок.
Anwendung, приворовленє.
Anzeichen (die), позначки.
appétit (фр), охота до їди, апе-
тит.
aquosus, водяний.
arteria radialis, лучева а.
asthma, духота.
aufhellen (sich), явїти; (пр. від-
гомон явїтє).
Auflösbarkeit, розпускаємість.
aufstossen, відбивати ся.
Aufwand, потреба.
ausbrennen, випікати.
Auskratzung, вишкребанє.

ausnutzen, вихіснувати, ввужит-
кувати.

В.

Bauchhöhle, черевна ямина.
Bedarf, потреба.
begrenzen, оточувати.
Belege, поклади.
Besserung, полегча, поправа.
Beständigkeit, тривкість.
Bewegung, поворот, рух.
beurtheilen, осуджувати.
Beurtheilung, осуд.
brachymetropia, короткозорість.
— cus oculus, короткозоре око.
brauchbar, пригідний.
blutbildend, кровотворчий.
Blutplatten, кровні плитки.
Bruch (hernia), прїрва; Leisten-
bruch, пахвинова п.; Crural-
hernie, стегнева п.;
— band, прїрвова опаска.
— Pforte, брама прїрви.
— Sack, мішок прїрви.

С.

cachexia, харлацтво.
Calorien (Wärme) Werth, кальо-
рична стійність.
cardiacus, насерцевий.

columna vertebralis, хребетний
 стержень.
 concavus, вгнутий.
 Contrindication, противказівка.
 consecutiv, наступовий.
 convergens, збіжний.
 corrosivus, їдкий.
 crista scapulae, гребінь лопатки.
 crudus, сирій.
 cystis, торбина; Ovavialeyste, т.
 яєчника; с. papill. т. боро-
 давковата: Dermoidcyste, т.
 шкірякова.

D.

deascere, стравити.
 déshydration, (фр.) відводненє.
 diabetes, цукриця.
 diaeta, пожива.
 diffusus, розлеглий.
 digitalis, наперстниця.
 discus, кружок.
 diureticus, мочогонний.
 divergens, розбіжний.

E.

eigen, питомий.
 embolus, чіп, зачопованє.
 empfindlich, вразливий.
 emphysema, роздує легких.
 Ereigniss, пригода.
 erforschen, вислідити.
 Ernährung, вижива, прожиток.
 essbar, їдальний.
 Ethylchlorür, хлорчик етилю.

F.

Faden, (bact.), витка.
 febris puerperalis, пологова го-
 рячка.
 fein, ніжний.
 feinkörnig, мілкий.
 femur, стегова кість.
 Fernpunkt, найдальша точка, т.
 далекости.
 Forschung, дослід.
 fest, сталій.
 Fettpolster, товщина підстїлка.

Fettsäure, товщина кислота.
 feuchte Kammer (bact.), вохка
 комора.
 Fieberfrost, дроц.
 Fischöl, рибячий тран.
 flach, плоский.
 focus (Herd), огнище.
 fractura spontanea, самостійне
 зломанє.
 — comminutiva, ростріканє.
 fragmentum, відломок.
 fungös, грибокватий, губчастий.

G.

gähnen, позїхати.
 Gähr —, квас, квасний.
 Gärung, квашенє.
 genuine Atrophie, первісна а.
 gerinnen, зціплювати ся; geron-
 nenes Blut, зціплена кров.
 Gleichgewicht, рівновага.
 gleichwerthig, рівнорядний.

H.

haemoptoe, кровоплюванє.
 hängender Tropfen, висяча кра-
 пля.
 Hinderniss, запора.
 humerus, раменна кість.
 hyalinus, шклястий.
 Hyperacidität, надкисливість.

I.

Jauche, патока.
 incisivi, сікачі (зуби).
 infusum, наливка.
 initial, початковий.
 inspectio, осмотр.
 intercostalis, міжребровий.
 intra- et extra abdominalis, серед-
 і позаочеревний.

K.

Kälte, студїнь.
 käsig, сироватий.
 Kleie, бгруби.
 Knotenpunkt, вузлова точка.
 Kohlenhydrat, углегідрат.
 Kohlenoxydvergiftung, зачадженє.

Kraftwechsel, переміна сил.
krankhaft, зхорілий.
Kreuz, крижі.

L.

labiae, губи.
letalis, забійчий, смертний.
lochia, породові відпливи.

M.

malleus humidus, носатвізна.
maturus, зрілий.
medulla ossium, кістний стриж.
meridian, полуденник.
metastasis, перекид.
Missverhältniss, нерозмірність.
mortalitas, смертність.
mucor, плісень.
munditia, чистота.

N.

Nähr —, живий.
Nasenbasis, корень носа.
nausea, нудн.
Neigung, наклін.
nodulus, вузлик.
nubeculae, облячки.
— corneae, сказа прозорки.
nutzbar, ужитий.

O.

obliquus, скісний.
oedema, пухливість.
oesophagus, їжниця.
os cribrosum, ситова кість.
„ pubis, лонова кість.
„ sphenoidale, клинова кість.
oxalsaurer Kalk, вапневий ца-
велян.
oxygenium, кисень.

P.

pancreas, черевосливиця.
papillom, бородавчак.
paroxysmal, нападово.
pectineus musculus, гребенястий
мясень.

Percussiosschall, випуклий відго-
мон.

Pericardium, осердє.
Platteneithel, плоска наболонь.
primipara, первістка.
Proberpunction, пробна пункція.
puerperium, злогн.
pulverisatio, розпорошуванє.
papillaris, зїичний; — la, зї-
нвця.
pyaemia, сукевичниця.
pylorus, дверник.

Q.

quantitas, скількість,
Quellung, напучніє.

R.

rabies, скаженннн.
refractio, заломлюванє.
Resultat, вислїдок, висновок.
richtig, справний
Richtigstellung (der Fragmente),
сповєє —, злука (відломків).

S.

saturatus, висичений.
Schatten, тїнь.
Schaum, шумувинн.
scheckig, шарий.
schleppende (Krankheit), упор-
чивнн.
Scholle, грудка.
Schutzmembran, ослонка, пово-
лочка, оболочка, оболонка.
Sehloch, зоровий отвір.
„ schärfe, бнстрота зору.
senilis, старечий.
siccitas, сухість.
similitudo, подібність, подоба.
sitis, (polydipsia), спрага.
splendor, полнек.
Stärkedruckverband, утискаюча
крохмалева опаска.
sterilitas, неплідність.
stickstoffhältig, азотовий.
— frei, безазотовий.
strangartig, посторонковатий.

Stumpf (хірург.), корень.
 submaxillaris, підщочний.
 substratum, тло.
 suppositoria, чоккі.
 sura, латка.

Т.

tempora, виски.
 thyreoides g., нагортанниця.
 Träger, переносник.
 tuberculum, гуз.
 turbidus, мутний.

У.

übeln, млюїти, нудити.
 übersäuern, перекислити.
 überwältigen, (betaüben), приго-
 ломшити.
 unguis, віготь.
 unverdaulich, нестравний.
 unverdaut, нестравлений.

V.

Verband, перевязка.

Verdauungsapparat, приряд тра-
 влення.

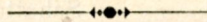
— saft, сок травлення.
 verkalkt, запліснений.
 vernachlässigt, упосліджений.
 verruca, бородавка.
 Versuch —, досвідний.
 verticalis, прямовий.
 Verwachsung, зріст.
 viscosus, липкий.
 voluminös, об'ємистий.

W.

Wehrt, стійність.
 Weisheitszahn, зуб мудрости.
 widerstandsfähig, відпорний.
 Wuchs (bact.), ріст.

Z.

zerstreut, розсіяний.
 züchtigen, виплекати; gezüchtigt,
 виплеканий.
 Zusammensetzung chemische, хе-
 мічний склад.



СЛОВАРЕЦЬ

до праці: „Причинки до пізнання виживи сільської людности
галицького Поділя“

зладив

Проф. Др. Горбачевський.

азот = Stickstoff.
азотовий = stickstoffhaltig.
анімальний, звіринний = animal,
Thier —.
безазотовий = stickstofffrei.
білоквина = Eiweiss.
болона = Membran.
вижива = Ernährung.
вислідити = erforschen.
вислідок = Resultat.
вихіснувати, вужиткувати =
ausnutzen.
досьвід = Versuch.
досьвідний — = Versuchs —.
дослід = Forschung, Untersu-
chung.
живний = Nähr —.
зміст = Inhalt.
кал = Faeces.
квас = Gähr —.
квасний = gähr —
квашене = Gährung.
кислий = sauer.
кислота, киселина = Säure.
нерозмірність = Missverhältniss.
нестравлений = unverdaut.
нестравний = unverdaulich.
обем = Volum.
обемистий = voluminös.

окислити = ansäuern.
осуд = Beurtheilung.
осуджувати = beurtheilen.
отруби = Kleie.
перекислити = übersäuern.
переміна (обміна) матерії =
Stoffwechsel.
переміна (обміна) сили = Kraft-
wechsel.
пожива = Nahrung.
потреба = Bedarf, Aufwand.
приряд травлення = Verdauungs-
apparat.
резорбувати = resorbieren.
рівновага переміни матерії =
Stoffwechselgleichgewicht.
сирий = roh.
скількисть = Menge, Quantität.
склад хемічний = chemische
Zusammensetzung.
слідити = untersuchen.
справний = richtig.
сталий = fest.
стійність живна = Nährwerth.
” калорична = Wärme
(Calorien) Werth.
стравити = verdauen.
углегідрат = Kohlenhydrat.
ужитивий = nutzbar.

MEDIZINISCHE SAMMELSCHRIFT

bis jetzt sind erschienen:

Band I. Heft I. Inhalt: 1. Prof. Dr. Johann Horbaczewski, (Prag): Ueber eine allgemeine Methode der Darstellungen von Nucleinsäure aus Organen 1—4; 2. Dr. Sophie Moraczewska-Okuniewska, (Lemberg): Ueber den Einfluss der Temperatur auf den osmotischen Druck der Erythrocyten 1—10; 3. Dr. Josef Dakura, (Wien): Versuche mit dem neuen Tuberculin (TR) Robert Koch's 1—10; 4. Dr. Eugen Ozarkiewicz, (Lemberg): Ueber die Stoffwechselversuche und die dabei angewendeten Methoden 1—12; 5. Referate: a) Dr. Josef Dakura: Ziele und Erfolge der heutigen Therapie. b) Dr. Teophil Gwozdecki: Neue Richtungen in der Behandlung der Hypertrophia prostatae, c) 44 kleine Referate verschiedenen Inhaltes 1—62; 6. Terminologischer Theil 1—13.

Band I. Heft II. Inhalt: 1. Dr. Felix Sielski, (Lemberg): Ueber Retroflexionsstreitfragen 1—16; 2. Dr. Eugen Ozarkiewicz, (Lemberg): Untersuchungen über die Malaria 1—17; 3. Dr. Josef Dakura, (Wien): Ueber die Bedeutung der postmortalen bacteriologischen Untersuchungen 1—14; 4. Dr. Adam Solowij, (Lemberg): Ein Beitrag zur Uterusruptur 1—7; 5. Dr. Marian Doliński, (Krakau): Ueber die Behandlung des Uteruscarcinom mit Ext. chilionii majoris 1—3; 6. Referate 1—33; 7. Terminologischer Theil 35—40.

Band II Heft I. Inhalt: Dr. Eugen Ozarkiewicz und Dr. Julius Marischler, (Lemberg): Stoffwechsel bei abnehmendem und zunehmendem Ascites 1—15; 2. Dr. Eugen Kobryński, (Prag): Ueber die Heilung der Ectopia vesicae 1—10; 3. Dr. Josef Dakura, (Wien): Ein interessanter Fall eines Tumors im vorderen Mediastinalraum 1—9; 4. Dr. Marian Doliński, (Przemysl): Aus der geburtshilflichen Casuistik 1—6; 5. Referate 1—47; 6. Terminologischer Theil 48—51.

Aus dem Lagerkataloge

der Ševčenko-Gesellschaft der Wissenschaften in Lemberg,

Czarnecki-Gasse 26.

Mittheilungen der Ševčenko Gesellschaft der Wissenschaften, redigirt von Prof. Michael Hruševskij, bis jetzt erschienen Bde I—XXXIII (Geschichte, Archäologie, Ethnographie, Sprache und Litteraturgeschichte besonders der Ukraine). Preis: Bde I—XX kosten 48 Kronen, jeder weitere Bd. (auch separat käuflich) 3 Kr., Bd. XXIII—XXIV (Doppelband) 5 Kr. Bd. XXXI—II (Doppelband) 6 Kr.

Publikationen der Sektionen und Commissionen der Ševčenko-Gesellschaft:

- A. Die historisch-philosophische Section publizierte bis jetzt:
1. Zwei Bände ihrer Beiträge (Zbirnyk istoryčno-filozofičnoj sekcyi) enth. eine Geschichte der Ukraine von Prof. M. Hruševskij (I. Theil bis Anfang des XI Jahrh., II — bis Mitte des XII Jahrh.). Preis à 4 Kr.
 2. Juridische Zeitschrift, bis jetzt IX Bde, à 2 Kr.
 3. Historische Bibliothek, bis jetzt erschienen B. I—VII u. XI—XX.
- B. Die philologische Section publizierte bis jetzt 2 Bde ihrer Beiträge (Zbirnyk filologičnoj sekcyi), enthaltend: Bd. I. eine Biographie des ukrainischen Dichters Taras Ševčenko, von A. Koniskij (erster Theil), Preis 3 Kr. Bd. II. Abhandlungen aus dem Gebiete der ukrainischen Volkskunde und Litteratur, von Michael Dragomanow (erster Theil). Preis 4 Kr.
- C. Die mathematisch-naturwissenschaftlich-medicinische Section publizierte bis jetzt 5 Bände ihrer Beiträge (Zbirnyk). Die beiden ersten Bände kosten à 3 Kr., Bd. III—V erschienen jeder in zwei Abtheilungen, jede unter einer besonderen Redaction; die mathematisch-naturwissenschaftliche red. von Iv. Verchratskij und Vlad. Levickij, die medizinische red. von Dr. E. Ozarkeyvyč. Preis jeder Abtheilung 2 Kr.
- D. Die Archaeographische Commission publizierte bis jetzt folgende Werke:
1. Quellen zur Geschichte der Ukraine, Bd. I (Lustrationen der königlichen Domänen in den Bezirken Halyč und Peremyšl vom J. 1565—66); Bd. II (Lustrationen der königl. Domänen in den Bezirken von Peremyšl und Sanok im J. 1565); Bd. III (unter der Presse); Bd. IV. (Galizische Akten aus den J. 1648—1659). Jeder Bd. kostet 4 Kronen.
 2. Denkmäler der ukrainischen Sprache und Litteratur. Bd. I. Alttestamentliche Apokryphen; Bd. II. Neutestamentliche Apokryphen A. Evangelienkreis. Bd. I, Preis 4 Kr., Bd. II, 5 Kronen.
 3. Kotljarevskij, Die travestirte Aeneis, Abdruck der ersten Ausgabe vom J. 1798, Preis 60 Heller.
- E. Die Ethnographische Commission publiziert:
1. Das Ethnographische Sammelwerk (Etnografičnyj Zbirnyk); bis jetzt erschienen 6 Bände. Preis Bd. I—IV à 3 Kronen, Bd. V—VI à 4 Kr. (Aus dem Inhalt: Weihnachtsfest am Kuban; Galizische Volksmärchen; Galizische Leiermänner, ihre Lieder, ihr Jargon; Beiträge zur Ethnographie der ungarischen Ruthenen; Legenden, Märchen, Fabeln, Novellen und Sagen der ungarischen Ruthenen; Volksüberlieferungen über die Czarenkrönung; Der Volksglaube in Ostgalizien; Sammlung der Volksanekdoten.
 2. Beiträge zur ukrainischen Ethnologie, Bd. I, Preis 8 Kr. (Enthält Abhandlungen über neueste archäologischen Funde, über die Lebens- und Arbeitsweise der ukr. Fischer in der Dobruštscha, der galizischen Kürschner usw., sowie auch eine Abhandlung über die farbigen Ostereier, ihre Herstellung und Ornamentik, mit 13 chromolithographischen Tafeln und zahlreichen Illustrationen im Text). Bd. II, 4 Kr. Die Huzulen, Land, Leute, Lebensweise, Industrie, Sitte und Brauch, religiöse Vorstellungen usw., mit über 300 Illustrationen.

Ціна 2 корони.

335250

2005

И 47373 т.5(1899)
И 47379

1975

З БІБЛІОТЕКИ
НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА
імені
ШЕВЧЕНКА
У ЛЬВОВІ.
1975

ЗВІРН
МАТЕМ.-ПР
ЛІКАРСЬК
СЕКЦІЯ

V