



ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Журнал Українського Лікарського Товариства в Америці

MEDICAL JOURNAL
*of the American Ukrainian
Medical Society, Inc.*

2

ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

ЖУРНАЛ

Українського Лікарського Товариства в Америці.

MEDICAL JOURNAL of the American-Ukrainian Medical Society, Inc.

Адреса Редакції: American-Ukrainian Medical Society,
Ukrainian National Home, 140 Second Ave., New York 3, N. Y.

Редагує Колегія.

З М І С Т Ч. 2:

- | | |
|--|---|
| <i>А. Бруншвіґ</i> — Тотальна і передня ексентерація тазу. | <i>Т. Бриндзан</i> — Українські лікарі на Буковині. |
| <i>Я. Дзядик</i> — До казуїстики оперативного лікування метастатичних мелянобластом печінки. | <i>Т. Рожанковський</i> — Дещо з пам'яті. |
| <i>Б. Гординський</i> — Гіпертонія. | <i>Ф. Дудко</i> — Пам'яті д-ра О. Бурки. Наші втрати. |
| <i>Н. Осадга-Яната</i> — Українська народня медицина. | З діяльності УЛТА (Мішіґенський Відділ). |
| <i>С. Парфановиґ</i> — До історії українського лікарського життя в Галичині. | Українська медична хроніка. Надіслані друки. До Читачів нашого журналу. Лист до Редакції. Голоси наших Читачів. |

Обкладинка роботи арт.-мал. Якова Гніздовського

Ціна цього числа 1 доляр.

ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Журнал Українського Лікарського Товариства в Америці

Рік I.

Грудень 1954

Ч. 2.

Тотальна і передня ексентерація тазу

1. Звідомлення про висліді 315 операцій.

*Александр Бруншвіг
Нью-Йорк**

(Авторизований переклад)

Операції тотальної тазової ексентерації та передньої тазової ексентерації вже описані раніш (див. літературу під ч. 1, 2, 3). Такі операції поручаються у випадках далеко розвиненого пістряка тазових органів, коли хвороба захопила більш, як один орган або коли ці органи загрожені в такій мірі, що нема

іншого виходу, як усуненням їх припинити розвій хвороби та продовжити життя людині.

Операція тотальної ексентерації тазу полягає в тому, що вирізуємо в цілості сечовий міхур, долішню частину сечоводів, піхву, матку, аднекси, тазову та спідню частину сігмоїдної кишки і усуваємо лімфатичні залози та всю очеревну тазу. Звичайно сечоводи вшиваються у сігмоїдну кишку, створюючи таким чином так зв. мокру колостомію (ілюстр. 1). У спеціальних випадках сечоводи вшиваємо в шкіру, утворюючи обосторонні шкірні уретеростомії. Лише в двох випадках міхур був замінений частиною тонкої бедрової кишки.

*) Alexander Brunschwig, M. D., F. A. C. S. — професор хірургії Корнел університету в Нью Йорку, головний хірург ньюйоркського Memorial Hospital (Інститут для дослідження пістряка і споріднених з ним недуг), відомий у світі вчений і оператор, почесний член багатьох медичних установ і товариств в Америці та в інших краях світу.

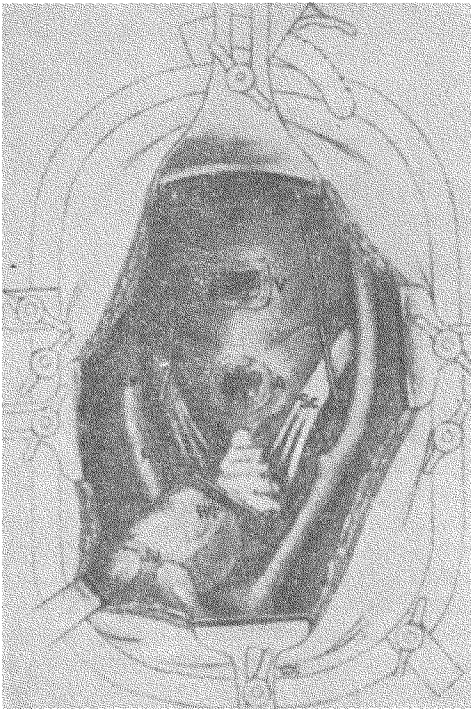
Цю працю, опубліковану в англійській мові в журналі "Surgery, Gynecology and Obstetrics", Sept., 1954, Vol. 99, Виш. Автор дав право редакції нашого журналу вмістити на його сторінках в перекладі на українську мову.

Редакція.

Техніку переведення уретероколостомії, про яку була мова, описав уже автор у попередніх статтях. Тої самої техніки вживаємо, коли сечоводи перещеплені до сігмоїдної кишки (щоб створити „мокру колостомію”), а також можемо пе-

рещепити їх до неушкодженої грубої кишки.

Операція передньої ексентерації тазу полягає в тому, що зовсім усувасмо сечовий міхур, спідні сечоводи, піхву, матку, аднекси, лімфатичні залози тазу та тазову очеревну. Прямої кишки при операції не рухаємо і до неї вщеплюємо сечоводи (ілюстр. 2). Таким чином хворі не мають уретероколомостомії і



Ілюстрац. 1. — Схематичний образ тазу після тотальної ексентерації, коли усунено всі органи, тазові залози та очеревну крізь розтин у передній черевній стінці. Перекрої: U — уретра; V — піхва; A — пряма кишка, розмішені в ширших відступах для більшого унагляднення. Av — підв'язані обтураторні судини; Op — обтураторний нерв; Sc — крижовий сплет; Hv — підв'язані судини (a. i. v. hypogastrica); Ev — зовнішня бедрова артерія і жила. Wt — кінець коломостомії; Iu — уретери, перещеплені вище кінцевого отвору.

виділяють сеч та кал крізь неушкоджену пряму кишку.

Індикації для передньої тазової ексентерації та для тотальної тазової ексентерації залежать від того, в якій мірі органи захоплені хворобою. Операцію тотальної ексентерації з рівночасним створенням „мокрої коломостомії” виконав уперше автор цієї статті у грудні 1946 р. з тої причини, що всі органи тазу були знекротизовані внаслідок занадто великої реакції після радіотерапії пістряка піхви. Тотальну ексентерацію, як ми вже сказали, поручаємо тоді, коли пістряк займе всі органи тазу або коли загрожує їм своїм поширенням у такій мірі, що радикальне усунення хвороби можливе лише через таку операцію. Передню тазову ексентерацію поручаємо тоді, коли стверджуємо, що сечовий міхур, матка і піхва вже зайняті хворобою, проте пряма кишка вільна від хвороби і її можна зберегти та таким чином оминати творення коломостомії. Це хірургічне втручання — передня тазова ексентерація із витином лімфатичних залоз тазу рівночасно — було виконане автором статті у грудні 1947 р. тому, що пістряк, вийшовши із кіктя шийки матки, поширився на міхур (що був перед тим без успіху насвітлюваний). Пацієнт живе досі по 6-ти роках після операції, без жадних ознак повернення хвороби. У мужчин ексентерація тазу полягає у вирізанні всього міхура, прямої кишки, простати та тазових лімфатичних залоз.

Самозрозуміло, що питання радикальності цих операцій, головню тотальної ексентерації тазу, викликало деякі застереження. Дехто висловлював і висловлює думку, що коли пістряк дійшов аж до такої стадії, в якій операційно треба усувати вже макроскопово стверджені пістрякові зміни, тоді таке хірургічне втручання зовсім безна-

дійне, бо напевне знову прийде до навороту хвороби й до метастаз. Хоч ці думки в літературі не висловлювались одверто, проте в попередніх публікаціях панував такий тон. Інтенції, що просвічували в ексцентераційних операціях раннього періоду, мали здебільшого паліятивний характер. Усі ті, хто має до діла з занадто розвиненим пістряком тазових органів, голов-

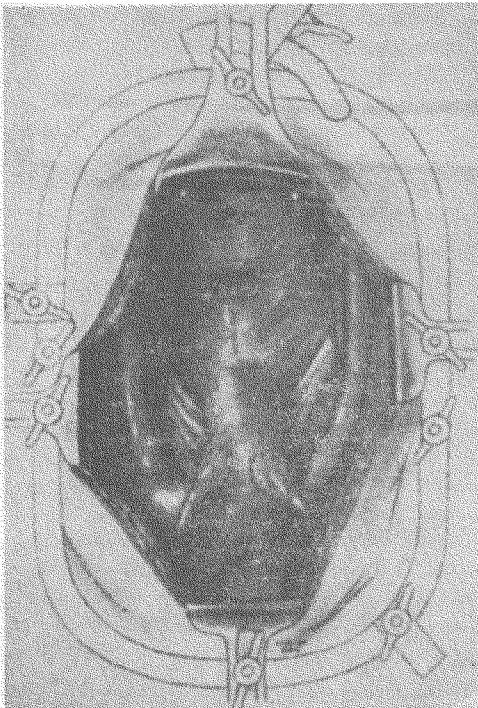
що операція варта переведення, щоб дати бодай тимчасову полегшу хворому. Радіотерапія після невдалих попередніх спроб рідко коли знову виправдує себе і її не можемо поручати. Проте дехто намагається твердити, що повторною радіотерапією можна досягнути щонайменше в 25 процентах полегші на 3-5 років. Але з цією думкою не погоджується більшість визначних радіологів-терапевтів.

Єдиним покажчиком, що виправдує ексцентерації тазу, є здобуті висліди. Оце саме минуло 7 років від часу, коли була переведена перша тотальна ексцентерація тазу. Тому, що за останні 5 років було зроблено коло сотки операцій тотальної і передньої ексцентерації, сьогодні вже можна проголосити їх висліди та зробити частинні підсумки. Д-р В. Данієль переглянув докладно усі історії хворіб згаданих оперованих і на цій підставі, спеціально позначивши хвороби, випрацював статистичні таблиці.

МАТЕРІЯЛ.

Особи, що ввійшли в серії цих дослідів, були хворі, оперовані автором цієї статті, як приватні або клінічні пацієнти; хворі, яких оперували лікарі-резиденти при асисті досвідчених лікарів, в тому й автора статті, і, врешті, хворі, оперовані, як приватні пацієнти, цілим рядом шпитальних лікарів. Сюди не враховано трьох хворих, яких оперував автор цих рядків перед приходом до Memorial Center.

У таблиці ч. 1. наведені первісні роди хвороби та типи операцій ексцентерації. Треба зазначити, що найчастішою хворобою є карцінома шийки матки — 225 хворих; дальшою найчастішою хворобою є карцінома тіла матки — 22 хворі; карцінома вульви — 18 хворих; мазові некрози після терапії наświetлюванням — 15 хворих і, врешті,



Ілюстр. 2. — Схематичний образ тазу після передньої частинної ексцентерації. Сечовий міхур, долішня частина уретерів, піхва та матка усунені зовсім. Уретери перешеплені до тазової грубої кишки. Крижовий сплет відкритий по обох боках.

но з пістряком шийки матки, знають, до яких терпінь приводять наświetлювані або безнадійні випадки хвороби. Тому, що в багатьох випадках хвороба обмежується лише тазовими органами, нам видається,

ТАБЛИЦЯ I. — Ексентераційні операції, переведені у випадках тяжкого пістряка.
(Вересень 1947 до грудня 1953).

Первісні зміни	Тотальна ексентерація:	Передня тазова ексентерація:
пістряк шийки матки	146	79
пістряк тіла матки	11	11
саркома тіла матки	4	0
мішаний мезодермальний новотвір матки	0	1
пістряк епідермоїд піхви	6	1
пістряк вульви	5	13
мелянома вульви	0	1
ембріональна аденокарціома піхви	0	1
пістряк яєчника	5	1
пістряк прямої кишки	12	0
рабдоміома піхви	1	0
масова некроза після радіотерапії	12	3
пістряк сечового міхура	0	2
	202	113

Загальне число ексентераційних операцій 315

карцінома прямої кишки — 12 хворих. Всього було переведено до 31 грудня 1953 р. — 315 операцій, 202 тотальних ексентерацій тазових органів та 113 передніх тазових ексентерацій. Більшість випадків, з яких ми подаємо звіт, були випадками гінекологічного пістряка, проте загальні принципи хірургічної техніки відносяться і до пістряка сечового міхура та прямої кишки.

Тому, що пістряк сечового міхура дав метастази швидше, як гінекологічний чи ректальний пістряк, висліди, які включають також випадки міхурового пістряка, не були б такі успішні, якими вони є в нашому звіті.

ХІРУРГІЧНА СМЕРТНІСТЬ

До поняття смертності ми підходимо з двома критеріями. Безпосередньою хірургічною смертністю називаємо смерть, що трапляється упродовж 30 днів після операції, байдуже, з якої саме причини. Хво-

рих, що вмерли у лікарні після 30-го дня від операції, зараховуємо до категорії шпитальної смертності. Обі вищеназвані категорії смертності складаються на так звану тотальну смертність.

У кількох випадках поворот хвороби прийшов дуже швидко, хворі не залишили лікарні й померли в кількох тижнях після операції. До цієї групи належало 56 хворих (з усіх 315); вони померли упродовж 30 днів після операції, даючи висоту хірургічної смертності 17,7 відсотків. Це релятивно високе число пояснюється тою обставиною, що селекція хворих була мінімальна, бо в більшості випадків приймали на увагу паліативне лікування. Упродовж цього періоду виконано серію 19 наступних одна за одною тотальних ексентерацій, з одним випадком смерті, та другу серію 15 передніх ексентерацій, теж із одним смертним випадком.

Очевидно, що, змінюючи способи селекції, можна було б досягнути

менших процентів хірургічної смертності. Із 315 хворих 28 не покинули лікарні живими, дарма, що перебули там понад 30 днів. Це дає 8,8 відсотків шпитальної смертності. Разом тотальна смерть дає

26,6 відсотків. Це значить, що кожен четвертий із оперованих умирав.

Хірургічна смертність залежала від віку хворого, як це виказує таблиця ч. II.

ТАБЛИЦЯ II. — Хірургічна смертність за віком хворих після ексцентераційних операцій.

Вік:	Число оперованих хворих:	Відсотки хірургічної смертності:
1 рік	1	0
20 — 29 рр.	6	0
30 — 39	41	7
40 — 49	111	16
50 — 59	100	22
60 — 69	52	23
70 — 80	4	25

Короткий період, що його перетривали 3 хворі віком понад 70 років, все-таки оправдує цього рода операції групи хворих вказаного віку.

По 1-му січні 1954 р. автор цих рядків виконав операцію передньої ексцентерації у 73-літньої хворої із широко розвиненою карциномою шийки матки та інвазією сечового міхура. Період реконвалесценції минув без ускладнень і хвору виписано з лікарні в дуже добромому загальному та фізичній активності стані. Проте зовсім очевидно, що поважний вік людини збільшує ризико смертності. Вартим уваги є те, що смертність групи хворих від 60-го до 69-го року життя не є більша від смертності групи у віці 50-59 років.

Причини безпосередньої смертності бувають різні. Шість випадків смерті сталося в операційній залі з причини неможливого до опанування шоку (кровотеча), даючи 2 відсотки загального числа. Чотири із цих смертей в операційній залі були останнього року — 1953.

Причини безпосередньої і шпитальної смертності показані на таблиці ч. III.

У більшості це були хворі з так зв. поганим ризиком і при звичайних обставинах їх можна було уважати за невідповідних до оперування з причини тяжкого загального стану та задалеко розвиненого стану хвороби. Шок, уремія і ускладнення інтестинальної фістули (звичайно після переведеної радіотерапії кишок) були причиною 41 випадків смерті та належали до безпосередньої і пізньої шпитальної смертності. Хочемо ствердити, що ускладнення сечоводної системи були причиною 13 смертей (на загальне число 84 смертей), даючи 16 відсотків. Шок був причиною 12 смертей, тобто 15 відсотків у серії смертних випадків. Таким чином, 4 відсотки всіх хворих, що піддалися операції, померли з причини шоку. Некропсії були переведені в 45 із 84 фатальних випадків, а у 13 випадках були знайдені залишки карциноми. Цього треба було сподіватися, бо в багатьох випадках на увазі було лише паліятивне лікування.

КРОВОТЕЧА ТА ТРАНСФУЗІЯ КРОВИ.

Тому, що очеревна стягається з цілого тазу разом із альвеолярною тканиною та лімфатичними судинами, утворюється широко відслонена поверхня. З цієї поверхні весь

час просочується кров. Здебільшого ми намагаємося здержати її за допомогою тампонів, змочених гарячим соляним розчином. Пістряк шийки матки поширюється у товщеву тканину довкола сідалих нервів і тому відслонення цих нервів має велике значення. Найкра-

ТАБЛИЦЯ III. — Причини хірургічної та шпитальної смертності після тотальної та передньої частинної ексцерації тазу

Причина:	Хірургічна смертність		Смерть у лікарні	
	упродовж 1 — 30 днів:		в часі 1 — 6 місяців після операції:	
Шок	12	.....	0	.....
Уремія	8	.....	5	.....
Фістула кишок	6	.....	10	.....
Перитоніт	6	.....	3	.....
Сепсис	7	.....	2	.....
Серцево-судинна	2	.....	0	.....
Апоплексія	3	.....	1	.....
Запалення легенів	1	.....	1	.....
Кахексія	0	.....	1	.....
Емболії	2	.....	0	.....
Гепатит	1	.....	0	.....
Кровотеча, пізня	2	.....	0	.....
Неозначена	5	.....	5	.....
Інфаркт кишок	1	.....	0	.....
Разом	56 (18%)	.....	28 (9%)	.....

щою методою цього відслонення є ресекція гіпогастріальної артерії і жили з їх галузками. При цьому трапляються поважні кровотечі. Тому в часі операцій ексцерації завжди потрібно буває мати під руками велику кількість крові. Число трансфузій залежить від ситуації.

В таблиці IV зроблені підсумки числа переливань крові у 314 хворих. Сюди не зараховано 6 хворих, які померли в операційній залі, але в цих випадках кількість зужитої крові не перевищувала максимального числа, поданого в таблиці. Одна дитина дістала 250 кубічних см. крові. Одного хворого не зарахова-

но, бо його історія хвороби не була в порядку. Пересічно припало на хворого (беручи 314 хворих) 3,500 кубічних сантиметрів перелитої крові, або 7 одиниць (1 одиниця — 500 куб. см.). Границями були з одного боку пів одиниці і 34 одиниці з другого боку.

Цікаво завважити, що кількість перелитої крові була у пропорційному відношенні до хірургічної смертності. Ця смертність давала 10 відсотків, коли було вжито 500 до 2.500 куб. см., і 60 відсотків, коли треба було дати понад 16 одиниць крові.

Ніколи не можна передбачити, кілька крові втратить хворий під-

ТАБЛИЦЯ IV. — Переливання крові підчас ексентераційних операцій.

Число одиниць: (500 куб. см. = одиниця)	Число хворих:	Відсотки хірургічної смертності у серіях:
½ до 5	129	10
6 до 10	119	22
11 до 15	49	17
16 до 20	6	} 17 59
21 до 25	6	
27 до 30	4	
31 до 34	1	
Разом	314*)	

*) Один випадок не врахований з причини неповних даних.

час цих операцій. Тканини можуть виказувати едематозні або фібротичні зміни внаслідок радіотерапії. Ці фактори допомагають зменшити кровотечу. Як ми сказали, кровотеча походить від просочування

крови з відслоненої поверхні. Масова кровотеча може бути наслідком ушкодження великих судин, головним чином внутрішньої бедрової жили та її розгалужень. Великою небезпекою кровотечі загро-

ТАБЛИЦЯ V. — 5-річні висліди після ексентераційних операцій (хворі, що пережили від 4 до 6½ років).

Число хворих	Операція в році	Живуть і в доброму стані	Відсоток вирятування
13	1947	3	23
49	1948	4	8
42	1949	5	12
Разом: 104	1947-1949	12	12

жує також ексцизія цієї жили або її галузок. Наприклад, глютеальні галузки цієї жили можуть скоротитися, заховатись поміж або поза розгалуженнями нервів крижового звою і їх буває неможливо підв'язати. Тому, що за цими нервами простягається лише м'яка тканина (в місці, де нерви залишають таз крізь сідалний отвір), буває нелегко забезпечити кровоносні судини гемостатами, бо нема твердого підложжя, на якому міг би спертися тиск інструментів. Підчас невдалих спроб знайти і підв'язати судини, кровотечу буває тяжко спинити. Досвід виказав, що щільне тампонування тампонами, змоче-

ними гарячим фізіологічним розчином соли — є найкраща метода в цих випадках.

ДАЛЬШІ ВИСЛІДИ

У таблиці ч. V подано висліди „за 5 років”. В дійсності це є висліди вилікування від 4 до 6½ років. Вони дають 12 відсотків (12 хворих із загального числа 104).

Таблиця ч. VI дає підсумки операцій за 1950 та 1951 роки. Число вилікувань дає тут 30 відсотків. Це число ми інтерпретуємо, як наслідок успішного паліятивного лікування, яке у висліді дало видужання бодай на 2 роки у групі 89 хворих, оперованих у 1950 і 1951 рр.

ТАБЛИЦЯ VI. — Висліди з 2-х — 4-х років після ексентераційних операцій.

Число хворих	Операція в році	Живуть і перебувають у доброму стані	Відсоток вирятування
38	1950	9	24
51	1951	18	35
Разом: 89	1950-1951	27	30

КОМПЛІКАЦІЇ ПІДЧАС ПЕРІОДУ ДОВГОГО ВИДУЖАННЯ

Після ексентераційних операцій можна спостерігати різного рода комплікації. Проте жадна з цих комплікацій не виступала частіше від інших і не давала себе вирізняти. Гіперхлоремічну ацидозу, яку ми обсервували, можна було легко контролювати і вона не утворювала поважної проблеми. Це буває у хворих після передньої ексентерації тазу, коли уретери перещеплені до неушкодженої грубої кишки. Через те, що анальний сфінктер діє неушкодженим механізмом, настає нагромадження сечі в грубих кишках, головним чином вночі. Цим хворим, із захитаним баянсом електролітів, ми записуємо на ніч ректальну рурку, а вдень до пиття багато води із бікарбонатом натрія.

Трапляються також атаки асцендного пієліту і ми їх лікуємо в лікарнях хемотерапією.

Ми не бачили поважних інфекцій сечоводної системи, які б повторювалися і не давали себе опанувати. У більшості випадків інфекція сечоводних шляхів не проявляла себе взагалі. Приявність пієліту чи інших пізніх комплікацій ніколи не була такою частою за час 7-ми років, щоб викликати сумнів, чи наші операції можуть дати довготривале видужання?

Скрут кишок внаслідок зростів після деперітонеалізації тазу не був частим явищем. Він траплявся часом у післяопераційному періоді

і майже завжди його причиною були навороти або метастази пістряка. Скрут кишок, спричинений післяопераційними зростами, був виявлений у 5 випадках, але ці зрости були звичайно в горішній черевній ямі або в околиці підв'язаного інфундібуло-тазового лігаменту. В одному випадку виявлено скрут тонких кишок довкола зростів на місці уретеро-коlostомії. У двох випадках (із 5-ти), коли зрости у деперітонеалізованому тазі були причиною скруту кишок, треба було перевести ляпаратомію.

ЗАДНЯ ТАЗОВА ЕКСЕНТЕРАЦІЯ

Ця назва означає операцію, в якій витинається в цілості грубу кишку тазу, матку, піхву, аднекси з ексцизією чи без ексцизії тазових лімфатичних залоз. Цю операцію переводимо у випадку карціноми прямої кишки, яка поширюється наперед, захоплюючи жіночі органи, а також у випадку карціноми жіночих органів, коли вона посувається назад, до прямої кишки. Ця операція не є якимсь новим винаходом, хоч здебільша в минулому не робили радикального усунення піхви, матки, аднексів та прямої кишки. Операція в засаді є поширеною клясичною операцією черевно-перінеальної ресекції прямої і есоватої кишки. Через це ми не подаємо цієї групи хворих у наших вислідах. Тому, що ця операція залишає недіткненим спідній сечоводний шлях, вона є технічно простішою і менш ризиковною, ніж

передня, чи, тим більше, тотальна ексентерація тазу.

ОБГОВОРЕННЯ

Коли ці операції були вперше впроваджені, їх ціллю було паліативне лікування і це останнє залишається й дотепер одним із головних наших завдань. Важко прийти до остаточного твердження, яке давало б докладну оцінку й інтерпретацію паліативного лікування. Без сумніву, видужання, що триває 3 роки без сліду тої сильно розвиненої хвороби, яка примусила хворого рішатись аж на ексентерацію — повинні ми вважати за паліативне вилікування. Цього висліду ми досягли у 28 відсотках на всіх 89 оперованих в періоді 1950-1951 рр. Проте багато авторів вважає, що навіть кілька місяців, вільних від симптомів, що проявлялись перед операцією, є теж паліативним лікуванням. Ми цього досягнули в багато більших відсотках, ніж показано в статистичних зведеннях. Коли вперше впроваджено було операцію ексентерації, ми не могли сподіватися, щоб хворі пережили аж 5 років без проявів хвороби. Тимчасом досвід виявив, що це можливо і що операції дають „вилікування” розвиненого пістряка тазу, що поширився на два чи більше тазових органів. П'ятирічне видужання дає 12 відсотків на загальне число 104 хворих і ці відсотки є більші, як відсотки видужання з поширеного пістряка легенів, шлунка, підшлункової залози, стравохода чи жовчового міхура внаслідок хірургічного втручання. Звідси видно, що ексентераційні операції не є пропащими спробами і можуть дати ефективне паліативне лікування і „вилікування”. Тому треба б, здається, залишити дискусію про те, чи ці операції варті заходу.

Тепер виринає нове питання: чи повинен хірург братися за таку о-

перацію? Якщо так, то чи є в нього потрібні кваліфікації та досвід і чи має він досить помічного персоналу та середників, які дали б відповідну запоруку видужання хворого та належної опіки над ним після операції? Бо опіка над хворим після операції тотальних ексентерацій тазу багато важніша, як догляд над ним після інших хірургічних операцій.

Коли маємо до діла із далеко посувеним пістряком тазу, якого не можна опанувати радіотерапією (якщо він гінекологічного порядку), то лікар повинен всебічно усвідомити собі можливості ексентераційних операцій і відповідальність перед хворим та його родиною, заки менш чи більш категорично проголосить, що „нічого більше не можна вже зробити”. Тим пацієнтам можна все ще дещо допомогти, якщо хвороба обмежилася тазом, проте їм треба вияснити ситуацію. Ми звичайно виявляємо родині хворого діагнозу, засяг операції, її ризико, факт постійних фізіологічних і анатомічних змін, які вона залишає, та можливості паліативного лікування і „вилікування”. З другого боку, вияснюємо альтернативу, якщо не вживеться ніяких заходів. Одно певне: ці хворі, якщо нічого не зробиться, не „вмирають спокійно”. Коли родина погодиться на операцію, ми за порядком говоримо з хворим. Слова „пістряк” не згадуємо і воно ніколи не повинно бути вживане. Хворі звичайно знають самі, що вони мають, але драматизувати чи підкреслювати їхній трагічний стан, згадуючи про „розвинений пістряк” — зовсім непотрібно. Хірург не повинен ніколи лякати хворого, відбираючи від нього згоду на оперування. Ми вияснюємо йому лише зміни фізіологічного та анатомічного стану, які повинні мати місце внаслідок операції. Часто просимо того, хто прожив уже від

З до 6 років після операції, щоб він поговорив із хворим та продемонстрував йому, як він пристосувався до стану по „мокрій колостомії” та як повернувся до повної фізичної активності. Лише в рідких випадках хворі відмовлялись від пропозиції оперуватися. Ми вважаємо, що не є компетенцією лікаря бути єдиним суддею у присуді, може чи не може хворий мати вигляд на паліятивне лікування чи навіть „вилікування”. В таких випадках до остаточного рішення мусить прийти сам хворий із своєю родиною, повні усвідомлюючи собі небезпеку і те розчарування, яке може прийти по операції. Ексцентераційної операції не можемо поручати таким способом, як це робимо у випадках апендектомії. Але лікар не повинен також заявляти, що хворому краще лежати в могилі, ніж бути при житті після операції тотальної ексцентерації з постійними змінами анатомічного і фізіологічного стану тазу. Продовження вільного від фізичних терпінь життя, пристосування до колостомії та повернення до більш чи менш повної фізичної активності, як показує досвід, переважають над негативними змінами, які бувають по тотальній ексцентерації.

Якщо, як це буває в більшості випадків, операція не дає бажаного паліятивного лікування чи 5-літнього „вирятування”, тоді легко декому критикувати та закидувати повну безвиглядність операції від самого її початку. На щастя, значне число випадків дає висліди, які протистають такій критиці. При сьогочасніх осягах медичної науки треба вдаватись бодай до таких операцій, щоб дати хворим останній рятунок. Той факт, що у більшості випадків наші бажання заломлюються, не повинні свідчити про те, що ми маємо відмовляти всім хворим останніх сподівань на полегшу. Хворі та їхні родини,

як ми вже сказали, мусять знати про ці можливості, але разом із цим бути усвідомлені, що можливості успіху менші, ніж невдачі, проте все ж існують бодай мінімальні вигляди на полегшу терпінь хворого. Наші статистичні звідомлення, подані в цій статті — це лише початкові серії оперованих випадків у хірургії цього типу. В таких піонерських спробах завжди повинні бути випадки, коли оперованих треба було лишити в спокої. Якщо б ми були виключили ці випадки із наших серій та вжили інших способів, щоб штучно підвищити відсотки успішних випадків, то наші висліди напевне не лишилися б позаду менш радикальних оперативних втручань у випадках т. зв. придатного до операції пістряка інших органів тіла.

П і д с у м к и.

1. Тотальна ексцентерація тазу та передня частинна тазова ексцентерація — це операції, що можуть дати ефективне паліятивне лікування та 5-літнє „вилікування” у випадках, коли жадна інша відома в медицині метода лікування не може принести хворому полегші.
2. В статті наведені й обговорені статистичні серії хірургічної смертності серед 315 хворих з мінімальною селекцією та серії 5-річного вирятування паліятивним лікуванням.

Література.

1. Brunschwig, A.: Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. Cancer, 1948, 1:177.
2. Idem: Transactions of XII-th British Congress of Obstetrics and Gynecology. Pp. 248. London, Austral Press, 1949.
3. Idem: L'exenteration pelvienne. Sem. hop. Paris (Annales de chirurgie), 1953, 10:1.

До казуїстики оперативного лікування метастатичних меланоblastом печінки

Яків Дзядик

Вунзідель — Німеччина*)

Ще донедавна більшість авторів оцінювало наслідки оперативного лікування метастатичних меланоblastом занадто скептично. Проте пізніші статистики (Nathanson, Welch) ствердили, що деякі хворі по цих операціях живуть навіть по 5 років. Це дає хірургові підставу рішатися на найрадикальніші операції, щоб допомогти приреченому на смерть хворому полегшою в терпіннях і продовжити йому життя.

Подаємо один із таких випадків.

Як відомо, до злоякісних опухів, які залюбки створюють метастази в печінці, належить меланома. Вона виникає з меланоми судинної оболонки ока та з родимок обличчя, шиї і кінцівок. Метастази меланоми в печінці розвиваються в формі округлих вузлів — окремих або, частіше, розкиданих. Барва метастази часто не відповідає забарвленню первинного опуху, а часом і зовсім зникає. Через розпад тканин, меланін дістається до кровообігу і виділюється з сечою, де його можна буває виявити реакцією Thormählen'a.

В разі доброякісних чи злоякісних опухів печінки в засаді вживасмо або частинної ресекції частки (плата) печінки, або ресекції цілої частки.

Та, незалежно від вибору роду оперативного втручання, головною проблемою при операції печінки є

затамування кровотечі. Деякі автори вдаються до дигітальної компресії, еластичного обв'язування дренам або до інфільтрації супра-реніною, до тампонади та електрокоагуляції. Інші автори надають більшого значення прелімінарному обшиванню печінки (Кузнєцов, Пенський, Thöle, Wendel), або компресії аорти й судин в lig. hepato-duodenale. Stone і Saypol вилучують кровопостачання печінки компресією воротної вени і печінкових артерій до 33-х хвилин. Довше спинення кровопостачання печінки може викликати анурію зниження кров'яного тиску та явища шоку внаслідок подразнення сплянхнікуса. Іншим способом спинення кровотечі є лігатура відповідної галузі печінкової артерії. Thöle заперечує вартість попередньої лігатури відповідної печінкової артерії. На його думку, воротна вена постачає печінці більше крові, як артерія, а, з другого боку, лігатура артерії поручається лише при ресекції цілої частки з уваги на небезпеку некрози.

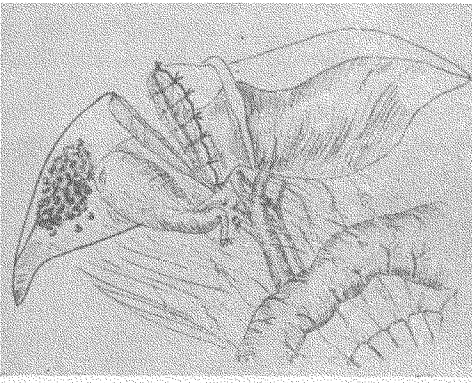
Крім затамування кровотечі з печінкової рани, має велике значення також обробка її. Як відомо, при малих ранах можливі первинні шви з адаптацією країв рани, в той час, як більші рани покриваються оксигелюлозою (Saypol), ресорбційною газою, трансплянтатом з fascia lata (Kirschner), м'язом із ляпаратомійної рани (Läwen), lig. falciforme (Pack), нарешті жовчовим мішуром. Але найчастіше автори вда-

*) Доктор медицини, хірург, директор шпиталю.

ються до покриття рани сальником (Boljarsky, Fromme), якому приписують ще й гемостатичний вплив.

Беручи під увагу, що казуїстична статистика оперативного лікування метастичних мелянобластом печінки не охоплює великого матеріалу, ми вважаємо, що наш випадок не позбавлений хірургічного інтересу.

Історія хвороби: Хвора (З. Т.), 50 років, перебула 9 березня 1948 р. енуклеацію правого ока з при-



Ілюстр. 1.

чини меляноми судинної оболонки на очній клініці. Від півроку почалися болі в околиці шлунка, проте рентгенівське дослідження його не виявило патологічних змін. Тимчасом пальпацією виявлено обмежений округлий опух у правій частині печінки завбільшки чоловічого кулака. Морфологія крові нормальна, реакція осідання еритроцитів за Вестергреном — 3-8 мм. Тест Таката-Ага негативний, Millon — реакція позитивна. Мелянін в сечі за Thormählen'ом позитивний.

Операція (д-р Я. Дзядик) 10. IX. 53 під мішаною загальною наркозою. Розріз по краю правих ребер за Marwedel'ем. Для ліпшого до-

ступу до печінки перетято хрящі 6-9-го ребер і весь верхній край рани відтягнуто догори. В правій частці печінки виявлено добре обмежений, червоно-жовтавий опух завбільшки з людський п'ястук і три вузли завбільшки з горіх навколо нього. Поклавши лігатури на ductus cysticus і на arteria cystica та перерізавши їх, перетято lig. triangulare dextr., а частинно lig. hepatorenale і hepatophrenicum. Урухомивши цим способом праву частку печінки, обшито її медіально від опуху грубим кетгуттом за методом Wendel'a і діатермічним ножом ре-сековано майже всю праву частку разом із жовчовим міхуром, а поодинокі судини на поверхні розрізу обшито (див. ілюстр. 1). Велику рану печінки покрито сальником, який відтято від colon transversum, і кількома швами прикріплено його на поверхні рани. Цим способом осягнуто повне затамування кровотечі. По впровадженні дрени в ділянку печінкової рани, зашито черевну рану. Підчас операції вли-то консервованої крові 1000 куб. центим.

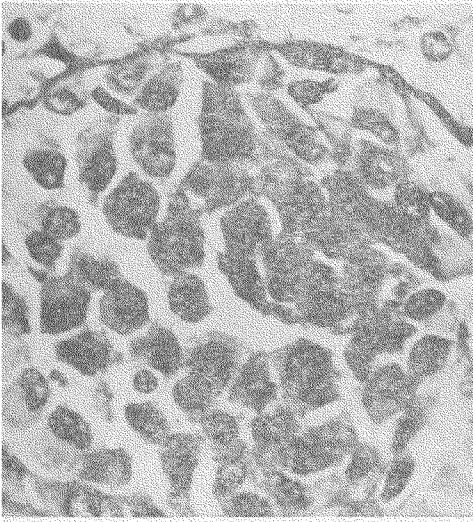
Поопераційний перебіг без ускладнень. Три тижні по операції меляніну в сечі вже не виявлено. Дослідження функції печінки з навантаженням галактози дало нормальний вислід 2,74 грамів.

Гісто-патологічне дослідження опуху (Патолог. Інститут Універс. Ерланген, проф. д-р Міллер) виказало в метастазі лейко-форму зляканої мелянобластоми (ілюстрація 2).

Рік по операції хвора почувала себе добре й виконувала свою попередню хатню працю. Клінічне дослідження того часу не виявило рецидиву. Мелянін в сечі далі був негативний.

Хоч ми не маємо в цьому випадку довшого поопераційного спосте-

реження, як упродовж одного лише року, проте навіть такий вислід бадьорить хірурга, тим більше, що у випадках метастатичної мелянобластоми ми ще й тепер не маємо будь-якого іншого надійного способу лікування. Очевидна річ, що у виборі випадків відограє велику



Ілюстр. 2.

Мікрофотограма опуху. Лейко — форма мелянобластоми в метастазі печінки.

ролю вчасна діагноза і своєчасна операція, бо наявність жовтачки, що є ознакою численних метастаз мелянобластоми в печінці, робить операцію не тільки недоцільною, а й просто небезпечною.

Література

1. **Bernhardt, F.:** Über moderne Gesichtspunkte in der chirurgischen Behandlung der Erkrankung der Leber und der Gallenwege. Dtsch. med. Wschr. 760, (1950)
2. **Constantini:** Des Kystes hydatiques du foie. Presse med. 1107 (1925)
3. **Gasparian:** Über die primären Lebergeschwülste. Arch. f. klin. Chir. 153, 435 (1928)
4. **Gohrbandt, E.:** Allgem. u. spez. Operationslehre Kirschner. Bd. VII/I. Springer-Verlag 1951.
5. **Heller, E.:** Die Chirurgie von Kirschner-Nordmann Bd. VII. Urban-Schwarzenberg — Verlag — Berlin — Wien.
6. **Jenkel, A.:** Beitrag zur Chirurgie der Leber und Gallenwege. Dtsch. Z. Chir. 104 (1910)
7. **Kaufmann, E.:** Lehrbuch der path. Anatomie, Aufl. 1931.
8. **Kehr:** Die gut- und bösartigen Neubildungen der Gallenblase und Gallengänge. Erg. Chir. u. Orthop. Bd. 8 (1914)
9. **Lang, H.:** Die arterielle Blutversorgung der tiefen Gallenwege. Chirurg 17/18, 67-70 (1947)
10. **Seifert, E.:** Allgemeines Chirurgie Münch. med. Wschr. 1089, 1351 (1953)
11. **Siegel, A.:** Ergebnisse d. Chirurgie und Orthopädie Bd. 38 Springer-Verlag 1953
12. **Stone, W. P., Saypol, G. M.:** Surg. Gyn. Obstetr. (Chicago) 95 (1952)
13. **Tietze, H.:** Technische Bemerkungen zur Leber- und Magen Chirurgie. Zbl. Chir. 51, 523 (1924)
14. **Thöle:** Chirurgie der Lebergeschwülste. Neue Dtsch. Chirurgie Bd. VII-VIII Ferd. Enke-Verlag 1913
15. **Wendel:** Beiträge zur Chirurgie der Leber. Arch. klin. Chir. 95, 887 (1911).
- Idem:** Über Leberlappenresektion. Arch. klin. Chir. 114, 982 (1920)
16. **Zweifel-Payer:** Klinik der bösartigen Geschwülste Bd. II Leipzig 1925

ГІПЕРТОНІЯ

Богдан З. Гординський
Drake, North Dakota*)

Гіпертонія, подібно до гарячки, не є хворобою, а лише ознакою хвороби. У понад 5% пацієнтів з гіпертонією можна знайти причину високого тиснення крові, натомість у 95% пацієнтів цієї причини виявити не можемо і зачисляємо їх до групи так зв. есенціальної гіпертонії. В останніх часах вживають нової назви для цього типу гіпертонії: hypertensive vascular disease.

У названих 5% пацієнтів причину гіпертонії знаходимо в змінах, що повстали в нирках, у нервовій системі, в ендокринному апараті, в серці або в кровоносних судинах.

Гіпертонія, викликана хворобою нирок, виступає в часі гострого й хронічного їх запалення, pyelonephritis, туморів і взагалі у всіх тих випадках, коли доплив крові до нирок є невістарчальний. Механізм цієї гіпертонії ще незнаний. Правдоподібно, головну роль відіграє тут гормон або ензим реніна, який продукується в нирковій корі.

Гіпертонію може викликати також збільшене інтракраніальне тиснення, яке виступає при туморах мозку. Так само зміни в дієнцэфальон викликають збільшення вазомоторного і вазоконстрикторного тонуусу. Крім того, в останньому часі виявлено, що мозкова тканина випродуковує пресійний гормон, який безпосередньо впливає на малі артерії.

Можуть викликувати гіпертонію також тумори гіпофізи і наднир-

кових залоз. Вона виступає при базофільнім пітуїтарнім туморі, при адреноркортикальнім туморі та при pheochromocytoma. Механізм викликування гіпертонії при пітуїтарнім і адреноркортикальнім туморі невідомий. Треба думати, що гіпертонія розвивається в цьому випадку внаслідок забурень у метаболізмі води та соли. Відомо лише, що гіпертонія при pheochromocytoma викликається надміром секреції адреналіни.

Причиною гіпертонії при кардіоваскулярних хворобах може бути коарктація аорти, а часом серцеві недомагання. Гіпертонія при серцевих вадах можливо виступає секундарно внаслідок недомагань нирок.

Досліджуючи пацієнтів з гіпертонією, дуже важно дошукуватися можливих її причин, бо в деяких випадках гіпертонію виліковує оперативне усунення тумору в мозку, в гіпофізі, надниркових залозах або операція коарктації аорти.

У 95% пацієнтів з гіпертонією причина її невідома. Дотепер знані лише чотири механізми, які викликають високе тиснення крові: нирковий, гуморальний, нервовий і спадковий.

Експериментально виявлено, що підв'язання ниркових артерій у звірят викликає гіпертонію внаслідок надмірного виділювання реніни, яка є протеолітичним ензимом і продукується в клітинах тубулів ниркової кори. Ця реніна впливає на альфа-2-глобуліну в плазмі і творить поліпептид ангіотоніну, що може впливати на скорч гладких м'язів в артеріолах.

*) Доктор медицини, дійсний член НТШ, б. старший асистент клініки внутрішніх хворіб Медичного Інституту у Львові.

Забурення в ендокринному апараті напевне є важним фактором в розвитку гіпертонії. Відомо, що пацієнти, які дістають дезоксикортикостерон, по якимсь часі мають підвищене тиснення крові. Зміни в передньому платі гіпофізи і в корі надниркових залоз викликають зміни в метаболізмі води й соли та внаслідок цього підносять кров'яне тиснення. Крім того, в крові гіпертоніків знаходяться різні амінові субстанції, які викликають спазми гладких м'язів в артеріолах і таким чином приводять до гіпертонії. Деякі з цих субстанцій відомі, наприклад: реніна й ангіотоніна, ферентазина, VEM (vaso-excitatory material) та інші. Частина цих амінів твориться в нирках. Походження інших невідоме.

Із забуреннями в ендокринному апараті тісно в'яжуться забурення в нервовій системі, які є фактором в етіології гіпертонії. Психологічні конфлікти мають вплив на вегетативну нервову систему. Крім цього, через гіпоталамус впливають на гіпофізу і дорогою гуморального механізму викликають гіпертонію. Забурення у вегетативній нервовій системі підносять тиснення крові через надмірну функцію вазоконстрикторів.

Окрім ниркового, гуморального та нервового факторів, напевне відіграє велику роль в етіології гіпертонії також спадковість. Треба припускати, що існує спадкова лямбильність вегетативної нервової системи з перевагою надмірного тону у її симпатичній частині.

Чотири вищеописані механізми відіграють роль у викликуванні гіпертонії. Найновіша теорія намагається пов'язати всі ці фактори разом і гіпертонія, згідно з нею, мала б повставати такою дорогою:

Епізоди нервової напруги викликають забурення рівноваги між мозковою корою і гіпоталамусом.

Це приводить до подразнення вегетативної нервової системи і цією дорогою через вазоконстриктори виступає скорч гладких м'язів в артеріолах. Цей спазм в нирках, внаслідок зменшеного допливу крові до тубулів в нирковій корі, викликає збільшену продукцію реніни. Крім того, що реніна через творення ангіотоніни підносить тиснення крові, вона ще стимулює передній плат гіпофізи до збільшеної продукції адренокортикотропіни, а ця остання побуджує надниркові залози продукувати більше стероїдів, які через забурення в метаболізмі води й соли підносять тиснення крові. Мало цього: забурення в гіпоталамусі, внаслідок нервової напруги, впливають безпосередньо на гіпофізу і таким чином стимулюють виділювання гормонів кори надниркових залоз.

Досліджуючи пацієнта, не вистачає ствердити, що у нього є гіпертонія. Такий пацієнт вимагає докладного клінічного дослідження, а насамперед анамнези. Ми знаємо, що пацієнти, у яких в родині є багато випадків гіпертонії, мають назагал гіршу прогнозу і вимагають енергичнішого лікування. Важно також ствердити, яку роль у даного пацієнта відіграє забурення в нервовій системі, який стан його нирок та чи гіпертонія викликала вже зміни в артеріях і в серці. Тому в досліджуванні пацієнтів з гіпертонією потрібна деяка схема. Отже після анамнези, фізикального досліді, аналізи мочі та цитологічного досліді крові кожен пацієнт з гіпертонією потребує ще додаткових досліді.

Яку роль у гіпертонії даного пацієнта відіграє нервова напруга, можемо ствердити за допомогою Sodium Amytal test і cold pressor test.

Sodium Amytal 0,2 дається щогодини, разом три дози. Тиснення крові міряємо щопівгодини, почи-

наючи перед прийняттям Sod. Amytal аж до 2 годин після останньої давки. Якщо систолічне тиснення крові спаде понад 40 mm., а діастолічне — більш як на 30 mm., тоді проба є позитивна.

Cold pressor test. Руку пацієнта кладемо в холодну воду на одну мінуту. Тиснення крові міряємо перед тим і після того що-півмінути впродовж 4-х мінут. Якщо систолічне тиснення піднесеться понад 30 mm., діастолічне понад 20 mm., то це є ознакою гіперактивності нервової системи. Якщо ця проба є позитивна у людей із нормальним тисненням крові, то це вказує, що пацієнти є кандидатами на гіпертоніків.

Дослідження ниркової функції у гіпертоніків є дуже важною річчю. Гіпертоніки з нормальною функцією нирок мають ліпшу прогнозу. Крім цього, дослідження нирок може вказати, що причина гіпертонії є в нирках. Тому, крім досліді мочі, наступні проби повинні бути перепроваджувані так:

1. Проба очищування крові від сечевини (urea clearance test).
2. Проба згущування і розрідження.
3. Проба з фенольсульфонфта-лейною (P. S. P.).

А хемічні аналізи крові в такому порядку:

1. Позабілковий азот (N. P. N.)
2. Сечевинний азот.
3. Креатініна.
4. Білковини в крові, альбуміни й гльобуліни.
5. Сечевинна кислота.
6. Холестероль.
7. Проба на спроможність крові зв'язувати CO₂ (CO₂ combining power).

Якщо виникає підозріння на тумор нирок, то повинен бути зроб-

лений дожилний пієлограм (pyelogram). Усі пацієнти з гіпертонією, у яких є пукрівниця, повинні викликати підозріння на pheochromocytoma. Таким пацієнтам треба давати дожилно 20 mg. benzodioxane, який неутралізує адреналіну. Після ін'єкції міряємо тиснення крові що-мінути упродовж 4-х мінут. Якщо систолічне тиснення спаде понад 40 mm., а діастолічне понад 30 mm., то це є показчиком того, що гіпертонія є наслідком надміру адреналіни.

Досліджування серця і кровоносних судин важне не тільки для прогнози, але й може вказати, що причина гіпертонії міститься саме там. Тому у всіх гіпертоніків, крім фізикального досліді, повинен бути зроблений електрокардіограм і балістограм.

Для прогнози дуже важне дослідження дна ока. Чим більше звуження артерії на дні ока, тим гірша прогноза для пацієнта.

По дослідженні пацієнта і після зроблення всіх вище згаданих тестів, можемо зорієнтуватися, чи причина гіпертонії в даному випадку відома і чи оперативне втручання може вилікувати цього пацієнта. Якщо не може, то зачисляємо таких пацієнтів до групи есенціальної гіпертонії і мусимо уложити плян лікування.

Лікування есенціальної гіпертонії базується на теорії, що:

- 1) більшість випадків гіпертонії належить до групи психосоматичних хворіб;
- 2) що психосоматичні забурення є наслідком розладу автономної нервової системи;
- 3) що є релятивна гіперфункція симпатичної частини автономної нервової системи, яка викликає спазм гладких м'язів в артеріолах;
- 4) що нирки беруть участь у викликуванні гіпертонії;

5) що нервовою дорогою викликана ішемія в нирках продукує субстанції, які приводять до спазму гладких м'язів в артеріолах;

6) що коли гіпертонія тримається довший час, то викликає зміни в стінках артерій, в серці і в нирках.

Отже при лікуванні гіпертонії важно вплинути на автономну нервову систему за допомогою ліків або різних заходів, щоб ослабити функцію вазоконстрикторів. Крім цього, треба усунути з крові субстанції, що мають можливість впливати на гладкі м'язи в артеріолах.

Ліки, які мають вплив на автономну нервову систему і через це обнижують тиснення крові, діляться на дві групи:

1) Ті, що стимулюють парасимпатичну частину і через це ослаблюють вазоконстриктори. Сюди належать екстракти з *Rauwolfia serpentina* і *Veratrum album*.

2) Ті, що блокують вузли симпатичної частини автономної нервової системи. До них належить *Hexamethonium chloride*. В останньому часі виявили, що лік *Pentolinium tartrate* є багато кращий, приблизно шестеро сильніший, як *Hexamethonium*, і дає багато менше токсичних проявів.

Ліком, який неутралізує субстанції в крові, що викликають спазм артеріолів, є *1-hydrazinophthalazine* (*Apresoline*). *Апресоліна* неутралізує ферентазину, ангіотоніну та багато інших амінів, що знаходяться в крові і підносять її тиснення.

До заходів, якими лікуємо гіпертонію, належать:

- 1) Симпатектомія і
- 2) Дієта без соли.

Симпатектомія ослаблює симпатичну частину автономної нервової системи, а дієта без соли усуває спазми гладких м'язів.

В лікуванні гіпертонії хемотерапія стоїть на першому місці. Дієта без соли і симпатектомія поволі сходять на другий план. Дієта без соли тяжка до переведення в життя, не вигідна і часто замало допомагає. Зовсім вистачає, якщо пацієнт уникає лише дуже солоних страв. Симпатектомію переводять лише гіпертонікам у молодшому віці, звичайно людям понижче 40-45 років.

Для пацієнтів із лагідною формою гіпертонії рекомендуються *Rauwolfia*, або *Veratrum*, або обидва середники разом. В середньо тяжких випадках гіпертонії поручаємо пацієнтам *Rauwolfia* і *Apresoline*, або *Veratrum* і *Apresoline*.

В тяжких випадках лікуємо *Apresoline* і *Methium chloride*. В останньому часі запроваджено новий лік *Pentolinium*, який є сильніший від раніш зазначених і менш токсичний.

За допомогою цих ліків завжди можна обнизити тиснення крові. Всі ці ліки дають деякі токсичні прояви, а тому найкраще починати лікування гіпертонії в шпиталі, де, часто досліджуючи тиснення крові, можна визначити оптимальні дози ліків для даного пацієнта. Пізніше зовсім вистачає, якщо він буде показуватись для контролю що-3 або що-4 тижні.

Л і т е р а т у р а :

Henry Schroeder & John Morrow: *The Control of Arterial Hypertension by Hyphex, with an Evaluation of Other Methods of Therapy.* (The Medic. Clinics of N. America, July 1953, page 991).

Edward Freis: *Recent Developments in the Treatment of Hypertension* (The Medic. Clinics of N. America, March 1954, page 363).

Robert Wilkins: *Hypertension — Recent Trends in Treatment* (The

Medic. Clinics of N. America, Septemb. 1953, page 1303).

Charles Wolferth: Observations upon the Management of Arterial Hypertension (The Medic. Clinics of N. America, Novemb. 1953, page 1647).

W. Philip Covr: The Management of High Blood Pressure (The Medic. Clinics of N. America, July 1952, p. 1013).

William Thomas: A Study Plan for the General Practitioner in the Diagnosis and Treatment of Hypertension (The Medic. Clinics of N. America, January 1952, p. 117).

G. E. Wakerlin: Pathogenesis and Treatment of Essential Hypertension (The Medic. Clinics of N. America, January 1952, page 129).

Kezdi P.: Sinoaortic Regulatory System. Role in Pathogenesis of Essential Malignant Hypertension (A. M. A. Arch. Int. Med., 91:26 — 1953).

Page I. H.: The Renin-Angiotonin Pressor System, Hypertension (A Symposium, edited by E. T. Bell, Minneapolis, University of Minn. Press, 1951).

Braun-Menendez E.: Experimental Hypertension (A Symposium, edited by E. T. Bell, Minneapolis, University of Minn. Press, 1951, p. 177).

Wakerlin G. E.: Pathogenesis of Essential Hypertension (A. M. A. Archives of Int. Medicine, Decemb. 1953, Vol. 92, Numb. 6).

Royal S., Schaaf M. D., Montclair N. J.: Cardiovascular Diseases. A Review of Some Significant Publications (July 1949 — June 1952).

Page I. H.: Treatment of Essential and Malignant Hypertension (J. A. M. A., 147:1311, — 1951).

Schroeder H. A.: Control of Hypertension by Hexamethonium and l-Hydrazinophthalazine, Preliminary Observations. (A. M. A., Arch. Med., 89:523, — 1952).

Grimson K. S., Orgain E. S., Rowe C. R. Jr. and Sieber H. A.: Caution with Regard to Use of Hexamethonium and Apresoline (J. A. M. A., 149: 215, — 1952).

Moser M., Walters M., Master A. M., Taymor R. C. and Metraux J.: Chemical Blockage of the Sympathetic Nervous System in Essential Hypertension. Experience with Oral Therapy with 688A (N-Phenoxyisopropyl — N-Benzyl — B-Chloroethylamine Hydrochloride). A. M. A., Arch. Int. Med., 89:708, — 1952.

Goldenberg M. and Aranow H. Jr.: Diagnosis of Pheochromocytoma by the Adrenergic Blocking Action of Benzoidioxan. (J. A. M. A., 143: 1139 — 1950).

Calkins E., Dana G. W. and Howard J. E.: Current Methods of Diagnosis of Pheochromocytoma (J. A. M. A., 145:880, — 1951).

Emlet J. R., Grimson K. D., Bell D. M. and Oragin E. S.: Use of Piperoxan and Regitine as Routine Tests in Patients with Hypertension. (J. A. M. A., 146:1383, — 1951).

Place V. A.: Piperoxan Hydrochloride (Benzoidioxan) Test. Report of a False Positive Reaction. (J. A. M. A., 146:1227, — 1951).

За думки й твердження, висловлені в статтях, відповідають тільки підписані під ними автори.

РЕДАКЦІЯ

Українська народня медицина

Н. Т. Осадча-Яната

Нью—Йорк*)

Рослини місцевої флори в кожній країні, зокрема на Україні, містять у собі багатий арсенал лікувальних засобів. Цими рослинами лікувалась людина в передісторичних часах. Уживає їх, як лікувальних середників, і теперішня медицина.

Але дуже багато цих рослин ще не вивчено. Не більш, як 5% усіх лікувальних зел. знаних своїм хемічним складом і вживаються в науковій медицині. Решта перебуває в посіданні лише медицини народньої.

Досліди над вивченням історії лікарських рослин виявляють, що кількість їх, яка була в уживанні в різних часах у різних народів, досягає 12.000.

У гробівцях старовинних єгиптян часів зперед 4,000 років перед Христом бачимо малюнки лікарських рослин, а також знаходимо їх насіння, серед яких чимало є тих, що їх уживає й теперішня медицина, наприклад: *Ricinus com-*

munis L. — рицина**); *Carthamus tinctorius* L. — крокіс, сафлор; *Coriandrum sativum* L. — коляндр; *Hyoscyamus niger* L. — блекота чорна.

В пізніших часах (2,000-715 pp.) єгиптянам були відомі: *Scilla maritima* L. = *Urginea maritima* — луківка надморська, морська цибуля; *Brassica juncea* L. = *Brassica juncea* Czern. — гірчиця сарептянська; *Paraver somniferum* L. — мак городній (опій); *Artemisia* sp. — полин; *Matricaria chamomilla* L. — ромашка лікарська або рум'янок та інші.

Індуси в 1800-800 pp. перед Христом знали понад 100 різних рослин, які мали запобігати хворобам. Пізніше індусам були відомі близько 750 рослин, з яких назвемо: *Acorus calamus* L. — лепеха, татарське зілля; *Punica granatum* L. — гранатове дерево; *Cassia* — кассія; *Ricinus communis* L. — рицина; *Rheum* sp. — ревінь, рабарбер; *Paraver somniferum* L. — мак городній (опій); *Datura stramonium* L. — дурман звичайний; *Carum carvi* L. — кмін; *Coriandrum sativum* L. — коляндр.

Ще 3,000 p. перед Різдом у Китаї були відомі, як лікарські рослини: *Rheum* sp. — ревінь; *Claviceps purpurea* Tul. — ріжки; *Thea chinensis* Sims. — чайне дерево.

Найвидатнішим лікарем 5-го і 4-го століть перед Христом у Гре-

*)Наталія Осадча-Яната — доцент харківського Сільсько-Господарського Інституту, дійсний член УВАН у ЗЛА — працювала довгий час на Україні в науково-дослідчих інституціях, як ботанік і керманіч численних експедицій для вивчення народньої медицини. Працюючи в Українській Академії Наук у Києві, виготовила до друку „Словник ботанічної номенклатури”. Автор кількох праць у галузі народньої медицини. Остання її праця п. н. „Herbs used in Ukrainian Folk Medicine” видана в 1952 p. в Нью-Йорку.

**) Українські назви рослин подаються за „Словником ботанічної номенклатури” — див. список літератури.

ції був Гіпократ (460-377). У збірці „Corpus Hippocraticum”, що була складена багатьма лікарями 5-го і 4-го століть, є опис біля 200 лікарських рослин. Там знаходимо: *Hordeum* sp. — ячмінь; *Lycopodium* sp. — п'ядич; *Raphanus sativus* L. — редька городня; *Crocus* sp. — шафран; *Scilla maritima* L. — луківка надморська; *Vitis vinifera* L. — виноград справжній; *Valeriana* sp. — овер'ян; *Mentha* sp. — м'ята; *Hysopus officinalis* L. — гісоп лікарський. Медицина Гіпократових часів поділяла лікувальні засоби на блювотні, розвільнювальні, затверджувальні, потогінні, сечогінні, протиболеві.

Першим науковим твором про лікарські рослини була „Historia plantarum” Аристотелевого учня — грецького лікаря Теофраста (371 р. перед Хр.). Цей твір, складений в 4-му столітті перед Хр., описує рослини так, що їх можна розпізнати. З „Historia plantarum” довідуємося про *Rhizoma filicis maris* — корняк папороти, глісник, як про засіб проти кишкових хробаків. У тих часах також думали, що *Rhizoma* має абортивні діяння. Також там говориться про те, що *Radix Glycyrrhizae* (солодкий корінь, лакриця, люкреція) та *Radix Altheae* (корінь проскурняка) є ліками проти грудних хворіб, як і в теперішній медицині. В „Historia plantarum” знаходимо описи таких рослин, як *Thymus serpyllum* L. — чебрець боровий; *Thymus vulgaris* L. — чебрець городній; *Taraxacum* sp. — кульбаба; *Rapaver somniferum* L. — мак городній з опієм, що зветься там *mekonium*; *Foeniculum officinale* L. — копрій; *Iris florentina* L. — фльорентійські півники; *Crocus* — шафран дикий і культурний.

Славним твором старовини, де між іншим описуються також лікарські рослини, була книга грецького лікаря Педаніюса Діоскоріда з Анацарбаса (малоазійська про-

вінція Калінікія), який жив у 1-му сторіччі нашої ери. Цей твір називається: „De materia medica libra”. Діоскорід, який був лікарем при римському війську, відвідав багато країв і мав багато спостережень та лікарського досвіду. Це все, доповнене описом лікарських рослин, він вмістив у своєму творі, що мав велике признание аж до 16-го століття. Діоскорід згадав в своєму трактаті про 400 різних рослин грецької та малоазійської фльори, серед яких зустрічаємо овер'ян, морську цибулю, кмин*), *Quercus* sp. — дубова кора, *Dryopterix filix mas* (L.) Shott. = *Nephrodium filix mas* (L.) Rich. — папороть глісник, або чоловіча папороть і *Athyrium filix femina* (L.) Roth. = *Asplenium filix femina* Bernh. — папороть жіноча. Як зовнішніх засобів, тоді вживали мигдалеву, оливкову та блекотну олії. Уже в тих часах Діоскорід радив уживати *Rhizoma Graminis* (корняк з *Agropyrum repens* (L.) P. B. — пирій звичайний — при хворобах сечового міхура.

Арабська медицина в 600-1200 pp. характеризується запровадженням в лікувальні середники нижніх розвільнювальних ліків, як *Alhagi* — манна**), *Cassia* — олександрійські

*) Латинські назви цих рослин подані вище.

**) Манна -- це куш з роду *Alhagi*. Належить до родини *Leguminosae* — стручкових. Різні види *Alhagi* ростуть на південному сході Росії, на Кавказі, в Малій і Середній Азії, в Єгипті. Деякі роди *Alhagi*, переважно *Alhagi persarum* — верблюжа перська колючка, у своїх надземних частинах, особливо в молодому віці, містить вітамін С, а листки його, завдяки приявності в них цукрових речовин, мають споживні прикмети. В гарячій порі року рослина виділює сік, подібний до меду, який твердіє і має назву перської манни. Дехто біблійну манну прив'язує до неї. Рослину в народній медицині вживають проти різних

листки, *Rheum* — ревінь, *Prunus domestica* L. — дамаські сливи. Цікаво, що араби із загального числа 2600 своїх лікувальних назв мали 1400, які походять з лікарських зел.

Про вживання лікарських рослин у Єгипті свідчать написи й малюнки на стінах храмів, папіруси, глиняні таблиці, клінописи вавилонян і асирійців, рештки рослин на місці жертвоприношень, а також у їжі для покійників, що ставилася в тарелях, горщиках, вазах і т. п. до могил, малюнки рослин на стінах гробівниць і храмів, на вазах і, як прикраси, на муміях.

Найстарші документальні дані про культуру та вживання лікарських рослин знаходимо в рештках зел на місці праісторичних людських селищ і будівель на палях у Німеччині, в Австрії, Італії, а особливо в Швейцарії, які відносяться до ранішнього періоду кам'яного віку (коло 3000 р. перед Хр.), а почасти до бронзового віку (2000 р. перед Хр.). З появою письма вказівки про лікувальні зела знаходимо в творах істориків, поетів, в зільниках і в спеціальних медичних творах. В розкопах селищ на палях у Швейцарії знайшли овочі *Sambucus nigra* L. — бузини чорної. Передісторична людина, як бачимо, споживала овочі цієї рослини для їдження, а можливо й для фарбування. Теофраст, описуючи докладно бузину, не подає лікувальних її якостей, проте вони були, мабуть, тоді вже відомі, бо, напр., Гіппократ характеризує її, як засіб розвільнювальний, сечогінний і гінекологічний. Відомо, що *Flores sambuci* вживають тепер, як потогінного засобу, *Fructus sambuci*, як засобу розвільнювального, а *Cortex sam-*

buci — кора з гілок має сильні сечогінні якості, через що з неї і виробляють екстракт.

Відомий римський політик і мораліст Като Цензор (помер у 149 р. перед Хр.) у своєму творі про сільське господарство поруч із різними лікарськими рослинами згадує й про *Cortex Granati* — кору з гранатового дерева, як про глістогінний засіб, а про *Fructus Yuniiperi* — овочі ялівця, як про засіб сечогінний.

Кількість лікарських рослин в різних часах то збільшувалася, то зменшувалася. Теперішня наукова медицина вживає 200-250 назв рослин.

До 19-го століття лікувальні зела вживались у формі виварів, настоюнок, мастей, олійків. На початку 19-го століття були винайдені перші алькальоїди. В році 1804-му німецький аптекар відокремив алькальоїд морфіни з *Papaver somniferum* L. В році 1833 з листків *Hyoscyamus niger* L. відокремили алькальоїд гіасціяміни, а пізніше була описана решта алькольоїдів групи атропіни. Роки 1817-1835 були часом відкриття нових алькальоїдів, а від 60-х років 19-го ст. почався розквіт синтетичної органічної хемії і в зв'язку з цим медицина лічничими зелами перестала цікавитись.

З кінцем 19-го ст. зацікавлення лікарськими рослинами відновлюється. В Німеччині, Франції, Англії, Японії, в Росії і на Україні починається хемічне та терапевтичне вивчення рослин місцевої флори з метою виявлення лікувальних якостей цих зел.

В часі першої світової війни Німеччина почала вживати *Capsella bursa pastoris* (L.) Moench. — грицики, калиточник, як засобу для здержання кровотечі замість *Hydrastis canadensis* L. — імпортованого канадійського жовтого кореня.

хворіб, між іншим як розвільнювальний засіб з давніх часів. Манна також твориться з соку стовбура *Fraxinus ornus* — ясен манновець.

Грицики є бур'ян, розповсюджений у Європі й у нас, на Україні.

Фармакологічне та терапевтичне вивчення у Франції (1936 р.) *Aemone Pulsatille L.* — вовчий сон виявило, що цієї рослини можна вживати, як заспокоюючого середника при захворюваннях нервової системи. З того часу цієї рослини вживають, як лікувального середника.

В Росії з кінцем 19-го ст. і початком століття 20-го ввели в наукову медицину цілу серію рослин, що вживалися доти лише в народній практиці. До цих рослин належать: *Adonis vernalis L.* — горицвіт весняний. Перші відомості про вживання горицвіту весняного опублікував був лікар Нос у „Медицинській Газеті” в 1860 р. (чч. 11 і 12). Далі лікар Кривокурцев видрукував статтю про вживання рослин, як сечогінного і розвільнювального засобів у народній медицині. Після фармакологічного та терапевтичного вивчення горицвіту його ввели в терапію вчені С. П. Боткин та Н. Бубнов, як серцевий лік (1880). Особливі прикмети препаратів горицвіту — це відсутність кумулятивної дії, в противенстві до *Digitalis*, та сильне діуретичне діяння.

Також від 1881 р. введена в наукову медицину, як лікувальний серцевий засіб, широко використувана в народній медицині в Росії, особливо ж на Україні, *Convallaria majalis L.* — конвалія, як протизасіб при серцевих і нервових захворюваннях, лік проти головного болю, перестуди, хворіб шлунку й кишок, для заживлювання ран, при очних недугах і т. д. Вперше була згадана ця рослина лікарем *Cartheser*'ом у 1745 р., як засіб проти серцевих хворіб, недуг нервової системи та кишкового каналу. В 1858 р. *Walz* опублікував уперше хемічний склад конвалії, виявивши в ній два глюкозида: конваллярину і конваллямарину. Лікарі С. Боткін і

Богоявленський перевели перше фармакологічно - клінічне вивчення квіту конвалії і запровадили цей лік у російську наукову медицину. На підставі останніх дослідів, конвалія містить у собі глюкозид серцевої групи конваллятоксіни, яка діє на серце аналогічно з глюкозидами *Digitalis* і сапоніною конваллямаріною. Особливістю препаратів конвалії є відсутність кумуляції при заживанні до середини, а також при ін'єкції.

Цікавими є досліди над *Polygonum hydropiper L.* — водяним перцем, якого вживали і вживають дотепер від геморойдів, а також для припарок, для заспокоєння болів при опухах та екземі, при жіночих кровотечах. В 1912 р. один аптекар звернув увагу на те, що ця рослина має здібність сціплювати кров при маточних та гемороїдальних кровотечах. Хемічний склад зілля ще не зовсім вивчений. Відомо лише, що це зілля містить фізіологічну діяльну глюкозоподібну речовину — недіяльний альколюїд і (за *Witapnowsk*'им і *Krinsk*'ою — 1933) етерову олію. Ця етерова олія, що є головною дієвою речовиною рослини, маючи кетон-полігенон, знижує кров'яне тиснення і впливає на гладку мускулатуру кишок та матки. За іншими даними, глюкозид, що знаходиться в рослині, викликає сціплення крові. Після вивчення рослин проф. Кравковим, вона була введена в наукову медицину, як кровосціплювальний засіб при різного роду кровотечах, особливо жіночих, замість *Claviceps purpurea Tul.* — рожків і *Hydrastis canadensis L.* — канадійського жовтого кореня.

Перші відомості про вживання калмиками, як ліку від болів, *Ephedra distachya L.* — *Ephedra vulgaris Rich.* — ефедри, звичайного ставчака, Кузьмичевої трави з'явилися у російському „Вестник'у Общественной Гигиены” в 1780 році.

Бурятські знахарі в Сибіру успішно лікували виваром ефедри ревматизм і шлунковий катар. В 1884 р. звернули увагу на дуже широке лікування ефедрою селянина бузулукського повіту на Самарщині Федора Кузьмича, іменем якого і названо в Росії цю рослину. В 1887 р. в ній виявили альколькоїд ефедрини та ізомерну їйому псевдоефедрини. Крім того, знайдено ще інші алькальоїди, а в р. 1889 було опубліковане відкриття ефедри, як лікувального засобу від ревматизму та повернення нормального травлення. В останніх часах почали використовувати в медицині соляно-кислі соли ефедрини, як замісника адреналіни (при астмі, для підвищення кров'яного тиснення та ін.).

Ракові шийки або левурда (*Polygonum bistorta* L.) у старовинній медицині були відомі, як найкращі ліки від маточних кровотеч, кровохаркань та для розвільнення, дизентерії або отруєння рослинними отрутами. На початку 19 ст. ці ракові шийки були витіснені танніною. В 1885 р. лікар фон-Штейн, спостерігаючивилікування раковими шийками затяжного розвільнення у своїх небог, почав вивчати цю рослину. Після хемічного, фармакологічного та клінічного дослідження ракових шийок, вони були введені в медицину, як внутрішній кишково - затверджувальний середник, а назовні для полоскання, примочок, плястрів (при хворобах ясен, рота, шлунку і т. д.). Ця рослина містить у собі стягальні речовини типу танніни, гамусову кислоту, крохмаль, фарбувальну речовину. Ракові шийки почали заготовляти для внутрішніх потреб Росії і для експорту до Німеччини замість імпортованого кореня — *radix Ratanhiae* з рослини *Krameria triandra* R. P. — ратанія.

В цілях виявлення нових лікарських рослин на Україні і в Росії почали провадити широке вивчення

місцевої фльори. Науково - дослідча робота велася у двох напрямках, а саме: переглядалися та докладно вивчалися недосліджені ще рослини з родини тих, що вже вживалися в медицині, напр. різні види *Solanaceae*, до яких належать *Datura stramonium* L. — звичайний дурман або *Hyoscyamus niger* L. — блекота чорна, *Atropa belladonna* L. — галасове зілля, або вивчалися засоби народньої медицини, що з давніх-давен збереглися в пам'яті народу, переходячи від покоління до покоління.

Вивчення народньої медицини провадилось через організацію спеціальних наукових експедицій. Цей спосіб чисто польової роботи був зовсім новою методою обслідувань. Раніш вивчення історії лікувальних зел та їх уживання переводилося через виучування давніх рукописних та літературних джерел або через обслідування різних пам'ятників старовини.

Маючи на меті поширити номенклатуру лікарських рослин, вивчення та дослідження дикої фльори на Україні провадили такі установи: Український Науково-Дослідчий Інститут Прикладної Ботаніки, пізніше: Рослинництва (1927-1933 рр.), Всеукраїнський Інститут Експериментальної Медицини (1935-1937 рр.), Український Хемічно-Фармацевтичний Інститут, пізніше: Експериментальної Фармації (1937-1941). Вказані установи провадили вивчення нових лікувальних зел через експедиційні обслідування і через перегляд відповідної літератури. Вибрані об'єкти вивчалися далі в хемічних і фармакологічних лябораторіях, а в разі потреби і в клініках.

Так було обслідувано тринадцять областей України (кам'янець-подільська, житомирська, київська, вінницька, сумська, одеська, миколаївська, полтавська, черні-

гівська, харківська, сталінська, ворошиловградська, запорозька та Молдавська Радянська Республіка. Експедиції мали на меті виявити на місцях наявність лікарських рослин наукової та народної медицини, їх розповсюдження, можливість заготівлі, а головне — записати з народних вуст відомості про те, як місцеве населення вживає рослину для лікування і як її називає.

Важною підготовною роботою було намічення та вироблення маршрутів експедиції. Маршрути вироблялися на підставі попереднього ознойомлення з природо-географічними умовами намічених районів обслідування (за літературою і мапами рослинності Е. Лавренка й П. Погребняка та мапами ґрунтів Г. Махова). Крім основних цих факторів — рослинності та ґрунтів, велике значення для успішності роботи мала ще осілість даного району мешканцями, патріярхальність його, традиції, склад населення, ступінь колективізації.

Маючи на меті пляново обслідувати всю Україну, перші експедиції відбулися на Шепетівщині, Кам'янець-Подільщині та Вінниччині, де колективізація лише починалася і де вплив її ще не позначився фатально на населенні, бо колективізація з її методами „розкуркулення” та голодом 1932-1933 року зовсім змінила нормальну психіку сільського населення і структуру самого села. В цих умовах було тяжко провадити які-будь обслідування, маючи на увазі контакт з живими людьми. Крім того, люди з місцевого населення, що зналися на рослинах, збирали свого часу їх та лікували ними, боялись інформувати членів експедиції, не відважуючись виявити свої знання із народної медицини, бо радянським законом лікування особами без відповідної освіти й дозволу влади суворо каралося.

Література до цієї частини праці:

1. Анненков, Н.: Ботанический Словарь. Санктпетербург, 1848, ст. 687.
2. Бекетовский, Д.: Лекарственные растения, их культура и сбор. Издательство „Мысль”, Ленинград, 1926, ст. 182.
3. Білозір, М.: Рослини Мало-Кутищанського лісу вінницької округи. Труды С.-Г. Ботаніки, т. I, Вып. 3, Харків, 1927, ст. 152-165.
4. Варлих, В. Н., проф.: Русские лекарственные растения. Атлас и ботаническое описание с указанием на врачебное применение, действие, собирание и культуру этих растений. С.-Петербург, Изд. Девріена, 1912, ст. 540.
5. Гаммерман, А. Ф.: Курс фармакогнозии, Ленинград, Медгиз. СССР, 1939, ст. 475.
6. Гаммерман, А. Ф.: Материалы к исследованию водяного перца. „Вестник фармации”, 1923, № 5-6, ст. 90-91.
7. Кравков, М. П.: Основы фармакологии. Державне Медичне Видавництво, Київ-Харків, 1936, ст. 299.
8. Leclerc, L.: La pharmacologie de l' Anemone pulsatilla L., La presse medicale, 1936, 74, 1444.
9. Львов, Н. А.: Лекарственные растения. Большая Медицинская Энциклопедия, Москва, 1930, т. XV, ст. 643-667.
10. Marcell, H.: Unsere Heilpflanzen, ihre Geschichte und ihre Stellung in der Volkskunde, Freiburg, 1922, ст. 268.
11. Мейер-Штейнер, Г. и Зудгоф, К.: История медицины. Перевод с 2-го нем. изд. Гос. Изд., Москва, 1930, ст. 475.
12. Менье: История медицины. (Перевод с франц.), Москва-Ленинград, 1926, Гос. Изд., ст. 322.
13. Осадча, Н.: До заведення нових лікарських рослин у медицину та культуру. Збірник: Нові Технічні Культури. Вып. I, Харків, 1933, Держсільгоспвидав, ст. 197-203.

14. Осадча Н.: Дикі лікарські рослини України, їх уживання в офіційній та народній медицині. Харків, т. I, 1939, ст. 489, монографія, рукопис.

15. Осадча Н.: Народня медицина на Україні. Дисертація. Харків, 1939, рукопис, обіймає 646 видів.

16. Петрова, М. К. и Уськова, З. М.: Жидкая вытяжка водного перца (*Extractum fluidum Polygoni hydropiperis*), как кровоостанавливающее средство. „Фармацевтический журнал“, 1915, № 1, ст. 8-9.

17. Скороходов, Л. Я.: Краткий очерк истории русской медицины. Изд. Практической Медицины, Ленинград, 1926, ст. 262.

18. Словник ботаничної номенклатури. Українська Академія Наук. Інститут Української Наукової Мови. Держ. Вид. Укр., 1928, ст. 313.

19. Уткин, Л. А.: Народные лекарственные растения Сибири. Материалы к изучению народной медицины. — Гос. Научно-Техническое Издательство, Москва-Ленинград, 1931, ст. 104.

20. Flamm, S. und Kroeber, L.: Die Heilkraft der Pflanzen, ihre Wirkung und Anwendung (mit 118

Abbildungen), Hippocrates-Verlag, Stuttgart-Leipzig, 1937, ст. 274.

21. Штейн, К. Ф.: Материалы к изучению корневища змеевика (*Polygonum Bistorta L.*) в фармакогностическом, химическом и клиническом отношении. Диссертація на степень доктора медицины, Москва, 1892, ст. 144.

22. Энциклопедический Словарь лекарственных, эфиромасличных и ядовитых растений. Гос. Изд. Сельскохозяйств. Литературы, Москва, 1951, ст. 486.

23. Witanowski, W. K. i Krynska, N. P.: Skład chemiczny i działanie farmakologiczne rdestu ostrogorskiego (*Polygonum hydropiper L.*). — *Wiadomości farmaceutyczne*, Warszawa, № 42, 1933, 563.

Примітка: В дальшому тексті цієї праці, покликаючись на вказану вище літературу, вживатиму таких скорочень:

ч. 1 — Анн.	ч. 14 — Ос. 14.
” 3 — Вінн.-Біл.	” 15 — Ос. 15.
” 4 — Варл.	” 19 — Сибір-Утк.
” 10 — Марз.	” 20 — Flamm.
” 13 — Ос. 13.	” 22 — Енци. Сл.

(Продовження в наступному числі).

НА ВИДАВНИЧИЙ ФОНД.

Подаємо другий список осіб, що склали свої датки на видавничий фонд „Лікарсько-го Вісника” (по день 25 грудня 1954 р.). Список перший див. у ч. 1 „Лік. Віст.”

Д-р Гарасим Еміль	\$10
” Гординський Богдан	25
” Дубас Павло	5
” Дідюк Іван	2
” Жуковський Антін	2
” Жгута Андрій	5
” Зарицький Людомир	10
” Кузьмович Микола	5
” Левицький Витовт	5
” Мацюрак Андрій	1

” Манацька-Гук Марія	4
” Обушкевич Лев	5
” Павлинський Степан	5
” Смішко-Панкевич Софія	7
” Смішко Лев	5
” Сочинський Ростислав	5
” Стрільбицький Олександр	5
” Стефурак Василь	20
” Цісик Тетяна	3

Примітка: В попередньому звіті пожертв на видавничий фонд трапилася помилка. Замість вказаних \$5 від д-ра Омеляна Клюфаса, має бути \$5 від д-ра Всеволода Клюфаса.

До історії українського лікарського життя в Галичині

Софія Парфановиц
Дітройт, Міч.

(Закінчення)

Я вже згадувала, що на чільне місце в лікарському світі в часах окупації більшовиками Галичини виступає проф. М. Панчишин, що творить свою школу на клініці. Коло нього скупчуються деякі молодші лікарі, як от Р. Осінчук, Б. Гординський, Ф. Мучій, Б. Олесницький та інші. Решта українських лікарів, в тому й я, розсіваються по різних шпиталях і установах, намагаючись українізувати їх та своєю роботою вплинути на хід нашої політичної роботи. Д-ра Т. Воробця ми бачимо в інституті для туберкульозу при Театинській вул.; д-ра Крїлика з дружиною у так зв. III Радлікарні (колишній санаторії Каси Хворих, що царювала над Львовом на узбіччі гори Високого Замку); д-ра Н. Лукіяновича в колишньому Українському Шпиталі, а тепер лікарні для відповідальних працівників, переважно для компартійців і НКВД, де працює також лікар Міськздороввідлу О. Барвінський; д-р М. Музика стає директором Медінституту, тобто медичного факультету; новостворену школу медсестер, акушерок і фельдшерів, або так зв. Медичний Технікум, очолюю я. Низка молодших лікарів займає асистентури і доцентури, як от д-р Я. Малис, Л. Максимонько та інші. Ще молодші робляться аспірантами чи іншими клінічними працівниками.

І знову, не зважаючи на прокляті часи проклятої більшовицької оку-

пації наших земель, ми ростемо, збираємося в силу, здобуємо одну за одною позиції, до яких через плянові польські перешкоди українці не мали досі доступу. Працюють наші колеги і в поліклініках, якими заройвся Львів.

Проте завмирають такі активні до приходу більшовиків українські товариства, як Протиалькогольне і Гігієнічне, бо одно й друге стає інституціями державними і підлягають Гігієнічному Інституту при вул. Булярда, що залишився в польських руках.

Рівночасно із зростом впливу українського лікаря ростуть наші кадри: одні кінчають студії, інші їх починають чи продовжують, ще інші спеціалізуються, пишуть праці, просуваються вгору по наукових щаблях. Ростуть і середні, допомогіві медичні кадри, на які ми через польську політику завжди були дуже бідні. Медичний Технікум притягає до себе дітей села, які ще вчора ходили за плугом чи за худобою, а тепер вивчають латину, анатомію та інші важні дисципліни. З України понаїздили до нас нові люди, які позаймали деякі керівні позиції, проте це були переважно гарні люди, які лише скрипили нас.

На провінції наш лікар, так само, як і у Львові, впрягається до державного апарату і становить керівний персонал.

Оглядаючись тепер на минулі часи, мусимо об'єктивно ствердити,

що комуністичний лад, не зважаючи на всі негативні його сторони, в періоді короткої окупації більшовиками Галичини зробив для української лікарської справи дуже багато.

Літо 1941 року принесло німецько-більшевицьку війну. В часі наглого відходу більшовиків із Львова склалася страшна масакра в Медінституті, але, на щастя, ні проф. Панчишин, ні інші наші лікарі від неї не потерпіли. Проте під час масакри в'язнів на Лонцького вул. у Львові замордовано було лікаря Кріликову, яка все своє життя визнавала комуністичну ідеологію, відсиджуючи за це не один раз у польських тюрмах, і яка злою іронією долі була арештована і згинула з рук тих самих комуністів. Вісток з краю мали ми мало, але і звідти чули про трагічну смерть з більшевицької руки д-ра Михайла Хомина в Самборі, д-ра Дозорського в Стрию, д-ра Шалаути в Збаражі, д-ра Фіглюса в Жаб'ю. Згинуло також чимало студентів медицини й абсолювентів (напр. Олександр Охримович). Чимало лікарів спасе своє життя відходом з більшовиками. Так, наприклад, з ними відійшли змобілізовані д-ри М. Музика і Ю. Кордюк. Чимало інших лікарів, приділених більшовиками до армії, також опинилося по тамтій бій фронті. Промінчик сонця, що засвітив був у наше віконце, згас і з приходом німців запанував похмурий час у нашому житті із ліквідацією шкільництва та всіх інших проявів нашого культурного життя. Над усім завис у повітрі п'ястук іберменшанімця, як пана ситуації, якому звідусіль допомагали вшехпольські і московські підшепти з ворожою рукою, зверненою в наш бік.

Поліклініки, шпиталі, медичні школи перестали існувати. Решту медичних інституцій стягнули до мізерного мінімуму. Тубільче насе-

лення, як унтерменші, не потребувало опіки чи культури, бо згори було засуджене на винищення. Військо зайняло будинки Медінституту й Загальної Лікарні. Перестала існувати середня медшкола і, не зважаючи на всі заходи, ніколи не вдалося добитися дозволу на створення хоч би найпримітивнішого курсу для медсестер.

Зараз із приходом німців наш лікар кинувся до задержання бодай частини тих тяжко здобутих за більшевицької влади позицій, що боронили нас якийсь час від впливів більшевизації і подригів все ще живучої вшехпольщини. Пощастило створити так зв. „Медіциніше Фажкурзе“, що заміняли медичний інститут, з німецькою викладовою мовою. У німців не було в голові створювати студії для народу, що підлягав за програмою вимертю. Також ми робили надприродні зусилля, щоб зберегти наш стан посідання на клініках. В перших же днях по втечі більшовиків був створений заряд або дирекція університетських клінік з директором д-ром Р. Осінчуком та його заступником д-ром Л. Максимоньком. Рівночасно проф. М. Панчишин стає комісаричним завідувачем медичної школи у Львові (Kommissarischer Verwalter) із загальним наглядом над усією роботою медичної школи, маючи до допомоги собі згадану дирекцію, яка, крім праці, зв'язаної з реорганізацією школи, мусила була дбати про дальше провадження усіх клінік, в яких у тих часах було понад 1000 хворих. Не зважаючи на свою хворобу і переобтяження працею, проф. М. Панчишин із своєю невтомністю надалі лишився головним мотором і інспіратором усіх починів, що робилися для збереження з трудом здобутих „фажкурсів“. На допомогу йому, крім указаних осіб, прибувають нові лікарі зпоміж тих, що жили поза Сяном,

як, напр., Я. Гинилевич та інші. Найбільше їх приходять до гінекологічної клініки, якої провід перебирає д-р О. Подолинський і де стають до праці д-ри Я. Воввідка, В. Врецьона та інші — люди, що студіювали чи працювали на заході.

З винищенням гітлерівськими ґетапівцями усіх лікарів-жидів та відставленням від роботи частини польських професорів повстали великі порожнечі, які виповнено частинно українськими лікарями, що прийшли з заходу, а частинно „імпортіваними” большевиками із сходу, як, напр., проф. Б. Андрієвський. Останній разом із д-ром Я. Малисом веде хірургічну клініку і мучиться над німецькими викладами. Те саме переживає інший „імпортіваний” із сходу лікар, д-р М. Журко, що доцентує на відділі урології. Цей час повного розгрому нашої самобутності нагадував щось із післяпопотопоного часу: на цьому маленькому клаптикові нашої культури скупчилися наші передові люди, тримаючись з корчами в руках за рідну оазу.

Для повної реорганізації клінік дуже потрібний був середній медичний персонал. Праця українських лікарів там, де залишалися польські медсестри, була неможлива через підмінування її польською диверсією. Тут велику допомогу ми мали від абсолювентів і абсолювенток молоді ЛФМШ (медичного технікуму). Завдяки цим, мало, правда, досвідченим, але ентузіастичним молодим працівникам, нам пощастило сяк-так перевести потрібну реорганізацію, що спочатку провадилася під жовто-блакитним прапором, який згодом був зовсім стертий з лиця землі гітлерівською свастикою. Тоді з провідних медсестерських позицій були усунені наші працівниці, а їх місце зайняли німецькі сумнівної репутації Ганзі та Міці, що гово-

рили по-польськи і йшли рука в руку з доморобними Ганечками і Марисями. Цей наскрізь ворожий нам елемент масово постачала Познанщина, Шлеськ та інші сумежні з Німеччиною частини недавньої польської держави, що під маркою фолькс- чи райхс-дойчерства був заборолом і авангардом вшехпольщини. Німці дуже добре знали про це, але, як потім виявилось, роздування українсько-польської ворожнечі входило в програму гітлерівської Німеччини і робило їй добру прислугу.

Цей темний у нашій історії час позначується взаємним винищуванням визначніших одиниць з нашого і польського боку в безглуздій польсько-українській „холодній” війні. Першою її жертвою з нашого боку стає у Львові проф. Ластовецький, потім д-р Подолинський, проф. М. Панчишин, якого нерви і хворе серце не витримують постійних анонімних погроз, та інші. Глухі вісті прокрадаються до Львова також із провінції про загибель того чи іншого нашого діяча. Ось чуємо, що німці зліквідували у Станиславові докторів К. Воввідку і Козака лише за те, що вони були одружені з жидівками. На вулицях Львова вдень і вночі чути безпорядну стрілянину, а рух німецьких, польських та бо-знає ще яких ножів скроплюють нашою кров'ю вулиці міста князя Льва.

Виведені із руслу нормальної лікарської роботи наші колеги масами ідуть у підпілля, до повстанців. З нараженням свого життя (бо це німці під карою смерті забороняли) вони потайки лікують чи оперують привезених до них боєвіків або виїздять на місця розташування повстанців. В лісі, в бункрах повстають шпиталі, навіть з операційними залами, і не один лікар загинув там підчас ворожих нападів або залітання бомб, напр. д-р Яромир Олесницький, д-р Ан-

тін Кольман, д-р Григорчук та інші. Загинула там і велика маса медсестер та іншого нижчого лікарського персоналу, що рекрутовані з колишн. учнів ЛФШ. Під час свого відвороту німці вбивають у Надвірній д-ра Кучерського, а в Дуклі д-ра Козицького. Бомбардування німецьких міст союзною авіацією коштує нам кількох лікарів. Так, наприклад, в часі налету американських літаків на Відень згинув вивезений на працю до Німеччини молодий д-р А. Голубовський.

Дуже важне, а рівночасно і не менш важке завдання мав у часі німецької окупації наших земель Український Червоний Хрест у проводі з д-ром Т. Воробцем. Ганебне винищення наших полонених, що дісталися в німецькі руки з польською армією, в гітлерівських таборах смерті та похід хворих на тиф через наші землі в часах повернення додому з війська вимагали допомоги, що і робив У.Ч.Х., переборюючи всі німецькі перешкоди та й одверте переслідування. Станиці У.Ч.Х., допомагаючи де можна і чим можна хворим на тиф, поставлені були на небезпеку захворювання цією хворобою їх медичного персоналу. Чимало лікарів та їх помічників і помічниць зпоміж населення заплатило за цю допомогу своїм життям. Ця безглузда німецька політика супроти воєнно-полонених мусить бути записана в історії ганебними буквами, як і гітлерівські концентраційні табори голодової смерті.

Але і цей ганебної пам'яті період у нашому житті закінчився. Поразка під Сталінградом і Москвою коштувала німцям упадку гордовитої гітлерівської імперії, що встала тепер зпід попелиць на ноги по обох сторонах залізної заслони. Чи перестануть уже дивитись після цього на нас німці, як на німандс-

лянд, що повинен стати для німецького бавера лебенсрамом?

На зміну німців знову посунули на наші землі большевики. Вістки, що ми їх діставали з окупованих теренів, були застрашаючі. Чи співділав хто з німцями, чи ні — кожного чекала загибля. Тож не дивно, що на весні пропам'ятного 1944 р. ми отрясаємо порох нашої рідної батьківщини з своїх ніг і вдаємося слідом за другим розбитим, хоч і зненавидженим нами наїзником на його територію, щоб розпочати циганську, покриту мороком невідомості мандрівку. Частина колег включається в дивізію і дехто гине без сліду. Інші розміщуються по шпиталях та різних санітарних установах Німеччини, а ще більше в Австрії. Дехто залишається в Польщі. Д-р Ю. Кордок, що перед приходом большевиків дивним-дивом повертається з Советів до Львова, вмирає там по повторному приході большевицької влади. Інші лікарі пішли до повстанців і погинули на стійках. Повної їх евіденції досі ще не маємо. Згинув при таємничих обставинах в лісі і письменник д-р Ю. Липа.

Прихід вдруге большевиків на наші землі приніс повне розпорощення наших сил. Вістки, що скупі дістаються через кордони й фронти до нас, дуже трагічні. Правда, повернувся на своє місце до Львова д-р М. Музика, а деякі колеги, що залишалися на місцях, навіть дістали підвищення на ступені професорів чи доцентів, як, наприклад, д-р Коржинський, Редьченко та інші, але поруч із цим показовий процес родини Барвінських та винищення її разом із лікарем О. Барвінським, швидке вивезення д-ра Коржинського, запроторення до каторги решток наших лікарів (М. Старуха), схоплення на львівській вулиці і безслідне зникнення такої нешкідливої Ляхової-Чайковської, що ніколи до політики не втручала-

ся і нею не цікавилася — все це примушує нас бути дуже чуйними і підозрілими. Що діється з д-ром Рудницькою-Криштальською? Що з д-ром Надраговою? Дехто з молодших, чуємо, залишається до якогось часу на місці, але, очевидно, лише як музейний зразок галичанина на показ. Але що то за життя їхне під невпинним терором і наступом русифікації?

Невідомо також, ким і як пообсаджувана сітка лікарень та поліклінік, бо жидів німці винищили, поляків попеределювали большевики на коренні польські землі, а маси нас пішли в діяспору по різних світах. Серце боляче стискається в грудях, коли думаєш про це.

З приходом аліянтів до Німеччини ми всі включилися в систему УНРА-ІРО, тобто таборового шпитальництва та мінімальної здоровоохорони, і робили все, що могли, щоб яко-такто полегшити нашій людині життя на вигнанні. Це шпитальництво було поставлене зле через лихий заряд і ще гіршу обсаду названих інституцій маловартісними і завжди ворожими до нас людьми. Намагалися і ми зайняти те чи інше місце в шпиталях, але натрапляли завжди на великі труднощі. Багато нашої енергії було витрачено на поборовання їх і ми дісталися нарешті де-не-де на кермівні становища. Творення своїх амбуляторій в таборах, опіка над таборянами, відкриття в деяких місцях курсів медсестер, праця старих і нових медсестер за фахом — все це дає нам досвід і полегшує медсестрам можливість дістатися в Америці до шпиталів, де вони працюють, очевидно, як „норзисейд“.

Бажна для нас організація Українського Червоного Хреста, невдало названа через заборону влади Українською Санітарно-Харитативною Службою (УСХС), від почат-

ків нашої еміграції в Німеччині до цього часу удержує в Мінхені амбуляторію та є пристановищем для наших лікарів, служачи нашим залишенцям у Німеччині лікарською допомогою. Цей музейний залишок нашої здоровоохорони своїми зв'язками із нашим, американським та іншим іноземним лікарським світом дає важні для нації користі. Цю інституцію очолює тепер д-р Я. Гинилевич, що перебрав на себе обов'язки її завідування по виїзді своїх попередників до Америки.

В Німеччині наші лікарі засновують Українське Лікарське Товариство та відбувають два наукові з'їзди, що дали перегляд наших лікарських сил. Наші розмірно великі кадри, доповнені колегами із східних земель, давали б можливість обсадити не один університет. Проте при мінхенському університеті ми факультету не створили.

У часах окупації німецьких земель аліянтами наші молодші колеги або спеціалізувалися або докінчували перервані студії в німецьких університетах у Мінхені, Інсбруку, Граці та інших містах. На жаль, здобуті там кваліфікації лишилися неоцінені в Америці.

Невблагана смерть і в цьому часі косить наші сили. Так нагло вмирає в Баварії д-р Ганьківський, у часі побуту в Австрії д-р Цимбалістий, у Відні -- д-р Вол. Сташинський (Збоїска коло Львова), у Граці — д-р Осип Маланюк (лікар-полковник УГА, а перед війною лікар у Станіславові). А скільки померло таких, про яких ми ще не маємо вісток?

Роки 1949, 1950 і 1951 розсіюють нас по різних країнах світу, не зайнятих большевиками. Бачимо українських лікарів у Каракасі, Буенос Айресі, на Маляях, на Філіпінах, у Тунісі, в Танганяці, у Вінніпегу, в Едмонтоні. На всіх континентах

поміж великими океанами знайшовся викинений злою долею з рідного краю наш лікар. Але найбільше їх опинилося в ЗДА.

Вже в перших роках нашої імміграції до Америки старанням д-ра Р. Осінчука створюється в Нью Йорку УЛТ-во, яке згодом відкриває свої філії в Шікаго, в Дітроїті, у Філядельфії та інших містах. З уваги на неминуче деструктивне і денационалізуюче діяння чужини в майбутньому — створення цього товариства треба уважати за дуже цінний наш здобуток. Особливо маючи на увазі збереження лікарської етики серед наших колег та доброго імені українського лікаря, яке він здобув у часі довгих одисей по польських, большевицьких, німецьких, іривських та інших шпиталях, де запасся великим фаховим досвідом. З цим досвідом і виплеканим чуттям високої медичної етики наш лікар, що дбає

не про власну кишеню, але про добро населення, повинен був би, як із дорогоцінним знайденим скарбом, вернутися на рідні землі, але хто може сказати, коли це станеться? Тимчасом ми тратимо одну силу за другою. Нагло помирає в Канаді д-р Федейко, трагічно гине в ЗДА д-р М. Журко, д-р В. Радзимовська та кілька інших. І хоч наша молодь потрохи береться за медичні студії на чужих університетах, проте стає страшно, коли подумаєш, чи не станеться з нами того, що сталося з лікарями старої нашої еміграції в ЗДА, які дожили до того, що, поспішаючи автами кудись, не мали часу ніколи вислухати пацієнта, приписували йому кольорові таблетки через телефон, оперували що було треба і чого не треба, забуваючи зовсім свою рідну мову, ба — навіть переставали вживати вродженого батьківського прізвища!

Українські лікарі на Буковині

Теофіль Бриндзан
Bad Salzflen,
Німеччина

Хочу спасти від забуття імена лікарів-українців на Буковині, з якими тісно в'яжеться не тільки історія лікарського руху, а й загального культурного українського життя на цьому клаптикові нашої землі. На превеликий жаль, не маючи під руками жадних джерел, подаю всі ці дані з власної пам'яті. Тим-то при деяких прізвищах бракує хресних імен. Дуже можливо також, що я поминув котрогось із лікарів. Маю надію, що ці недоліки доповнить згодом хтось інший*).

Із старшого покоління лікарів (від 60-х до кінця 90-х рр. минулого століття) треба в першу чергу назвати дуже заслуженого лікаря і одного з найвизначніших україн-

ча Т. Бриндзана доповнили (або виправили) відомості, подані в статті д-ра Е. Коринського „Українці-лікарі на Буковині”, видрукованої у книзі п. н. „25-ліття Українського Лікарського Товариства і Медичної Громади”, Львів, 1935 (додаток до „Лікарського Вісника”, ч. 2, 1935), а також, на прохання редакції нашого журналу, буковинці: о.о. Іван Ткачук і Олександр Циганюк. Усім їм на цьому місці висловлюємо найщирішу нашу подяку.

*) Чимало з цих недоліків у скрипті Вш. професора і відомого буковинського дія-

ських діячів Буковини, д-ра Василя Воляна, який у часі від 1866 до 1899 років був директором головного шпиталю в Чернівцях. З ініціятиви д-ра В. Воляна, в 1886 р. був заснований у Чернівцях новий краєвий шпиталь, що відповідав усім вимогам модерної медицини.

По смерті д-ра В. Воляна залишився великий маєток, з якого кам'яницю при Панській вул. в Чернівцях перебрав український союз райфайзенських кас під назвою „Селянська Каса”. Крім того, д-р Волян лишив по собі зареєстрований в уряді легат в сумі 300.000 корон на виховання українських ремісників. Коли Буковину окупували румуни, цей легат безслідно десь зник. Як українці старанно не розшукували його, знайти ніде не могли.

В красвому шпиталі в Чернівцях працювали, як близькі співробітники д-ра В. Воляна, визначні українські лікарі: д-р Володимир Филипович і д-р Володимир Залозецький.

По смерті д-ра В. Воляна директуру шпиталю від 1901 р. аж до свого пенсіонування в 1919 р. перебирає в свої руки д-р В. Филипович. Він значно спричинився до поширення шпиталю заснуванням бактеріологічної лябораторії і просектури. Крім того, його стараннями був заложений дитячий шпиталь у Чернівцях і побільшені повітові шпиталі в Сторожинці, у Вижниці і в Радівцях.

Дуже визначне місце серед українських лікарів зайняв також д-р Володимир Залозецький, що був одним із найздібніших учнів славного оператора, віденського професора Billroth'a. Ніяка велика операція у черновецьких шпиталях не відбувалася без співпраці або бодай поради д-ра В. Залозецького. Від російського уряду мав він сталий дозвіл на переїзд через російсько-австрійський кордон без паш-

порту для перепровадження операцій у Бесарабії, на Поділлі, а навіть на Волині.

Свого сина Олексія д-р В. Залозецький вислав на медичні студії до Інсбруку. Дипломові іспити молодий О. Залозецький склав у Відні і працював потім у шпиталі в Дармштадті. В часі першої світової війни він дістався був у російський полон. Москалі призначили його начальником усіх шпиталів у Томську й запропонували навіть йому університетську катедру в томському університеті, але д-р О. Залозецький від цього відмовився і по закінченні війни повернувся на рідні землі.

Підчас директури д-ра В. Филиповича в черновецькому шпиталі працювало там кілька українських лікарів. Так, наприклад, до хірургічного його відділу довгі роки належав д-р Тит Бурачинський, який організував, крім того, окрему лікарську порадню при „Народньому Домі” в Чернівцях. Згодом, по війні, він був покликаний на становище директора Української Лікарні у Львові і, передавши черновецьку лікарську порадню д-рові Євгенові Омельському, виїхав із Чернівців.

В черновецькому шпиталі працював також син д-ра В. Филиповича, який покінчив медичні студії у Відні. Після смерті батька молодий Филипович зайняв був перше місце серед хірургів у черновецькому шпиталі.

На внутрішнім відділі черновецького шпиталю перед першою світовою війною і в часі її працював відомий спеціаліст в ділянці легеневих хворіб д-р Володимир Гузар, який здобув собі поважну репутацію серед численної української і чужонаціональної клієнтелі.

Не можемо не згадати із старших лікарів також д-ра Вислоцького, який, хоч і належав до мало свідомих верств нашого грома-

дянства і вживав дома в розмові польської мови, був проте людиною нашої крові.

У Кімполонзі, а потім у Бижниці, директором шпиталю був д-р Олександр Петровський.

Як повітові лікарі, працювали з наших людей на Буковині: у Вашківцях — д-р Атаназій Окуневський, у Кіцмані д-р Лев Воевідка, у Сторожинці д-р Михайло Левицький, у Чернівцях — д-р Олександр Козакевич (пізніше перенісся до Коломиї), у Кімполонзі д-р Євген Кобринський. Пізніше д-р Є. Кобринський зайняв становище старшого повітового лікаря в Чернівцях, а під кінець був іменованій у часі війни краєвим санітарним інспектором.

У місті Радівцях провадив лікарську практику д-р Гнідий, що студіював медицину в Празі разом із своєю дружиною, яка походила з дому Кейван.

Крім названих лікарів, у Кіцмані працював якийсь час, а потім перенісся до Чернівців д-р Микола Жуковський, що студіював медицину у Празі, а у Веренчанці — д-р Крихтюк.

З молодшого покоління лікарів назовемо: д-ра Шевчукевича і д-ра Голінатого (спеціаліст у ділянці шкірних хворіб) — обидва вони осіли в Чернівцях, а також д-ра Северина Глінського, який по закінченні студій у Лувені довгий час працював, та й тепер іще перебуває, у бельгійському Конгу в Африці.

З лікарів-українців на Буковині треба згадати ще радника двору д-ра Василя Ключенка, який за австрійської влади був у часах від 1891 р. до 1912 р. головним санітарним краєвим інспектором, а також старшого штабового австрійського лікаря д-ра Андрія Бурачинського, що займав перед першою світовою війною становище команданта військового шпиталю.

Він був рідним братом відомого хірурга д-ра Тита Бурачинського і скінчив свої студії у Відні.

У повітового кіцманського лікаря д-ра Льва Воевідки було два сини, обидва лікарі. Старший — Кость Воевідка по закінченні студій у Празі віддав велику прислугу своєму рідному краєві в часі української визвольної боротьби, рятуючи тисячі наших тифозних вояків від певної смерті. По війні ординував у Станиславові, де трагічно і загинув з рук гітлерівського гестапа в 1943 р. Другий його син д-р Ярослав Воевідка спеціалізувався в жіночих недугах.

Із лікарів-українців, що студіювали в букарештському університеті, треба згадати Епаміонда Томоруґа, який працює, як лікар, і по цей день у шпиталі в Букарешті.

З вихованців букарештського університету, які осіли потім у Чернівцях, треба згадати гінеколога д-ра Івана Івасюка і д-ра Володимира Собковича.

Не сміємо забути д-ра Словського, старого дідуся і незвичайно улюбленого лікаря, якого кликала до себе на порятунок у тяжких випадках ціла північна Буковина.

З молодших українських лікарів на Буковині, що покінчили медичні студії в Ясах, треба згадати братів: д-ра Володимира Корниляка і д-ра Євгена Корниляка, а також д-ра Івана Квасницького. Останній якимсь дивом став за румунської окупації повітовим окружним лікарем в Заставнеччині (північна Буковина), а з приходом большевиків через брак лікарів — начальним лікарем у Чернівцях.

Були випадки, коли наша буковинська молодь студіювала медицину у Варшаві. Докторат у варшавському університеті дістав Іванович, який і лишився на докторській праці у Польщі.

Десь у Німеччині перебуває бувковинець д-р Бордейний.

Із зубних лікарів, що працювали в Чернівцях, був популярний д-р Константин Клим, який мав свою зуболікарську робітню. У нього працював дентист Проць, що також здобув собі широку популярність. Пізніше він мав свою окрему лікарську робітню при „Народньому Домі”.

У д-ра Проця працював молодий дентист Мичковський.

Коло Чернівців у Садагурі мав свою дентистичну ординацію д-р Кміта.

У Букарешті працювала дентистка д-р Олена Маср-Михальська.

Щодо українських аптекарів, то в Кіцмані, де працював, як повіто-

вий лікар, д-р Лев Воевідка, був єдиний на всю Буковину український аптекар (прибл. 1875-1909 рр.) Кирило Окуневський, стрісчний брат морського лікаря в Австрії, адмірала д-ра Ярослава Окуневського.

Загально кажучи, становище українських лікарів на Буковині за часів Австрії було дуже сприятливе. Але з приходом на Буковину румунів воно різко змінилося. Досить сказати, що в черновецькому повіті, заселеному в 80% українцями, на 15 окружних лікарів (7 міських лікарів у самих Чернівцях) не було ані одного українця.

Про положення українського лікаря на Буковині в часах советської окупації розповість хтось інший.

Дещо з пам'яті

(Про галицьких лікарів)

Теодор Рожанковський
Нью-Йорк*)

Спогади д-ра В. Панейка в ч. 1 „Л. В.” спонукують до доповнень, а рівночасно до деяких виправок.

У 80-90-тих роках минулого століття не тільки лікарів, а взагалі нашої інтелігенції вільних фахів на всіх українських землях австрійської займанщини було справді так мало, що їх можна було почислити на пальцях рук. Але цього не можна сказати про початки 20-го століття (як це читаємо у д-ра В. Панейка), коли гін до вищої освіти дав нам уже не один десяток не лише лікарів, а й представників інших вільних фахів.

Порівнюючи ті часи з сьогоднішнім днем, можемо бачити, який ми зробили великий крок наперед. Проте не сміємо пересаджувати в своїм оптимізмі, пам'ятаючи, як багато ще нам треба зробити, щоб наздогнати інші нації.

Здається, не буде помилкою, коли я скажу, що головним поштовхом до медичних студій серед українців були військові стипендії від 1860 рр., які зобов'язували до відбуття лікарської служби при війську. Перед тим ця сама потреба у військових лікарях викликала створення скорочених курсів медицини, які, по заповненні вакантних місць при війську, були закриті. Абсолютів таких курсів, переважно жидів, називали у нас „хі-

*) Автором цих споминів є відомий громадянин м. Львова, емеритований суддя окружного суду і прокуратор. — Ред.

рургами" або „практичними лікарями". У відріжнення від них лікарі з повною медичною освітою називалися „докторами" або нині вже забутим титулом „доктора всіх лікарських наук". Таких „хірургів", по звільненні їх з війська, бувало по кілька в наших містечках. Вони ординували і писали рецепти, як уміли. Були це все, як пережитки старовини, старші віком люди, які з початком 20-го століття повимірали. Але ці „хірурги" назви „фельчера", як пише В. Панейко, в Галичині не мали. Назва „фельчер" (фельдшер) була вживана лише в Росії.

Згадуючи про Золочів кінця минулого століття, переповненого „тихими" або „порядними русинами", які згодом ставали поляками, тобто породою людей *gente Rutheni, natione Poloni*, д-р В. Панейко забув згадати, що в 1882-85 рр. там перебував з військом полковий лікар д-р Володимир Грицикевич, який явно приступив до української громади і виконував широку приватну практику серед українців.

Серед військових лікарів, як ми вже зазначили, було чимало українців. Деякі з них, не піддаючись „лакомствам лукавим", твердо вистояли до кінця життя на стійці інтересів свого народу і згадка про них нехай залишиться навіки у нашій вдячній пам'яті. Назвемо кількох таких військових лікарів.

Д-р Роман Ковшевич, штабовий лікар у Бережанах (народ. 1854 р.), був відомим діячем і окружним отаманом „січей". З хворими вояками, які звертались до нього, говорив виключно по-українськи.

Д-р Сидір Шухевич (1852-1930), військовий лікар у Боснії, по виступленні ранги полковника, практикував, як фабричний лікар, у Загребі.

Із відомої родини Косів з Комарна я знав 4-х братів, в тім трьох лікарів: Михайла, Івана і Йосифа.

З них Михайло і Йосиф Коси були військові лікарі. Михайло — людина імпозантної постави, з козацькими вусами. Батько їх — багатий і свідомий національно комарнянський міщанин — дав вищу освіту усім своїм чотирьом синам.

Із згадкою про д-ра Коса в споминах В. Панейка зайшла очевидна помилка, а саме вияснення Вол. Дорошенка про д-ра Коса, який лікував письменника Ів. Франка, має відноситись не до найстаршого з Косів Михайла, а до середнього д-ра Івана Коса. Цей д-р Іван Кос справді мешкав у кам'яниці Наук. Т-ва ім. Шевченка, був цивільним лікарем і навіть зовнішнім виглядом нагадував Франка. Між іншим, цікавий тим, що, будучи адвокатом чи учителем, захворував на очі, записався на медичні студії і став лікарем уже в старшому віці. Послом до парламенту був четвертий із Косів — Андрій, адвокат із Комарна. Отже неприхильна оцінка парламентарної діяльності д-ра В. Панейка відноситься лише до нього, а не до жадного з трьох лікарів Косів.

У січні 1919 р. прибули до Станиславова з Відня і зголосилися до української військової служби аж чотири полковники-лікарі: згадані вже брати д-р Михайло і д-р Йосиф Коси, д-р Бурачинський і д-р Целевич. Було тоді трохи клопоту, де примістити цих заслужених докторів у нашій молодій армії, де чільні місця вже позаймала молодь.

Лікар-поручник д-р Остап Прийма став командантом величезного військового шпиталю приблизно на 1000 ліжок, який із розпадом Австрії панічно покинуло 10 лікарів і 27 медсестер-чужинок. В тому часі було дуже зимно і епідемія грипи косила немилосердно полонених, які ледве одягнені кинулися втікати додому. В момент перебрання д-ром Приймою шпиталю на залах його лежало поміж хвори-

ми півтори сотні трупів. Д-р Прийма, працюючи, як лікар, сам у шпиталі, привернув там порядок.

В штабі начальної команди австрійської армії шефом-лікарем був д-р Танячкєвич.

Пам'ятаю з інших військових лікарів-українців: штабового лікаря д-ра Ганчаковського та д-ра Яцева (пізніше був цивільним лікарем у Раві Руській).

На морській воєнній службі, крім штабового лікаря, адмірала Ярослава Окунєвського, що був директором портового шпиталю в Полі, та д-ра фльоти Вол. Вербенця, були ще з українців полковники: д-р Орест Зарицький і мій брат д-р Маркил Рожанковський (народ. 1871). Останній був упродовж двох років на сторожевому кораблі на Тихому океані в часах російсько-японської війни 1904-1905 рр., а в р. 1918 на такому ж кораблі в Одесі. Після розпаду Австрії, з доручення секретаріату військ. справ ЗУНР, він організував санітарну службу в цілому запіллі галицької армії, при чому у грудні 1918 р. захворував на плямистий тиф, що панував тоді в цілому краю, особливо ж у війську, від якого ледве врятувався. Практикував потім у Калуші і там залишився.

Крім згаданих уже в ч. 1 „Л.В.” лікарів-громадян: д-ра Евгєна Озаркєвича у Львові, д-ра Волод. Кобринського (спочатку у Львові, а потім у Коломиї), д-ра Володимира Яновича в Станиславові та д-ра І. Куровця в Калуші, а потім у Львові, я знав ще таких найвидатніших львівських лікарів давнього часу: д-ра Коссака — спеціаліста шкірних недуг, д-ра Михайла Хомина — фахівця судової медицини, та д-ра Шасного-Сельського — спеціаліста гінеколога, а з провінційних лікарів: д-ра Теофіля Гвоздецького в Липиці Долішній, д-ра Нєвестюка в Мостах, д-ра Білинського в Збаражі та д-ра Евге-

на Трєшнєвського в Щирці.

Д-р Роман Яросєвич*) у Станиславові, посол до Держ. Ради з Борщівщини, напсував був у 1910 р. багато крові полякам своїм раптовим виїздом автом до Чернівців саме в ту ніч, коли змовники випустили з в'язниці на Діброві Мирослава Січинського, вбивника галицького намісника Потоцького. Погоня кинулася до Чернівців на Буковину і арештувала там д-ра Яросєвича. Він був звільнений зпід арешту лише після докладно виявленого алібі, але було вже запізно. В. Січинський втік. Він перебув місяць у перехованні в с. Вікторові, а пізніше виїхав за океан.

Вкінці належить згадка лікарям-єссам. Такими були:

Д-р Кость Воевідка, син буковинського повітового лікаря Льва Воевідки, який відбув похід із СС аж до Києва. Ординував за часів польської республіки в Станиславові, де впав жертвою гітлерівського гестапа в 1943 р.

Д-ри Іван Рихло і В. Сташинський, лікарі СС, які відбули похід до Києва. Д-р Сташинський помер на еміграції перед кінцем 2-ої світової війни у Відні (в 1944 р.). Д-р Володимир Свідєрський (1881-1952), відомий лікар-боевик, командант стрілецької сотні, якого можна було завжди бачити з карабіном у руках, д-ри: Володимир Білєзор, Володимир Щуровський (згинув в часі другої світов. війни від бомб у Дрездені), Гаванський, Солтикєвич, Гарасимів.

Треба згадати, що трагічно покінчили своє життя самогубством за часів Польщі: адмірал д-р Ярослав Окунєвський, якому Польща відмовила емеритури (повісився**), д-р Олексій 1927 р. у Львові (застрілювався) і згаданий уже д-р Яросєвич (застрілювався).

*) Мав також докторат філософії — Ред.

**) В Городку. — Ред.

Пам'яті д-ра Остапа Бурки

3 нагоди 11-х роковин трагічної його смерті*)

Федір Дудко

Нью-Йорк



Минуло 11 років від часу, коли 20-го серпня 1943 р. в м. Любартові (Польща) трагічно згинув від скритовбийчої руки на 39 році життя широковідомий на люблинських, холмських і підляських землях, директор любартівського повітового шпиталю, д-р Остап Бурка. Той самий д-р Остап Бурка, що в 1939 р. перейшов трагічний шлях раптового переродження із безнадійного польонофіла в гарячого українського патріота і виявив це переродження в кипучій діяльності, спрямованій головним чином на відродженні приспаного віками українського національного почуття серед спольщеного населення Люблинщини й Підляшшя.

Подасмо коротенькі відомості про цю прецікаву людину і дуже палкого українського патріота, який горів цим патріотизмом усього лише, на жаль, в часі від 1939 до 1943 р.

Народився д-р Остап Бурка на Сянїччині (Лемківщина) в 1904 р. від батька-українця і матері-польки. Батько помер, коли Остап був ще дитиною, і даліше виховання хлопця відбувалося під опікою матері, польської шовіністки, яка учителювала на Мазурщині — в Бсжанові під Краковом. Середню освіту здобуває молодий Остап у польській гімназії, по скінченні якої записується на медичні студії до краківського університету. Згодом він переноситься до львівського університету, але обертається лише в польському товаристві і говорить виключно по-польськи.

По закінченні лікарських студій д-р О. Бурка зголошується в 1935 р. до конкурсу на отримання становища директора повітового шпиталю в Любартові і дістається на це становище, хоч був наймолодший зпосеред усіх чотирьох претендентів. Треба припускати, що решта охоче зрезигнувала з дирек-

*) Цю статтю редакція доповнила датами і деякими подробицями з життя бл. п. д-ра О. Бурки, які нам було ласкаве подати Вш. Панство Софія і д-р Ярослав Рожанковські, що близько співпрацювали з Покійним. Вш. Панству Рожанковським і Авторіві цієї статті — письменникові Ф. Дудкові — складаємо нашу найщирішу подяку. — Редакція.

торської відповідальности, побачивши жалюгідний стан глухого провінційного шпиталю.

У Любартові д-р О. Бурка оселяється настало з своєю дружиною Іриною, донькою греко-католицького священика Дуркота з Лемківщини, дуже швидко допроваджує шпиталь до взірцевого порядку і розвиває, попри шпитальну роботу, широчезну приватну практику. Потонувши в польському морі, д-р О. Бурка живе лише лікарськими заінтересованнями і зовсім не маніфестується, як українець.

До непізнання стає д-р О. Бурка після вмаршу до Польщі німців в 1939 р. і перетворення її в Генеральне Губернаторство. Він увесь переймається запалом громадської праці і, немов би намагаючись наверстати втрачене, гарячково кидається на всі боки широкої округи з цілою мережею колишніх українських сіл, що вже встигли втратити національну свідомість і лише зберегали побутові прикмети. Він скликає сільські сходи, на яких ззиває людей струхнути з себе чуже припудровання і повернутись до рідної стихії. Сам греко-католик, д-р О. Бурка запопадливо відновлює закриті польською владою православні парафії, привозить на села нових українських священиків, дяконів, псаломщиків, відбирає від ксьондзів за допомогою німецької влади перероблені на католицькі костели старі православні церкви, відкриває українські школи, в яких утримує своїм коштом до офіційного оформлення учителів і учительок, закладає там і тут українські нотаріяти, адвокатські канцелярії, спроваджує з усього Генерального Губернаторства потрібні інтелігентські українські кадри. Д-ра О. Бурку з його автотом можна було бачити на Під-

ляшші і Люблинщині скрізь і всюди. Ніодна урочистість, ніодно публичне зібрання не відбувалося без його найближчої участі. Він є на відкритті школи, на храмовому святі, на громадському вічу. Мов український амбасадор на всьому просторі спольщених земель, він боронить природні права місцевого населення перед окупаційною владою і в обороні цих прав об'їздить округу, як офіційний представник цього населення. Місцеві громади звертаються в потреби не до губернаторської німецької влади в Люблині, а до д-ра О. Бурки в Любартові. Дім, у якому він живе, перетворюється в якусь урядову канцелярію чи в бюро, двері якого не замикаються для петентів ні вдень, ні вночі. Цього мало: громадянська клієнтеля д-ра О. Бурки, особливо з далеких місць, тут же харчується докторовим хлібом і тут же ночує, як в готелю. Іноді місця в домі бракує для нічліжан, тоді якась „порція” докторових клієнтів переноситься на нічліг до шпитальних заль.

Авторові цих рядків довелось якось бути в домі д-ра О. Бурки в Любартові в 1940 році. Усі кімнати були переповнені людьми: священиками, лікарями, нотарями, учителями, псаломщиками і т. д. А в часі обіду гості пообідали столи у всіх кімнатах і господар стояв, тримаючи тарель у руках і переходячи з розмовами від одного стола до другого.

— Яка маса людей у вас, — звернулися ми до докторової.

— О, сьогодні небагато, — усміхаючись, відповіла вона. — Бачили б ви, скільки вчора їх було!

Від людей довідалися ми, що для прохарчування петентів доктор що-три, що-чотири дні купував цілого кабана.

Відпроваджуючи якогось учителя чи священника на місце його праці, д-р О. Бурка звичайно виймав із кишені свій гаман і давав йому якусь суму власних грошей „на перші потреби”.

Річ очевидна, що у д-ра О. Бурки не було часу на працю в шпиталі і на провадження приватної практики. Затримуючи за собою офіційне зверхництво у повітовому шпиталі, він і шпиталь, і приватну практику передав іншому українському лікареві (д-рові Я. Рожанковському).

На початках окупації німецьким військом Польщі д-р О. Бурка, як і більшість українців того часу, покладали на німців великі надії, як на тих, хто допоможе нам позбутися і польського, і московського ярма. Ця віра в німців, як у наших визвольників, протягається у д-ра О. Бурки аж так далеко, що в 1941 р., коли розпочалася німецько-радянська війна, він добровільно зголошується в розпорядження німецької військової влади, як похідний фронтовий перекладач. Своє „амбасадорство” з підляських теренів д-р О. Бурка переносить на широку фронтову смугу, де намагається пригріти теплим словом і відповідною поведінкою українські маси, що з рук одного „освободителя” попали до рук „освободителя” другого. Але це трохи не коштувало д-рові О. Бурці життя. Один із фольксдойчерів московської орієнтації робить на нього донос, його арештовують у прифронтній полосі і за воєнними похідними законами йому загрожує розстріл. Чудом він вирятовується від смерті і зовсім розчарований повертається до свого Любартова.

Крім українізації Підляшшя, увагу його звертає тепер на себе табір

радянських вояків, що розташувався в околицях Любартова. Старанням д-ра О. Бурки, двічі на тиждень туди заїздило тягарове авто, наладоване милом, харчами, яриною, цигарками і т. п. В скорому часі, завдяки інтервенції д-ра О. Б. перед німецькою владою, з того табору були випущені на волю всі українці. В подяку за це він дістав від підсоветських українців табору майстерно виплелений із хліба український тризуб.

Раптова зміна в настроях і в поведінці д-ра Остапа Бурки, річ очевидна, не могла подобатися польській суспільності, серед якої він жив. І хоч у часах відходу німців з України у д-ра Бурки падає вже охота до самопосвятної громадської роботи і хоч він починає діставати аноніміві погрози під своєю адресою, все таки, знехтувавши всі поради приятелів перенестися до Львова, він залишається в Любартові.

І ось 20 серпня 1943 р., піддавшись підступові польських боївкарів, що були перебрані за гестапівців, він всів до їхнього авта, був вивезений на передмістя Любартова і в момент, коли збагнув свою помилку і, вискочивши з авта, почав тікати полем, був застрілений кулями з автоматів.

Тіло бл. п. д-ра О. Бурки було перевезене до Львова і там поховане на Личаківському цвинтарі.

Громадських діячів, подібних до покійного д-ра О. Бурки, було дуже небагато в нашій історії. Хай же цей скромний спогад про нього буде і вінцем на його могилу в 11-ті роковині трагічної його кінчини, і дороговказом для всіх тих, хто в майбутньому захотів би піти його великими слідами.

НАШІ ВТРАТИ

Д-р ОСИП ШКВАРОК

Дня 11 вересня 1954 р. несподівана смерть вирвала з наших рядів бл. п. Д-ра Осипа Шкварка, що працював по приїзді до Америки в Hudson County General Hospital Laurel Hill в місцевості Secaucus, N. J.

Покійний народився 26 вересня 1896 року в с. Кобиловолоках пов. Тереховля та в 1910 р. записався до тернопільської гімназії. Проте з початком наших визвольних змагань вступає, як вояк, до У.Г.А. і через це на деякий час перериває свою науку. Іспит зрілості Покійний складає лише в 1921 р.

З уваги на несприятливі політичні обставини в краю, виїздить на медичні студії до Грацу, де студіює медицину в досить тяжких матеріальних умовах. За деякий час переноситься на студії до краківського університету, де в 1928-му році і дістає лікарський диплом.

Лікарську практику д-р О. Шкварок відбуває в Загальному Шпиталі у Львові упродовж двох років, після чого, як здібний і добре вишколений лікар, віддається лікарській практиці в Будзанові. Знаючи дуже добре потреби нашого села і психіку нашого селянина, Покійний своє трудяще життя значить великою обов'язковістю та глибоко вкоріненим у душі почуттям етики. Він був одним із тих лікарів, яким справжнє медичне поклоння, скріплене добрим знанням справи, завжди визначало почесне місце в рядах нашої лікарської професії.

По 11-ти роках лікарської практики в Будзанові, а потім понад



2-х років праці повітового лікаря в Тереховлі, Покійний невблаганим ходом історичних подій змушений був податись у 1944 р. на еміграцію. Після розвалу Німеччини бл. п. д-р О. Шкварок працює, як таборовий лікар, а згодом як лікар у Servatius Stift в Авгсбурзі.

В 1950-му році емігрує бл. п. д-р О. Шкварок до Америки і тут спокійно працює в шпиталі для хронічно хворих. Підчас праці в лікарні готується з повним завзяттям до приписаного американським законом повторного іспиту, який дозволив би Покійному здобути кращу позицію в лікарській роботі.

Покійний усе тримався здалека від еміграційної колотнечі і знаходив повне вдоволення лише в науці, маючи втіху в здобуванні та у відсвіжуванні свого лікарського знання. Проте ніколи не думав використовувати нового диплому у приватній практиці.

10 днів перед визначеним днем іспиту, під час свого нічного дижу-

ру, сл. п. д-р О. Шкварок нагло помер.

18-го вересня 1954 р. тіло Покійного спочило в американській землі на цвинтарі Фоксчейс у Філадельфії, а пам'ять про Нього залишилась жити серед нас, як про зразкового лікаря, який точно дотримувався в своїй роботі засад гуманності і вмер, стоячи на варті.

Д-р В. Білозор.

Д-р СЕРГІЙ КОМЛІК

1-го листопада 1954 р. по довгій хронічній недузї помер у Нью-Йорку один із старших наших колеґ, д-р Сергій Комлік.

Покійний народився 8 листопада 1883 р. в селянській родині в селі Буди коло Полтави. Вже змалку відзначався серед своїх ровесників великими здібностями та поступами в науці. Скінчивши гімназію в Полтаві, вступає на медичний факультет харківського університету, де і закінчує свої студії в 1915 р.

Розвал царської Росії і революція спричинили виїзд д-ра Комліка до Югославії. Тут закінчує він спеціалізацію в ділянці венеричних та шкірних недуг. В Югославії перебуває від 1919-1943 р.

Завдяки своїм непересічним здібностям одержує місце шефа та головного консульганта у Відділі Народнього Здоров'я на Боснію з місцем осідку в Травніку. Увесь свій вільний від урядування час присвячує дослідям над сифілісом.

Друга світова війна змушує д-ра С. Комліка покинути це відповідальне становище та піти на дальшу еміграцію.

В 1943 р. коротко, упродовж не цілого року, працює, як асистент при шкірному та венеричному відділі університету в Єні (Німеччи-



на.) Похід червоних армій на захід змушує д-ра С. Комліка вирушати в дальшу мандрівку. В 1944 р. він організує амбулаторію венеричних і шкірних недуг у Швайнфурті для ДіПі та утворює шкірно-венеричний відділ при нововідкритому Окружному Шпиталі для ДП у Швайнфурті, а опісля в 1946 р. в Ашафенбурзі.

Не зважаючи на свій поважний вік та слабе здоров'я, д-р С. Комлік далі цікавиться новими здобутками медичної науки, виготовлює наукові реферати та намагається набуте своєю довголітньою

практикою знання передати молодшим колегам. У 1948 р. він пише наукову працю при університеті в Франкфурті над Майном, щоб утривалити свої дослідни над сифілісом, яка вийшла друком в німецькій мові п. н. "Experimentelle Untersuchungen über die Serumdiagnose der Syphilis mit Hilfe des Komplementbindungsverfahrens und der Flockungsmethode". Рівночасно д-р С. Комлік не занедбує своїх обов'язків українського патріота й гро-

мадянина, беручи близьку участь у громадському житті. Виїжджаючи з Європи до Америки, Покійний залишає свої тяжко запрацьовані ошадності хворим на туберкульозу.

Восени 1948 р. приїжджає д-р С. Комлік до Нью-Йорку і тут у злиднях доживає свій вік, бо хронічна недуга не дозволяла Покійному працювати в своїй професії.

Вічна Йому пам'ять.

Д-р Іван Макаревич.

З діяльності Українського Лікарського Товариства в Америці

*Мішігенський Відділ у Дітройті.
(За чотири роки свого існування).*

Перші спроби організувати українських лікарів на терені стеїту Мішіген мали свій початок ще в лютому міс. 1950 р. Спочатку було створене товариство, що об'єднувало всі професійні групи на терені метрополії Дітройт. Це товариство мало і представника від українських лікарів. Така форма зорганізованого українського життя тривала дуже недовго і, крім чисто інформаційних сходин, нічим іншим себе не проявила. Тимчасом до нашого міста з округою почали прибувати все нові імігранти з Європи і в дуже короткому часі виникла потреба створити окремі товариства для кожної з професійних груп, тим більше, що з централі Українського Лікарського Товариства в Америці, що мала осідком Нью-Йорк, були спонуки в дорозі листування з окремими українськими лікарями створити лікарське об'єднання на нашому терені з приєднанням його до згаданого Товариства.

Дня 17-го лютого 1951 р. з ініціативи д-ра Софії Парфанович відбулися в Дітройті перші сходини українських лікарів, на яких був обраний організаційний комітет для підготовки перших конституційних загальних зборів та на в'язання контакту з централею УЛТА, що на цей час уже розвинуло досить активну діяльність. За великою допомогою покійного д-ра Амброзія Кібзея, дня 2 листопада 1951 р. відбулися перші загальні збори українських лікарів, які вибрали на свого голову д-ра А. Кібзея. Присутній на зборах адвокат Іван Панчук поінформував присутніх, що поробив перед владою заходи в справі зміни мішігенського закону в тому напрямі, щоб лікарі з європейською медичною освітою були допущені до виконання лікарської практики на терені стеїту. Нострифікаційні умови стеїту Мішіген були дуже суворі, через що свіжі лікарі, що прибували з Європи, після

перших розчарувань покидали наш стейт, бо вимога повторення останнього року студій у медичній школі була для переважної кількості наших лікарів неможливою для переведення річчю. Свої заходи в справі зміни закону розпочав адвокат І. Панчук, як голова комісії для переміщених осіб, ще рік тому, коли до Мішігену почали прибувати в більшій кількості лікарі з європейськими дипломами. На заклик адв. І. Панчука, ново-засноване лікарське товариство приступило до співпраці з різними стейтовими офіційними чинниками, головним чином із стейтовою комісією для переміщених осіб та Медичним Бордом, відбуваючи поза тим кілька інформаційно-наукових та товариських сходин.

На других загальних зборах нашого товариства, що відбулися 30 березня 1952 р., д-р Амброзій Кібзей склав з себе обов'язки головування в нашій Філії УЛГА, передаючи їх в руки новоприбулих членів. Новим головою Філії була обрана д-р Софія Парфанович.

По відбутті численних нарад з різними стейтовими урядами нашій Філії, за активною допомогою адв. І. Панчука, вдалося перевести в життя опрацьований плян, який змінював вимогу повторення останнього року медичних студій на усні іспити перед спеціально створеною екзаменаційною комісією, зложеною з професорів обох мішігенських медичних шкіл: в Анн Арборі і Дітройті. Завданням цієї комісії було перевірити документи, а передусім знання кандидата, та вирішити, чи його медична підготовка є нарівні з підготовкою американських лікарів. Успішне складення таких перевірок давало пра-

во приступити до писемних ностріфікаційних іспитів. Цей плян став у 1952 р. законом для мішігенського стейту, але місцева легіслатура додала від себе до нього вимогу здобуття повного горожанства перед одержанням права на виконання приватної лікарської практики і тим самим засудила лікарів на дальше вичікування лайсенсів. Проте багато наших колег не зневірилися цим і склали приписані іспити, а коли в 1953 р. весняна сесія мішігенської легіслатури, завдяки дальшим заходам адв. Ів. Панчука та п. Івана Бека, знесла вимогу горожанства для петентів, то перші три українці-лікарі здобули бажані ліценції. В теперішньому часі приблизно два десятки наших лікарів об'єднані в дітройтському відділі УЛГА, з того чотири члени, а саме д-р Лев Обушкевич, д-р Павло Джуль, д-р Дмитро Ткачук та д-р Микола Гнатчук, мають свої приватні ординації. Дальші семеро колег успішно перейшли всі іспити і працюють, як повноправні сили в стейтових інституціях та в загальних шпиталях. Сподіваємося, що в найближчому часі всі українські лікарі нашого стейту одержать лікарські права.

Упродовж 4-річної діяльності нашого Відділу відбулося 35 сходин членів та 30 засідань Управи, яка перевибиралася чотири рази. Колеги д-р Софія Парфанович, д-р Джуль, д-р Іван Дутко, д-р Лев Обушкевич та д-р Дмитро Ткачук вложили чимало праці у розвиток нашої Філії. Під теперішню пору нашим завданням є придбати власну домівку та збудувати на терені Дітройту український шпиталь.

*Д-р Павло Джуль
Дітройт, Мішіген.*

Українська Медична Хроніка

Перший український науковий з'їзд в Америці відбувся в Нью-Йорку в днях 26, 27 і 28 грудня 1953 р. з нагоди 80-річного ювілею Наукового Товариства ім. Шевченка у Львові та 35-річного ювілею Української Академії Наук у Києві. Народи З'їзду провадилися у приміщеннях Колумбійського Університету. Участь у З'їзді взяло понад 200 українських учених, членів УВАН та НТШ. Підчас З'їзду було виголошено кілька серій наукових доповідей на конференціях окремих наукових галузів. У ділянці клінічної медицини виголошено дві доповіді: д-р Софія Парфанович на тему: „Вказання до гістеректомії та д-р Роман Осінчук на тему: „Високий тиск крові — погляди сучасної медицини на етіологію есенціальної гіпертонії”. Інші доповіді із споріднених ділянок науки виголосили на З'їзді: проф. М. Міщенко на тему: „Експериментальні неврози у тварин”, проф. Ф. Украдига: „Нова теорія функції нирок” та проф. Н. Осадча: „Лікарські рослини”.

Конференція підсоветських науковців-емігрантів у ЗДА відбулася в днях 3 і 4 квітня 1954 р. в Нью-Йорку в аудиторії Карнегі Ендавмент Фавндейшин. Конференція була присвячена обговоренню стану науки в СССР та висвітленню проблем поодиноких її ділянок. У конференції взяли видатну участь також українські вчені-емігранти, виголосивши кілька доповідей та забираючи голос у дискусіях. Підчас сесії, присвяченій соціальним наукам, виступив проф. М. Міщенко з доповіддю на тему: „Психіатрія та неврофізіологія в СРСР”. Крім фахової аналізи стану советської психіатрії та неврофізіології, проф. Міщенко висвітлив низку соціальних явищ (напр., голод в Україні в 1932 р.), що доводять в СССР до масової психози та божевілья.

Лікування лускатого лишая (*psoriasis vulgaris*) було темою звітування д-ра Романа Лисяка на конференції Департаменту Дерматології та Венерології, *New York University Post — Graduate Medical School*, яка відбулася в днях 20-21 квітня і 19 травня 1953 р. Д-р Лисяк продемонстрував успішно ліковані клінічні випадки

цієї хвороби, коли хворим було давано доусно великі дози синтетичної, розпускової у воді вітаміни А (150.000 — 450.000 одиниць денно). Дотеперішній досвід вказав, що до лікування цієї недуги надаються в першій мірі випадки *erythroderma psoriaticum*. Тому, що це лише перші цього роду спроби, необхідні далі дослідження. Д-р Лисяк працює над цією проблемою далі.

Лист з Австралії, що його одержав один із наших ню-йоркських колег, малює в дуже невеселих барвах життя новоприбулих до Австралії лікарів. Як відомо, в Австралії нема можливості нострифікування чужинецького диплому (вимагають щонайменше 3 роки медичних студій в австралійських університетах). Як видно з листа та залучених до нього матеріалів, жадних надій на зміну становища офіційних австралійських чинників у цій справі не передбачається, не зважаючи на те, що в останніх часах помітна зміна публичної австралійської opinii і в пресі чується голоси, що осуджують таку політику.

Автор листа працює таборовим лікарем в одному з іміграційних центрів. „Моя праця, — пише д-р О. С. — абсолютно мене не задовольняє, бо я та мої колеги — це тільки попихачі і перша-ліпша т. зв. „sister”, що навіть підписатись не вміє, е „in charge” і всім командує. Старавсь я дістатись у джунглі, на Нову Гвінею, але даремно: навіть туди приймають тільки „british subjects”. Студіювати наново нема за що, тим більше, що приходиться прожити родину. Нема найменшої думки про те, щоб за рік чи за два жінка змогла почати працювати. Так доводиться далі користати з благ таборового життя, душитися в одній кімнаті, їсти „казьонну” їжу, а взимі сидіти в неопаленій кімнаті, бо заборонено залучувати радіатори або ogrivati кімнату нафтовими печами. В останньому часі еміграцію збільшили німці, голляндці, греки. Вчуся тепер по-грецьки, щоб порозумілись з ними. В залученні посилаю останній обіжник нашого Медичного О'беднання та два витинки із часопису „Ardus”,

щоб показати, що досить поважне число місцевого австралійського суспільства є по нашій стороні. На жаль, ані воно, ані уряд нічого не можуть зробити супроти В. М. А. Будьте ласкаві — передайте це, при нагоді, до нашого Медичного Т-ва”.

Медичне Об'єднання, про яке згадує автор листа та до якого належать інші лікарі в Австралії — це є інтернаціональне об'єднання лікарів-емігрантів під назвою “Unregistered Doctors Association”. Із долученого до листа бюлетеня згаданого Товариства довідуємося про боротьбу, покищо безуспішну, за покращання долі лікарів-емігрантів в Австралії.

Відкриття Українського Технічного Інституту в Нью-Йорку. 20-го XI — 1954 в залі „Колоніал” готелю Джордж Вашингтон у Нью-Йорку відбулася інавгурація академічного 1954-1955 року новозаснованого Українського Технічного Інституту, якого предтечею був колишній Український Технічно-Господарський Інститут у Подєбрадах (Чехо-Словаччина). Голова Кураторії проф. Яків Моралевич формально відкрив 1-й академічний рік нової і першої в Нью-Йорку високої української школи та звернувся із закликом до представників від громадянства всіма силами допомогти У. Т. І. Після цього А. Д. Марголін, як президент

УТІ, подав в англійській мові коротку передісторію новозаснованої школи, вяснив її цілі та вичислив її професорський персонал. Вкінці програмову доповідь виголосив директор У. Т. Інституту проф. Я. М. Зозуля. Привітальні промови започаткував През. д-р Ст. Витвицький побажаннями розвитку від Державного Центру УНР на чужині. Привіти складали також деякі чужинці та ціла низка чолових представників від різних українських установ. Від Українського Лікарського Т-ва промовляв голова Т-ва д-р Роман Осінчук. Провадив урочистість інавгурації ред. Я. Чиж.

Редакція „Лікарського Вісника” з свого боку щиро вітає цю першу українську високу школу в Новому Світі, яка має за твердження департаменту освіти ню-йоркського стейту і, таким чином, стоїть нарівні з подібними американськими школами.

Український Технічний Інститут поділяється на два відділи: економічний і політичних наук та має в своєму розпорядженні досить великий навчальний персонал. Серед нього бачимо також імена українських лікарів, а саме: д-ра Степана Гика (ас.-проф. права), д-ра Романа Осінчука (ас.-проф. соціальної гігієни), д-ра Олександра Плітаса (лектор соц. гігієни), д-ра Зої Плітас (лектор стенографії) та д-ра Олександра Сиротенка (ас.-проф. хемії).

НАДІСЛАНІ ДО РЕДАКЦІЇ ДРУКИ

Klaus Hummeler, M. D. Philadelphia, Daniel Kirk, M. D., Elwyn, Pa. and Mykola Ostapiak, Philadelphia: Aseptic Meningitis Caused by Coxsackie Virus with Isolation of Virus from Cerebrospinal Fluid (Reprinted from The Journal of the American Medical Association, Octob. 16, 1954, Vol. 156, pp. 676-679).

Припущення шведського вченого Гарда, що вірус С (Coxsackie) може бути побудником менінгіту, зацікавила докторів Клявса Гумеллера і Данієля Кірка з пенсильванського університету в Філядельфії та навело їх на думку цей здогад лябораторійно перевірити за допомогою нашого земляка, п. Миколи

Остапяка, що працює в філядельфійській лябораторії Virus Diagnostic Research Laboratory. По кількох місяцях інтензивної праці над дослідями крові 11-ти пацієнтів названих лікарів панові М. Остапякові пощастило вперше експериментально розв'язати важну діагностичну проблему, що вірус С-Coxsackie справді таки є побудником асептичного менінгіту. Про висліди цього важного відкриття п. Микола Остапяк у співпраці з д-рами К. Гумеллером і Д. Кірком опублікував статтю в 156 томі „Журналу Американського Медичного Товариства”, яка потім вийшла відбиткою з вищеподаною назвою. О.

До VIII. Читачів нашого журналу

Великі труднощі з намаганням Головної Управи У.Л.Т.А. видати свій журнал поборені. Перше число його появилось в світ, дійшло до Ваших рук і викликало зовсім несподіваний прихильний відгук, який з великою кількістю надісланих звідусіль листів дійшов до нас у формі висловів задоволення або критичних завваг та побажань. Частину одержаних листів поміщуємо в цьому числі.

Ми зовсім свідомі того, що наш журнал далеко ще не є таким, яким ми його бажали б бачити. Ми свідомі його вад і недомагань, але знаємо також стару істину, що лише досвід та тісна, щира співпраця читацького і видавничого колективу може видання розвинути, поширити, поглибити, поставити на тверді ноги й запевнити йому періодичну появу.

Першим і найголовнішим завданням нашого видання під цю пору є створити широкий гурт співпрацівників з редакцією. Сьогодні бачимо багато наших лікарів у великих шпиталях чи у медичних школах, де часто під проводом знаних американських наукових сил провадиться науково-клінічна робота. Зуміти створити тісний контакт із цими науковцями та впрягтися в ту наукову роботу — це є те, що може дати багатий науковий матеріал для нашого журналу. Очевидна річ, при тісній співпраці з такими науковцями-чужинцями можна було б іноді дістати від них навіть оригінальні наукові статті для видрукування в українській мові. Деякі з наших колег працюють у науково-дослідних інститутах, при фармацевтичних компаніях. Чи не могли б вони друкувати свої праці в нашому журналі? Наші колеги в Німеччині, в Австрії чи

в інших країнах мають також змогу науково працювати та надсилати свої праці для „Лікарського Вістника”.

Але прислання самої лише наукової статті — це не все. При редакції має бути бодай невеликий, але тісний гурт людей, які приклали б свої руки до редакційної роботи. Не можна це звалювати на одні плечі. Нераз буває потреба в колегіальному розгляненні якоїсь статті та в фаховій її оцінці, необхідність зробити деякі цікаві витяги з різних чужих видань у різних галузях медицини, зайнятися перекладом деяких статей на українську мову, тощо. Лише при тісній співпраці кількох членів редакції наш журнал став би всестороннім і цікавим.

Не менш важним завданням нашого журналу є залишити по собі деякі сліди нашої професійної праці для історії. Друкування усіх важніших подій із діяльності нашого Товариства та його філій чи окремих членів, розкинутих в цілому світі, та вияснення різних проблем нашого щоденного життя, чи навіть звичайні звідомлення про те, хто й коли здобув свій диплом або хто, де і як розпочав і розвинув свою практику — це все буде творити відділ цікавих для кожного з нас новин. А висвітлення нашого щоденного професійно-громадського руху чи праці окремих визначніших громадян-лікарів та їхнього вкладу в розбудову різних професійних, здоровно-профілактичних чи національно-громадських установ і товариств на всіх теренах України від найдавнішого часу аж по сьогоднішній день — оце є матеріали для нашого журналу, що в майбутності знайдуть напевне прихильну оцінку і вдячність

усіх тих, хто буде колись нищпорити по бібліотеках, шукаючи за історичними матеріалами. Тому незвичайно важною річчю, між іншим, є й те, щоб наш журнал знайшов собі місце на полицях кожної більшої бібліотеки в містах Америки та в інших країнах світу.

Вкінці треба порушити питання матеріальної бази нашого видання. Без належної матеріальної підтримки колег не може бути й мови про даліше видавання журналу. Ми мусимо бути здані лише на нашу власну кишеню. Розраховувати на допомогу якоїсь установи — своєї, а тим більше чужої — ми не можемо. Тому треба з признанням і з притиском вказати на велике зрозуміння тих колег, які, не чекаючи на пригадки, надіслали негайно гроші за перше число журналу, а навіть більші суми на передплату чи, як пожертву, на видавничий його фонд (список цих осіб в іншому місці журналу). Беручи під увагу те, що нас, українських лікарів і лікарів-дентистів, в Америці є щонайменше 500 та що кожен із нас, згідно з ухвалою останніх загальних зборів нашого Товариства, повинен надіслати одного долара за кожне число, приходимо до висновку, що ми легко могли б зібрати кожного разу мінімальну суму на покриття коштів видання кожного числа журналу.

Але чи всі колеги це зрозуміли? Другий список грошових надходжень на покриття коштів нашого видання, на жаль, не свідчить про це. Чи лише 150 наших лікарів із загального числа усіх лікарів в світі мають дбати про національно-духові і чисто практичні потреби нашого почесного фаху? Чи за п'ять місяців від появи ч. 1-го журналу не можна було нав'язати сякого-такого контакту з його редакцією? А чим можна виправдати тих колег, що звернули до Т-ва висланий їм журнал, вимажуючи

з адреси свої прізвища? Що це — вимазування себе з нашого колективу, чи брак цивільної відваги признатись, що тій чи цій особі шкода долара на загальну потребу? А нарешті про затримання висланих примірників, але незаплатення за них. Довжники — це найдошкульніша річ у праці кожного видавництва, бо вона не дає ясно-го образу, кого саме журнал має за читача і на який саме тираж може розраховувати?

Лише при тісній і зовсім щирій співпраці колег з редакцією та адміністрацією, при надісланні на час відповідного матеріалу у чітко написаних статтях, при допомозі в справі поширення журналу та при своєчасній матеріальній (бодай мінімальній) підтримці — наш журнал стане на тверді ноги та зможе появлятися бодай раз на квартал, згідно з нашим теперішнім пляном.

Тим-то, діставши до рук нове число журналу, дуже просимо, в наших загальних інтересах, негайно вислати бодай один долар на адресу Т-ва, а всіх довжників просимо сплатити свою залеглисть за попереднє число. Усіх тих колег, що не дістали досі журналу, а знають про його існування, а також тих, що одержали його на непевні адреси, просимо зараз повідомити нас, на які саме адреси ми маємо його надалі надсилати.

Цим числом ми закінчуємо рік нашої діяльності. Хай новий, 1955-й рік стане роком твердої і тривалої бази для дальшого розвитку „Лікарського Вісника”, а всім Вш. Членам УЛТА та всім українським лікарям, роззяним по цілому вільному світі, хай цей новий рік принесе багато щастя та задоволення з своєї почесної праці для нашого національного добра.

*Редакція і Адміністрація
„Лікарського Вісника”*

Лист до Редакції

Високошановна Редакціє:

В дігройтській газ. „Прометей” д-р Ю. Мовчан вмістив свою рецензію на 1-е число „Лікарського Вісника”. В цій рецензії читаємо:

„Науково-медична частина журналу представлена двома статтями... Щодо „решти” (згйдливо в лапках) 14 статейок (з яких, до речі, аж 5 належить перу того ж самого автора — Р. Осінчука), то майже всі вони „присвячені” (в лапках!!) одній і тій же „темі” (в лапках): історії українського лікаря в Галичині. Хоч на еміграції українські медики мають перед собою куди складніші і важніші проблеми, ніж копання в життеписі якогось копичинського чи заліщицького лікаря, який може бути з сотню років як помер. Проте ми не проти того, щоб і такі матеріали подавати в медичному журналі. Не розуміємо тільки, чому на ту саму тему і навіть з переліком тих самих фактів треба вміщувати аж 4 статті, коли все те **можна було б**, (підкреслення наше — Придн.) викласти в одній статті-нарисі”.

Отже, як бачимо, автор рецензії дивиться згори на „теми” (так-таки й бере це слово в лапки) копання в життеписах **якихось там** померлих, та ще може й 100 років тому, копичинецьких чи заліщицьких лікаряв-галичан. Правда, пан доктор не проти того („ми не проти того”), щоб і той матеріал подавався в медичному журналі (а де ж іще, пане докторе?), але з умовою, щоб усе те було зібране до купи в одній статті-нарисі. А чи знає пан рецензент, що з історією українського лікаря в тій самій зацофаній Галичині (та не тільки в Галичині) тісно зв'язана дуже складна історія нашого національного розвитку і для зрозуміння та удокументування дуже заплутаних історичних обставин не тільки цікаво, а й конче потрібно вишукувати ті чи інші прізвища, а тим паче прізвища лікарів, що жили сотки років тому на світі? Повитягувати ці прізвища із забуття — не така то вже проста

справа і треба часу, щоб той чи інший автор покопався в пам'яті чи в джерелах та спромігся подати ці матеріали. Легко сказати: „можна було б зробити”, але як це зробити, не маючи нічого під руками, та й хто це врешті зробить? Замість поучати, чи не ліпше було б самому д-рові Мовчанові взятися за цю справу і спробувати зібрати в „одній статті-нарисі” прізвища лікарів бодай з самої лише Вел. України, звідки він походить. Д-р Мовчан, правда, може відповісти на це, що в українського медика на еміграції є „куди складніші і важніші” завдання (це ми бачимо на прикладі самого Мовчана), але сміємо запевнити його, що таке **скромне** завдання буде куди поважнішим, як, заклавши руки до кишень, стояти осторонь за плотом і критикувати. Та ж коли б хтось (не кажемо про Мовчана) „присвятив” таку одну свою статтю-нарис історії українського лікаря на всіх пошматованих наших землях, то, крім того, що дав би майбутньому дослідникові неоцінні матеріали до історичного пізнання, також, між іншим, познайомив би його з тим, що жив колись на світі і скромний д-р Мовчан. Це важне не тому, що той „якийсь там” Мовчан мав сидіти в якійсь там Гупайлівці такого-то району й ординувати, а що були якись фатальні обставини, які примусили того Мовчана покинути Гупайлівку й опинитися аж в Америці. Чи не цікаво це буде знати з побіжним копанням у біографії того Мовчана не тільки сьогоднішньому читачеві „Лікарського Вісника”, а й майбутньому історикові, пане докторе?

Це щодо загальної критики. Що ж до особистих випадів під адресою д-ра В. Плюща, то публичне причеплювання до нього ярлика „санітарного фельдшера”, в той час, коли всі ми добре знаємо, що він доктор медицини, розминається з поняттям найелементарнішої колежанської етики.

Придніпрянець.

Голоси наших Читачів

До нашої Редакції надійшло кілька десятків листів від наших колеґ з різних місць і країв, в яких вони висловлюють свої погляди на бажаний характер журналу, а також подають деякі завваги до змісту першого його числа. З уваги на цікавість цих поглядів, хоч іноді й зовсім протилежних, подаємо наймаркантніші місця з одержаних листів.

Редакція.

Шановна Редакціє! Я дуже радію з нагоди появи нашого лікарського журналу. Читала його з великим зацікавленням. Статті-спомини про розвиток нашого лікарського життя незвичайно цінні, головню для нас, молодих лікарів, які набули лікарську освіту в чужому середовищі.

З глибокою пошаною **Марія Слїж**
(Бруклін, Н. Й.)

До Хв. Адміністрації „Л. В.”

Висловлюю свою радість з приводу появи „Л. Вістника”, як також свою надію на те, що в недалекому майбутньому матимемо змогу радіти з появи ч. 2. Залучую чек на 5 дол. Один дол. плачу за число журналу, а решту 4 дол. прошу прийняти, як даток, на видавничий фонд.

З глибокою пошаною

Марія Манацька-Гук
(Н. Й.)

Дорогі Колеґи!

„Л. Вістник” — дуже інтересний журнал як формою, зовнішнім виглядом, так і змістом. Вихід його — це знаменний вияв нашої живучости, живучости нашого Товариства та наявний доказ потреби нашої лікарської організації в Америці. Журнал доказує, що організація не лише існує, але й хоче бути активною. Думаю, що наші лікарі приймуть журнал із задоволенням та підтримають його матеріально, що буде моральною заплатою для Редакції і Управи Т-ва.

Якщо б журнал вмістив на своїх сторінках лише те, що наш лікарський актив здобув на своїй землі до 1-го вересня 1939 р., а потім спромігся зробити на еміґрації, то це було б неощинним вкладом у нашу історію і вповні виправдало б по-

яву журналу у вільному світі.

Думаю, що варто було б зацікавитись потребою створення українського шпиталю в Америці.

Ще раз бажаю Вам як найкращих успіхів, а коли б Ви мали якісь фінансові труднощі, зв'язані з виданням журналу, то прошу написати — поможу чим лише можтиму.

З товариським привітом

Теодор Решетіло.
(Lima, Ohio)

Високоповажані Панове! Мені було дуже приємно читати ч. 1 „Л. Вістника” з його інформаційним характером. Беручи на увагу те, що ми є в розсіянні, нам треба статей про світлі постаті наших попередників, про їхню працю, творчість, їхню долю. Цікаво довідуватися про досягнення і долю сучасних нам колеґ. Такі статті зв'язують нас із суспільством і пригадують нам, що кожен із нас є маленькою частинкою цілости. Вони пригадують нам наш обов'язок супроти нації. Мені особисто цікаво було читати історію лікарського руху на наших землях. Сподіваюсь, що „Вістник” у майбутньому стане поважним періодичним журналом українського медичного світу і продовжуватиме славну традицію львівського „Лікарського Вістника”. Залучую чек на 2 дол.

З правдивою пошаною

Д-р Ілля Ткачук
(Enfield, Ill.)

До Хв. Редакції „Л. В.”

Дорогі Товариші! Із захопленням вітаю появу українського лікарського журналу. Бажаю, щоб він став не лише інформаційним, але також по змозі і науковим орга-

ном. Нехай не буде ані одного українського лікаря, який би не став активним співробітником цього журналу. Вкінці пересилаю привіт для всіх українських лікарів, розкинутих по цілому світі.

З пошаною Д-р Ст. Грабар
(Wishart-Sark, Canada)

Хвальна Адміністрації!

Слава і честь усім тим нашим колегам, які спричинилися до появи „Л. В.” Віримо, що він буде появлятися періодично, творячи зв'язок між нашими лікарями в цілому світі на користь нашого суспільства. В прилозі 3 долари: 1 дол. за журнал, 2 дол. на видавничий фонд.

З національним привітом

І. Дідюк
(Harthford, Conn.)

Вп. Панове! В окремому листі напишу свої думки про журнал, а телер мушу висловити побажання, щоб у наступному числі появилася комунікат Лікарського Товариства в справі „подяк” лікарям у часописах. Це ж офіціоз Т-ва і тому нема чого стидатися ніяких „родинних” справ, ані оминати їх. Треба вже раз на все закинути способи дешевої або таборової самореклами.

З правдивою пошаною

Д-р Осип Тимочко
(Ogdensburg, N. Y.)

Високоповажані Колеги!

Дякую за 1 ч. „Лік. Вісника”. Уважно і з великим інтересом перечитав його. Найбільше враження зробили на мене спогади про наших медиків на галицьких землях та на еміграції в Канаді й ЗДА. На жаль, стаття д-ра Плюща має багато помилок. До того ж, зовсім неможливо торкатися в межах короткого нарису основних етапів розвитку української анатомії, фізіології, патології, бактеріології, внутрішньої медицини, хірургії і т. д. в Києві Харкові, Одесі та інш. центрах Вел. України. Щодо суто наукових статей медичного розділу журналу, то, на мою думку, якої я тримався і раніш, має він (та й не

може не мати) зовсім другорядне значення. Така вже наша доля, медичних дослідників на еміграції!

З побажанням дальших успіхів

Ваш Ів. Базилевич.
(Howard, R. I.)

Високоповажаний Пане Докторе!

З великою радістю і признанням вітаю перше число „Лікарського Вісника”. Прошу прислати мені дальші числа. Рівночасно пересилаю чек на 11 доларів, з того на передплату журналу 5 дол., а решту на conto моїх місячних членських вкладок.

З поважанням

Д-р Богдана Свистун-Рівес.
Нью-Йорк.

До Редакції журналу „Лік. Вісника”.

З великою радістю та захопленням привітали ми появу першого числа „Лікарського Вісника”.

З правдивою пошаною

Д-р Іван Дутко
Дітройт.

Вельмишановні Колеги!

Дуже цікавий і вдатний почин. Мої щирі гратуляції.

З поважанням

Д-р Андрій Тершаковець
(Нью Йорк).

До Адміністрації „Лікарського Вісника”. В залученні чек на 21 дол., з чого один за одержане перше число, а 20 на видавничий фонд.

Бажаючи якнайліпших успіхів, з товаришким привітом

Д-р Василь Стефурак (Шікаго)

До Редакції „Лікарського Вісника”, на руки д-ра Р. Осінчука.

Ми обоє з чоловіком дуже втішилися коли одержали „Лікарський Вісник”. Дуже добре, що, крім наукових статей, є в ньому також інформаційні з життя наших лікарських установ. Конче це все треба зафіксувати, бо все в краю знищене, а молодше покоління багатьох річей не

знає. Перечитали ми статтю редактора В. Панейка і здивувалися, що він випустив із пам'яті назвиська багатьох наших славних лікарів в минулих літах. Ми хочемо попризбирати назвиська деяких забутих лікарів і подати короткі вістки про кожного з них. Також варто би позбирати відомості про наших товаришів з Праги, Берна, Кракова, Відня і т. д., бо багато з них уже не живе і пам'ять по них стирається. А спеціально про тих, що ходили на тайний український університет у Львові. Я, Софія Смішко, також постараюся поволі позбирати інформації про жінок-лікарок.

Посилаємо по 5 доларів від кожного з нас на видавничий фонд „Лікарського Вісника”.

Д-р Софія і Лев Смішко — (Філядельфія)

До Адміністрації „Л. В.”

Щиро дякую за вислання ч. 1-го „Вісника”.

Статті дуже цікаві, мистецька обкладинка гарна.

Сердечно дякую.

Ірма Крушельницька (Бруклін, Н. Й.)

До Редакції „Л. В.”

Незвичайно втішився, коли побачив на моєму бюрку серед пошти „Л. В.” Зміст та оформлення журналу свідчить про вкладений труд Хв. Редакції. Прошу прийняти від мене 5 дол. на видавничий фонд та 1 дол. за ч. 1.

З товариським привітом

Д-р Олександр Стрільбицький
(Дітройт)

Високоповажаний Докторе!

У Вашій особі вітаю Укр. Лік. Т-во з нагоди його 7-мілевого кроку наперед і бажаю журналові успіху.

Огляд „новонародженого” вказує, що це дитина здорових родичів і що її розвій забезпечений при відповідному відживлюванні.

Залучаю на кожний випадок вітамін „А” and „D”, поки що, правда, не досить „concentrated”.

Вибачте за фейлетоновий стиль, не дуже може відповідний при такій святочній нагоді, але це є рефлексивний гумор від бадьорого настрою з приводу щасливої події в нашому житті.

Із щиросердечним привітом для всіх і з почуттям глибокої пошани до Вас особисто

С. Сукованченко
(Рочестер, Н. Й.)

Високоповажаний Пане Докторе!

Буду дуже вдячний Вам, коли висилатимете мені журнал регулярно весь час. Найбільша моя сатисфакція — читати медичний журнал в українській мові.

З пошаною Іван Скрипук
(Brandford, Ontario, Canada)

Дорогий! Як я зорієнтувався, то більшість товаришів хотіла б мати журнал, з якого довідувалася б, де хто є і що робить. Може тому було б ліпше мені написати про нашу групу лікарів тут, у Дакоті. Зрештою ти ліпше знаєш, чи такий матеріал надаватиметься для журналу. Поки що посилаю 25 доларів на кошти видання журналу.

Здоровлю. Богдан Гординський
(Drake, N. Dakota)

Дорогі Колеги!

Перше число „Л. В.” одержав і мушу признатися, що втішився тим, що сповнилася наша мрія — мати рідну фахову пресу на американській землі. Гратулюю вам за те, що, не зважаючи на тяжкі еміграційні умови, таки лобороли всі труднощі і видали журнал. Нетерпляче чекаю на наступне число. Бажаю багато успіхів.

Ваш І. Домбчевський
(Canton, Ohio)

До Адміністрації „Лікарського Вісника”.

Щиро дякую за пересилку „Л. В.” Бажаю багато успіхів у праці. Вірю, що „Вісник” буде появлятися періодично, що місяця.

З товариським привітом

Д-р Євген Савчин
(Шікаго)

До Адміністрації „Л. В.”

З великою радістю дістав ч. 1 „Л. В.” і з приємністю перечитав його. Пересилаю 1 дол. на покриття коштів пересилки з вірою, що буду одержувати „Вістник” регулярно за передплатою.

Бажаю успіхів. З пошаною

Д-р Ярема Пруц
(Шікаго)

Високоповажані Колеги!

Дуже вдячний за пам'ять та надіслання мені „Л. В.” Добре було б, на мій погляд, завести в журналі рубрику чисто професійну: інформації про загальну ситуацію по різних стейтах та можливості праці для наших лікарів і стоматологів, бо нова наша Батьківщина завелика і має великі розбіжності в звичаях і законодавстві. Крім того, потрібно зупинитися над питанням допомоги нашим колегам у т. зв. „молодечому віці” від 50 років угору, бо їм тяжче приходиться і з опануванням мови, і з наукою, і з пристосуванням до нових обставин життя.

Велика шкода, що не було в Європі точніших інформацій про американські вимоги праці, особливо для зубних лікарів. За 5 років нашого перебування в таборах можна було багато дечого зробити для направи цих вимог і для пристосування до нових умов роботи. Про ці вимоги ми мало знаємо й тут, сидючи в Америці без усякого взаємного зв'язку, без інформацій, порад і допомоги. Журнал, який виходив би частіше, міг би зарадити цьому лихові. Прийміть щирий привіт з виходом першого числа та побажання правильного його виходу й розвитку. Долучую 1 дол.

З привітом **д-р Юрій Янів**
(Боффало, Н. Й.)

Вельмишановний Пане Докторе!

Перше число „Лік. В.” робить дуже приємне враження і бажано було б, щоб розпочате діло розвивалося та не стало ефемеридою, як це, на жаль, часто траплялося з нашими виданнями. Подаю Вам адре-

си декількох лікарів, яким варто було б надсилати „Вістник”.

Здоровлю. Ваш **Володимир Лазорко**
(Ванкувер, Бритіш Колумбія)

Dear Roman:

As president of the Ukrainian-American Medical Society, I want to congratulate you and your staff for the wonderful piece of work that you done in issuing the first Ukrainian Journal in America. I know from personal experience that this would not be possible without your diligent and your continous perserverance. For I know how hard it is to get your fellows to do something. You can be extremely proud for this acheivement, for without you and you alone, the issuance of this journal would not have been possible.

I met Dr. Sokolchuk the other day and he was surprised in receiving a copy of the journal, he didn't think it were possible for Ukrainians to issue a journal. It is because of his remarks, that I want to suggest that you send a copy, to some of the other Ukrainian-American doctors, to show them that there is an organization, and that it is active. May I also suggest that you send copies to the Ukrainian schools, like Stamford, Washington DC, and schools in Canada, that have active libraries. Since I am in the mood of suggestions, I think it would be beneficial to have one or two articles in the English Language, so that those members who can not read in Ukrainian, can read something.

Enclosed please find a check for ten (\$10.00) for my journal, and for some copies that you may wish to send to those fellows, that have not been very responsive, to my pleas to join the society.

Sincerely **Emil L. Harasym, M. D.**
(Philadelphia, Pa.)

Решта надісланих листів буде видрукована в наступному зислі.

СПИСОК ОСІБ,

ЩО ЗАПЛАТИЛИ ЗА Ч. 1 „ЛКАРСЬКОГО ВІСНИКА” ПО ОДНОМУ ДОЛЯРОВІ (ПО ДЕНЬ 24 ГРУДНЯ 1954).

За алфаветом.

Доктори: Проф. Ів. Базилевич, Ол. Банах, Остап Баран, Марія Барусевич, Д. Білецька, Любомир Білов, Миросл. Бих, Віталій Богданів, Параскевія Бойко, Любомир Бородайко (Канада), Ірина Васильчук, Яр. Воевідка, Ст. Ворох, Віра Галушчинська, Роман Голубінка, Богдан Гординський, Стефанія Горошко, Степ. Грабар (Канада), Мик. Гавінчук (Канада), Б. Гарбовський, Ол. Гудзяк, Ів. Дідюк, Богд. Дикун, П. Джуль, Ст. Дмоховський, Мирон Долинський, Ілар. Домбчевський, Ів. Дутко, Олексій Єкші, Вас. Жовнірович, Ант. Жуковський, Людом. Зарицький, А. Жгута, Роман Керницький, Вас. Кіналь, Ів. Кіндрат, Роман Кісь, Олекс. Клос, Всевол. Клюфас, Миросл. Комарянський, Р. Кордасевич (Австрія), М. Корнілів, Марія Косенко, Любомира Коцур, Семен Кочій, Мирон Кравчук, Б. Криницький, Ірма Крушельницька, Роман Кузів, Богд. Кузьма, Ю. Кушнір, Вол. Лазорко, Ксеція Лебедович, Омелян Лебедович, Витовт Левицький, Ірена Левицька, Вол. Ленець, Ром. Лисяк, Мих. Логаза, Уляна Лоза, О. Любчак, Ів. Макаревич, Богд. Макарушка, Яр. Макарушка, Марія Манацька-Гук, Вол. Мартинець, Богд. Масик, Андр. Мацюрак, Яр. Микуло-

вич, Ольга Надяк, Вол. Нидза, Г. Носковська-Гірняк, Б. Олесницький, Осип Оришкевич, Б. Осадца, Р. Осінчук, Тамара Панчак, Богд. Панчук, Яр. Панчук, Богд. Панасюк, Кость Парфанович, Софія Парфанович, Анна Пашковська, Вол. Петришин, Ольга Петрова — 3 дол. (за три приміри.), Олекс. Плітас, Ів. Подригула, Ярема Пруц, О. Рейнарлович, Е. Рісдорфер, Теод. Решетило, Клем. Рогозинський, Вас. Розгін, Л. Романовський, Е. Савчин, М. Сатурський, Ол. Сидоряк, Іванна Сим, Олена Скорецька, Ів. Скрипуч (Канада), Марія Слик, Мирослава Снилик, Олег Снилик, Евг. Степанова, Ірина Стефанівська, Любов Стефанівська, Вас. Стефурак, Ол. Стрільбицький, Ю. Струк-Струків, Р. Сухий, Олекс. Сушків, О. Тарнавський, А. Тершаковець, Тамара Тимцюрак, О. Тимочко, Дм. Ткачук, Я. Туркало, Ів. Чернецький, П. Шандра, Т. Шегедин, Ос. Шкварок, Гр. Щербанюк, Юр. Фальберг, Дм. Фаріон, Вас. Федорців, Мик. Хиліяк, Юр. Янів, Мих. Яремчишин.

Просимо надалі гроші для Видавництва пересилати лише на адресу Т-ва: American Ukrainian Medical Society, Ukrainian National Home, 140 Second Ave, New York 3, N. Y.

СПИСОК ОСІБ,

ЯКІ ВИСЛАЛИ ПЕРЕДПЛАТУ НА ЖУРНАЛ:

Д-р Бісага Йосиф	\$2	” Сіменс-Сіменович Мирослав	3
” Мовчан Юліан	2	” Свистун-Рівес Богдана	5
” Несторович Роман	5	” Стецьків Євген	2
” Орловський Мирослав	2	” Сукованченко Степан	5
” Парфанович Софія	1	” Ткачук Іля	2
” Семків Володимир	5	” Цісик Тетяна	2

Листування Редакції

Вш. Пані Д-р Софія Смішко (Філядельфія). — Матеріали дістали. Широ дякуємо. Чекаємо на обіцяну статтю про українських жінок-лікарів.

Вш. Пан Директор Теодор Олесницький (Ньюарк). — Дякуємо за надіслані матеріали. Використаємо їх у наступних числах журналу.

