

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z kliniki chorób kobiecych prof. Fedorowa.

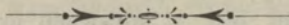


## Wstrzykiwania wewnątrzmaciczne

*podług prof. Gramatikati.*

PODAŁ

*Dr. J. Cohn.*



Zapalenie błony śluzowej macicy stanowi jedną z najczęstszych form cierpienia narządów rodzajnych kobiety. Już w okresie dojrzewania płciowego z nastaniem skomplikowanej sprawy fizyologicznej miesiączkowania, powstają często wskutek nieprawidłowego przebiegu tej sprawy cierpienia macicy. Macica, obfitując w naczynia krwionośne, chłonne i nerwy, podlega łatwo przekrwieniom, już to odruchowo przez wpływ nerwów, już to wskutek mechanicznych przeszkód w krwiobiegu. W czasie miesiączkowania narządy płciowe podlegają silnemu przekrwieniu, szczególnie zaś błona śluzowa macicy, której obrzmienie połączone jest z przesiąkaniem krwi z drobnych naczyń i łuszczeniem nabłonka. Macica, będąc ruchomo zawieszona w miednicy, zmienia swe położenie zależnie od stanu sąsiednich narządów, przeto ulega łatwo zaburzeniom w krwiobiegu. Będąc dostępną dla szkodliwych bodźców, działających z zewnątrz, macica łatwo podlega zapaleniu wskutek zakażenia. W narządach płciowych

kobiety w przebiegu ogólnych chorób zakaźnych organizmu często znajdują się miejscowe sprawy zapalne. Prócz wymienionych przyczyn pośrednich najczęstszymi czynnikami etiologicznymi chorób kobiecych są uszkodzenia porodowe macicy, powikłane sprawą zakaźną, złe zwinięcie się macicy porodowe, niezupełne oddzielenie się błony doczesnej po poronieniu i zakażenie rzeżączkowe.

Chroniczne zapalenie błony śluzowej najczęściej powstaje z ostrego, lub też, w razie zaburzeń odżywiania ścian macicy przy guzach macicy, powiększeniu jajników i ogólnych zaburzeniach odżywiania organizmu przebieg zapalenia staje się odrazu przewlekłym. Objawy chronicznego zapalenia błony śluzowej trudno poddają się leczeniu. Wzmoczona wydzielina śluzowa często z domieszką ropy, bolesne i obfite miesiączki, bóle w głębi miednicy i odruchowe w sąsiednich okolicach i dalszych narządach, rozszerzenie się sprawy zapalnej na mięsień macicy i błonę śluzową jajowodów — wywołują ogólne osłabienie i stan nerwowy.

Do skuteczniejszych sposobów leczenia zapalenia chronicznego błony śluzowej jamy macicy należą zastrzykiwania wewnątrzmaciczne i łyżeczkowanie.

W okresie zapału operacyjnego, któremu uległa i ginekologia, wyłyżeczkowywanie błony śluzowej łyżeczką ostrą doszło do szerokich rozmiarów. Niemal każde cierpienie błony śluzowej leczono łyżeczkowaniem. Lecz w obecnym czasie, gdy zapał cokolwiek ostygł, zaczęto znów stosować sposoby łagodniejsze, więcej konserwatywne. łyżeczkowanie wskazane jest w sprawach przerostowych zapalnego pochodzenia (endometritis fungosa) i w przerostowych sprawach błony śluzowej wskutek niezupełnego wydalenia doczesnej po poronieniach, połączonych z obfitem krwawieniem. W endometritis fungosa Bennecke, wskutek długotrwałego cierpienia jajników, skrobanie daje polepszenie, lecz po pewnym czasie cierpienie powraca i przeto konieczne są po skrobaniu zastrzykiwania podług Gramatikati.

W postaciach przewlekłych nieżytych z powiększoną wydzielina, bólami, zmianami w miesiączkowaniu, zajęciem jajowodów i jajników, szczególnie na tle rzeżączki, ginekologdy chętniej stosują wstrzykiwania maciczne. Już Mackenrodt zwrócił uwagę na skuteczność leczenia wielokrotnymi wstrzykiwaniami nalewki jodowej do wnętrza macicy w cierpieniach narządów płciowych kobiety. Gramatikati w Tomsku rozszerzył wskazania do leczenia wstrzykiwaniami, starał się gruntowniej objaśnić przyczyny skuteczności tego leczenia, oraz wskazał sposób systematycznego ich stosowania.

Kierując się faktami podanymi przez prof. Gramatikati w sprawie „Systematyczne wstrzykiwania do macicy“ i doświadczeniem co do tej metody leczenia prof. Fedorowa, zaczęliśmy stosować wstrzykiwania wewnątrzmaciczne w zeszłym roku w klinice chorób kobiecych w szpitalu Ś-go Ducha u chorych stałych klinicznych i u przychodnich w ambulatoryum.

Z chorych poddanych leczeniu wstrzykiwaniami najczęściej było z endometritis chronica, z wydzieliną śluzoropną. Chore narzekały na bóle w okolicy miednicy; zajęte bywały przytem jajowody i jajniki. Chorych poddanych leczeniu wstrzykiwaniami z endometritis chronica było 8, z endometritis chronica gonorrhoeica — 15, metr. endometritis chronica cum salpingo-oophoritide unilaterali — 19, metroendometritis chronica cum salpingoophoritide duplice—11, salpingitis profluens—3.

Gramatikati stosuje systematyczne wstrzykiwania nawet i w ostrym okresie parametritidis w razie jeśli wysięki są rozległe i sięgają do dużej miednicy. W 10 przypadkach leczonych przez nas była nacieczona tkanka łączna, otaczająca macicę, tworząc guzy nieznacznej wielkości bolesne na dotyk (parametritis subcuta). W 17 przypadkach były tylko pozostałości po parametritis (residua parametritidis), macica zaś była powiększona, bolesna, regularność bolesna, częsta i obfita. Chód chorych wywoływał bóle w miednicy, oddawanie moczu i stolca bolesne. W wymienionych 83 przypadkach zmiany chorobliwe powstały w największej części po porodach lub porodach lub poronieniach, lub wskutek sprawy rzeżączkowej. Trzy przypadki z wyżej wymienionych rozpoznano jako salpingitis profluens z jednoczesnem cierpieniem macicy (metroendometritis). Niektóre chore z endometritis chronica z jednoczesnem zajęciem jajowodu zwracały się do nas po pomoc litylko wskutek bezpłodności.

U wyżej wzmiankowanych chorych spotykaliśmy często jednocześnie i zбочenia w położeniu macicy, tyłopochylenia i przodozgięcia, rzadziej przodopochylenia i tyłozgięcia.

Wstrzykiwania były wykonywane na stole ginekologicznym. Zewnętrzne części sromu obmyte, pochwa gruntownie przepłukana płynem lizolowym 1%, kanał szyjki wytarty wataą sterylizowaną, nawiniętą na zgłębnik Sängera. Jeżeli kanał szyjki był wązki, to przed przystąpieniem do wstrzykiwania rozszerzaliśmy go zgłębnikami Hegara. Położenie i kierunek macicy określaliśmy zapomocą badania oburęcznego i zgłębnika macicznego. Instrumenty były gotowane w sterylizatorze; używaną była szprycka metalowa Brauna z tłokiem asbestowym. Po założeniu wziernika i unieruchomieniu przez pomocnika kulociągiem macicy szprycką wykonywaliśmy zastrzykiwania.

Płyn użyty składał się z równych części spirytusu i nalewki jodowej z dodatkiem 5% Alumnolu. Pierwszych kilka wstrzykiwań robiono z  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  szpryki, aby uniknąć reakcyi silnej ze strony macicy. Kobiety, które rodziły, z większą jamą macicy i szerszym kanałem szyjki, mniej reagowały na wstrzyknięcia.

Jeżeli płyn zastrzyknięty wydzielił się napowrót, to bóle po zastrzyknięciu nie bywały duże. Po zastrzyknięciu nalewki jodowej bóle są mniejsze, niż po zastrzyknięciu preparatów cynku, żelaza i srebra. Przypisać to trzeba temu, że preparaty cynku, żelaza i srebra mocniej przyzęgają błonę śluzową, niż jod.

Jeżeli po zastrzyknięciu były bóle w głębi miednicy, co zwykle zdarzało się tylko po pierwszych kilku razach, to chora dostawała czopki z morfiną ad anum lub 10 kropel nalewki opiowej do wewnątrz. Po odpoczynku, półgodziny do całej godziny, chore opuszczały ambulatoryum.

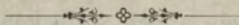
Zależnie od trwania i natężenia choroby stosowaliśmy 15—40 wstrzykiwań, jeżeli nie zaszyły przeszkody, bez przerwy, podług rady Gramatikati, co dzień. Po pierwszych już wstrzyknięciach chore czuły mniejsze bóle w miednicy, krzyżu i innych częściach brzucha. Chodzenie, oddawanie moczu stawało się mniej bolesnem. Ogólny wygląd poprawiał się. Badanie wskazywało na stopniowe zmniejszenie objętości i konsystencyi macicy, na większą jej ruchomość, mniejszą bolesność. Wydzielina z macicy zmniejszała się i przyjmowała wygląd śluzowy. Obrzmiałe jajowody zmniejszały się w objętości, w niektórych przypadkach zmniejszanie szło dość uporeczywie. Jajniki stawały się mniejsze, mniej twarde, mniej bolesne i więcej ruchome, lecz jajniki też dość uporeczywie poddawały się leczeniu. Wysięki, otaczające narządy płciowe stopniowo znikaly. We wszystkich wyżej wymienionych 83 przypadkach obserwowaliśmy znaczną subiektywną i obiektywną poprawę. Chore mogły więcej zajmować się pracą: szyciem, gospodarstwem i zadowolone były z naszych zabiegów. Więcej niż w połowie przypadków, miało miejsce zupełne wyleczenie. Nalepsze rezultaty osiągnęliśmy w 8 przypadkach metroendometritis chronica, w 15 — endometritis gonorrhoeica, w 27 — parametritis subacuta i chronica, prawie wszystkie przypadki zakończyły się wyleczeniem. W przypadkach 19 salpingo oophoritis unilateralis i 11 duplex, wyleczeń pierwszego rodzaju było 6, (jedna z chorych po 4 latach bezpłodności po pierwszym porodzie zaszła w ciążę), drugiego tylko 2, reszta przypadków cierpień jajowodów doznała znakomitego polepszenia.

Korzystny wpływ wstrzykiwań tlómaczy się działaniem nalewki jodowej na błonę śluzową, której nabłonek zostaje zniszczony, a odrastający odznacza się prawidłowszą budową, jak bywa i po wyłyżeczkowaniu. Jod zostaje wessany do naczyń chłonnych i działa na sąsiednie z macicą tkanki i narządy płciowe.

Gramatikati zauważył, że po codziennych wstrzykiwaniach do macicy, dokładnie robionych, gdy nalewka jodowa zwilża całą błonę śluzową jamy, następuje po 12 — 16 wstrzykiwaniach menopauza i zależnie od większej lub mniejszej liczby wstrzykiwań na 1—2 miesięcy. Przerwie regularności Gramatikati przypisuje dobry wpływ na stan chorych narządów płciowych.

Przeciwskazaniem do wstrzykiwań są krwotoki z macicy, graviditas tubaria, ostry stan zapalny macicy, zajęcie ostre błony brzusznej. Gramatikati robi wstrzykiwania już w ostrym okresie metritidis gonorrhoeicae. W endometritis fungosa celem szybszego usunięcia krwawienia, jeżeli było obfite, stosowaliśmy łyżeczkowanie i następnie dopiero wstrzykiwania.

Żadnych ubocznych objawów po wstrzykiwaniach nie zauważono, do tego czasu wykonano ich około 900.

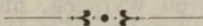


## Lekarz jako biegły przed sądem.

Odczyt wygłoszony na Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie,  
dnia 21-go Lipca 1900 roku.

Podał

*Dr. Józef Zawadzki.*



(*Ciąg dalszy*).

Powyżej już rozpatrzyliśmy jaki materiał dają protokoły oględzin na śledztwie pierwiastkowym. W wielu razach materiał ten jest zupełnie dostateczny, tam szczególnie, gdzie kwestye do rozstrzygnię-

cia są bardzo proste i gdzie zwykle metody badania wystarczają, a wnioski nasuwają się same przez się. Natomiast, gdy na zasadzie prokółu trzeba dalsze wysnuwać wnioski, biegły natrafia na wielkie trudności. Opis np. kierunku uszkodzeń jest zazwyczaj niedokładny lub tak powikłany, że odtworzyć sobie trudno nieźmiernie, w jakim miejscu było uszkodzenie; dotyczy to szczególnie ran głowy, gdzie punktów wytycznych nigdy lekarz nie oznacza, a pisze np.: „w okolicy potylicowej rana idzie w kierunku równoległym do linii środkowej“, przyczem nie oznacza zupełnie odległości rany np. od tej linii środkowej lub wyniosłości. Niekiedy więc materiał czerpany z protokołu jest niewystarczający.

Dobrze jeżeli uzupełnia go karta szpitalna, gdzie opis zwykle jest o wiele dokładniejszy, a co, ważniejsza, uzupełniony dalszym przebiegiem choroby. Z tem wszystkim lekarz biegły musi opierać się na protokóle jako jedynym dokumencie, wtedy gdy poszkodowany zmarł lub gdy w sądzie jest nieobecny, za każdym jednak razem na protokół krytycznem należy patrzeć okiem, nie dlatego, że lekarz biegły jest jakąś wyższą instancją względem lekarza ze śledztwa pierwiastkowego, ale, że jego zdanie, wypowiedziane na sądzie wpływać może na wydanie wyroku. Lekarz biegły czuć winien całą odpowiedzialność, jaka spada na niego, gdy, pokrywając błędy w protokóle widoczne, nie wyciągnie z nich wniosków odpowiednich, staje się wtedy winnym niesprawiedliwości, jaką sąd popełnić może, opierając się na jego zdaniu. Nie uważam wcale za czyn względem kolegi nieetyczny, skoro błędy jego naprawiam: *errare humanum est*, mógł więc omylić się bezwiednie, utwierdzenie zaś jego błędu jest już przestępstwem przeciwnem prawu etyki ogólnej, która zawsze musi przeważać względły i względziki natury ubocznej.

Ocena krytyczna protokołu—orzeczenie lekarza biegłego w czasie śledztwa pierwiastkowego nie powinno być czytane biegłemu na sądzie—prowadzi to często do sformułowania zdania szybciej, niż branie wszystkiego *in verba magistri*. Lekarz biegły winien zadać sobie następujące pytania:

1. Czy protokół został napisany formalnie t. j. czy nie ma w nim opuszczeń, nieściśłych wyrażzeń, nienaukowych określeń i t. p.
2. Czy z punktu widzenia nauki nie pominięto w nim takich metod badania, które mogłyby bardziej wyjaśnić kwestyę, niż badanie powierzchowne.
3. Czy protokół nie zawiera w sobie opisów wzajemnie wykluczających się.

4. Czy zbadane zostały wszystkie narządy oraz czy opisano wszystkie sposoby badania konieczne w danym razie.

Nie będę wyjaśniał punktów tych przykładami, ponieważ i bez nich są zrozumiałe zupełnie. Zestawienie odpowiedzi na te punkty zasadnicze da już lekarzowi możliwość zorientowania się co do wartości protokołów i możliwość wyprowadzenia z niego wniosków samostnych.

Jeżeli obok protokołu mamy kartę szpitalną, lekarz biegły winien zestawić te 2 dokumenty, co ułatwi mu poszukiwanie prawdy, a nadto w karcie odszukać, co było normalnym przebiegiem, a co zależało od rękoczynów, od warunków, w jakich znalazł się chory i t. p.

Zdarza się np. często, że lekarz, dokonywający oględzin, opisuje ranę taką, jaką znalazł przy oględzinach, które wypadły już po dokonanej operacyi. Kierunek rany jest wtedy zupełnie inny, niż przedtem, inna wielkość, głębokość i t. p.—wszystkich tych danych można zaczerpnąć tylko z karty szpitalnej i dojść stosunków pierwotnych dopiero po zestawieniu tych dokumentów. Toż samo dotyczy następstw. Lekarz biegły nie krytykuje leczenia, ale zaznaczyć musi, że przebieg był prawidłowy lub nieprawidłowy, a na zapytanie sądu, czemu przypisuje ten przebieg, winien znaleźć odpowiedź w karcie szpitalnej, o ile jest prowadzona ściśle.

Tyle co do protokołów śledztwa pierwiastkowego.

Słowo poświęcić winienem orzeczeniom wydziału gubernialnego — właściwie nie one biegłego nie obchodzą, gdyż nie zawierają w sobie materiału do ekspertyzy, pod jednym tylko względem mogą być miarodajne, mianowicie, gdy chodzi o wyjaśnienie praw np. co ma prawo robić dentysta, akuszerka, felczer, jakie służą im przywileje i t. p., w tych razach wydział jako urzędowy organ, mający pod ręką przepisy odnośne, może być powagą bezwzględną i ma prawo najzupełniejsze głos zabierać, w innych razach, jak to już zaznaczyłem, opinia jego jest opinią takiego samego biegłego jak i każdego innego i specjalnego znaczenia mieć nie może.

Drugim ważnym bardzo materiałem, a niestety nie brany przez wielu biegłych pod uwagę jest śledztwo sądowe. Zaznaczałem już w pracy, drukowanej przed 2 laty w „Kronice Lekarskiej“ znaczenie śledztwa pierwiastkowego dla ekspertyzy, zdanie moje potwierdził p. Li-kiert, jeden z wybitnych adwokatów-kryminalistów, sądzę, że nie odstąpię od przedmiotu, gdy jeszcze raz nacisk na ważność tego czynnika położę.

Rzadko się zdarza, by strony lub sąd prowadziły śledztwo pod nieobecność lekarza, rozumieją bowiem, że lekarz, oryentujący się w sytuacji, nieraz jednym pytaniem wyjaśnić może kwestyę zawiłą, a nadto w interesie stron leży dać biegłemu możliwie największy materiał do rozporządzeniu. Lekarz też powinien bezwarunkowo korzystać z prawa, jakie mu przysługuje i uważnie słuchać przebiegu śledztwa. Przed przystąpieniem do śledztwa czytany jest zawsze akt oskarżenia, a choć zazwyczaj uwzględnia on tylko okoliczności obciążające i jest do pewnego stopnia jednostronny, daje już jednak lekarzowi pojęcie o całości sprawy i pozwala zorientować się o co chodzić będzie sądowi i stronom przy prowadzeniu śledztwa.

Porządek badania świadków zależy od przewodniczącego, pierwszy głos jednak ma zwykle poszkodowany, na to zeznanie lekarz powinien bacznie zwrócić uwagę, pilnie notować w pamięci najdrobniejsze szczegóły, gdyż te dadzą mu później materiał nie tylko do sformułowania swojej opinii, ale i do odpowiedzi na pytania stron; zeznania poszkodowanego winien następnie lekarz zestawzić z zeznaniami jego rodziny i tych, którzy byli świadkami przestępstwa i jego następstw. W razie potrzeby lekarz ma prawo zadawać za pośrednictwem przewodniczącego pytania świadkom, które częstokroć mogą wyjaśnić sprawę, a pytania te nie tylko odnosić się mogą do medycyny wyłącznie, ale powinny być wszechstronne.

Przed laty 6-ma w sądzie okręgowym była ciekawa sprawa, ilustrująca konieczność zwracania pilnej uwagi na badanie świadków. Pozwolę ją sobie w krótkości przytoczyć. Szło o zabójstwo z broni palnej (krucicy), cios wymierzony był w potylicę, a kierunek rany był od dołu ku górze i ze strony lewej ku prawej, taki kierunek miał kanał postrzałowy; opalenie włosów, znalezienie dużej ilości prochu w skórze oraz nieco wzniesiony otwór wejściowy rany przemawiały za tem, że strzelano, przyłożywszy pistolet do głowy. Na ławie podsądnych zasiadł szwagier zabitego i żona zmarłego — przyczyna zabójstwa jako podżegaczka — podsądny był oskarżony na zasadzie zeznania świadków, którzy przed spełnieniem mordu wdzieli zabójcę i ofiarę razem.

W czasie śledztwa sądowego gajowy (działo się to w lesie) po przysiędze zeznał, że był w czasie spełnionego zabójstwa, ale, że bał się mówić prawdy z obawy zemsty. Według niego nie tylko był winien podsądny, ale i ktoś inny, mianowicie kochanek żony zabitego, który staje jako świadek w sprawie: obaj byli obok zmarłego, gdy huknął strzał. Nie rozstrzygnęło to kwestyi kto był winien. Zestawiając kierunek rany, jej rodzaj z przypuszczalnem położeniem zabójcy,



jako lekarz biegły zadałem świadkowi pytanie, jak stali zabójcy, świadek wtedy opowiedział szczegółowo, że denat i zabójcy szli we trzech razem, zabójcy po bokach, ofiara ich pośrodku, obydwaj założyli ręce na ramiona ofiary. Wtedy już łatwo było stwierdzić, że wystrzał mógł pochodzić jedynie z ręki tego, który szedł po stronie lewej ofiary, a zatem prawą ręką obejmował go za szyję i w prawej ręce miał pistolet, inaczej bowiem kierunku rany wytlómaczyłoby nie można. Z dalszych pytań okazało się, że po stronie lewej był właśnie nie podsądny, a kochanek żony ofiary. Wezwano go do sali, przewodniczący zadawał mu w tym kierunku pytania, zmieszany stwierdził swą winę, rozprawa została przerwana, świadka-przestępcę aresztowano, przeprowadzono śledztwo dodatkowe, a gdy po kilku miesiącach przywołano sprawę ponownie prawdziwy przestępca przyznał się do winy, czem stwierdził prawdziwość wniosków ekspertyzy.

Z powyższego widać, jak wielkie znaczenie ma badanie świadków i jak pilnie przysłuchiwać mu się trzeba. Ileż to razy zestawienie zeznań świadków na sądzie z protokołem nadaje zupełnie inne światło sprawie, to też nieuwaga biegłego w sądzie zawsze jest karygodna.

Częstokroć na rozprawę główną w sądzie powołują obducenta ze śledztwa pierwiastkowego, zazwyczaj nie prowadzi to do celu, gdyż obducent, który w ciągu trwania śledztwa setki już innych robił oględzin, nie pamięta szczegółów i co najwyżej po przypomnieniu tego, co napisał, potwiera na sądzie; ma to tylko formalne znaczenie, stwierdza bowiem to co napisał przysięgą i akt taki staje się, poniekąd, więcej wiarygodnym, dla biegłego natomiast, ma znaczenie drugorzędne, wątpliwą bowiem jest rzeczą, aby pisząc akt zaraz po dokonaniu oględzin, lekarz pamiętał mniej szczegółów, niż po kilku miesiącach.

Większe znaczenie ma badanie lekarza, a nawet felczera, który udzielał pomocy poszkodowanemu, szczególnie gdy widział chorego kilkakrotnie, utkwic mu wtedy mogą pewne szczegóły w pamięci, które mają dla biegłego znaczenie. Ale do tych zeznań zawsze należy przykładać miarę krytyczną, są bowiem świadkowie, którzy pamięci dopomagają fantazją. Pamiętam np. zeznanie felczera w sprawie o otrucie arsenikiem, który widział w wymiocinach arsenik, a, zapytany jak wyglądał, opisał go jako ciemny proszek, przypuszczał bowiem, jak się wyjaśniło dalej, że tak powinien się zmienić w żołądku, lub też opowiadał o krwawym moczu nazajutrz po otruciu, zapytany jak ta krew w nim wyglądała dał określenie zwykłego stężonego moczu z dużą ilością barwników moczowych i t. p.

W takich razach należy zadawać pytania dotąd, dopóki biegły nie nabędzie należytego pojęcia o tem, co świadek w istocie widział, a co jest jego objaśnieniem.

Trzeciej grupy materiału do ekspertyzy dostarcza badanie na sądzie poszkodowanego.

Badanie to dokonywa się w warunkach niesprzyjających, sądy nasze nie posiadają wcale pokoju do badań, lekarz dokonywa badania bądź w sali sądowej, bądź w sali narad, gdzie o żadnych, naturalnie, środkach pomocniczych niema mowy, dlatego też badanie na sądzie nie może być zupełnie ścisłe i posiada też same braki, o jakich wspominałem przy omawianiu badania na śledztwie pierwiastkowym. W wątpliwych razach lekarz zawsze winien oświadczyć sądowi, iż w warunkach takich zbadać poszkodowanego nie może i że musi mieć narzędzia odpowiednie. W większości jednak przypadków niepotrzeba badań ściślejszych, szczególnie jeżeli śledztwo pierwiastkowe dostarczyło już dokładnego protokołu. Badanie na sądzie winno dać odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) jakie ślady zewnętrzne uszkodzenia powstały u poszkodowanego;
- 2) jakie zmiany wywołało uszkodzenie w ustroju;
- 3) jaki wpływ na stan obecny wywołało uszkodzenie;
- 4) jakie z obecnie znajdujących zmian są wyleczalne, a jakie usunąć się nie dadzą;
- 5) jaki przypuszczalnie może być stan zdrowia chorego w przyszłości;
- 6) w razie kalectwa o ile ucierpiała zdolność do pracy;
- 7) o ile zmiany obecne odpowiadają protokołowi oględzin.

W każdym pojedynczym przypadku mogą nastęczyć się i inne pytania, powyższe jednak w zarysach ogólnych zawierają główne punkty wytyczne badania, które powinno być przeprowadzone według zwykłych metod. Mówię tu o badaniu fizycznego stanu poszkodowanego, co się tyczy badania jego stanu umysłowego, w rzadkich przypadkach wystarcza badanie jednorazowe na sądzie i lekarz żądać powinien przed wypowiedzeniem zdania poddania chorego obserwacji w szpitalu.

Prócz materiałów powyższych lekarz ma do rozporządzenia jeszcze dowody rzeczowe. Dowodami temi są: narzędzia przestępstwa, broń palna, sieczna, noże, pałki, kłonicy, widły i t. p., ubranie poszkodowanego i przestępcy, w otruciach resztki trzewiów, a w otruciu arsenikiem rurka z aparatu Marscha.

Brak tu natomiast tak ważnych często rzeczy jak plan miejsca przestępstwa, a co ważniejsza fotografii lub rysunków, zdjętych z miejsc uszkodzonych, z przekrojów uszkodzonych narządów i t. d. Tego rodzaju dowody powinny być obowiązujące, co dziś wobec upowszechnienia fotografii jest rzeczą łatwą. Żaden najbardziej obrazowy opis fotografii nie zastąpi, uzmysłowi ona najlepiej zmiany, zależnie od przestępstwa, i da najlepszy materiał biegłemu do wypowiedzenia zdania; naturalnie, musi być zdjęta umiejętnie i z pewną celowością.

Takie są materiały, na których biegły ma zbudować swój wywód ostateczny w sprawie.

Jestem bardzo często wzywany do sądu jako biegły, zda się, miałem czas nawyknąć do wymagań sądu oraz stron, a jednak, gdy mam wypowiedzieć zdanie, zawsze mam przedtem treść, czuję bowiem cały ciężar zadania, aby godnie odpowiedzieć zaufaniu i całą trudność w jasnym, dostępnym sformułowaniu poglądu. Staram się najusilniej zawsze o to, aby opinia moja była krótka i możliwie wyczerpywała pytania, dłuższe bowiem przemówienia wobec niespecjalistów zawsze gmatwiają zrozumienie ekspertyzy i dają stronom możliwość wyciągnięcia najfałszywszych wniosków.

Szczególniejszy zaś nacisk położyć należy na chęć błyszczenia krasomównem i przytaczanie rzadkich spostrzeżeń ze strony biegłych lekarzy. Lekarz zawsze pamiętać winien, że został wezwany do sądu nie po to, aby miał prelekcję o danej kwestyi, ale by sformułował opinię co do danego przypadku. Przytaczanie rzadkich przypadków obalamuca sąd i strony, które na swój sposób wyciągają najfałszywsze wnioski. Zdarzyło mi się w niejednym przypadku stwierdzić to dowodnie. Wystarczy jeden przykład: oskarżenie o otrucie arsenikiem. Znalezione jakoby, że w kiszkiach było około 15 gm. arszeniku, zmian na błonie śluzowej żadnych. Biegły wypowiada się za możliwością omyłki ze strony chemika, a w każdym razie za badaniem nieściłem. Drugi biegły zgadza się w wywodach, ale dodaje, że podobny fakt pojedynczy notował Dragendorff, nie dodając, że w przypadku Dragendorffa nastąpiło wyzdrowienie dzięki temu, że skutkiem wymiotów cała ilość wziętego arszeniku została usunięta. Prokurator, naturalnie, fakt ten podchwycił, a sąd wyniósł wyrok potępiający, i dopiero druga instancja sądowa uwolniła oskarżoną od odpowiedzialności.

Biegły pamiętać winien, że forum publiczne to nie miejsce na dyskusję abstrakcyjną, ale rzeczową, odnoszącą się wyłącznie do danej kwestyi. Zdanie biegłego powinno oceniać krytycznie całokształt

nauki w zastosowaniu do danego przypadku i opierać się musi na prawidłach ogólnych, a nie na wyjątkach, tam zaś gdzie istnieją wątpliwości, nigdy nie może być mowy o dawaniu wniosków na zasadzie wyjątkowości zdarzeń.

Zarówno we wnioskach na sądzie jak w każdym wnioskowaniu muszą mieć zastosowanie prawidła logiki. Wszak lekarz opisujący przypadek wyjątkowy, przede wszystkim musi owej wyjątkowości dowieść wszelkimi istniejącymi w nauce metodami, inaczej jego epierisis będzie problematyczne; tembardziej na sądzie, gdzie dowody naukowe rzadko kiedy są zgrupowane należycie, opinia — owo epierisis — bardzo ostrożnie powinno być stawiane.

Jeszcze jedna uwaga ogólna. Ideałem biegłego jest człowiek bezstronny, nie poddający się wynikom śledztwa, które odbywa się przed jego oczyma i orzekający ściśle na zasadzie danych obiektywnych. Ideał taki jest niezmiernie trudny do osiągnięcia, gdyż lekarz zawsze jest tylko człowiekiem i często wobec wyniku śledztwa opinia jego nosić może pewne subiektywne cechy. Strzedz się tego należy, bo lekarz-biegły nie jest sędzią i nie do niego należy ocena winy podsądnego, ściśle trzymać granic zakreślonych przez prawo i żadną miarą nie dawać do siebie przystępu uczuciom litości, lub innym. Jakże śmiesznie wyglądał w jednej z głośnych spraw w Warszawie jeden z biegłych-lekarzy, który w zakończeniu swojej opinii rzekł: „zdaniem mojem podsądni są niewinni“. Sąd naturalnie zgromił go, a opinia dobra w zasadzie straciła na swej wartości.

Długo zatrzymałem się na materyałach do wywodów, starałem się o ile możności poddać je krytyce naukowej — ta krytyka naukowa odbywać się powinna w umyśle każdego biegłego. Umysł biegłego zawsze krytycznie musi się odnosić do danych oględzin pierwotnych, badania świadków i t. p., oceniać ściśle ich naukową stronę i niczem nie krępować się we wnioskach, nie prócz ścisłej naukowej prawdy nie brać pod uwagę.

Wywód biegłego zaczynać się powinien od krótkiego streszczenia tych danych, jakie w dalszym ciągu służyć mu mogą do wypowiedzenia zdania, uwzględnić więc powinien oględziny na śledztwie pierwiastkowem, dane ze szpitala, o ile są w śledztwie, badanie świadków, oględziny dokonane przez siebie, opis miejsca przestępstwa według zeznań świadków lub planu znajdującego się w aktach, badania dodatkowe i t. p. Po tem streszczeniu dopiero powiedzieć swój wniosek należy, który czy jest zgodny z pierwotnym, czy nie, powinien być zawsze wypowiedzany w całości; lekarz nie ma właściwie prawa powoływać się na wnioski dane uprzednio w śledztwie pier-

wiastkowym, ponieważ tylko akt oględzin stanowi dla niego materiał, wnioski zaś nie obowiązują go wcale.

Wniosek powinien być jasno sformułowany, acz ostrożny, stanowiące wnioski tylko tam mogą mieć wartość, gdzie istnieją niezbité dowody naukowe, co, jak widzieliśmy, zdarza się często. Biegły pamiętać powinien, że jest sędzią naukowym faktów, które zgodnie z nauką i sumieniem ocenić i oświecić powinien. O ile jednak pożądaną jest ostrożność, o tyle karygodną chwiejność, dowodząca, że wnioski zostały wysnute nie na zasadzie praw naukowych.

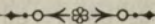
Ta chwiejność występuje często na zapytania stron, które chcą wydobyć z biegłego możliwie największy materiał dla swych celów. Zdarza się, że biegły, który wypowiedział zdanie, dzięki pytaniom obrońcy lub prokuratora cofa pozornie swoje orzeczenie i daje pole do domniemywań ujemnych co do swej nauki i stanowiska w sprawie. Dzieje się to dlatego, że biegły odpowiada na pytanie ogólne, a nie dotyczące danego przypadku. Naprzykład na pytanie: „czy zdarzają się przypadki nagłej śmierci przy objawach duszności“ lekarz odpowiada „tak“, ale nie dodaje, że w danym przypadku dla tych lub innych powodów śmierć naturalna jest wykluczona, lub na pytanie „czy bywają przypadki uszkodzeń samoistnych błony dziewiczej“ lekarz musi odpowiedzieć tak, ale dodać, że w danym razie tego być nie mogło. To samo dotyczy pytań prokuratora. Biegły, powtarzam, jest sędzią naukowym nie in abstracto, ale danego zdarzenia, wszelkie więc abstrakcyjne pytania powinien oświecać tak, aby danego dotyczyły procesu.

Często się zdarzyć może, że wnioski pierwsze będą odmienne od wniosków na sądzie, dzieje się to nie zawsze dla tych przyczyn, jakie rozpatrywałem powyżej, ale i dlatego, że biegły na sądzie ma do rozporządzenia daleko większy i bardziej wiarogodny materiał. Lepiej sąd zawsze uczyni, powołując na biegłego w sądzie na tego lekarza, który dokonywał oględzin pierwotnych, bądź co bądź, zdanie już raz wypowiedziane krępuje go i mimowoli będzie się starał nawet nowe fakty nagiąć do swoich poglądów ze szkodą dla prawdy i sprawiedliwości, lepiej przeto nie powoływać go do sądu jako biegłego i powierzyć tę czynność innemu lekarzowi, który bezstronniej rzecz oświecić może. P. Likiert w swojej rozprawie piorunuje na sądy, że do różnych spraw powołują tych samych biegłych. Ma tylko słuszność pozorną; właściwie powinien być biegły stały, obeznany z procedurą, dobrze orientujący się w sytuacji własnej, lekarz po raz pierwszy wezwany do sądu, choćby był znakomitym specjalistą, popełnia błędy w rodzaju przytoczonych powyżej, co dla spra-

wiedliwości nie jest pożądane. Sumieniu biegłego należy zostawić, czy czuje się kompetentnym, a, jeśli coś przekracza jego siły, zaznaczy to sam i uzna swą niekompetencję. W sprawach sądowych niezmiernie rzadko zdarzają się sprawy tak specjalne, że lekarz ogólnie wykształcony nie może dać dobrej opinii, a w tych razach sąd zazwyczaj wzywa kilku biegłych.

W tym ostatnim razie każdy z nich powinien wypowiedzieć swe zdanie oddzielnie i tylko w razie zupełnej zgodności zaznaczyć to pokrótce, powierzenie jednemu mówienia za wszystkich po naradzie nie ma żadnego usprawiedliwienia. Tej metody w Warszawie trzyma się izba sądowa, a sprawiedliwość zyskuje na tem zawsze.

Oto te wskazówki, jakich powinien się trzymać biegły na sądzie w sprawach karnych. (Dok. nast.).



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

413. Prof. A. Jaquet (Bazylea). **Poszukiwania nad działaniem fizyologicznym klimatu górskiego.** Recherches sur l'action physiologique du climat d'altitude. (Sem. Médic. № 40, 1900).

We wpływie tak zw.: klimatu górskiego na krew należy wyróżnić 4 czynniki: ciepłotę otoczenia, promienie słoneczne, obniżenie ciśnienia atmosferycznego, suchość powietrza.

Zbadaniem poszczególnem tych czynników zajął się autor. W celu dokładnego ocenienia wyników działania ich na krew, autor określał całą masę krwi w stosunku na kilo wagi zwierzęcia. W tym celu zapomocą pompki ssąco-tłoczącej wprowadzał do układu tętniczego roztwór chlorku sodu przy 37° C., a krew bierał przez rurkę, wstawioną w prawe uszko. Kiedy wreszcie płyn wypływający nie zawierał już ciałek czerwonych, określano w całości wymytej ilość hemoglobiny przyrządem Fleischl-Miescher'a.

To sztuczne krążenie podtrzymywano jeszcze przez energiczne mięsienie członków.

Dla zbadania wpływu ciepłoty otoczenia trzymano 6 królików tej samej rasy i wieku w miejscu, gdzie ciepłotę utrzymywano stale między 13°—16° C., a drugie sześć, przy tych samych warunkach oświetlenia, wilgoci, pożywienia, w miejscu o ciepłocie 2°—5° C. Po upływie 6 tygodni wszystkie zwierzęta zabito i obliczono ich krew na masę w stosunku do wagi ciała oraz ilość hemoglobiny i liczbę

ciałek krwi. W seryi „zimnej“ otrzymano: 5,817,000 ciałek czerwonych, 13,74 % hemoglobiny, 5 gr. % hemoglobiny na kilo zwierzęcia. W seryi „gorącej“ 5,952,000, 12:9 i 5,74. Rezultat ten pozwala wykluczyć wpływ ciepłoty otoczenia z sumy wpływów klimatu górskiego.

Dla zbadania wpływu zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego zwierzęta pomieszczono w skrzyni objętości 200 litrów, opatrzonej dostateczną liczbą okien. Przewietrzanie odbywało się zapomocą specjalnej pompy, pozwalającej utrzymać ciśnienie na dowolnej wysokości. Raz na dzień na kilka minut skrzynię otwierano dla jej oczyszczenia i nakarmienia zwierząt. Dokonano 4 seryi doświadczeń z 3 królikami w każdej: dwie przy ciśnieniu około 640 milgr. (ciśnienie atm. w Davos), jedna przy ciśnieniu zwykłym. Doświadczenie trwało 4 tygodnie. Przy ciśnieniu zwykłym: w początku doświadczenia 5,530,000 ciałek cz. i 12,7% hemoglobiny; w końcu 5,749,000 i 12,7%. Przy ciśnieniu obniżonem: w początku doświadczenia 5,552,006 i 11,54% w końcu 6,091,000 i 14,40%.

Przy obliczaniu hemoglobiny w całości krwi otrzymanej metodą opisaną na początku okazało się, że ilość hemoglobiny u zwierząt trzymanyh przy niskim ciśnieniu — była większa o 23,7% (1 gr. H. na 1 kilogram.), niż u zwierząt trzymanyh przy ciśnieniu zwykłym.

Te wyniki, zgodne z dawniejszemi pracami autora, otrzymanemi w Davos i Bazylei wykazują, że obniżenie ciśnienia o 100 mil. rtęci samo jedno wystarcza do wywołania zmian we krwi, dochodzących do zwiększenia się ogólnej ilości hemoglobiny mniej więcej o 20%.

Z warunków pobytu w tych skrzyniach — autor wyciąga wniossek, że wpływ wilgoci powietrza nie może tu grać żadnej roli — w każdy razie nie wpływa na działanie zniżki ciśnienia.

Odnosnie wpływu bezpośredniego promieniowania światła autor zadawalnia się przytoczeniem wyników doświadczeń: Marti, Schöneberga a zwłaszcza C. Meyera, które zgodnie wykazują, że przyrost liczby ciałek krwi następuje tak samo w ciemności jak i w świetle; może tylko maximum osiąga się nieco później. (Do tego samego wyniku doszedł i p. Borysoff — r. referat „Kron. Lek.“ str. 763, 1900).

Jeżeli rzeczywiście klimat na wyniosłościach wywołuje nowotworzenie się pierwocin krwi, to ustrój potrzebuje na to pewnego materiału, który czerpie albo 1) z pierwiastków azotowych pożywienia, albo 2) drogą tak zwanej likwidacyi (według nazwy nadanej temu procesowi przez Miescher'a, który go pierwszy spostrzegł i opisał) znajduje sam w sobie potrzebne tworzywo przez rozpuszczanie pewnych pierwiastków komórkowych, które wtedy przechodzą w krążenie i dostarczają materiału na wytworzenie nowych ciałek krwi. Autor — zajął się zbadaniem pierwszej drogi, jako dostępniejszej, mianowicie zbadaniem wpływu klimatu górskiego na przemianę materyi, na wyzyskiwaniu azotu pożywienia.

Doświadczeniu autor poddał się sam; trwało ono 4 tygodnie. Przez pierwszy tydzień doprowadził się autor do równowagi azotowej, przyjmując codziennie to samo pożywienie (tak co do ilości, jak i jakości), które zawierało 23,99 grm. azotu, następnie wszedł na górę Chasseral (Jura), wysokości 1600 metrów, i tam pozostawał w tych

samych warunkach pożywienia 2 tygodnie. Po upływie tego czasu zeszedł z powrotem do Bazylei i jeszcze tydzień pozostawał w tych samych warunkach. Mocz i kał badano na azot sposobem Kjeldahla.

Ze szczegółowej tablicy ilości i c. g. moczu, ilości kw. fosforowego i chlorków oraz azotu moczu i kału bierzemy tylko wyniki, które świadczą, że podczas pobytu na górze około 2 grm. 592 miligr. azotu pokarmu dziennie nie było wydalone; podobnież i wydalanie kw. fosforowego wykazywało deficyt. Po powrocie na równinę azot pokarmu wydalal się całkowicie.

Te wyniki upoważniają autora do upatrywania pewnej równoległości pomiędzy zmianami we krwi (szkoda, że ich autor nie przeprowadził jednocześnie na sobie) a przemianą materii azotowych, mianowicie zmniejszaniem się wydalania azotu.

Autor, mając wagi 81 kilogram. oblicza swą zawartość hemoglobiny na 754 grm. Hemoglobina zawiera 16% azotu, całość więc, 754 grm. — zawiera 120 grm. azotu. Ponieważ na wysokościach 1600—1800 metrów ilość hemoglobiny zwiększa się o 15—20%, przeto do wytworzenia jej potrzebaby o wiele mniej (0,857) azotu dziennie, niż się zatrzymywało według obliczeń autora (2,592). Nasuwa to autorowi pytanie, czy wpływ klimatu górskiego, nie ograniczając się tylko na poprawie krwi, nie uwydatnia się korzystnie i w innych pierwiastkach komórkowych ustroju, nadając im nowej żywotności i nowej siły, na które zużytkowuje właśnie ową resztę zatrzymywanego azotu.

Są to dotąd tylko zapytania. Odpowiedź na nie wytlómaczyłyby nam całość dodatniego wpływu pobytu w górach, czego nie wyjaśniają nam same zmiany we krwi.

*O. Hewelke.*

414. A. Brosch. **Przyczynę do nauki o wytorbieniach przełyku.** („Zur Lehre von den Oesophagusdivertikeln“. Deutsche Archiv. f. Klin. Med. Bd. 67, 1900).

Zenker podzielił wytorbienia przełyku na dwie postaci: wytorbienia wypychowe (Pulsionsdivertikel) i rozciągowe (Tractionsdivertikel). Przyczynę pochodzenia pierwszej z tych postaci stanowi według Zenker'a i Ziemssen'a, upośledzenie lub zgoła zniesienie na pewnej ograniczonej przestrzeni czynności warstwy mięśniowej przełyku. Wpływy, które działają tutaj szkodliwie na włókna mięśniowe, mogą być następujące: 1) utknięcie w przełyku kęsa pożywienia lub jakiegokolwiek ciała obcego, które, wywierając silny ucisk na ścianę, rozpycha włókna mięśniowe i wtłacza śluzówkę w szczelinę, tym sposobem powstałą; 2) uraz, powodujący wylew krwi w przestrzeń okołoprzełykową z następczem wchłonięciem skrzepów, co prowadzi za sobą rozerwanie niektórych włókien mięśniowych przełyku; 3) różne inne przyczyny wpływające zgubnie na też włókna, jak np. pokarm zanadto gorący i t. p.



Wytorbienia wypychowe rzadko bardzo wogóle spotykane, znajdują się najczęściej w górnym odcinku przełyku bezpośrednio pod chrząstką obrączkową. Daje to v. Bergmann'owi podstawę do uznawania za ważniejszą od urazu przyczynę — powstawanie wytorbień wypychowych w życiu zarodkowym, sprzyjających powstawaniu wytorbień w miejscu powyższym. B. popiera zdanie swe twierdzeniem, jakoby nie należało uważać wytorbień li-tylko za przepuklinę utworzoną przez wypchniętą błonę śluzową, gdyż w budowie ich przyjmuje również udział tkanka mięśniowa. Autor obala powyższy pogląd Bergmann'a. Przedewszystkiem bowiem górny odcinek przełyku nie jest jedynym miejscem, w którym spotykają się wytorbienia. Dowodem tego są spostrzeżenia Reichmana, Mintza, Przewóskiego, Bychowskiego i innych. A co się tyczy udziału błony mięśniowej przełyku w budowie wytorbień, to aczkolwiek w niektórych przypadkach znajdujemy ją rzeczywiście, za to w bardzo wielu innych dostrzedz się dają zaledwie tu i owdzie nieliczne rozsiane włókna mięśniowe, a nawet nader często brak ich zupełnie.

A zatem, przyczyny, wywołującej powstawanie wytorbień wypychowych szukać należy gdzieindziej, a mianowicie w niejednakowych wymiarach średnicy przełyku. Jak wiadomo, średnica ta jest znacznie zwężoną w pewnych miejscach: na początku przełyku, na poziomie rozwidlenia tchawicy, wreszcie przy wpuszcie żołądka. W miejscach tych, naturalnie, najłatwiej zalegają kęsy pożywienia, skutkiem czego najłatwiej, lubo nie wyłącznie, tworzyć się mogą nad niemi wytorbienia.

Innego pochodzenia są wytorbienia rozciągowe. Stanowią one małe lejkowate wypuklenia w przełyku i odznaczają się tem, że wierzchołek ich mieści się w jakimś bliznowatym modzeli lub jest z nim zrosnięty. W przeważającej większości przypadków wierzchołek takiego lejka przyczepiony bywa do dotkniętego marskością gruczołu chłonnego; że zaś zapalenie gruczołów tych i otaczającej je tkanki daje właśnie najczęstszy powód do wytorbień tego rodzaju, przeto spotykamy je przeważnie na poziomie rozwidlenia tchawicy, t. j. tam, gdzie gruczołów tych jest najwięcej. Wytorbienia rozciągowe spotykają się częściej daleko od wypychowych.

Do dwu tych postaci wytorbień przełyku Oekonomicles dodał trzecią, której dał nazwę wytorbień rozciągowo-wypychowych (Tractions-pulsionsdivertikel). Obejmuje ona te wypadki, w których pierwotne wytorbienie rozciągowe przekształca się in toto pod wpływem ciśnienia od zewnątrz na wytorbienie wypychowe. Ta postać wytorbień pokrewną jest tak zwanej przez autora przepuklinie wytorbienia rozciągowego (Hernie eines Fractionsdivertikels), w której ciśnieniu ulega tylko część ściany wytorbienia, tworząc w ten sposób wytorbienie wtórne.

Od wymienionych powyżej postaci wytorbień przełyku prawdziwych odróżnić należy wytorbienia rzekome (Pseudodivertikel), t. j. takie ściany które nie są utworzone przez warstwy ściany przełyku, lecz otorbienia pochodzenia zapalnego. Wytorbienia takie powstają skutkiem bądź ropni okołoprzełykowych, powodujących prze-

bodzenie ścianki przelyku, bądź rozlicznych spraw urazowych, drażących już to od strony zewnętrznej już to od wewnątrz, bądź wreszcie nowotworów, jak np. raka przelyku. Wytorbienia rzekome nie dają złego rokowania *quo ad vitam* i przejawiają z natury pochodzenia swego skłonność raczej do zmniejszania się drogą ściągania skutkiem rozrostu tkanki bliznowatej niż do powiększania. Wytorbienia rozciągowie przebiegać mogą, nie wywołując żadnych objawów u osobników niemi dotkniętych. Są one niebezpieczne ze względu na możliwość przedziurawienia ich ściany przez uwięźle w nich ciała twarde — kawałek kości, pestki od owoców, z następczemi sprawami zapalnymi pochodzenia zakaźnego w śródpiersiu, płucach, opłucnej i t. d., sprowadzającemi śmierć. Wogóle jednak wytorbienia rozciągowie dają lepsze rokowanie od wypychowych. Te ostatnie powodować mogą powstawanie w przelyku różnorodnych spraw zapalnych, poczynając od zwykłego nieżytu, a kończąc na owrzodzeniu, z drugiej znów strony mogą powodować drogą ustawicznego powiększania się śmierć głodową skutkiem niedrożności zupełnej przelyku. Bezwątpienia zdarzają się przypadki samoistnego zmniejszania się wytorbień wypychowych, a nawet zniknięcia ich zupełnego (Kurz, Mersmod, Mixter i inni); przypadki te uważać jednak należy za wyjątki. Autor sądzi, że takie zmniejszanie się wytorbień zachodzić może li tylko drogą przewlekłych spraw zapalnych z następczym rozrostem tkanki łącznej, jakie w nich mogą powstawać, i wobec tego nie upatruje żadnych korzyści od leczenia wytorbień stosowaniem elektryczności.

Jako ważny środek rozpoznawczy przy różniczkowaniu wytorbień autor uznaje, opierając się na spostrzeżeniach M. Rejchmana, Lürmana i innych, wymioty, które zdarzają się co czas pewien przy wytorbieniach wypychowych, zaś nie spotykają się przy rzekomych.

*Cz. Jankowski.*

415. Dr. E. Nowsze prace z zakresu nauki o zimnicy. („Neuere Arbeiten aus dem Gebiete der Lehre von der Malaria“. Wien. Med. Presse № 23, 1900).

Przegląd dzieł, dotyczących się zimnicy, dr E. zaczyna od książek, d-ra Engel'a, w której autor omawia rozpoznanie różniczkowe oraz sprawę mieszania plazmodyj zimniczych z jądrami, zawierającemi jądro czerwonych ciałek krwi.

Dr. Kubassow w książce: „O grzybku choroby bagiennej“ („Ueber die Pilze des Paludismus“) opisuje obszernie okresy rozwoju grzybka, którego hodowle otrzymywał, przenosząc krew chorych na bulion, żelatynę, agar-agar. U ludzi czas dreszczu przypada na okres tworzenia się spor, których niezmierną ilość znajdujemy we krwi w okresie gorączki.

Promycelium we krwi chorych na gorączkę codzienną zjawia się na 10 godz. przed napadem. Należy stosować chin. sulf. na 16—

18 godz. przed napadem zimnicy codziennej, na 24 godz. przed trzeciackową. Zakażenie następuje zarówno przez płuca, jak przez przewód pokarmowy. Ważne znaczenie w szerzeniu choroby mają ptaki, w których krwi grzybek żyje długie miesiące. Stan nieprzytomny przy gorączce przestankowej zapadowej (*intermittens comatosa*) należy objaśniać raz przez zamknięcie światła naczyń mózgowych przez plazmodie, to znów przez zatrucie ustroju toksyną.

Dr. Elting szczepił ludziom krew zimniczą zwykle ze skutkiem. Czas wylegania trwał  $1\frac{1}{3}$ —5—7 dni (ostatni przy szczepieniu pod skórę).

Włoskie towarzystwo badania zimnicy uważa za dowiedzione przenoszenie na ludzi gorączki bagicznej przez owady; ukłucie komara (*Culex pipiens*) jest dla człowieka nieszkodliwe. Wynkoop, Schwalbe i Lawrie uznają teorię moskitów za niedowodzoną

Edmonds omawia stosunek brzemienności do zimnicy. Jeżeli ciepłota przechodzi 40°, to zwykle kobieta roni. Charłactwo zimnicze nie jest przeszkodą do poczęcia. Jeżeli gorączka zjawia się w czasie lub zaraz po porodzie, to życie matki jest w niebezpieczeństwie. W razach takich należy stosować chininę w dawkach po 0,3.

Według Cronquist'a u dzieci zjawia się zimnica najczęściej w warstwach zamożniejszych i zwykle postać jej jest codzienna.

Rogers przeprowadza rozpoznanie różniczkowe między bezkrwistością wskutek anchylostomum i wskutek zimnicy. W drugim przypadku bezkrwistość znamionuje się równoczesnym zmniejszeniem się ilości czerwonych ciałek krwi i zawartości hemoglobiny, bezwzględnie i względnie (do czerwonych) zmniejszeniem się liczby białych ciałek krwi i małym zmniejszeniem się ciężaru gatunkowego krwi. Anchylostomum powoduje znacznie większe zmniejszenie się ilości hemoglobiny, względne pomnożenie się białych ciałek i znaczne obniżenie ciężaru gatunkowego.

Według Thayer'a zapalenie nerek zdarza się w 46,4% przypadków zimnicy, osobliwie przy letnich—jesiennych gorączkach (*Sommer-Herbstfieber*).

Lemoine i Veullot nanowo wprowadzają w użycie zabiegi hydroterapeutyczne przy ciężkich postaciach gorączki ciągłej.

Bragagnolo przy przeroście zimniczym śledziony, gdzie nie działa chinina i arsenik stosuje zastrzykiwania podskórne. Jodjodkalium (*Jodi puri* 0,025, *kali jadatai*, *Guajacoli aa* 2,5, *Glycerini purissimi* 2,5). W bardzo uporczywych przypadkach można stosować laparotomię, która często powoduje zmniejszenie się śledziony i poprawą ogólną. Doszczętne wyleczenie może być osiągnięte przez wycięcie śledziony, zabieg ten przeciwwskazany jest przy równocześnie występującej białaczce, przy ciężkich chorobach wątroby i nerek, przy daleko posuniętym charłactwie, przy obszernych zrostach.

Boinet dowodzi, że naprzemian z chininą może być stosowany błękit metylenowy, że jednakże chinina ma większe znaczenie.

Montoro de Francesco stosuje ze skutkiem pomyślnym euchininum w dawkach 1,0—2,0 pro die przez 6 dni.

*St. Muszyński.*

416. O. Binder. **O ichtalbinie.** („Ueber Ichtalbin“. Wien. Med. Woch. № 22, 1900).

Wiadomo, że ichtyol znalazł wielorakie zastosowanie w leczeniu chorób skórnych, kobiecych i wewnętrznych, ale w wielu razach musiano zaniechać używania tego środka ze względu na przenikliwy zapach i nieprzyjemny smak; braki te zostały usunięte w ichtalbinie (połączenie ichtyolu z białkiem).

Ichtalbina daje się przedewszystkiem z pożytkiem stosować w chorobach kobiecych. Przy niezbytach pochwy wdmuchiwanie czystej ichtalbiny sprowadzają szybką poprawę i ostatecznie wyleczenie, szybko ustępuje zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, wysięki i wszelkie dolegliwości, nawet nadżarcia (erosiones) na portio znacznie szybciej pokrywają się naskórkiem. Z równieź dobrym skutkiem autor stosował środek ten przy metritis chronica hypertrophica, przy peri-parametritis. Równieź dobre wyniki sprowadzało wciąganie do 3 razy dziennie czystego proszku do nosa przy zastarzałych, połączonych z przerostem błony śluzowej i muszli, niezbytach. Gdy prócz tego były utraty naskórka (excoratio) i krwawiąca ziarnina, autor mieszał ichtalbinę z pulv. fol. eucalypti w stosunku 5:1.

Doskonale działa nowy ten przetwórn na wszelkie pokrywające się ziarniną rany, na przewlekłe owrzodzenia goleni. Autor twierdzi, że ichtalbina, jako środek wyjąłwiający, niewiele ustępuje jodoformowi, podczas gdy przewyższa go działaniem tonizującym i keratoplastycznym. Zbytńio bujającą ziarninę autor pociera przedewszystkiem lapisem, po odpadnięciu strupa raz lub 2 razy dziennie przysypuje ranę ichtalbiną i nakłada opatrunek.

Autor zaleca wewnętrzne stosowanie środka w przypadkach wzmóźonego wytwarzania drobnoustrojów, obrzmienia błony śluzowej kiszek, przerostu gruczołów kiskowych.

Ichtalbina wyświadcza niezaprzeczone usługi przy przewlekłych niezbytach żołądka i kiszek. Autor ją stosuje raz lub 2 razy dziennie w dawkach 0,5—1,0 samą lub w połączeniu z kwasem salicylowym pół na pół. W durze brzuszny, przebiegającym bez powikłań autor ogranicza się na stosowaniu ichtalbin z laktofeniną i spozstrzegał krótszy oraz mniej ciężki przebieg choroby. Według niego powoli wydzielający się z białkowego połączenia ichtyol działa (in statu nascendi) na ściany kiszek odtleniająco i wyjąłwiająco, siarkowe połączenia ichtyolu nie pozwalają się zbytńio mnożyć we krwi pałeczkom tyfusowym. Zaznaczyć należy, że przy stosowaniu ichtyolu w tyfusie chory ma codziennie lekki stolec. *St. Muszyński.*

## II. Choroby nerwowe.

417. Hitzig i Monokow. O środkach rzutowych (projekcyjnych) i skojarzonych (asocjacyjnych) mózgu ludzkiego. („Sur les centres de projection et d'association du cerveau humain“. Raport w kwestyi ośrodków assocjacyjnych Flechsig'a odczytany w sekcji neurologicznej XIII kongresu medycznego międzynarodowego w Paryżu w d. 3 sierpnia 1900).

Przypomnijmy, (patrz odnośne referaty w „Kron. Lek.“ z roku 1897 i 1898), że z prac Flechsig'a wynika podział kory mózgowej człowieka na sfery czyli ośrodki zmysłowe i na ośrodki asocjacyjne, czyli intelektualne. Do podziału tego doszedł Flechsig badając mózgi płodów i małych dzieci za pomocą t. zw. *metody myelogenetycznej*, opartej na tej zasadzie ogólnej, że włókna nerwowe należące do jednego pęczka otrzymują swą powłokę myelinową w jednej epoce, wówczas gdy włókna pęczków różnych pokrywają się myeliną w różnych epokach, następujących po sobie według pewnych praw.

Opierając się na poszukiwaniach, które obecnie obejmują 40 okresów rozwojowych, Flechsig przyjął, że jest około 40 terytoriów rozwoju korowych i rozdzielił je z punktu chronologicznego na 3 grupy:

- a) Terytoria pierwotne, t. j. rozwijające się najwcześniej.
- b) Terytoria końcowe, (rozwijające się najpóźniej) i
- c) Terytoria pośrednie, t. j. pod względem epoki rozwoju zajmujące pośrednie między dwoma pierwszymi miejsce.

Ten podział w niczem nie zmienia podziału pierwotnego, opartego na podstawie anatomicznej na ośrodki zmysłowe i ośrodki asocjacyjne.

Z punktu widzenia anatomicznego:

1. *Ośrodki zmysłowe* czyli *projekcyjne* są: ośrodki czucia cielesnego, wzrokowy, słuchowy, powonieniowy i smakowy. Każdy z tych ośrodków (z wyjątkiem słuchowego) powstaje, ze zgrupowania wielu terytoriów korowych myelogenetycznych jak np. ośrodek czucia cielesnego powstaje z 8 takich terytoriów, inne z 3-ch.

2. *Ośrodki asocjacyjne* są 4: ośrodek czołowy, ciemieniowy, skroniowy i wyspa Reila.

Na ośrodkach ciemieniowym i skroniowym najłatwiej wykazać, że dzielą się one na okręgi obwodowe, rozwijające się wcześniej i ośrodkowe (centralne), które dojrzewają później. W ośrodku czołowym podział ten wykrywa się również, lecz układ jest więcej skomplikowany.

Okręgi obwodowe łączą się z ośrodkami zmysłowymi zapomocą licznych włókien łukowych.

Wszystkie okręgi ośrodkowe (centralne) są końcowymi (terminales) i cechują mózg ludzki. Zniszczenie ich nie objawia się nigdy

zaburzeniami czucia lub ruchu. Objawy pochodzenia ruchowego, które temu towarzyszyć mogą, zależą od działania destrukcyi z odległości.

Każdy okrąg ośrodkowy (centralny) znajduje się w stosunkach z wielu ośrodkami zmysłowemi, niektóre ze wszystkimi, z kąd wpływa, że kombinują one prawdopodobnie działalność tych ostatnich. Po ich zniszczeniu jednostronnem inteligencya słabnie, szczególnie upośledza się kojarzenie wyobrażeń. Okręgi zatem centralne są, prawdopodobnie, nadzwyczaj ważne dla tworzenia wyobrażeń złożonych z różnych wrażeń zmysłowych dla aktów złożonych takich jak rozpoznawanie przedmiotów, czytanie i t. p. Spostrzeżenia kliniczne usprawiedliwiają podział kory na ośrodki zmysłowe czyli projekcyjne i ośrodki asocyacyjne czyli kojarzeniowe.

*Krytykę powyższej teoryi Flechsig'a prof. Hitzig z Halli zamknął w następujących wnioskach:*

1. Odnośnie do chronologii myelinizacyi ośrodków pojekeyi i asocyacyi i odnośnie do następstwa myelinizacyi w różnych ośrodkach pojekeyi:

Zdarzają się nawet według samego Flechsig'a liczne różnice indywidualne, które Flechsig uważa za patologiczne, przeciwnicy zaś jego z równą racją za fizyologiczne.

2. Odnośnie do różnicy budowy anatomicznej ośrodków projekcyjnych tak między sobą jak w stosunku do ośrodków asocyacyjnych.

Zdania różnych autorów tak są pod tym względem sprzeczne, że trudno wytworzyć sobie pogląd stanowczy. Zgadza się Hitzig z zapatrywaniami Flechsig'a, że przeznaczeniem ośrodków zmysłowych jest percepcya pobudzeń powstających na różnych powierzchniach zmysłowych i asocyacya tychże sensacyi w obrazy inetelektualne i uznaje też uzasadnienie tych zapatrywań zapomocą analizy faktów patologicznych, takich jak porażenie dotykowe, aphasia sensorialis i t. d.

Co się zaś tyczy poglądu Flechsig'a, że ośrodki asocyacyjne służą do przechowania obrazów w pamięci, dla ich reprodukcji i asocyacyi, bądź przez pobudzenie ośrodków zmysłowych sąsiednich, bądź też innych ośrodków asocyacyjnych, to pogląd ów uważa Hitzig obecnie za hipotezę. Hypoteza np. obrazów pamięciowych składanych w oddzielnych grupach komórek bynajmniej nie jest dowiedziona.

*Profesor Monakow z Zurichu* przytacza wnioski z własnych badań ośrodków projekcyjnych i asocyacyjnych.

Suma włókien projekcyjnych zebranych w koronie promienistej i przeznaczonych dla całej powierzchni mózgu wchodzi w stosunek z małą względnie liczbą punktów kory. We wszystkich zawojach włókna projekcyjne stanowią pewną tylko część włókien masy medularnej. Istnieją zatem na całej powierzchni mózgu obwody rozleglejsze lub mniej rozległe, w których brak włókien projekcyjnych. Można by te części korowe pozbawione włókien projekcyjnych nazwać ośrodkami asocyacyjnymi w przeciwstawieniu do ośrodków, do których dają i w których zbierają się włókna projekcyjne.

Lecz jest niemożliwem zakresić ściśle granice terytoryów w nie obfitujących. Monakow nie mógł wykryć zasadniczych różnic ana-

tomicznych między 2-ma rodzajami tych terytoryów. Zresztą w innych częściach mózgu (np. w szarej subst. podkorowej) istnieją części, mniejsze to prawda, lecz również pozbawione włókien projekcyjnych, a których podział na ośrodki pojekeji i asocyaeyi nie jest przyjęty.

Pewnem jest, że układ włókien w białej istocie mózgowej nie jest jednorodny. Podział przyjęty przez Flechsig, uwzględniający jedynie włókna projekcyjne dróg zmysłowych, nie odpowiada wielu postulatam anatomicznym organizacji mózgu. Nie ma w nim miejsca dla mózdzku czarnego jądra Soemmeringa, jądra czerwonego, wielu okolic wzgórków wzrokowych i t. d.

Metoda myelogenetyczna nie wystarcza do rozwiązania wszystkich zagadnień fizjologii odnośnie do subtelnej organizacji neuronów mózgowych. Uwzględniając różnice indywidualne w chronologii pokrywania się myeliną włókien nerwowych dochodzi się do wniosku, że materyał badań jest dotychczas zanadto szczupły, aby zeń można było wyprowadzać prawa, które mają służyć za podstawę rozwoju ostatecznego dróg przewodnictwa i ośrodków. Jedyne wnioski ogólne, który z badań tych dziś wyciągnąć można jest ten, że rozwój ośrodków zmysłowych jest wcześniejszy od rozwoju tych części kory, które służą za podstawę inteligencji. Hypoteza, umieszczająca wyższą działalność psychiczną w ośrodkach korowych specjalnych i posiadających odrębną budowę anatomiczną jest słabą.

Istnieją niewątpliwie dla pracy psychicznej potrzebne warunki anatomiczne (komplikacje jeszcze nieznane w układzie architektonicznym neuronów), lecz raczej należy je sobie wyobrazić jako rozproszone po całej korze.

*W dyskusyi dr. Vogt z Berlina wystąpił z następują swoją krytyką.*

- 1) Wbrew zdaniu Flechsig'a nie wszystkie włókna jednego przeznaczenia pokrywają się myeliną w jednym czasie.
- 2) Prawo Flechsig'a pokrywania się myeliną zawsze w kierunku od komórki ku obwodowi nie potwierdza się w badaniach Vogt'a.
- 3) W całej korze znajdują się włókna pierwiej pokrywające się myeliną niż przypuszcza Flechsig.
- 4) Prawdą jest, że u człowieka myelinizacja rozpoczyna się w terytoryach pierwotnych Flechsig'a, lecz wbrew twierdzeniu tego ostatniego, bez przerwy żadnej myelinizacja rozszerza się od obwodu tych ośrodków, aż cała kora otrzyma myelinę. Ztąd jest niemożliwym odróżnienie określonej liczby terytoryów podług ich myelinizacji.
- 5) U dorosłego wykrywa się ślady tej myelinizacji nie współczesnej różnych okolic korowych na tej podstawie, że włókna i układ ich myelinowy tem są grubsze, im wcześniej rozpoczęła się myelinizacja.
- 6) Sądzić można, że na początku myelinizują się włókna projekcyjne, lecz są i włókna asocyacyjne, których myelinizacja rozpoczyna się bardzo wcześnie. Włókna spoidła myelinizują się później, jednakże u 1-miesięcznego dziecka znajdował Vogt włókna spoidłowe myelinizowane.

7) Dopóki istnieją okolice korowe pozbawione myeliny istnieją też i części torebki wewnętrznej bez myeliny. A są to części, których wkrótce zwyrodnienia wykazują ich związek z okolicami kory, pokrywającymi się późno myeliną. Nadto te późno myelinizujące się części torebki wewnętrznej są o tyle rozległe, że wnosić można, iż odpowiednio części kory posiadają znaczną liczbę włókien projekcyjnych.

8) Przeciwnie niż twierdzi Flechsig u mięsożernych i królików stwierdził Vogt sposób myelinizacji identyczny jak u człowieka. A także wbrew twierdzeniu Flechsiga u mięsożernych wszystkie okolice kory posiadają włókna projekcyjne. Obok zaś projekcyjnych istnieje jeszcze większa liczba włókien asocjacyjnych i spidlowych. Tak, że niemożemy w mniejszej ilości włókien, projekcyjnych dopatrywać się charakterystycznej różnicy między mózgiem człowieka a mięsożernych.

9) U mięsożernych wielka liczba włókien projekcyjnych nie łączy się po liniach prostych do ich zawojów, lecz zakrzywia się mniej lub więcej. Z zastrzeżeniem więc, że część włókien projekcyjnych tak się zakrzywia anatomia porównawcza potwierdza ten punkt teorii Flechsiga.

Co do włókien asocjacyjnych Vogt stwierdził u mięsożernych zapomocą metody zwyrodnień wtórnych, że istnieją włókna asocjacyjne we wszystkich warstwach centri ovalis między korą i ependymą ventricularis. Specjalnie Vogt stwierdził istnienie pęczka podłużnego dolnego, pęczka podłużnego górnego i pęczka potylicy - czołowego. Tylko te pęczki mają granice mniej wyraźne niż u człowieka. Vogt zbija twierdzenie Flechsiga jakoby one nie istniały u człowieka.

10) Tak u człowieka jak zwierząt budowa różnych okolic kory jest różna i, wbrew twierdzeniu Flechsiga, okolice później myelizujące się u zwierząt nie posiadają jednorodnej budowy.

*Rzeczniowski.*

418. Roth. Różniczkowanie porażenia połowicznego organicznego od czynnościowego. (Wiener Med. Presse № 36, 1900).

Odróżnienie porażenia organicznego od histerycznego napotyka niekiedy na poważne trudności, zwłaszcza w razie małych ognisk w mózgu. Najbardziej charakterystyczne objawy cierpienia organicznego są następujące:

A) Szereg objawów, stanowiących udar, których nie spotyka się prawie nigdy w histeryi.

B) Objawy ogniskowe: 1) niemota rozmaitych rodzajów; 2) zmniejszenie napięcia mięśni i porażenie ich: a) ruchy gałki ocznej po stronie porażonej dowolne są znacznie ograniczone; odruchowe-zachowane; b) porażenie nerwu twarzewego, które występuje bardzo rzadko w histeryi; c) porażenie języka i dysartrie (w histeryi spotyka się zmienność tego objawu, skurez połowiczny, odchylenie w stronę prze-



ciwną i t. d.); d) ruchy mimowolne asocjacyjne porażonych części; e) ustępowanie porażenia jest zawsze stopniowe i określone.

C) Przykurcze mają charakterystyczny rozwój i kształt.

D) Wzmoczenie odruchów ścięgowych idzie w parze z napięciem mięśni. Wzmoczenie odruchów kolanowych przy porażeniu histerycznym zdarza się tylko wyjątkowo.

E) Odruchy skórne mają małe znaczenie, wyjąwszy objawu Bałbińskiego (odruch palucha stopy), którego nie spotyka się przy porażeniach czynnościowych.

F) Połowiczna utrata czucia jest niezawsze jednakowo wyraźną w różnych częściach ciała; jednak znieczulenia odcinkowe mają zawsze charakter histeryczny.

G) Ślepotą połowiczna, brak zaburzeń w innych wyższych narządach zmysłowych.

H) Stan psychiczny.

I) Zaburzenia krążenia, odżywcze, ostra odleżyna.

Ważnemi są prócz tego inne wskazówki ogólne: wiek, sposób życia, stan serca, nerek, naczyń, przebyte choroby (zimnica, dur, zapalenie płuc, przymiot, cukrzyca, zatrucia i t. d.).

Często w przemijających porażeniach połowicznych niezbyt znacznych rozpoznajemy mylnie porażenie czynnościowe.

*W. Miklaszewski.*

419. Seiffer. **Sugestia szkodliwa u ofiar nieszczęśliwych przypadków.** (Berlin. Klin. Woch. № 37, 1900).

Sugestia ma doniosłe znaczenie nawet u zdrowych; wpływ jej na chorych bywa niekiedy olbrzymi, zwłaszcza po silniejszych wstrząsach. Autor zwraca uwagę, że zachowanie się lekarza w stosunku do ofiary przypadku, zwłaszcza przy pierwszym widzeniu, przesądza o rozwoju i przebiegu choroby. W siedmiu zebranych przypadkach S. stara się wykazać, że rozwijały się nerwice urazowe z winy lekarza, który uważał chorego za ciężko dotkniętego przez przypadek, lub nie rokował mu szybkiego wyzdrowienia. Lekarz powinien starać się przedstawić takiemu choremu przyszłość w najjaśniejszych barwach; w razie przeciwnym nie można ustrzedz chorego od najgorszych wyników złego rokowania, ponieważ inna sugestia niema już doń przystępu.

*W. Miklaszewski.*

420. Baumstark. **Zapalenie nerwów rozsiane po zimnicy i porażenie Landry'ego.** (Berlin. Woch. № 37 i 38, 1900).

W szeregu chorób zaraźliwych, sprowadzających zapalenie nerwów rozsiane, nie umieszczają autorowie niemieccy zimnicy, którą szkoła francuzka uważa za jedną z przyczyn tej choroby. Pojedyncze przypadki z piśmiennictwa, w których mowa jest, że chorzy przechodzili zimnicę, nie zaznaczają związku polyueurytu z tem cierpieniem.

Autor spostrzegł jeden przypadek, dotyczący młodego i silnego żołnierza, który nie przechodził przymiotu ani żadnych chorób zaraźliwych i nie pił, a zachorował on w Afryce na ciężką zimnicę. W przebiegu choroby rozwinęło się osłabienie w kończynach dolnych, potem porażenie ich i niedowład w kończynach górnych, niebawem porażenie przetyku, podniebienia, zaburzenia mowy, ruchy płasawcze w kończynach górnych, utrata odruchów, bolesność wszystkich pni nerwowych bóle samistne i uciskowe w układzie mięsnym, zaniki mięśni, przejściowe nietrzymanie moczu i t. d. Przebieg choroby wynosił około czterech miesięcy.

Rozpoznanie zapalenia nerwów rozsianego nie ulegało wątpliwości; od zapalenia istoty szarej rogów przednich (poliomyelitis ant) odróżnia się to cierpienie przez zajęcie symetryczne pni nerwowych i przez rozprzestrzenianie się w ich kierunku.

Od porażenia Landry'ego przypadek różni się tem, że osłabienie i porażenie zaczęły się jednocześnie we wszystkich kończynach i nie rozprzestrzenia się na mięśnie, które początkowo nie były zajęte; zejście pomyślne, udział wyraźny sfery czuciowej i zaburzenia przewodnictwa i odczynu elektrycznego usuwały wszelką wątpliwość, że to nie było porażenie Landry'ego.

Zresztą przejście od zapalenia nerwów rozsianego do zapalenia ostrego rdzenia i porażenia Landry'ego jest bardzo niewyraźne; w większości przypadków, o ile znajdują się zmiany w układzie nerwowym, spotyka się je w różnych jego odcinkach — i tylko przewaga w umiejscowieniu w bardziej ośrodkowych, czy obwodowych częściach układu daje rozmaite obrazy kliniczne.

W końcu autor przytacza drugi przypadek, dotyczący młodego żołnierza, który przedstawiał obraz łądząco podobny do paraliżu Landry, z bardzo ostrym przebiegiem i zejściem śmiertelnem. Badanie mikroskopowe nie wykazało zmian w układzie ośrodkowym (nerwy obwodowe nie były badane); wobec tego autor uważa i ten przypadek za zapalenie nerwów rozsiane. *W. Miklaszewski.*

421. Ewald. **Przypadek zapalenia nerwów rozsianego po zimnicy.**  
(Berlin. Klin. Woch. № 38, 1900).

Powołując się na wyżej opisany przypadek, autor opisuje 31 lat liczącego osobnika, u którego po zimnicy rozwinęło się osłabienie kończyn dolnych, uczucie ściągnięcia, niedowład kończyn dolnych, brak odruchów kolanowych, zanik nieznaczny mięśni nóg, bolesność samoistna i dotykowa, zacinanie się przy rozmawianiu, przejściowe osłabienie odruchów źrenic, ośpienie psychiczne i t. d. Po pewnym czasie stan chorego poprawił się znacznie, chociaż pozostał szereg objawów porażennych. Ewald uważa ten przypadek za zapalenie nerwów rozsiane i podaje go jako dowód, że ta choroba może powstać w następstwie przebytej zimnicy. *W. Miklaszewski.*

### III. Choroby dzieci.

422. Zuppinger. Rak kiszek u dzieci. (Wiener. Klin. Woch. № 17, 1900).

Autor nader wyczerpująco opisuje przebieg choroby u dziewczynki 12-letniej, klinicznie przedstawiający się jak oclusio intestinorum, gdzie przy sekcji jednak znaleziono na błonie śluzowej kiszki esowatej guz średnicy 2 cm., którego budowa wykazała pod drobno-widzem typowe komórki rakowate. Oprócz rzeczzonego przypadku autor podaje jeszcze 10 zaczerpniętych z literatury niewątpliwych przypadków raka kiszek, spostrzeganych prawie wyłącznie w ostatnim dziesięcioleciu. Z zestawienia powyższych 11 przypadków otrzymujemy następujące wyniki.

Rak kiszek u dzieci podobnie jak u dorosłych najczęściej usadawia się w kiszce grubej. Na 11 przypadków (wraz z opisanym przez autora) raz jeden spostrzegano go w kiszce cienkiej, dwa razy w kiszce prostej i ośm razy w grubej, zwłaszcza w coecum lub flexura sigmoidea.

Co się tyczy wieku to najczęściej spostrzegano raka u dzieci starszych, raz u noworodka a dwa razy pomiędzy 3—4 rokiem życia.

Co do płci — podobnie jak u dorosłych przeważa męzka — 7 chłopców i 4 dziewcząt.

Objawy raka kiszek u dzieci nie są identyczne z takimiż u dorosłych, u dzieci bowiem nie spostrzegamy kacheksii, towarzyszącej rakowi; po większej części zauważyć można mniejszą lub większą niedokrwistość, przyczem odżywianie niemal do śmierci nie jest upośledzone. Przebieg natomiast bywa zazwyczaj krótszy — najpóźniej pół roku (w przypadku autora około 4 miesięcy), o ile naturalnie chorego nie poddano operacji. Ta ostatnia jednak daje u dzieci gorsze wyniki aniżeli u dorosłych, zwłaszcza, że wobec trudności w rozpoznawaniu przystępuje się do niej nazbyt późno t. j. wtedy, gdy liczne przerzuty czynią radykalną operację niemożliwą. *kl.*

423. L. Guinon. Endopericarditis w przebiegu tyfusu u 15 letniej dziewczynki. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Z. V. 1900).

Dziewczynka 15-letnia zachorowała na tyfus w czasie epidemii, jaka oprócz niej dotknęła jeszcze sześć osób w tymże samym domu — u jednej z zejściem śmiertelnem. Choroba z początku miała przebieg normalny, ciepłota najwyższa 39,8°, tętno normalne. Pomie-dzy 8 a 10 dniem choroby przy ciepłocie 39,0° autor zauważył nieznaczne przyśpieszenie oraz osłabienie tętna, oraz dość silne falowanie w okolicy serca; tony serca normalne lecz nader silne, wskutek czego zastosowano kofeinę, a następnie strychninę (! spraw.).

13-go dnia choroby falowanie znacznie się wzmogło, askultacya zaś wykazała szmer podobny do szmeru tarcia w osierdziu. Serce wyraźnie powiększone, oddech ciężki, dziecię nader blade, narzeka na ból w okolicy dołku, powiększający się przy ucisku.

16-go dnia tętno 120, tony serca głucho; zastosowano kąpiele, lód w okolicy serca i siarczan sparteiny.

Podczas następných dni, od 11—18 ciepłota wahała się pomiędzy 38°—39° a wszystkie powyższe objawy trwały w dalszym ciągu, poczem ciepłota spadła do 37,8° a 23-go dnia do 37,0°. W tymże czasie poraz pierwszy stwierdzono szmer skurezowy w okolicy wierzchołka.

Około 27-go dnia zauważono ponowne wzniesienie się ciepłoty, dochodzące do 39,5° i trwające około sześciu dni. Objawy ze strony serca znacznie się wzmogły, szmer stał się wyraźniejszym, poczem nastąpiła ponowna apyrexia z małą gorączkową przerwą i wreszcie 52-go dnia choroby dziecię poczęło powoli przychodzić do siebie, przyczem objawy zapalenia wsierdzia ustąpiły, pozostała jedynie niedomykalność zastawki dwudzielnej.

W epikryzie autor, zwracając uwagę na fakt, że dziecię przed wybuchem choroby było zupełnie zdrowem, przypisuje powstanie powyższej opisanych zmian chorobowych wyłącznie działaniu zarazka tyfusowego i wreszcie stwierdza użyteczność stosowania w podobnych przypadkach lodowych okładów oraz sparteiny. *kl.*

424. Felix v. Szóntagh. **Przypadek swoistego cierpienia po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.** (Arch. f. Kinderh. T.28, z.5,6, 1900).

Dziewczynie 12-letniej, dotkniętej dość znaczną błonicą gardzieli i migdałków, autor zastrzyknął 3000 jeden uodpor. surowicy, poczem stan miejscowy i ogólny zaczął się widocznie poprawiać. Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał nic nadzwyczajnego z wyjątkiem nieznacznej pokrzywki, jaka wystąpiła w 10 dni po zastrzyknięciu. Dwunastego dnia choroby, dziewczę, które do tego czasu czuło się zupełnie dobrze, poczęło narzekać na silne bóle w dolnych kończynach, zwłaszcza w stawach kolanowych, brak łaknienia i bezsenność; ciepłota dość znacznie podwyższona.

Podczas następných dni bóle rozszerzyły się po całym ciele tak, że chora zmuszoną była leżeć bez ruchu w łóżku, przyczem autor zauważył silne nastrożenie naczyń skłery i spojówki oraz obrzęk szyi; tętno znacznie przyspieszone (do 130), tony serca czyste. Stan ten pogarszał się z każdym dniem tak, że najmniejsze dotknięcie skóry lub ruch czynny wywoływał nieopisany ból u chorej. Obrzęki stopniowo przeszły na stawy szczególnie kolanowe i stopowe, przyczem wystąpił niemal zupełny bezwład kończyn dolnych (zwłaszcza lewej) przy położeniu ich w umiarkowanej abdukcji i silnej ekstensji. Kończyny górne były mniej zajęte, chora bowiem była w sta-

nie wykonywać niemi pewne nieznaczne ruchy. Równocześnie spostrzegano obfite poty szczególnie na kończynach dolnych, zupełny brak łaknienia, zaparcie stolca oraz znaczne wychudnienie. Mocz nie zawierał białka.

Leczenie polegało na stosowaniu natr. salicylicy, fenacetyny, antypiryny i kali bromati w dużych dawkach (przeciw bezsenności) z mniejszym lub większym skutkiem, charakterystyczną bowiem była okoliczność, że objawy powyższe poczęły spontaneo modo znikać tak, że około 17-go dnia choroby ustąpiły niemal zupełnie, a chora zaczęła szybko odzyskiwać siły.

Znalazłszy w literaturze przedmiotu zaledwie dwa prawie identyczne przypadki, autor gotów je przypisać pewnej idyosynkrazji do danego środka leczniczego.

kl.

425. H. Schuschny (Budapeszt). **O znużeniu małych dzieci w szkole.** „Wykład miany na 22-gim Zjeździe międzynarodowym ochrony dzieci“. (Arch. f. Kinderheilk. T. 28, z. V, VI, 1900).

Autor dowodzi, że ustrój nerwowy wielu dzieci rozpoczynających naukę szkolną nie może podołać nowemu zadaniu. Dziecko, które dotychczas mogło używać dowolni ruchu na powietrzu, musi od-tąd godzinami całemi przesiadywać w przestrzeni zamkniętej i najczęściej niedostatecznie przewietrzanej. Następstwem tego bywa ból głowy i niedokrwistość. Siedzenie na miejscu staje się dla niego pracą, gdyż mięśnie tułowia, które są czynne w siedzącej pozycji dziecka, ulegają zmęczeniu po krótszym lub dłuższym czasie. Więc nie-tylko przyczyny tkwiące w samym dziecku i nie tylko wadliwe trzy-manie się dziecka przy pisaniu prowadzą do skoliozy.

Ze znużeniem mięśni idzie w parze znużenie w stopniu więk-szym lub mniejszym, stosownie do indywidualności dziecka albo do wykonywanej przezeń pracy umysłowej lub fizycznej. Zapas siły ner-wów i mięśni nie jest tak znaczny, gdyż część jego została zatra-cona na odbywanie wędrowki do szkoły, nieraz dość odległej, na no-szenie książek i t. p., część zaś na samą naukę. Pociąga to za sobą osłabienie, uczucie znużenia, opieszłość, ospałość, brak uwagi i t. p.

Zbyt wczesne rozpoczynanie nauki zrana (o godz. 8-ej) nie po-zwala dziecku należycie wypać się, obawa zaś spóźnienia się wpra-wia je w pewien stan rozdrażnienia, skutkiem którego dziecko w po-śpiechu spożywa śniadania co sprowadza, znaną lekarzom niestraw-ność nerwową. Niektóre dzieci w tym stanie pobudzenia nie mogą nic jeść i udają się naczczo do szkoły.

Zdaniem autora nauka powinna rozpoczynać się o godz. 9-tej; w przebiegu jej pożądanę są częstsze pauzy, niż to ma miejsce obec-nie.

Również autor dowodzi potrzeby częstszych dni odpoczynku, przyznając słuszność Eulenbergowi, że wakacje bodaj krótsze, ale za to częstsze, są więcej pożądanę niż długie, ale w odległych odstępach

czasu przypadające. Podczas odpoczynków autor zaleca spacer, kąpiele, ćwiczenia fizyczne.

Rozkład lekcyi winien być taki, ażeby po trudniejszych następowały łatwiejsze. Czas trwania wykładów powinien być skrócony. Większej części niebezpiecznych następstw, grożących układowi nerwowemu dziecka ze strony szkoły można uniknąć przy skrzętnem i harmonijnem współdziałaniu pedagogów i lekarzy szkolnych.

B. Polikier.

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

426. Rosin podaje przypadek **obrzęku skóry rozlanego, przewlekłego** u kobiety 42-letniej. Obrzęk zjawiał się naprzód na twarzy, potem przeszedł na piersi, ramię, szyję i trzyma się stale koło trzech miesięcy. Badanie narządów wewnętrznych nie wskazuje żadnych chorób, które tłómaczyłyby powstanie obrzęku. Autor wyłącza obrzęk śluzowy (myxoedema), obrzęk po róży, chorobie Basedowa, sklerodermii i zapaleniu przewlekłym nerek. Ostre obrzęki samoistne skóry były opisywane; dany przypadek jest obrzękiem przewlekłym. Trudno powiedzieć, na jakim tle powstał ten objaw choroby; prawdopodobnem jest miejscowe zwiększenie przepuszczalności ścian naczyń krwionośnych lub limfatycznych, może pod wpływem jakiegoś zatrucia.

(„Berlin. Klin. Woch.“ № 38, 1900).

W. M.

427. Hirschl podaje przypadek obrzęku śluzowego (myxoedema) skóry twarzy i kończyn dolnych po ustąpieniu objawów choroby Basedowa. Obrzęk śluzowy zdarza się albo w przebiegu tej choroby, albo w okresie uciszenia objawów choroby podstawowej.

(„Wien. Klin. Woch.“ № 27, 1900).

W. M.

428. **Częstość zewnątrz płciowego zarażenia syfilisem.** Na 472 przypadków przymiotu leczonych w latach 1882—1897 w szpitalu w Kopenhadze było dwadzieścia dwa przypadków, a zatem 4,7% *zarażeń zewnątrz płciowych*. U kobiet odsetka była wyższą (6,34%) niż a mężczyzn (3,71%). Najliczniej były reprezentowane szankry twarde na wargach, w ustach i na języku (140 przypadków), z 17 przypadkach były szankry na migdałkach, a reszta była umiejscowiona na różnych powierzchniach skóry. W 25 przypadkach było zewnątrz płciowe zarażenie u dzieci niżej lat 15. Przebieg przymiotu nabytego tą drogą nie różnił się niczem od przymiotu drogą płciową nabytego. Autor Hoslund, opisuje w końcu 50 przypadków ze swojej prywatnej praktyki, z którymi 12 dotyczyło lekarzy i w tych wszystkich przypadkach były tak zw. szankry zawodowe t. j. na palcach u rąk. E. K.

429. **Netter. Objawy oponowe w tyfusie.** Objawy ze strony opon mózgowych w tyfusie pogorszą znacznie rokowanie, zwłaszcza u dzieci, starców i osób osłabionych. Mamy tu do czynienia z pseudomeningitis albo też istotnym wysiękiem surowiczym, zawierającym leczniki Eberth'a. Netter w 44 przypadkach z omawianem powikłaniem miał 9 przypadków śmierci i 8 — nawrotów; natomiast z 969 przypadków zwykle przebiegającego tyfusu było tylko 15 — śmierci i 43 przypadków nawrotu.

W ostatnich latach liczba przypadków tyfusu oponowego zwiększa się znacznie.

(Z sekcji med. wewnątrz. XIII Zjazdu w Paryżu). *O. H.*

430. **Herpes przy zapaleniu płuc.** W sekcji dla medycyny wewnętrznej Vidal z Hyères utrzymywał, że liszaj (herpes) stanowi wrota, któremi zarazki chorobotwórcze dostają się do krwi i narządów wewnętrznych. Dotyczyć to ma zwłaszcza zapalenia płuc przy influency, jak to autor spostrzegał w czasie ostatniej wielkiej epidemii.

*O. H.*

431. **Prof. Zabłudowski. Choroba pianistów w praktyce chirurgicznej.** Zwykle choroba pianistów, podobnie jak skurcz pisarski i skrzypków, bywa zaliczana do nerwic zawodowych. To też w leczeniu jej w wielkiem użyciu jest elektryczność, mięsienie, ruchy poprawne. Autor sądzi, iż pogląd ten jest błędny. W większości przypadków mamy tu do czynienia z zapaleniem nerwów, rozszerzającym się per continuitatem od uszkodzonych przez granie mięśni i stawów. Przejście okresu ostrego w podostry i przewlekły następuje niekiedy wskutek kuracyi ruchami dla wprawy, przyczem zwykle najbardziej chore najwięcej bywają wysilane. Główniej liczby tego rodzaju chorych dostarczają uczennice konserwatoryów, słabo zbudowane, ze słabym kośćcem i z małemi rękami, niewystarczającymi do opanowania instrumentem. Usposobienia neuropatycznego nie spostrzega się, zresztą wogóle rzadko się ono wyraża w postaci chorób czynnościowych, miejscowych.

Autor twierdzi, że klawiatury dziś używane, zaledwie nadające się dla dorosłych, przedstawiają niepokonane trudności dla dzieci i osób dorastających. Fabrykanci powinniby dostarczać fortepianów dla młodego pokolenia, w których by klawisze było nieco węższe (wystarczy o  $\frac{3}{20}$  obecnej szerokości).

Leczenie polegać powinno na zupełnym spokoju. Wprawiać się można dopiero po przejściu okresu ostrego i to tylko stawy niezajęte. W rzadkich postaciach porażeniowych i kuczowych wskazane jest energiczne mięsienie oraz ruchy czynne i bierne.

(29 kongr. chirurg. niem. w Berlinie, 1900). *O. H.*

432. **Thrombophlebitis Sinus durae matris.** Riese widział 2 przypadki zakrzepu zatokowego opony twardej w następstwie próchnicy zęba; w początkach rozwinęło się zapalenie gruczołu przyuszynego, następnie wystąpiły zawroty i bóle głowy. W  $\frac{2}{3}$  wszystkich przy-

padków zakrzepu zatoki — sprawa ma punkt wyjścia w uchu.  
(29 kongr. chirurg. niem. w Berlinie, 1900). O. H.

433. Pollak widział objawy zatrucia po stosowaniu specyfiku do barwienia włosów „Phenix“. Po kilkakrotnem użyciu wystąpił eczemat skóry na częściach owłosionych i obrzęk powiek, co trwało kilka dni. Specyfik zawiera środek silnie działający (parafenglendiamin), który zmienia barwnik krwi na kwaśną hematyne.

(„Wien. Klin. Woch.“ № 31, 1900).

W. M.

## V. BIBLIOGRAFIA.

Dr. Ludomił Korczyński. **Zarys balneoterapii i balneografii krajowej.** Kraków, 1900. „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Jak autor mówi w przedmowie, dzieło niniejsze miało być niejako dalszym ciągiem pracy St. Smoleńskiego z r. 1887 — przedstawiającym dalszy rozwój krajowej balneoterapii na podstawie materiału dostarczonego przez komisję przemysłowo-balneologiczną Tow. lek. krak. Przy spełnieniu jednak tego zamiaru autor nie ograniczył się balneografią, ale dodał obszerną część ogólną (260 str.), w której przedstawił zasady balneoterapii ogólnej, hidroterapii i klimatoterapii. We wszystkich częściach oprócz części teoretycznej, podano zastosowanie praktyczne lekarские wraz z uwagami dotyczącymi gospodarstwa odnośnego (urządzanie zakładów zdrojowych, kąpielowych, czerpanie wód, butelkowanie, ogrzewanie, urządzenie stacyi klimatycznych i t.p.).

Dział balneografii krajowej obejmuje opis 68 miejscowości polskich, w których odbywa się stosowanie lekarские metod balneologii, hidroterapii i klimaterapii. Opisy są bardzo szczegółowe i dokładne, i dostarczają wszystkich danych — od geograficznych i metereologicznych do — wskazówek praktycznych o miekaniach, cenach i t.d.

Przy opisywaniu źródeł wszędzie znajdujemy tacełki, w których obok rozbioru danej wody znajdujemy rozbiory pokrewnych z nią wód zagranicznych.

Metoda ta, naocznie przekonywająca o wielkiej różnorodności wód i o ich równej zagranicznymi sile leczniczej i może się przyczyni do podniesienia w oczach naszych lekarzy — wartości wód ojczytych — na które dotąd zawsze się jeszcze patrzymy jako na coś podrzędne.

W długim szeregu wyliczonych miejscowości są takie, które nawet z nazwiska nie wszystkim są znane, a między temi — niestety



nieużytkowane prawie wcale — takie źródła, któreby śmiało mogły wytrzymać konkurencyę z różnemi zagranicznymi, że wspomnę tu o źródłach alkalicznych w Głębokiem.

Dzielo pisane jest językiem pięknym, a treść wykazuje zarówno zamiłowanie autora do przedmiotu, jak i miłość do wszystkiego co swojskie, nie ślepą jednak na braki i niedostatki.

Zewnętrzna strona książki przedstawia się okazale — papier, druk bez zarzutu. Autor poświęcił tę pracę prof. Edwardowi Korczyńskiemu,

(Zapewne omyłka drukarska będzie: na str. 117 35,3° jako ciepota cieplic Pfeffera-Ragata; na miejscu bowiem w Pfeffers źródło ma 30,0° a woda przeprowadzona do Ragate — traci jeden stopień).

O. H.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*D. 1 listopada 1900 r.*

(Dr. O. H.) Od czasu do czasu spotykamy się w prasie lekarskiej, zarówno naszej jak i obcej, z narzekaniami na szarlatanów i partaczów lekarskich oraz z nawoływaniem do walki z tymi chwastami na niwie lecznictwa. Głosy te pozostają jednak bez wszelkich następstw, nie wywołując żadnych zmian w położeniu rzeczy.

Pesymiści utrzymują, że partactwo trwać będzie zawsze, ponieważ w chorobach, na które niema lekarstwa zrozpaczeni chorzy będą zawsze w ostateczności zwracać się tam, gdzie sposoby, stojące poza bezsilną dla nich nauką, lub pozory cudowności — będą się lśniły błędną iskierką nadziei.

Pomijając, że i wobec zadań t. zw. eutanazji, nauka posiada niezaprzeczoną wyższość nad nieudolnemi sposobami partactwa, musimy zauważyć, że takie postawienie kwestyi jest wadliwe; gdyż zapatruje ją tylko w szczególe pojedyńczym i w krańcowym, pomijając całość.

Inni, niemniej czarno zapatrujący się w przyszłość sądzą, że partactwo lekarskie upadnie samo przez się, gdy należycie podniesie się oświata ludu.

Termin to bardzo odległy i bardzo nieokreślony. Widzimy bowiem, że szarlatani lekarscy mają szerokie uznanie i wśród t. zw. klas oświeconych, do których poziomu ludowi jeszcze daleko. Wieków przeto potrzeba zanim rozwój całego społeczeństwa dojdzie do stopnia, na którym będzie ono w stanie należycie ocenić, co traci i na co się naraża, powierzając swe zdrowie osobom niepowołanym.

Niedoceniając szkodliwości leczenia się u szarlatanów wiąże się z niedostateczną oceną trudności zadania, jakie przedstawia leczenie. Wynika to z utrzymującego się dotąd jeszcze powszechnie mniema-

nia z przed lat tysięcy, że każdy może radzić w chorobie i jest w stanie leczyć na podstawie osobistego doświadczenia życiowego.

W starożytnym Babilonie był zwyczaj wynoszenia chorych na główną ulicę miasta i wysłuchiwanie rad, podawanych przez wędrownych przechodniów. W innej postaci widzimy to samo dziś w łatwości, z jaką chorzy słuchają rad swego otoczenia i z jaką łatwością rady te bywają udzielane. W stosunku do najwyższego skarbu, zdrowia i życia, dotąd trwa lekkomyślność, jakiej już nikt się nie dopuszcza odnośnie uległego zepsuciu sprzętu, który oddaje się na poprawę do właściwego rzemieślnika.

Odbicie tego poglądu znajdujemy w prawodawstwach najwyższej ucywilizowanych krajów. W wielu leczenie jest ogólnie dozwolone, w innych pomimo pewnych ograniczeń utrzymują się szerokie ustępstwa dla swobody leczenia. Wszędzie prawie spotykamy się odnośnie tej kwestyi z brakiem stanowczości, a ztąd i z różnego rodzaju niekonsekwencyami; z jednej strony bezwzględne żądanie dyplomów, określanie postępowania lekarzy, zabranianie praktyki lekarzom posiadającym dyplomy obce, z drugiej tolerowanie leczenia przez filantropów, i osoby leczące darmo, bez zastrzeżeń co do ich przygotowania.

Nawet tam, gdzie jak w Państwie Rosyjskiem, prawo nie tylko zabrania leczenia osobom nieposiadającym dyplomu lekarskiego (rosyjskiego), ale zabrania wprost chorym wzywać do siebie empiryków i szarlatanów, których każe chwytać i przedstawiać policji do ukarania (§ 134 T. XIII 26 Pr.), — nawet i tu — jak to wiemy bardzo dobrze, szalbierze i partacze wykonywają swe praktyki swobodnie zarówno po wsiach jak i wielkich miastach. Sprawy zaś przeciw nim wytaczane należą do rzadkich, chyba, że chodzi o bardzo poważne następstwa tej działalności lub ciężkie uszkodzenie zdrowia.

Zdaje się nam, że i tu również wchodzi w grę ów zastarzały pogląd na wolność i możność powszechną leczenia, zakorzeniały w umysłach wszystkich klas społeczeństwa, utrzymujący się zatem i w sferach stosujących prawa. Nie wyrobiły one sobie jeszcze wogóle należytego pojęcia o szkodliwości partactwa lekarskiego. Widzą ją dopiero wtedy, gdy dochodzi do poziomu przestępstw kryminalnych; poniżej tego poziomu wrażliwość ich na pogwałcenie prawa pozostaje niema.

Niezawodnie, że ocena szkodliwości praktyki partaczów, bezpośrednio i pośrednio, wymaga specjalnego przygotowania, któreby tę wrażliwość odpowiednio zaostrzyło.

Tam, gdzie prawodawstwo pozostawia wolność leczenia, jak w Niemczech, a więc w zasadzie przyznaje i każdemu możliwość leczenia, występowanie przeciw szarlatanom odbywa się nie na zasadzie szkody przyniesionej zdrowiu, ale na podstawie szkody majątkowej, jaką ponoszą leczący się u szarlatanów za pieniądze.

Zapatrywanie to przypisuje działalności partaczy lekarskich ogólną cechę oszustwa, a więc czynu karygodnego, ale nie zawiera w sobie zasadniczych podstaw, któreby mogły z czasem wykorzenić zło, o jakim mówimy, jest więc tylko paliatywem prawnym.

Zresztą i tam występowanie przeciw szarlatanom bywa rzadko, a kary stosowane w tych razach przez sądy są pobłażliwsze, niż przy innych oszustwach, tak jakby stosowały się do wysokości wyłudzonej sumy, bez należytej oceny istotnego zła, jakie obok tego zostało spełnione \*).

Wogóle we wszystkich krajach cywilizowanej Europy, czy mają one odnośne prawa mniej lub więcej określone, czy ich nie posiadają, w praktyce żywcem powtarza się to samo: rzadkość pociągania partaczów lekarskich do odpowiedzialności i pobłażliwe ich karanie. Wspólny ten rys, jak już zaznaczyliśmy wynika z utrzymującego się wszędzie jeszcze w umysłach poglądu na ogólną wolność leczenia i jego dostępność dla każdego i ze stojącego z tem w związku niezdawania sobie sprawy przez sfery stosujące prawo — ze szkód, jakie wynikają z praktyk szalbierzy i partaczów lekarskich.

Tem się objaśnia dlaczego tak ciężką jest walka lekarzy z partactwem lekarskiem, walka zresztą jeszcze niedawna i nigdzie systematycznie nieprowadzona. Nie jest to przeciwdziałanie pojedynczym osobistościom szkodliwym, ale zwalczanie zastarzałych, a dziś szkodliwych poglądów i mniemań, głęboko jeszcze zakorzenionych w umysłach społeczeństw. Niezawodnie, że zwycięstwo możebnem jest tylko przy podniesieniu się oświaty, której odpowiednie promienie powinny być rozniecane przez przedstawicieli medycyny.

Pierwszym zaś etapem w drodze do tego dalekiego celu powinno być zyskanie sobie współdziałaczy, przez staranie się o wyrobienie właściwych poglądów na lecznictwo i szkodliwość bezwzględny partactwa lekarskiego w świecie pilnującym prawa i stosującym je w życiu.

— h. — W „Gońcu urzędowym“ z 22-go sierpnia (st. st.) ogłoszone zostały nowe „prawdła o warunkach ogłaszania reklam, podlegających cenzurze lekarskiej“. Cenzurze tej podlegają ogłoszenia: 1) o środkach lekarskich i preparatach aptecznych; 2) o kosmetykach; 3) o praktyce lekarzy obojga płci, dentystów, felczerów, masażyistów, akuszerek, szczepiających ospę; 4) farmaceutów i firm zajmujących się sprzedażą towarów aptecznych; 5) o miejscowościach leczniczych, wodach mineralnych krajowych i zagranicznych. Cenzury dokonywają urzędy lekarskie. Cenzurze Rady lekarskiej podlegają ogłoszenia: a) o środkach lekarskich i aptecz. preparatach — z zagranicy; b) o praktyce osób, którym praktyka dozwolona została według § 94 ustawy lek.; c) o nowo wynalezionych instrumentach, i sposobach specjalnego leczenia chorób.

Urzędy lekarskie miejscowe, dając pozwolenie na ogłoszenia powinny się kierować, między innymi, następnymi względami: 1) nazwa ogłoszonego środka nie powinna mieć nic wspólnego i nie przypominać nazw chorób (np. reumatyzmin — a więc i nie pertussin cefalgin

\*) Dr. jur. Biberfeld: Kurpfuscherei als Betrug. „Deutsch. Med. Woch.“ № 40, 1900.

i t. p.); 2) a) w ogłoszeniach o zajęciach (lekarzy, masażyistów i t. p.) niepowinno być żadnych pochwał; b) przy ogłoszeniach o środkach — powinno być dodane: dozwolone (przez... ) jako nie zawierające szkodliwych dla zdrowia pierwiastków — jednak bez wszelkiej poręki co do pożyteczności działania; 3) przy wszelkich ogłoszeniach o środkach, wodach, cennikach, nie mogą być wskazywane ich własności lecznicze.

Urzędy lekarskie powinny śledzić, aby w prasie miejscowej nie były robione ogłoszenia, przekraczające wymienione pravidła, a to pod karą wymienioną w § 338. „Zb. pr.“ T. cz. II wyd. 18 92) („Wr.“ № 40).

— h. — **Egzaminy z języka łacińskiego.** Wobec skróconego programu języka łacińskiego w gimnazyjach męzkich, ministerium oświaty — jak donoszą pisma petersburskie — znacznie zmniejszyło program egzaminu z języka łacińskiego, wymagany od kobiet, pragnących wstąpić do instytutów lekarskich. Obecnie egzamin z pomienionego języka zredukowano do kursu czteroklasowego i wykluczono zeń egzamin piśmienny, ograniczając się tylko na ustnym.

— h. — **Pamięci d-ra Kondratowicza.** Ministerium spraw wewnętrznych, zatwierdziło darowiznę, w sumie 2000 rubli złożoną przez grono przyjaciół i znajomych, w celu uczczenia pamięci Stanisława Kondratowicza, doktora medycyny, członka warszawskiego towarzystwa lekarskiego z przeznaczeniem procentów od sumy tej, na rzecz powiększania biblioteki tegoż towarzystwa.

— j. z. — Znowu ze stron kilku dochodzą nas skargi na felczerów w małych miastach. Jeden z długoletnich naszych prenumeratorów zaznacza między innymi, iż felczer w mieście powiatowem S. nie ogranicza się już do zwykłego przepisywania leków, ale dokonywa takich rękoczynów jak nakładanie kleszczy, wyjmowanie łożyska, stosowania atropiny i t. p. Kolega ten wystąpił z kilkoma faktami do władz — ale najniespodziewaniej natknął się na przeszkodę, gdyż lekarz powiatu, broniąc felczera, zaczął odtąd podpisywać jego recepty. Czyż naprawdę niema na to środka i czy długo głosy prasy w tej kwestyi będą głosem wołającego na puszczy. Piszemy tę wzmiankę w nadziei, że lekarz powiatu na tej drodze pozna niewłaściwość swego postępowania i nie zechce nas zmusić do ogłoszenia jego nazwiska.

— h. — W Petersburgu zawiązało się nowe stowarzyszenie lekarzy pod nazwą: „Towarzystwo lekarzy szpitalnych w Petersburgu“. Zadaniem towarzystwa jest: 1) wszechstronne zbadanie szpitalnictwa; 2) okazywanie współdziałania z administracją przy zamiarach wchodzących w zakres szpitalnictwa; 3) dyskusye lekarskie; 4) dostarczanie członkom książek, instrumentów i t. p., któreby dozwalały im utrzymywać się na poziomie nauki; 5) utrzymywanie praw etyki; 6) badanie kwestyi bytowych. Członkami rzeczywistymi mogą być tylko z wyboru lekarze petersburscy, jako członkowie współczujący (sorewnowateli) — osoby innych zawodów. („Wr.“ № 41).

— h. — Na 4-tym kursie żeńskiego instytutu lekarskiego wprowadzoną została itomatologia oraz zajęcia praktyczne z dentystryki.

Profesorem na nowej katedrze jest dr. Limberg, jego pomocnikiem dr. Zierzchowski.

— h. — Przemysł ziół i roślin lekarskich w powiecie Łubieńskim, datujący od Piotra I-go, przynosi rocznie do 75,000 rubli. Zbieraniem ziół zajmują się kobiety i dzieci. Zbiera się 320 gatunków. W ogrodach uprawiana jest tylko mięta, reszta ziół rośnie dziko. („Wr.“ № 40).

— h. — Na zebraniu zarządu związku lekarzy w Wiedniu, 13 października, rozbiegano kwestyę wyborów i kandydatur do parlamentu. Należałoby tu mieć na widoku takich kandydatów, którzy interesują się i rozumieją dobrze sprawy zawodu lekarskiego. W ostatnim parlamencie zasiadało 11 lekarzy, a choć liczby tej nie dosięgają niektóre kluby polityczne, lekarze-posłowie nie okazali wcale zamiaru w celu zbliżenia się i działania w kierunku przedstawicielstwa interesów lekarzy. Wybór kandydatów ze świata lekarskiego powinien być popierany przez lekarzy tylko wtedy, gdy ci przedstawiają odpowiedni program, mający na widoku interesy stanu lekarskiego. Względy polityczne powinny pozostać przytem na uboczu.

(„Wien. Med. Woch.“ № 43).

— h. — W r. 1905 będzie miała miejsce w Dreźnie „Wystawa miast niemieckich“. Wśród różnych urządzeń miejskich znajdują poczesne miejsce urządzenia zdrowotne, szpitale, zakłady dobroczynne. Przygotowania prowadzą się już obecnie przez komitet, złożony z przedstawicieli: Berlina, Drezna, Wrocławia, Kolonii i Monachium.

— h. — Na ostatnim zjeździe „Związku Brytańskiego dla rozwoju nauk“ zdecydowano, na wniosek prof. Hartop'a, przyjmowanie kobiet w poczet członków. („Wr.“ № 41).

— h. — Według „Journal de médecine de Bordeaux“ w instytucie Pasteurowskim leczą zastrzykowaniami przeciw wścieklicznie żonę i córkę ślusarza, który w gwałtownej kłótni pogryzł je a potem wyskoczył z 3-go piętra i silnie się potłukł. „Pogryzione“ — jak złośliwie dodaje cytowany dziennik — „powiększą liczbę zarażonych wściekliczną, a wyleczonych w instytucie“.

Zdanie to dziennika specjalnego nie zdradza zbyt dobrego mniemania we Francji o sumiennosci statystyki w instytucie Pasteura.

— h. — Według „Wien. Med. Bl.“ wydział lekarski ma zaprosić na katedrę chirurgii, osieroconą przez śmierć prof. Alberta, prof. Kochera z Berna. Gdyby ten plan nie przyszedł do skutku — kandydatami będą: Eiselsberg, Hochenegg i Mikulicz. Według „Wien. Med. Woch.“ (№ 43), jest to zupełnie przedwczesna wiadomość, dotąd jeszcze nie została bowiem wyznaczona nawet komisya wyboreza.

— h. — Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie. Mając już przygotowane bezpłatne premium dla członków swych za rok 1901 i 1902, prosi uprzejmie o łaskawe nadesłanie zaległych wkładek, jak również wkładki na rok 1901 i 1902.

Po otrzymaniu wkładki, Wydawnictwo przesłało jako bezpłatne premium za rok 1901 i 1902, obszernie dzieło p. t.: „Zarys balneoterapii i balneografii krajowej“ Doc. Dr. L. Korczyńskiego.

Bezpłatne premium za r. 1899 i 1900 stanowi dzieło prof. Dr. L. Wachholza p. t.: „Podręcznik medycyny sądowej“.

Wkładki nadsyłać należy na ręce administratora i sekretarza wydawnictwa D-ra St. B. Kwiatkowskiego klinika lekarska — Kraków.

## Wspomnienie pośmiertne.



### Prof. Edward Albert.

W d. 25 września r. b. w majątku swoim Senftenberg zmarł znakomity profesor i chirurg wiedeński, Edward Albert. Zmarły, czech z pochodzenia i przekonań, urodził się 20 stycznia 1841, medycynę studiował w Wiedniu, gdzie wkrótce został asystentem Dumreichera i habilitował się w r. 1872 jako docent chirurgii: w rok potem został profesorem w Insbruku, z kąd go w r. 1881 powołano na katedrę do Wiednia, gdzie do końca pracowitego żywota swego pozostawał.

Z licznych bardzo prac prof. Alberta wymienić trzeba: „Lehrbuch der Chirurgie“, „Vorlesung über chirurgische Diagnostik“, „Beiträge zur Geschichte der Chirurgie“.

Prócz tych większych prac, niezwykle doniosłego znaczenia dla rozwoju medycyny, ogłaszał on liczne spostrzeżenia kazuistyczne, przyjmował też udział w ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Paryżu, gdzie zdawał sprawozdanie z długoletnich badań swych nad budową kości. Choroby kości i stawów były ulubioną dziedziną chirurgii Alberta, w kierunku tym pracował stale, i wzbogacił naukę niejedną szczęśliwą i oryginalną myślą. Albert był też jednym z pierwszych chirurgów Austrii, którzy naukę o antyseptyce przyjęli i szerzyli.

Wszystkie prace naukowe Alberta odznaczają się znakomitą plastyką wysłowienia; był on prawdziwym mistrzem tak w słowie żywym jak i w piórze. Prelekcye jego odznaczały się niezwykle głębokością myśli, porywał on słuchaczy swoich.

Ś. p. Albert był nie tylko znakomitym chirurgiem i profesorem, uprawiał on i poezję; tłómaczył perły poezji czeskiej na język niemiecki, i przyswajał literaturze ojezycznej utwory literatury cudzoziemskiej.

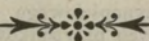
Jako polityka spotykamy Alberta w Izbie Panów, gdzie z godnością stanowisko to piastował.

Smierć Alberta wyryła w wielu sercach głęboką szczerbę, niejedną łzę wycisnęła. Wiedeńska „Alma mater“ traci jedną z gwiazd swoich i znakomitego nauczyciela, nauka sumiennego i niestrudzonego badacza, a naród czeski dzielnego syna, który mu sławy życiem swem przysporzył.

*H. Kucharzewski.*

— h. — We wrześniu zmarł w 81 roku życia sławny chirurg amerykański dr. Levis Albert Seyre. Zmarły zajmował się wiele ortopedyą, chorobami stawów. Znanym stał się przez swój sposób nakładania opatrunku z plastra lepkiego przy złamaniach obojczyka. Światową zaś sławę zyskał mu jego sposób leczenia malum Potti w r. 1876, dziś jeszcze będący w użyciu.

**Sprostowanie:** W numerze poprzednim w Kronice bieżącej, mylnie wydrukowano nazwisko prof. Botkina oraz właściciela zakładu leczniczego kol. Dydyńskiego.



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Wstrzykiwania wewnątrzmaciczne — Dr. J. Cohn str. 845.  
II. Lekarz jako biegły przed sądem — Dr. Józef Zawadzki — str. 849.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

413. Prof. A. Jaquet — Poszukiwania nad działaniem fizyologicznym klimatu górskiego — str. 858. 414. A. Brosch — Przyczynek do nauki o wytorbieniach przełyku — str. 860. 415. Dr. E. — Nowsze prace z zakresu nauki o zimnicy — str. 862. 416. O. Binder — O ichtalbinie — str. 864.

### II. Choroby nerwowe.

417. Hitzig i Monkow — O środkach rzutowych (projekcyjnych) i skojarzonych (assocyacyjnych) mózgu ludzkiego — str. 865. 418. Roth — Różniczkowanie porażenia połowicznego organicznego od czynnościowego — str. 868. 419. Seiffer — Sugestia szkodliwa u ofiar nieszczęśliwych przypadków — str. 869. 420. Baumstark — Zapalenie nerwów rozsiane po zimnicy i porażenie Landry'ego — str. 869. 421. Ewald — Przypadek zapalenia nerwów rozsianego po zimnicy — str. 870.

### III. Choroby dzieci.

422. Zuppinger — Rak kiszek u dzieci — str. 871. 423. L. Guinon — Endopericarditis w przebiegu tyfusu u 15-letniej dziewczynki — str. 871. 424. Felix v. Szöntagb — Przypadek swoistego cierpienia po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej — str. 872. 425. H. Schuschny — O znużeniu małych dzieci w szkole — str. 878.

### III. Wiadomości pomniejsze (426—433) — str. 874.

### V. Bibliografia — str. 876.

### Kronika bieżąca — str. 877.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Октября 1900 года.