

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału chirurgicznego F. Jawdyńskiego.

I. PRZYCZYNEK

do operacyjnego leczenia

SPINAE BIFIDAE CYSTICAE

podał

A. Leśniowski.

Przeglądając literaturę naszą z ostatnich lat kilkunastu, mianowicie od wprowadzenia u nas antyseptyki, widzimy, że prace treści chirurgicznej stają się coraz liczniejsze; jesteśmy jednocześnie zdziwieni, nie spostrzegając ani jednej rozprawy, dotyczącej chirurgicznego leczenia torbieli z mlecza lub z opon tegoż powstałych. Wprawdzie, opisuje kol. J. Pełczyński w „Gazecie Lekarskiej” r. 1889 przypadek spinae bifidae cysticae z wodogłowiem połączony, lecz ogranicza się na biernem spostrzeganiu tegoż, przypadek ten bowiem zakończył się śmiercią wkrótce po pęknięciu torbieli.

Takie uparte milczenie naszych chirurgów można tłumaczyć brakiem odpowiedniego materiału na ich oddziałach, lub też brakiem zaufania do tego rodzaju zabiegów operacyjnych na podstawie bądź to osobistego, bądź cudzego doświadczenia. Co do ogółu lekarzy, którzy posługują się przeważnie podręcznikami, nie ma-

jąc częstokroć ani możności, ani czasu do wertowania bieżącej literatury chirurgicznej, nie dziw, że zapatrują się oni na omawianą tu sprawę może nieco za powściągliwie. Nawet najświeższe podręczniki nie odpowiadają obecnemu poziomowi poglądów naukowych; tem bardziej podręczniki chirurgiczne, powszechnie u nas używane, są dalekie od najnowszych zdobyczy nauki, i mogą raczej odstraszyć, niż zachęcić do zalecania operacyi choremu na spina bifida cystica. Dla przykładu przytoczymy tu zdania o zajmującej nas kwestyi najbardziej rozpowszechnionych u nas autorów. Emmert (Chirurgia Szczegółowa r. 1873) powiada, że przekłucie przy spina bifida cystica, które w niewielu tylko wypadkach skutek trwały wywarło, należy uważać za środek łagodzący, lecz niebezpieczny; przekłucie z nastrzyknięciem jodyny często było próbowane i rozmaite dawało skutki. Inne sposoby sprowadzały zwykle śmierć. Heitzmann w swoim „Rysie chirurgii teoretycznej ogólnej i szczegółowej r. 1872” leczenie wodosteku opon rdzeniowych prawie pomija milczeniem, zalecając jedynie stosowanie stałego ucisku. Zdaniem Billroth'a i Koenig'a (Chirurgia ogólna i szczegółowa r. 1879), największą pewność wyzdrowienia przy najmniejszym niebezpieczeństwie daje przekłucie wodosteku oponowego i zastrzyknięcie roztworu jodu. Bez porównania mniej pewnymi są inne sposoby operacyjne. Wycięcie worka, nawet gdyby je wykonywać, zachowując środki ostrożności Lister'a, jest sposobem niebezpiecznym. Nie mniej stanowczo powiada i Hueter (Chirurgia ogólna i szczegółowa r. 1883): najbardziej bezpiecznym zabiegiem pozostaje nakłucie torbieli igłą od strzykawki Pravatz'a i zastrzyknięcie roztworu jodu; wycinanie i podwiązanie są niebezpieczne, gdyż można wywołać ropienie w worku, a wskutek szybkiej zmiany w ciśnieniu na rdzeń i mózg, operacya może stać się śmiertelną. Mniej więcej to samo zdanie spotykamy u Koenig'a w jego „Podręczniku Chirurgii szczegółowej r. 1887;” najbardziej zaleca on nakłucie, szczególniej połączone z wstrzyknięciem jodu, natomiast wyluszczenie i wycinanie guza proponuje bardzo nieśmiało. Nawet w najświeższym podręczniku Tilmannsa nie znajdujemy stanowczego poglądu na leczenie torbieli pochodzenia rdzeniowego i oponowego.

Inaczej przedstawia się ta rzecz w zagranicznej literaturze; była ona już wielokrotnie i szczegółowo omawiana; ogłoszone bowiem przypadki wodosteku rdzeniowego i oponowego leczone i wyleczone za pomocą operacyi, są nader liczne, i na podstawie tych właśnie spostrzeżeń sposoby chirurgicznego postępowania w przypadkach spinae bifidae cysticae zarysowują się dość wyraź-

nie, a nawet, rzec można, są poniekąd doprowadzone do możliwej doskonałości.

Zanim jednak przejdziemy do szczegółowego przeglądu wskazań i sposobów operowania, przypomnijmy w skróceniu, jakie postaci chorobowe zawiera w sobie wyraz „spina bifida cystica.”

W przypadkach zwyczajnej spina bifida mamy prócz rozszczepienia łuku jednego lub kilku kręgów jednocześnie niedomknięcie mlecza i opon tegoż; w przypadkach tego rodzaju skóra bezpośrednio dochodzi do niedomkniętego mlecza, a niedomknięte opony gubią się wśród odpowiednich warstw tkanki podskórnej.

Zwróćmy teraz uwagę na przypadki, w których prócz rozszczepienia łuków mamy niedomkniętą oponę twardą, zaś mlecz, oponę miękką i pajęczą znajdujemy zamknięte. Wówczas przez gromadzenie się płynu w rozmaitych przestrzeniach powstają następujące postaci *spinae bifidae cysticae*. Najpierw, ciecz może zbierać się wewnątrz kanału rdzeniowego i powodować wypuklenie tylnej ściany owego kanału, a więc tylnej połowy mlecza; wówczas tworzy się torbiel, której ściana jest złożona z opony pajęczej, miękkiej i mniej lub bardziej zmienionego mlecza; tego rodzaju torbiel nosi nazwę *myelo-cystocele*.

Lecz płyn może gromadzić się w przestrzeni surowiczej między oponą pajęczą i miękką—taka torbiel ma za ścianę tylko oponę pajęczą.

Spostrzega się wreszcie rozszczep tylko łuków, zaś mlecz i wszystkie opony są całkowicie zamknięte; wówczas płyn gromadzi się w przestrzeni surowiczej już to pod oponą pajęczą, już to pod oponą twardą, dając początek torbielom, które mają ścianę złożoną w przypadku pierwszym z opon pajęczej i twardej, zaś z samej tylko twardej w przypadku drugim. Wszystkie torbiele, utworzone wyłącznie z opon rdzeniowych, noszą ogólną nazwę „*meningo-cele spinalis*.”

Może się wydarzyć, że mlecz, nie będąc torbielowato zmienionym, przedostaje się przez otwór w łukach i stanowi obok płynu zawartość torbieli oponowej; wówczas mówimy o *myelocele*, a właściwie o *myelo-meningocele*. Opisują i rozmaite połączenia tego rodzaju postaci chorobowych; przypuśćmy, na przykład, że płyn gromadzi się i pod oponą pajęczą i w kanale mlecza; oczywiście otrzymamy torbiel mięszaną, podzieloną na dwie i więcej komory.

Przechodząc do leczenia rozmaitych postaci *spinae bifidae cysticae*, nadmienić musimy, że i za granicą poglądy na prawdziwie chirurgiczne leczenie owych guzów, zjawily się i coraz więcej rozwijały się, dopiero od czasu wprowadzenia i stopniowego udoskonalenia antyseptyki, a następnie aseptyki. Operowa-

no wprawdzie i w czasach przedantyseptycznych, lecz wyniki wówczas otrzymywane, były mało przekonywające; dziwić się więc nie należy, że chętniej uciekano się do nakłuć, wstrzykiwań, za-
włok, przyżegań guzów, niż do noża.

Poglądy te pozostały, niestety, na długo i po zjawieniu się przeciwnego postępowania. Aczkolwiek bowiem już w roku 1871, pierwszy Wilson (Glasgow med. Journ. IV, I Nov.) operował z pomyślnem zejściem torbiel oponową, używając do odkażania karbolu, a następnie i inni autorowie opisali wkrótce dobre wyniki po operacji na torbielach tego rodzaju otrzymane, to jeszcze w r. 1885 spotykamy przypadek przez Whitehead'a opisany (Med. chir. transact. LXVII), który jako ciekawy przykład nieustalenia się pojęć w streszczeniu tu podajemy. Obserwował on 27-letnią kobietę, urodzoną z guzem w okolicy lędźwiowej, który od 21-go roku życia zaczął szybko wzrastać, powodując ciężkie napady bólów głowy, wymioty i t. d. Guz ten gruszkowaty, chęł-
bocący, elastyczny, miał 22 cale w obwodzie, ucisk nań wywierany powodował mocny ból głowy. W celu leczniczym wypuszczono najpierw za pomocą trójgrańca 12 uncyi płynu. Po opróżnieniu torbieli zjawily się 6 dni trwające mocne bóle głowy. Wówczas przeprowadzono przez guz zdezynfekowany włos koński, a w 3 dni potem zamieniono go na drut srebrny. Bóle głowy i inne przykre objawy ustąpiły, lecz wkrótce zjawily się na nowo, i coraz bardziej wzrastały. 17-go dnia przypalono powierzchnię guza żegadłem, poczem owe przykre dolegliwości minęły. 12-go dnia po przypaleniu płyn w torbieli stał się ropnym, i dla tego otworzono ją szerokiem cięciem. Rana wkrótce zagoiła się doszczętnie.

Wyprowadzając kilka wniosków z opisanego przypadku, autor najbardziej zastanawia się nad tem, że otrzymany pomyślny wynik przypisać należy traumatycznemu zapaleniu, wywołanemu przez żegadło, które to zapalenie miało, zdaniem autora, przyczynić się do zamknięcia otworu, łączącego torbiel z kanałem kręgowym. Nader gorąco zaleca on tedy „cauterium actuale” do leczenia takich torbieli.

Lecz z biegiem czasu liczba przypadków spinae bifidae cysticae, za pomocą operacji wyleczonych, wzrastała coraz bardziej. Im bardziej ściślem stawało się postępowanie przeciwnilne, a następnie bezgnilne, a do tego, być może, przyłączała się i stopniowo doskonaląca się technika pojedynczych operatorów, tem wyniki przez nich osiągnane stawały się pomyślniejsze.

Za przykład niech nam posłuży Hildebrand (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie r. 1893, B. 36. Untersuchungen zur Lehre

von der Spina bifida und der Hirnbrüchen). Podaje on 13 operowanych przez siebie przypadków spinae bifidae cysticae; z pomiędzy 5 najpierw operowanych chorych, wyzdrowiało mu tylko 2, tymczasem wszystkie 8 na tej drodze następnie leczonych przypadków zakończyło się pomyślnie. W pięknej swej wyżej wymienionej pracy, zgromadził on wszystkie od roku 1870 operowane i drukiem ogłoszone przypadki, ogólna liczba tychże wynosi 87, z których 64 zakończyły się pomyślnie.

Na podstawie tych właśnie przypadków, oraz zebranych przeze mnie w dostępnej mi literaturze, ogłoszonych już po r. 1893 ¹⁾, można wyprowadzić następujące wnioski co do celu i sposobu operowania. Otóż, przystępując do leczenia pewnego przypadku spinae bifidae cysticae, mamy dwa główne cele do osiągnięcia: 1) usunąć możliwie najdokładniej guz, 2) zamknąć otwór w kręgosłupie jak najmocniej.

Lecz zjawia się znów pytanie, czy każdy przypadek spinae bifidae cysticae jednakowo nadaje się do zabiegu operacyjnego? Otóż rozmaici autorowie rozmaicie na pytanie to odpowiadają. Nie ulega wątpliwości, że chorzy z torbielą rdzeniową lub oponową, cierpiący jednocześnie na znaczniejsze stopnie wodogłowia, nie powinni być operowani, doświadczenie bowiem wskazuje, że po usunięciu guza, wodogłowie powiększa się i chorzy wkrótce żyć przestają. Przypadki połączone z rozległymi porażeniami kończyn, pęcherza moczowego, odbytu, najlepiej jest również pozostawić swemu losowi, albowiem we wszystkich tego rodzaju przypadkach operowanych i pomyślnie zakończonych, nie obserwowano ani razu zniknięcia ani nawet zmniejszenia się owych zaburzeń ze strony układu nerwowego. Wreszcie należy być bardzo wstrzeźliwym i w przypadkach, w których obok torbieli mamy bardziej rozległe zboczenia rozwojowe, jak np., wyciowanie pęcherza moczowego. Ponieważ porażenie kończyn i t. d. obserwuje się zazwyczaj przy myelo-cele, zaś zboczenia rozwojowe przy myelocystocele (Hildebrand, l. c.) przeto pozostają do operowania nieliczne przypadki wymienionych tylko co postaci spinae bifidae z owymi ciężkimi zaburzeniami i zboczeniami niepołączone, oraz wszystkie przypadki meningocele.

Dodać należy, że przystępując do zabiegu chirurgicznego, często nie możemy określić napewno, czy z tą lub z ową postacią

¹⁾ Sebileau. Gaz. de Paris, 1894, Nr. 40, 42. Traitement du spina bifida. Sklifasoffski. Centralblatt f. Chirurgie, 1894, Nr. 42. Ueber die ange borenen Hernien der Wirbelsäulen, die sog. spina bifida und deren operative Behandlung.

spinae bifidae cysticae mamy do czynienia. Dla tego właśnie nie należy iść śladem owych operatorów, którzy poprostu nacinają skórę na guzie, oddzielają ją od torbieli, od razu podwiązują szypułę tejże, i wówczas dopiero guz odcinają. Przeciwnie, po oddzieleniu skóry od torbieli, należy najpierw powoli opróżnić ją za pomocą nakłucia, a następnie naciąć ścianę w celach rozpoznawczych. Widząc naocznie, że przypadek przedstawia się jako zwyczajne meningocele, podwiązujemy szypułę torbieli, a tę ostatnią odcinamy. Inaczej postąpimy wówczas, jeżeli torbiel zawiera w sobie mlecze lub nerwy (myelo-meningocele), lub jeżeli mamy do czynienia z myelo-cystocele. Wprawdzie, radzą niektórzy autorowie przypadki te pozostawić w spokoju. Atoli inni operowali z dobrymi wynikami i tego rodzaju przypadki, i ci właśnie zalecają następujące postępowanie. Znajdując w zawartości torbieli mlecze lub nerwy, należy ostrożnie oddzielić je od torby, i odprowadzić napowrót do kanału kręgowego; z tą samą ostrożnością należy obchodzić się z nerwami, odchodzącymi od torby, przy myelo-cystocele, przy możliwie doszczętnem usuwaniu tejże.

Z szypułą guza załatwiają się w ten sposób, że albo podwiązują ją, przeprowadzając za pomocą igły podwójną nitkę, albo zakładają jedną ogólną podwiązkę, albo też wreszcie po odcięciu guza, brzegi pozostałej torby za pomocą szwów zespalają. Ci, co jedną ogólną nitką szypułę zawiązują, robią to obawiając się, że otwory od ukłucia igłą powstałe będą służyły do przesączania się płynu mózgowo-rdzeniowego. Do podwiązania i do szwu używają catgut lub nitki jedwabnej.

Najpierw po odcięciu torby zaszywano poprostu oddzieloną od guza skórę, nad pozostałą szypułą. Obserwując operowanych w taki sposób chorych, nieraz przez cały szereg lat, zwrócono jednak uwagę na to, że w pewnych przypadkach choroba raz na zawsze zostawała zwalczoną, w innych natomiast już wkrótce po zupełnem zagojeniu się rany, występował nawrót tejże w postaci nieznacznego wypuklenia na miejscu blizny, które to wypuklenie stopniowo wzrastając, stawało się mniej lub bardziej rozległym guzem. Wówczas powstała myśl, że nie dość jest zaszyć samą skórę, lecz należy wzmocnić ścianę zakrywającą otwór w kręgosłupie, a to za pomocą plastyki. Pierwszy Koch, przy operacji zwyczajnej spina bifida, uciekł się do płata, złożonego, prócz skóry, i z sąsiedniej powięzi. Proponowano następnie tworzenie płata z powięzi oraz mięśnia (Bayer), ostatecznie zaś zalecają operacje osteo-plastyczne¹⁾. Te ostatnie dają się uskuteczyć w sposób

¹⁾ Dollinger, Senenko, Botroff, Sklifassoffski.

bardzo rozmaity. Najprostszym bywa zabieg w przypadkach, w których mamy rozczepienie jednego tylko łuku kręgowego, i przy tem pozostałe części łuku są wystarczająco długie. Wówczas należy nadpiłować do połowy grubości obiedwie połowy łuku możliwie najbliżej trzonu kręgowego, następnie uciskając na nie w kierunku ku kanałowi nadłamać, zbliżyć i zeszyć, jeżeli jest to możliwe.

(Dokończenie nastąpi).

II. Fr. Neugebauer i M. Warszawski.

Wynicowanie macicy

(Inversio uteri)

Odczyt kliniczny,

uzupełniony kazuistyką piśmiennictwa polskiego.

(Dokończenie).

Dalej następuje odprowadzenie instrumentalne; najrozmaitsze narzędzia były proponowane. v. Winckel odrzuca wszelkie zgłębniki, wszystkie przyrządy prostujące (redresseurs), guzikowate, płaskie i stożkowate, ponieważ przy ucisku działają na jeden tylko punkt. „Pessaires en bilboquet” z trzonkiem, wszelkiego rodzaju odprowadzadła kielichowate, słuchawka, nawet pałka do bębnienia skutecznie mogą być stosowane. Repoussoir Viardela podobny jest do narzędzi {bezcelowych Baudelocqua i Ane’a v. Siebold z dobrym skutkiem stosował w ośmiu przypadkach odprowadzadło rogowe z trzonkiem, umocowawszy na górnym jego końcu gąbkę. E. Martin używał opaski międzykroczonej, na której był przymocowany pręcik śródpepkowy z poduszeczką, lecz chore nie mogły znieść tego instrumentu dłużej, niż 12 dni. Instrument Smart’a miał formę moździeża; podobny do tego jest przyrząd Borggraeve’o: galka wielkości jaja kurzego na zgłębniku, mającym 8 cali długości; Depaul zaś zastosował „repoussoir en forme de baguette de tambour á ren-

flement terminal bourré;" chora zmarła, pałka zamiast prosto-
wać macicę, przedziurawiła ją! White używał „a large rectum
bougie”—kielichowaty unośnik macicy na trzonku, który popy-
chał opierając go o deskę piersiową, a jednocześnie ręką lewą
unieruchamiał szyję przez powłoki brzuszne, a prawą ręką wpro-
wadzoną do pochwy, ścisnął trzon macicy. Tenże autor w roku
1878 w Filadelfii opisał 12 przypadków chronicznego wyciwowa-
nia, wyleczonych w ten sposób przez siebie.

Braxton Hicks („Old shaped sthethoscope” na opasce
kroczonej umocowany) i G. Tarbell („continued gentle pres-
sure”) stosowali stały wolny ucisk. Lombe Atthill zaś rodzaj
wianka macicznego z trzonkiem. Clifton E. Wing przymo-
cował zwyczajną słuchawkę szeroką muszlą do dna macicy za
pomocą tasiem gumowych, które okrążywszy uda były przewią-
zane na brzuchu; po 30 godzinach chora poczuła „something jump
inside” i wyzdrowiała. W podobny sposób postąpili: L. Tait,
Matthew, Duncan, Gervis. W Anglii bardzo chętnie sto-
sują kielich Aveling'a, którego nóżka posiada krzywiznę mied-
nicy i krocza (ucisk przymocowanego kielicha na dno macicy wy-
nosi 2½ ft.). „Double curved roth with cupped end” William'a
jako też skomplikowany przyrząd (redresseur) Byrne'a dzia-
lają podobno bardzo prędko („rapidly”).

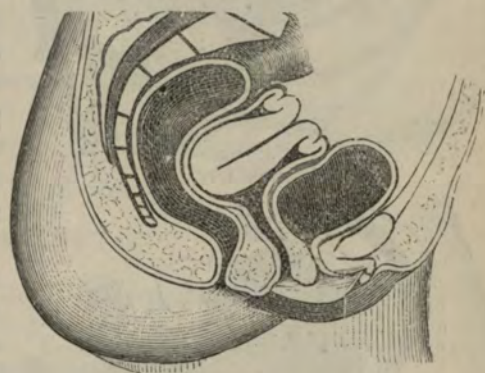
A. Martin używał unosiciela pochwowego z gałką miedzianą,
przeznaczonego do wyluszczenia macicy sposobem Freund'a.
Marcy (1889) stosował jednocześnie ucisk i pociąganie: przyło-
żywszy jednocześnie do dna macicy kielichowaty wianek z trzon-
kiem, nałożył 4 szwy na wargi maciczne i takowe w stanie silnego
naprężenia przewiązał na zewnątrz trzonka—ucisk na dno i pocią-
ganie szyi ku dołowi. Hofmeier doszedł do takiego rezultatu
przez zwyczajną tamponadę gazą jodoformową. W roku 1858
Tylor Smith wprowadził ucisk aerostatyczny za pomocą ba-
lonu, wypełnionego powietrzem, a później air-pessary Garriela.
W jego ślady poszli Pridgin Teale, Tessenmayer, Birn-
baum, Fletwood Churchill, West, W. A. Freund,
Albanese, Hicks, Frankerd, Lewis, Chadwick,
Konitz.

Tait stracił chorę w ten sposób leczoną w 24 godziny po
odprowadzeniu!

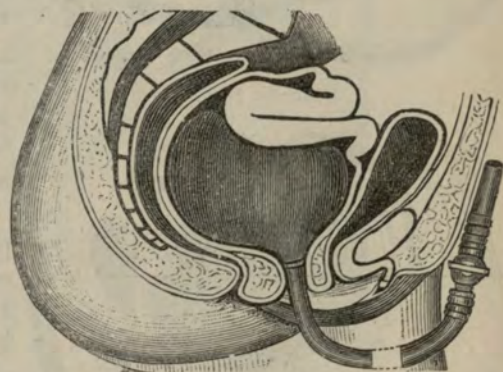
Już w roku 1804, Fries radził wprowadzić do pochwy pę-
cherz w kształcie butelki i napełnić go za pomocą szprycy wodą,
następnie w celu umocnienia pęcherza w pochwie, nałożyć opaskę
w kształcie litery T. Pierwszy Bockendahl w roku 1858 po-
szedł za powyższą radą. Jędrzejewicz, K. Schröder,

Ninkel, Vetterlin, Spaeth, Spiegelberg, L. Neugebauer, Rosenthal, Rein, postępując w sposób powyższy, osiągnęli również dobre wyniki przez zastosowanie ciągłego ucisku hydrostatycznego. L. Neugebauer na kongresie berlińskim w roku 1890, na parę dni przed nagłym zgonem podniósł wysoką wartość tej metody, która wymaga tylko czystości i cierpliwości, nie wystawia chorej na niebezpieczeństwo, prowadzi do celu i zupełnego wyleczenia.

Rysunki 2—6 schematycznie pokazują sposób działania kolpeurynteru, wypełnionego wodą, a pozostałe dwa rysunki (7 i 8) rekonstrukcją powolną szyi macicznej po doprowadzeniu wyciowanego dna macicy (podług L. Neugebauera).



Rysunek 2-gi.

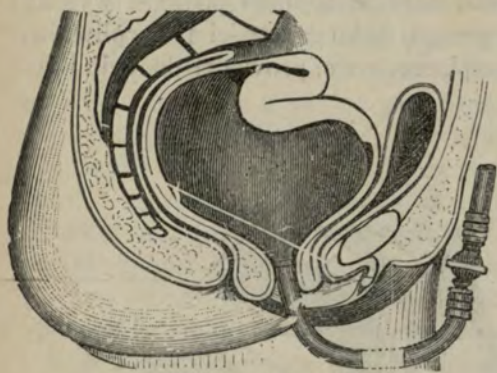


Rysunek 3-ci.

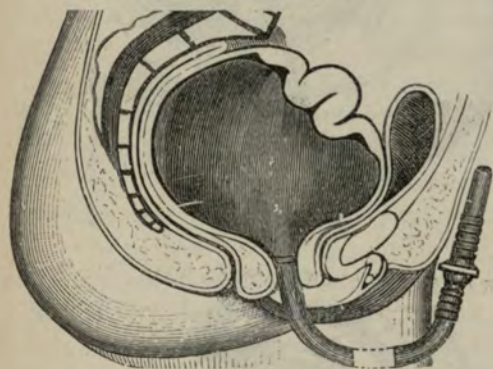
Niektórzy w krótkim stosunkowo czasie osiągnęli pożądane wyniki, wprowadziwszy próżny kolpeurynter do zdezynfekowanej pochwy i napełniając wodą dopóty, dopóki chora nie poczuje bólu; wypełniony wodą kolpeurynter, pozostawiają w pochwie przez dłuższy czas. Inni znowu zmieniają ilość wody (300 gramów i więcej), inni wreszcie powiększają ilość wstrzykniętej wody. Niektórzy zakładają codziennie kolpeurynter na kilka tylko godzin i t. d., tak iż tego rodzaju leczenie trwa od kilku godzin do 30, a niekiedy i 45 dni. Na tem właśnie polega cierpliwość! v. Winckel

dopiął wyprostowania macicy bez użycia instrumentów w ciągu dwóch lat.

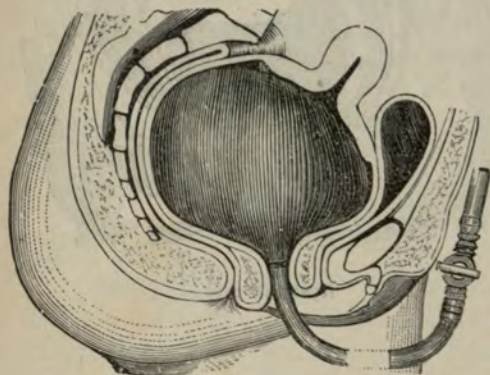
K o e k s zmodyfikował kolpeurynter i nadał mu kształt stożkowatego lejka, w którego zagłębieniu spoczywa dno macicy.



Rysunek 4-ty.



Rysunek 5-ty.



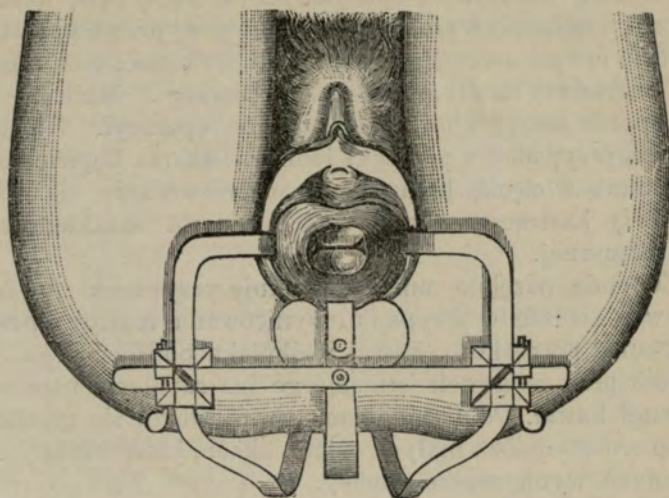
Rysunek 6-ty.

Ten balon powinien przez ucisk na dno macicy przy jednoczesnem pociąganiu promienistem (ścian) szyi ku dołowi przyspieszyć wyprostowanie. Oprócz sposobów leczenia prostego, za pomocą przyrządów aerostaticznego i hydrostatycznego i kombinacji powyższych metod, stosowano także operacyjne leczenie i kombinację ostatniego z pierwszym.

Już w roku 1773-im Millot próbował ręcznego wyprostowania macicy, zrobiwszy poprzednio głębokie nacięcia szyi. Colombat d'Isère zrobił aż 4 nacięcia, Duncan, Wilson, Barnes, również z dobrym skutkiem; Gaillard Thomas postąpił w jednym przypadku jeszcze zuchwalej, zrobiwszy cięcie aż do błony brzusznej.

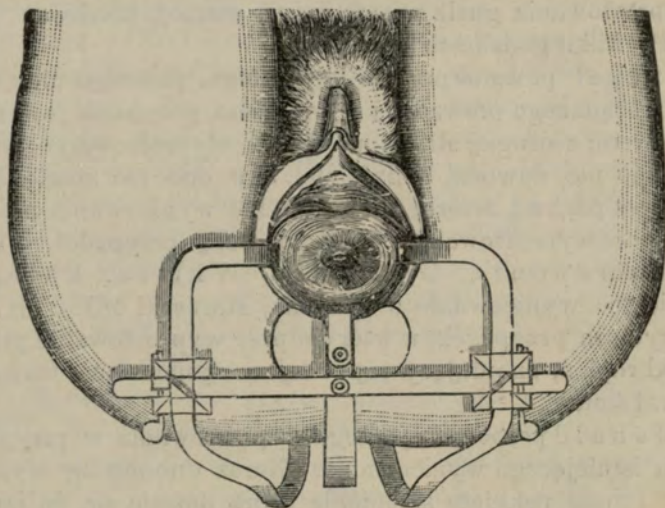
Niektórzy próbowali prowizorycznego zamknięcia ust macicznych (hysterostomatokleisis); naprzykład Emmet odprowadził dno macicy do kanału szyi i zamknął następnie szyję za pomocą kilku szwów. Po tygodniu, gdy zdjął szwy, macica była wyprostowaną.

W innym znowu przypadku zaszył zupełnie usta maciczne. Pierwszy sposób leczenia może przyczynić się do wyprostowania,



Rysunek 7-my.

które następnie powoli dalej postępuje, skoro dno macicy znajduje się w szyi macicznej. Steffens zaszywał szyję macicz-



Rysunek 8-my.

ną po poprzednim zastosowaniu kolpeurynteru i razu pewnego, gdy wskutek silnych bólów usunął szwy, przekonał się, że macica była zupełnie wyprostowana. Chora więc była wyleczona w ciągu kilku godzin.

Następnie Thomas Gaillard w celu wyprostowania macicy robił cięcie brzuszne, rozszerzył od strony jamy brzusznej ściskając obrączkę za pomocą specjalnych kleszczyków; działających w kierunku odśrodkowym i przez pochwę wyprostowywał macicę. Raz udało mu się szczęśliwie plan swój wykonać, lecz inna operowana zmarła mu na drugi dzień po operacji. Mundé również w ten sposób stracił chorą, po takiejże operacji. Battlehner przytacza przypadek z praktyki jednego lekarza kąpielowego, któremu pomimo cięcia brzuszno, wyprostowanie się nie udało. Zrobił tedy kastracyę chorej, która umarła skutkiem zapalenia błony brzusznej.

Zupełnie odrębne miejsce zajmuje przypadek Roberts'a, który w roku 1892 w przypadku wycisowania macicy ginekologicznego usunął początkowo kawał włókniaka podśluzowego, po 5 tygodniach przy objawach istniejącego już zapalenia otrzewny odciął drugi kawał. Po 3 tygodniach chora znowu się zgłosiła, i wtedy dopiero po dwóch małych włókniakach, które zostały usunięte, rozpoznano wycisowanie macicy.

Gdy prostujący macicę przyrząd Aveling'a nie dopisał, zrobiono cięcie brzuszne: przez wycisowane dno macicy od strony pochwy przeciągnięto sznurek do jamy brzusznej, przymocowawszy poprzednio do jego końca dolnego guzik szklany. Zamiast oczekiwanego wyprostowania guzik przedziurawił macicę, ponieważ był za mały. Po kilku godzinach śmierć.

v. Winckel powstał przeciw lapaatomii, ponieważ nie zawsze do celu pożądanego prowadzi i z większem połączona jest niebezpieczeństwem; z drugiej strony pomyslnie wyprostowanie przez cięcie brzuszne nie dowodzi bynajmniej, aby ono nie mogło być dokonane przez pochwę, zresztą nie wszystkie wycisowania muszą być koniecznie wyprostowane, jak tego uczą przypadki Denman'a, d'Outrepont'a, Lisfranc'a, White'a, Pate'go (40 lat istniejące wycisowanie u 78-letniej staruszki 1878). Hofmeyer przytacza przypadek, w którym przy wyprostowaniu przez pochwę pękł ropień, znajdujący się w lejku wycisowanej macicy, i spowodował śmierć.

Macdonald próbował ręcznego wyprostowania w przypadku 5½ roku istniejącego wycisowania. Naraz dno mu się wyslizgnęło z ręki i przez pęknięte sklepienie tylne dostało się do jamy brzusznej. Macdonald wyciągnął je znowu na zewnątrz i zaszył ranę za pomocą 3 szwów jedwabnych. Gdy amputacya za pomocą pętli drucianej się nie udała — drut bowiem pękł — odciął macicę nożem, nałożył 2 szwy na kikut i przedtem jeszcze dwa oddzielne szwy z drutu srebrnego na oba jajowody. W przypadku

White'a podczas forsownego wyprostowywania oba sklepienia oderwały się od pochwy; chora zmarła. Do najstarszych sposobów leczenia wycicowania macicy na drodze operacyjnej należy amputacja wycicowanego trzonu macicy. Denucé przytacza 24 takich operacji („extrascientifiques”) dokonanych w sposób pierwotny przez osoby niepowołane, (12 kobiet z tych 24 wyzdrowiało). Przyczynę tego sposobu leczenia — amputacji wycicowanego trzonu macicy — szukać należy w błędnym rozpoznawaniu: podejrzewając guz podśluzowy, siedzący na trzonie, wyluszczano go za pomocą noża lub pętlicy, lub też jednego i drugiego — odcinano w ten sposób bezwiednie wycicowany trzon macicy w przekonaniu, że odcina się polip!

O wiele później dopiero operacji tej dokonano w celu właściwym, czyli ad hoc, a zwłaszcza w ostatnich czasach bardzo często, dzięki panującemu powszechnie kierunkowi, hołdującemu operacyom.

Na wzmiankę zasługuje osobliwy sposób leczenia, zastosowany raz w roku 1891 przez Küstner'a w przypadku zupełnego wycicowania macicy (włącznie z szyją). Za pomocą cięcia szerokiego Küstner otworzył jamę Douglas'a, wprowadził przez otwór zrobiony palec do jamy brzusznej i lejka macicy wycicowanej i zepchnął wycicowaną macicę na zewnątrz sromu. Następnie przez tylną ścianę macicy, na wysokości ujścia wewnętrznego, po linii środkowej przeprowadził cięcie od strony błony śluzowej długości 2 cm.; krwawienie było nieznaczne. Wyprostowanie macicy, które przedtem było bardzo utrudnione, udało się z łatwością przy wprowadzeniu wskaziciela i środkowego palca lewej ręki do lejka, a grubego palca tejże lewej ręki do pochwy. Wyprostowaną już macicę silnie przechylił ku tyłowi, potem, za pomocą kulociągu udostępniwszy sobie podłużną ranę, znajdującą się na tylnej ścianie macicy, w jamie Douglas'a, zaszył ją od strony otrzewny za pomocą 3 głębokich i 2 powierzchownych szwów; wreszcie zamknął jamę Douglas'a resp. tylne sklepienie również za pomocą 5 szwów.

Sposób leczenia operacyjnego dawał poprzednio nadzwyczaj wielką śmiertelność. Według statystyki v. Scanzoni'ego, uzupełnionej przez Schröder'a, w 69 przypadkach wycicowania dokonano: 26 razy podwiązanie (przyczem było 19 wyzdrowień i 7 zejść śmiertelnych), 29 razy podwiązanie i następcze odcięcie (24 wyzdrowień i 5 zejść śmiertelnych), 14 amputacji bez podwiązania (6 wyzdrowień i 8 zejść śmiertelnych). Uzdrowiono 49 kobiet (71,5^o/₆), umarło 20 (28,5^o/₆).

Forbes, Breslau, West i v. Scanzoni z największą

dokładnością opisali sposób dawniej dokonywanych amputacji. Według najnowszej i najdokładniejszej statystyki, podanej przez Sz u w a r s k i e g o w Kijowie (1892), przypada na 133 przypadków ręcznego wyprostowania macicy, świeżo po porodzie wycinowanej, od roku 1826 do 1892: 27 przypadków zejścia śmiertelnego (20,5%), 5 przypadków nieudanego wyprostowania (3,7%) i 101 zupełnego uzdrowienia; a na 126 przypadków ręcznego wyprostowania zadawnionego wycinowania, Sz u w a r s k i j podaje 6 przypadków z zejściem śmiertelnem (4,8%).

(W 48 przypadkach wycinowanie istniało od 50 dni do roku, w 29 przypadkach od roku do 5 lat, w 7-miu od 5 do 15 lat, w 3-ch od 15—40 lat).

Na 42 przypadki wyłącznie ręcznego odprowadzenia, przypadły 2 zejścia śmiertelne (4,8%). Na 32 przypadki wyprostowania za pomocą przyrządów—2 zejścia śmiertelne (6%). Na 4 przypadki mieszanego leczenia nie było ani jednego przypadku śmiertelnego (0%); razem więc śmiertelność wynosiła 4,8% na 126 przypadków nieoperacyjnego leczenia. W ten sposób udawało się wyprostować wycinowanie nawet już 40 lat istniejące. Gdy sprawa szła gładko, wyprostowanie trwało od 5 minut do 5 godzin, w trudniejszych przypadkach odprowadzanie trwało od 24 godzin do 33 dni. Kolpeurynter i ręczne wyprostowanie od pierwszej chwili dawały dobre wyniki; gorsze rezultaty dawały przyrządy, pomimo gorącego ich przez Anglików zalecania.

Sposób operacyjny przez amputację (152 przypadki zebrane przez D e n u c é ' g o do roku 1887 i 30 przypadków przez Sz u w a r s k i e g o za przeciąg czasu 1891 — 1892) dał na 182 przypadki operowane 38 zejść śmiertelnych (20,8%). Procent powyższy odnosi się zarówno do wycinowań macicy porodowego jak i nie porodowego pochodzenia.

Na 143 wycinowania porodowe przypada 31 przypadków śmiertelnych, co stanowi 21,7%, a na 39 wycinowań nieporodowego pochodzenia—7 zejść śmiertelnych, co czyni 17,9%.

S z u w a r s k i podaje na 30 zestawionych przez siebie przypadków amputacji, przy wycinowaniu nieporodowego pochodzenia tylko 3 zejścia śmiertelne (10%), kontrast ze starszą statystyką. Wogóle leczenie wycinowania macicy daje znaczny procent śmiertelności (16%). Mniejszą była śmiertelność w leczeniu zastarzałych wycinowań, największą cyfrę śmiertelności dała amputacja, a najlepsze wyniki dało leczenie ręczne i hydrostatyczne. Statystyka jednak szwankuje na jednym punkcie, a mianowicie, że kazuistyka najnowsza i kazuistyka z ery przedantyseptycznej jest razem zebrana, tak, iż dla szukającego praktycznych wyników

zadnej nie przedstawia wartości; posiadamy tylko cyfry lecz bez wartości. Bądź-co-bądź kwestya leczenia tak stała, iż, wbrew zdaniom niektórych przedstawicieli naszej specjalności, amputacya powinna być uważana jako „ultimum refugium;” nie należy jej wykonywać, dopóki metody hydrostatycznej nie zastosowano w całej rozciągłości.

Amputacya tylko wyjątkowo może być wskazana, jeżeli przy ręcznem wyprostowaniu powstały takie uszkodzenia, które się nie dadzą za pomocą szwów usunąć. Z tego właśnie powodu *Sutugin* na przykład, dokonał operacyi w jednym przypadku, a *Nazaretow* przeciwnie, zaszył rozdartą przy wyprostowaniu pochwę. Widzimy tedy, że bardzo wiele, a może i wszystko zależy od indywidualnego zapatrywania się operatora, który powinien się powodować wiekiem chorej, jej przypadłościami, obecnością lub brakiem krwotoków. U młodych niewiast należy dać pierwszeństwo wyprostowaniu, ponieważ po wyprostowaniu wycisowawania, trwającego długie lata, obserwowano zajście w ciążę i szczęśliwe jej rozwiązanie (*Marion Sims*, *Tylor Smith*, *Bylicki*).

Dubois zalecił w celu usunięcia wycisowanej macicy pętlę. Z pięciu kobiet, w ten sposób leczonych, podaje *Borham*, umarły 4. Podług zaś wyliczeń *Denucégo*, pięć kobiet umarło z 24 w ten sposób operowanych. Niektórzy ściągali pętlę powoli: *Aran* w 1 $\frac{3}{4}$ godziny, *Waller* w przeciągu 20 godzin, *Andon* zaś bardzo prędko w 8–10 minut. *Mc. Clintock* prawie jednocześnie z *Aran*'em i *Marionem Sims*'em używał odgniatacza (écraseur) (1859 r.). *Chore Clintock'a* i *Sims'a* wyzdrowiały. W 1891 roku *Follinea* obciął trzon macicy za pomocą zaciskadła („klammer”) *Billroth'a* i zaleca ten sposób postępowania jako łatwy i bezpieczny. Niektórzy traktowali macię wycisowaną jak polipa i odcinali nożyczkami; *Lee* w ten sposób stracił chorą w ciągu 24 godzin. *Wilson*, *Aran*, *Veit* stracili każdy z nich po jednej chorej po amputacyi wycisowanej macicy za pomocą odgniatacza. *v. Winckel* opisał preparat anatomiczny chorej, operowanej przez *Veit'a* w Rostocku, w ten sposób: „lejek próżny aż do ujścia wewnętrznego jajowodów, pochwa normalna, ujście maciczne przepuszcza 2 palce, amputacya dokonana na granicy szyi i trzonu macicy, jajniki i ujścia zewnętrzne jajowodów znajdują się w pozostałych resztkach więzów szerokich, znajdujących się obok powierzchni amputacyjnej.” *Vallet* i *Ollier* przyżęgali wycisowaną macię za pomocą szczypeczyków, przez siebie zbudowanych, których łyżki zawierały pastę *Canquoin'a*. (Z 5 operowanych 3 zmarły). *Courty* i *Mackenzie* z 3 chorych, operowanych za pomocą galwano-kaustyki,

stracili 2; Spencer Wells z powodzeniem zastosował zegadło Paquelin'a (1878). Pallasciano, Poinsoł, Corradi łączyli pętlę z galwanokaustyką. Wodjagin, Michaux, Porget używali pętli elastycznej, która zazwyczaj po 10 — 12 dniach odpadała jednocześnie z kikutem. Notowane są również przypadki dobrowolnej amputacji zgorzelowej — przypadek obserwowany przez Murray'a. Chora Clemensen'a wyzdrowiała po dobrowolnem oddzieleniu się zgorzelowem. Przy dzisiejszej udoskonalonej technice można było z łatwością wyłuszczyć przez pochwę wyciowaną macię, która się nie daje wyprostować, lecz „módz” nie znaczy jeszcze „chcieć.”

v. Winckel podaje, że z 27 kobiet, leczonych pomiędzy innymi środkami za pomocą pętli i amputacji, wyzdrowiały 22; im starsze wyciowanie, tem rokowanie jest lepsze. C. v. Braun stosował kilkakrotnie z powodzeniem pętlę galwanokaustyczną. Hegar i Kaltenbach, aby zapobiedz ześlizgnięciu się pętli, zakładali na szyję pętlę drucianą, amputowali i następnie pozostały kikut zaszywali, zamykając w ten sposób jamę otrzewny. v. Winckel w pozostawieniu jajników widzi słabą stronę amputacji trzonu macicy. Bruntzel podaje 33 (67,7%) wyzdrowienia na 42 przypadki operowane. Kaltenbach zalecał w swoim czasie pętlę elastyczną, poniżej której robił amputację, następnie zaszywał otwór w lejku od strony otrzewny i zakładał tampon z gazy jodoformowej. Po 2—3 dniach pętla sama odpadała. Schülein i Schauta nakładali przed amputacją prowizoryczne szwy na lejek in toto. (Patrz rys. 9-ty).



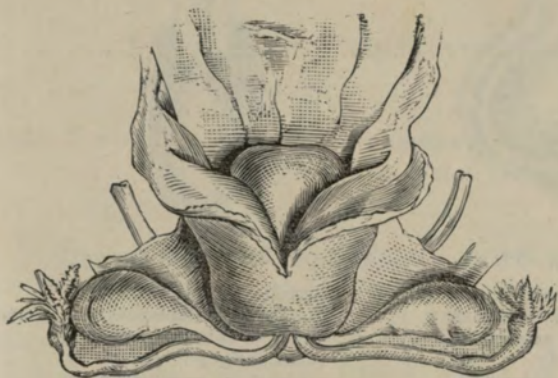
Rysunek 9-ty

wskazuje przebieg szwów nakładanych przy amputacji wyciowanej macicy, w celu uniknięcia reinwersyi szypuły, po dług Schüleina.

Aby zapobiedz skurczeniu się szypuły po amputacji, założono poprzednio po jednym bocznym szwie na przednią wargę, boczną ścianę guza i na tylną wargę, a potem dopiero przystąpiono do amputacji. Powstała po operacji rana była traktowana w sposób czysto chirurgiczny. Przy amputacji macicy wyciowanej Sutugin przekłada nóż nad wszelkiego rodzaju pętle i t. p., gdyż chce otworzyć lejek w celu zabezpieczenia się od uchwycenia pętli kiszki, znajdujących się w lejku (tego rodzaju fakt nigdy się nie zdarzył podczas operacji; raz tylko znaleziono kiszkę w lejku przy autopsyi), i następnie zaszywa ranę za pomocą szwu piętrowego. Oprócz tego niektórzy zaszywali na kilka dni ujście macicy poniżej już zaszytej rany amputacyjnej.

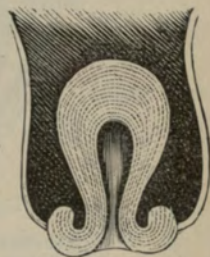
Kazuistykę operacji dokonanych w ostatnich latach, znaleźć można w roczniku Frommela od roku 1887.

Załączone poniżej rysunki 10 i 11 uplastyczniają wycisowanie macicy. Rysunek 12 pokazuje sposób powstawania wycisowania



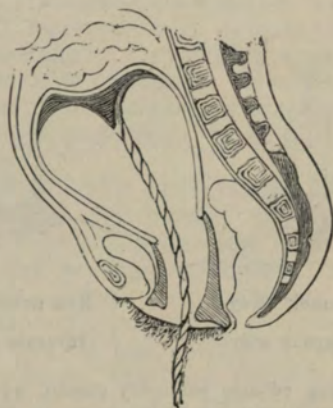
Rysunek 10-ty.

Stosunek jajników i jajowodów do wycisowanego trzonu macicy.



Rysunek 11-ty.

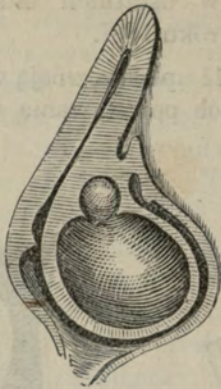
Schematyczny rysunek macicy wycisowanej (inversio corporis uteri intravaginalis).



Rysunek 12-ty.

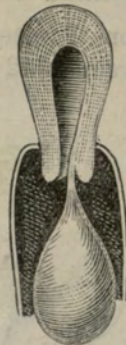
Sposób powstawania wycisowania macicy, wskutek pociągania za sznurek pępkowy.

przez pociąganie za sznurek pępkowy. Pozostałe zaś 5 rysunków (13, 14, 15, 16 i 17) służą dla celów dyagnostycznych.



Rysunek 13-ty.

Fibroma perictis unius cervicis uteri. Rysunek przedstawia poglądowo wartość sondy w rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy polipem a wyciowaniem.



Rysunek 14-ty.

przedstawiający polip jednej wargi macicznej, podany w celu rozpoznania różniczkowego pomiędzy polipem a wyciowaniem macicy.

Rysunek 15-ty
Prolapsus uteri.Rysunek 16-ty.
Inversio uteri.

Rysunki 15 i 16 wykazują różnicę pomiędzy guzem, wychodzącym ex vulva przy wypadnięciu i przy wyciowaniu macicy.

(D. c. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

104. Prof. Cybulski. **O czynności nadnercza.** (*Wien. med. Woch. Nr. 6 u. 7 1897.*)

Dawno zrobiono spostrzeżenie, że zwierzęta zdychają szybko po wycięciu nadnercza (Brown-Séquard). Tłumaczono to sobie przez wypuszczenie, że gruczoł ten niszczy pewne ciała trujące, stanowiące wytwór przemiany materii w tkankach ciała, które w nieobecności nadnercza nagromadzają się w nadmiarze. Jednak krew zdychających zwierząt nie uśmierca zdrowych po zastrzyknięciu, a krążenie w gruczole jest nader powolne (z żył nadnercza dużego psa można zebrać ledwo 16 cm.³ krwi w ciągu godziny), tak dalece, że trudno przypuścić, żeby w nim miało się odbywać niszczenie trucizn, które są w stanie zabić zwierzę już we 24 godziny, po usunięciu nadnerczy.

Autor wskazał przedewszystkiem, że wycięcie jednego nadnercza nie sprowadza śmierci. Dalej zauważył, że u zwierząt, pozbawionych obu nadnerczy, występują szybko objawy zapaści, ilość czerwonych krążków powiększa się w dwójnasób, tętno i oddech znacznie słabną. Jeśli takiemu zwierzęciu zastrzyknąć do żyły 1 cm.³ 10%-go wyciągu nadnercza, to stan jego szybko poprawia się na jakie pół godziny.

Jeżeli taką samą dawkę zastrzyknąć zdrowemu zwierzęciu, to ciśnienie krwi podnosi się bardzo znacznie, tętno i oddech zwalniają. Wyciągi z innych gruczołów i narządów nie mają podobnego działania, jak wyciągi nadnercza, zarówno wodne jak wyskokowe. Działanie polega na pobudzeniu odpowiednich ośrodków rdzenia przedłużonego, ponieważ po przecięciu tego narządu wspomniane objawy prawie nie występują. Wpływ pobudzający zaznacza się na ośrodkach: krążenia, oddechu i nerwu błędnego. Wyciąg niema trującego działania, ponieważ można przyzwyczaić zwierzęta przez podawanie małych dawek do znoszenia bez szkody dużych ilości wyciągu (80 ctm.³). W przypadkach śmierci znajdowano wylewy krwi w płucach i mózgu. Najbardziej wrażliwym jest ośrodek krążenia. Ośrodek oddechu przy większych dawkach łatwo zostaje porażony; lecz jeśli sztucznie podtrzymywać oddychanie, to zwierzę może być uratowane, ponieważ wyciąg utlenia się we krwi dość szybko i staje się nieszkodliwym.

Zastanawiając się nad fizyologicznym znaczeniem wytworu gruczołu, autor przychodzi do przekonania, iż gra on rolę stałego

bodźca, drażniącego ośrodki oddechu i krążenia i podtrzymującego w ten sposób bez przerwy te ważne czynności ustroju. To przekonanie potwierdza on doświadczeniem, że krew zebrana z żył nadnercza, ma też same własności, co i wyciąg tego gruczołu. W ten sposób tajemniczy dotychczas gruczoł pełni bardzo ważną czynność, bez której przodujący wszędzie układ nerwowy nie byłby w stanie działać.

W. Miklaszewski.

105. D-r A. Albu. **Znaczenie poglądu o samozatruciu dla patologii.** (*Saml. Klinisch. Vorträge, Nr. 141, 1896*).

Od czasu uznania komórki za najistotniejszą cegiełkę ustroju, zwrócono uwagę na jej czynności i przekonano się, że sprowadzają się one do zjawisk chemicznych—przemiany materii — zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby. Od tej chwili badanie chemiczne soków i wydzielin dało ważne wyniki co do zrozumienia istoty wielu chorób. Przekonano się, że w ustroju mogą wytwarzać się pewne ciała, nie spotykane przy zwykłej przemianie materii, albo też ciała, spotykane normalnie, wytwarzane zostają w nadmiernej ilości. Ciała te nazywamy truciznami; wytwarzanie ich i krążenie w ustroju sprowadza zjawiska chorobowe, podobne do tych, jakie spostrzegamy po wprowadzeniu z zewnątrz do ustroju pewnych ciał, np. floridzyny (cukromocz), arsenu (biegunka) fosforu (zanik wątroby), sporyszu (wiąd rdzenia), wysokoju (zaburzenia chemiczne) i t. d.

Do chwili obecnej rozpoznajemy samozatrucie na zasadzie badań chemicznych i przebiegu choroby; może z biegiem czasu i drobnowidz wskaże nam pewne zmiany komórkowe swoiste. Badania tedy chemiczne będą ogniwem, łączącym klinikę z anatomią patologiczną. Niestety, dotychczas nie zbadaliśmy i nie wyłączyliśmy wielu ciał, które sprowadzają samozatrucie. Większość ich stanowią wytwory przejściowe przemiany materii, niezupełnie utlenione (cukier, aceton, pepton, kwas szczawiowy, zasady ksantyny, kwas moczowy i t. d.). Gdzie chemia nie wykazuje trucizn, tam przebieg kliniczny każe się ich domyślać (np. w mocznicy, cholery, eklampsji, zapadzie cukrowym, rakowym i t. d.). W tem też znaczeniu żółtaczką może być wyrazem cierpienia wątroby, które ciągnie za sobą zatrucie ciałami, jakie zubożniały się w tym narządzie. Lecz nie należy zbyt rozciągać tego poglądu, żeby nie wpaść w ostateczność, do której niektórzy dochodzą, poszukując wszędzie samozatrucia ustroju (np. akromegalia—wskutek wrzodniejącego zapalenia oskrzeli; zawroty, dusznice, eklampsja — wskutek fermentacji w przewodzie pokarmowym). Wielu spraw drobnoustrojowych, szczególnie przyranych, jako pochodzenia zewnętrznego, nie można również tu zaliczać.

Leczenie samozatrucia polegać powinno na usunięciu przyczyny, gdzie zaś to jest niemożliwym—na zmniejszeniu ilości trucizny we krwi (środki czyszczące, moczopędne, puszczanie krwi i t. d.).
W. Miklaszewski.

106. D-r H. L ü t h j e. Dna powodowana przez zatrucie ołowiem, oraz wpływ tegóż na wydzielanie kwasu moczowego. (*Zeit. f. Klin. Med. XXIX B., 3, 4 H.*)

Na podstawie materiału zebranego oraz własnych swoich spostrzeżeń (w klinice Leyden'a) autor stanowczo dowodzi, iż istnieje ścisła zależność między zatruciem ołowianem i dną, a uważa za rzecz prawdopodobną, iż samo zatrucie bez współdziałania innych momentów etyologicznych jest w stanie wywołać dnę. Lecz ta ostatnia, występując dopiero po długotrwałym okresie chronicznego zatrucia, przedstawia pewne cechy swoiste, w porównaniu z przebiegiem klinicznym dny zwykłej, a mianowicie: a) pierwotny jej napad wybucha zwykle w stosunkowo młodym wieku, b) cierpienie obejmować może w krótkim czasie wiele stawów i to c) takich, które nigdy lub tylko wyjątkowo dotknięte bywają przy dnie zwykłej, d) skłonność do wytwarzania tofów i do występowania procesów zniepodobniających jest znacznie wydatniejszą, e) rokowanie, mówiąc w ogóle, złe.

W doświadczalnej części owej pracy, autor przychodzi do wniosku, iż ołów nie wywiera żadnego wpływu na wydzielanie kwasu moczowego, a więc znacznie większa zawartość tego ostatniego, znajdująca we krwi u chorych odpowiednich nie da się wytłumaczyć przez zatrzymanie się jego w organizmie, lecz przez zagadkowe dotychczas nadmierne jego wytwarzanie.

Ołów wywołuje też same zmiany troficzne a miejscami wprost obumieranie tkanek, do których odkłada się w nadmiarze we krwi krążący kwas moczowy. Oddziaływa on też szkodliwie i na nerki, wywołując zwolna tylko zanik ich miąższu i dopiero w bardzo późnych okresach, gdy proces ten wielkie sprowadzi spustoszenia, może nastąpić zmniejszenie wydzielania kwasu moczowego na równi z innymi składnikami moczu.

Doświadczalną część swej pracy, autor wykonał na psie, u którego ilościowo określał dobową zawartość kw. moczowego, oraz związku grupy ksantynowej; okazało się przytem iż gdy u człowieka w moczu ilość kw. moczowego kilkakrotnie przewyższa ilość ciał ksantynowych, t. j. iż pochodne nuklein przeważnie pod postacią kw. moczowego zjawiają się w moczu — u psa zachodzi inny stosunek, albowiem tu ilość ciał ksantynowych nieco przewyższa ogólną ilość kw. moczowego. Wyprowadza stąd autor wniosek, iż ksantyny nie posiadają takich trujących własności jak to przypuszcza Kolisch, według którego odgrywają one ważną rolę

w rozwoju zapalenia nerek—skoro u psa bezkarnie tak znaczne ich ilości przez nerki mogą się przedostawać.

A. Lande.

107. D-r *Chauffard*. **Zapalenie opłucny urazowe.** (*Le semaine mèd. Nr. 11, 1896*).

Jest zjawiskiem powszedniem, że uszkodzenie klatki piersiowej, zwłaszcza ze złamaniem żeber, ciągną za sobą następcze zapalenie opłucny z wysiękiem. Niekiedy ta choroba przebiega u poprzednio zdrowego człowieka nader przewlekłe i nie kończy się wyzdrowieniem. W takich razach mają miejsce powikłania najczęściej suchotami, które mogą przejść z czasem i na płuca.

Autor podaje trzy przypadki tego właśnie rodzaju: u ludzi zupełnie zdrowych nie obarczonych dziedzicznymi suchotami po złamaniu żeber rozwinęło się nader uporczywe zapalenie opłucny i po niejakim czasie znelezione w wysięku laseczniki gruźlicze (w 2-ch przypadkach). Trudno objaśnić sobie takie zjawisko zarażeniem z zewnątrz; daleko prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że w ustroju najzdrowszego człowieka znajdują się rozmaite drobnoustroje, więc i gruźlicze w stanie uśpienia, i że zaburzenia czynności rozmaitych narządów są bodźcem, pobudzającym laseczniki do stanu czynnego. Podobne zjawisko przedstawia uraz innych narządów, np. stawów, w których wybucha sprawa gruźlicza u zdrowych ludzi. Autor miał chorego, który po urazie dostał napadów zimnicy, którą kiedyś przechodził. Przemawia to za dawną teorią „kongestyjną:” „ubi stimulus, ibia fluxus.”

W. Miklaszewski.

108. D-r *Bouveret*. **Zwężenie odźwiernika wskutek zrostu z pęcherzykiem żółciowym.** (*Revue de Mèd. Tome XVI Nr. 1, 1896*).

Przyczyny zwężenia odźwiernika co do swej częstości idą w następującym porządku: rak pierwotny, rak w następstwie wrzodu okrągłego, istniejący wrzód, blizna po nim i wreszcie najrzadziej, zrosty pęcherzyka z odźwiernikiem.

Autor podaje dwa przypadki tego ostatniego cierpienia, rozpoznane za życia. Pomimo zabiegu chirurgicznego, zejście w obu razach było śmiertelne.

Jednym z najczęstszych bodźców, wywołujących zrosty, są kamienie żółciowe; sprowadzają one zapalenie pęcherzyka, które prze-

chodzi na otrzewną odźwiernika: narządy te zlepiają się i w końcu zrastają. W obydwóch przypadkach znalazł autor kamienie we włókniasto zmienionym pęcherzyku, od którego prowadziły przetoki do przewodu pokarmowego. Zwężenie odźwiernika zależy nie tylko od rozwoju tkanki łącznej, wkoło niego, lecz nie mniej od unieruchomienia tego narządu. To właśnie jest powodem, dla czego objawy roztrzeni żołądka (wymioty, bóle, zaleganie pokarmów, zmniejszenie ilości moczu i t. d.) ustępują dość szybko, gdy chory leży poziomo: bowiem opróżnianie żołądka jest wtedy możliwem, a przy pionowem położeniu ciała napotyka na znaczne trudności.

Wskutek utrudnionego wydalania pokarmów rozwija się szybko sokotok żołądkowy; ten właśnie objaw odróżnia tę sprawę od raka odźwiernika. Pozostaje jednak wyłączyć wszystkie zwężenia, związane z wrzodem żołądka. Tu dane wywiadowe ułatwiają rozpoznanie: zawsze znajdujemy wskazówki kolki wątrobowej, czasem nawet kamienie wydzielone z kałem. W razie rozpoznania jedynem leczeniem będzie zabieg chirurgiczny.

W. Miklaszewski.

109. Schmidt. **O pierwotniakach pasorzytnicznych w płwocinie.** („*Ueber parasitäre Protozoen im Auswurf*” — *München. med. Woch. Nr. 51, 1895*).

W trzech przypadkach rozmaitych zaburzeń w drogach oddechowych (rak krtani, zapalenie płuc i opłucny, roztrzeń oskrzela) znajdował autor pierwotniaki, zawsze w t. zw. korkach Dittrich'a. Dla wykazania ich trzeba rozetrzeć taki koreczek na szkiełku, wzięwszy go ze świeżej płwociny, i badać wprost bez wszelkich dodatków. Pierwotniaki są nieco większe od białych ciałek; zaródź ich matowa, często zawiera liczne ziarnka, jądro jest niewyraźne. Na jednym końcu spotyka się włoski, najczęściej w liczbie czterech poruszając się nader szybko, dzięki czemu cała komórka zmienia ustawicznie miejsce; te włoski są najwidoczniejsze, gdy pierwotniak zacznie obumierać, po kilkunastu minutach po roztrzeniu koreczka. Ostatni składa się, prócz omawianych wymoczków, z całych gromad laseczników, również żwawo poruszających się, dalej, z kropelek tłuszczu i nielicznych ciałek ropnych.

Wymoczki są podobne do *trichomonas vaginalis*. Barwienie tych pierwotniaków nie udaje się, bo przy wszystkich sposobach utrwalenia, zmieniają się do niepoznania. Również ujemne wyniki dawały próby hodowania tych wymoczków w rozmaitych odżywkach i szczepienia do tchawicy morskim świnkom.

Trudno powiedzieć czy te pierwotniaki mają jaki wpływ chorobotwórczy; ważnem wszakże jest spostrzeżenie, iż spotykają się jedynie w koreczkach Dittrich'a i że w dwóch przypadkach w czasie polepszenia w przebiegu choroby zginęły one w płwocinie.

W. Miklaszewski.

II. Choroby nerwowe.

110. Prof. Obersteiner. **O postępach wiedzy w chorobach rdzenia.** (*Ueber die Fortschritte in der Erkenntniss der Rückenmarkskrankheiten. odczyt w Tow. Lek. Wied. 13 stycznia 1896*).

Zaznaczywszy postępy w anatomii rdzenia oraz w badaniu klinicznym, osiągnięte w ostatnich dziesiątkach lat, robi autor uwagę, że anatomia patologiczna coraz bardziej ogranicza liczbę t. zw. czynnościowych chorób; okazuje się jednak, że w każdym organicznym cierpieniu rdzenia część objawów jest zaburzeniem czynnościowym i stosunek tych objawów czynnościowych do zmian organicznych bywa różny: od stopnia nieznacznego aż do przewagi w całym obrazie objawowym zaburzeń czynnościowych. Objasnia to, dla czego w chorobach organicznych rdzenia niektóre objawy poddają się leczeniu suggestyjnemu.

Ważny stąd wniosek, że ściśle odgraniczenie organicznych od nieorganicznych chorób nerwowych wogóle resp. rdzenia, nie jest uzasadnione. Nadto choroby ośrodków nerwowych występują częstokroć skojarzone z chorobami obwodowego układu nerwowego. Stwierdzono np. że w polyneuritis, mogą być współczesne zmiany w rdzeniu, w tabes zaś przyjmują udział nerwy obwodowe. Paralysis ascendens acuta Landry obejmuje nawet 2 postaci: neurytyczną i myelityczną; w sclerosis disseminata rozsiane ogniska umiejscawiają się nie tylko w ośrodkach, lecz i w nerwach obwodowych. Bardzo zasługuje na uznanie dążność oparcia klasyfikacji chorób rdzenia na podstawie anatomiczno-patologicznej, choć wiele przedstawia to dotąd trudności. Należałoby, zdaniem autora, rozdzielić choroby rdzenia na pierwotne choroby rdzenia, mające punkt wyjścia w rdzeniu, i wtórne choroby rdzenia.

1-sze t. j. pierwotne choroby rdzenia mogą być zapalne, ostre rozlane myelity, traumatyczne, toksyczne (z ich poddziałami na przymiotowe, rzeżączkowe i t. d.) przewlekłe myelity, poliomyelitis dzieci i dorosłych, ropnie rdzenia, a być także może sclerosis lateralis amyotrophica i sclerosis disseminata.

Niezapalne pierwotne choroby rdzenia byłyby: anaemia, hyperaemia, haematomyelia, paralysis agitans, tumores, atrophia senilis i zmiany wrodzone np. choroba Friedriecha, hydromyelia, syringomyelia (w której sprawa nie ogranicza się tylko gliomatycznym zwyrodnieniem, lecz zmiany naczyń i wrodzone nieprawidłowości canalis centralis grają rolę).

2-ie wtórne choroby rdzenia obejmowałyby: wtórne zwyrodnienia zstępujące i wstępujące, mające punkt wyjścia z korzeni nerwowych (np. ucisk cauda equina); tabes; zwyrodnienie intramedularnych włókien, przedłużeń tylnych korzeni, w uszkodzeniu tych ostatnich; także różne skombinowane sklerozy, myelitis z powodu ucisku, zmiany w rdzeniu następcze w meningitis spinalis,

paralysis spinalis spastica, zwłaszcza wrodzone, choroba Little'a, niedorozwój pęczka pyramidalnego w skutku niedostatecznego wpływu troficznego komórek kory.

Trudności dla takiego podziału płyną z 2-ch źródeł: raz, że choroby pierwotnie oznaczone za jednorodne rozpadają się na nowe typy; a powtóre, że bliższe badania wykrywają szereg form przejściowych między 2-ma odmiennymi chorobami. Za przykład służyć może syringomyelia, która dziś już dzieli się na odrębne formy, a nadto granice między syringomyelią a hydromyelią zacierają się.

Również wykrywają się przejściowe formy między sclerosis lateralis amyotrophica a poliomyelitis anterior, różnice zaś zacierają się między atrophia muscularis progressiva spinalis, a poliomyelitis anterior.

Trudności nasuwają się niekiedy w rozpoznaniu klinicznym, lecz niekiedy i anatomo-patologicznem. Rozjaśnienie tych trudności należy do dalszych badań, jak również zbudowanie racjonalnej terapii, która, z wyjątkiem przypadków podatnych dla interwencji chirurgicznej (guzy rdzenia), w ogóle mało zrobiła postępy.

Rzeczniowski.

111. **Bechterew. Badania nad powstawaniem napadów padaczkowych.** (*Neurol. Centrablatt. 1895, Nr. 9*).

Bechterew w następujący sposób streszcza wyniki doświadczeń na zwierzętach (psach i kotach), przedsięwziętych w celu wyjaśnienia sposobu powstawania napadów padaczkowych:

1) Pobudzanie elektryczne korowych ośrodków ruchowych wywołuje napady padaczki Jacksonowskiej, jeżeli prąd stosowany ma siłę umiarkowaną, działa na ograniczoną tylko część okolicy ruchowej i dość długi czas, aby pobudka powodująca drgawki kloniczne w jednej kończynie, przejść mogła na inne ośrodki ruchowe. Drgawki stają się ogólnymi, niekiedy cała okolica ruchowa kory została podrażniona, a przy dłuższem trwaniu pobudki przyłączyć się do nich może kompletny atak padaczkowy z ogólnym skurczem tonicznym, po którym następują ogólne drgawki kloniczne i wreszcie stan komatyczny.

2) Pod tą ostatnią postacią otrzymuje się zrazu napad padaczkowy, jeżeli się pobudza korę ruchową na większej przestrzeni, lub silniejszym prądem.

3) Po wyłuszczeniu wszystkich ośrodków ruchowych napadu padaczkowego przez pobudzanie elektryczne nie otrzymuje się, zaś tylko skurcz toniczny, który ustaje wraz z usunięciem pobudki. Pozostawienie małej choćby tu części kory ruchowej czyni wywołanie napadu padaczkowego możliwym: napad ten pod względem skurczów tonicznych nie różni się od zwykłego, kloniczne drgawki jednak w kończynach, których ośrodki zostały wyłuszczone, są słabsze lub nie występują wcale.

4) Przez zastrzyknięcie do żył cinchoniny, cinchoiny lub esencji absyntu wywołać może napad padaczkowy nawet u zwierząt, których cała kora ruchowa poprzednio wyluszczoną została.

5) Przy pobudzaniu kory sposobem, podanym pod 1), kończyny, których ośrodek ruchowy wyluszczone, nie uczestniczą w drgawkach tak długo póki nie nastąpi ogólny skurcz toniczny.

6) Wyluszczenie jakiegokolwiek ośrodka w czasie ataku epileptycznego w okresie skurczu tonicznego nie znosi skurczu w odnośnej kończynie, ale w następujących drgawkach klonicznych udział jej jest słabszy. W okresie klonicznym napadu wyluszczenie ośrodka przerywa dość szybko drgawki w kończynie.

7) W stanie komatycznym, następującym po napadzie, pobudzanie kory nie wywołuje napadu padaczkowego.

8) U zwierząt nowonarodzonych najsilniejszy nawet prąd padaczki nie wywołuje. Przez pobudzanie kory otrzymuje się jednorazowy skurcz kończyn lub przy silniejszej pobudce ogólny skurcz toniczny, który jednak wraz z pobudką ustaje.

9) Padaczka, wywołana u królika przez przekłucie mostu Varola ustaje natychmiast po przecięciu nóżek mózgowych: pozostaje tylko opisthotonus jako wynik dokonanego rękoczynu.

10) Po wyluszczeniu półkuli mózgowych przekłucie mostu Varola nie wywołuje u królika napadów padaczkowych.

Na zasadzie tych wyników B. dochodzi do wniosku, że napad padaczkowy u zwierząt dorosłych powstaje przeważnie przez podrażnienie kory mózgowej. Pień mózgowy (most Varola i rdzeń przedłużony) uczestniczy najwyżej w okresie tonicznym. W pewnych warunkach jednak (otrucia, wstrząśnienia mózgu) części te również są w stanie napad wywołać: ale i w tym razie kora mózgowa niewątpliwie wpływa na ukształtowanie się napadu, nadając mu właściwy charakter padaczkowy.

Miklaszewski.

112. Prof. Strümpell. **Badanie, ocena i postępowanie z ofiarami nieszczęśliwych wypadków.** „*Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken.*” *Münch. med. Woch.* Nr. 49, 50, 1895).

Od pewnego czasu wszedł w powszechne użycie termin: „nerwica urazowa” (neurosis traumatica) i utarł się może dzięki temu przedewszystkiem, iż niektórzy badacze wyosobnili pewne objawy nerwowe, wywołane przez uraz, i stworzyli z nich oddzielną postać chorobową, przypominającą, lecz nie tożsamą z innymi nerwicami. Powstawano przeciw takiemu stwarzaniu nowej choroby, ale bezskutecznie, a ma to pytanie duże znaczenie społeczne wobec odszkodowań, jakie ofiara wypadku otrzymuje od tych, którzy byli bezpośrednią czy pośrednią przyczyną wydarzenia. Ponieważ w grę wchodzi tu czynniki tego rodzaju, jak: z jednej strony zaburzenia psychiczne, których treścią jest wspomnienie otrzymane-

go urazu, co prowadzi u niektórych wrażliwych osobników do sugestyi, że obrażony narząd jest bezwładnym, utracił czucie, siłę, sprawność i t. d.; z drugiej strony — chciwość, chęć wyzyskania położenia, żeby otrzymać znaczniejsze odszkodowanie za wrzekomą nieudolność do pracy; — przeto umiejętne rozpoznanie stanu obrażonego osobnika ma doniosłe znaczenie i uciekanie się do określeń: „nerwica urazowa”, „wstrząśnienie mózgu” i t. p. na zasadzie skarg chorego, jak się to robi najczęściej, jest bardzo niewłaściwe.

Rozpoznanie napotyka na wielkie trudności. Przedewszystkiem każdy obrażony przesadza swe dolegliwości, chociażby nawet nie myślał o odszkodowaniu. Dalej wszystkie objawy są jedynie podmiotowe a niema przedmiotowych objawów; naprzykład: wyniki badania czucia, pola widzenia, siły i t. d. polegają na odpowiedziach badanego; nawet oddech i tętno zmieniają się przy badaniu, jeśli uwagę chorego na nie zwrócimy. Co więcej: możemy poddać (sugiestionować) osobnikowi przez naszą sumienność jakiś objaw, którego właściwie nie było, i jeśli to będzie w rzeczy samej osobnik chory, to dana przypadłość wmówiona w niego, uczyni chorobę cięższą; jeżeli zaś tylko udawał chorego, to go nauczymy, na co ma się uskarżać. Dla tego też autor radzi, żeby badać jak najmniej, a za to obserwować osobnika przez dłuższy czas i zebrać o nim dane od otoczenia i znajomych.

Rzeczywistemi ofiarami nieszczęśliwych wypadków są hystericy, neurastenicy, hypochondrycy i t. p.; uraz może w rzeczy samej pozostawić u nich trwałe następstwa. Lecz i nie podlegli nerwicom mogą stać się chorymi tego rodzaju, jeśli uszkodzenie było silne, zwłaszcza głowy, możebnem jest w takim razie zaburzenie organiczne w oponach lub w mózgu. Dalej możebnemi są pewne objawy chorobowe po upływie dłuższego przeciągu czasu po urazie i to natury czynnościowej lub organicznej.

Pomimo uczuć ludzkości myśl płacenia odszkodowań robi dużo złego: prawdziwa ofiara wypadku utwierdza się w przekonaniu, iż jest nieuleczalnie chorą, niezdolną do pracy; udający zaś chorego w celu zysku rozpróżniaczy się i z biegiem czasu może stać się chorym w rzeczy samej. Dla tego też autor zaleca wielką ostrożność w postępowaniu z osobnikami tego rodzaju, zajęcie ich umysłu pracą, która oderwałaby ich od rozmyślań o nieszczęsnym wypadku, lub o korzyściach, jakie się da zeń wyciągnąć. Praca będzie dla nich najbardziej dodatnią sugestją: leczniczą dla chorych, a zapobiegającą chorobie dla udających.

W. Miklaszewski.

113. Rasch. O chorobie malajczyków zwanej „Amok.” (*Centralblatt* 1894, Nr. 15).

Choroba Amok, spotykana wyłącznie na półwyspie i wyspach malajskich (Sumatra, Borneo, Java, Celebes) i li tylko między rasą malajską — siduńczycy np. będący pochodzenia mieszanego malaj-

sko-mongolskiego nie bywają nigdy nią dotknięci—przedstawia się zazwyczaj pod następującą postacią. Wskutek przygnębiających przyczyn psychicznych, najczęściej wskutek strat poniesionych w grze, którą rasa ta namiętnie uprawia, pozbawiony swego mienia, zmuszony nieraz sprzedać żonę i dzieci lub sam iść do niewoli; innym razem znów wskutek jakiegokolwiek doznanej krzywdy, chęci zemścić się na swym nieprzyjacielu, Malajczyk wpada nagle w stan niezwyklego rozwścieczenia i ze sztyletem w ręku biegnie nieprzytomny przez ulice miasta, wołając dzikim, ochryplym głosem „Amok, Amok!” (w języku malajskim oznacza biedz i zabijając bez litości wszystkich, którzy mu się w drodze trafiają, nie szczędząc przyjaciół ani krewnych, ani kobiet i dzieci). Nie zważający na żadne niebezpieczeństwo, dotknięty Amokiem rzadko się daje żywcem ująć, najczęściej zaś bywa jak pies wściekły przez ścigających go zastrzelony. W innych razach po zamordowaniu kilku ofiar, zwraca broń swą przeciw sobie samemu, zadając sobie nią śmiertelne rany. Gdy zostaje ujęty wpada po skończonym paroksyzmie w stan głębokiego snu, a po przebudzeniu się jest milczący, zamyślony i nie wie nic o dokonanych zbrodniach. Paroksyzm zjawia się bez żadnych zwiastunów, a początek jego jest tem bardziej raptowny, że zazwyczaj malajczycy odznaczają się usposobieniem pokojowem i są b. łagodnego charakteru. Amokowi ulegają tylko mężczyźni. W Macarsar (na wyspie Celebes) choroba ta spotyka się raz lub dwa na miesiąc i zabiera za każdym razem 5—20 ofiar.

Nie jest ona bynajmniej świeżej daty, gdyż już Semler, historyk 18-go stulecia, o niej wspomina.

Co się tyczy etiologii tego cierpienia, to niektórzy autorzy przypisują je działaniu makowca. Przeciw temu przemawia, że kobiety nadużywające go nie w mniejszym stopniu aniżeli mężczyźni, amoku nigdy nie mają. Upicie się alkoholem, cytowane przez innych autorów, również nie może być uwzględnione, gdyż malajczycy wogóle alkoholu nie lubią. Ellis uważa Amok za psychozę epileptyczną: nagły początek, szybki przebieg, następujący po paroksyzmie supor, wreszcie zupełna amnezja, dają się z objaśnieniem tem doskonale pogodzić, ale przeczy mu przedewszystkiem ta okoliczność, że epilesya w Indyach malajskich spotyka się nader rzadko, gdy tymczasem Amok w niektórych miejscowościach jest tak częsty, że każdy dom zaopatrzony bywa w osobne dla obrony przeciw dotkniętym nim chorym narzędzia.

To endemiczne a nieraz i epidemiczne występowanie Amoku, naprowadza autora na myśl, że powstaje on na skutek sugestyi i instynktu naśladowczego przez sugestję wywołanego.

Niektóre właściwości charakteru malajczyków przez autorów podawane, brak sprężystości umysłowej z jednej strony, a z drugiej przykłady niezwykłego bohaterstwa, również dane objaśnienie popierają. Zresztą psychopatie epidemiczne nie należą na wschodzie do rzadkości. Z pomiędzy przytoczonych przykładów interesującą jest zwłaszcza choroba, spotykana u malajczyków i siduńczyków, zwana Latah, Yaun lub Bah-tshi. Dotknięte nią bywają najczęściej kobiety. Chore w czasie napadu naśladują bezwiednie

wszystkie ruchy, które widzą wykonywane przez innych. Że choroba ta jest bardzo zbliżona do modnego obecnie hipnotyzmu i sonambulizmu dowodzi też i to i to, że, jak pisze Frankfurter, dla wywołania paroksyzmu wystarcza „lechtanie” danej osoby. Po napadzie również jak w sonambulizmie, spostrzega się zupełna amnezya.

E. Bregman.

III. Choroby wieku dziecięcego.

114. D-r F. Dollinger. **Przyczynek do nauki o ropniach pozapółkowych.** (*Beitrag zur Lehre von den idiopathischen Retropharyngealabscessen. Jahrbuch f. Kinderherlkunde, 1895, T. XLI z. 2*).

Etiologia ropni pozapółkowych pomimo badań Roustan'a, Gautier'a, Abelin'a, Schmidtz'a a zwłaszcza Bokai'a dotychczas jest rzeczą sporną. Bokai a za nim Koths, odróżniają ropnie pierwotne i wtórne, zaliczając do ostatniej kategorii ropnie opadowe pozapółkowe, powstałe wskutek dostania się ropy z innych okolic ciała (szyi lub kręgosłupa), dalej ropnie przerzutowe przy sprawach septycznych i zapaleniach rozlanych. Za samodzielne uważa Bokai ropnie powstałe wskutek pierwotnego zapalenia ropnego tkanki po za półkowej.

Co się tyczy patogenezy ropni samodzielnych pozapółkowych, to Vernecol w 1842 r. postawił teorię, że powstają one wskutek ropienia gruczołów limfatycznych pozapółkowych. Mniemanie to jednak przyjętem nie było, natomiast ogólnie przyjmowano, że ropnie te są następstwem zapalenia gardzieli (pharyngitis catarrhalis), Roustan, Gautier i Schmitz zwrócili uwagę na zaznaczaną przez Verneuil'a przyczynę, a Bokai w 1876 r. wyraził zdanie, że wszystkie samodzielne ropnie pozapółkowe powstają jedynie wskutek zropienia gruczołów limfatycznych pozapółkowych, które to zdanie zostało przyjęte przez wszystkich prawie autorów.

Co do etiologii tych zapaleń dotychczas panują nieporozumienia. Ropnie samodzielne zdarzają się najczęściej w pierwszych trzech latach (głównie zaś w pierwszym roku) życia. Wywołać je mogą choroby górnych dróg oddechowych, ucha średniego, ostre choroby zakaźne (płonica, błonica, róża, odra, koklusz) przy których często dotknięte są cierpieniem gruczoły limfatyczne. Zresztą związek tych cierpień z zapaleniem gruczołów nie jest pewnym. Za ważną przyczynę ropni uważa Bokai krzywicę, a zwłaszcza zoły. Henoeh stanowczo przeczy temu ostatniemu zdaniu. Henoeh uważa za samodzielny tylko taki ropień pozapółkowy, który powstał u osobnika zupełnie zdrowego, nie będąc wywołanym przez inne cierpienie; Bokai zaś za samodzielne uważał wszystkie ropnie, które powstały pierwotnie w okolicy po-

zapłykowej. Ta różnica w zapatrywaniach dziwić nie powinna wobec tego, że sprawa ta chorobowa przechodzi zwykle pomyślnie i wskutek tego do sekcji nie dochodzi.

Autor przytacza właśnie w swej pracy jeden przypadek sekcyjny. Dziecko 8 miesięczne, które 3 miesiące temu chorowało na Bronchitis capillaris, dostało kaszlu, umiarkowanej duszności i gorączki. Przy badaniu gardzieli znaleziono, że łuk podniebienny i prawy migdał są wypchnięte ku przodowi przez chełbocący guz wielkości wiśni. Ropień był natychmiast otworzony i wyciękła zeń umiarkowana ilość gęstej, żółtej ropy. Stan dziecka się nie poprawił, chociaż ropień nie wytworzył się na nowo. Badanie powtórne wykazało: Dziecko znajduje się w zapaści, wielkie ciemię wypukłone i napięte, oczy są bez wyrazu, źrenice nie reagują; nie ma zęza. Obrzmienie ścianki gardzieli po za prawym łukiem; powtórne nacięcie nie wykazało ropy: U kąta prawej szczęki powiększony gruczoł limfatyczny. Dziecko umarło przy objawach gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Prócz tego przypuszczano istnienie gruźlicy gruczołów oskrzelowych, może ogólną prosówkę. Ropień pozapłykowy powstał na gruncie gruźliczym.

Sekcja wykazała: Gruźelki na oponie naczyniowej, gruźlicę płuc, gruźlicę gruczołów oskrzelowych. Po za prawym łukiem podniebiennym znaleziono jamę, ograniczoną od przodu przez ten łuk podniebienny, od góry przez podstawę czaszki, od tyłu przez kręgosłup; jama ta była wielkości wiśni; w części oczyszczala się ona, w części pokryła błoną ropotwórczą. Ani makro, ani mikroskopowe badanie nie wykazało w tej jamie obecności gruzełków lub laseczników gruźliczych; nie znaleziono również w okolicy jamy gruczołów limfatycznych. Guz koło kąta szczęki był gruźliczo-zwyrodniałym gruczołem. Oprócz tego znaleziono gruźlicę wątroby i śledziony.

Ponieważ nie było ropienia w żadnym innym miejscu, więc ropień pozapłykowy uważać należy za samodzielny w znaczeniu Bokai'a. Dziwną jest rzeczą, że nie znaleziono gruczołów limfatycznych pozapłykowych i tem samym brak było dowodu, że ropień powstał ze zropienia tychże. Być może że istniał tam, jak to bywa niekiedy, jeden tylko gruczoł, który zropiał. Pomimo ujemnego wyniku badania co do obecności w ropniu gruzełków i laseczników, autor przypuszcza, że ropień ten był spowodowany przez gruźlicze zwyrodnienie gruczołu.

Kamiński.

115. Thomas Barlow. **O skorbutcie dziecięcym oraz o jego stosunku do krzywicy.** (*Centralbl. f. in. Med.* Nr. 21 — 22, 1895).

Skorbut dziecięcy, chorobą Barlowa zwany, występuje najczęściej pomiędzy 9 a 18 miesiącem życia dziecka.

U nieco bladego dziecka występuje bez widocznej przyczyny niepokój, wzmagający się przy ruchach. Niepokój ten wywołany bywa przez ból w kończynach dolnych, na których zauważyć się daje obrzmienie o niezbyt ostrych konturach. Początkowo dziecko podciąga nóżki do góry, następnie trzyma je odwrócone na zewnątrz nieruchomie, jak to przy pseudo-paralysis spostrzegać się daje. Podobne zjawiska występują często i na kończynach górnych. Stawy zazwyczaj nie bywają zajęte, w ciężkich jednakże przypadkach zdarzają się samoistne złamania na epifizach kości. Na kościach czaszki oraz twarzy zauważyć się dają niekiedy zgrubienia. Zmiany chorobowe występują i w oczach, galka oczna wypukła się, górna powieka obrzmiewa, na łącznicy zjawiają się krwawe wybroczyny. W czasie przebiegu choroby rozwija się silna niedokrewność; skóra przyjmuje zabarwienie ziemiste lub żółte; tu i owdzie zjawiają się podbiegnięcia krwawe. Wychudnienie nie należy do cech charakterystycznych. Ciepłota podnosi się tylko w czasie zajęcia sprawą chorobową układu kostnego. Zajęcie dziąseł zależy od ilości zębów; cierpienie jamy ustnej może utrudniać przyjmowanie pokarmów; niekiedy spostrzegane były i krwawienia z nosa. Łaknienie i trawienie w większości przypadków zaburzeń nie przedstawiały. W przypadkach znacznego charłactwa przypadkowe powikłania sprowadzają zejście śmiertelne lub też choroba przyjmuje przebieg przewlekły. Nie będąc leczoną choroba trwa od dwóch do czterech miesięcy. Mocz zawiera często białko i krew, oraz moczany. Śledziona bywa tylko w wyjątkowych przypadkach powiększoną, serce i płuca zazwyczaj zmian chorobowych nie przedstawiają.

Badanie anatomo-patologiczne nie wykazuje nic więcej oprócz wysokiego stopnia osteoporosis, oraz krwawień.

W pracy swej zbija Barlow mniemanie, jakoby cierpienie to, imieniem jego ochrzczone, miało być krzywicą i odmawia mu wszelkiego związku z tą chorobą. Morbus Barlow'i uważa autor za skorbut dziecięcy. Etiologia przemawia za tem: żadne z chorych dzieci nie było piersią karmione, natomiast podawano im surrogaty (mleko koncentrowane, preparaty mączne i t. d.) większość małych pacjentów były to dzieci ludzi zamożniejszych, gdyż dzieci klasy uboższej już bardzo wczesnie dostają oprócz mleka pożywienie starszych.

Zwracając się do terapii, radzi autor: świeże mleko, purée z kartofli z mlekiem, sok mięsny, sok pomarańczowy, cytrynowy lub winogronowy. Dodatkowo skutki tej kuracji nie każą na siebie długo czekać, już po 2—3 dniach widzi się wyraźną ulgę.

H. Kucharzewski.

116. Dr A. Marmorek. **Leczenie płonicy surowicą przeciwpaciorkowcą.** (*Wien. med. Woch. Nr. 7 1896*).

Chociaż nieznanne są dotąd drobnoustroje, wywołujące płonicę, jednak okoliczność, że przy powikłaniach tej choroby (wrzo-

dy, zapalenia nerek, wsierdza, opłucny i t. d.) znajdowano stale paciorkowce (streptococci), skłoniła autora do prób, mających na celu przynajmniej ustrzeżenie chorego przed niebezpiecznymi powikłaniami, które same przez się są często groźniejszymi od właściwej choroby.

Surowica była szczepiona ogółem 96-iu dzieciom i zużyte zostało 30,000 jedności uodporniających. Dziecko otrzymało 10 ctm. sz. pod skórę, a w cięższych przypadkach 20 dziennie; zastrzykiwania robiono, dopóki gorączka nie ustąpiła zupełnie. W ciągu leczenia chory zużywał przeciętnie 10—30 ctm. surowicy i tylko w pojedynczych przypadkach 80—90.

W kilku przypadkach znaleziono laseczniki błonicy w nalocie na migdałkach. Pomimo stosowania surowicy przeciwbłonicy, umarło z pomiędzy tych chorych czworo dzieci. W paru przypadkach powikłania ropnem zapaleniem ucha środkowego zauważono szybkie wyleczenie po zastrzykiwaniu surowicy przeciw paciorkowcowej. Białko w moczu ginęło po 1—2 dawkach surowicy, gorączka spadała, ogólny stan poprawiał się, bredzenie nie występowało. Ani razu nie zauważono miejscowych ani ogólnych powikłań po szczepieniach podskórnych.

W. Miklaszewski.

117. Dr A. Martinez Vargas. (Barcelona). **O leczeniu krztuśca chlorkiem fenokolu (phenocollum hydrochloricum).** (*Ther. Wochensch. Nr. 1, 1896*).

Autor wypróbował wszystkie środki lekarskie, zalecane przy koklusz, i przyznaje, że po żadnym z nich nie widział tak prędkiego i wyraźnego skutku, jak po chlorku fenokolu, środek ten, nie tylko że zmniejsza natężenie i liczbę napadów, lecz skraca sam przebieg choroby. Ogółem stosował autor fenokol w 42 przypadkach w dawce od 1,0 do 2,0 dziennie w roztworze wodnym lub z gumą arabską, dla poprawy nieprzyjemnego smaku dodawał syropu.

Środek ten nie ma żadnego ubocznego działania, nie wywołuje ani wymiotów, ani biegunki, ani wysypki, ani też innych jakichkolwiek zaburzeń. Działanie środka zdaje się polegać na tem, że usuwa on bezpośrednio konwulsyjny charakter kaszlu, działanie to ujawnia się już po 6—12 godzinach, po 24 jest ono już bardzo wyraźne.

Phenocollum hydrochloricum działa tu jako sedativum na nerw trójdzielny, oraz na laryngeus superior.

H. Kucharzewski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

Nowe środki lecznicze.

118. **Calcium permanganicum** $\text{Ca} (\text{Mn O}_4)_2 + 5\text{H}_2\text{O}$. Preparat ten z wyglądu swego podobny jest do kalium permanganicum, chociaż ma mniej wyraźną budowę krystaliczną. W wodzie rozpuszcza się z niesłychaną łatwością. Z referatu złożonego Paryskiej Akademii Lekarskiej przez d-ra Bordas'a wnioskować można, że calcium permanganicum jest idealnym antyseptykiem o sile, przewyższającej znacznie sublimat. Ze stron dodatnich posiada ten środek tę jeszcze, że nie działa ani trująco, ani żrąco. Calcium permanganicum działa o 100 razy silniej antyseptycznie od soli potasowej, co objaśnia się tem, że pierwsza sól przy zetknięciu się z ciałami organicznymi już na zimno rospada się niesłychanie szybko na tlen, tlenek manganu i tlenek wapnia. Na tej podstawie zaleca Bordas ten preparat do oczyszczania wody do picia zamiast soli potasowej. Obecnie prowadzą się badania nad zastosowaniem tego nowego środka do celów lekarskich, i niezawodnie doprowadzą wkrótce do dodatnich wyników.

H. Kucharzewski.

119. **Bryonina**. ($\text{C}_{48} \text{H}_{80} \text{O}_9$). Bryonina znajduje się razem z bryonidyną w radix Bryoniae albae. Jest to glikozyd; przedstawia się pod postacią bezkształtnego, żółtawego proszku, smaku mocno gorzkiego, łatwo rozpuszcza się w wodzie i wysokoku. Dla zapobiegania rozkładaniu się tego preparatu przechowywać go trzeba bez dostępu powietrza w suchym miejscu. Badania J. M. Shallera dowiodły, że bryonina działa drażniąco na błonę śluzową kiszek i żołądka, oraz pobudza działalność nerek. Środek ten wskazany jest przy obrzękach i puchlinie, oraz przy sprawach zastoinowych w wątrobie, oraz we wszystkich przewlekłych sprawach zapalnych błon surowicznych. Bryoninę zaleca się najlepiej pod postacią perełek (granula) à 0,001 co 2 godziny po jednej aż do obfitych wypróżnień, następnie podaje się od 2—3 sztuk dziennie. U ludzi silnych, cierpiących na nawykowe zaparcia stolca, można dawkę tę nieco powiększyć.

Rp. Bryonini 0,1
Sacchar lact 4,0
Gum. arab. 1,0

Syr. simpl. q. s. ut. f.

Massa e qua formentur granula Nr. 100.

S. Co 2^g godziny po jednej sztuce.

H. Kucharzewski.

120. **Canadinum hydrochloricum.** ($C_{20}H_{21}NO_4HCl$). Preparat ten przedstawia się pod postacią małych, bezbarwnych kryształków, przyjmujących z czasem żółty odcień. W wodzie kryształy te rozpuszczają się trudno. Alkaloid ten znajduje się jednocześnie z berberiną i hydrastininą w korzeniach *Hydrastis Canadensis*. Kuno von Bunge badał wpływ kanadyny na zwierzęta ciepłokrwiste; autor ten utrzymuje, że duże dawki kanadyny wywołują początkowo pobudzenie psychiczne i ruchowe, krótko trwające, poczem następują objawy porażenia mózgo-rdzeniowego. Oprócz tego nowy ten preparat sprowadza żywe ruchy robaczkowe kiszek, oraz biegunkę. Na macicę kanadyna zupełnie nie działa, wywiera jednakże wpływ trujący na płód, wskutek czego pobudza go do energicznych ruchów, gdy tymczasem ścianka macicy pozostaje zupełnie nieruchomą. Na ciśnienie krwi kanadyna w przeciwnieństwie do hydrastininą żadnego wpływu nie wywiera, wskutek czego nie może mieć zastosowania przy krwotokach macicznych. Małe dawki na serce żadnego wpływu nie wywierają, natomiast duże dawki sprowadzają arytmie. Śmiertelna dawka dla kotów wynosi 0,25 g. na kilo wagi przy bezpośrednim zastrzyknięciu do żył. Śmierć następuje wskutek paraliżu oddechu. Na ludziach, jak dotąd, doświadczeń nie robiono.

H. Kucharzewski.

121. **Apocodeinum hydrochloricum.** O farmakodynamicznem działaniu apokodeiny panują jeszcze obecnie podzielone zdania. Murrel przypisuje apokodeinie wyłączne wykrztuśne działanie; natomiast Guinard widzi w niej działanie kojące, połączone jednakże ze wzmoczoną sekrecją śliny, oraz pobudzeniem ruchów robaczkowych kiszek. W ostatnich czasach znowu podniosły się dwa głosy o działaniu apokodeiny: G. Meder (Inauguraldissert. Dorpat 1895) i Toy (Therap. Woch. 1895). Pierwszy z nich staje po stronie Murrel'a, utrzymując, że apokodeina ma jedynie działanie wykrztuśne. Drugi podziela zdanie Guinard'a; stosując ten środek w przypadkach pobudzenia maniakalnego spostrzegał uspokojenie się chorego oraz niejednokrotnie kilkogodzinny sen. Jako środek kojący podaje się apokodeina do wewnątrz lub też podskórnice w dawkach od 0,02—0,06.

Rp. Apocodein hydroch. 0,5
Aq. destill. 100,0
Syr. Rub. Id. 25,0

MDS. Po $\frac{1}{2}$ — 1 łyżce stołowej.

Rp. Apocodein. hydroch. 0,2
Aq. destill. 10,0

MDS. Strzykawkę Pravatz'a podskórnice.

(Therapeut. Wochen. Nr. 7, 1896)

H. Kucharzewski.

122. **D-r Jerzykowski** stosował pastylki z wyciągiem **gruczołu trzustkowego** w 10-ciu przypadkach **otyłości** prawie zawsze z dobrym wynikiem, o ile chorzy zachowywali odpowiednią dietę. Po użyciu 100—200 pastylek po 2 — 3 dziennie, waga ciała zmniejszała się o 15% pierwotnej i nie podnosiła się ponownie. Uboczne ujemne działanie zauważył autor tylko w jednym przypadku (u chorej na

otłuszczenie serca). Dodatni wynik był w jednym przypadku za starzalej łuszczycy. Działanie gruczołu objaśnia autor przyspieszeniem przemiany materii. (Nowiny Lek. Nr. 1, 1896).

W. M.

123. D-r Stabel podaje 83 przypadki **wola**, leczone **gruczolem tarczycowym**, lub jego przetworami. Chorzy otrzymywali po 8—15,0 gruczołu 2 razy tygodniowo. U 4-ch na 25 leczonych wole zginęło zupełnie; u reszty była mniejsza lub większa poprawa. Po przerwie w stosowaniu środka gruczoły chorych ponownie powiększały się; to też autor przypisuje środkowi nie działanie lecznicze, lecz wprost — zastępcze, wyrównywające czynność chorego gruczołu tarczycowego. Gorsze wyniki dało stosowanie pastylek (po 1—3 dziennie) jakoby wskutek większej trudności dawkowania leku i niemożności podania go w dostatecznej ilości. Najczęstsze działanie uboczne środka polega na przyspieszeniu uderzeń serca (do 150 i wyżej); odbija się to ujemnie zwłaszcza na niedokrwestych i nerwowych. W jednym przypadku rozwinęła się mania prześladowcza ze śmiertelnem zejściem. Uboczne działanie ujemne najsilniej uwydatniło się w chorobie Basedow'a, gdzie wszyscy chorzy autora (10) doznali pogorszenia. (Berlin. Klin. Woch. Nr. 5, 1896).

W. M.

124. D-r Dubois zaleca **wstrzykiwania morfiny** (3 razy dziennie po 0,03) przy **braku łaknienia** i wymiotach **histerycznych**. Rękoczyn należy spełniać codziennie o tych samych godzinach, 1/2 godz. przed jedzeniem; chorą trzeba upewnić, że pokarm będzie zniesiony dobrze bez bólów i wymiotów. Sugestia gra tu najważniejszą rolę; morfina zaś usposabia tylko chorą do poddania, jak to sprawdził autor na 3-ch chorych, na które przestał działać nawet hypnotyzm. W ciągu kilku miesięcy dawkę zmniejsza się stopniowo, aż do zupełnego wyleczenia. (Le progr. médic. Nr. 8, 1896).

W. M.

125. Moxter podaje przypadek **wiądu rdzenia**, potwierdzający pogląd Leyden'a, że siedliskiem choroby są neurony, czyli że wiąd zaczyna się w obwodowym układzie nerwowym i stamtąd dąży do ośrodkowego układu. Było przeprowadzone dokładne badanie tkanek. (Zeitschr. f. klin. Med. B. XXIX H, 3 u 4, 1896).

W. M.

126. Germano i Capobianco powtórzyli badania Golgé'go odnośnie do **histo-patologii ukł. nerwowego we wścieklicznie**. Wiadomo, że podł. Golgé'go istnieje w rabies encephalo meningitis parenchymatosa diffusa ze zmianami w jądrach, protoplazmie i wyrostkach komórek, ze zmianami w naczyniach i w gangliach międzykręgowych. Germano i Capobianco badali ukł. nerwowy zwierząt, dotkniętych wściekliczną zwykłą lub zaszczeploną. Znaleźli stałe zmiany anatomiczne w rdzeniu królików i psów, polegające na ostrem zapaleniu. Komórki nerwowe przechodzą okresy zwyrodnienia aż do rozpadu, neuraglia zaś ulega przerostowi. (Roczniki Inst. Pasteura 1895).

R.

127. Gilbert et Fournier znajdowali **drobnoustroje w kamieniach żółciowych**. Na 36 badanych przypadków w 22-ch nie wykazano żadnych mikrobów ani w kamieniach ani w żółci; w 9-ciu bacil. coli com; w 1-ym jedne kamienie zawierały tegoż lasecznika,

inne nie; w 1-ym ten sam ustrój w kamieniu barwił się, lecz nie mógł być wyhodowanym, a w żółci był żywy; w reszcie przypadków znaleziono martwe laseczniki w kamieniu i brak wszelkich drobnoustrojów w żółci. Autorzy stwierdzili, że *bact. coli* może przedostać się wtórnie do istniejącego już kamienia. Jednak nie mniej możebnem jest przypuszczenie, że drobnoustroje same są powodem powstawania kamieni pod wpływem zapalenia, jakie wywołują w pęcherzyku żółciowym. Kamienie, w których nie znaleziono lasecznika, były stare; możebnem jest przeto, iż był on tam również jak w świeżo pozostałych kamieniach, lecz z biegiem czasu zaginął. (*L'union medicale*. Nr. 8, 1896). *W. M.*

128. **Gonin** podaje przypadek **wyleczenia róży twarzy surowicą przeciw paciorkowcą Marmorka**. Uporeczywa postać po zastrzyknięciu 5-ciu ctm.³ surowicy zmieniła się szybko: ciepota spadła o 2°, ogólny stan poprawił się znakomicie, miejscowa sprawa ucichła. Po drugiej takiej dawce nastąpiło zupełne wyleczenie. (*Lyon. médicale* Nr. 8; 1896). *W. M.*

129. W przypadkach niepowikłanych **ropienia przewlekłego z ucha** Hamon du Fougerey, przypisując długotrwałość sprawy chorobowej niedokładnej aseptyce, poleca niejednokrotne wypełnianie zewnętrznego przewodu słuchowego gazą jodoformową. Złożone w troje lub we czworo pasmo tej ostatniej należy umieścić ostrożnie w przewodzie w ten sposób, by jeden z końców pasemka znalazł się o ile możności najbliżej błony bębenkowej, drugi zaś nie wychylał się po za brzegi wylotu ucha zewnętrznego. Pod tego rodzaju opatrkiem, który stosować należy i w przypadkach operacyjnych po wykonaniu rękoczynu, ropienie z jamy bębenkowej ustaje zwykle prędko, przy czem gaza, nie stercząc na zewnątrz, nie wydaje nieprzyjemnego odoru, a zresztą, zastąpioną być może z równym dla chorego pożytkiem przez muślin, napojony sublimatem lub kwasem salicylowym. (*Lyon. méd.* Nr. 20, 1895). *K. N.*

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Kol. **Józef Kuniewicz**, został mianowany lekarzem ambulatorium dla chorób kobiecych w szpitalu św. Rocha.

— Kol. **Józef Jaworski**, został mianowany lekarzem ambulatorium dla chorób kobiecych w szpitalu Wolskim.

— Kol. **Józef Zawadzki** został mianowany lekarzem ambulatorium dla chorób żołądka i kiszek w szpitalu św. Rocha w Warszawie.

— Zmarły prof. **Rydel**, jak donosi „Przełg. lek.” pozostawił w rękopisie uzupełnienia do Słownika terminologii lekarskiej polskiej.

— Ostatni (3) zeszyt „Nowin lekarskich” poświęcono prof. **Wicherkiewiczowi**. Zawiera on artykuły wyłącznie z dziedziny okulistyki: wyborny odcinek d-ra Strzemińskiego p. n. Oftalmologia w pierwszym 25-leciu XIX w., oraz korespondencye z War-

szawy i Lwowa. Korespondencya z Warszawy omawia ważną bardzo kwestyę ordynatorów szpitali i sposobów ich obsadzania. Numer kończy opis uczyty wydanej na cześć prof. Wicherkiewicza.

— Na cześć prof. **Wicherkiewicza**, odbyła się w Poznaniu wspaniała pożegnalna uczta, w której przyjmowało udział około 150 osób, przedstawicieli różnych stanów.

— Odbyło się pierwsze posiedzenie Towarzystwa dla zwiększenia środków Instytutu lekarskiego żeńskiego w Petersburgu. Członków założycieli jest 200. Do zarządu wybrano między innymi prof. Tarnowskiego, W. Weljaminowa, Batalina, Simanowskiego.

— Prof. **Maydl** w Pradze operował w tym czasie nader ciekawy przypadek. U 19-letniego studenta politechniki, od dawna zauważono guz w jamie brzusznej, wychodzący jakby z kręgosłupa i opuszczający się do miednicy. Po otwarciu brzucha znaleziono między kręgosłupem i kiszki guz, który składał się z niedorozwiniętego płodu (acephalus). W życiu płodowym prawdopodobnie w rozwiniętym ustroju drugie z bliźniąt dla przyczyn nieznanych rozwijało się w miednicy pierwszego.

— **Ze statystyki.** Na 2,922 lekarzy praktykujących w Paryżu, jest 22% cudzoziemców.

W wieku od 20 — 39 lat jest 1470 lekarzy

od 40 — 59 „ 1067 „

po za 60 „ 385 „

— **Medycyna w Japonii.** W tych dniach towarzystwo lekarskie paryskie otrzymało z Tokio cały szereg prac tam wykonanych, opatrzonych rysunkami wybornie wykończonemi. Prace drukowane są w języku niemieckim a treść ich oraz wykonanie klisz podziw tylko budzić mogą, że w ciągu lat niewielu wszechnica w Tokio może już konkurować z pierwszorzędnymi wszechnicami w Europie. Prasa francuska chwali zarówno prace jak i ich wydanie.

Jedna z prac której treść przytoczyć należy dla przykładu, zawiera badania nad dżumą i jej epidemią w r. 1894, w Hong-Kong. Skoro epidemia wybuchła w kwietniu 1894 r., władze japońskie przedsięwzięły środki zaradcze natychmiast: przepisano dla przybywających z miejsc zakażonych 9 dniową kwarantannę, później 7 dniową; do Hong-Kong wysłana została komisya lekarska dla badania zarazy.

W pracach komisji przyjął udział prof. Oyama, i wydał po powrocie monografię dżumy.

Hong-Kong, gdzie zaraza wybuchła, jest znacznem miastem handlowem o 200,000 mieszkańców, żyjących w najgorszych warunkach zdrowotnych i w brudzie trudnym do opisania, było to przyczyną szybkiego rozrostu dżumy. W jaki sposób zaraza się rozprzestrzenia i rozwija, prof. O. rozstrzygnąć nie może, nawet zarażenie bezpośrednie nie może być uznane za zupełnie stwierdzone, jak dowodzą badania nad służbą lazaretów. Systemat szpitali pływających źle był przez ludność przyjęty, musiano więc ustąpić ludności i mieścić chorych w długich galeryach bez różnicy płci i wieku razem. Śmiertelność u Chińczyków wynosiła 93%, inne narody dawały bez porównania mniejszą.

Badania bakteriologiczne, przedsięwzięte przez Oyamę, nie

dały jeszcze wyników, choć jest on pono na drodze do znalezienia ustroju chorobotwórczego.

Opis symptomatologii opuszczamy, jest on naszkicowany umiejętnie i wyczerpuje kwestyę.

Na dalekim więc Wschodzie, jak widzimy z prac, medycyna jako nauka robi postępy.

Bibliografia.

D-r Art. v. Jaruntowsky: Die geschlossenen Heilanstalten für Lungenkranke u. die Behandlung in denselben. (Berlin 1896 Verlag von S. Karger. Charité str. 3).

Autor rozpatruje obecny stan leczenia suchot płucnych i jego czynniki główne: klimat, higienę i dyetetykę, które jedynie, zwłaszcza stosowane w specjalnych zakładach, są w stanie oddziaływać na przebieg choroby w sensie leczniczym. Następnie omawia urządzenie zakładów leczniczych dla suchotników, wymagania jakim powinny odpowiadać, oraz w krótkości przechodzi stosowaną w nich zwykle metodę (leczenie powietrzne, chodzenie po wzgórzach, dietetykę, „pedagogikę,” oraz leczenie symptomatyczne). Kończy pracę opis zakładów Brehmera w Görbersdorfie, zakładu w Falkensteinie, w Davos, Hohenhonnef, Reiboldsgrin i St. Blasien. Praca ta, zdaje się w tym samym zakresie, drukowaną była w „Nowinach lekarskich” w 1893 r.

H.

H. Oppenheim: Der Fall N. Ein weiterer Beitrag für Lehre von den Traumatischen Neurosen nebst einer Vorlesung und einigen Betrachtungen über derselbe Kapitel. (Berlin 1896 Verlag Karger. Charité str. 3).

Wobec rozwijającego się przemysłu i praw o obowiązkowym ubezpieczeniu robotników od nieszczęśliwych wypadków, również jak wobec szerszego coraz zakresu działania wszelkiego rodzaju towarzystw asekuracyjnych, dział medycyny sądowej, traktujący o chorobach, powstałych wskutek nieszczęśliwych wypadków (Unfallskrankheiten) nabrał szczególnego znaczenia. W Niemczech, jak niedawno o tem donoszono, powstało nawet stowarzyszenie lekarzy, działowi temu się poświęcających, posiadające nawet własny organ. Już przy zaopiniowaniu uszkodzeń zewnętrznych nasunąć się mogą trudności niemałe, największej jednak dyskusyi podlegają zaburzenia układu nerwowego, skutkiem nieszczęśliwych wypadków się pojawiające. Gdy jedni autorzy uznają istnienie osobnych postaci chorobowych, nerwicami urazowymi zwanych, inni znów bardziej sceptycznie do tego rodzaju wypadków się odnoszą, uważając podawane objawy jako czysto podmiotowej natury, a więc z łatwością symulować się dające. Jednym z twórców nerwic urazowych a następnie głównym ich szermierzem był Oppenheim. W broszurce, której tytuł podajemy, autor nanowo podnosi kwestyę nerwic urazowych z powodu przypadku sądowego, w którym, jako biegły, nerwicę urazową rozpoznał, sąd jednak na zasadzie opinii drugiego biegłego (którego nazwisko nie zostało podane), żądania

poszkodowanego oddalił. Autor tłumaczy w danym przypadku, jaka niesprawiedliwość z niezajomości tej postaci chorobowej wynikać może.

W drugiej części znajdujemy wykład kliniczny autora o tym samym przedmiocie, oraz rozbiór główniejszych objawów u chorego nerwicą urazową a nerwicą urazową, autor podnosi bóle w miejscu najbardziej uszkodzonym, wzmagające się przy poruszaniu danej części ciała. Wreszcie w zakończeniu swej pracy autor zwraca się przeciw Strümpfowi, który w wyszłym niedawno artykule (zob. sprawozdanie w b. numerze Kroniki) również kwestyę nerwic urazowych rozbiął, Strümpell niesłusznie, zdaniem Oppenheima, kładzie szczególny nacisk na powstające w obecnych warunkach w każdej niemal ofierze nieszczęśliwego wypadku myśli o odszkodowaniu, o wyciągnięciu z wypadku jak największych dla siebie korzyści, o możliwości egzystowania bez pracy i t. d. Pracę Oppenheima ze względu na aktualne znaczenie podniesionej kwestyi, mającej dla ogółu lekarzy znaczenie bynajmniej nie tylko teoretyczne, uwadze kolegów polecamy.

Bregman.

Od Redakcyi.

Począwszy od zeszytu bieżącego rozpoczynamy druk pracy kol. Fr. Giedroycia p. n. Ekspertyza sądowa w dawnych sądach polskich.

Praca ta stanowić będzie monografię historyczną danej kwestyi i służyć będzie za źródło nie tylko dla lekarzy ale i historyków cywilizacyi i obyczajów dawnej Polski. Nie wahamy się więc poświęcić jej więcej miejsca, aby jednak czytelnicy nasi nie stracili na równomiernem rozdziale pisma na poszczególne działy numery oddzielne pisma aż do ukończenia druku tego dzieła zwiększymy, nadto drukować będziemy tę pracę z oddzielną paginacją, dając co numer arkusz druku, aby czytelnicy po ukończeniu druku mogli zebrać oddzielne arkusze i złożyć sobie całość, która każdego, komu dzieje cywilizacyi własnego narodu są drogie, zainteresować winna.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

D-r med. J. Maybaum: Ein Fall v. Oesophagusdilataalfion nebst Bemerkungen über d. Resorptionsfähigkeit d. Oesophagus-schleimhaut. (Odb. z Arch. Verdauungs Kr.).

SPROSTOWANIE:

W zeszycie 5-ym — zamiast d-r Menahem Hadara — powinno być d-r Menahem Hodara.

W zeszycie 6-ym — zamiast W. Dubrenilh i Bernard — powinno być W. Dubreuilh i Bernard.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

I. A. Leśniowski. Przyczynek do operacyjnego leczenia spinae bifidae cysticae, 271.—II. Fr. Neugebauer i M. Warszawski. Wycinanie macicy (Inversio uteri). Odczyt kliniczny uzupełniony kazuistyką piśmiennictwa polskiego (ciąg dalszy), 277. — III. D-r Fr Giedroyć. Ekspertyza Lekarska w dawnych sądach polskich, (do końca XVIII stulecia), 311.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna. 104. Prof. Cybulski. O czynnościach nadnercza, 289.—105. Dr. A. Albu. Znaczenie poglądu o samozatruciu dla patologii, 290.—106. Dr. H. Lüthje. Dna powodowana przez zatrucie ołowiem. oraz wpływ tegoż na wydzielanie kwasu moczowego, 291. — 107. Dr. Chauffard. Zapalenie opłucny urazowe, 292. — 108. Dr. Bouveret. Zwężenie odźwiernika wskutek zrostu z pęcherzykiem żółciowym, 292. — 109. Schmidt. O pierwotniakach pasorzytniczych w płwocinie, 293.

II. Choroby nerwowe. 110. Prof. Obersteiner. O postępach wiedzy w chorobach rdzenia, 294. — 111. Bechterew. Badania nad powstawaniem napadów padaczkowych, 295. — 112. Prof. Strümpell. Badanie, ocena i postępowanie z ofiarami nieszczęśliwych wypadków, 296.—113. Rasch. O chorobie malajczyków zwanej „Amok,” 297.

III. Choroby wieku dziecięcego. 114. Dr. F. Dollinger. Przyczynek do nauki o ropniach pozapolykowych, 299. — 115. Thomas Barlow. O skorbcie dziecięcym oraz o jego stosunku do krzywicy, 300.—116. Dr. A. Marmorek. Leczenie płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową, 301.—117. Dr. A. Martinez Vargas. (Barcelona). O leczeniu krztuśca chlorkiem fynokolu (phenocollum hydrochloricum), 302.

118 — 129. Wiadomości pomniejsze. Nowe środki lecznicze, 303.

Kronika bieżąca, 306. — Bibliografia, 308. — Od Redakcyi, 309.

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

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

O D C I N E K .

PRZYCZYNEK DO DZIEJÓW MEDYCyny W POLSCE.

Ekspertyza Lekarska

W DAWNYCH SĄDACH POLSKICH.

(do końca XVIII stulecia).

[PODAŁ

Dr. Fr. Giedroyć.

Środki, jakimi rozporządza obecnie sędzia przy dochodzeniu prawdy, pozwalają mu w najbardziej nawet zawikłanych sprawach wyciągać wnioski niewątpliwe, posiadające prawie matematyczną ścisłość. Jednego z takich środków pomocniczych, i to pierwszorzędnej wagi, dostarcza wiedza lekarska. Reprezentujący ją lekarze-eksperti sądowi w pewnych przypadkach, w pewnych zagadnieniach tak stanowczo dawać mogą odpowiedzi, że sędziemu pozostaje tylko zastosować do winnego odpowiedni artykuł prawa. Wobec tego wyradza się przypuszczenie, że sądy oddawna musiały powoływać lekarzy ku pomocy, jako biegłych, i że tem samem medycyna sądowa stanowi jedną z starszych gałęzi obszernej wiedzy naszej. Skoro jednak fakty historyczne przekonywają, że ekspertyza lekarska w dochodzeniu sądowym jest czynnikiem względnie nowym, zwłaszcza u nas, powstaje pytanie: jak radził sobie sędzia w sprawach, których sprawiedliwe rozstrzygnięcie nie da się teraz wyobrazić bez pomocy nauki lekarskiej?

Hołdując zwyczajowi, szukamy przedewszystkiem odpowiedzi w najbogatszym zbiorze wiadomości do dziejów medycyny polskiej — w dziele L. Gąsiorowskiego (21) ¹⁾. Autor ten

¹⁾ Liczby arabskie w nawiasach oznaczają Nr.Nr. źródeł, przy końcu przytoczonych.

wszakże poświęca medycynie sądowej zaledwie stron kilka, i nie dziwnego, gdyż jak sam powiada: „z wszelkich dotychczasowych badań okazuje się, iż w prawach polskich aż do ostatecznego rozbioru r. 1795 nie mamy śladu, aby medycyna sądowa miała być kiedykolwiek w Polsce przy rozszkazywaniu spraw, takowej wymagających, do pomocy używana.” Następnie jednak, na zasadzie niewątpliwego istnienia po większych miastach polskich fizyków miejskich, wy-powiada przypuszczenie, że magistraty wzywały owych fizyków do spraw, wymagających opinii lekarza, a wreszcie zaznacza, że sądy duchowne posługiwały się stale ekspertyzą lekarską, ilekroć była potrzebną, a to w myśl prawa kanonicznego.

Drugi z historyków, prof. Hechel (22), streszczając pracę Mendego, dopełnił ją wprawdzie niektórymi szczegółami z zakresu medycyny sądowej w Polsce, nie wiele wszakże przyczynił się do wyświetlenia sprawy, jak to już słusznie zauważył Gąsiorowski. Wreszcie prof. Blumenstok (25), podając krótki zarys historyczny medycyny sądowej w wiekach średnich, poświęca parę ustępów Polsce i przychodzi do przekonania, że „nie znaleziono dotąd dowodu, aby kiedykolwiek posługiwano się u nas znanymi lekarskimi w sprawach karnosądowych.”

Nie znalazłszy więc wyjaśnienia rzeczy w dotychczasowych opracowaniach, postanowiłem obrać inną drogę poszukiwań. Pominąwszy zamilczające o ekspertyzie ustawy, statuta i w ogóle prawodawstwo, zwróciłem się do samych spraw sądowych, mianowicie takich, w których można się było spodziewać obecności lekarza, jako biegłego. Zamiast teorii badałem praktykę sądową, i osiągnięte wyniki zamierzam tutaj wyłożyć.

Sklaniają mnie do tego dwie głównie pobudki: oto czerpałem materiał przeważnie z drukiem nieogłoszonych źródeł rękopiśmiennych, podanie więc jego samo przez się stanowi przyczynek do dziejów medycyny; powtóre, zebrany materiał nie tylko rzuca pewne światło na sprawę ekspertyzy lekarskiej, lecz niekiedy wprost rozstrzyga dotychczasowe wątpliwości i pozwala wyciągać wnioski stanowcze.

Chociaż przeto zgromadzone wiadomości nie dają całkowicie wyczerpującej charakterystyki ekspertyzy lekarskiej w dawnych sądach polskich, oświetlają atoli ją z nowej strony, i mogą zachęcić do dalszych badań. Potrzeba zaś ich bardzo, albowiem, jak słusznie pisze Er. Świeżawski: „Przeszłość nasza dziejowa, zbiegiem różnych najsmutniejszych okoliczności, tak mętne przedstawia dotąd w wielu punktach oblicze, że zdaje się najskromniejsze usiłowanie w celu rozpręczenia ciemności, pogardzonym być nie powinno.”

Ten właśnie, w miarę możności zebrany materiał podaje w oryginalnej osnowie. Gdzie niedzie tylko dorzuciłem własne uwagi, wysnuwanie ich przy każdym oddzielnym przypadku pozostawiając czytelnikowi. Nadmienić przytem muszę, że nazwy „ekspertyza lekarska” nie używam wyłącznie w znaczeniu badania, przeprowadzonego na żądanie sądu przez lekarza, lub wogóle osobę ze sztuką lekarską obeznaną (cyrulik, akuszerka), lecz całego zasobu środków, jakimi posługiwały się władze sądowe w zakresie, obecnie pozostawionym lekarzowi. Mając zaś na względzie

przedewszystkiem czytelnika lekarza, przytaczam w odpowiednich miejscach przepisy prawne, zwłaszcza dotyczące bezpośrednio dochodzenia sądowego (śledztwa) i sądzonych zbrodni, oraz wskazuję w krótkich zarysach wytyczne punkty rozwoju medycyny sądowej wogóle.

Zarówno materyał, jak i dołączone uwagi obejmują okres czasu tylko do końca XVIII stulecia, t. j. do chwili, kiedy medycyna sądowa stała się przedmiotem wykładowym w uniwersytetach naszych, a zasady jej weszły do praktyki sądowej.

Medycyna sądowa mogła powstać dopiero wtedy, gdy się ukształtowały państwa, a sądownictwo przyszło do przekonania, że kwestye specyalne najlepiej oddawać pod rozwagę specjalistom. Nie znajdujemy więc śladów medycyny sądowej w starożytności, a zaledwie w wiekach średnich, nie podobna bowiem poczytywać za obdukcye sądowo-lekarskie kilku przykładów, w których jako rzeczoznawca występuje lekarz prywatnie, (t. j. nie na żądanie władz sądowych), lub gdzie prawo, wyraźnie zalecając zbadanie zdrowia albo uszkodzeń cielesnych, powołuje do tej czynności osoby ze sztuką lekarską nie obeznane. Mojżesz nakazuje wprowadzić dochodzenie państwo, ale wykonanie tego porucza starszym miasta. Antistius, podług świadectwa Swetoniusza, z 23 ran zadanych Cezarowi, jedną tylko uznał za śmiertelną, nie był wszakże powołany do tego przez władze sądowe. Prawo uplandzkie (potwierdzone przez króla szwedzkiego w roku 1296) nadaje, co prawda, w pewnych razach większą wartość świadectwu, złożonemu w sądzie przez lekarza, aniżeli przez inne osoby, nie wymaga wszakże jego obecności, tak samo, jak ustawy Alamanów z VI wieku po Chr., które, zdaniem pewnej grupy badaczów, nakazują jakoby nawet zasięgania zdania lekarskiego, ale wyłącznie w sprawach o uszkodzenia cielesne.

Po raz pierwszy spotykamy się z lekarzem sądowym, w dzisiejszem tego słowa znaczeniu, dopiero w roku 1209, jak o tem świadczy współczesny dekret papieża Innocentego III, wcielony następnie do zbioru prawa kanonicznego. Szło podówczas o stwierdzenie, czy w przypadku zabicia przez sługi kościelne świętokradcy, pojmanego na gorącym uczynku, była właśnie śmiertelną rana, zadana motyką; otóż w dekrete, z tego powodu wydanym, czytamy: „.....Et quidem si hoc ita se habet, quod forson ex eo posset ostendi, si certa apparuisset percussio, ab eodem inflictata tam modica et tam levis in ea parte corporis, in qua quis de levi percuti non solet, ad mortem, *ut peritorum iudicio medicorum talis percussio assereretur non fuisse letalis.*” Zasluguje następnie na zaznaczenie fakt, że Bolonia w r. 1249 posiadała przysięgłego lekarza sądowego w osobie Hugona de Lucca i że król francuski Filip III włożył na chirurgów swoich obowiązek dokonywania obdukcji na żądanie władz sądowych.

Te i tym podobne przykłady nie upoważniają bynajmniej do tego, aby już w tych czasach upatrywać zaczątki medycyny sądowej, jako odrębnej nauki, gdyż lekarze zajmowali się wtedy za-

gadnieniami sądowo-lekarskimi tylko przygodnie, a wyroki opierano wyłącznie, rzec można, na przysiędze, zeznaniu świadków, torturach i sądach bożych. Dopiero wiek XVI sprowadza znaczny w tej mierze postęp; medycyna sądowa zjawia się, jako nauka, a zasady jej stosowane są w praktyce już nie przypadkowo, lecz stale. W r. 1507 baron Sch war zen berg, radca tajny bamberski, ułożył prawo karne, nakazujące wyraźnie sądom, aby w niektórych przypadkach wątpliwych powoływały lekarzy, jako rzeczoznawców. Prawo to uczynił obowiązującym w dyecezyi bamberskiej biskup Jerzy, a w r. 1516 zastosowali je w swoich dzielnicach margrabiowie brandeburscy, Jerzy i Kazimierz. Ztamtąd przeszło ono w r. 1532 do księgi praw, wydanej przez cesarza Rzeszy Karola V, zwanej popolicie *Carolina* (*Constitutio criminalis Carolina*). Mogłoby się zdawać, że dzięki temu medycyna sądowa rozwinie się i w oddzielną gałąź nauk lekarskich się przekształci. Stało się wszakże inaczej. *Carolina*, jak wykazał prof. Blum en s t o k, nie od razu stała się obowiązującą we wszystkich państewkach i miastach rozległego podówczas świętego państwa rzymskiego; w niektórych krajach znalazła zastosowanie dopiero po upływie stu lat od jej ogłoszenia, a tam nawet, gdzie wcześniej nabyła mocy obowiązującej, przez czas długi nie była ściśle przestrzegana. Z takiego stanu rzeczy wynikło, że w drugiej połowie XVI stulecia praktyka sądowo-lekarska rozwinęła się bardziej we Francyi, aniżeli w Niemczech, pomimo że prawo karne, wspólne dla całej Francyi, a więc odpowiadające ustawie Karola V, ogłoszono dopiero za Ludwika XIV, w r. 1670.

Również zaszczyt wydania pierwszej rozprawy treści sądowo-lekarskiej przypadł w udziale francuzom. Autorem tej rozprawy był A m b r o Ź y P a r é, lekarz króla Franciszka II. On to właśnie, wydając obszerne swe dzieło z zakresu chirurgji (r. 1575), zamknął je traktatem sądowo-lekarskim, wprawdzie zbyt powierzchownym, nie uwzględniającym strony naukowej przedmiotu, ale pomimo to roztrząsającym sporo kwestyi, jako to: o ważności uszkodzeń cielesnych, o odróżnieniu poronienia płodu ożywionego od nieożywionego, o uduszeniu niemowląt, o różnych rodzajach śmierci, o stwierdzeniu dziewiczości i niedołęstwa płciowego. Wszystko to wyłożył zgodnie z ówczesnemi pojęciami, a więc często błędnie, nadto bez wewnętrznego związku i ładu, co skłania prof. Blum en s t o k a do słusznego wniosku, że P a r é rozprawą swoją chciał uzupełnić tylko obszerne dzieło chirurgiczne i zebrał w niej wyłącznie praktyczne wskazówki lekarza doświadczonego, przeznaczone dla początkującego (*pour le jeune chirurgien*), aby ten mógł zadość uczynić wymaganiom sądów (*à bien faire rapport en justice*). Tenże autor ogłosił pracę o truciznach, w której opisuje tylko oznaki otrucia, występujące za życia, oraz zbija dawne a mylne mniemanie o istnieniu trucizn, działających powoli i zabijających w pewnym, z góry określonym czasie.

W r. 1597, lekarz włoski C o d r o n c h i wydał książkę, mającą przedewszystkiem za zadanie zapoznać młodego chirurga lub lekarza z formalistyką sprawozdań sądowo-lekarskich; podaje więc wzory świadectw, pisanych na polecenie lub żądanie sądu, stronę

zaś rzeczową traktuje pobieżnie i urywkowo, nie przyczyniając się bynajmniej do wzbogacenia nauki.

Pierwszem dziełem, zawierającym systematyczne opracowanie medycyny sądowej, jest praca Fortunata Fedelego (Fidelis, Fedele), która się ukazała w r. 1602 pod tytułem: „*Fortunati Fidelis, Medici, de relationibus medicorum Libri quatuor, In quibus ea omnia, quae in forensibus, ac publicis causis Medici referre solent, plenissime traduntur.*” Księga pierwsza roztrząsa kwestye higieniczne, policyjno-lekarskie, pozostałe trzy są poświęcone sprawom sądowym; mianowicie druga zawiera rzecz o badaniu uszkodzeń i zboczeń u ludzi żywych, trzecia—kwestye tyżące się zaspokojenia popędu płciowego, ciąży i porodu, czwarta wreszcie— rzecz o dochodzeniu na zmarłych.

Księga druga składa się z 8 rozdziałów (sectio). Rozdział I: *de cicatricum natura et iudicio* (o istocie blizn i ich ocenie) zajmuje się określeniem piękności i różnemi rodzajami oszpeceń, jakie mogą sprawić blizny, przyczem bliznę na nosie poczytuje za najbardziej szpecącą. Rozdział II: *de simulatione morborum* (choroby udane, symulacja) rozpatruje sposoby, używane do wywołania objawów, odpowiadających pewnym chorobom, sposoby zde-maskowania oszustw, oraz rzecz o odróżnieniu ludzi opętanych przez demonów od chorych i o zaczarowaniu (*maleficium*). Rozdział III: *de membris* (o członkach ciała) jest czysto teoretyczny. W rozdziale IVa: *de laesionibus musculorum* (o obrażeniach mięśni) znajdujemy przegląd uszkodzeń w różnych okolicach ciała, począwszy od głowy, nadto wzmiankę, lubo pobieżną, o uszkodzeniu nerwów i ośrodków nerwowych. W rozdziale IVb: *de artuum laesionibus* (o obrażeniu członków) stara się autor wyrobić sobie zdanie o stopniu ważności różnych członków ciała i przychodzi do przeświadczenia, że najważniejszą jest ręka, za nią dopiero idą oczy, a następnie nogi. Rozdział V: *de mutilatione* (o skaleczeniu, czyli „ochromieniu,” jak się wyrażało dawne prawo polskie), zawiera ocenę okaleczeń głównie z punktu widzenia estetyki. W rozdziale VI: *de tormentis sustinendis* (o torturach) stara się Fidelis określić przypadki, w jakich oskarżony powinien być wolny od tortur ze względu na wiek swój lub stan zdrowia. Rozdział VII: *de laesionibus, quae post vulnera remanent* — główną uwagę zwraca na skutki obrażenia czaszki, mózgu i oka; wreszcie rozdział VIII jest poświęcony opisaniu różnego rodzaju uchybień lekarskich: *de erroribus eorum, qui faciunt medicinam*.

Księga trzecia, traktująca stosunki płciowe, ciążę i poród, składa się również z kilku rozdziałów. W rozdziale I: *de virginitate* — ocenia autor oznaki dziewictwa, powstaje przeciwko wielu niedorzecznym sposobom sprawdzania jego u kobiet, sposobom, które w owe czasy miały jeszcze sporo zwolenników, nie przypisuje wszakże wielkiego znaczenia krwawieniu post coitum, a opierając się na powadze anatomów, błonę dziewiczą uważa za twór chorobowy (*monstrosa*) i przychodzi wreszcie do przekonania, że „*nullum certae virginitatis necessarium indicium esse videtur.*” W rozdziale II: *de potentia generandi* — opisane są przyczyny niepłodności mężczyzn i kobiet, w rozdziale zaś III mowa o chorobach dziedzicznych: *de morbis hereditariis*, które przechodzą na dzieci

z nasienia ojca lub matki. Rozdział IV mówi o rozpoznawaniu ciąży: *de cognoscenda ingravidatione*. Dwie główne oznaki: zatrzymanie się odpływów miesięcznych (płód żywi się krwią miesięczkową, która skutkiem tego przestaje się ukazywać) i nabrzmienie piersi mogą mieć pewne znaczenie tylko wtedy, jeżeli się kobieta do ciąży przyznaje, w przeciwnym razie należy ją badać za pomocą palca, a w stanowczem orzeczeniu trzeba baczną ostrożność zachować. Rozdziały: V: *de molae generatione*, VI: *de animatione foetus*, VII: *de tempore partus* i VIII: *de monstribus* — są oparte przeważnie na zasadach nauki Hippokratesa, a poniekąd na współczesnych przesądach, zwłaszcza co do potworów, które miały się rodzić z obcowania z demonami lub zwierzętami. Przy poronieniach, jeżeli nie można widzieć płodu i przekonać się, czy członki ukształtowały się dostatecznie, radzi autor przyjąć za zasadę, że płód bywa ożywiony po czterech miesiącach; dzieci przychodzące na świat w 8-m miesiącu ciąży mają być mniej zdolne do życia, niż rodzące się w 7-m; ciąża wyjątkowo trwa dłużej nad 11 miesięcy i t. p.

Księga czwarta, a zarazem ostatnia, obejmuje sześć rozdziałów, poświęconych dochodzeniu na ciałach osób zmarłych. W rozdziale I: *de mortuorum indicibus* — uważa *Fidelis* oddychanie za najpewniejszy dowód życia, ilekroć zaś oddech bywa zbyt słaby i trudny do stwierdzenia, należy się zwrócić do badania serca. Brak stężenia pośmiertnego i oziębienia w pierwszych chwilach ciała niczego nie dowodzi; bez znaczenia również jest pozorne naprężenie penis. Mówiąc w rozdziale II-m o śmiertelności ran: *de mortalitate vulnerum*, dzieli je autor na śmiertelne, niebezpieczne i bezpieczne. Niebezpieczeństwo rany zależy głównie od natury uszkodzonej części ciała, a więc śmiertelnymi są rany serca, mózgu, wątroby, żołądka, płuc, kiszek, pęcherza moczowego, rdzenia pancerzowego, wreszcie większych naczyń krwionośnych, zwłaszcza tętnic; ostatnie miejsce w tym szeregu narządów zajmują nerki i śledziona. Zwraca dalej autor uwagę, że na pozór nieznaczne nawet zranienia mogą się zakończyć śmiercią, dzieje się to jednak za sprawą wpływów ubocznych, zależnie od wieku zranionego, pory roku i t. p.; w każdym razie nie należy śpieszyć z wypowiedzeniem ostatecznego wniosku przed upływem dziewiątego dnia, w którym „*signa lethalia se manifestant.*” W rozdziale III: *de veneno interfectis*, opracowanym powierzchownie, podawszy opis ogólnych objawów, występujących u otrutych jeszcze za życia, przechodzi autor do sprawdzenia otrucia przez ogłędziny wymiocin, przez obserwację objawów u zwierząt, którym je dano do pożarcia; wierzy, że zwłok ludzi otrutych nie ruszają zwierzęta drapieżne, ani robaki, że serce otrutego spalić się nie daje i t. p. ¹⁾ W rozdziale IV: *de suffocatis*, opisuje zewnętrzne objawy u zmar-

¹⁾ Pierwszy Welsch (1662) zwrócił uwagę na to, że najpewniejszym dowodem otrucia są resztki trucizny, znalezione w kanale pokarmowym. Przy sposobności zaznacza, że tenże Welsch przyczynił się głównie do wprowadzenia sekcji sądowych w Niemczech.

łych z uduszenia przez zatkanie ust i nosa, u powieszonych, utopionych i uduszonych gazami; badania wewnętrznego dotyka za ledwie w kilku słowach, mówiąc: „Quod si penitus adhuc explorare rem omnem velis, dissecti pulmones spuma seu purulenta turgent, reliquis interim visceribus inculpatis; observantque Anatomici in hujus modi corporibus dissecandis, caput et thoracem sanguine plena esse.” Rozdział V: de Vexatis (o wstrząśnieniach, stłuczeniach) i VI: de ictis a fulmine — zamykają księgę czwartą i ostatnią przeglądem rodzajów śmierci nagłej; tu autor zwraca uwagę, że oprócz przyczyn widocznych zewnętrznych takiej śmierci, mogą być wewnętrzne; według niego nagła śmierć występuje skutkiem otyłości, pijaństwa nałogowego, wady serca, dostania się glist do serca; często skutkiem nagłego przestraszenia lub radości, wreszcie nieraz podczas aktu spółkowania.

Zatrzymałem się nieco dłużej nad treścią pracy Fedelego (podług wyczerpującej monografii Blumenstoka. 26) dla trzech powodów: była ona pierwszą, zawierającą systematyczny wykład i rozbiór kwestyi sądowo-lekarskich, posłużyła za pierwowzór pracy drugiej, znacznie obszerniejszej, która się ukazała we 20 lat później, a której autorem był „omniscius” Paweł Zachia „Romani totius status Ecclesiastici proto-medicus generalis,” i po trzecie, co jest rzeczą najważniejszą, służyła na równi z pracą Zachiasza przez cały wiek XVII, a nawet XVIII za główną skarbnicę, [do której się uciekali lekarze dla zasięgnięcia wszelkich informacji sądowo-lekarskich. Zachiasz, w wielu miejscach opierający swe zdanie na Fedelim, lub wprost do niego odsyłający, pomimo, że często hołdował uprzedzeniom wieku, cieszył się długo taką powagą, że nie mogło jej zachwiać nawet wystąpienie fizyologa lipskiego, Bohna, który na schyłku XVII stulecia (1689 i 1704) wzbogacił literaturę sądowo-lekarską dwiema ważnymi pracami.

W tym samym mniej więcej czasie zaszedł fakt, posiadający dla medycyny sądowej pierwszorzędną wagę. Dr. Jan Schreyer skromny lekarz z małego miasteczka saskiego Zeitz, będąc powołanym do obdukcji dziecka, zastosował po raz pierwszy *w praktyce sądowej hydrostatyczną próbę płucną*, i na zasadzie jej wyniku orzekł, że dziecko w tym przypadku przyszło na świat nieżywe. Będąc posądzonym o przekupstwo, napisał rozprawkę¹⁾, w której otwarcie wyznaje, że nie jest bynajmniej wynalazcą tej próby, lecz że tylko zastosował w praktyce to, czego inni dowiedli znacznie wcześniej; jako takich, wymienia Raygera, Crana, Overkampa, Blankarda, przytacza wreszcie interesujący urywek z dziełka d-ra Karola Raygera, wydanego w r. 1677, treści następującej: „Płuca małe, niepokaźne, nie bardzo czerwone, podobne do mięszu wątroby lub kawałka mięsa,

¹⁾ Dr. Johann Schreyers, Stadt—und Land Physici in Zeitz, Erörterung und Erläuterung der Frage: Ob es ein gewiss Zeichen, wenn eines todten Kindes Lunge in Wasser untersincket, dass solches in Mutter-Leibe gestorben sey? Zeitz. 1691.

leżały po obu stronach serca, zanurzone w wodzie szybko opadały na dno, z czego wynika, że dziecię w macicy nie oddychało, (w przeciwnym bowiem razie byłyby płuca rozszerzone przez powietrze) i że przed wyjściem z macicy umarło; albowiem gdyby choćby raz jeden po za macicą było odetchnęło, powietrze w płucach zawarte byłoby przeszkodziło tonięciu. Aby jednak doświadczenie (*experimentum*) uczynić pewniejszym, włożyliśmy do wody płuca jagnięce, a te pływały, jakkolwiek je nacinano a powietrze siłą wypierano; płuca zaś płodowe opadały na dno naczynia. Wreszcie z dwóch płodów, które urodziły się martwemi, wzięliśmy płuca, które zanurzone każdym razem tonęły; do płuc jednego z tych dzieci wdmuchiwaaliśmy powietrze przez tchawicę (*aspera arteria*), poczem zrazy wnet się rozszerzyły, a pomimo, że przez silny ucisk usiłowano znowu wypędzić powietrze, pływały przecież i nie opadały. Sądzę, że to stanowi dowód niewątpliwy w celu przekonania dzieciobójczyń o winie i wykazania prawdy, czy dziecko w macicy umarło, lub dopiero po urodzeniu w jakikolwiek sposób uduszone lub zabite zostało" (24).

Kończąc uwagi o początkach medycyny sądowej, należy pokrótce wspomnieć o *sekcjach*, bez których obecnie nie potrafimy nawet wyobrazić obdukcji zmarłych. Otóż początki tego rodzaju badania sięgają wieku XVI; zrazu nie śmiało i rzadko wykonywane, z biegiem czasu uznane były za nieodzowne. Paré, mówiąc o znakach uduszenia dzieci, wspomina o płucach, „które *po otwarciu ciała są napełnione powietrzem pienistem*” i następnie raz tylko jeszcze o sekcji zbrodniarza, skazanego na śmierć, któremu za zezwoleniem królewskim podano truciznę. *Fedele* snadź nie wielką wartość przypisywał otwieraniu zwłok, nie zaleca go bowiem, przelotnie tylko wspominając, że inni to czasem czynią. Inaczej już nieco zapatruje się *Zachiasz*; wiele ustępów jego dzieła świadczy, że sekcye sądowe zwłok nie były za jego czasów rzadkimi. Niemcy pod tym względem znacznie się spóźniły, za ledwie bowiem w drugiej połowie XVII wieku wprowadzono tam sekcye sądowe w przypadkach śmierci gwałtownej.

Dalsze zdobycze wiedzy z zakresu medycyny sądowej pochodzą już z wieku bieżącego.

Zgodnie z nakreślonym planem, wypada nam teraz poznać w ogólnym zarysie, jakie prawa obowiązywały w Polsce i jakimi środkami posługiwały się sądy dla wyświeślenia prawdy.

Dwa prawa obowiązywały jednocześnie w Polsce, różniące się niekiedy zasadniczo: pierwsze — prawo *polskie*, czyli *ziemskie*, krajowe, powszechne, obowiązywało w zasadzie wszystkich mieszkańców kraju, drugie — *niemieckie* było nadawane pewnym miastom i osadom i tam tylko miało moc stanowczą.

Pierwszy zbiór prawa pisanego w Polsce, *Statut Wiślicki*, zawierający w sobie prawa Wielko i Małopolskie, służył za podstawę do następnych uchwał, które go dopełniały, poprawiały, niekiedy zmieniały. Wogóle, w miarę potrzeby, uchwalano nowe prawa na sejmach i spisywano w języku łacińskim lub polskim (od Zy-

gmunta Augusta). Nosiły one nazwę *statutów i konstytucyi*. Urzędowe ich zestawienie mamy tylko do r. 1505 w *Statucie Jana Łaskiego*, całkowity zaś tekst statutów i konstytucyi od r. 1347 do 1780 obejmują *Volumina Legum*.

W. Ks. Litewskie miało swój *Statut Litewski*; ułożony za Zygmunta I-go i przyjęty przez stany, trzykrotnie był wydany z poprawkami, odpowiadającymi duchowi czasu; ostatnia redakcyja Statutu, potwierdzona przez Zygmunta III, pochodzi z r. 1588.

Osadnicy niemieccy przynosili z sobą do Polski swoje prawa i niemi się rzadzili, mając to sobie zastrzeżonem. Z czasem prawo niemieckie (*jus theutonicum*) rozpowszechniło się w całym kraju pod różnemi nazwami: prawa magdeburgskiego, chełmińskiego, szredzkiego (*jus magdeburgense, culmense, sredense*) i stało się dla wielu przyczyn tak popularnem, że duchowieństwo i szlachta starała się usilnie o uzyskanie przywileju na to prawo dla swoich osad i miasteczek, a i sami królowie nie tylko przenosili chętnie miasta z prawa polskiego na niemieckie, lecz zakładając nowe, nadawali im z góry prawo obce. Kiedy po raz pierwszy wprowadzono do nas prawo magdeburgskie, dokładnie nie wiadomo; Kraków otrzymał je w r. 1257 od Bolesława Wstydlwego, na Litwie — Wilno w r. 1387 od Władysława Jagiełły, Warszawa w r. 1413 od księcia Janusza¹⁾. Z mocy tego prawa miasta posiadały samorząd i uchwalały ustawy czyli *wilkirze*, które w danym obrębie miały moc obowiązującą.

W sądach duchownych rządono się prawem *kościelnem* czyli *kanonicznem*.

W r. 1776 sejm, uznając, że prawa krajowe zawierają wiele niedokładności, polecił ex-kanclerzowi Andrzejowi Zamoyskiemu ułożyć *Codicem juridicum*, przyjmując „pro primo objecto (za główną podstawę) sprawiedliwość naturalną” i nie trzymając się bezwarunkowo zasad dawniejszych. Nowy kodeks, którego szczegóły nas interesujące poznamy później, ogłoszony drukiem w r. 1778, nigdy mocy obowiązującej nie nabył, gdyż konstytucya sejmowa z r. 1780 nie tylko uchyliła go całkowicie, lecz zastrzegła, że na żadnym z przyszłych sejmów nie ma być wskrzeszony (19).

Podobnie, lubo z innych powodów, nie przyszedł wcale do skutku ostatni projekt reformy prawa w Polsce, zapowiedziany przez ustawę rządową z dnia 3 Maja r. 1791. Zamierzony podówczas zbiór praw — „Kodeks Stanisława Augusta” — miał się składać z trzech ksiąg; opracowaniem dotyczącej naszego przedmiotu księgi drugiej²⁾ mieli się zająć: poseł Dłuski i szambelan Szymanowski przy pomocy księży Piatolego i Piramowicza. Skończyło się na tem, że Józef Szymanowski ułożył „Prospekt do prawa i procesu kryminalnego”³⁾, a wyłuszczone w nim zasady tak dalece wyróż-

¹⁾ Zapewne ostateczne potwierdzenie, gdyż są ślady, że prawo niemieckie już znacznie dawniej obowiązywało w Warszawie.

²⁾ „O przestępstwach, zbrodniach i karach”

³⁾ Odczytany na posiedzeniu deputacyi kodyfikacyjnej w dniu 14 Marca r. 1792.

niąją się ludzkością, że zaznaczamy je tutaj, chociaż nie weszły w życie. Kara więzienia — podług Szymanowskiego — powinna mieć na oku poprawę winowajcy i dlatego nie powinna nigdy doprowadzać do utraty zdrowia. Okrucieństwo nie powinno cechować kary, gdyż „kary okrutne psują charakter narodu, a zbytniej kar surowości jest niekarność zwyczajnym skutkiem.” Kara śmierci powinna znaleźć zastosowanie „tylko w tym przypadku, w którym zachowanie przy życiu przestępcy staje się niebezpiecznym dla społeczności.” Konfiskatę majątku wykreślono z szeregu kar, „gdyż ta, nie dotykając samego tylko przestępcy, ale dosięgając i niewinne jego potomstwo, zgodzić się nie może z prawidłami sprawiedliwości.” Karą wygnania nie należy zbyt szafować, „bo szkodzącego społeczności odsyłać do innej, jest to ubliżać tej należytości, którą jedna społeczność winna drugiej” i t. p. (20). Oto kilka bezprzykładnie ludzkich zasad, na których miało się oprzeć nowe prawo polskie.

Z pomiędzy środków, które służyły władzom sądowym do wyświetlenia prawdy, należy odróżnić ogólne, dające się zastosować w każdej sprawie, i szczególne — dla pewnych odrębnych przypadków. Pomiedzy ogólnemi najprostszem było *przyznanie się* oskarżonego do winy.

Jeżeli wina była ciężka i miano ważne poszlaki, a oskarżony pomimo to do winy się nie przyznawał, sąd mógł się uciec do *tortur*. Prawo miejskie odróżniało pięć ich stopni: pierwszy — zagrożenie torturami, drugi — zaprowadzenie na miejsce tortur, trzeci — obnażenie i związanie, czwarty — położenie na desce, piąty — ciągnięcie.

Jeżeli oskarżony przyznał się na torturach do winy, powinien był powtórzyć swoje zeznanie przed sądem; jeżeli zaś tam znowu się zapierał, sędzia mógł go poddać torturom ponownie. Nadto, chociażby oskarżony przy pierwszych torturach do winy się nie przyznał, powtarzano je, jeżeli do wiadomości sądu doszły nowe poszlaki, popierające oskarżenie; poszlaki poprzednie nie mogły już tu odgrywać roli, jako zniesione przez tortury pierwsze. Najwyższy stopień, t. j. trzykrotne tortury, stosowano tylko w bardzo ciężkich zbrodniach, wogóle zaś uciekano się do takiego środka wydobycia prawdy tylko wtedy, kiedy przewidziana przez prawo kara byłaby większą, aniżeli męki na torturach. Tortury weszły do Polski z prawem niemieckiem, obowiązującym większość miast naszych; tam przeto znajdowały najobszerniejsze zastosowanie. Dopiero sejm 1776 roku zakazał bezwarunkowo brania na tortury¹⁾.

W sądach poskich wogóle, a w kierujących się zasadami prawa miejscowego w szczególności, jednym z najważniejszych środ-

¹⁾ W Austrii zniesiono tortury również w r. 1776, we Francji dopiero rozporządzeniami z r. 1780 i 1788.

ków dochodzenia prawdy były zeznania *świadków*. Należy właściwie wyróżniać dwa rodzaje świadków: pierwszy, odpowiadający świadkom dzisiejszym, stanowiły osoby, które widziały fakt naocznie; drugi składał się z osób, które o fakcie spełnionym miały pewne wiadomości, lub słyszały o nim, albo wreszcie nic nie wiedziały, mogły tylko ręczyć za uczciwość strony. Od ważności sprawy zależała liczba wymaganych świadków, która zaś ze stron mogła dowodzić prawdy słów swoich świadkami, to było z góry przewidziane przez prawo, lub też pozostawione uznaniu sędziego. Świadkowie, jak widzimy, stawali się w takim razie tylko poręczycielami uczciwości jednej ze stron, wymagano też od nich, aby byli ludźmi wiarogodnymi, nienagannej sławy, a słowa swoje żeby stwierdzali przysięgą.

Dopuszczoną była również *przysięga* stron, zwłaszcza oskarżonej, która w ten sposób oczyszczała się od zarzucanej jej winy. Przysięga oskarżonego nosiła nazwę *odprzysiężenia się*, a dopuszczał do niej sędzia, gdy poszlaki były zbyt słabe, a dowody strony przeciwnej za mało przekonywające.

W sprawach kryminalnych, kiedy wszelkie dowody były niewystarczające, uciekano się do *Sądów Bożych*. Jest to jeden z najdawniej zaniechanych sposobów dochodzenia prawdy, ślady jego bowiem giną z wiekiem XIII. Sposoby, jakimi się przekonywano o woli Boga, były trojaki: próby wody, żelaza i pojedynek. Próba wody zimnej zasadzała się na tem, że skrępowanego w odpowiedni sposób oskarżonego, przewiązanego w pasie postronkiem, wrzucano do wody: jeżeli tonął, było to dowodem jego niewinności. Próba wody wrzącej polegała na wyjęciu z wrzątku jakiegobądź przedmiotu ręką obnażoną po ramię bez oparzenia się. Próba żelaza była także dwójaka: albo oskarżony musiał nieść trzy kroki kawałek żelaza rozpalonego do czerwoności, albo zrobić trzy kroki po takimże żelazie. Jeżeli badany upuścił żelazo, nie przeszedł się po niem w sposób przepisany, albo przy zachwaniu tych warunków uległ oparzeniu, (o czem przekonywano się po trzech dniach), winę jego pożyczano za udowodnioną. Pojedynek (*duellum*) pomiędzy dwoma rycerzami odbywał się na miecze, pomiędzy włościanami — na kije; w razie różnicy stanu walczących o rodzaju broni rozstrzygał stan pozwanego. Walka miała trwać dopóty, dopóki jedna ze stron nie uznała się sama, lub nie została uznana za zwyciężoną. Wybór rodzaju próby zależał od ważności sprawy, przyczem na pojedynki zezwalano w sprawach najmniej ważnych (18).

Ostatni wreszcie z dowodów stanowiło *zeznanie urzędnika* (woźnego, ławników), który w pewnych razach bywał delegowany dla sprawdzenia śladów zbrodni np. w przypadku najścia domu, zabójstwa, zadania ran i t. p.

Takimi oto sposoby dochodzono wogóle prawdy. O środkach szczególnych, o ile te były stosowane, pomówimy następnie, teraz zaś postaramy się odpowiedzieć na pytanie, o ile lekarze byli wzywani do sądów w Polsce celem udzielenia swojej opinii.

W czasach pogańskich, kiedy królowie lub kapłani wyrokowali w imieniu bogów, potrzeba medycyny sądowej nie mogła być odczuwana; później, gdy każdy miał prawo i obowiązek mścić się za krzywdy swoje lub powinowatych, ocena stopnia krzywdy przez osoby obce była zbyt dużą, a w obliczu władz, stojących na straży sprawiedliwości, prawdę wyjaśniały sądy Boże, przysięga strony i świadków, a więc rzeczy święte, którym godziło się zaufać. Później, kiedy wyobrażenia o istocie zbrodni uległy stopniowo zmianie, a wymiar sprawiedliwości od jednostek przeszedł do państwa, natenczas określenie stopnia winy stało się niezbędnem do słusznego stosowania kary. Jednakże i wtedy czynność oględzin lekarskich powierzyło prawo nie lekarzowi, lecz osobie przysięgłej — *woźnemu*, który w towarzystwie wiarogodnych świadków spełniał pomiędzy innymi obowiązki lekarza sądowego. Prawo też polskie nigdzie nie zaleca, by do obdukcji sądowych powoływano lekarza, a chociaż praktyka kryminalna podaje nam przykłady, że niekiedy, w sprawach osobiwej doniosłości, lekarz dokonywał oględzin, to nie brak z drugiej strony przykładów wprost przeciwnych, że pomijano lekarza, aczkolwiek z łatwością można go było użyć; tak np. król Władysław IV, w r. 1638, na prośbę zranionego Światosława Jahodyńskiego, podstolego bełskiego, posyła do obejrzenia ran sekretarza swojego (28), chociaż lekarzy w otoczeniu króla zapewne nie brakło.

Aczkolwiek prawo nie powołało do rozstrzygania właściwych kwestyi lekarza, przewidziało jednak trudności, jakie może napotkać woźny lub sędzia i udzieliło im wskazówek, któremi mieli się kierować. Wskazówek takich najwięcej znajdujemy przy opisie zranień, jako najbardziej wymagających klasyfikacyi; załatwiono się z nią w ten sposób, że im cięższe było, zdaniem prawodawcy, obrażenie, tem większą wyznaczano za nie karę.

Osoby, z wiedzą lekarską obeznane, powołuje do obdukcji po raz pierwszy „Zbiór” *Zamoyckiego* (19). Nie może on jednak zerwać całkowicie z rutyną, wiekami uświęconą, nie usuwa woźnego, tylko daje mu w pewnych razach do pomocy cyrulika, „białogłową w połogach doświadczoną,” ba! nawet lekarza; wprawdzie w braku ich pozwala niekiedy zastąpić jakoś ilością i zamiast cyrulika dopuszczać dwóch świadków wiarogodnych, jest to, bądź co bądź godny zaznaczenia postęp. Oto kilka przykładów:

„Do obdukcji ran, lub ciał z zabójstwa obumarłych, *Cyrulicy* lub ieden wezwani, te przy *Woźnym* opisać, y opis ten podpisany *Woźnemu* ku podaniu do akt oddawać mają.” (Cz. I. O *Woźnym*. § 3).

„Sędzia, aby był przekonany, że zmarły był otruty, powinien dać przez poprzysięgłych *Felczerów* przy przytomności *Doktorów*, zmarłego otworzyć ciało, a gdyby tych nie było, ma przysięgą stwierdzone wywieść inkwizycye, z tych co przytomni śmierci byli, aby wiedział, iakie były plamy na ciele, na wargach y całej twarzy, a taką odebraną wiadomość powinien sąd *Doktorom y Felczerom* do decyzji przestać. dla zdania ich, czy zmarły był otruty.” (Cz. II. Art. LI. § 6).

„W przypadku zabójstwa, bydź powinno ieszcze ciało zabitego w Kancelaryi Grodzkiej lub mieyskiej przy Woźnym przysięgłym y *Cyruliku*, lub w niedostatku *Cyruлика*, przy dwóch świadkach wiary godnych z zapisaniem ran prezentowane, tudzież ma bydź zabójca, lub zabójcy przy tey prezencie wymienieni y obwinieni, a ta prezenta y obwinienie corpus delicti w sprawie stanowić będzie, ieżeliby zaś ciało zabitego nie mogło być do prezenty przed Aktami przystawione, ci którzy mężobójstwa dochodzić powinni, stawić mają in spatio niedziel naydalej dwóch, świadków czterech wiary godnych do Kancellaryi, a ci świadkowie przez pisarza, Regenta, lub Susceptanta za poprzedzającą przysięgą examinowani, o samym zaboju y ranach, tudzież o czasie zabicia zeznać mają, a to zeznanie ekstraktem wydane, a przy nim Protestacya mężobójców obwiniająca, prezentę ciała oznaczać będą.” (Cz. III. Art. XXII. § 5).

W sprawach o dzieciobójstwo, gdzie dowodów stanowczych nie posiadano, a oskarżona do winy się nie przyznaje, sąd powinien się przekonać, czy widziano ją brzemienneą, w jakim czasie mniej więcej mogło nastąpić rozwiazanie, gdzie się wtedy znajdowała oskarżona, czy zaraz potem chorowała i t. p., wreszcie wysłuchać, „jakię doświadczone w pologach białogłowy dadzą w tym świadectwo.” (Cz. III. Art. XXII. § 15). Jeżeli zbrodniarz trupa zakopie,

„Instygator ¹⁾ z Woźnym swoim, ziechawszy na mieysce przez obwinionego wytchnięte, z przybranemi świadkami przynajmniey dwoma wiary godnemi, szukać mają trupa, y gdy go znajdą, ieżeli będzie być mogło, rany iego opiszą, y Sądowi to przywiozą.” (Cz. III. Art. XXII. § 17).

W przepisie tym niema wprawdzie mowy o *cyruliku* lub lekarzu, przytoczyliśmy go jednak ze względu, że tkwi w nim już zapowiedź ekshumacyi nawet w tych razach, gdy ciało pogrzebiono z zachowaniem ceremonii kościelnych.

Częściej się spotykamy z lekarzem-ekspertem w sądach miejskich, rządzących się oddawna prawem niemieckiem, nie tak wszakże często, jakby się tego można było spodziewać z faktu, że miasta, przynajmniej większe, od zarania XVI wieku miały swoich lekarzy miejskich (*physici, medici civitatis*), uposażonych w stałą pensyę. W razie ważności sprawy odbywały się nieraz nawet narady kilku lekarzy, którzy „dogadzając miastu, i to bez nagrody skarbowej,

¹⁾ Instygator, oskarżyciel publiczny, odpowiada do pewnego stopnia dzisiejszym prokuratorom. „Prokurator” zaś był zastępcą starosty w sądzie, a podług prawa miejskiego nazwa ta oznaczała plenipotentę: „Prokurator iest Persona, która cudze sprawy, z poruczenia Pana, albo iak mówią Princypała swego sprawuje.”

w każdym jeszcze razie, gdy sądowych okoliczności ważność tego wymagała, zbierali się łącznie na radę i otwierali swoje zdanie." (Arnold)

Dość często występują także lekarze w roli ekspertów w sądach duchownych. Do ich pomocy uciekano się zwykle w sprawach rozwodowych dla stwierdzenia niemocy płciowej, oraz w sprawach o czary dla określenia stanu zdrowia oskarżonych. Pod tym względem zasługuje na uwagę rozporządzenie biskupa poznańskiego Szembeka, wydane pospołu z innemi w r. 1720 p. t. „Synodus diocessana Posnaniensis." W rozdziale XXXI czytamy, że wbrew wielokrotnym rozporządzeniom trafiają się jeszcze przypadki pociągania oskarżonych o czary przed sądy cywilne, których nieumiejętne badania a surowe wyroki sprawiają, że „non solum Christiana Caritas minuitur et odia crescunt inter vivos, sed et mortuorum sanguis vindictam clamat." Dlatego to nakazuje pod karą wyklęcia stawiać oskarżonych o czary przed sąd duchowny, gdzie tacy będą zbadani przez ludzi biegłych w teologii, prawie i medycynie:

„Inhibemus omnibus et singulis tam Judicibus saecularibus, quam Instigatoribus, sive quibusvis delatoribus, sub paena excommunicationis et aliis paenis, ne se ingerant in talia Judicia sine scitu nostro vel Officii nostri. Nos enim obligationis nostrae memores, ad delationem talium criminum Commissarios Nostros Theologos, Jurisperitos et *medicinae non ignaros* ex Officio nostro deputabimus ad inquirenda motiva et fundamenta accusationum et opportunas inquisitiones." (21).

Pojedyńcze wreszcie przypadki, w których lekarze byli powoływani do ekspertyzy nie przez władze sądowe, dowodzą, że potrzebę zasięgania ich rady w kwestjach specjalnych uznawano u nas oddawna. Do takich przypadków należą trzy z historii ogólnej znane, a wielce interesujące.

Gdy Stefan Batory zmarł po krótkiej chorobie (r. 1586), jeden z jego lekarzy, Buccella, zarzucił drugiemu, Szymonowi Symoniuszowi, że przez nieumiejętne leczenie przyczynił się do skrócenia życia królewskiego. Wywiązała się stąd polemika, prowadzona przez dwóch tych mężów najpierw w listach anonimowych, potem w broszurkach imiennych. Sama różnica zdań i spór dwóch lekarzy małoby nas w tej chwili zajmowały, gdyby nie to, że prawdopodobnie najbardziej przyczyniły się do poddania ciała zmarłego króla sekcyi. Opisano ją w ten sposób:

„Przy bytności Bukcella balwierze wnętrzości wyjmowali z niego (króla). Bukcella im pomagał. Wszystkie Viscera zdrowiuchne, wątroba także, żołądek, śledziona, płóćno jedno przy sercu zdrowe, tylko lewe naciekło, bo się był bardzo potłukł. Nerki nadzwyczajne, jako wołowe, co dziwna, bo w człowieku są nerki jako w skopie. Czego ani Bukcella, ani ja nie widzieliśmy w żadnym cieie. Szukał Bukcella in omnibus visceribus i nic nie znalazł, tylko w owej pęcherzynie, kędy żółć bywa w tej

dziurze, kędy wychodzi, kamień tak wielki, jako muszkatawowa galka, że do onej pęcherzynki nie wchodziło żółci i nic jej też nie było, tylko woda szczerza, i drugi kamyk; wszakże to nie jest *causa mortis*, bo i w gołębiach i koniach żółci nie masz, ale się rozchodzi po wszystkim ciele. Doktor Simoniusz, gdym go pytał o śmierci Króla Jegomości coby była za przyczyna, powiedział, iż *Asyna cum Syncope i accusabat aquam*, którą K. J. M. pił, nie tak, żeby była *causa mortis*, ale żeby miała *accelerare mortem*, i powiedział, by był wino pił, mógłby jeszcze dzień lub dwa żyw być i Panu Bogu się sprawić i rzeczy rozprawić." (21).

Przykład ten dowodzi, że lekarze ówczesni byli przekonani o potrzebie otwierania trupów w przypadkach wątpliwych i że medycyna sądowa mogłaby się rozwinąć w Polsce, gdyby prawodawstwo przyszło jej z pomocą.

Drugi przypadek przekazała nam pierwsza połowa XVII stulecia; dotyczy on badania stanu zdrowia Krystyny Poniatowskiej, która szeroko zasłynęła w owe czasy swemi proroczwami i obudziła wielkie nadzieje w gronie Braci Czeskich. Nie zabrakło wszakże i wtedy ludzi trzeźwiej na rzecz patrzących, i oto dzięki im zwołano konsylium lekarzy, a ci, po dokładnem zbadaniu i wielokrotnych naradach orzekli, że Poniatowska jest tylko chorą. Jakoż później wyzdrowiała, a widzenia przestały ją trapić (21, 35, 36).

Trzeci wreszcie, najmniej zapewne znany, gdyż dopiero w r. 1895 po raz pierwszy drukiem ogłoszony, jest akt sekcyi, dokonanej na zwłokach króla Jana III, spisany w słowach następujących: (Rękopis Muz. Czar. Nr. 441 str. 19):

„*Occidit heu lumen Poloniae, occidit Joannes III, Rex semper Augustus, semper invictus, semper sapientissimus, patriae praesidium ac dulce decus, idque die 17 Junii nigro deinceps lapillo numeranda, anno Dni 1696.*

*Postquam Serenissimi regis cadaver nobis medicis praesentibus nudum fecit expositum, abdomen immensa mole conspicuum observavimus. Cutim versus Axillas hinc et inde rubro colore, satius diffuse tinctam vidimus. Vidimus et tibias in anteriori parte pustulis numero quasi innumeris aspersas, et ex rubro nigricante colore maculatas. Postmodum infimus ac medius venter apertus est, aqualiculus adype protenso, fere ses (qui?) pede gravis extabat. *Epyploon* eminentibus multis ac crassioribus glandulis refertum erat. *Intestinorum* tenuiorum aequae ac crassiorum, non ita laudabilis color ex iis, quod ieiunum vocavit lividum ac prope sideratum iudicavimus. *Coli* stupenda moles habita fuit. *Mesenterium* nullo fuit infractum vitio, quod oculis pateret, nec in ventriculo, nec in vesica labes digna memoria. In *Pancreate* corpuscula saxorum duritiem aequantia prope notavimus, iuxta canaliculum, per cuius ductum succus pancreaticus fluit*

in Duodenum. nata et adulta convenerunt, haec corpuscula, vas, et ipse Pancreaticum insigue fuit quippe colito maius. In cavitate abdominis tres aut quatuor librae seri male olentis stagnabant. *Hepar* extitit pravi coloris, praecipue vero in parte gibba (?) visceris huius substantia fuit exarefuncta, puriformis quidem succus, ex ea non nihil fuit eductus. *Vesicula* fellis appensa iecori, vacuabile tota fuit, novem replebatur calculis, inter quos unus insignior, alii porro minores. *Lien* debita magnitudinis ac crassitie, tum externis, tum internis, velut atramento conspurcatus apparuit, cuius molissima substantia, quae a se invicem detritus pannus facile se cingebatur, unde par illa degener omnino putanda. *Ren* dexter, mole minor, maiorem calculum capiebat, quod mirum calculum ille quadam tenus refert figuram clypei, ex quo Stemma Regum constat. *Ren* sinister pinguedine tanta fuit occlusus, ut difficulter videretur ille maximus tamen: sed quod miserimum, pure inficiebatur. *In medio ventre*: pulmonum color ad nigrum tendebat, horum substantia prorsus flaccida se cum arete non cohaerebat; purulenta materia valde sordida scatebat. *Pericardium* praeter morem vix quatuor aquae guttulis irrigabatur. *Cor* magnum et capax dici potuit, nihil singulare vel in eius auriculis, vel in ambobus finibus occurrit. Testamur, eius texturam non ita robustam atque compactam a nobis fuisse deprehensam, quam vulgo soleat deprehendi, quod ab aetate iam provecta Regis esse potuit. *Thorax* seu medius ille venter magna praemebatur aquae copia vitiosi coloris, et simul odoris foetidissimi. In *capite* vel superiore ventre nulla labes fuit. Cerebrum non nihil siccum ab aliquibus disputatum. In cerebri substantia sicut in ventriculis, sicut in principio ventriculorum et nervorum, nihil a lege naturae alienum observatum est. Inflicta sunt altera vulnera pedibus tybiis ac femoribus, (ex iis), qua data porta Serumbertum et aflatum continuo effluxit, saltem ad (nieczyt.) librarum pondus. Ex adype quo artus inferiores circumundique vestiebantur, sic tanquam ex spongiis aqua madidis, exprimebatur serum. Ex hac brevi relatione concluditur, quot et quante morborum causae simul coiverint velut agmine facto in perniciem Serenissimi Regis immortalitate digni, si mors aequo pede pauperum tabernas regumque turres non pulsaret. Et quidem vix aliqua pars fuit immunis a culpa, sive ex iis, quae addicta sunt officio respirationis, sive tandem ex iis, quae ad universalem spectabant transpirationem. Attamen existimamus, quod *ex vitio praecipue renum suborta sit haec praesens calamitas*. His quippe fatiscentibus, serum non fuit a mole sanguinea secretum tempore et loco, iuxta naturae vota, unde profecto *sanguinis dyscrasia*, seri nimia redundantia, anascithia successiveque ascithica dispositio consecuta sunt.