13

ЗБІРНИК

МАТЕМАТИЧНО-ПРИРОДОПИСНО-ЛЇКАРСЬКОЇ СЕКЦИЇ

Наукового Товариства імени Шевченка.

Т. V. — Випуск I.

ЧАСТЬ ЛЇКАРСЬКА

ПІД РЕДАКЦИЄЮ

Д-ра ЕВГЕНА ОЗАРКЕВИЧА.

SAMMELSCHRIFT

DER MATHEMATISCH-NATURWISSENSCHAFTLICH-ÄRZTLICHEN SECTION

DER ŠEWČENKO-GESELLSCHAFT DER WISSENSCHAFTEN in LEMBERG.

B. V. — Heft I.

MEDIZINISCHER THEIL

REDIGIRT VON

Dr. EUGEN OZARKIEWICZ.

Бібліотека наукового Товариства імені ШЕВЧЕНКА

У ЛЬВОВІ, 1899.

Накладом Товариства.

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

II 30360/5, 13

Видавництво Наукового Товариства ім. Шевченка у Львові.

ЛЇКАРСЬКИЙ ЗБІРНИК

ПІД РЕДАКЦИЄЮ

Д-ра Евгена Озаркевича.

Том II. — Випуск I.

MEDIZINISCHE SAMMELSCHRIFT

redigirt von

Dr. Eugen Ozarkiewicz.

Band II. — Heft I.

Бібліотека Наукового товариства імени Шевченка

У ЛЬВОВІ, 1899.

Накладом Товариства.

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

ЗМІСТ.

		Стор.
1.	*Др. Евген Озаркевич і Др. Юліян Марішлєр* (Львів): Досліди над переміною матерії при зменшаючій ся і збільшаючій ся черевній опухоли (ascites)	1—15
2.	*Др. Евген Кобринський* (Прага): Про лїчене Ectopia vesicae	1 - 10
3.	*Др. Осип Дакура* (Відень): Інтересний случай новотвору переднього середгрудя	1—9
4.	*Др. Мариян Долинський* (Перемишль): З положничої казуістики	1—6
5.	Справозданя	1—47
6	Термінольоґічна частина	48—51

INHALT.

1.	*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* (Przemyśl): Aus der geburtshilflichen Casuistik	1—6
5.	Referate	1—47
6.	Terminologischer Theil	48—51

Бібліотека наукового товариства імени Шевченка

З клініки внутрішних недуг проф. Антона Ґлюзінського у Львові.

Досліди над переміною материї при зменшаючій ся і збільшаючій ся черевній опухоли (ascites).

Подали:

Др. Евген Озаркевич і Др. Юліян Маріяшер.

В послїдних роках появили ся дві праці про переміну материї підчас повстаня і по пункциї черевної опухоли спеціяльно при цирозї печінки, именно M. Schubert-a[1]) і J. Cantador-a.[2]) В тих працях поставили собі автори за задачу пояснити питанє поставлене v. Noorden-ом[3]), чи білковина течи при черевній опухоли походить від білковини впровадженої кормом, або чи при витвореню черевної течи вживає ся білковина орґанізму. На підставі своїх дослїдів прийшли автори до заключеня, що при збільшаючій ся черевній опухоли вживає ся білковина к о р м у до витвореня трансудату. Ми виходили в своїй працї з иньшої точки погляду, що пояснимо низше, про те хочемо перш усього подати наші дослїди.

Ми порушили також питанє, чи механїзм витвореня черевної опухоли підлягає законам дифузиї, длятого увзглядняли ми попри азот також розпускаємі соли, хльораки і Ca-соли яко форму нерозпускаему. Крім того втягнулисьмо до наших дослїдів і фосфор. Наші дослїди є про те дослїди чотирох складників, именно N, Cl, P і Ca.

[1]) M. Schubert, Ueber den N- und Cl-Umsatz während der Bildung und nach Punction 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 калї, і так азот по методу Kjéldahl'a, хльор в мочи по методу Volhard'a; Cl в калї і кормі по методу Moraczewsk-ого[1]).

Для упрощеня дослїду давалисьмо нашим недужим через цїлий час дослїдів той сам корм. Недужі лежали в ліжку по можности в однаких внїшних обставинах. Дослїди робилисьмо на двох мущинах і одній жінцї.

Случай I. Анамнеза: В. С., лїт 56. Дїдичність не дає ся виказати в нїякім напрямі. В 41-шім роцї житя занедужав він на правобічне запаленє олегочної (pleuritis). Теперішна недуга тягне ся від лїта 1897 р. Тодї зачав недужий жалувати ся на неозначені болї в животї. Появів жолудкових нїяких. Щоденно столець з склінностю до бігунки. Жовтачки нема. З початком жовтня 1897 р. зауважав він повільне збільшуванє живота, котрий дійшов в грудни до тої величини, з якою недужий зістав принятий на клїнїку. Від грудня 1897 зауважав він постійну утрату сил і схуднїнє. Кашлю нема. Мірний potus признає. Пропасницї, lues не перебував.

Status praesens: Недужий середного росту, мірної будови костий. Грудна клїтка розширена в долїшних частях. При вдиху розширює ся правий бік клїтки троха слабше як лївий. Випук оказує на передї по правім боцї почавши від четвертого до шестого ребра приглушений відгомон, впрочім на передї правильний відгомон. Позаду під правою лопаткою приглушений відгомон, долїшна границя легких по правім боцї не рухома. Прислух: по правім боцї позаду і на долинї заострений віддих, вохкі дрібно- і середно-баньковаті шелести, впрочім відносини правильні.

Серцеве приглушенє мале, другий тон над аортою звінкий. Кінцеві артериї затвердлі (atheromatös).

Таблиця I.

	Дата	Корм N	Корм Cl	Корм P	Корм Ca	Моч Скількість cm³	Моч N	Моч Cl	Моч P	Моч Ca	Кал Тягар	Кал N	Кал Cl	Кал P	Кал Ca	Білянс N	Білянс Cl	Білянс P	Білянс Ca
I. Період	Сїчень																		
	29	11,153	2,657	1,476	0,7248	360	6,842	1 278	0 896	0,099	303	1,47	0,139	0,614	1,135	+ 2,841	+ 1,24	— 0,034	— 0,42
	30	11,153	2 657	1,476	0,7248	440	8,424	1,344	1,1	0 017	195	1,47	0,139	0,614	1,135	1,259	1,174	0,238	0,428
	31	11,153	2,657	1,476	0,7248	370	7 278	1,444	0,88	0,005	220	1,47	0,139	0,614	1,135	2,405	1,074	0,318	0,416
		33,459	7,971	4,428	2,1744		22,544	4,066	2,876	0 031	718	4,41	0,417	1.842	3,405	6,505	3,488	0,590	1,264
II. Період	Лютий																		
	1	11,153	2,657	1,476	0,7248	370	7,39	1,720	0,888	0,01	148	0,82	Слїд	0,62	1,55	+ 2,943	+ 1,937	— 0,032	— 0,836
	2	11,153	2,657	1,476	0,7248	350	7,475	0,98	0,969	0,006	123	0,82	—	0,62	1,55	2,858	1,677	0,113	0,832
	3	11,153	2,657	1,476	0,7248	380	8,272	0,809	1,13	0,008	151	0,82	—	0 62	1,55	2,061	1,848	0,274	0,834
	4	11,134	2,657	1,476	0,7248	350	6,54	1,11	1.001	0.004	173	0 82	—	0,62	1,55	3,793	1,547	0,145	0.83
		44 612	10,628	5,904	2,8992		29,677	4,619	3.988	0,028	595	3,28	—	2,48	6,20	11.655	6,009	0,564	3,332
III. Період	5	11,153	2,657	1,476	0,7248	235	5,56	0,525	0,7	0,006	238	1,37	Слїд	1,066	1,154	+ 4,223	+ 2,132	— 0,29	— 0,336
	6	11,153	2,657	1,476	0,7248	315	6,548	0,77	0,98	0,007	—	1,37	—	1,066	1,154	3,235	1,887	0,57	0,437
	7	11,153	2,657	1,476	0,7248	340	7,49	0,714	1,016	0,008	298	1,37	—	1,066	1,154	2,293	1,943	0,606	0,438
		33,459	7,971	4,428	2.1744		19,598	2,009	2 696	0,021	536	4,11	—	3,198	3,462	9,751	5,962	1,466	1,211
IV. Період	8	11,153	2,657	1,476	0,7248	290	5,72	0,519	0,817	0,0076	165	1,038	0,129	0,422	0,64	+ 4,395	+ 2,009	+ 0,237	+ 0,0772
	9	11,153	2,657	1,476	0,7248	370	9,21	0,655	1,002	0,016	220	1,038	0,129	0,422	0,64	0,905	1,873	0,052	0,068
	10	11,153	2,657	1,476	0,7248	350	8,268	0,67	0,987	0 013	—	1,038	0,129	0,422	0.64	1,847	1,858	0,067	0,071
	11	11,153	2,657	1,476	0,7248	385	8,34	0,82	1,09	0,012	241	1,038	0,129	0,422	0,64	1,775	1,708	0,036	0,072
		44.612	10 628	5,904	2,8992		31,538	2,664	3.896	0,0486	626	4,152	0,516	1,688	2,56	8,922	7.448	+ 0,320	0,2882
V. Період	12	11,153	2,657	1,476	0,7248	250	5,397	0,887	0,937	0,013	—	1,42	0,115	0,729	0,824	+ 4,336	+ 1,655	— 0.19	— 0,113
	13	11.153	2,657	1,476	0,7248	450	9,843	1,435	1,413	0,01	225	1,42	0,115	0,729	0,824	— 0,110	1,107	0.866	0,11
		22,306	5,314	2,952	1,4496		15,240	2,322	2,350	0,023	225	2,84	0,230	1,458	1,648	+ 4,226	2,762	1,056	0,223

Пересїчна таблиця.

Період	I	11,153	2,657	1,476	0,7248		7,514	1,355	0,958	0,01		1,47	0,139	0,614	1,135	+ 2,168	+ 1,162	— 0,19	— 0,421
	II	11,153	2,657	1,476	0,7248		7,419	1,154	0,697	0,007		0,82	—	0,62	1,55	+ 2,913	+ 1,502	— 0,141	— 0,833
	III	11,153	2,657	1,476	0,7248		6,532	0,669	0,898	0,007		1,37	—	1,066	1,154	+ 3,25	+ 1,987	— 0,388	— 0,403
	IV	11,153	2,657	1,476	0,7248		7,884	0,666	0,974	0,0121		1,038	0,129	0,422	0,64	+ 2,23	+ 1.862	+ 0,08	+ 0,072
	V	11,153	2,657	1,476	0 7248		7,62	1,161	0,175	0,011		1,42	0,115	0,729	0,824	+ 2,113	+ 1,381	— 0,528	— 0,111

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

Живіт рівномірно побільшений, шкірні жили розширені. Флюктуация виразна, випуком можна виказати в черевній ямі вільний плин. В наслїдок сильно розтягненої (gespannt) черевної поволоки неможливо означити докладно границї печінки і селезїнки.

Обсяг живота 87 cm; — долїшні кінчини не набрясклі.

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

Скількість мочи скупа, пересїчно 350 cm³, темна, властивий (спецефічний) тягар 1.029, білковини нема, індикан збільшений, цукру нема, ацетону нема.

Дня 31. сїчня 1898 зроблено у недужого пункцию живота при чім випущено 5240 cm³ ясного, чистого плину, властивого тягару 1.016. Хемічний розслїд тої течи виказав:

N	Cl	P	Ca
pCt 0,399	0,355	0,0044	0,011

Перечислене на цїлу скількість:

20,9076	18,6	0,23	0,5764

По пункциї виконаний осмотр черевних орґанів виказав слїдуючий стан:

Печінка сягає в сутковій лїнії (Mamillarlinie) аж до ребрового луку, в середній лїнії (Medianlinie) два пальці понизше processus xiphoideus. Долїшний її край заокруглений, поверхня гладка, конзистенция тверда. Селезїнка побільшена, мацальна, досить твердої конзистенциї.

З клїнїчного перебігу годить ся ще навести, що у нашого хорого черевна опухоль дійшла по пункциї дуже скоро до свого цервісного обсягу, бо вже в одинацять днїв виносив обсяг живота 88 cm (87 cm в дни першої пункциї). Відтак виступили появи душности, так що булисьмо змушені приступити до другої пункциї. При другій пункциї моглисьмо, з причини залїпленя троакару, здає ся кишками, випустити лише 2530 ccm течи. Більша частина її лишила ся в черевній ямі. Рана зістала в звичайний спосіб сповита, але теч, як се часто при недостаточнім упливі черевної течи дїє ся, відпливала постійно краплями, аж до цїлковитого звільненя (Entspannung) червних поволок, що наступило дня 12. сїчня. Відтак загоїла ся рана правильно.

Маємо про те перед собою случай неправильности обігу крови в системі воротниці в наслїдок занику печінки, де буянє (Wucherung) лучної тканини вийшло правдоподібно від давнїйшого запаленя (Perihepatitis).

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

Досліди над переміною материї у нашого недужого робилисьмо в той спосіб, щосьмо цїлий час досліду розділили по можности на кілька рівних періодїв по 4 – 5 днїв. Першу пункцию виконано між I і II періодом, другу пункцию між IV і V.

Хемічна аналїза корму подаваного недужому день по день в однакій скількости 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 дослїдів подаємо в долученій таблици 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 плину (содової води, зупи, молока), то та ріжниця мусїла бути, по всякій правдоподібности, наслїдком більшого або менчого задержаня (retentio) води в орґанїзмі. В II періоді бачимо таку саму скількість мочи як в I періоді. Одначе загальна утрата плину в II періоді буде більша скоро увзглядннмо скількість води в стільци (калї.) В першім періоді мав недужий плинний столець, а вага єго була 718 gr. По пункциї змінила ся конзистенция стільця і ми маємо через 4 дни стільці ваги 595 gr., одже о 120 gr. менче як в першім періоді. Всеж таки бачимо в другім періоді хоч незначне задержанє води в орґанїзмі. Найбільше задержанє бачимо пятого дня по пункциї і від тепер стає діуреза постійно менча, як в першім періоді. Першого дня по першій пункциї видалив недужий 370 ccm мочи, саме тільки ccm як день перед пункциєю. Послїдного дня досліду знаходимо знов взглядно високу скількість мочи бо 450 ccm. Ми підносимо се з натиском, бо як звісно, недужий тратив в другім періоді плин краплями.

Скількість видаленя N в мочи було така, що в перших 3 днях по пункциї мож було сконстатувати постійне збільшуванє N. Найменшу скількість видаленя N бачимо в третім періоді, в четвертім періоді росте знов видаленє N.

Скількість N містячого ся в стільци була ріжна перед і по пункциї. В першім періоді знаходимо найбільшу скількість 1,47 g. N, значить ся 13 pCt. впровадженого корму. Ся лиха ресорпция могла бути в наслїдок легкої бігунки, котру недужий мав в першім періоді. В другім періоді знаходимо лїпше використуванє N корму, тут маємо найменше число 0,82 g. N в стільци т. є 7,2 pCt впровадженого N. В третім і четвертім періоді підносить ся знов трохи скількість N.

Погляньмо тепер на білянс азоту в нашім случаю, то побачимо що недужий знаходив ся через цїлий час досліду, з виїмком послїдного дня, в позитивнім азотнім білянсї, се значить: що видаленє N мочею і стільцем було менше як впровадженє N кормом. В II періоді бачимо мале побільшенє задержаня N, що доходить до найвисшої точки в III періоді, і ще першого дня IV періоду стоїть на висотї, аж знов зменшує ся в часї, коли черевна опухоль знов доходить до первісного обєму. Причини того задержаня N тяжко шукати в правдивім задержаню N на користь будови орґанїзму, бо недужий в наслїдок своєї тяжкої недуги що раз ставав більше не-

мічний. В II, III і IV періодї, значить ся в часї між обома пункциями задержав недужий 29,1 g. N. Коли обчислимо процент азоту знайденого в течи добутій при II пункциї на 6 лїтрів то вийде, що до утворення трансудату треба було 18 g. N. Лишає ся про те одинадцять g. N надміру. Щоби пояснити ту ретенцию мусимо приймити, що наш случай належить до ряду тих случаїв які описали Schmoll[1]), Schöpp[2]) і Moraczewski[3]). Сї автори завважали, що при недугах ідучих в парі з консумциєю орґанїзму буває нераз, так сказавши, патольоґічне задержане азоту, що можна пояснити утратою орґанїзму можности розкладня в правильний спосіб білковини.

Що до видаленя хльору, то недужий був постійно в додатнім білянсї. Першого дня по пункциї знаходимо підвисшене скількости Cl в мочи. Такеж підвисшене видаленя Cl по пункциї знайшов і Schubert[4]), але автор сей не пояснив сю появу. З нашої таблиці видно, що першого дня по пункциї піднесло ся видалене усїх складників себто N, Cl, P, Ca, а причини сего треба шукати в п о л ї п ш е н ю ц и р к у л я ц и ї в з а г а л ї. Другого дня по пункциї зменшує ся видалене Cl а задержане доходить в IV періоді до найвисшої точки + 2,13 Cl (8-го лютого.) Хтїлибисьмо звернути увагу на те, що задержане Cl при наново взростаючім ascites, хоч іде рівнобіжно з задержанем N, всеж таки, що недасть ся заперечити, починає ся о кілька днїв скорше як задержане азоту.

Видалене фосфору мочею ішло заєдно більше-менше рівнобіжно з видаленем азоту. Недужий був перед пункциєю і в двох послїдуючих періодах в неґативнім P-білянсї, що походило здає ся з збільшеного видаленя калу. Аж в IV періоді стало видалене фосфору менше як впроваджене.

Видалене калу мочею було у нашого недужого, мож сказати, радше мале. По пункциї знаходимо зменшене видаленя Ca і скількість Ca в мочи підносить ся аж в IV періоді при зовсїм відновившім ся ascites. — Противно заховує ся видалене Ca стільцем. Тут бачимо ми в I періоді мале видалене Ca, в двох слїдуючих періодах більше, а в IV знов зменшене видаленя Ca. Правдоподібним є, що через пункцию витворюють ся такі відносини, що роблять можливим більше видалене Ca кишками.

V-тий період є повторенем тих відносин, які повстали по першій пункциї. Як уже висше згадалисьмо був недужий в сїм 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 опухоли краплями. В першім дни того періоду впадає дуже в око захованє ся хльору в мочи, котрого скількість в порівнаню до попереднього дня збільшує ся. Того дня, коли черевні поволоки зовсїм утратили напнятє, знаходимо знов збільшене видалене всїх складників, той сам образ, щосьмо бачили по першій пункциї.

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

Status praesens: Недужий малий, слабої будови костий, шкіра блїда. Жовтачки нема. Орґани грудної клїтки правильні. Живіт рівномірно побільшений, флюктуация виразна, шкірні жили розширені. Обвід живота 97 cm. Печінка досліджена перкусиєю сягає в сутковій лїнії до ребрового луку, в середній лїнії до proc. xyphoid, лївого плату печінки не можна через перкусию дослїдити. При вдиху мож печінку намацити, вона представляє ся тверда, долїшний край острий. Селезїнка дуже побільшена, в лежачій (на плечах) позициї недужого сягає селезїнка до продовженої лївої суткової лїнії. Поверхня гладка. Конзистенция тверда. В животї мож виказати вільний плин. На долїшних кінчинах набряків нема. Живчик все правильний 76. Тягар тїла 52 kg. Теплота правильна 36,5—37,4°. Скількість мочи пересічно 1200 cm³. Спец. тягар 1.023, білковини нема, цукру нема, ацетону нема, індикан правильний.

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

Дня 12-го марта виконалисьмо у недужого пункцию живота, причім випустилисьмо 5150 cm³ плину, 1016 спец. тягару. Хемічна аналїза того плину показала ось який склад:

		Обчислене на цїлу 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 клїнїцї значно, діуреза збільшила ся без уживаня діуретиків, а черевні поволоки були вже підчас пункциї значно менше напняті. У нашого недужого наступила та, нераз уже завважана поява, що при лїпших умовах, спокою, лежаню в ліжку, при инакше зложенім кормі може черевна опухоль сама

від себе зменшити ся, а як видно з білянсових таблиць повстає живійша дифузия до кровних судни, що найбільше слїдно на хльорі, яко найлегче при дифузиї проникаючім складнику.

І в сїм случаю давали ми через цїлий 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 бефштеку	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 поділилисьмо на два періоди, перший перед пункциєю живота тривав пять днїв, другий по пункциї 6 днїв, а одержані висліди мож бачити на слїдуючій таблици.

Табли-

	Дата	Корм				Моч				
		N	Cl	P	Ca	Скількість cm³	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	21,2.0	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
		106,345	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	5,023	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

Пересїчна

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

уживав задержаний азот до будови білковини свого орґанїзму, що можна би підперти ще сею обставиною, що недужий будучи сїльским мешканцем і ограниченим майже виключно на ростинний корм, знаходив ся в так званїм азотнім дефіцитї, котрий тепер вирівнував ся і що клїнїчна обсервацая виказала очевидне полїпшене соматичного стану недужого. З другого боку можна припустити, що частина задержаного азоту була зужита до витвореня трансудату. Сему твердженю не відповідає одначе захованє ся солий. Ми знаходимо неґативний білянс Cl і P а позитивний Ca. Як уже висше зазначилисьмо, сконстатувалисьмо в I періодї зменшенє черевної опухоли. Freund[1]) виказав, що збільшенє хльору в мочи при черевній опухоли і иньших станах получених з нагромадженєм плину в орґанїзмі при тій самій диетї вказує на те, що плин резорбує ся. Наші дослїди ствертжують зовсїм теорию Freund'a що до хльору. Але і збільшене видаленє P не можемо в сїм случаю инакше пояснити лише в той спосіб, що мусимо приняти дифузию в противнім напрямі, хоч жерело P є здає ся иньше. Бо скількість Cl в черев-

ця II.

	Кал				Білянс			
Тягар	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

таблиця

	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 єго 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 P з своїх частий орґанїзму то можна надїяти ся що і білянс Ca буде неґативний, але з огляду на те, що недужий задержував Ca, мусимо припустити що Cl і P, котрі він тратив, мусїли походити з якогось так сказати „складу“, а котрим орґанїзм може кождої хвилї без нїякої шкоди розпоряджати. Такий склад мав наш недужий в плині черевної опухоли.

В II періодї знаходимо, що скількість видаленого N почавши від другого дня по пункциї збільшує ся і в мочи і в стільци. Пункция дїлає про те в тім случаю побуджаючо на розклад N. Се через пункцию викликане збільшене видаленя азоту у осібняка, котрий потребував рівночасно азоту до сьвіжого витвореня трансудату, може пояснити питане, чи ми в I періодї мали дїйсно дїло з правдивою ассиміляциєю N, чи те задержане N треба уважати патольоґічною появою, що ми в I случаю поясняли нездібностю орґанїзму розбивати правильним способом тїла містячі в собі азот.

Найцїкавійше в II періоді є задержане хльору, котре іде рівнобіжно з сьвіжо 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 мочею збільшило ся.

Случай III. Анамнеза: М. М. 34 лїт. Мати недужої мала вмерти на туберкульозу легких в 50 році житя. Числячи 8 лїт скаржила ся вже недужа при сильнійших рухах на битє серця і брак віддиху. Місячку дістала в 13 році житя. В 27 році житя вийшла за муж, два рази поронене, одна дитина живе. В рік по послїднім породї зауважала недужа, що живіт її звільна чим раз більше росте. В вересни 1896 піддала ся недужа пункциї живота, при чім випущено 6 L плину. В році 1898 була зневолена з причини побільшеня живота шукати помочи на клїнїцї.

Status praesens: Недужа середної будови костий, мірно відживлена. Грудна клїтка в долїшних партиях розширена. Легкі правильні. Дослїд серця виказує всї цїхи звуженя аорти. Живіт побільшений, флюктуация виразна, обвід живота 100 cm. Печінка в сутковій лїнїї 3 cm низше ребрового луку, в середній лїнїї 10 cm низше processus xiphoideus, дає ся намацяти, не болюча, долїшний край заокруглений, конзистенция тверда. Селезїнка побільшена.

В часї побуту на клїнїцї дістала недужа на горішній губі лусковату ефльоресценцию завбільшки 20 гелєрів, що проф. Лукасєвич узнав яко Lues aucilaris.

І в сїм случаю маємо перед собою ascites в наслїдок змін в печінцї. Два перебуті пороненя і ефльоресценция на губі наклонюють на здогад, що маємо дїло з цирозою печінки, котра повстала на підставі люетичної закази. Хйба серця лївого артериального отвору находила ся в цїлковитій рівновазї (compensatio.)

Скількість мочи виносила пересїчно 1200 ccm. Спецефічний тягар 1,024, білковини нема, цукру нема, ацетону нема.

Цїлий дослїд поділили ми на три періоди. Перший перед пункциєю черева, слїдуючі два по пункциї. 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 періодї відносини стали яснїйші.

Нам неможливо було удержати недужу через цїлий час на тій самій диетї. По пункциї не хотїла недужа пити дальше содову воду, і дїставала натомість 250 ccm вина.

Подавана диета складала ся ось з чого:

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

В другім і третім періодї давалисьмо замість 400 ccm содової води 250 ccm вина, котре складало ся з

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

Результати того дослїду може бачити знов на долученій таблици.

Як з таблиць видно мали ми в першім періодї високу діурезу, котра навіть третого дня збільшила ся. І в сїм случаю бачимо користний вплив лежаня в ліжку і инакше зложеної диети, тим більше, що в першім періодї, 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 плину черевного.

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

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

Скількісь хльору в мочи стояла в простім відношеню до скількости мочи і з того видно походженє надміру хльору.

Білянс фосфору був уємний, вапу додатний.

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

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

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

Відносини видаленя мочею показують, що і в тім случаю стала десассиміляция азоту через пункцию живійша, а з пересїчної таблиці бачимо, що скількість азоту в мочи зросла з 11,24 на 12,37 g. Так само заховує ся фосфор.

Також і скількість Ca в мочи є більша.

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

При близшім розсмотрі наших дослїдів бачимо, що переміна материї в недугах получених з черевною опухолею оказує ріжні форми, а се залежить від того чи черевний плин знаходить ся в стадиї збираня чи резорпциї. Також нагле і повільне випущенє плину має вплив на переміну материї. Одно мусимо специяльно зазначити, що не вважаючи на вік, рід і дієту наших недужих, вони видаляли усе більше фосфору як приймали. Не сьміємо рішучо

Табли-

	Корм				Моч				
	N	Cl	P	Ca	Скількість ccm	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

Пересїчна

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 напятнувати яко щось специфічного, бо при горячці є утрата P получена усе з утратою N, при Diabetes ще з утратою Cl і Ca, а тут маємо заєдно утрату P не вважаючи на значне задержанє N. Здає ся, що при орґанічнім процесї де є умови до витвореня ascites, також видїляють ся в більшій скількости і иньші складники. Але коли Cl і N громадять ся в черевнім плинї, іде P иньшими дорогами. Се би була загальна характеристика переміни материї при черевній опухоли.

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

ця III.

	Кал				Білянс			
Тягар	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

таблиця

	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 менче N, Cl, P і Ca, як задержував орґанїзм, відтак з клїнїчного перебігу, при чім рішаючим був загальний стан недужого. На всякий случай можемо стояти при твердженю, що збиране плину іде в парі з задержанем (retentio).

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

Добутки наших дослїдів виказали ще і ту цїкаву появу, що пункция сама спричиняє наглий взріст видаленя. Той взріст ріжнить ся одначе засадничо від взросту обсервованого при ресорпциї, бо тут бачимо збільшене видалене усїх 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 Schubert[1]), але не підніс ваги тої появи. По нашій думцї те збільшене видалене походить з причини наглих змін в середчеревних відносинах, при чім циркуляция і ресорпция дізнає полекші. З другого боку подражняє пункция сильно цїлий орґанїзм, що видно найлїпше з побільшеня видаленя азоту мочею (случай 2 і 3.).

Наші вислїди кидають також деяке сьвітло і на ресорпцию і секрецию в кишках. Müller[2]), Fawitzki[3]), Schapiro[4]) знайшли, що при заникаючій (атрофічній) цирозї печінки, була ресорпция корму, не вважаючи на істнуючу жильну гіперемію цїлого кормового проводу, добра, скількість азоту в стільци була правильна. Наші дослїди потвердили сї твердженя. В наших случаях знайшлисьмо назад в стільци впроваджені перед пункциею 12 gr азоту. А в I і III случаю бачилисьмо навіть, що орґанїзм використував азот по пункциї лїпше як перед нею.

Рівнож терпить під впливом тиску черевної опухоли і секреция в кишках. Тут було нам мірилом висококість видаленного Ca в стільци. Ми бачимо, що в тім часї коли ascites стоїть на місци, видаляє ся менше вапу кишками, а по випущеню плину 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 цїкавійше, що рівночасно знайшлисьмо зменшене азоту в стільци.

Єще одно питане хочемо тут порушити, именно чи до витвореня черевного плину уживає ся білковина корму чи орґанїзму [Noorden[1])]. На се питане легко би відповісти як би недужий тратив по пункциї азот, а мимо того видїлював богатий в білковину плин до черевної ями. Можна би в такім случаю припустити, що недужий, котрий покриває надмір утраченого мочею азоту, азотом взятим з орґанїзму, буде уживати до витвореня черевного плину з браку якого иньшого стоячого до єго розпорядимости жерела білковини, білковину орґанїзму. Такі відносини мали ми, на жаль обсервовані лише через дуже короткий час, в V. періодї I. случаю. Як звісно тратив недужий в тім періодї плин, випущений лише до половини, краплями по трохи через ранку в животї. Та постійна утрата черевного плину так вплинула на орґанїзм, що недужий перейшов з додатного азотного білянсу на уємний, т. є. що скількість азоту в кормі не була вистарчаюча до заспокоєня потреби.

Наші вислїди потвердили думку Schubert'a[2]) і Cantador'a[3]), що азот трансудату походить в першім ряді з корму, однак з тим ограниченем, що на случай коли впроваджений кормом азот чи то з причини недостаточної ресорпциї, чи невистарчаючої скількости, не вдоволив би потребі, тоді орґанїзм спотребовує свою власну білковину.

Що по пункциї при отвертій ранї в череві бачимо уємний азотний білянс, може нам пояснити появу, що в такім случаю наступає легко значна утрата сил у недужого і вихуднїне, що ми клїнїчно нераз обсервували.

Вкінци уважаємо своїм милим обовязком виразити на сїм місци нашому поважаному шефови п-ви проф. Ґлюзїнському за почин до сеї працї нашу щиру подяку.

[1]) Noorden, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels, 1893.
[2]) Schubert, l. cit.
[3]) Cantador, Inaug-Diss. Bonn 1896.

З чеської хірургічної клініки проф. Майдля в Празі.

Про лїченє „Ectopia vesicae“.

Написав **Др. Евген Кобринський.**

Повстанє сеї неправильности в розвитку міхура починає ся перед 8. тижнем ембріонального житя Причина сеї потвори (Missbildung) не є до тепер ще розслїджена.

Звичайно ectopia получена з диястазою лонової зростівки (symphysis ossium pubis), цїлковитою епіспадиєю (epispadia), прірвами (hernia) і випадом відхідниці (prolapsus recti). Щелина шкірного систему (Spalt des Hautsystems) сягає аж до пупця, котрого зовсїм не видно.

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

Погані наслїдки сеї недуги ясні: incontinentia urinae, excoriationes і eczema сусїдної шкіри, кровотоки з випавшої слизоватої болони міхура.

Сі появи і амоніякальний розклад мочи затроюють житє недужим, так що лучають ся навіть самоубійства наслїдком сеї недуги. Щоби сим нещасним і позбавленим всякої приємности житя принести поміч, були вже в давних часах звернені змаганя хірургів. Однакож в передантисептичнім часї задоволяли ся старі хірурґи як Bonn, Stolte, Roose, винаходом апаратів, що повздержували випад і служили заразом яко мочеві зберегачі (Urinrecipient).

ЛЬВІВСЬКА БІБЛІОТЕКА
АН УРСР
№ И-30366

Доперва молодша школа Holmes, Wood, Thiersch, Billroth, Czerny, Hirschberg, старала ся покрити пластикою 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 верхним. 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 змодіфікований Passavant-ом як і метод Sonnenburg-a, котрий екстірпував 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 найлїпшім разї о стілько користи недужим, що по покритю убутку зістав малий отвір, котрий або пельотою замикав ся, або годив ся до вживаня мочового зберегача (recetabulum, Urinrecipient). Радикальний метод Майдля*) опирає ся на дерівацийнім старім лїченю ectopi-ї John Simon-a. Сей автор був перший, що загадав в практиці зужити гадку Roux і витворити через уміетне получене мочеводів з відхідницею континенцию мочи за помочию заузного зворника (sphincter ani). Операция однакож як і модифікация 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 окружниці (colon). Пациент вмер по операції наслїдком pyelonephritis suppurativa. Від сего часу забули хірурґи зовсїм про ідею Simona, аж проф. Майдль на підставі сего методу видумав в 1892 р. нову радикальну операцию лїченя ектопії, котра поперта щасливо виконаними случаями вславила ся в цілім сьвіті. Виходячи з засади, що правильні уйстя мочеводів (Uretetereinmündungen) хоронять нирки від інтестінальних бактерий, а именно bacterium coli, витяв Майдль малу елїпсу обіймаючу уйстя мочеводів з ектопованого міхура і інплянтував її до лукви (flexura sigmoidea).

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

*) Гляди: Wiener med. Wochenschrift Nr. 25—29 1894.
» » » » 28—31 1896.
» » » » 6—8 1899.

і імплянтованю кождого мочевода з осібна до colon ascendens, або descendens, викликує ся по кількох місяцях pyelonephritis suppurativa ascendens.

Докладний метод радикального лїченя „Ectopia vesicae“ подам при наведеню поодиноких случаїв оперовонах від року 1892 до року 1899 проф. Майдлем на хірурґічній клїнїцї в Празї.

На сім місци складаю проф. Майдлеви за відступлене клїнїчного материялу прилюдну подяку.

I. Случай.

Йосиф С. лїт 20 з Мерклова в Чехах; оперований $^{19}/_{6}$ 1892. Рана загоїла ся без компліґаций а з початком серпня відійшов здоров домів.

II. Случай.

Христина П. лїт 12, з Кжіжанова в Чехах, була у Відни оперована в 3, 4, і 9 роцї житя пластичним методом 4 рази. Операция методом Майдля відбулась $^{1}/_{5}$ 1893 з добрим наслїдком, а $^{7}/_{7}$ 1893 відійшла недужа домів.

III. Случай.

Яков М. лїт 7, син лїкаря з Снятина в Галичинї принятий $^{29}/_{11}$ 1894 на клїнїку в Празї. Операция відбула ся правильно $^{2}/_{1}$ 1895, наркоза хльороформом. Зужито 70 ґр. хльороформу. Операция тревала $^{7}/_{4}$ годин. Случай о стілько інтересний, що недужий почав в ночи фантазувати, був сильно роздражнений, delirium тревало цїлу нїч а рано наступив нагло exitus letalis.

Скількість мочи в ночи видалена per mictionem rectalem виносила 60 cm^3.

Секция виказала: легка гіперемия дишиці і озяв (trachea et bronchi), незначні олегочні (pleura) екхимози, права комора серця троха розширена. Очеревна правильна, місце зшитої лукви (flexura sigmoidea) не ушкоджене.

З браку иньших патольоґічних змін, мусїло ся припустити яко causa mortis затроене хльороформом підчас довго треваючої наркози.

IV. Случай

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

Божена Г. лїт 22, донька зарібника з Тлустіц в Чехах. Отець жие, здоров, мати вмерла на туберкольозу. Три брати і дві сестри здорові, одна сестра вмерла в 7 роцї житя на meningitis.

В родинї небуло нїяких подібних убутків міхура.

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

З причини міхуревого убутку зістала недужа не принята до школи. В десятім роцї порадили лїкарі в дитинячім шпитали в Празї, ношенє мочового зберегача, котрий недужа однакож не вживала.

Місячка наступила в 16 роцї, була завсїгди правильна, без болїв. В наслїдок своєї недуги була немічна вилучена з людської суспільности. Житє їй так обридло, що перерізала собі горло. Зістала з сего вилїчена і позістала лише близна на горішній сторонї гортанки яко слїд самоубійчого замаху. $^{22}/_{11}$ 1894 р. принята недужа на хірурґічну клїнїку.

Status praesens: немічна, малої стати, сильної будови костий здорово розвинених мяснїв і достаточно відживлена.

На верхнїй части гортани видно від одного sternocleidomastoideus-a до другого пробігаючу близну що порушаєсь при поликаню; недужа заносить амоніякально розложеною мочию.

Зростівка не є сповна, диястаза виносить 5 cm. Більші стульні (labia majora) не мають в горі нїякої перегороди (comissura) а продовжають ся в пахвинах (Leisten) в два розходячі ся (divergirend) волосєм поросли пруги (Streifen).

Commissura posterior правильна.

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

В долїшнім mesogastrium находить ся покритий темночервоною слизоватою болоною ґранулюючий наріст, завбільшки малої помаранчи. Околиця нароста обмежена близнами, пупця не видно. На долїшній части нароста 4 cent. над піхвовим уйстєм видно три отвори поставлені до себе в виду трикутника. З кождого отвору протїкає ясна, прозора моч. В наведені отвори, котрі очевидно представляють уйстя мочеводів, дасть ся впровадити сонда яких 20 cm. глубока.

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

Операция виконана дня 20 го сїчня 1895 в хльороформо-етеровій наркозї в слїдуючий спосіб: вперед обрізано горішну близну нароста. Проріз сягав аж до cavum peritonei, відтак вирізано наоколо мочеводів з цїлої стіни міхура елїпсу обіймаючу всї три мочеводи. Прочу частину міхура враз з частию принадлежачою до очеревної витято цїлковито.

Потім випрепаровано повисшу елїпсу враз з мочеводами і заднею очеревною.

Підчас сеї операциї вложено в уйстя мочеводів три тонкі бужі щоби відзначували пробіг мочеводів і хоронили їх від можливого ушкодженя. Відтак витягнено з черевної ями колїно лукви і перерізано повздовжно з випуклого боку, а в сей наріз лукви зістала імплянтована 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 ґази. Рану на черевних поволоках не зашито. До відхідниці вложено грубий дрен.

Підчас операциї показало ся, що родниця і яєчники правильні.

$^{21}/_{1}$ Пробіг по операциї: Теплота 37·9°. Живчик 84. В ночи відійшло 440 cm³, а рано 250 cm³ з калом помішаної мочи.

$^{22}/_{1}$ загальний стан знаменитий, мочи 720 cm³.

$^{23}/_{1}$ сего дня відійшло 800 cm³. мочи, т. 37·6°, зміна сповитя (перевязи), рана без реакциї.

$^{24}/_{1}$ Т. 37·6, скількість мочи 1130 cm³.

$^{25}/_{1}$ „ 37·3, „ „ 930 „

$^{26}/_{1}$ „ 37·5, „ „ 710 „

$^{27}/_{1}$ „ 37·2, „ „ 960 „

$^{28}/_{1}$ „ 37·8, „ „ 700 „

Сего дня витягнено дрен з відхідниці, однакож недужа не могла єще повздержати мочи.

$^{29}/_{1}$ Т. 37·4, 420 cm³ мочи, недужа може повздержати міч.

$^{30}/_{1}$ зміна опаски, рана ґранулює добре. Недужа дістала місячку, моч держить 2—3 години. Т. рано 37·9°, пополудни 38·4°

$^{2}/_{2}$ може повздержати моч 5 годин; на правій нозї сконстатовано phlebitis і thrombosis, нога спухла.

$^{3}/_{2}$ Пухлина не поступає, нога повиває ся флянельою.

$^{5}/_{2}$ Т. 38·3. Недужа держить моч 6—7 год.

$^{12}/_{2}$ мочила 7 разів на день, ґранулючу рану тушує ся ляпісом.

$^{16}/_{2}$ пухлина ноги зовсїм 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. 37·9° і вслїдуючих днях правильна, аж до слїдуючої менструациї,

$^{21}/_{3}$, підчас котрої підступила до 38·9°.

Тим часом рана цїлковито загоїла ся. Вислїдок хемічно розібраної мочи оказав ся зовсїм правильний. Недужа виздоровівши відійшла домів і вступила на службу. По році представила ся в повнім здоровлю на клїнїці. Моч виходить per mictionem rectalem що 6—8 годин. Місце рани покрите близною. Нїякого слїду подражненя нирок.

5. Случай.

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

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

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

$^{19}/_{12}$ фістула гоїть ся гарно, не видїлює нїчого.

$^{23}/_{1}$ 1896 відійшла оперована здорова домів.

6. Случай.

Йосиф Р. лїт 4, син зарібника в Бенешав в Чехах. $^{2}/_{7}$ відбула ся операция.

$^{12}/_{7}$ Т. 40·9°, на тїлї недужого виступила висипка (scarlatina).

$^{15}/_{7}$ Т. рано 37·8°, вечер. 39°. Exanthem щезає.

$^{25}/_{7}$ правильна теплота; рана загоїла ся цїлковито.

7. Случай.

Францїшек М. лїт 7, син зарібника з Клєни в Чехах.

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

$^{25}/_{1}$ 1898 появила ся яко компліkация шкарлятина.

$^{28}/_{1}$—$^{31}/_{1}$ status febrilis.

Хлопець виздоровів і відійшов з загоєною раною $^{2}/_{3}$ 1898.

8. Случай.

Йосиф Д. лїт 14, син зарібника в Бродец в Чехах. $^{29}/_{3}$ 1898 оперований.

$^{10}/_{4}$ появилась шкарлятина.

$^{11}/_{4}$ щезає висипка, при кінци мая відійшов здоров домів.

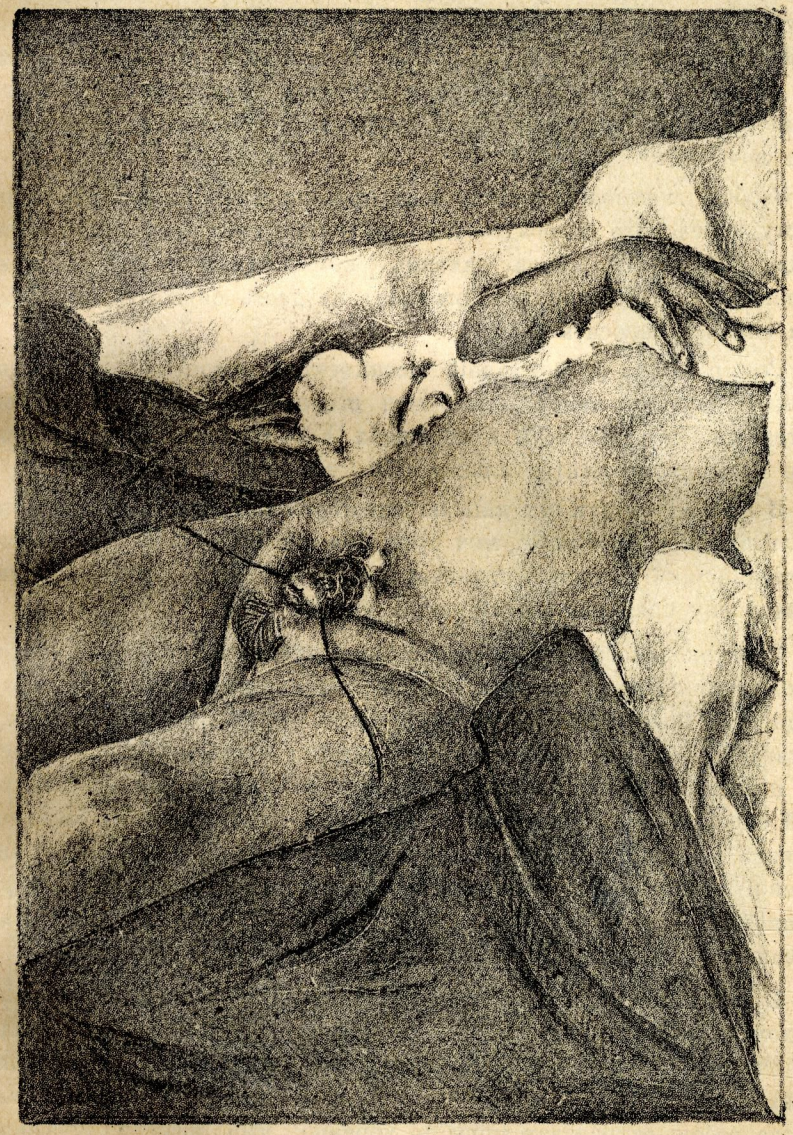
9. Случай.

Йосиф С. лїт 7, син рільника з Олешна в Чехах, оперований $^{14}/_{7}$ 1898. При нормальнїм гоєню рани вийшов $^{16}/_{8}$ 1898 здоров зі шпіталю.

10. Случай.

Заслугує через полїпшене методу, а іменно позаочеревне (extraperitoneal) вложене імплянтованої елїпси міхура до лукви на близшу увагу.

I.



Вацлав В. лїт $4^1/_2$, син рільника з Novydum в Чехах. Анамнеза: родичі і родина дитини здорові, в другім роцї перебув недужий gastroenteritis.

Status praesens: хлопець на свій вік добре розвинений, правильної будови костий і мяснїв; внутрішні орґани здорові. Понад симфізою, що не є сполучена, лежить нарість величини дитинячого пястука. Долїшна частина сего наросту ґранулює, верхна частина покрита шкірою і обмежена близною. Пупця не видно. Уйстя мочеводів находить ся в долїшній части наросту; правий мочевід троха глубше від лївого, (vide образок I, впроваджені тонкі бужі означають уйстя мочеводів,

З обох мочеводів витікає ясна прозора моч. Долїшна частина наросту переходить в роздвоєний пруг (epispadia completa). При кашлю надуває ся права пахвина, компліка́ция з правобічною прірвою (hernia). Припрутня (prostata) не дасть ся намацяти. Диястаза симфізи виносить 4 cm.

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

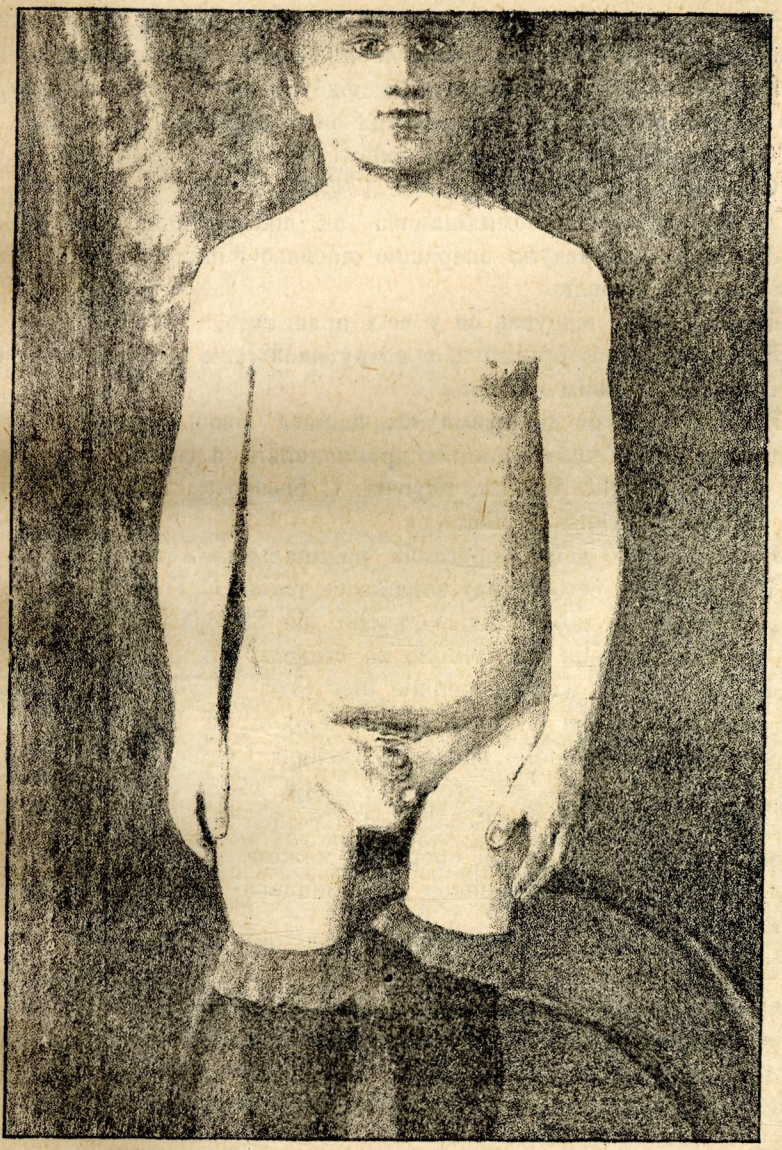
В пробігу слїдуючих днїв не спостережено нїяких мікробів нї на плитах, нї в пробівках, моч була про те стерильна. Так само і хемічний розбір видав неґативний результат. $^{20}/_{11}$ 1898 виконано позаочеревну операцию в слїдуючий спосіб:

З ектопованого міхура витято позаочеревно елїпсу враз з уйстями мочеводів. Прочу частину міхура екстирповано, одначе очеревну з задної частини заховано. Аж на границї міхура перетято очеревну і витягнено близько лежачу лукву, котру з випуклого боку перетято повздовж. Відтак імплянтовано елїпсу з мочеводами до лукви в сей спосіб: платок очеревни, що творив задну частину верхної половина міхура, пришито до сироватної болони спідної частини витягненої лукви. Елїпсу міхура вшито дворядними швами поверх горішної частини лукви. Пришито ще шматок очеревни, що зістав захований з долїшної частини міхура.

В кінци обмережено лукву, а то в горі peritoneum parietale, а в долинї peritoneum pelvicum, так що цїле вшите місце лежало поза очеревною і в сей спосіб забезпечено черевну яму від можливих наслїдків операциї, а іменно: попущеню швів, що могло викликати за собою ектравазат мочи до черевної ями враз з інвазиею інтестінальних бактерий.

Рану черевної поволоки стягнено по можности швами, а до місця вшитого міхура в долїшній частинї рани, впроваджено шматок стерилїзованого мулю. До відхідниці вложено грубий дрен.

II.



Першого дня по операциї виносила скількість мочи лїтру, температура вечером 38·8°. По двох днях температура правильна.

$^{25}/_{11}$ появилась в правім боцї легких bronchitis acuta.

$^{27}/_{11}$ спостережено в цїлій правій части запаленє легких, горячка 40°. Рана гоїть ся правильно, запаленє легких по острій кризї щезає. Тим часом появили ся болї в правім колїні, котрі скоро уступили.

$^{10}/_{12}$ теплота правильна. Дрен витягнено 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 хірурґічній клїнїцї в Празї 10 радикальних операций лїченя „Ectopia vesicae". З тих виздоровіли 9, оден умер (intoxatio chloroform.).

Смертельність виносить про те 10%.

Мимо случайних компліґкаций, як шкарлятина, pneumonia, phlebitis, перебули недужі операцию щасливо і находять ся до тепер в повнім здоровлю.

Mictio rectalis відбуває ся у всїх правильно.

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

Як з лїтератури довідуємо ся, найшов новий метод Майдля і на других хірурґічних клїнїках приклонників, а іменно оперували в сей спосіб: Ewald, Wölfler, Krynski, v. Eiselsberg, Herczel, Trombetta, Rosegotti, Frank, Tuffier.

В загалї було всїх 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 операциї, можемо пожелати, щоби радикальний метод Майдля найшов як найбільше приклонників між поступовими лїкарями.

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

Бібліотека
наукового товариства
імени Шевченка

Зі шпиталю Вільгельміни у Відни-Отакрінґу Дир. Д-р Тельґ.

Інтересний случай новотвору переднього середгрудя.

Подав **Д-р Осип Дакура.**

Недуги mediastini anterioris становлять лишень взглядно малий процент нинї знаних і описаних недуг. Складають ся на се в першій лїнії недуги thymus, желези дитячого віку, і то в формі надмірного розросту її [Nordmann[1]) описав один случай де thymus була величини пястука], з наступовою asthma thymicum, відтак рідше в формі новотворів і ґузів так добротливої як і злосливої природи, дальше цист, туберкульози, звичайного запаленя ткани сеї желези, геморагії, знидїня, сифілїсу, ехінококів. Дальше занедужанє лїмфатичних желез середгрудя, желез придишкових, запалене самої ткани середгрудя, кровоток, ропінє, та первісні або наступуючі новотвори. Казуістика тих недуг нинї вже численна; особливо маємо значне число случаїв наростів переднього середгрудя докладно обсервованих і описаних.[2]) Природна річ, що число подаваних случаїв все ще збільшає ся. Послїдний случай довело ся менї читати в грудни минувшого року.[3])

Чим інтересні є ті хороби і на що кладуть автори головну вагу описуючи їх? Не ошибну ся, коли скажу, що всї ті клї-

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

[2]) Hoffmann: Erkrankungen des Mediastinums. Wien 1896.

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

клїнїцисти мали на оцї лише цїли дияґностичні. І все ще, мимо численних оголошень в тім зачерку, мимо точних обсерваций клїнїчних і чисто льоґічних посмертних розвідів, лучають ся похибки навіть вправним і досьвідченим лїкарям. Braun[1]) подає оден случай, де tumor довго удержувано за аневризм аорти і не оперовано, коли пізнїйше показало ся, що се таки був звичайний добротливий новотвір. Woelfler[2]) знова розказує, що одна недужа, у котрої рішено ся оперувати розпізнаний ґуз, померла зараз по операциї в наслїдок пукненя аневризмату луку аорти. Рівнож не рідко лучають ся заміна tumor-у переднього середґрудя зі struma substernale. До того річ утрудняє ще ся обставина, що в тій недузї не подають нїяких помічничих всказівок нї вік, нї 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, лїт 22, з заводу муляр. Походить з родини здорової. Сам відколи памятає нїколи не хорував, все ся чув здоровим і сильним. Спосібностий до науки не мав, учив ся неохотно, за те працював фізично дуже радо. Успособленє заховав дрібку дитяче, впрочім був заєдно веселий, говіркий, але не сварливий. Одно ще, яко особливість розказувала менї єго мати, що він в дитячім віку, дуже слабо розвивав ся, пізно підняв ся на ноги, а говорити зачав десь доперва в 5 роцї житя. Скріпшав десь аж в 15—17 роцї. 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 війска і він зголосив ся до служби військової в жовтни 1898 року. В війску лучило ся єму однак нещастє. При звичайних ґімнастичних вправах упав він з висоти, як росказував, 2—3 метрів і то горілиць. Потовк собі при тім особливо лївий бік ґрудий і надвихнув лїве рамя. Притомности не стратив. При помочи товаришів підняв ся з землї і зайшов сам з другими жовнїрами до касарнї. В ґрудях 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 сильнїйше болїти в околици серця, і він почав покашлювати. Лишили єго тимчасово в військовім шпитали і військовий лїкар мав у него розпізнати запалене легких. Так перележав він там 14 днїв, а відтак, коли єму погіршало ся, дали єму відпустку з війска на цїлий 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 жалив ся на докучливі болї в цїлих ґрудях і в лївім рамени. Завізваний лїкар поставив розпізнанє pleuropneumonia, в наслїдок чого прийшло до нагромадженя ся exudat-у. Коли недужому в протягу цїлого місяця дома не полїпшило ся, віддала єго родина до шпиталю. І так прибув він до шпиталю Вільгельміни, де єго принято 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 лици і руках цїлий синий. Питаний о причину недуги, подає рішучо сей упадок в війску і ураз при тім. Після оповіданя недужого: „єму ся щось вірвало в серединї.“

По випочинку і покріпленю недужого виконаний осмотр дав слїдуючий результат:

Молодець кріпко збудований, середного росту, о підупавшім відживленю. На питанє відповідає з тяжкостю, прориваним голосом, покашлюючи і постогнуючи. В ліжку лежати не в станї. Підпертий подушками сидить в кучки, загорнувши під себе ноги і стереже ся покласти на знак, бо те грозить єму новим нападом кашлю і душеня. Голова звішена наперед, бороду підпирає обома долонями. Погляд очий мутний, невиразний, пригадує погляд дїтий в нападї кашлю коклюшу. Зріниця лїва здає ся бути ширшою, впрочім обі лише слабо реаґують на сьвітло. Краска поволок скірних темносиня, особливо на носї, більше на лївій половинї лиця, лївім рамени і обох долїшних кінчинах. Так само сині губи, нігтї, уши. Оглядаючи дальше ґрудну клїтку, запримітив я спереду густу сїть порозширюваних поверховних жил, знова в більшій мірі по лївім боцї, в лївій пасї і на цїлім лївім рамени. Впрочім так як лице, набренїле лїве рамя, більше в долїшній єго части, а ще сильнїйше опухлі обі ноги. При близшій і точнїйшій інспекциї обох половин ґрудної клїтки переконав ся я, що лїва її половина при віддиханю менше порушала ся від правої, дальше, що межиребра по лївім боцї були вигладжені і не западали ся навіть при глубокій респираций. Кромі того лїва половина більше випукла, вистає наперед і то головно коло містка, котрий лївим боком здає ся бути піднятий, випханий чимсь наперед. В рівчику над рукоятю містка і по обох боках шиї видно пульсованє жил. Ґруди оглядані з боків і з заду не представляють виднїйших змін, з виїмкою лївої пахи, де знова представляють ся повнїйшими, як з правого боку. При пальпациї ударяє холод скіри так на лици, носї, як на кінчинах долїшних. Лїва рука зимнїйша, як права. При дотику на галузи нервів лиця і взагалї голови, недужий не жалує ся на біль, але чуткий на дотик. Желези

вичувальні по обох боках карку, без виразної ріжниці в величині. То само дотичить пахових желез, над- і підключицевих, раменних і в пахвинах. Желези були твердої конзистенції, хоть не в тім степени, як при новотворах звичайно буває. Видиму пульзацию жил можна було дуже добре вичути, особливо в заглубленю над manubrium sterni. Дотик на нерви межиреброві так з переду як з заду, все однак більше по лівім боці, викликував у недужого біль. Рівнож болючі були мясні лівої половини грудий і лівого рамени, як взагалі гіперестезия скіри по тім самім боці.

Перкусия: 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 приглушеня випукового відгомону становила з переду від гори ліва ключиця аж до свого причепу до містка, відтак горішний край місткової кости. Дальша границна 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 приглушенем походячим від печінки, відтак переходила назад на лівий бік грудної клітки, зливала ся з долішною лінією приглушеня селезінки. З заду сягало приглушенє глухе з гори аж до вершка лівого легкого і було обмежене з боку і з долини хребетним стовпом і дванайцятим ребром. Ані горішна ані долішна 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 приглушенє в вершку було виразнійше. По правій половині грудної клітки був випуковий відгомон так в пасї як і з заду на цілій просторони з гори до долини явний. Границя легкого правого так горішна як і долішна рухома. Fremitus pectoralis на здорових частинах легких правильний. Понад містком, дальше на ліво понад серцем аж до долини в пасї і з заду в долішній партиї лівого легкого знесений цілковито. За те почавши від третого ребра з переду в гору, а з заду в гору від crista scapulae був він значно скріплений.

Прислух: В вершку правого легкого віддих острий, о типі віддиху віку дорастаючого, тож само понизше правої ключиці, однак правильнів він віддаляючись від правої парастернальної лінії до пахи. З заду віддих правильний з дрібкою bronchitis в долішних партиях правого легкого. По лівім боці: в лівім вершку віддих бронхіяльний з дрібонькими позвінкими rhonch-ами, так характеристичними в круповім запаленю легких. Під ключицею були rhonch-і численнійші, грубші. Десь від третого, четвертого ребра гинули вони і вже на цілій просторони аж до самої долини і в пасї не було нічо а нічо чути, ні віддиху навіть. Подібний образ з заду. В вершку 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 нїодного 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 розріжнити ні корчевого ні розкорчевого тону. Серце здав ся бути десь далеко нідопхане від передної стїни грудної клітки і то десь в глуб, віддїлене якоюсь масою від самої грудної стїни. Живчик ледви вичувальний на радияльній артерії, дуже слабий, неправильний, приспішений, бє на мінуту 110 разів. Обі радияльні артерії вузкі, пульс правої видить ся бути кріпший но в скількости ударень на мінуту ріжниці 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 лінії, як також її лівий плат. Край її мягкий, заокруглений, болючий. Випуком сягав він півтора пальця попід ребровий лук. Рівнож мож добре вичути від долини селезінку, що також вистає з під лівого ребрового луку. Ані її горішної границї ані передної не мож випуком означити. Над лонівкою випук приголушений. Недужий з тяжкостю віддає моч. Обі ноги опухлі, особливо коло кісток, циянотичні, зимні.

Столець запертий по кількодневнім розвільненю дома. Моч відпроваджена катетером темнобрунатна, мутна, з густим осадом, типова для застоінової нирки. Містить у собі $1^1/_2\,^0/_{00}$ білка. Під мікроскопом виказує кромі кристалів звичайних мочанів, фосфоранів, значну скількість ропних тїлець, трохи червоних тїлець і наболоний 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 туберкулїчні прутнї дають результат неґативний. За те видно під мікроскопом безлїч бактерий, streptococc-ів і всяких можливих прутнїв, дальше характеристичні тїлця еозинофільні, тїлця червоні; наболоний з дишок і устної ямини, жадних роспадових частин ткани легких не видно. Кров взята сьвіжо взагалї не представляє нїчо патольоґічного, трохи блїдша і виказує більше число білих тїлець. Препарат крови сушений і закрашений мішаниною Ерлїха виказує левкоцитозу і значну скількість еозинофільних тїлець.

Впрочім представляє собою недужий загальний образ прострациї. Но окруженє обоятний, дихає тяжко, прискорено 40—45 разів на мінуту нерівномірно, то глубше, то знова плитко з перервами гейби типом Дженстокса. Від часу до часу дістає напад гикавки. Охоти нї до їди нї до питя не має. Коли пє, то присилований і то поволи, но незахлистуючи ся і невертаючи корму устами. Нема одже появів дисфаґиї. За те численні а виразні симптоми утиску на легки, дишки, дишицю, серце, кровоносні судини заключені в грудній клїтцї особливо жили anonym-и, жили шийні і їх поверховні розгалуженя, жили пахові лївобічні, дальше угнїт на складові кости містка, нерви phrenicus і в части vagus, в формі dyspnoë треваючої заєдно без перерви, жильних застоїн, haemoptoë, anasarca, утяжливого віддиханя, також неописаного ляку і боязни перед удушенєм, болю в цїлім правім боцї, гикавки, дальше болю і завороту голови і якби якоїсь спячки. Температура мірена перший раз виказує 36·8° C. Вечером того самого дня досягала теплота 37·4° C.

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 менї pleuritis exudativa sinistra по перебутій pleuropneumoni-ї і tumor mediastini anterioris. За pleuritis exudativa промовляла передовсїм анамнеза (попереду цїлковитий стан здоровля, причина trauma[1]), відтак богато моментів з фізикального осмотру недужого. Остаточно лишило ся на разї розпізнанє недуги в завішеню. Заординовано digitalis з діуритином в порошку (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 спокійнїйший і кашель не мучив єго так, як перше.

На другий день 18. падолиста, осмотрив єго докладно наш директор Тельґ і рішив ся за розпізнанєм новотвору переднього середгрудня. З полудня того самого дня видобув дижурний лїкар шпиталя звичайним апаратом аспірацийним більше нїж пів лїтри плину юховатого, кровавого, наколовши клїтку грудну з заду між 10 а 11 ребром лївого боку. В течи найшов кромі дуже численних червоних тїлець також ропні тїлця, що правда в малій скількости. Недужому полекшало по пункциї, трохи лекше дихав, а навіть міг ся уложити в ліжку на лївий бік без кашлю. Як сконстатував сей лїкар, то і випук з заду трохи виявнїв і навіть здавало ся єму чути ослаблений віддих. На підставі того станула дияґноза pleuritis exudativa. Хорий мав ся взглядно не зле і через ніч, спав більше і пив вже дещо раднїйше. Мочи віддав вище двох лїтрів через тую добу і ноги здавались дещо припласати. Девятнайцятого падолиста стан хорого був без зміни. Горячки не мав (37·2° C.). Наш шеф мимо такого доказу промавляючого за запаленєм олегочної, не конче годив ся на те розпізнанє. В одній з дискусий в медичнім товаристві берлїньскім виголосив був Сенатор[1]) тверджене, що при рішеню, чи маємо до дїла з pleuritis exudativa чи з tumor-ом середгрудя, все децидуючою є пункция. Видобута теч, то певне розпізнанє запаленя олегочної. Кромі него є ще много других авторів тої самої думки. Но мимо того обставав д-р Тельґ за дияґнозою новотвору середгрудя, а щоби ще більше в тім взглядї упевнити ся зробив я пробну пункцию шприцкою Праваца з переду в кількох місцях, де було цїлковите, глухе приглушенє і не видобув анї каплї нїякого плину. При впиханю голки мав я чутє, що входжу в якусь масу о твердій досить конзистенциї. 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 клїнїцисти принимають проґнозу некористну, з причини, що в найбільшій части ті новотвори не є до оперованя, але подає дуже в сумнїв гипотезу, будьто би ті tumor-и розвивались по trauma і остаточно є він гадки, що такі новотвори но спроваджують так скоро смерти.

В нашім случаю недужий по короткім полїпшеню запав в стан попередний. Не помагали у него вже анї cardiac-а анї diuretic-а. Він взагалї відтак нїчо не міг приймати. Майже всьо вертав, терпів на гикавку, слиноток. Віддих що раз тяжший, напади душности не уставали, пухлина взмагала 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 ночи. Дни і ночи проводив сидячи і то звісивши ноги поза беріг ліжка і підпертий долонями. Притомність ставала з кождим днем слабшою і він вимучивши ся у нас цїлий тиждень помер 24. листопада 1898.

Секция виконана день пізнїйше через д-ра Шляґенгавфера виказала, що слїдує:

Померший: мущина середного росту, сильно збудований. Шия коротка, набряскла. Лїве рамя опухле в високім степени, праве рамя правильне. При огляданю грудної клїтки видно в околици manubrium sterni і причепу другого і третого лївого ребра, легке кулисте випукленє грудної стїни по обох боках. Обі долїшні кінчини виказують сильне опухненє.

Шийні орґани устної ямини аж до пролику і glandula thyreoidea є правильні. При відпрепарованю верстви мяснїв грудної клїтки видко, що причепи мяснїв інфільтровані твердою масою. То само дотичить лївої половини manubrium sterni і хрястковатої насади лївого першого, другого і третого ребра. Є вони тїсно получені і попереплїтані з тканию новотвору лежачого під ними, так що ся не дадуть віддїлити. По частиннім лише віддаленю передної стїни грудної клїтки видно цїле передне середгрудє виповнене твердою, білявою масою, котра зачинаєсь від гори на краю manubrium sterni, відтак переходить в мірнім степени на праве легке і заступає горішну передну часть горішного плата легких, відтак оточує серце мов панцир в сей спосіб, що лишень частина правої комори виступає з тої маси, по лївім боцї витискає і інфільтрує одну частину горішного і долїшного плата легких. При отвореню комірок серця треба було перетяти tumor, що місцями доходив 7—9 cm. грубости. Права комора дасть ся єще вилущити з маси новотвору, при чім бачити може що передна і задна стїна серця зросла ся з pericardium. В серцю видно посуваючи ся до кінця серця многі, віддїльно положені ґузи, величини лїскового горіха. Кромі того є в pericardium трохи воднистої течи. За те правий передсїнок так вріс в новотворову масу, що єго мясні переходять в маси tumor-у, а arteriae pulmonales стоять отвором як тугі, неподатливі рури. Стїни судин однак заховані як вимощенє тих рур з середини. Так само вмуровані є в маси tumor-у цїла лїва комора і лївий передсїнок серця а також аорта аж до isthmus. На перекрою представляє новотвір волокнисту структуру, місцями видно зіючі отвори себ-то кінцї кровоносних судин і серед одностайної маси розсїяні округлаві наростп ріжної величини. Ткань тих наростий дуже тверда, впрочім нї оден не дасть ся віддїлити. 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. Лїва підключицева жила і vena jugularis interna зачопована через trombus.

Мікроскопна розвідка сего новотвору виказує lymphosarcoma, переплетений волокнистою тканию.

Анатомічна дияґноза: Lymphosarcoma mediastini anterioris.

З положничої казуїстики.

Подав **Др. М. Долинський,**
б. асист. ґін. пол. клїн. проф. Йордана в Кракові.

I.

Порід при дворожній родници (uterus bicornis).

Т. Р. лїт 43, замужна, родила 6 разів а з того 3 рази правильно, два рази виконано якісь операції, котрих близше означити не уміє, а послїдний раз т. є. в серпни 1896 з нагоди занедбаного поперечного положеня виконано оборот плоду.

В часї послїдної беременности була здорова, долягали їй лише появи тиску в наслїдок збільшеної скількости плодових вод. Болї до породу мали розпочати ся 16 годин перед зголошенєм положниці на клїніку 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 клїніку а дослїд на місци виказав ось що: будова і відживленє добре, теплота 36·7, живчик 68, досить сильний нежит озявок (bronchitis). Черево сильно випукле мірить в обводї, хотяй води вже відплили, 105 cm. Форма родниці незвичайна, а іменно в днї родниці при маканю можна дослїдити заглубленє, котре дїлить дно родниці на дві части, праву і лїву; права є майже два рази більша від лївої і в нїй можна вичути части плоду. Скорчовий перстень (Bandl'a) дає ся вислїдити в висококости пупця і перебігає на скіс від лївого боку і гори на право і в дїл. Уложенє плоду: поперечне спинне, перше, занедбане; праве рамя сильно втиснене в тїсноту лохани. Жив-

чика 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 вислїдити, по обводї 98 cm.

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

Сейчас родячу розвязано — 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 вислїдити так само дотиком як і через осмотрюване, а то задля мягких черевних поволок. Розпізнане дворожної родниці (uterus bicornis) було тепер зовсїм певне, а потвердив его також і дослїд рукою, котру вложено для переконаня ся чи нема перерваня і в цїли видобутя місця. При внутрішнім дослїдї можна було переконати ся, що в тім місци де з верха був ровок, в серединї знаходив ся гребінь, котрий роздїлював від себе оба роги родниці цїлком докладно — при тім переконано ся, що по лївім боцї місця цїлком не було, а містило ся воно виключно в правім розї. Відчіплене місця не було легке тим більше, що з розширеного рога можна було дістати ся пальцем до ямки, котра відповідала розширеній трубцї і з тої ямки не мож було нїяким способом видобути місця, так що якийсь малий кусник тогож мусїв там лишити ся.

В часї пологу вдарило передовсїм не однаке звиване ся рогів а іменно правий ріг, в котрім лежало місце в перших днях звивав ся дуже добре і скорше від лївого, котрий в наслїдок того, що містив в собі плїд, був механічно дуже сильно розтягнений і міг ся тілько поволи корчити. По кілька перших днях роги поміняли ся до тої степени, що в десятім дни лївий ріг був вже два рази меньший від правого, а було то в наслїдок лишившого ся в нім кусника місця і розвинувшого ся тамже поліпа. І дїйсно коли чотирнайцятого дня виступив кровоток і коли в наслїдок того, по сконстатованю причини, усунено з правого рога того поліпа оперативною дорогою (excochleatio), поліг перебігав вже цїлком правильно, так що недужа в сїм днїв по операції опустила здорова клїнїку.

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

II.

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

Оба случаї, котрі хочу представити є дуже інтересні по причинї незвичайного перебігу, котрі не одного практичного лїкаря могли би ввести в великий клопіт. Найпростїйше і найвідповіднїйше буде, коли приступлю відразу до наведеня обох історий недуг, бо з них представляє ся цїла справа найяснїйше.

Недужа К. Д. 32 лїт, жінка зовсїм здорова, котра родила раз цїлком правильно перед 3 роками, подає ось що: послїдний правильний період мала в вересни 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 зцїпла кров. По тім чула ся зовсїм здорова, а тягітність їй цїлком не докучала. В ночи з 26 на 27 цьвітня 1898 мала з мужом досить сильний coitus а в наслїдок того учула коло години 7-ої рано при віддаваню стільця що з неї щось видобуває ся, а коли ся близше 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 cm довга, котра по кілька слабих віддихах перестала жити (плід той перенесено враз з недужою на клїнїку). Зазначити треба, що в часї того всього недужа не дізнавала анї сильних породових болїв, анї не було нїякого кровотоку. Але з огляду на те, що місце до дванайцятої години в полудне не відходило, присутна повитуха відправила її на клїнїку, тим безпечнїйше, що віддаленє до тої не було далеке, а родяча не кровавила.

В клїнїцї знайшлисьмо ось що: соромна шпара немного кровію занехарена, так само внутрішний бік удїв, з піхви висить на верх пуповина довга на яких 30 cm, родниця побільшена як в 5-ім місяци тяжі, від часу до часу корчить ся, впрочім опорів нїяких. На внї: слезиста болона піхви сильно розпульхнена, шийка родниці мягонька перепускає 3 пальцї, 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 хвилї думано і сподївано ся найти в родниці задержавше ся містце, тому потягано досить сильно за пуповину а в наслїдок того вона відорвала ся високо.

З огляду на цїлком добрий стан недужої і що на клїнїцї є кождої хвилї забезпечена лїкарська поміч, а дальше на можність

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

До 1/V 1897 недужа не горячковала анї не кровавила, живчик плоду виразьний, а дослїд виконаний на внї 20 мая виказав, що шийка родницї порепускала лишень оден палець, а внутрішні уста були зовсїм затягнені, так що здавало ся дуже правдоподібним, що тяжа справдї буде в силї удержати ся дальше.

Тим часом в ночи о 2-ій годинї дня 2 мая без нїяких попереджаючих появів уродив ся другий плід жіночого пола 23 cm довгий. Порід той попередило лише кілька і то дуже слабоньких болїв; місце не відходило, кровавленя знов нїякого не було, а коли в 8 годин по породї досліджено місце, причіплене від переду і по правім боцї, а недужа, не вважаючи на те що воно задержало ся, не горячковала і не кровавила, рішено лишити річ дальшому природному перебігу.

В 48 годин по тім, дня 4 мая, відпала засхла пуповина; недужа весь час мала ся дуже добре анї раз по над 37·6. Живчик між 96—104, а стан такий тривав до *7/V 1897*. В тім часї в полудне виступив малий кровоток, а коли подано їй chinini muriatici 0·50 в цїли викликаня болїв і приспішеня видаленя місця, дістала недужа о 1 г. 30 м. дрощів, причім виступили досить сильні болї а температура підскочила на 39·2! а коли о 3 годинї по обідї кровоток побільшив ся і відходили зцїплені кусні, приступлено до дослїду, і переконавши ся, що місце знаходило ся зараз за внутрішним уйстєм, котре свобідно 2 пальцї 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 виразьно воняли. По видобутю місця кровоток притих, а що родниця добре ся скорчила заложено до неї по переполоканю лише малий сетон з йодоформової ґази; того самого дня ще вечером о годинї 4-ій повторили ся дрощі а температура спала на 39·0, живчик в тім часї був між 100—112.

8/V температура 36.0, живчик 88, недужа чує ся цїлком добре, сетон винято.

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

Другий случай мав слїдуючий перебіг: 17 червня 1898 зголосила ся на клїнїку К. Н., 32 лїт. особа, котра родила раз перед 6 лїтами, порід і поліг правильний. Послїдний період з початком лютого 1898, а недужа зачала себе уважати за вагітну аж тодї, як періоду не мала вже 2 місяцї. Не вважаючи на свій стан, мусїла по своїм заводї дуже тяжко працювати і в тім бачить повід теперішного пороненя. Status praesens в хвилї принятя ось який:

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

Черево майже не випукле, середна лїнїя слабо зазначена, шкіра на череві правильна; черево в обємі має 66 cm. Родниця овальна в напрямі середнім, доста тверда сягає дном на $2^1/_2$ пальця понад пупець.

Поверхний дослїд виказує: засинена соромка, вхід до піхви середно широкий, піхва правильно довга і широка, слезиста болона взпульхнена, добре до стїни похви причіплена, має де куди ґузики. Піхвова часть родницї заникла, внішні уста розверті на корону а в нїм чути дрібні части плоду, міхур плодовий пукнений.

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

17/VI о год. 11 м. 45 уродив ся оден плід жіночого пола довгий на 16 cm, а що анї сильнїйшого кровавленя анї значнїйших болїв не було, і недужа мала ся цїлком добре т. 36·8 ж. 88 уважано за відповідне лишити дальший перебіг силам природи.

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

19/VI о годинї 12 м. 30 в полудне досить сильні болї, мірне кровавленє а о г. 1 м. 45 уродив ся другий плід так само жіночого пола 17 cm довгий, по породї досить сильне кровавленє, котре уступило по натертю родницї і застосованю ледових окладів.

До години 6 вечір стан матери зовсїм добрий, хоч місце не відходило, о 6-ій болї, кровавленє сильне а внутрішний дослїд виказав, що місце по частинї відчіплене є в розширеній шийцї родницї. Сейчас приступлено до ручного видобутя єго, а коли то в цїлости не удало ся, докінчено за помочию інструментів. Замітити треба, що декотрі кусники місця були на зелено закрашені і воняли. Дальший перебіг недуги був цїлком 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 кровавленя, лїкар може безкарно і без нїякої шкоди для недужої довго з якою будь терапією вичікувати, а навіть як в першім случаю п о в и н е н се зробити, бо не є зовсїм річею неможливою, що при близняках по пороненю одного плоду другий може бути доношений. Очевидно, що треба бути дуже осторожним

і на таку вижидаючу терапію можна собі позволити тілько там, де є потрібні до того умови, бо хоть раз і другий не виказує родниця склонности до кровавленя, то преціньь кровоток може кождої хвилї появити ся, а в такім случаю мусимо енергічно цїлу справу вести до кінця, бо в противнім разї така недужа могла би погибнути з причини утрати крови. Одна річ промавляла би по моїй думцї проти вичікуваня а іменно те, що в обох случаять декотрі кусники місця починали ся розкладати — але не забуваймо, що так в однім як і в другім случаю поронєнє поступало наперед, а части місця, котрі відчіплювали ся не були добре відживлені — що знов на случай удержаня тяжі булоби конечне, бо добре відживлене місце є conditio sine qua non для розвитку плоду.

Справоздання.

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

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

В двох частях роботи подає автор вислїди своєї працї над осмотичним тиском в крови і мочи. Перша часть, теоритична, викладає значінє осмотичного тиску і методи міреня єго. Автор головно опирає ся на працях Гамбурґера і Лїмбека, якби не добачав праць Pfeffer'a, vant'- Hoff-a і иньших, котрі були творцями цїлої теориї. Із методів означеня автор вибирає метод кріоскопічний (заморожуваня) і відай знов ігнорує иньші методи бо каже, що в крови не можна означити осмотичного тиску, бо до того треба дуже много материялу. Теоритичні уваги автора не дають майже нїчого нового. Осмотичним тиском пояснює автор резорпцию, циркуляцию і т. д.

В другій части, названій клїнїчній, стосує автор свою теорию до недуг серцевих, ниркових, анемії і горячки. Взаїмні відносини осмотичного тиску в крови і мочи позваляють означити силу фільтрациї через нирки. Відношенє скількости до степеня обниженя температури заморожуваня $\left(\frac{\text{Na Cl.}}{\triangle}\right)$ (у нормального 1.7) може збільшушувати ся коли у мочи є много грубо молекулярних тїл, зменшує ся коли в мочи много дрібномолекулярних тїл. (По думцї референта можуть бути ріжні причини і $\frac{\text{Na Cl.}}{\triangle}$ зовсїм ще не показує який

процес відбуває ся в орґанїзмі. $\frac{Na\ Cl.}{\triangle}$ може бути більше 1.7 коли є 1) много соли 2) мало молекулїв в мочи. Кождий з тих случаїв може давати правильне число 1.7, хоч в орґанїзмі процес виразно патольоґічний). Автор опирає ся на працях своїх учеників і дає дуже цінний материял, але его виводи не все переконуючі. *M.*

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 заморожуваня і крім того означив скількість хлораку соду (кухонної соли Na Cl). Відтак означив окремо кілько понижає температуру замерзаня найдена скількість соли. З тих двох чисел можна означити, кілько находить ся молекулїв в мочи крім соли. Коли їх много, тоді автор називає моч правильною, бо дезасиміляция допроваджена до кінця, до дрібних молекулїв. Коли в мочи мало молекулїв, але зате великих, (вони мало обнижують точку заморожуваня) тоді моч патольоґічна, дезасиміляция не докінчена, не допроваджена до дрібних частин. Опираючись на своїх досьвідах автор показує, що при запаленю нирок фільтрация не є ослабнена, що затроєнє орґанізму не викликує ся затриманєм продуктів дезасиміляциї в крови, бо моч в нефритї має власне великі недезасимільовані частини. Автор заключає, що запалене нирок викликує в орґанїзмі недокладну дезасиміляцию. *M.*

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

Автор в формі відчиту здає справоздане з своїх і чужих досьвідів над поживностю альбумоз і пептонів, або в загалї продуктів перевареня білка. Він згоджує ся з поглядами Наймайстера, що анї пептони анї 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-и і пептонів Kemmerich'a. Пептони і альбумози дуже живо переїдають ся, а деколи і смак їх взагалї лихий. Крім того викликують такі препарати завсїгди бігунку і дразнять кишки. Коли треба подавати білок в скопцентрованій формі, тоді

навіть лучше кормити eukain-ою (NH_3 Casein) або Nutros-ою (Na Casein) міcто альбумозами і пептонами. *M.*

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 обємі 30%-го хлораку желїза ($Fe\ Cl_3$) і стільки водяну соду (NaOH) аби розчин реаґував слабо квасно. До фільтрату від осаду додає ся 1 — 3 gr. вугляну цинку ($Zn\ CO_3$) в субстанциї і змішує ся. Процїд від вугляну цинку не має альбумоз лишень пептони. Автор думає, що спосіб его лїпший від способу Kühne висоленя сїрчаним алькоголем бо дозваляє робити біуретову реакцию, реакцию з фосфоро-вольфрамовим квасом і т. д. Сей спосіб пробував автор на пептонах Вітте, на гниючім серум і на мочи усе з добрим результатом. *M.*

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

Опираючись на звіснім методї Вульф-Кріґера можна осаджувати мочевий квас не лише в мочи але і в орґанах і конкрементах. В інфарктах нирок можна квасним сїрчаном соду ($Na\ H\ SO_3$) і сїрчаном міди ($Cu\ SO_4$) витворити осад мочану мїди, а відтак виказати мїдь желїзо-синяком потасу [$K_4\ Fe\ (CN)_6$]. Оперуючи таким способом переконав ся автор що ядра клїтин також відквашують мїдь. Він уживав до того засадовий розчин міди в пептонї і виказав, що в ядрах сьвіжих клїтин мідь викликує закраску, що субстанциї викликуючої закраску дифундують з ядра в протоплязму. Кваси прискорують дифузию, засади знижають. Автор догадує ся, що субстанция поводуюча реакцию є гістон, котрий в ядрах звязаний яко нуклеогістон. *M.*

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

По віддаленю казеіну можна в молоцї осадити сїрчаном маґнезиї тїло, котре автор називає опалїзином. Опалїзину много в жіночім молоцї, мало в коровячім, дещо більше в кобилячім. *M.*

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 аллоксурові тїла відповідають скількостю, скількости азоту в мочи. Можна навіть обчислити скільки орґанїзм має їх впроваджувати і після автора числа згоджують ся досить добре. — Неутральна сїрка не так заховує ся і видїлене її залежить від иньших причин. Дуже часто мимо більшої скількости азоту сїрка не перевишає правильного числа. В иньших разах находимо її много мимо низького числа азоту. *M.*

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

Означене засадовости крови робило ся доси двома способами. Або через титрацию слабими квасами або через означене вугляного квасу, яко міри квасоти крови. Перші методи недокладні, другі непевні. Тому пробовано додавати до крови квасу в надмірї, а відтак титрувати процїд засадами, доки не виступить муть з осаджених ацідальбумін (v. Limbeck). Але і сей спосіб не позваляє на певно означити неутральну точку. Автори брали 5cm³ крови доливали 10cm³ води з стером (вода насичена стером [Aetherwasser] розпускає еритроцити) і додавали насиченого розчину сїрчану аммону [$(N H_4)_2 SO_4$] (Ammoniumsulfat) і процїджували. Процїду брали половину або трету часть і означали $^1/_{10}$ нормальним квасом засадовість крови. В початку автори доливали крім насиченого розчину аммонсульфату і квасу, аби тим лїпше осадити білок і титрувати $^1/_{10}$ нормальними засадами, уживаючи лякмоіду з маляхитовою зеленю (Lacmoid und Malachitgrün) яко індікатора. 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 cm³	10 cm³	$^1/_{10}$ n. $H_2 SO_4$	– 735.2	засадовість
	5 „	15 „	„	744.8	„
	5 „	20 „	„	795.2	„
	5 „	25 „	„	834.4	„
II.	5 cm³	0	$^1/_{10}$ n. $H_2 SO_4$	147.0	засадовість
	5 „	10 „	„	1191.2	„
	5 „	15 „	„	1243.2	„
	5 „	20 „	„	1270.4	„
	5 „	30 „	„	1244.0	„
	5 „	40 „	„	1236.8	„

Доливанє квасу впливає на засадовість лише до певної границї, як видно з другої таблицї, де від 30 cm³ квасу алькалїсценция вже не підносить ся.

Як кваси так і засади поглощають ся в крови, так що коли до крови доливати $^1/_{10}$ засади в надмірї, то не лише числа алькалїсценциї зменшують ся, але можна дїстати числа вражаючі, що кров була себто квасна, що розуміє ся неправдиве. На примір:

5 cm³ крови	0	$^1/_{10}$ n. NaOH	+ 109.2	засадовість
5 „ „	5	„ „	+ 25.8	„
5 „ „	10	„ „	— 122.6	„
5 „ „	15	„ „	— 237.4	„
5 „ „	20	„ „	— 345.9	„
5 „ „	25	„ $^1/_{10}$ n. $H_2 SO_4$	— 1160.8	„

Як кваси лише до звісної границї збільшують теоретичну засадовість (т. є. найдену титруванєм) так і засади додані більше як 25 cm³ на 5 cm³ вже не збільшують теоритичної квасоти т. є: поглощенє квасів має границї 25 до 30 cm³ $^1/_{10}$ n. $H_2 SO_4$ на 5 cm³ крови.

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

Автори повторили досьвіди з чистими білками, казеіном (Casein) і альбуміном і переконали ся, що і тут: 1) білка можуть звязувати більше квасу ніж засади, 2) що звязанє квасів і засад має звісну границю. *M.*

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

Автор процїджував культури, щоби аналїзувати окремо бактериї і процїди. В процїдах найшов много девтероальбумози трохи альбумоз II і майже нїякої акроальбумози. Коли місто фрикціонувати осад алькоголем, диалїзувати процїд а відтак фрикціонувати алькоголем, то в диалїзаторі найде ся трохи heteroalbumos-и.

Бактериї можна по висушеню розпускати в студенім алькоголї, в котрий переходять вільні товщеві кваси і незнаний висший алькоголь, точки топливости 55° — 60°. Горячий алькоголь витягає з сушених бактерий восковаті субстанциї топлячі ся при 65° (але не цїлковито), трудно змилюючі ся (schwer verseifbar) правдоподібно висші алькоголї і їх етери з товщевими квасами. Етер витягає

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

Коли висушені бактериї екстрагувити засадовою водою (1% Na_2CO_3) роспускає ся 15% цїлої маси (алькоголь і етер розпускали 10—20%). Розчин редукує мідь але той муцин пригадує псеводомуцин або овомуцин, бо оцтовий квас не осаджує те. Крім муцину є много субстанций, котрі дають ся осаджувати оцтовим квасом може нуклєоальбуміни. Такі самі тїла можна дїстати витягаючи горячою водою або ґлїцерином.

Слабі кваси і розчини соли майже не розпускають нїчо. Пепсин і трипсин мало зміняють висушені бактериї.

Коли виварити бактериї при 150° в автокляві то дістає ся альбумози і геміальбумози, крім так званих атмальбумоз. Осадженє субстанций, котрі годї розпустити містять майже всї фізіольоґічно дїлаючі тїла.

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

Усїми способами можна дїстати з бактерий 55%. Остаток (решта) не розпускає ся в водї ані в сїлях, дає реакциї Millon'a і редукує по завареню з сільним квасом. Має відай склад цистини або кератини.

Коли новим способом Кох'а роздробити бактериї тод значної більше розпускає ся в водї. Розчини не дають білкових реакций, крім біуретової і осаджують звичайні білковаті тїла.

Оцтовий квас осаджує з того розчину тїло, котре має 4% P і відай належить до нуклєоальбумін. Коли ті нуклеїни трактовати сїрчаним квасом то дїстає ся protamin Kossel'a. Автор називає єго tuberculosamin. Крім того дістає ся квас Tuberculinsäure котрий має 9.42% P 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 ростинами реаґують на кваси тим, що насичують їх засадами свого орґанїзму і через те все бідніють в соду і потас а врешті гинуть. Мясоїдні звірята неутралїзують кваси амоняком, через те більше видаляють амоняку як правильно. Автор хотїв переконати ся чи людський орґанїзм

заховує ся так само і давав недужим молочний квас, аналїзуючи їх моч. В результатї наказало ся, що содові і потасові соли видаляють ся сильнійше, що крім того і соли, вапна і маґнезиї виказують більше видаленє. Сконстатувавши се автор шукав в скількости содових і потасових солий в мочи доказу, що горячка і иньші недуги є заквашенєм орґанїзму. 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 загалї задержують ся в орґанїзмі і через те може вплив квасів не є виразний. Автор вважає свою працю за доказ, що більшість недуг є заквашуванєм орґанїзму, хоч часом лиш кишками відходять засади, котрі потрібні були до знеутралїзованя. *M.*

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 неутралїзують кваси амоняком. Усї крілики, на котрих робив автор свої досьвіди продукували богато більше амоняку по накормленю квасами як правильні. Коли правильний крілик продукує амоняку 1, 5 mgr. — 4 mgr., то при заквашуваню продукция 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 отровленю квасом продукують і більше засад. Много залежить від поживи, котра може бути більше або менче квасна пр. овес або бураки.

Найбільше шкодить квас голодному орґанїзмови, бо сам голод є кормленє квасним білком орґанїзму. Тому підчас голоду продукує ся амоняку в більшій скількости. Вплив квасу можна ослабляти засадами, що видно в числах амоняку. При квасній поживі затроєнє квасом викликує збільшенє амоняку, котре може тривати кілька днїв.

Автор шукав у крови слїдів затроєня квасом і переконав ся, що вугляний квас зменшує ся більше у тих звірят що кормлять ся ростинами, як у тих що кормлять ся мясом. Дальше виказав автор що у затроєних звірят більше у крови хльору а менче содових і потасових солий. Приміром:

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

Убуток вугляного квасу в крови є по думці автора наслїдком заступленя сільним або сїрчаним квасом вугляного квасу і зменшенєм засадовости крови. *M.*

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

Автор викликав через Phloridzin цукер в мочи 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 тодї зменшує ся ацетон, а як давати товщ то ще більше. Товщ мусить мати не много низших квасів, бо вони збільшують скількість ацетону. Коли дати псови масляний квас тодї ацетону більше, я як той самий масляний квас вприснути під шкіру, тодї скількість ацетону не змінює ся. По думці автора товщ і углеводи зменшують скількість ацетону, а коли у людий при кормленю маслом ацетон збільшує ся, то лишь тому, що масло має много низших товщевих квасів. *M.*

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

Автори робили переміну материї у недужих на тиф. Найшли що в стадиї реконвалїсценциї клїтини мало розкладають білковину, через те орґанїзм легко пересичує ся кормом і пациенти чують себе здоровшими і дужчими як перед слабостю. В стадиї горячки клїтини розкладають більше білковини. Тому автори думають, що булоби добре давати в тифі мало білковини, аби клїтини призвичаювати до меншої потреби білковини, а відтак до тим більшого пересиченя. При тім уважають автори, що білковина розкладає ся особливо в горячцї 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 в товщ, протиставляють тим словам досить наївне переконанє, що реконвалєсцент богатіє в білковину а бідніє в товщ. Коли автори справдї хотїли би не давати білковини в горячцї, щоби призвичаювати недужих до малої дезасиміляциї, то відай недужі розкладали би тим сильнїйше власний орґанїзм, бо не тяжко догадати ся що розклад білковини в горячцї не є наслїдком корму, але неправильного розкладу білковини не зважаючи на єго провинїенцию. *M.*

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 глубшім вдиху границї жолудка; іменно при опадї жолудка, коли видно мале закривленє (kleine Curvatur) може таке спостереженє дуже придати ся до дияґнази без помочи иньших методів дослїду. Також і границї кишок можна деколи бачити.

Щоби можна сю появу бачити потрібні до того слїдуючі умови: горізонтальне положенє недужого, не за груба черевна поволока і то не підчас стягненя мяснів, в кінци добре сьвітло; автор дослїджував сю появу при деннім сьвітлї. *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 медициньї широке застованє, одначе дуже много авторів між ними і Strümpell приписують тому дуже малу вартість. Автор постановив проте експериментально переконати ся, яка є фактично ресорпция корму поданого per anum. Він піддав одного недужого досьлїдам над переміною материї, роздїляючи свій дослїд на три періоди, в першім подавав єму корм докладно означений на N і товщ per os і per anum, в другім лише per os, а третім і послїднім періодї знов так як в першім. Яко корм per anum подавав автор виключно молоко і прийшов до слїдуючих результатів:

1) 1 L. молока поданий до грубих тенес в формі клїстири не викликує у недужого анї підчас іриґациї анї пізнїйше нїяких болїв; рівнож не появляють ся з боку кишок нїякі появи подражненя, проте надає ся молоко дуже добре до відживчих клїстир.

2) Через дїланє bacterium coli звурджує ся молоко, що є для ресорпциї дуже некорисне; щоби се оминути треба:

a) перед поданєм відживчої клїстири кишки старанно виполокати і

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

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

4) по поданю 1 L. молока per anum не знайшов автор в мочи ніколи білковини анї цукру. *Е. О.*

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

Підчас працї над переміною материї при уступаючій і взрастаючій черевній опухоли (ascites), котру автор вспільно з Д-ром Озаркевичом доконав, лучило ся, що підчас пункциї черева троакаром залїпив ся отвір троакару, так що годї було випустити весь плин з черевної ямн. Наслїдком того, не вважаючи на сповитє, плин капав каплями повставшим каналом через якийсь час. Автор завважав що в такім случаю недужі тратять нагло сили, виглядають щораз гірше і скоро худнуть. Треба знати що при ascites недужі затримують азот взагалї, а по довершеній пункциї настає живіща виміна материї і видаленє азоту мочию збільшує ся, вкінци навіть перевишшує скількість азоту впровадженого кормом. Висше згадане, на позір порадоксальне зявище пояснює автор в той спосіб, що коли по довершеній пункциї наступає живіще видаленє азоту мочию, а при тім тратить недужий постійно азот і через канал повставший при нункциї, мусить прийти взлядно скоро до утрати сил і ослабленя, як се буває при иньших виннщаючих недугах. *Е. О.*

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

Справа переміни материї у дорослих людий є вже фізіольоґічно управильнена; о много трудиїйша річ заходить в розвязаню того питаня у дїтий. Бо хотяйби можна означити число кальорий з щоденної поживи дитини в першім роцї житя, і на тій підставі приглянути ся справі переміни материї, 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 орґанїзму у ростучої дитини. Трудиїйша ще справа заходить з орґанїзмом недужої дитини. Тут

треба старати ся усувати патольоґічну справу а заразом так управильнити поживу, щоби розріст тканий міг поступати свобідно. Колиби лише справа означеня скількости кальорий в штучній поживі тут грала ролю, малибисьмо вже немалу трудність; бо не можна стосовати вартостий кольорий для дитини, котрі означені для дорослих. Уважати треба на те, що в дорослім орґанїзмі товщі та углеводи спаляють ся цїлковито, а білковина лише по части, решта її дає нам розкладові продукти, котрі опускають орґанїзм з видалями, і представляє певну скількість утраченої для тїла потенцияльної енерґиї. В слабшій мірі відбуває ся спалюванє в орґанїзмі дитини. Якаж знов трудність в означеню норми для недужих дїтий на жолудок!

На підставі многих дослїдів дійшов автор до пересьвідченя, що спалюванє в орґанїзмі недужої дитини в крузї травленя, відбуває ся слабше. Товщі н. пр. подані в достаточній скількости не спалюють ся цїлковито, а часть їх незмінена опускає орґанїзм. Так само і з углеводами. Знаємо, що часть молочного цукру, котрий приймає дитина з молоком матери, опускає незмінена орґанїзм в мочи. В тім именно трудність — означити вплив поживи на здоровий та недужий орґанїзм, виказати кілько поживи можна впроваджувати без переступленя границь ассиміляциї, а найважнїйше, як впливає відношенє ріжних поживна здоровлє дитини. Се питанє старає ся автор в своїй розвідцї вияснити.

В давнїйших працях (Ctrblatt f. inn. Med. 1898 p. 545) показав автор, що впроваджуванє азоту в більшій скількости до орґанїзму має невеликий вплив на надмір N (Stickstoffansatz). Впроваджуючи довший час білковини, бачимо патольоґічні зміни, впливаючі шкідливо на дитячий орґанїзм, — зміни, котрі мусимо уважати за наслїдок розпаду білковини.

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

При подаваню достаточної скількости товщів, знаходимо в мочи недужої дитини в крузї травленя збільшене видїлюванє амоняку, з чого вносимо що в орґанїзмі повстають квасні продукти переміни материї, котрих недужий орґанїзм не спалює. Те именно подав автор яко вистарчаючу причину, щоби не подавати дитинї в поживі збільшеної скількости товщів.

Уменьшуючи до можливого minimum білковини та товщі можемо управильнити скількість кольорий численнїйшим подаванєм

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

Дослїд над видїлюванєм загального азоту (Gesammtstickstoff) і фосфорового квасу дає, при уживаню мальтози у $4^1/_2$ місячної дитини кормленої від уродженя коровячим молоком, слїдуючий результат: (З причини, що дитина дістала сильну бігунку правдоподібно з невідповідного корму, подавано їй мальтозу).

	Моч в 25 годинах	N. mg.	P_2O_5 mg.	Пожива
25 Сїчня 1898	375	1023,76	172,89	денно 600 gr. $^1/_3$ молока коров.
26 „ „	325	1001,0	161,33	
27 „ „	365	1149,75	168,78	
29 „ „	360	932,4	122,4	денно 600 gr. $^1/_3$ молока і 60 gr. 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 gr. $^1/_3$ молока і 100 gr. мальтози
5 „ „	275	423,5	61,71	
6 „ „	195	382,2	52,4	
8 „ „	285	897,75	144,84	денно 600 gr. $^1/_3$ молока
9 „ „	370	1243,2	153,8	
10 „ „	285	1157,1	143,0	

Як з тої таблиці бачимо, мальтоза зменьшує видїлюване азоту і фосфорового квасу в мочи. Для тим певнїйшого пересьвідченя, робив автор дальші проби при котрих предприняв дослїд мочи й калу. Кінцеві числа з 4. дослїдів представляють ся в слїдуючий спосіб:

Дослїд		Пожива	Впроваджувано пересічно денно N.	Азоту з поживи ресорб. gr.	ресорб. %	задержан. gr.	задержан. %	на вазї прибуло денно
1	а	$^1/_2$ молока коров. 770 gr.	gr. 1,8527	1,7276	93,2	0,1072	5,8	+ 13
	б	$^1/_2$ молока 771 gr. + 75 gr. мальт.	2,04	1,801	88,3	0,4785	23,5	+ 50
2	а	молока чист. 774 gr.	3,8317	3,647	95,2	0,4576	11,9	+ 17
	б	молока чист. 772 gr. + 75 gr. мальт.	3,8303	3,4833	90,9	0,7394	19,3	+ 75
3	а	$^1/_3$ молока 758 gr.	1,2454	1,1608	93,2	—0,54		— 48
	б	$^1/_3$ молока 500 gr. + 40 gr. мальт.	0,896	0,8373	92,3	—0,07		— 17,5
4	а	$^1/_3$ молока 758 gr.	1,2782	1,0802	84,5	0,0085	0,7	— 23
	б	$^1/_3$ молока 500 gr. + 40 gr. мальт.	9,8707	9,8707	85,0	0,1108	12,7	+ 0 —

Приглянувши ся тому зіставленю, мусимо звернути увагу на посьлїдну колюмну, де бачимо зміни в вазї дитини. Вправдї — як каже автор — задержуване N не завсїгди стоіть в звязи з приростом ваги тїла, однако тут знаходимо так ясну ріжницю, що годї не згодити ся з поглядами автора. При кінци працї подає автор остаточні результати своїх дослїдів. Є вони слїдуючі:

При рівних условях додаток мальтози до поживи зменьшує зуживане білковини в орґанїзмі, при подаваню мальтози вистарчає меньше поживи містячої в собі N, щоб удержати азотну рівновагу

або допровадити до надміру N. Надмір N означує ся не лише скількостю білковини в поживі, але також відношенєм пожив містячих в собі N вільних від азоту.

До надміру азоту в орґанїзмі дитини доходимо через збільшанє білковин або углеводів в поживі, — а спосіб другий є тільки корисніїйший, бо білковини зле впливають на травленє.

Досліди на дорослих людях позваляють авторови прийти до пересвідченя, що не лише мальтоза, але всї углеводи, — котрі орґанїзм ссучої дитини спалює, — відповідають єго попереднім поглядам.

Voit каже, що ріжні углеводи в однакій скількости впливають однако на розпад білковини.

В кінци всказує автор, що давнїйші досліди над подаванєм дитям углеводів (Freund, Rubner, Michel, Heubner, Lange, Bendix, Berendt і автор) зовсїм годять ся з єго, — в тій розвідцї поданими поглядами, та що він є вправі досліди з мальтозою віднести до загалу углеводів. *Ал. Бач.*

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

Автор старає ся в новий і інтелїґентний спосіб пояснити неясні точки в так часто появляючій ся недузї, якою є запаленє лехких, а однак мало зрозумілій до сего часу. Smith виходить з того заложеня, що pneumonia не є як до тепер думано запаленєм лехких а є се після єго погляду процес чисто бактеріольоґічної натури, котрий відбуває ся в воздушних міхурцях лехких. Бактерії жиють і множать ся в тих міхурцях а поживу для них достарчають волосковаті кровоносні судини, котрі окружують ті міхурцї; сам parenchym є підчас того процесу зовсїм не нарушений і не занятий. Smith є того погляду що ключ до розвязаня цїлого того problem-у лежить в подвійній циркуляциї яка відбуває ся в лехких, річ загально звісна, а однак значенє того в патольоґії пневмонії до сего часу зовсїм переочено. Він зазначує що оден однісенький орґан в людзькім тїлї є лехки а по части і серце, котрі мають осібні кровоносні проводи для свого відживленя а осібні для своїх функций (blood supply for nutrition and function are reparately provided for.). Длятого є можливим в лехких що недуга в них може розвивати ся не занимаючи тканин самого орґану.

По наведеню повисшої характеристики лехких автор пояснює етіольоґію і патольоґію пневмонії в сей сосіб:

Щоби пневмонія розвинула ся треба:

1. Причини, котра би подїлала пригнобляючо (depression) чи то льокально чи загально на цїле тїло, а котра би через підкопанє відпорної сили чи то в частині лехких чи в цїлім орґанїзмі дала спроможність розвинути ся пневмококкам, котрі в тім часї були присутні в озявках (in some one of the smalles bronchial tubes).

2. Значнїйшого витвору кольоній пневмококків Френкля.

3. Споводованя подражненя в воздушних міхурцях, котре спровадить висяк фібрину (fibrinous escudation), еміґрацию лєвкоцитів і висяк (diapedesis) червоних тїлець крови з волосковатих кровоносних судин, котрі піддержують функцию лехких.

4. Витвору і розросту кольоній пневмококків в тім висяку.

5. Задержаня циркуляциї крови в кровоносних судинах, котрі піддержують функцию дїланя лехких а затим нагромадженє ся вільного пневмонїчного квасу (free pneumonie acid) в паренхимі занятої частини лехких.

6. Витечі висяку з занятих воздушних міхурців до сусїдних не занятих патольоґічним процесом і витвору такого самого процесу в тих же.

7. Повздержаня дальшого розросту пневмококків з причини зужитя ся поживного висяку для них і нагромадженє ся свобідного пневмонічного квасу в тканках лехких. Аж до сего часу в лехких відбував ся заєдно витвір і абсорбция токсин.

8. Retrogressiv-на переміна в висяку яко стан приготовляючий до єго абсорбциї:

9. Здає ся в часї сего послїдного процесу витворює ся також антитоксина дїлаюча проти пневмококків.

10. Цїлковита абсорбция висяку і поворот воздушних міхурців до їх правильного стану.

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

Розбираючи ознаки кризи Smith звертає далї увагу на слїдуючі дві інтересні точки яко причину її; через зужитє висяку поживного, в котрім дальше розмножуванє ся пневмококків відбувало би ся і консиквентним наслїдком того брак витворюваня ся токсини, дальше з причини що раз то більшого нагромадженя ся свобідного пневмонїчного квасу в паренхимі лехких коли функциональний обіг крови (functional circulation) є задержаний, спроваджує кризу.

Розуміє ся що така радикальна зміна в поглядї на патольоґію пневмонії, потягає за собою і відповідні зміни в лїченю тої недуги.

О способі лїченя пневмонії Smith розводить ся широко але я подам лише головні черти єго способу лїченя. Після єго погляду цїла наша увага при лїченю пневмонії повинна бути звернена на те, щоби забити а принаймій затримати розріст пневмонїчних бактерий. А з огляду на те, що поживу для них становить висяк з крови в воздушних міхурцях, пре те всякий лїк, котрий ввійде в обіг крови знайде ся тоже і в висяку, а як та материя (substance) є шкідна для кокків, тим самим цїль наша буде осягнена. Вправдї пневмококкус є найбільше їдким (vulnerable) зі всїх бактерий але заразом щастєм є, що він є найменше витревалим зі всїх. Для того Smith тої думки що ми можемо за помочию лїків вплинути на розвиток і дїланє пневмококка за помочию лїків і через те змінити перебіг недуги.

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

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

Дальше давати недужому лїки на скріпленє орґанів, котрі очищують кров з токсин, піддержувати житєві сили недужого а головно серце. Улегчити обіг крови в лехких, одже давати лїки на росширенє кровоносних судин (vasodilatateur). Зменшити горячку коли за висока, за помочию зимна прикладаного на тїло, антипіретиків (?) і усувати симптоми якіб не лучили ся в часї недуги.

Що дотичить лїченя пневмонії за помочею антитоксини Smith згоджує ся з найбільше ученими лїкарями що се був би і правдоподібно буде найрациональнїйший спосіб але до нинї наслїдки лїченя пневмонії в той спосїб показали ся ще недостаточними. Зазначує в кінци що надійшли найновійші новини з Берлїна що Wassermann, бувший ученник Koch'a, мав винайти антитоксину проти пневмонії.

В кінци Smith в своїй моноґрафії розбираючій клїнїчні роди пневмонії подає нові гадки, а іменно місто дїлити пневмонію на роди після патольоґічного її стану, він дїлить її на три роди і іменно: sthenic (sthenicus), asthenic і obstructiv.

Др. В. Сїменович.

Piorkowski: Ein einfaches Verfahren zur Sicherstellung der Typhusdiagnose.

Під таким заголовком виголосив згаданий автор свій відчит в берлїнськім лїкарськім товаристві дня 25. сїчня 1899. Він займав ся сею квестією вже від трох лїт, очім сьвідчить єго розвідка умїщена в „Centralblatt für Bacteriologie“ 1896 року на подібну тему. Виходячи з заложеня, що в людській мочи знаходжено нераз і bacillus typhi abdominalis і bacterium colli comunne, старав ся приладити таке підложе з домішкою мочи, щоби оба роди згаданих бактерий на нїм удавали ся. Моч людську мішав він так з бульоном, як з желятиною, як також з аґаром, стерелїзував її звичайним способом і щепив мікропарасити. Оба прутнї удавали ся єму, але рїжниця не була достаточно характеристична. По довгих пробах найшов він вконець догідну мішанину і склад її подає так: моч людська чи звіринна по дводневім стоянню, за котрий то час набере она прикмет алькалїчних з причини амонякових сполук, становить підставу відживки. Її мішаєсь з пів процентом пептону і 33% звичайної желятини. Відтак заварює ся одну годину і фільтрує. Дальше зливає ся її в пробівки, затикає і стерилїзує в парі при 100° C через чверть години. Стерилїзацию повторяє ся ще другого дня, лише через 10 мінут. Підложе готове. На нім щепить ся чи прутень тифу, чи bacterium colli а відтак виливає ся на плити, уживаючи при тім першого, другого і третого розрідженя культури. Остиглі плити вставляє ся відтак при кімнатній теплотї до окремих печий о сталїй теплотї 22° C. Вже по 20 — 24 годинах видно кольонії на плитах, на плитї число I, себто перше розріджене, вже голим оком в формі більших або менших точок. До переґлядяня плит уживає ся слабого мікроскопного побільшеня. Ось і зараз впадає в око тота рїжниця в формованю і розростї кольонїй bacterium colli і прутня Еберта. Бо коли кольонії b. colli представляють ся жовтавими, округлими, досить великими, то кольонії прутня кишкового тифу є поперед делїкатнїйші без тої темножовтавої краски, а передовсїм розклачені з випустками на всї сторони, гейби рамена медузи. Сей образ такий характеристичний, що ті оба роди мікропараситів нїколи з собою помішати не можна. Змішані культури обох родів прутнів на одній плиті представляють ся рівнож в формі двох цїлком рїжних кольонїй. Ті характеристичні кольонії повстають не лише по нащепленю штучної, ляборатoрної культури прутня Еберта і b. colli, але також, як досьвід поучив, по нащепленю дрібки калу недужого на кишковий тиф на згаданім підложу.

ЛЬВІВСЬКА БІБЛІОТЕКА
АН УРСР
№ И-

З огляду що культури виростають вже по 24 годинах, про те у сім способі Пйорковского дїсталаби дияґностика тифу дуже легкий і певний метод. Автор мав до роспоряджения щось всего чотири случаї кишкового тифу і у всїх поставив скоро добру дияґнозу. Заповідає дальшу працю над тим.

Коли референт працював сего року в сїчни в лабораторії Пйорковского пробував переробити его метод, в більшій части случаїв знаходив неоспориму ріжницю між обома родами кольонїй. В лютім перероблено сей метод тут в Парижи в інституті Пастера і то під дирекциєю Мечнікова точно після всказівок Пйорковского, но коли bacterium colli на тім 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 тім 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 киснене углеводів в жолудку рвзвиває ся яко компліkация певних недуг жолудка, маючих причину свою або в зменшеній квасотї, або в ослабленю мясних болон жолудка, котрому товаришить затримуване ся страв в жолудку.

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

Після него алькогольове киснене углеводів може викликати:

1) недостачу рухову жолудка,

2) скорч sphincter'a pylori, котрий можна вичути через стїни черева, а котрий зникає через застосоване відповідної диети.

3) надмірне видїлюване сільного квасу.

4) посередно через корч жолудка, ульцерациї на селезистій болонї доводячі тодї до продїравленя цїлої стїни.

5) рака, виходячого із ulcus ventriculi. Недужі з алькоголевою ферментациєю углеводів жалують ся на згагу, здуване в кілька годин по їдї, смердячі відбиваня і воміти. Хемічний дослїд продуктів травленя показує підвисшену квасоту, мікроскопом велуку скількість грибка Saccharomyces.

При лїченю тої недуги найважнїйшу ролю грає диета, з котрої треба усунути углеводи найменше через 2 недїлї. З лїків єще найлїпше дїлає Arg. nigr. T. звертає увагу ще на друге кисненє углеводів, при котрім знаходить ся лиш мало Saccharomyces. Продуктами кисненя не є ґази, а оцтовий квас, товщеві кваси, молочний, бурштиновий квас і не квасні полученя групи CH_3. Тота ферментация є правдоподібно спричинена бактериями і звичайно не викликує значних хоробових припадів. О скілько продукти тої ферментациї впливають шкідливо на селезисту болону жолудка, автор не бере ся судити.

При вилученю углеводів з поживи, автор видів много разів цїлковите вилїченє — хотяй часом недуга по певнім часї вертала. Реасумуючи внески, які можна зробити на підставі цїлої тої працї, кладе автор натиск на те, що не зміни анатомічні на болоні селезистій, анї не недостача рухова жолудка є причиною недуг того органу — а шкідливий вплив бактерий, так як при иньших недугах орґанів тїла. *Г.*

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

Озявна душниця (asthma bronchiale) є недугою добре знаною з клїнїчного боку, менше з анатомо-патольоґічного, з легко зрозумілої причини, бо смерть підчас нападу душницї належить до незвичайно рідких случаїв.

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

В першім случаю Leyden'a знайдено дрібні і середні озяви нерозширені, але виповнені зернистою масою, що досить сильно причіплена була до селезистої болони і майже затикала сьвітло озявів. Таку саму масу знайдено в віддихових міхурчиках. Мікроскопом не виказано нїяких змін в селезистій болонї анї в будові міхурчиків, крім звиродніня клїтин міхурчиків. Повстане тих зернистих мас розуміє Leyden в той спосіб, що підчас нападу душницї переходить лїмфа до міхурчиків, звідти дістає ся до дрібних озявок і так тут як там кріпла.

Другий случай описав Berkart. Він знайшов в головнім правім озяві циліндричну, круху, доста суху масу, що майже цїлком затикала сьвітло озявок — а до стїни не була причіплена. Таку саму масу найшов в лївім бічнім озяві. Дрібні озявки були розширені і заткані продуктом запаленя. Під мікроскопом показало ся,

що маса знайдена в озяві, зложена була зі здеґенерованих циліндричних клїтин, котрі на вузших кінцях були повитягані в довгі нитки. В тім місци де була тота маса, не знайдено на селезистій болонї цїлком наболонка, так само в дрібних озявах. Судини селезистої болони були порозширювані, а на її поверхни знаходили ся поліповаті нарости. В міхурчиках знайдено, так як в случаю Leydena, скріплі маси фібрину.

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

В четвертім случаю, котрий описує автор, були дрібні і середні озяви поросширювані і виповнені зернистою масою, що до котрої він непевний чи се не був фібрин. Крім того знаходили ся в озявах цїлі маси циліндричних клїтин, котрі тут і там були поскручувані в твори спіральні. Селезиста болона була в тих місцях позбавлена цїлковито наболони, а її судини були порозширювані. На підставі тих чотирох случаїв, як також дослїдів на плювинах недужих на иньші недуги легких, висказує автор думку, що душниці яко хоробовій одиниці не відповідає лише один характеристичний процес анатомо-патольоґічний на селезистій болоні озявів, і годить ся з висказом Löwy'го, що мікроскопні дослїди над плювинами не дають певних дияґностичних цїх для сеї недуги.

На кінци захвалює автор Hyoscinum hydrobromicum, подаване в формі підшкірних вприскувань від 2 — 8 dmg, яко знамените средство, усуваюче острі напади душниці, навіть в таких случаях, в котрих иньші лїки заводили. *Ґ.*

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

Дослїди Горбачевського, що пільокарпін значно помножує число білих тїлець в крови а атропін зменшує їх скількість, заохотили Bohland-a вислїдити, як заховують ся в тім напрямі всякі иньші протипотні і напотні средства, а між тими послїдними і протигорячкові, котрі викликуючи поти обнижають заразом теплоту тїла. Дослїди роблено на людях (на мущинах), котрі не терпіли на

нїяку орґанїчну недугу і діставали звичайну поживу, нїякі притім лїки, не купали ся надмірно, не проходжували ся і надмірно не працювали. При огляданю крови у таких людий находжено, що число білих тїлець крови було коло 10 год. рано найменше а коло 12 год. зростало о яких 25·3%; в чотири год. по обіді зросло о 66·09%, а о 7 год. вечером виносило в порівнаню до ранного числа надвишку 11·8%.

Опісля подавано сим людям около 10 год. рано ріжнородні лїки в звичайних давках per os, та оглядано їх кров під взглядом скількости лєвкоцитів.

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

По всїх тих лїках можна було запримітити значний чисельний убуток білих тїлець в крови. По атропіну доходив він до 45%, по Ac. camph., Ac. tann., Secale corn. до 66%. Найвиразнїйша гіперлєвкоцитоза виступала в 3 години по зажитю лїку, а тривала около 10 год. До сего ряду средств належить зачислити і хінїн (дослїди Вінґ-а і Горбачевського).

Повисші средства дїлають проте на лєвкоцити відємно хемотактично.

З поміж напотних средств слїджено: 1) Natrium salicylicum, 2) Pilocarpinum, 3) Antifebrinum, 4) Antipyrinum, 5) Phenacetinum, 6) Liqu. Ammon. acetici, 7) Salmiak, 8) Ammonium carbonic., 9) Pulvis Doweri, 10) Morphium, 11) Flores Sambuci, 12) Flores Tiliae.

Всї ті средства оказали ся хемотактично додатними. Замітити належить, що помноженє лєвкоцитів по Ammon. carbon. виносило аж 267%, по фенацетину 250%, по морфіну 85·5%, по Pulv. Doweri 56·3%. Сї два послїдні наркотики зачислено тому до сего ряду, що вони сприяють виступованю потів у сухітників.

Також по теплій купелї виступає лєвкоцитоза (Горбачевський).

Подібні дослїди переведено і на кріликах з вислїдом в значній мірі цїлком подібним.

Заходило питанє, чи чисельний зріст, взглядно убуток лєвкоцитів відбуває ся рівномірно в цїлім кровосудиннім укладї, чи може підчас гіперлєвкоцитози в окрайних кровних судинах виступає рівночасно гіполєвкоцитоза в центральних кровних судинах. Оглядано проте рівночасно кров взяту з окрайних кровних судин і кров з правої комори серця; оказало ся, що справдї кожда гіпер- і гі-

полєвкоцитеза має причину в нерівномірнім розділї лєвкоцитів в центральних і окрайних частях кровосудинного укладу.

Автор старав ся вихіснувати сю цїкаву питоменність всїх тих средств до поясненя їх впливу на видїлюване поту, тим більше, що не стверджено нїякої залежности нї звязи між ними з одного боку а потним центром, нервними закінченями в потних железах і судинах шкіри з другого боку.

Автор придержує ся теориї, що причиною потів в інфекцийних недугах є токсини в крови; вони бувають видїлені потом з орґанїзму; по потах слїдний проте і спадок теплоти тїла.

Коли розважимо, що всї протигорячкові средства викликують гіперлєвкоцитозу а рівночасно і поти, і обнижають тим чином теплоту тїла, що хінїн, котрий викликує гіполєвкоцитозу в окрайних кровних судинах, обнижає теплоту тїла без рівночасного виступленя потів, та що у здорових людий по ужитю додатно хемотактичних средств поти не виступають, то мусимо прийти до заключеня, що власне при горячцї враз з лєвкоцитами дістає ся щось до окрайних кровних судин, котре дражнить потні желези шкіри; тим „щось“ є саме, по думцї автора, токсини. Треба представити собі, що лєвкоцити, що неначе валом окружають хоробове огнище, похланяють витворені тамже токсини, а опісля спонукані додатно хемотактичними средствами переносять ся на верх орґанїзму, тут позбувають ся токсин, а ті дражнячи нервні кінцї в потних железах викликують поти і тим робом самі опускають орґанїзм.

В сей спосіб можна пояснити нічні поти у сухітників, у котрих ще ранком дасть ся помітити значнїйша гіперлєвкоцитоза. Сею теориєю можна вияснити і сї явища, що значна гіперлєвкоцитоза при запаленю легких уступає аж по критичних потах, та що і иньшим недугам, в котрих виступають сильні поти, товаришить визначна гіперлєвкоцитоза.

А як дїлають після сеї теориї протипотні средства? Вони проганяють лєвкоцити до внутра тїла, до кровних судин легких, кишок, нирок, та зневолюють токсини сею дорогою опускати орґанїзм. Сим способом можна ще вияснити, чому Sulfonal ограничає нічні поти у сухітників, підчас коли морфін і опіюм противно їх збільшають.

Чому як раз в ночи відбуває ся вандрівка білих тїлець крови остає на разї загадкою.

М. Вахнянин.

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

Neubauer подає до відомости один случай сеї рідкої, цїкавої і наразї ще не цїлком вияснсної недуги, яко навістила одну 17-лїтну дївчину, лїчену на клїнїцї проф. Unverricht-а в Маґдебурґу.

Случай сей представляв образ острої горячкової недуги цїлого орґанїзму. Справа почала ся болючим опухленєм мяснїв обоїх ніг та острим запаленєм нирок. Опухненє мяснїв не ограничало ся лише на ноги, але заняло опісля і мясні хребта, мясні межиреброві, мясні гортани, шиї, карку і руки; не заняло лиця, перепна і серця. Також підшкірна ткань була опухнена. Небавом прилучило ся запалене 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. Теплота тїла між 38·5—39·0. Живчик 120—130 на мінуту. Память задержана. Час триваня слабости 50 днїв. Хора подужала. Найважнїйшими симптомами слабости були зміни в мяснях, в шкірі і в підшкірній ткани.

При мікроскопнім огляданю мясневих зрізок можна було помітити поміж поодинокими мясневими волоконцями велике число червоних тїлець крови. (Wagner, Unverricht, Strümpell і иньші находили в таких случаях розширенє волосних судин кровних, чого в тім случаю не найдено). Иньших змін небуло.

Гляданє за тоїжками (Bacterien) в зрізках мясневих оказало ся даремним. Неґативно випали рівнож проби хову тоїжок роблені з мясневого соку і з крови.

На електричні впливи реаґували мясні правильно; що до висипки на шкірі, то вона після спостережень ріжних клїнїцистів може бути дуже ріжнородною. Дальшими важними критичними появами слабости є обильні поти і безсонність.

В повисшім случаю можна було ствердити певного рода гемораґічну диятезу як: кроваві плювини, кровавий олегочний ексудат, кровавленє з носа, червоні тїльця крови в мочи, та середмясневі кровавленя.

Етіольоґія сеї недуги є ще нинї цїлком темна; певним однак те, що є вона інфекцийною недугою. Специфічних тоїжок не найдено. Які токсини викликують її, не знаємо; припускаємо однак їх присутність, їх обіг в крови, їх отруйне діланє передовсїм на мясні і шкіру. По думцї декотрих авторів сї токсини атакують впрост стїни кровних судин, що потягає за собою відомі повисше наведені

зміни. Лише тим робом дадуть ся пояснити майже всї появи слабости. Проґноза є все сумнївою. Лїченє мусить бути на разї тілько симптоматичне. *М. Важнянин.*

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

Клїнїцистам не раз і не два інтересно було би знати величину, форму і положенє жолудка, бо від того залежить в значній мірі не лиш хемізм але і моторичні функциї жолудка. Звичайно при означуваню розмірів жолудка держали ся клїнїцисти пупця яко точки орієнтацийної, що однак по думцї автора є хибне по тій причинї, що пупець не є сталою а змінною точкою на животї. Автор радить проте не означувати розмірів жолудка після пупця, але після трох лїнїй а то: 1) лїнії, що лучить найнизші точки обох 10-тих робер (Bicostallinie) 2) лїнії, що лучить найвисші точки хребта бедревої кости (Bicristallinie) і 3) лїнії, що лучить обі spinae anteriores superiores (Bispinallinie).

Після дослїдів автора роблених на трупах положенє правильного жолудка не є таке, як подають Равбер, Гассе, Гіртль і инші анатоми, лиш слїдуюче: В своїх двох третих частях простягає ся жолудок на дїл не лиш прямопадно але що більше відступає від прямової лїнії о кілька сантіметрів на лїво а в третій своїй части переходить під кутом острим взглядно луком перед першим лїдвичним хребом горизонтально або звернений в більшій або меншій мірі до гори. Має про те форму прямопадного С і длятого лїнії великого і малого скривленя належить розріжняти на праву і лїву а не на горішну і долїшну як подає Гіртль і инші автори. Мірно наповнений жолудок зміняє о стілько своє положенє, що велике скривленє звертаєсь трохи на право не зміняючи при тім свого напряму на лїво від прямової лїнії. Жолудок однак з ріжних причин може змінити свою форму, величину і тим самим переступити границї правильного положеня. Коли жолудок своєю малою заглубиною сягає понизше лїнії бікрістальної а нераз і понизше біспінальної тодї клїнїцисти звикли звати таке положенє жолудка обниженєм жолудка gastroptosis, з чим лучимо понятє, що жолудок впрочім правильний лиш низше наложений, а колиж жолудок не сягаючи низше лїнії бікостальної розміщує ся значно в правій половинї тїла, тодї звуть се розширенєм жолудка — gastrectasia. Таке пониманє річи є після автора зовсїм хибне. Після него обнижене положенє жолудка—без рівночасного розширеня — не істнує і що всї ті жолудки,

де велике скривленє малої заглубини сягає до, або понизше лінії бікрістальної суть майже без винятку розширені. Автор розріжняє проте лишень р о з ш и р е н є жолудка і то 1. розширенє в напрямі повздовжнім, де заглубина 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 лїнії бікостальної.

Межи тими двома головними формами виступають форми посередні, де розширені в ріжнім степени одна або друга заглубина. Gastroptosis се після автора є лишень розширенєм жолудка в напрямі повздовжнім.

Автори як Куссмауль і инші що розпізнавали чисту ґастроптозу, не звертали уваги на те, що обєм тих ґастроптотичних жолудків був більший як у правильних жолудків, що отже се обниженє яке они знаходили було справдї обниженєм але по причині розширеня жолудка.

До того сї автори уживали до розпізнаня ґастроптози злих методів, котрі мусїли й провадити до хибних результатів. І так приміром уживали часто метода Фреріхса надуваня жолудка CO_2, ще й до того в такій скількости, що й на цїлком правильнім жолудку, тою скількостю надутім, можна сконстатувати ґастроптозу, як се виказали досьвіди на трупах. Так само надуваніе воздухом, ґастродіафанія і инші способи не можуть дати докладного образу досліджуваного жолудка.

Вільний від блудів, які мають инші методи, подає автор свій метод. Засада сего методу є слідуюча: коли мягку сонду, наповнену шротом впровадимо до жолудка то вона силою своєї важкости паде на найглубше місце жолудка. Звернувши опісля рентґенівські лучі так, щоб падали на сонду, побачимо її виразно з причини що кульки шроту не перепускають рентґенівських лучів. В той спосіб орієнтуємо ся, що до положеня найнизшої части жолудка. Відтак впроваджуємо через ту саму сонду до жолудка воздух, котрий виповнює найперше найвисшу а по тім що раз то низші части жолудка аж в кінци дійде до кінця сонди. З огляду що воздух не ставить рентґенівським лучам ніякого опору, проте цїлий жолудок наповнений в той спосіб воздухом, можна пізнати з повною пластикою і докладностю. Сему методови можнаб зробити закид, що і тут уживає ся до надуваня воздуха, через що збільшаєсь правильну величину жолудка, як то автор закидає иньшим методам. Закид сей однак усуває ся майже цїлковито, коли ся зважить, що

тут для означеня найвпсшої части жолудка надуває ся головно велику заглубину, скількість отже до того ужитого воздуху не може побільшити правильного обєму жолудка. — Поперечні розміри означуємо справдї за надутєм цїлого жолудка, але се надуте йде лишень до тої границї, котра не змінює місця найнизшої части жолудка визначеної сондою, ані місця найвисшої части визначеної знов надутєм великої заглубини.

Сей метод подає автор на разї для означуваня положеня, величини, форми жолудка – а про результати, які можна сим методом осягнути в тих і других цїлях, загадує автор подати пізнїйше.

Гр. Гарматїй.

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 кольонії в Африці, мав зі своїми товаришами нагоду обсервувати до 200 случаїв запаленя легких у тубильців муринів. Перебіг сеї недуги був тяжкий з компліkaциями зі сторони олегочної, осердя, очеревної, мозкових болон, ставів; процент смертельности великий (60%). За причину такої злосливости запаленя легких подає Marchoux велику вражливість на всякі недугосправчі заразки муринів, їх малу відпорність на зимно, їх негіґієнічний спосіб житя, недостаток відповідної одежи, корму, помешканя. Єго інтересувало головно питане, які бактериї є виновниками, бодай посередними, сеї недуги. Робив, як каже бактеріольоґічні розслїди, беручи кров по смерти недужих, дальше мякиш печінки, селезїнки, та мозково-хребетну теч, мозкову субстанцию і щеплячи їх на ріжних підложах, переглядаючи під мікроскопом, уживаючи ріжних метод крашеня, ізолюючи поодинокі роди мікробів і остаточно послугуючись інокуляциєю на звірятах. Число трупів ужитих до розслїдів було невеличке, бо всего 4. З того числа найшов він pneumococcus в крови лише оден раз. В иньших орґанах, подібно як подає італїйський автор Righi, мав найти pneumococcus, але ніколи diplococc-a Weichselbaum-a. Яко особливість подає ще се, що звірята щеплені вигодованими культурами з pneumoni-ї у мурпнів гинули о много скорше, ніж звірята інокульовані заразками недужих европейців. Автор з натиском повторяє приняту бактеріольоґами гіпотезу, що причиною епідемічного запаленя мозкових болон (meningitis cerebrospinalis epidemica), є pneumococcus.

Він найшов і вигодував сей заразок у всїх случаях тяжкої meningitis cerebrospinalis epidemica і то так в хоробі виступаючій самостійно як наступово по запаленю легких. Перебіг сеї недуги був все тяжкий, виздоровіне рідке, недужі попадали в рід спячки, ідіотизму. Цїкава річ, що автор уживав в таких случаях запаленя мозкових болон антілюетичного лїченя і то як каже, з добрим успіхом. Кромі того робив проби лїченя серотерапією. За приміром Klemperer-a брав він кров реконвалєсцентів по pneumoni-ї, творив з неї serum і встрикував недужим на запалене легких. Знов подає лише чотирох недужих, на котрих виконав свій експеримент. Серед високої горячки 40—40·9°, делїріїв, вприскував він по 50 кубічних центиметрів сировати, відтак слїдуючого 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 наслїдок компліkaциї з боку серця. По ін'єкциях мала температура опадати. Бувби се заохочуючий примір уживаня серотерапії в запаленю легких! *О. Д.*

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

Оба згадані лїкарі підносять яко незвичайну появу в статистиці туберкульози, часте виступане грудних сухіт у недужих на мелянхолію. Розвиток недуги буває повільний, без кашлю, без плювин, без горячки і в наслїдок того патольоґічна справа в легких поступає незамітно, часто її лїкарі переочують, тим більше, що недужий не жалує ся в більшости случаїв на груди. Всказівку 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.

Прелєґент представляє великий, цилїндричний аневризм що займає собою долїшний конець aortae descendentis і горішну частину черевної аорти, по секциї помершого на pericarditis purulenta. Недужий нїколи не був терплячим, він слабував всего 3 тижні заки

помер на pericarditis. Аневризм творив в черевній ямі випукленє обмежене малим закривленєм жолудка, в горі він сильно піднимав серце, відпихав на перед лїве легке, і прилягав тїсно до єго внутрішної поверхні. Собою вижолобив він чотири послїдні хребетні круги, отвір аорти в діафраґмі був значно розширений і цїлковито не утискав стїн аневризмату. Зцїпи крови, що виповняли об'єм аневризмату, лишали в осередку вузкий канал для перепливу крови. Таке положенє і уформованє аневризмату не мало впливу на серце. Лїва комора цїлковито 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 цїкавій річи старає ся прелеґент доказати, що воздух заключає дїйсно йод. Він так мотивує: Відкритє тироїдини Baumann'a робить інтересним питанє, відки бере ся йод, що находить ся в звірячім орґанїзмі. Glandula thyreoidea важить у чоловіка около 30 ґр. а заключає в собі сама 0·3 ґр. йоду. Чи сей конечний хемічний складник орґанїзму походить з воздуха, води, або иньшого корму?

Квестия присутности йоду в воздусї і в дощевій або річній водї дала вже почин до числених праць. Chatin мав найти в воздусї Парижа $^1/_{80}$—$^1/_{300}$ mgr. йоду на 10.000 лїтрів воздуха, котрий то об'єм воздуха спотребовує дорослий на віддиханє в протягу 24 годин Одже на один лїтр воздуха випадалоби 0.00075 mgr. Десять лїтрів дощевої води достарчали єму $^1/_5$—$^1/_2$ mgr. йоду. Сї результати потвердили декотрі автори, деякі дослїдовачі знова заперечили.

Далї представляє Gautier свої результати розслїдів. Він каже: 1. воздух Парижа заключає в собі около $^1/_{500}$ mgr. свобідного йоду, або в стані йодових пар на 4000 лїтрів воздуха, 2. йод знайти можна в воздусї в формі розпускальних солий (йоданів) і то яко дуже дрібонький порошок; 3. В надморськім воздусї знайти можна вже в меншій скількости воздуха 200 — 300 лїтрів, малї частини йоду, сталого, нероспущального в воді. Сей йод здає ся містити в воздусї в формі первісних ростин і грибів заключаючих йод, як альґи, lichen, мох, ріжні роди грибів або їх спор завішених в воздусї. Морський воздух заключає тринайцять разів більше йоду в тих дрібоньких творах буяючих в повітрю, ніж воздух міста. Тому з певною правдоподібностю можно заключати з сего факту що жерелом атмосферичного йоду є море, котре обнимає в собі таку многість інфузорий, альґ etc. що висилають в надморський воздух свої спори, частини відорвавші ся і т. д. Коли йод походить особливо з тїл орґанїчних, то не лишень частинки ростинок морських в атмосфері міст именно не дуже віддалених від моря, повинні заключати трохи йоду, но також сей металь входячи в склад дуже легких тїл, мхів, бактерий, повинен знаходити ся в більшій скількости в порої позбиранім з предметів і місць висше положених. І в самій річи порох позбираний з камінної плити лїхтарнї Пантеону, з висоти 77 метрів, містить вісїм разів більше йоду, ніж можна знайти в тяжкім порої, що позбирано на високім місци лише 37 метрів. Кінчачи свою річ прелеґент ще раз виражає ся в сей спосіб, що воздушний йод походить з мікроскопних альґ або їх спорів морського походженя.

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 лїкарській лїтературі случаї компліґациї запаленя легких, в формі запалень ставів горішних або долїшних кінчин. Число їх одначе невелике сягає яких 0·14%. Не вважаючи на те обсервовано досить часто тяжкі форми arthritis рівночасно з запаленєм легких або пізнїйше, але се заатакованє ставів уважано за окрему патольоґічну справу викликану streptococc-ами а почасти і diplococc-ами. Тої самої думки є і автор; і він вичисливши цїлий ряд французьких і нїмецьких клїнїцистів що забирали голос в тій справі, наводить історию недуги одного слабого, що зголосив ся до єго клїнїки з появами pleuropneumoni-ї, а у котрого третого дня розвинула ся сильна arthritis лївого рамени з типовим перебігом рожі (erysipelas). Плювини задані кріликови під шкіру, спровадили смерть звіряти в чотири днї. В крови крілика найшов автор pneumococc-и. Сам недужий помер по 8 днях побуту в клїнїцї. Секция виказала запаленє легких, запаленє олегочної, котра заключала в собі около 250 gr. кровавого плину. На рамени, в набрясклих і зачервонених за житя місцях, виконані наріз, представляють ткань натеклу ропою, котра і витікає з долїшних партий. Бактеріольоґічні розслїди виконані по смерти дали авторови такий результат: В кровавім плині з олегочної найшов pneumococc-и, так само в крови, так само в мякиши легких. В ропі з лївого ставу

рамени викрив pneumococc-и попри иньший прутень, що красив ся методом Ґрама. Кромі того найшов bacterium colli commune. В плювинах ще за житя недужого найшов рівнож pneumococc-и. На підставі того, приписує він причину повстаня ріжних форм тяжкого запаленя ставів інвазиї pneumococc-а і радить тую недугу поставити окремо, яко цїлком віддїльну, 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 операцийного лїченя впохвленя 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 центиметрів нонизше впіхвленя: Тепер околює і підвязує брижі (mesenterium) впіхвленої кишки і повисше підвязки перетинає її, а дальше перетинає кишку поміж тислами.

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

Метод сей має мати тоту висшість над дотепер уживаним методом Barker-Rydigiera, що операция може бути довершена цїлком асептично і що зішите допроваджуючої кишки з відпроваджуючою є легше і певнїйше, бо брижі не стоять на завадї. О. оперував своїм методом лиш раз — але перевів богато досьвідів 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 операциях в коротшім або довшім часї шовкові лїґатури бувають видалювані з рани серед ропленя, спонукав автора до цїлого ряду досліджів, маючих на метї показати який, антисептичний чи асептичний материял треба уживати до підвязок.

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

З тих досліджів показало ся, що: 1) видалені підвязки містили у собі цїлу масу зародків бактерий, мимо того, що рана була асептична, 2) що асептичний шовк через вивареное в парі був таким дїйсно, але лиш так довго, поки не перейшов через руки оператора, тогди ставав він добрим підложем для бактерий, 3) що антисептичний шовк, то є такий як у досліджах Н. мочений в сублїматї, оставав ся вільним від бактерий навіть тодї, коли перетягнено его через руки умисне інфекционовані.

На підставі тих досліджів радить Н. уживати до підвязок при асептичних операциях антисептичного шовку місто асептичного. *Г.*

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

Ресекцию nerv. sympath. cerv., — операцию, як каже автор, дуже делїкатну, але заразом і легку предприняв J. в 61 случаях, и то в 43 случаях епілєпсиї

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

Між тими було цїлковитих обобічних ресекцей 42, (всї 3 ґанґлїї і часть середна), 1 цїлковита ресекция по однім боцї, а по другім лише двох висших ґанґлїїв, — 8 цїлковитих однобічних, 3 обобічні частеві, а 7 ресекций ganl. super. (при мраку).

По думцї автора, терапевтична вартість сеї операциї дуже велика. З 10 оперованих на morb. Basedowi, 6 подужало зовсїм, а у 4. наступило значне поліпшене. При епілєпсиї процент представляє ся також добре, — подужане було 55%, — поліпшене хоробового стану в 28%, а не було результату в 15% случаях.

З найкрасшим хісном оперував автор тим способом недужих на зелений мрак (glaucoma), де у всїх знайшов значне поліпшене, хотяй в 3 случаях між тими iridectomia не дала нїякого результату.

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

Що лїпше, — чи кетґут, чи шовк? Питане то занимає в послїдних лїтах велике число хірурґів. Одні кажуть, що кетґуту не

можна добре стерілїзувати, та що фабрики продукують его тепер в дуже лихим родї.

Чисто субєктивний погляд на ту річ публїкує автор в своїй працї. Не мав, каже, нїколи довірія до кетґуту, а по послїдних двох случаях, з котрих оден закінчив ся смертию лише для лихого роду кетґуту, — залишив его, і виелїмінував зі своєї хірургічної практики. Місто кетґуту уживає автор шовку N⁰ 0, крученого а не плетеного, дезінфекционує его в стерилїзаторі, потому дає до 1% розчину сублїмату. До кождого підвязаня уживає осібно відтятої нитки, а решту — по поновнім стерилїзованю уживає до шкірних швів.

До митя рук уживає не сублїмату а 1% розчину лїзолю, а за приміром Мікулїча не уживає щітки до рук частїйше як раз. Автор наводить дальше своє поступоване передоперацийне з хорим, а при кінци описує новий стерилїзатор фабрики Rohrbecka-а, котрим послугує ся від 1½ року.

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

Надїї лїкарів, що лучі X. будуть помічними при дияґнозах каменїв жовчних, почкових і міхурових, як доси не справдили ся в цїлости. І так жовчні камені нїколи майже не дали нам дияґрамму; що до каменїв міхурових, тут знова лучі Roentgen-а не мають так великого значіня для легкости иньших методів дослїду. Ringel (Ctrbl. 1898 Nr. 49) пише, що з почкових каменїв рід фосфатових не дає фотоґрафічної відбитки. На то наводить автор 2 проби, де при nephrolithiasis дістав фотоґрафією Roentgen-а образки каменїв. Заразом описує автор пробу з фотоґрафованєм лучами X. мочанових каменїв, щавелянових та фосфатових, і зазначує, що найслабший дияґрам діставав завсїгди з каменїв мочанових. Неудачу Ringel-а складає на невідповідний час експонованя.

Ал. Бач.

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

Послїдні відомости відносячі ся до случаю витятя цїлого жолудка у одної недужої подає автор в сій працї. Недужа померла 29 жовтня 1897, то є в рік і майже два місяці по операциї.

В маю по операциї недужа опустила шпиталь, і чула ся досить здоровою, в серпни повернула назад до шпиталю з причини що немогла на сьвітї дібрати собі відповідної лехкострaвної поживи Около вересня почала недужа жалити ся від часу до часу на болї в лївім гіпоґастріум коли їла тверду поживу. В жовтни мож було намацяти в її животї наріст величини дитинячої голови, котрий розтягав ся від середини живота до лївого гіпоґастріум а також побільшені лїмфатичні желези. 18-го жовтня стан єї значно погіршив ся, а 29 т. с. місяця пациентка померла. Не стану описувати подрібно посмертну обдукцию а зазначу що, головнїйше.

По перше наступив рецедив первісного рака.

Подруге важний є се момент що ненаступило розширене пролику (oesophagus), анї тонкої кишки споєної з ним по витятю жолудка, о д ж е з б е р е г а ч а н а п о ж и в у н е б у л о. Підперепнева (subdiophragmatisch) частина пролику могла заледви помістити 100 cm³ а однак хора могла приняти на раз поживи 300 ґрамів без найменшого клопоту. З того виходить що плинна пожива сейчас з oesophag. переходила в тонкі кишки де була травлена.

В кінци автор каже, що недужа не померла з винищеня з причини недокладного травленя а з поводу рецедиву рака, котрий обняв майже всї важнїйші орґана.

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 видить предмети точно, коли їх видить під кутом 5', око гірше видяче потребує більшого кута, щоби видїти. Автор розсмотрює питане, до якого степени 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 цилювати. До цильованя находить ся на пушцї, коло кінця блисшого до ока, насада (Aufsatz, Visir) з карбом (Visirkimme) по середині, через котрий треба дивити ся на мушку (Korn) поміщену на кінци пушки, дальшім від ока. Цилювати значить поставити на одній лінії оси видженя око, карб насади, мушку і бажаний предмет. Мушка має бути уставлена своїм вершком в середині карбу; коли вона стоїть в карбі за високо, тодї стріл іде за далеко; за блисько-же, коли мушка ледви покаже ся своїм чубком в карбі. Стрілець мусить найперше видїти карб, віддалений від ока

0,42 метра, а глубокий 1,4 mm; око видить карб під кутом $11^1\ 27^{11}$, а що правильно видяче око потребує до точного видженя лиш 5^1, то виходить з того, що карб видить і око з бистротою зору менчою, ніж половина. Мушка віддалена від ока 1.02 метра, а досьвідченя 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 фіґур стоячих попри себе; уставляє ті шайби на 500 — 600 метрів віддали, котра відповідає в приближеню дійсности битви і знаходить при своїх досьвідах, що до видженя тих предметів потрібний є кут 8^1, значить бистрість зору мусить виносити $^5/_8$. Осьвітлене предметів розуміє ся при тім середно добре, бо коли з причини дощу, мраки або серед лїса, зменчає ся осьвітлене то зменчає ся рівномірно також певність цильованя. Причини обнижаючі бистроту зору а даючі ся усунути суть: міопія, астиґматизм і гіперметропія. Неповправлена шклами міопія

0·5 D обнижає бистрість зору на $^6/_9$
0·75 D „ „ „ „ $^5/_8$
1·0—1·5 D „ „ „ „ $^6/_{12}$—$^5/_{12}$

Треба проте кожду міопію, висшу ніж 1.0 D поправити шклом, коли не хочемо позбавляти ока можливости доброго цильованя. Астиґматизм треба конечно поправити шклом, бо він зменчає бистрість зору нисше $^3/_5$, коли ріжниця рефракції в обох головних меридіянах переходить 1·0 D. Гіперметропія високого степени 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-лїтний розпоряджаючий аккомодациею 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 видїти. Треба дати оку шкло вигнуте о силї 4·0 D, відповідаюче єго явній гіперметропії, котра в віці 20-ти лїт виносить половину цілковитої.

Є річею не можливою видїти точно і рівночасно карб насади, мушку і предмет цилю, а коли налягаємо на те, щоби карб і мушку видїти точно, то дїє ся те тому, що гіперметропи без шкла не могли би зовсїм видїти карб насади точно, противно-же міопи о 1·0 – 1·5 D міопії видять карб і мушку добре або бодай достаточно і без шкла поправляючого, а при тім научили ся і уміють

видїти предмети дальші ніж їх пункт далекий (punctum remotum) в розсїяних кружках і орієнтують ся в них в спосіб вистарчаючий.

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

Високі гіперметропи, котрі єще в силї аккомодувати на карб насади, жалують ся нераз, що він їм счезає нагло і вони не можуть єго якийсь час видїти. Дїє 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 перестає аккомодувати. Подібна скарга може появити ся також у міопів, але тут причиною є корч аккомодациї, викликаний бажанєм точного видженя. Астиґматики дістають також нераз корч аккомодациї. Той корч буває часом такий упертий, що вимагає лїченя атропіном; часом-же уступає добровільно під впливом нового занятя жовнїря, котрий уживає своїх очей більше до видженя далеких предметів, при чім очи не потребують аккомодувати так дуже як в горожаньскім житю; коли корч попустить, то очи відкидають ввігнуті 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 комнатї.

До доброго цильованя потрібна є вправа, бо око видить предмет цилю все в розсїяних 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. Кромі вправи в стріляню треба також уміти оцінювати віддаленє предмету, при чім помічне головно стереоскопове видженє і досьвід, 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'ophtalmologie 1899, Nr. 2.

До тепер описано актіномикозу повік (части шкірної), кілька разів актіномікозу 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 лївої галини очної, показувала повисше каранкулї ґуз сіраво-жовтий завбільшки конопляного зерна, понисше него троха менча булька майже прозрачна, а на краю цїлої опухлини, близше берега прозоркового, кілька малих сїравих ґузочків, видних лишень сочкою. Зразу гадали, що то голова і хвіст цистіцеркуса, але по наколеню булькы найшли в її плинї грудки складаючі ся з мас актіномикотичних.

Автор описує другий случай актіномикози злучниці у хорого 18-лїтного, впрочім зовсїм здорового. Здовж горішного берега хрястки лївої горішної повіки лежало на внутрішних двох третинах злучниці 15 сїраво-жовтавих пунктів завбільшки $^1/_{10}$ mm до $^1/_3$ mm. По наколеню їх дав ся виказати в узисканім змістї типовий грибок актіномикози. Хорий терпів від кількох днїв на нежит злучниці обох очий. Спосіб зараженя позістав невияснений; хорий не мав нїчо до роботи з годовлею худоби, жив від кількох лїт в містї (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 безпосереднього перенесеня актіномикози з чоловіка або звірини на чоловіка.

Nuel: Ètiologie 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 серединї зріниці, округла, точно ограничена, в приближеню 1 mm широка, звичайно на обох очах. Анатомічно представляє ся та плямка зложена з ткани верствоватої і волокнистої, лежачої під болонкою сочки (capsula lentis) на місци клїтин наболони сочкової, заникшої на тім місци.

Понеже у дорослих повстають подібні часткові затемненя сочки, в наслїдок справ запальних ропних в прозорцї з продїравленєм її, при чім витїкає вода передної комори а дугівка і передний бігун сочки прилягають до ропного огнища, то панує таке задивлюване, що катаракта бігунова передна могла повстати в подібний спосіб, але ще в часї середродничного житя плоду. Автор застановляє ся над тим і приходить до вислїду, що та катаракта є недугою повстаючою в позародничнім житю плоду, набутою новородками в наслїдок blenorrhoea neonatorum без попереднього продїравленя прозорки.

Автор обсервував частію лично, частію зібрав кілька чужих обсерваций blenorrh. neonat., в котрих переконано ся на початку недуги як можна найпевнїйше, що на сочцї не було жадних плямок. Недуга переходила без продїравленя прозорки а за місяць або два місяцї спостережено катаракту переднього бігуна сочки. Автор пояснює те так: з прозорки зараженої ґонококками проникає чинник викликуючий недугу до передної комірки і стикає ся тут з дугівкою і тою частію болонки сочки, котра в зріници не є покрита дугівкою. Приходить до запаленя дугівки і злїпленя її з передною болонкою сочки (synechia post.): в обсягу зріниці, широкої 1 mm, дразнить чинник недугосправчий клїтини сочкової наболони, котрі множать ся, ростуть, витворюють ткань волокнисту, укладаючу ся в верстви, значить: катаракту бігунову передну; коли устане процес запальний, зникають задні злїпи дугівки з причини великого всисаючого свойства молодого орґанїзму, зменчають ся дуже значно або зникають плями прозорки а остає катаракта, котру знаходимо у дорослого в тій самій величинї, як она витворила ся в перших днях житя, точно в серединї зріниці, тепер більшої ніж у новородка.

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

Носовий конець слезового провода у новородка не є отворений, але представляє ся яко мала булька, лежача під долїшною мушлею носовою, з малою білявою плямкою на тім місци де має пукнути, подібно, як пропукають чираки, і тодї витїкає з слезового каналу єго дриглястий зміст до носової ями. Коли болонка замикаюча носовий конець 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 медіяльно а сама доходить нераз майже до долїшної стїни носової ями. В той спосіб є дані умови до повстаня розтягненого запаленя мішка слезового (dacryocystitis), коли до змісту 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 лївім боці. Правильна довгість проводу виносить 12 mm, широкість 1·5 mm; в згаданих трох случаях була найбільша довгість 15 mm а широкість 3 mm, в однім препаратї навіть 4 mm і то в кістній частинї проводу. На внутрішній поверхни

проводу показують препарати фалди слезової болони а болонка замикаюча долїшний отвір посїдає єще кровні судини, знак, що не скоро пукне. Зміст каналу складає ся з клїтин, могучих бути лєвкоцитами або з розпадин волокнини. Розширенє дотичить найбільше мягких частий, поза кістним каналом, однако слезові каналики (canaliculi lacr.) є все правильні.

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

В обох разах може одноразове введенє сонди Bowman'a знести перешкоди дорожности проводу і через усунене розположеня до запаленя, запобічи розвиненю ся недуги.

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

На конґресї французьких окулїстів 1897 р. висказав автор гадку, що ґлявком походить з подражненя нервів розширяючих начиня (nervi vasodilatatores), коли противно в послїдних лїтах многі праці над відпливом течей з галини очної, над каналом Шлєма і над кутом дугівково-прозорковим, шукають в тих власне місцях причини недуги, не дали однако почину анї до одного практичного способу лїченя ґлявкому.

Ґрефе зробив щасливе відкритє, що ґлявком острий і підострий дає ся вилїчити ірідектомією, але він мусить сягати можливо далеко краю проминниці. Широкість вирізаного кусника дугівки є підрядного значіня, противно-же може вистарчити само розрізанє дугівки, але цїлковите. Користний вплив сеї операції поясьнює автор розрізанєм волокон нерву симпатичного. Колиби причиною ґлявкому була неправильність кута дугівково-прозоркового, то годї би було зрозуміти істнованє появів ґлявкоматичних в очах позбавлених, через кількаразові ірідектомії, цїлком або майже цїлком дугівки. Також незрозумілим є в такім разї дїланє атропіну, викликуючого ґлявкоматичні болї в оцї позбавленім дугівки; за те зрозуміємо те дїланє атропіну, коли приймемо яко причину єго вплив на нерви розширяючі начиня.

Hippel і Grünhagen зробили досьвідченє, нинї троха призабуте, що середчерепним дразненєм нерву trigeminus, одже нерву чутєвого,

викликує ся острий ґлявком. Те досьвідченє понимаємо нинї так, що не дразненє волокон чутєвих але симпатичних, йдучих в тій самій похві а виходячих з ока, є причиною острого ґлявкому. Таке досьвідченє робять лїкарі що день несьвідомо ось як: коли оперує ся одно око хоре на острий ґлявком а друге є здорове, то лучає ся, що по операції виступає острий ґлявком на короткий час на оцї здоровім функционально і анатомічно — а дїє ся те з причини уразу симпатичних волокон на оцї хорім при операції. Dastre і Morat доводять тото само ось яким досьвідченєм: коли дразнимо II., III. і IV. корінь симпатичний шийний, видимо зачервененє уха, уст того самого боку; коли перетнемо симпатичний пень і дразнимо єго центральну часть, то остає той сам бік без зміни, а за те червоніє противний бік.

З огляду що ірідектомія помагає в острих і підострих ґлявкомах, видно через перерізанє симпатичних волокон виходячих з ока і йдучих центрально разом з нервом trigeminus, а в ґлявкомах хронічних простих не помагає, то думає автор, що причиною тих посьлїдних є иньші 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 разах ganglion cervicale super., або бодай перерізати волокна виходячі з того ganglion і формуючі plexus art. carot. Автор подає оден случай ґлявкому належачий сюда і оперований в той спосіб, котрого перебіг відповідає висказаній теорії. При тій спосібности згадує, що не можна досьвідчень фізіольоґічних примінювати впрост до патольоґії, бо по перерізаню нерву симпатичного і винятю gangl. cerv. sup. у оперованої хорої остали зріниці середно широкі і віддїловували точно на сьвітло, коли противно в досьвідченях фізіольоґічних зріниці звужають ся по перерізаню симпатичного нерву до maximum а сьвітло на них не дїлає.

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

Око емметропа оперованє з причини старечої катаракти стає гіперметропічним через утрату сили ломливости витягненої змутнілої сочки. Випукле шкло о силї 10 до 12 D дане такому оку робить єго здібним лучити лучі рівнобіжні на нервівці, себ то видїти предмети далекі. З того мігби вносити кождий не добре обізнаний з річею, що сила ломливости сочки виносить 10 до 12 D. Однако так не є. Досьвід учить, що міопи о 10 до 12 D стають по

витягненю сочки гіперметропами 3 до 5 D, а рахунок увзглядняючий силу шкла потрібного до зневтралїзованя міопії і єго 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 лїченя через витягнене прозрачної сочки. Міопічні очи о 15 до 17 D обіцюють найбільше, що стануть по операції емметропічними. Висші степені міопії остануть і по витягненю сочки відповідно міопічними.

Думка лїченя міопії високих степенїв витягненєм прозрачної сочки не нинїшна. В р. 1786 говорить о тім Desmonceaux а виконує тую операцию Wenzel. Але відай успіхи були дуже мізерні, коли операцию занехано, хоть о нїй не забуто. Фукаля (у Відни) взяв ся (1889) знов до виконаня сеї операції і се єго велика заслуга; єму послїдував у Франції Vacher (1890) а потому много иньших. Операцию виконують в двох актах так, що найперше натинають передну болонку сочки і через те мутнїє сочка, чотири до пятнайцять днїв пізнїйше віддаляють змутнїлі маси. У осіб понад 40 лїтних витягає Vacher сочку, як при операції катаракти, бо сочка має вже тверде ядро, а по 3—4 недїлях ростинає або витягає позісталі маси. — Операция не є в дійсности так проста, як видає ся зі сказаного. Підчас мутнїня сочки пічнявіють мутнїючі части, викликують часто підвисшене середочного тиску, значні болї, запалене дугівки і промінниці, відчіплене нервівки. Коли мутнїне відбуває ся без тих немилих припадів, то чекають, аж сочка добре змутнїє і тогди випускають мутні маси. Коли за одним разом не вийдуть всї, то треба повторити то само і другий і третий раз. А то є некористне для бистроти зору. Тому не можна назвати сеї цїлої операції малою або незначною. Низші ніж міопії 15—17 D не надають ся до операції, бо такі очи і по операції, хоть зовсїм удалій, можуть видїти далекі предмети лише при помочи випуклого шкла. Хто має міопію 15 - 17 D або й висшу, але зносить добре поправляючі шкла, тому не треба нїякої операції. Коли одно око ослїпло з причини відчіпленя нервівки, то другого ока не треба оперувати, бо через те можна і на тім оцї приспішити повстане 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 оцї, і яснїйші. Коли око по операції стало емметропічним, то є увільнене від ношеня тяжкого шкла, котре надто давало образи забарвлені. Всї очи позбавленї сочки тратять аккомодацию, а се страта дуже велика для людей працюючих науково і маючих до дїла з предметами дрібними, лежачими не далеко від ока. До операції надають ся проте люде, котрі мають видїти предмети більші і в значнім віддаленю від ока. Вік терпіїв найвідповіднїйший межи 12-им а 30-им роком житя.

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

Автор застановляє ся над ріжними причинами валоокости і подає обширнїйше дві власні обсервації, де пізнане причини хороби було тяжке. Перший терпій 52 лїтний перебув перед 20 лїтами сифілїс, впрочім здоров. Лїве око почало перед тижнем виступати з очної ями серед незначних болїв підчас дня, а рухи єго на дїл були обмежені, через що повстали подвійнї 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 jodatum по 1, 2 і 3 gr. денно. По трийцяти ґрамах kal. jod. уступила валоокість зовсїм, бистрість зору, обниживша ся підчас найсильнїйше розвиненої недуги на $^1/_{16}$, вернула до правильного стану, подвійних образів нема. Автор уважає за причину валоокости запалене окістної болони долїшної стїни очодолу з причини перебутого сифілїс, що є власне незвичайне, бо periostitis syphilitica виступає звичайно на горішній стїні очодолу і є получена з болями в ночи. Надто терпій був жонатий від 13 лїт і був вітцем чотирох здорових дїтей.

Другий терпій 54 лїтний спостеріг перед 10 лїтами незначну валоокість з правого боку, але нї сам нї лїкарі не привязували до того ваги. Від 3 лїт почала валоокість побільшати ся скоршим темпом і дійшла 11 mm; бистрість зору = $^6/_{60}$; рефракция є гіперметропічна часом 4 D, часом 3 D, а за здоровля була емметропічна. Долїшня повіка опухла а палець введений межи очну галину а долїшну стїну очодолу стрічає опір троха більший, ніж тїстистий, але через утиск не дає ся валоокість зменчити. Жили дна ока сильно наповнені, розширені і повигинані. По кількох місяцях збільшили ся болї в оцї і очодолї, але бистрість зору поправила ся $^6/_{24}$—$^6/_{18}$. При операції (професор Фухс) показало ся, що причиною валоокости є тумор завбільшки волоского оріха зложений з кровних судин о значно згрубілих стїнах, чим пояснює ся брак виразної

стискальности властивої туморам з кровних судин. При вилущованю тумору, лежачого в задній части очодолу, межи єго долїшною стїною а лїйкою мяснїв очної галини перервано arter centr. retinae і через те око ослїпло. По чотирох недїлях не було слїду валоокости, очна галина порушала ся правильно а дно ока представляло заник нерву очного і білу пляму в околици 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 дослїди, кілько і по якім часї показує ся йодок потасу в водї передної комори очної і в тїлї шкляннім, 1° коли вкроплює ся розчин тої соли в мішок злучницї, 2° коли подає ся сіль через жолудок і 3° коли рівночасно вкроплює ся і дає внутрішно. Йод означали в сїрчаку вугля по видїленю єго квасом сїрчаним і мірили єго скількість умисно придуманою скалею. Заключеня сеї працї є такі: 1° йодок потасу роспущений в воді вкроплюваний в мішок злучницї переходить в воду передної комори; 2° в тїлї шкляннім знаходить ся йодок потасу лиш тодї, коли він дістав ся в загальне круженє крови (тодї він є і в мочи); 3° клїнїчні скількости йодку потасу подані через жолудок не дають реакциї в тїлку шкляним — хиба слабі слїди; 4° при вкроплюваню йодку в мішок злучницї і подаваню внутрішнім дасть ся виказати значнїйша скількість сего лїку в водї передної комори.

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

Коли подаємо внутрішно великі клїнїчні скількости салїциляну соду, то переходять ледво слїди єго до води передної очної комори при вкроплюваню 5% росчину водного тої соли в мішок злучницї виказали автори значно більшу скількість в водї передної комори, а скількість означали хльораком желїза. Автори поручають вкроплюване салїциляну соду при ревматичнім запаленю дугівки, при котрім все видїли користь з того.

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

Водні розчини ріжних лїків, а також поручені в послїднім часї розчини в товщах (олива, вазелїна, смалець, лянолїна) введені в мішок очної злучницї переходять в воду передної комори. Куда вони там дістають ся, є річею спірною. Над тим робили автори досьвідченя і приходять до слїдуючих заключень: 1° водні розчини передістають ся з злучницевого мішка до передної комори через прозорку; через злучницю входить лишень дуже незначна часть; 2° при всисаню водних розчинів заховує ся прозорка, наче би була зложена з ряду болон о ріжній переходимости; 3° прозорка не всисає товщів; лїки 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 інверзиї родниці.

Цїлковита інверзия родниці є дуже рідка, на увагу заслугує случай Haslewood (Lancet, december 1898). Сей случай інтересніїший тим більше, що відбув ся в приватній практиці. Розходило ся о жінку дуже нїжну, котрій при породі повитуха давала поміч. Ся не могла в жаден спосіб увільнити місце (placenta). Покликаний лїкар сконстатував крайний запад жінки (collapsus) і цїлковиту інверзию родниці, котра лежала між удами. В днї родниці (fundus uteri) прилягало ще по части місце. Кровоток був надзвичайно сильний, живчик ледво чутний. По десинфекциї розчином hydrargyrum bijodatum вдалось Haslewood-ови місце увільнити, інверзию родниці не міг направити. Покликав про те єще другого лїкаря до наркози. За помочию анестезиї етером і помякшеню мяснїв в наркозї, вдало ся з великим напруженєм вложити родницю в правильне положенє. Виздоровленє постійне.

б) Отроєнє tinctur-ою cannabis indica:

Знаємо, що фізіолоґічне 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 перевисшена.

Недужа терпляча насьлїдком hemicrania, на котру богато иньших лїків давалось без успіху, мала по припису лїкаря зажи-

вати що 4 годин 12 minims, се значить 35 крапель tinctur cannab. indic., до усмиреня болю Кілька мінут по другій дозї, мусїла недужа в наслїдок великого ослабленя положити ся до лїжка. Прикликаний лїкар найшов її в веселїм настрою, котре не могла опанувати.

Притомність була захована. Говорила живо, очи горіли, побільшені зіниці реаґували на сьвітло.

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

Терапія чорною каваю. По $1^1/_2$ год. цїлковито успокоїла ся.

Се не є одинокий случай в Анґлії.

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 лїтна дитина 25 краплями отроїла ся. *Е. К.*

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

Perret вимірював у 94 матерей голови дїтей в їх лонї і в кождім випадку, як показало ся по уродженю дитини, ріжниця в вимірі не переходила двох мїлїметрів. Він робив се в той спосіб: жінку укладав він на краю лїжка і розпізнавши положене голови дитини через піхву, за помочею маніпуляції з верха живота, укладав він її в поперечне положене. Occipito-frontal-ний вимір брав він через поволоки живота за помочею подїленого „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 cmt. від occipito frontal ного, по відтягненю одже 25 cmt. від occip. front. виміру дїстанемо biparietal-ний а тим самим найголовнїйші два виміри дитячої голови.

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

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

затичку, котрою рура є заткана. Щоби стерілїзацию повітря єще докладнїйше забезпечити, воздух а радже струя єго паде на шклянну плиту намочену ґлїцерином, 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 холоднїйші 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.

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

Bruyére каже, коли дитя є доношене а мати була здорова через час своєї тяжі, то вагу дитини можна обчислити в приближеню в той спосіб, що мірить ся bimaleolar-ний і bicondyloid-ний діяметер в колїнцї стопи, а виразивши ті числа в cent. а додавши до них три зера 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 патоґенетичність streptococc-ів puerperaln-ого процесу на звірятах і подає свої результати як слїдує: 1. по виконаній 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 днїв серед появів септикемії. 2. Інокуляция streptococc-ів до родниці двох самиць в тяжи, спровадила поронене вже в 12 годин пізнїйше, а смерть наступила в 26 в зглядно 28 годин в наслїдок септикемії. 3. При помочи сонди Caselli робив ранки в слизистій болоні піхви звіряток і всував відтак тампони з вати наповні культурою зі streptococc-ів. Тампоники міняв що дня. Чотири самички кріликів згинуло по такій процедурі в третім, четвертім, семім і осьмім дни на загальну септикемію. 4. В піхву одної вагітної самички впровадив він тампоник наповний культурою streptococc-ів. Пятнайцятого дня опісля вродило ся четверо молодих, що погинули слїдуючого дня. Чотири дни пізнїйше занедужала і мати і згинула.

При секциї найшов автор родницю виповнену мїшаниною крови і ропи, маленькі боляки в стїнах родниці; яєчники, печінка і селезїнка набрясклї. Родниця і селезїнка заключали streptococc-и.

Опісля зробив автор другу пробу на иньшій самици. В двайцять два дни по заложеню до піхви тампоника зі streptococc-ами звірятко родить четверо неживих молодих, а відтак одинайцять днїв пізнїйше само гине. При автопсиї найдено peritonitis purulenta, такої самої природи запаленє олегочної і мозкових болон, зі всїми звичайними патольоґічними змінами в тій недузї. Streptococc-и були у всїх орґанах і в крови.

В третім случаю, серед тих самих обставин що попередні, родить звїрятко 45-го дня шестеро молодих, котрі гинуть в однім дни. 5-го дня витїкала ропна теч з піхви, осьмого дня по породї зпаралїжованє самички, десятого дня смерть. Автопсия виказала ропне запаленє родницї і таке саме запаленє осердя. Streptococc-и у всїх орґанах і в крови.

На підставі тих експериментів Caselli заключає: а) Streptococcus впроваджений до порожної або тягітної родницї може спровадити смерть через загальну інфекцию. б) Streptococcus може дістати ся також через ранку в слезистій болоні піхви і в той спосіб спровадити смертельну інфекцию. в) Streptococcus впроваджений в здорову піхву може тут заховати довгий час свою заразливість, а відтак по довгім часї, як в однім случаю 45 днїв, може спровадити септикемію, коли в тім часї наступить порід або пороненє. г) Недуга розвиває ся під ріжною формою, д) раз виступає загальна септикемія, то знов ропні на дні родницї, то запаленє яєчників, salpingitis і ропні метастази в орґанах лежачих по дальше від родницї.

О. Д.

Le Bulletin Médical Nr. 20. 1899. Penitis gangrènosa наслїдком прутня paracoli (paracolibacille).

Malherbes і Monnier з Nantes подають інтересний случай phimosis в 80-лїтного старця получений з вередом (ulcus) на жолуди і притикаючим praeputium, з котрого випливало богато смердячої ропи. Corpora cavernosa значно індуровані.

Прості висліди бактеріольоґічні і культури роблені (aérobies et anaérobies) виказали діпльо- чи стрептобацила, дуже рухливого, не вірулентного, належачого після наведених авторів до paracolibacill. *Е. К.*

Дещо з воєнно-лїкарської статистики за рік 1897.

На 1000 люда що ставлялись до воєнної повинности узнала комісия спосібними до воєнної служби:

року:	1895	1896	1897
у львівскім воєннім окрузі (Militär-Territorial-Bezirk)	225	252	275
у перемискім	249	283	317
у краківскім	215	243	263
у віденьскім	220	253	318
у пештеньскім	324	339	404

У львівскім, перемискім і краківскім воєннім окрузї було на цїлу Австро-Угорщину найбільше таких людей, що не дійшли висоти 153 ctm. (У Львові 47‰ у Перемишли 64‰ у Кракові 47‰ у Дальмациї лиш 7‰). На цїлу Австро-Угорщину найбільше неспосібних до воєнної служби через слабосильність (Körperschwäche) було в окрузї (Ergänzungsbezirk) чортківскім 638‰. Коли взяти до купи усї хороби, задля котрих комісия признала неспосібними, то виходить що між Русинами найбільше між усїма народностями було „слабосильних“. За Русинами ідуть Хорвати. Найменче „слабосильних“ давали Нїмцї.

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

Ч(с)У-3:61+61(014)

Термінольоґічний витяг з цїлого Випуску.

Зладив *Др. Е. О.*

A.

abscessus, ропень.
abundantia, обильність.
Accomodationsvorrat, запас, засіб аккомодациї.
agrypnia, безсонність.
alvus, столець.
anastomosis, сполука, перегорода.
anomalia, неправильність.
antihidroticum, протипотний
ascites, черевна опухоль.
asthma bronchiale, озявна душниця.
atheromathös, затвердлий.
aufblasen, надувати.
Aufsatz, насада.
auscultatio, прислух, вислух.

B.

Beckenenge, тїснота лохани.
beiklingend, позвінкий.
Beimischung, домішка.
benignus, добротливий.
Besichtigung, осмотр.
bicornis, дворожний.
bissig, їдкий.
blasig - gross-mittel - klein, грубо-середньо-дрібно-баньковатий.
Buttersaüre, масляний квас.

C.

cachektisch, знидїлий.
canalis lacrymalis, слезовий провід.
capsula lentis, болонка сочки.
caruncula lacrymalis, слезна бородавка.
cavum nasale, носова яма.
cellulae aereae, нїм. Lungenbläschen, віддихові міхурчики.
cholelithiasis, жовчеві каменї.
cicatricare, загоїти ся.
circumscriptus, обмежений.
clitoris, скоботень.
coagula, зцїпи.
colon, окружниця.
colostrum, клий.
commissura, перегорода.
compensatio, вирівнанє, рівновага.
consecutiv, наступово.
consumptio, винищенє.
Convexität, випукленє.
corpus vitreum, шкляне тїло.
curvatura ventriculi, закривленє-, заглубина жолудка.
cyanose, синиця.
cyanotisch, засинений.

D.

dacryocystitis, запаленє слезового мішка.
debilis, немічний.
degeneratio, звироднїнє.
depressio, пригнобленє.
diarrhoe, розвільненє.
diastole, розкорч.
Doppelbilder, подвійні образи.
doppelseitig, обобічний.
dorsalis, спинний.
drohende Ruptur, грозяче перерванє.
Druck, угніт.
dubius, сумнївий.
durchgängig, прохідний.
dyspnoe, душність.

E.

Eigenschaft, питоменність.
einseitig, однобічний.
Eiterkörperchen, ропне тїльце.
embolia, зачопованє.
Entfernung, віддаль.
Entspanung, звільненє.
epispadia completa, цїлковите роздвоєнє прута.
Erguss, витеч.
Ernährungsclystier, відживча клїстира.
Erweichung, помякшенє.
exanthema, висипка.
excretio, видаленє.
extirpatio, вилущованє.
extraperitoneal, позаочеревний.
extremitates, кінчини.
exudat, висяк.

F.

fermentatio, кисненє.
fibrilla, волоконце.
fissura, щелина.
flexura sigmoidea, луква.
Fruchtlage, уложенє плоду.
Fruchtwasser, плодові води.

G.

gastroectasia, розширенє жолудка
gastroptosis, обниженє жолудка.
Gefühl, почуванє.
gelatinosus, дриглястий.
gemellinus, близнячий.
gepflastert, вимощений.
gerinnen, звурдити ся, кріпнути.
Gesammtacidität, загальна квасота.
gespannt, розтягнений, напнятий.
geschichtet, верствоватий.
glandulae sudoriferae, потні желези.
glans penis, жолудь.
glaucoma, зелений мрак.
graviditas, беременність, тягітність.
gravitas, важкість, тягар.

H.

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

I.

ichor, нїм: Jauche, сукирвиця.
individuum, осібняк.
infectio, заказа.
insertio, причеп.
intramusculär, середмясневий.
intraoculär, середочний.
introitus vaginae, піхвове уйстє.
invaginatio, впохвленє.

K.

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

L.

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

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

M.

macies, зхуднїне.
Malachitgrün, маляхітова зелень.
malleolus, кістка.
Mamillarlinie, суткова лїнїя.
manubrium sterni, рукоять містка
Massstab, мірило.
mediastinum, середгруде.
menstruatio, місячка.
meteorismus, вздуте, вздуване.
monstrum, потвора.
mucus, слизь.

N.

Nährboden, віджывка.
natrium salicylicum, салїцилян соду.
negativ, відємний, уємний.
nephritis, запалене нирок.

O.

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

P.

palpabel, вичувальний, мацальний.
palpitatio cordis, биτе серця.
parenchyma, мякиш.
patulus, розвертий.
pecten, гребінь.
penis, прут.
permeabilitas, дорожність, переходимість.
phtisis, сухоти.
pleuritis, запалене 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 положене плоду.

R.

receptaculum, фр. récipient, зберегач.
refractio, ломливість.
reissender Schmerz, рвучий біль.
Reiz, подражнене.
ren, почка.
retentio, задержане, затримане.
röchelnd, харчачий.
roseola, рожева висипка.
ructus, відбиване.

S.

saccharum lactis, молочний цукер.
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, напняτе.
spatium intercostale, межеребрє.
sphincter ani, заузний зворник.
Stamm, пень.
Stauungsniere, застоінова нирка.
sternum, міcток.
Strang, посторонок.
Streifen, die, пруги, — der (пр. Streifen Gaze), шматок ґази.
subdiaphragmatisch, підперепневий.

subligare, підвязати.
superficies, поверхня.
suppuratio, ропнене.
sutura, шев.
symptoma, припади.
synechia iridis, злїпи дугівки.
systema vasorum, судинний уклад.

T.

tactus, дотик.
teigig, тїстистий.
tolerantia, відпорна сила.
Trähnenwege, слезові дороги.
transparent, прозорий.
trauma, ураз.
Trübung, змутнїне
tuber, ґуз,
turgescere, пічнявіти.

U.

umbilicus, пуповина.
Umfang, обсяг.
Umstechen, околювати.
unio, сполука,
urate, мочани.
ureteres, мочоводи.
usura, вижолобленє.

V.

veneficium, отруйне дїлане.
Verband, сповитє, перевязь, опаска.
Verbesserungsglas, поправляюче шкло.
Verkümmerung, знидїнє.
vernachlässigt, занедбаний.
verschärftes Athmen, острий віддих.
verticalis, прямопадний.
vertigo, заворот голови.
verunreinigt, занехарений.

Z.

Zerfallsproducte, розпадові частини.
zerfezt, розклачений.
Zuwachs, приріст.