

З В І Т И.

— — — —

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

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

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

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

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

Ось докази:	1 екстракт альког.	0.0981
	2 " "	0.0087
	1 " етеру	0.0045
	2 " "	0.0008
	по травленю	0.0014
	Разом	0.1185 товщу.

Автор досліджував людську кров в 14 случаях і знайшов :

при жолудковім раку	1.4 ⁰ / ₀
„ цукровиці	0.95 „
„ отровню субліматом	0.85 „
„ звапненню бючок	0.735 „
„ запаленню легких	0.969 „
„ алкогользмі	0.75 „
„ запаленню нирок	1.10 „
„ гістерії	1.07 „
„ табес	0.89 „
„ запаленню сугавів	0.73 „
в 4 різних случаях	0.75—0.83 ⁰ / ₀

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

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

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

Автор уживав лише горячі купелі і завиванє в ліжники і переконав ся, що зараз по купели по більшій частини виділенє не змінє ся, раз зауважав збільшенє виділення. Натомість по 20—68 годинах по випівію змагає ся виділенє, лише в 2 случаях не бачив автор зміни а в 2 навіть знайшов зменченє. **М.**

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

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

Дріжджі зі споду (Unterhefe) переполокані чотири рази і перепущені через сито увільняє ся від води під тиском 150 атмосфер, відтак мочить ся чотири години (2½—4) при 35°—100° теп ота і 30-ти барометрового тиску в особнім приряді. По висушенню те-

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

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

I	3¼ год.	35—70°	8	год. на	98°	вистерилізоване	0.41	0.49	0.52
II	4	"	40—80°	8	" "	100°	0.56	0.71	0.74
III	2½	"	40—60°	4	" "	102°	0.09	0.21	0.32
			5, 10	" "	110°				
IV	4 год.	— 45 — 100°	8	" "	101°	0.10	0.25	0.31	
			10	" "	110°				
V	4	" — 45 — 85°	8	" "	101°	0.26	0.35	0.51	
			10	" "	110°				
VI	2 дні на парі		6 год. на	97°	в атмосфері CO ₂	0.21	0.35	0.38	
	при 20°, відтак		в атмосфері CO ₂						
	10 днів при								
	37°								

Дріжджі сушені в порожній при огріттю.

вистерилізовано в атмосфері водня.

20 год. 44 год. 68 год.

Числа в протязу 20, 44, 68 год. при 22° — вугляна кислота в грамах.
M.

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

Автор пробував діляти бактерій на виноградний цукер і переконав ся що на сталих підложах з желатину (3% цукру, 1% пептону, 1% мясного екстракту, 10% желатину) витворюють бактерії кристали з ванієвого щавелю (вказані хемічно

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

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

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

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

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

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

Досліджуючи виділенє вуглянної кислоти і хлоненє кльєня у пса в стані спокою і праці пробував автор заступити в пр-ля-

женню цукер алкогольом, щоб пересвідчити ся, чи алкоголь надає ся до корму і чи організм може черпати з него м'ясову енергію. — Переконав ся з зіставлень, що при заступстві цукру алкогольом ріжниця в виділеню є більша, а віддиховий квот (*quotient respiratoire*) не відповідає добуткови спалення алкоголью :

обчислено 0.763 — 0.716 — 0.730

знайдено 0.922 — 0.871 — 0.785

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

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

Вприскування в жили псів збираного і стерелізованого молока викликає в крові зміни і здержує зціплене. Автор приписує те впливови лізвн, існуючих нуби то в молоці. Додаване молока до крові в начиню не впливає на зціплене. Delerenne зауважав, якомби псає молоко не впливало на зціплене псаєчого молока. Автор не годить ся з сими вислудками і обсервації Delerenn'a пояснює тим, що сука на котрій Д. робив дослуди кормила сама, а кормлене має мати вплив на печінку, котра випродукувала лізвини. — Вприснене крові в жили викликає обнижене тиску. — (Чи не належало би шукати причини стримання зціплення в витвореню пептонів з молока, котрі як звісно адержують зціплене крові і легко могли би ся витворити в організмі. Реф.). M.

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

Витискаючи сильною прасою м'ясу можна одержати зі 100 смт волового м'яса 33 смт течі, котра проціджена через цідильце цілком добре і швидко меране при — 0,6 до — 0,7, має властивий тягар 1028—1040 і зачинає стинати ся при 48° а стинає ся цілком при 80°. Навіть при низшій теплоті підпадає часто зіпсутю і в по двох годинах є змінена. — Впущена до жолудка в кількох 20 смт на кілько м'яснів лічать їх з туберкульози. — Вприснене до крові або підшкірно є дуже труюча, бо давка 5 смт на 10 смт крові є безумовно труюча а 3 смт на 1 кіл. є максимумом. Затровне обявляє ся блюванем, бігункою. Некроскопія ви-

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

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

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

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

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

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

Скоро вприснути в очеревну крілика з протягу двох місяців висушену через кристалізацію качачу білковину, тоді повстають в крові тіла, витворюючи в качачій білковині осадок. Сі тіла містяться в сироваті крові дають осадок в качачій білковині, але не дають осаду ані з сироватями звіринної крові, ані навіть з білковою качачих яєць, оба привнайменше дуже мінімальний. — Витворився проте антипротеїн або преципітин.

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

Крім овечої і волової сировати та курячої білковини творить по лшій вприсненню до очеревної звичайний пептон Вітго в крові звіряти тіло, що дає осадок з тимож пептоном Вітго, проте антипептин, коли попередні називались антипротеїнами. Годить ся зауважити, що осадки вступаючи на звіринній сироваті по доданню сировати овечо-кріличої, курячо-кріличої, волово-кріличої розпускаються в 2% кухонній соли і дають осадки і закрашеня властиве

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

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

Відтак виказує автор, що аглютинуючі сироватки дають осадок з вилугазаними тільцями крови відповідного зьвіряти, проте процес аглютинования полягає на витвореню нерозпускаемого або тяжко розпускаемого осадку в червоних тільцях. Зціплене осадку вважає автор за ділане сили напину поверхні, стремлячої в тім случаю до витвореня як найменшої поверхні.

М.

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

Функциональні забурення і деформації зіниць суть властиві загальному пораженню (paralysis progressiva) і до тепер думали, що тих змін нема у шалючих. Mignot найшов однак у 82 шалючих, що ледви у 19.5% з них заховує ся зіниця правильно. Автор слідив за тими самими змінами у 77 шалючих і найшов лиш в 16.8% правильне заховане зіниць, забурення в 41.5%, деформації в 11.6%, а забурення і деформації разом в 29.8%. Неправильности, наведені після того, як часто повторяли ся, були: неправильна реакція на світло, деформації, нерівність, неправильна реакція при аккомодациї, об'яв Ardy's Robertson'a, неправильна ідентична реакція на сонячне і штучне світло, надмірне розширене, надмірне звужене, об'яв протівний, як Argy's Robertson'a, Hippus, парадоксальна реакція. Ті неправильности заходили найчастійше по одній, однак було і по дві, три, чотири а раз навіть п'ять нараз у одного хворого. Так забурення функції, як і деформації зіниць були найчастійше з обох очей того самого хворого. Вислід сеї праці автора є такий, що неправильности зіниць не суть виключним знаменем загального

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

М. К.

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

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

М. К.

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

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

М. К.

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

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

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

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

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

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

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

М. К.

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

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

М. К.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

в головній своїй масі є витвором передньої стіни дугівки, а не проміняці.

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

Автор слідив проміяний м'ясець в 36 очах новороднїв з сліду-
ючим вислїдком: в більшості случаїв були обі його частини т. є.
окружна і позадочна однак добре розвинуті, в 8 очах була
окружна слабо розвинена, а в 6 знова вельми сильно; случаїв же,
де би м'ясець складав ся виключно з подовжних волокон, як то зві-
щає Іванов, не бачив автор зовсім; існують отже вже у новород-
нїв індивідуальні ріжницї в будові м'ясня. Проте не годить ся Lange
з поглядами Іванова, начеб то такі самі ріжницї у старших були
наслідком відмінної рефракції ока, т. є. що слабкий розвиток окру-
жної частини в оці близькозорім полягає на атрофії її наслідком не-
діяльності, коли бо протинно сильний її розвиток в далекозорім оці
є наслідком приросту ізза збільшеної праці. Він удержує наобо-
рот, що у дорослого далекозора око для того полишилось далекозо-
рим, що окружна частина його проміяного м'ясня була від самого
початку сильно розвинена, проте не прийшло в часі приміну до
розтягання задньої половини очної галини. Короткозоре же око до-
росле стало таким тому, бо вже в часі, коли воно ще було дале-
козорим, складало ся майже виключно з подовжних волокон, котрі
коротчись видовжували задню частину галини через її розтягання. —
При тім всім признає автор, що існують ще иньші анатомічні мо-
менти, які сприяють повстанню короткозорости, пр. вроджена ріжниця
в грубости твердиці і т. и.

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

Оглядаючи очі переводив автор враз з Overweg'ом і Hasel-
berg'ом на місци т. є. в самих фабриках і робітнях, щоб пере-
свідчитися о гігієнічних умовах, а увагляючи вони яко-
військові лікарі головню робітників в віці 14—23 літ. Увагляючи
вони слідуєчі заводи: складачів письма, друкарів, золотників, но-
воє блярів, робітників хірургічних знарядів, ритовників, слюсарів,
тонірів, точильників, ковалів, формуєчих машини, столярів, полі-
тнієчих меблів, робітників фортеп'янів, різьбарів, боднарів, брусу-

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

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

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

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

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

тантам не привик до задаваного средства. Та оба різнять ся в тім, що коли Fournier лічить лише внутрішню, то Neisser дає втирання і вприскування на переміну, а лише рідко ртуть на внутрішню і зовнішню ділянку на кормовий провід.

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

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

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

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

Внутрішню записуєся тільки в конечности пилючки в знаній формі яко кальомель в порошок.

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

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

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

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

яснійше світло на великі зміни в хемізмі крові пневмоніка. Показало ся, що підчас недуги скількість ClNa в крові зменшує ся, а точка замерзнення мимо того іде в гору. Її се поява, котру можна пояснити лише збільшенням розпускаємих субстанцій в сироваті, то значить зміною в хемізмі крові. Справді і з сего досвіду нема ще практичних наслідків. — Спеціально підносить реф. вартість венесекції а іменно венесекції полученної з інфузією кухонної соли, що К. уважає „неоцінним симптоматичним способом“. — Спосіб той показав ся при лихій респірації і живчику „спасенням“, так що о його добрім діланю нема сумніву. Впрочім держить ся автор загально прийнятого способу симптоматичного лічення горячки, то є: мірні гідропатичні заходи, евентуально проти-горячкові ліки як антипірін, саліпірін і саліциль, лише при дуже значнім підвищеню горячки волить він хінін. Ліки на блюванє улегчують утруднену експекторацію, пивки або баньки лагодять появи подразнення олегочної, алкоголь і иньші екситанції поборюють небезпеченство западу. Ще яснійше як з реферату Когануїго виходило з висновків коррєферента Pel'a, що наша терапія запалєня легких не є в силі в якій небудь спосіб вплинути на вкорєченє або зміну в пробігу недуги. Проте повинен лікар як найменше вмішувати ся в правильний пробіг недуги, і дати можливість силам природи розвинути ся в необмежений спосіб. Одначе „не вмішувати ся то ще не значить нічо не робити!“ Власне на поля гігієни і опіки коло недужого дасть ся дуже много досягнути. — Він наводить много таких заходів, котрі впрочім є загально звісні і уживані, осібно піднести годить ся хіба те, що автор з певним натиском домагає ся подаваня желіза в реконвалєсценції по запалєню легких, „бо пневмонія в значній мірі нищить кров“, і що він не може обійти ся без алкоголю помимо наперстниці. Не треба єго лише давати без потреби або за много. В случаю *delirium tremens* подає автор *chloral-hydrat* в получєню з екситанціями.

З дуже оживленої дискусії варто піднести голос Розенштайна, щоби при запалєню легких пильно означувати границі серця. Збільшенє фреквенції живчика і розширенє серця на право вимагає уживаня екситанцій, алкоголю, камфори і т. и. — Проти алкоголю виступили деякі практики а головнo Schultze. Він перестерігає перед ним і дає лишєнь таким недужим, котрі до того привичні. Він подає радше другі екситанції пр. каву. — Що до некористного діланя наперстниці прилучує ся він до думки Pel'a. А що найгірше, жалує він, що ми властиво не маємо ніякого певного *expectorans*. На се замічає Naunyn що в тім напрямі не рає

дуже добре ділає Jodkali, головню у пневмоніків, котрі рівночасно недомагають на старі проволочні нежити віддихового укладу або на розширене легких (задуху). До поборюваня западу надав ся ему добре ерготон в підшкірних давках по 0,4—0,5. — Pick заперечив добрі наслідки з подаваня ерготону. Оден Lenhartz став в обороні так загально погорджуваної наперстниці (по думні реф. дуже слушно) і підвіс-її яко найліпше tonicum підчас запаленя легких. Він дає її недужим старшим више 40 літ, і переконав ся, що вона ділає дуже користо на силу і пружність серцевого мяся. — Nothnagel зауважав, що передбесідники замало піднесли значіне водолічництва, котре при пневмонії дуже з користию дасть ся примінити в формі зимних купелі, теплих купелів з зимними натрасками, завиваня і т. и. Навіть в таких случаях де иньші способи цілком не дописали, бачив він з таких водолічничних заходів дуже добрі наслідки. Senator поручає подаваня води внутрішню, чи то в формі теплої гербати, що очевидно спомагає приливу крови до ахорілих слизних болон, або в формі мінеральних вод чи то чисто алькалічних чи алькалічно-сілих (щавних), котрі може добре ділають через свої ормотичні прекмети. Що небезпека житя у пневмоніків походить головню від ослабленя серця і судин, се всі признавали загально, лише Lenhartz приписував велику вагу діланю бактерий а Bäumler бачив дуже рідкі случаї (між 800 недужими 2 рази) смерть з причини мозкової, під появами подражниеня блудного нерву, надмірно високої горячки і шалених делірій, де всяка терапія показувала ся цілком немічна. E. O.

E. Neusser (Відень): Maltafieber. 3 XVIII зїзду для внутрішньої медицини в Вісбадені р. 1900.

Цікавий случай демонстрував на тім з'їзді E. Neusser. Є то так зовима мальтейська горячка (Maltafieber), недуга у нас справді дуже рідка, але на побережах середземного моря дуже розширена. Недуга ся здає ся в недовзі буде грати важну роль в армії а головню між жовнярами маринарки. Тут стає диягностик перед дуже тяжким завданем, а терапевта перед цілком нерішеною новою справою. Недужий Neusser'a хорий уже від 8 літ. Слабість хар'теризує ся нападами горячки, котрі виступають в неограничен відступах, тривають завігди 1—5 неділь і протягають ся тая місяцями, ба і роками. Острі напади нагадують живо пропасниця, півострі дають образ подібний до дуру або хронічної туберкуляції, а при рівночаснім заатакованю сугавів виглядає недуга

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

Е. О.

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

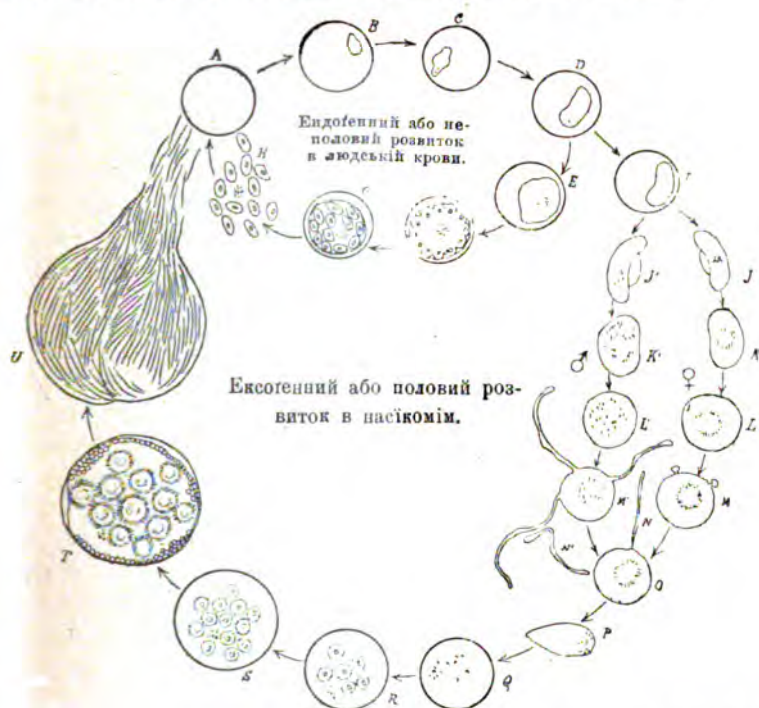
Автор описує прикмети правдивого парасита пропасниці і відрізняє до тепер ось які відміни єго: 1) парасит четвертачки, 2) парасит третячки (оба достаточні звісні череа дослїди Golgi'го), 3) парасит тропічної горячки (aestivo-autumnalis) дослїдами Marchiafavi-яко особна порода стверджений. Лиш ті три відміни уважає К. справдішними людськими параситами. Прочі три звісні відміни находять ся лише у звірат: 4) похожа на парасита пропасниці відміна у малп (знайдена Кохом у африканських малп), 5) *Proteosoma Grassii* (Labbé), 6) *Halteridium Danilewsky* (Labbé). Сі дві відміни знаходять ся лише в крови птиць. Правдоподібно число їх з часом збільшить ся. Знайдені Кох'ом парасити в крови рогатої худоби, а *Dionisi*-м в крови лиликів належать здає ся також сюди.

Усі до групи параситів пропасниці належачі мікроорганізмами розвивають ся дуже анальоґічно. Проте виплатить ся досліджувати докладно і експериментально перебіг розвитку звіринних параситів пропасниці, бо з тих експериментів можна вносити на розвиток людських параситів пропасниці. Кох подає в сій праці докладні висновки своїх студий над параситами *halteridium* і *proteosoma*. Головно у послїднього парасита птиць удало ся єму вивести цілий зложений перебіг розвитку докладними експериментальними дослїдами. — В подібний спосіб належало би дослідити незвісний ще до тепер перебіг розвитку людського парасита пропасниці.

Е. О.

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

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



Розвиток парасита пропасниці, на горі в чоловіці, на долині в насікомім.

A Зривне тільце крові. B C D E Те саме зажажене амебулою. F G H Спороцити. I Свобідні парасити пропасниці в кормовім проводі насікомого. J—M Мужські гамети. J'—M' Жіночі (Макро) гамети. N N' Мікрогамети. P Так зовніма Travelling icule. Q Молодий цитот. R S, Цитотомени. T, Блястофор. U, Зрілий цитот, тріскаючи; серповаті тільця стають свободні.

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

Е. О.

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

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

Е. О.

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

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

До певного ступня творить ся се само через олегочні зрости. Ї се нїяко самопоміч організму. Натриси можуть дати повід, неважаючи на вибір случаїв, до нежитів в горішних частинах віддихового укладу, до ревматичних і олегочних болїв; ходжене по горах може дати повід до кровотоків з легких, навороту горячки і болїв. Уживане води треба проте ограничати лише до чищення і відсвіження шкіри. Найліпші є для сухітників теплі змивання, теплі купелї в ваннї і то дуже обережно, бо всякі иньші заходи получені з утратою теплоти є для таких недужих шкідливі. Побут на свіжім, здоровім воздуху є безперечно надзвичайно користний, але і тут не вільно перейти границї, бо можна дуже легко зашкодити. В часї слоти, вітру, по заходї сонця повинен сухітник сидіти в хатї. Лежене на вільнім воздуху в зимні вечери, спане в зимі при отвертїм вікні або в слоту дразнить гортань і викликає кашель. — Також не відповідним є кормити сухітників понад міру, піддавати їх так зовимому тученю (Masteur). Нагромаджена товщ не дає нїякої охорони проти недуги і єї дальшому розвитку. Ані кашель ані скількість плевни не зменшує ся. Лише недужий стає більше отяжілий, функції серця утруднені з причини затовщення серцевого м'яся. — В той спосіб досягає ся впрост противний результат. Найважнїйшою справою є задержане доброго апетиту. Велика скількість корму, головнїю молоко подаване великими порцїями і то ще між сїданем і обїдом, або обїдом і вечерею, обтяжає кормовий провід і віднімає апетит. Дуже часто вважають молоко, що воно не є добре стравне, і додають до него коняк, вапнянної води і т. д., щоби єго зробити ліпшим. А то лише за велика скількість поданого корму є причиною погіршення апетиту. Добрий жолудок є найліпшим средством оборони проти розвитку недуги. Вправдї стрїчаємо нераз великий брак апетиту без видної причини. Правдивий апетит вертає аж тоді, як недуга починає дійсно уступати. З обниженням теплоти тіла вертає назад і охота до їди. Склад крови поправляє ся і всі тканини тіла беруть участь в підвищеню ваги тіла у недужого. Власне горячка буває з часта одинокою причиною браку апетиту. Сухітники оказують нераз дуже низьку теплоту, так зовиму під-теплоту. Ї то без сумніву наслідок браку кр —. Проте всякий убуток теплоти може прямо шкодити. — Неду і з горячкою повинні безумовно лежати в ліжку, доки теплота змєна під пахою не буде і пополудни виша як 36.7° до 36.8° . При високій і сталій горячцї треба заховувати абсолютний спокій і не мінявати положенє, так як при зломаню ноги або запаленю очей. Ліків проти горячки не давати зовсім, вони лише викли-

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

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

Е. О.

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

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

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

Е. О.

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

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

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

Е. О.

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

Лік сей подавано при безсонницї, з причини гістериї, неврастевнїї, надміру праці, підійшого віку і т. д. Досьвіди роблено в 72 случаях і то на 41 ріжних особах. Сон приходив в $\frac{1}{2}$ найдалше в 1-годині і тривав звичайно аж до рана. Скількість мочи не була ніколи в великій мірі збільшена. Давка була все 0,5—2,0 gr. Рідко

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

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

Р. пробував в 10 случаях 20% чопки з нафталяну при гемороїдах. Були то недужі різного віку з більшими і меншими, внутрішніми і вишніми гемороїдальними вузлами. У одного недужого, котрий мав при кождім стільці величезні гемороїдальні кровотоки, і де операція була конечна, лише мусіла бути відложена, бо, недужий знаходив ся в реконвалесценції по тяжкім запаленю легких, показали ся чопки з нафталяну знаменитими, кровотоки перестали по 8 днях, а вузли так зменчили ся, що недужий про операцію і слухати не хотів. Досвіді научили автора, що нафталян надає ся дуже добре до лічення гемороїдів. Треби лише чопки робити троха твердші а іменно до 1, 5 гр. Вугор. Сасао додати ще Серає флаве 1, 5 гр. У всіх недужих зробив ся і стілець далеко легчий. *Е. О.*

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

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

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

Хоч при ліченю туберкульози безперечно заслуговує на першєнство полудневий клімат, то всеж таки, скоро ходить о ліченє за-

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

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

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

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

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

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

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

Небезпеченство яке постває в наслідок подруж туберкульозних осіб для обох сторін грізне, але ще в більший мірі для жінки.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Е. О.

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

Не маючи заміру обнизити значіння і признаючи велику вагу дослідів плеврин, крові і мочи подає К. вказівки як належить поступати з недужим підозрілим на туберкульозу, узвгядняючи головню анамнезу, інспекцію і фізикальну діяльність.

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

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

по тім безпосередно перевести (дуже бліда слизна болона гортани зраджує наклін до туберкульозу), туберкулічні прищі, бакцилі дають певність. По роздягненню недужого зверне лікар свою увагу на стать грудної клітки, можливі втягнення грудної стіни, набряск желез, спосіб віддишу і положення кінцевого удару серця. Відтак наступає пальпация, можливість розширення грудної клітки, і грудне дряжжє (fremitus) вказує на затвердь легких. Випук з переду над і під ключицею і позаду на вершку лопатки, і саме випукання ключиці впрост, іменно коли пукати пальцем, вказує нам перші початки затверди легких з цілою певністю. При вислуху треба знати, що постійний в однім вершку легких виступаючий шорсткий вдих є найпевнішим і частішим знаком туберкульозу легких. Шелести в долішних партиях легких вказують не на поважніші зміни в тих місцях, але на перекровленє споводованє набряском озивочних желез. Що до хемічних і біологічних реакцій, то знайденє туберкулічних прутів є для уважного і досвідного лікара добрим потвердженням его діагнозу, але з браку їх не можна нічо вносити, скоро діагноза опирає ся на основнім фізикальнім досліді.

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

Е. О.

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

Звісно, що в послідних часах множать ся прихильники теорії, що унаслідженє туберкульозу не є науково узадаєненє і що велику смертність членів тої самої родини на ту недугу, треба пояснювати загаженєм прутнем Коха через близьке житє в тих сьмях

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

Е. О.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Кох виходить з того założenia, що туберкульоза від часу відкриття туберкулічного прутня, котрий є безперечно причиною недуги, не може вважати ся так як перше безнадійною невилічимою недугою, але може бути через відповідні раціональні заходи дуже в своїм розширеню обмежена і поборена. Яким способом то може зробитися, показує він на примірах досягнених при инших заразливих і пошестних недугах, як чума, холера, скаженина, лепра, проти котрих не поступав ся по одному шаблону але кожду з них поборює ся спеціальними способами, як заткане їх жерел, зроблене не шкідливими батарей., ізоляцією і т. д.

При туберкульозі вважають загально найважнішим жерелом зараження плювини сухітників містачі в собі прутні. Плювини сі бувають або розсіяні і літають сухі дрібними частинами в воздуху, або приліплюють ся мокрі на одєжи і вгнєших знарядях і в той спосіб доходять до здорових легких, котрі відтак заражують. Проти сему грає унасліджене дуже малу роль.

Яко друге жерело вважають зародні, походять від туберкулічних домашних звірят, котрі містять ся в молоці, ма лі

і м'яси. Про тождсамість людської і звіринної туберкульози, висказався Кох вже перше з великою резервою. Щоби по можливості вияснити це питання, старався він телята, котрі витримали пробу з туберкульозом, і могли бути уважані напевно яко вільні від туберкульози, в ріжний спосіб заразити чистими культурами людської туберкульози: через підшкірне вприснене, через вприснене в червну ямину, в жилю, через кормлене плювинками, через інгаляції розприсненою водою, містачою в собі прутні. Ні одно звіря занедужало, ані не оказувало по забиттю по 6 до 8 місяцях ніяких позначків туберкульози в своїх органах.

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

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

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

Кох думає проте:

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

Лишають ся проте плювини сухітників, яко найбільше небезпеченство розширення недуги, а уможливити знищене, вглядно за-

побічні розширею їх є найважнішою задачею в боротьбі проти туберкульозу. Ця задача є найтяжшою в тісних, щільно замешкалих і але вітраних помешканнях бідного населення. Тут є правдиві гнізда туберкульозу. Проте мусить законодавче, упорядковане мешкань і піднесене соціального добробиту людського іти поруч з боротьбою проти туберкульозу.

Дальше вказує Кох на значіння шпиталів виключно для сухітників, які дотепер є лише в Англії і звертає ся до добротності громад та поодиноких заможних добродіїв. Скоро сухітників бідних верств людських знайдуть аж до смерті в таких шпиталях поміщені і відповідну опіку, то тим самим зменшує ся небезпечність розширення сеї недуги в великій мірі.

Важним уважає Кох також примус доносу, скоро не усіх slučajів туберкульозу, то принайменше тих, що можуть бути небезпечні для свого оточення. Такий примус є вже заведений в Норвегії законодавчою дорогою, в Саксонії міністеріальним розпорядженням а також є заведений в Нью-Йорку і інших північно-американських містах. Відтак уважає Кох конечним дизенфекцію одіня і інших річей кожного помершого на туберкульозу.

Вкінці згадав ще Кох про виховане публіки в напрямі зрозуміння сути недуги, і про санаторія, котрі мають лише значіння для недужих з початками туберкульозу і закінчив тим відчит.

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

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

Скоро мезентерияльні желези бувають так часто заняті без видимого ушкодження кишок, то одинокє природне і конечно поясненє сеї появи є, що туберкулічні прутні корму переходять через слизну болону кишок не ушкоджуючи її, і осідають в мезентерияльних железах. Звісно усім, що навіть прутні дуру, котрі головно творять ся на слизній болоні кишок, можуть виїмково перейти через неї, не викликаючи характеристичних змін. Як таке може стати ся з прутнями дуру, о скільки легче може се стати ся з прутнями туберкульозу? Як би се була правда, то докази Коха відразу упадають. Що до дослідів Коха, що не повело ся заказити рогату худобу материялом добутим з желез дитий померших на *tabes meseraica*, то тих дослідів є безперечно ще за мало; а коч би їх було і більше, то се би ще по его думці нічого не до юдило. Бо є можливо, що туберкулічні прутні походять з молока по дорозі через чоловіка і находячі ся вкінци в мезентерияльних железах, можуть змінити так свою вдачу, що хоч походять від рога ої худоби, не мають вже прикмет правдивих прутнів, і через те

не дають ся перещепити назад на рогату худобу. Зійд мусить жадати докладніших дослідів сего питання, нім згодить ся на твердження, що чоловік є не вразливий на туберкульозу рогатої худоби.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

сїдибу закаженя, усунути небезпеченство для окруженя, а хорих віддати так скоро як лише можна до санаторії.

Санаторії, котрим приписує бесїдняк в ліченю туберкульози велике значїне, повинні бути по яго думцї: від місцевостей віддалені, замкнені від окруженя, асептичні, добре ведені і устроєні по принципу Dettweiler'a; тілесний і душевний спокій, добра пожива і ліченє на вільнім воздуху (Freiluftbehandlung) повинні бути головними чинниками ліченя. Brouardel розводить ся широко, що в тім вапрямі і взагалї в боротьбі проти туберкульози в поодиноких краях вже зроблено, і на перше місце кладе Німеччину. Відтак констатує, як не узасаднений є страх перед тим, щоби санаторії були небезпечні для окруженя і яке мале небезпеченство є для лікарів і служби.

Вкінці вказує на потребу відкаженя желїзниць, кораблів, готелів, на потребу примусу доносу, який до певного ступня є вже в Німеччині заведений, і на міжнародне вспільне поступовне усїх в боротьбі проти туберкульози.

Chaplin висказує бесїдникови подяку і тішать ся з того, що найбільші авторитети, годять ся в своїх думках у всїх питаннях що до розширеня і ліченя туберкульози.

Gerhardt з Берліна говорить більше менше те саме і годить ся з передбесїдником.

Lister додає до відчиту Коха ще додатково ось які замітки: *Britisch. med. journal* з 27, липня і 3. серпня 1901.

Мої замітки до відчиту Коха на зїзді для туберкульози виголошені послїдного вівторка, містять в собі одну точку, котру я би рад де в чім справити і доповнити.

Я сконстатував, що скоро знаходимо мезентерияльні желєзи закажені туберкулїчними прутнями без видимого ушкодженя кишок у дїтий померших на туберкульозу, у котрих не знайдено де вїде туберкулїчних огнищ, то найприроднїйше і майже конечно розумованє є таке: туберкулїчні прутні корму мусїли перейти через слизну болону кишок не ушкодивши її, і осїли в мезентерияльних желєзах. Скоро я замість „корм“ скажу „кормовий провід“, то виражу здає ся тим правдивий стан рїчи.

Зміст кишок складає ся не лише з більше або менше змієних страв, але також з виділенн різних желез, котрі виділяють свої продукти до кормового проводу. Таким продуктом є також слиз'язовок, котру ми заодно разом з порошком несвідомо проковтуємо. Вдиханий порошок становить проте так само зміст кишок як страв: і скоро кормить ся дитину не вареним молоком від корови з віємем закаженим в котрімсь місци туберкулічними прутнями то може повстати питана, котрих прутнів є в кишках дитини більше, чи прутнів рогатої худоби спожитих з кормом, чи прутнів людських вдиханих прямо з воздуха. Скоро проте мезентеріяльні желези суть лише одиноким місцем у дитини закаженим туберкульозом, то ще з того не виходить що ті в железах находячі ся прутні мусять походити з молока. Се спостережене промавляє на око за гіпотезою Коха, але его доказ, котрий оснований ся на тім, що помимо так частого проковтування прутнів з молоком первісне ушкоджене кишок є так рідке, тратить цілком ґрунт під ногами; бо з огляду на те, що дуже часто знаходимо в змісті кишок надзвичайно велике число людських прутнів можна би в той сам спосіб сказати, що перенесене людських прутнів на чоловіка є неможливе.

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

Кох доказав, що людські туберкулічні прутні не дадуть ся перещепити на рогату худобу. Але противне тверджене, що туберкульоза рогатої худоби не переносять ся на чоловіка, можу сьміло сказати є зовсім не правдоподіне.

Е. О.

анн: Über die Anwendung und therapeutischen Indikationen des dipins. Therapeutische Monatshefte 1901. N. 7.

одипін можна уживати у всіх тих случаях, де уживає ся кали. Кали jodatum а головню там, де недужі неносять добре

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

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

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

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

лінії проте дбати, щоби діабетик не спадав з тіла і мав вистарчаючу підстілку товщеву.

Е. О.

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

Наслідки онанії не в у кожного чоловіка однакі. Найбільше шкоди приносять вони у дуже молодих дітей, при тім нервових, і при дуже частім виконаню її. Мірна мастурбація не приносить більшої шкоди як мірне виконувание полових сходин. Описані в деяких книжках страшні наслідки онанії в на всякий случай пересядні. При надмірнім виконуваню, скоро зайдуть ще і иньші ослаблюючі чинники, можуть справді виступити тяжкі неврастенічні появи, так як впрочім при таких самих обставинах по надмірних полових сходинах. Специальної мастурбаторичної неврози властиво нема. Головні прикмети мастурбаторичного збоченя у дітей, підпростків, і душевно тяжко обтяжених в: брак енергії, страх, неспілість, ослаблене, змішане, ляк, битє серця, духота, нехїть до науки, неспілість до серйозної праці, брак пам'яті, розсїянїсть, внутрішнє невдоволене, надмірна вражливість і дражливість, гіпохондричні і меланхолійні появи, біль голови, жовта краска лиця і вихудніне. Найтяжшї появи і найгіршї наслідки бачимо у нервово обтяжених осіб, котрі будь що будь не такі страшні як бувають описані в деяких публікаціях. Одначе в 3 случаях обсервовав автор самоубійство. У душевно обтяжених може прийти до виразної мастурбаторичної параної.

О якійсь профіляксі нема що й говорити. Звичайно дитина вже давно віддає ся потайки онанії, нїм ся впаде на слїд. Скоро проте родичі або опікуни з причини злого вигляду, розсїяности, лїннєства дитини прийдуть на слїд, то треба вперед впливати виховавчо. Нєраз доводить до ціли усуненє иньших недуг, як нічне моченє, міхуреві камінї, фімоза, філярія, недуги в околиці відхідниці. Нічне моченє, одна з найважнїйших причин у дівчат, треба лічити фармизацією міхура. Екзем відхідниці, сверб, пукненя, гемороїди лічить автор іхтиолом, і то спеціально мастєю з адстрінгенцій, антисептиків і іхтиолом, званою аналія. — Сей лїк в правдиве добродїїство для недужого, усуває усі причини задражненя сеї околиці. Иньшї драстичні способи ліченя, як операції на graeputium, вкладає анд до мочевої цївки, звязанє рук і таке иньше уважає ав-

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

Е. О.

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

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

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

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

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

Велику лічничу вартість має вода Vichy, так як усі води містять в собі бікарбонат, при ліченню цукриці. В многих случаях не можна справді помімо аькалічної дієти довести до цілковитого вилчєня. На всякий случай можна перешкодити наслідкам повставшим з причини надмірної продукції цукру. Найлегчі суть случаї де маємо перед собою правильну виміну матерії. Але і инші случаї приміром з сильним співуділом панкреасу потребують довшого постійного аькалічного лічєня. Дуже потрібне є уживанє аькалічних вод ще через те, щоби організмови додати велику скількість аькалій і тим охоронити єго від небезпечєства закажєня кислотою то є забезпечити єго проти коми.

Неменчу роль грають аькалічні води при ліченню хронічних нежитів жолудка. Вони сприяють кисєнєю і через вьможєнє рухливости причиняють ся до скоршого переходу змісту жолудка до кишок. Вільна CO_2 побуджує до виділеня правильних виділин жолудка. При водах Vichy помагає ще тому виділенню велика скількість бікарбонату, котрий в жолудку розкладає ся почасти на NaCl і CO_2 . Але і навпаки при недугах жолудка ідущих в парі з вьможєним виділенєм кислоти, можна уживати води Vichy цілком з добрим резульєтатом на пр. при жолудковім приці на хльоротичній основі, при надмірнім виділенню жолудкової кислоти і т. д.

Дуже розширене є уживанє жерел Vichy при недугах печінки. При значних змінах в структурі не можна вправді сподівати ся много. Всеж таки при гіпертрофії печінки є аькалічне лічєне з огляду на живійшу виміну матерії, дуже великої ваги. Найціннійшим є уживанє сєї води при жовчевих камінях; вона споводовує вьможєнє виділенє жовчи, розпускає її і улегчує проте розпущєнє камінїв і посуванє їх наперед.

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

пухлинна щезає. Здає ся що води ділають впрост на паренхим нирок і на їх наболонь. До найвдячнійших завдач належить усунення мочевого піску. Менше поради є уживання тих вод при фосфатуриї. Вправді через розведення мочи наступає зменшення але очевидно не цілковите усунення алькалісценції.

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

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

Е. О.

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

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

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

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

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

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

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

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

E. O.

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

В протиставленю до попередного автора іде сей автор в слїди Staelman'a і крушить копії за подаванем туберкулїчним антипире-

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

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

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

Ліченє причинове, то є так зовиме ліченє сироватку зробило цілковите фїяско і цілком природно, бо не знати, котрі бактерії є причиною недуги чи дїпльококи Таліамон-Френкля чи бактерії Фрідлендера чи може ще які иньші незвісні нам. Також і захвалявані специфіки головно хінін і наперстница не устояли ся. Конець кінцем ми обмежені на симптоматичне ліченє.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При заатакованню мозкових болон дати лід на голову, апарат Ляйтера а більшим дітям п'явки поза уха.

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

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

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

Автор констатує на конець, що як бачимо запаленє легких дає можливість лікарєви багато причинити ся до перебігу недуги, проте не треба сидіти з заложеними руками. *Е. О.*

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

Автор промавляє за уживанем іхтиолу при рожі лица, хоч много иньших авторів противні тому. Спосіб єго поступованя ось який: цілу заняту частину лица і частину сусідної околицї не виявши повік і уст, мастить ся чистим не розведеним іхтиолем досить грубо і прикриває ся по короткім часї тонкою верстовою вати. По висушеню кладе ся грубшу верству вати і зав'язує ся хустиною дуже легонько. Мужчин треба перед намащенням обголити але всего раз аж до виговня. По намащеню чує хорий сейчас полегчу, головно почуванє напину в шкірі сейчас уступає. В разі потреби, що впрочім рідко лучає ся, треба намастити другий раз по першій тонкій верстві вати і то на третій день недуги, звичайно обмежує ся процес на первісно заняту околицю. Шкіра стягає ся і лущить ся разом з зашущеною долішною верстовою вати в протягу одного тиждня, а злучені місця покривають ся сейчас здоровою рожево закрашеною наболонею. Неудач оба комплікацій не мав автор в 54 своїх случаях. *Е. О.*

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

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

Centralblatt für innere Medizin 1902. Nr. 1.

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

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

Се не може бути инакше. Бо какодилева кислота змінює ся в жолудку стрітивши ся з органічними масами в кормовім проводі частково в субстанцію надзвичайно їдку, воняючу цісняком.

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

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

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

Цальше вивислює автор цілий ряд недуг, де ділане какодилевих має би дійсно чудесне. А іменно: інфлюєнца, запалєне легких

по інфлюенці, пропасниці, тяжка анемія, лейкомія, неврастенія з загальним занепадом сил, цукриця, дихавиця, хорея, довга реконвалесценція, тілесні ушкодження, зломане костий, наслідки частих породів, а в кінці надаюче ся нічим вдержати блюване вагітних. Менше певні, ба і сумнівні були вислідки при недугах Parkinson, Basedow'a, myxödem, також при дегенераціях наслідком душевних збочень.

В великім числі случаїв можна роками робити вприснення безлихих наслідків в відживі, або змін в печінці, нирках, кормовому проводі, центрах нервових і шкірі. Лише виїмково стверджено конгестиві в лиці, ослаблене слуху, кровотоки з родниці, і то лиш тоді, як не дотримувано добре павз. Одноті противказання в недугу печінки, як конгестиві, рак, жовтільність, і т. и.

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

Jalaguier обмежує трохи примінене какодиліатів лише на случаї де ходить о піднесенє ослаблених сил недужого і реконвалесцентів то є: 1^о при туберкульозі першого ступня, 2^о при форсуставовій і скрофулічній і при набутій поволи поступаючій туберкульозі другого ступня 3) в дуже малім числі туберкульози третього ступня, а іменно там де розвиток недуги виїмково повільна. Противказанє є ліченє какодиліатами в другій дразливій стадії. Також і в третій стадії в деяких случаях не приносить се ліченє ніякої користи. При місцевій туберкульозі і иньших недугах рівняє ся діланє какодиліатів зеро в що найменше є дуже сумнівє.

Е. О.

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

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

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

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

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

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

Спосіб лїчення скрофульози наводить автор після Ritter'a. Він поставив головнo ось які правила: можливо довгий побут на свіжїм воздуху, і як найстараннїше використанє дїланя промінїв сонїчних що дає товчок до лїпшої виміни матерії. Дальше поручає Ritter дуже докладний добір корму і ріжні способи загартованя: поступенно холоднїйші змиваня, натираня, гімнастика легких, сонїчно-піскові купелї а в кінци стараннє лїчення поодиноких признак. Що до добору корму, то Ritter кладе велику вагу на міне-

ральні соли і не каже їх додавати штучно лише добирати відповідні страви багаті в ті соли. До них належить сьвіжа ярина: ашпінат, морква, різні роди салати і овочі. Добре діlane трану пелюгає на опадженю білковини. Вкінці жадає автор згідно з нинішними новітніми авторами уміщення дітей в відповідних санаториях, і то реформу старих вже існуючих і будову нових головню на побережу моря. Скоро стверджено напевно закажене набряслих желез туберкулічними прутнями, радить автор операцію (витяг) де лише сиди дитини на се позволяють.

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

Котрими дорогами зароденє туберкульози любить у дїтїй ходити, бачимо ми на частім заатакованю желез дишного укладу і кормового проводу. Желези грають нїяко роль фільтрів. Вроджених случайв туберкульози є по думцї автора мало. Вправді може зароденє перейти з батька дорогою сперми або з матери через місце. Звичайно одначе наступає закаженє дорогою вдиханя. На підставі досьвіду і досьлїду многих авторів не уважає автор саме вдиханє так небезпечним, як сидженє і дотик дитини з занечищеною підлогою. Місцем незвісного закаженя бувають часто мікдалки і аденоїдні вегетациї, проте належить на сї річи звертати свою особливу увагу.

В новітших часах звертають дуже много авторів своє баченє око головню на мікдалки, на котрих осїдають не лише зароднї туберкульози вдиханї воздухом, але також осїдають зароднї містятї ся в лихїй поживї.

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

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

Автор констатує далі, що туберкульоза в першій році життя
є може частіша як загально думають, частіше одначе лучає ся
вона в другій році життя а найчастіше виступає між другим а пя-
тим роком. Образ дитячої туберкульози буває дуже різнородний.
Найчастіше бачимо форму туберкульози желез озязок, бронхопнев-
монію, віліарку і т. д. Але доки сї зміни дадуть ся дослідити, може
звернути нашу увагу, навіть без кашлю і бицилів, продовжений,
неозначений або і озязочний видих на початок недуги, часом бувають
звучні дрібнобавьковаті шелести в верхках легких, а скріпити пі-
дозріє може піднесенє теплоти, брак апетиту і гастричні появи.
Не малої ваги є спостереженє, що до унаслідження і можливого
закаженя з окруженя, відтак зміна в усposобленю з веселости до
сумовитости, що у дїтй є незвичайно важне. Скоро бачимо ми
в проволочних случаях очевидний і скорий занепад сил, помимо
доброго відживленя, набряск надключицевих або і подальших же-
лез, часом даючи ся вимацати мезентерияльні желези, кашель
подібний як при коклюшу, то діагноза не лишає вже нам ніякого
сумніву. Інші туберкулїчні появи на шкірі і костях потвер-
джують ще діагнозу, а вкїнци можна сондою добути з про-
ляку плеврини і мікроскопом дослідити чи нема туберкулїчних
прутиїв.

Характеристична є також дитяча туберкульоза очеревної, ко-
трої появи головнo ось які: по середині живота добре вичувальний
гуз нераз значної величини, або дрібні неначе в стїнах живота ро-
змїщені розсїяні гузи.

Часто буває туберкульоза малого мозку, хоч для її ствердження
бракують цілком специфічні появи, та з огляду на рідкість внїшних
мозкових наростів в дитячій віку, треба все думати про туберку-
льозу і тим улегчує ся діагноза.

Що до новїших форм і льокалізацій туберкульози не прине-
сла нова література нічого нового, мимо дуже широких дискусий
в нїх напрямі на XIII міжнароднім зїзді в Царвжи.

Що до поборюваня і способу лічення туберкульози то справа
та стоїть тепер на чолі публичної дискусїї. Правила важні для
ту ркульози взагалї треба примінити і для туберкульози дїтй.
Цї віляксїс має в двох напрямх поступати, насамперед поборю-

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

Такі профіляктичні заходи є тим більше конечні, що ми не маємо ніякого специфічного ліку, помимі того, що подавано і захвалявано їх безліч всякими можливими винахідцями і фабрикантами. Горою іде все ще креозот і іваяколь та споріднені з ними препарати: як креозоталь, іваяколькарбонат, еозот а в останніх часах, дуже захваляваний і вільний від всіх лихих прикмет препаратів іваяколевих так званий: Thiocol. В кінці говорить ся много о Регисогнас, цинамоновій кислоті (лічене Ляндерера. Реє.), іхтиолою, головно в формі іхтальбіну. Також і органотерапія пробувала тут свої сили, витворюючи з озавочних желез препарат Glandulen, котрий мав скріпити той фільтер іменно озавочні желези. Котрому з тих ліків належить ся першєнство годї рішити, бо кождий з них має свої добрі і лихі сторони, а багато мають вони вєспільного, будь що будь ні оден з них не може чванити ся якимось специфічним діланєм.

При місцевій хірургічній туберкульозі іменню костий і сугавів подав автор яко новість спосіб лічення Гоффа, о то втираня цілих плечий що вечера мягким милом (*Sapo kalinus venalis transparentis*). Спосіб сей мав дати дуже добрі вислідки, хоч не вважаючи на те, треба дбати і про иньші способи лічення, то є диететичні, кліматичні і бальнеотерапевтичні. Також і при скрофулчних набрясках желез мало дати ліченє милом дуже добрі наслідки, як се виходить із так частих висказів Гавсмана.

Так як з одного боку рідке є унаслідженє то є: вродженє туберкульози, так з друго боку часто лучав ся унасліджений сифіліс. Ціла новійша література кишить аж теориями про унаслідженє від батька чи від матери, чи від обоїх, чи від матери зажаженої вже підчас вагітності і т. д. Чи сифіліс може перескочити цілі генерациї того незнаємо, про туберкульозу знаємо се певно. Вправді деякі автори говорять про таку можливість, але се питанє, як взагалі питанє відпорности деяких людей, навіть тої самої родини, проти зажаження їдею сифіліса, є ще наразі не порішене. Згадавши досить обширно про всі гіпотези що до того питаня, переходить автор до поодиноких найрізноморидійших появ сеї недуги. До недавна уважано так зовиме *trias Hutschinson'a* (недуги ушній і очий та зміна на горішних середних сїкачах) за найхарактеристичнійші для тої недуги. Але коли пересвідчено ся, що вони лучають ся і при иньших недугах, стратили вони на вартости. Автор іде слїдом *Hochsinger'a* і подає такі появи унаслідженого сифіліса: розсіяні шкірні інфільтрати, котрі залюбки являють ся на долонях і підшвах. Дуже цїнною прикметою недуги, на жаль не все вступаючою, є близни уставлені лучево докола уст. Відтак псевдопаралїза *Parrot'a*, запалїня окістної великих костий. Зміни внутрішних органів не дадуть ся на жаль у живючих ствердити.

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

Ліченє основує ся все ще як до тепер на уживаню ртуті, котра в дїточім віку ще лїпше має ділати як у старших. З методів, в який спосіб ту ртуть уживати, удержали ся: подаванє внутрішнє, купелі і на шкірні втираня. Вприсненя підшкірні і м'язеві уступають зовсім перед тамтими методами. Очевидно, що велике значінє має загальне відживленє, і усякі користні гігієнічні умовини. Котрі як котрі, але такі дїти повинні бути віджи-

влені жіночим молоком, а піддавати їх пробам штучного відживлення в дуже небезпечно. Е. О.

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

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

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

Радикальна операція пахвинової прїрви у дїтяч дає дуже добрі результати так з огляду на поопераційний перебіг як і рідкість навороту — далеко лїпші як у людей дорослих. З огляду на те, що прїрви у дїтяч до одного року майже все при відповіднім консервативнім лїченю цілком гоять ся — радить автор радикальну операцію лиш в певних случаях. Іменно: 1) коли брама прїрви мимо лїчення бандажами — все побільшує ся, 2) коли ношенє бандажів викликає сильні випрски, — 3) коли родичі противять ся закладаню пасака, 4) коли прїрва не дає ся репонувати — 5) коли прїрва в увязнена (h. incarcerata).

У дїтяч від 1 року висше радить оперувати без стислого ставлення вказань — бо можливість вилїчення на безкровавій дорозї в в порівнаню з молодшими дїтьми далеко менша.

Операцію радикальну обмежує лиш до ресекції мішка без плястачного замикання брами прірви.

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

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

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

В. Г.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В. Г.

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

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

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

Мимо того виїмку уважає В. се заховане ся білих тілець в мозкостерженній течі за дуже важний діагностичний момент у відріжненню тих двох недуг. В. Г.

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

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

Лічить ся або заховуючо: гімнастика, масаж або оперативно.

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

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

Автор заохочений поданнями Тіффієра (Tuffier) і Біра (Bier) про знечулювання хребетного стерження кокаїном, ужив сего при своїм случаю, однак дуже не єсть тим вдоволений. *O. I.*

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

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

Спосіб Черного не усував можности повороту прірв, тому що зіставляв шию мішка прірви, а також не зміцняв стіни черева в тіх місци, куди прірва продерла ся. Нині вго майже не уживає ся.

За те послугують ся загально способами Бассінього і Кохера. Оба они усувають хибн способу Черного, а мають сї прикмети, що наважоти єуть дуже рідкі.

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

Автор займає ся головно способом лічення пахвинових прірв, а вінчить розвідку заміткою, що і черевні, стегнові прірви можна усунути, коли отвір в стіні черева або стегнової шиї зашине ся поверховими швами і рану гоїть ся після вимог асептики. О. Г.

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

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

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

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

Деж суть чужі шкідливі частини, там належить спровадити більше дисасимиляційних частин крові, щоби їх знищити.

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

Яко обклад віддає ту дуже добру услугу алькоголь 96%.

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

О. Г.

Bourget: Zur Behandlung der Influenza und der grippeartigen Infectionen.

Інфлюєнца знана від давна. Єсть певно заразливою недугою, та однак мікробіологія не сказала про неї послідного слова.

Тому лічимо її до нині на підставі клінічного досьвіду а іменно стараємо ся впровадити сполуки саліцильної кислоти внутрішню, або через шкіру.

Автор подає ось яку рецепту :

Rp:

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

M. D. S. До натирання.

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

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

O. Г.

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

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

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

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

М. К.

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

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

Автор подає ось які правила:

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

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

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

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

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

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

щению носа на переміну раз затикали праве а раз ліве віздре.

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

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

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

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

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

До полоканя треба додати якої „води“ уживаної до чищення уст, а котрі звичайно складають ся з тимолою, сальолою, бензовою кислоти, eucalyptus або щось подібного а відтак з алькоголю та мяткового оліїнку.

Бідні можуть додавати до полоканя кухонну оїль.

7. Скоро діти западають а часта на біль горта або покаже ся, що мікдалки суть за великі, то треба знов поради́ти ся лікаря. Вирізанє мікдалків нешкодить нічо.

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

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

10. Поюявлять ся часто сильні болі в усяї, а нема виглядів на ск... лікарську поміч, то можна поставити в околици уха 6 і явок, або (заткавши вперед ухо) баньки і запустити до уха 5—10 капель тепло́го розчину карболового гліцерину, що мо: на в кожді́й антиці́ зара́з дістати.

11. Проріз барабанної болони, котрий не раз лікар мусить зробити, не шкодить ніщо недужому і не має лихого впливу на слух, навпаки є то не раз одинокий спосіб щоби вдержати одно і друге.

12. Подані тут ради і приписи треба заховувати чи хто слабкий чи здоров. Але дуже сумлінно треба про се дбати, коли хто недужий на нежит нос а або горла, інфлюенцу, кір, шкарлатину, задавку, або також запалене легких, дур, рожу лица і вірову віспу.

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

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

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

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

Малу скількість течі годі вказати в черевній ямі, хоч вказати її єсть не раз дуже пожадано, з огляду на вчасне розізнане новотворів і т. н. Автор пригадує давнйше уживаний спосіб, полягаючий на скомбінованім досліджуванню. Наколи в черевній ямі находить ся хочби мала скількість течі, тоді можна відчути, що внутрішні органи як родниця і яйники спочивають неначе на водній подушці, а внішню руку годі тоді зіткнути зі зверхнюю. Трудність ся уступить, коли інакше уложимо хору, іменно коли піднесемо її лохань. Ріжниця, яку легко можна запримітити при сім гінекологічнім досліджуванню раз в уложеню поземім, в друге при піднесеній лохани, дає простий і певний спосіб вказання незначної скількості свободної течі в черевній ямі. *М.*

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

Автор наводить случай розриву стіни межи відхідницею а піхвою, без рівночасного ушкодження перегати (perineum). Подібне

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

М.

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

Поручений автором плащ становить рід підкладу прикріпле-ного до ліжка, осмотреного в ковнір, котрий хора убирала на шию. Через ковнір переходять шнурки совгаючі ся на бльоках уміщених на ліжку при ногах хорої. За ті шнурки тягне она в часі поро-дових корчів, опираючи ся рівночасно ногами о стїну ліжка, через що витворює ся сильнїйше викривленє хребта в перед (Kyphosis). М'язи черева працюють тоді сильнїйше а заразом і иньші м'язи ор-ганїзму (пр. psoas) входять в стан активний, що впливає корисно на сам порід. Автор наводить суд хорих вдоволених з сего прираду і поручає его уживанє.

М.

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

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

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

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

М.

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

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

М.

