

Ukrainian Medical Review

и 8191/І

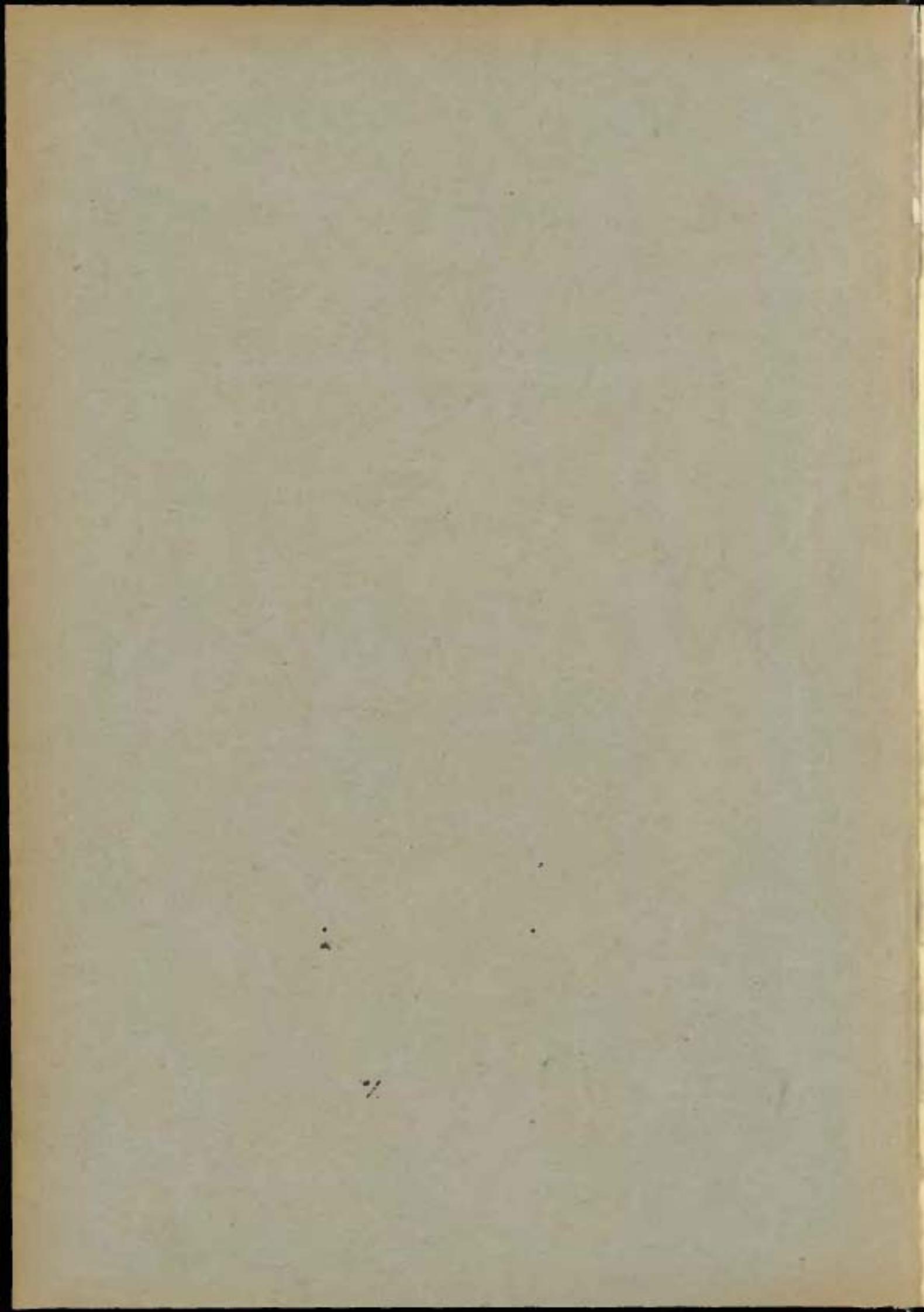
Український Медичний Вістник

Неперіодичний часопис
кліничної та суспільної медицини

Ч. 2

Квітень 1924 р.

Прага



6367

УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ВІСТНИК

НЕПЕРІОДИЧНИЙ ЧАСОПИС КЛІНИЧНОЇ
ТА СУСПІЛЬНОЇ МЕДИЦИНІ

ВИДАЄ «СПІЛКА УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ
В ЧЕХОСЛОВАЧЧИНІ».

РЕДАГУЄ Проф. Б. МАТЮШЕНКО.



ч. 2.

КВІТЕНЬ 1924 р.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ: Praha-Vinohrady, Vilémovská ul. 5, Dr. B. Matišenko.

АДРЕСА АДМІНІСТРАЦІЇ: Praha II., Štěpánská ul. 49/II.

«Spolek ukrajinských lekářů v ČSR»

Tiskem »LEGIOGRAFIE« Praha - Vršovice, Sámová ulice číslo 665.

и 819 | Л

ЗМІСТ:

<i>Проф. М. Левитський.</i> До питання про пластику повіні.....	3
<i>Проф. О. Пучківський.</i> Про четверту носову скойку	8
<i>Проф. О. Тижненко.</i> Сполучення vitiligo з psoriasis vulgaris	13
<i>Проф. Б. Матюшенко.</i> Зміни здоров'я українського народу в останнє десятиліття	18
<i>Д-р. І. Х. Ортинський.</i> Первісний пістрік печінки (з 2 мікрофотогр.)	30
<i>Д-р. С. Балей.</i> Уваги про діяння атропіну і пілокарпіну, впорснених одночасно	47
<i>Д-р. Е. Лукасевич.</i> Охорона материнства.....	50
<i>Д-р. Ю. Добриловський.</i> Протеїнова терапія.....	61
<i>Доц. д-р. І. Чанчик і д-р. Н. Мазепа.</i> Вирощування на поживних під- лонках туберкульозних мікобактерій.....	80
<i>Д-р. М. Сисак.</i> Інсулін	85
Досліди Штайнаха і т. зв. пубертальна залоза (Огляд).....	91
Бібліографічні замітки	104
З українського медичного життя	119

CONTENTS:

<i>Prof. M. Levitski:</i> Plastical operations of the eye-lids.....	3
<i>Prof. O. Puchkivski:</i> On the fourth nasal concha	8
<i>Prof. O. Tyzhnenko:</i> On the combination of vitiligo with psoriasis vulgaris....	13
<i>Prof. B. Matyushenko:</i> The changes in the health of the ukrainian people during the past ten years.....	18
<i>Dr. J. Ortynski:</i> Primary cancer of the liver (with 2 mikrophotogr.)	30
<i>Dr. S. Balay:</i> On effect of combined application of atropine and pilocarpine	47
<i>Dr. E. Lukashevich:</i> Maternity welfare	50
<i>Dr. G. Dobrylovski:</i> Proteize-therapy	61
<i>Doc. Dr. I. Chanchik and Dr. N. Mazepa:</i> Direct cultivation of the tuber- culosis mycobacterium on the egg-culture-media	80
<i>Dr. M. Syssak:</i> Irisuline	85
Steinach's experiments and so called puberty-gland	91
Book and journal reviews.....	104
Medical life in Ukraina.....	119



*Проф. М. ЛЕВИТСЬКИЙ
(Київ).*

До питання про пластику повік.*)

Окулісту досить часто доводиться мати діло з виворотом повік у зв'язаності від утворення по них шрамів. Звичайно шкіра повік знищується від ріжких гноївих процесів на повіках (флегмони) або краечких орбіти (caries), виразкових процесів (lupus, lues), або вона знищується якими-небудь міцними реагентами, найчастіше звичайно сірчаною кислотою.

Років десять тому ця остання так часто буvalа причиною шрамування повік, що на неї було звернено увагу в спеціальній літературі. Не так часто причиною такого захорування бувають нещасливі випадки: травми, попечення вогнем, парою й т. п. В усіх цих випадках шкіра повік гине, утворюються більш-менш значні шрами, які перетягують вільний край верхнього повіка часами вгору до брови, а край нижнього на щоку. Слизева оболонка повік при цьому віддаляється від ока, вивертається й підлягає постійному роздратованню повітрям, порохом і т. п., червоніє, запалюється, гіпертрофується і далі часто робиться ксеротичною. Очна щілина не зачиняється і, як наслідок цього, часто розвиваються тяжкі виразкові запалення рогівки, які її знищують. Okрім того вивороти повік, навіть і незначно розвинені, дуже неприємні в косметичному відношенні. Допомогти справі при такім захоруванні можна, певна річ, тільки шляхом операції: треба замісць частини повіка, яка загинула, витворити нову. І от тут є два шляхи: можна визволене від шрамів повіко, що стало тепер рухливим, покрити шкірою, викраявиши для цього клапоть на ніжці з чола або зі щоки, або ж, — як це неможливо через те, що й тут шкіра знищена, вкрита шрамами, — взяти клапоть на ніжці з віддалених частин тіла, наприклад, з шиї, як це пропонують Філатов, Snydacker та Могах, або навіть з руки (т. званий італійський спосіб, запропонований для пластики повік Cabannes'ом), або ж можна покрити повіко клаптем шкіри чи епідермісу, ваявши їх з будь-якого місця тіла без великої ніжки — вільним клаптем.

*) Доклад у засіданні Мед. Секції Укр. Наук. Т-ва в Києві.

Не зважаючи на всю простоту, доцільність та принадливість цього останнього способу, більшість офтальмологів — серед них поважні клініцисти (Сгертах, Крюков, Fuchs, Haab) вважають за краще відтворювати шкірний покровець повік стеблуватим клаптем, і тільки тоді, коли на чолі й обличчі зовсім нема відповідних умов — себ-то з необхідності — оперують вільним клаптем, а де-котрі й в цих випадках відмовляються від вільної пластики й вживають дуже складних операцій, аби тільки одержати шкірний клапоть з ніжкою. Бо, на їх думку, можна бути тільки тоді певним, що пересаджена шкіра приживе, коли вона сполучується ніжною дужою смugoю; опріч того ягодом клапті такі зморщуються і більш підходять своїм кольором до кольору нормальній шкіри, а обличчя начеб-то не дуже псується, коли клапоть беремо з чола або щоки.

Певна річ, як би було доведено, що при пластиці повік вільним шкіряним клаптем можна досягти наслідків не гірших як від стеблуватими клаптями, то ніхто не став би для відтворювання повік забірати шкіру з обличчя, хоча б вже й через те, щоб без потреби не нівечити обличчя. Цього, зрозуміло, не можна уникнути при пластиці клаптем на ніжці значного вивороту навіть одного повіка, тим більш двох або й чотирьох, що трапляється зовсім не рідко.

Безумовних прихильників пластики повік вільними клаптями серед окулістів дуже небагато: Kuhnt, Meller, покійний професор Шимановський; разом з ними я також стверджую, що вільні клапті шкіри приживають цілком добре, поспідовне їх зморщування відносно невелике і по кольору вони з часом близько підходять до нормальної шкіри. Певна річ, що при такій пластиці обличчя зовсім не нівечиться. Довести вищезазначене можна тільки фактами, отже, коли такі факти збираються, їх треба подавати до загальної відомості.

Я давно вже оперую шрамові вивороти повік виключно вільними шкіряними клаптями і перед кількома роками опублікував свої перші 16 випадків*). За останній час мені довелось оперувати ще 6; чотири з них в останні дні випадково зійшлися разом, і я, бажаючи використати цю нагоду, хочу демонструвати їх шановним зборам, хоч два з них оперовані дуже недавно, лише перед $2\frac{1}{2}$ тижнями, а через те вони в косметичному та функціональному відношенні ще не дістали тієї закінченості, яка з'явиться лише з часом — за 2—3 місяці.

*) «Вестник офтальмології», 1915 г.

Дозволю собі зупинитись на техніці операції й особливо на послідовнім лікуванні, яке трохи, на мою думку, відріжняється від звичайного.

Я намагаюсь увільнити повіко як можна більш од шрамів, вробити його вільно рухливим, і після цього по амої ростягую понад другим повіком. Ретельно зупиню кровотечу, звичайно незначну в таких випадках. Раневу поверхню покриваю вільним клаптем шкіри. Викраявши клапоть, я ретельно зчищаю з нього клітчатку, аби дістати як найтонший клапоть тільки шкіри. Коли клапоть буде вже готовий, накладаю його на раневу поверхню повіка й обережно приладжу їого так, щоб клапоть ледве був ростягнутий і своїми краями по можливості дотикається до країв шкіри повіка. Оперую завжди насухо, і клапоть, накладений на рану, відразу липне. Дбаю про те, щоб оскільки можна його не ворушити й не ессувати; кладу на клапоть кілька швів і, трохи ростягуючи повіко понад другим повіком, фіксую його кількома лігатурами та липким пластирем на чолі або на щоці. На опероване повіко, отже й на пересаджений клапоть, накладаю суху асептичну повязку, ретельно всюди приладжу та вирівнюю її, щоб повязка помірно та однаково тисла на всю поверхню повіка; не вживаю ні станіюлю, ні яких-небудь мастей, тим менш-согріваючих компресів. Повязку накладаю завжди на обидва ока й перший раз зміню її не раніше, як на п'ятий день, звичайно-ж на шостий — сьомий день; тоді-ж здіймаю шви та залишаю неопероване око відкритим. Надалі роблю перевязку що дня і вживаю при цьому звичайно *ung. xegoformii*. Аби покрити повіко, майже завжди беру один клапоть шкіри з внутрішньої поверхні плеча або з боку *flexorum* передрамення. Розміри клаптів ріжні — пересічно $3-3,5 \times 4-4,5$ см. Але в трьох випадках я користувався для цієї мети епідермальним клаптєм, зрізаним бритвою зі зовнішньої поверхні стегна. Я брав ці епідермальні клапті тільки для верхніх повік, гадаючи, що досягну цим особливо тонкого зовнішнього покрову верхнього повіка та більшої рухливості, але-ж виявилось, що ці клапті по пригоюванні нічим особливим не відріжнялися від шкірних клаптів. На ці епідермальні клапті, певна річ, швів не накладаю, а перевязую їх як і шкірні, себ-то кладу звичайну суху стерильну повязку.

Після того, як ми здіймемо шви, клапоть кілька день не міняє помітно свого вигляду, а при кінці другого або в початку третього тижня свого життя він починає морщитись, потрохи горбиться, і з нього шматками зходить епідерміс; в цей час він

має найменш приємний вигляд. За тижнів 5—6 всі ці явища потрохи починають зникати, поверхня пересадженої шкіри робиться рівнішою і кольор її все більш та більш наближується до кольору звичайної шкіри. Місяців через три встановлюється остаточний результат відносно функції, а трохи пізніше і косметики. У найбільш сприятливих випадках, яких можна досягнути досить часто, наслідки цілком задовільняючі особливо на нижніх повіках, — тут часом зовсім непомітно слідів бувшої операції, повіко в усіх відношеннях має зовсім нормальній вигляд. На верхніх повіках іноді застається невеличкий повікоопад — особливо після максимальних виворотів, коли доводиться пересаджувати дуже великий клапоть шкіри; при помірних виворотах верхніх повік остаточний результат так само задовільняючий, як і на нижніх повіках.

В моїх останніх шести випадках (3 на верхніх і 3 на нижніх повіках) клапоть ні разу не загинув і цілковито приріс. З моїх перших 13 випадків, оперованих до 1915 року, один раз трапився повний некроз клаптя (верхн. повіка), але й то така неприємність виникла у хорого на *lues gummosa* в сідлуватим носом та огаєп'ю, якому перед самою операцією довелось перевести спеціфічне лікування з приводу гум м'якого піднебіння, які розпадалися; у нього і вивороти повік винikли в наслідок гумоаного зруйновання шкіри повік та обличчя. Перевага вільної пластики й тут, у такому неприємному випадку, виявилася дуже наочно, бо після некрозу клаптя я через два тижні покрив гранульозну поверхню повіка епідермальним клаптем, який згодом прижив, і таким чином хорий зрештою нічого не втратив.

Зовсім інше ми мали б при некрозі клаптя на ніжці, який береться з чола або щоки. В другому випадку з моїх перших у цім напримку операцій вле був розрахований обсяг клаптя — він був за-малий і довелося додати ще один, щоб покрити всю рану; тут на місці стику клаптів виник частковий некроз і загинуло біля чверті клаптя.

Також і у функціональнім відношенні на верхніх повіках наслідок був менш задовільняючий ніж на нижніх; при операціях на 7 верхніх повіках лише в 2 випадках при неповних виворотах наслідок був в усіх відношеннях цілком задовільняючий, а в 5 випадках залишався або незначний ptosis, або доводилося оперувати вдруге, через те що першою операцією виворіт знищувався не цілком. На нижніх повіках я оперував 9 разів і в 5 випадках наслідок був цілком задовільняючий,

в інших 4 зосталися невеличкі хиби: в 3 випадках у внутрішнього кутка нижнє повіко незначно відтягувалося від ока шкірним шрамом, а в одному повіко через 1 рік знову трохи відстало від ока.

Таким чином і при цьому способі трапляються інколи невдачі або неповний успіх, але в не меншій мірі все це трапляється і при пластиці стеблуватими клаптями; великою ж перевагою вільної пластики завжди буде те, що при ній обличчя не псуються новими шрамами; а ін що взяти на увагу простоту операційної техніки при цьому способі, особливо послідовного лікування, та майже повну певність в доцільному пригоюванні клаптя, то можливо цілком категорично висловитись, що при вивороті повік у наслідок шрамування єдиним правдивим засобом лікування є вільна пластика.

Стеблуваті клапті треба залишити тільки для випадків цілковитого зруйновання повік.

Література:

1. А. Шимановский. К вопросу об образовании верхнего века. Труды Киевского О-ва врачей. 1899 г. — 2. E. Fuchs. Руководство к глазным болезням. Изд. Карцева, 1910 г. —
3. Czermak W. Die augenärztlich. Operation. Wien 1893. — 4. Haab. Атлас и очерк учения о глазных операциях. Изд. «Практ. Мед.», 1906.—5. I. Meller. Глаазная хирургия. Изд. Карцева 1912 г. —
6. Оречкин Б. К вопросу о способах блефаропластики. «Вестник Офт.» 1099.—7. Очаповский С. Деятельность глазн. амбулатории при Пятигорской общине Кр. Кр. в 1907 г. «В. Офт.» 1908 г. — 8. Лотин. К вопросу о способах блефаропластики. «В. Офт.» 1911 г.

*Проф. О. ПУЧКІВСЬКИЙ
(Київ).*

Про четверту носову скойку.

Більшість анатомів та рінологів (Bresgen, M. Schmidt, Rauber та інші) визнають, що в носовій дутині дорослої людини не дуже часто буває більш як три носових скойки. Навпаки, деякі давні автори, як наприклад Hirschl, досить нерідко спостерігали присутність четвертої носової скойки у дітей і навіть у дорослих. Особливо часто, за Hirschl'ем та Ranke, це буває серед тих народів, що живуть як шатерники або мислівці, і культура котрих тільки починає розвиватись, напр., у муринів середньої Африки. Теж саме американські антропологи зазначають відносно індійців Сполучених Штатів та Канади, небіжчик д-р Еллесеїв відносно росіян — тубольців північної лісової Росії. Але, на превеликий жаль, ніяких статистичних дат про поширення і частість цієї аномалії в медичній літературі немає; рівно як не поталанило нам розшукати відомостей про те, які об'єктивні та суб'єктивні явища спостерігаються при цій аномалії.

Звертаючись до порівнюючої анатомії, можна бачити, що кількість зморшок скоек носової дутини у простіших ссавців — невелика, і що кращий морфологічний розвиток і почасти побільшення кількости скоек промовляє про удосконалення органу нюху, про поширення функцій останнього. Більшість одмін ссавців — *carnivora*, *insectivora*, гризуни, півмавпи, *marsupialia* і *ornithorhynchi* мають по п'ять зморшок, *ungulata* — по 8, *edentata* — по 9—11; навпаки, подібні до людини малпи мають по одній або по дві скойки, які суть не що інше як нарости гратчастої кістки. Треба, однаке, зазначити, що збільшення кількости скоек носової дутини не завжди сполучується з більшим їх удосконаленням з анатомо-морфологичного боку і що, навпаки, носові скойки нерідко бувають найбільш досконалі якраз тоді, коли їх буває відносно небагацько. Так само, за Іоанно de Deus, не тільки у представників різних класів ссавців, але навіть проміж представників однієї видміни останніх часом спостерігаємо значну різницю в будові скоек, в більш-менш значному розвитку комірок нюху, розташування кров'яних жил і т. д.

При розгляді бічної стінки носової дутини дорослої людини бачимо три носові скойки, що розташовані одна над одною; з цих скоків тільки нижня є самостійною кісткою, дві ж інші не є інше як паростки гратчастої кістки і вистелені нюхальною слизньовою оболонкою. Спереду і поверх від середньої скойки знаходиться розташований рівнобіжно носовій спинці валець — *agger nasi*, що тягнеться в напрямку вниз та наперед і поводі вигладжується (Н. Meyer). Проміж цим валецем і горішньою стінкою носової дутини існує невеликий рівчик — *sulcus olfactory*, який йде до гори в напрямку до гратчастої кістки і часом його легко буває помітити просто оком. *Agger nasi* у людини має велике ембріологичне значення, бо він є мов-биrudimentарна передня скока і відповідає, таким чином, *concha naso-turbinalis* багатьох ссавців (Schwalbe). В дуже рідких випадках, за Bresgen'ом, і значно частіше — за деякими іншими авторами, у дітей констатується не тільки виразно помітний *agger nasi*, але ще й четверта носова скока, котра мов-би втискується проміж середньою та горішньою скоками. (Е. Zuckerkandl). На вільній поверхні цієї носової скоки можна бачити деяку нерівність і зморшковатість, хоча вони нерідко бувають ледве виявлені; особливо малопомітні часом бувають нерівність і зморшковатість на передньому й задньому кінцях скоків. Такий склад і будова четвертої носової скоки та ембріологичний розвиток її мусить упевнити нас, що сучасна людина походить від прадідів з більшою кількістю носових скоків, що можна почасти бачити також при дослідженні гратчастих кісток людських зародків та немовлят (Zuckerkandl). Дійсно, при розгляді ембріонального розвитку органів, що містяться в носовій дутині, можна бачити, що за останні місяці черевного життя у людського зародку часто траплюються три нюхальні зморшки — скоки гратчастої кістки, при чому третя нюхальна скока висовується з-під горішньої скоки. Ці треті нюхальні скоки бувають добре виявлені ще незадовго до народження, але потім вони поступово починають зникати, робляться недорозвиненими і охоплюються згори та з'окола горішньою скокою, неначе дащком. Через те горішня скока нормальної людини мов-би має в своєму складі недорозвиток або завязок третьої нюхальні скоки, але іскраве відокремлення останньої трапляється відносно рідко (Rauber).

Через повну нез'ясованість питання про частість присутності третьої нюхальні скоки у людини і про патологічні явища та ознаки, які при цьому можна спостерегти, вважаю потрібним зробити нині публікацію про свої власні дослідження

цього питання, які я провадив протягом довгого часу і не оголосив через незалежні від мене обставини. Протягом де-кількох років я оглянув 10060 людей, при чому звертав увагу не тільки на випадки, де була виразно помітна четверта скойка, але також на існування продовженої борозни на горішній скойці, яка борозна, за K. Peter'ом, є границею між третью та захопленою нею четвертою скойками і є мов би постійним доказом попереднього існування четвертої скойки, себ-то за часи зародкового життя людини. Серед визначених 10060 людей четверта скойка була знайдена у 14, себ-то в 0,139% всіх випадків; в 73 же випадках я спостерігав борозну на горішній скойці. Таким чином, в 87 випадках з 10060, себ-то у 0,83% всіх випадків, була або виразно виявлена четверта носова скойка, або борозна на третій скойці — натяк на існування четвертої скойки у зародка. Вік людини, як видно, не має великого значення, бо четверта скойка трапилась нам у 0,146% випадків до 15 років, у 0,153% од 15—30 років і у 0,121% старіших за 30 років; однак, це можна сказати тільки про випадки, де четверта скойка виразно відокремлена. Що ж до борозн на третій скойці, то вони значно частіше трапляються у віці до 15 років — 57% всіх борозн, і значно рідше у людей старших; такий факт, на нашу думку, можна з'ясувати тим, що під впливом часу та змін з боку тканин борозна поволі зникає, і третя та четверта скойки все більше та більше об'єднуються в щось суцільне.

Де-яке значення має народність: яскраво відокремлена четверта скойка трапляється особливо часто у росіян північних губерній (Архангельської, Вологодської та Олонецької), Уралу та Сібіру, які місцевості особливо багаті на ліси та мало залюднені. Далі по одному випадку четвертої скойки ми бачили проміж татар (Тарського повіту на Сібіру), Кавказьких верховинців (у тубольця Казикумухської округи) і у зиряніна Вологодської губернії. Ця аномалія ані разу не була констатована проміж українців (переглянуто більше 1800), жидів (більш 1100), німців і т. д. Такий факт майже виключного констатування четвертої скойки у мешканців північної Росії та Сібіру тільки підкреслює, зафіксоване ще раніше Hirschl'ем і Ranke, часте спостережання цієї аномалії серед народів, що живуть близько до природи, і для котрих орган нюху має в житті ще велике значення. Дійсно, коли ми бачимо тубольців місцевостей, де населення живе занадто густо, або мешканців міст, то проміж них четверта скойка констатується незвичайно рідко, і не дивлячись на досить значну кількість тих людей, що ми ріноскопували, четвертої скойки у них ми не знайшли ані разу. Через це, порівнюючи здобут-

ки наших досліджень зі здобутками Hirsch'l'п, Ranke, Peter'a, Mangakis'a та інших, можна сказати, що найчастіш четверта скойка буває у людей, життя яких близьке до природи, близьке до життя народів — шатерників і народів — мисливців. Через це на четверту скойку треба дивитись як на ознаку її прояву атавізму; як спадщина від стародавніх предків — дикунів, четверта скойка однаково часто зустрічається у тубольців північної лісистої Росії та Сібіру, верховинців Кавказу, муринів Африки, американських індіанців та інших народів, при тій умові, коли вони живуть в тісному звязку з оточуючою їх природою і залишають тільки від неї.

Скарги людей, що мають четверту скойку або борозну на третій скойці, не бувають характерні для цієї аномалії. Майже всі особи з борознами на третій скойці і значна більшість тих, у кого ми констатували присутність четвертої скойки, ні на що не скаржились, за винятком тих випадків, коли одночасно існував хронічний або гострий нежит, переважно у верхньому відділі носової дутини. Скарги цих хорих нічим не відріжнялись від скарг інших хорих на нежит, що мали звичайну кількість скоек. Тільки в двох випадках четвертої скойки досить значного розміру, при чому розміри другої та третьої скоек не були побільшенні, хорі скаржились на біль носової спинки. Тривалість і сила болів в одному з цих двох випадків примусила нас екстирпувати четверту скойку, що й далось зробити при допомозі конхотомів; після операції болі значно зменшилися. Другий хорий був під нашим доглядом недовгий час, і що з ним сколись надалі, ми не знаємо. Взагалі, навіть в цих двох випадках, суб'ективні ознаки та прояви не були характерні для розпізнання четвертої скойки, бо їх завжди можна спостерігати при хронічній гіпертрофії третьої скойки і навіть при гострому просяканні та набряканні останньої.

Рінологічна картина ріжна в залежності від того, чи маємо окрему четверту скойку, чи тільки борозну третьої скойки. В останньому разі ми при допомозі штучного освітлення Clarck'овим дзеркалом, задньої ріноскопії, а також іноді при досліджуванні фарінгоскопом Hyus'a, бачили більш-меньш глибоку борозну на спідній поверхні третьої скойки вадовж її довгої віси. Западто характерно, що борозна часто не досягає до переднього кінця носової скойки і мов-би відхиляється тут угору і десь-то губиться. Це можна з'ясувати тим, що за часи ще черевного охоплювання четвертої носової скойки третьою, особливо важливу роль грає передній кінець останньої, який мов-би відсуває четвер-

ту скойку навад та догори і сам займає її місце. Коли четверта скойка цілком відокремлена, то при досліді носової дуплятини помітно четверту скойку у формі довгої пухлини з потовщенням переднім кінцем. Задній кінець в 9 випадках з 14, себ-то в 64,28%, був затулений заднім кінцем третьої скойки. Дуже інердко четверта скойка щільно тулиться до третьої, і провести проміж них гудзиковий штилик вдається тільки після занечулення і появини через це оранак скорочування з боку тканини, що з них складаються носові скойки. Слизниця, що вкриває четверту скойку, нічим не відріжняється від слизниці третьої або другої скоек своїм виглядом; у більшості випадків вона утворює декілька аморшок в середній та передній третині скойки; особливо часто це спостерігаємо, коли четверта скойка дуже щільно пристає до третьої — мабуть через постійний обопільний тиск тканини обох скоек. Слизниця була досліджена гістологично тільки в однім агаданим раніш випадку екстирпації четвертої скойки. Проф. Н. Тишуткин, що робив дослід, констатував, що слизниця четвертої скойки є звичайна нюхальна слизьова оболонка, але значно менш багата на нюхальні елементи. Що-ж до інших шарів четвертої скойки, то, згідно з дослідом проф. Тишуткина, печеристий шар (*stratum cavernosum*) був не дуже розвинений; кістяна-ж снасть, що до своєї будови, не відріжнялася нічим особливим, порівнюючи з будовою кістянного шару інших скоек.

*Проф. О. ТИЖНЕНКО
(Київ).*

Сполучення vitiligo з psoriasis vulgaris.*)

Psoriasis vulgaris є одна з найбільш частих хороб шкіри. Але нерідко виникає на останній і vitiligo. Обидві вони мають одну спільну властивість: не раз спостерігали сполучення кожного з них з іншими дерматозами. Так S. Grossz¹) вказує, що було зауважено комбінації psoriasis vulgaris з екземою, lichen ruber planus, dermatitis exfoliativa, herpes zoster, ichtyosis, pityriasis versicolor, scabies, sclerodermia, acne vulgaris, acne rosacea, impetigo contagiosa, гострими екзантемами (variola, varicellae, scarlatina, morbilli) і. т. ін.

З другого боку, Darier²) наводить досить багато хороб шкіри, при яких одночасно спостерігається і vitiligo. Тут фігурують: alopecia areata, lichen simplex chronicus, lichen ruber planus, sclerodermia, mycosis fungoides і ін.

І ось ці два досить частих дерматоза, які так часто трапляються окремо, або в комбінації в вказаніми вгорі хоробами, одночасно обидві на одному й тому-ж хорому бувають дуже рідко. Досить цікавий факт.

Вже Darier звертає на це увагу і не визнає, щоб vitiligo часто трапляється у псоріатиків. Він підкреслює, що Bourdillon і Bonnet в своїй дисертації, такій багатій на спостереження над різними формами psoriasis, не дають жодного прикладу вказаного вгорі сполучення.

Та й дійсно. Коли звернутись до відповідної літератури, то ми бачимо, що випадків певного vitiligo у псоріатиків описано дуже небагато. Сюди стосуються 2 випадки Bettmann'a³) та 1 - Neumann'a. В інші-ж випадків ніби то vitiligo у псоріатиків [Kaposi⁴] Pinkus⁵)] мова йшла, мабуть, в дійсності про псоріатичну лейкодермію.

Приймаючи хоча-б одно це на увагу, треба занотувати випадки комбінації у того самого хорого безсумнівного vitiligo та psoriasis vulgaris, поки що з метою лише простої реєстрації.

*.) Доклад у засіданні Медичної Секції Укр. Наук. Т-ва в Київі.

Цілком зрозуміло, що коли звертати увагу з одного боку на частість цих поразок, а з другого на рідкість комбінування їх на тому самому хорому, то комбінування це піби-то натурально трактувати як випадкове сполучення. Воно може мати місце у псоріятика, шкіра якого здатна, як і у кожної людини, бути ґрунтом для розвитку якого-небудь іншого дерматозу.

Але тут треба мати на увазі, що у псорітиків іноді трапляється утворення лейкодерми. Ясно, що при цьому ми маємо на увазі ту дійсну, вказану Rille⁶⁾ лейкодерму, яка виникає на місцях тих псоріатичних папул, що розсмокталися без попереднього вживання хрізаробіну. Звідсіль виникає висновок, що psoriasis має здатність викликати те значне зникнення пофарбовання на місцях, де були елементи висипки, яке спостерігаємо іноді й при leucoderma syphiliticum. Коли бачити суть останньої в тому, що при ній зникає пофарбовання шкіри, після розсмоктування хоча-б мінімального інфільтрату в ній, то цілком зрозуміло, що ми тим ще не виключаємо можливості виникнення пігментних пранців і на нормальній перед тим шкірі. Одже з цього погляду між обома хоробами неначе повинна існувати деяка аналогія. Bettmann додає ще другу спільну для psoriasis vulg. та сифілісу рису, а саме, можливість утворення vitiligo. Але-ж в той час як vitiligo у хорих на пранці не рідкість, у псорітиків, що ми вже вказалиши вище, це дуже рідке захорування. Через те вважати psoriasis vulgaris у цьому відношенні подібним до пранців досить важко. Все-ж, на підставі того факту, що при psoriasis виникає як лейкодерма, так, хоча й дуже рідко, і vitiligo, можна, за Bettmann'ом, визнати деяку лябільність пігменту при цьому дерматозі.

Коли не добачати в комбінуванні обох хороб на тому самому хорому простої випадковости, то відносно причин комбінування в сучасний момент можна висловити тільки те або інше припущення. Можливо, що обидві хороби мають одну спіальну причину, або-ж одна причина з початку сприяє виникненню одної хороби і лише потім ця остання викликає прояви нових змін шкіри.

Для з'ясування етіології psoriasis vulg., так само як і vitiligo, було пропоновано й існує багато різних теорій. В той час, коли для першої хороби, здається, більш підходить теорія невропатологічна⁷⁾, для другої, видно, більше значіння має теорія впливу органів внутрішньої секреції.

Проте ніщо не перешкоджає прийняти обидві теорії, щоби з'ясувати утворення кожного з обох дерматозів з'окрема. Можливо, що появя їх на одному й тому-ж хорому не є випадковою.

Можливо, що іноді обидва захорування з'являються наслідком одної загальної причини.

Коли припустити це, то як тоді зрозуміти рідкість сполучення цих захорувань, а котрих кожне спостерігається так часто поодинці? Треба припустити вплив ще якихсь невідомих чинників, завдяки котрим хиби з боку нервової системи та ендокрінових залоз викликають появу обох хороб у того самого хорого. Який саме є цей вплив, цей «х», котрий, приєднуючись до тих змін, що викликали один дерматоз, сприяв розвиву на тому ж самому хорому другого дерматозу, — в сучасній момент сказати не можна. Крім пропозиції нових гіпотетичних пояснень, при сучасній нашій незнайомості з істотою обох цих захорувань, дати точні вказівки відносно цього питання немає змоги. Можливо припустити лише таку гадку.

Коли уявити собі, що псоріятик може одночасно захоріти на vitiligo, або ж, навпаки, вітліговий хорій — на псоріаз лише при деяких умовах, то, здається, ми мали-б змогу посунутись близче до з'ясування патогенезу їх: для цього треба будо-б ретельно зазначити та аналізувати ті прояви, що мали місце у відповідному випадку псоріаза або vitiligo. Наприклад, в нашему випадкові спостерігався psoriasis ostracea. Можливо припустити, що між цими своєрідними проявами лускатого лишаю з одного боку, та хибами фарбування з другого, і єснує який-небудь безпосередній або ж посередній зв'язок, і констатування аналогичних фактів надалі прольє світло на характер та рід цього зв'язку. Можна навіть припустити зв'язок між цими дерматозами та малярією, на яку слабувала хора, що її історію хороби ми нижче подаємо. Треба мати надію, що надалі ми будемо все більше розуміти етіологію обох зазначених хороб. Тоді, може, виникне можливість виразніше з'ясувати істоту цього «х». Приймаючи на увагу все те, що ми сказали вгорі, думаємо, буде цікаво привести історію хороби у випадку, який ми спостерігали.

15-літня учениця трудової школи Феліцата Ж. вступила до клініки 29.VI. 1920 р. Батько вмер від невідомої й причини 13 років перед цим. Мати дужа й в сучасний мент. Баба (з боку батька) хоріла на туберкульозу легенів. Анамнеза хоробі ніяких особливостей не має. Народилась в належний термін, годовано її як слід, розвій Ішов нормальню. Коли її було 7 років, вона хоріла на кір, котрий пройшов без жадних ускладнень. Коли її було 10 років, хоріла на протягі $1\frac{1}{2}$ року на малярію. Менструувати почала на 15 році. Menses з'являються з ріжкими перервами: то через 4 тижні, то через два місяці, звичайно тягнуться днів 3—4, неболючі. Прояви psoriasis vulgaris відносять до 8-ми річного віку, коли вперше почала зауважати у себе на горішніх кінцівках виникнення від невідомих причин червоних плям.

Ступнєво розповсюджуючись, з почуттям сірбіння, на протязі 3-х років на всій кінцівки та тулуб, висипка потім почала помалу зменшатись в кількості елементів. Останні 2 роки з'окрема вона значно зменшується як у кількості, так і в розмірах хорих місць. Спочатку червоні плями, трохи вистаючі на поверхні шкіри, помалу лущились. Надалі вони почали утворювати на своїй поверхні напластування луски, ніби-то багато шарових шкоринок. Декілька зменшуючись кожної зими, висипка в літі виразно побільшувалась. При цьому елементів виникало значно більш і вони занимали більшу поверхню.

Виникнення блідих плям, оскільки можна довіряти анамнезі, маючи на увазі вік хорог, зауважує у себе лише з 10 років. Спочатку вони містились лише на тулубі, потім же ступнєво перейшли й на кінці рук.

Status praesens 30.VI.1920 року. Хора — нормально сформована, з досить розвиненою кістяною та м'язовою системами, середнє годована дівчина, з ознаками недонрів'я з боку шкіри та слізневих оболонок. Осередні органи не ухилюються від норми. З боку серця можна зауважити побільшену дракливість. Природженний об'ективно не ухилюється від норми. Колінні тужневі рефлекси значно підвищенні. Борланова залоза (gl. thyreobidea) клінично в нормі. На шнірі тулубу — не дуже виразно зазначений червоний дермографізм. Вага тіла 3 пуди.

Загальний коліор шкіри трохи темніший від звичайного. На шнірі волосатої частини голови, шні, тулубу і кінцівок — рисні висипки, які складаються, головним чином, з подібних до гірлянд та мап кол; ці кола в свою чергу складаються з папул, що позливаються докупи. Одночасно поблизу них можна зауважити й окремі папули або-ж групи їх, завбільшки від сочевиці до мідянного п'ятака. Всі висипні елементи вкриті товстою брудною або-ж живутувато-сірою багатошаровою лускою, яка по деяких місцях дуже нагадує рупійну шкоринку. Коли зняти луску, то на більш молодих елементах повстає виразна кровотеча крапками. Волосся — без зміни. На пальцях пальців рук — рисні заглибини: *état ponctué*.

Опіріч зазначених елементів на шнірі місцями можна зауважити зміни пофарбовання. На передній, задній, та обох бічних поверхніах тулубу, а також на потиллі обох кінців рук симетрично лежать ріжких розмірів безфарбні плями, завбільшки від мідянного п'ятака до 2 долонь дорослого. Плями окреслено опухлими в напрямку навні лініями, по периферії їх шкіра яскраво гіперпігментована.

Опіріч змін своєї фарби шкіра на місцях цих плям не ухилюється від норми. Залежності зазначених безфарбних плям від псоріатичних місць зауважити не можна. Сама хора виразно зазначає, що розвій цих депігментованих місць не має ніякого зв'язку з утворенням червоних плям, які лущаться. На шнірі живота та грудей добре зазначені псоріатичні елементи, які сидять на депігментованих місцях. Далі видно, як по багатьох місцях псоріатичні елементи серпігінують і денкі з зазначених вище, схожих на гірлянди або-ж на мапи, фігур виникають після розсмоктування елементів, одночасно з тим як вони ще продовжують рости по периферії. Повсюди на таких місцях, на яких поперед тим були висипки, залишається шкіра лише трохи блідіша ніж здорові.

Виділення поту та люю нормальне, як на місцях дужої шкіри, так і на безфарбних. Там-же, де міститься псоріатичні елементи, ці функції шкіри декілька зменшенні.

Від 30.VI до 27-X-1920 року (коли саме хору виписано з клініки) було зроблено 40 впорскувань 1% розчину natr. arsenicosi (від 5-VIII до 18-X) та зовні різночасно: согріваючі водяні компреси, аби зникла товста луска на кінцівках та тулубі, а потім масти: Ung. hydr. praes. albi (2%), Ung. Wilkinsoni, масть з 20% ol. Rusei та flor. sulfur., 10% Ung. Chrysarobini.

Під час перебування хорої в клініці можна було декілька разів упевнитись, ік дуже багато папул, ступнево звільнюючись від луски, що вкривала їх, розсмоктувалось, залишаючи звичайно лише трохи зблідлі плями. Одночасно на деяких місцях, між іншим і на депігментованих, на яких перед тим були плями vilitigo, декілька разів траплялось констатувати виникнення нових псоріатичних папул. Таким чином можна було впевнитись у тому, що анікания пофарбовання на вітілігових місцях шкіри ні в якому разі не стояло в звязку з процесом розсмоктування псоріатичних елементів. Між іншим можна зауважити, що ми не спостерігали яких-небудь особливостей в клінічних ознаках тих псоріатичних елементів, які виникали на очах у нас на депігментованих місцях, за винятком нахилу їх формуватись у папули. Змін розмірів вітілігових плям під час перебування хорої в клініці нами теж не констатовано.

Література.

1. S. Grosz. Psoriasis vulgaris у Mraček. Handbuch d. Hautkrankheiten. 1905. m. II, ст. 120.
2. J. Darier. Vitiligo. La pratique dermatologique. Besnier, Broca, Jaquet т. IV, стор. 846.
3. Bettmann. Über Vitiligo und Psoriasis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1912, т. CXIII, ст. 121.
4. Каросі. Демонстр. у засіданні Віденськ. Дерматолог. Спілки 7. II. 1900. Arch. f. Derm. u. Syph. 1900, т. LII, стор. 405.
5. Pinkus. Демонстр. у засід. Берлін. дерматол. Спілки 13.XI 1900. Dermat. Zeitschr. 1901, стор. 163.
6. Rille. Über Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut. Derm. Wochenschr. 1912, ч. I, стор. 10.
7. О. М. Тижненко. Значеніе нервної системи в этиології Psoriasis vulgaris. Врачебное дело. 1921. ч. ч. 16—21, 22—24.

*Проф. Б. МАТЮШЕНКО
(Прага).*

Зміни здоров'я українського народу в останнє десятиліття.

*Die physische Wohlfahrt ist die Grundlage aller Bildung und Freiheit.
R. Virchow.*

Здоров'я певного народу характеризується, звичайно, цілком рядом ознак. Одні з них торкаються загального числа населення і ріжких його груп: щорічна кількість народжень, смертей, коефіцієнт приросту, числові відношення ріжких соціальних і біологічних груп його і т. п.; ці дані нам дають головно загальну статистику і демографія. Другі ознаки опреділюють стан фізичного і психічного розвитку населення, степень його хоробливості, поширення тих чи інших недуг і т. п. (дані переважно антропометричні і медично-статистичні). Стан здоров'я визначається, звичайно, на підставі встановлення певних середніх для маси даного населення типових норм і порівняння цих норм з відповідними нормами інших народів. Фізичні та психічні якості цілого народу залежать, очевидно, від якостей індівідуумів і груп, що входять в його склад, від релативного відношення між індівідуумами і групами з якостями вищими або нижчими від середніх норм.

Лише в останній час все більше поширюється, здавалося би таке зрозуміле, переконання, що здоров'я цілих народів, як і здоров'я індівідуумів, залежить від двох факторів: одного — це дідично одержаної конституції, і другого — зовнішніх умов життя і розвитку. Тому, коли ми хочемо скласти повну уяву про стан здоров'я народу, ми повинні звернати увагу на фізичний і психічний стан не тільки тепер існуючої генерації, але й на якости закладеного в масі індівідуумів населення «дідичного добра», біологічні якості зародкової плязми, що становить, так мовити, біологічний фонд народу. Лише недавно еugenіка, звязані з нею дисципліни розпочали в західних країнах — в Європі й особливо в Америці — систематично студіювати дідичні

вміг налічти всього 9 родин (як позволила мені література, яку я міг дістати) з 16 кровотечними членами. Їх, звичайно, в дійсності далеко більше. Родина нашого хорого буде, таким чином, 10-та по ряду, але в ній самій, як видно в таблиці, можна нарахувати 11 членів, що загинули в кровотечі (див. L. Grandidier. Die Hämophilie oder Bluterkrankheit. Leipzig).

Щоби вяснити причини цієї слабості, придумано чимало теорій, але жадна з них не може виявити істоту її, хоча-б приближно. Вірхов знаходив вроджену вуакість кров'яних жил, особливо аорти. На цей погляд пристає Immermann та додає, що тут маємо ще *plethora* *verum*, а через те стінки кров'яних жил не можуть здіржати міцного напору крові, від чого її лускають. Grandidier теж вивчав особливу крихкість кров'яних жил і побільшення раз-у-раз кровотиснення. Цю думку тепер вовсім відкинуто, бо ні про яку плетору у гемофіліків і мови бути не може, а тиснення крові у них *de facto* взагалі буває зниженням.

Останнім часом, працею та заходами Sahli, Weil'я, Nolf'a, Heggy, Lossen'a i Morawitz'a здобуто нові дані, що проливають де-яке світло на істоту цього цікавого хорування. Так дізнато, що здатність крові до скипання у величезної більшості гемофіліків дуже знижена і наближається іноді до норми тільки після великих кровотеч. Скипання крові, на загальну думку, залежить від взаємного ділення трьох субстанцій — тромбогену, тромбокінази та солей кальцію. У гемофіліків знайдено поменшенну кількість тромбогену та кальцію; та не достачає у них також і тромбокінази, яку повільніше, ніж звичайно, виробляють комірки. Тромбокіназа — це загальний протоплавматичний продукт і міститься також у комірках стінок кров'яних жил. Дуже можливо, що недостаточна зупинка крові і залежить од невеличкої кількості тромбокінази в цих стінках. Sahli навіть гадає, що тут маємо діло зі зниженою ферментативною здатністю комірок всього організму, що це діяте в широкому розумінні цього слова. Є й багато інших поглядів, але що до фактічних даних, то маємо повну згоду.

Проте, агідно в думками багатьох авторів, Morawitz'a особливо, я дозволяю собі гадати, що самим повільнім скипанням крові не можна пояснити собі істоти гемофілії. Мусимо припустити ще й побільшенну проти норми враалівість, «ранність» та проникливість стінок кров'яних жил. Це тим більше, що в анатомичного боку маємо знаходи Förster'a та Birch-Hirschfeld'a, які при мікроскопічних дослідах виявили в пре-капілярах та капілярах побільшення ендотелія в набуханням його ядер та зернятістю

протоплазми; оброблюючи ж азотнокислим сріблом, вони знайшли більш широку просторінь поміж поодинокими комірками. Kidd у дрібних жилах підшкірної клітчатки знаходив розрастання ендотелія, набрякання muscularis та росплоджування м'язневих ядер. Треба тут зазначити, що сам Birch-Hirschfeld не вважається звізнати знайдені ним одміни з гемофілією. Можна через те припустити, що не так анатомичні, як хемічні відміни стінок кров'яних жил — може бути й невелика кількість у них лецитини — викликає підвищенну їх проникливості та крихкість. Це треба припустити, бо саме зменшення здатності до скіпання не може пояснити нам усієї картини гемофілії. Незрозуміло було-б, чому від манісенької, непомітної травми, а як часом то й без неї, маємо кровотечу. Знижене скіпання пояснює 2-й акт драми, а перший — самий імпульс кровотечі — ховається в підвищенні враливості стінки кров'яних жил. З інших анатомичних одмін, oprіч великої зблідlosti та сильної недокровності усіх органів, що само собою зрозуміти легко, багато авторів знаходили незаросле foramen ovale, а іноді діру в перегородці поміж шлуночками серця. Але ці відміни, мабуть, зовсім випадкові і їх, звичайно, не можна поставити в причинний зв'язок з наявністю гемофілії. У нашого хорого немає ознак, що свідчили-би про вроджений порок серця.

Симптоматологія цієї хороби досить ясна з наведеної історії даного випадку. Маю тільки додати, що крім обрізання смертельна кровотеча у гемофіліків буває при відпаданні пуповини, при прорізуванні зубів, при проноявленні вух для сережок, себ-то найбільше в дитячому віці. Проте часом трапляється, що гемофіліки до глибокої доживають старости, як свідчить література — до 70 і навіть — один випадок — до 94 років (Simon). Як що гемофіліки пережили вік юнацький, то їх можна вважати до якоїсь міри врятованими, бо нахил до кровотеч з літами зменшується. Це можна гадати й про нашого хорого. Жінки гемофілічки під найбільшу підпадають небезпеку під час перших менструацій та пологів. А в тім ще велике питання, чи бувають серед жінок справжні гемофілічки.

Років тому буде в чотирі, як один із місцевих гінекологів прислав був до мене з вказівками на гемофілію одну жінку, якій мала бути зроблена якась гінекологична операція. Але ні родинна історія, ні дослід скіпання крові (= 8 хвилин за Vierordt'ом) не дали певних що до кровоточності даних, і я висловився за те, що операцію робити можна. Операція й одбулася зовсім щасливо.

Зі зовнішнього вигляду гемофіліки найбільш бувають біляві, зділкатною білою шкірою, бліді на обличчя. (Наш хорий досить сму-

глий брюнет). Картини крові у них, звичайно, нормальні, і тільки після великих кровотеч прокидается анемія. Але втрати крові у них надавичайно швидко поновлюються. Кровотечі можуть бути в усіх органах, але найчастіше трапляються у спланциз роту та носу, в підшкірній клітчатці та суглобах чи м'явах кінцівок. З клінічного боку мають особливі аначіння кровотечі в суглобі. Але прогноза, за Kōning'ом та Gocht'ом, не дуже погана: найчастіше вони розсмоктуються і рухомість в суглобах відновляється. В інших випадках встаються проте контрактури та анклози в деформацію суглобів, що ми маємо й у нашого хорого.

Хоча ця хорoba поражає всі тканини,— в чого загальний діатез, але часом трапляються, сказати-б, улюблені органи. Такий, наприклад, випадок Senator'a: у однієї молодої дівчини, раптом, без жадної ніби причини, прикинулася кровотеча з правої нирки. Анамнестичні вказівки та відсутність симптомів якоїсь іншої хороби дали підставу Senator'ові встановити наявність гемофілії, і коли анемія почала загрожувати життю, то він залишив я на екстірпацію нирки, з якою пощастило. Вирізана нирка була цілком нормальнa. В таких випадках, очевидччи, зміни кро в'яних жил одбуваються переважно або виключно в одному якому-небудь органі. Такі самовільні кровотечі — без жадної травми — трапляються цілком несподівано, здебільшого вночі. Іноді попереду бувають продроми — почування стиску в грудях, трептіння серця, приливання крові до голови. Маємо, наприклад, вказівки, що один хорий за кілька днів перед кровотечею почував дух крові і на підставі цього міг не помилюючись сказати, що у нього в якомусь місці хутко буде вилив крові. Деякий вплив робить, либо, і пора року, бо ж найчастіше кровотечі бувають на весні та в осені і рідше взимку та влітку. У нашого хорого найдужчі кровотечі теж припадали на весняні та осінні місяці.

Профілактика вимагала-б заборони жінкам із таких родин виходити заміж; але це річ безнадійна, та й чудно було-б людині зовсім здоровій накидати здеркання від шлюбного життя. А зрештою треба запобігати всяким травмам та ушкодженням, особливо за дитинчого віку.

Лікування. Засобів, що могли-би знищити діатез, ми не маємо, а через те на перший план виступає боротьба з кровотечами. Тут, розуміється, можна прикладати всіх заходів та засобів, що спиняють кров. Sahli особливо рекомендує місцеве прикладання желятини у формі змочених нею тампонів. Schmidt в одному випадку мав успіх, прикладаючи до ранніх зимопластичні субстанції.

З теоретичного погляду добре-б уживати кров'яну сироватку, а ще краще саму кров (бо вона має в собі більше фібрин-ферменту ніж сироватка) од нормальної людини. I. Bierwald в одному випадку мав чудовий наслідок, впорснувши в місце кровотечі 15 к. с. крові від здорової людини. Потім пропонуються витяжки з тваринних тканин, де багато є тромбокінази (наприклад, свіжопоточена волова печінка, розбитана в фізіологичному розчині, вживати не фільтруючи). Не так раціональні кальційні солі, бо вапна гемофілікам не дуже бракує. Сироватки людської, або конячої нормальної (як нема — то навіть антидіфтерійної) треба вживати по 10—20 к. с. під шкіру, в м'язи, або інтравенозно. Ефект бував тимчасовий — не більш як на 5 тижнів; доводиться повторювати. Року 1909 Nolf запропонував замість сироватки впорскувати 5% стерильний розчин пептону Witte. На його думку, це більш помагає ніж сироватка. З теоретичного боку це ще мало зрозуміло, але, як каже Nolf, від цього буває дуже добрий практичний результат. Grant пропонував також і таблетки ovarii'у на тому грунті, що жінки не слабують на гемофілію. Опіріч того, тут треба зазначити звичайні ліки, що спиняють кров — *sesale cornutum* та його препарати, півторахлористе залізо, адреналін і т. п. Наш хорій усіх цих ліків заживав, але без особливих наслідків. В грудні 1920 року дістав ін'екцію під шкіру 20 к. с. кінської сироватки, але по цьому довгий час почував цілу ниаку невиразних хоробливих з'явниць — слабість у всьому тілі, роабітість, ніби гостець (ломоту) в суглобах. Тепер охоче заливає свіжопосіченого сирого мяса. Хорій не помічав, щоб усі ці ліки йому помогали, проте впевняє, що останніх два роки почуває себе багато краще, і кровотечі бувають у нього далеко рідше, ніж в попередні роки. Але це, певне, залежить од його віку і quo ad vitam у даному разі ми повинні поставити цілком сприятливу прогнозу.

ЛІТЕРАТУРА.

- P. Nolf.* La coagulation du sang. Traité du sang. Gilbert et M. Weinberg. Paris. 1913.
- O. Naegeli.* Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Leipzig. 1912.
- Sahli. Ztschr. f. Kl. Med. Bd. 56. 1905 та Deutsch. Arch. f. Kl. Med. Bd. 99. Тут подробно приведена література.
- P. Morawitz.* Болезни крови. Русский пер. 1916. СПБ.

- B. K. Линдеман.* Наследственность и изменчивость как причина болезней. 1907. Киев.
- H. Ribbert.* Учебник общей патологии. Русский пер. 1915.
- Г. П. Сахаров.* К анализу законов наследования гемофилии. Врачебное дело 1921. 22—26.
- Abderhalden.* Ziegler. Beitr. Bd. 35.
- Д. Роменс.* Наследственность (критическое изложение теории Вайсмана). Перев. Холодковского. СПБ. 1894.
- W. Türk.* Vorlesungen über Klinische Hämatologie. 1912. Bd. II.

Д-р Б. МАТЮШЕНКО, доцент Укр. Університету в Празі.

Пошести на Україні в останніх вісім роках.

Склади на підставі статистичних даних загальний образ поширення епідемій на Україні за останні роки є завданням досить нелегким. Коли ще раніше, перед світовою війною, статистичні відомості про санітарний стан Сходу Європи, з'окрема території тодішньої Російської Імперії, взагалі не могли претендувати на велику точність, то це набрало ще більшого значення в останні роки, особливо після революції.

Професор Тарасевич уважає, що, напр., дані за 1917 рік взагалі не мають цінності, бо революцією був зруйнований статистичний апарат і припинена всяка регулярна інформація.¹⁾ За 1918 рік по Україні маються дані лише з Харківської губернії, і то дуже неповні. Лише починаючи з 1920 року статистичний матеріал з України набирає характеру більшої певності, та й то не дуже високої, бо невгласаюча горожанська війна і брак медичного персоналу, як також і інші фактори перешкоджають скільки-будь правильній медико-статистичній праці.

Труднощі здобування точного матеріалу збільшуються ще й тим, що розірвані між кількома державами етнографічні землі українського народу поділяють і в статистичному відношенні долю адміністративно-політичного поділу. Хоча в деяких публікаціях останнього часу Україна і фігурує вже як окрема одиниця, але ціла організація статистичного апарату приводить до того, що дані, які торкаються українського населення, втягаються в загальний підсумок даних «по Росії», «по Польщі», «по Румунії». Відокремити ці дані, витягнути їх із загальних цифр, одержаних по адміністративно-політичному принципу, є справою дуже складною, а іноді й цілком неможливою. Таким чином, при ко-

¹⁾ Prof. L. Tagassévitch (Moscou). Rapport présenté au Comité d'Hygiène de la Société des Nations. Genève, 1922.

Проф. Тарасевич є тепер президент Наукового Інституту Нар. Здоровля і голова Медичної Ради при Комісаріяті Народного Здоровля в Москві.

ристуванні даними ріжних медико-статистичних публікацій відносно поширення пошестей на українських землях, треба ці дані відповідно корегувати.

Що до даних про Україну, які приходиться брати в загальній російській статистики, то до них треба, очевидно, примінювати ті вказівки, які торкаються цілої російської статистики. А саме, аби призвати ці дані близчими до дійсності, необхідно їх множити на певний коефіцієнт корекції, в середньому не менший 2, ріжний для ріжних недуг і в залежності від району та місцевих умов розповсюдження недуг. За час від 1917 року коефіцієнт цей мусить бути, очевидно, ще вищим. Д-р Сисін, завідувач санітарно-епідемічним відділом Наркомздрава, опреділяє його в $2\frac{1}{2}$, проф. Тарасевич в 5, деякі автори навіть вище 5 (професор Зabolotний).

Для інших українських земель таких коефіцієнтів корекції не подається, але вияснення того, що саме і скільки з певних даних, напр., загальної польської статистики має бути віднесенено на рахунок власне українського населення, може бути осягнуто посередньо іншим способом. Так, наприклад, вказується, що плямистий тиф у Західній Галичині («Воєводство Краківське») бував лише в формі спорадичних випадків (особливо до війни²⁾). Отже загальну цифру польської статистики «по Галичині» можна брати майже в цілому, як відповідачу кількості захорувань плямистим тифом серед українського населення.

Загалом можна сказати, що для українського населення, з ріжних причин (низька гигієнічна культура, тіснота розселення, безнастаний військові операції, голод, величезна економічна руйна та інш.), все можуть бути взяті, без страху вплисти в перебільшення, максимальні цифри в відповідних статистичних матеріялів.

Після цих загальних уваг звернемося до даних про поширення за останні роки на Україні окремих пошестних хороб. При цьому матимемо в дальшому на увазі не всі пошестні хороби, а лише ті з них, що придбали в останні роки характер масовий, захопивши дійсно величезні маси населення.

Плямистий тиф (*Typhus exanthematicus*). Плямистий тиф існує на Україні з давніх-давен як ендемічна хорoba: кожного року спостерігалось звичайно кілька десятків тисяч випадків. Це стосується властиво до всіх українських земель, але найбільше

²⁾ W. Szmowsky. Le service de santé publique en Pologne, Paris 1920, p. 9.

до тих, що входили в склад Російської Імперії. За роки 1906—1913 на Херсонщині бувало в середньому 16,6 випадків плямистого тифу в рік на 10.000 населення, на Волині 16,1, на Харківщині 15,7, в інших губерніях трохи менше, але в середньому по Україні не менш 14—15 на 10.000.³⁾ Коли рахувати кількість населення українських земель, що були під Росією до війни, коло 35 мільйонів, то кількість хорих на плямистий тиф винесе в середньому більше 45—50 тисяч річно. Це відповідає ѣвисновкам д-ра Ігумнова, який подає, що в 1913 році, рахуючи лише в межах теперішньої Радянської України, було 40.243 випадків плямистого тифу.⁴⁾ Коли порівняти ці дані з даними по цілій б. Російській Імперії, то викажеться, що самі українські губернії давали приблизно $\frac{1}{3}$ всіх захорувань на плямистий тиф, себто релятивно значно більше, ніж це припадало би на Україну по відношенню кількості її населення до кількості населення Росії (приближно 1 : 5). Так, наприклад, в 1913 році по всій Росії рахувалося 118.419 випадків плямистого тифу, на Україні ж, як бачимо, 40.243. Пояснення цьому фактів мусимо шукати, між іншим, в більшій скученості українського населення в порівнянні з російським. Розуміється, бували й роки, коли відношення були інші — українські губернії давали не $\frac{1}{3}$, а $\frac{1}{4}$ або й $\frac{1}{5}$ всіх випадків в загальній російській статистиці, але факт значного поширення плямистого тифу як раз на Україні лишається в силі.

Коли приняти навіть максимальні цифри та ще й зробити корекцію помноженням їх на 2, то все-ж вийде, що загальна кількість випадків плямистого тифу на Україні за час 1890—1914 рр. не перевищувала 90—100 тисяч, навіть і в роки найбільших епідемій.

В Галичині, беручи дані від 1900 року аж до війни, в середньому бувало 2000 випадків річно, максимум в 1905 році — 4000 випадків.

В Буковині плямистого тифу бувало не багато і не що року, зате на Підкарпатті епідемії його давали іноді й по кілька сотень, а то й тисяч випадків у рік.

Ось такий був у загальніх рисах образ перед війною що до поширення плямистого тифу серед українського населення.

³⁾ Новосельський. Матеріали к географии и статистике сыпного тифа. «Научная Медицина» 1919, №№ 1 і 2.

⁴⁾ С. И г у м и о в . Заболеваемость и смертность во время голода. Сборник «О голода», изд. Отд. Мед. и статист. просвіщ. Наркомздрав, УССР. Харківъ. 1922, ст. 30.

Подивимось тепер, які зміни в ньому поробила війна і наступні роки.

В 1914—15 р.р. російська статистика подає для цивільного населення т.зв. Великої України цифри не вище від попередніх років. Але в той же час багато захорувань на плямистий тиф спостерігається в армії, а також серед населення Галичини, Буковини і Підкарпаття, де стояла тоді царська армія. Точних відомостей про ту епідемію не можна зібрати, але відомо, що вона була значною і захопила десятки тисяч людей.

Рух біженців через усю Україну в 1915—1916 р.р. спричинився до поширення різних пошестей, в тім числі й плямистого тифу, по цілій території України. В Росії за цей час також зросло число випадків плямистого тифу, і російська статистика подає його в 154.806 на всю Імперію (в тім числі і для українських губерній). В 1917 році, коли судити по статистичних даних, наступає ніби зменшення захорувань, але, як ми вже вказали, це зменшення є фіктивним, бо в цей час нищиться статистичний апарат; тому на цифру 1917 року взагалі покладатися не можна.

За 1918 рік даних майже нема. Лише одна Харківщина подає число випадків плямистого тифу 9032, вдвічі більше ніж за попередні роки. В інших районах України епідемія була не меншою ніж на Харківщині, на жаль цифрових даних немає жодних. Загальна російська статистика подає за 1918 рік 118.057 випадків плямистого тифу, але, як вказує багато авторів, ця цифра є безперечно далеко нижчою від дійсності. Коли рахувати, що в 1918 році на Україну приходилася $\frac{1}{3}$ всіх випадків (так як, напр., в 1913 р.), і коли зробити корекцію на коефіцієнт Сисіна в $2\frac{1}{2}$, то одержимо біля 100.000 випадків плямистого тифу на Україні в 1918 році. Думасмо, що цю цифру треба вважати мінімальною.

Не кращі відносини для зборання статистичного матеріалу були в 1919 році. Але й тих даних, що маються, досить, щоб скласти уяву про колосальну, нечувану ще в історії людства, пандемію плямистого тифу, що почалася в осені 1919 року на Україні і в Росії. Російська статистика подає за цей рік число випадків плямистого тифу 2.240.858, цифру, якої ще не знала до того епідеміологія. Але й ця невидана цифра ще далека, як ми побачимо, від дійсності.

Для України загального підсумку за цей рік нема, для окремих районів маємо: Харківщина — 107.366, Галичина — 70.155 (із загальної кількості 229.927 «по Польші»). Коли взяти на увагу, що й в інших районах України в той час лютовала не менша

пандемія плямистого тифу, то загальна цифра мусить бути прийнята коло 1 мільйона. Коли ж пригадаємо, що необхідний коефіцієнт корекції за цей час треба взяти не менший 4 (Тарасевич), то одержимо величезну цифру в 4 мільйони хорих плямистим тифом в один рік. Як не здається неймовірною ця цифра, мусимо признати її відповідаючою дійсності. Досить пригадати звіт делегата Міжнародного Червоного Хреста майора Ледеря та інші публікації того часу, що характеризують страхіття, які утворювали в цей рік на Україні пандемія плямистого тифу. Тому очевидно, що офіційна цифра в 786.626 випадків плямистого тифу за період навіть двох років (1-Х 1918—1-Х 1920) абсолютно не відповідає дійсності. Це вказує і пр. Тарасевич, що ж стверджують звіти Ільницького (Волинь), Хворостанського (Чернігівщина), Ігумнова (Харківщина). В багатьох місцевостях України і Кубані пандемія прийшла в той час такі розміри, що захоплювала послідовно все населення.⁵⁾

В 1920 році епідемія трохи зменшилась, хоч офіційна статистика подає навіть вищу в порівнянні з попереднім роком цифру в 2.677500 випадків по всій «Російській федерації» (це пояснюється, як вище вказано, поліпшенням в цей час статистичного апарату). Для України подається 609.031. В кожнім разі і в цьому році мусить бути ароблена корекція на коефіцієнт $3\frac{1}{2}$ —4, що дасть для України загальну суму хорих плямистим тифом в $2-2\frac{1}{2}$ мільйона.

В ці ж роки 1919—20 спостерігається епідемія плямистого тифу і на західних українських землях, але тих кількох десятків тисяч випадків, що там були, цілковито тонуть в загальній масі епідемії серед населення т. зв. Великої України.

В 1921 році епідемія меншає, а саме на всю «Російську федерацію» подається вже 745.687 випадків плямистого тифу. Але це зменшення епідемії звязане в другим лихом, що з 1921 року сталося на Україні — голодом. Як каже Ігумнов, зменшення епідемії треба пояснити як тим, що більшість населення вже перехворіла тифом в попередні роки, так і тим, що населення голодних районів «оказалося івользованим від інших місць, лежачим в наслідок ослаблення по своїх нутках спухшим, апатичним».⁶⁾ Те ж стверджують Каган і Фавр.⁷⁾

⁵⁾ Тарасевич. Ор. сіт. ст. 20.

⁶⁾ Ігумнов. Ор. сіт. ст. 30.

⁷⁾ «Сборник о голоде», Харків, 1922, Вид. «Народная Мысль».

В 1922 році епідемія ще меншає, а саме офіційні дані показують 344.843 випадки захорувань плямистим тифом.⁸⁾

Ми бачимо таким чином, що за кілька років серед населення українського було не менш 6—7 мільйонів хорих на плямистий тиф, себ-то 20—25% населення Радянської України. За ці ж роки для всієї «Федерації» проф. Тарасевич рахує число хорих на плямистий тиф біля 30 мільйонів.

Ми не маємо даних і не можемо судити про ті ріжноманітні хоробливі наслідки, які полишила ця нечувана епідемія у мільйонів людей нашого населення, що переболіли плямистим тифом. Ці втрати народного здоров'я не піддаються підрахункові, особливо в теперішніх умовах, але нема сумніву, що вони величезні. Постаємося уявити собі лише більше виразні втрати — смертність від плямистого тифу.

Раніше, перед війною, середня смертність від цієї хороби буває 5—8%, рідко до 10% всіх хорих. Тепер, як зазначають всі автори, смертність спостерігалася значно більша — до 12—14%, що пояснюється виснаженням населення внаслідок голоду, загальним погіршенням економічних і соціальних умов життя, цілковитим браком медикаментів і недостачею медичного персоналу.⁹⁾

Отже, коли рахувати смертність в 12%, навіть в 10% в середньому, то викажеться, що лише внаслідок одного плямистого тифу загинуло не менш 700.000 нашого населення, і то лише за роки 1919—1921.

Деякі групи населення, особливо лікарі, виказують значно вищу смертність від плямистого тифу. Так, доктор Кошкін для Донецького району подає смертність серед лікарів в 22,2%. Офіційна статистика червоної армії за 1919—1920 р. подає 21,1% смертності лікарів від плямистого тифу, а Шадлов-

⁸⁾ «Renseignements épidémiologiques» № 7. Publ. par le Séction d'hygiène de la Société des Nations. Genève, Octobre 1923.

⁹⁾ В 1913 р. у всій Російській Імперії було 28.764 лікарів,
 * * * * * 27.173 фельшерів,
в 1921 * * * Федерації 17.375 лікарів
 * * * * * 36.301 фельшерів,

із них на Україні було 7.645 лікарів і 8.845 фельшерів.

В 1923 році регистрація виказала, як подавала преса, лише 13.000 лікарів у всій «Федерації». Варто з цим порівняти повідомлення Московської газети «Правда», що «Госплан офіційно признав, що вища сільсько-гospодарська і медична освіта значно перевищують потреби країни» («Правда» 31. X. 1923). «Госплан» — це вища установа «Федерації» по виробленні загально-державного пілну праці.

ський (Москва), на підставі даних про 1461 хорого на плямистий тиф лікаря, подає для лікарів мужчин 31,6%, для лікарів-жінок — 21,6% смертности. Всі автори добачають причини такої надзвичайно високої смертности лікарів (в 2—3 рази вищої ніж серед нижчого медичного персоналу) в колосальній фізичній та інтелектуальній перевтомі, пригніченому психичному стані та інших обтярючих моментах.

Що торкається шляхів розповсюдження, «дисемінації» епідемії плямистого тифу, то всі публікації згідно вказують, що головним джерелом розповсюдження були залізниці, вагони котрих, при повній відсутності дезінфекційних средств, були повні зараженими плямистим тифом вошами. Рідкій пасажир не ставав їх жертвою, або в кожному разі розносив їх далі. Де більше була розвинена залізнична сітка, там звичайно й більшою була епідемія. Особливо виразно доведено це Ігумновим для Харківщини, але те-ж спостерігалося і в наших місцях.

Поворотний тиф (*Febris recurrens*) належить також, як і тиф плямистий, до ендемічних хороб на Україні.

Поширення його було завжди релятивно меншим ніж плямистого, а само не більш 12—15 тисяч випадків у рік на всіх українських землях. Другою цікавою властивістю поворотного тифу є те, що під той час як плямистий тиф панував переважно по селах, поворотний більше по містах. Так, Новосельський рахує за роки 1900—1914 для плямистого тифу 76% всіх випадків по селах, 24% по містах, для поворотного ж — 62% по містах, 38% по селах.¹⁰⁾ Цей характер розповсюдження поворотного тифу видається тим більше дивним, що на Україні по містах живе лише коло 15% всього населення; з другого боку, переносить інфекцію при обох хоробах один і той самий інвект — воша. Новосельський старається пояснити це явище меншим імунітетом після поворотного тифу — тим, що найбідніше міське населення, яке дає головний контингент хорих на тифи, швидко імунізується до плямистого тифу, поворотним же заражається повторно. Дійсно, цей факт ріжного імунітету спостерігався і під час останньої пандемії. Так, Файн указує, що при плямітіом тифі реінфекція мала місце в 3%, при поворотному — в 10,5% всіх випадків.¹¹⁾ Все ж одної ріжниці імунітету не вистарчає для пояснення ріжниці розповсюдження цих двох пошестей. Таракевич гадає, що причини ріжного поши-

¹⁰⁾ Новосельський. Op. cit.

¹¹⁾ Файн. Статистичні дані що до епідемії плямистого і поворотного тифів, ст. 5—10. Ростовъ. 1921. Цит. за Таракевичем op. cit.

рення треба шукати ще у властивостях самих мікробів, може в умовах їх розвитку як в людському організмі, так і в організмі воші. В кожнім разі це питання потрібне ще дальнього вияснення.

Починаючи від перших років війни поворотний тиф зростає, при чому зростає його йде так, що захоплює переважно армію. З другого боку, в армії помічається все перевага поворотного тифу над плямистим, — протилежне тому, як серед цивільного населення.

В 1913 р. на всю Україну припадало 12.861 випадок поворотного тифу; на всю Російську Імперію в той же час 30.690. На західних українських землях спостерігається в передвоєнні роки лише незначна кількість поодиноких випадків.

В 1916 р. одна російська армія дає 27.958 випадків, в 1917 р. вже 43.193. Серед цивільного населення в 1916 році російська статистика реєструє 99.034 випадки, себто в п'ять разів більше ніж в 1914 році. Статистичні відомості щодо цивільного населення за рр. 1917—1918 дуже неповні. За 1919 рік окремих відомостей що до України також не має, але загальна російська статистика подає за цей рік такі дані: серед цивільного населення 191.343, в армії — 109.786, разом — 300.111 випадків поворотного тифу. В 1920 році (за 10 м-ців) серед цивільного населення 570.180, в армії — 670.676, разом — 1.296.378. Для України за 1920 р. загальна цифра (цив. населення і військо) подається 326.075. В 1921 році по «Радянській Федерації» подається 888.598 випадків поворотного тифу, із них на Україну припадає 260.399. За 1922 р. подається для України 467.893, себто більше як в попередні роки і більше ніж число випадків плямистого тифу в тому ж 1922 році.¹²⁾

Із цих неповних даних ми бачимо, що на Україну припадає все $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ всіх випадків поворотного тифу, себто помічаємо те ж явище, що й до плямистого тифу: релятивно українське населення хоріє поворотним тифом більше ніж російське. Крім того видно, що епідемія поворотного тифу, за винятком 1922 року, взагалі йде паралельно з епідемією плямистого. Що торкається абсолютної кількості перехорівших за ці роки поворотним тифом на Україні, то щоби представити цифри більше відповідаючими дійсності, мусимо, як ми робили для плямистого тифу, помножити їх на коефіцієнт корекції, який, очевидно, буде той самий, себто не менше 4. Одержано таким чином для 1920 р.

¹²⁾ Renseignements épidémiologiques. № 7, ст. 112.

коло 1.200.000, для 1921 року — коло 1.000.000 хорих поворотним тифом на Україні.

Як що припустити, що в 1922 р. статистичний апарат працював краще, і що тому коефіцієнт корекції має бути не більше $2 - 2\frac{1}{2}$, то все ж і в цьому разі матимемо загальне число не менше 1 мільйона хорих поворотним тифом.

Що до інших українських земель, то там в ці роки були також епідемічні захорування поворотним тифом, але число їх міряється там лише тисячами. Так в Галичині в 1919 р. було всього 1895 випадків поворотного тифу.¹³⁾ В 1920 р. коло — 1500, в 1921 р. — 1425; в 1922 р. епідемія поворотного тифу яросла, і на українських землях під Польщею рахувалося лише за 4 перших місяці 1922 р. більше 20.000 випадків.¹⁴⁾ В кожнім разі, ця кількість випадків поворотного тифу на західних українських землях являється дуже малою в порівнянні з епідемією на території УССР.

Загальна смертність від поворотного тифу в епідеміях до воєнно-го часу була 2,6—2,9%; в цю епідемію в середньому коло 4%.¹⁵⁾ Таким чином, приймаючи загальну кількість хорих на поворотний тиф за останні роки на Україні в $2\frac{1}{2}$ —3 мільйона, мусимо рахувати, що загинуло від поворотного тифу не менше 100—120 тисяч.

Ми бачимо одже, що епідемія поворотного тифу, що йшла одночасно і паралельно з епідемією плямистого тифу, загально беручи, захопила втричі меншу кількість людей, ніж плямистий тиф, але своїм розміром вона перейшла також всі бувші до цього епідеміологічні тахітум'ї. Лише цими двома тифами перехопувало на Україні за останні роки 7—8 мільйонів людей.

Але одночасно з плямистим і поворотним тифами лютували й інші пошестні хороби: черевний тиф, дизентерія, холера. Хоч їх розмір був не такий нечуваний, як описаних тифів, але все ж значний і, поширені разом з тифами плямистим і поворотним, вони ще збільшували величезні втрати здоровля і живих сил українського населення.

Черевний тиф (*Typhus abdominalis*), також ендемічна на Україні хорoba, в останній рік перед війною (1913) дав 118.515 випадків на Україні під Росією і 3002 випадків у Галичині. За роки 1918—1919 окремих даних для України немає, але по за-

¹³⁾ Szumowski. Op. cit., ст. 25.

¹⁴⁾ Renseignements épidém., №№ 1 і 3.

¹⁵⁾ Тарасевич. Op. cit., ст. 28.

тальній російській статистиці реєстровано «по Росії»: в 1918 р. — 209.264, в 1919 р. — 252.066; з цього числа на Україну треба рахувати приблизно $\frac{1}{4}$ всіх випадків. В 1920 р. на Україні реєстровано 125.772 випадки, себто лише ніби трохи більше ніж в 1913 році; коли ж ми візьмемо на увагу необхідність корекції даних як раз цього часу на коефіцієнт не менший 4, то одержимо також дуже велику цифру — понад 500.000 випадків у рік. В 1921 р. зазначається 135.118 випадків черевного тифу на Україні, себто — після корекції — також понад 500 тисяч. В 1922 р. статистика реєструє 97.654 випадків черевного тифу на Україні, однак трохи менше ніж в попередньому році. Але цікаво, що як раз в цей 1922 рік Україна серед всіх країв світа виказує максімальне поширення черевн. тифу. Навіть у сусідніх з Україною районах Росії число випадків черевного¹⁶⁾ тифу релятивно значно менше.

Всі ці роки епідемія черевн. тифу панувала переважно серед цивільного населення і давала смертність в середньому коло 10%.

Приближено такого ж розміру й типу була епідемія різачки (*дизентерії*) — лише трохи менша, а саме, по офіційній статистиці 75—100 тисяч у рік в 1919—1921 р.р. Перед війною дизентерії бувало серед українського населення в середньому 10—12 тисяч.

Професор Тарасевич приходить до висновку, що в ці роки черевний тиф і дизентерія виказали хоч і величі ціфри, але вони не перейшли максімальних цифр, які спостерігалися перед війною, що їх збільшення в порівнянні зі зростом тифів плямистого і поворотного цілковито відступає на другий план.

Холера в останній час з'явилася на Україні як епідемія лише в 1921 р., хоча в сусідній Росії вона почалася вже в 1918 році. В 1921 році рахувалося по Україні 10.341 випадків. В 1922 році епідемія зростає і дає, по офіційній статистиці, 42.462 випадків, при цьому найбільше в Одеській губернії.

Малярія все була ендемичною хороброю на Україні, але розміри її не були яначні. В останні роки, починаючи з року 1921, і ця хорoba привела характер широкої епідемії. В 1921 р. оказалася захопленими малярією головним чином українські західні землі під Польщею — Волинь і Полісся. Окремих цифр для цих районів немає в нашому розпорядженні, але загальна кількість «по Польщі» подається за цей рік 52.639, при чому зазначається, що переважна більшість приходиться як раз на Волинь і По-

¹⁶⁾ Renseignements épid. № 7, ст. 65 і 112.

зісся: 845 випадків на 100.000 населення на Поліссі і 365 на Волині. В 1922 р. в західних районах України епідемія слабне (*«по цілій Польщі»* показується вже лише 17.419 випадків), зате поширюється на території Радянської України. В 1922 р. розвивається широка епідемія в Закавказьї, Туркестані і в районі Волги, звідки переходить і на Україну. Однака офіційна статистика малярійних захорувань як раз для України виказується цілковито недостаточною. В останньому звіті гигієничної Секції Ліги Націй¹⁷⁾ подаються такі дані: число хорих малярією в 1922 р. в Росії — 1.986.407, на Україні — 8.094. Автори звіту самі визнають, що даних про Україну властиво немає, і на карті розподілення малярії по цілій Європі над територією України стоять тільки знак запитання¹⁸⁾. Таким чином, відносно поширення малярії в 1922 році на Україні доводиться задоволінитися визначенням, яке робиться на підставі вражень і спостережень лікарів, що епідемія значно зросла. За перші 8 місяців 1923 ріст епідемії йде далі. Офіційна російська статистика визначає збільшення загального числа приблизно на 30% і подає для Радянської Федерації число випадків малярії в 2.800.000. На Україні за цей час зареєстровано 416.818 випадків, на Кавказі 245.000.¹⁹⁾ Цікаво тут підкреслити колосальне поширення малярії на Кавказі і в Закавказью: за 1922 рік в середньому число хорих було 9.017 на 100.000 населення, а в деяких районах доходило до 20.899 на 100.000, себто захоплено епідемією до 20% населення.²⁰⁾ Професор Тарасевич звертає увагу, що серед форм малярії по всій Федерації досить значна частина припадає на тропичні форми, а в Туркестані спостерігається багато випадків наглої малярії, яке характеризується коматозним станом і в 24—48 годин кінчачеться смертью.²¹⁾ Складаний в Москві 23—26 січня 1923 року 1-й Всеросійський Конгрес з приводу малярії прийшов до висновків, що причинами такого колосального поступу малярійної епідемії являються: 1) деякі кліматичні зміни (тепліше літо), 2) брак шпиталів і санітарних уряджень, 3) особливо брак хиніну, запаси котрого були цілковито вичерпані ще в кінці 1921 року і 4) постійні пересування більших мас населення, особливо в наслідок голоду.

¹⁷⁾ Reinseignements épidem. № 7, octobre 1923, ст. 56 і сл.

¹⁸⁾ Ibid., ст. 59.

¹⁹⁾ «Дні». 3-XI. 1923. і 15-XII. 1923.

²⁰⁾ Renseign. épid. № 7, ст. 58—59.

²¹⁾ Тарасевич. Op. cit., ст. 23.

Поширення малярії має тим більше шкодливе значення, що ця хороба являється лихом не тільки для безпосередньо хорих на неї, але, на думку багатьох авторів, оказує шкідливий вплив і на нападків, бо малярійний токсік заражається до т.зв. зародкових отрут.

Із короткого огляду поширення головних недуг на Україні в останні роки видно, які величезні втрати і ушкодження здоровля понесло наше населення. В круглих цифрах беручи, треба рахувати, що біля 9—10 мільйонів, себто коло $\frac{1}{3}$ всього населення, переболіло тою чи іншою епідемичною хорбою, а чи мали людей — і кількими з них. Причини такого нечуваного поширення пошестників захорувань нами вже визначалися вище. Лише повною дезорганізацією найпримітивніших культурних умовин життя, лише цілковитою культурною і соціальною рукою може бути пояснена та беспомічність, з якою приходилося населенню зустрічати насунувше на нього лихо. Частина понесених втрат — сотки тисяч загинувших від епідемій людей — не виправима; але інші наслідки ослаблення і покалічення епідеміями здоровля сотень тисяч і навіть мільйонів людей — це направити являється велетенським завданням. Ще важливіше завдання — не допустити на далі до такого колосального поширення пошестей. Хоч і великою є «Durchseuchung» українського населення, все ж ще мільйони його можуть знову стати жертвами ріжких пошестей. Запобігти цьому може лише, очевидно, привернення українському населенню загальних культурних обставин існування. Доки цього немає, немає й гарантії, що ми знову не будемо свідками нових грандіозних епідемій на Україні.

Проф. МАНЬКІВСЬКИЙ та д-р Ю. ВАСИЛЕНКО (Київ).

Crise hémoclasique Widal'я при первових захоруваннях.*)

1920 р. Widal зі співробітниками описав новий метод досліду функцій печінки. Річ у тому, що коли нормальнна людина випить натіцесерце 200,0 кб. с. молока, то у неї настає аліментарний лейкоцитоз, в тому ж разі, коли у неї хора печінка, з'являється лейкопенія — себто зменшення кількості білокрівців; одночасно спостерігається більш або менш виразний спад кровотиснення і зменшення рефрактометричного індексу, а також підвищення зціпнення (коагулациї) крові. Равом зі зменшенням кількості білокрівців настачає зміна формулі їх, а саме — з'являється ліфмоцитоз. Widal підраховував білокрівці через кожні 20 хвилин після прийому молока і знаходив, що лейкопенія, досягнувши свого максимуму через 1—1½ години, зміняється лейкоцитозом. Widal зближував цю реакцію з анафілактичним шоком — завдяки прохідності в кров не до кінця розщіпленіх білкових витворів (пептони, альбумози). Він рахував, що печінка затримує ці субстанції, котрі всмоктуються по v. portae. В тому-ж випадку, коли печінка хора, коли існує інсуфіцієнція І, вона губить цю фільтруючу здатність, субстанції ці попадають в кров і дають описане вище явище, яке Widal назава crise hémoclasique.

Для підтвердження своєї теорії Widal робив такі експерименти: 1) коли впорснути собаці в кров пептон, настає лейкопенія, спадання кровотиснення і зміна зціпнення крові; 2) теж саме спостеріг він під час травлення у собаки з Енківською фістулою; 3) йому вдалось також отримати crise hémoclasique у собаки при впорскуванні її в яку-небудь вену крові, взятої з v. portae під час травлення. Widal пропонував цю реакцію, як тонку і певну для досліду функцій печінки. Ця реакція звернула на себе увагу і викликала значну літературу. Все-ж питання про її специфічність, про її кліничне значення, а особливо про меха-

*.) Декладено на засіданні медичної секції Всеукраїнської Академії Наук у Київі у січні 1923 р.

нізм її виникання й досі остаточно не вирішено, бо погляди різко розходяться.

Küttner i Somjen¹⁾ признали за нею клінічне значення; в їх випадках, коли ця реакція була позитивна, були вказівки на захорування печінки. Somjen знайшов цю реакцію не тільки після молока, а й після масла, цукру, жиру. Більш негативно до реакції Widal'я віднеслись Jungmann та Blumenthal²⁾, а також Adelsberger. Ці автори вказують на те, що позитивна реакція получалась іноді при здоровій печінці, а в випадках захорування її, в $\frac{1}{5}$ їх спостережень, реакції не було. Навпаки, Roth i Hettengi³⁾ в праці, котра була проведена в клініці Когану 1922 р., вважають цю пробу певною і тонкою, безумовно специфичною для функцій печінки. Вони досліджували печіночних хорих в 21 випадку і у 16 знайшли пробу позитивною, при чому вона не завжди відповідала здобуткам других методів досліду печінки. В одному випадку, трудному для діагнозу, тільки ця реакція дала змогу поставити точну діагнозу. В контрольних пробах на хорих зі здоровою печінкою реакція не була позитивною, крім 2-х випадків астми. Автори надають головне значення в синдромі *crise hémoclasique* лейкопенії, менш постійним являється зниження кровотиснення та зміна індексу. Зціпнення крові вони не досліджували.

Eisenstadt⁴⁾ в своїй роботі: «Die Theorie und praktische Brauchbarkeit von Widals haemoclastischer Krise» приходить до негативних висновків що до цієї реакції через те, що в його дослідах хорих печінкою, а також у інших хорих і здорових з'являлась лейкопенія і у суб'ектів зі здоровою печінкою; при хорій печінці вона не йшла паралельно з важкістю захорування. Теж відноситься й до кровотиснення та до кров'яної формулі. Автор указує також на неточність терміну «гемоклазія», котрий наче-бто вказує на руйнування кров'яних елементів, в той час коли справа йде тільки про лейкопенію в наслідок розподілу білокрівців. Відносно механізму *crise hémoclasique* автор схиляється до того роз'яснення, котре пропонував Glaser (про його по-тім). Захищає значення цієї реакції Widal'я — Wolf⁵⁾ в своїй роботі: «Contribution à l'étude de l'hémoclasie digestive».

¹⁾ D. Med. Wochschr. 1921 p. № 44; Med. Klin. 1921, № 40.

²⁾ D. Med. Wochschr. 1921, S. 345.

³⁾ Klin. Wochschr. 1922, № 21.

⁴⁾ Klin. Woch. 1922, № 36.

⁵⁾ Schweizer Med. Woch. Ціт. за Presse médic. 1922, № 87.

Автор досліджував гемоклястичний шок у хорих печінкою, діабетиків та у нормальніх людей, даючи їм молоко, глюкозу та жир. Він рахував реакцію позитивною тоді, коли зменшення кількості білокрівців було приблизно на 1000. Він підкреслює, що не всі частини *crise* ідуть паралельно: так, зміна кров'яної формулі і кровотиснення не завжди буває так виразна як лейкопенія. Wolf рахує цю реакцію оканкою інсуфіцієнції печінки, дуже тонкою і чутливою, що реагує на саме маленьке захорування. В теоретичному розв'ясненні автор відхиляється від Widal⁶, який приписує печінці здібність затримувати складні білкові сполучення. Wolf вважає, що білки ще в кишковому проводі розщиплюються далі, і що тому не альбумози і пептони, а амінокислоти вступають в кров і дають шок в тому випадку, коли печінка губить свою здатність затримувати їх і спінтеувати.

З зовсім нової точки погляду освітлюють це питання проби Stransky-го і Schiff^a⁶) на дітях, котрі вони проводили в 1921 році. А саме: вони знайшли, що у грудних дітей, у котрих печінка зовсім здорова, настає аліментарна лейкопенія, при тому не тільки після молока, а також і після мяса, вуглеводів, пептонів. 1922 року Stransky і Lager⁷) провели цілий ряд проб на собаках (молодих, котрі ще росли) і знайшли дані, які підтверджують їх попередні висновки, а саме: у молодих собак настає фізіологічна аліментарна лейкопенія не тільки після молока або білку, а також і після вуглеводів, жирів та амінокислот. Автори приходять до того висновку, що ця реакція не залежить від функції печінки, а залежить від складних умов, в котрих велику роль, певно, відіграє нервова система.

Трохи більш місяця я мушу відвести роботі Glaser^a⁸) (*«Der abdominale Vagus-reflex bei Vagotonie»*), котрий досить різко відокремлює від других постановку цього питання. Спираючись головно на роботах Stransky-го і Schiff^a на грудних дітях, Glaser став робити свої досліди на дітях старшого віку і знайшов, що в 15 дітей від 4—12 років всі дали аліментарну лейкопенію. Діти-ж старшого віку, котрі наближаються до полового досягнення, дали лейкоцитоз. Автор думає, що зміна реакції стойть у звязку зі змінами функції гормонів (*thymus, testis, ovarium*). Glaser буде таку теорію для розв'яснення механізму лейкопенії. *Crise hémoclasique*, як на це вказував ще Widal, це є свого роду анафілактичний шок, при якому,

⁶⁾ Deutsch. Med. Wochenschr. 1921, № 42.

⁷⁾ Klin. Wochenschr. 1922, № 51.

⁸⁾ Med. Klinik. 1922, № 11—15.

жил. Випадок неможна вважати пістряком на базі цірози та треба шукати інших моментів, які можуть, по даних із літератури, витворити ґрунт для появи пістряку.

В нашому випадку є в анамнезі віспа та травма. В літературі є дані, що при віспі бувають пошкодження паренхими печінки, які можуть стати причиною репаративних змін. Описані були некротичні огнища, які пояснюються частинно як зміни ідентичні з ефльоресценціями на шкірі, частинно приписуються секундарній (мішаній) інфекції (Weigert, Keysseritz-Mayer, Bowen). Чи в даному випадку це було — на це нема прямих доказів, але цієї можливості неможливо виключити. Що до травми, то її значіння не можна вповні відкидати, хоч картина мікроскопічна і не дала прямих доказів її діяння. Вплив травми міг виявитися у викликуванні лихого новотвору в печінці, можливо вже хоробливо змінений, або в пошкодженні тканини печінки з наступними змінами, які вважаються базою для пістряку.

Обидва ці моменти з анамнези неможливо вповні відкинути, але її нема певних підстав приписати їм значіння в генезі новотвору в даному випадку.

В кожному разі неможливо зарахувати його з певністю до тих рідких випадків *Ca hepatocellulare multiplex*, де не знаходять до появи пістряку жадних ціротичних змін печінки.

Випадок II: Е. Г., чоловік 68 р. Номер 10.II.1924. Від довшого часу умово хорій. Перші прояви недуги печінки в березні 1921. Клінично констатовано: печінка збільшена, дебела, горбкувата, пальпація болюча; в одному місці більша реаєстенція.

Клінічна діагноза: ювенільна деменція. Пістряк печінки.

Патолого-анатомична діагноза: ціроз та пістряк печінки. Тяжкий інтерус та холестаза. Перекиди в легених та періаортальніх залозах. Холемічні геморагії на серозах та шкірі. Асцит. Тумор селезінки.

Із протоколу розтину: шкіра значно жовто-зелена з дрібними геморагіями; крім цього жовтянка слизниць. Труп значно виснажений. В обох плеврах та в перикарду збільшена кількість закріпленої рідини. На плеврах дрібні геморагії, на епікарді великі. В тканині легенів декілька малих вузлів новотвору жовтого кольору, гостро відмежовані від тканини легенів. У череві приблизно 2 літра серозної рідини. Органи черева, крім селезінки, без особливостей. Печінка значно побільшена, 2600 гр., грубо гранулювана на поверхні. На перерізі помітно в центрі печінки солідний наріст заніженої як дитяча голова, досить дебелої консистенції, жовтого кольору, в ньому дрібні некрози та геморагії. Периферійні жовчоні проходи розширені, наповнені жовчю. Обидва ducti hepatici обросли новотвором та стенозовани. Жовчовий чіхур малий, в ньому безфарбна жовч та малі холестерінові камінці. В періаортальніх залозах інфільтрація жовтою тканиною нарости.

Патолого-гістологичний розгляд: в тканині печінки є зміни, які відповідають картині анулярної цірози. Періпортальна залучна тканина значно розмножена та розділює тканину печінки на псевдоаціозні смуги. В цій малонклітичній інфільтрації, інва по-декуди дуже інтенсивна та творить густі інфільтрати. Крім цього численні pseudocanaliculi. В тканині печінки дифузна холестаза аж живочільними тромбами та огнища ізотропної жирової інфільтрації. В клітинах Купфера юнді дрібні крапли анізотропних жирів, які фарбуються шарпіхом (естери холестеріну).

Пістрякова тканина зложена з широких солідних прутів клітин, тісно уложеніх, та пронизано розширеними волосниками, яких стіну творить тільки верстка ендотелію та тонкі фібрілі злучної тканини; клітини нарости прилягають безпосередньо до стінок волосників. Клітини самі мають ядра більші від нормальних, з виразною сіткою хроматину та величчими цулюено-зями. Ядра мають форму доволі поліморфну — від круглої до неправильно овальної — та добре фарбуються.

Плязми клітини мають небагато, її границі негострі. Тканина новотвору наразно базофільна, плязма клітин не приймає севіну. Жовчових пігментів в пістрянку непомітило. Клітини нарости (2—3 ряди), які прилягають безпосередньо до волосників, інфільтровані більшими крапками ізотропних жирів. Досить значні смуги тканини новотвору ніказують центральну некрозу.

Пістряк росте наразно інфільтративно, в багатьох місцях помітно вростання до печіночних жил ріжного типу. В місцях, де він вростає до смуг нормальної тканини, компрімус ІІ; трабукулі печінки пласкі, атрофичні. Границя тканини нормальної та пістрякової гостра. Енгайд перенідів відновідає первісному новотворові.

Комбінація з цірозою не дає можливості в цьому випадку відмежити час клінічного перебігу недуги пістряка. Об'ективно констатовано наріст місяць до смерті. Пістряк в цьому випадку — масивний уніцентричний, гепатоцелюлярний, який вростає до жил, творить метастази в печінці, легенях та заходах; мікро-скопічна картина вказує на солідну медуллярну карціоному. Характеристична в ньому жирова інфільтрація клітин, описана також у випадку Ргум⁴а.

Випадок III: Л. 62 р. Помер 18.11. 1923 р., робітник. Був в р. 1909 тяжко поранений при роботі на залізниці; мав зломані ребра. З цього часу почував часто біль, голопно на правім боці черева. Погіршення стану здоров'я помічє від січня 1923 р. Клінично констатовано: печінка значно побільшена, на ній горбки величини бобу, в лівій долі печінки резістентне тілотвірde, величини і форми бараболі. Caput Medusae. *Клінічна діагноза:* первісний пістряк печінки та очеревної. Асціт. Артеріосклероза. Гіпертрофія та ділятация серця. Малиційне отинде в лівій гемісфері?

Патолого-анатомична діагноза: пістряк; лівої долі печінки з перекидами в других частинах печінки. Асціт. Тяжкий істеріс. Набрякін долішніх кінчики. Тумор селезінки. Бронхопневмонії долішніх лъобусів. Кахексія, ateromatosis зорти. Циротична туберкульоза горівніх лъобусів.

Із протоноду розтину: печінка значно побільшена. На її поверхні вузли нарости завбільшки як горох та черепні, тверді, з запалими центрами. Ліва долі печінки на поверхні значно ціротична, нижня її частина та *lobus Spigelii* перетворені в тинаний нарост завбільшки як пистун; *lig. suspensorium* розділює його на дві по-лошини. На персрізі помітна суцільна тканина нарости, яка залишає ліву долю печінки та переходить частинно на праву; кольор його сіро-блілий, консистенція дебела, по-декуди помітно малі, м'ягкі огнища. Тканина печінки засіяна малими наростами неправильних форм, такого-ж вигляду. На тканині печінки помітно атрофію та іноді значну інтрегназію жовчовим пігментом. В дальших частинах печінки структура макроскопично помітна. На жовчовому міхурі та великих жовчових шляхах змін непомітно.

Софезінка приблизно в 4 рази більша, пульси багато, структура непомітна. Туберкульозні зміни в горішніх льобусах доволі значні, в долішніх крім огинці бронхопневмонічних помітно групи транспарентних міліярних вузликів, які помітні також біля старших та змін в горішніх льобусах.

Мікроскопічна картина: Наріст має виразно альвеолярну структуру. Місцями строма дуже багата, та помітно картина ціротичного пістряку. Злучна тканина в цілому новотворі значно розвинена; вона не багата жилами, складається з численних ядер характеру фібробластів, та невеликої кількості колагенічних тонких фібріль, — через що одержується деяка подібність до тинани фібросаркоматозної. Епітеліальні частини новотвору складається з солідних вругів неправильних форм, місцями досить широких; клітини базофільні, індиферентного характеру, з яскравими ядрами, круглими, мало поліморфними, які мають великі цуклеолі.

Вузлі пруги подібні до т. зв. псевдоаканітулів, але відріжняються від них більшими розмірами клітин. Деякі зовсім малі пруги виказують ядро з грудами аморфної маси; ці пруги складаються з одної верстви кубичних клітин; іони попадаються тільки звідка. Міоз помітно мало.

Цей випадок — це масивний первісний пістряк в лівому та Спігельовому льобусі, з перекидами в правому. Мікроскопично — це *Ca cholangiocellulare*, частинно солідної структури, частинно тубулярної. В анамнезі травма перед більш як 13 роками, з наступними болями, лъокалізованими в царині печінки. Макроскопично — обмежена ціроза на convexitas лівої долі. Подібні ограничені зміни були описані (Rössle). Можливо, що ця ціроза є наслідком змін, які настали після пошкодження паренхими в зв'язку з травмою, та які стали базою для новотвору. З певністю цього сказати не можна, тим більше, що з-за характеристичної для *Ca cholangiocellulare* лъокалізації в *hilus'* і неможливо відкринути вповні дизонтогенного моменту. Можливо, що обидва моменти — дизонтогенний та гіперпліясеогенний — комбінувалися в зв'язку з регенаторною гіперплазією після травматичного пошкодження. Загальної цірози в цілому випадку не було, що відповідає і даним в літературі про рідкість цієї комбінації.

Випадок IV: Ш., мужчина 47 р. В кінічній картині переважала тяжка холемія з численними геморагіями. *Клінічна діагноза:* Тяжка холемія. Численні геморагії. Обструкція d. choledochi. Пістряк голови підшлункової палози (pancreas)?

Патолого-анатомична діагноза: Малі пістряки d. hepatici в hilus'ї печінки. Хронічна стаза жовчі. Icterus. Холемія. Численні геморагії в шкірі під очеревною, на плеврах, на перікарді. Гемаскос. Гемоторакс (правий). Гемоперікард. Едема легенів. Кахексія. Анемія. Геморагії до лохань нирок.

Із протоколу: *ductus hepaticus* як раз в самому hilus'ї компрімованій новотвором завбільшку як мігдаль, дуже твердий. Зондування d. hepatici неможливе. Жовчові пілихи в цілій печінці значно розширені, в них патічно багато жовчі. Тканина печінки оливково-зелена. Відсутність великі геморагії.

Мікроскопично: Тканина нарости складається з пругів клітин, уложеніх в густій азучнотканинній стромі, доволі багатій на ядра, місцями гіпертрофічно змінений. Строма пронизана звідка жилами, в яких помітні огинища негустої дрібно-клітишної інфільтрації. Пруги клітин неправильні, анатомозують взаємно та мають в собі 3—4 рядів клітин; по-декуди понадаються товсті пруги, всі пруги солідні. Клітини базофільні, плязма негостро обмежена. Ядра поліморфні, бувають круглі, ясні, величини гіпертрофичної печіночної клітини, але здебільшого зовсім малі, темні, сильно нафарбовані, з густою сіткою хроматину; дуже багато поліморфних форм, частинно пласких. Від цього типового вигляду є деякі відхилення: в деяких менших пругах маються в центрі клітини великі, ясні, з еозінофільною плязмою; в цих місцях є також мітохи.

Центрні найгрубіших пругів некротичні. Зовсім рідко попадаються в нарости тубулярні структури з циліндричними клітинами. Вони знаходяться в безпосередньому контакті з описаними пругами. В центрі нарости є некротичне огнище, не гостро обмежене, величини сочни. Сам наріст поміщається в азучній тканині, межі його негострі, помітні ознаки інфільтруючого зросту. В тканині печінки значна холестаза, ектазія жовчових шляхів та багато жовчових тромбів.

Цей наріст є пістряком, який виростає з циліндричного епітелію великих жовчових проходів печінки. Він заражовується деякими авторами вже до пістряків великих зовнішніх жовчових шляхів (Hlava, Kaufmann). Описую його, бо інші автори вважають його ще пістряком печінки з найбільших середньопечіночних (інтрагепатальних) жовчових шляхів, а також для порівняння з третім випадком та задля маркантної клінічної картини. Наріст заховує циліндроцелюлярну структуру, але місцями виказує прояви металлязії пляноцелюлярної, як це буває у пістряків з великих жовчових шляхів.

По своїй генезі наріст є дизонтогенного характеру.

Нік помітно з опису, їде мова в даному разі про випадки зовсім різного типу; їх треба аналізувати в зв'язку з питаннями, які виникли в літературі первісного пістряку печінки за останні десятиліття.

Відносно систематики мікроскопічний розгляд даних випадків не полишає жодних сумнівів у тому, що два перші випадки — це *Ca hepatocellulare*, два другі *Ca cholangiocellulare*.

Відносно критеріїв розпізнання треба замітити, що в обох випадках гепатоцелюлярних не було продукції жовчі в клітинах наросту, чому деякі автори придають діагностичне значення; це можна пояснити *значимим віддиференціюванням елементів новотвору*. Особливо перший випадок відрізляється в де-чому від звичайної картини *Ca hepatocellulare*. Строма його зложена з більшої кількості злучної тканини, чим це звичайно буває в таких випадках. Це треба вважати явним секундарним, тим більше, що в малих вузлах строма тільки капілярина.

Перший випадок визначається також численними тубулярними та везікулярними структурами клітини, які Fischer та Негхейшег вважали характеристичними для т.зв. аденокарцином з жовчових проводів. Однак у нашому випадку жовчоводці всюди, навіть в центрі вузлів нарости, зовсім нормальні, так що гепатоцелюлярний характер його є безсумнівний. Названі структури можна найкраще пояснити, згідно з думкою Yamagiva, як значне віддиференціювання клітин та поворот їх структур до ембріонального стану; в зв'язку з тим можна пояснити збільшену активність жил та злучної тканини в нарости як наслідок плястичної здібності елементів новотвору. В кожному разі це пояснення злучнотканиної та жильної строми виступає в тканині вже карциноматозній, і тому не можна його вважати процесом старшим від самої карциноми. Новотвір в першому випадку не вrostав до жил та не переїдався шляхом кров'янім, однак лихий його характер помітно зі значної атипії тканини, тяжкої кахексії організму та скорого зросту, якого доказом являються численні некрози в нарости.

Відносно питання повстання пістряку з багатьох місць одночасно, то тільки в першому випадку треба приняти мультіцентрну номіну пістряка. В гістологичному образі цього випадку бачимо картини дуже подібні до т.зв. переходних картин авторів. Однак треба призначити, що в більшості цих картин помітно гостру границю між карциноматозною та гіпертрофичною або нормальнюю тканинами, так як це описали Heussi та Ribbert. Тільки вимково помічається більш поступливий переход, так що апозиційний

зріст коли її попадається, то все-таки зовсім рідко. Треба тут зауважити, що в другім випадку, де зріст нарости є виразно інфільтративний та автономний, помітно також місця, подібні до т.зв. перехідних картин. З тої причини можна думати, що й в першому випадку тканина нарости побільшувається в головній мірі автономним зростом. В праці Goldzieher-Bokay знаходимо ілюстрацію, яка має представити перехід гіпертрофичної тканини в мікроскопично мале карциноматозне отнище; ціла картина знаходилася в сусістві малого, безсумнівного пістряку в ціротичній печінці. Подібне явинце описує Салтиков. Треба замітити, що в печінці, якої велика частина зайнята патологічними змінами (ціроза, наріст), бувають гіпертрофичні та гіперпластичні отнища, навіть з мітозами та доволі атипового вигляду, які однак неможливо з певністю проголосити за пістряк в початку.

Що торкається питання про відношення цірози до пістряку печінки, то в даних випадках це відношення так представляється. У випадку другому є типова анулярна ціроза, яка була безсумнівно до появи пістряку та яка стала базою для нього. Випадок четвертий не має піяного відношення до ціротичних процесів та є новотвором дізонтогенного характеру. В літературі є деякі замітки, які вказують на значення вроджених моментів відносно цих дізонтогенічних наростів, а саме: цітований вже випадок Heidinger'a та експериментальна праця Slye Maude i співробітників, де селекцією було вищукано ряд мишій з домінантним прімарним новотвором печінки (праця обіймає 10.000 мишей з 28 випадками новотворів).

У випадку першому та третьому є можливість поширення тканини печінки травмою та наступних змін, які стали ґрунтом для новотвору. В третьому випадку мікроскопично помітні обмежені ціротичні зміни в сусістві нарости. В випадку першому немає прямих доказів таких змін, однак їх відкинути не можна.

З описаних випадків можна зробити такі висновки:

I) Гепатоцелюлярний пістряк може виказувати багату строму та тубулярну структури, при чому для розпізнання його мікроскопичним шляхом від холангіоцелюлярного мається досить інших критеріїв (вигляд клітин, непорушність жовчоводів, багацтво жилами).

II) Пістряк може повстать мульті-або уні-центрично; про розпізнання рішав цілість макро-і мікроскопичної картини.

III) Перехідні картини не настільки переконуючі, щоб можливо було приняти з певністю апоплазічний аріст пістряку печінки; в кожному разі цей спосіб зросту є явинце рідке.

IV) Також в мультицентрічних випадках головну роль грає автономний зв'язок.

V) У випадках некомбінованих з загальною цірозою печінки знайдемо локальні ціротичні зміни або їх правдоподібність. І в цих випадках треба признати значення регенераторної гіперплазії в генезі пістряку.

VI) Випадки, в яких нічого подібного немає, треба вважати новотворами дивонтогенними; вони становлять меншу частину випадків пістряку.

Література.

(Подано тільки цитовані праці.)

- 1) Adelheim. Frankf. Zeitschr. f. Path. 1913. XIV. 2) Askanazy. Deutsche Med. Wochenschr. 1904. S. 689. 3) Bock. Virch. Arch. 91. 4) Blumberg. Frankf. Zeitschr. f. Path. — 1912. 10. 5) Bowen (цит. по Kolls-Wassermann VIII.). 6) Cataaraa. Zbt. f. Path. B. 33. C. 161. 7) Eggel. Ziegler's Beiträge. 1901. 30. 8) Fischer. Virch. Arch. 174. 9) Gilbert-Hanot. Etudes sur les maladies du foie. 1888. 10) Goldzieher-Bokay. Virch. Arch. 1911. 203. 11) Hansemann. Berl. klin. Wochsch. 1890. 12) Hedingor. Zbt. f. Path. 1915. 11) Helvestine Frank. The Journal of Cancer Research. 1922. VII. 14) Herxheimer. Zbt. f. Path. 1902. 13. 15.) Heukelom. Ziegler. Beitr. 1894. 16. 16) Heussi. Dissert. Zürich 1898. 17) Hlava. Čas. českých lékařů 1883. 18) Hlava. Pathologická anatomie. 19) Huguenin. Zbt. f. Path. 1911. 20) Yamagiva (у цього ж перегляд японської літератури) Virch. Arch. 206. 1911. 21) Yamane. Zbt. f. Path. 31. 1921. 22) Kaufmann. Lehrbuch d. path. Anatomie. 23) Keysserlitz-Mayer. Archiv für Schiffs- und Tropenhyg. 1902. 24) Löblein. Ziegler. Beitr. 1907. 42. 25) Mirolubow Virch. Arch. 209. 26) Mieremet. Ztschrift für Krebsforschung 17. 1920. 27) Orth. Sitzungsber. der Preuss. Akademie der Wissenschaften. 1909. 28) Prym. Frkfr. Ztschrift f. Pathologie 10. 1912. 29) Podwysockij. Ziegler. Beitr. I. 30) Ribbert. Das Karzinom des Menschen. 1911. 31) Ribbert. Deutsch. med. Wochenschrift 1909. 35. 32) Rénon-Géraudel-Monier-Vinsard. Arch. de Méd. expér. et d'anat. path. 1916. 33) Rössle. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1907. 34) Sabourin. Thèse 1881. — цит. по Halvestine. 35) Saltykow. Verh. d. path. Ges. 1912. 36) Schmidt. Virch. Arch. 148. 37) Schmieden. Virch. Arch. 159. 38) Slye Maude. Journ. of Cancer Research. 1916. 39) Stromayer. Zbt. f. Path. 1912. 40) Tehistowitsch. Virch. Arch. 204. 41) Wegelin. Virch. Arch. 179. 42) Winternitz. Virch. Arch. 209. 43) Wheeler. Guy's Hosp. Rept. 1909. 44) Weigert. Breslau 1874. 45) Zimová в статті Nečasa Čas. českých lék. 1923.

SUMMARY OF THE CASES AND CONCLUSIONS.

Four cases of primary liver-cancer were described. The first case is a liver-cell-cancer, multicentric in origin with implantation-metastases in the cavity of Douglas. Cirrhosis is not present in the liver tissue, but the connective tissue and the vessels are increased in the cancerous areas. In this growth occurs trabecular and duct-like structures; the bileducts are normal and there is no evidence of cancer cells in the portal veins.

The second case is also a livercells-cancer, but unicentric in origin, with metastases in the liver, lungs and lymph nodes. The cancer grows by direct extension and invades the blood vessels using them as a pathway of extension. The tumor has a capillary stroma.

The third and fourth case are primary liver cancers of the bileduct-cells with connective-tissue stroma. In the third case there are metastases in the liver and a local cirrhotic process in the liver near to the primary growth.

In the clinical notes of the first and third case a trauma in the right hypochondrium is stated in the anamnesis.

The livercells-cancer may have also the duct-like structures and connective tissue stroma but there is a number of other criteria for the differentiation from the bile-duct-cancer.

Primary cancer of the liver is multi-or unicentric in origin; the possibility of differentiation is based on the examinations of gross and mikroscopic section of the growth.

The transitions occur seldom; the appositional mode of the growth is possible, but very rarely occurs. The multicentric cancer grows also chiefly autogenous.

In cases, where the cirrhosis is no present, a local cirrhotic process on various basis or a probability of such a process may be present. (Tuberc., Syph., trauma, parasites a. o.)

The cases of the liver cancer without cirrhotic process are dysontogenic tumors.

Mikroscopic plate of first case: Fig. 1. showing a part of a large nodule of the cancer (Magn. 1 : 150).

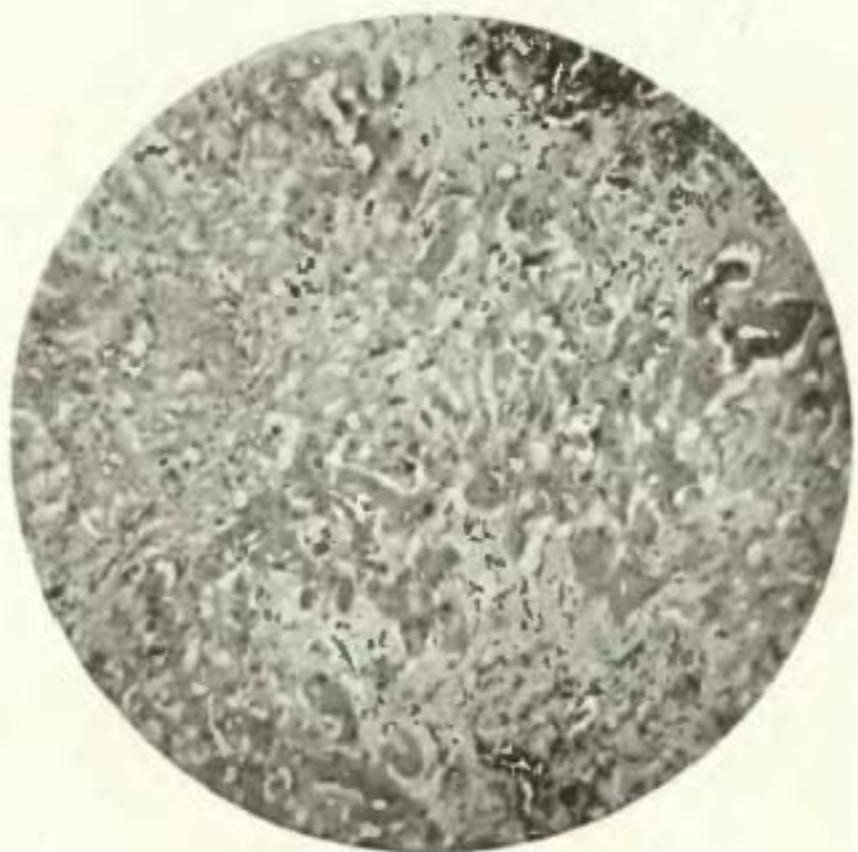
Fig. 2. A little nodule of the first case, showing the contact of normal with cancerous tissue (Magn. 1 : 285).

Пояснення мікрофотограм.

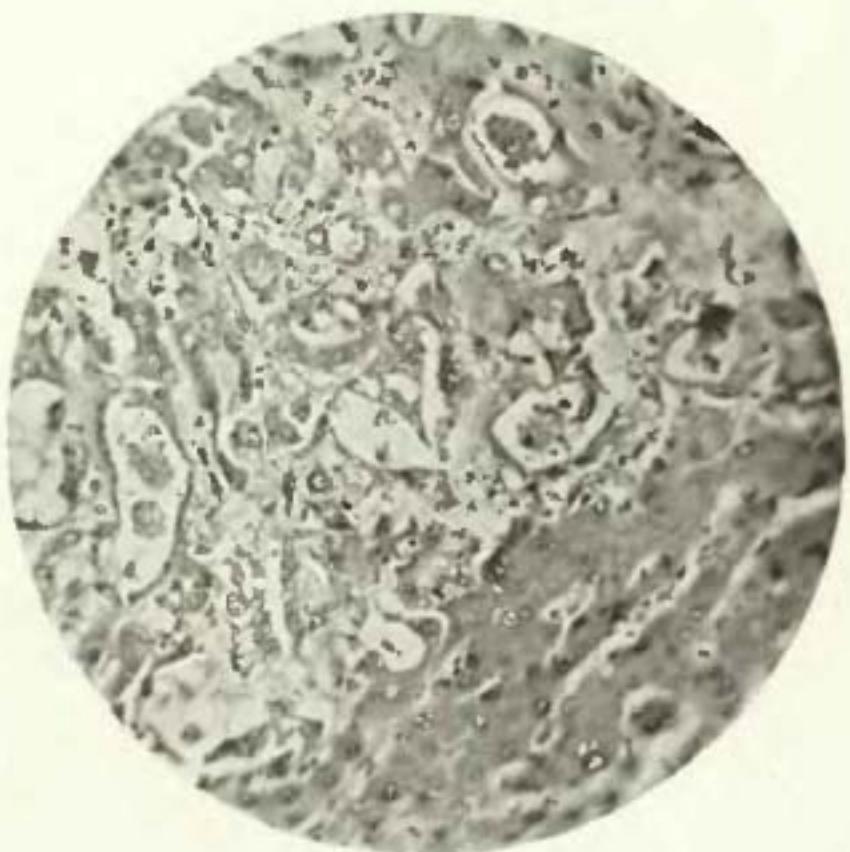
Обр. 1. Випадок I. Частина великого пістрякового вузла при побільшенні 1 : 150. Парафіловий зріз, фарбований методом по Masson'у: гематоксілін Вайгерта, ерітрозін, шафран. Вгорі та в долині вправо багата злучинна стroma з розширеними та розмежеваними інітами. Наліво некротичне огнище в тканині нарости. Тканина пістрякова виказує переважно трабекулярні структури та доволі багату злучинотканеву строму. Направо та в долині помітно везікулярні структури.

Обр. 2. Випадок I. Пістряковий вузлик завбільшки як просо. Помітно границю нормальної та пістрякової тканини. Побільшення 1 : 285. Парафіловий зріз, фарбований тою ж методом. Вправо в долині нормальна тканина печінки. Далі під границею нормальної тканини та нарости з безпосереднім контактом обидва роди тканин. Приближно посередині цієї границі помітно структури, які відповідають т. зв. переходним картинам. Тканина нарости має строму, зложену з розширених капілярів та малої кількості злучної тканини. Структури клітин в нарости трабекулярні та везікулярні.

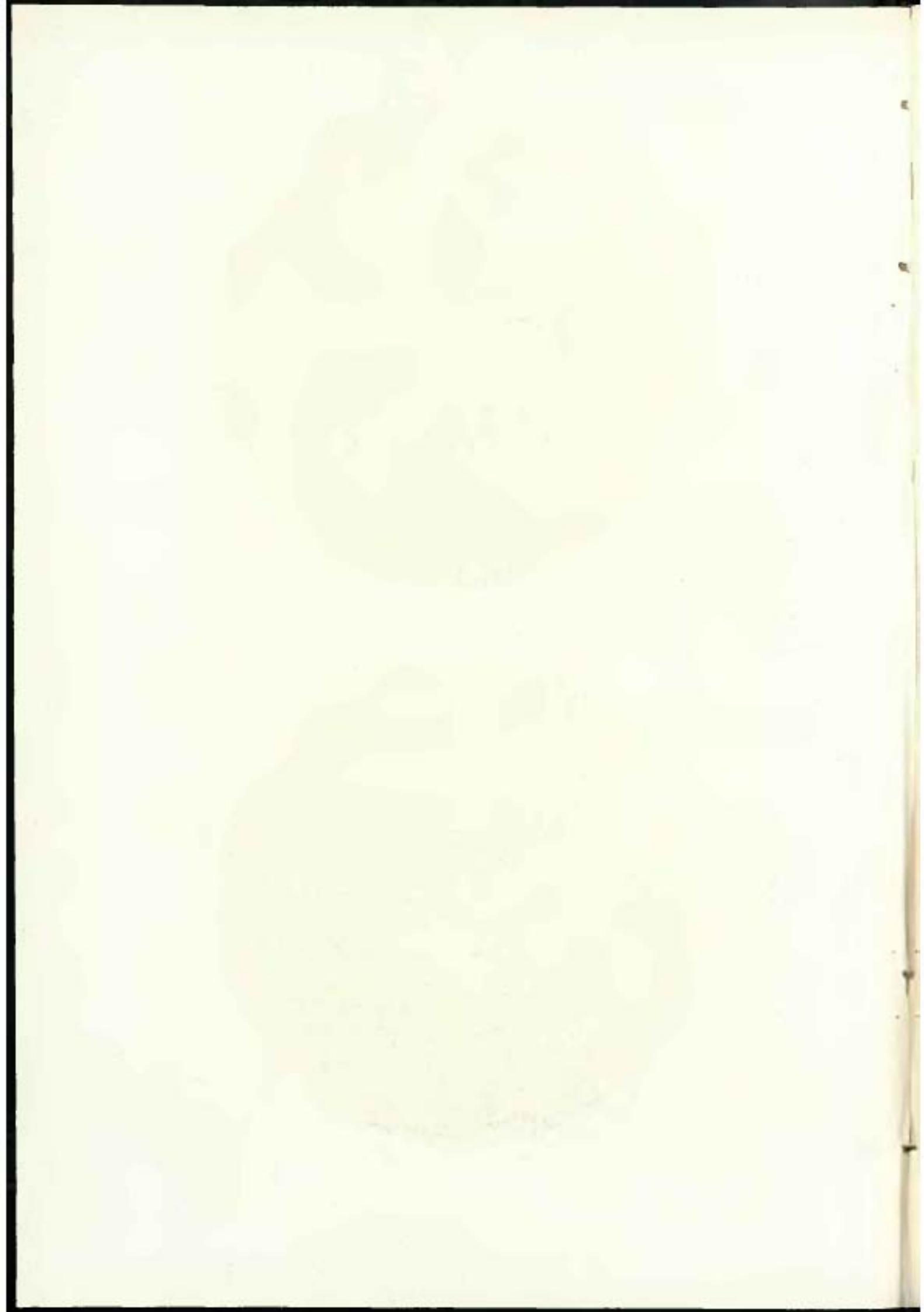
Мікрофотogr. I.



Мікрофотogr. II.



Д-р І. Х. Ортинський. Первісний пістряк печінки.



*Д-р СТЕПАН БАЛЕЙ
(Львів).*

Уваги про дії атропіну та пілокарпіну, впорснених рівночасно.

Сучасна медична література доволі багата працями, що торкаються впливу різних фармакологічних середників, зокрема ж адреналіну, пілокарпіну та атропіну на *vago-sympathicus*. Існує зараз кілька відмінних методів досліджування цього впливу. Одні автори, як, напр., Dresel, рідять підшкірні впорскування, другі, як Danielopolu, вважають діагностично доцільнім лише впорскування інтравенозні. Одні, як, напр., Platz і Dresel, гадають, що точне определення тонусу *vago-sympathicus*'а вимагає впорснення кількох (звичайно трьох) різних середників по-чeraї, другі, як Danielopolu, твердять, що вистарчить для цієї цілі один середник, напр., сам лише атропін, впорснений евентуально кількаразово аж до прояву певних симптомів.

Остается ще можливість впорскування двох чи більше середників не по-чeraї, а рівночасно, але ця можливість не діжалася досі, оскільки мені відомо, систематичного розсліду.

Могло-би на перший погляд здаватись, що ця можливість найменш цікава та гідна розсліду, бо згадані середники ділають почасти антагоністично на *vago-sympathicus* (адреналін та пілокарпін, атропін та пілокарпін), отже впорснені разом повинні ослабляти-б взаємно своє діяння. На ділі-ж діється воно однак інакше. Я бажав би звернути на цім місці увагу на одну таку, на мій погляд, цікаву сполучу, а саме-атропіну та пілокарпіну, впорснених разом інтравенозно. Обговорення діяння інших сполуч, що також входили в обсяг моїх дослідів, полішаю до іншої нагоди.

Річ здана, що пілокарпін, діяння якого переважно ваготропне, який отже після впорснення повинен би викликавати звільнення живчика, всупереч теоретичному постулатові живчик прискорює. Діється це звичайно вже при впорсненні дози доволі малої, напр., 0.002 gr. Разом з прискоренням темпу кровообігу спостерігається наплив крові до лиця та почуття палу.

Аж згодом, як рід реакції, наступає часто друга фаза, яка зазначається звільненням живчиком, а далі дріжжю та почуттям холоду.

Противно, атропін, якого ділання лежить головно в пораженні vagus'-у, повинен спричинити прискорення живчику. На діліж він у малих дозах (напр., 0,00025 gr.) викликує звичайно звільнення ритму серця.

Одже, що станеться, коли впорснемо обидва ліки, себто пілокарпін та атропін в поданих вище дрібних дозах (0,002 pilocarpini hydrochlorici + 0,00025 atropini sulfurici), рівночасно інтравенозно? Експеримент вчить, що спричинене самим пілокарпіном прискорення живчику та почуття палу в обличчі при такій комбінації або зовсім не з'явиться, або по дуже скорім часі (1—2 хвилини) зникне; за те наступить помітне звільнення темпу живчика, звичайно не менше ніж тоді, коли ділає сам атропін. Крім того, з'являється часто дуже виразне почуття холоду, яке разом зі звільненням живчику може вдергатися довший час (кільканадцять хвилин і більше). Це почуття холоду буває багато помітніше, ніж у другій фазі ділання пілокарпіну, і виступає часто там, де сам пілокарпін його зовсім не викликує. Відчувається воно часто вперше у чолі, а згодом у цілому обличчі або й у цілому тілі.

Цей ефект можемо змінити, впорснуючи ту саму дозу по кількох хвилинах ще раз. Початкове прискорення живчику та удар тепла в обличчя будуть тепер при повторенні дози ще менші ніж у перший раз, а звільнення живчику та почуття холоду ще помітніші.

Відносно черги проявів ще треба зауважити, що звільнення ритму серця випереджує почуття холоду та може бути одніоким помітнішим наслідком впорснення, між тим як почуття холоду виступає аж згодом у осіб відповідно диспонованих і може не з'явитися зовсім.

Ця здатність до викликання прохолоди, звязаної зі звільненням живчику, являється характеристичною присмокою сполуки атропіно-пілокарпінової, яку тяжко було би передбачати наперед, знаючи ділання кожного з її складників окремо. Почуття дріжі та холоду викликує часто також сам адреналін у одній фазі свого ділання, однаке воно йде, звичайно, разом з прискоренням живчику, а не як тут, з його звільненням. Взагалі фармакологія багата середниками, якими можна доволі безпіровально викликати прискорення ритму серця. Засіб її

ліків, що давали-б безпроволочно брадікардію, значно менший. Тому розслід цих ліків тим більше цікавий.

Насувається, очевидно, гадка про лікарче примінення обговореної сполуки, а саме її прохолоджуючого ділення там, де хорі терплять на конгестії крові до голови, звязані з докучливим почуттям палу в обличчі та тахікардією, як це діється часто у різних формах вазомоторних невроз. Єссно, мені вдавалося часто в таких випадках одним чи двома впорсненнями цієї сполуки усувати тахікардію та зменшувати, або й усувати зовсім, суб'єктивне почуття палу.

Однаке це ділення має, звичайно, тільки переходовий характер, а кількаразове повторення впорснення може спричинити згодом, не дивлячись на мінімальні дози ліків, неприємні почування у хорого. Поки-що згаданий лік дає лікареві радше тільки сатисфакцію, що він не є зовсім безсилий супроти хоробливого прояву, що він зможе спинити його хід, хоч-би на якийсь час. Надії на дійсне лікування цим способом мати поки-що не можна.

Д-р Е. ЛУКАСЕВИЧ
(Варшава).

Охорона материнства.

Історичний огляд державних і приватних постанов.*)

Франція. Найбажнішою постановою в користь охорони материнства була постанова французького килимкарського цеху з 1290 р., що забороняла працювати вагітним робітницям в килимкарських майстернях. Минули після століття, ніхто не піклувався вагітними і породіллями, та тільки в 1714 р. у Франції засновалось товариство допомоги годуючим материм. Допомога видавалась цим товариством тільки по посвідці моральності та бідності і на підставі шлюбного свідоцтва; коли-ж жінка, що отримувала запомогу, не сповідалась та не причапталась, то позбавлялась підмоги цього товариства. В 1785 р. M-me de Fougerez заложила під протекторатом Марії Антуанети Société de charité maternelle. В 1793 р. це т-во розпалось і тільки в 1801 відновило свою діяльність. Постановою з 28 червня 1793 р. французький конвент звелів улаштувати в кожному департаменті захистки для вагітних (що правда, постанова ця не була виконана), а постановою з 31 жовтня 1814 р. Société de charité maternelle передано під догляд міністра внутрішніх справ. Т-во це видавало підмогу для поліжниць 30 фр., та материм, що годували своїх дітей груддю, впродовж 10 місяців по 10 франків. Метою цього т-ва була також пропаганда годування дітей груддю. В 1849 постановила міська рада Паризу видавати щорічно 100.000 фр. підмоги для бідних породіль. В 1877 р. M-me Béquet de Vienne засновала Société de l'allaitement maternel.

В 1889 р. міська рада Паризу заложила захисток для вагітних зі спадщини вдови Ledru-Rollin de Fontenay aux Roses. В 1891 р. промисловець Felix Poussineau заложив при допомозі цехів швачок, гантярок і шмуклярок Maternité mutuelle. Товариство це, однаке, було не добродійне, а страхове. Члени цього т-ва одержували після девятимісячного перебування в ньому,

*) Огляд цей, зложений по статті R. Schwirzmeґа (Budapest), доповнено мною постановами останніх років та уstanами нових держав, що утворилися з 1918 р. Він є початком дальших статей про охорону материнства.

при вкладці 6 фр. (а з 1895 р. 3 франків), впродовж 4 тижнів 12 франків поліжничої підмоги, 10 франків премії за годування, безоплатну лікарську поміч та ліки. Породіллі, що були менше девяти місяців членами т-ва, одержували як запомогу 15 франків.

В цьому ж році французький парламент уперше обмірковував справу заборони праці вагітним; через недостаток фондів, однаке, не зроблено ніякої постанови. В 1892 р. розглядалось подання депутатів Brousse та Drou про заборону праці породіллям і щоденну підмогу для них 75 сант., іноді й 2 франків. На кошти для цієї запомоги мали зложитись: держава, департаменти та громади. Проект цей не прийнято.

Закон з 28 липня 1893 р., що признавав кожному вбогому французові право на державну лікарську допомогу та ліки, виразно підкреслював, що право це відноситься й до вагітних. В 1896 р. Jules Guesde внес до парламенту подання, в якому вимагалась заборона праці для ремесниць впродовж одного місяця перед і одного місяця після пологів, та запомога в кількості денного зарібку.

Акушерсько-гінекологичний конгрес в Nantes в 1901 р. виніс постанову про заборону праці ремесницям впродовж трьох місяців перед пологами. Засноване в 1891 р. т-во Mutualité maternelle поширило свою діяльність в 1904 р. на всіх робітниць. В 1907 р. постановлено французьким парламентом видавати щорічно 100.000 фр. запомоги в користь охорони материнства і дитинства. Більша частина цього фонду передавалась т-вам Mutualités maternelles. Законопроект 1908 р. про охорону вагітних призначав робітницям промислових і торгових підприємств право залишення праці перед пологами по посвідці лікарській, поліжничу підмогу та забезпечення за ними місяця праці. Законопроект цей не прийнято. Закон з 27 листопада 1909 р. постановляє: робітниці, що вісім тижнів перед і після пологів залишили працю, не можуть бути звільнені а місця праці.

Закон з 10 березня 1910 р. постановив, що учительки народніх шкіл мають звільнитись від обовязків своїх на місяць перед і місяць після пологів при повному утриманні. Після пологів можуть розпочинати службу тільки по посвідці лікарській та при потребі продовження одпочинку повинні його одержувати.

Італія. Товариство *Associazione generale delle operaie* в Медіолані, засноване 1862 р., виплачувало поліжницям підмогу 10 крон. 1879 р. внесено в парламент проект заборони праці впродовж двох тижнів після пологів, що, однаке, не ухвалено.

В 1897 р. заложено т-ва *Assicurazione della Maternità* в Турині, Медіолані, Римі, Бресчії, Бергамо, Флоренції. Стаття 6 закону про охорону жінок і дітей з 19 червня 1902 р. постановлює: забороняється праця фабричним робітницям і ремесницям впродовж 4 тижнів після пологів. Закон цей приневолює рівночасно власників фабрик улаштовувати пристановища для матерей, що годують своїх дітей. В 1904 р. державне *«Ufficio del Lavoro»* представило правительству проект: *«Base Techniche di una cassa di maternità»*. В 1905 р. внесено в парламент законопроект про організацію материнських кас. Відповідно цьому проекту відомка жінка між 15—50 роками повинна бути застрахована, вкладку півтори ліри вносять по половині робітниця та працедавець. В цьому-ж році засновано в Медіолані *«Cassa di maternità»* з фонду 20.000 лір., пожертвованого сенатором Піза. Каса ця виплачувала кожній поліжниці, що була членом каси один рік, 30 лір. підмоги поліжничі з обовязком 20 днів після пологів не працювати. Міжнародний конгрес «добродійної опіки» в Медіолані в 1906 р. постановив засновати «Міжнародний союз материнства». Змінений в 1907 р. закон 1902 р. про охорону праці жінок і дітей забезпечив жінок, що годують дітей, щоденною одногодинною перервою в праці для годування, коли дитина по-за фабрикою, та півгодинною перервою, коли дитина на території фабрики; перерви ці не вираховуються з плачтні зарібкової. В 1910 р. парламент приняв законопроект 1905 р., в якому зроблена поправка, що поліжницям відається підмога не 30, а 40 лір. Кошти на цю запомогу збираються з робітниць та працедавців, що вносять по $\frac{3}{8}$, а $\frac{2}{8}$ виплачує держава.

«Preventorio Emilio Maraini», що мав метою піклуватись існовлятами хорих туберкульозовою матерей, зреформований в 1921—1922 рр. італійським Червоним Хрестом, став осередком дитячої гигієни та охорони материнства.

Англія. В 1842 р. засновано *«Hearts of Oak Benefit Society»*, яке виплачувало шлюбним жінкам при пологах 30 шілінгів запомоги. Закон 5 серпня 1891 р. постановив заборону праці впродовж 4 тижнів після пологів. В 1911 р. принято проект загального страхування хорих, інвалідів і безробітних. Закон цей забезпечив 440.000 жінкам після 26-тижневого участництва (а коли добровільно, то після 52 тижнів) поліжниць запомогу 30 шілінгів.

В 1918 р. оголошено *«Maternity and Child Welfare Act»*, що визначав норми суспільної опіки дитиною і материнством. Акт цей значно пошириє права громадських та суспільних орга-

ців в справі охорони дитинства і материнства, уповноважує їх настановлюти на загальних умовах ріжні установи, що мали б метою охорону здоров'я вагітної, поліжниці та годуючої матері, а також і дітей до 5-ти літ. Громадські самоврядування повинні зложити комітети, в які мають увійти $\frac{2}{5}$ членів ради громадської та особи, спеціально тимучі підстави суспільної і лікарської опіки. До них належить: контроля над повитухами, дбання про відповідну кількість повитух для даної місцевості та шкіувальниць, знаючих основи гигієнично-санітарні, пропаганда гигієни материнства, забезпечення вагітним місця в шпиталах на час пологів і т. і.

Німеччина. Перший притулок для нешлюбних жінок та їх дітей засновано в Боні в 1873 р. Промисловий закон 1878 р. постановив заборону праці впродовж трьох тижнів після пологів, а закон про запомогу хорих з'обовязував місцеві, фабричні, будівельні і цехові каси хорих видавати породіллям впродовж трьох тижнів половину денного зарібку. В 1887 р. місто Берлін вибудувало першу домівку для видужуючих породіль в Бляйненбурзі. На міжнародному конгресі в Берліні в 1890 р., в якому взяли участь 15 держав, одноголосно ухвалено: породіллі повинні розпочинати працю не раніше 4 тижнів після пологів. В 1891 р. проводиться зміна промислового закону (з 1878), що постановляє звільнення поліжниць протягом 4 тижнів від праці та навіть до шести тижнів по посвідці лікарській. Закон про каси хорих 1892 р. поширив запомогу поліжничу на 4 тижні. В цьому-ж році засновано «Г-во домашньої опіки» у Франкфурті на Майні.

В 1900 р. проведено другу зміну промислового закону, що поширила заборону праці породіллям до шести тижнів. Міжнародний гигієнічний конгрес виніс постанову, що кожній робітниці прислуговує право залишити працю за три тижні перед пологами. Закон 25 травня 1903 р. про каси хорих постановляє: «породіллі, що були протягом одного року членами законно призначеною каси хорих, одержують впродовж шести тижнів запомогу, а саме не менше $\frac{1}{2}$, а найбільше $\frac{2}{3}$ денного зарібку. Неспособні до праці вагітні жінки можуть виродовж не більше шести тижнів одержувати таку-ж запомогу, як і поліжниці, та безоплатну лікарську поміч. Союз німецьких жінок виніс в 1903 р. подання в парламент про продовження заборони праці протягом шести тижнів перед та шести тижнів після пологів. У поданні цьому проєктується, щоб усі каси хорих були з'обовязані видавати під-

могу поліжничу в розмірі цілоденного зарібку, безоплатну лікарську допомогу та ліки.

В 1904 р. засновано в Лейпцигу «Союз для охорони материнства», що мав практично і теоретично поширювати ідеї охорони материнства. В Берліні цього ж року засновано «Т-во домівок для матерей і дітей», що піклувалось нешлюбними матерями та їх дітьми. В 1905 р. союз поступових жіночих товариств Німеччини увійшов в парламент з проектом заборони праці на два тижні перед і шість тижнів після пологів. Проект цей вимагає ще й державного страхування материнства, поширення заборони праці на домашніх і торгових робітниць, на служниць, подених робітниць, словом, на всіх робітниць, що не заробляють 3.000 марок. В 1907 р. засновано т-во пропаганди страхування материнства в Карлсруе.

В 1908 р. змінено промисловий закон таким чином, що праця забороняється два тижні перед і шість тижнів після пологів. В цьому-ж році заложено «Централю для охорони немовлят і материнства» в Гессенському князівстві. В 1909 р. в Баденському князівстві засновано першу касу материнства, якої членом могла бути кожна жінка, що не мала прибутків більше 3.000 марок. При місячній вкладці 50 пфенігів і після однорічного членства одержувала поліжниця запомогу і премію за годування, а саме: по році 20 марок, по двох роках 30, а по трьох роках 40 марок. Матері близнят одержували на 10 марок більше запомоги. Жінки, що годували своїх немовлят впродовж шести тижнів, одержували три марки, а ті, що це довше шести тижнів годували, ще на три марки більше запомоги.

В 1910 р. заложено в Саксонії першу громадську касу материнства, членів якої вносили 50 пфенігів вкладки та одержували 20—40 марок поліжничої запомоги (при близнятах на 10 марок більше), один літр незіраного молока та одну марку тижневої премії за годування. Після шести-місячного годування видавалась премія в 8 марок. В цьому-ж році засновано німецьке «Т-во права матері й дитини» в Берліні, метою якого була праця практична, правна і етична в користь розвязання проблему материнства і дитинства.

Державний закон страхування (1882 р.) поширено в 1911 р. на рільних робітників, слуг, мандрівних робітників, канцелярських служачих, артистів, музикантів, учителів, що заробляли менше 2.500 марок. Всі каси хорих з'обовязані були по цьому закону видавати поліжницям запомогу впродовж 8 тижнів, тобто два тижні перед і шість тижнів після пологів. В цьому році зало-

жено в Дрездені «Міжнародний союз охорони материнства». Закон про допомогу породіллям з 26. XI. 1919, доповнений постановами з 22. V. 1920 і 7. VII. 1921, забезпечує жінкам, як що вони принаймні останні шість місяців перед пологами були членами каси, допомогу під час вагітності на протязі 6 тижнів, одноразову допомогу на пологи, щоденну поліжниччу допомогу — чотири тижні перед пологами і шість тижнів після них, і щоденну допомогу за годування грудью впродовж 12 тижнів після пологів. Ці норми можуть бути, в разі потреби, збільшені: поліжничча допомога до 13 тижнів, допомога за годування грудью до 26 тижнів. Крім цього видається допомога на оплату лікаря та акушерки.

Австрія. В 1789 р. засновано в Празі по розпорядженню імператора Йосифа II захисток, що мав приймати кожну вагітну жінку. Промисловий закон 1885 р. заборонив працю впродовж 4 тижнів після пологів. Закон з 1888 р. про допомогу хорім забезпечував робітниць поліжничкою підмогою впродовж 4-х тижнів (60% денного зарібку). В 1907 році засновано «Австрійський союз для охорони материнства». Державний закон соціального страхування з 1909 р. поширив коло застрахованих і забезпечив робітниць поліжничкою підмогою впродовж 4-х тижнів у кількості $1\frac{1}{2}$ пайки хоріх. В цьому ж році засновано каси виживлення дітей (Stillkassen), що видавали матерям премії за годування або ж засоби для виживлення дітей впродовж шести місяців.

Угорщина. Стаття 116 промислового закону з 1884 р. призначала робітницям право звільнитись від праці впродовж 4-х тижнів після пологів; праці, однаке, не заборонила. Закон про каси хоріх забезпечив робітницям половину (а навіть $\frac{2}{3}$) денного зарібку, лікарську допомогу і ліки після пологів. Закон про державну охорону дітей брав під свою опіку матерей і дітей. На підставі цього закону матері отримували за годування своїх немовлят премію впродовж 13 місяців по 10 корон. Закон про страхування робітників з 6-го квітня 1907 р. признав право робітницям, що три місяці перед пологами вступили в каси хоріх, на поліжниччу підмогою (половину, або $\frac{2}{3}$ денного зарібку) впродовж 6—8 тижнів після пологів, або два тижні перед пологами і 4—6 тижнів після пологів. В 1908 р. засновано угорське «Краєве т-во охорони материнства і дітей», а в 1910 р. заложено «Народній дім», в якому мали захисток жінки перед і після пологів.

Швейцарія. Промисловий закон з 23 березня 1877 р. був пер-

шим законом у користь материнства в Європі. Закон цей забороняв жінкам працю впродовж 8 тижнів перед і після пологів. Робітниці приймались до праці, агідно з цим законом, тільки по посвідці лікарській, коли від дня пологів минуло шість тижнів. На міжнародному конгресі в Женеві в 1892 р. представниками 8-ми держав внесено проект заборони праці вагітним перед пологами, породіллям впродовж чотирьох тижнів після пологів та законне забезпечення зарібкової платні.

Міжнародний соціалдемократичний конгрес в Цюриху 11 серпня 1893 р. виніс постанову про заборону праці промисловим робітницям впродовж двох місяців перед і чотирьох місяців після пологів. Швейцарська громада Greifshall постановила в 1907 р. видавати кожній принадлежній до громади жінці, по витязі її, безоплатну поліжничу підмогу та забезпечити її акушеркою, якій за кожні пологи виплачувалось громадою 15 франків. В 1911 р. швейцарський парламент затвердив внесений в 1906 р. проект державної підмоги касам хорих. В цьому законі забезпечувались поліжниці запомогою кас хорих впродовж шести тижнів звичайною пайкою хорих, а жінки, що годували немовлят впродовж більше шести тижнів, одержували премію 20 франків. Місто Цюрих давало кожній поліжниці, що перебувала в Цюриху не менше одного року та мала прибутків менше 2.000 франків — безоплатну акушерську поміч, коли потрібно, то її лікарську та ліки дома, або ж право поступати в кантональну акушерську клініку.

Голландія. Голландський закон з 8 травня 1889 р. забороняє породіллям працювати впродовж чотирьох тижнів після пологів у фабриках, майстернях, та навіть виконувати домашню працю.

Бельгія. Бельгійський закон з 13 вересня 1889 р. забороняє робітницям працю протягом 4-х тижнів після пологів у фабриках та майстернях. Конгрес католицький в Liège 1890 р. зробив постанову заборони праці породіллям впродовж шести тижнів. Colaire de Rouget заложив 1 липня 1891 р. «Asile maternel Bruxellois», а герцогиня Leon Somzée de Cray та графиня d' Oultremont засновали в 1892 р. домівку «Maternité Sainte Anne» для поліжниць (шлюбних і нешлюбних).

Португалія. Закон з 14 квітня 1891 р. заборонив поліжницям працю в промислових підприємствах впродовж 4-х тижнів.

Швеція. Праця в промислових підприємствах забороняється породіллям законом з 1891 р. протягом 4-х тижнів.

Норвегія. Норвежський закон 1892 р. приневолює нешлюбного батька повернути матері всі витрати на пологи. Коли ж бать-

ко відмовиться від цього обовязку, то витрати поліжничі повертає жінці громада, а батько приєднується на примусову працю та тратить виборче право.

Закон з 1 червня 1892 р. забороняє породіллям працю в промислових підприємствах впродовж шести тижнів, а піклування поліжницями робить обовязком громад. Закон 1909 р. забезпечує нешлюбну матір підмогою перед пологами впродовж трьох місяців, а після пологів протягом шести тижнів. Коли мати залишає при собі свою дитину та годує її, то підмога може продовжуватись до дев'яти місяців. Закон про каси хорих з 18 вересня м. р. признає жінкам, що були перед пологами не менше десяти місяців членами каси хорих, впродовж шести тижнів 60%, а що найбільше 75% денного зарібку як поліжничу запомогу.

Іспанія. Закон 13 березня 1900 р. забороняє працю робітницям промислових підприємств впродовж трьох тижнів після пологів. Ця трьохтижнева заборона праці поширилась законом 1907 р. до 4-х тижнів (щонайменше). Но поєвідці лікарській може кожна вагітна робітниця покинути працю на 8-му місяці вагітності, а після пологів не працювати впродовж 5—6 тижнів, і місце зарібкове мусить бути за нею забезпечене.

Данія. В 1901 р. постановлено заборонити законом працю в промислових підприємствах робітницям впродовж 4-х тижнів після пологів.

Румунія. Закон про охорону жінок і дітей з 11 лютого 1906 р. не дозволяє поліжницям працювати впродовж 4-х тижнів після пологів. Власники фабрик мають подбати про відповідне попередження, в якому матері могли б годувати своїх немовлят.

Польща. Правно-державна опіка материнства зазначена в постанові про каси хорих 1920 р., до яких з'обовязані належати всі робітники і робітниці. Постанова цього закону наказує звільнення від праці вагітних і поліжниць на 8 тижнів, а саме — на два тижні перед пологами та на шість тижнів після пологів, і виплату цілоденного зарібку поліжниці. Матері, що годують, дістають впродовж 12 тижнів підмогу, денно літр молока. Породіллі забезпечені вдома акушерською допомогою, а коли потрібно, то й лікарською, і шпиталем.

Проект державного закону про охорону материнства (пристосований до конференції Вашингтонської) дозволяє вагітній жінці покинути працю на шостому тижні перед пологами та забороняє приняття до праці породіллі впродовж шести тижнів після пологів. У весь цей час породілля мас одержувати допомогу. Проект цей з'обовязує власників підприємств, в яких є

працюючих жінок більш 100, утримувати захисток, в якому могли-б матері годувати своїх немовлят, та звільнити матерей двічі в день по $\frac{1}{2}$ години для годування, без вирахування цього часу з зарібку.

В постанові №-92, стаття 728, з 16 серпня 1923 про суспільну опіку, згадується й про охорону материнства.

Міністерство Народного Здоровля Р. П. опрацьовує проект постанови про «Народний Комітет охорони материнства і боротьби зі смертністю дітей». Мета цього комітету: широка підмога вагітним, матерям і дітям, що потрібують опіки, без різниці віри, народності і державної приналежності.

В проекті постанови відносно праці нелітніх і жінок, внесеному в Сойм Річі Посполитої Польської Міністерством Праці і Опіки Суспільної дня 22 березня 1923 р., містяться дві статті про охорону материнства, а саме:

ст. 16. В підприємствах, в яких працює більш ніж 100 жінок, з'обовязані власники влаштувати лазні для жінок та пристаночне для немовлят.

Матері, що годують своїх дітей, мають право користуватись вдома півгодинними перервами в праці, що, однаке, враховується до годин праці.

ст. 17. Вагітна жінка, що аложить лікарську посвідку, в якій зазначено, що пологи відбудуться не пізніше 6-ти тижнів, може залишити працю.

Впродовж 6-ти тижнів від дня пологів не можна дозволити жінкам працювати.

В пору цих перерв не можна зривати умов та відправити робітниць.

Чехословаччина. Постанови з 30 березня 1888 р. австр. законод. і 15 травня 1919 р. чехосл. законод. відносяться тільки до жінок, що працюють у фабриках, майстернях і т. п. та підлягають забезпеченню на випадок недуги.

В розробленому новому законопроекті про охорону материнства передбачається давати поліжничу допомогу всім застрахованим матерям впродовж шести тижнів і премію за годування. Кількість підмоги має визначатись по тарифі зарібковій матері-робітниці. Маючи на увазі, що установ поліжничих у Чехословачькій Республіці вельми мало, уряд дбає про збільшення і поліпшення поліжничої допомоги. Новий проект передбачає утворення спеціальних відділів при новітових шпиталях, що будуть мати обовязок з'організувати у всіх громадах, які мають більше

20.000 мешканців, захистки для вагітних жінок, до яких мали б право ввертатись несподінні матері та загалом усі матері, що живуть в невідповідних умовах та потрібують поліжничої допомоги. Піклуватись вагітними жінками з'обовязані громади, які однаке, обовязак цейельми занедбують. Через те проектована реорганізація системи опіки материнства дбає про збільшення числа повитух у всіх кутках республики, усталення їх обовязків та переложення грошових видатків на більші автономні одиниці.

Росія. Законом з 1912 р. забезпечувались поліжниці грошима допомогами тільки на час пологів.

Постановою про «єуспільне забезпечення» з 31 жовтня 1918 р. вагітні та поліжниці забезпечуються такими статтями:

ст. 21. Запомоги видаються під час вагітності, при пологах, а також при годуванні дітей груддю.

ст. 22. Запомоги, зазначені в ст. 23 (а), б), видаються за дійсно пропущені робочі дні.

ст. 23. Запомоги видаються: а) вагітним, що працюють фізично впродовж 8 тижнів, іншим робітницям — впродовж 6 тижнів перед пологами; б) породіллям, що фізично працюють, видаються запомоги впродовж 8 тижнів, іншим — впродовж 6 тижнів з дні пологів; в) матерям, що годують своїх дітей та працюють фізично, видаються запомоги впродовж 7 місяців; іншим — впродовж $7\frac{1}{2}$ місяців, рахуючи від дні, в якому перестали одержувати поліжничу запомогу, під умовою, що годуватимуть своє немовля груддю. День робочий для них підлягає зменшенню.

ст. 24. Розмір запомоги для вагітних і поліжниць установлюється в такій кількості, як і при тимчасовій втраті здатності до праці. Запомога годуючим матерям видається в такій мірі, як і поліжницям.

ст. 25. Окрім запомог, передбачених у цьому відділі, видається додаткова запомога на предмет піклування в мірі п'ятнадцять раз більшій мінімальної денної запомоги.

Україна. Російський закон про поліжничу запомогу з 1912 р. (див. Росія) відносився й відноситься і по цей час і до України. Постанова з 1918 р. мабуть не поширюється на Україну, бо на «Всеукраїнській нараді в справі робітничої медицини в Харкові 1923 р.» в докладах цієї наради згадувалось про материнство в такий спосіб: «заповнення людності дужими силами є завданням соціальної медицини, а тому на охорону материнства і дитинства треба звернути найпильнішу увагу. Треба звернути особливу увагу на *тяжкий стан робітниць*, яким дове-

дитися відбувати обовязок робітниці під час вагітності... Боротись з цим інвіщем (аборти, проституція) можна головним чином, заклавши кілька відповідних установ для охорони дитинства й материнства, що звільнили б жінку від багатьох обов'язків... Організація і розвиток сітки цих установ є найкращий за побіжній засіб, щоб дати медичну допомогу робітницям; заразом треба звернути увагу на побільшення культури і на освіту працю серед жіноцтва».

У Львові існує т-во «Українська порадня матерей». Основоположником порадні був бл. п. д-р Ярослав Пачовський. Порадня, що розпочала свою діяльність 10 червня 1918 р. міститься в «Народній лічниці». Мета П: «охорона материнства, навчання догляду за немовлятами, боротьба з забобонами, безоплатна лікарська і правна допомога, безоплатна видача ліків, білля, одягу та засобів виживлення».

д-р. Ю. ДОБРИЛОВСЬКИЙ
(Прага).

Протеїнова терапія.

Поруч зі специфічною вакціно-ї бактеріотерапією в останні десятиліття розвинулась гетеровакціонтерапія і гетеробактеріотерапія. Rumpf вживав при черевному тифі вбиті культури *ruosuaneus*'а і досяг в принципі того-ж задовільняючого результату, як Fränkel з тифовою вакціною. Raupaud давав тифозну вакціну при перitonіті, флегмоні, ревматизмі з добрями наслідками. За часів війни ріжноманітні вакції випробовані при ріжких хворобах, при чому дослідники реферували про багацько вишадків видужання. Resz, Herz, Singer та інші автори знайшли, що неспеціфичні і нормальні сироватки по своїй чинності рівняються сироваткам спеціфичним. R. Kraus вбачає чинність гетеровакцін у виліві на організм чужородних білків, що містяться у вакціні. Rudolf Schmidt при своїх спробах з молоком в 1915 році досяг наслідків, які рівнялись реaultатам впливу вакцін і гетеровакцін. Це дало підставу Schmidt'ові об'єднати всю цю терапію під назвою «терапії протеїновими тілами» або протеїнової терапії. Зміни в організмі, що наступають після парентерального введення протеїнових субстанцій, тепер ще недоступні ні клінічному, ні експериментальному докладному виявленню. Невно, як каже Schmidt, «вони полягають в підвищенні діяльності ріжких органів і систем органів (Organprowinzen), котрі (вміни) коріннятися, можливо, в пониженні межі дражливості цих органів (Reizschwelle), в скоршому реагуванні, в меншій втомливості і в підвищенні тонусу їх».

В цьому-ж розумінні Weichardt говорить про «активацію протоплязми». Він ще в році 1907 зауважив, що після парентерального введення високомолекулярних продуктів розщеплені білків в середніх дозах, працездатність експериментальних авірат після попередньої негативної фази значно збільшується. Звичається чинна здібність м'язового і зализового апаратів, збільшується секреція лімфи і виділення жовчі, а також підвищується регенераторна діяльність алужної тканини і кісток. Ця чинна здібність, на думку Weichardt'a, заложена в організмі

і під впливом протеїнових субстанцій пробуджується, мобілізується, підвищується, активується. Поняття «активація протоплязми» означає собою особливі зміни в протоплязмі в тому напрямі, що її чутливість звищується, вона на рівні по силі подражнення відповідає «вищою мобілізацією» уже витворених захищних можливостей. Організм сенсібілізується, робиться алергичним (Pirquet), тобто здібність його реагувати змінюється в той чи інший бік в розумінні часу реакції, способу і сили її.

Протеїнові субстанції, як вважає Weichardt, впливають на організм омніцелюлярно і цим відрізняються від таких субстанцій, як, напр., фармакологічні засоби, вплив котрих обмежується певним органом або системою органів.

Katznelson говорить, що протеїнова терапія не є етіотропною, нік хемотерапією, не є органотропною, як формакотерапією, а є «ерготропною», як назава ІІ Gröger в авязку з ІІ омніцелюлярним і омнігуморальним діянням, що веде до перебудови цілого організму.

Widal ставить чинність протеїнових тіл в тісне відношення з феноменом анафілаксії і дивиться на діяння протеїнових тіл на організм, як на « choc protéique », при чому в соках і клітинній плазмі організму відображаються не біологічні процеси, з його погляду, а чисто фізико-хемічні, які своєю базою мають порушення колоїдної рівноваги.

Zinniger знайшов, що можна замінити не лише один протеїн другим, а що також деякі безбілкові матеріали викликають квалітативно подібний результат. Парентеральне введення розчинів колоїдних металів, гіпертоничних розчинів NaCl, а також терпентину, дестільованої води і ін., викликає реакції організму, котрі в багатьох рисах нагадують діяння протеїнової терапії.

Для пояснення цього факту є декілька теорій. Згідно з першою, ефект залежить не від якості субстанції, що вводиться в організм, а від фізико-хемічних змін і від порушення колоїдної рівноваги як в соках, так і в клітинній плазмі організму.

Друга теорія однаковий ефект при введенні різних по складу матерій пояснює тим, що жива субстанція в своїй здібності реагувати досить обмежена, тому різні подражнення можуть врешті давати один і той же ефект.

Згідно з третьою точкою погляду, ріжного роду матерії викликають подібні в принципі діяння не через те, що вони безпосередньо самі по собі входять в реакцію, а через те, що вони

викликають появу продуктів розпаду в крові, які в свою чергу обумовлюють появу однакового комплексу явищ. Таким чином ми досягнемо подібного ефекту від парентерального введення молока, 10% розчину NaCl, терпентину, сірчаної олії, дестильованої води, а також після освітлювання проміннями радія або Roentgen'a. Така уява привела до поняття про «індиректну протеїнову терапію».

Лікарчий механізм протеїнової терапії.

Лікарчий механізм протеїнової терапії полягає:

- A) в появі загальної реакції організму,
- B) в появі огнискової (гніадної) реакції в царині хронично запальних гніад і
- C) в особливому подразненні імунізаторно-захистної системи (селезінка, лімфатичні залози і кістний міяок), яке виникається особливими целялярними і гуморальними амінами в крові.

A. Загальна реакція організму.

На введення протеїнових тіл організм реагує підвищенням температури, яка досягає свого аспе через 5—8 годин після ін'екції і триває приблизно 24 години. Лише при дуже сильних реакціях t° тримається на другий і навіть на третій день, поволі спадаючи. При сильних реакціях іноді перед підвищенням температури буває триеця і herpes labialis. Antipyrgin і chinin не викликають падіння t° . Діязореанція негативна. Після повторних ін'екцій ефект бував менший.

Введення в організм парентерально протеїнових тіл виводить на сцену не лише зовнішню форму гарячкового комплексу, але й внутрішній зміст його, так що тут ми маємо вплив на цілій організм, як це буває, напр., при інфекційних процесах. Тут має місце Bier'овська Heilfeber, в появі котрої Bier вбачає завдання протеїнової терапії.

Пірогенетична здібність організму залежить від стану його. Так, при перніціозній анемії, лейкемії, люесі і туберкульозі пірогенетична здібність організму дуже висока, навпаки — при діабеті і карціномі ясно помічається тогор пірогенетичної реакції. Висока реакція при діабеті вказує на комплікації, як, напр., абсцес, а при карціномах на екзульцерації або на одночасне існування туберкульозу.

Пірогенна здібність різних протеїнових тіл ріжна. В той час, як, напр., по дослідах Pirquet у дітей навіть ін'екція 200 к. і. кінської сироватки в 15% не дає підвищення t° , ін'екція

5 к.д. молока здебільшого викликає ясний ефект. Піроченний вплив 1 к. д. молока більший від впливу 1 mm^3 старого Koch-івського туберкуліну.

Ефект залежить від способу введення. Найбільший ефект дає інтратенозне впорскування, але іноді воно супроводжується неприємними побічними шоковидними явищами, результатом яких може бути навіть смерть.

Картина реакції в значній мірі залежить також і від дози препарату. Тут має місце біологічний закон Агон-Шульца, який каже, що «слабі подразнення підвищують життеву діяльність клітин, середньої сили — їх підтримують, сильні — їх ослабллюють, а дуже сильні їх паралізують». В останніх випадках, слідом за коротким піднесенням t° на ґрунті подразнення теплового центру, настає тривке падіння t° на ґрунті паралізу його, і тут це падіння не означає собою видужання організму.

Рівнобіжно з кривою температури йде й самопочуття. Спочатку воно погіршується, а потім настуває евфорія з ясним піднесенням сил хорого.

В реакції організму на парентеральне введення протеїнових субстанцій ми бачимо, як і при багатьох інших біологічних процесах, так званий закон двофазності: спочатку негативна фаза з піднесенням t° і погіршенням загального стану хорого, а потім позитивна з падінням t° , евфорією і піднесенням сил хорого.

Дехто з дослідників ототожнює реакцію організму після введення протеїнових тіл зі станом анафілактичним, зокрема зі сироваточною хоробою. R. Schmidt вбачає в цих двох станах велику ріжницю. При введенні протеїнових тіл піретична чинність цілком ясна вже після невеликих доз, при чому відсутні характерні для сироваточної хороби — інкубаційний період, urticaria та болі в суглобах. Спроби з молоком на експериментальних звірятках дійсно викликали анафілаксію, але ж на людях цього ми не бачимо; лише можна спостерігати дуже рідкі випадки, коли після ін'єкції наступав стан легкого коліяну з дурнотою, посиненням обличчя, почуттям жару в обличчі і загальним чуттям страху. Ці шоковидні припадки можна пояснити попаданням препарату, навіть при інтраамускулярному впорскуванні, безпосередньо у вену. Проти порівняння з анафілаксією говорить також і те, що й перша ін'єкція може викликати зазначений шоковидний припадок, з другого-ж боку експерименти з повторним введенням молока через 14 днів, накіль роблені інтратенозно, не дали жодних ознак анафілактичного стану.

В. Огнискова (гніздна) реакція.

Поруч зі загальною реакцією організму в наслідок парентерального введення протеїнових тіл виникають огнискові реакції в формі екзацербації хроничних запальних процесів. Ці обмежені локальні гарячкові процеси, на думку R. Schmidt'a, грають рішуючу роль. Клінично найбільш яскраво можна прослідити таку гніздну реакцію на хроничних запаленнях суглобів. Спочатку наступає негативна фаза, яка виявляється в припуханні суглобу і появі болю в ньому, а потім безпосередньо за екзацербацією наступає позитивна фаза, в розумінні лікарчого ділання — репараційна. Таким чином і тут проявляється закон двофазності. «Ця двофазність», каже R. Schmidt, «видимо є широко розповсюдженою властивістю біологічних реакцій взагалі і врешті уявляє з себе виявлення лябільності рівноваги живої субстанції». Можливо, що ґрунтом двофазності є подвійна, протилежно ділаюча інервація, шляхом симпатичної та парасимпатичної нервової системи.

Огнискова реакція є лише часткове виявлення загальної гіперактивації організму. Само собою зрозуміло, що ця гіперактивація буде виявлена особливо сильно на хроничних запальних гніздах, які вже й без того знаходилися в стані підвищеного подряження і збільшеного тканинного обміну.

Протягом довгого часу огнискова реакція вважалась за специфічну і розглядалася з точки погляду імунітету, як виявлення взаємочинності антигена і антитіла. Але проти такого погляду говорить багатько фактів. З одного боку, туберкулін може викликати реакцію організму без туберкульози, напр., у лейкеміків, при тяжкій формі анемії, при закінченні гострого суглобового ревматизму; з другого боку, ріжні протеїнові та інші субстанції, як молоко, казеїн, абрін, ріцін, можуть викликати туберкулінову реакцію. Молоко, напр., в дозі 0,5 к. ц. може викликати при туберкульозі верхівок легенів реакцію, яка ні клінично, ні по часу появи не відріжниться від туберкулінової. Знову-ж таки при ієнуванні туберкульози іноді доза 0,5 чистого туберкуліну може не дати реакції, особливо у осіб з фіброзаною конституцією. Також ріжні процеси інфекційні і ріжні вакціни можуть викликати огнискові реакції скрізь, де є запальний процес.

С. Реакція крові.

1. Зміни цемолярно морфологічні.

R. Schmidt після ін'екцій молока знайшов слідуюче: нейтрофіли спочатку прибувають в числі, але за цим часто слідує па-

діння нижче норми; еозинофіли часто в день ін'екції показують падіння; лімфоцити спочатку падають до половинної кількості, а потім до моменту падіння нейтрофілів збільшуються в 2—3 рази в порівнянні з початковою кількістю. При конституційних нахилах напр., при *achyilia gastrica*, моноцитарні типи можуть підноситись з 700 до 2000. У випадках, коли лейкоцитоз уже існує, напр., при лейкеміях, спостережено спочатку падіння кількости, а потім в найближчі дні збільшення по-над початкову кількість. Seidl (кліника проф. Rubešky в Празі) підраховував лейкоцитів у вагітних після ін'екції молока, *lactin'y*, *caseosan'y*, *argol'y*, *electralgol'y*, *dispargen'y*, *argochrom'y* i *streptococcid'y*. Після молока і *caseosan'y* спостережено безпосередньо за ін'екцією підвищення лейкоцитозу, який після молока в 30% держався до другого дня, а після *caseosan'y* падав до норми через 6—12 годин. Після *electralgol'y*, *dispargen'y*, *streptococcid'y*, в меншій мірі після *argochrom'y*, кількість лейкоцитів спочатку падала, а потім через $\frac{1}{2}$ —1 год. збільшувалась. *Lactin* i *argol* не дали помітного ухилу від норми. Що до відносного збільшення окремих типів білокрівців, то після ін'екції *dispargen'y* спостережено у гарячкуючих відносне збільшення кількості лімфоцитів, а у здорових — нейтрофілів. При введенні інших зазначених тут засобів зміни всіх типів білокрівців йшли більш-менш рівнобіжно.

Кількість тромбоцитів в крові збільшується. Це стоять, наявне, в звязку з підвищением функції мезокаріоцитів в кістному мозку. Целюлярна реакція наступає навіть і в тих випадках, коли організм зовсім не дає загальної реакції. Це можна бачити на випадках з *diabetes mellitus*.

Зазначені тут целюлярні зміни залежать, можливо, від розподілу кров'яних тілець в організмі (більше виведення в кров з кровотворного апарату або, навпаки, ретенція), але можливо також, що стоять в звязку з алергією кровотворного апарату, котра проявляється активацією. Можна думати, що остаточний ефект залежить від взаємочинності кровотворного апарату та апарату ретікулярно-ендотеліального, де клітинний склад крові руйнується.

Багацько авторів аж до останнього часу надавали головне і навіть виключне значення лейкоцитозу. R. Schmidt вважає такий погляд однобічним і, як приклад проти цього, вказує, що при *paralysis progressiva* через малярійну інфекцію досягаються добре результати, не дивлячись на те, що малярія викликає лейкопенію.

2. Гуморальні зміни.

Де-котрі автори гадали, що протейнові ін'екції викликають утворення антитіл у крові; але проти цього говорить те, що антитіла утворюються в організмі лише через певну добу після введення антигену, реакція-ж крові на протейнові тіла наступає через декілька годин після ін'екції і через 24 години вже звичайно кінчається.

Доказано, що в крові збільшується алексін (комплімент), а також збільшується кількість аглютиніну, що вже раніше був у крові. Крім того підвищується звязуюча енергія між антигеном і антитілом; тому, певно, Wassermann'sька реакція може дати позитивний результат після протейнових ін'екцій в тих випадках лікованого людесу, коли перед ін'екцією реакція була негативною.

Під впливом протейнової терапії знищується здібність крові і лімфи скипатись. Це може стояти в звязку зі збільшенням кількості тромбоцитів, котрі є джерелом тромбокінази, а також зі збільшенням фібріногену в наслідок підвищеної секреції його кістним мозком, як показали досліди Müller'a. Можливо також, що діло йде про активацію фібріногену, або про збільшення виділення ендотелем тромбоцитів (Nolke).

Після протейнових ін'екцій проявляється гіперактивація в царні ферментативної діяльності; так, напр., появляється гіперглікемія в звязку, певно, з піднесенням діяльності ферментів, що розщеплюють глікоген.

Під впливом протейнової терапії дістають побудження автоматичні елементи. Так, після кількаразового введення кінської сироватки буває органоавтоліз, так що кількість інкоагуляційного азоту підвищується до $\frac{1}{5}$ загальної кількості його.

Rud. Eiselt в своїх спробах з гідрозолем золота знайшов, що сироватка крові в станах анафілактичних (сюди відноситься він і реакцію на введення протейнових тіл) проявляє меншу охоронну здібність ніж нормальна, що пояснює він зміною дисперсності колоїду сироватки.

Löhr i Eiselt зазначають, що після протейнових ін'екцій міняються глиязність (viscositas) і поверхове напіяття плазми та сироватки крові, а саме, поверхове напіяття знижується, глиязність збільшується. В звязку, очевидно, зі звищенням глиязності і збільшенням фібріногену прискорюється седиментація крові.

Види протейнових субстанцій та їх парентеральне введення.

Арсенал протейнової терапії дуже великий. Сюди можуть бути віднесені специфічні вакцини і sera, гетеровакцини і sera,

білки і продукти їх розпаду, оскільки останні дають білкові реакції. Сюди ж відноситься цілий ряд матерій, як acidum pycleinicum, хрящевий екстракт (Sanarthrit D-r Heilner), колоїдні метали; останні, завдяки колоїдним своїм властивостям і високо-молекулярному складові, грають дуже велику роль і виказують загальні якості з білковими тілами,—як що не з чисто хемічного, то з фізико-хемічного боку. Нарешті сюди можна зарахувати такі субстанції, як терпентин, гіпертоничні розчини NaCl, де-стільовану воду та інші, котрі очевидно через розпад кров'яних пласток або через денатурування білків органів виникають посередньо, секундарно комплекс явищ, характерних для протеїнової терапії.

Lindig від засоби протеїнової терапії ділить на дві великі групи: 1) засоби, котрі ще мають специфічний характер і 2) засоби з неспеціфічним діянням. До першої групи стосуються специфічні села і вакції.

До другої групи належать:

а) безбілкові субстанції, колоїдні метали й інші колоїди (напр., колоїд кремнцевої кислоти); фарбуючі субстанції, розчини солей, безбілкові органи — і тканеекстракти, препарати йоду, тощо, напр., yatren (йодхиносульфонова кислота), Preglівський розчин, терпентинові препарати, цукрові розчини та ін.

в) прості білкові тіла (хемично визначені): 1) протеїни, нуклеопротеїд, казеїн (caseosan), рослинний білок; 2) продукти розщеплення білків, а саме: протеїди, дейтероальбумози, пейтон, гістонін, глобін.

с) сполучення матерій першої і другої підгруп: колоїдні метали з білковими охоронними колоїдами (Schutzkolloid), напр., collargol, yatrenkasein, розчини фарбуюче-казеїнових матерій, срібно-казеїнові розчини і т. д.

д) мішані продукти: молоко і безпосередньо видобуті з нього сурогати без точного хемічного характеру і з невстановленою концентрацією: abijon (раніше ophtalmosan — стерильне молоко), molan (вільний від зародків і токсинів розчин білку молока), albusol, lactin, vaccineurin (видобутий із бактерій prodigiosus + staphylococcus білок), omnadin (мішанина білків, жирів і ліпопротеїдів) і інші.

До всіх засобів протеїнової терапії ставиться цілий ряд вимог, котрі Zimmer формулював так:

- 1) засіб не повинен бути отруйливим,
- 2) мусить бути стерільним,

3) склад кожного мусить допускати точне дозування,

4) препарат не мусить викликати неприємних і небажаних побічних впливів (напр., сильний біль на місці введення).

Отруйність препарату безперечно недопустима, але часто один і той же препарат одні автори вважають отруйливим, а другі ні. Візьмемо, напр., *yatren*. *Zimmer* його дуже рекомендує, рахуючи навіть високі дози нешкідливими для організму. В тілі він не розкладається і виводиться з організму неаміненим, навіть при вживанні рег ос. Він має велику бактеріцидну чинність. Реакція на місці уколу невзначна, загальна реакція невелика, гніадна заслуговуюча уваги. Вживання його ніколи не дає так званої білкової кахексії, котра виявляється втратою апетиту, випадінням волосся, схудненням, ріжкими нервовими симптомами. Але *Schmittelhelm* бачив після *yatren*'у появу нефрітів і шлункові порушення, *Ritschel* зазначає випадок гематурії, *Birnbaum* у двох випадках констатував жовту атрофію печінки. В останніх двох випадках *yatren* був даний двічі за день по 5 кб. цт., тобто друга доза була дана тоді, коли ще тривала негативна фаза, і значить організм перебував в стадії алергії.

Друга вимога — стерильність — при виробі протейнових тіл досягається з трудом, але ці труднощі тепер переборені.

Точне дозування являється безперечно одною з найважливіших вимог. Але такі препарати, як молоко і деякі його сурогати зі складним змістом, утруднюють дозування. *Lindig* радить уникати препаратів з неточною концентрацією або з невідомими складовими частинами. Навпаки, *R. Schmidt* дуже рекомендує молоко, маючи на увазі, що його дуже легко дістати. Постійність складу молока, на його думку, можна забезпечити, користуючись відповідною коровою, а стерильність досягається підогріванням на водяній лаані протягом 10 хвилин. Доза 0,5—10 кб. цтм. Сера звичайно даються в значно більших дозах, через те що їх пірогенне ділення значно нижче як у молока. Вакції дозуються відповідно до кількості зарідків.

Взагалі при вживанні протейнової терапії треба спочатку брати менші дози і в залежності від реакції підвищувати їх, рахуючись з індівидуальною реакційною вдібністю організму. Особливо треба бути обережним у випадках неврогенних і атипівих конституцій, як *status thymico-lymphaticus*, *asthma pectorum* та інші, а також у випадках ідіосінкразій медикаментозних (до *antipurigin'*) і аліментарних (до раків, начного білку, суниць і ін.).

Протеїнові тіла можуть бути введені в організм шляхом інтравеноозним, інtramускулярним, супраперіостальним, підшкірним і інтрадермальним.

Інтравеноозні ін'єкції даються звичайно до кубітальної вени. Іх перевага — швидкість і сила дії, але після них іноді бувають зауважені вище шоковидні припадки. R. Schmidt у звязку з цією небезпекою називає інтравеноозні ін'єкції «грою *casualque*» і радить вживати їх лише як *ultimum refugium* у безнадійних положеннях. Аби уникнути шоку, ін'єкцію треба робити дуже і дуже помалу.

Інtramускулярні ін'єкції роблять або в стегні, або інtragлютеально. Болючість на місці уколу після них невелика. Можуть бути рекомендовані.

Підшкірні ін'єкції провадяться в царині грудей, на стегнах, на плечі і передплеччі, а також в інгвінальних царинах. При цьому способі можна впорснути меншу дозу ніж інtramускулярно, ін'єкції більш болючі і частіше трапляються інфільтрати на місці введення.

Більш подражнюючі препарати (териентинові, сірчані і інші) рекомендують впорскувати супраперіостально. Ін'єкції робляться під crista ossis ilei, в продовженні аксілярної лінії, 2—3 см. під гребнем кістки. Голка всувається аж до самої кістки, а потім витягується 2—3 см. Крім незначного тиску зараз після ін'єкції, пацієнт не почуває жадних неприємних явищ.

Інтрадермальні ін'єкції робляться в царині передплеччя. Препарат вводиться в соріум. При цьому способі можна аплікувати лише дуже малі дози, 0,2—0,3 см. Введення на одному місці 0,5 см. ц. уже виявляється тижнім.

Перш ніж перейти до індикацій, треба ще сказати про комбінований спосіб лікування протеїновими ін'єкціями разом з pharmаса. Під впливом парентерального введення протеїнових субстанцій, як сказано вище, понижується границя дражливості в організмі взагалі, а в хоробливих гніздах, де вона й без того низька, падає ще нижче, при чому в цих огнищах, оскільки там в запаленні і дискразія, крово- і лімфообіг значно злішуються. Збільшення дражливості і злішнення ціркуляції дозволяють думати, що різні pharmаса в сполученні з протеїновими ін'єкціями будуть особливо чинними. Це дійсно найшло підтвердження у Simultan'a при лікуванні молоком + саліциловими препаратами arthritis rheumatica; молоком + hydrargi-um люеса (Kytle, Senerber);—у Schmidt'a молоком + gl. thyreoidae adipositas, а також молоком + адреналіном піаного ракіту

і остеомалії. Adler і Blumberg знайшли звищено чутливість організму до адреналіну після ін'єкції caseosan'у, що вказує на можливість потенціювати діяльність продуктів внутрішньої секреції.

Індикації.

І. Загальні гострі інфекційні процеси.

В цій царині лежить місце народження протеїнової терапії. Особливо яскравим прикладом є черевний тиф. Для лікування його вживаються ізо-і гетеровакцини та сироватки, альбумози, молоко, пептон. Після ін'єкції автосироватки, напр., в деяких випадках тиф аникас просто абортивно, але, на жаль, іноді жадного ефекту не досягаємо. Треба завжди мати на увазі, що в звязку з ушкодженням міокарду при тифі, легко може настути смерть.

При інфлюензі добре наслідки, наче-б то, дав Fonobisit (10% formaldehydnatrium bisulfurat). При антиграх рекомендовані мішані вакцини із стрепто- та стафілококків і руосуапеус. Дози потрібні дуже великі.

При рпештопії Robert досяг добрих результатів од мішаних вакцин із пневмо-стрепто- і стафілококків.

При септичних процесах в гінекології, також при sepsis postoper., гноїніх апендіцитах і піелітах вживають collargol Crédé, jodecollargol, electralgol, argotropin, argochrom (Zweifel), dispargen, electroferrtol, trypaflavin, а також молоко, lactic, phlogetan та інші. Рекомендують при визначених захоруваннях комбіновану терапію шляхом ін'єкції молока і Pregl'івського розчину, або argochrom'у і Pregl'івського розчину (Ostrčil).

ІІ. Хроничні огнискові місцеві інфекційні процеси.

В тих випадках, деходить не про загальну інфекцію, а про більш-менш локальний інфекційний процес, протеїнова терапія дає найкращий ефект. Тут вона з одного боку спонукує весь організм в цілому до захисту, а з другого, завдяки гніадній реакції, веде процес до вилікування. Як завжди, огнискова реакція протікає двофазно: спочатку ми бачимо усилення запальних явищ зі збільшенням болю, припухання і т. д., а потім наступає зворотний розвиток цих явищ з яскраво визначенім лікарчим ефектом.

Із локальних інфекційних процесів протеїнова терапія вживається: 1) при туберкульозі. На першому місці може бути поставлена перітонеальна форма, при котрій під впливом протеїнової терапії настуває зменшення, а потім і аникання асціту. Далі

йдуть кістні форми, особливо spondylitis tuberculosa, потім туберкульоза залоз, нарешті торпідні, з невеликими підвищеннами t° , фіброзно-індуративні легеневі форми туберкульози. При казеозно-пневмоничних і кавернозних формах протейнова терапія контраіндікована. Лікування починається обережно, з малих доз. При вживанні молока, напр., починають з 0,5 к. ц. з 3—4-дневними інтервалами, і, поволі підвищуючи дози, продовжують лікування протягом 4—5 тижнів.

2) Дуже гарний ефект протейнова терапія дає при erysipelas. R. Schmidt при лікуванні молоком 57 випадків erysipelas обличчя мав у 35 випадках в перший день, а в 9 вип. на другий день цілковите падіння t° до норми і зникання опуху.

3) Дифтерійна сироватка оказалась корисною при носових ангінах.

4) Alexander провадив ін'екції молока в дозі 5 к. ц. при акутних і субакутних otitis media з добрими результатами.

5) Гарні наслідки констатовані також при кон'юнктивітах (Friedländer) та ірітах. Elsching aolan'ом лікував conjunctivitis gonorrhoeica.

6) Tumores adnexorum. На клініці в Брні лічено 573 випадки (D-r Bitman). Вживалось виключно молоко в дозі 5 кб. цг.; ін'екції провадились супраперіостально. Після ін'екції звичайно наступала як загальна реакція, так і огніскова. Після падіння температури до норми ін'екція повторювалась. Але після другої ін'екції в одних випадках наступала реакція, а в інших — ні. Для пояснення цього явища були переведені бактеріологічні обслідування пунктату з туморів і одночасно маточного fluor'у. Всього обслідувано 116 випадків зі слідуючим результатом: у всіх випадках, де ні в пунктаті, ні в маточному секреті не знайдено бактерій, організм після кожної ін'екції реагував підвищеним температурою. Всі ці випадки відповідали були вилікувані після 5 ін'екцій, проведених через день. Такий же самий результат дали всі випадки на етрепто- і гонококовому ґрунті.

Навпаки, при процесах стафілококових і колібаційних на повторну ін'екцію організм не реагував або реагував дуже мало. В цих випадках, навіть після значного числа ін'екцій, інфекційний агент не зникав, а хід процесу злішувався лише частково. Здається, що стафілокок і bacterium coli дуже резистентні супроти протейнової терапії. В таких випадках рекомендується вживати комбінованої протейнової терапії: молоко з розчинами колоїдних металів (Bitman), як, напр., argochrom або electralgol. Із 573 випадків 76% видужало; 20,2% — злішшення

локального процесу, але були екзацербації; 3,5% — терапія без успіху.

Крім того, при аднексальних туморах даються інtramusкулярно ін'єкції крові, безпосередньо вантажі вени в дозі 5—20 кб. іт. Тута радить терпентинові ін'єкції: ol. *terebinthinae* 8.0, ol. *olivarum* 40.0, в. 1—2 ссм. супраперіостально.

Через 2—3 дні ін'єкція повторюється після скінчення негативної фази. Всього ін'єкцій дается 4—5. Як би симптоми знову з'явилися, цикл ін'єкцій повторюється. В 30% терапія була успішна, але такого-ж результату досягли й інші методи лікування.

Terpichin дав досить добре наслідки. Ін'єкції робляться через день в дозі 0,5—2 ссм. інtramusкулярно. Всього 5 ін'єкцій. На місці уколу часто інфільтрат.

Caseosan в дозі 1—2 ссм. через день інtramusкулярно дается в наслідками, заслуговуючими уваги.

7) Хороби суглобів у сфері дії протеїнової терапії займають почесне місце. Суглоби являються дуже чутливим апаратом в організмі. Загальний стан, невідповідна діета, психичні напруження, недобре травлення, ріжкі інфекції — все це відбивається на ході артритів; тому вже a priori можна булогадати, що протеїнова терапія матиме тут добрий ефект.

При лікуванні артритів треба вживати по змозі тих препаратів, що викликають сильну огнікову реакцію при незначній загальній. На здорові суглоби введення протеїнових тіл майже не має впливу, але всякі лягунні гнізда дають сильну реакцію. При гострих запаленнях суглобів даються одноразово більші дози ніж при хронічних, при повторних ін'єкціях доза звичайно збільшується, але на перебіг гострих процесів протеїнова терапія не вказує величного діяння (Paroulek, Fahnrich — Прага). Кращі наслідки у тих-же авторів дала комбінація саліцілових препаратів з колоїдним сріблом. Лікування хронічних процесів тягнеться значно довше. Тут вживаються порівнюючи малі дози, а також, у зв'язку з довгим триванням лікування, тут рекомендується не допускати до сильної загальній реакції, аби тим уникнути появи так званої білкової кахексії.

Із засобів протеїнової терапії при лікуванні запалень суглобів вживаються слідує: а) сироватка свиняча і з овець, а також *auto-serum*, в) із змішаних продуктів — молоко, *solan*, *lactin*, *ophtalmosan*, *omnadin* (викликає незначну гніздну реакцію, тому мало рекомендується), *vaccineurin* (при *arthritis deformans*), с) препарат з мурав'яної кислинни *urtiaosu* наче-б то дав добре

результати, d) sanarthrit — витяжка з хрящів. По теорії Umbra мочова кислина має споріднення зі злучною тканиною, зокрема з хрящами. У здорової людини мочова кислина не може випасти до хряща завдяки фізіологічній захистній функції, яка полягає в локальному клітинному ферментативному процесі. Ділання sanarthrit'у, по Heilner'у, ґрунтуються на наданні штучно при правленого локального ферменту пошкодженим хрящам. Огніснова реакція після санартріту сильна, а загальна неоднакова, і це є хиба препарату (Prusik). Можливо, що ця хиба криється в фабрикації. Терапевтичне ділання sanarthrit'у іноді може настути не зразу після лікування, а довгий час після (аж до 4-х місяців). Тут можна бачити паралелізм з бальнеологією і проміннями Roentgen'у, при яких ефект приходить завжди після певної доби. Радить вживати sanarthrit при гострих і хроничних arthritis rheumatica, а також при arthritis deformans і arthritis urica.

e) Із олійних препаратів вживаються terpichin і oleum sulfuratum. Суспензія сірки в олії введена у Франції Maillard'ом і Robin'ом. Після ін'єкцій сірки бувають досить неприємні в'явини, як висока гарячка, болі голови, відсутність апетиту і блювоти. Як terpichin, так і ol. sulfuratum часто на місці введення дають інфільтрати. Надаються обидва препарати для хорих, які мають змогу перебувати в ліжку. Terpichin дається в дозі 0,5—2 сес. через день, ol. sulfuratum в дозі 1—5 сес. через 3—4 дні. Вживаються при arthritis chronic, polyarthritis rheumatica і osteoarthritis deformans.

f) Normosal дається при міозітах.

g) 2% розчин мочової кислоти з хиною анлікується в кількості 20 сес. супраперостально при lumbago.

h) Zimmer радить yatren, а Dietrich — скомбінований ім yatren-kasein. Доза при гострих процесах 3—4 сес., а при хроничних зачинають з 0,25 сес. і, помалу підвищуючи, доходять до $2\frac{1}{2}$ —3 сес. Лікування дає добре наслідки при гострих, екзаперуючих і хроничних артритах, а також при arthritis deformans.

III. Отруїння.

Факт підвищення резистентності організму супроти інфекційних процесів при допомозі протеїнової терапії дає змогу пропустити, що при інтоксікаціях асептичного характеру протеїнова терапія дасть позитивний ефект. Дійсно Starkenstein встановив, що крілики після підготовки молочними ін'єкціями менше під-

падають отруйну стріхніном, а після підготовки дейтероальбумозами менше піддаються отруйну фенолом. Про гальмуюче ділення сироватки рогатої худоби повідомляють Brügel, Lusini та інші. Ці спостереження дозволяють чекати гарних наслідків од вживання протеїнових матерій, як терапевтичного засобу при різних інтоксикаціях. R. Schmidt зазначає, згідно з власними спостереженнями, що при уремії протеїнова терапія дала добре наслідки, принаймні симптоматично. Abramі говорить, що при допомозі протеїнової терапії можна купірювати малярійний приступ, але при цьому вона не гальмує розвитку малярійного плязмодія. Widal підкреслює, що шляхом профілактичного введення протеїнових тіл парентерально і навіть рег ос можливо запобігти появі анафілактичного шоку. Ця можливість надавати організму умови для пригнічення анафілактичного шоку носить назву скептофілаксія. В цих випадках протеїнова терапія викликає десенсібілізацію організма. Поняття анафілаксії деякими авторами розповсюджується на багацько патологічних станів; сюди відносять asthma bronchiale, urticaria, харчові і медикаментозні ідюсінкразії та інші. При ідюсінкразіях медикаментозних радять незадовго перед приняттям препарату давати дуже малі дози того-ж самого препарату. Анафілактичні припадки харчового походження (після шоколаду, раків, яєчного білку і ін.) можна купірювати введеним пептону інтрамускулярно або навіть рег ос за годину перед вживанням вказаніх страв в дозі 0,5 ссм. Ні мігрені, ні крапивниці в таких випадках не буває. Анафілаксія респіраторна (сінний катар) уступає лікуванню ін'єкціями екстракту зі спор рослин. При asthma bronchiale (але не легеневого, а нервового походження) добрі наслідки дали autoantiserum, omnadin, peptov та інші. Зааначають, що ін'єкції молока дають також добрий вплив, але результат його не тривкий, бо астматичні припадки повторюються. Також інтратенозні ін'єкції 30 ссм. розчину NaCl переривають астматичний припадок, але можуть викликати вищезазначений шок, тому ін'єкції треба робити дуже помалу. При мігренах невідомого походження радять давати 0,5 пептону рег ос за годину перед їжою.

IV. Кровотоки і геморагічні діяльності.

Парентеральне введення протеїнових тіл звищує сціпнення крові. Самим віячним показанням для вживання протеїнової терапії з цією метою є випадки черевного тифу з кишковими кровотоками. При настартої на туберкульозному ґрунті протеїнові ін'єкції можна вживати в початкових стадіях, коли немає нахилу

до підвищення t° , а також до казеозного розпаду. На кровозупинююче ділення протейнових тіл, введених парентерально, звертає особливу увагу van der Velden. Із препаратів вживаються в цією метою сироватка, пептон, казеїн, желятина, молоко, coagulen, розчини NaCl і інші.

Але не лише механічні кровотоки, а й такі захорування, як гемофілія, пароксізмальна гемоглобінурія і ригрига, при наймні згідно зі спостереженнями французьких авторів, піддаються впливу протейнової терапії. В цьому відношенні радять autoserum, кінеску сироватку, пептон і ін.

V. Хороби крові.

Спроби з лікуванням хороб крові дали сумнівні результати. Більш успіху протейнова терапія мала при секундарній анемії і хлороазі. При хлороазі на клініці R. Schmidt'a досягали надзвичайних прибавок на вазі. При перніціозній анемії констатовано ефект лише в розумінні доброго впливу на загальне самопочуття хоробого, а також зменшення сну та апетиту.

VI. Конституційні аномалії, дискразії та діятези.

Тут грає ролю з одного боку алергична сила протейнових тіл, а з другого — здібність їх викликати гніздну реакцію, бо при хоробах конституційного характеру діло йде часто про асептичні запальні огиніска. Гарні наслідки принесло лікування молоком невральгій, котрі з місцевим проявом загальної конституційної аномалії. Також добре наслідки констатовані у випадках пізнього рахіту та остеомалії: Döllen рекомендує при невральгіях змішану вакцину із *prodigiosus* і *staphylococcus*.

R. Schmidt вважає за добре вживати протейнову терапію скрізь, де визначені симптоми запущеного обміну матерії з гіпотермією і брадікардією. Особливо в цих випадках добре мусять впливати, на його думку, пірогенно діляючі протейнові тіла.

До цього-ж відділу індикацій можна віднести також і спроби вплинути на карціноматозні захорування шляхом введення гетерогенної крові з метою огинського лікарчого ділення і загальної цілющої реакції.

VII. Вплив діуретичний.

Багато організмів реагує на введення протейнових тіл підвищеним діурези. На це давно вказували французькі клі-

ницісти з приводу ін'екцій сироватки. Таку ж властивість надає R. Schmidt молону. Базуючись на цьому, вживають з успіхом протеїнову терапію з метою дослігнути швидкої резорпції плевральних, перitoneальних і інших ексудатів. Діуретичний вплив протеїнових тіл можливо в непрямий, неврогенний, але не відкидається можливість безпосереднього впливу на паренхіму нирок. Важливое значення може мати також підвищення кровоповнення органу. Шкідливого впливу на нирки, навіть після довгого вживання протеїнових тіл, не помічено.

VIII. Протеїнова терапія в дерматології.

Оскільки шкіряні хвороби є лише зовнішнім проявом конституційних аномалій, то можливість впливати на них розуміється сама собою. Також тут може грати роль підвищення відпорності шкіри після введення протеїнових субстанцій.

Із препаратів вживаються слідуючі:

1) молоко та його сурогати, як aolan і lactin, а також казеїновий препарат caseosan при епідідімітах і інших комплікаціях гонореї, при хронічній гонореї (ефект сумнівний), а також при bubo, як комплікації при ulcer molle (скорочується перебіг гостиння). Доан при інтравенозному впорскуванні 0,25—2 см., при інtramusкулярному 5—10 см., при підшкірному 2—3 см. і при інtradермальному 0,2—0,3 см.

2) phlogetan, який містить в собі продукти розщеплення білків, близькі до нуклеїнів, показаний при lues, tabes, paralysis progressiva, а також при комплікаціях гонореї і при псоріазі. Дається інtramusкулярно або під шкіру в дозі від 1 до 5 см., з інтервалами в 2—3 дні. При tabes радять комбінувати phlogetan з neosalvarsan'ом, а саме: 1 см. phlogetan'у, потім neosalv. 0,15.; 2 см. і 3 см. phlogetan'у, neosalvar. 0,3; 4 см. і 5 см. phlog., neosolv. 0,45; 5 см. і 5 см. phlog., neosal. 0,45 і нарешті 5 см. phloget.

Таким чином робиться 8 ін'екцій phlogetan'у і 4 ін'екції neosalvarsan'у. Після 14-дневної паузи лікування повторюється. Щоб доснити бажаного ефекту, треба ввести 60—70 см. Phlogetan'у

3) Tergichin вживається при гонорейних комплікаціях з досить добрими вислідками.

4) yatren радять при плісневих і стафілококових захоруваннях і при urethritis postgonorrhoeica в дозі 2—3—5 см. Вживається цей препарат тепер мало.

5) Замісць його радять комбінований препарат yatren-kasein.

Дають його при аспе varioloformis, стафілодермії і псоріазі. Trichophytiae і хронична екзема також добре піддаються лікуванню *yatren-kasein'ом*.

6) Із препаратів, які викликають розклад білків самого організму, вказують: а) stannoxy^l injectable при стафілодермії інтра в) Geodyl при шкіряній туберкульозі. Ін'єкції його викликають значний лейкоцитоз (до 12.000), який держиться досить довго і помалу падає. Аналогичне до останніх двох препаратів ділення дають промінія Roentgen'у.

Крім того в дерматології вживається цілий ряд вакцин стрепто-, стафіло- і гонококових, а також із *trichophyton tonsurans*, але на них я не буду спинатись.

IX. Протеїнова терапія в педіатрії.

В педіатрії протеїнова терапія до цього часу не мала великого успіху. Із препаратів головним чином вживається сироватка крові баранячої, свинячої і кінської, а також молоко коров'яче та людське і інші препарати. Радять вживати ін'єкцію терапію при порушеннях відживлення після гострих інфекційних процесів, але в цих випадках кращі наслідки дала аліментарна терапія (Luska).

Анемія після дерматозів не дала виразних результатів.

Czerny бачив добре наслідки від протеїнової терапії при туберкульозних лімфаденітах.

По повідомленнях Ferrer'a, Epstein'a і ін., від ін'єкцій сироватки можна досягти значної прибавки на базі при *atrophia infantum'* а, а також при атрофії недоношених.

Ritschel мав успіх з *yatren-kasein'ом* при лікуванні pertussis.

Дуже добрий лікарчий вплив дають ін'єкції людського молока в дозі 0,5—1 см.³ на *blenorhoe neonatorum*.

При sepsis, furunculosis, pemphigus, phlegmona і *erysipelas* спостережено злішнення загального стану, але вплив на інфекцію при цьому мало помітний.

При anaemia pseudoleucemica радить протеїнову терапію Behrendt, але Luska бачив кращі результати від лікування цієї хороби паренхиматозними білками, як пасірована печінка, пасірована gl. thymus, овочі та інші, при одночасному зменшенні кількості молока.

В зв'язку з тим, що протеїнова терапія експериментально дала заслуговуючі уваги наслідки не лише при лікуванні хороб інфекційних, але й при асептических процесах, як asthma bronchiale, uræmia, невральгії, хороби крові та ін., а також завдяки неспе-

ціфічності протеїнової терапії, сфера дії вжитку її дуже широка. З цього погляду протеїнову терапію можна віднести до загальної терапії разом з гідро-електро-клімато-терапією. На жаль, в поглядах як на ефективності протеїнової терапії, так і на її лікарському значенні констатуємо ріжноманітність, розбіжність і навіть протилежність думок, і лише є надія, що майбутні досліди вкажуть нам істину і відділять захоплення від дійсності.

Джерела.

A. Література.

1. R. Schmidt: Proteinkörpertherapie: (Brugsch. Ergebnisse der gesamten Medizin).
2. Lindig: Proteinkörpertherapie (Halban und Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes. II Lieferung).
3. B. O. Pribram: Parenterale Reizbehandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. (Medizinische Klinik 1922. № 30).
4. Rud. Eiselt: Zjištění anafylaktických stavů v seru krevním metodami koloidalně chemickými a fyzikálními (Třetí soubor prací na počest prof. Dr. Josefa Thomayera k jeho sedmdesátým narozeninám).
5. Edvard Cmunt: Lečba artritid na II klinice vnitřní (tam že).
6. I. Paroulek a I. Fahnrich: Lečba artritid na I klinice vnitřní (tam že).
7. Klara Kohoutová: Přehled lečby popudové ze zvláštním zřením k onemocnění kloubů (tam že).
8. Bittman Otakar: Príspěvek k terapii mleče při adnexálních zanětlivých tumorech (Praktický lekař 1923 č. 11).
9. Josef Saidl a Vladimír Tóma: Leukocytarní obraz krevní za těhotenství, porodu a žestineděli a jeho změny učinkem laterálně injekčních. (Časopis lékařů českých 1924 č. 5.).

B. Реферати.

1. Doc. Dr Prusík: Proteinova terapie ve vnitřní medicíně.
2. Doc. Dr Gawalowski: Vaccinace.
3. Doc. Dr Luska: Proteinova terapie u kojenců.
4. Doc. Dr Gruss: Proteinova terapie v gynaecologii.
5. Dr Saidl: Puerperální sepsa a jejich lečba.

Доц. д-р ЧАНЧІК і д-р Н. МАЗЕПА.

Вирощування на поживних підложках туберкульозних мікобактерій.

(З гигієнічного інституту Карлового Університету в Празі. Професор Д-р Густав Кабргель.)

При аналізах матеріалу, підоарілого на присутність туберкульозних мікобактерій, користуються при мікроскопічнім досліджуванні відомою властиністю цього мікробу задернувати фарбу, якою була пофарбована його клітина, і не втрачати її від розведеніх кислин. Коли в матеріалі для аналізу дуже мало туберкульозних бактерій, то позитивні наслідки можуть бути тільки після перегляду великої кількості препаратів, залежать від техніки фарбування, а часом тільки від випадку. З метою полегшити наявлення туберкульозних мікробів у харкотині, гною, сечі і т. д. був широблений цілий ряд методів, заснованих на тому, що добавлялися хемічні матерії, гомогенізаючі sputum, після чого простою седиментацією чи центrifugуванням можливо сконцентрувати в осаді туберкульозні зародки з більшої кількості матеріалу.

З хемічних сполучень для цієї мети радиться вживати луг, вапняну воду, *Natr. bibericum*, борну кислину, H_2O_2 , *NaOH*, жавелеву воду; найбільше розповсюджене вживання антиформіну (мішання *NaOH* і *liquor natrii hypochlorosi*). Пропонували його для аналізу на туберкульозні мікобактерії Uhlenhut i Xylander (*Arb. a. d. Kais. Ges. Amte XXXII. 1909*). В недавнім часі опублікував Васатуре (*Folia med. IX. 1923, ст. 41*) спосіб збільшення туберкульозних зародків в мішенні sputum з жовчю з добавленням йодової тінктури. По його дослідах цей спосіб є ліпший ніж антиформінова метода. Перші подали цей спосіб Grisez i Bernard. Належить також згадати спроби гомогенізації харкотині ферментами, як панкреатін (Sprengler), або ферментами, що находяться в самому sputum (Philipp).

Коли трудно буває найти туберкульозні зародки в матеріалі, в котрім є їх мало, то тим тяжче завдання виявити їх присутність в сумнівних випадках. Тоді радиться впорснути підоарілний матеріал морській свинці. Наслідком цього в позитивних випадках буває розмноження мікобактерій у звірячім тілі, що по певнім часі проявляється патологічними змінами. Що ці зміни туберкульозного характеру, то це можна бачити або на мікроскопічних препаратах, або ж патологично змінену тканину досвідного звіряті переноситься на відповідне поживне підложка, і природу захорування доводять вирощуванням культури бактерій. Ця вживана в лабораторіях метода культивування, при котрій з матеріалу для аналізу дістасмо в тілі досвідного звіряті туберкульозні бактерії, розмножені і позбавлені примішані інших бактерій (майже як правило — чисту культуру бактерій), потрібне досить довгого часу — від двох до чотирьох тижнів, і, як і всікий експеримент на звірятах, її трудно зробити лікареві-практикові. Через те,

натурально, шукали ще з доби відкриття туберкульозного мікробу таку методу, при котрій можлива була-б культивація бактерій на штучних поживних підложках без того, щоб наперед потрібувалось розмноження їх у звір'ячім тілі. Кох і Кітазато діставали культуру туберкульозних мікробів так, що полокали гнійні частинки харкотинія кілька разів у стерильнім фізіологічнім розчині, а потім сівали його на сироватку з гліцеріном. Уленгут пропонував гомогенізувати зритум антиформіном і сіяти на сироватку осад, що одержується після центрифугування. Несе ростиран частинки туберкульозного харкотинія на агар з додатком гліцеріну і салодал'ю (*Nährstoff Heyden*) і помічав значне розмноження зародків *bc* часом вже через 5—6 годин, зовсім після через три дні. Його методу модифікував Йохнапп, додаючи до харкотинія бульйон з домішкою салодал'ю.

Заданим нашої праці було — вияснити, потре в пропонованих поживних підложках найліпше надається для безпосереднього вирощування туберкульозних бактерій з харкотинії, гною і т. д., і як можна було-б найлегше позбутися різких мікробів, котрих с багаткою в харкотинії разом з бактеріями *bc*. Крім сироватки з гліцеріном ми вживали Безредьків бульйон, Dorset'ове, Lubenau-Lyall'ове і Petroff'ове яєчні поживні підложки, а нарешті власні дуже прості поживні підложки, про спосіб приготування котрих і вигоди скажемо пізніше.

Дорает пропонував для культивування зародків *bc* поживне підложка, приготовлене з яєць (Amer. Medic. 1902 ст. 555). Стерільно взяті яєчні жовток і білок розбавлюються з водою і коагулюються в косо поставлених епруетах на протязі 2—2½ годин в приборі, насиченім водниною парою, при температурі 70° С. Park і Krumiede (Stud. Res. Lab. Health. Dep. New-York. V. 1910) вживали цієї поживки при своїх дослідах культивації і знайшли її дуже придатною. З того часу поширилося вживання Дорзетового поживного підложка особливо в Англії і Америці. Griffith (Brit. Med. Journ. 1914, I. 1171) і Lancet (1916, I. 721) досягли дуже гарних наслідків при культивуванні, сіючи гомогенізоване харкотинія на Дорзетовім поживнім підложки. Lyall (Amer. Rev. of Tuberc. V 1922. ст. 899) хвалить уведений Griffith'ом спосіб безпосереднього культивування з харкотинії і додає, що має кращі наслідки ніж на Дорзетовім, на своїм власнім поживним підложкам, в потре крім яєць входить ще екстракт з печінки.

В наших спробах ми додергувались Lyall'ової техніки: харкотинія, можливо свіже, найперше розглядається бактеріоскопично в препаратах, крашених по Ziehl-Neelsen'у карболовим фуксіном і диференцізованих 5% сірчаною кислотою і 70% алкоголем. Потім біля 5 кб. цтм. зритум змішується з рівною кількістю 20% антиформіну і добре розбавлюється, аби в отриманій рідині не видно було газочок. Через 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 хвилин, після добавлення антиформіну, висівається мішаниця на поживне підложка. Коли в зритум при попереднім мікроскопічнім аналізі було знайдено багато туберкульозних мікробів, то переносямо на поживне підложку по одному очку платинової петлі, коли ж було бацілів мало, або вовсім не було, то вносяться в кожну епруетку по 4—5 очок. Lyall радить сіяти мішаницу вже через 5—10 хвилин після добавлення антиформіну. Але при наших спробах виявилось, що вплив антиформіну на другі бактерії за такий короткий час дуже незначний, тому воїн пішенно розростаються на поживних підложках і покидуть ростові туберкульозних бацілів. Навіть

при писіваниї через 15 хвилин ми не завжди одержували чисту культуру туберкульозних мікробів, бо вплив антиформіну в значній мірі залежить від характеру харкотинія: чим більш воно гнійне, тим поволіше розпускається в антиформіні. Крім того стійкість проти антиформіну ріжких туберкульозних родів, що зустрічаються в харкотині, буває дуже ріжка.

Спроби, які ми робили, висіваючи осад після центрифугування мішанини *sputum* з антиформіном, давали здебільшого гірші вислідки ніж тоді, коли ми переносили неосівшу мішанину на поживне підложка. Отже виявилось, що в осаді разом з туберкульозними бацілами часто осідає значна кількість бактерій, котрі не розпускаються в антиформіні, а власне спороносні мікроби. Тому при вживанні для посіву седименту, культури бували занечищені великою кількістю тих резистентних мікробів, які перешкоджали ростові туберкульозних бактерій, а часом зовсім розріджували деякі поживні підложки. Культивування провадилась в термостаті при 35°. Неодмінно потрібно хоронити поживні підложки від висихання. Тому культивування в мисках Petri є трудні, бо в них поживне підложка споріше висихає й обмежує тим розмноження туберкульозних зародків. Культури ми розглядали макроскопично і на препаратах під мікроскопом. В позитивних випадках виявлялось вже на четвертий — п'ятий день значне розмноження туберкульозних бактерій, і тільки втімково лише на 6—8 день.

Харкотинія бралось від хорих з клінічними явищами туберкульози легенів. У 6 випадках було тільки підозріння на цю хроботу.

Зроблено всього 102 аналізи *sputum*. З них позитивні вислідки дали 83 випадки, негативні 15, в 4 випадках поживне підложка було розріджено пептонізуючими бактеріями, і спроба не вдалась. Вислідок спроб культивувати на ріжких поживних підложках був слідуючий:

Поживне підложка.	Кількість спроб.	Позитивні вислідки.	Негативні вислідки.	Спроба не вдалась, бо розпустилась поживна.
Lyall	102	72	20	10
Dorset	19	12	4	3
Labenau	5	2	2	1
Petroff	32	25	7	0
Glycerin-serum	10	6	2	2
Besredka	10	1	9	0

Lyall'ове поживне підложка готовиться з чотирьох частин розбитих яєць (разом жовток і білок) і одної частини екстракту з печінки; ця мішаниця коагулюється в косо поставлених епруветках або мисках Petri в приборі, насиченім водяною парою, по Lyall'ю при 70° С. Ми держали при вищій температурі 80—85° С., бо при нижчій температурі поживна була не зовсім тверда. Коагуляцію ми провадили в приборі, що вживався для готовування Лейферівської сироватки. Екстракт з печінки готовиться так: до 500 гр. свіжої посіченої печінки (від корови) приливається 1000 кг. см. сирої води і становиться на ніч в холоднім місці. Потім ця мішаниця нагрівається на водяній лазні, після чого 5 хвилин вариться; коли прочахне, фільтрується через папір і стерілізується в автоклаві.

В мікроскопічних препаратах із культур на Lyall'овім поживнім підложко

можна вже на четвертій день бачити купки мікробів по 15—20 бактерій в кожній куці. Баціл міцно держиться в куці, так що тільки виліково можна найти окремі мікроби. Починаючи з 12 днів можна бачити простим око ріст культури величими колоніями. Невигідне це поживне підложка тим, що легко розпускається пептонізуючими мікроорганізмами.

Такий самий дефект має і Дорзетове поживне підложка, крім того на ньому бацілі виростають коротші і тонкі, часто зустрічаються інволюційні форми.

Поживне підложка Lubenau є мішанина 10 ісць і 200 кб. цтм. бульйону з 10 гр. гліцеріну. Ріст бацілів на нім подібний до росту на Дорзетовім підложці. Пептонізується воно теж легко. Petroff (John Hopkins Hospital Bulletin, 1915) подає слідуючий рецепт поживного підложка для туберкульозних бактерій: 250 гр. сміжого м'яса мелиться в стерильній машинці, змішується з 212 гр. дестильованої води і 375 гр. стерильного гліцеріну, стойть ніч, а потім фільтрується через стерильну марлю. Далі приготовляється потрібна кількість свіжих яєць таким способом, що їх кінці дезінфекуються в 70% алкоголью 5 хвилин; потім, надягнувши стерильні рукавиці, яйца розбивають, а жовти і білки разом старанно розмішують в стерильній посуді, після того фільтрують через стерильну марлю. 200 кб. цт. фільтрату з м'яса мішаеться з 400 к.ц. фільтрату з ісць і додається на кожні 100 кб. цт. тієї мішанини 1 кб. цт. 1% алкогольного розчину генціїн-віолету; знов добре розмішуються і розливается в епруветки. Коагуляція провадиться першого дня 30 хвилин при 85° С., другого дня 30 хвилин при 75° і третього дня 30 хвилин при 75°. Всі складові частини поживного підложка, вся посуда й пристаддя, що викиваються при готовуванні поживки, мають бути стерильні. Подробиці дав також Limousin. (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1921. XXXV ст. 558).

Ріст на Petroffовім поживним підложко подібний до росту на Lyall'овім і Dorset'овім; значне помноження помічається на препаратах вже на 4 день; окремі бацілі значно довші. На 7—10 день можна простим окою розпізнати колонії туберкульозних мікробів, котрі виглядають живими формацийми на ліловому полі. Ріст культури в дальший час іде інтенсивніше ніж на раніше названих поживних підложках і творить на всій поверхні поживки живу зморщену плівку. Коли засіянний матеріал має невелику кількість туберкульозних мікробів, то виростають окремі колонії за 10—14 днів — великі живого кольору на ліловому полі. Такі культури надаються для демонстрації. Колонії і плівка вростають глибоко в поживне підложко, через 2—3 тижні ціле поживне підложка мінле свій кольор в лілового на живий.

На думку Petroff'a генціїн-віолет перешкоджає ростові інших бактерій крім туберкульози. При наших спробах ми помітили, що на його поживці ростуть і інші бактерії, деякі із яких пептонізають поживку, але не в такій мірі, щоб вона стала повсім рідкою, як це бувало на пробах з Дорзетовим і Lyall'овим печіним поживним підложком. Взагалі це поживне підложка ліпше ніж попередні, але готовування його складне і потребує досить довгого часу.

Таким же способом як на інших поживках, сіяли ми й на сироватці з гліцеріном. Також і тут в препаратах на смісках часто вже на 4 день можна бачити розмноження туберкульозних мікобактерій, але в меншій кількості; дальший ріст буде дуже помалу, а коли попадуться реістентні пептонізуючі мікроорганізми, то сироватка розпускається *in toto*. Сироватка з гліцеріном надається для перевокування чистих культур зародків у збірках.

Безредьківський бульйон з яйцем при наших спробах ізоляції видався непридатним: з 10 аналізованих супут одержали ми в Безредьківським бульйоні тільки один позитивний вислідок, тоді коли ті самі супут на других поживках були позитивні. Дуже нам перешкоджало при вирощуванні це бактерій розріднення яєчних поживних підложок резистентними мікроорганізмами, здебільшого спороносними; тому ми старались зробити поживку, на котрій би росли туберкульозні бактерії, і щоб до того ж вона не пептонізувалась. Зробили ми агарове поживне підложка такого складу: до екстракту з печінки, зробленому по раніші поданому рецепту, додано 2% агару і мішанина стерілізована в автоклаві. Де-кілька свіжих яєць старанно обмито водою з мілом і 5% фенслем, пікарлупа яйця пробита стерильним пінцетом, і ціле яйце вилито до стерильної колби і добре розмішано. До приготовленого печінкового агару, пістуженого до 50° С., додається на косині 100 кг. цг. по одному яйцю, мішанина старанно розмішується, розливается до епруветок і нагрівається 1 годину при 80° С. Ця поживка при наших пробах видалась нам дуже доброю: готовування її просте, ріст туберкульозних бактерій виявляється на препаратах на 4 день қупинами по 15—20 баціл, на 10—12 день колонії видно мандресконочно. Коли добавить до неї генциан — віолет, колонії видно ясніше, як на поживнім підложці Petroff'a; крім того це поживне підложка не розріджується пептонізуючими мікроорганізмами.

Гадаючи, що яєчні поживні підложки робить відповідними для розвитку і росту туберкульозних культур класне жовток, робили ми дальші спроби на агарі з лецітіном. До ванзуру з м'иса природного кислоти додано 2% агару (без пептону) і 1,2% лецітіну (*Lecithini ex ovo pariss. Merck*), добре емульгованого в малій кількості води. Мішанину розливали до епруветок, стерілізували в автоклаві, а потім клали стигнути в косім положенні. Також і на цім лецітіновім агарі на 4 день помітне помноження, вигляд бацілів в типовий для туберкульозних мікобактерій.

Далі ріст іде повільніше ніж на яєчних поживках. Наслідки культивування на цих двох підложках були слідуючі:

Поживне підложка.	Кількість спроб.	Позитивні вислідки	Негативні вислідки	Розрідження підложок
Яєчний агар.....	18	14	4	0
Агар з лецітіном	17	12	5	0

Треба тут сказати, що вже багато літ тому назад висловив Capaldi погляд (Zent. f. Bacteriologie 1896 р. 806), що агар з жовтком або лецітіном можна вживати як поживне підложка для вирощування туберкульозних бактерій, але він не дав докладних відомостей про вислідки культивування.

Разом з приведеними спробами культивування туберкульозного мікробу з харкотинні, маємо завдання виростили культуру його з гною холодних абсцесів та з іншого матеріалу, підозрілого на туберкульозу, при чому вже досягли гарних вислідків, вживачи яєчний агар і агар з лецітіном. Нагання це є предметом дальнішої праці, вислідки якої будуть опубліковані пізніше.

Д-р М. СИСАК (Прага).

Інсулін.

В бік інсуліну та питань, звязаних з його діянням, звертається тепер загальна увага медичних кол. Обидва канадські дослідники Banting і Macleod, яким вдалося в своїх працях над внутрішньою секрецією підшлункової залози (*pancreas*) видобути майже в чистій формі внутрішній секрет залози, зацікавали своїм відкриттям як теоретичні, так і практичні кола медиків, бо питання про цей внутрішній секрет, інсулін, як його винахідці назвали, є тісно звязане як з теоретичним питанням виміни матерії, так і з практичним лікуванням цукрової хороби-діабету. Через те, може, незайвим буде коротке з'ясовання цього питання в нашому журналі.

Загально відомо, що підшлункова залоза виконує дві функції, а саме, виділює різні продукти — одні назовні, другі внутрі. Назовні дістається до дванадцятки (*duodenum*) сок з ферментами і розкладає там жир, білковину та вуглеводи поживи. Внутрішній же секрет підшлункової залози впливає як гормон на виміну цукру в печінці, і коли цього ферменту забракне, то повстae в організмі стан, подібний до того, що буває при цукровій хоробі. Це в 1889 р. показали експериментально Mehring та Minkowski, що пси починають виділювати в сечі цукор, коли вирізати їм *pancreas*; при тім появляються й інші симптоми діабету: побільшується цукор в крові, появляються ацетонові тіла в сечі, зникає глікоген у печінці. Коли залишити в організмі маленький кусник підшлункової залози, то цукрова хороба не наступає. Це відкриття створило підстави для вчення про внутрішню секрецію і побудило багато людей до експериментальних та клінічних студій над цим питанням.

Де повстae однаке внутрішній гормон підшлункової залози?

Як знаємо, в підшлунковій залозі находяться крім звичайних залозних клітин, ще громадки клітин інших, часами оточених злучною тканиною, які називаються островами Langenhan'a. Загально думають, що обидва роди клітин різняться не тільки морфологично, але й функціонально. Звичайні за-

лозні клітини видінюють сок, який дістается крізь Вірсунгій проток до дванадцятки, а острови Langenhans'a втворюють гормон, що впливає на виміну цукру, і віддають його відразу кров'юм жилам, які, так густо розгалужені, просікають ті острови. Тому що при діябеті знаходимо заник, склерозу і переродження цих островів, набула ця теорія про відмежовання функцій ще більшого значення, і відкриття інсууліну вповні підтвердило. Відкрити інсуулін змогли канадські автори тільки тому, що при своїх працях мали все на увазі ці дві окремі функції підшлункової залози. Справді, вже давніше робили спроби витворити з підшлункової залози екстракт, який би містив в собі гормон. Таких препаратів появлялось багато на ринку, однак всі вони не змогли утриматись. Це завдяки тому, що вони не були чисті та мали в собі також ферменти, які нищили гормон.

Обидва канадські дослідники, стараючись винайти внутрішньо-секреторний принцип підшлункової залози, вийшли з того погляду, що тільки острови Langenhans'a продукують гормон, інші-ж частини залози можуть тільки шкідливо діяти при його витворенні. Вже давніше було відомо з експериментів на тваринах, що коли підвязати *ductus pancreaticus*, то зникають тільки властиві залозні клітини, острови ж Langenhans'a залишаються незмінені. Особливу функцію цих островів підтверджував той факт, що після підвязання *ductus pancreaticus* в сечі не знаходили цукру, коли-ж знищити цілковито острови Langenhans'a, то цукор появиться. Banting i Best почали свою працю з того, що підвязували *ductus pancreaticus*, і коли по кількох тижнях зникала залоза, а залишались тільки острови Langenhans'a, тоді робили вони з них рештки екстракт; цей екстракт впорскували інтратенозно тваринам, яким перед тим вирізували рапсес, і зауважали дуже добрий вплив його на об'язи тяжкого діабету, який доставали ті тварини. Так, одержавши певні висліді, почали вони робити препарати і в інший спосіб. Знамо, що в підшлунковій залозі телячих ембріонів острови функціонують вже тоді, коли ціла залоза не виділяє ще інших ферментів, вони розпочали творити екстракт із телячих органів, які діставали зі звичайних різниць. Загальна процедура приготування інсууліну така: із свіжої підшлункової залози робиться при помочі алькоголю екстракт, до якого попадає гормон, розпушкаючись там; більша-ж частина білковини залишається нерозпущенна. Потім екстракт очищається етером від ліпоїдних субстанцій, так що всякі шкідливі продукти, які-б могли осів-

блити силу гормону, зникають, а залишається інсулін. Цей спосіб здобування гормону на багатьох фабриках тепер змодифіковано, однак всюди користуються звичайними біохемичними засобами.

Інсулін не є зовсім чистою субстанцією, яку можна зарахувати до якоїсь певної хемичної групи; він справді дає звичайні білковинні реакції, але це може походити і від субстанцій, які при ньому знаходяться. Щось певного про його хемічну натуру ще не можна сказати. Такі ферменти, як трипептін та пепсін, діляють на нього вбійчо, і через те не можна його давати хорому через уста.

Відкриття інсуліну зовсім не закінчило справу дослідження гормону підшлункової залози. Ще може багато часу узлине, поки вдасться пізнати конституцію інсуліну та створити його синтетично, як це вдалось зробити з іншим гормоном -адреналіном. Ця невиясненість його хемічної натури примушує при провіренні сили інсуліну вживати тільки біологичного шляху, як це робиться з іншими субстанціями, яких конституції ми не знаємо.

Banting і Best впорекували інсулін тваринам, що мали діябет після вирівнання підшилункової залози; вони зауважили, що цукор крови понизився. Але не тільки в хорі організму це настає, і в нормальній тварині інсулін знижує цукор крові: з 0,4% на половину. На цьому явищі побудовано біологичну методу провірення сили препарату. Однинцею явлюється третя частина кількості інсуліну, яка у крілика, що важить 2 кг. та нічого не єсть 2/4 години, знижує цукор крові на 0,045% на протязі 4-х годин. Ця «одиниця крілика» оказалася для клінічного лікування за великою і через те створено клінічну одиницю, яка являється $\frac{1}{3}$ частиною одиниці крілика. Велике зменшення цукру, яке повстae під впливом інсуліну, викликує у тварини тяжкі об'яви: дрожання м'язів, затемнення свідомості, легкі корчі і зникання рефлексів. Коли такій тварині дати цукру, то ці об'яви зникають. Також адреналін протиділає інсулінові, і це підтверджує новою думкою, що між панкреасом та надниркою існує антагонізм.

Але інсулін має не тільки теоретичне значення, його винахід дозволив поборювати цукрову хоробу на тому місці, де вона повстae. Обидва винахідники, як тільки випробували свій препарат на тваринах, зараз почали давати його діабетикам і скоро переконались, що так і на тварин, так само і на людину інсулін впливає надзвичайно добре, знижуючи висоту цукру в кро-

ві і зменшуючи виділювання цукру в сечі. Препарат цей розючали вживати по кліниках, головно в Америці, і тепер, по $1\frac{1}{2}$ роках обсервації на кількох сотнях хорих, зібрана література дозволяє зробити деякі практичні висновки в питанні, які саме хорі надаються для лікування цим препаратом. По думці клініцистів для негайногого лікування надаються прекоматозні або коматозні випадки діабету, важко хорі діабетики у важкім стані відживлені, хорі, які мають піддаватись хірургичній операції, хорі, яких діабет скомплікований з туберкульозою або іншими інфекційними хоробами. Надзвичайно добре висліди можна бачити у хорих молодого віку, для яких прогноза хороби, як відомо, дуже поважна. *Indicatio vitalis* для інсулінової терапії представляють важкі коматозні випадки, при яких вживається інсулін інтратравенозно в протищенні до звичайного підшкірного засобу лікування. Контріндикацією в лікуванні інсуліном виявляються тільки ниркові форми діабету, при яких цукор крові не є підвищений і не змінюється аномально під впливом ріжнородної поживи. Загальної схеми для лікування діабету нема. Як при дієтичній терапії, так і при дозуванні інсуліну треба поступати індівидуально. Як що виміна матерії порушена більше, то треба й більші дози інсуліну давати хорому. Найбільші дози даються при *soma diabeticum*, де на протязі 24 годин дается під шкіру кількасот одиниць, або по 100 й більше одиниць одразу інтенсивно. *Sahli* подає слідуючий спосіб дозування для ацідових випадків: він дає на початку одну одиницю 2—3 рази в день і побільшу кожний або що третій день ту одиницю в 2—3 рази. *Yoslin* в першу дозу дає одну одиницю, в другу — дві одиниці, в третю — три і доходить до 5 одиниць. Три рази п'ять одиниць в день при відповідній поживі вистарчають зовсім. *Staub* радить хорому, який при певній поживі виділяє 20 gr. цукру на протязі 24 годин, давати в першу дозу п'ять одиниць, при чому розділити їх на два рази і давати перед їжою. Даліші дози треба призначати відповідно до наслідку першої дози і відповідно до кількості вуглеводів у поживі; при тім треба враховувати, що одна одиниця інсуліну повинна відповідати 3—4 gr. цукру. Коли діабетичні об'ядви зникнуть, то в легких випадках можна перестати давати інсулін, в тяжких — треба ще довго продовжувати.

При лікуванні інсуліном треба боятися одної тільки небезпеки, а власне — так зв. «гіпоглікемичного комплексу об'ядвів». Коли дати за велику дозу інсуліну, то повстають об'ядви мізкового подражнення. В експерименті наступає після моторичного под-

ражнення коматичний стадій, в кінці — смерть. Важкість цих об'явів йде менше-більше паралельно зі степенем гіпоглікемії, і, додавши хорому цукру, можна ці об'яви усунути. Винахідці інсууліну назвали ці об'яви «гіпоглікемичний комплекс об'явів». Деякі автори кажуть, що сама гіпоглікемія не винсює цей комплекс; тут мусить відогравати ще важливу роль нервові чинники. Цей гіпоглікемичний стадій, як вже зазначено, являється найбільше небезпечним при лікуванні, і через те потрібно знати добре перші об'яви затруйння. Fletcher і Campbell описали найкраще цей гіпоглікемичний комплекс у людини: через 9—12 годин по ін'екції виступають перші об'яви, а саме, почуття страху та дрожання, часами почуття голоду й ослаблення. Ці перші об'яви наступають при висоті цукру в крові від 0,07% до 0,08%. Коли цукор зменшується далі до 0,05%—0,07%, то людина починає потіти, стає бліда, при чому підвищується частість пульсу. У дітей прискорений пульс може бути одиночним об'ивом гіпоглікемії. Потім настає порушення координації ніг та рук, заворот голови та подвійне бачення. Коли цукор зменшується ще далі, то настає велике подражання, сензорична та моторична афазія, delirium, в кінці безсвідомість та колапс. Усунути цей гіпоглікемичний комплекс об'явів можна при помочі цукру. При початкових об'ивах вистарчить дати напітись хорому цукрової води, сиропу, або помаранчового соку. Коли об'яви затруйння бувають важкі, то треба дати під шкіру 5% виноградного цукру, або 10% інtravenозно. В дуже важких випадках помагають підшкірні виорсування 0,5—1 mg. адреналіну.

В кінці кілька слів про теорію гормону в звіязку з діябетом. Виноградний цукор, який при діябеті переповнює наше тіло, повстae нормально при обміні матерії і являється можливо однією з прямим джерелом сили наших м'язів. Теорії діябету кажуть, що цукор є в тілі за-багато тому, що його повстae за-багато, або за-мало зуживается. Як відомо, печінка являється найважливішим місцем, де твориться цукор, м'язи-ж представляють собою найважливіший орган, де цукор споживається. Автори, які заступають першу теорію, кажуть, що гормон підшлункової залози ділає на печінку в той спосіб, що стримує там за-великий витвір цукру; прихильники другої теорії вважають, що він збільшує споживання цукру в м'язах. В останні роки повстало ще третя теорія, яка старається погодити ці протилежності. Виноградний цукор кружить в крові організму в певній хемічній формі. Щоб він міг нагромадитись як глікоген в печінці або

в м'язах, а також, щоб його в м'язах можна було вжити для іншої форми енергії, потрібно, щоб він хемично перетворився в іншу форму. Та хемична перетворення тісно відповідає з гормоном підшлункової залози. Коли його нема, то захітується рівновага між виноградним цукром та його перетворювальними формами, і цукор виступає тоді в збільшенні кількості. Ця теорія не може однакове вияснити як повстають при діяльності ацетонові тіла. Згадати ще можна про теорію італійського дослідника Lombroso, який каже, що рапседає продуктує також гормон для вимініння жирів. Коли його забракне, то жирові кислоти не спалюються до кінця і це спричиняє появу ацетону, ацето-фталової кислоти і т. д. На жаль, всі ці теорії ще не мають під собою твердого ґрунту, і можна сподіватись, що відкриття інсулулу відкриє на вияснення цих цікавих питань.

Література.

- 1) Banting, Best: Canadian med. assoc. 1922.
- 2) Banting, Campbell, Fletcher: Journ. of metabolic researches. 2. 1922.
- 3) Grafe: Dtsch. med. Wochenschr. S. 1141. 1923.
- 4) Voslin: Journ. of Amer. med. assoc. 80, 1923.
- 5) Blum, Schwab: Presse médicale, 58. 1923.
- 6) Lauritzen: Klin. Wochenschr. 33, 1923.
- 7) Minkowski: Dtsch. med. Wochenschr. S. 1107. 1923.
- 8) Nobl, Macleod: Amer. Journ. of physiol. 64, 1923.
- 9) Sahli: Schweiz. med. Wochenschr. 53, 1923.
- 10) Staub: Klinische Wochenschr. 2—3, 1924.

Досліди Штайнаха і т. зв. пубертальна залоза*). (Огляд).

До подій, які в останні роки викликали надзвичайний інтерес у природничо-лікарському світі, а широкій публіці дали не мало сенсацій, належать досліди Штайнаха та його теорія відмолодження.

Звичайно в таких випадках наукових новин, спеціально в науці лікарській, тяжко не фаховцеві і трохи остеронь стоячому з'орієнтуватися, скільки в даному досліді чи відкритті наукової правди, а скільки перебільшених і передчасних висновків та реклами. Як то часто буває з новими здобутками у природознавчій науці, практика не все йде в парі з теорією, іноді наперед вибігає, щоб з нею може колись і зійтись, а іноді й назавжди розходиться.

Згори треба сказати, що з практично-клінічного боку досліди Штайнаха про відмолодження, хоча й безперечно виказують деякі успіхи, все-ж ще так молоді й незначні, що більшого інтересу в практичному розумінні не представляють. За те шлях, яким пробував Штайнах дійти до розвязання питання про відмолодження, виказав велике багацтво нових експериментальних здобутків.

Історія питання про відмолодження в розумінні Штайнаха тісно звязана з питанням внутрішньої секреції полівих залоз взагалі, яке підніс першим Brown-Séquard. Ще в 1869 р. проголосив він думку про те, що душевна й тілесна свіжість залежить від функції *testis* і *ovarii*. Однак досвід, зроблений Brown-Séquard-ом на собі самому шляхом підшкірних ін'екцій водяного екстракту зі шматочків *testis* собаки та морської свинки, дав, загально беручи, негативний вислід. Після короткотриваючого піднесення фізичних сил та деякого душевного відсвіження наступила та-ж сама давня старечча кволість. Зовсім аналогично заінтересованню тодішнім досвідом Brown-Séquard-а збудився още в останні роки інтерес і до публікації Штайнаха про його теорію відмолодження. І так як тоді, так і тепер, в першу чергу в Америці з'явилось чимало практичних спроб для вияснення й розроблення питан-

*). Короткий аміст докладів, де були зроблені д-рами К. Воснідкою та І. Ортинським у засіданнях «Спілки українських лікарів в ЧСР.»

ня про відмолодження. Таким чином досліди Brown Séquard-а, які стали початком учнення про внутрішню секрецію взагалі, треба вважати першими спробами вчення про відмолодження. Правда, і в старинній історії зустрічаємося з думкою про можливість відмолодити старий організм при помочі трансфузації крові з молодого індівідууму до старіючого, але ці спроби не мають значення для проблеми відмолодження в його теперішньому вигляді.

Питанням впливу полової залози на організм занимаються від довшого часу Ancel i Bouin. Вони перші висказали думку, що внутрішня секреція полової залози звідана з функцією т.зв. міжклітин*) (interstitium), а не залежить від властивості паренхими залози. Ця думка стала основою цілої теоретичної сторінки дослідів Штайнаха і його віденської школи. Ancel i Bouin переводили вазектомію у свірят, а вислідки цих спроб пояснювали, лише в розумінні своєї теорії про внутрішню секрецію, діланням т.зв. glandula interstitialis. В 1895 році переводив англійський дослідник Griffiths лігатуру duct. deferent. у собак та бачив у них після цього тільки збільшення сексуальних функцій (libido). Однак і ці функції з часом слабли. З гістологичного боку не знаходив цей автор ніяких особливих змін. В 1914 році Harms та інші дослідники ще до Штайнаха переводили трансплантацію testis з молодого морчака на старого і бачили аналогічні ефекти. В 1900 р. Schultz занимався трансплантацією яєчників на самців з таким успіхом, що транспланти приймалися, і ще чотири місяці після цього знаходилися в цих яєчниках дозріваючі фолікули. Подібно і Berthold переводив трансплантацію на півнях: по перенесенні testis на кастрованого півня у цього не приходило до об'явів кастрації.

Коротко кажучи, було чимало попередників до Штайнаха в його незвичайно цікавих дослідах. Багато спостережень і думок, які Штайнах обробляв, було висказано ще й до нього, і хоч критика це пригадує та навіть і з деяким докором замічає, що Штайнах, публікуючи свої праці, не згадує здебільшого про своїх попередників, то все-ж треба признати, що Штайнах найбільше

*) Leydig 1850 року описав перший т.зв. міжклітинні елементи в стромі testis. Він звернув увагу на присутність характеристичних клітинних елементів в interstitium testis. Від того часу ці клітини зустрічаються клітинами Leydig-а або інтерстиціальними клітинами, або міжклітинами. Лежать вони гуртками в сусідстві жил в злучно-тканевій стромі і по способу походження являються деріватами мезодерми, подібно як і генеративна частина testis (tubuli seminiferi). Їх взаємовідношення відповідає, по порівнянню Kohn-а, приблизно відношенню глії до первинних елементів.

з усіх присвітив уваги цим питанням. Наукові праці цього дослідника, включно до останньої про «Experimentelle Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse», це послідовне будування вчення про дві анатомично-фізіологічні частини полової залози: генеративну і гормональну. Цю останню Штайнах називає пубертальною залозою (Pubertätsdrüse) і, на основі дослідів своїх і своєї школи, приписує їй специфічне значення.

Першу свою працю оголосив Штайнах в 1910 році: «Про половий гін та секундарні полові ознаки як наслідок інкреторної функції полової залози». Це були вислідки перших дослідів з трансплантацією полових залоз, які Штайнах від ряду літ переводив. Від того часу вийшло чимало праць Штайнаха та його співробітників Holzknecht'a і Lipschütz'a. Остання-ж праця Штайнаха з 1920 року про можливість певного відмолодження шляхом впливу на т. зв. пубертальну залозу, являється властиво реаюме експериментальних результатів та теоретичних обґрунтовань його теорії про відмолодження.

Свої експерименти Штайнах робив майже виключно на щурах протягом майже 20 років. Результати цих дослідів його коротко такі. У ссавців полове доарівання та сексуальний розвій залежать від біохемичного ділення гормонів, продукованих інкреторними частинами полової залози. Як жіночі, так і мужеські гормони являються полово-спеціфічними в одному напрямі. Коли перенесено жіночу гонаду (полову залозу) на кастрованого мужеського індівідуума, то у нього появляються жіночі прикмети (фемінізація) і навпаки — перенесення мужеської гонади на кастрованого жіночого осібника викликує у цього появу мужеських прикмет (маскулінізація). Прикмети ці не тільки фізичні, але й психічні. Гормони полових залоз не тільки спеціфічні для кожного полу, але вони у взаємному відношенні до себе являються антагоністами. Їх ділення не лише спричиняє розвій полових ознак, але також здержує розвій полових ознак другого полу. Коли-ж в одному й тому самому організмі ділають одночасно обидві залози, то як вислід їх антагонізму одержується індівідуум гермафрідитний або інтерсексуальний. Штайнах старався довести це експериментами: він переносив на кастрованого індівідуума обидві гонади рівночасно. Коли трансплантація принялася, то індівідуум цей представляв собою щось середнє між жіночим і мужеским. Таким чином Штайнах пояснює т. зв. природній або спонтанний гермафрідитизм присутністю неадиференціованої (інтерсексуальної) половової залози, в якій заступлені інкреторні елементи обох полів. Від степеню активності складових частин такої

інтерсексуальної полової залози залежить степень і форма гермофродитизму.

Хоча Штайнах підpirає цю свою теорію гістологичними дослідами, все-ж над цим питанням і досі, як показує гаряча критика, ще не сказане останнє слово.

Принявши думку Ansel-a і Bouin-a про існування т.зв. *glandula interstitialis*, Штайнах вводить для неї назву «пубертальна залоза». Він переконаний, що інкремторна функція обох гонад (*testis i ovarium*) припадає виключно міжклітинам та зовсім не залежить від генеративної частини полових залоз. Згідно з цим Штайнах висловлює думку, що мужчина гомосексуальний має в своєму *testis* інтерестіціальну залозу, яка не складається з властивих Лейдігових міжклітин, але з клітин, які він звів *F-Zellen* (*F-клітини*) та вважає за жіночі міжклітини (жіночу пубертальну залозу). Дотичні гістологичні образи були пояснені критикою (Stieve) в той спосіб, що тут розходилося про атрофію *testis* з міжклітинами Лейдіга, себ-то про звичайну картину при атрофії *testis*.

Даліші експериментальні досліди Штайнаха йшли в тому напрямі, щоб пізнати гормональну функцію гонади на протязі індівідуального життя осібника. Реазультати цих дослідів такі. У молодого осібника полові ознаки мають інфантільний, нерозвинений характер. З половим дозріванням приходить до могутнього розвою полових залоз, а після їх появі виразних полових ознак. Коли ж осібник каструються завчасно в молодому віці, то такий ранній кастрат (*Frühkastrat*) не має розвинених полових ознак. Коли ж йому не дамо вирости як кастратові, а перенесемо на нього гонаду з другого осібника, то у нього не тільки появляються характеристичні полові ознаки, але їх вони розвинуться могутніше ніж у нормальног осібника, і повстане т.зв. гіпермаскулінізація. (Треба зауважити, що трансплантовані оварії ліпше приймаються ніж *testis*). Штайнах думає, що в так перенесеному *testis* настає буйний розріст міжклітин, і якраз цю буйно розрослу «пубертальну залозу» він вважає за причину цього, так сказали-б, гіпертрофічного розвою полових ознак (*isolierte Pubertätsdrüse*). Ріжниця між нормальним і гіпермаскулінізованим самцем проявляється головно у вигляді *prostata*, *vesica semin.*, согрога *cavernosa*, а у самиць у вигляді *uterus* і *mamma*, в обох же полів спільно — в їхній психічній конституції. У самиць Штайнах переводив гіперфемінізацію шляхом насвітлювання проміннями Рентгена і прийшов

до тої-ж думки, що причиною гіперфемінізації є буйний розріст міжклітинних елементів оварія. В дальших дослідах Штайнах переконався, що між кількістю й активністю інкреторної тканини та між розвоєм полових ознак існує пряме пропорціональне відношення: коли перенесено було лише частину *testis*, то не прийшло до гіпермаскулінізації. І вже тоді збудилась у Штайнаха думка, що якраз від цього зменшення гормонального ділення можуть залежати об'язи старости. Слідом за цим Штайнах ставить собі питання, чи не можна через оживлення гормональної функції полової залози досягнути певної регенерації та відмолодження? Досвіди з трансплантаціями у пізніх кастратів дають Штайнахові підставу думати, що це є можливе. Випадок, яким у чоловіка, кастрованого через недугу *testis*, удалось було усунути наслідки кастрації шляхом трансплантації нового *testis*, винятого у крипторхіа*) (яких *testis*, по думці Штайнаха, мають буйну міжклітинну залозу), скріплює Штайнаха в його смілій думці. Реакуючи це все, Штайнах у своїй праці рекомендує для проведення певної ренегерації та «відмолодження» у ранніх старих жіночого полу т. зв. автопластичну методу поборювання старості шляхом підв'язання *vasis deferentis*. Метою цієї операції має бути осiąгнення буйного розросту міжклітинної субстанції. Коли-ж для цього мається придатний свіжий матеріал, то шляхом гомойотрансплантації.

Для жіночого-ж полу Штайнах пропонує або гомойотрансплантацію молодої оваріальній субстанції, або насвітлювання проміннями Рентгена, яке по думці Штайнаха і Гольцкнехта має наслідком атрофію генеративних частин оварія та буйний розріст міжклітинних елементів. Гольцкнехт сповіщає про такі свої спостереження: у жінок, яких йому приходилось з-за яких небудь гінекологичних занедужань насвітлювати рентгенівськими проміннями, не тільки не осiąгнено кастрації, але осiąгнено виразне відмоложення**). Штайнах і Камерер робили досліди над впливом високої температури на повову залозу і знайшли, що, подібно як під впливом промінів Рентгена, генеративна ча-

*) Testes крипторхів мають атрофичну паренхіму (т. зв. *Druckatrophie*), але їх міжклітини заховані в нормальному виді. Прихильники вчення про пубертальну залозу якраз цим пояснюють собі факт, чому у крипторхів, не диплічнись на атрофію *testis*, полові ознаки добре визначені.

**) Відносно спостережень в нагоді настрагії у жінок новіці досліди (головно з гінекологичної клініки в Кенігсберзі) кидають зовсім інше світло на ці пояснення спостережень Штайнаха, Гольцкнехта і Камерера. Про це треба говорити окремо.

стини оваріїв піддається атрофії, міжклітинна ж субстанція розвивається.

Поруч з працями та дослідами Штайнаха стоять не менше цікаві досліди друго віденського дослідника Тандлера та його співробітників — Гроса і Келера. Праця Тандлера-Гроса «Біологичні підстави секундарних полових ознак» займається аналізом наслідків кастрації у людини. Тандлер студіював вроджені форми евнухідів, а також російських скопіїв, які переважно являються ранніми кастратами. Тандлер описує у них гіпоплязію геніталного апарату, при чому penis викаує слабо розвинені согрона cavernosa, хоч согр. cavern. urethrae майже зовсім нормальні. Інші полові ознаки, які заріст обличчя, ріст волосся на mons Veneris також нерозвинені у мужеському напрямі, а лише знаходить слабий поріст, який пригадує більше тип жіночий. Гортанка подібна до великої дітчої гортанки, а голос хлопицький. На кістяку бачимо ріст відродж, епіфізи довго зістаються невамкненими, так що високий ріст кастрата є наслідком великої довжини кінчин. окрім цього ще надмірно розвинена жирова тканина, мала боріакова залоза і побільшена hypophysis. Із психічних прикмет: половий гін або зовсім не існує, або сильно зменшений.

Згадані автори перевели також свої досліди на оленях та кротах. У оленя по кастрації виростали роги, які треба вважати секундарною половою ознакою. Під діянням промінів Рентгена не було ніякої зміни в наростанні рогів. Гістологично знайдено Тандлером після цього у testis атрофію паренхими та розмноження міжклітин. Після відв'язання duct. deferentis ще довгий час по операції виростають роги, а образ гістологічний подібний як при дії промінів Рентгена. При дослідах на кротах Тандлер помічав, що розмноження міжклітин testis відповідає фазі саме перед найбільшою половою активністю цих звірят, в самий же час найживішого полового життя цього сильного розмноження міжклітин вже немає. Обидва згадані автори пояснюють це явище тим, що міжклітини приготовлюють тільки сперматогенезу. Висновки Тандлера-Гроса такі: testis складається з частини генеративної і частини інкремторної (гормональної). Головна функція останньої це вплив на витворення й удержання полових ознак, які Тандлер називає секундарними в протиставленні до властивої паренхими полової залози, що являється прімарною половою ознакою. Назву Штайнаха «пубертальна залоза» Тандлер відкидає.

Питання про пубертальну залозу, що являється теоретичною

базою для проблему відмолодження по Штайнаху, обробив Lipschütz у великій праці (*Die Pubertätsdrüse*). Його погляди сходяться з поглядами згаданих віденських дослідників і навіть він йде ще далі, признаючи за міжклітинною залозою вплив на розвій самої генеративної частини тонади, так що *tubuli contorti testis* і графові фолікули оварія являлися-б також свого роду секундарними половими ознаками. (Ansel і Bowin тверджать, що у синячого ембріона міжклітини повстають раніше ніж диференціяція полових клітин). Однак гіпотезу Lipschütz'a більшість дослідників досі не признала. В своїй згаданій праці Lipschütz висловлює думку, що назва «пубертальна залоза» не є влучною. Як думає Lipschütz, Штайнах тому її підобрал, що був переконаний, що під часового дозрівання і взагалі під час творення полових ознак залоза ця, сповнюючи свою функцію, побільшується. Однак відомо, що помноження міжклітин виступає виразно ще в другій половині внутріматочного життя. Так що коли й оправдувати назву «пубертальна залоза» по Штайнаху, то розуміти й треба так, що пубертальна залоза взагалі виконує функцію полової диференціації.

Треба признати, що результати численних дослідів, які Lipschütz зібрав і обробив, доказують по-нар усікий сумгів інтерпреторну (гормональну) функцію полової залози та її вплив на полові ознаки, особливо у бізичих хребетців. Однак рівночасно ми бачимо, що чим нижче в розвумінні філогенетичному ми сходимо, тим менше виразним і маркантичним являється гормональне діяння полових залоз. І так бачимо, що у витворенні полово-диференціованих індівідуумів приймає участь якийсь другий фактор, старший філогенетично ніж внутрішня секреція. Бо, напр., у метеликів ніяка кастрація, ні маскулінізація, ні фемінізація не змінюють полових ознак. Так що видно незалежність полових ознак від полових залоз. У інших же інсектів ця залежність існує, як це виказали досліди Giard-a про так зв. паразитарну кастрацію у деяких родів інсектів. У цих інсектів після їх кастрації певними паразитами зникають полові ознаки. Навіть у раків (виду *Ionas-hus*, на якому паразитує *Sacculina*) бувають явища паразитарної кастрації. Такий рак тратить полові ознаки самця, а прибирає ознаки самиці. Цей перехід в другий пол пояснює Biedl тим, що паразит каструючий є самицею (*Sacculina*), та що тут наступає фемінізація через полову залозу паразиту. Подібні ж дуже цікаві досліди на курках проводив Pezard. Згідно з експериментами Pezard-a і Goobale'я (на курках і качках) у кастрованих птиць появляються ознаки другого полу. У кастрованих курок і качок

виворюються ознаки, характеристичні для самців: пір'я качура та пір'я і остроги півня. Але у кастрованого півня остроги і пір'я не виникають.

Lipschütz пояснює, що ознаки ці треба вважати характеристичними не для полугу, а для виду, та що полові залози самчиків мають властивість впливати на ці ознаки antagonістично, між тим як у самців вони розвиваються.

Із цих двох прикладів ми бачимо, що вже у птиць не виникає гормонової залози такого специфічного впливу на полові ознаки, та що тут наче деякі ознаки виду стають тільки під впливом внутрішньої секреції ознаками полугу.

Відносно гермафрідитизму Lipschütz приймає, згідно з теорією про пубертальну залозу, що гермафрідитизм є наслідком аномалії пубертальної залози, яка має в собі рівночасно жіночі і мужські елементи, та що обидві частини ділають або рівночасно, або ступнєво.

Експериментальні результати та теоретичний і практичний висновки згаданих дослідників стали об'єктом гарячої критики з різних боків. І так, перш усього знялися з морфологичної точки погляду критикою самої пубертальної залози Kytle і Stieve. В головних рисах думки їх слідуючі: нічим не доказано, що інкремторна функція припадає якраз тільки міжклітинам, а не генеративній частині або цілій половій залозі. Навпаки, усе промовляє за те, що міжклітини мають тільки трофичну, нутрітивну функцію. Вони нагромаджують поживу для сперматогенетичних елементів або графових фолікулів. Факт розмноження міжклітин при збільшенні активності генеративної частини зовсім цьому не перечить, а навпаки. При кожному ушкодженні половій залозі атрофуються перш усього генеративні частини половій залози, без огляду на рід і спосіб похасе. Це можливе і під впливом промінів Рентгена і стагнації*) секрету при вазолігатурі та вазектомії, під впливом алкоголью, високої температури, токсинів і бацілів (як це для туберкульози доказав Kytle), під впливом механічних причин, як, напр., тиснення дооколичної тканини на полову залозу крипторха, та, нарешті, при старості. В усіх цих випадках буває значна атрофія генеративної частини. Та все майже остаються *v tubuli contorti testis* рештки клітин первісних індиферентних сперматогоніїв, а яких може прийти до регенерації клітин Sertoli та властивих сперматогоніїв.

*) Згідно з Simmonds, причиною занiku сперматогенезу є не сама стагнація секрету, а переривання первошіх доріг.

В цих випадках буває міжклітинна субстанція в ріжній мірі збільшена. Коли-ж генеративна частина дійсно зовсім залишиє, то й міжклітини перемінюються у клітини, подібні до азлучнотканевих. Подібні переміни бувають де-коли в оваріях в наслідок їх ушкодження. Обидва згадані автори вважають міжклітини елементами чисто азлучнотканевого походження, які через їх істинне відношення до кров'яних жил треба вважати чимсь подібним до періадвентіціальних клітин. Що до функції гормональної, то вона припадає на їх думку тільки генеративній частині, та якраз в часі полового дозрівання ця частина найбільш розвивається. Рівно-ж і у авірят в періоди половової активності збільшенні передусім генеративні елементи, а не міжклітини, що явлюються тільки свого роду додатковим елементом*). Stieve не погоджується з думкою, наче-б кастрати обох полів зближувались до асексуальної спільноти форми. Їх треба вважати патологічними формами одного чи другого полу. Через усунення половової залози вноситься дисгармонія не лише в апарат внутрішньої секреції полових залоз, але й взагалі у цілі систему інкремторних органів, а наслідком такого порушення тісного взаємовідношення цілого ряду являється патологічна форма кастрата.

Наша відмолодження по операції Штайнаха можна пояснити збільшеною резорпцією продуктів розпаду генеративної паренхими та, може, частинно її суттєвистим діленням, або паренхітичною регенерацією паренхими *testis* під час видужування після тяжких недуг і операцій (як це, напр., відомо головно після простатектомії у довголітніх простатиків).

Переходчи до результатів після операції Штайнаха (вазоіллатури), треба передовсім замітити, що ще перед 25 роками вхідурги вживали подібний оперативний метод, себ-то вазектомію, головно при гіпертрофії простати. В останній час віджила даний думка, і Haberger вживав вазектомію, а не простатектомію, бо часто вже після вазектомії загальний стан простатиків виразно поліпшується, і таким чином можна не раз обйтися без більшої

*) З цим наскрізь негативний голосом відносно функцій міжклітин не погоджується Romeis. Він каже, що мабуть міжклітини мають резорптивне завдання в напрямі центропетальному, себ-то до обігу крові, і мабуть еріdydimis має в нормальніх підносилах таку-ж функцію резорпції розпавших продуктів паренхими *testis*. Тому в старості, коли еріdydimis не може виконати збільшеної праці, міжклітини, які цю функцію реворпції виконують, гіпертрофуються. Так і після лігатури по Штайнаху відділення від *testis* еріdydimis і природний розпад паренхими, через збільшення функцій, викликають гіпертрофію міжклітин.

і часто небезпечної операції, якою є простатектомія. Васильєв пояснює ці успіхи тим, що по перерізанні нервових волокон при вазектомії знижується тонус sphincter'a vesicae, а звідсіль улегшення при віddаванні мочі та поліпшення загального стану організму простатика. В зв'язку з цим, як каже Блюм, поліпшується самопочуття і цілий стан таких хорих, так що в результаті вони й відмолоджуються.

Що торкається самої вазолігатури, як операції з метою відмолодження, а може й продовження життя, то треба запасити, що після великого захоплення і безекрітичного відношення в останній час запанував скептицизм. З одного боку мається хоч і невеличка кількість наче-б то дуже вдалих результатів, головно випадків, оперованих Ліхтенштерном у Відні під доглядом самого Штайнаха*) та біля 20 випадків з пересічно добрими результатами, оперованих Peter Schmidt-ом у Берліні, з другого ж боку — чимало безрезультатних операцій, а то й кілька (3) нещасливих випадків після операції.

Описуючи трьох по Штайнаху оперованих Ліхтенштерном старих (з них один тільки пристаркуватий), Штайнах ось як має клінічні переміни після вазолігатури. При нагоді ріжких операцій в околиці пахвин, виконано у трьох старих вазолігатуру, про котру вони нічого не знали (для виключення суггестивних ділань). У всіх трьох, на протязі двох місяців, піднявся баланс вимірю матерії при однаковому харчуванні. Вага тіла незважаючи піднеслася (у одного аж до 12 кілограм.), зморшки обличчя почали зникати, сила м'язів взагалі, а серцевого м'язу з'окрема, збільшилася, незвичайно скорій ріст нігтів і волосся впадає в очі, і взагалі ознаки суб'єктивної старечості почали зникати. Давно затихший полівий гін почав будитись, а психічна кволість настільки зникла, що згадані люди були в силі взятись за давню свою працю. Навіть щеали симптоми з боку кровоносної системи, як задуха і артеріосклеротичні болі ніг та ознаки стено кардії (в одному випадку).

До випадків, які нещасливо пройшли після операції, належить відомий випадок, оголошений Менделем у Товаристві неврологів і психіатрів у Берліні. Після вазолігатури з'явилася гостра форма

*) Одному з авторів цього реферату довелося бачити двох чоловіків старшого віку, оперованих по Штайнаху. На підставі фотографій, зроблених перед операцією, можна було спрощі помітити відмолодження (спікість загального вигляду, тургор шкіри, поріст волосся). Обидва оперовані дуже добре почували себе. Ці два випадки продемонстровані в 1921 р. у Т-ві неврологів у Відні.

психози (*dementia praecox*) та скора смерть у 60-літнього пацієнта. Також Hart подає точний протокол з обдукції одного помершого після вазолігатури, робленої P. Schmidt-ом. В тому-ж протоколі Hart визначає, що гістологичне розслідування не промовляє в користь теорії про т.зв. пуберталну залозу.

Про практичний та кліничний бік успіхів після операції Штайнаха це тяжко зараз щось інвного сказати, вже хоч-би тому, що за-мало ще є операційних випадків, і тяжко контролювати їх стан. Крім того, поодинокі автори здержуються і не оголошують своїх результатів, бо проблема відмолодження по Штайнаху, як-не-як, найбільше через невмістну рекламу, є здискредитований. Але про теоретичний бік треба подати кілька голосів критики.

Окрім вищеагаданого голосу Kyrle i Stieve, є ще й інші критичні зауваження. Harms каже, що йому довелося не раз вже бачити природний поворот сил у щурів, в яких вже були виразні ознаки старості. Romeis бачив подібні об'яви після трансцилінтації кавалочків свіжої печінки на старому щурі. У того щура виросла нова шерсть, прибула вага і він почав краще їсти. Romeis переконаний, що велика частина проявів так званого відмолодження пояснюється реворшиєю неспеціфічних розпадних продуктів трансплантату. В користь думки Штайнаха про можливість відмолодження висловлюється Růžička. На підставі поняття про так звану *plasmahysteresis*, себ-то згущення плазми, старається він доказати біологичною методою, що в старості збільшується гістереза плазми, а це утруднює переміну матерії плазми. Він переводив реакції в плазмою операційних по Штайнаху щурів та дійшов до результату, що у цих операційних звірят дисіміляція в плазмі багато живіща ніж у неопераційних, себ-то гістереза плазми менша. Тут насувається питання, чи можна збільшення дисіміляційних процесів в плазмі уважати за відмолодження організму. Молодий організм відзначається живішою переміною матерії, живішою дисіміляцією, але нема сумніву, що в молодому організмі перевагу має асиміляція, чого доказом є факт, що молодий організм росте. Збільшення переміни матерії (Loewy i Zondek) нічого ще не доказує, бо, напр., при т.зв. *hyperthyreoidismus* виміна матерії, а головно дисіміляція, незвичайно живі, а все-ж таки ніякого відмолодження немає. Вазолігатура, яка ірітує полову систему, спричинює певну живішу виміну матерії і кладе великі завдання для вдергання рівноваги в організмі на старечі органи відживлювання. Коли-ж вони цим домаганням не можуть, як звичайно буває, відповісти, то й настає знову давній, інколи

ї ще скоріший, занепад сил. З приводу операції по Штайнаху роблено ще закид, що мовляв це є втручання до організму *praeter et contra naturam*. Але й кожний оперативний метод лікування йде до певної міри *praeter naturam*, тому тоді забороняти такі операції, як цього домагались крайні голоси негативної критики. Доки не буде доказана яка небудь сучасльна шкідливість цих операцій, домагання їх заборони не можна умотивувати. А практична оцінка успіхів тяжка ще й тому, що ніколи не можна сказати, як довго дана людина, оперована по Штайнаху, живла би без тієї операції.

Мало чи на увагі долю колишніх дослідів Brown-Séquard'a, не хочеться бути злим пророком при оцінці цікавих дослідів Штайнаха. Треба признати велику заслугу Штайнаха в тому, що він своїми, часто й надто однобічними поглядами, знову збудив живий інтерес до дуже важливої царини—дослідженнямового життя. Вияснення проблем, порушених працями Штайнаха, можна очікувати тільки від дальших студій біології, порівнюючої фізіології та розвоювої механіки.

Література.

(подано тільки важливі твори.)

- 1) Ancel-Bouin. La glande interstitielle du testicule. Compt. rend. Soc. Biol. 56. 1904.— Тих же авторів численні праці в річниках 1903, 1904, 1908. Compt. rend. Soc. Biol.
- 2) Aschner. Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes. Wiesbaden 1918.— 3) Berthold. Transplantation der Hoden. Arch. f. Anatomie und Physiologie 1849.— 4) Biedl. Innere Sekretion 1916.— 6) Giard. Comment la castration agit-elle sur les caractères sexuels secondaires. Comp. rend. Soc. Biol. 56. 1904.— 7) Griffiths. Journal of Anat. and Physiol. 28.— 8) Haberer. Medizinische Klinik 1921. 14.— 9) Hansemann. Über die sogenannten Zwischenzellen des Hodens. Virch. Arch. 142. 1895.— 10) Hansentann. Über Leydig-sche Zwischenzellen. Archiv f. Entwick. Mech. der Organismen 1912. Bd. 34.— 11) Harms. Experimentelle Untersuchungen über innere Sekretion der Keimdrüsen. Jena 1914.— 12) Harms. Über Versuche zur Verlängerung des Lebens und zur Wiedererweckung der Potenz. Zool. Anzeiger 51. 1920.— 13) Hart. Medizinische Klinik. 1922. 25—27.— 14) Kohn. Generationsorgane—in Jauregg-Bayer. Lehrbuch der Organotherapie.— 15) Kolmer. Medizinische Klinik. 1922. № 31.— 16) Kyrle. Über Entwicklungsstörungen der männlichen Keimdrüsen im Jugendalter. Ztbl. f. allg. Path. u. path. Anatomie 24. 1913.— 17) Kyrle. Über Hodenunterentwicklung im Kindesalter. Beiträge f. path. Anatomie und allgem. Pathologie 1915. B. 60. 18) Kyrle-

Über Hypoplasie der Hoden. Wiener klin. Wochschrift 1920.—19) Kyrle-Schöpper. Einfluss des Alkohols auf Leber und Hoden des Kaninchens. — 20) Landau. Über Vasektomie als Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie. Klin. Wochschrift. 1923. H. 6.—21) Leydig. Zur Anatomie der männlichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. wiss. Zoologie 2. 1850.—22) Leupold. Cholesterinstoffwechsel und Spermatogenese. Ziegls. Beitr. 69. 1921.—24) Marschall. Proc. Phys. soc. 1906.—23) Lipschütz. Pubertätsdrüse. 1919.—25) Marshall. Quart. Journ. of exper. Physiol. 1. 1908.—26) Nissen. Sexualpathologische Fragen im Lichte der Parabioseforschung. Ztblatt f. Gynäkologie B. 47. 1923.—27) Payr. Über die Steinachsche Verjüngungsoperation. Zntrblatt f. Chir. B. 47. 1920.—28) Pezard. Compt. rend. Acad. Sciens. 166. 1915.—29) Romeis. Geschlechtszellen, Zwischenzellen. Klinische Wochenschrift 1922.—30) Rychlik. Čes. českých lékařů 1920.—31.) Růžička. Deutsche med. Wochschrift. 1922.—32) Schultz. Transplantation der Ovarien auf männliche Tiere. Ztbl. f. Path. 1900.—33) Schultz. Verpflanzung der Eierstocke. Arch. f. Entw. Mech. 1910. 29.—34.) Simmonds. Verhandl. d. deutsch. path. Ges. 1910. 14.—35) Smiths. Quart. Journ. of microsc. Scienc. 1912. 57.—36) Sternberg. Über Vorkommen und Bedeutung der Zwischenzellen. Ziegls. Beitr. 69. 1921. 37.—Steinach. Feminierung von Männchen und Maskulierung von Weibchen. Ztblt. für Phys. 1913. 27.—38) Steinach. Pubertätsdrüsen und Zwitterbildung. Arch. f. Entw. Mech. 42. 1917.—39) Steinach. Künstliche und natürliche Zwitterdrüsen. Arch. f. Entw. Mech. 46. 1920.—40) Steinach. Histologische Beschaffenheit der Keimdrüse bei homosexuellen Männern. Arch. f. Entw. Mech. 46. 1920.—41) Steinach. Verjüngung durch Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse. Berlin 1920.—42) Steinach-Holzknecht. Erhöhte Wirkungen der inneren Sekretion bei Hypertrophie der Pubertätsdrüsen. Arch. f. Entw. Mech. 42. 1917.—43) Steinach-Lichtenstern. Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen. Mönch. med. Woch. 1918.—44) Steinach-Kammerer. Klima und Mannbarkeit. Arch. f. Entw. Mech. 46. 1920.—45) Stieve. Entwicklung, Bau und Bedeutung der Keimdrüsenzwischenzellen. München 1921.—46) Tandler-Groß. Die biologischen Grundlagen der sek. Geschlechtscharaktere. Berlin 1913.—47) Tandler-Keller. Über den Einfluss der Kastration auf den Organismus IV. Arch. f. Entw. Mech. 31. 1910.—48) Woronoff. Deutsch med. Wochschrift. 1922.—49) Wegelin. Ziegls. Beitr. 69. 1921.

Бібліографичні замітки.

Соціальна гигієна.

A. GROTTJAHN. *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene.* Mit Beiträgen von C. Hamburger, R. Lewinsohn, A. Peyser, W. Salomon und G. Wolff. 3-е переробл. вид. Берлін. Юлій Шпрінгер. 1923. Стор. 536 + VIII. — Ціна 18 зол. мк., 4½ дол.

Перше видання цієї цінної книжки вийшло р. 1912, друге р. 1915. В новім виданні основні точки погляду автора залишилися ті самі. Розроблення матеріалу доповнено в окремих відділах спеціалістами, а саме: хороби кровообігу, дихання, органів травлення і хороби обміну матерії, також шістрик, жіночі хороби й акушерство — Р. Левінсоном, хороби немовлят і дитячі — В. Саломоном, хірургічні хороби — Г. Вольфом, очні — Ц. Гамбургером; вушні — А. Пейзером. Статистичні відомості доповнені досвідом війни, але в основі автор нористується статистичним матеріалом передвоєнного часу, вважаючи, що війна створила скрізь незвичайні відносини.

Виход нового видання праці Гrottjaha, одного з головних будівничих соціальної гигієни, як самостійної галузі знання, і першого ординарного професора цієї катедри на Берлінському університеті, треба безперечно припітати. Праця ця належить до небагатьох грунтовних праць по соціальній гигієні в світовій літературі, з'окрема є наїкращою працею по соціальній патології.

HENRY G. BRAINERD. *Eugenics from a physiologist's standpoint.* California state Journ. of med. v. 21, № 8. 1923.

Автор дуже широко бере межі тої частини населення, від котрої можна сподіватись нащадків з психічними дефектами. Так, він подає, що серед мобілізованих у Списучених Державах Америки під час світової війни 5.758.000 чоловік у віці 20—30 років знайдено було непридатними до служби 22%, в тім числі 82.000 чол. через психічні дефекти і 80.601 чол. туберкульозних. Всього рахується в Півн. Сполуч. Державах у віці 20—45 літ 1.312.000 осіб обох полів, у котрих можна очікувати нащадків з психічними дефектами (такими «небезпечними батьками») рахують також сифілітиків і туберкульозних).

В американських «закладах для виправлення» рахується 65% психично дефективних, у визначах 54%, серед проституток 30—80%. Автор указує, що шлюбні закони, які введені тепер в життя в 9 штатах, нічого незарті, бо вони не вимагають докладного медичного огляду, а це, на думку автора, є обов'язково потрібним для всіх, що мають одружитися. Всі особи, що через психічну недугу чи злочин підлягають державній опіці, мусять бути «стерілізовані». Психично дефективні емігранти не повинні виускатись. Такими способами, на думку автора, може бути охоронено американське суспільство від збільшення серед нього психично-дефективних осіб.

RUDOLF HAECKER. Studien über Sterblichkeit, Todesursachen u. Ernährung Münchener Säuglinge. (Arch. f. Hyg. Bd. 93, 1923).

З часу введення закону про державну допомогу породіллям 80—84% мюнхенських немовлят підпадають опікуванню. Смертність серед бувших під опікою в рр. 1915—1919 була в середньому 13,1%, під той час як серед дітей, що опікуванню не підлягали, смертність становила 19,5%, а в окремі роки підіймалася майже до 23%. З дітей, що були на опікуванню, біль 70% годувалося грудью, при чому у шлюбних немовлят середній період годування був 18 тижнів, у нешлюбних 10 тижнів. Приблизно половина матерей перестає годувати грудью після 12-го тижня, коли припиняється надача грошейової допомоги на годування.

Aubrun. La protection de la maternité en France. Les améliorations qu'elle comporte. (Ann. d'hyg. publ., Industr. et soc. v. I, № 9, 1923).

Загальна смертність у Франції в 1922 році — 19,7%, в Німеччині — 16,8%, в Америці — 11,5%. Смертність немовлят у Франції в 1922 р. — 21,5%.

В 1893 р. законом запровадено у Франції безоплатне лікування жінок при пологах. В червні 1913 р. введено т. зв. закон Strauss'a, який забезпечує охорону жінок перед пологами і після них. У 1919 р. цей закон доповнено премією за годування грудью. Автор дамагається: 1) урядженням більшої кількості притулків для вагітних, де останні могли би залишатися пікісісь час і після пологів з дітьми і 2) загального страхування материнства.

EMMETT WOLT. American pediatrics. (Journ. of Amer. med. assoc. v. 81, № 14, 1923).

Автор подає огляд розвитку педіатрії в Америці і зазначає, що ще 25 років тому в Америці властиво цілком не знали цієїгалузі медицини. За цю чверть століття педіатрія зробила великий поступ, що дало вже виразні практичні успіхи. Так, напр., в Нью-Йорку смертність серед дітей до 5 років була в рр. 1896—97 — 14%, в 1921—22 була 9,6%.

C. PIRQUET. Anthropometrische Untersuchungen an Schulkindern in Oesterreich. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 36, Heft 2—3, 1923).

На великому матеріалі дітей шкільного віку (74.171 хлопців, 74.098 дівчат) автор перевірив Wood'івські таблиці і знайшов підтвердження Wood'івського закону, що при однаковій висоті росту діти тим більше важать, чим вони старші.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PROPAGANDE D'HYGIÈNE SOCIALE. (Arch. Intern. de neurol. v. 2, № 3—4, 1923.)

Конгрес відбувся в травні минулого року в Парижі з участю делегатів від 28 націй, дамагався: 1) полової просвіти в народніх школах ще до пробудження у дітей полового інстинкту, 2) скасування регламентації проституції, 3) опікування половохорими без примінення до них примусових заходів і 4) заснування національних ліг для боротьби з половими недугами.

L. BIZARD. De la nécessité d'assainir les maisons de prostitution parisiennes (Ann. des maladies vénér. № 5, 1923).

Автор наводить дані, що в Парижі існує 31 т. зв. «maisons de tolérance» (публічних домів нижчого типу); в останні роки число цих домів вигаді замішується. Крім того існує 220 т. зв. «maisons de rendez-vous»; це число не зростає, бо нових домів не дозволяється відкривати, але за те зростає число жінок в них.

Deutsches Reich. Die Tätigkeit der Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten im Jahre 1922 (Veröff. d. Reichsgesundheitsamtes Jg 47, № 46, 1923).

Праця порадень для половохорих і число цих порадень все зростає в Німеччині. В 1922 р. було зареєстровано пораднями половохорих 77307 осіб (мужчин, жінок і дітей); з них 28% мужчин жонатих, 26% жінок замужніх. З попередніх років було під доглядом 426.164 хорих; таким чином, загальне число половохорих, що знаходилися в 1922 р. під доглядом порадень, було 203.474.

Загальна патологія та бактеріологія.

Інтернаціональна сироваточна конференція для досліду сифілісу (в Копенгагені від 19-XI до 3-XII 1923 р.)

Сироваточна діагностика сифілісу має велике значення як в нашій практичній боротьбі проти пошестей, так і в теоретичному дослідженні біологічних проблем. Нові методи, впроваджені в останній час Sachs-Georgy та Meinicke в цю область, примушують широкі кода серологів зупинитись над питанням, оскільки наші дотеперішні досвіди, зібрани на великім матеріалі по всіх країнах, дозволяють певне поліпшення чи упрощення старих методів, що вимагають великого досліду та знання. Для цієї цілі відбулась інтернаціональна конференція в Копенгагені при кінці 1923 р. Характер конференції був чисто діловий і ріжливий тим від інших. Учасники конференції мали виконати практично серодіагностичні методи на великім матеріалі крові і потім ті експериментальні вислідки мали дати підставу для устної дискусії. Розходилося тут про систематичне порівняння реакції Васермана з реакціями випаду. При надзвичайно добре з'організований Madsen'ом техніці праці, учасники могли виконати 550 кров'яних сироб на протязі 10 днів, при чому ті самі села могли використовуватися для кількох методів. Загальний результат цієї праці був той, що реакція Васермана в сифілітичних випадках давала найбільший відсоток позитивних вислідів, отже показалася найбільш чулою.

Методи лінпаду Sachs-Georgy, як рівно ж Meinicke, далеко простіші, показалися менш чулими. Однак іноді в деяких випадках сифілісу вони виключають позитивний результат тоді, коли реакція Васермана є негативною. Коли отож хочемо дістати найкращі результати, то мусимо комбінувати разом кілька методів.

M. Сисак.

E. Martini. Über den Stand der Malariaverbreitung in Deutschland. Klin. Wochenschrift I, 1924.

Автор констатує факт зникнення малярії в останніх десятиліттях в Німеччині, не дивлячись на присутність анофелес у всіх майже околицях Німеччини, і обговорює питання, які фактори потрібні для поширення малярії. Не досить самої присутності комара, тих комарів мусить бути певна велика кількість, інакше якої епідемія не наступає. Висота кількості залежить від температури краю: в холодніших околицях комарів мусить бути більше, ні теплих чистарчить їх менша кількість. Коли середня температура літа менше 16°, то малярія не наступає, хоч-би комарів було не знати нікагато. Але не тільки число комарів має значення, рівно-ж відзначає на вибух епідемії їх рід. Є роди, які більше або менше для інфекції здатні, далі одні роди, що живуть тільки поблизу людей, інші, «місантропи», що людей уникнувають. Худоба відтигає деякі роди комарів від людей, і в залежності від зміниливо-

ети стану худоби в певному краю — відповідно буде змінятися і стан комарів. Деякі з цих факторів дуже залежні від культурного розвитку країни. Аренований та регуляція рік, гигієнічні помешкання людей, велика кількість худоби, яка відтягає комарів від людини — це все фактори, які знищили малярію в Європі (на північ від Альп) і в північній Америці, під той час як у Росії та на Україні захід краю та зубожіння населення побільшили її в останніх роках до небувалих розмірів. Через те тільки там, де панує публичний порядок та добробут, можна чекати слід в цею хоробою боротись.

M. C.

Weil-Breindl. Untersuchungen über die experimentelle Fleckfieberinfektion und — Immunität. Zeitschr. f. Immunitätsforschung. Bd. 37, S. 441, 1923.

Морські свинки. Вірус плямистого тифу може завжди заразити морських свинок, коли дати його тваринам у відповідній кількості. Крілік піддається заразі менше. Коли зараза пробігає типово, вона залишає в морській свинці активний імунітет; абортисна або невидна інфекція може це саме зробити. У кріліка можна також викликати античу імунізацію. У сироватці таких тварин знаходиться охоронні субстанції. Імунна сироватка плямистого тифу продовжує інкубацію хороби та ослаблює або зовсім усуває гарячку. Така сироватка ділає інавіть тоді, коли дати її під час інкубації, коли ж дати під час гарячки, то не видно жадного впливу на перебіг хороби. При відповідній дозуванні імунної сироватки та вірусу можна викликати невидну на зовні (утасну) інфекцію. Сироватка кріліка, в якого інфектія минула, не має охоронних субстанцій.

M. C.

Martini. Lehrbuch der medizinischen Onthomologie. Jena. 1924.

Досить пізно — лише в останні десятиліття — медичні кола почали пінавати, що інсекти відограють велику роль в перевошенні заразливих хвороб, щоби боротьба з хворобами була успішною, пізнання їх мусить належати до важливих завдань не тільки зоолога, як це до тепер було, але й кожного медика, який займається інфекційними хворобами. Ті відомості, які подаються у викладах загальної зоології чи гигієни, недостаточні. Потрібні спеціальні студії в цій новій тепер галузі — медичній ентомології. Як початковий підручник в цьому питанні може дуже добре служити книжка Мартіні. Автор коротко і ясно обговорює, напочатку загально, будову інсектів та їх систематику, потім переходить до детального обговорювання поодиноких груп інсектів, що ділають отруями на людину, як рівної тих, що пильнуються паразитами та перенощиками хвороб. Докладно обговорює їх морфологію, біологію, значення та засоби боротьби з ними. Довго спиняється на перенощиках протозоїв, бактерій та хробаків. Всюди подана докладна література. Автор пильнується одним з найкращих спеціалістів по цьому питанню, тому можна рекомендувати цю книжку українським лікарям, які в боротьбі з теперешніми великими епідеміями малярії, плямистого тифу і т. д., знайдуть в ній доброго порадника.

M. C.

Внутрішня медицина.

Серед літературних новин на Україні в галузі кліничної медицини треба згадати дві книжки, які вийшли в біжучому році, видані державним видавництвом України — одна в Одесі, друга в Київі.

1) Проф. Н. Д. Стражеско. «Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости. Руководство для студентов и врачей». (Основи фізичної діагностики захорувань черевної ямки. Підручник для лікарів і студентів).

Книга має 195 стор. За основу її взято лекції, записані студентами під час нік автор залишив терапевт. клінікою Одеського Університету в 1920—21 рр. Тому при складанні книги залишена форма лекцій. Всіх лекцій 13. Перші дві лекції мають характер вступу і знайомлять читача з методами фізичного дослідження органів черевної ямки; далі йде фізична діагностика окремих органів. Остання, 13-а лекція, присвячена загальній діагностіці новотворів черевної ямки. На прикінці кожного відділу дастесь оцінка різних методів дослідження. Всі новітні дослідження, нік напр. значіння конституції, удосконалення рентгенодіагностики і інш. також зазнані оцінку в лекціях. Вартість книги полягає в тому, що вона упалила з себе систематичний курс фізичної діагностики органів черевної ямки, в якому відповідне місце відведено пальпації. Ця метода справедливо вважається одною з основних при дослідженнях зарадих органів, між тим її ще досі уділяється мало місця взагалі в підручниках діагностики, в західній літературі з'окрема. Тому зазначена книга з'являється цінним додовненням до найкращих підручників діагностики, які маються в світовій літературі. Книга присвячена пам'яті проф. В. Образцова.

2) Проф. В. П. ОБРАЗЦОВ. «Болезни желудка, кишок и брюшины».
при участии проф. Былина, под редакцией и с дополнениями проф. Н. Стражеско («Хороби шлунку, кишок і очеревини»).

Після проф. Образцова залишився рукопис про недуги шлунку, кишок та очеревин, приготований до «Русской частной патологии и терапии», яка мала розпочатись виданням у 1914 р. З доручення проф. Образцова його учень — проф. Биліна написав деякі розділи для цього видання. Проф. Стражеско систематизував цей матеріал, зробив потрібні доповнення, відповідні до сучасного стану науки, і видав під своїм редактуванням окремою книгою. Книга має 189 стор., поділяється на 44 розділи, з яких 29 написані Образцовым, 8 — Стражеско і 7 — Биліною. Треба вітати видання такої книги, бо вона має в собі все найпотрібніше в патології шлунково-кишкового тракту, подане в стисливій і разом виразній формі, обґрунтоване величезним досвідом автора, одного з кращих знавців клініки шлунково-кишкових захорувань. Обидві книги варти того, щоб їх було перекладено на українську мову. (A.)

Проф. Сильва (Прага). До діагностики хроничного запалення внутрішньої серцевої оболони. (Casop. česk. lékařů, 1924.)

Автор подає, на підставі обсервацій 16 випадків з клініки і приватної практики, вказівки що до симптоматології хроничного лихого ендокардіту. Всі його випадки кінчилися смертельно.

До діагнозу не можна прийти лише бактеріологичним розслідом крові, бо не в усіх випадках дастесь виплекати *streptococcus viridans* або *streptococcus haemolyticus*, нік, нік досі приймається, є причиною недуги. Для полегшення діагнозу і оминення помилок автор рекомендує звернути увагу на такі прояви недуги: 1) температура тіла 37° — 38° , ремітуюча, деякі аж до 40° з трисцею, 2) в анамнезі часті запалення суглобів, 3) тахізія анемія з субінтеричним зафарбуванням шкіри, 4) присутність діастолічного шуму над аортю або над вершином серця, хоч-би й переходового (у 80% буває

insufficientia aortae), 5) tumor lienis, perisplenitis (наслідком емболій), 6) шкірні геморагії, часто з міхурцями в середині, 7) болі в грудях, що раптово об'являються і зникають при відсутності амін на легенях, або з появою помінаючого плеврального терти і вогих хрипів (малі дрібні інфаркти), з приводом спонтана ротацією, або і без неї, минаючи болі в сутуках, часом злучені зі скоро зникаючими ерітемами, 8) кріавлення до сітчаники (рідко), 9) мікроскопічний нахід червонокрівців в осаді мочевім, 10) культури бактерійні з мочі і крові, 11) збільшене число моноцитів в крові з пересуванням образу гематологичного наліво (після Арнета), 12) емболії мозкових б'ючок, 13) мікотичні аневризми на кінчинах або в мозку.

Д-р. Б. Весели. (Брюн.) Випадок гемофілії з прямою дідичностю по музичській лінії. (*Casopis českých lékařů*, č. 46, 1923.)

Подає рідкий випадок (4-ий в літературі) прямо дідичної гемофілії у музичських нащадків. І. Х., 17 літ, прийшов до Брюнської клініки з виливом крові до черевної ямки. Дід цього страждав гемофілією до 20-го року життя, після чого недуги зникли. З його 3 синів два сини і їх рідні здорові, 3-ий син, батько хорошого, страждав до 20-го року життя гемофілією. Мав два сини і дві дочки. Одни син умер в 5-м році життя, пікріваниши по тім як упав і прикусив собі язик, другий — наш хорій. Лише одна з дочок має дітей: 4 дочки і 1 син. Дівчата здорові, син по найменшій травмі іріавить. Образ крові недужого мало змінений, тільки зцінення крові понижено і мало є кров'яних пластинок. Поліпшення, а адже і вилікування, наступило по широкуванні підкірною кінською сироватки.

Вінтерфельд. Лікування легеневої гангреї неосальварсаном (Therapie d. Gegenwart, 1923, 11).

Терапія ця доси мало вживана, між тим вона приносить прогарні наслідки незалежно від того, чи будуть в бактеріологічнім препараті спірохети, чи bacill. fusiformis. Автор наподіть два випадки, що повсталі з пневмонії ex ingestis, ліковані неосальварсаном. Перша доза 0,15, а після цього 4 дні по 0,30. Ціла порція 2,1 N-Salv. В першому випадку, не дивлячись на те, що гангrena була тяжко комплікована, особливо нефрітом, вона вигоїлася по кількох тижнях. Особливо зачіючий випадок 2-ий, де хора перебула гангрену дівчі. Перший раз в році 1918 і тоді була лікована. До повного віздоровлення потребувала цілого року. Другий раз захоріла гангrenoю в р. 1922. Під впливом лікування неосальварсаном віздоровіла за кілька тижнів.

Доц. Б. О. Прібрам. Протеїнова терапія і хірургична терапія шлункового болю. (Kl. Wochenschr. Nr 46, 1923.)

Novoprotin Grenzach'a є протеїн рослинний, потрій можна добре і точно дозувати. Автор дає у всіх випадках шлункового болю (ulcus ventriculi), навіть у таких, де рівночасно є стеноза pylori і розширення шлунку. Автор бачив, що багато стеноа спричинено спазмом без механічних амін, і в багатьох випадках по ін'екціях прохідність трівало пандавлюється. Висліди по ін'екціях були дуже добрі. Число ін'екцій 10. Коли не досягає поліпшення, за 6 тижнів повторює терапію. Вести терапію довше як 10–12 тижнів уважає за безцільне, а радить аж тоді віддати недужого хірургові. Можна цю терапію комбінувати з дієтичною, однак з той комбінації не бачив жадних кращих чиселів. Автор користується досвідом 200 випадків за три роки і признає, що ця терапія є більш успішна, ніж

з початку думав. При нахилі до рецидивуючого крівавлення радить віддати хорошого скоро хірургові. В зничайших некомплікованих випадках шлункового болюку автор думає, що болі, які заховуються рефрактерно до повторного лікування *поворотіном*, походять з іншої причини, а не з болюку.

Д-р Фріц Гампель. Протейнова терапія *поворотіном* Гренштейн. (Med. Kl. 26, 1923.)

Автор говорить про свої досвіди з *поворотіном* на підставі 700 ін'екцій, у всіх випадках, де індиковано протейнова терапія. Осягнув надзвичайно добрих результатів, констатує, що *поворотін* є зовсім нешкідливий і навіть не справляє жадних неприємних ділань та далеко перевищує всі досі до торгуві введені протейнові препарати. Вживается при шлунковому болюку інтраенозно (всі випадки надаються до лікування) що 3 дні — у сильніших і зростаючих дозах від 0,2—1,0, у слабших 0,2—0,6. Один тур 10 ін'екцій, в старших випадках по 6 тижнях повторення. У своїх 36 випадках мав тільки добре висліди. Крім *ulcus ventricis*, з гарним вислідом уживав при застарілій хрон. гонореї, при артрітах всіх родів (навіть *урс*), при епідіемії, *otitis med. chron.*, при дифтерії в вузлі з антидифт. сироваткою, ревматизмі, шевральгіях, хр. запаленні *adnex*'ів. Прекрасно діє *поворотін* інtramusкулярно (1,0) при тонзілярних інфекціях, де за 24 години можна пацієнта уздоровити (дітям 0,5). Також при всіх інших названих недугах дає ін'екції інtramusкулярно. Реакція: деколи збільшення болів в хорому місці і підвищення температури, навіть і до 39°, температура однак тримається на висоті не довше 1 години. Автор так захоплений терапевтичними вислідами, що радить кожному практичному лікареві завжди мати при собі ампулику з *поворотіном*.

Р. Вайс. До діагностики за помічкою протейнових ін'екцій шлункових і дуоденальних болюк. (D. med. Wochenschr Nr. 4, Jahrg. 49.)

На думку автора, інтраенозні ін'екції *поворотіну*, заведеної Прібрамом для терапії шлункового і дуоденального болюку, можна вживати у багатьох випадках, яко цінне діагностичне средство при цих хворобах. Вже по дозі 0,2 *поворотін* викликає загальну реакцію (дроші, гарячка, слабість), також реакцію огнискову: сильні болі в околиці шлунку, збільшення болів у *puncta dolorosa*. Часом збільшуються також об'язи збільшеної кислотності (згара, тиснення в шлунку). Рівночасно виступають огнискові подразнення і в інших місцях і органах, котрі колись були хорі (однак далеко менші ніж в шлунку), в старих зрощених по агенції, в старих шрамах в суглобах. Головне значення новопротейнових ін'екцій бачить автор в тім, що можна розпізнати органичне захорування шлунку від чисто психогенного; під той час як при першім виступить лише загальна, так і огнискова реакція, при психогенізмі (при неврозі) буде лише загальна реакція.

O. Eleke. Über die prognostische Bedeutung des Blutbildes bei der Lungentuberkulose. Beitr. z. Klinik d. Tuberk. 1923, Bd. 56.

При легких та некомплікованих формах туберкульози легенів бувають гемоглобін та ерітроцити зовсім майже нормальні. Вони зменшуються, коли процес стає важким та поширяється. Зменшення ерітроцитів треба вважати за недобрий знак. Число лейкоцитів збільшується при тяжкому процесі. Коли лейкоцитоз триває постійно, то прогноз стає непевний. Коли однак лейкоцитоз є лише переходовим, то його можна вважати мірюю здібності

кровотворчих органів до реагування і рахувати тоді добрим знаком. Тому на нормальний числа у тяжких сухітників треба зовсім ниніше дивитись як у здорових. Лімфопенію треба вважати за неревний знак, — лімфоцитоз, навпаки, за добрий. Прогностично треба але осуджувати такі випадки, де бракує «нейрофільтрних лейкоцитів», або ж вони піднімають підозру лікування.

M. C.

Хірургія.

Doc. Dr. A. Jirásek. Lericheová periarterielní sympathetektomie. (Prakt. lék. 1924 č. 3)

Операції на співчуйнім нервовім укладі знову в останніх двох роках звернули до себе увагу хірургів. Спричинився до цього Leriche, котрий запропонував, через видалення співчуйного сплету наоколо жил, лікувати трофічні боління, що виникають на кінчинах після поранення нервів.

Операції на співчуйнику й досі залишаються операціями майже з розпачу. Переходяться там, де нічого іншого не можна вдіяти. Через брак докладних відомостей про нервовий співчуйний уклад, з однаковим правом робляться дії операції на ньому, а саме: витини пластина наоколо червоноїжил і витини шийної частини співчуйника. Leriche так обґрунтуює підстави та діїання своєї методи: подразнення, котрі виникають з невроми, що виникли після центральному нінці порушеного першу, або подразнення лі шрамів перевадрюються центральним ніщем перетитого першу до стрижку хребетного і тут виникають роздражнення співчуйних волоконець, котрі звідси відходять на периферію, оплітаючи червоноїжил. Від цього виникають порухи кровообігу, повстають трофічні зміни. Leriche вбачає такі причини цього: 1) часовий інтервал, котрий триває між пораненням нерву і наступном трофічних змін і 2) лікарчі успіхи, які настають при витині невроми чи співчуйного жильного сплету. Leriche не узнає специфічних трофічних нервів, а всі трофічні зміни спричинює з подразненням нерву тим чи іншим способом. Співчуйне сплетення в адентіції вважає за автономне. Brunning теоретично обґрунтует Leriche'ову операцію. Він каже, що трофічні зміни виникають внаслідок подразнення. В одних випадках можемо їх просто доказати, в інших мусимо припускати (зниження співчуйного тонусу). Знижений тонус допроваджує до зниження і підмірання всього, що відповідним співчуйником іннервуються. Доказом того є скоріше загасння ран на стороні, де співчуйник витято. Причиною змін іннервуваних є зниження жил, викликане подразненням сплету наоколо червоноїжил, а через те Brunning радить в лікарчих цілях або відділити причину подразнення, або розднати шлях, по котрому воно передається. Очевидно, що при витині співчуйного сплету наоколо червоноїжил унеможливлюється нервовий шилів на тканину. Brunning припускає, що витини співчуйного укладу дономагає не тільки периферично, але й центрально, через те операція показана при станах як периферійного, так і центрального подразнення.

Підстави до переведення операції автор поділив на такі, при котрих піттин співчуйника теоретично обґрунтовані, і операція тоді правдоподібно поможе, і на теоретично необґрунтовані, при котрих операція властиво *in ultimum refugium*. До першої категорії належать: боління і зміни по пораненні нервів, спазми інш.; такий стан тканин, де своєчасний кропонаплив може допомогти (міграв гостини при зломах, спалень (гангрена). Сюди ж

відносяться недуги, що виникають по пораненню або захоруванні стрижку. Окремий відділ складають спаєні, котрі виникають при стужанінні (артеріосклерозі) червоної кістки.

Радиться також уживати цю операцію при захоруванні шкір, і саме: при підстигнічних жилях (*ilecta sturis*), шолудах (*estetia*), лускатих лішайах долонь, надмірному потінні. До категорії теоретично необґрунтованих захорувань належать: мігрена, задавнений ломець, рентгенові болючки, грудна жаба. При поширенні наших відомостей про співзвучний уклад на певно кількість захорувань, де показана Leriche'ova операція, буде пояснена.

Відносно сталості наслідків операції напис велика розбіжність в сповіщеннях авторів. Операція дає широке поле для спостережень і дослідів.

Проф. Dr. H. Schloesser. (Хірург. клін. нім. унів. в Празі). Усіх хірургично-го лікування віла (*struma*). (Врач. Обозр. 1923, №12.)

При операціях віла сучасна хірургія покладає за ціль: 1) зменшити кровоточу при операції, а в наслідок цього зробити її більш спокійною і мези небезпечною.

2. Через зменшення віла уникнути навороту хороби, а при Базедовій немочі досягнути сталого успіху.

3. Уникнути, не зважаючи на великий штит, ушкодження епітеліових тілець.

4. Віддалити при вілах, котрі зуміють дишницю, загрозу удушення під час операції. Уможливити операцію і при значних звуженнях дишниці.

5. Досягнути загоєння *per primam intentionem* і дати гарні посметичні наслідки операції.

Більшість хірургів оперує віло після місцевого зневоднення. На місці майбутнього розтину, а також на передній стороні вола інфільтрується $\frac{1}{2} \text{-%}$ розчин новокаіну з супрапеніном. Kulenkampf радить пропідне зневоднення і переводить його в такий спосіб: вколоє голину шприца коло по-перечного паростку III або IV шийного хребта і поблизу переднього краю цього паростку впорскує 50 к. д. анечульногого розчину. По зневодненні шкіра розтинається звичайним Kocher'овим розрізом. М'язи перетинаються по-перек. Витин цілої половини віла не радиться робити; залишають при дишниці досить значну частину на захист зворотного нерву і епітеліових тілець. При вілі на обох сторонах в такий же спосіб зменшують обидві частини його, чим між іншим досягається і гарний косметичний наслідок операції.

При звуженні дишниці, котре виникло в наслідок однобокого віла, витин цієї половини вола значно поганшує дихання, звільнюючи дишницю від тиснення. В таких випадках, коли обидві половини вола значно збільшенні, для звільнення дишниці витинають обидві половини. Залишають від $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{8}$ частини патологично зміненого органу. При Базедовій немочі витин робиться на обох сторонах, при чому треба витинати найбільш змінені і багаті кровлю частини.

В останніх часах найбільша увага звертається на лігатутру жил. Багато авторів висловлюються за персвізну всіх 4 червоноїжил, дикуючи чому значно зменшуються кровотечи, а сама операція стає безпечнішою. Для викінчення залишених частин вола і епітеліових тілець цілком вистачає ретро-трансділярних коліттералів від жил проміжку і дишниці, але щоб ці коліттерали захоронити, потрібно дуже обережно відділювати воло і уникати порушення

задніх авт., а його, А. thyreoideainf. перевязується на перехресті її зі сонною червоною кілкою. Не зважаючи на цілковиту слухість і доцільність лігатури всіх 4 червоночил, деякі автори висловлюються, що така перевязка іноді більш небезпеку після операції тетані. Залежить це від того, що не захищена можна захоронити колітералі, тим більш, що у випадку ускладненнях тетанію, не можна з певністю заперечити порушення епітеліових тілець. Засадою сучасних операцій вола є зменшення кровотечі перевязкою всіх червоночил і як найбільше зменшення самого вола. Додержання цієї засади надзвичайно важливе при Баледовій немочі. Пророгтий нерв тепер зовсім не розшукується, для захисту його залишають невеличку частину вола при дишниці.

Надзвичайно тяжке переведення операції бував при волах, що звужують дишницю. Всіне притиснення вола, необхідне для приступу до нього або для перевязки червоночил, дуже легко може викликати напад задухи. Особливу небезпеку уявляють заходи, необхідні для перевязки великої інтраторакальної положеної частини вола. Вола, положені інтраторакально — зважені на спосіб післяового годинника в місці переходу через горішній отвір грудної клітини. Через те що в момент пітягнення субстернальної частини отвір грудної клітини переповнюється, і це є найбільш небезпечно, бо здування дишниці бував дуже спльне. Витягування вола пайдіцце йде, коли проходити його міцними шовковими нитками і за ці нитки витягнати його. Через небезпеку задушення, авільнисти і витягнути вола потрібно надзвичайно скоро і враз. Коли інтраторакальна частинна вола велика і витягнута від горішнього отвіру грудної клітини не можна, то розщіплюють грудну кістку і тим досягають збільшення отвору. Залишені частини вола зливаються межи собою. Над ним зливаються кашук, м'язи і шкіра. Радяться дати па першу добу по операції до ранні дренажі, щоби уникнути небезпеки від можливої кровотечі.

В. Н.

Рентгенологія.

I. CALAYE. *Le radio-diagnostic par les insufflations abdominales*. Paris, 1923.
260 естор. in 8°. Ціна 50 фр.

Книга обіймає все, що досі було випрацьовано на полі нової рентгенодіагностичної методи за допомічною інсуфляцією черевної ямки та притиркового простору. Метода нова та багато про неї досі було писано головно французами (Morell, Khaou, Dehherm) та американцями (Carelli).

По словах автора нова метода дозволяє вгляднути в зміст в черевній ямці, де рентгенодіагностика за допомічною контрастних матеріалів ніякого не дозволяла (печінка, селезінка, жіночі полоні органи, нирки).

Думка рентгенодіагноувати за допомічною газами почала на підстані спостережень, що у дітей, які мали метебрізм можна було бачити ясніше печінку, селезінку та нирки. Так повстало перший спосіб інсуфляції шлунку та кишок. Декілька неудаліх спроб показало, що метода може бути небезпечною. Аж згодом удосконалено цей спосіб і він разом із pneumo-peritoneum і pneumotoreen становить зміст названого діла.

В I частині книжки обговорює автор знаряддя, які потрібні для наповнення газом черевної ями: манометри Küss'a, Bayeux та Carelli, троакари і т. ін.

В II частині обговорюється техніку проведення.

1. Інсуфляцію шлунку і кишок провадить знаними методами ($\text{CO}_2, \text{O}_2, \text{N}_2$) і вживає її для пізнання змін в шлунково-кишковому тракті в залежності від звужень, згинань або розширень тракту.

2. *Pneumoperitone.*

Газ ($\text{O}_2, \text{N}_2, \text{CO}_2$) є замкнений в апараті, як при штучнім рентгенологах (або в складнішім апараті Koss'a), котрий злучено з манометром. Для практику вживається спеціальний зонд, голки, троакар з мандрінами. Протик переводиться з гідно з приписами в вказаних автором пунктах під контролем манометру (обидва пункти, що вживаються при випусканні засіту, після в точці Carelli, Alexandrini та інших). Рух манометру, рівночасний з рухом діафрагми, показує, що ми у середночревній ямці. Певна кількість газу впускається до ямки залежно від якості газу, об'єму черева і від присутності і розмірів зрошен. Все під контролем рентгенівських промінів. Контраіндикації (в III відділі) точно описані (напр., гострий апендіцит, гнійні процеси і т.д.). По наповненні просвітлюється при помочі трохоскопу, освітлення з боків і знизу. Після точного встановлення місця недуги робиться рентгенограму. Газ, що ввійшов до інтроперitoneальної ямки, укладається між органами черевної ямки і стінами її та діафрагми. Вони відклеюються від себе і стають на яснім полі газом наповненого простору виразно видні. Метода дає можливість определити розмір органів, їх рухомість, їх положення і зміни форми. Так можна, як із дальших частин праці видно, определити зміни на а) печінці: неоціліами, цісти, зрошення, б) на міхурі жовчовім: камені жовчові, їх вигляд і кількість, поширення міхуру і його переповнення, присутність і розмір зрошення та зміни в кишковому тракті, які в наслідок того повстали, в) присутність туморів середночревних і на передній черевній стінці, г) зміни і тумори матці і аденексів, д) зміни підшлункової залози і селезінки.

3. Третя метода — *pneumogast.* Метода для інсуфляції околониркової клітчатки випрацьована головно американцем Carelli та його французькими поміщиками. Для наповнення описаною області газом спеціальна метода: протик робиться в лумбальній країні в висоті proc. transversus другого поясного хребця, в залежності від потреби — з лівої або з правої сторони. Голка всувається в глибину поки досягне до proc. transversus. Тоді голку повертають, обходить proc. transversus по зовнішній стороні і пробивають musc. psoas. Коли манометр рухатиметься одночасно з рухами черевної перепоної — значить дійшли до околониркової клітчатки. Метода вимагає доброго виникнення, щоб не проноготи очеревину або не поранити нирку. Саме наповнення газом відбувається під контролем рентгенівських промінів. Тінь нирки виступає ясно. При помочі цієї методи можна діагностувати не лише камені ниркові, але також всі недуги, зумченні з дислокацією і морфологічними змінами нирки, як рівноож всі тумори.

III частина книги займається контраіндикаціями при наведених методах.

В IV, V, VI, VII і VIII частинах обговорена діагностика недуг печінки, шлунку, селезінки, нирок та туморів середночревних при помочі наведених метод.

IX частина опреділяє спеціальні індикації для всіх методів інсуфляції.

A. Sieard, J. Paraf, L. Laplaee. Radiodiagnostic rachidien lipo-dolé (La presse méd., 85, 1923).

Лафейє ліпіодоль слизостіл в манового олію та йоду у підконтактні

1 см³ до 0,54 гр. Препаратом можна дуже добре користуватися для впорскування до арахноїдального простору, коли ходить о рентгенологічний доказ звуження хребетного каналу. Ліпіодоль є нетрійливий та дає гострі тіні. Впорскується найкраще чіж атлантом та потиличною кісткою або межі долішніми хребтами шийними. Ліпіодоль падає своїм тягarem аж до місця звуження, де задерживатися. Резорбується дуже поволі, так що по 2 роках можна його рештки доказати. Цею методою було авторами точно діагнозовано дев'ять стрижевих новотворів та два іннапульсувані запалення м'якових оболонок.

Доц. д-р Прусік і д-р Л. Воліцер. *Peritoneografič olíjními roztěrkami jdy. (Casop. česk. lék. č. 50, 1923, реферат з викладу в „Спільці лікарів Ч.С.Р.)* Автори подають вислід спроб локалізації хоробливих процесів в хребтах і в хребетному стрижі технікою Sicard-овою. Крім ін'екції Lipiodolu Laiayé-вого до хребтового каналу, вживали й ін'екцій йодоватого олію 30—40% та Jodipin'. Автори підтверджують висліди Сінардові і демонструють скляграми 16 випадків, розглянутих тим способом. У двох випадках було діагнозовано аміні в хребтах і в стрижі.

Техніка: перед ін'екцією $\frac{1}{2}$ см³ слабого розчину модісконпу, щоб пацієнт при розсліді заховувався спокійно. Місце ін'екції анестезують етіленом, а крім того при пункциї великої цістерни нокаїнізують вздовж проколу, поки ввійдуть до простору субарахноїдального. Кількість впорснутого субстанції є 1—2 см³, однак можна збільшити аж до 8 см³ без небезпеки для пацієнта. Jodipin зноситься в більших кількостях ніж Lipiodol. По ін'екції виступають реакції на місці проколу (травма), огніскові (пасові болі в долішніх кінчиках) і загальні (болі голови протягом 24—48 годин, блювоти, ослаблення і t^o 37°—38° С, що триває часом і 3 дні). Після не бачили жадних неприємних наслідків. Впорснута рідина дуже помалу всмоктується (місяці). На підставі своїх вислідів автори констатують, що радіодіагностика за допомічю йодових розчинів далеко краща ніж всі локалізаційні клінічні методи для туморів хребетного стрижка, його оболон і недуг хребта.

E. Serpent et P. Cottetot. Radilogichni досліди респіраторного апарату за допомічю інтратрахеальних ін'екцій ліпіодолю. *Journ. de radiol. et d'electrol.* № II. 1923.

Методу залишили своїми спробами Sicard і Forestier в році 1922. Вони впорскували Lipiodol (40% з 0,54 гр. йоду) до трахеї і тим показали дорогу як збільшити можливість точної діагнози легеневих амінів.

Техніка методи: 1) Метода трансгльотична за контролем гортаневого дзеркала. Рідина впорскується канюлею по попередній анестезії гортані нокаїном. Проведення можливе лише у ляринголога. 2) Метода уживана авторами інтер-кріко-треоїдальна. Вживають ширин об'єму 40 см³ з металевим цвіком, міцний, щоб вигримав сильне тиснення. Голка системи Розенталя (зігнута). Калібр голки як при ломбальній пункциї. По проколі впорскується до трахеї 3—4 см³ нокаїну 1 : 50, а через кілька хвилин сполучують канюлю гумовою руркою зі шприцом і впорснують 20 см³ ліпіодолю (в разі потреби за деякий час других 20 см³). Позиція горого відповідна до того, яку частину легенів хочемо наповнити рідинною: сидяча, лежача на спині або на боці з головою нинче тулубу (вершини легенів). У нормального індівидуума в лежачому на спині положенні входить Lipiodol найперше до правого горішнього бронху. По ін'екції якою мога скоро робити рентгенограму. Lipiodol, коли трахея анестезована, не викидає канюлю, стається це лише при

40 см³. Деколи з'являються болі в горлі та хрипка (не довше 24 годин). Найбільшу частину літіодоло хорий викашлив по перших рухах, по 3 днях залишаються тільки маленькі рештки і ті зістаються в броніах деколи й місяці. Частина йоду розторбується легеневою тканиною, бо в мочі можна доказати йод, а були й випадки зі симптомами йодізму. Метод доказування 1) докладно розслідити форми і розгалуження великих бронхів, 2) дрібніці бронхи аж до найдрібніших розгалужень, 3) докладно диференціювати тінь бронху від тіней hilus'a. Для поставлення діагнозу легені фотографуються перед ін'єкцією і після неї, в тій же позиції і в тім же стадії віддиху. З порівняння видно, що чорні тіні бронхів (по наповненні lipiodol'ем) на ненаповненій легені виявлюються як яскраві пруги. Результати розслідування дуже гарні і ясно дозволяють діагностувати девіації трахеї і бронхів, модифікації та прохідність певної галузі бронхової, ділянки бронхів, легеневі каверни та фістули бронхіальні і плевральні. До статті додано 8 дуже гарних рентгенограм.

Акушерство.

Dr. PRUŠKA. Kličkový Meště, jejich výhody a nevýhody. (Čas. česk. lék.)

Кліщі відповідають своїй цілі — скінчти порід без шкоди — найкраще тоді, коли обіймають голівку плоду в біпаріетальному розмірі. Але здебільшого існуючі моделі кліщів, залежно від положення голівки і сагітального її пиву, захоплюють голівку в косому або навіть в прямому розмірі. Це врешті часто веде до поранень обличчя. Ця невигода кліщів, а також безпомічність при послогах обличчям у вході до миси, подала Kielland'ові думку злагодити кліщи, які завиди-б обіймали голівку в біпаріетальному розмірі. Kielland опублікував свої кліщи в Münch. med. Wochenschrift, 1916, де зазначив слідуючі переваги їх:

- 1) Кліщи можна легко ввести при всякому положенні голови і сагітального шву.
- 2) вони не можуть зісковинуті.
- 3) менше загрожують м'яким родовим підіхвам,
- 4) екстракція ними є легка.
- 5) голівці загрожують менша небезпека.
- 6) ротація голови є можливішою.
- 7) небезпека інфекції є менша.

D-r Pruška базується на 134 випадках, із яких 95 разів К. кліщи використані як високі, а в 39 випадках були аплюковані в глибині миси. Автор статті по-чергі розглядає, наскільки вищезазначені в 7 точках переваги К. кліщів підтвердилися на цьому матеріалі.

1) Автор бере на увагу випадки, де кліщи були введені типово, тобто передня ложка засунута за сімфіз з угнутистю до переду, а потім повернута на 180°, задня-ж просто введена по вигнутості крижової кістки. Таких випадків було 38. З них 5 разів тяжко було ввести передню ложку, так що третій ложка була введена нетипово, а двічі довелось К. кліщи замінити Tagmüller'овими; задня ложка робила труднощі 6 разів. З цього виникає, що типове введення не таке легке, як здається, і навіть є небезпечно як зазначив Langemeister, котрий мав випадок перфорації при повертанні передньої ложки.

2) Про випадки зісковинування кліщів зазначають Thies, Mayer, Hoff-

mann, Hammerschlag і інші. Автору це трапилось двічі: раз при пологах обличчям, а вдруге при positio occipitopubica alta.

3) Поширенням міжнародних родових шляхів трапляється в 58,6%, що нічим не різниється від наслідків, які дають інші моделі, а саме 50—60%. Особливо неприємною комплікацією, якої ніколи не дають іні Tarnier'ові і Breus'ові кліщі, є розрив мочового міхура, котрий напевно виникає в наслідок тупого тиснення лонки на шийку матки і міхура при тягненні кліщів, а також у наслідок поранення лонкою при її ротації. Всього автор зазначає 6 випадків поранення мочового міхура.

4) Екстракція К. кліщами іноді йде надзвичайно легко, але трапляються й дуже тяжкі випадки. Автор зазначає 4 випадки, де К. кліщі довелось замінити Tarnier'овими і тоді порід легко був закінчений.

5) Автор має 5 випадків тяжких поранень голови: тричі внутрішню небальгематому і двічі перелом тім'яної кістки. Дитича смертність од К. кліщів дала в його матеріалі 22,7%.

6) Kielland'ові кліщі уможливлюють, завдяки своєму малому захисному, ротацію голівки.

7) Всього зі свого матеріалу автор нараховує 16 гарячок у породільниць в пuerperі, тобто 11,8%. Дуже гарні наслідки К. кліщі дають при положеннях обличчям.

Висновок: К. кліщі без сумніву є одинокі при положеннях дефлексивних, годиться як апарат ротаційний, а також можна припустити, що улегнути екстракцію і менше загрожують голівці, як що добре пальовані; за те іноді можуть дати важливі поранення породільниці, через що автор не рекомендує їх для лікаря — практика.

Ю. Д.

Неврологія.

W. Kirschbaum і H. Kaisenbach. Дальші висліди лікування прогресивної паралізу інфекцією малярії. (*Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, т. 84, 1923).

Обсервації авторів тривають уже $3\frac{1}{2}$ роки. З 34% випадків, лікованих малярією, була в 202 ремісія (а саме в 112 випадках пошина, в 90 більш-менш неповна), в 58 випадках досягнено повної здатності до виконування свого фаху, у 32 випадках зникли гострі симптоми. В дальшій частині, що обговорює перебіг недуги і висліди лікування, подаються висліди в процентах: здатних до виконування своїх обовязків з незначними психичними ознаками 31,1%, з малими дефектами, але здатних до виконування обовязків 24,4%, здатних до праці, але з малим поліпшенням 10,2%, без змін 22,9%, вмерло 14,2%. При тому автори сконстатували, що т. зв. екстгаустивні форми до лікування малярією не надаються, рівно ж не надаються до лікування високо розвинуті недуги. Ювенільні форми параліз не дають багато надій на вилікування.

В останніх двох роках уживають лише паразита малярії tertianae. Тип гарячок є щоденний. Звичайно хорі переносили добре 8—17 малярійних гарячок. Усунення гарячок робиться хиніном за 24—48 годин. Кількість хиніну в поодиноких випадках була від 10—14 грамів. Рецидиву малярії по лікуванні хиніном не було. Під час приступу гарячки належить контролювати функцію серця, давати digitalis і камфору. Інкубація 8—14 днів. Перед випущенням з лічниці радять перевести хінінову провокацію і розслід

крові. Звичайно вдається заховати паразита малярії (*tertiana*) при життю і при повній вірулентності по-за людським тілом до 24 годин (після Jauregg-Wagner'a — до 30 годин). Метода для перевороту малярії така: до стерильної посудини береться 20 см³ крові малярика в кульмінаційній добі гарячкі, обережно розміщуються дерев'яним прутком та додається до неї 1,5—2 см³ розчину декстрози. Т. 37°. Висліди у табопараліз не такі добре, хоч і тут бувають поліпшення. Звичайно не потрібно по лікуванні малярією доповнювати лікування методами специфічними і неспецифічними (Hg, Salvarsan, молоко, туберкулін Jauregg-Wagner'a), в деяких випадках однаке це допомагає. Психичні порушення в поодиноких випадках зникали під час малярійного приступу, в одних у перших тижнях по терапії, в других аж в найближчих місяцях. Опісля займаються автори питанням, скільки можна ставити прогнози з ліковової реакції. В багатьох випадках, котрі дали поліпшення, зменшувалась реакція при місячних контролях, в безвіслідних не зменшалась. Однак автори приходять до переконання, що тяжко з цієї реакції робити висновки щодо прогнози. На підставі своїх спостережень уважають можливим думати, що малярія має добрий вплив на прогресивну паралізу. Велике число лікованих хорих живе 2—3 роки здатні до виконування своїх обовязків. І у випадках пізніших явищиться стабільне поліпшення. Мали, правда, і ремісії по лікуванні і думають, що тільки по декількох роках буде можливо говорити про цю реч далі.

З українського медичного життя.

Допис з Києва.

Надсилаю оцю коротеньку рецензію на «Укр. Медичний Вістник», що була надрукована в «Пролетарській Правді» від 21. II.

«Український Медичний Вістник». Неперіодичний часопис кліничної та суспільної медицини. Ч. I. Грудень 1923 р. Прага. Під редакцією д-ра Е. Матюшенка.

Добре виданий і змістовний медичний журнал на українській мові, що вийшов за кордоном, безсумнівно повинен зустрінути у нас, на Україні, прихильний відгук і заслужену увагу. Журнал, який видає «Спілка укр. лікарів в ЧСР», ставить собі завданням об'єднання розсіяних по всьому світі українських лікарів на грунті наукових дослідів та найширшу наукову інформацію їх.

Поруч з працями місцевих авторів (Матюшенко — про розлиток епідемії на Україні), журнал уділює багато місця цікавим і змістовним статтям київських лікарів: проф. В. Виноградова про гемофілію, проф. Маньківського — про гемонклістичні іріа Відаля при первинних захоруваннях, д-ра Чайки — про тромбоуз провіяніх жил оточини.

Журнал знайомить читачів з поступом західно-европейської медицини (в статті Шаравського «Успіхи хемотерапії в сфері антисептики» детально розглядаються новітні дерівати хініну, вуцін, оптохін і ріваноль, за допомогою яких сучасна антисептика стремить до наближення з Ерліховим ідеалом «стерілізаючої терапії» та конгресами і з'їздами всього світу).

Особлива увага уделена вдумливому розробленню української медичної термінології, яка знаходить ще в періоді творення (стаття проф. Горбачевського).

Журнал, безперечно, є інтересним для всього лікарського світу СССР. А. Лурье*).

Зі свого боку дозволяю собі висловити побажання, щоб було поширене реферативний та бібліографичний відділ, бо ми дуже відчуваємо брак закордонної літератури, яка, правда, доходить досить акуратно, але через високу ціну середнім лікарським колам мало приступна. «Вістник» одержано в Київі, мабуть, всіма, кому він був надісланий, принаймні в Мед. Інституті одержали майже всі катедри, за що висловлюють ширу подяку.

В зв'язку з українізацією зараз є велика потреба в словниках. Академія Наук вже видала словники: фізичний, хемічний та

*) Переклад з російського з доданої до допису газетної вирізки. Ред.

геологичний; термінологічна комісія Медичної Секції також має приступити до складання медичного словника, але через переобтиження її членів іншою працею, гадаю, що ця справа затягнеться. Майже викінчений переклад Базельської анатомичної номенклатури: має в скороу часі розпочатися друком. Виготована академиком О. Корчак-Чепурківським міжнародна номенклатура причин смерті, яка також незаваром має бути надрукована.

Ще більша потреба в підручниках на українській мові; деякі перспективи в цьому напрямку є, але скрізь і завжди відчувається недостача людей. Медичний Інститут має надію, що в цьому році може вдастися приступити до видання власного журналу, поки що неперіодичного.

Може буде цікавим для читачів «УМВ» познайомитися близче з конституцією вищих шкіл на Україні, яка значно відрізняється від академичних установ в нерадянських країнах. Обмежується тільки загальним написом того, що мається в Київському Мед. Інституті; воно з незначними відмінами характерно й для інших т. зв. ВУЗ'їв («вищих учебных заведений»).

На чолі Мед. Інст. стоїть ректор-політком (політичний комісар), якому належить вся повнота влади в установі; на чолі факультетів (медичний і одонтологічний) стоїть декани з професорів, які також несуть всю відповідальність за факультет. При ректорі і деканах існують допомогові органи з дорадчим голосом. Господарчу частину відає проректор не професор.

При ректорі бюро, що складається з ректора, проректора, деканів, секретаря бюро і представника від організованого студентства; бюро відає всіма справами Мед. Інст. як науково-навчальними, так і господарчо-адміністративними. При декані—факультетська комісія в складі всіх завідуючих катедрами, 2-х представників від молодших навчательів і студентів, кількість яких становить $\frac{1}{3}$ всього складу факульт. комісії. Компетенція факульт. комісії — науково-навчальні справи факультету. Окрім фак. комісії при декані існують предметові комісії, що об'єднують споріднені між собою дисципліни; складаються вони зо всіх завідуючих катедрами відповідних дисциплін професорів, доцентів, всіх асистентів і студентів в кількості $\frac{1}{3}$ всього складу комісії. До компетенції Комісії належать всі справи навчально-методологичного характеру даної групи дисциплін: розподіл наукових співробітників по установах, вprobлення планів та методів навчання, керування допомоговими установами катедр, що підлягають відповідній комісії, розгляд та рекомендація

кандидатів на посади наукових співробітників і т. інш. В Мед. Інст. на медичному факультеті є 5 предметових комісій: 1) комісія природничих наук, 2) теоретичної медицини, 3) терапевтична, 4) хірургічна і 5) санітарно-гигієнічна. Вільні посади заміщаються в такий спосіб: спочатку кандидат повинен пройти через відповідну предметову комісію, далі — як що це кандидат на професора чи доцента — через факультетську комісію і після через виборчу комісію, яка уявляє з себе окремий орган при ректорі спеціально для призначень на навчательські посади і складається з ректора, деканів, представника організованого студенства і представника профсоюзу. Мед. Інститут безпосередньо підлягає Наркопрос'ові і Главпрофобр'ові. При кінці кожного триместру ректор робить звіт на загальних зборах Мед. Інституту, а декани — всього факультету.

Мушу зазначити, що в такому устрію є чимало позитивного. Що торкається Київського Мед. Інституту, то ректор працює в повному контакті з усіма підлеглими йому органами, що й привело до значного поліпшення стану Мед. Інституту, який років два тому був просто критичний. Ось в занадто коротких рисах що до схеми конституції вищих шкіл.

З новин життя Мед. Інст. за біжучий семестр можу зазначити, що обрано приват-доцентами: Ю. Крамаренка при катедрі фак. хірург. клініки, Ф. Удінцова — при катедрі спеціальної патології і терапії і В. Васютинського при катедрі офтальмології.

В лютому місяці ц. р. Медична Секція Академії Наук понесла дві тяжкі втрати. 4.П. вмер від *angina pectoris* керовничий Мікробіологичного Інституту Академії Наук та ректор Київського Ветеринарного Інституту проф. Ф. Омельченко. Це велика втрата, бо він був цілком відданий тим інституціям, на чолі яких стояв, мав не аби-який організаційний хист, що в значній мірі допомогло Ветер: Інститутові стати більш-менш на твердій ґрунт. Що до Мікробіологичного Інституту Академії Наук, то проф. Омельченко був його фундатором, і більшість майна цього інституту, старанно зібраного на протязі десятків років небіжчиком і подарованого ним Академії, з'явилася основовою для повстання самого Мікробіологичн. Інституту. Після смерти проф. Омельченка тимчасове керування Мікробіол. Інститутом доручено проф. О. Корчак-Чепурківському.

7.П. ц. р. вмер від *cancer ventriculi et hepatis* д-р М. Підбуцький. Він був один час діяльним членом Укр. Черв. Хреста; від 1921 р. до січня 1923 р. занимав посаду ординатора при катедрі інфекційних недуг, в 1923 р. перейшов на посаду лікаря

на цукроварні під Білою Церквою, але вже від серпня з'явились перші ознаки тяжкої недуги, яка й звела його в могилу.

Др. К.

Київ,
4 березня 1924 р.

Діяльність Українського Червоного Хреста в 1922—23 роках*).

Ще з осені 1921 року почав У. Ч. Х. допомагати голодним. З початку ним було відчинено 19 харчових пунктів на головніших вузлових станціях залізниць. Там харчувалися діти вітіців, які величими неорганізованими масами двинулися з голодних губерній шукати інших країв, де їм не загрожувала-б голодова смерть.

З початку 1922 р. УЧХ почав відчиняти харчові пункти і по селах тих губерній, де панував голод. Одночасно ним було розвинено широку агітацію про необхідність широкої і швидкої допомоги голодним. Ця агітація велася на Україні і закордоном, куди було вислано спеціальну місію. Настільком цієї агітації був значний приток ресурсів, які зібрано на Україні і які надійшли з-закордону. На Україні почала працювати Місія проф. Нансена, Міжнародна Спілка Допомоги Дітям, Чехословацька Місія, Меноніти, пізніше АРА і т. д. Коли утворилася Центральна Комісія Допомоги Голодним при Всеукраїнському Центральному Виконавчому Комітеті (Комісія, яка за півтора роки своєї роботи видала на допомогу голодним на Україні біля 7.000.000 пуд. жита), вона договорилася з УЧХ, щоби він узяв на себе технічне переведення до життя харчування голодних південних губерній Україні. Скорі один за одним одкривалися харчові пункти в містах і по селах, і протягом де-кількох місяців число їх досягло майже тисячі.

За півтора роки в цих єдальніх було видано по-над 45.000.000 обідів, з них біля 15% — на власні кошти УЧХ. Де-які закордонні організації, як Місія Нансена, Міжн. Спілка Допомоги Дітям та інші, коли побачили, що У. Ч. Хрест добре провадить роботу харчування, так само відмовилися від первісної думки годувати власним технічним апаратом і доручили відкриття харчових пунктів У.Ч.Х. В цих єдальніх видано було по-над 6.000.000 обідів.

Далі, після ліквідації Ц.К.Д.Д., УЧХ продовживав і зараз ще продовжує харчування дітей частинно на власні кошти, частинно на кошти Центрального Комітету Допомоги Дітям при В.Ц.В.К.

Це харчування переводиться зараз у двох напрямках:

- 1) Харчування дітей до 4-х літ на молочних пунктах в селах та містах,
- 2) „ бездозорних дітей в ночліжно-харчових пунктах, переважно по містах і по станціях залізниць.

Одночасно УЧХ почав переводити її більш широку медичну допомогу населенню. Багато харчових пунктів було перетворено в лікарсько-харчові

*) Доклад, відчитаний в грудні 1923 р. членом Головної Управи УЧХ Л-ром І. Холодним на зборах Шевченківського Товариства Українських Студентів в м. Празі. Текст автора.

а пізніше було відчинено цілу низку окремих сільських амбулаторій і сільських лікарень. Число таких сільських медичних установ зараз доходить до 35. Вони розкидані по всіх губерніях України. Має УЧХ і більші лікарні: в Одесі, в Житомирі, в Полтаві, в Харкові і Острі.

В листопаді м. року діяльно заявся Червоний Хрест до боротьби з туберкульозом. Протягом 5-ти місяців він 15 діспансерів для туберкульозних в багатьох містах України. В цих діспансерах щодня одержує допомогу порадою і безплатним лікуванням більше 400 чоловік. Майже при всіх діспансерах відчинено їdalnі, де щодня харчується біля 400 чолов., які одержують також без грошей добірні обіди в 2.500—3.500 калорій. Літом цього року почав УЧХ відкривати сільські діспансири. Вже відкрито кілька діспансерів на Катеринославщині і приготовляється відкриття діспансерів і по селах північних губерній. Під Харковом, в Таганрозі і в Чернігові має УЧХ санаторії для сухітників. Разом з Вереліфом удержане він санаторію для робітників науки в Київі. Літом, так само з Вереліфом, було відчинено в Одесі великий Соєнний Городок і санаторію в Холодній Балці під Одесою. В Харкові і Миколаїві має Черв. Хрест денні дитячі санаторії і улаштовує нічні санаторії в Миколаєві.

Літом на півдні, березі Криму в Алупці було відчинено Дім Відпочинку і такий же дім було відкрито в Межигір'ї під Київом разом з Профспілкою Робітників Освіти для вчителів. В Олександрівці під Київом, в Дергачах під Харковом та в Полтаві (в останньому місті разом з Міжнарод. Спілкою Допомоги Дітям) має УЧХ дитячі трудові колонії, де зібрані переважно діти-сироти. Крім того має УЧХ де-кілька дитячих будинків. Також активну участь брав УЧХ в евакуації з України дітей з Надвірної, яких протягом цього року було відправлено з України де-кілька тисяч. Це осені з'явилася на Україні велика кількість збегців з Болгарії, Бесарабії і головно Галичини. УЧХ бере активну участь в допомозі цим збегцям. В Харкові уряджено для них переходову станицю, де багатьом видано одиг, іншу одержують вони в їdalnі УЧХ; при станиці заведено також бюро, яке підшукує для цих збегців відповідну роботу. Такі станиці має бути улаштовано також у Київі і в Одесі.

Торік почав Укр. Черв. Хрест відчиняти аптеки і аптекарські магазини. Зараз він має 25 аптек і 12 магазинів. Ліки з цих аптек частинно відпускаються і без грошей або по зниженні ціні. В Харкові відчинено чималу лабораторію, яка вироблює Галенові препарати і де-нікі ліки. Багато ліків з неї виходить в орігінальній дрібній упаковці. Через аптеки Черв. Хреста, через уповноважених, через місцеві комітети УЧХ та різні кооперативні організації значна частина цих ліків нашла дорогу на село, що дає селянам змогу мати добре й дешеві ліки. Недавно закінчено улаштування в Харкові великої майстерні для ремонту і вироблення медичного приставок та інструментів. Вона має шкілодувний, теслярський та механично-інструментальний відділи. Більша частина праці йде на станках, які приводяться в рух електрикою. В ній працює біля 20 майстрів. Вона виробляє термометри, ареометри, інші речі зі скла, направлє всілякі хірургичні інструменти і т. д. і між іншим виробляє приставок для штучного пневмотораксу системи неровника майстерні інженера Качкачева. Такого приставка вироблено вже більше 100 штук і воно розходитьться не лише на Україні, а йде до Криму, Кавказу, в РСФСР і т. д.

В м. р. розпочато культуру лікарських рослин. Головні плантації

цих рослин — біля 3 десятин — заведено в Олександрівці в Трудовій Дитячій колонії, за яку згадувалося нище. Мається на меті з цих дітей виховати інструкторів цеї справи, які пізніше розвинуть цю дуже корисну культуру серед селян. Менші плантації є в Винниці і невеличка, головним чином досвідна, в Житомирі. За останні роки Черв. Хрест розподілив серед лікарень і амбулаторій — з доручення Нансена і Міжнародного Комітету Чер. Хр. — біля 10 вагонів ліків.

Для харчування безробітних УЧХ, разом з бірками Праці, відкрив в де-кількох місцях їdalні для безробітних. Далі в Київі було з'організовано Дім Праці, де мало роботу біля 300 чоловік, переважно жінок. Пізніше цей Дім Праці передано було Київському Відділу Праці. В Харкові відкрито цілу низку майстерень, де найшли працю по-над 200 чоловік безробітних.

Ще з 1921 р. група мистців — учні проф. Михайла Бойчука — почали працювати над відродженням Межігірського керамічного заводу і з цею метою засновали там керамічний технікум. Вони працювали завзято і самовіддано, але спрана сильно гальмувалася через відсутність грошей. З весни ц. р. УЧХ став ім в допомозі й матеріально, і організаційно, і там нараз виробляються вже речі не лише з глини, як було з початку, а почали виробляти фаянс, та є думка почати на весні фарфорові вироби. Там вже другий рік під проводом учня проф. Бойчука, проф. Сейдлера, працює колектив з 42 чоловік. Цеї осені було приято 50 нових учнів. І сам колектив, і нові учні в більшості — селянські хлопці й дівчата, які покінчили керамічні школи. На той рік технікум уже буде мати 1-ий випуск досвідчених майстрів художньої кераміки.

В осені цього року УЧХ відчинив курси сестер-жалібниць в Кам'янці Подільському і Полтаві, де одержує освіту 140 слухачок.

По деяких вищих школах УЧХ видає стипендії студентам. Крім того він допомагає студентській їdalні і студентській лікарні в Харкові. З осені ц. р., разом з комісією для поліпшення побуту студентів, УЧХ відчинив туберкульозний діспансер для студентів в Харкові.

Торік почав УЧХ видавати свій друкований бюлєтень.

Щоби дати спроможність учням, лікарям, інженерам і т. д. мати закордонну наукову літературу УЧХ відкрив торік у Київі і в Харкові спеціальні книгарні для виписки книжок з-закордону. Через ці книгарні перейшло з-закордону по-над 10.000 наукових книжок.

На свою роботу УЧХ зараз витрачає що-місячно біля 10.000 червінців, себто до 100.000 зол. карб. Дістает він ці кошти в членських внесках, пожертвах, регалій, які дав Йому Уряд УСРР (податок на залізничні квитки, на закордонні паспорти, на театральні квитки і т. д.), і головним чином з власних торгово-промислових підприємств, аптен, аптечних магазинів, лабораторій Галенових препаратів, майстерень для медичного приладдя, млинів, олійниць, садів, від обробки землі, якої Йому уділено біля 1200 десятин. Крім більших участників, де ведеться більшу господарку, майже при кожній амбулаторії силами місцевих комітетів приділено 10—15 десятин землі, яка тими-ж комітетами обробляється. Крім того УЧХ заснував разом з центральним комітетом Допомоги Голодуючим анційне Торговельне Товариство. Згідно статуту цього товариства всі прибутки в торговельних операціях йдуть на гуманітарну роботу Черв. Хреста і Ц. К. Допомоги Дітям в рівних частинах. Товариство це за рік своєї праці дало значні прибутки.

справи його йдуть добре і все ширяться, і зараз воно займає досить почесне місце серед торговельних організацій України.

До осені цього року УЧХ всю свою увагу і всі свої організаційні сили звертав на боротьбу з голодом і іншими соціальними лихами, які спіткали Україну. Через це він не міг звернути дуже великої уваги на організацію і розвиток своїх місцевих комітетів. До цеї осені число їх не перевищувало 80. Майже всі вони були по селах і невеликих містечках. Деякі з них були досить численні, в поодиноких випадках (Дунаївці на Поділлі) число членів доходило до 1000 чоловік. Частина з них працювала добре, по-декуди навіть настільки добре, що власними коштами утримували амбулаторії і т. п.

Нід час «Тижня Червоного Хреста», який цеї осені переводився на Україні, головну увагу було звернено на вербовку нових членів товариства УЧХ, на утворення нових його місцевих відділів і на зміцнення тих комітетів, що вже існують. Ще немає повних відомостей, наскільки успішно пройшла ця робота, не тільки з сел, а навіть з великих міст, де тільки йде реєстрація і видача членських книжок тим, хто бажав вступити до членів УЧХ, але по тих відомостях, які вже надійшли, ця робота йде успішно і кількість нових членів доходить до де-кількох десятків тисяч членів.

Ця організаційна робота буде й надалі провадитися поволі але безупинно, і можна сподіватися, що УЧХ все далі буде втягувати до своєї роботи широкі маси селян, робітників та інтелігенції.

За ці два роки УЧХ приймав участь в 3-х міжнародних конференціях: в січні і в серпні 1922 р. в Женеві на Конференції Допомоги Голодуючим і весною 1922 р. на Міжнародній Санітарній Конференції в Варшаві. В серпні цього року УЧХ також мав запрошення на Міжнародну Конференцію Червоних Хрестів в Женеві, але через політичні ускладнення поміж Урядом УССР і Швейцарським урядом відмовився послати свого представника.

Оглядаючись на те, що зроблено Укр. Черв. Хрестом за цей час, треба признати, що зроблено немало, це знають і на Україні, знають і закордоном. Проф. Нансен, який сам особисто під час свого перебування на Україні і через свого уповноваженого на Україні Квіслінга мав нагоду близько ознайомитись з працею Українського Червоного Хреста, на Міжнародній Конференції в Женеві офіційно висловив свою пошану і подяку Українському Червоному Хрестові за його працю по допомозі голодуючим.

Допис зі Львова.

З українського лікарського товариства у Львові.

Українське лікарське товариство у Львові, яке до війни було організацією лікарів у межах австрійської держави, гуртує тепер всіх лікарів українців на західних українських землях, що перебувають під польською владою. В цім краю знаходиться тепер 106 лікарів українців, з цього в Галичині 99, а на Волині і Холмщині 7. В Галичині практикує 25 лікарів у Львові, 65 по різних провінціальних містах і містечках. 9, що перебувають

переважно у Львові, мають закордонні, ще не пострифіковані, дипломи.

З провінціальних міст більшу кількість українських лікарів вказують: Станиславів 6, Коломия 5, Перемишль 4, Тернопіль 3. Переважна частина лікарів практикує у загальній медицині. Спеціялістів маємо невелике число, головно у Львові і в деяких більших провінціальних містах.

І так маємо: хірургів 3, інтерністів 7, дентистів 3, педіатрів 1, неврологів-психіатрів 2, гінекологів-акушерів 4, дерматологів 4, окулістів 2, бактеріологів 1.

Загальні умовини життя для лікарів українців доволі корисні. Населення відчуває брак лікарів українців. У кожнім містечку, а навіть по деяких більших селах є добре місце для лікаря українця, і сьогодні велике число таких місць у Галичині, а ще більше на Волині, необсаджено: або нема в них ніякого лікаря, або чужинці, до яких населення нерадо звертається.

У Львові і по більших провінціальних містах відчувається недостача спеціалістів українців. Деякі спеціальнігалузі зовсім необсаджені, напр.: немає ні одного лікаря ляринголога і отіятра, а найменше один повинен бути у Львові і по інших містах. Наведений вище список вказує тільки одного дерматолога. У Львові нема зовсім окуліста, хірурга. Таким чином цілий ряд спеціалістів знайшов би ще добре приміщення на західних українських землях.

Нарешті при творенні українського медичного факультету у Львові виявилась недостача лікарів спеціально освічених у теоретичних галузях медичних наук. Цей брак треба нам конче заповнити і необхідним є, щоб певне число наших лікарів віддалося або виключно, або й при практичній праці, також спеціалізації в одній з теоретичних медичних наук: анатомії, фізіології, хемії, гістології, фармакології, судової медицини та інших.

Недостача наукових сил тут зовсім зрозуміла, бо наскільки умовини для практичного лікаря корисні, настільки умови для наукової праці надзвичайно несприятливі. Доступ до наукових інститутів був давно для нас обмежений, а сьогодні цілковито замкнений як до кліник, так і до всяких державних шпиталів. Тому потреба власної лічниці у Львові являється для нашого лікарського стану неукучим постулитом.

Лікарське товариство відбуває правильно сходини кожного вівторка у власній домівці при вул. Руській ч. 3. В сходинах беруть численну участь лікарі, перебуваючі у Львові і принагідно

також із провінції. Крім полагодження ріжних станових справ та справ будови шпиталю, відбувалися минулого року також наукові відчити з дискусіями. Досі відбулися такі відчити:

- I. Д-р О. Подолинський. Бевілідність, сучасні погляди на причини і лікування ІІ.
- II. Д-р Максимонько. Про ревматичні інфекції.
- III. Д-р О. Пелек. Про еклампсію.
- IV. Д-р Св. Балей. Про інвагінацію.
- V. Д-р Долинський. З випадки Neus'у.
- VI. Д-р Барвінський. Лікування золотухи і сухоти череа-шкірним способом.
- VII. Д-р Музика. Про бактеріофагів D'Herelle'a.
- VIII. Д-р Подолинський. Про теорії полу.
- IX. Д-р Ст. Балей. Сучасні погляди на гістерію.

Лікарське товариство понесло в цьому році дві болочі втрати. Смерть забрала двох членів, які належали до найбільше діяльних: Д-ра Івана Липу та Д-ра Сильвестра Дрималіка. *M.*

Народня лічниця у Львові.

Українське громадянство, а головно лікарі-українці у Львові вже від довшого часу відчували брак власної лікарської інсти-туції, де незаможні хорі діставали-б безплатну лікарську пораду та опіку, а молоді лікарі могли би біля старших досвідчених лікарів набрати практики. Щоби заложити таку інституцію заснували в 1903 р. пок. д-р Евген Осаревич, д-р Кость Левицький, нотар Йосип Онишкевич і крилошанин о. Богдан Пюрко статутарне товариство «Народня лічниця», а митрополит о. Андрій Шептицький віддав до безоплатного вжитку цього товариства будинок а городом у Львові при вул. Петра Скарги ч. 4, який перед тим звелів власним коштом відновити і для цілей товариства достосувати.

Цілью «Народньої лічниці» після статуту є подавати безоплатну поміч убогим хорим без ріжниці народності й віри. З причини браку фондів і місця обмежено поміч лікарську лише для при-ходячих хорих, себ-то відчинено амбулаторію, маючи на меті в майбутньому поширити Народню лічницю в той спосіб, щоби можна в ній приміщувати і тяжче хорих. Фонди Народньої ліч-ниці складалися і складаються виключно з членських вкладок і добровільних пожертв. З початком світової війни була «Народня

лічниця» зачинена, бо майже всі ординуючі там лікарі були або при війску або на еміграції. Аж в 1916 р. почалися знову правильні ординації, спершу лише на внутрішніх відділах, а згодом і на всіх інших.

Від травня 1923 р. в будинку «Нар. лічниці» міститься також «Порадня матерей», що належить «Т-ву для охорони дітей і молодіжі».

Головою товариства є д-р Іван Куровець, директором Народньої лічниці був до 1 січня 1924 р. д-р Сильвестр Дрималик, якого на превелику шкоду Народньої лічниці забрала невмолима смерть.

В 1923 р. відбувалися в Нар. лічниці слідуючі ординації:

- 1) для внутрішньо хорих — ординуючі лікарі: д-р М. Вахнянин, д-р С. Дрималик, д-р І. Куровець,
- 2) для хірургично хорих — д-р Я. Зельцер,
- 3) для діточих недуг — д-р О. Барвінський,
- 4) для жіночих недуг — д-р О. Подолинський,
- 5) для шкірних і венеричних недуг — д-р І. Гриневецький,
- 6) для недуг вуха, носа і горла — д-р З. Зельцер,
- 7) для недуг ока — д-р Ігель,
- 8) насвітлювання кремінною лямпою — д-р Е. Олексій,
- 9) хемічні і бактеріологічні розсліди виконував д-р М. Музика в лабораторії Наукового товариства ім. Т. Шевченка при вул. Чарнецького 24.

Фреквенція хорих в 1923 р. була: нових хорих 7.958, повторних 12.232, разом 20.190. На 7.958 нових хорих було 4.577 українців, 2.606 поляків, 609 юдів, 166 інших народностей. В 1916 р. було 955 хорих, а в 1922 р. було 7.501 нових хорих; отже фреквенція стало побільшується.

Маючи на оці первісну ціль Народньої лічниці поширити лікарську опіку і на тяжче хорих, примушений ще до того й ліхім обхожденням з хорими українцями і висміюванням та нерозумінням української мови в львівськім красивім шпиталю, далі усуненням усіх платних лікарів українців з того ж шпиталю, заłożивши в рамках Народньої лічниці тісніший комітет для побудування Народного Шпиталю у Львові. Комітет поставив собі за ціль побудувати в як найкоротшім часі власний шпиталь і з цією метою веде відповідну акцію та збірас пожертви, які належить посыпти на адресу Народньої лічниці у Львові вул. Петра Снарги, ч. 4.

Прага.

В „Спільці укр. лікарів в ЧСР.“

23 грудня 1923 р. в залі Гигієничного Інституту Карлового Університету в Празі відбулися річні збори «Спілки Укр. лікарів в ЧСР». Збори привітали: від Укр. Університету в Празі ректор його, почесний член «Спілки», проф. др. І. Горбачевський; від Української Господарської Академії в Подебрадах проректор Академії проф. Б. Іваницький (він же вітав від «Т-ва укр. сільсько-господарських техніків», як голова цього Т-ва); від «Т-ва укр. правників» — голова його проф. Р. Лашенко. Промовці підкреслювали в своїх словах значіння тієї праці, яку перевела «Спілка», скупчivши укр. лікарів на еміграції і давши їм можливість фахово удосконалюватися, та вказували на живий авязок, що вже встановився і мусить далі ще зростати між укр. культурними та науковими установами, щоби спільними силами шукати шляхів для відродження нашого знівеченоого народу і спільно працювати над цим відродженням.

Після заслухання звіту секретаря, публичне засідання зборів закінчилося рефератом д-ра Б. Матюшенка на тему «Сучасний стан здоров'я українського народу і перспективи на більче майбутнє». В адміністративному засіданні, що відбулося того ж дня по-півдні, були заслухані звіт і презідії і комісій, і було обрано презідію «Спілки» в тім же складі, який вона мала в останні місяці, а саме: головою — д-ра Б. Матюшенка, заступником голови д-ра В. Наливайка і секретарем д-ра І. Ортинського; заступниками членів презідії обрано д-рів К. Вовсідку і А. Дідуника.

За час від річних зборів у СУЛ відбулося кілька засідань організаційних і два засідання з рефератами (д-ра Ю. Добриловського — про протейнову терапію і д-ра Н. Мавепи — про анафілаксію). За останні місяці до «СУЛ» вступило 8 нових членів, виїхав із ЧСР — 1; таким чином на 1.IV. 1924 в «СУЛ» мається 38 членів.

При «СУЛ» працює вже другий місяць комісія з медиків і філологів по редагуванню надісланого «Спільці» для видання великого латино-українського медичного словника, складеного д-ром М. Галиним. Другий словник д-ра Галина («поліглот» — українсько-латино-імецько-російський) редагує тим часом почесний член «СУЛ» др. Модест Левицький, що живе по-за Прагою.

Крім продовження видання «Укр. Мед. Вістнику» і видання словників, «СУЛ» налагоджує видання медичних підручників. Всіх, хто має готові оригінальні чи перекладові праці, прохастесься о зголошенні.

Проф. Х. Омельченко

З Київа прийшла сумна звістка, що вмер професор Хведір Омельченко, директор Мікробіологичного Інституту Української Академії Наук та ректор Київського Ветеринарного Інституту. Я хотів би кількома словами згадати той час, коли мені довелося близьче пізнати небіжчика.

Це було в Київі на протязі 1920—21 р. р. В ті часи, коли майже все життя вавмерло, коли голод і холод спиняли всі рухи людей, Хведір Захарович був одним з тих, що будили до життя рештки наших медиків. Він був одним з тих виняткових у нас людей, що своєю енергією, рухливістю думки та оптимізмом життя вносять молодечий фермент в усіку справу, в якій доводилося йому брати участь. Не було ні одного засідання медичної секції, де-б Хведір Захарович чи рефератом, чи дискусійним словом не оживляв наші лікарські наради. Він був одним з найзаявленіших дискутантів, який вмів навіть найбільш сухий предмет реферату зробити інтересним. Як член видавничої Комісії Медичної Секції Укр. Наук. Т-ва він був одним із тих, що найбільше спричинились до виходу 5-го числа «Медичного Збірника». Треба з похвалою згадати його змагання витворити українську медичну термінологію, куди він вносив багато своїх влучних та оригінальних термінів.

Він був творцем Мікробіологичного Інституту при Укр. Академії Наук. В осені 1921 р., позбавлений посади, в голоді та холоді просижував він цілі дні в Інституті, улаштовуючи сам, без найменшої допомоги в боку, цілий Інститут. При прощанні зі мною Хведір Захарович висловлював найбільшу радість з того факту, що двоє лікарів зголосилися до нього для наукової праці, і що мрія його починає здійснюватись. І дійсно, його мрія — виховувати далі наукових працівників — здійснилася, коли він став ректором Ветеринарного Інституту. Та на превеликий жаль невмоляма доля надто скоро вирвала його з наших рядів. Одному з найкращих українських громадян та наукових працівників хай буде земля пером!

Д-р М. Сисак.