

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## I. PRZYPADEK TĘŻCA NOWORODKÓW, zakończony wyzdrowieniem.

PODAŁ

*Dr. B. Polikier.*

---

W końcu r. z. spostrzegąłem w praktyce prywatnej przypadek szczykościsku i tężca noworodków, (trismus et tetanus neonatorum), zakończony wyzdrowieniem.

Ponieważ pomyślne zejście w tej chorobie zdarza się niezmiernie rzadko, poczuwam się do obowiązku ogłoszenia tego przypadku, tembardziej, że w ogóle przypadki t. zw. trismus et tetanus neonatorum, jak się zdaje, nie należą u nas do częstych.

Z 5-ciu autorów polskich, którzy zabierali głos w sprawie tego cierpienia od r. 1830 do r. 1890 <sup>1)</sup> u 3-ech znajdujemy tylko ogólnikowe wzmianki u 2-ech zaś kazuistyczne notatki o przypadkach z zejściem pomyślnem.

Pierwszą taką wzmiankę znajdujemy w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego za rok 1845 w sprawozdaniu z odczytu Dudrewicza, który, mówiąc „o usposobieniu do ścięcia szczęk (trismus) lub skołowacenia ciała w jednej rodzinie“, wspominał i o przypadkach tej choroby u dzieci.

---

<sup>1)</sup> t. j. przez czas objęty „Wykazem oryginalnych prac polskich“.

Z drugiej dowiadujemy się, że na 32-giem posiedzeniu Tow. Lek. (w r. 1866) Konitz mówił o tężcu i szczękościsku u dziecka. Trzecią wreszcie wzmiankę, nieco obszerniejszą, znajdujemy w artykule F. Sommera, drukowanym w r. 1871 w Pam. Tow. Lek. (T. VIII, serya V, str. 134) p. t.: Sprawozdanie z warszawskiego domu podrzutków, istniejącego przy szpitalu Dzieciątka Jezus za r. 1869. Jest tam mowa o 14-tu przypadkach szczękościsku, w których wszelkie środki zawiodły. Bliższych szczegółów prawie nie znajdujemy. Powiedziano tylko, że niemowlęta umierały wkrótce po rozpoczęciu choroby, a najpóźniej 3-go dnia. W r. 1873 A. Skórkowski opisał (w *Gazecie Lekarskiej*) przypadek szczękościsku, dotyczący 13-dniowego dziecka i uleczony za pomocą apomorfiny (w przypadku tym stosowano też kapięle aromatyczne).

Następnie Alfons Maliuowski ogłosił również w *Gaz. Lek.*, w r. 1883 przypadek tężca, zakończony wyzdrowieniem u dziecka 6-tygodniowego, leczonego extracto calabar.

Z prac ogłoszonych po polsku po r. 1890 znam tylko jedną obszerną i dla kazuistyki tego cierpienia ważną i pouczającą, mianowicie pracę Papiewskiego <sup>2)</sup>, opartą na materyale z kliniki Eschericha w Grazu i objamującą 12 przypadków, z których 2 zakończyły się pomyślnie.

Szczegóły mojego przypadku są następujące:

Dnia 16-go listopada r. 1897 zostałem wezwany do 12-dniowego chłopczyka (Szulima Hersza M.), którego matkę zaniepokoił ciągły płacz dziecka i niemożność ssania, a także zwiększająca się wciąż sztywność prawie całego ciała. Według jej słów pierwszym objawem choroby była trudność ssania, trwająca od 2-eh dni i zwiększająca się stopniowo. Od tego czasu dziecko nie oddawało ani stolca ani moczu i nie spało. Z opowiadania rodziny dowiedziałem się, że dziecko urodziło się 4-go listopada. Poród miał odbyć się prawidłowo (trwał około 2-eh godzin) i we właściwym czasie. Pępowina odpadła 5-go dnia. Dnia 11-go listopada t. j. w tydzień po urodzeniu dziecko było, podobno, zdrowe i dlatego obrządek religijny (obrzezanie) został tegoż dnia wykonany. Matka dziecka, lat około 30, jest, również jak jej matka, bardzo nerwowa; w czasie zastąpienia dziecka, podobno, gorączkowała, jak się zdaje, z powodu niestrawności. Ojciec, lat 28, krawiec, zdrów, przed rokiem powrócił z wojska.

---

<sup>2)</sup> O tężcu noworodków (Trismus et tetanus neonatorum) podał Władysław Papiewski (z Radomia). *Gazeta Lekarska* 1890. № 30—33.



Reszta rodziny jest i była zdrowa, jedynie siostra matki chorowała w niemowlęctwie na „konwulsje“; obecnie zdrowa 14-letnia dziewczyna.

Chory chłopczyk jest 3-ciem z rzędu dzieckiem swoich rodziców i jedynym, które pozostało przy życiu. Dwoje poprzednich zmarło: jedno w 9-tym tygodniu życia; miało wymioty i biegunkę, przed samą śmiercią drgawki; drugie niezupełnie rozwinięte, również przy objawach drgawek we 2 tygodnie po obrzezaniu, które z powodu słabości dziecka zostało wykonane w 4 tygodnie po urodzeniu.

Stan dziecka przy pierwszej mojej wizycie był jak następuje:

Dziecko na wiek swój dobrze rozwinięte. Ciemiączko duże nie-napężone. Na główce włoski ciemne, gładkie, względnie długie. Leży na wznak prawie nieruchome z główką, nieco w tył przechyloną; oczu wcale nie otwiera i krzyczy. Twarz, pomimo krzyku dziecka, mało ruchoma, cokolwiek obrzękła i zaczerwieniona; żwacze twarde, skóra nad nimi daje się ująć, acz nie łatwo, w fałdki. Gruczoły podszczękowe, przyuszne i szyjowe nie dają się wyczuć. Usteczka niedomknięte, nie są jednakże zasznurowane ryjowato, jak głoszą niektóre opisy. Przestrzeń między działkami nie przepuszcza wskaziciela męskiej ręki, stawiając silny opór.

Ruchy kończyn, zgiętych w stawach, zwłaszcza w łokciowym, biodrowym i kolanowym, zarówno czynne, jak i bierne są uniemożliwione (nie udaje się ani więcej zgiąć ani wyprostować). Ciepłota in axilla 37,4 C. Tony serca czyste.

Tętno prawie niewyczuwalne, dziecko ssać nie może. Mięśnie brzucha bardzo twarde, silnie napięte. Pępek na pierwszy rzut oka zdrowy. Po odciągnięciu na zewnątrz fałdki tegoż spostrzedz się daje miejsce jeszcze pozbawione nabłonka, wilgotnawe, zajmujące mniej więcej  $\frac{1}{3}$  dolną część pępka. Wyraźnego zaczerwienienia ani innych objawów, stanu zapalnego na około tego miejsca nie widać.

Na żołędzi (glans penis) tuż obok otworu cewki mała zasychająca cięta ranka, pochodząca, widocznie, od zadrażnienia przy obrzezaniu.

Nie mając pod ręką gruntów odżywczych, nie mogłem zaszcześcić hodowli ani z miejsca niezagojonego na pępku, ani z ranki na członku. Również badania krwi nie można było dokonać.

Dodać winienem, że dziecko chore znajdowało się w pokoju, wprawdzie dość obszernym, ale nędznie oświetlonym, jeszcze nędziej ogrzonym (w czasie mrozu i pamiętnej w r. z. drożyzny węgla), pełnym ludzi oraz sprzętów i służącym zarazem jednemu z współlokatorów za pracownię obuwia.

Ponieważ dziecko nie mogło ssać, chciałem uciec się do karmienia go przez nos; postanowiłem jednak upewnić się poprzednio czy nie uda się odżywianie go przez niedomknięte usta. W tym celu poleciłem w swojej obecności wlewać dziecku pokarm matki łyżeczką bardzo małymi porcjami, które, jak się zdawało, nieźle znosiło. Poradziłem tedy próbować ostrożnie tej manipulacji w dalszym ciągu i przepisałem kalomel in refracta dosi. Prócz tego zaleciłem częste kąpiele z ziół aromatycznych i rumianku oraz najskrupulatniejszą czystość w okolicy pępka i ranki na czlonku.

Nazajutrz (17/XI): dziecko trochę spokojniejsze. Spało nieco w nocy i nad ranem. Miało wypróżnienie zielone. Od czasu do czasu polyka pokarm wlewany łyżeczką. Kończynys ztywniejsze niż wczoraj. Dziecko leży wciąż nieruchomo z zamkniętymi i silnie zwartymi powiekami. Główka w tył zarzucona, kark sztywny. Rączki zaciśnięte w pięści z ksiukiem do wewnątrz. Na całym ciele, a szczególnie na twarzy erythema scarlatiniforme, składające się z drobnych czerwonych punkcików, dostrzegalnych przy oglądaniu lupą.

Powłoki brzucha twarde. Przy wymacywaniu tych ostatnich i uciskaniu na okolicę pęcherza moczowego dziecko, które więcej niż od 2-ch dni nie oddawało moczu, oddaje nagle mocz szybkim i wysokim strumieniem. Nie udało się jednakże pochwycić trochę moczu dla zbadania. Na pępku miejsce, pozbawione nabłonka, nieco mniejsze i suchsze; ranka na żołądźci również cokolwiek bledsza. Kąpiele w dalszym ciągu.

18/XI. Sztywność mięśni w jednakowym stopniu, dziecko przelyka lepiej. Przez następne 2 dni, w ciągu których robiono kąpiele w dalszym ciągu, zdawało się, że objawy stopniowo słabły o tyle, iż dziecko mogło nawet ssać i od czasu do czasu spać spokojnie. Kończyny pozostawały wciąż sztywne, lecz już nie wszystkie w takim stopniu jak poprzednio. Pępek przyjął postać nieznaczego wzniesienia (płaskiego odcinka kuli) z małym strupkiem w środku.

Odtąd nie widziałem dziecka przez kilka dni. 28/XI wezwany byłem znowu z powodu napadów, które, według zapewnienia rodziny, odznaczały się wzmaganiami i tak silnego napięcia mięśni (parę razy z drżeniem całego ciała) i absolutną niemożnością nietylko ssania, ale i polykania pokarmu. Kilkakrotnie dziecko wydawało się konającym. Znalazłem je w takim samym mniej więcej stanie jak podczas pierwszych wizyt. Zaleciłem częstsze stosowanie kąpiele i przepisałem znowu kalomel na przypadek, jeśli dziecko będzie mogło polykać, tembardziej, że już drugi dzień nie miało wypróżnienia.



Nazajutrz: dziecko cokolwiek spokojniejsze; pokarm wlewany łyżeczką w małych ilościach przyjmuje; miało stołeczek zielony. Mocz znów oddało (i znów po 2-dniowym nieoddawaniu) bardzo szybko w czasie wymacywania przezemnie twardych jeszcze powłok brzucha. I tym razem nie udało się pochwyć pewnej ilości moczu dla analizy.

Kąpiel w dalszym ciągu.

Następnego dnia stan prawie bez zmiany. 28/XI zanotowałem: status melior; dziecko otwiera oczki. Kąpiele. Następnie widziałem dziecko 3-go grudnia. Dobrze wygląda, otwiera oczki; wyraz twarzy swobodny, wysuwa koniec języczka. Kończyny dolne jeszcze nie swobodne. Na pępku strupek mały, również na glans penis. Mięśnie brzucha nie tak twarde.

W płucach i sereu nie nieprawidłowego. Na grzbiecie bardzo silnie rozwinięty meszek (lanugo), dzięki czemu skóra na dolnej połowie grzbietu i na krzyżu wydaje się ciemniejszą. Dziecko chętnie ssie, wszelako tylko jedną pierś, drugiej nie chce przyjmować (brodawka szersza i mniej wyrobiona). Kąpiele w dalszym ciągu.

7/XII. Ruchy kończyn coraz swobodniejsze, pozostało stwardnienie niebolesne mięśni pośladkowych i przedniej powierzchni uda. Przy nacisku na dolną połowę brzucha dziecko znowu oddaje mocz; w ogóle, zdaniem rodziny, mało oddaje moczu. Niema jednak pewności czy nie oddaje moczu w kąpielu.

10/XII. Jeszcze stwardnienie musculorum glutaeorum et femoris. Czkawka. Stołeczek zielony. Ruchy kończyn swobodniejsze. W mosznie tylko jedno (prawe) jądro. Stan ogólny zadawalniający.

Zaleciłem stosowanie kąpeli dopóty, dopóki choć ślady stwardnienia istnieć będą.

Odtąd straciłem dziecko z oczu, gdyż matka jego wraz z niem przeprowadziła się do innej dzielnicy. Po niejakiem czasie dowiedziałem się od jednego z krewnych dziecka, że to ostatnie rozwija się dobrze; od tego czasu nie chorowało oraz że kąpeli nie zaniechano. Wiadomość tę (co do stanu zdrowia dziecka) potwierdził mieszkający w tejże dzielnicy kol. Adam Cohn, który na moją prośbę, odwiedzwszy parę razy chore dziecko, zwrócił łaskawie uwagę na interesujące mnie szczegóły i ustnie mi zakomunikował przed paru miesiącami, że dziecko dobrze wygląda, swobodnie włada kończynami oraz że żadnych stwardnień nie pozostało, oba jądra znajdują się w mosznie, pępek zaś i ranka na członku są najzupełniej wygojone.

Przed niedawnym czasem (11 czerwca r. b.) zgłosiła się do mnie matka mego pacjenta z tym ostatnim. Dziecko dobrze rozwi-

nięte z obfitym pokładem tkanki tłuszczowej; waży 22,25 funt. Pępek zdrowy, lejkowato wciągnięty. Oba jądra w mosznie (prawe niżej opuszczone, — ta połowa scroti jest też niższa). Ciemiączko większe niezupełnie skostniałe, acz grube i twarde, prawie niepodatne. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. Na główce, zwłaszcza w okolicy potylicznej, rozpoczynająca się plica polonica. Dodam tu jeszcze, że w czasie choroby dziecka (właściwie już ku jej końcowi) raz jeden badałem pokarm matki i żadnych wybitniejszych zmian w składzie tegoż nie znalazłem.

Zestawiając wszystkie dane, zawarte w powyższym opisie, dochodzimy do wniosku, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z chorobą noworodka, opisywaną pod nazwą trismus et tetanus neonatorum. Przekonywa nas o tem zarówno rozpoczęcie się choroby od szczykościsku jak i ciągle napięcie muskulatury, nie wyłączając kończyn. Do typowego obrazu klinicznego brak było tylko owego ryjowatego ułożenia usteczek, którego opisy napotykamy w podręcznikach i wielu kazuistycznych notatkach. Za to suma pozostałych objawów nie pozwalała postawić żadnego innego rozpoznania.

Że nie mieliśmy przed sobą tężyczki (tetania) dowodzi sam porządek występowania sztywności i, co ważniejsza, brak wolnych przerw. Zresztą ta ostatnia choroba, według nowych badań, występuje przeważnie u dzieci, dotkniętych krzywicą, skurczem krtani (laryngo-spasmus), czego o naszym pacyencie powiedzieć nie możemy, a i układ palców podczas napadów tężyczki bywa inny. Wobec tego, nawet nie badając objawów Chwosteka, Trousseau i Weissmana oraz pobudliwości galwanicznej możemy tężyczkę wykluczyć.

Również o cierpieniu mózgu lub opon mózgowych nie może być mowy w danym przypadku, pomimo sztywności karku i przechylenia wtył główki — wobec braku wymiotów, jakichkolwiek porażen lub innych oznak tych chorób. Jeszcze mniej można było myśleć o scelerema neonatorum, które poniekąd mogłaby przypominać sztywność i znaczna twardość kończyn; wszelako choroba ta zdarza się głównie u dzieci bardzo wątłych, niedożywionych lub źle odżywianych, przebiega z ciepłotą bardzo, nieraz wyjątkowo niską <sup>3)</sup> (choć w przypadku Baumela temperatura wynosiła 36—37,5). I tu porządek występowania objawów jest całkiem inny (od dolnych kończyn ku górze; w tężcu zaś noworodków choroba zaczyna się od szczykościsku);

<sup>3)</sup> W r. z. Żukowski opisał 4 przypadki scl. n.; z nich w 3 ciepłota spadła do 31° w rectum, w przypadku Parrot'a do 21 (?).



miejsca stwardniałe są przytem bolesne. Prócz tego sclerema neonatorum bywa ograniczone, niezmiernie rzadko ogólne, a już wyjątkowo choroba ta zdarza się u niemowląt liczących więcej, niż parę dni życia.

Wszystkie powyższe szczegóły uważałem za stosowne podać w niniejszym artykule w postaci suchego, że tak rzekę, materiału (t. j. z notatek robionych przezemnie po każdej bytności u chorego) dlatego że po 1-sze z powodu niezmiernie rzadkiego wyzdrowienia dzieci, dotkniętych tą chorobą, nasuwają się mimowoli wątpliwości co do rozpoznania przypadków opisywanych jako uleczone, po 2-gie wobec nieustalenia granic, zakreślonych dla tej choroby wydaje mi się koniecznem w każdym opisywanym przypadku t. n. uwzględnienie w najobszerniejszym zakresie symptomatologii (obok wywiadów i innych metod badania) oraz indywidualnych właściwości osobnika chorego.

Sposobowi temu uczyniono zarzut, poniekąd słuszny (w Krytyce Lekarskiej z r. 1897), że jest nużącym dla czytelników (dodam atoli: przeciętnych, ale nie dla tych, którzy, dzięki swojej specjalności, z tego rodzaju przypadkami spotykali się lub spotkać się lub spotkać mogą). W każdym razie sędzę, iż jest on niezbędny przy opisie niektórych chorób rzadziej napotykanych; dla wyjaśnienia niektórych kwestyi jak np. czy to, co opisują jako tetanus neonatorum, stanowi istotnie pewną, ściśle określić się dającą jednostkę nozologiczną z pewnemi odmianami, czy też różne cierpienia z niektórymi wspólnymi objawami.

Żałować wypada, że w moim przypadku nie miałem możności obserwować dziecka w ciągu pierwszych 2-ech dni, gdy objawy stopniowo się rozwijały, a wezwany zostałem dopiero wtedy, gdy sprawa dosięgała już najsilniejszego natężenia (acme). Nie mniej żałować mogę, że z powodu niezależnych odemnie okoliczności nie miałem możności zbadać bakteryologicznie ranki na członku i pępku, ani dokonać badania krwi i moczu dziecka. Lecz trudno; nie my wybieramy sobie ciekawsze przypadki z praktyki prywatnej i nie my wytwarzamy warunki, w których wypada nam obserwować chorych.

Nie mogę tu wdawać się w szczegółowy rozbiór osobliwości opisanego powyżej przypadku, nie chcąc przekroczyć ram artykułu, przeznaczonego dla szerszych kół lekarzy. To tylko pragnę zaznaczyć, że jak na mocy powyższego opisu trudno wnioskować stanowczo, co przyczyniło się do powstania opisanego cierpienia u naszego pacjenta: czy zakażenie pępka niezupełnie zagojonego, czy zranienie żołądki przy obrzezaniu, czy pewne usposobienie, może dziedziczne, czy może wszystkie te czynniki razem — tak nie mam pewności,

czy stosowanie kąpieli i kalomel spowodowały wyzdrowienie, choć takie wyniosłem wrażenie <sup>4)</sup>).

Wynik więc omawianego przypadku może mnie tylko zachęcić do postępowania w przyszłości w ten sam sposób i w innych przypadkach tego cierpienia, jeśli mi się znowu zdarzą, chociaż nie mam żadnego dowodu przeciw twierdzeniu Papiewskiego, że przypadki t. n. wyleczone można zaliczyć do „wyleczeń dobrowolnych“.

W końcu pozwolę sobie nadmienić, że o ile sobie przypominam, był to drugi przypadek tęcza noworodków, spostrzegany przezemnie w praktyce prywatnej, którego przebieg jako tako mogłem obserwować. Pierwszy przypadek, spostrzegany przezemnie przed 11-ma laty, dotyczył dziecka rodziców średniozamożnych, izraelitów (chłopczyka). W rodzinie zarówno ojca jak i matki zdarzały się przypadki chorób nerwowych i umysłowych. Dziecko było donoszone, ale wątle i dlatego zaleciłem wstrzymać się z operacją rytualną (circumcisio). Pomimo to w tydzień po urodzeniu dokonano obrzezania, a w kilka dni potem zawezwano mnie z powodu drgawek i powstającego przy lada poruszeniu opisthotonus. W przypadku tym bywały wolne przestanki, które stawały się coraz krótszemi. Dziecko wcale ssać nie mogło, a każda próba karmienia go wywoływała drgawki kloniczne i toniczne. Po wstrzykiwaniach eteru i po enemach z chloralu następowało polepszenie, trwające bardzo krótko. Śmierć nastąpiła w końcu 3-go dnia. Kąpieli w przypadku tym nie stosowałem.

---

<sup>4)</sup> Tu nawiasem wspomnę, że w czasie, gdy dziecko wydawało się beznadziejnie straconem w końcu listopada, chciałem uciec się do wstrzykiwania surowicy przeciwężcowej i nawet w tym celu zwróciłem się do 2-ch pobliskich aptek, które na razie nie posiadały surowicy w niezbędnej ilości. Zaleciwszy tedy częstsze stosowanie kąpieli z ziół aromatycznych i rumianku, postanowiłem nazajutrz dalsze w tym celu robić starania, tymczasem następnego rana już zauważyłem niejakię polepszenie. Gdybym w tym razie zastrzyknął surowicę, to czy nie narzucałoby się mimowolnie przypuszczenie, że działaniu tej ostatniej wyzdrowienie przypisać należy?



## II. Śmierć naturalna czy gwałtowna, utopienie czy uduszenie.

Przyczynek do kazuistyki lekarsko-sądowej.

Napisał

*Dr. Józef Zawadzki.*

Rola lekarza-eksperta w sądach dzisiejszych jest niezmiernie ważną, niejednokrotnie sprawa opiera się głównie na orzeczeniu lekarskiem, a chociaż według praw obowiązujących „sąd jest najwyższym ekspertem“ i może dowolnie przyjąć ekspertyzę pod uwagę, lub nie, w wyjątkowych chyba zdarza się to wypadkach, w większości — sądy polegają na zdaniu eksperta-lekarza, którego powołują do sprawy.

Na śledztwie pierwiastkowym dokonywa oględzin lekarskich lekarz powiatu lub miejski wobec sędziego śledczego, na posiedzenia zaś sądowe zazwyczaj nie bywa powoływany w charakterze biegłego, lecz czynność tę poruczają sądy innemu lekarzowi, znanemu sądom osobiście.

Biegły na śledztwie pierwiastkowym daje opinię na zasadzie bezpośrednich oględzin, biegły na sądzie na zasadzie protokołu oględzin oraz badania świadków, przy którym jest obecny. To ostatnie posiada olbrzymie znaczenie, niejednokrotnie bowiem z tych zeznań wyłaniają się fakty pierwszorzędne dla ekspertyzy znaczenia, rodzą się pytania, które zmieniają nieraz kierunek sprawy. Prawodawca, pozwalając biegłemu (za zgodą stron) pozostawać w sali sądowej w czasie badania świadków, miał na celu wszechstronne oświetlenie sprawy i w tym celu dał mu prawo zadawania pytań świadkom za pośrednictwem przewodniczącego. Nieraz jedno pytanie biegłego roztrzyga o dalszym kierunku śledztwa sądowego, a zatem wyjaśnia ciemne punkty w sprawie. Z tego prawa biegły korzystać powinien zawsze, gdzie tylko zachodzi potrzeba, inaczej wytrąca sobie z ręki materiał nieoceniony. Opis miejsca, gdzie zbrodnia miała miejsce, opis pierwszego położenia trupa, odległość i t. p., mogą być przez usta świadków naocznych stwierdzone znacznie lepiej, niż przez zawarte w śledztwie pierwiastkowym dokumenty, bo częstokroć świadkowie widzieli to przed sporządzeniem protokołów. Nie zapomnę nigdy sprawy, gdzie, dzięki zeznaniu świadka o pozycji 2-ch zabójców w chwili zabójstwa i zestawieniu tego zeznania z kierunkiem rany postrzałowej, na sądzie wypadło aresztować zabójcę, stojącego w sprawie w charakterze świadka, a przeprowadzone w następstwie śledztwo

zupełnie potwierdziło wypowiedziane zdanie biegłego. Sprawa ta, w której 2-krotnie stawałem jako biegły, zawsze mi stoi w pamięci i zmusza do natężonej uwagi w czasie badania świadków. Nadmienię, że biegły jest zawsze obznajmiony ze sprawą w głównych zarzysach z czytanego na sądzie aktu oskarżenia, który jest streszczeniem niejako śledztwa pierwiastkowego.

Tych kilka słów uważam za konieczne dla wyjaśnienia roli biegłego-lekarza na sądzie.

Jako ilustrację, przytoczę tu sprawę, w której dawałem wnioski w d. 13 z. m. w 1 wydz. karnym tutejszego sądu Okręgowego.

Przed sądem stawała Maryanna Brzeszczak, oskarżona o rozmyślne zabójstwo 6-miesięcznej Agnieszki Ameryk, oddanej jej na wykarmienie.

Brzeszczakowa zawiadomiła matkę o śmierci dziecka w 11-cie dni po wzięciu go na wykarmienie, mówiąc, że dziecię zmarło na błonicę, matka jednak, podejrzewając, iż dziecię zgłodzone, zaczęła robić poszukiwania, które trwały 3 tygodnie. Posażna twierdziła, że trupa wrzuciła do wody jakaś kobieta. Jakoż w obecności matki i świadka Gajewskiej oraz strażnika ziemskiego, wydobyła trupa z rowu w pobliżu wsi Pęcice 9-go września r. z., sekeya dokonana następnego dnia przez lekarza powiatu warszawskiego wykazała co następuje:

„*Oględziny zewnętrzne.* Trup dziecka płci żeńskiej, dobrze odżywianego, w wieku około 6 miesięcy. Powłoki zewnętrzne blade, zmacerowane. Skóra na części głowy owłosionej zgniła i pękła; skutkiem przegnicia ciemniaczek kości głowy rozeszły się i sterczą oddzielnie, nie ma jednak na nich śladów uszkodzeń. Opona twarda zrosnięta z kośćmi czaszki. Na podstawie czaszki pozostała nieznaczna część mózgu w postaci miękiej, zgniłej, szarej masy kaszowatej; oddzielnych części mózgu odróżnić, ani oddzielić nie można. Części miękie w stanie silnego gnicia, skóra oddziela się z łatwością. Rysy twarzy skutkiem gnicia zatarte, oczy wygniły, usta otwarte; język znajduje się poza dziąslami, w dziąsłach zębów nie ma.

„Brzuch nieco wzdęty; na tylnej powierzchni lewej łydki aż do kolana, widać ślady nadgryzienia przez robaki. W otworach naturalnych ciała żadnych ciał obcych niema, zewnętrznych śladów gwałtu nie znaleziono.

„*Oględziny wewnętrzne.* Szyja. Przełyk i tchawica prawidłowe, chrząstki nie uszkodzone, błona śluzowa ich blada nierozpulpelchniona, nie widać na niej żadnych uszkodzeń, nalotów błonicowych, obrzęku i w ogóle zmian chorobowych. Jama piersiowa. Kości klatki piersiowej całe, płuca wiotkie, niebiesko-różowe, przy przekroju trzeszcza, powierzchnia przekroju pokryta ciemną maziastą masą. Serec wiotkie, komórki puste. Jama brzuszna. Wątroba brudno-szarawa, wielkości prawidłowej, substancja jej wiotka; śledziona barwy bladofioletowej, miąższ barwy wiśniowej, zgniły; nerki wielkości prawidłowej, blade; żołądek nieco wzdęty, blade, zawiera około 2-ch drachm płynu wodnistej, w którym pływają ziarenka żółtawe; błona śluzowa blada, prawidłowa; kiszki cienkie zawierają nieco śluzu żół-



tawego, ciągnącego; w kiszkiach grubych kał burozielony, lepki; błona śluzowa kiszki nie rozpułchniona, bez zmarszczek, blada; pęcherz moczowy pusty, ściągnięty.

„Kości szkieletu całe, żadnych zmian na nich nie zauważono.

„*Zdanie obducenta.* Na zasadzie danych, otrzymanych przy oględzinach pośmiertnych trupa 6-miesięcznej Agnieszki Ameryk, znalezione na brzegu głębokiego rowu, napełnionego wodą, należy postawić wniosek, że trup ten leży w wodzie w przybliżeniu od 3—5 tygodni, sądząc z daleko posuniętej sprawy gnicia i maceracyi. Czy był rzucony do wody za życia, czy po śmierci, z zupełną ścisłością powiedzieć nie można wobec daleko posuniętego rozkładu całego trupa, a głównie mózgu na pół wypłyniętego z jamy czaszkowej, której kości rozstały się skutkiem przegnicia ciemiaczek. Wobec jednak braku jakichkolwiek zmian chorobowych w zachowanych od gnicia częściach ustroju, jako to narządach szyi, płucach, żołądka i kiszkiach można przypuścić, iż dziecko zmarło nie skutkiem choroby, lecz śmiercią gwałtowną, że; było wrzucone za życia do rowu, a w takim razie śmierć nastąpić mogła od apoplexia cerebri in submersione, wywołanej brakiem powietrza, niezbędnego dla podtrzymania życia, tembardziej, że w żołądku znaleziono około 2 łyżeczek płynu wodnistego, który w postaci wody mógł być przełknięty, nim woda z rowu, napełniwszy jamę ustną, przeszkodziła dostępowi powietrza do płuc; z drugiej jednak strony, płyn ten wodnisty mógł być dany dziecku do picia nie nadługo przed śmiercią.“

Oto dosłowny przebieg wyniku oględzin i zdania biegłego na śledztwie pierwiastkowym.

W chwili rozpoczęcia obrad sądowych podsądna nie przyznała się do winy, twierdziła, iż dziecko zmarło skutkiem rozwolnienia (poprzednio twierdziła, iż od błonicy), i że zaczęły mu się wyrzynać ząbki 2 u góry i 2 u dołu, twierdziła dalej, iż dziecko już zmarłe wrzuciła do wody nie ona, lecz jakaś rajfurka.

Świadkowie zeznali toż samo, co i na śledztwie pierwiastkowym, rzecz to dla ekspertyzy małej wagi, zaznaczyć tylko muszę zgodne zeznania świadka Gajewskiej, strażnika Matwiejewa i wójta Galiana, którzy na moje pytanie, w jakim położeniu znajdował się trup dziecka w chwili wyjęcia go przez podsądną z wody, oświadczyli, iż rączki były przyciśnięte do ust i nosa, i zakrywały je zupełnie oraz że były przytwierdzone w tem położeniu za pomocą fartucha, że zaraz po wyjęciu podsądna odwiązała ów fartuch, co, naturalnie, zmieniło położenie członków u trupa.

Fakt ten nader ważny rzucił światło na przyczynę śmierci dziecka.

Przedewszystkiem należało rozstrzygnąć pytanie, czy w danym przypadku mieliśmy do czynienia ze śmiercią naturalną czy gwałtowną.

Rozpatrując się w protokule oględzin pośmiertnych, widzimy, iż z wyjątkiem mózgu, który (jak to zresztą stale bywa u trupów niemowląt) uległ zupełnemu rozkładowi i co do którego nie powiedzieć nie można, inne narządy ciała były zupełnie normalne, żadnych spraw cho-

robowych w nich nie wykryto. Lekarz, dokonywający oględzin, wyraźnie zaznacza, że błony śluzowe były zupełnie prawidłowe, rozpulchnienia, ani innych objawów zapalnych nie zauważył, toż samo w narządach mięszzowych; odżywianie nadto było dobre, podkładu tłuszczowego ilość znaczna — wszystko są to fakty, przemawiające za brakiem jakiegokolwiek choroby przed śmiercią dziecka.

Mamy zeznanie podsądnej, a raczej dwa sprzeczne zeznania, w jednym twierdzi, iż dziecię chorowało na błonicę — śladów tej choroby nekropsia nie wykryła; w drugim — iż dziecko zmarło skutkiem towarzyszącego ząbkowaniu rozwolnienia i wymiotów, drugiej wersji również dać wiary nie można, gdyż przedewszystkiem, jak widać z oględzin, ząbkowania nie było, ani jeden ząbek jeszcze się nie przerznął, po drugie (pomijając już kwestyę, że ząbkowanie wcale nie jest przyczyną chorób, co chętnie publiczność utrzymuje), śladów owych wyniszczających rozwolnień nie widzimy. Wiemy jak szybko w *gastroenteritis infantum* odżywianie upada, wiemy jakim zmianom wydatnym podlegają wtedy błony śluzowe — przy oględzinach nie podobnego nie stwierdzono, owszem zaznaczono zupełny brak jakichkolwiek zmian chorobowych w tym kierunku; wreszcie zawartość kiszki wcale nie odpowiadała obrazowi cholerae infantum.

Obie więc wersje co do śmierci dziecka są wykluczone.

Pozostawało by przypuścić, że dziecię padło ofiarą jakiejś ostrej choroby lub choroby mózgowej, ale objawów, odpowiadających jakiegokolwiek bądź innej chorobie, oskarżona nie podaje, niema więc celu wykluczać ich przy postawieniu rozpoznania rodzaju śmierci.

Faktem jest niezaprzeczonem, bo i przez świadectwo lekarza w kantorze mamek i przez licznych świadków stwierdzonem, iż dziecko było oddane zupełnie zdrowe. Jeżeli i przy oględzinach żadnych zmian chorobowych nie wykryto — twierdzić można z pewnością, że śmiercią naturalną nie zmarło.

Rozstrzygnięcie więc pierwszego pytania nie napotkało na wielkie trudności, drugie pytanie: jaka była przyczyna śmierci, jest już o wiele trudniejsze.

Lekarz, dokonywający oględzin, przypuścił, że śmierć nastąpiła skutkiem utonięcia, wniosek ten nasuwał się sam przez się, gdyż dziecię znaleziono w wodzie. Czy jednak jest to dostatecznym dowodem? Niezmiernie często złoczyńca rzuca trupa do wody, chcąc zatrzeć ślady przestępstwa, rzeczą biegłego jest starannie ocenić czy trup, czy żywy dostał się do wody. I na czem opiera to twierdzenie biegły na śledztwie pierwiastkowym? — na znalezieniu 2 drachm płynu w żołądku, który, jak sam twierdzi, mógł również dobrze być pozostałością pokarmową?

Pomijam tłumaczenia biegłego, w jaki sposób przy utopieniu śmierć następuje, pomijam ową hipotezę „apoplexiae cerebri“, gdyż to nie odnosi się do samej sprawy. Zaznaczę tylko, że owa „apoplexia cerebri“, jako moment przyczynowy śmierci od utopienia znalazła słuszną krytykę w pracy Löflera, który odrzuca ją stanowczo,



a jego pogląd podziela cały szereg badaczy \*), jest to pogląd stary, na który godzić się żadną miarą nie można. Mówię to nawiasem.

Jakież inne cechy śmierci od utonięcia znalazł biegły na trupie?

Bładość i maceracya skóry zdarzać się mogą zarówno u topielców, jak i utрупów rzuconych do wody, sprawy to bowiem czysto mechaniczne. Brak płynu w oskrzelach i płucach również przeczy śmierci od utopienia jak również brak piany, którą wielu autorów (jak Kraszewski, Czystowicz, Popiel) uważa za oznakę patognomiczną dla tego rodzaju śmierci.

Wprawdzie, Kraszewski zaznacza, że piana znika po upływie 96 godzin, zarazem jednak z doświadczeń jego wynika, iż po tym czasie występuje płyn w opłucny, czego również w naszym przypadku nie było.

Zaznaczone w protokule trzeszczenie niektórych odcinków płuc również przeciwko śmierci od utopienia przemawia.

Stan narządów jamy brzusznej nie daje nam również danych dla przypuszczenia śmierci od utonięcia. Wiadomą powszechnie jest rzeczą, że w chwili tonięcia do żołądka przez polykanie dostaje się woda lub wogóle płyn otaczający, stwierdzili to już Liman, Hofman, świeżo Popiel w pracy wspomnianej, a uważają fakt ten za tak ważny, że Popiel np. na zasadzie licznych doświadczeń dochodzi do wniosku, że, jeśli trup jest stosunkowo świeży, woda może dostać się tylko za życia do żołądka i kiszek.

W danym przypadku znaleziono zaledwie 2 łyżeczki płynu, który, jak widać z opisu, odpowiada raczej gnijącemu napół strawionemu mleku, niż wodzie rowu, w którym się dziecko znalazło.

Widzimy zatem, że na trupie Agnieszki Ameryk nie znajdujemy żadnych cech, które odpowiadałyby śmierci od utopienia, twierdzić więc można, iż rzucenie do wody nastąpiło już po śmierci.

Co więc było przyczyną śmierci?

Według mego zdania, przyczyny szukać należy w uduszeniu.

Jeżeli przypomnimy sobie zeznanie świadków, trupa znaleziono z ustami i nosem zasłoniętymi przez ręce mocno utwierdzone w tem położeniu za pomocą fartucha. Lekarz, dokonywający oględzin, faktu tego nie znał, gdyż zeznanie świadków uczynione było już na sądzie, a zeznanie to wyjaśnia nam całą sprawę.

W celu pozbawienia dziecka życia zatkało mu własnemi jego rękoma usta i nos, obwiązano je szmatami i rzucono do wody. Uczyniła to podsądna i w tym celu, aby krzyk dziecka nie sprowadził pomocy.

Jeśli przyjmujemy tę hipotezę, sprawa będzie wyjaśniona, bo, aczkolwiek brak skutkiem rozkładu ciała tak charakterystycznych znamion uduszenia jak wybroczyny Tardieu, położenie, w jakim znaleziono trupa, aż nadto przypuszczenie to usprawiedliwia.

\*) Patrz: Popiel. Śmierć z utopienia. Pam. Tow. Lek. r. 1897.

Czemuż bo miałyby podsądna tak starannie obwijać dziecko, gdyby śmierć nastąpiła z jakiejś innej przyczyny. Gdyby działało się to zimą, możnaby przypuścić, że dziecko przed śmiercią było obwinęte dla ciepła — działa się to jednak w sierpniu, w pełni lata, przypuszczenie więc to nasuwać się nie może.

Wybór tego rodzaju śmierci dla przestępczyni, która, widocznie, nie poraz pierwszy w ten sposób pozbywała się opieki, jest ponieważ zrozumiały: dla niej jest to sposób zabójstwa najmniej pozostawiający śladów po sobie.

Co się tyczy innych rodzajów śmierci gwałtownej, to wykluczają się w danym wypadku wobec braku jakiegokolwiek bądź innych uszkodzeń.

Tym sposobem musiałem dojść do wniosku, że śmierć nastąpiła skutkiem uduszenia przez zatomowanie dostępu powietrza rączkami dziecka, mocno przytwierdzonemi do główki za pomocą fartucha i że następnie dziecko zostało wrzucone do wody.

Owo zakrycie rączkami ust i nosa tłumaczy dlaczego w żołądku pozostał tylko płyn, który dziecię dostało za życia oraz, dlaczego nie znajdujemy pośmiertnego wypełnienia wodą płuc, ewentualnie opłucny.

O ile znam dostępną mi literaturę odnośną z podobnego rodzaju uduszeniem za pomocą własnych rąk denata, nie spotykałem się. Zresztą wogóle cała ekspertyza jest tak ciekawa, że uważałem za pożyteczne podzielić się nią z czytelnikami. Zwracam jeszcze raz uwagę na konieczność uważnego badania świadków na sądzie, co jak widzimy, niejednokrotnie i ekspertyzie może dostarczyć faktów pierwszorzędno znaczenia.

Prokurator we wnioskach, a następnie Sąd podzielił moje zapamiętania i skazał podsądną na 15 lat ciężkich robót i osiedlenie w Syberyi.

W zakończeniu tej notatki z powodu sekcji, dokonywanych na śledztwie pierwiastkowym, radbym wypowiedzieć kilka uwag.

Zazwyczaj dokonywający sekcji lekarze ograniczają się na ogólnikowych określeniach „dany narząd jest normalny“ i „nie nieprawidłowego nie znalazłem“ i t. p. Tego rodzaju protokoł oględzin nie odpowiada zadaniu.

Lekarz, dokonywający oględzin pośmiertnych, powinien zawsze pamiętać, iż akt oględzin jest dokumentem, na zasadzie którego nie tylko on wyciąga wnioski, ale i biegle na sądzie, ztąd potrzeba jest drobiazgowa ścisłość w opisie, wykluczająca wszelkie ogólnikowe określenia.

W danym np. razie brak było opisu szczegółowego położenia trupa, powiedziano tylko, iż trup leżał pokryty słomą i ubrany w sukienkę, a jak widzieliśmy i tego rodzaju fakty mogą mieć pierwszorzędne znaczenie. Zdarzało mi się również czytać akty oględzin, w których wprost mówiono „czaszka była rozłupana, mózg wyszedł, przyczyną śmierci było zmiżdżenie czaszki“; każdy przyzna, że to zbyt mało, lekarz nie wymienił w tym akcie nawet umiejscowienia rany, a już o oględzinach narządów wewnętrznych mowy nawet nie było,



choć w danym razie było nader ważną rzeczą stwierdzenie czy denat miał tylko to jedno, czy więcej uszkodzeń.

Faktów takich mógłbym zestawić wiele, nie mówiąc już o takich, gdzie lekarz rozszczęp naturalny ku przodowi błony dziewiczej u 7-letniej dziewczynki przyjął za rozerwanie.

Należałoby więc baczniejszą na opis oględzin sądowych zwracać uwagę, pomnąc, że na niedokładności cierpi często sprawiedliwość.

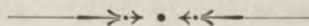
Jest wielką wadą procedury, iż dotąd nie wprowadziła obowiązkowego fotografowania podlegających oględzinom, a przynajmniej, że dzieje się to nader rzadko. Żaden najlepszy nawet opis nie zastąpi fotografii, która uwydatnia wszystko, cokolwiek jest później niezbędne dla eksperta na sądzie. Fotografia lepiej niż opis uwydatni położenie i kierunek rany zewnętrznej, a na przekroju i wewnętrznej, utrwali położenie podległego oględzinom, otoczenie etc. Wartoby było, aby ci z prawników i lekarzy sądowych, którym postęp w wymiarze sprawiedliwości leży na sercu, zajęli się tą kwestyą, na jawności i dostępności wszystkich dowodów w sprawie sprawiedliwości tylko zyskać może.

### III. Najnowsze prądy w nauce o odporności.

PODAŁ

*Jerzy Brunner.*

(Z pracowni patologii ogólnej przy uniwersytecie warszawskim).



(*Ciąg dalszy.*)

Pozwolimy sobie teraz przytoczyć wyniki naszych doświadczeń, będących w bliskim związku z omówionymi poglądami na sprawę odporności.

Badając stosunek, jaki zachodzi między objawami tężca i zatrucia strychniną<sup>28)</sup>, doszliśmy między innymi do wniosku, iż istota mózgowa zwierząt zdrowych nie posiada żadnych własności uodporniających względem zatrucia strychniną i że przeto w komórce mózgowej nie istnieją boczne ogniwa, mogące wiązać wspomniany alkaloid tak jak to czynią z toksyną tężcową; doświadczenia te wykonane były w ten sposób, iż wstrzykiwaliśmy myszom pewną ilość mieszanki mózgowej i po upływie kilku godzin — najmniejszą śmiertelną dawkę strychniny.

<sup>28)</sup> p. *Medycyna*. 1898.

Równocześnie z nami *Widal i Nobécourt*<sup>29)</sup> zajęli się tą samą sprawą i doszli do wyników odmiennych. Autorzy miesza li miazgę mózgową i strychninę *in vitro* i wstrzykiwali myszom; myszy dosta wały drgawek, lecz nie ginęły; niekiedy nawet udawało się w ten sposób zobojętnić podwójną dawkę śmiertelną trucizny; zjawiska te autorzy przypisują antytoksycznym własnościom istoty mózgowej względem strychniny. Według *Abelous'a*<sup>30)</sup> zobojętniające działanie istoty mózgowej bywa nawet bardzo daleko posunięte: 20 gramów rdzenia kręgowego konia zmieszane z 0,2% roztworu strychniny, (po 24 godzinach przy ciepłocie 40° C) zmniejsza trujące własności tego roztworu mniej więcej w stosunku 5 : 1; w każdym razie autor nie przypuszcza, aby w danym przypadku mogło mieć miejsce zniszczenie jadu, lecz raczej zachodzi tu utrwalenie (fixation) jego przez tkankę.

Blizszem zbadaniem danej kwestyi zajęli się *Thoinot et Brouardel*<sup>31)</sup>. Przekonawszy się uprzednio, iż 1,0 istoty mózgowordzeniowej jest w stanie zobojętnić niekiedy czterokrotną śmiertelną dla morskich świnek dawkę strychniny przy zmieszaniu *in vitro*, autorzy następnie miesza li alkaloid z innemi, napozór zupełnie obojętnemi ciałami, jakoto mączką kartoflaną, talkiem, węglem i gotowanym szpinakiem i mieszaninę te wstrzykiwali świnkom morskim; zwierzęta znosiły w ten sposób doskonale strychninę. Wreszcie autorzy przytaczają doświadczenie następujące: jeżeli 3 gramy miazgi nerwowej zmieszać z potrójną dawką śmiertelną strychniny i przesączyć przez grubą bibułę, to przesącz nie wywołuje żadnych objawów zatrucia u świnki.

Ponieważ wyniki doświadczeń *Widal'a i Nobécourt'a i Abelous'a* nie zgadzały się z naszymi poglądami na daną sprawę, przeto uważaliśmy za konieczne zająć się bliższem zbadaniem danej kwestyi tembardziej, iż zdaniem naszym doświadczenia *Thoinot i Brouardel'a* bynajmniej nie dostarczały rozwiązania zagadki. Wstrzykiwanie mie-

<sup>29)</sup> *Widal A. Nobécourt.* Sur l'action antitoxique des centres nerveux pour la strychnine et la morphine. (Société médic. des hôpitaux. Séance du 25 février. 1898).

<sup>30)</sup> *I. — E. Abelous.* Sur le pouvoir antitoxique des organes vis-a-vis de la strychnine. (Comptes rend. hebdom. des séances de la Soc. de Biol. № 13. 1898).

<sup>31)</sup> *Thoinot et G. Brouardel.* Mecanisme de l'action antitoxique de la pulpe nerveuse et diverses autres substances vis-a-vis de la strychnine. (Presse médicale. № 26. 1898).



szaniny miazgi mózgowej i jadu nadaje się zupełnie przy badaniu własności antytoksycznych tkanki mózgowej względem toksyn, gdyż te ostatnie działają powoli i posiadają okres wylegowy, czyli okres utajonego działania, podczas którego mieszanina zdąży uleść wessaniu; natomiast alkaloidy — w danym przypadku strychnina — działają szybko i cały wynik doświadczenia zależy od szybkości wessania, co w warunkach prób *Widal'a* i *Nobécourt'a* nie mogło mieć miejsca; w tem przeto leży błąd cały, co zresztą dowiedli *Thoinot* i *Brouardel*, mieszając strychninę z ciałami obojętnymi i zapobiegając w ten sposób działaniu trucizny. Tak tedy mamy prawo twierdzić, iż w powyższych warunkach doświadczeń strychnina nie ulega wessaniu, lub raczej wsysa się bardzo powoli, czy zaś poza tem nie istnieje pewien antytoksyczny wpływ mózgu, na to nie dano nam odpowiedzi.

Doświadczenia nasze wykonywaliśmy w ten sposób, iż pewną ilość miazgi mózgowej roztartej z fizyologicznym roztworem soli kuchennej mieszaliśmy z roztworem strychniny wiadomej siły i po kilku — kilkunastu godzinach poddawaliśmy działaniu odśrodkowca \*); płyn zebrany z ponad osadu i niezawierający żadnych cząsteczek zawieszonych był używany do doświadczeń i wstrzykiwany w ściśle odmierzonej ilości odpowiednio do pewnej dawki strychniny, przypadającej na daną ilość płynu z obliczenia. Przesączanie płynu przez bibułę, a zwłaszcza przez grubą bibułę, jak to czynili *Thoinot* i *Brouardel*, jest poważnym błędem, gdyż bibuła sama, jak to zobaczymy poniżej, zatrzymuje pewną ilość alkaloidu. Co się tyczy najmniejszej śmiertelnej dawki chlorku strychniny dla świnek morskich, to, jak przekonaliśmy się uprzednio, waha się ona w granicach od 0,36 do 0,38 miligramu na 100 gramów wagi zwierzęcia.

#### Doświadczenie I-sze.

Wodny roztwór strychniny, zawierający w każdym cent. sz. 1,521 miligr. strychnini mur. przesączono przez poczwórny sącdek z bibuły.

Świnka samica, wagi 516,0; śmiertelna dawka wynosi 1,96 miligr. stryeh. mur.; wstrzyknięto 1,61 etm. sześć. przesączu czyli ilość odpowiadającą  $1\frac{1}{4}$  dawki śmiertelnej. Po 12 minutach lekkie objawy zatrucia, które wszakże szybko ustąpiły; świnka pozostała nadal zdrowa.

---

\*) Odśrodkowiec poruszany był przez motor gazowy i dawał około 4000 obrotów na minutę.

**Doświadczenie II-gie.**

Pewną ilość istoty mózgowej świeżo zabitego psa roztarto z fizjol. roztworem soli kuchennej w stosunku 1 : 10; określoną ilość roztworu strychniny wiadomej siły zmieszano z 6-krotną ilością mieszanki mózgowej i poddano działaniu odśrodkowca.

Świnka samiec; wagi 540,0; dawka śmiertelna (w stosunku 0,37 mil. na 100,0 wagi) wynosi 1,998 miligr. strychn. mur.; wstrzyknięto 7,32 ctm. sz. płynu z ponad osadu po działaniu centryfugi, czyli ilość odpowiadającą śmiertelnej dawce. Pomimo objawów zatrucia zwierzę pozostało żywe.

**Doświadczenie III i IV-te.**

Mieszankę mózgową (1 : 10) wraz z roztworem strychniny i kilku kroplami chloroformu w szczelnie zatkannej fiaszce umieszczono w termostacie przy ciepłocie 37,5<sup>0</sup> C.; po 16 godzinach poddano działaniu odśrodkowca.

Śwince *A* samcowi, wagi 525,0 wstrzyknięto 3,53 ctm. sz. płynu z ponad osadu t. j. ilość odpowiadającą 1,995 miligr. strychniny (w stosunku 0,38 miligr. na 100,0 wagi zwierzęcia); po 8 minutach pierwsze objawy zatrucia, po których wszakże zwierzę wraca do stanu prawidłowego.

Śwince *B* samcowi, wagi 483,0 wstrzyknięto 3,42 ctm. sz. tegoż płynu, czyli ilość odpowiadającą 1,932 miligr. strychniny (0,40 miligr. na 100,0 wagi); pomimo dość silnych objawów zatrucia zwierzę pozostało przy życiu.

**Doświadczenie V-te.**

7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> gramów mózgu królika roztarto z 37,5 ctm. sz. fizyologicznego roztworu czyli w stosunku 1 : 5; do 10 ctm. sz. tej mieszanki dodano 4 ctm. sześć. roztworu strychniny (zawierającego 2,34 miligr. strychniny) i 5 kropel chloroformu, poczem w szczelnie zamkniętej fiaszce umieszczono w termostacie (37,5<sup>0</sup> C.); po 23 godzinach płyn wyjęto i poddano działaniu odśrodkowca.

Śwince samcowi, wagi 695,0, wstrzyknięto 4,9 ctm. sz. płynu zebranego z ponad osadu, czyli ilość zawierającą alkaloid w stosunku 0,42 miligr. na 100,0 wagi zwierzęcia; po 12 minutach silne drgawki, po kilku godzinach świnka padła przy wybitnych objawach zatrucia.

**Doświadczenie VI, VII, VIII i IX-te.**

Mózg cielęcy roztarto z roztworem fizyologicznym w stosunku 1 : 2; do 27 ctm. sześciennych tej mieszanki dodano 3 ctm. sz. roztworu strychniny, zawierającego 45,0 miligr. strychn. mur. i wraz z niewielkim kryształem tymolu w szczelnie zatkannej fiaszce umieszczono na 4 godziny w termostacie, poczem poddano działaniu centryfugi;



zebrany płyn, którego jeden cent. sz. odpowiadał według wyliczenia 1,52 miligr. pierwotnie dodanej strychniny, użyto dla czterech doświadczeń.

Świnka *A* samiec, wagi 517,0; wstrzyknięto 2,51 ctm. sz. płynu czyli ilość odpowiadającą podwójnej dawce śmiertelnej; silne objawy zatrucia i śmierć.

Świnka *B* samica, wagi 515,0; wstrzyknięto 2,26 ctm. sz. płynu czyli ilość odpowiadającą  $1\frac{3}{4}$  dawki śmiertelnej; świnka padła przy silnych objawach zatrucia.

Świnka *C* samiec, wagi 536,0; wstrzyknięto 1,95 ctm. sz., t. j. ilość odpowiadającą  $1\frac{1}{2}$  dawki śmiertelnej; po 40 minutach zwierzę padło.

Świnka *D* samica, wagi 460,0; wstrzyknięto 1,4 ctm. sz. płynu, inaczej ilość odpowiadającą  $1\frac{1}{4}$  dawki śmiertelnej; pomimo silnych objawów zatrucia zwierzę pozostało przy życiu.

Wyniki przytoczonych doświadczeń leżą jak na dłoni: w żadnym istota mózgowa nie zapobiegła objawom zatrucia i, aczkolwiek pewna ilość zwierząt zniosła wstrzykiwany płyn w ilości odpowiadającej dawce przewyższającej dawkę śmiertelną, to wszakże nie udało się osiągnąć osłabienia trujących własności płynu powyżej  $1\frac{1}{4}$  śmiertelnej dawki. Gdybyśmy w danym przypadku mieli do czynienia z działaniem swoście antytoksycznym istoty mózgowej, wówczas, zwiększając ilość mózgu w mieszance, musielibyśmy zauważyć odpowiednie zmniejszenie trujących własności płynu. W naszych doświadczeniach ilość tkanki mózgowej wzrastała stopniowo od stosunku 1 : 10 do 1 : 2, pomimo to wszakże strychnina ubywała bardzo nieznacznie, nie może przeto tu być mowy o jakimś swoistym wiązaniu jadu, jak to ma miejsce np. z toksyną tężca.

Pozwalamy sobie twierdzić, iż w danym przypadku mamy do czynienia z ciekawym fizycznym zjawiskiem porwania ciała, będącego w roztworze, przez ciała w płynie tym zawieszony i umacniany się w tem przekonaniu na podstawie następującego doświadczenia.

#### Doświadczenie X-te.

1 ctm. sześcienny roztworu strychniny (15,21 miligr. strychn. muz.) zmieszano z 8,5 ctm. sz. mleka, poczem dodano 0,5 ctm. aptecznego zobojętnionego roztworu lab-fermentu i z kryształem tymolu w zatkniętej fiaszce umieszczono w termostacie; po 4 godzinach oddzielono serwatkę od zbitego skrzepu. Świnie samicy, wagi 602,0 wstrzyknięto 1,88 ctm. sz. serwatki czyli ilość odpowiadającą  $1\frac{1}{4}$  dawki śmiertelnej. Pomimo objawów zatrucia zwierzę pozostało przy życiu.

Na podstawie prób powyższych dochodzimy do raz już wypowiedzianego wniosku, iż istota mózgowa nie posiada własności uodporniających lub antytoksycznych względem strychniny i, że przeto w komórce nerkowej swoiste ogniwa wiążące ten alkaloid nie istnieją. Fakt ten tłumaczy nam, dlaczego uodpornienie względem strychniny nie daje się osiągnąć oraz czemu ustrój nie jest w stanie wytworzyć swoistych ciał ochronnych — surowicy przeciwstrychninowej.

Drugi szereg naszych doświadczeń dotyczy kwestyi odmiennej. Pod wpływem pięknych doświadczeń *Roux* i *Borrell'a* postanowiliśmy wykonać pewną ilość prób z zewnątrzmózgowem wstrzykiwaniem alkaloidów w celu zbadania odnośnych objawów oraz wyjaśnienia sprawy różnic w odporności jakie się u zwierząt względem pewnego jadu dają się spostrzegać. Plon tych doświadczeń był obfity, i pozwalały sobie myśleć, iż w danej sprawie otwiera się szorokie pole dla badań fizyologicznych i farmakologicznych.

Dotychczasowe badania nad działaniem strychniny wykonywane były w ten sposób, iż wstrzykiwano jad pod skórę lub do krwi, wprowadzano go do jamy otrzewnej, do narządów trawienia, ba nawet pod oponę mózgową. W naszych doświadczeniach sprowadziliśmy jad do mózgu (wstrzykiwanie do rdzenia kręgowego jest sprawą trudną, złożoną i dlatego musieliśmy jej zaniechać) i w ten sposób badaliśmy skutek jaki sprowadza bezpośrednie zetknięcie komórek nerwowych z jadem mającym do nich wysokie powinowactwo. Indywidualne różnice, jakie się w tych warunkach u rozmiatych zwierząt dają się spostrzegać, są dość niewyraźne, zdają się wszakże wzrastać w miarę stanu rozwoju mózgu; w każdym razie obraz zatrucia różni się wybitnie od tego, cośmy po zastrzyknięciu strychniny pod skórę, do krwi i t. d. spostrzegać zwykli. Podczas gdy w zwykłych warunkach mamy do czynienia ze wzmoczeniem pobudliwości odruchowej, tonicznym skurczem mięśni i napadami drgawek, komórki mózgu reagują na zetknięcie jadem całym szeregiem objawów złożonych, ubarwionych wysokim stopniem podrażnienia psychicznego; mamy więc tu ruchy biegu, pływania, latania (u gołębi), drapania się, skoki i t. d., zarazem przejawy strachu, chęć ukrycia się, złość dochodzącą do wściekłości, urojenia i t. p. Bliższe szczegóły czytelnik znajdzie w opisie przytoczonych tu doświadczeń, co się zaś tyczy techniki ich, to była ona niezmiernie prosta i polegała na wstrzyknięciu 1 lub kilku kropel danego płynu wgłąb istoty mózgowej przez otwór w czaszce i nienaruszoną oponę; dodamy nawiasem, iż wstrzykiwanie tej samej ilości fizyologicznego rozworu soli kuchennej okazało się bez wpływu na ogólny stan zwierząt przez nas używanych.

(D. c. n.)



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby nerwowe.

328. E. Ullmann. **Przyczynki do terapii cierpień stawów w wiądzie rdzenia.** (Beitrag v. Therapie der tabischen Arthropathie. Wien. med. Woch. № 25—28. 1898).

Autor zestawia i omawia znane przypadki operacyjnego leczenia cierpień stawów w wiądzie rdzenia, aby dojść do racjonalnych wskazań.

Nie podziela on zdania przeciwników z zasady wszelkiej chirurgicznej interwencji, sądzi bowiem, że daje się niekiedy poprawić używalność kończyn, a tym sposobem zdobywa się dla chorego pomyślniejsze warunki istnienia. Zarzut pogorszenia zasadniczej choroby przez operację autor na podstawie rozbioru odnośnych przypadków odrzuca jako nieuzasadniony. Cierpienie stawów bywa niekiedy jednym z początkowych objawów wiądu rdzenia, nie więc dziwnego, że po operacji podstawowa choroba rozwija się dalej, lecz operacja nie stoi z tym rozwojem w żadnym przyczynowym związku (np. przyp. Kortewega). Głośnym jest także przyp. Kraussa w którym chory miał w maju amputowane udo z powodu cierpienia kolana. We wrześniu wystąpiły drgawki zrazu w kikutach, które rozprzestrzeniły się prawie na całą muskulaturę tułowia i kończyn i łączyły się z napadami kurczowego kaszlu. W listopadzie wycięto neuromat z n. ischiadicus. Wkrótce potem chory zmarł. Sekcja wykryła jednak znaczny stopień zwyrodnienia jednego n. vagus i obu n. n. laryng. recurrent. Płonną jest także obawa, że rany u tabetyków nie goją się i ropieją.

Autor przytacza własny przypadek, w którym rana pooperacyjna na jednej kończynie zagoiła się bardzo pomyślnie, podczas gdy na drugiej kończynie istniało uporczywe zapalenie tkanki podskórnej z tworzeniem przetok. To ostatecznie zależało, prawdopodobnie, od zakażenia przypadkowego, które u tych chorych z upośledzeniem czucia bólowego łatwo bywa przeoczone. Co do ogólnej vulnerabilności tkanek, to jest ona mniejsza u tabetyków, niż np. w urazowych cierpieniach rdzenia. Należy jednak uwzględniać łatwość decubitus i ostrego zapalenia dróg moczowych i zwiększyć ostrożności. Ze środków, stosowanych w lżejszych przypadkach, wystarczały a paraty podtrzymujące (Leyden), aby ułatwić wessanie wysięku, dalej spokój, umiarkowany ucisk, niekiedy elektryzacja (Blossdorf). W cięższych przypadkach punkcja stawu z umiarkowanym uciskiem okazywała się niekiedy skuteczną.

*Arthrotomia* ze stałym drenażem, dawała też względnie pomyślne wyniki (Müller).

*Rezekcja* w 16 znanych autorowi przypadkach, dawała niekiedy także poprawę funkcji.

*Amputacyi* przytacza autor 13, z tych 8 pierwotnych, a pięć wtórnych.

Z 3-ch pierwotnych amputacyi uda jedna jest wspomnianym przypadkiem Kraussa, o drugiej brak następczych danych, w 3-ciej dokonanej przez autora, chory nie mógł chodzić na szcudle. Z 5 pierwotnych amputacyi goleni w 3-ch osiągnięto poprawę.

Z wtórnych amputacyi, w jednym przypadku chory zmarł przed zagojeniem rany, drugi mimo zagojenia rany per primam nie mógł chodzić z powodu bezładu ruchowego, prócz tego Rotter w 3 lata po artrotomii z drenażem, zrobił na życzenie chorego amputację uda. W jednym przypadku Kortewega wyjęto pierwotnie talus w skutku błędnego rozpoznania, a ponieważ chory nie mógł kończyny używać, w 3 miesiące później dokonano amputacyi. Po 4-ch tygodniach chory mógł chodzić z laską, później jeszcze trzeba było robić tenotomię. Ztąd wniosek, że trzeba robić wybór przypadków, chcąc osiągnąć przez operację poprawę czynności.

Autor porusza też kwestyę, czy wyniki zabiegów leczniczych nie są w stanie rzucić pewnego światła na etyologię cierpień stawowych w wiądzie, niewyjaśnioną ostatecznie.

Wiadomo, że pod względem etyologii są 3 poglądy.

1) *Pogląd Charcot'a*, który cierpienie stawów uznaje za troficzne zaburzenie, zależne od zajęcia komórek przednich nerwów rdzenia ze zwyrodnieniem obwodu nerwów.

2) *Pogląd Volkmana*, że zapalenia stawów są skutkiem rozciągania i urazu więzów i torebki stawowej w skutku znieczulenia i bezładu ruchowego chorych. Wiadomo, że przeciw temu przemawia występowanie niekiedy zajęcia stawów wprzód, nim wystąpiła analgesia i ataxia.

3) *Pogląd Virchow'a*, który cierpienia stawów w wiądzie uważa za identyczne z arthritis deformans. Spółczesność z wiądem jest przypadkowa. Wiąd wpływa jednak na dalszy przebieg artrytyzmu.

Otóż wyniki leczenia, zdaniem autora, nie rozstrzygają który z powyższych poglądów jest słuszny. Autorowi wydaje się, że na podstawie teorii Charcot'a w każdym przypadku w rezekeyi powinny następować nawroty cierpienia, czego nie bywa. Ponieważ cierpienie stawu zjawia się u tabetyków najeczęściej takich, którzy chodzą, być więc może, że uraz według pojmowania Volkman'a nie jest bez wpływu.

Wnioski autora są następujące:

1) W cierpieniach stawów w wiądzie są wskazane te same zabiegi lecznicze, co w procesach destrukcyjnych stawowych wogóle.

2) W wyborze, prócz stanu stawu, musi być uwzględniany stopień rozwoju choroby podstawowej, a, mianowicie, czy wiąd po udanej ewentualnie operacyi, pozwoli na używalność członka lub nie.

3) Odnosi się to szczególnie do rezekeyi. Amputacje wogóle należy ograniczyć tylko do tych przypadków, w których choremu zagraża długie ropienie i gdzie rezekeya jest przeciwwskazana.



4) Po rezeceyi nakładanie aparatów podpierających jest bezwzględnie wskazane. Tylko one zabezpieczają od nawrotów.

5) Na zupełną konsolidację, która wyjątkowo tylko występuje, nie liczyć, z góry robi rezeceję.

*Rzeczniowski.*

329. A. Bruce z Edynburga. **Wartość kliniczna termometrii w rozpoznawaniu umiejscowień wylewów krwawych wewnątrzczaszkowych.** (Valeur clinique de la thermometrie dans le diagnostic des localisations des hémorrhagies intracrâniennes. Semaine médicale N° 39. 1898).

Człowiek, w stanie pozornego zdrowia, nagle dostaje zawrotu głowy, pada, a gdy go podniesiono, zdradza objawy bezładu ruchowego kończyn dolnych. Jest przytomny, daje objaśnienia, mowa nieco utrudniona z powodu drżenia warg, kąt ust prawy nieco obniżony, źrenice równe, umiarkowanie rozszerzone, oddziałują na światło, oddech nieco przyspieszony. Ciepłota 36,2° R. W dziesięć minut później obraz się zmienia: mowa staje się coraz bardziej niezrozumiałą, wreszcie chory milknie, źrenice zewężają się i przestają oddziaływać na światło, stają się nieruchome, wzrok jest stale zwrócony przed siebie (giną boczne ruchy gałek ocznych), szpara powiekowa szeroko rozwarta, ginie odruch z łącznicy, świadomość znika, występuje wiotkie porażenie wszystkich 4-ch kończyn i twarzy, giną odruchy kolanowe, oddech rżący, około 20 na minutę. Mocz prawidłowy c. g. 1016.

W 3 godziny później tętno 50—60 na minutę staje się nieregularne, oddech krótki, szybki, typu przeponowego, powoduje cofanie się języka ku tyłowi, w płucach rżenia wilgotne. Ciepłota po 4-ch godzinach obniżenia podnosi się stopniowo w ciągu 11 godzin i osiąga na godzinę przed śmiercią 40,5° R.

Wykluczwszy zatrucie mocznicowe i makowcowe, rozpoznano wylew krwi, którego umiejscowienie należało określić na mocy zewężenia źrenic, porażenia wiotkiego 4-ch kończyn, oraz zachowania się ciepłoty.

Zewężenie źrenic spotyka się w wylewach krwi w moście Varola lub do komór mózgowych, dokąd krew przenika ze zwojów podstawowych. Mechanizm objawu polega na podrażnieniu nerwu III-ej pary i najczęściej zależy od ucisku krwią wylaną do 3-ciej komory; lub też od porażenia włókien sympatycznych rozszerzacza źrenicy, co bywa w wylewach krwi w moście Varola.

W wylewach krwi do 3-ciej komory, skoro śmierć nie następuje natychmiastowo, daje się spostrzegać częstokroć z początku hemiplegia (zależna od zniszczenia jednostronnego torebki wewnętrznej), stale zaś zesztynienia lub drgawki ogólne lub połowiczne. Tych jednak objawów w naszym przypadku brakowało, natomiast było naruszenie funkcji n. hypoglossi (XII-tej pary).

Za wylewem w móście przemawiało porażenie obustronne, myosis, wymioty, spazm oddechowy, przeciw — brak stężenia członków i zachowanie się ciepłoty, która według rozstrzygającej opinii Gowersa, stale podnosi się od początku do śmierci w wylewach w mięsz mostu.

W danym przypadku objawy wskazywały na równoczesne zajęcie obu jąder hypoglossi i obu pęczków piramidalnych. To dowodziło, że umiejscowienie nie w mózgu. Nadto tętno i oddech zwolna ulegały porażeniu, co dowodziło, że wylew nie był w mięszu rdzenia przedłużonego, gdyż śmierć byłaby natychmiastową. Najwięcej prawdopodobieństwa nabierało przypuszczenie, że wylew nastąpił w okolicy mostu i rdzenia przedłużonego, lecz nie w mięsz tych narządów — zatem do 4-tej komory. Ucisk jąder w okolicy podłogi 4-tej komórki objaśnia: zaburzenie mowy i objawy oczne, myosis — w skutku ucisku włókien rozszerzających źrenicę; rozwarcie szpary powiekowej wskutku uciskowego porażenia włókien, m. orbicularis palpebr.; nieruchomość gałek — wskutku porażenia uciskowego jąder VI-tej pary (abducens) po obu stronach. W dalszym przebiegu porażenie kończyn — wskutku ucisku obu pyramid, bez objawów kurczowych dlatego, że był to prosty ucisk, a nie rozerwanie włókien piramidalnych.

Wszystkie jednak powyższe objawy mogłyby istnieć i w wylewie krwi w móście Varola, zachowanie się ciepłoty zatem jest jedynym różniczkowym znakiem rozpoznawczym.

Zachowanie się ciepłoty, dowodzące zaoszczędzenia włókien narządu ciepłorodnego, dozwoliłoby na rozpoznanie umiejscowienia wylewu nawet w razie, gdyby rozwój kolejny innych objawów nie był znaczny. Gdzie było źródło krwawienia, można było orzec, opierając się na objawach początkowych zawrotu i naruszonej koordynacji. Był nim średni zraz mózdzku. Sekeya potwierdziła, że źródłem krwawienia była tętnica części wewnątrz nuclei caudati. Krew przenikając przez corp. rhomboid do 4-tej komórki, musiała przerwać włókna, zmierzające do średn. zrazu mózdzku, utrzymujące równowagę i składność ruchów.

*Rzeczniowski.*

330. Dr. Marandon de Monlyel. **Walka przeciw „Open-door“.** (La campagne contre l'open-door). (La France Médicale № 34. 1898).

„Open-door“ (drzwi otwarte) tak nazywają w skróceniu powstała w Szkocji metodę traktowania chorych umysłowych. Jak sama nazwa wskazuje metoda ta przeciwstawia dotychczasowemu odosobnieniu, zamknięciu, ścisłemu rygorowi możliwą swobodę i brak przymusu.

Autor, jako naczelny lekarz zakładów dla obłąkanych w departamencie Sekwany, w ciągu lat 10-u stosuje tę metodę. Przystępował on do prób bez zbytniego zapalu, lecz i bez uprzedzenia, a z dobrą wiarą i obecnie jest gorącym rzecznikiem nowej metody. Artykuł niniejszy poświęca on zwalczaniu zarzutów, stosowanych przez zwolenników dotychczasowego sposobu postępowania, którzy sądzą, że,



chcąc leczyć obłąkanego, trzeba go przedewszystkiem wziąć pod klucz, odosobnić od rodziny, i wogóle od ludzi i postępować z nim przemocą.

Jeden z takich rutynistów występuje przeciwko open-door'om w „Archives de Neurologie“ stawiając między innymi następujące zarzuty:

1) Swoboda odwiedzania chorych byłaby zanadto uciążliwą dla personelu zakładowego i pociągnęłaby za sobą konieczność utworzenia przy każdym pawilonie oddzielnych rozmównic (parloir'ów), gdyż niepodobna skupiać na jednym miejscu rozmaitych chorych zwykle od siebie oddzielonych.

2) Możliwość przynoszenia chorym pokarmów i napojów przez rodzinę i znajomych pociągnie za sobą tylko przejadanie się, niestrawność — nawet pijaństwo.

3) Pozwalanie chorym na wycieczki w okolicę z rodziną ułatwi stosunki płciowe i przyczyni się do płodzenia istot zwyrodniałych, a także może być powodem nieszczęśliwych przypadków. Statystykę takich przypadków, dowodzących jak niebezpiecznie jest zostawiać swobodę obłąkanym, zebrał Dr. Ritti (z Charenton).

Autor, opierając się na 10-letnim doświadczeniu, zbija wszystkie te zarzuty.

Nie zaprzeczając wcale, że swoboda odwiedzania chorych zwiększy pracę lekarza zakładowego, sądzi, iż da się to wyrównać zwiększeniem liczby lekarzy, zresztą lekarz zakładu dla obłąkanych więcej niż inny specjalista winien się poświęcić cały swemu powołaniu.

Co do obawy obżarstwa, niestrawności lub pijaństwa odpowiednia kontrola przedmiotów przynoszonych przez odwiedzających zapobiega im w zupełności.

Od lat dziesięciu w każdą niedzielę lub święto  $\frac{1}{3}$  chorych w zakładach autora (t. j. z górą 200 obłąkanych) wyjeżdża z rodziną na wycieczki w okolicę zakładu i nigdy z tego powodu nie było żadnej przykrości dla sąsiednich mieszkańców, nigdy żadnego nieszczęśliwego przypadku.

Pewna część pensyonarzy zakładu pracuje częściowo na fermach pod opieką wieśniaków i wraca do zakładu pokrzepiona na ciele i umyśle.

Nie ulega wątpliwości, że są tacy obłąkani, którzy muszą być odosobniani i traktowani jak dotychczas ogół chorych, lecz stanowią oni nie więcej niż 30% pensyonarzy zakładów dla obłąkanych — pozostałym 70% nie tylko więc można, lecz trzeba zdjąć pęta, nakładane przez obecnie panujący system.

Kwestya open-door'u za inicjatywą autora poruszona została przez D-rów: Dubois i Brousse'a na posiedzeniu rady departamentu Sekwany z niepionną nadzieją, iż zyska uznanie i przyczyni się do zupełnego zreformowania zakładów dla chorych umysłowych <sup>1)</sup>.

K. Wisłocki.

<sup>1)</sup> Kwestyi tej kilka uwag poświęcił niedawno nasz korespondent paryski (patrz Z. XIII r. b.). (*Przyp. red.*)

## II. Choroby dzieci.

331. B. Liokumowitz. — Przypadek gorączki gruźliczej. —  
Drühsenfieber. (M. Pr. № 22. 1893).

Tak zw. gorączka gruźlicza jest cierpieniem tak rzadkiem i tak jeszcze niedokładnie zbadanem, że opis jej w większości podręczników patologii szczegółowej bywa zupełnie pomijany. Istotnie od czasu ogłoszenia przez E. Pfeiffer'a spostrzeżeń nad tą chorobą, naliczyć by można było w literaturze zaledwie 30—35 tego rodzaju obserwacji.

Nic więc dziwnego, że i poglądy autorów na istotę samego cierpienia są wprost sprzeczne. Gdy jedni, z Pfeifferem na czele, chcą widzieć w gorączce gruźliczej — osobną postać nozologiczną, że tak powiem, chorobę *sui generis*, inni uważają ją jedynie jako jedną z postaci ostrych chorób zakaźnych (płonica etc.), powołując się na tę okoliczność, że gorączkę gruźliczą spostrzegali w przebiegu epidemii powyższych cierpień.

Która ze stron ma rację — dość trudno dziś orzec, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że etyologia gorączki gruźliczej jest jeszcze nadzwyczaj ciemną, a obraz kliniczny tego cierpienia mało przedstawia cech charakterystycznych. Wobec takiego stanu rzeczy, ogłoszenie nowych spostrzeżeń byłoby bardzo pożądane i w tym celu autor podaje swoją obserwację.

W. M. chłopczyk lat 6, dobrze rozwinięty i odżywiany, bez żadnych objawów krzywicy lub zolców, dotąd zdrowy zupełnie (jedynie w pierwszych latach cierpiał na długotrwałą biegunkę) zapadł 30/XI 1897 na odrę (w miesiącu tem podówczas panowała epidemia odrzy). Przebieg tej ostatniej był bardzo łagodny tak, że autor 4/XII przestał odwiedzać chorego.

W tydzień jednak potem u chorego wystąpiła biegunka, T<sup>o</sup> zaczęła się cokolwiek podnosić, chłopiec począł słabnąć, blednąć i chudnąć. Ponieważ stan ten postępował coraz bardziej, a prócz tego zjawiało się obrzmienie gruczołów szyi, które powiększało się z dnia na dzień, wezwano autora 6/I 98 r. Przedewszystkiem L. był zdziwiony charłaczym wyglądem chorego. Z lewej strony szyi, przeważnie po przednim brzegu m. sterno-cleid.-mast., mniej więcej na środku jego długości, wyczuć się dawały stwardniałe gruczoły limfatyczne, ruchome i niezbyt bolesne przy dotyku. Skóra nad nimi nie była przyrośnięta i nieprzedstawiała żadnego zaczerwienienia. Z prawej strony gruczoły również były powiększone, lecz znacznie w mniejszym stopniu i obrzmienie to wystąpiło w 10 dni po obrzmieniu gruczołów z lewej strony. Charakter i umiejscowienie gruczołów z prawej strony takie samo jak z lewej. T<sup>o</sup> 37,6. Język zlekka obłożony w gardzieli żadnego zaczerwienienia, połykanie nie bolesne; brak apetytu; brzuch wzdęty i nieco bolesny przy wymacywaniu. Stolec wolny — kilka razy na dobę. Mocz białka nie zawiera. W płucach badanie



nie wykrywa nie nienormalnego. Puls częsty, dość słaby, lecz regularny. Ogólne osłabienie, sen dobry. Przebieg ciepłoty bez żadnego typu i wahania były prawidłowe. Do 11-go stan był podgorączkowy, między 11 a 20 były najwyższe wzniesienia: 38,5—39,5,—przyczem wieczorem były remisye do normy. Po 20 stan ciepłoty prawidłowy oprócz niespodzianego dwudniowego podniesienia (24—26).

Odtąd ciepłota z wyjątkiem 3 dni, gdy nieco przewyższała 37° spadła do normy. Przez cały przebieg choroby, potów prawie nie było; gruczoły jak z lewej, tak i z prawej strony stałe się powiększały i dosięgły z lewej strony wielkości orzecha włoskiego, z prawej były nieco mniejsze. W przebiegu całej choroby utrzymywała się biegunka; w innych organach, nie bacząc na bardzo skrupulatne badanie, nie można było wykryć żadnych zmian fizykalnych, (szczególną uwagę zwracano na płuca). Chory, któremu zalecono forsowne odżywianie się, zaczął poprawiać się na wadze ciała, a znaczna bladeńść stopniowo ustępowała. Ze spadkiem ciepłoty zjawiał się wyśmienity apetyt, tak, że w końcu lutego chory przyszedł zupełnie do swego poprzedniego stanu. Od środka lutego gruczoły stopniowo, lecz widocznie zaczęły się zmniejszać, tak, że w marcu zginęło obrzmienie gruczołów z prawej strony, gdy z lewej obrzmienie to ustąpiło nieco później.

Co się tyczy rozpoznania, to z początku autor przypuszczał, że ma do czynienia z zimnicą. Ponieważ jednak podawana w tym celu chinina nie wywierała żadnego skutku, L. zaczął podejrzewać gruźlicę i zalecił choremu guajacolum carbonicum. Dopiero po pomysłnem zejściu choroby, autor przyszedł do wniosku, że miał w swym przypadku czystą formę gorączki gruczołowej.

Choroba cała ciągnęła się przeszło miesiąc i w przebiegu jej przeważnie uwydatniały się następujące objawy: znaczne, postępujące chudnięcie i bladeńść powłok zewnętrznych. Ciepłota przebiegała w wysokim stopniu nieregularnie (pomimo podawanej na początku chininy), przyczem nigdy nie spostrzegano potów przy spadku T<sup>o</sup>, ani dreszczów przy podnoszeniu się jej; biegunka uporeczywie się trzymała, gruczoły zaś stałe się powiększały i dopiero po zupełnym spadku T<sup>o</sup> stopniowo zaczęły się zmniejszać aż do całkowitego rozejścia się sprawy. Inne gruczoły nie były powiększone. Cierpienie nie pozostało po sobie żadnych następstw. Z sióstr chorego, które równocześnie z nim zapadły na odrę, żadna w ten sposób nie chorowała, jak również i inne dzieci mieszkające w tymże domu. W mieście, o ile autorowi wiadomo, przypadków tego rodzaju nie spostrzegano.

*W. Cennère.*

---

332. Dr. Marfan. **Dyeta wodna w nieżytych żołądka i kiszek u ssawców.** (Archives de médecine des enfants № 7. 1898).

Dyeta wodna polega na usunięciu wszelkich pokarmów i zastąpieniu ich wodą przegotowaną o temperaturze pokojowej. Autor sto-

sował ją z powodzeniem w cięższych i lżejszych postaciach ostrego nieżytu żołądka i kiszek oraz w nieżycie przewlekłym. Wodę przegotowaną i nie przelewaną do innego naczynia można podawać dziecku w ilości 50 grm. co pół godziny bez żadnych dodatków. Jeżeli chory niechętnie ją pije, można po kilku godzinach dodać trochę cukru. W ciężkiej postaci ostrego nieżytu (cholera infantum) bezwzględna dyeta wodna powinna trwać przynajmniej 24 godziny. Po upływie tego czasu jeżeli wymioty ustały, a biegunka zmniejszyła się, można zacząć podawać dziecku pierś raz na 4 godziny lub, jeżeli mamy do czynienia z dzieckiem sztucznie żywionem, 40 grm. mleka, rozeienczonego taką ilością wody ocukrzonej. Jednocześnie w przestankach dziecko w dalszym ciągu otrzymuje wodę przegotowaną. Jeżeli po upływie 24 godzin nie nastąpiła poprawa, bezwzględna dyeta wodna powinna trwać jeszcze 12—24 godzin. Jeżeli po powrocie do zwykłej diety znowu nastąpi pogorszenie, możemy bez wahania powrócić do diety wodnej na 6—10 godzin. Pod wpływem diety wodnej wymioty ustają, wypróżnienia stają się mniej częste.

Ustąpienie zaburzeń żołądkowo-kiszkowych nie zawsze jednak świadczy o poprawie stanu ogólnego. Niekiedy zatrucie organizmu toksynami szło już tak daleko, że pomimo ustania tych zaburzeń chory umiera. Zejście śmiertelne stało się zresztą rzadsze od czasu, gdy autor zaczął stosować podskórne zastrzykiwania roztworu soli kuchennej. Prócz tego chory otrzymuje 2—4 razy dziennie kąpiele ciepła.

Wyzdrowienie następuje zazwyczaj piątego lub szóstego dnia. Jeżeli pozostaje jeszcze skłonność do wymiotów i biegunki autor niekiedy powraca do diety wodnej, przepisując jednocześnie kalomel w bardzo małych dawkach (calomel. 0,01, sacchari 0,5 Div. in dos. V. S. co 1/2 godz. proszek) lub bizmut (Rp. Inf. rad. Colombo e 1,0 pti 100,0, bismuthi subnitrici 4,0, sgr. fl. aurant. 20,0 Mds: tyżeczkę od kawy przed karmieniem).

Podobnie jak w cholercie dziecięcej dyeta wodna winna być stosowana w lżejszych postaciach nieżytu żołądka i kiszek z tą tylko różnicą, iż czas jej trwania nie przewyższa tu 6—12 godzin. Woda przegotowana jest doskonałym środkiem zarówno przeciw wymiotom, jak i bieguncce. Tylko w tych przypadkach, w których wymioty uporczywie powtarzają się po powrocie do zwykłej diety, wskazane jest nałto przemycie żołądka, jeżeli dwukrotnie stosowana dyeta wodna pozostała bez skutku. Równie dobre wyniki widywał autor w przebiegu nieżytu przewlekłego w czasie obostrzeń.

Dyeta wodna pozostaje bez wyników dodatnich w nieżytach na tle swoistem lub takich, w których podejrzujemy istnienie owrzodzeń w kiszkiach. U dzieci słabych i wyniszczonych poprzednimi chorobami, czas trwania diety wodnej nie powinien przewyższać 8—10 godzin.

F. S.



## 333. S z t e j n. Przepadek śmiertelnego krwotoku z ven. jugul. comm. w przebiegu płonicy. (M. Pr. № 15. 1898).

Jakkolwiek zapalenie gruczołów limfatycznych podszczękowych i okolicznych tkanek jest w przebiegu płonicy zjawiskiem bardzo częstym, to jednak zapalenia te w większości przypadków kończą się pomyślnem zejściem. Lecz niekiedy, przeważnie w razie zajęcia gruczołów głębszych, powikłania te mogą być bardzo groźne, a między innymi i z tego względu, że przeżarte ściany dużych naczyń szyi, wywołują nagłe krwotoki, nie dające się zatamować i sprowadzające w krótkim bardzo czasie śmierć. Na szczęście przypadki tego rodzaju są bardzo rzadkie; z tego powodu S. podaje swe spostrzeżenie.

7/XI 97 r. S. został wezwany do 5-letniego chłopca chorego już od 2 dni. Przy badaniu znalazł typową wysypkę płonicową, w gardzieli — błony. T<sup>o</sup> 39,4. Nazajutrz błony zmniejszyły się, natomiast wystąpiło obrzmienie prawego gruczołu podszczękowego. Wysypka i błony w gardzieli znikły już 10/XI, obrzmienie zaś powiększyło się znacznie i zajęło prawą stronę twarzy i górną część klatki piersiowej. Ciepłota dochodziła do 39,9°. Zalecono kataplazmy. 12/XI T<sup>o</sup> spadła do normy. Obrzęk twarzy i górnej części klatki piersiowej zmniejszył się i w guzie wyczuć można chęłbotanie. 13/XI guz przecięto, przyczem wylało się dużo gęstej ropy o nieprzyjemnym zapachu. Ranę wytamponowano gazą jodoformową i nałożono opatrunek. 14/XI T<sup>o</sup> 39,3 w południe. W moczu — dużo białka. Przy zmianie opatrunku z jamy ropnia wydano dużo ropy i zmartwiałych, cuchnących, dość dużych strzępów. 15/XI T<sup>o</sup> 37,7 połud. Z rany wydziela się wiele wydzieliny z lekka zabarwionej na kolor czerwony. 16/XI T<sup>o</sup> 38,7 połud. Wydzielina mniej obfita, lecz o charakterze poprzednim. 17/XI 38,4 połud. Opatrunek bez tamponowania jamy. Mocz w skąpej ilości ze znaczną zawartością białka. 18/XI o godzinie 10-tej wieczorem wystąpił silny krwotok, krew przesiąka przez opatrunek. T<sup>o</sup> 39,3°. Ranę zatamponowano gazą jodoformową i nałożono opatrunek uciskający. 19/XI T<sup>o</sup> 39,2. Jama ropnia napełniona skrzepami krwi i naprężona. Krew sączy się z rany w niewielkiej ilości. Opatrunek uciskający. 20/XI T<sup>o</sup> 39,2. W moczu dość dużo białka i wałeczków. Przez opatrunek przesiąka krwista wydzielina. 21/XI silny krwotok: krew obficie przecieka przez opatrunek, ten ostatni zdjeto. Naprężenie w jamie ropnia było tak znaczne, że skóra pękła w 2 miejscach. Skrzepy wystają z rany. Usunięto takowe, uciskając na brzegi rany, przyczem ciemna żylna krew obficie zaczęła broczyć. Cała okolica podszczękowa przedstawia preparat anatomiczny. Na przedniej ścianie ven. jugul. comm. znajdują się 2 niewielkie otwory. Usiłowania nałożenia ligatury nie powiodły się, wskutek czego ranę tylko zatamponowano. Mors — po kilkunastu minutach.

W powyższym więc przypadku zapalenie ropne okolicy podszczękowej wystąpiło w 4 dniu choroby i po upływie 4 dni guz został przecięty. Weześniejsza interwencja chirurgiczna, zdaniem autora,

nie usunęła by (? ref.) smutnej ewentualności, gdyż wydzielina z jamy ropnia zaczęła się zabarwiać na czerwono w 2 dni po przecięciu.

Co się tyczy leczenia, to w tych przypadkach wskazany jest ucisk naczyń broczących, jeżeli zaś ten ostatni nie sprowadza należytego skutku, to trzeba podwiązać naczynia. W przypadku autora próby podwiązania nie udały się, zresztą przy próbach tych chory tyle utracił krwi, że podwiązanie, wobec bliskiego zgonu, okazało się bezużytecznem.

Zresztą w przypadkach analogicznych, nawet pomyślnie zatrzymanie krwotoku w ropiejącej ranie dałoby w rezultacie niepomyślny wynik: utworzony skrzep podległby bezwarunkowo rozpadowi gnilnemu ze wszystkimi następstwami tej sprawy.

W. Cennère.

334. R. Froelich. **Klasyfikacja i leczenie skrzywień goleni pochodzenia krzywcowego.** (Revue mens. des mal. de l'enf. V. 1898).

Pod wpływem trojakiemu rodzaju przyczyn: rozmięczenia kości, ucisku ciała z góry i działania mięśni skrzywienia goleni mogą być nader różnorodne. Autor rozróżnia 5 typów: 1) w formie O lub nawiasu ( ); w formie X, brzeg wypukły skierowany do wewnątrz; 3) w formie ostrza pałasza, brzeg wypukły ku przodowi; 4) kombinacja trzech form poprzednich i 5) brzeg wypukły z tyłu — forma nadzwyczaj rzadka. Wbrew uniemaniu, że dolegliwość ta bardzo mało wpływa na zdolność stania i chodzenia i że skrzywienie zmniejsza się z wiekiem, a nawet z czasem może zupełnie zniknąć, autor przemawia za wczesnem leczeniem. W rzeczywistości wyprostowanie nie następuje nigdy, tylko późniejszy wzrost kości po ustąpieniu sprawy krzywcowej do pewnego stopnia kompensuje wytworzone skrzywienia.

Zastanawiając się nad kwestyą, kiedy należy rozpocząć leczenie, autor zwalcza przesąd, jakoby należało przeczekać rozwój sprawy chorobowej, aby nie działać na kość jeszcze miękką, która łatwo na nowo wykrzywić się może. Natomiast podaje własną metodę racjonalnego leczenia.

Przy rozpoczynającym się, a więc łatwo ręcznemu wyprostowaniu poddającym się skrzywieniu, należy na noc nakładać od strony wklęsłej goleni drewnianą szynę z końcami dobrze wysłanemi watą i wystającymi nieco powyżej kolana i poniżej kostki. Przymocować ją można bandażem lub zwyczajną podwiązką, nałożoną w połowie nogi. W przypadkach skrzywień bardzo znacznych, dających się jednak ręcznie i bez wielkiego bólu wyprostować, należy nałożyć bandaż gipsowy również tylko na noc. W takim aparacie pacjent może nawet chodzić; przy stosowaniu zaś szyny lepiej nakazać spokój.

W fazie przejściowej sprawy krzywcowej między rozmięczeniem a eburnacją wyprostowanie udaje się z trudnością. Wtedy na-



leży wyprostować pod silnym uciskiem albo nawet kość złamać i, doprowadziwszy do położenia prawidłowego, leczyć jak wyżej.

To leczenie ortopedyczne należy stosować z całą ścisłością przez czas trwania sprawy chorobowej bez względu na stopień skrzywienia. Przy zupełnem już skonsolidowaniu kości, autor stosuje osteoklazę lub osteotomię. Zależnie od stopnia wygięcia голени—największa odległość łuku od linii pionowej równa się 2—5—6 ctm. Jeżeli odległość nie przenosi 2—2½ ctm. w typach pierwszym, drugim i czwartym, zaburzenia czynnościowe są nieznaczne i zabiegi zbyteczne. W znaczniejszych stopniach wykrzywień autor zaczyna od próby złamania pod chloroformem, a dopiero, gdy ta się nie udaje, przystępuje do osteotomii. Najdogodniejszą w tym celu jest piła łańcuszkowa ze skręcanych drutów Gigli-Hoertela. Drut ten z łatwością przesuwa się naokoło kości w oznaczonym punkcie; po przecięciu części miękkich na przestrzeni 4 ctm. zaledwie, końce jego chwytają się na haczyki i lekkimi ruchami przepiłowuje się szybko kość, przyczem wytwarza się niewiele pyłu kostnego. Jeden raz na 5 zdarzyło się, że piłka pękła, ale bardzo łatwo zastąpić ją nową, a koszt niewielki, bo wynosi 15 centymów.

Zdarza się, jeśli skrzywienie jest znaczne, że wyprostowanie staje się utrudnionem wskutek niemożności rozciągnięcia mięśni, i z tego powodu raz jeden autor zmuszony był przeciąć ścięgno Achillesa. Aby unikać recydywy, dobrze jest przez czas dłuższy, np. 6 miesięcy, nakładać na noc aparat gipsowy. *E. Golde.*

---

335. Dr. Netter. Rozpoznawanie zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Objaw Kerniga. Przekłucie łądźwiowe. (Sem. Médicale 29/VI. 98).

Podawszy opis trzech nietypowych przypadków zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, rozpoznanych dzięki objawowi Kerniga i przekłuciu łądźwiowemu, autor zastanawia się szczegółowo nad wartością tych względnie nowych sposobów rozpoznawania w mowie będącego cierpienia. W r. 1882 lekarz rosyjski Kernig opisał spostrzegany przez siebie od wielu lat w przebiegu zapalenia opon mózgowych objaw, polegający na występowaniu nie dającego się wyprostować zgięcia dolnych, a niekiedy i górnych kończyn, ilekroć chorego posadzimy. Gdy chory leży w łóżku, możemy z łatwością zginać i wyprostowywać kończyny. Gdy zaś siedzi, zgięte kończyny dają się wyprostować tylko do 135°, a w niektórych razach do 90°<sup>1)</sup>. Badania wielu autorów wykazały, że objaw ten występuje w ogromnej większości przypadków zapalenia opon mózgowych. Na 25 własnych przypadków autor nie znalazł go tylko w dwóch. Patogeneza tego

---

<sup>1)</sup> Dla wywołania objawu Kerniga, niema potrzeby sadzać chorego; wystarczy zginać nogi w stawie biodrowym, aby wyprostowanie w stawie kolanowym stało się niemożliwe. (*Przyp. ref.*).

objawu nie została dotychczas wyjaśnioną. Bull przypuszcza, iż jest to spotęgowanie zjawiska, spostrzeganego w słabym stopniu u ludzi zdrowych. Dlaczego jednak występuje ono tylko w zapaleniu opon mózgowych, nie wiadomo. Według Friisa objaw ten jest następstwem podrażnienia nerwów, wychodzących z rdzenia i otoczonych przez wysięk. Bądź co bądź objaw Kerniga posiada niezaprzeczoną wartość rozpoznawczą. Trwa on jeszcze dość długi czas w okresie zdrowienia i umożliwia w ten sposób rozpoznanie przebytego cierpienia. Posiada też ważne znaczenie dla rozpoznawania postaci ponornych.

Z kolei autor przechodzi do badania bakteryologicznego zapalenia opon mózgowych. Badanie wydzieliny błony śluzowej nosa, zalecane przez Scherera, nie posiada wielkiego znaczenia, gdyż jama nosowa i u ludzi zdrowych jest siedliskiem najróżnorodniejszych drobnoustrojów. O wiele większą wartość posiada badanie bakteryologiczne krwi. Najważniejszym jednak jest badanie wysięku, wydobytego zapomocą przekłucia łądźwiowego. W tym celu wystarczy wypuścić niewielką ilość płynu. (Wypuszczania większych ilości, dokonywanego poprzednio w celach leczniczych obecnie zaniechano). Wysięk najczęściej jest przezroczysty nawet w zapaleniach nagminnych. Badanie pod mikroskopem osadu, otrzymanego w zwykły sposób lub za pomocą odśrodkowca, nie zawsze daje wyniki pewne z powodu nieznacznej liczby drobnoustrojów. By otrzymać większą ich ilość autor wstawia płyn, otrzymany za pomocą przekłucia, do termostatu. We wszystkich przypadkach należy starać się o otrzymanie z wysięku hodowli. Badanie bakteryologiczne prawie zawsze pozwala nam rozpoznać, jaką postać zapalenia mamy przed sobą. F. S.

---

336. E. Perier. **Drgawki u dziecka, spowodowane używaniem wysokoku przez matkę karmiacą.** (Convulsions d'origine alcoolique chez un nourrisson élevé au sein de sa mère. Annales de médecine et chir. inf. 15 Juillet. 1898).

Autor opisuje przypadek spostrzegrany przez siebie i prof. Budina i dotyczący 5-tygodniowego dziecka, które dostało silnego napadu drgawek po przyjęciu pokarmu matki. Ta ostatnia, osoba z zamkniętszej sfery, anemiczna, chcąc nabrać sił i powiększyć wydzielinę mleka, piła dużo wszelkiego rodzaju win i piwa. Pomimo stosowania chloroformu, dziecko od godz. 9-tej wieczór do 8-mej rano miało 15 napadów, trwających od 15—20 sekund. Napady kończyły się odchodzeniem gazów i kału lub niewielkiej ilości moczu. Po przystawieniu do piersi innej kobiety (gdyż matka nie chciała zrzec się alkoholu) dziecko spokojnie spało, a następnie, karmione przez tę samą kobietę (w 2 godzinnych odstępach), powróciło do zdrowia. B. P.



### III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

337. Prof. Eichhorst stosuje w niedomodze sercowej z bardzo pomyślnym skutkiem **naparstnicę** w połączeniu z **diuretiną** podług następującej formuły: Rp. Fol. digital. pulv. 0,10. Diuretini 1,00 Sacchari albi 0,30 Mfp. D.t.d. № XII. S. 3 razy dziennie zażyć proszek po jedzeniu. W większości przypadków wystarczało użycie 30 takich proszków, aby zginęły obrzęki i inne współtowarzyszące im objawy. U niektórych chorych E. spostrzegał po przyjęciu tych proszków senność, duszność (bez sinicy), roztrój psychiczny etc. które, zdaniem autora, nie zależą od zatrucia lekarstwem, lecz od autointoksykacji powstałej wskutek wessauia się do krwi szkodliwych substancji, zawartych w przesiękach.

(La Sem. Méd. № 35. 1898).

W. C.

338. Dr. Gautier przekonał się, że użycie **żółci wołowej** w małych dawkach jest bardzo pomocnem u osób cierpiących na **kamienie żółciowe**. Posługuje się on w tych przypadkach wyciągiem żółci odbarwionej i wyjałowionej przy ciepłocie 104°—105°. Sto gramów żółci daje mniej więcej 10.00 wyciągu blado-żółtego koloru. Dla zamaskowania nieprzyjemnego smaku i zapachu tego ekstraktu, G. podaje go w postaci pigułek lub też w kapsułkach żelatynowych. Chory przyjmuje 2 razy dziennie przy jedzeniu pigułkę, zawierającą 0,10 tego wyciągu.

Pod wpływem takiego leczenia napady kolki, dotąd dość częste, u chorych autora nie powtarzały się więcej. G. objaśnia skuteczne działanie tego środka tem, iż wprowadzone sole żółciowe w znacznym stopniu przyczyniają się do rozpuszczania cholestearyny.

(La Sem. Méd. № 35. 1898).

W. C.

339. Prof. A. Johannessen z Chrystyanii przedstawiał na ostatnim zjeździe międzynarodowym lekarskim w Moskwie, **spostrzeżenia swe nad przebiegiem krzywicy w Norwegii**. 0,6% wszystkich przypadków śmierci przypada na krzywicę, znaczy to, że zmarło tam na krzywicę tyle, ile na ropnicę, niedrożność kiszek lub też organiczne cierpienia mózgowia. Z przyczyn tej choroby na pierwszym miejscu postawić należy złe i niedostateczne odżywianie.

Dla dokładnego zbadania tego cierpienia, poddano szczegółowemu badaniu wszystkie dzieci kliniki uniwersyteckiej chorób dziecięcych przez przeciąg lat 1893—1896. Okazało się, że z 4,108 chorych 1,313 t. j. 32% przedstawiało objawy krzywicy. Ze 1,313 dzieci rachitycznych 963 t. j. 73,3% karmione było piersią matki, 194 mlekiem krowiem, 29 otrzymywało pożywienie mieszane. Waga tych dzieci stoi o wiele poza wagą innych dzieci. W 31,5% przypadków pierwsze zęby pokazały się po 9 miesiącami; w 68,5% przed tym czasem; w 16,8% nawet przed 6 miesiącem, w niektórych je-

dnakże cięższych przypadkach, ząbkowanie ociąga się nawet do 25-go miesiąca. Chodzić zaczynają dzieci rachityczne pomiędzy 12 a 18 miesiącem (72,6%). — 15% zaczęło chodzić przed 12 miesiącem, 12,3% rozpoczęło chodzić dopiero po 18 miesiącach. W 14 przypadkach spostrzegano tężyzkę, skurecz głóśni w 36.

(Wien. Med. Woch.).

H. K.

340. Wilson Parry (Lancet. Kwiecień, 1898), opisuje przypadek **symulowania wrzodu żołądka** przez histeryczkę. Młoda kobieta, która od lat 4 cierpiała na objawy wrzodu żołądka, zachorowała przy symptomatach przedziurawienia wrzodu. Do operacji nie przystąpiono i chora po 17 dniach absolutnego spokoju powróciła do zdrowia. Po pewnym czasie na wiadomość, że ją lekarz nie odwiedzi, zachorowała znowu przy tym samym zbiorze objawów. Nudności jednak nie było, napięcia mięśni brzusznych również. Po lawatywie z bromu i chlorału chora do zdrowia powróciła.

H. K.

341. Déguy i Bricemoret stosują nalewkę z **lichen islandicus**, jako środek przeciwwymiotny. Dawka potrzebna do wstrzymania wymiotów wynosi od 30—50 kropeł, która się zażywa z wodą selcerską. W wymiotach histerycznych środek ten zawodził, u ciężarnych nie został dotąd wypróbowany.

H. K.

342. Pickardt badał **wpływ przetworów nadnercza na przemianę materii w chorobie Addisona** w jednym przypadku tego cierpienia i przyszedł do wniosku, że wpływ ten wyraża się w przyspieszonej przemianie materii, przyspieszonym tak znacznie, iż nie można utrzymać równowagi azotowej. Chory P. przed stosowaniem przetworów nadnercza wydzieliał z moczem i kałem tyleż azotu, wiele go przyjmował w pokarmach; po zastosowaniu zaś tego przetworu, tracił dziennie przeciętnie 4,5 grm. azotu ponad zawartość jego w pokarmach. Strata odpowiada 30,0 białka = 140,0 mięsa. Na tej zasadzie P. wbrew pogładowi Senatora odmawia przetworom nadnercza działania leczniczego w chorobie Addisona.

(Berlin. Klin. Woch. № 33. 1898).

W. M.

## IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18-go stycznia r. 1898.

Przewodniczący.—Prezes: Janiszewski.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Modrzewski* przedstawia chorego z rodzimem znamieniem (naevus maternus pigmentosus), obejmującym całą przestrzeń od kolumny pacierzowej do linea axillaris anterior. Rok temu po środku znamienia zaczął się formować podskórnie guz, szybko rosnący do ostatniej chwili. Wiek, miejsce, powstanie i szybkość wzrostu prze-



mawia za złośliwością nowotworzącej się tkanki (melanosarcoma). Zabieg operacyjny ma być przedsięwzięty w dniu następnym.

III. *Majewski* demonstrował chorego z genu valgum, operowanego w szpitalu Ś-go Wincentego, oraz odczytuje opis tegoż przypadku:

Kolano koślawe prawe (genu valgum dext.). Krzywica dorosłych (rachitis adolescentium). Nadkłykciowe przecięcie kości udowej sposobem Macewena (osteotomia supra condylica femoris m. Maceweni).

Wojech S. l. 19, wiejski robotnik, dziedzicznie nieobciążony, urodzony z ojca 46-letniego i matki 18-letniej, w dzieciństwie miał przerwany przebieg gruźlicy, obecne cierpienie ma od 17-go roku życia; pracował wtedy przez zimę całą ciągle stojąc; w końcu zimy poczuł ból w prawym kolanie; nie mógł prędko chodzić, w rok później zauważył skrzywienie nogi; pracować nie mógł częściej niż dwa razy w tygodniu, pozostałe dni leżał; chodzić musiał o lasce i wolno, często miał bóle krzyża; ostatniej jesieni chodził o 2 kulach i do pracy zawodowej zupełnie był niezdolny. Do szpitala Ś-go Wincentego przybył d. 29 Listopada 1897 r.

Badanie wykazało: udo lewe i goleń formują kąt 165°, otwarty na zewnątrz. Odległość pomiędzy kostkami zewnętrznymi przy zetknięciu się jednocześnie wewnętrznymi kłykci wynosi 11 ctm.; w zgiętem położeniu zniekształcenie to ginie. Goleń w lekkim zewnętrznym odchyleniu, którego wskaźnikiem służy stopa, której niepodobna ustawić równolegle do drugiej stopy. Na stopie równocześnie—pes valgus i pes varus; zmiany te jednak są jedynie czynnościowe; zniekształceń kości stopy jeszcze nie wywołały. Kończyna chora o 1 ctm. krótsza od zdrowej; skutkiem tego obniżanie się miednicy przy chodzeniu po stronie prawej, a w dalszych skutkach odchylenie się boczne kolumny kręgowej w części jej lędźwiowej i czynnościowa skolioza wtórna. Kolano koślawe nie leczone stale się pogarsza aż do zupełnego zniekształcenia kośćca. Zabiegi ortopedyczne, zważywszy na wiek chorego i na sformowany już i stwardniały jego kościec, małe dalyby szanse wyleczenia; wobec tego *M.* wykonał mu d. 19 Grudnia 1897 r. nadkłykciowe przecięcie kości udowej sposobem Macewena. W dobę po zabiegu gorączka podniosła się do 40°; po wypitowaniu w gipsowym opatrunku okna, skonstatowano wylew krwawy na skórze; opatrunek gipsowy wzmocniony został szyną od pachy aż do kostek; dalszy przebieg był bezgorączkowy; rana zagoiła się przez rychłozrost. Chora kończyna — w gipsie jeszcze—ze zdrową kończyną stykają się przy zbliżeniu kostkami. Co do natury choroby, poprzednio objaśniano ją teorią mechaniczną; u dzieci miał ją wywoływać ucisk, wywierany na kolano przez rękę niańki; a dorosłych zajęcia, połączone z koniecznością długotrwałego stania (*Bäckerbeine*). Wpływy te mogą mieć znaczenie pośrednie; właściwą jednak przyczyną choroby jest krzywica; dowiodły tego badania *Mikulicza* i *Macewena*, twórców teorii patologicznej.

IV. Prezes *Janiszewski* wygłasza mowę, w której wita przybyłych na posiedzenie z powinejści gości i wyjaśnia cel dzisiejszego

zebrania, mianowicie kwestyę wypracowania projektu służby zdrowia dla ludności wiejskiej w gub. lubelskiej w sposób taki, aby projekt ten opierał się na życiu i z życia samego wypływał, co dać może jedynie tej instytucji podstawę trwałości i użyteczność jej zapewnić.

V. P. Inspektor lekarski *Frinowski* (gość) odczytuje swój projekt urządzenia służby gminnej zdrowia, w którym pomiędzy innymi wyjaśnia, że wprowadzenie służby gminnej zdrowia i reforma lecznictwa ludowego są konieczne ze względu na nadmierne rozszerzenie się syfilisu w gub. lubelskiej.

W dyskusji *Dobrucki* oponuje przeciwko wystawionej w projekcie tezie, jakoby lekarze obecnie w skutek ciężkiej walki o byt, nieraz umyślnie przeciągali chorobę dla zysku i twierdzi, że teza ta niema rzeczowej podstawy.

Prezes *Janiszewski* dowodzi, że tego rodzaju procedury lekarskie w Polsce nie były znane, a nawet lekarzom nie przychodziło do głowy, aby mogły być kiedykolwiek lub gdziekolwiek stosowane, lub w życie wprowadzone. Zresztą poczucie honoru i uczciwość lekarzy polskich znane są całemu światu.

Wskutek powyższych zaznaczeń p. Inspektor *Frinowski* oświadcza, że zdanie swoje zmienia i cofa.

Następnie rozwija się obszerna dyskusja i debaty nad urządzeniem samego projektu służby zdrowia.

*Sitkowski* sądzi, że dla ludu najważniejszą jest rzeczą mieć bezpłatne lekarstwa, w takim razie lud chętnie się będzie leczył, a lekarze mogliby się utrzymać i bez pensji. Dowód tego ma na m. Czemiernikach, gdzie jest zapis rubli 350 na lekarstwa. Dopóki nie są pieniądze wyczerpane, lud się leczy.

*Doliński* wypowiada swoje zapatrywania na mający się utworzyć projekt urządzenia służby gminnej zdrowia, mianowicie proponuje połączyć szpitalnictwo z bezpłatnem leczeniem ludu w gminach. Winien być ustanowiony jeden podatek, a z osiągniętych zeń funduszy wszyscy płacący muszą być leczeni bezpłatnie na ogólnych salach w szpitalach, a z pozostałej reszty mają być utrzymywani lekarze gminni.

Następnie *Biernacki* proponuje zająć się poszczególnem wyjaśnieniem pytań, które odczytał:

1) Czy kto z obecnych na posiedzeniu był lekarzem gminnym, sielskim lub ziemskim i co może o tem powiedzieć?

Na to *Zdanowicz* odczytuje referat o lekarzach sielskich w południowo-zachodnich gub. cesarstwa, z którego wynika, że jest to instytucja zupełnie spaczona.

2) Czy kto z obecnych ma jakie układy o leczenie bezpłatne i co może o tem powiedzieć?

*Kuńczyński* twierdzi, że bezpłatne leczenie pociąga za sobą pracę, której wydołać nie można. *Szymon Klarner* ma układy z kilkoma dworami, — materyalnie lekarz na tem nie traci, czasami tylko są nadużycia, *Karpiński* ma układ z dworem, w domu u niego leczą się ludzie folwarczni bezpłatnie, a za wyjazd dopłacają rs. 1—2.



Wskutek nadużyć trudno się obyć bez felezerów, którzyby sprawdzali ważność przypadku, inaczej praca bez wytechnienia. *Szanecki*, lekarz stowarzyszenia imienia Staszycy, twierdzi, że lud nie leczy się chętnie i często udaje się do znachorów— winien temu brak szpitali.

*Jaczeński* mówi o urządzeniu lekarzy gminnych lub okręgowych w Galicji; lekarz gminny jest to urzędnik sanitarny, niesie pomoc bezpłatną dla biednej ludności, szczepi ospę, przyjmuje udział w komisjach sanitarnych. Utworzenie tych posad podług zdania ludzi kompetentnych nie prowadzi do pożądanego celu.

*Dobrucki* mówi o urządzeniu lecznictwa ludowego we Francji. Lekarze gminni są tylko dla biednych, zapisanych na liście Towarz. Dobroczyńności. Są 2 sąsiednie typy: I) lekarz stały, II) biedny może się leczyć u wszystkich lekarzy bezpłatnie; w tym celu dostaje książeczkę, której połowa są kupony, druga połowa: kartki do zapisywania historii chorób. Płaca lekarza zależy od ilości chorych, zapisanych na kartkach. Chory może wybierać lekarza, ale lekarz dalszy dostaje tylko tyle, wiele się należy najbliższemu (przy tem liczne ograniczenia). Porada w domu 50 ctm. — 1 franka. W nocy 5 fr. Dla chirurgicznej i akuszeryjnej pomocy specjalna taksa. Takse aptekarską ustanawia departament. Urządzenie całe dobre, lecz bardzo drogie. W ogólności Francya proteguje leczenie w domu.

3) Jaka jest działalność felezerów i czy według zdania kolegów potrzebni są felezerzy, czy nie?

Rozmaici mówcy znają lub nie ich potrzebę, większość jednak zgadza się na to, że trudno felezerów pozbawić praw bytu, lecz należy ich poddać kontroli lekarzy.

4) Czy robienie lekarstw ma się odbywać w aptekach, czy też przez felezerów?

*Kłossowski* odczytuje wyczerpujące studjum w kwestyi ambulatoryów i aptek, w którym wykazuje, że powierzanie czynności aptekarskich osobom niepowołanym może przynieść wielką szkodę całej instytucji lekarzy gminnych. Lekarstwa winny być przygotowywane przez już istniejące apteki za ustępstwem 0/0, a dla podręcznej apteczki przy ambulatoryumu aptekarze winni przygotowywać lekarstwa, nie licząc nic za robotę.

5) Czy tworzenie szpitalików miejscowych jest potrzebą nieodzowną?

*Doliński* twierdzi, że niema potrzeby urządzać wszędzie szpitali, lecz konieczne są szpitale we wszystkich miastach powiatowych.

6) Kogo lekarz gminny ma leczyć czy wszystkich, czy tylko biednych?

*Rotkiel* jest zdania, że tylko biedni winni być leczeni bezpłatnie. Chory powinien mieć kartkę od księdza. *Doliński* proponuje książeczki z kuponami.

7) Kto ma naznaczać lekarzy gminnych?

*Zdanowicz* i *Rotkiel* są zdania, żeby kandydatów przedstawiało Towarz. Lekarsk. *Klarner* proponuje, aby lekarze byli wybieralni przez rady lekarskie powiatowe.

Po skończonej dyskusyi Towarz. dla ostatecznego wypracowania projektu służby zdrowia wyznacza komisję, która ma przedstawić gotowy projekt na przyszłe posiedzenie Towarzystwa.

VI. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim na miesiąc grudzień r. 1897.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za prezesa: *E. Kuszelewski*.

Sekretarz: *St. Radomyski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4-go lutego r. 1898-go.

Przewodniczący. — Vice-prezes: *Olechnowicz*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Przewodniczący wzywa obecnych na posiedzenia do uczczenia pamięci zmarłych członków Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego śp. Karola Zagórskiego i Ludwika Schmidta przez powstanie z miejsc. Potem sekretarz odczytuje telegram kondolencyjny od kolegów warszawskich z powodu śmierci Karola Zagórskiego, jako boleśnej straty dla ogółu i medycyny.

III. *Doliński* odczytuje projekt urządzenia służby zdrowia dla gmin i miast gubern. lubelskiej, opracowany przez wyznaczoną *ad hoc* przez Towarz. Lekarskie komisję. Następnie *Biernacki* powtórnie odczytuje poszczególne punkty projektu, poczem po krótkiej nad niektórymi punktami dyskusyi Towarzystwo wymienił projekt w całości akeceptuje i zatwierdza. Pierwszą część projektu drukowaną była w zes. VIII *Kroniki Lekarskiej* z d. 15-go kwietnia r. 1898-go.

IV. Przewodniczący zawiadamia, że kol. Zdanowicz z Opola w celu podania się do grona rzeczywistych członków Towarz. Lek. nadesłał pracę swoją i proponuje oddać takową do zreferowania kol. Dobruckiemu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za prezesa: *A. Jaworowski*.

Sekretarz: *St. Radomyski*.

## V. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

*Szanowna Redakcyo!*

W odpowiedzi na podany w 13-tym zeszytcie *Kroniki* kwestyonaryusz w sprawie lekarzy gminnych posyłam Wam dane co do gubernii Lubelskiej. Gubernia nasza ma sto czterdzieści cztery gmin i 1,055,880 ludności gminnej; t. j. wieśniaków i mieszkańców osad, jako urzędownie przyłączonych do gmin, którzy zresztą pojęciami, inteligencyą, są równi, a sposobem życia bliżsi naszym chłopom. Lekarzy gubernia ma 90, z tych 27 mieszka w Lublinie, 32



w miastach po za Lublinem, 23 w osadach, 8 we wsiach. Z ogólnej liczby 90 lekarzy — 48 nie zajmuje żadnych płatnych posad, 32 zajmuje po jednej (jeden jest komisarzem do spraw włościańskich), 8 — po dwie, 1 — trzy i jeden aż sześć (!R.). W pierwszej kategorii 48 lekarzy jest kilku, którzy osiedli w gubernii nie dla praktyki, lecz jako emeryci i jakkolwiek nie odmawiają w zupełności swych usług, czynią to w wyjątkowych przypadkach. Ostatecznie więc liczba 90 lekarzy prawdziwą jest jako liczba, w oświetleniu istoty rzeczy wygląda trochę inaczej. Taki sześciokrotnie płatny lekarz, wątpię, by miał czas na oddawanie się praktyce, żeby można na jego pracę zaliczyć jakiegokolwiek minimum ludności. Gubernia posiada 44 akuszerki z których 5 tylko zamieszkuje osady, jedna tylko mieszka na wsi, reszta osiedliła się po miastach (15 w Lublinie). Babek (posiadających świadectwa) gubernia liczy 16, z tych 6 w osadach, 5 we wsiach i 5 w miastach. Felezerów jest 230—89 w miastach, 108 w osadach, 33 we wsiach. Szpitali — 11, wszystkie w miastach (4 ma Lublin, 2 — Hrubieszów i po jednym Janów, Krasnystaw, N. Aleksandrya, Szczebrzeszyn, Zamość).

Aby określić mniej więcej potrzebną ilość lekarzy, trzeba by się przedewszystkiem zgodzić na to, jakie obowiązki czekają przyszłego lekarza gminnego: czy ma on leczyć darmo wszystkich, czy tylko pewną część ludności, czy będzie obowiązany tylko do leczenia ambulatoryjnego, czy będzie musiał też i jeździć. Jeżeli można się obawiać, żeby lekarz gminy nie był opieszalym, a posada jego nie stała się synekurą, to najbardziej możnaby się tego obawiać przy takim urządzeniu, gdzie z pensją, zabezpieczającą lekarzowi utrzymanie całkowicie, ma leczyć darmo wszystkich, zawsze i wszędzie. Interes osobisty był po wsze czasy, jest i pozostanie potężną dźwignią do doskonalenia siebie samego.

I lekarzowi należy ograniczyć obowiązki, zredukować pensją i zostawić pole wolnej konkurencji. Również i ludność nie będzie zmuszona zawsze zwracać się do tego samego lekarza, choćby sobie tego nie życzyła. Ze wszystkich, znanych mi, sposobów organizacyi służby zdrowia dla ludności, zatrzymałbym się na systemie miejscowym. Postawiłbym jako zasadę: pensjonowany lekarz ma obowiązek leczenia bezpłatnego tylko chorych ambulatoryjnych. Prawda, jest wielu chorych, którzy nie są w stanie do lekarza przyjechać, lecz, żeby określić, kto może przyjechać, a kto nie, nie zostawiać ani dowolności lekarza, ani widzimisię chorego, określenie to w zasadzie utrzymać się powinno. Inaczej  $\frac{9}{10}$  chorych, mając zapewnienie, że przyjazd lekarza do nich nie kosztuje, będzie nadużywało rozjazdów lekarskich. Ucierpią na tem chorzy przyjezdni, wyczekując godzinami na powrót lekarza, a w końcu przyjdą do bardzo naturalnego wniosku: mam ja czekać 5 godzin na doktora w miasteczku, wolę czekać u siebie, niechże on i do mnie przyjedzie. Żadnej jednak zasady nie można stawiać bez ograniczeń. Tak jest i tutaj. Wszak są chorzy, którzy prawdziwie przyjechać do lekarza nie są w stanie i również nie są w stanie przyjazdu jego opłacać. Musimy więc zrobić wyjątek: pensjonowany lekarz obowiązany jest do wyjazdów

do chorych biednych bezpłatnie. Chodzi teraz o określenie wyrazu „biedny“. Gdyby pod tem określeniem rozumieć małorolnych, bezrolnych i w ogóle nie posiadających nieruchomości, bardzo często spotkać się można z położeniem, gdzie taki nie possessionatus majątkowo stoi wyżej od niejednego posiadacza

Jest u nas np. wielu żydów-kapitalistów, wypożyczających na 12<sup>o</sup>/<sub>o</sub> niejednemu rolnikowi. Jest wielu rolnych, którzy posiadają swoje obdłużone morgi dzięki pożyczkom banku włościańskiego i innych, sami wnosząc niewielkie sumki na kupno roli. Jest wreszcie wielu takich, którzy swoje 15-morgowe osady chętnie zamieniliby na 6-morgowe swego niedalekiego sąsiada, ten bowiem posiada żyzny grunt, kiedy tamten lotne piaski. Tworzenie listy biednych przez kogokolwiek zawsze oparte jest na jego osobistem zapatrywaniu. Biedny w jednym okręgu może nie być uznany za biednego w innym. Zdaje mi się, że najprościej byłoby, dla naszych celów, nazwać biednym każdego chorego, przez którą chorobę rodzina zostaje pozbawioną naraz rąk, z których pracy żyje, a więc każdego chorego głowę rodziny, bez względu na jego stan majątkowy. Wypadnie, że ojciec rodziny ma zawsze prawo do bezpłatnego leczenia, kiedy za swoje chore dziecko, czy żonę, o ile ci nie leczą się ambulatoryjnie, płacić będzie obowiązany. Postawienie takiej zasady daje coś i zamożnym za ich płacenie podatku i zmniejsza liczbę malkontentów, którzy inaczej niezawodnie szemraliby: płacimy doktora, a on nic nam nie daje, jesteśmy w tem samym położeniu względem niego jak i przed płaceniem podatku. Bardzo być może, nawet pewny tego jestem, że i przy takiej zasadzie pozostanie niejaka ilość rodzin, w których ojciec nie będzie w stanie opłacać wizyt lekarskich do chorej żony, czy dziecka. Zmniejszy się jednak tak znakomicie, że kto wie, czy i o ile przewyższy liczbę dotychczasowych niepłatnych chorych, jakich każdy z nas posiada. Gdyby jednak i trzeba było sporządzać liczbę tej nędzy, przy powyższej zasadzie ułatwiłoby się jej układanie. Zdaje mi się jednak, że będzie to zbytceznem. Nikt tyle, ile lekarz, i nikt tak często nie spotyka się z nędzą ludzką, w żadnym stanie nie ma tyle sposobności do ciągłego przypominania nam i budzenia uczuć altruistycznych, ile w lekarskim, i nie przypuszczam przypadku, żeby z racyi położenia, nieprzewidzianego ustawa, nieszcześliwy chory dla braku rubla miał być pozostawiony bez pomocy. Z dotychczasowego doświadczenia społeczeństwo nie powinno chyba mieć powodu do podejrzewania i obawy o naszych pracowników. Na tę stronę dusz ludzkich możemy liczyć i w przeszłości.

Jaki podział ludności pod względem lekarskim byłby najdogodniejszy? Tu zaznacze, że jakkolwiek stworzenie nowych jednostek administracyjnych zdaje się być nową potrzebą dla nowych stunków, nie stawiabym tej kwestyi na porządku dziennym sprawy w obec tego, że mamy już i dzisiaj jednostki administracyjne, utworzone na tej samej zasadzie, jaką musielibyśmy przyjąć również dla lekarskich, to jest przestrzeni i ilości mieszkańców. Przyszłe doświadczenie dopiero nauczy, czy i jakie zmiany w tym względzie są potrzebne.



Z istniejących jednostek gmina jest za mała, żeby mogła ciężar nowego urzędzenia ponieść. Z kolei więc zatrzymamy się na drugiej — okręgu sądowym, który stanowi połączenie 3—4 gmin z jednego powiatu (41 okręgów w gubernii, w każdym powiecie po 4, prócz puławskiego, który ma 5 okręgów sądowych; w 21 okręgach jest po 4 gminy, w 20 — po trzy). O ludności okręgów powiem niżej, w tej chwili jednak należałoby się zgodzić, jak jest dzisiaj, na ile ludności wiejskiej przypada lekarz. Podzieliwszy liczbę ludności przez liczbę lekarzy, otrzymamy fikcyę. W ten sposób kol. Biernacki z Lublina otrzymał stosunek 1 : 11980. Lekarz o sześciu posadach figuruje w tym rachunku również jako 1 : 11980, kiedy naprawdę jest on 1 : 0, zwłaszcza, jeżeli jak w niniejszym przypadku, mówimy o ludności wiejskiej. W innych przypadkach jest on, prawda, inny, ściśle określić go nie można, lecz również nie wynosi 1 : 11980. Mam zaś niejakię rację do przypuszczenia, że naprawdę wynosi on 1 : 16 — 22 tysiące. Ludność okręgów sądowych jest następująca: 8 okręgów ma od 15—20 tysięcy, 16 od 20—25, 11 od 25—30, 5 od 30—35 i jeden okrąg ma wyżej 35 tysięcy ludności.

Jak teraz podzielić te rewiry między lekarzy? W pierwszych ośmiu okręgach wystarczy jeden lekarz. Z następnymi 16 jest już o wiele trudniej. Jeden lekarz miałby pracę o wiele większą, ludność zaś gorzej byłaby obsłużoną. Ustanowienie w nich po dwóch lekarzy będzie miało wynik przeciwny — każdy z nich miałby 10 — 12 $\frac{1}{2}$  tysięcy ludności tylko, zaś ludność ponosiłaby ciężar, co do którego dziś trudno przesądzać, czy mu wydoła. To samo się tyczy następnych 11-tu. Jedno tylko nie ulega wątpliwości, że okrąg z ludnością po nad 30 tysięcy powinien mieć dwóch lekarzy, powinien być podzielony na dwa rewiry lekarskie. W ten sposób w gubernii Lubelskiej otrzymalibyśmy 20 rewirów lekarskich z ludnością niżej 20 tysięcy i 27 z ludnością od 20 do 30 tysięcy. Na każdego lekarza liczę jednego felczera do pomocy, w ostatnich jednak 27 rewirach, ze względu na większą ludność, po dwóch.

Lekarz, posiadający w swym rewirze dwóch felczarów, jednego zatrzymuje przy sobie do pomocy w szpitaliku i ambulatoryum, drugiemu wyznacza miejsce zamieszkania w obrębie rewiru, otwiera tam drugi punkt ambulatoryjny, w którym dwa razy tygodniowo chorych osobiście przyjmować winien i w dniach tych wolny jest od przyjmowania chorych w ambulatoryum pierwszym. Wyjazdy w celu tym, jak również w innych interesach swojej służby, odbywa na parokonnych podwodach, dostarczanych przez urzędy gminne. Punkt ambulatoryjny zaopatrzone być winien w podręczne środki i materiały lekarskie i podręczne narzędzia lekarskie. Przy ambulatoryum w miejscu zamieszkania lekarza istnieje szpitalik na 6 łózek przynajmniej. Co do ilości potrzebnych akuserek, określam ją w ten sposób. Z danych, otrzymanych przezemnie przed kilku laty i w swoim czasie ogłoszonych w *Zdrowiu*, wiemy, że na każde 1000 ludności rodzi się u nas 35, nie licząc porodów nieżywemi dziećmi. Ze względu, że akuszerka, z racji swego zajęcia, będzie musiała ciągle być w podróży, że prócz danego porodu będzie musiała odwiedzać położnice z dni

poprzednich, gdzie tego zajdzie potrzeba, należy przyjąć w zasadzie jeden poród dziennie na akuszerkę, a nie więcej nad  $1\frac{1}{4}$ . W ten sposób gub. Lubelska miałyby jeden tylko rewir z jedną akuszerką, 53 rewiry z 2-ma i cztery — z trzema. W rezultacie gub. Lubelska miałyby 47 rewirów lekarskich z 47 lekarzami, 74 felezerami, 97 akuszerkami, 47 szpitalikami, o 6 łózkach każdy, i 74 ambulatoryami.

(Dok. n.).

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1-go października 1898 r.*

—j.z.— Na innem miejscu omawiamy kwestyę ekspertyz na sądzie i braków, jakie niekiedy dają się zauważyć przy badaniu ciał zmarłych na śledztwie pierwiastkowym, nie ograniczają się jednak na tem braki w procedurze sądów tutejszych.

Najgłówniejszym jest brak oddzielnego pokoju do badań chorego, urządzonego odpowiednio i zawierającego niezbędne przy badaniu narzędzia.

Lekarz, otrzymawszy wezwanie do sądu, zazwyczaj nie wie nie prócz nazwiska podsądnego oraz artykułu prawa, na zasadzie którego podsądny został oskarżony. Artykuł ten właściwie nie objaśnia, a niepodobiestwem jest, aby do każdej sprawy lekarz brał z sobą wszelkie narzędzia, potrzebne do badania.

Niejednokrotnie również wypada na sądzie sprawdzić badania mikroskopowe, dokonane na śledztwie. Badanie np. plam krwawych, nasiennych, przy odpowiedniem urządzeniu pokoju do badań lekarskich możnaby, w razie wątpliwości lub nowych okoliczności na sądzie ujawnionych, dokonać w czasie sprawy w ciągu kilkunastu minut i dać sądowi odrazu *corpus delicti*, którego często brakuje.

Urzędy bowiem lekarskie miejskie i gubernialne od pewnego czasu zaniechały dołączania do spraw *corpus delicti* w postaci utrwalonych preparatów mikroskopowych z krwi, nasienia, rurek z odczynami (np. rurek ze zwierciadłem arsenowem i t. p.), jest to błąd, gdyż cokolwiek naocznie o prawdzie przekonać może, nie powinno być w sprawie pominięte.

Przy istnieniu pokoju do badań preparaty odpowiednie możnaby sądowi pokazać.

O ile wiemy, w Petersburgu podobny pokój do badań lekarskich istnieje i jest odpowiednio urządzony.

Dziś w sądzie warszawskim badania skuteczniają się w kancelaryach, gdzie niema nawet wody do obmycia rąk po badaniu, a często, jak np. w wydziałach cywilnych, sofki do położenia badanego.

Sądzę, że można by znaleźć pokoiki i według wskazówek jednego z biegłych, obznajmionych z potrzebami, urządzać go odpowiednio,



koszt byłby stosunkowo nie wielki, a dałoby to możność lekarzom powoływanym w charakterze biegłych do sądu, dokonywać gruntowniejszych oględzin.

Wogóle u nas mało zwraca się na kwestyę ekspertyz sądowych uwagi i ta gałąź medycyny traktowana jest nieco po macoszemu, chociaż doniosłość jej praktyczna jest wielka, idzie tu bowiem często o poważne interesy materyjalnej, a co gorsza moralnej natury. Jeżeli bowiem w wielu sprawach ekspertyza ma więcej formalne znaczenie, częstokroć jest ona podwaliną do wyroków sądowych.

To też w miarę nastęrczających się uwag nie omieszkamy zajmować się nią w naszym piśmie.

—z.— W dalszym ciągu projektów organizacyi służby zdrowia po wsiach, podajemy bez komentarzy projekt organizacyi w gub. Kieleckiej:

1) Dla organizacyi pomocy lekarskiej utworzyć 11 okręgów lekarskich, w każdym okręgu założyć lecznicę na 10 łózek i ambulatoryum dla przychodzących chorych, oraz po dwie stacye lekarskie w każdym okręgu. 2) Wyznaczyć w tym celu 11 lekarzy, 11 felczerów i 11 akuszerok-felczerok. 3) Ustanowić etat na utrzymanie personelu służbowego w sumie rs. 34,430 rocznie. 4) Chorzy utrzymywani są w lecznicy bezpłatnie. 5) Na pokrycie wydatków zaprowadzenia pomocy lekarskiej ustanawia się oddzielny podatek i opłatę za lekarstwa od przychodzących chorych. 6) W ambulatoriach porady i pomoc chirurgiczna udzielane będą bezpłatnie, a jako zwrot kosztów za wydawanie lekarstw, pobierana będzie opłata po 10 kop. od chorego za każdy raz. 7) Podatek wspomniany pobierany będzie: a) od obywateli ziemskich w rozmiarze  $5\frac{1}{2}\%$  od podatku gruntowego, zasadniczego i podymnego; b) od obywateli miejskich w rozmiarze 10% od podatku podymnego i liverunkowego; c) od handlujących i przemysłowców w rozmiarze 5% od świadectw i patentów handlowych. 8) Dochód powyższy przelewa się do funduszów specjalnych rady gubernialnej kieleckiej dobroczynności publicznej pod nazwą podatku lekarskiego gubernialnego. 9) Pobierana od przychodzących chorych opłata w kwocie 10 kop., przelewa się do funduszów specjalnych gubernialnej rady dobroczynności pod nazwą funduszu dla przygotowania i zaopatrzenia biednych w lekarstwa. 10) W końcu każdego roku rząd gubernialny dopełnia rozkładu, jaka mianowicie suma podatku lekarskiego winna wpłynąć w ciągu roku następnego z majątków folwarcznych, wsi, osad i miast w każdym powiecie oddzielnie i te wykazy bierze komunikuje zarządom powiatowym do poboru.

Budżet roczny utrzymania pomocy lekarskiej w gub. Kieleckiej wynosi: pensye lekarzy rs. 9,900, pensye felczerów rs. 2,640, pensye akuszerok rs. 3,960, na rozjazdy lekarzom, felczerom i akuszerkom rs. 2,200, na utrzymanie lecznic, pożywienie, bieliznę i naczynia rs. 12,100, na lekarstwa rs. 1000, na zakup potrzeb szpitalnych

i t. d. rs. 880, na najem lokalów dla stacyi rs. 1,650, ogółem rs. 34,430.

Celem pokrycia tego wydatku właściciele miejscy będą płacili 2,42% podatków więcej, wiejscy zaś 2,06%.

—z.— Kol. Gabszewicz został mianowany ordynatorem szpitala S-go Rocha, a kol. Jakimiak szpitala na Pradze.

—z.— Dr. Machek mianowany został profesorem okulistyki, we wszechnicy Lwowskiej.

—d.— Dr. Antoni Mars, profesor zwyczajny położnictwa i nauki o chorobach kobiecych w Uniwersytecie Jagiellońskim, mianowany profesorem zwyczajnym tych samych przedmiotów w Uniwersytecie lwowskim.

—z.— Wszystkie surowice lecznicze zostały przez ministerium finansów zwolnione od cła wwozowego, o ile pochodzić będą z instytutu Pasteur'a.

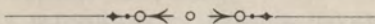
—z.— W urzędzie gubernialnym warszawskim nastąpiło wyosobnienie z wydziału lekarskiego funkcyi weterynaryjnych i oddanie spraw weterynaryjnych w ręce weterynarza gubernialnego. Na tym podziale pracy higiena publiczna zyskać może wiele.

—h.— Ministerium oświaty nowem rozporządzeniem dozwala na przyjmowanie do Żeńskiego Instytutu Medycznego kandydatek, które ukończyły 7-letni kurs gimnazyalny, dotąd wymagano ukończenia 8 klas.

—h.— Najwyższy sąd w Niemczech (Oberverwaltungsgericht) wyjaśnił, że prywatne zakłady lekarskie, domy zdrowia, w których chorzy oprócz porady otrzymują żywność, mieszkanie i t. d. — mają być uważane jako przedsiębiorstwa przemysłowe i obowiązane są opłacać podatki.

(Deut. Med. Ztg. 15/IX).

—h.— W Lüneburgu władze wydały rozporządzenie mające na celu walkę z gruźlicą. Między innemi zasługuje na uwagę zakaz, aby lokale służące za sklepy, składy, nie były jednocześnie używane jako mieszkania i sypialnie. Dalej, cierpiącym na suchoty nie wolno zajmować się sprzedażą środków spożywczych. (Wr. 36).





# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Przypadek tęcza noworodków, zakończony wyzdrowieniem — Dr. B. Polikier — str. 807.  
II. Śmierć naturalna czy gwałtowna, utopienie czy uduszenie — Dr. Józef Zawadzki — str. 815.  
III. Najnowsze prądy w nauce o odporności — Dr. Jerzy Bruner — str. 821.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby nerwowe,

328. E. Ullmann — Przyczynek do terapii cierpień stawów w więździe rdzenia — str. 827. 329. A. Bruce — Wartość kliniczna termometrii w rozpoznawaniu umiejscowień wylewów krwawych wewnątrzczaszkowych — str. 829. 330. Dr. Marandon de Monlyel — Walka przeciw „Open-door“ — str. 830.

### II. Choroby dzieci.

331. B. Liokumowicz — Przypadek gorączki gruczolowej — str. 832. 332. Dr. Marfan — Dięta wodna w nieżytych żołądka i kiszek u ssawców — str. 833. 333. Szejn — Przypadek śmiętelnego krwotoku z ven. jugul. comm. w przebiegu płonicy — str. 835. 334. R. Froelich — Klasyfikacja i leczenie skrzywień goleni pochodzenia krzywicowego. — str. 836. 335. Dr. Netter — Rozpoznawanie zapalenia opon mózgodrdzeniowych. Objaw Kerniga. Przekłucie łądzwiowe — str. 837. 336. E. Perier — Drgawki u dziecka spowodowane używaniem wyskoku przez matkę karmiącą — str. 838.

III. Wiadomości pomniejsze str. 839 — 337—342.

IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 840.

V. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 844.

Kronika bieżąca — str. 848.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою, Варшава 19 Сентября 1898 года.

Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny

Naturalny produkt

DO

KĄPIELI

borowinowych  
lecniczych.



MATTONIEGO

sól borowinowa  
(suchy wyciąg)  
w paczkach po 1 kilo

MATTONIEGO

ług borowinowy  
(płynny wyciąg)  
w butelkach po 2 kilo

Heinrich Mattoni, Francensbad, Karlsbad. Wiedeń, Giesshübl Sauerbrun, Budapest.

## Apteka H. Wendy

Istniejąca od czasów

ELEKTORÓW SASKICH

Krakowskie-Przedmieście 45.

Przetwory chemiczne, czyste do celów naukowych.

Barwniki do robót mikroskopowych.

Wszystkie nowe środki do użycia wchodzące.

Wody mineralne, Wina lecznicze.

Wszystkie rodzaje surowie leczniczych,

i szpryce do ich wstrzykiwania.

**BUSKO** D-r GRABOWSKI. Lekarz zakładu kąpielowego  
Ordynuje od lat 12-tu.



# ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM.

Kolej. Poczta. Telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września.

Kapiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

**WODA ŻEGIESTOWSKA** znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz ordynujący Dr. Edward Brühl.

---

## OGŁOSZENIE.

---

Ze spadku po zmarłej z d. 12-go września r. 1876-go ś. p. *Józefie Sierakowskiej*, przeznaczoną została przez jej spadkobierców, aktem urzędowym w dniu 19-go lutego, 2-go marca r. 1888-go zeznanym, na własność Kasy pomocy naukowej imienia Józefa Mianowskiego suma 6,600 rubli, jako fundusz żelazny, od którego procenty obracane być mają na zapomogi, stosownie do celów Kasy, dla synów podupadłych lub zubożałych właścicieli ziemskich, wyznania rzymsko-katolickiego z gubernii Płockiej, a w ich braku dla innych osób wedle uznania Zarządu Kasy.

W myśl powyższego przeznaczenia funduszu, zatwierdzonego przez Rząd, Komitet zarządzający Kasą wzywa osoby, pracujące na polu naukowym, a chcące ubiegać się o zapomogę, aby w ciągu trzech miesięcy od daty niniejszego ogłoszenia, złożyły w biurze Komitetu (Niecała № 7) lub do rąk jednego z członków Komitetu stosowne podanie, z wyszczególnieniem podjętych prac naukowych i miejsca stałego zamieszkania. Kandydaci, roszczeni prawo do pierwszeństwa w otrzymaniu zapomogi, winni dołączyć do podania akt urodzenia i wiarogodne zaświadczenie, że pochodzą od podupadłych lub zubożałych właścicieli majątków ziemskich w gubernii Płockiej.

W końcu nadmienia się, że stosownie do § 2 Ustawy Kasy, zapomogi mogą otrzymywać tylko poddani rosyjscy, o ile przebywają za granicą bez pozwolenia rządu i że wedle zastrzeżenia przez władzę postanowionego, zapomoga przyznana kandydatowi, kształcącemu się w jakim bądź zakładzie naukowym Okręgu naukowego Warszawskiego, będzie wypłacona dopiero po zatwierdzeniu wyboru przez Kuratora tegoż Okręgu.

Warszawa, d. 16-go września r. 1898.

---

W mieście Działoszyceach liczącem 7 tysięcy mieszkańców

(OKOLICA ZAMOŻNA),

**potrzebny LEKARZ CHRZEŚCIANIN.**

Informacyi udzieli Pralnia Chemiczna Nowy-Świat № 48.

PROSPEKT.

# “GAZETA POLSKA”

Dziennik polityczny, społeczny i literacki wychodzi w Warszawie przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

W szereg ulepszeń, jakie zaprowadzamy w wydawnictwie „Gazety Polskiej” od dnia 1-go października r. b. wybitne miejsce zajmie powiększenie objętości naszego

## Bezpłatnego tygodniowego DODATKU DO GAZETY

Dawniej dawaliśmy czytelnikom jeden arkusz dodatku co tydzień, od-tąd będziemy im dawali **co tydzień książkę**.

Tym sposobem każdy prenumerator *Gazety Polskiej* otrzyma od nas **corocznie**

## 52 TOMY KSIĄŻEK DARMO.

Ten tom tygodniowy będzie rozsyłany *bezpłatnie* wszystkim prenumerato-rom zarówno w Warszawie, jak na prowincyi. Będzie on obejmował *naj-mniej* dziesięć arkuszy druku. Będzie miał za treść co tydzień inny *u-twór wybitny*, bądź oryginalny, bądź tłumaczony. *Przejdziemy kolejno wszystkie literatury europejskie i damy czytelnikom naszym kolekcję arcydzieł i najwybitniejszych prac współczesnych*. Po kilku latach ka-żdy nasz prenumerator będzie *posiadaczem bogatej biblioteki*, w której on sam i jego rodzina będą mogli czerpać rozrywkę, naukę i wykształcenie.

A dostanie prenumerator nasz te 52 tomy corocznie *naprawdę* darmo, bez żadnych dopłat, bez zwrotu kosztów opakowania czy przesyłki. Śmiało też powiedzieć możemy, że *na takich warunkach nikt nigdy jeszcze książek nie dostawał*.

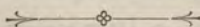
Że zaś treść każdego takiego tomu będzie godną poznania; że te 52 książki, które do-damy corocznie, będą zarówno pod względem

estetycznym jak moralnym, odpowiadały najwybredniejszym wymaganiom, tego zupełną rękojmię dają i samo stanowisko naszej „Gazety” i nazwiska ludzi, którzy z myślą o pożytku społecznym, będą nam pomagali w wyborze ma-teryału literackiego, a są nimi pp.

*Zyg. Gloger, Raz. Raszewski i Ign. Matuszewski.*

Pierwszy dodatek dostaną abonenci „Gazety Polskiej” w pierwszym tygodniu Października; potem w dalszym ciągu regularnie co tydzień tom nowy. Upraszamy jednak Sz. Czytelników o wczesne nadsyłanie zamówień, abyśmy mogli uregulować wysokość nakładu.

**Redaktor i Wydawca Jan Gadomski.**



**Cena „Gazety Polskiej” wraz z Bezpłatnym Dodatkiem Tygodniowym :**

**W Warszawie:** Rocznie rs. 9 kop. 60; półrocznie rs. 4 kop. 80; kwar-talnie rs. 2 kop. 40; miesięcznie kop. 80, z odnośnieniem do domów.

**Na prowincyi:** Rocznie rs. 12; półrocznie rs. 6; kwartalnie rs. 3.

**Adres: Warszawa, Warecka 14.**