

уредник  
Prof. dr. Milutin M. Nenadović  
editor



ONE HUNDRED AND FIFTY YEARS OF PSYCHIATRY IN SERBIA 1861–2011

# Др ЛАЗА К. ЛАЗАРЕВИЋ

## ЗБОРНИК ПУБЛИКОВАНИХ РАДОВА

Dr. Laza K. Lazarević  
Collection of published papers

Београд, 2011.

**ДР ЛАЗА К. ЛАЗАРЕВИЋ Зборник публикованих радова**

*Уредник*

Проф. Милутин М. Ненадовић

*Издавач*

Фонд „Др Лаза К. Лазаревић“

за подршку раду, развоју и унапређењу делатности Специјалне болнице за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд, Вишеградска 26.

*За издавача*

Проф. Милутин М. Ненадовић

*Рецензенти*

Доц др Срђан Миловановић  
Проф. Славица Ђукић-Дејановић

*Лектор за српски језик*

Др сци. Бранислава Марковић

*Превод на енглески језик*

Бранислава Јовановић

Ана Зорић

Др Катарина Зорић

*Прикупљали грађу*

Др сци мед др Тамара Чавић

Др Драгиша Ранђеловић

*Корице*

Златана Малешевић

Мр сци. мед. Сретен Вићентић

*Технички уредник*

Миша Чоловић

*Коректор*

Маја Штернић

тираж: 2.000

*штампа*

ЈП „Службени гласник РС“

ISBN 978-86-915181-0-3

---

Одлуком Фонда Специјалне болнице за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ прикупљени су сви публиковани радови Лазе К. Лазаревића. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд је донирао папир, а монографију бесплатно штампао ЈП „Службени гласник РС“.

---

**DR. LAZA K. LAZAREVIĆ Collection of published papers**

*Editor*

Prof. Dr. Milutin M. Nenadović

*Publisher*

Fund „Dr. Laza Lazarević“

To the support of work, development and improvement of activities of Special hospital for mental disorders „Dr. Laza Lazarević“ Belgrade, Višegradska 26.

*For publisher*

Prof. Dr. Milutin M. Nenadović

*Reviewer*

Doc. Dr. Srđan Milovanović  
Prof. Dr. Slavica Đukić Dejanović

*Lector for Serbian language*

Dr. sci. Branislava Marković

*English translation*

Branislava Jovanović

Ana Zorić

Dr. Katarina Zorić

*Papers collected by*

Dr. sci. med. Dr. tamara Čavić

Dr. Dragiša Ranđelović

*Cover*

Zlatana Malešević

Mr. sci. med. Dr. Sreten Vićentić

*Technical editor*

Miša Čolović

*Corrector*

Maja Šternić

Printed in 2.000 copies

*Printed by*

JP „Službeni Glasnik RS“

ISBN 978-86-915181-0-3

---

By the decision of the fund of the Special hospital for mental disorders, "Dr. Laza Lazarević" all the published papers of Dr. Laza K. Lazarević are collected. "Zavod za udžbenike i nastavna sredstva", Belgrade, donated printing paper and JP "Službeni glasnik" printed monograph free of charge.

---



## САДРЖАЈ

ПРЕДГОВОР.....	IX
ДОКТОРСКИ РАД: О ДЕЛОВАЊУ ТОКСИЧНИХ ДОЗА ЖИВЕ НА ОРГАНИЗМЕ ЕКСПЕРИМЕНТАЛНИХ ЖИВОТИЊА (Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Quecksilbers).....	1
РАДОВИ ОБЈАВЉЕНИ IN EXTENSO У ЧАСОПИСУ СРПСКИ АРХИВ .....	48
Ishias postica Cotunnii (Један прилог за њену диференцијалну дијагнозу) .....	48
Један прилог за латентну сифилу .....	74
Случај младића са закашњеним развитком како сполних органа тако и целог организма .....	86
Случај лисе у девојчице после „љубљења“ с кучетом (слузокожа уста је по свој прилици locus infectionis) .....	92
О случајевима Meningitis cerebro-spinalis у обдукованом случају Meningitis foudroyant .....	97
Случај опсецања ректума заједно са сфинктерима услед пада на тикву – хируршки успешно збринут .....	99
Пункција хумидне плевритиде.....	101
Paralysis agitans (Један случај ове болести) .....	105
Периодична Neuralgia supraorbitalis.....	129
Пункција торакса код једног плевритичног екзудата.....	142
Дејство Антипирина код пневмоникера .....	149
Перманентни грч утеруса породиље код примене Secale cornutum – Ембриотомија мрвог плода.....	153
Један случај генуине спиналне парализе .....	157
Случај парезе горњих удова .....	161
Случај мускуларне атрофије Duchenne-Aranove .....	163
Случај изгубљеног тонуса десне стране материце породиље услед трауме .....	167
О лечењу дифтеричних ангина раствором Natrii benzoici.....	171
О диференцијалној дијагнози између скарлатине и рубеоле .....	173
РАДОВИ ОБЈАВЉЕНИ IN-EXTENSO У „НОВИНАМА СРПСКИМ“ .....	177
Дезинфиковање школа, у којима су за време рата биле болнице.....	177
Обмањивање публице лажним лековима .....	193

## II

РАДОВИ ОБЈАВЉЕНИ У ЧАСОПИСУ „НАРОДНО ЗДРАВЉЕ“ .....	201
Реферат о судско-медицинској експертизи у делу оптуженог Никодија Недељковића .....	201
Извештај изасланика за студирање како се производи и негује анимална лимфа на теладима .....	203
УСМЕНИ ИЛИ ПИСМЕНИ РЕФЕРАТИ ШТАМПАНИ У СРПСКОМ АРХИВУ У ОКВИРУ ЗАПИСНИКА СА РЕДОВНИХ СЕДНИЦА СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА .....	215
Случај напрасне смрти услед жучне колике .....	215
Предлог да се у Српском Архиву отвори рубрика за инзерате у којима ће моћи апотекари објављивати нове науком опробане лекове .....	216
Случај повреде предњег трбушног зида са испалим цревима због убода воловског рога испод пупка – успешно хируршки збринут .....	217
О епидемији егзантематичног тифуса у селима Космаја и Кораћици .....	219
Случај детета које је змија за руку ујела .....	220
О резултатима употребе Калабара код два случаја иритиса .....	221
Случај дифтерије код једног детета са парализом гркљанског мишића .....	222
Случај екстирпованог поткожног липома који је рецидивирао и поново екстирпован .....	223
Случај амблиопије услед пушења .....	225
Случај тетануса услед телесне повреде .....	226
Случај вештачки убрзаног порођаја због честих екламтичних напада .....	227
Случај јединствен у казуистици медицинској: Истерана <i>Toenia</i> <i>soleum</i> (пантљичара) у детета од 5 месеци и 10 дана .....	228
Случај <i>Placentae previae</i> .....	229
О редњи бронхитиса код деце .....	230
Два ретка случаја <i>Erythema nodosum</i> .....	231
Један случај привремене афазije .....	232
Болесник са <i>Paralysis spinalis spastica</i> за време болести и по оздрављењу .....	233
Случај болесника са склерозираним кичменом мозгином и другог болесника са прогресивном атрофијом мишића .....	235
Конкремент који је код једног болесника испао из подвличне жлезде .....	237

Случај који је клинички дијагностикован као Echinococcus али је обдукција показала да се ради о амилоидној дегенерацији јетре.....	238
Болесник са аневризмом аорте дијагностикован аускултацијом .....	239
Случај петомесечног детета које је било сво цијанотично с претпоставком да је услед несрашћеног foramen ovale дошло до мешања крви .....	240
О губитку мириса али не и дејства јодоформа када се помеша са свеже туцаном кафом.....	242
О једном уједу бесног пса и Пастеровој методи калемљења.....	243
О једном болеснику са церебралним тумором који показује један до сада неописани симптом.....	244
О једном болеснику са тешким гутањем.....	245
Случај астме са прикривеним тоновима срца и neuralgia supraorbitalis .....	248
Случај цереброспиналне менингитиде са оздрављењем после пуштања пијавица .....	249
Микроскопска демонстрација кома бацила из експеримената колеричних болесника као и туберкел бацила .....	250
Симптоматологија у случају задесног тровања једног апотекара са 30 ctgr. муријатичног морфијума.....	251
Ren mobile .....	252
О добром упливу јодоформа на туберкулозну менингиту.....	253
Демонстрација употребе Цајсовог микроскопа, кома бацила и њихових спора .....	254
Искуство у Државној болници са успешном применом Антифебрина у разним запаљенским болестима (без хрђавих последица).....	256
О болеснику који је у шестој години прележао Variolu veru .....	258
Случај дифтеричне ангине којој је следовала скарлатина .....	259
О повољном упливу белог лука на хидрофобију код лисе .....	260
О нестанку хистеричних симптома после каутеризације ерозије вагиналне порције грлића материце .....	261
О једном случају скарлатине с карактеристичном афекцијом грла где су сви симптоми нестали за 24 сахата .....	262
Дискусија о излагању београдског лекара Н. Николића о теми „Бракови без деце .....	263
О дејству Natri salicylicі на Iritis – Rheumatica.....	264
Два болесника на којима су извршене четири екстракције катаракте без дисцизије него са Capsulae lentis .....	265

#### IV

О добром дејству неразблажена Glysetina у хабитуалној опстипацији употребљеног као клизма.....	266
Случај прогресивне атрофије мускула са грчењем plastismae myoides при фарадизацији.....	267
Случај интоксикације фосфором (са иктерусом) код девојчице од петнаест година.....	268
О консекутивним болестима иза морбила, нарочито онима што се опажају у плућу.....	270
О лечењу Choreae арсеником.....	271
Један случај бактериурије.....	272
Један застарео случај eczema pudendorum излечен употребом фосфора.....	274
О нужној лекарској интервенцији код виталних индикација.....	276
О ставовима Б. Секара о сексуалној потенцији и подмлађивању.....	282
РЕФЕРАТИ ПРЕДЛОГА, ПРОГРАМА И ОРГАНИЗАЦИЈЕ.....	286
Реферат о плановима за подизање болничке зграде у Београду.....	286
Правила и програми о полагању државног лекарског испита за странце који хоће да раде у Србији.....	287
ПРИКАЗ (РЕЦЕНЗИЈА) КЊИГЕ.....	289
Рецензије и извод из извештаја о књизи „Гајење деце“ руске лекарке Марије Манасијеве.....	289
ЛЕКАРСКЕ СВЕДОЦБЕ.....	290
Лекарске сведоцбе 1-7.....	290
ПОГОВОР.....	297
ЛИТЕРАТУРА.....	301



## CONTENTS

FOREWORD .....	XIV
DOCTORAL DISSERTATION: THE EFFECT OF TOXIC MERCURY DOSES ON THE ORGANISMS OF EXPERIMENTAL ANIMALS (Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Quecksilbers).....	
	1
PAPERS PUBLISHED IN EXTENSO IN THE JOURNAL „SERBIAN ARCHIVE“ .....	
	48
Ishias postica Cotunni (A contribution for a differential diagnosis) .....	62
A contribution to latent syphilis .....	80
A case of a young man with a delayed development of genitals as well as the whole body .....	89
A case study on rabies in a girl that “kissed” the dog (obviously mucous of the mouth was the locus infectionis) .....	94
A case study on cerebrospinal meningitis and one case of Meningitis foudroyante.....	98
A case about rectal resection with sphincters due to a fall on a pumpkin – surgery successfully accomplished .....	100
Puncture of pleural effusions.....	103
Paralysis agitans (One case of this disease) .....	117
Periodical neuralgia supraorbitalis .....	136
Puncture of thorax in one patient with pleural exudates .....	146
A case study on the effect of antipyrine in patients suffering from pneumonia .....	151
Permanent spasm of the uterus while applying <i>Secale cornutum</i> in a woman who is going through fetotomy – Dissection of a dead fetus in utero.....	155
A case study of genuine paralysis of the spinal cord.....	159
A case of paresis of the upper extremities.....	162
A case study on muscular atrophy Duchenne-Aran .....	165
A case study on loss of tonus of the right side of uterus in a woman in labor due to trauma.....	169
About the treatment of diphtheric tonsillitis using Sodium benzoic solution .....	172
A study on differential diagnosis between scarlatina and rubeola .....	175

## VI

PAPERS PUBLISHED IN-EXTENSO IN „SERBIAN PAPERS“ .....	177
Desinfecting schools after they had been used as hospitals during the war .....	185
Deceiving the public with false medications.....	197
PAPERS PUBLISHED IN „NATIONAL HEALTH“ MAGAZINE .....	201
Case study on forensic science expertise of Nikodije Nedeljković's act.....	202
Report of the study expert on how to produce and care for animal lymph on calves.....	208
ORAL OR WRITTEN REPORTS PRINTED IN SERBIAN ARCHIVE IN THE FRAME OF A RECORD FROM REGULAR MEETINGS OF SERBIAN DOCTORS ASSOCIATION .....	215
A case study on sudden death due to bile colic .....	215
Suggestion to open a column in Serbian Archive for inserts in which pharmacists will be able to publish new scientifically tested drugs.....	216
A case of front abdominal wall injury with intestines hanging out – surgically taken care of with succes .....	218
About exanthematic typhus epidemic in Kosmaj and Koraćica villages .....	219
A case study on a child who got bitten by a snake on the hand .....	220
A report about results of using Calabar in two cases of iritis.....	221
A case about diphtheria in a child with paralysis of laryngeal muscle .....	222
A case on extirpated skin lipoma which recidivated and was extirpated again .....	224
A case of amblyopia due to smoking .....	225
A case study on tetanus due to bodily injury.....	226
A case study on artificialy induced labor because of frequent eclamptic seizures .....	227
A unique case in medical casuistry: Toenia soleum (tapeworm) forced out of a five months and ten days old child.....	228
A case of placenta praevia.....	229
About frequency of bronchitis in children .....	230
Two rare cases erythema nodosum .....	231
Case study on temporary aphasia .....	232
Patient with Paralysis spinalis spastica during his illness and after he got well.....	234
A case study on two patients, one with a sclerosis in the spinal cord and the other one with progressive muscular atrophy.....	236
A concrement which had fallen out from submaxillary gland .....	237

A case where Echinococcus was diagnosed, meanwhile autopsy showed amyloid liver degeneration.....	238
A patient with aorta aneurism diagnosed by auscultation.....	239
A case of a five month old child who was cyanotic with an assumption that as a result of foramen ovale which did not grow together caused mixing of the blood .....	241
A case about the loss of smell but not the effect of iodoform when it is mixed with freshly ground coffee .....	242
A report on a bite of a rabies infected dog and Paster's method of vaccination.....	243
About a patient with a cerebral tumour which demonstrates a symptom that has never been described before.....	244
A report on a patient with swallowing difficulty .....	247
A case of asthma where the heart sound could not be heard and Neuralgia supraorbitalis .....	248
A report on cerebrospinal meningitis with a complete recovery after application of leaches .....	249
Microscopic demonstration of comma bacillus from experiments of patients with cholera and tubercle bacillus.....	250
Symptomatology in an accidental poisoning of a pharmacist with 30 ctgr. muriatic morphine .....	251
Ren mobile .....	252
About a good influence of iodine form on the tuberculous meningitis.....	253
Demonstration of the use of Zeiss microscope, comma bacillus and their spores .....	255
Experience in a Public hospital by applying Antifebrin in different inflammatory illnesses.....	257
About a patient who had Variola vera at the age of six .....	258
A case of diphtheric angina which was followed by scarlatina.....	259
About positive effect of garlic about hydrophobia in rabies .....	260
A report on hysteric symptoms after cauterization erosion of vaginal portion of the cervix .....	261
About a case of scarlatina with a specifically affected throat where all symptoms disappeared within 24 hours.....	262
Discussion about presentation on „Childless marriages“ of doctor N. Nikolić from Belgrade.....	263
About the effect of sodii salicilici on iritis rheumatica .....	264
Two patients on whom cataract extractions without discises but with Capsula lentis were performed .....	265

## VIII

About a good effect of undiluted glycerin in habitual constipation used as enema .....	266
A case of progressive muscular atrophy with spasms of muscles by faradization.....	267
A case study of phosphorus intoxication in a fifteen year old girl.....	269
About consequential illnesses after morbilli, especially those noticed in the lungs .....	270
About the treatment of chorea with arsenic.....	271
A case of bacteriuria.....	273
One case of untreated eczema pudendorum cured with the use of phosphorus.....	274
About necessary doctor intervention in vital indications .....	279
About views of B. Secard on sexual potency and rejuvenation .....	284
REPORTS OF PROPOSAL, PROGRAMS AND ORGANISATION.....	286
A report on plans for building a hospital in Belgrade .....	286
Rules and programs about the state examination doctors who are foreigners and would like to work in Serbia .....	288
REVIEW (OVERVIEW) OF THE BOOK.....	289
From review and report about the book of the Russian doctor Marija Manasijeva on „ Upbringing of children“ .....	289
MEDICAL NOTES.....	290
Medical note 1-7.....	290
AFTERWORD.....	299
REFERENCES.....	301

## Предговор

Поводом обележавања јубилеја – стопедесетгодишње традиције болничког лечења душевних болесника у Србији, Специјална болница за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у Београду издаје монографију са публикованим стручним и научним радовима др Лазе К. Лазаревића. Јубилеју је посвећен и Први конгрес болничке психијатрије с међународним учешћем (15. и 16. децембра 2011. године).

Др Лаза К. Лазаревић је у нашем културном наслеђу заслужено запамћен као зачетник српског реализма у књижевности. Према оценама критичара, стављен је на прво место. Ништа мање није значајан његов допринос као лекара клиничара и научника, што је неправедно недовољно уписано и у нашим, и у светским изворима.

Др Лаза К. Лазаревић је рођен у Шапцу 1851. године. Отац Кузман био му је трговац а мајка Јелка је потицала из кујунцијске породице. Имао је три сестре. Шабац је град у коме је подигнута прва болница у обновљеној Србији још 1826. године, а за управника је постављен др Јован Стејић - један од првих наших школованих лекара.

Школовање је започео у Шапцу, а после очеве смрти, пети и шести разред гимназије завршава у Београду. Становао је код старије сестре Милке и зета Милорада Петровића Шапчанина, познатог песника. После гимназије и велике матуре студирао је на Великој школи у Београду правне науке и дипломирао 1871. године. Као дипломирани правник, Лаза К. Лазаревић је исте године добио државну стипендију за студије медицине у Паризу. Али на студије не одлази због избијања француско-пруског рата, а потом и Париске комуне. На обновљеном конкурс у 1872. године добио је државну стипендију за студије медицине у Берлину, чији је Медицински факултет био један од најпрестижнијих у Европи. На његовом челу тада су били чувени и познати научници *Virchoff*, *Helmcolc*, *Di Boa Reimon* и многи други.

Медицинске студије у Берлину Лаза К. Лазаревић прекида због српско-турских ратова и враћа се у Србију где бива ангажован у војном санитару. Иако тек студент медицине, радио је као лекар у ондашњој пољској болници за време оба српско-турска рата 1876. и 1877. године. „Инспектор свих медицинских мисија изузев руских“, бечки хирург барон Јаромир фон Мунди, после

## X

инспекције шабачке болнице записао је о раду Лазе К. Лазаревића: „Задивљен сам његовом стручном спремом, организацијом и његовим радом.“ Лаза К. Лазаревић је тако још као студент практично упознао стање здравствене службе у Србији. У „Српским новинама“ 1877. године објављује свој први стручни чланак „О дезинфиковању школа у којима су за време рата биле болнице“.

### Лекар и научник

Марта 1878. године, по завршетку српско-турског рата, Лаза К. Лазаревић се враћа у Берлин и наставља студије медицине. Почетком 1879. године успешно их завршава положивши *Egzamen rigorozum*. Припрема докторски завршни рад – докторску дисертацију *Допринос експерименталном проучавању и анализа електролитичког деловања живе на организам*, који је одбранио 8. марта 1879. године. Промовисан је у звање доктора „целокупног лекарства и хирургије“, што би одговарало данашњем научном звању доктора медицинских наука и хирургије. Завршни докторски рад Лазе К. Лазаревића високо је оцењен и с мишљењем Комисије приказан у бечком стручном часопису „*Repetitorium der Analytischen Chemie*“ (III, No. 8).

Др Лаза К. Лазаревић сам у својој дисертацији запажа „...да се патолошки оједи величине пасуља или ситнији најчешће јављају у желуци, у поду IV коморе и у плућима, као и присутној саливацији која се повећава, као првом знаку тровања“. Даље закључује „да је ово све, различито од свег што се до тада знало, али је ипак недовољно да оправда макар и само покушај општег теоријског објашњења...“

Научнички таленат др Лазе К. Лазаревића развијао се у гимназији и исказивао већ током школовања. Учио је у Берлину у хемијској лабораторији познатог професора Ота Либрајха, што га је увело у простор огледне медицине. Изградио је сопствени научни приступ медицини кроз патологију и експерименте и као лекар практичар повећавао квалитет дијагностике и терапије за сваког пацијента, ма у којој специјалистичкој медицинској области да је радио. Др Лаза К. Лазаревић је у потпуности усвојио оновремени актуелни научни приступ у европској медицинској традицији утемељен на Пастеровом учењу, према коме је сваки узрок опредељивао и последицу.

Др Лаза К. Лазаревић живео је само 40, а као лекар је радио непуних 11 година. Од 1884. године је „побољевао од туберкулозе“. За само 11 година лекарског рада публикувао је 77 стручних и научних радова и саопштења. Епитет научника стекао је описом знака за поуздану дијагнозу лезије *nervus-a ishiadicus-a* и заслужио епоним у светској литератури јер је први утврдио да се бол јавља због истезања *nervus-a ishiadicus-a* а не због притиска мишића на нерв како се мислило до тада, а и после његовог описа. Рад *Ischias postica Cotunnii* – један прилог за њену диференцијалну дијагнозу објављен је у часопису „Српски архив“ 1880. године, а 4 године касније (1884) штампан је и у бечком „Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung“.

Одмах по доласку са студија из Берлина, већ 29. августа 1879. године др Лаза К. Лазаревић присуствује редовној седници Српског лекарског друштва (СЛД). Представио га је председник друштва др Младен Јанковић, а сам Лазаревић је одржао приступну беседу „о једном случају присилног прекида трудноће“, коју је обавио као студент на испиту из гинекологије. Др Лаза К. Лазаревић је од тада, па све док због болести није пао у постељу 1889. године, присуствовао готово свим седницама СЛД, на којима је био веома активан. Можда последњи његов допринос представља предлог прихваћен на редовној седници одржаној 26. априла 1889. године „да се у часопису Српски Архив отвори рубрика за инсерате у којима ће апотекари моћи објављивати неке науком опробане лекове...“.

Др Лаза К. Лазаревић је 1881. године, после ступања на снагу „Владиног санитетског законика“, којим је „Варошка болница у Палилули“ названа „Општа државна болница у Београду“, постављен за примаријуса Унутрашњег одељења те болнице. На тој дужности је остао све до 10. фебруара 1889. године када је прешао у активну војну службу и именован за личног лекара краља Милана. Радећи као примаријус и шеф Унутрашњег одељења исказао је стручну, научну и организациону способност и остварио добре резултате. Од одељења је направио клинику са одлично опремљеном лабораторијом за оно време. Први у Србији увео је на Клиници „електрисање галванским батеријама под каутелима“. Ову вештину је донео из Берлина са студија, а због ишијаса од којег је оболео још као студент. Исти терапијски метод спроводио је и на себи.

Др Лаза К. Лазаревић је у приватној у Хаџи Николићевој кући, преко пута Клинике, уредио Одељење за старе и лично га водио као примаријус болнице.

## ХП

То болничко одељење треба сматрати првом геријатријском болницом не само у Србији већ и у Европи. Тако и др Лази К. Лазаревићу припада епоним првог геронтолога у модерној медицини.

Оболео од туберкулозе, изнурен и исцрпљен болешћу, умро је 29. децембра 1890. године, по старом, тј. 10. јануара 1891. године, по грегоријанском календару. Др Љубомир Христић је тада записао: „Зауоставиле су се казальке у осам и три четврт увече 29 дана у месецу децембру. Окупасмо прост костур који се виђа у природњачким музејима у води зачињеној вином и њоме залисмо липу у дворишту...”

Др Лаза К. Лазаревић је за само 11 година публиковао стручне и научне радове из више медицинских области: офталмологије, хирургије, гинекологије, инфектологије, бактериологије, а најзначајније из области неурологије. Био је први српски неуролог који је могао равноправно стати уз европске и светске научнике из области неурологије. Подсетимо да су неуролози савременици др Лазе К. Лазаревића били такве научне величине као Гилем Бењамин Аман Дишен (*Guillaume Benjamin Amand Duchenne*, 1806–1875), Клод Бернар (*Claude Bernard*, 1813–1878), Шарл Едуар Браун-Секар (*Charles Edouard Brown-Séquard*, 1817–1894), Емил Ди Боа Рејмон (*Emil Du Bois-Reymond*, 1818–1896), Пјер-Паул Брока (*Pierre-Paul Broca*, 1824–1880), Николаус Фридрајх (*Nikolaus Freidreich*, 1825–1882), Жан Мартин Шарко (*Jean Martin Charcot*, 1825–1893), Џон Јулингс Џексон (*John Hughlings Jackson*, 1835–1911), Алексеј Јаковлевич Кожевникоф (1836–1902), Вилхелм Хајнрих Ерб (*Wilhelm Heinrich Erb*, 1840–1921), Карл Вернике (*Karl Wernicke*, 1848–1905), Иван Петровић Павлов (1849–1936), Сер Вилијем Ричард Говерс (*Sir William Richard Gowers*, 1845–1915), Џорџ Замнер Хантингтон (*George Sumner Huntington*, 1850–1916), Константин фон Монаков (*Constantin von Monakow*, 1853–1930) и други.

Др Лази К. Лазаревићу се спори да није писао и радио у области психијатрије, што апсолутно није тачно. Србија је 1861. године одлуком књаза Михаила Обреновића добила прву психијатријску болницу „Дом за с ума сишавше“ у Докторовој кули, приватној кући, подигнутој 1824. године, а грађевина у очуваном стању и данас припада Специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза К. Лазаревић“. У тој згради је 1881. године установљена „Болница за душевне болести“. Болесници с менталним поремећајима примани су на лечење по налогу суда, што је неретко била пракса и у напре-



днијим земљама Европе и Запада. У архиви и документацији болнице „Др Лаза К. Лазаревић“ у периоду од 1880. до 1887. године чува се 156 историја болести у које су унете „лекарске сведоцбе“, а 50 је својом руком писао и потписао др Лаза К. Лазаревић. Он је у наведеном периоду опсервирао готово трећину хоспитализованих душевних болесника ондашње целе Србије. Текстове лекарских сведоцби др Лазе К. Лазаревића доносимо у овој монографији и они потврђују његово стручно и квалификовано интерпретирање поремећаја складног менталног функционисања тих болесника.

У записницима са седница Српског лекарског друштва забележено је и да је говорио о примени плацебо терапије, износећи да терапијски учинак на бол има и вода парентерално унета инјекцијом. То је све у складу с тадашњим доминантним учењима Шаркоа о хистерији, коју су касније прихватили бројни познати научници. Међу њима су и Бројер, Бабински, Фројд и други.

Наш Др Лаза К. Лазаревић био је изузетан и прави лекар укупне научне медицине свога доба али и врстан познавалац психологије и психијатрије по савременим критеријумима.

Београд, децембар 2011.

Проф. др Милутин М. Ненадовић<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Директор Специјалне болнице за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд и Председник научног одбора I Конгреса болничке психијатрије Србије са међународним учешћем, Београд 2011. године.

## Foreword

On the occasion of the anniversary – one hundred and fifty years of tradition of hospital treatment of mental patients in Serbia, special hospital for psychiatric illnesses: “Dr Laza Lazarević” in Belgrade is publishing a monograph with published professional and scientific works of dr Laza K. Lazarević. Dedicated to this anniversary is The first congress of hospital psychiatry with international participation (15<sup>th</sup> and 16<sup>th</sup> of December 2011). This monograph should preserve the memory of the most impressive and most versatile Serbian doctor who practiced clinical medicine.

Dr Laza K. Lazaravić is deservedly remembered as a creator of Serbian realism in literature in our cultural heritage. According to critics ratings, he takes the number one place. His contribution as a clinical doctor and scientist is no less significant, which is unfairly neglected in our, as well as world sources.

Dr Laza K. Lazarević was born in Šabac in 1851. His father Kuzman was salesman, and his mother Jelka came from a goldsmith family. He had three sisters. Šabac is a town in which the first hospital in renewed Serbia was built in 1826, and dr Jovan Stejić was placed as the superintendant who was one of our first schooled doctors.

He started his schooling in Šabac, and after his father’s death he finishes his fifth and sixth high school grade in Belgrade. He lived with his older sister Milka and brother in law, Milorad Petrović Šapčanin, famous poet. After graduating from high school he studied at the Great school of law science in Belgrade and graduated in 1871. As a law graduate, Laza K. Lazarević received a government scholarship that same year for studies of medicine in Paris. But he did not attend his studies because of the outbreak of Franco Prussian war, and the Paris Commune. At the repeated contest in 1872 he received a government scholarship to study medicine in Berlin, whose medical faculty was one of the most prestigious in Europe. As the heads at that time, were the following famous scientists: Wirchoff, Helmcolc, Di Boa Reymon and many others.

Laza K. Lazarević interrupt his studies in Berlin because of Serbian Turkish wars and returns to Serbia where he is engaged in military medicine. Although still a medicine student, he worked as a doctor in then Polish hospital during the time of both Serbian Turkish wars 1876 and 1877. “Inspector of all medical missions except Russian”, Vienna’s surgeon, baron Jaromir von Mundi, after inspecting the Šabac hospital noted down about the work of dr Laza K. Lazarević: “Laza K. Lazarević even at that time as a student practically got to know the state of doctor’s service in Serbia. In “Serbian newspapers” in 1877 he publishes his first scientific article “About disinfecting the schools that were used as hospitals during the war”.

### **Doctor and scientist**

In March 1878, upon the end of the Serbian-Turkish war, Laza K. Lazarević returns to Berlin and carries on with his medical studies. At the beginning of 1879 he successfully finishes his studies, passing *Examen rigorosum*. He prepares his doctorate - doctor's dissertation: "Contribution to experimental study and analysis of electrolytic effect of mercury on organism, which he defended on 8 of March 1879. He was promoted to doctor of "the whole of medicine and surgery", which in today's time would compare to the scientific position of doctor of medical sciences and surgery. Laza K. Lazarević's doctorate dissertation was highly graded and upon the committee's opinion, presented in the Vienna's professional journal "Repetitorium der Analytischen Chemie" (III, No. 8). Dr Laza K. Lazarević notices in his dissertation "...that pathological rashes the size of been or smaller most commonly appear in the stomach, at the bottom of the IV brain ventricle and in the lungs, as well as in saliva which is getting increased in volume, as a first sign of poisoning". He further concludes "that all this, different from what was known then, but is still not enough to justify even and only a try of general theoretical explanation..."

This is the first scientific report of Dr Laza Lazarević in which systematic approach and analytic spirit of our scientist and doctor were proven. His interest for biological sciences was induced in high school by his professor Josif Pančić, and it was connected to Darwin's theory. Dr Laza K. Lazarević's scientific talent developed in high school and showed during schooling. He studied in Berlin, in the chemistry lab of the famous professor Oto Libreich, which led him to the area of experimental medicine. He built his own scientific approach to medicine through pathology and experiments and as a practical doctor he increased a quality of diagnostics and therapy for every patient, regardless of which specialist medical field he worked at. Dr Laza K. Lazarević completely adopted current scientific approach in European medical tradition based on Pasteur's studies, of that time, according to which every cause determined consequence.

Dr Laza K. Lazarević only lived for 40 years, and only worked as a doctor for 11. From 1884 he got sick from tuberculosis a number of times and every year he went for treatment to Austrian spas. In just 11 years of doctor's work he published 77 professional and scientific works and reports. Epithet of a scientist he acquired by describing the sign for reliable diagnosis of lesion of *nervus ischiadicus* and earned an eponym in the world literature because he was the first to describe that pain

appears because of stretching of nervus ischiadicus and not due to pressure applied to muscle on the nerve as was thought until then, and after his description. Report on *Ishias postica cotunni* – a contribution for differential diagnoses was published in “Serbian Archive” journal. In 1880, and four years later (1884) it was printed in the “*Algemeine Wiener Medizinische Zeitung*”. Immediately after his arrival from his studies in Berlin, on the 29<sup>th</sup> of August 1879 Dr Laza K. Lazarević attended the regular meeting of Serbian doctors association (SDA). He was introduced by a society president Dr Mladen Janković, and Lazarević alone held an introduction “About a case of forced termination of pregnancy”, which he held as a student at his gynecology examination. After introduction Dr Laza K. Lazarević “gifted SDA a ten week embryo for pathoanatomic museum”, which was, according to the record of that meeting, received with gratitude. Dr Laza K. Lazarević from then on until he fell into his bed 1889 because of his illness, attended almost all meetings SDA, in which he was very active. His last contribution presents his suggestion which was accepted at the regular meeting held on 26<sup>th</sup> of April 1889. “To create a column in the Archives for inserts in which pharmacists could publish some of the scientifically tried medicines...”.

Dr Laza K. Lazarević in 1881, after “Government sanitary law”, came into power by which “Town hospital in Palilula” was renamed “General public hospital in Belgrade”, placed as primary doctor of the inner ward. He stayed at this position until the 10<sup>th</sup> of February 1889 when he transferred to the active military service and was named King Milan’s personal doctor. Working as a primary doctor and chief of internal ward he manifested a professional, scientific and organizational ability and achieved good results. He turned the ward into a clinic with excellently equipped laboratory for that time. He was the first in Serbia to introduce “electric charge galvanic batteries under cautelas”. He brought this skill from his studies in Berlin, because of *ishias* that he suffered from as a student. He applied the same therapeutic method on himself.

Dr Laza K. Lazarević, in Hadži Nikolić’s private house across the road from the clinic, arranged a ward for the elderly and personally operated it as a primary doctor of the hospital. That hospital ward should be considered the first geriatric hospital, not only in Serbia but in Europe.

He got ill from tuberculosis, existed and drained from the illness, he died on the 29<sup>th</sup> of December 1890, according to the old calendar, and on the 10<sup>th</sup> of January

1891 according to the Gregorian calendar. Dr Ljubomir Hristić then wrote: “The hands of the clock stopped at eight and three quarters in the evening of the 29<sup>th</sup> day of the month of December. We bathed the simple skeleton that can be seen in the natural museums in water mixed with vine and with it we watered tilia tree in the garden...”

Dr Laza K. Lazarević published professional and scientific reports from many medical fields in only 11 years: ophthalmology, surgery, gynecology, infectology, bacteriology, and the most significant from the area of neurology. He was the first Serbian neurologist who could equally stand next to European and the world scientists from the field of neurology. Let us remind ourselves that contemporary neurologists of that time were of great scientific magnitude like: Guillaume Benjamin Amand Duchenne (1806–1875), Claude Bernard, (1813–1878), Charles Edouard Brown-Séquard (1817–1894), Emil Du Bois-Reymond, 1818–1896, Pierre-Paul Broca (1824–1880), Nikolaus Freidreich, (1825–1882), Jean Martin Charcot, 1825-1893, John Hughlings Jackson, 1835–1911), Aleksej Jakovlevič Koževnikof (1836–1902), Wilhelm Heinrich Erb, 1840–1921), Karl Wernicke, (1848–1905), Ivan Petrovič Pavlov (1849–1936), Sir William Richard Gowers, 1845–1915), George Sumner Huntington (1850–1916), Constantin von Monakow, (1853–1930) and others.

It has been disputed if Dr Laza K. Lazarević wrote and worked in the field of psychiatry, which is absolutely not true. Upon Duke Mihajlo Obrenović's decision Serbia acquired its first psychiatric hospital in 1861, “Home for those who lost their minds” in Doctor's tower, private house, built in 1824, and the building is preserved today and belongs to the special hospital for psychiatric illnesses “ Dr Laza K. Lazarević”. In this building in 1881 was “Hospital for mental illnesses was established. Patients with mental disorders were admitted for treatment by court order, which was seldom practice in more developed countries in Europe and the West. In archives and documentation of “Dr Laza K. Lazarević” hospital in the period from 1880 to 1887 156 histories of illnesses are kept in which medical notes are entered, and 50 of those Laza K. Lazarević handwrote and signed. He, in the mentioned period, observed almost a third of hospitalized mental patients of then whole Serbia. Scripts of doctor's medical notes of dr Laza K. Lazarević we present in this monograph and they confirm his professional and qualified interpretation of disorders of harmonious mental functioning of those patients. It is certain that

## XVIII

Lazarević was as a doctor in contact with the most number of mentally ill in Serbia. Jovan Skerlić testifies that he was renowned psychologist and psychiatrist, who says that dr Laza K. Lazarević as a doctor loved and was able to analyze and examine himself. Analytical ability is discovered in his descriptions of neurological patients with physical illnesses, as well as patients with hysterical manifestations, whose clinical display presented at the regular meetings of Serbian doctors asosiation. In Serbian doctors association minutes it was noted that he spoke about application of placebo therapy stating that water has therapeutic effect on pain when parenterally injected. All this is in accordance with then dominant studies of Charcot on hysteria, which was later on accepted by known scientists. Amongst those were Breuer, Babinski, Freud and others.

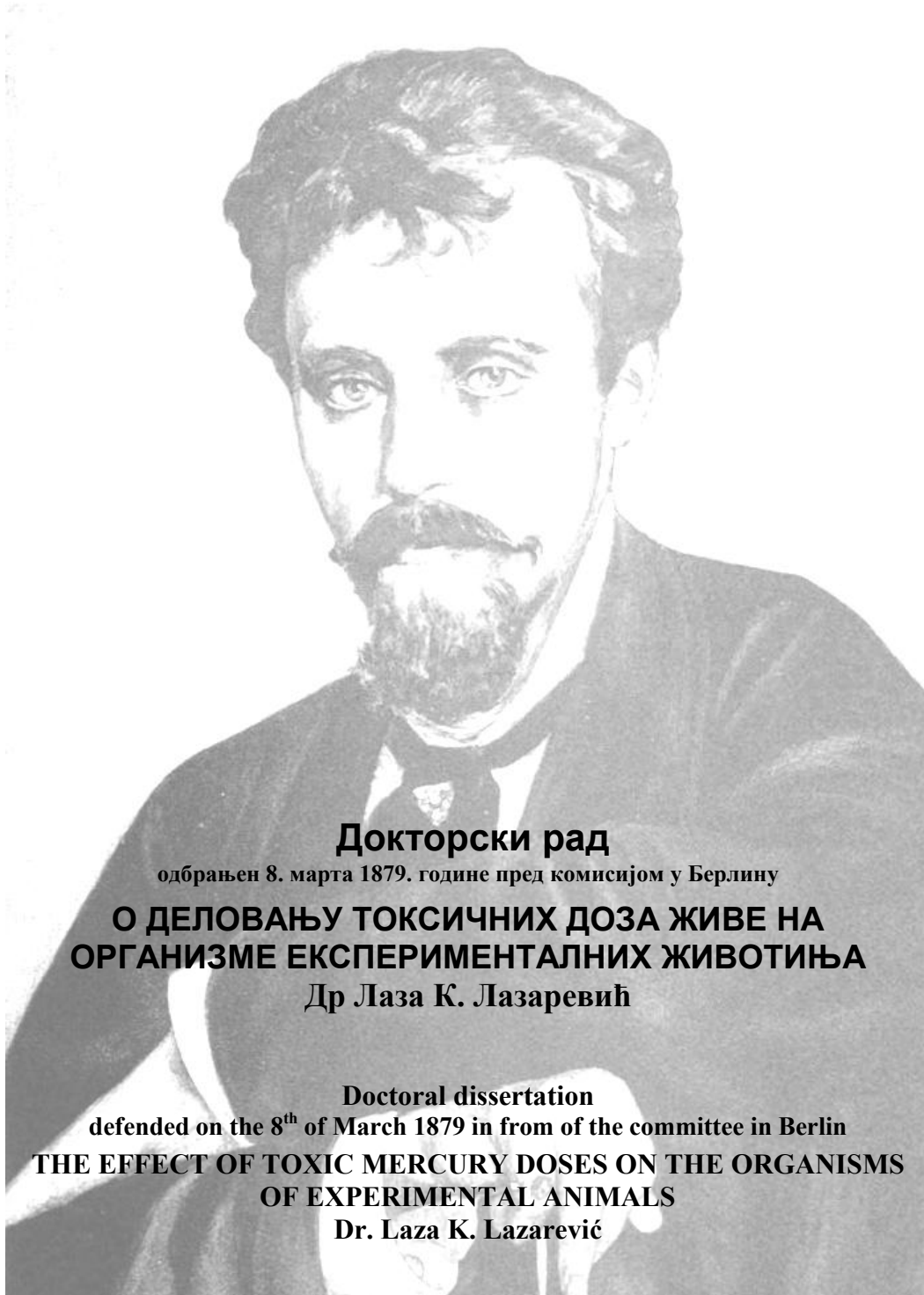
Our dr Laza K. Lazarević was an exceptional and a real doctor of the whole scientific medicine of his time and well acquainted with psychology and psychiatry according to contemporary criteria.

Belgrade, December 2011

Prof. Dr Milutin M. Nenadović<sup>2</sup>  
neuropsychiatrist

---

<sup>2</sup> Director of Special hospital for mental disorders „Dr Laza Lazarević” Belgrade and the Head of the scientific council of the I Congress of hospital psychiatry of Serbia with international participation 2011.



**Докторски рад**

одбрањен 8. марта 1879. године пред комисијом у Берлину

**О ДЕЛОВАЊУ ТОКСИЧНИХ ДОЗА ЖИВЕ НА  
ОРГАНИЗМЕ ЕКСПЕРИМЕНТАЛНИХ ЖИВОТИЊА**

**Др Лаза К. Лазаревић**

**Doctoral dissertation**

defended on the 8<sup>th</sup> of March 1879 in front of the committee in Berlin

**THE EFFECT OF TOXIC MERCURY DOSES ON THE ORGANISMS  
OF EXPERIMENTAL ANIMALS**

**Dr. Laza K. Lazarević**

Experimentelle Beiträge  
zur  
**Wirkung des Quecksilbers.**

Nebst einem Anhang über den  
Nachweis des Quecksilbers mittelst Electrolyse.

INAUGURAL-DISSERTATION  
WELCHE  
ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE  
IN DER  
**MEDICIN UND CHIRURGIE**

MIT ZUSTIMMUNG  
**DER MEDICINISCHEN FACULTÄT**  
DER  
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 8. März 1879

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD  
DER VERFASSER

**Lazar K. Lazarević**

aus Schabatz in Serbien.

OPONENTEN:

J. Stern, Dr. med. pract. Arzt.

S. Atanasijević, Dd. med.

D. Boghean, Cand. med.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

<sup>1</sup> Др Лаза К. Лазаревић - Докторски рад у: БИБЛИОТЕКА МАТИЦЕ СРПСКЕ, књига број 543.

<sup>2</sup> Dr. Laza K. Lazarević – Doctoral dissertation In: LIBRARY OF “MATICA SRSPKA”, book n.543.





**М о ј о ј м а ј ц и  
посвећен**

**Dedicated to  
my mother**

Докторски рад је први научни рад др Лазе К. Лазаревића у коме су неспорно доказани систематичност и аналитички дух овог нашег научника и лекара. Сам др Лаза К. Лазаревић у својој дисертацији запажа „...*да се патолошки оједи величине пасуља или ситнији најчешће јављају у желуцу, у поду IV коморе и у плућима, као и присутној саливацији која се повећава, као првом знаку тровања*“. Даље закључује „*да је ово све, различито од свег што се до тада знало, али је ипак недовољно да оправда макар и само покушај општег теоријског објашњења...*“

Рад никада није штампан на српском језику. Сам аутор то није урадио, а није сачуван ни његов рукопис на српском језику.

Зна се да је интересовање за биолошке науке у њему је побудио још у гимназији његов професор др Јосип Панчић упознавши га са Дарвиновом теоријом еволуције.

Doctoral dissertation is the first scientific paper of dr Laza Lazarević in which systematic approach and analytic spirit of our scientist and doctor were proven. Dr Laza K. Lazarević notices in his dissertation “...*that pathological rashes the size of been or smaller most commonly appear in the stomach, at the bottom of the IV brain ventricle and in the lungs, as well as in saliva which is getting increased in volume, as a first sign of poisoning*”. He further concludes “*that all this, different from what was known then, but is still not enough to justify even and only a try of general theoretical explanation...*”

The paper has never been printed in Serbian language before. The author himself did not do it and his papers written by hand were not saved either.

It is known that the interest for biological sciences was induced in high school by his professor Josif Pančić, by introducing him to Darwin’s theory of evolution.

## Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Quecksilbers.

---

Es existirt kaum ein zweites Mittel in unserem Arzneimittelschatze, welches sich einer derartigen Literatur erfreut wie das Quecksilber. Dies ist aus zwei Gründen verständlich: erstens wird das Quecksilber, in Form seiner zahlreichen Präparate, zu medicamentösen Zwecken allzuoft und bei verschiedenen Erkrankungen angewandt, zweitens laufen die Angaben über seine Wirkungen, die man theils am Menschen beobachtete, theils durch Experimente an den Thieren zu begründen sich bemühte, derart auseinander, dass in vielen, selbst Cardinalfragen seiner Wirkungen, noch immer neue Versuche zu erwünschen sind. Es ist demnach leicht verständlich, dass ich der Aufforderung meines verehrten Lehrers, Herrn Prof. O. Liebreich, mich in seinem Laboratorium mit dieser Frage experimentell zu beschäftigen, mit grosser Freude und regem Interesse nachfolgte.

Es sind nun beinah drei Jahre, dass ich diese Versuche angestellt und bis zu den weiter unten zu besprechenden Ergebnissen geführt hatte. Die Resultate beabsichtigte ich noch in der Mitte des Jahres 1876 in meiner Inaugural-Dissertation zu publiciren, aber der

## 6

serbisch-türkische Krieg, der in diesem Jahre ausbrach, liess meine damaligen Pläne scheitern, und die Eile, mit der ich nach meiner Heimath zurückkehrte, hinderte mich selbst eine vorläufige Mittheilung in die Oeffentlichkeit zu schicken.

Anfänglich hatte ich mir vorgenommen, lediglich die Resorptionsverhältnisse des auf subcutanem Wege dem Organismus beigebrachten Quecksilbers zu ermitteln. Durch die, meines Erachtens äusserst interessanten, pathologischen Erscheinungen, die sich schon bei den ersten Versuchen zeigten, wurde ich aber von dem Ziele, das ich mir ursprünglich gesteckt hatte, einigermaßen abgelenkt, und schenkte meine volle Aufmerksamkeit den Erscheinungen, deren Besprechung den Hauptgegenstand dieser Schrift bildet.

Es sei mir hier gestattet, zuerst dasjenige in aller Kürze zu berühren, was bereits von anderen Beobachtern mitgetheilt worden ist, sodann eigene Versuche folgen zu lassen, und endlich die Unterschiede zwischen den Resultaten, zu denen ich gelangte, und denen der anderen Experimentatoren hervorzuheben. — Da aber die therapeutische Anwendung des Quecksilbers mit der vorliegenden Arbeit in erster Instanz nichts zu thun hat, so will ich mich auf deren Besprechung auch gar nicht einlassen.

Obwohl das Quecksilber, in der Form seiner grauen Salbe, schon den arabischen Aerzten bekannt gewesen sein soll, ist doch das genauere Studium seiner Wirkungen erst unserer Zeit vorbehalten. Von den zahlreichen, sich auf diesen Gegenstand beziehenden

Schriften und Arbeiten, verdienen die von v. Bärensprung<sup>1)</sup>, Carl Voit<sup>2)</sup> und Overbeck<sup>3)</sup> besonderer Erwähnung. Sie enthalten ebenso eine Fülle von neuen, auf experimentellem Wege und nüchterner Beobachtung gegründeten Thatsachen, als auch eine scharfe Kritik der früheren, zum Theil nicht minder wichtigen Mittheilungen (von Oesterlen, Buchheim, Mialhe, Liebig u. A.). Die erste Hälfte der vorliegenden Schrift lehnt sich auch grösstentheils an diese Mittheilungen an.

Es wird sich jedenfalls zuerst darum handeln, wie das Quecksilber, in verschiedener Form seiner Präparate, zur Resorption gelangt. Die meisten Autoren unserer Zeit huldigen der Ansicht, dass das Quecksilber, in welcher Form es auch dem Organismus beigebracht sei, stets zuletzt in Sublimat übergeht, und erst in dieser Form resorbirbar ist. Der Vorgang, den man sich dabei zu denken hat, ist ziemlich derselbe, dem wir in den mit Quecksilber und Eiweisslösungen, ausserhalb des thierischen Körpers angestellten Versuchen begegnen. Der Sublimat bewirkt bekannterweise in einer Eiweisslösung einen Niederschlag, welcher aus der Verbindung des Quecksilbers mit dem Eiweisse der Lösung besteht. Dieser Niederschlag ist in der Kochsalz- sowie auch überschüssigen Eiweiss-

---

<sup>1)</sup> Mittheilungen aus der Abtheilung für syphilitisch Kranke. — Annalen des Charité-Krankenhauses. VII. Jahrg. 1856. 2. Heft.

<sup>2)</sup> Physiologisch-chemische Untersuchungen. Augsburg. 1857.

<sup>3)</sup> Mercur und Syphilis. Berlin. 1861.

lösung löslich. Man erinnere sich weiter, dass alle anderen Quecksilberpräparate unter Einwirkung von Chlornatrium in Calomel und Sublimat übergehen, und zwar das Oxydul und Oxydulsalze in Calomel, das Oxyd und seine Salze in Sublimat. Endlich aber wandelt sich auch das Calomel seinerseits nachträglich (im Organismus wenigstens theilweise) in Sublimat um. Auf diesem Verhalten der Quecksilberverbindungen einer zur anderen, und des Sublimats zum Eiweiss, beruht die oben erwähnte Theorie der Quecksilberresorption (Liebig, Mialhe, v. Bärensprung, Voit u. A.). Die Bedingungen zu den oben auseinandergesetzten Umwandlungen sind in Magen- und in Darmsäften, sowie im Blute gegeben. Nachdem der Sublimat eine Verbindung mit dem im Magen und Darm enthaltenen Kochsalz eingegangen hat ( $\text{Hg Cl}_2 + \text{Na Cl}$ ), wird er rasch resorbirt und bildet darauf mit dem Bluteiweiss eine Albuminverbindung, in welcher höchst wahrscheinlich das Quecksilber an Sauerstoff gebunden ist („Quecksilberoxyd-Albuminat“).

Getheilt aber sind die Ansichten über die Resorption des metallischen Quecksilbers. Während nämlich nach Einigen das reine Quecksilber gar nicht resorbirbar ist, behaupten die Anderen mit entschiedener Bestimmtheit das Gegentheil. Nach der ersten Ansicht gelangt nun das unguentum hydrargyri cinereum zur Wirkung nicht durch seinen Quecksilbergehalt, sondern vielmehr durch das Quecksilberoxydul und durch fettsaure Salze, die es stets neben metallischen Kügelchen mitführen soll. Das Metall als solches sei nicht im Stande die Haut

zu durchdringen, und das Auffinden von Quecksilberkügelchen in der Haut, Schweissdrüsen u. s. w. beruhe auf Täuschung (Donders, v. Bärensprung u. A.). Overbeck dagegen fand in der frisch bereiteten grauen Salbe nur die Quecksilberkügelchen, und kein Oxyd desselben. Er behauptet weiter mit Oesterlen und Voit mit grösster Bestimmtheit in den Geweben der zu den Versuchen verwendeten Thiere Quecksilberkügelchen gefunden zu haben; und zwar gelang es ihm bei einem 8 Tage lang tüchtig geschmierten Kaninchen die Anwesenheit derselben „nicht nur in Epidermis und Cutis, sondern ganz unzweifelhaft auch im Unterhautzellgewebe, in den Intercostalmuskeln, ja bis auf die Pleura hin zu konstatiren<sup>1)</sup>.“ Trotzdem steht jetzt diese letzte Meinung ziemlich vereinsamt da. Vielmehr nimmt man heute im Allgemeinen an, dass das Quecksilber in regulinischer Form keiner Resorption fähig ist. Seine Dämpfe übrigens schlagen sich zwar an den Schleimhäuten als Metall nieder, werden aber hier oxydirt, und gehen dann die oben erwähnten, zur Resorption unbedingt nöthigen Umwandlungen ein. Das unguentum cinereum wirkt durch seinen Gehalt an fettsaurem Quecksilberoxydul. — Nothnagel und Rossbach<sup>2)</sup> theilen die Meinung von Kirchgässer, nach welcher das metallische Quecksilber, in Form von ung. hydr. cin., ausschliesslich via Athmungsorgane re-

---

<sup>1)</sup> Overbeck a. a. O. S. 20.

<sup>2)</sup> Nothnagel und Rossbach. Handbuch der Arzneimittellehre. III. Aufl. Berlin. 1878. S. 186.

sorbirt wird. Hier hat man sich natürlich auch den oben beschriebenen Vorgang zu denken.

Wenn wir uns der oben auseinandergesetzten, an Experimenten begründeten Meinung — nach welcher man bei allen gebräuchlichen Quecksilberpräparaten in der letzten Instanz mit Sublimat, resp. Quecksilberoxyd-Albuminat zu thun hat — anschliessen, so können wir uns sehr leicht begreiflich machen, wie es ist, dass nach Anwendung verschiedener Quecksilberpräparate stets dieselbe allgemeine Wirkung erzielt wird. Hier kommt es hauptsächlich auf die Dosis, die Dauer der Application und die „individuelle Disposition“ an. Nach dem Gesagten leuchtet es ein, dass der Sublimat die allgemeine, weiter unten zu erörternde Intoxication vor allen anderen Präparaten am schnellsten und intensivsten herbeiführen wird, weil er eben schon diejenige Verbindung ist, in welche alle anderen Präparate erst übergehen müssen, um resorbirt werden zu können. Es ist aber einem jeden, practisch thätigen Arzte nicht minder bekannt, wie das Calomel dieselbe Wirkung und in sehr kurzer Zeit zu entfalten vermag, wenn nämlich die Bedingungen zur Umwandlung desselben in Sublimat gegeben worden sind; und dies ist der Fall namentlich bei sehr kleinen Dosen, weil dann die im Magen-Darmkanal enthaltene Menge des Chlornatriums genügt, die kleine Menge Calomel in Sublimat umzuwandeln, und weil es nicht an der Zeit fehlt, wie es bei grösseren, purgirenden Dosen der Fall ist. — Die individuelle Disposition spielt hier, wie bei vielen anderen Arzneimitteln, eine hervorragende Rolle,

wie sich das wohl am meisten bei den mit Quecksilber und seinen Verbindungen beschäftigten Arbeitern constatiren lässt. Manche widerstehen lange Zeit der verderblichen Einwirkung, während andere wahrhaft microscopische Dosen brauchen, um einer allgemeinen Intoxication anheimzufallen. Als Beispiel diene hier der Hager'sche Fall: „Mir ist eine Dame bekannt, welche nur mit den Fingern die Rückseite eines Spiegels bereiben, die Quecksilbersalbe in der Menge einer Linsengrösse einreiben durfte, um sich wochenlang mit einem leichten Mercurialismus herumzuplagen<sup>1)</sup>.“ Jedenfalls ist der Unterschied zwischen so einer Person und einem lange Zeit thätigen Spiegelarbeiter ein überaus grosser.

Die Ausscheidung des einmal resorbirten Quecksilbers geschieht durch alle Secrete und Excrete. Man hat es nach der Einnahme (per os, subcutan, per inunctionem oder durch Einathmung der Quecksilberdämpfe) wiedergefunden im Harn, Koth, Schweiss, Speichel, Galle u. s. w. Die Angaben über die Zeitdauer, welche nöthig ist zwischen Einführung und Wiederausscheidung des Quecksilbers, laufen sehr auseinander. Das jahrelange Verbleiben des Quecksilbers im thierischen Körper wird jetzt wenigstens bezweifelt, und diese Angabe als eine Täuschung betrachtet, welche wahrscheinlich darauf beruhte, dass man, durch die Unvollkommenheit früherer Methoden, nicht im Stande war das Vorhandensein desselben in den Secreten und

---

<sup>1)</sup> Hager. Untersuchungen der Arzneimittel. 1871. S. 287.



Excreten chemisch nachzuweisen. Indessen kann man nicht verhehlen, dass Gorup-Besanez die Anwesenheit des Quecksilbers in der Leber, ein Jahr nach der Einführung desselben, constatirt hat<sup>1)</sup>. Das Auftreten des metallischen Quecksilbers in den Knochen der mit demselben behandelten Thiere ist nie beobachtet worden; indessen fehlt es nicht an den Behauptungen aus früheren Zeiten, dass man es doch in regulinischer Form in den Knochen der menschlichen Leichen gefunden habe<sup>2)</sup>. Aber keiner von diesen Fällen verdient volles Vertrauen, den Fall von Rokitansky nicht ausgenommen, da er sich ja selbst ihm gegenüber sehr zurückhaltend verhält<sup>3)</sup>, und mancher Fall, wie der von Patruban<sup>4)</sup>, giebt schon einen Fingerzeig zur Erklärung dieser merkwürdigen „Thatsache“. Sollte dies dennoch vorgekommen sein, so ist es als eine Reduction des Quecksilbers zu betrachten, die mit den toxischen Wirkungen desselben in keinem Zusammenhange steht<sup>5)</sup>.

Der Sublimat, auf die äussere Haut oder auf die Schleimhaut gebracht, wirkt ätzend, indem er eine Verbindung mit dem organisirten Eiweisse eingeht. Die anderen Quecksilberpräparate entbehren dieser Eigen-

<sup>1)</sup> Nothnagel und Rossbach. A. a. O. S. 162.

<sup>2)</sup> Cf. hierüber Overbeck a. a. O. Vorkommen von regulinischem Quecksilber in den Knochen. S. 154 u. ff.

<sup>3)</sup> Daselbst. S. 165.

<sup>4)</sup> Daselbst.

<sup>5)</sup> Herrmann. Lehrbuch der experimentellen Toxicologie. Berlin. 1874. S. 212.

schaft. Die allgemeine, toxische Wirkung aber kommt ihnen allen zu und äussert sich in zwei, dem Grade und Verlaufe nach verschiedenen Formen: als acuter und chronischer, constitutioneller Mercurialismus. Während die erste Form sich durch Speichelfluss, Mundentzündung, foetor ex ore, Magenkatarrh und Durchfall kundgibt, besteht letztere in einem tiefen Ergriffensein des ganzen Körpers, besonders aber des Nervensystems. Ausser dem erwähnten Speichelfluss, dessen Menge manchmal sich bis auf 5 Klgrm. in 24 Stunden belaufen kann, beobachtet man hier eine Entzündung der Mundschleimhaut und der Gingiva, welche bei intensiven Fällen selbst exulceriren können. Die Zunge wird ebenfalls entzündet. Caries der Zähne und Schwund des processus alveolaris stellen sich ein. Dabei macht sich ein langsames Siechthum bemerkbar; Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche, Ohnmachtsanfälle, Aengstlichkeit, Verlegenheit, Tremor und Parese der Muskeln (electriche Reizbarkeit bleibt aber intact), Stottern der Sprache und das „mercurielle Fieber“ bemächtigt sich des Kranken. Im Harn findet man Eiweiss und Zucker, Leucin und Baldriansäure (Overbeck); und wenn man der Gifteinführung nicht Einhalt thut, so erfolgt „untergänzlicher Zerrüttung des Nervensystems“ endlich der Tod, durch erschöpfende Diarrhöen beschleunigt.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche man in solchen Leichen findet, entsprechen dem oben geschilderten Krankheitsbilde. Am konstantesten sind die Affectionen der Schleimhäute, hauptsächlich des Mundes und des Magendarmcanals, und zwar findet

man hier alle Stadien der Entzündung von einfachen Hyperämien, bis zu vollkommen ausgebildeten Geschwüren. Es sei hier aber bemerkt, dass die Alteration der Mundschleimhaut keineswegs mit der Salivation in gradem Verhältnisse steht, dass die letztere vielmehr ohne jegliche Veränderung der Schleimhaut bestehen kann. Die Kieferknochen zeigen bald mehr bald minder ausgedehnte Necrose. Die Lungen, wie *intra vitam*, so auch *post mortem*, zeigen selten primäre Veränderungen. Man konstatirt dabei mehr oder weniger in allen Organen die Anwesenheit von Quecksilber; am meisten findet sich dasselbe aber in der Leber, am wenigsten in den Muskeln. Overbeck ist der Meinung, dass die Leber das Hauptorgan sei für die Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Körper, und den grossen Quecksilbergehalt des Darmkanals führt er auf die Lebersecretion zurück<sup>1)</sup>.

Selbstverständlich ist der Sectionsbefund bei den an Hydrargyrose gestorbenen Thieren dem obigen entsprechend. Die Versuchsthiere zeigten ebenso auch während des Lebens die Erscheinungen, welche mit denen beim Menschen beobachteten übereinstimmen, doch ist hier einiges besonders hervorzuheben. So ist z. B. der Speichelfluss bei den Thieren selten beobachtet worden, eben so wenig eine Necrose der Kieferknochen; während die anderen organischen Veränderungen, namentlich die im Magen-Darmkanal, um so mehr zu Tage treten. Das Vorkommen von Eiweiss und Zucker

---

<sup>1)</sup> Overbeck a. a. O. S. 120.

haben viele Beobachter bestätigt. Einige fanden vermehrte Diurese (Salkowsky, Rosenbach, Heilborn und Andere). Salkowsky<sup>1)</sup> fand nach der Einspritzung von 0,04 — 0,06 Hg Cl<sub>2</sub> in zwei Tagen stets die aus phosphorsaurem und kohlsaurem Kalk und zum Theil auch aus Chlornatrium bestehenden Ablagerungen in den geraden Harnkanälchen der Corticalsubstanz. Dieser Befund wurde von anderen Beobachtern (Rosenbach, Heilborn) nicht so regelmässig beobachtet. Dagegen fand Heilborn<sup>2)</sup> eine Erweiterung der Nierenbecken („wie bei Hydronephrose“) und Hämorrhagien um die Glomeruli herum; auch eine fettige Degeneration ist nach ihm und Anderen kein seltener Befund. Hyperämie der Bauchorgane ist eine der konstantesten anatomischen Veränderungen. Die Leber zeigt dabei auch eine „Brüchigkeit“. Der Magen, sowie die Darmmucosa zeigen sich stark hyperämisch und mit hämorrhagischen Herden besprengt, die von Salkowsky besonders am Magen, von Rosenbach und Heilborn hauptsächlich am Coecum beobachtet worden sind.

Nicht so constant und charakteristisch sind die Veränderungen, die man am Herzen und in den Lungen wahrgenommen hat. Mässige fettige Degenerationen der Herzmuskulatur und verschieden starke Hyperämien sind öfters beobachtet worden. An den Knochen fand Overbeck, der mit Hunden und Katzen experi-

---

<sup>1)</sup> Virchow's Archiv. Bd. 37.

<sup>2)</sup> Experimentelle Beiträge zur Wirkung subcutaner Sublimat-Injectionen. Archiv für experimentelle Pathologie und Therapie. VIII. Bd. S. 360.

mentirte, gar keine Veränderung, während Heilborn, der den Knochen seine besondere Aufmerksamkeit schenkte, stets eine exquisite, über die Epiphyse, sowie über die Diaphyse gleichmässig verbreitete Markhyperämie feststellte. Dabei fand er öfters in der Umgebung der Gefässe „schollige, roth gefärbte Massen und so viel Blutfarbstoff diluirt, dass die zelligen Elemente gleichmässig röthlich erscheinen“<sup>1)</sup>. Die Fettzellen des Markes waren bei langandauernden Versuchen völlig verschwunden, in wenigen intensiven Fällen dagegen zeigen sie sich in subnormaler Menge und sind in hohem Grade atrophisch.

Bei chemischer Untersuchung konstatirte er mehrmals Anwesenheit des Quecksilbers im Knochenmarke.

Zu meinen Versuchen, deren ich im ganzen zehn anstellte, verwendete ich ausschliesslich Kaninchen. Von Quecksilberpräparaten wählte ich, aus leicht ersichtlichen Gründen, Sublimat, und spritzte ihn den Thieren subcutan in den ersten acht Versuchsfällen in einfacher wässriger Lösung, in den letzten zwei Fällen in Form der Müller'schen Lösung<sup>2)</sup> ein. Die Veränderungen betrafen hauptsächlich den tractus intestinalis. Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich hier gleich auf dieselben näher eingehen, um sie in den einzelnen Sectionsprotocollen nur in aller Kürze erwähnen zu können. Sie betrafen namentlich den Magen und den

<sup>1)</sup> Heilborn a. a. O. S. 367.

<sup>2)</sup> „Solutio hydrargyri bichlorati corrosivi cum natrio chlorato“, nach seiner Vorschrift präparirt. — Vide, Berliner klin. Wochenschrift. 1871. No. 49.

Dickdarm. In dem Magen sitzen sie hauptsächlich am Fundus und an der pars pylorica. Hier findet man alle Formen von punktförmigen bis bohnen grossen hämorrhagischen Errosionen, welche die ganze Dicke der Schleimhaut einnahmen. Die übrige Magenschleimhautoberfläche war catarrhalisch afficirt. Denselben catarrhalischen Veränderungen begegnet man im Darmkanal. Besonders auffällig ist hier die Anschwellung der solitären Follikeln und der Peyer'schen Plaquen, was unwillkürlich an die Anschwellung derselben Gebilde im Typhus erinnert. Vorzügliche Beachtung verdienen aber die Veränderungen der Valvulae Kerkringii, bestehend aus hämorrhagischen, braunschwarzen, necrotischen Defecten, die ihre ganze Länge einnahmen.

Da der Sectionsbefund in den übrigen Organen kein constanter ist und keiner besonderen Beschreibung bedarf, so kommt er bei den, einzelne Versuche betreffenden Sectionsprotocollen zur Sprache und wird noch nachträglich am Schlusse besonders berücksichtigt werden. Die Untersuchung auf Zucker und Eiweiss im Harn wurde bei jeder Entleerung vorgenommen, und zwar auf Zucker mittelst der Trommer'schen, Böttcher'schen und Fehling'schen Probe, auf Eiweiss mittelst Salpetersäure und Kochen. Der Harn wurde weiter stets auf Quecksilber untersucht, und zwar mittelst der, im zweiten Theil dieser Schrift speciell zu besprechenden electrolytischen Methode.

Ich wollte noch die Zeit bestimmen, nach deren Verlauf das eingespritzte Quecksilber im Urin auftritt. Die Harnverhaltung aber, wie aus den nachfolgenden

Versuchen ersichtlich, war ein Uebelstand, dem vorzubeugen ich durch Einpumpen von Wasser in den Magen, sowie durch den Druck auf die Harnblase fast vergeblich versuchte. Ich lasse nun die einzelnen Versuche folgen:

#### I. Versuch.

Einem grossen Kaninchen wurde 0,01 Sublimat subcutan eingespritzt. Acht Stunden nach der Injection entleerte das Thier eine gewöhnliche Menge Urins, welcher stark zuckerhaltig war.

2. Tag. Kein Urin, noch eine Defäcation.

3. Tag. Es wurde von neuem 0,01 Sublimat eingespritzt. Der Urin enthielt Hg. aber keinen Zucker mehr.

4. Tag. Kein Urin. In Faeces Quecksilber nachweisbar.

5. Tag. Von neuem 0,01 Hg. Cl<sub>2</sub> injicirt. Der an demselben Tage entleerte Urin zeigt kein Vorhandensein von Zucker, wohl ist aber Quecksilber enthalten.

6. Tag. Kein Urin. Am

7. Tag war das Thier todt.

Aus der eröffneten Blase wurde wiederum Urin untersucht. Er enthielt ebenso wie der Koth das Quecksilber. Zucker war aber nicht vorhanden.

#### Section.

Bauchhöhle. — Hämorrhagische Errosionen im Magen, besonders am fundus und pars pylorica. Dieselben Veränderungen im Dünndarme, vorwiegend an den Valvulae Kerkringii sitzend. — Brusthöhle. — In den unteren Partien beider Lungen pneumonische Infiltrate. — Bronchitis die sich nach oben in die Laryngitis fortsetzt. Cavum cranii. — Am Boden des vierten Ventrikels mehrfache punktförmige Hämorrhagien.

Auf Quecksilber wurde untersucht und zeigte Anwesenheit desselben: Leber, Galle, Blut, Glandulae salivales und lacrymales und corpus vitreum.

## II. Versuch.

Ein kleines Kaninchen bekam subcutan 0,01 Sublimat.

1. Tag. In 9 Stunden nach der Einspritzung gelassenem Urin war viel Zucker vorhanden. Ausserdem constatirte ich noch in demselben die Anwesenheit von Eiweiss (spurweise) und Quecksilber.

2. Tag. Kein Zucker und kein Eiweiss. Quecksilber im Urin und Faeces vorhanden. Dies wiederholte sich am

3. 4. und 5. Tage; am

6. Tag stellt sich ein Durchfall ein, welcher auch am nächsten Tag stattfand; am

8. Tage war das Thier todt.

Das Quecksilber war ununterbrochen im Urin und Faeces vorhanden.

### Obduction.

Gastritis hämorrhagica ulcerosa. — Collitis catarrhalis et hämorrhagica ulcerosa. — Beiderseitige Pneumonie. — Dilatation des rechten Herzens. — Ulcus miliare in Bulbus aortae. — Punktförmige Hämorrhagien am Boden des vierten Ventrikels. — Albuminöse Infiltration der gewundenen Harnkanälchen. —

Untersuchungen der Flüssigkeiten und Organe ergaben, wie im vorigen Falle, Anwesenheit von Quecksilber.

## III. Versuch.

Mittelgrosses Kaninchen. Injection von 0,005 Sublimat. Am 1. 2. 3. und 4. Tage liess das Thier keinen Urin.

5. Tag. Quecksilber im Urin. Kein Zucker, auch kein Eiweiss.

6. Tag. Kein Urin.

Am siebenten Tage tödtete ich das Thier, und fand bei der

### Obduction.

Hämorrhagische ulceröse Gastritis und Collitis. Beiderseitige Pneumonie (das Thier hustete aber auch vor der Einspritzung). Endarteritis am Bulbus aortae.



**IV. Versuch.**

Grosses Kaninchen. Injection von 0,005 Hg Cl<sub>2</sub>. — Am 1. und 2. Tag liess das Thier keinen Urin. In dem am zweiten Tage entleerten Koth konnte ich kein Quecksilber nachweisen. Dagegen am

3. Tag war das Quecksilber im Urin ebenso wie in Faeces vorhanden. Dieses wiederholte sich bis zum Tode, welcher am zehnten Tage nach der Injection erfolgte. Die

**Section**

zeigte dieselben Veränderungen im Magen und im Darmkanal, wie im vorigen Falle. An anderen Organen war nichts abnormes bemerkbar, ausser dass die beiden Lungen hyperämisch waren.

**V. Versuch.**

Ein grosses Kaninchen. Injection von 0,01 Sublimat. Am 1. und 2. Tage liess das Thier keinen Urin. Am zweiten Tage wies ich aber Hg. in Faeces nach.

3. Tag. Hg. im Urin und im Koth. Kein Eiweiss, kein Zucker.

Dasselbe wiederholte sich noch 5 Tage, als der Tod erfolgte.

**Section.**

Die Darmveränderungen wie in vorigen Fällen. — Hyperämia pulmonum, tracheae et laryngis. — Hämorrhagische Suffusionen der Pulmonalpleura. — Leichte, fibrino-seröse Pericarditis. —

**VI. Versuch.**

Ein kleines Kaninchen.

Eingespritzte Sublimatmenge = 0,01.

Um die Miction möglichst schnell nach der Einspritzung herbeizuführen (und auf diese Weise bestimmen zu können, wie viel Zeit verstreicht von der Einspritzung des Quecksilbers bis zu dessen Erscheinen im Urin), goss ich dem Thiere mittelst Schlundsonde 50 Ccm. Wasser in den Magen hinein.

## 21

Nach 7 Stunden entleerte das Thier Urin, in welchem Hg. nachgewiesen wurde. Ausserdem führte es eine unbeträchtliche Menge von Eiweiss. — Zucker war nicht vorhanden.

Nach 30 Stunden starb das Thier, und ich fand bei der

Section.

Gastritis et collitis hämorrhagica ulcerosa und zwar mit sehr grossen Substanzverlusten, und mit gangränösem, fetzigem Grunde. Starke Hyperämie beider Lungen. — Pyelitis et nephritis catarrhalis substantiae medullaris. —

**VII. Versuch.**

Ein mittelgrosses Kaninchen.

Injicirt 0,02 Hg Cl<sub>2</sub>.

Gleich nach der Einspritzung wurden 75,0 Ccm. Wasser in den Magen eingepumpt.

Trotzdem erfolgte am ersten und zweiten Tage keine Miction. In den am zweiten Tage entleerten Kothmassen fand ich das Quecksilber. —

Das Thier starb in der Nacht vom 3. zum 4. Tage nach der Injection, ohne also während der Untersuchungszeit urinirt zu haben.

Section.

Die Entzündungen im Magen- und Darmcanal wichen von den, bei anderen Fällen schon beschriebenen nicht im mindesten ab. Dagegen zeichnete sich dieser Fall durch Hydrops ascites et anasarca, sowie durch Pericarditis et Pleuritis serosa aus.

Ich habe in diesem Falle das Blut, die Milz, das Pankreas und das Gehirn auf Hg untersucht und dasselbe auch gefunden.

**VIII. Versuch.**

Einem kleinen Kaninchen wurde 0,01 Hg Cl<sub>2</sub> subcutan eingespritzt.

Gleich darauf 50 Ccm. Wasser in den Magen eingepumpt.

An den zwei ersten Tagen erfolgte keine Miction. Der am dritten Tage gelassene Urin zeigte eine zweifelhafte Reaction auf Zucker, und eine deutliche auf Quecksilber. Dieses letztere war auch in den folgenden Tagen nachweisbar.

## 22

Am achten Tage nach der Injection erfolgte der Tod.

## Section.

Die Veränderungen am Magen und im Darne wie in vorigen Fällen, aber mit sehr starken Substanzverlusten. — *Ulcus granulans cystidis felleae*. — An den anderen Organen war nichts abnormes nachweisbar.

Beim Betrachten der Gallenblase *in situ* bemerkt man an der linken Seite eine etwa fünfpfennigstück grosse, schiefbrig durchschimmernde Fläche. Die Gallenblase war beträchtlich mit Galleninhalte gefüllt, der *Ductus choledocus* ist dennoch für denselben durchgängig. Beim Einschneiden der Gallenblase fliesst aus derselben schmutzig-grün-schwarze, dickflüssige Galle. — Die — wie gesagt — schon äusserlich wahrnehmbare Veränderung betraf eine granulirende, mit kleinen röthlichen Wärzchen bedeckte Fläche. — Ich glaube, dass dieses Geschwür derselben Natur ist, wie diejenigen Geschwüre im Darne, nur dass hier die Abstossung des necrotischen Gewebes vollendet war.

(Die folgenden zwei Versuche waren mit Müller'scher Lösung angestellt (s. oben)).

**IX. Versuch.**

Ein grosses Kaninchen.

Aus Versehen bekam es nur 0,002 Hg Cl<sub>2</sub> subcutan injicirt.

Am zweiten Tage gelassener Urin war sehr dickflüssig und in der Menge von kaum 5,0 Ccm. Dennoch zeigte er deutlich die Anwesenheit von Hg. Auf anderweitigen Gehalt wurde er nicht untersucht.

Die nächstfolgende Urinentleerung, die erst am 5. Tage erfolgte, zeigte eine zweifelhafte Reaction auf Hg. Am 7. Tage war weder im Urin, noch im Kothe Quecksilber vorhanden. — Ich beobachtete das Thier weiter nicht.

**X. Versuch.**

Ein sehr grosses Kaninchen.

Es wurde ihm 0,009 Hg Cl<sub>2</sub> in Form Müller'scher Lösung eingespritzt.

Die Erscheinungen stimmen mit den oben mitgetheilten überein. Der Tags darauf entleerte Urin enthielt kein Eiweiss und keinen Zucker, wohl aber Quecksilber. — Die Section zeigte dieselben Veränderungen im Tractus intestinalis wie in den vorher erwähnten Fällen. In den übrigen Organen, ausser einer unbedeutlichen Lungenhyperämie, war nichts abnormes nachweisbar. — Sonderbarer Weise aber waren nur in diesem Falle die Injectionsstellen exulcerirt. Es waren deren drei, weil die Lösung, nach Müller's Vorschrift zubereitet, in einem Ccm. (also in dem Inhalte einer Pravaz'schen Spritze) 0,003 Hg Cl<sub>2</sub> enthält.

Fassen wir die interessantesten Erscheinungen dieser Versuche zusammen, besonders aber dasjenige, was uns der Sectionsbefund an die Hand giebt, so geht daraus hervor, dass der Sublimat, subcutan in den Organismus eingebracht, seine deletären Wirkungen vorzüglich an den Schleimhäuten, namentlich an denen des Tractus intestinalis entfaltet. Diese Veränderungen sind schon oben näher beschrieben worden und weichen nicht wesentlich von denen, welche von anderen Beobachtern beschrieben, ab. Ich konnte aber nach dem, was ich beobachtet habe, nicht behaupten, dass allein das Coecum oder eine andere Stelle des Darmkanals sich verändert vorfinde.

Anders aber verhalten sich die Angaben anderer Autoren und meine eigene Beobachtung bezüglich der Harnentleerung. Während Salkowsky, Rosenbach und Heilborn eine Zunahme der Harnmenge, wobei der Urin eine helle, klare Farbe annimmt, berichten, kann ich gerade das Gegentheil behaupten. Wie aus mitgetheilten Versuchen ersichtlich, war in keinem einzigen Falle eine vermehrte Diuresis vorhanden,

vielmehr stellte sich gleich nach der Einspritzung grösstentheils Anurie ein, und zwar im III. Versuch währte sie vier Tage lang, im IV. und V. zwei Tage und im VII. und VIII. ebenso zwei Tage, obwohl in beiden letzten Versuchen den Thieren Wasser in den Magen eingepumpt wurde, und obwohl ich — wie schon oben erwähnt — bei allen Versuchen durch das Pressen der Blase dieselbe zu entleeren versuchte. — Somit stimmt das, was ich gefunden habe, mit dem von Overbeck Mitgetheilten, der ebenfalls keine Polyurie beobachtete, vielmehr zeigte sich auch bei seinen Versuchen eine Anurie<sup>1)</sup>.

Ebenso wenig habe ich die oben erwähnten, von Salkowsky zuerst beschriebenen Salzablagerungen in den Harnkanälchen gefunden. Ich habe weder bei sorgfältigster macroscopischer Betrachtung, noch durch microscopische und microchemische Untersuchung (die ich übrigens im ganzen nur 4 mal angestellt hatte) diese Ablagerungen entdecken können.

Albuminurie trat bei meinen Versuchen in zwei Fällen ein (Vers. II. und VI.), und zwar bei Vers. II. nur vorübergehend, während bei VI. das Thier starb, ohne zum zweiten Male urinirt zu haben. In beiden Fällen zeigten auch die Nieren bei der Obduction Veränderungen, die man, als der Albuminurie zu Grunde liegenden, zu erwarten hatte, und zwar im Versuche II. eine ausgesprochene albuminöse Infiltration, in Vers. VI. dagegen eine Pyelitis et nephritis catarrhalis substantiae

---

<sup>1)</sup> Overbeck. A. a. O. S. 109 u. ff.

medullaris. Anderweitige Veränderungen, wie Erweiterungen der Nierenbecken („wie bei der Hydronephrose“ — Heilborn) u. s. w. konnte ich nicht bestätigen.

Durchfall trat bei meinen Versuchsthieren nur in einem einzigen Falle ein (Versuch II.), ohne dass die Obductionsbefunde sich etwa von denen der anderen Versuchsthierchen unterschieden, und ohne dass hier etwa die eingespritzte Dosis eine andere gewesen wäre, als bei anderen Fällen.

Besondere Erwähnung verdienen die Fälle, bei denen der Harn zuckerhaltig war. Dies war bei zehn Versuchen nur drei mal der Fall: Vers. I. II. und VIII. Im Falle VIII. war übrigens die Reaction auf Zucker eine derart unsichere, dass ich es für passend finde, diesen Fall gänzlich ausser Acht zu lassen und nur auf die Fälle aus den Versuchen I. und II., als exquisit zuckerhaltige, näher einzugehen. — Dieser Diabetes zeichnet sich von anderen, durch  $\text{Hg Cl}_2$  erzeugten und bis jetzt mitgetheilten dadurch aus, dass er nur in einer Miction auftrat, und zwar in der ersten, nach der Injection erfolgten. Durch Mittheilungen von Salkowsky, welcher eine anhaltende, bis 18 Tage dauernde Melliturie beobachtete, auf diesen Gegenstand aufmerksam gemacht, untersuchte ich sorgfältig bei jeder Miction in allen Fällen den Urin, fand jedoch den Zucker wie gesagt nur beim I. und II. Versuch, und zwar nur je einmal. Wiederholte Einspritzungen blieben in Bezug auf Zuckerausscheidung erfolglos; so im Falle No. I, wo die Menge von 0,01 Sublimat dreimal in fünf Tagen injicirt wurde,

und Zucker nur am ersten Tage, in dem nach erster Injection zum ersten Male entleerten Urin vorhanden war.

Noch interessanter ist der Befund am Boden des vierten Ventrikels, welcher — wie aus dem Protocoll No. I. und II. ersichtlich — aus punktförmigen Hämorrhagien bestand. Da es nur die beiden Fälle sind, weche auch intra vitam mit Diabetes behaftet waren, so liegt hier, nach alledem was bis jetzt von künstlichem Diabetes bekannt ist, augenscheinlich ein inniger Zusammenhang zwischen den betreffenden Hämorrhagien und dem Auftreten von Zucker im Harn vor. Dass die Hämorrhagien noch zu sehen waren, nachdem Diabetes schon lange vorher abgelaufen war, dass dieser wiederum nur ein einziges Mal auftritt — wird wohl nicht befremden, wenn man den anderweitig künstlich erzeugten Diabetes mellitus mit in Betrachtung zieht. Dieser ist ja, ob durch Curare, Morphium, Piqûre oder auf eine andere Art hervorgerufen, stets temporärer Natur und unterscheidet sich eben nur dadurch von dem krankhaften, beim Menschen vorkommenden. So hat z. B. Claude Bernard bei Kaninchen eine Dauer von 5—6, ausnahmsweise bis 24 Stunden beobachtet. Bei Hunden ist auch die Dauer von 24 Stunden die höchste. „Ich habe diese selten, eine noch höhere niemals beobachtet“ sagt Cl. Bernard<sup>1)</sup>.

Da nun in meinen Fällen die Urinentleerung einmal erst nach 8, ein anderes Mal nach 9 Stunden nach der

<sup>1)</sup> Claude Bernard's Vorlesungen über den Diabetes. Deutsch herausgegeben und ergänzt von Dr. Carl Posner. Berlin 1878. S. 233.

Einspritzung erfolgte, so hatte wohl auch der temporäre Diabetes während dessen seinen Anfang und sein Ende genommen. Hätte ich aber während dieser Zeit mehrmals von den Thieren Urin bekommen können, so wäre vielleicht auch in demselben mehrmals Zucker nachweisbar gewesen. Vielleicht hätte ich mich dann noch überzeugen können, wie lange nach der Einspritzung er sich überhaupt einstellt, und wie lange er anhält. Obwohl dies mir nicht gelingen wollte, so wage ich dennoch zu behaupten, dass in diesen Fällen der Diabetes spätestens innerhalb neun Stunden eintritt und verschwindet. Wie aus dem ersten Falle ersichtlich, ist er ausserdem durch wiederholte Injectionen nicht herbeizuführen — der Versuch einer Erklärung wird gleich unten folgen. Jedenfalls hat dieser Diabetes am meisten Aehnlichkeit mit dem durch Piquêre verursachten, er beruht auch auf einer Reizung, theilt aber mit diesem nicht die Eigenschaft nach Belieben oft wiederholt werden zu können. — Das Vorübergehen der durch Curare oder Morphinum erzeugten Melliturie ist auf Elimination des Giftes zurückzuführen; bei der Piquêre aber auf das Cessiren der mechanischen Reizung, und wiederholt man diese letztere, so stellt sich auch von neuem der Diabetes ein<sup>1)</sup>. Ist nun bei unserem Diabetes seine Ursache am Boden des vierten Ventrikels zu suchen, wozu man sich wohl nicht unberechtigt fühlen kann, so ist sein Aufhören darauf zurückzuführen, dass die Reizung wie bei Piquêre nach kurzer

---

<sup>1)</sup> Vergleiche hierüber Cl. Bernard a. a. O. XVI. Vorlesung.



Zeit aufhört, und dass durch wiederholte Injectionen keine frischen Hämorrhagien, also auch keine neue Reizung zu Stande kommt. Keineswegs kann man in diesen zwei Fällen das Aufhören des Diabetes durch Elimination des Giftes zu erklären versuchen, denn von einer beendeten Elimination kann keine Rede sein, vielmehr findet man — selbst nach dem Tode — im Harn, Koth, wie sonst noch in vielen Organen Quecksilber, und durch wiederholte Injectionen wird das Gift, anstatt eliminirt zu werden, im Gegentheile immer mehr angehäuft.

Hiermit will ich etwa nicht auch den Quecksilberdiabetes, von welchem andere Beobachter berichten, auf diese Hämorrhagien zurückführen, und als eine dem Piqûre-Diabetes nächststehende Form bezeichnen. Er war dauernder Natur, und von den betreffenden Autoren sind keine pathologischen Vorkommnisse am Boden des IV. Ventrikels verzeichnet worden. Vielmehr habe ich nur meine zwei Fälle vor den Augen und betone hier ausdrücklich nur den genannten Unterschied.

Was die Lungenaffectionen anbelangt, so finden sich hier alle Stufen der Entzündung, von der einfachen Hyperämie (Versuch IV. und VI.) bis zu der ausgesprochenen Pneumonie, wie in den Versuchen I., II. und III. Versuch VII. zeigt neben anderen auch eine Pleuritis, und I. Laryngitis und Bronchitis. Dies ist wohl auch von Anderen bestätigt worden. Ich muss hier aber ausdrücklich bemerken, dass ich die Versuchsthiere leider nicht vorher auf Lungenleiden untersucht habe, nur so viel weiss ich bestimmt, dass das

zum III. Versuch verwendete Thier schon vorher gehustet hatte, was ich nach vollendeter Injection erst bemerkte. Nichtsdestoweniger ist jedenfalls dieses Organ dem deletären Einfluss des Quecksilbers sehr zugänglich, weil die Hälfte der Versuchsthier Affectionen desselben zeigte, und weil es schon vielseitig bestätigt worden ist. Dennoch aber ist die Gefahr, welche aus den Lungenerkrankungen für das Thier erwächst, kaum so hoch anzuschlagen, wie diejenige, welche als Magen- und Darmleiden das Leben bedroht.

Einen Ptyalismus sowie eine Mundentzündung habe ich bei keinem einzigen Versuchsthier gefunden. Dies ist von Anderen auch selten an denselben beobachtet worden. — Sonderbar genug ist es, dass ein Zeichen, welches beim Menschen als die erste Warnung vor einer eingreifenderen Intoxication auftritt, bei den Thieren fast gänzlich fehlt.

Da ich mich auf Overbeck's Behauptung: „Es giebt keine mercurielle Knochenkrankheiten bei Thieren“<sup>1)</sup> verliess, untersuchte ich die Knochen gar nicht. Er experimentirte mit Katzen und Hunden, die er mit Quecksilbersalbe schmierte. Heilborn dagegen, der zu seinen Versuchen Kaninchen wählte, und sie mit Sublimat subcutan behandelte, fand die schon beschriebenen Veränderungen in den Knochen (S. 16). Somit bleibt der obige Satz von Overbeck wohl nur noch auf die Katzen und die Hunde beschränkt; denn es ist wohl nicht annehmbar, dass dieser Unterschied lediglich auf

---

<sup>1)</sup> Overbeck a. a. O. S. 128.

verschiedenen Quecksilberpräparaten und verschiedenem Applicationsmodus beruht.

Andere, in den betreffenden Protocollen angeführte Veränderungen sind nicht so constant und haben wohl auch keine hervorragende Bedeutung. Hierher gehört die im zweiten Versuch gefundene Dilatation des rechten Ventrikels, welche jedenfalls den Veränderungen in den Lungen ihren Ursprung verdankt. — Das ebenfalls im zweiten Versuche constatirte Ulcus miliare im Aortenbulbus, sowie Endarteritis im Aortenbulbus des III. Versuches ist keiner weiteren Erklärung zugänglich. — Von untergeordneter Bedeutung ist ferner die leichte Pericarditis im V., Pericarditis und Pleuritis im VII. und Ulcus der Gallenblase im VIII. Versuche. Dagegen ist Hydrops ascit. et anas., welche sich im VIII. Versuche zeigte, von Heilborn<sup>1)</sup> öfters bemerkt worden.

Die Lösung von Müller (Versuch IX. u. X.) wich, wie man es a priori erwarten konnte, in seiner Wirkung von derjenigen einer wässrigen Lösung nicht ab. Nur wie schon erwähnt exulcerirten allein in diesem Falle die Injectionsstellen. Damals beabsichtigte ich auch mit der Bamberger'schen Lösung einige Versuche anzustellen, wurde aber in meiner Arbeit, durch den am Anfange dieser Schrift genannten Umstand verhindert. Indessen hat Heilborn auch dieses Präparat zu seinen Versuchen verwendet, fand aber in seiner Wirkung keinen Unterschied, ausser dass es intensiver wirkt als eine einfache Wasserlösung. „Im

---

<sup>1)</sup> A. a. O.

Allgemeinen wurde der Pepton-Sublimat noch schwerer vertragen, als die wässrigen Solutionen, die Thiere erlagen den wiederholten Injectionen verhältnissmässig viel schneller<sup>1)</sup>.

Die Dosen, in welchen ich Sublimat verabreichte, waren gewöhnlich 0,01. Diese Menge ist aber, wie aus den Versuchen zu sehen ist, stets tödtlich. Nach dem Tode fand ich mittelst electrolytischer Methode Quecksilber in Leber, Blut, Galle, Glandulae salivales et lacrymales, Milz, Pankreas, Corpus vitreum und Gehirn. Die Zeit, nach welcher der eingespritzte Sublimat im Urin auftritt, konnte ich nicht bestimmen, aus den oben mitgetheilten Ursachen. Der Urin aber, welcher 7 Stunden nach der Injection entleert wurde, zeigte schon Anwesenheit von Quecksilber, und man kann wenigstens behaupten, dass es nach dieser Zeit schon den ganzen Weg, den wir uns hierbei vorzustellen haben, durchlaufen hat. Die Dauer der Ausscheidung währte in allen Fällen bis zum Tode, welcher durchschnittlich 7 Tage nach der Injection erfolgte.

Eine Erklärung der Wirkung des Quecksilbers überhaupt ist zur Zeit gänzlich unmöglich. Hier — wie auch sonst überall in der Medicin — bedürfen wir erst noch Thatsachen, denn obwohl ihre Menge eine nicht zu unterschätzende ist, so ist dennoch dies alles nicht ausreichend, um auch bloss nur den Versuch einer allgemeinen theoretischen Erklärung zu rechtfertigen. — Ist nun durch diese Mittheilungen, wie ich es hoffe,

---

<sup>1)</sup> Dasselbst S. 370.

etwas Thatsächliches zu Tage befördert worden, so ist auch die darauf verwendete Zeit und Mühe nicht als verloren zu betrachten. Ich kann nun also, anstatt nichtssagende Hypothesen zu reproduciren, oder gar neue aufzustellen, getrost mit den Worten Richet's schliessen: „Il est plus utile de découvrir un fait, que de créer une hypothèse.“

---

## A n h a n g.

---

### **Nachweis des Quecksilbers mittelst Electrolyse.**

Bevor ich die vorhergehenden Versuche mit dem Sublimat an den Thieren anstellte, hatte ich mir vorgenommen, mich mit einer Methode des qualitativen Quecksilbernachweises genügend vertraut zu machen. Nach den ersten Versuchen fesselte meine volle Aufmerksamkeit begreiflicherweise die electrolytische Methode; um so mehr, weil ich das Quecksilber in den thierischen Geweben, Secreten und Excreten zu suchen hatte, und diese Methode eben hauptsächlich in solchen Fällen angewandt worden ist, wo es sich um das auf erwähnte Weise suspendirte Quecksilber handelte.

Ich bin nicht im Stande anzugeben, wer sich zuerst dieser Methode bediente. In den Schmidt's Jahrbüchern von 1857 — 1858 fand ich Referate, betreffend diese Methode angewendet von Lassaigne, Kletzinsky u. A., und nach diesen Referaten urtheilend, scheint es, als ob sie zu der Zeit ganz neu, oder wenigstens wenig bekannt gewesen wäre. Es handelt sich hier natürlich um die schon vervollkommnete Methode, denn dass das Quecksilber sich auf Gold, Kupfer u. s. w. niederschlägt, ist wohl schon in

uralten Zeiten beobachtet worden. Schneider<sup>1)</sup>, der, soweit es mir bekannt ist, diesen Gegenstand zuletzt sorgfältig revidirt hat, erzählt, wie schon Falopius bemerkt habe, wie sich das Quecksilber auf eine goldene Münze niederschlägt, wenn sie einem, an mercurieller Salivation Leidenden in den Mund gesteckt werde. Derartige Berichte giebt es mehrere, selbst solche die schon in das Fabelreich gehören. So z. B. behauptet Schelarius<sup>2)</sup>, dass das Quecksilber sich auf einen Ducaten niederschlägt, wenn ihn eine Person in den Mund steckt, die eine Zehe nur in das Quecksilber eingetaucht hat, und dergl. m.

Zuerst hat man sich damit begnügt, das Quecksilber aus seinen Lösungen durch die Electrolyse an ein Stück Kupfer oder Gold niederzuschlagen. Auf diese Weise bringt man jedenfalls eine sehr kleine Menge Quecksilber zum Vorschein, die als recht feiner Spiegel das Gold, resp. das Kupfer überzieht. Später gab man dem Metall eine gewisse Form (die eines Stäbchens), und nachdem sich das Quecksilber darauf niedergeschlagen hatte, brachte man es in eine enge Glasröhre, erhitze jetzt das Ende, in dem sich das verquicke Stäbchen befindet, und nöthigte auf diese Weise das Quecksilber in das kältere Ende, der Röhre zu sublimiren, worauf es dem Auge noch deutlicher erkennbar

---

<sup>1)</sup> Ueber das chemische und electrolytische Verhalten des Quecksilbers. Sitzungsberichte der Wiener Akademie der Wissenschaften. Mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse. Band. 40. 1860. S. 239.

<sup>2)</sup> Dasselbst.

wurde. Zuletzt erreichte die Methode ihren Höhepunkt mittelst des krystallisirten Jods.

Nachdem durch die genannte Proceḍur das Quecksilber in ein Ende der Röhre hinübersublimirte, nimmt man das nun von Quecksilber befreite Stäbchen heraus, und an seine Stelle schiebt man ein Stück krystallisirten Jods. Man erhitzt nun von neuem, so dass die Joddämpfe das mit Quecksilber beschlagene Ende der Röhre erreichen, woselbst sie mit ihm die Mercurijodidverbindung ( $\text{Hg J}_2$ ) eingehen. (Ich werde später zu beweisen versuchen, dass man hier ausschliesslich mit diesem Körper zu thun hat.) Diese Verbindung kennzeichnet sich derart durch seine rothe Farbe, seine Krystallform und seine Flüchtigkeit, dass sie ein ebenso sicheres und überaus empfindliches Reagens, als auch für das Auge untrügerisches Zeichen liefert.

Zur Electrolyse verwendete man früher hauptsächlich Smithson'sche Kette, heute vornehmlich den Dialysator, mit der electrischen Batterie. Die Smithson'sche Kette besteht aus einem goldenen Drathe, um welchen ein Streifchen Staniol herumläuft. Die Quecksilberlösung wird schwach angesäuert, und die Kette in sie hineingetaucht. Nachdem nun der Strom eine Zeit lang gewirkt hatte, schlägt sich das Quecksilber aus der Lösung zu gleicher Zeit auf das Gold, wie auch auf das Zinn nieder. Sodann nimmt man die Kette heraus, bringt sie zuerst in Wasser (um sie zu waschen), sodann in Alkohol (um sie schneller trocken werden zu lassen), und endlich in die Glasröhre, wo sie erhitzt wird.



Eine Modification dieser Methode ist die von Ma-yençon und Bergeret<sup>1)</sup>. Sie besteht darin, dass man um eine starke Stricknadel einen Platindrath herumschlingt. Die so gebildete Kette wird in die betreffende, mit Salzsäure angesäuerte Flüssigkeit eingetaucht, worin sie etwa 20 Minuten stehen bleibt. Nach der Herausnahme und der Abtrocknung lässt man das Element kurze Zeit in Chlordämpfen verweilen, sodann schlägt man es in ein, mit einprocentiger Jodkaliumlösung getränktes Stückchen Filtrirpapier ein. Bei Anwesenheit von Quecksilber zeigt sich ein rother Streifen von Quecksilberjodid entweder auf dem Papier oder auf dem Platindrath selbst.

Bei dem Verfahren nun, welches ich einschlug, besteht der Dialysator aus einem Glase, in welches wie ein Pfropfen ein anderes Glas steckt, dessen Boden aus einer thierischen Membran oder, wie ich es ausschliesslich verwendete, aus Pergamentpapier besteht. In das innere Glas kommt die Quecksilberlösung, während das äussere Wasser enthält, und zwar überragt das Wasser mindestens um ein Millimeter den Boden des inneren Gefässes. Nun wird die Flüssigkeit in beiden Gefässen schwach angesäuert und in das innere ein an die Kathode einer beliebigen Batterie angebundenes Goldstäbchen, in das äussere aber die an die Anode befestigte Platinplatte eingetaucht. Wenn man nun dafür sorgt, dass die Polarisation möglichst beseitigt wird,

<sup>1)</sup> Moyen clinique de reconnaître le mercure dans les excré-tions etc. Journal de l'anatomie et de la physiologie 1873. Janv. et Févr. — Heilborn S. 368.

dann wird in verhältnissmässig kurzer Zeit alles Quecksilber auf das Goldstäbchen niederschlagen.

Die Flüssigkeit, resp. ein organisches Gewebe, in dem eine beliebige Quecksilberverbindung suspendirt ist, muss vorerst in die, für die Dialyse geeignete Form übergeführt werden. Die organischen Substanzen sind sorgfältig zu zerstören, und Quecksilber in sein, in Wasser lösliches Chlorid zu verwandeln. Kletzinsky<sup>1)</sup> bewirkte dies mittelst Salzsäure und Kaliumchlorat. Lassaigue<sup>2)</sup> bediente sich dagegen des Chlornatriums und der Salpetersäure. Eine andere Methode die organischen Substanzen zu zerstören ist die, Bamberger von Ludwig mitgetheilte<sup>3)</sup>, welche darin besteht, dass man Chlorgas in die, mit Natriumhydrat stark alkalisch gemachte Flüssigkeit einleitet<sup>4)</sup>.

Wie schon oben bemerkt hat Schneider diese Methode sorgfältig geprüft, theils auch vervollkommenet.

<sup>1)</sup> Wiener Medicinische Wochenschrift. 1857.

<sup>2)</sup> Annales d'Hygiène publique 1858. p. 200. — Citirt nach Schmidt's Jahrbücher 1858.

<sup>3)</sup> Wiener Medicinische Wochenschrift XXVI. 11.

<sup>4)</sup> Es ist hier gleich zu bemerken, dass das Quecksilbersulfid (Zinnober, Hg S) sich durch das Kochen mit Kaliumchlorat und Salzsäure grösstentheils nicht in das Chlorid verwandeln lässt. Es schlägt sich nieder und muss bekannterweise mit Königswasser bearbeitet werden. — Diese Verbindung übrigens könnte wohl schwerlich den Gegenstand einer pharmakologischen oder forensischen Analyse bilden, weil sie ja auf den Organismus so gut wie keinen Einfluss ausübt, ihn vielmehr unverändert verlässt, und sich schon durch ihre charakteristische Farbe genügend kennzeichnet.

Die Quecksilberlösungen bearbeitete er ebenso mit Kaliumchlorat und Salzsäure. (Verwendet man zur Analyse organische Gewebe [Leber, Muskeln u. s. w.], so hat man sie zuerst möglichst zu zerkleinern und in einen Brei überzuführen, destillirtes Wasser zuzufügen und dann weiter zu bearbeiten.) Indem er der kochenden Flüssigkeit einige Kaliumchloratkrystalle zufügte, versetzte er sie von Zeit zu Zeit mit kleinen Quantitäten Salzsäure. Dies wird so lange fortgesetzt, bis sich die Flüssigkeit ganz gereinigt hat, und man hört erst auf, wenn man sich der Hoffnung hingeben kann, dass die ganze Quecksilbermenge in Quecksilberchlorid umgewandelt worden ist, mit anderen Worten: wenn die Lösung sich möglichst vollkommen geklärt hat. Diese Flüssigkeit wird dann auf dem Wasserbade vorsichtig abgedampft, der Rückstand in destillirtem Wasser aufgelöst und unter Hinzufügen von neuen Mengen Wassers so lange erhitzt, bis man gar keinen Chlorgeruch mehr wahrnimmt. Die so gewonnene Lösung wird schliesslich abfiltrirt und, schwach angesäuert, in die Dialysatorzelle gebracht. Zum Glühen des Goldstäbchens benutzte Schneider eine, in ein blind endendes Kapillar ausgezogene Glasröhre. In das offene Ende der Röhre bringt er das Stäbchen, schmilzt dann auch dieses Ende derselben zu, und setzt es sodann der Glühhitze aus. Zeigt sich nun am kälteren, dem Kapillar zugewendeten Ende der Röhre ein Quecksilberspiegel, so wird auch dieser geglüht und in das Kapillar hinübergetrieben. Nach beendetem Glühen und Erkalten der Röhre feilt er das stumpfe Ende ab,

nimmt das Goldstäbchen heraus, bringt an seiner Stelle ein Jodkrystall und erhitzt es nun von neuem. Darauf verdampft das Jod in das Kapillar, wo es mit dem Quecksilber die Verbindung eingeht, und zwar nach Schneider entweder Quecksilberprotojodid ( $\text{Hg}_2 \text{J}_2$ ), oder Bijodid ( $\text{Hg J}_2$ ). Die erste Verbindung entsteht nach Schneider, wenn die Menge des sublimirten Jods nicht ausreicht um Bijodid zu bilden; fügt man aber noch mehr Jod hinzu, so verwandelt sich Mercurio- in Mercuriverbindung. — Ist endlich die Jodmenge zu gross gewesen, so können seine braunen Krystalle diejenigen des Quecksilberbijodids verdecken. In dem Falle erhitzt man vorsichtig die betreffende Stelle, worauf der Jodüberfluss entfernt wird, und die Quecksilberjodkrystalle, falls solche vorhanden sind, wiederum frei zum Vorschein kommen.

Die gelben, ebenso wie die rothen Quecksilberjodkrystalle lassen sich durch Erhitzen ohne Zersetzung leicht verflüchtigen und an eine andere Stelle der Röhre niederschlagen.

Es ist auf diese Weise Schneider gelungen, Quecksilber in 500,000facher Verdünnung (Lösung von 0,001 in 500,0 Wasser) nachzuweisen.

Ich habe mir vorgenommen, die angegebenen Versuche von Schneider zuerst zu controliren, sodann die Gränze der Verdünnung, in welcher das Quecksilber noch nachweisbar ist, zu bestimmen.

Der Uniformität wegen bediente ich mich bei allen Versuchen des in destillirtem Wasser aufgelösten corrosiven Sublimats. Für den Strom gebrauchte ich eine,

aus zwei Bunsen'schen Elementen bestehende Kette. An die, mit einem absolut reinen Platindrath endende Kathode befestigte ich ein 2,5 cm. langes und 3 mm. dickes Goldstäbchen. Die Anode trug an einem ebenfalls vollkommen reinen Platindrath eine Platinplatte.

Den Boden der inneren Dialysatorzelle bildete stets das Pergamentpapier, welches bei jedem neuen Versuche gewechselt wurde. In diese Zelle kommt nun die mit Schwefelsäure leicht angesäuerte Sublimatlösung, in welche das Goldstäbchen eingetaucht wird.

Dagegen enthält das äussere Gefäss destillirtes, ebenfalls angesäuertes Wasser, in welches die Platinplatte hineingelassen ist.

In den Versuchen, die ich als endgültig betrachte, ging der Strom sehr lange (24 Stunden und darüber). Während dieser Zeit controlirte ich ihn wiederholt; durch Schütteln entfernte ich die an den Polen anhaftenden Gasblasen; die Elemente der Batterie selbst reinigte ich oder wechselte sie nöthigenfalls.

Als ich dachte, dass der Strom genügend Zeit gehabt hat, alles Quecksilber aus dem Dialysator auf das Stäbchen niederschlagen, entfernte ich dasselbe, wusch es mit destillirtem Wasser und trocknete es äusserst vorsichtig mit einem Stückchen absolut reinen Löschpapiers ab. Nun wurde das Stäbchen in eine neue, an einem Ende in ein Kapillar ausgezogene, gut getrocknete Glasröhre gebracht und intensiv geglüht. Durch zahlreiche Versuche belehrt, überzeugte ich mich, dass es durchaus nicht ausreicht, ein Stäbchen so lange zu glühen, bis man noch an ihm einen Quecksilberüberzug

wahrnimmt, denn bei den Versuchen, wo es sich um die kleinsten Mengen Quecksilber handelt, kann von einem weder mit blossem Auge, noch mittelst der Lupe sichtbarem Ueberzuge überhaupt keine Rede sein. Vielmehr liess ich nach dem ersten Glühen die Röhre sammt dem Stäbchen sich abkühlen, und so wiederholte ich das Glühen mehrmals auf dieselbe Weise.

Ich finde es für rathsam, bevor ich zu den auf diese Weise erlangten Resultaten übergehe, einiger Kleinigkeiten Erwähnung zu thun, welche von entscheidendem Einflusse sind, deren störende Einwirkung mich aber einen nicht unerheblichen Aufwand von Zeit und Mühe gekostet hat, und ohne deren Elimination das Endresultat bis zur Unbrauchbarkeit gestört wird.

Es ist selbstverständlich, dass die Reinlichkeit im höchsten Masse beobachtet werden muss. Die Glasröhren, der Dialysator, das Goldstäbchen, die Platindrähte und die Platinplatte — alles dieses muss absolut rein sein, eventuell auf seine Reinlichkeit geprüft werden. Besondere Aufmerksamkeit erheischt das als Kathode dienende Gold-, respective Metallstäbchen. Ich gelangte, durch zahlreiche Versuche über alle Massen irreführt, zuletzt zu den Resultaten, dass das einmal gut verwickelte Stäbchen, auch nach mehrmaligem Glühen in der Glasröhre, immer von neuem mit Jod die Reaction auf das Quecksilber giebt, und dass kein Putzen des Stäbchens weder mit Kreide, noch mit Schmirgelpapier, noch das Auskochen in starken, anorganischen Säuren davor schützt. — Deswegen muss man nach jedesmaligem Gebrauch des Stäb-

chens dasselbe in freier Flamme und zwar einige Male und möglichst intensiv ausglühen, sodann erst mechanisch abputzen. Wenn es auf die Kosten nicht ankäme, wäre es jedenfalls am besten, zu jedem Versuch ein neues Stäbchen zu nehmen. Ich versuchte auch etwas dergartiges, indem ich anstatt eines Stäbchens einen Golddraht anwendete, welcher nach beendetem Versuche bei Seite gelegt wurde, musste aber bei den ersten Versuchen davon abstehen, denn der Draht lässt sich nicht genügend ausglühen, da er entweder gleich zusammenschmilzt, oder in die Wände der Glasröhre eingeschmolzen wird. Sollte ich mich wiederum mit dieser Analyse beschäftigen, so würde ich mir jedenfalls ein Stäbchen aus Platin anfertigen lassen, denn dieses könnte man dann sehr bequem in der Flamme ausglühen, ohne befürchten zu müssen, dass es — wie es beim Goldstäbchen der Fall ist — alle Augenblicke in eine Masse zusammenschmelzen wird.

Ich lasse nun die, unter diesen Bedingungen angeordneten Versuche folgen:

**I. Versuch.** — 1,0 Hg Cl<sub>2</sub> wird in 1000,0 Ccm. H<sub>2</sub> O aufgelöst. Von dieser Lösung wird in den Dialysator 10,0 Ccm. genommen und schwach mit H<sub>2</sub> SO<sub>4</sub> angesäuert. Der Strom wird eine halbe Stunde in Thätigkeit versetzt. Nachdem das Stäbchen herausgenommen ist, wird es mit H<sub>2</sub> O abgespült und mit Filtrirpapier vorsichtig abgetrocknet, schliesslich in der Glasröhre geglüht. Darauf zeigte sich ein sehr deutlicher, an dem kalten Ende der Röhre sitzender Hg-Spiegel. Das auf oben erwähnte Weise zugefügte Jod brachte an der Stelle des Hg-Spiegels grosse, sehr schöne, rothe aus Hg J<sub>2</sub> bestehende Ringe hervor.

(Verdünnung = 1,0 : 1000,0).

**II. Versuch.** — 0,5 Hg Cl<sub>2</sub> : 1000,0 H<sub>2</sub> O. Davon in die Dialysatorzelle genommen 10,0 Ccm. Der Strom nach einer Stunde unterbrochen. Hg-Spiegel ebenfalls sichtbar. Hg J<sub>2</sub>-Krystalle sehr deutlich.

(Verdünnung = 1,0 : 2000,0).

**III. Versuch.** — 0,1 Hg Cl<sub>2</sub> : 1000,0 H<sub>2</sub> O. Davon 10,0 Ccm. in die Dialysatorzelle. Der Strom geht 2 Stunden. Nach dem Ausglühen des Goldstäbchens ist der Hg-Spiegel an der Wand der Röhre kaum noch sichtbar. Joddämpfe bewirken einen sehr deutlichen rothen Ring.

(Verd. = 1,0 : 10000,0).

**IV. Versuch.** — 0,05 Hg Cl<sub>2</sub> : 1000,0 H<sub>2</sub> O. Davon genommen 10,0 Ccm. Die Stromesdauer 3 Stunden. Nach dem Glühen ist der Hg-Spiegel nicht mehr sichtbar. Das Jod aber weist sehr deutlich die Anwesenheit des Hg nach.

(Verdünn. = 1,0 : 20000,0).

**V. Versuch.** — 0,01 Hg Cl<sub>2</sub> : 1000,0 H<sub>2</sub> O. In die Dialysatorzelle 10,0 Ccm. genommen. Der Strom geht 3 Stunden lang. Nach dem Glühen ist weder der Hg-Spiegel zu sehen, noch giebt das Jod die erwartete Reaction.

(Verdünn. = 1,0 : 100000,0).

**VI. Versuch.** — Dieselbe Lösung und dieselbe Menge wie beim V. Versuche in den Dialysator genommen. — Der Strom wird aber sechs Stunden lang in Gang erhalten. — Die Hg J<sub>2</sub>-Krystalle zeigten sich jetzt in kleinen, sehr deutlich ausgeprägten Pünktchen.

**VII. Versuch.** — 0,005 Hg Cl<sub>2</sub> : 1000,0 H<sub>2</sub> O. Davon 10,0 Ccm. zur Dialyse verwendet. — Der Strom wird nach 8 Stunden unterbrochen. Die Krystalle von Hg J<sub>2</sub>, obwohl in sehr kleiner Menge, dennoch sehr deutlich wahrnehmbar.

(Verd. = 1,0 : 200000,0).

**VIII. Versuch.** — 0,001 Hg Cl<sub>2</sub> : 1000,0 H<sub>2</sub> O. Davon 10,0 Ccm. in den Dialysator. — Die Stromesdauer 10 Stunden. — Keine Reaction.

(Verdünnung 1,0 : 1000000,0).

**IX. Versuch.** — Dieselbe Lösung und dieselbe Menge. Der



Strom wird erst nach 30 Stunden unterbrochen. Nach der Bearbeitung des Goldstäbchens zeigte sich wiederum keine Reaction. Zufälligerweise markirte ich die Glasröhre und hob sie auf. Nach einigen Tagen bemerkte ich in ihrem Inneren ein wandständiges rothes Pünktchen, welches unzweifelhaft aus  $\text{Hg J}_2$ -Krystallen bestand. Ich wiederholte den Versuch mit grösster Sorgfalt. Die in ein Kapillar ausgezogene, zum Ausglühen des Stäbchens gebrauchte Glasröhre schloss ich in ein reines Reagensglas ein, pflöpfte es zu, und legte es bei Seite. Am nächsten Tage bekundete das Quecksilber seine Anwesenheit durch ein feines, kaum sichtbares, rothes, an der inneren Wand der Glasröhre sitzendes Streifchen.

Einerseits ist es die charakteristische Farbe der Krystalle, andererseits die Cautellen, unter denen ich sie entstehen sah, welche wohl jeden Zweifel ausschliessen, dass es sich hier wirklich um  $\text{Hg J}_2$ -Krystalle handelt, und berechtigten mich vollkommen zu der Annahme, dass der Sublimat in dieser Verdünnung (1,000,000fach) stets auf beschriebene Weise nachweisbar ist. Dies bestätigte sich auch bei jeder Wiederholung des Versuches. Es ist selbstverständlich, dass derart kleine Mengen nur bei sorgfältigster Betrachtung wahrnehmbar sind. Sie sitzen an der Wand der Röhre in der Form eines kleinen Pünktchens oder Streifchens. Jedes Glasrohr ist bekanntlich inwendig in der Längsrichtung an mehreren Stellen geritzt, und eben diese Ritzen sind die Prädilectionsstellen zum Niederschlagen des Quecksilbers und nachträglich der Mercurijodidkrystalle. Ich besass mehrere Röhren mit etwas stärkeren Ritzen, an denen sich die relativ grösseren Quantitäten von Krystallen (0,001) beinahe ausschliesslich aufsetzten.

Die Thatsache, dass die Bijodidkrystalle bei diesen

geringsten Mengen erst nach einiger Zeit zum Vorschein kommen, lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass zuerst gelbe Krystalle entstehen, die später in die rothen derselben Verbindung übergehen, denn, selbst bei den relativ grösseren Mengen, findet man gleich nach beendeter Manipulation öfters gar keine Krystalle, aber erst später zeigen sich die gelben, welche dann allmählich in die rothen übergehen. Deswegen glaube ich nicht Schneider's Behauptung beipflichten zu können, dass bei ungenügender Quantität des zugefügten Jods stets Protojodid, und bei hinreichender Menge stets Bijodid entsteht. Ein Jeder kann sich überzeugen, dass manchmal, namentlich wenn die zum Niederschlagen der Krystalle bestimmte Stelle nicht genügend kalt ist, bei geradezu exquisitem Ueberschuss von Jod, dennoch die gelben Krystalle sich bilden, welche später in die rothen übergehen. Es ist ausserdem kaum denkbar, dass man bei den minimalsten Quantitäten von Quecksilber dieses im Ueberschuss habe, da ja zu diesen Mengen jedes sichtbare Stück von Jod schon einen Ueberschuss bildet, geschweige denn ein Stück, welches man mit einem Instrument fassen kann, um es in die Röhre hineinzuschieben. Man kann weiter die rothen Krystalle durch Sublimation stets (wenigstens theilweise) in die gelben überführen, die wiederum ihrerseits spontan stets in die rothen übergehen. Endlich zeigen die, auf diese Weisen gewonnenen gelben Krystalle nicht jenen Stich ins Grünliche, dem man bei Protojodidkrystallen begegnet, und gehen nicht beim vorsichtigen Erwärmen

in das Bijodid über; letztere Eigenschaft ist ebenfalls dem Mercurijodid eigen.

Als ich vor mehr als dritthalb Jahren den Ort meiner Studien verliess, hatte ich eine grosse Menge Röhren, die mir zum Nachweis des Quecksilbers mittelst Jods dienten. Wie ich diese Arbeit begann, enthielten mehrere von ihnen gelbe Krystalle, aber nach sechs Monaten zeigte keine einzige, nicht einmal ein gelbes Pünktchen mehr — die gelben gingen also spontan in die rothen über. Zu dieser Zeit habe ich sie nach Belieben oft durch Erhitzen aus der rothen Form in die gelbe übergeführt, und das Zurückgehen der letzteren in die rothe direct beobachtet. — Es unterliegt also keinem Zweifel, dass die gelben, ebenso wie die rothen Krystalle, nur zweien Formen einer und derselben Verbindung angehören.

Die gelben Krystalle, um wiederum zu den minimalsten Mengen zurückzukehren, sind nicht so deutlich sichtbar und ohne weiteres als Quecksilberjodkrystalle mit Bestimmtheit zu betrachten. Erst nach Ablauf einer Zeit, nachdem sie in die rothen übergegangen sind, liefern sie das untrügerische Zeugnis einer Quecksilber-Verbindung. In sehr kleinen Mengen sind sie am leichtesten zu Gesicht zu bekommen, wenn man die Glasröhre gegen einen schwarzen, matten Grund z. B. einen Rockärmel hält und bei auffallendem Lichte beobachtet.

Endlich will ich noch erwähnen, dass diese Krystalle, je nach der Menge und nach mehr oder minder langem Stehen verschwinden, was wohl durch Verflüchten geschieht. — Von mehr als 50 solcher

Röhren, die ich mir bei diesen Versuchen vor nun mehr als dritthalb Jahren aufgehoben hatte, zeigen kaum noch zwei oder drei das Vorhandensein dieser Krystalle.

Die Dauer und die Stärke des Stromes, das schon oben erwähnte gehörige Ausglühen des Metallstäbchens sind begreiflich von entscheidendem Einflusse auf das Zustandekommen der Krystalle. Ein schwacher Strom — zumal von kurzer Dauer — und ungenügendes Ausglühen können selbst bei verhältnissmässig grösseren Quantitäten Quecksilbers eine sehr spärliche, unter Umständen sogar gar keine Reaction zeigen. Während umgekehrt die kleinsten Quantitäten, bei sorgfältigem Verfahren, stets die Erkennungskrystalle in untrügerischer Weise liefern.

Aus allem vorher Mitgetheilten lässt sich nun folgern dass:

1. der corrosive Sublimat in 1,000,000 facher Verdünnung mittelst electrischen Stromes und unter den oben angeführten Bedingungen nachweisbar ist;
2. die Krystalle stets einer und derselben Verbindung angehören;
3. ihre Bildung eine Zeit lang abgewartet werden muss; und
4. nach längerem Stehen sie von selbst völlig verschwinden.

Es sei mir schliesslich an dieser Stelle erlaubt, Herrn Prof. Dr. O. Liebreich, für seine gütige Unterstützung bei vorstehender Arbeit, meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

---

## THESEN.

1. Die Differenzial-Diagnose auf Ischias ist oft aus dem Verhalten des Schmerzes bei gewissen Stellungen des Beines unfehlbar zu stellen.
2. Der von Philippeaux und Vulpian gemachte Versuch (Annähen des n. hypoglossus an den n. lingualis) beweist nicht das, was er beweisen sollte.
3. Die Lehre, nach welcher die Miliartuberculose als eine spezifische Resorptions- und Infectionskrankheit zu betrachten ist, verdient vor allen anderen, über diesen Gegenstand aufgestellten, den Vorzug.

---

Verfasser, Lazar K. Lazarević, griechisch-katholischer Confession, wurde am 13. Mai 1851 zu Schabatz (Serbien) geboren. Er besuchte zuerst das Gymnasium seiner Vaterstadt, später dasjenige in Belgrad. Letzteres verliess er im Jahre 1867 und widmete sich an der Hoch-Schule zu Belgrad den Rechtswissenschaften. Dieses Studium fand im Jahre 1871 sein Ende, nachdem der Verfasser die vorgeschriebenen Examina bestanden hatte. Sodann begab er sich nach Berlin und wurde am 20. April 1872 an der hiesigen Friedrich-Wilhelms-Universität als Studiosus medicinae immatriculirt. Im Wintersemester 1874 — 75 bestand er das Tentamen physicum. Im Juni 1876 meldete er sich zum Examen rigorosum, musste aber wegen des ausgebrochenen serbisch-türkischen Krieges unverzüglich den Ort seiner Studien verlassen und sich nach seiner Heimath begeben, wo er den ganzen serbischen Befreiungs-Krieg in den Jahren 1876, 1877 und 1878 als Assistenzarzt mitmachte. Nach Friedensschlusse wurde der Verfasser aus der Armee entlassen und am 13. November 1878 bezog er wiederum die hiesige Universität und bestand am 28. Januar 1879 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, die Kliniken und die Laboratorien folgender Herren, denen er zu besonderem Dank verpflichtet ist: Bardeleben, du Bois-Reymond, Braun, Dove, Fasbender, Fräntzel, Frerichs, Hartmann, Helmholtz, Henoeh, Hirsch, Hofmann, v. Langenbeck, Lewin, Liebreich, Martin, Mendel, Meyer, Munk, Oppenheim, Pinner, Reichert, Remak, Schweigger, Simon, Traube, Virchow, Waldenburg und Westphal.

---



**ISCHIAS POSTICA COTUNNII**

ЈЕДАН ПРИЛОГ ЗА ЊЕНУ ДИФЕРЕНЦИЈАЛНУ ДИЈАГНОЗУ

од

Др. Л. К. Лазаревића.

Не верујем те исхијада неће бити једна од најчешћих невралгија. Ја сам имао прилике за кратко време своје праксе у војсци и у цивилној служби видети шест случајева. Сви су били *ischias postica* и ја сам склоп веровати да је *ischias postica* озбиља онако ретка, као што је клиничари махом држе, и ако *Фромхолд* уверава да их је обе подједнако често виђао. — Један од мојих случајева, који је уједно и први који сам видео, посматрам већ више година и дан и ноћ. Тако ми је се импрегнао један симтом, који је по мојему мишљењу патогномостичан, а који није нигде досад поменут, и ако сам га ја, чини ми се, тражио свуда, где бих га могао наћи, да га је ко пре мене опазио и забележио. Мислим да нисам похитао што хоћу да га публикујем, јер сам се уверио на ово неколико мојих посматрања, да је он сталан пратилац исхијаде, и да се по њему самом даје често (код мене у свих шест случајева)

<sup>5</sup> Српски Архив, одељак први, књига VII (1880), стр. 23-35.

## ISCHIAS POSTICA COTURNII

тачно начинити диференцијална дијагноза. Тим је од веће важности овај симптом, што до сад не беше ниједног другог, по ком се ова болестица у свако доба и свакој стадији даје диференцирати од мускулног ревматизма, обољења зглавка и т. д. Типус је ове неврадгије један од најирегуларнијих, с тога су и сви дојакошњи симптоми непоуздани, или због тога што их нема увек, или што нису својствени само исхијадн. Тако на пр. тако често помињати *Valleix*-ов симптом, по коме исхијатичари показују место бола врхом од прста, а ревматичари целом шаком, потеже се само по школским књигама, а бог зна хоће ли имати икакве практичне вредности. У мојим случајевима није се ниједан пут показао. *Points de douleur* су опет толико карактеристични, да им и сами стручњаци одређују разна места. Тако на пр. Вале налази ту бону тачку најчешће у регијону *spinæ ossis iliei superior posterior* (и ако регијон није *point*!), а Ерб опет вели да је најконстантнија тачка бола на месту где излази нерв *ischadicus*. и кожа по врх тога места. — Најкарактеристичније је без сумње кад болесник означавајући бона места на шпарту прстом пут нерва *ischadicus*; али у колико се случајева то дешава знаће сваки практичан лекар.

Још од мање су вредности остали симптоми, као на пр. повећање бола при кашљању, кијању, напињању при излажењу поред себе, итд. Тако исто немају дијагностичне вредности: ирадијација бола, атрофија мускула, повишено растење длака, вазомоторичне промене, субјективна осећања и т. д.



## ISCHIAS POSTICA COTURNI

Веома је карактеристичан ход исхијатичара на који је досад обрађано врло мало пажње. Он долази из истог узрока из кога и наш симптом, с тога ћемо о њему доцније говорити, попунивши са свим површине дојакошње описе нашим посматрањем.

Али и сам ход и сви дојакошњи симптоми, као што рекох, нису довољни да се у сваком случају а с позитивношћу стави диференцијална дијагноза, и нарочито као што Ерб вели соxitis и соxarthrosis „могу нас ласно смести, да их дуго време држимо за ischias.“<sup>1)</sup> — Неправилност ове невралгије је већа него код ма које друге. На слободне интервале на пр. не може се никако рачунати. Остали симптоми или су непоуздани, или се показују тек онда, кад је дијагноза из тока болести већ стављена. Тако на пр. из самог описа бола и места на коме се налази, неће извесно нико ставити дијагнозе. Атрофија мускула, анестезије, карактеристичан ход и т. д. симптоми су, који се појављују тек онда, кад је ток болести искључно сам по себи свако друго обољење. Болови у гранама нерва ischadicus (нарочито у нерву peroneus), наступају такође тек после дужег времена. Сви су ови симптоми дакле за дијагнозу од такве вредности, као што је на пр. декубит код какве анестезије. Они само потврђују дијагнозу, која је стављена из тока болести, и ја мислим да је она досад и стављана мање више само на тај начин. Кад дијагноза не би била најзнајственији и најважнији акт лекарев на болесничкој постељи, и кад би терапевтично било

<sup>1)</sup> Ziemssen Pathol. u Therapie. XII Band. 159.

## ISCHIAS POSTICA COTURNI

индиферентно ставити је а пре а после, ја не бих придавао толиког значаја симptomу, који хоћу да опишем. Али кад помислим с једне стране каког моћног терапевтичног агенса за исхијаду имамо у електрицитету, а с друге стране кад се сетим како је у једном мени познатом случају исхијаде помисљано чак на трихинозу, онда ми овај симтом изгледа озбиља осетна аквизиција за наш посао.

Овај симтом оснимва се чисто на самом анатомском склопу ноге. Топографија нерва *ischiadicus* објашњава га по моме мишљењу потпуно. С тога ћу у кратко побележити онај део анатомије, који за нас има специјалног интереса.

Изашавши испод мускула *pyriformis* нерв *ischiadicus* даје између осталих и гране *nn. gluteus superior et inferior*. У половини бутине, где се с њиме укршта дужа глава мускула *biceps femoris*, цепа се *ischiadicus* у његове крајње гране *nn. peroneus* и *tibialis*. *Nervus peroneus* је латерална и тања грана. Његова влакна долазе из комбинованог лумбалног и првог и другог сакралног нерва. У *nervus tibialis* иде већи део ових нерава и још један део трећег сакралног нерва.

За мускуле задње стране бутине иду сви нерви из нерва *tibialis* (изузима се само моторичка грана краће главе мускула *biceps*). Дакле он снабдева мускуле: *biceps* (дужу главу), *semitendinosus*, *semi-membranosus* и *adductor magnus*.

Од перонеалног дела нерва иде једна грана у краћу главу мускула *biceps* и један дугачак и врло фини нерв *articularis genui super. m.* који се рачва у латерални зид капсуле коленачког зглоба.

## ISCHIAS POSTICA COTURNII

Даље *nervus cutaneus cruris posterior medius*<sup>1)</sup>, одређен за медијални део задње површине цеванице, који се *провлачи латерално крај нерва tibialis* кроз *маст Fossae popliteae*, и *избијајући под кожу на латералној глави мускула gastrocnemius* спушта се до близу малеола

Од нерва *peroneus* пду даље ови нерви, који имају за нас специјалног интереса : *nervus communicans peronei* врло несталне величине и тока. Под коленом *пробија фасцију и упућује се латералном крају стопала, често се свршавајући у кожи преко Ахилове тетиве.*

При улазу у мускул *peroneus* цела се *нера* истога имена у *n. peroneus superficialis* — поглавито за кожу — и *nervus peroneus profundus* — готово са свим моторичан. —

Од нерва *тибијалног* важан је за нас *кожни нерв communicans tibialis*. Он се *одеља од стабла* обично у *доњој трећини бутине*, спушта се на доле по *задњој површини мускула gastrocnemius*. У доњој *трећини цеванице* везује се *n. communicans tibialis* са *нервом communicans peronei* (или са једном његовом *гранчицом*). *Пробушивши фасцију* *пружа се крај самог латералног краја Ахилове тетиве, поделачи се под латерални малеол и крајем стопала упућујући стиже у мали прст.*

Даље *репетовање анатомије* није нам потребно за овај *мах*.

Свака *механичка драж* *оболелог нерва* *скопчана је с болом*. Дакле *бол настапа* или ако је

<sup>1)</sup> Сви су анатомски називи узети до терминологији, коју је анатом Хемле уредио.

## ISCHIAS POSTICA COTURNII

континуалан он се појачава на притисак и на растезање. Притиском се могу наћи points de douleur, растезањем се појачава бол и у самом стаблу нерва. Ако се дакле при притиску или затезању нерва појави или појача бол у њему, онда имамо посла са обељењем тога нерва, у нашем случају с исхијадом.

Самим притиском на ischiadicus дражимо механички и друге околне делове. Бол који при том наступи могао би долазити и од ког другог болесног дела. Ми не можемо никојим начином притиснути и гњечити сам нерв. Али ми га можемо затегнути. На основу горе обележених анатомских одношаја нерв ће најјаче бити затегнут онда, кад је колено екстендовано, стопало у плантарној екстензији а цела нога флектована грбуху. На тај начин оне гране, које се рачвају у побројане мускуле, а покрај тога и нарочито кутане гране биће затегнуте преко најдуже површине, која је дата анатомским склопом.

Nervus cutaneus cruris posterior medius и. п. communicans peronei запети су као жица на тамбури једним крајем за кичму, а другим чак за ногу око чланака; а п. communicans tibialis такође за кичму и за мали прст. Кад се нога доведе у горе речени положај они ће се нерви затегнути па наравно потегнуће и стабло нерва и бол ће наступити respective појачати се. Ако се савије колено и цела нога вертикално опусти или још екстендује онда се смањује и површина, преко које се нерв простире. Флексори бутине и цеванице су релаксовани, кожа опуштена да се нарочито код мршавих људи

## ISCHIAS POSTICA COTURNII

на целој задњој страни бутине а нарочито испод колена може накупити у бору, дакле и нерв, који иде преко ових мускула и у њих и кожу, набраће се нешто. Кома ово не би било јасно нека прогледа анатомску слику нерва *ischiadicus*; гране нерва *tibialis*, које иду у флексопе бутине, а нарочито нерве *cutaneus cruris posterior, medius, communicans peronei* и *communicans tibialis*.

Да бих дошао до апсолутне извесности ја сам мерно на себи дужину задње површине целе ноге сантиметром. Притврдио сам један крај мере за пету а други сам притиснуо на *spina ossis ilei superior posterior*. Кад сам стајао усправо (као војник у фронту) ова је дужина износила 103,0 сантиметра, а кад сам с испруженим коленом, и екстендованим стопалом флектовао ногу трбуху, тако да је она са зидовима трбуха чинила прав угао, дужина од пете до *spina ossis ilei sup. post.* износила је 111. сантиметара, дакле читавих 8,0 сантиметара више. Ма какав био положај осталих нерава, али за *cutaneus cruris post. medius, communicantes peronei et tibialis* извесно је да се односе према ноzi исто као пантљика сантиметарска. — Тако дакле нерв код мене при овим покретима прави екскурзију од читавих осам сантиметара.

Извесно је да ће код исхијаде ова екскурзија бити бона, и то све јаче што се нерв јаче затеже. Али затезањем нерва затежу се или гњече и остали меки делови и креће се зглавак. Болови би према томе могли долазити и од обољења ових делова. Дакле ни самом овом манипулацијом не да

## ISCHIAS POSTICA COTURNII

се искључити нерв, ни доказати да је баш само он болестан.

Али знање анатомије иде нам на руку да се послужимо и другим покретима, у којима се мускули без нерва затежу ad maximum и у којима се покреће зглавак такође не затежући нерве. Кад флексујемо колено, па онда флексујемо бутину, мускули ће се затегнути ad maximum (ми овде наравно мислимо на глутеалну групу мускула, јер они нас само интересују), а нерв ће остати како је и био (нарочито cutanei неће бити запети). У том истом положају ноге даје се, не затежући нерве описати коленом круг, коме је периферија колено, радијус femor, а центар зглавак. Тако исто може се притискујући на trochanter или колено притискивати carpat femoris у зглавак и т. д. — У овом случају код чисте исхијаде неће се повећати respective ни осетити никаки болови у регијону нерва ischiadicus.

Тако се објашњава оно што смо ми видели у шест случајева, на име да исхијатичари избегавају све покрете, при којима се затеже нерв. Таки су покрети: испружен корак са укрућеним коленом, седење са испруженим и укрућеним коленом, прегибање к земљи (као кад се што дохвати) са укрућеним а испруженим коленом. Отуда они и у постељи, кад се хоће да исправе (на пр. ради пијења, једења и т. д.) одмах купе колено оне ноге која је болесна. Ако су ван постеље па хоће што да дохвате са земље, не сагибају се као здрав човек него чучну. Ако могу да иду, ход им је, као што горе рекосмо, карактеристичан: болесна нога је

## ISCHIAS POSTICA COTURNII

опружена у колену само кад је она ослонац, а чим искорачава грчи се у колену и болесници да би накнадилл краткоћу корака повијају цело тело по болесној ноzi. Отуда је и ступање том ногом карактеристично (као да стају ва басамак), карлица је с болесне стране уздигнута, и корак болесне ноге краћи од корака здраве. Од гимнастичних фигура немогуће је за њих испружити целу — у колену укочену — ногу, тако да она с трбухом прави прав угао; дотицати се прстима од руку протију од ногу а не савијајући колена, опкорачивати с иструженим коленом и т. д.

При свим овим покретима, који затежу нерв, бол се осећа или појачава највише на месту где нерв *ischiadicus* излази из карлице, за тим у даљем његовом току — нарочито у нерву *peroneus* — а где што чак у крстима.

Међу тим сви други покрети, који не затежу нерв, могу се вршити мање више слободно. Тако на пр. могу често такви болесници згрчивши колено додиривати мускулом *quadriceps femoris* мускуле трбуха, гдешто без икаквог бола, а увек без знатно појачаног бола. Али кад покушамо да у таком положају ноге испружимо колено, болесници одмах изјављују болове и рефлексивно чувају ногу у горе означеном смислу.

Као резиме да наведемо како бисмо ми испитивали болесника код кога супонујемо исхијаду.

Ако је на ногама ми бисмо му казали да флектује ногу трбуху опруживши колено, — За тим да се прегне што може више напред не савијајући колена.

## ISCHIAS POSTICA COTURNIИ

Ако је у постељи ми бисмо пробали пасивно да га исправимо да седне, притиснувши колена да се не савију; или бисмо покушали да му како лежи на леђима, притиснувши једном руком колена, флектујемо болесну ногу трбуху, ухвативши је другом руком за пету. Ако би при овим покретима наступило или би се појачао бол, онда бисмо ради искључења зглавка и мускула савили колена, па онда правили пасивне покрете у зглавку. Ако би сада изостао бол са свим, или се онај који је континуалан не би појачао онда бисмо без икаквог даљег испитивања ставили дијагнозу на *ischias postica*.

На послетку ево ћу описати још три случаја из моје праксе. Дијагноза је потврђена у сва три случаја доцније самим током болести. Из протокола акутних случајева извађена су само она места, која се односе на дијагнозу. О једном хроничком случају не водим белешке, али сам га од почетка непрекидно посматрао и причаћу како се кад налазио и како му је сада:

I. H. H. поручик. У добу од 24 год. боловао је од два три напада *lumbago* које приписује препрекомерном јахању и назебу. Последњи напад био је пре једно 6 месеци. *Lumbago* није никад био јак. — Пре три дана (рачунајући од дана кад сам га ја видео) а то 1. Децембра 1879. јако га заболи нога „у куку“, Болови су континуални, тек по гдешто ремитентни; они му украћују и сан. Место бола обележава шаком на регијону изласка нерва *ischiadicus*. На целом том месту осетљив је на при-



## ISCHIADIC ROBTICA COTUKNII

тисак, премда не јако. Свако кретање ноге скопчано је мање више с болом. Притисак на trochanter је без бола. — Трпи да му се нога полако (пасивно) згрчи у колону. Тако исто не изјављује повећање бола кад се нога, згрчена у колону, покреће на све стране у бутинском зглавку. Кад је бутина на тај начин флексована трбуку, па се онда покуша да се опружи колону, болесник изјављује интензивне болове и грчевито купи колону. Из своје иницијативе он је био везао тканице за доњи део кревета, те се уз њих узвлачио у седећив положај. При том увек најпре пажљиво покупи колону болесне ноге и само тако могућно му је исправити се у постељи.

II. Н. Н гимназиста. У добу од 16 год. Путовао је по зими о Божићу прошле године у село, где је се излагао великом страпацу и зими (ходно пешице, спавао на клупи у хладној механи и т. д.). Вративши се у Београд 28. Декембра добије ноћу некака „трзања“, а 29. добије у школи „епилептичан напад“ (видео га један колега у том нападу). Напад се не понови више, али 30-ог истога мес. добије „протисли“ у прсима и бол у левом куку „као да га је неко гњечио“. Са савијеним коленом прави слободно све покрете у куку не осећајући никакво повећање бола, а кад покуша да испружи колону, надиже карлицу с болесне стране и осећа јаче болове у регијону нерва *ischadicus*. — Кад сам га положио у постељу на леђа, притиснуо му колону и подхвативши другом руком ногу под пету покушао да је приближим трбуку — јаки болови и рефлективан отпор од стране болесника.

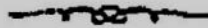
## ISCHIAS POSTICA COTIZNII

III-ћи је случај кроничан. На 2—3 годне пре обољења нерва ischiadicus, болесник је имао два, врло интензивна напада лумбага, а после тога почешће су га слабије болела крста. Ischias се да тује од пре четири годне. Болови су наступили кронично и поистиха и трају мање више непрестано, често се свдећи само на дрмљење у нози. Болесник, пасијонован гимнастичар, опазио их је први пут у гимнастичким фигурама, које смо горе тачније описали. У тим фигурама у овима стадијама болести појављивао је се константно бол, а било је времена, кад је он лечећи се био иначе са свим слободан од спонтаних болова. Услед тога морао је напустити играње гимнастике. Кад је се најбоље осећао (после шестомесечног електрисања константном струјом) није имао никаквих константних и спонтаних болова; могао је читаве сакате ходити, играти, јакати и т. д. или чим би покушао да испруживши колено флектује ногу трбуху бол се показивао, тако да угао, који је нога правила са трбухом, никад није могао (због бола) бити мањи од 135°. Згрчивши колено међу тим може њиме дохватити своју браду без икаквог бола.

Од остала три случаја која сам јоште видео, један је десио једног духандију у Шапцу, други једног народног војника у Градишту, а трећи једног вишег судију у Београду. Од њих нисам водио никакве даље белешке, али сам на овај начин одмах при прегледу ставио дијагнозу на исхијаду и нисам се преварио. Тако сам исто једном два пут ли на исти начин искључио исхијаду, такође не преваривши се.

## ISCHIAS POSTICA COTIDIANA

С једне стране то што сам видео, а друге стране оно што сам о томе мислио а гледајући на анатомску слику, окуражило ме је, да изнесем ствар пред своје другове по послу, желећи да јој они поклоне ону пажњу, коју, све ми се чини, заслужује у великој мери.



**ISHIAS POSTICA COTUNNI**  
**A CONTRIBUTION FOR A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS<sup>6</sup>**

I don't believe that ishiada is one of most common neuralgias. During my short time in the military and civil practice, I had an opportunity to see six cases. All of which were ishias postica and I came to believe that ishias postica is very rare, like clinicians mostly stand, although *Fromhold* assures that he both had seen equally. I have been observing one of my cases for many years, day and night, which was at the same time the first case I ever saw. Therefore, the symptom was engraved into my mind, which I think is pathognomonic, and which is not mentioned anywhere yet, although I have searched for it, I think, everywhere where I could have found it, if anyone before me had noticed it and recorded. I think I did not rush wanting to publish it, because I was assured of this on the basis of several of my observations, that it is a constant companion of ishiada and, only according to it often (in all six of my cases), differential diagnosis can be made accurately. This symptom is of importance because, until now there was no other symptom, that differentiated this illness from muscle rheumatism, joint disorder etc. at any time and in any phase. Type of this neuralgia is one of the most irregular; therefore all symptoms have been unreliable until now, either because they are not always present, or because they are not

---

<sup>6</sup> Serbian Archive, part I, book VII (1880), p. 23-35.

specific for ishiada only. For instance, Valleix symptom upon which ishiatic patients point out a painful place with the top of their finger and rheumatic patients with a whole hand can be found in schoolbooks only and no one knows if it has any practical value. In my cases it did not approve, not once. *Points de douleur* are, again, so obviously characteristic, that the experts themselves place them in different places. So, for instance Valleix finds that a painful spot is most often in the region of spinae ossis ilei superior posterior (although region is not a point!), and *Erb*, again, says that the most constant point of pain is on the point where the nerve ishiadicus comes up the skin above this place. – The most significant is, when the patient pointing out painful places draws down with their finger, a path of nervus ishiadicus ; this happens very rarely, as every doctor will tell.

Other symptoms are of less importance, such as increasing pain during coughing, sneezing, strain while walking etc. Other symptoms with no diagnostic value are: pain irradiation, muscle atrophy, intensified hair growth, vasomotor changes, subjective feelings etc.

Very characteristic is the walk of ishiadic patients, to which very little attention was paid until now. It derives from the same cause as our symptom; therefore we will discuss it later.

The walk itself and all the symptoms until now, as I said, are not sufficient enough to make a positive differential diagnosis in every case and especially, like *Erb* says, coxitis and coxarthrosa “can easily mislead

us to consider them as ischias for a long time”. - The irregularity of this neuralgia is bigger than in any other. Nonetheless, we cannot count on free intervals. Other symptoms are either unreliable, or they do not show up *until the diagnosis is made out of the course of disorder*. Therefore, no one will diagnose it solely on the description and the point of pain. Muscle atrophy, anesthesia, characteristic walk etc are all symptoms that appear only when the course of illness had excluded itself by another disorder. Pain in the branches of nervus peroneus also appears after a long period of time. All these symptoms are, therefore, as significant as decubitus in anesthesia. They only confirm a diagnosis that is made out of the course of the illness and I think that until now, it has been made in such a way, more or less. If the diagnosis wasn't the most scientific and the most important doctor's act, and it was indifferent whether it was made before or after, I would not have been paid so much attention to the symptoms that I want to describe. When I think about how powerful therapeutic agents for ishiada are, that we have in electricity and on the other hand when I remember that in one familiar case of ishiada it was even thought of trichinosis, then this symptom looks to me as a serious acquisition for our work.

This symptom is based on a pure anatomical composition of the leg. Topography of the nerve ischiadicus explains it completely, in my opinion. Therefore, I will shortly discuss the part of anatomy that is of special interest to us.

Coming up the muscle pyriformis, the nerve ischiadicus gives, among others, the branches nn. gluteus superior et inferior. In the middle of the thigh, where it crosses the longer head of the muscle biceps femoris, the ischiadicus splits to its final branches nn. peroneus and tibialis. Nervus peroneus is a lateral and thinner branch. Its branches derive from combined lumbal and, first and second sacral nerve. Bigger parts of these nerves go into nervus tibialis as well as one part of the third sacral nerve. The back thigh muscles get all the nerves from nervus tibialis (with an exception of motoric branch of the shorter head of biceps muscle). Therefore, it supplies the muscles: biceps (longer head), semitendinosus, semimembranosus and adductor magnus.

One branch goes from the peroneal part of the nerve into the shorter head of muscle biceps and one long and very fine nerve articularis genu super.m. which forks to the lateral wall of the knee joint capsule. Nervus cutaneus cruris posterior medius goes further, assigned for the medial part of back surface of the shin, that is *runs laterally through the nerves tibialis through the fat of Fossae popliteae and, coming up under the skin at the lateral head of muscle gastrocnemius, descends near the maleoluses.*

Other nerves which are of special interest to us go forward from the peroneus nerves; nervus communicans peronei of very inconstant size and course. *It perforates fascia under the knee and goes to the lateral end of the foot, often ending in the skin over the Achil's tendon.*

At the entrance to the peroneus muscle, the nerve with the same

name splits to n. peroneus superficialis- mostly for the skin- and nervus peroneus profundus- almost completely motoric.-

When discussing the tibial nerve, the skin nerve communicans tibialis is of importance to us. It *divides from the stem usually in the third part of the thigh and, it descends down the back surface of muscle gastrocnemius*. In the lower third of the shin, n. communicans tibialis connects with the *nerve communicans peronei* (or with one of its small branches). *Perforating the fascia, it spreads over the very lateral end of Achil`s tendon, going under the lateral maleolus and, traveling along the foot, it arrives to the small toe.*

Further repetition of anatomy is unnecessary at this moment.

Every mechanical irritation of the affected nerve is linked with pain. Therefore, the pain arises or, if it is continual, it intensifies when pressure is applied or when stretched. By applying pressure we can find points de douleur, by stretching the pain gets stronger in the very stem of the nerve, too. So, if pain arises with applying pressure or stretching the nerve or it gets stronger, we are then dealing with the illness of that nerve, in our case with ischiada.

By pressing the ischiadicus we also mechanically tantalize other surrounding parts. The pain that begins on that occasion could be coming from some other ill part, too. We cannot, in any way press or squeeze the nerve *itself*. *But we can stretch it*. According to upper marked anatomical relations, the nerve will be most strongly stretched when the *knee is*



*extended; foot in plantar extension and the whole leg is flexed toward the stomach.* In such a way, those branches that are entering the mentioned muscles, and over that especially cutaneous branches, will be stretched over the longest surface that is given with an anatomical structure.

Nervus cutaneus cruris posterior medius and n. communicans peronei are tensed like a string of a guitar with one end attached to the spine and, the other as far as to the leg around ankles; and n. communicans tibialis also to the spine and, to the little toe. When the leg is put into the above described position, these nerves will stretch, therefore they will pull the trunk of the nerves also and respectively, the pain will arise and get stronger. If the knee is flexed and the whole leg vertically relaxed or even more extended, the area along which the nerve is spreading will be reduced. The flexors of the thigh and shin are relaxed, as well as the skin, especially in thin people on a whole back side of the thigh and under the knee can be wrinkled, therefore also the nerve, that goes over these muscles and into them and into the skin, will be a little wrinkled too. To those who this is not clear, let them see the anatomical picture of the nerve ischiadicus; the branches of nerve tibialis, that are going into the thigh flexors and, especially the nerves cutaneus cruris posterior, medius, communicans peronei and communicans tibialis.

To be absolutely certain I measured the length of the back surface of my whole leg with a tape measure. I have fixed one end of the tape

measure to my heel and the other I pressed on spina ossis ilei superior posterior. When I stood up straight (like a soldier) this length came to 103.0 cm and, when I flexed the leg toward my stomach with a straight knee and extended foot, so it made a right angle with the stomach walls, the length from the foot to the spina ossis ilei superior posterior was 11cm, therefore a whole 8.0cm more. Whatever the position of other nerves, it is certain that cutaneus cruris post. medius, communicans peronei et tibialis relates to the leg like a tape measure. – So, in this way, the nerve during these movements makes a turn of *whole eight centimeters*.

It is clear that in ishiada this turn will be painful and will get more painful, the more the nerve is stretched. But by extending the nerve, the soft tissues also stretch or crumple and articulation moves. Therefore, the pain could be arising from the disorders of these parts, too. So, even with this manipulation, we could not exclude the nerve, neither could we prove that only the nerve is ill.

But, the knowledge of anatomy is at our advantage to use other movements, too, in which the muscles are tightening to the maximum and in which the articulation is moving, also not extending the nerves. When we flex the knee and then, we flex the thigh, the muscles will be extended to the maximum (of course, here we are talking of gluteal group of muscles, because only they are of our interest), but the nerve will stay as it was (especially cutanei will not get stuck). In that same leg

position, without extending nerves, we can draw a circle with the knee, whose periphery is the knee, radius is a femur and the articulation is in the center. The same way, caput femoris can be pressed into the articulation, by pressing to the trochanter or the knee. *–In this case, with pure ishiadia there will be no change in pain increment nor will there be any pain felt in the ishiadus region.*

That is the explanation of what we saw in six cases, namely, that the ischiatic patients avoid all the movements during which the nerve is being extended. Those movements are; stiff knee when walking, extended and stiff knee when seating, bending down (like when trying to reach down for something) which stiff and extended knee. Therefore, even in bed, when they want to stand up (e.g. to drink, eat etc.), they immediately hold onto the knee of the ill leg. If they want to reach for something on the floor, they don't bow like a healthy person, but squat. If they can walk, their walk is, like we said above, characteristic: the sick leg is extended in the knee only when it is the support, but as soon they step forward it stiffens in the knee and, in order to compensate for shortened step, they bow their whole body toward sick leg. Hence, the step with that leg is characteristic: (like they are climbing the stairs), pelvis on that side is erected and, the footstep of the ill leg is shorter than of the healthy one. When it comes to gymnastic figures, it is impossible for them to straighten the whole- stiffed in the knee- leg, so it makes a

right angle with the stomach; touching toes with fingers without bending the knees, to straddle with a straightened knee etc.

With these movements that extend the nerve, the pain is felt and intensified mostly at the point where the nerve ischiadicus are exits the pelvis, that in his further course- especially in nervus peroneus- and sometimes even in the lower back.

However, all other movements that do not tighten the nerve can be done more or less freely. Therefore for instance, such patient can, cringing their knee, touch the quadriceps muscles, muscle of the stomach, without much pain, and always without any significant pain sensation. But when we try to extend the knee in such a leg position, the patients immediately announce pain and reflexively hold onto the leg in above explained position.

As a regiment to explain how we would examine a patient who we suspect to have ishiadia.

If the patient is standing on their feet, we would ask them to flex toward the stomach extending their knee. –Thereafter leaning forward as much as possible, without bending their knees.

In case the patient is in bed we would try to passively straighten them to sit, while pushing the knees making sure that they do not bend; or we would try, as they lye on their back, pressing on the knee, flex the ill leg toward the stomach, holding it with the other hand by the heel. If pain appeared or got stronger, due to those movements, in order to

exclude the muscle and joint, bend the knee, and then make passive movements of the joint. If the pain was completely absent, or if the continuous pain did not increase, then we would, without further analysis diagnose ischias postica.

Ultimately, I shall describe three more cases from my practice. Diagnosis has been determined in all three cases later during the course of illness. The only parts that were extracted from the acute case protocol were those that relate to diagnosis.

One of the chronically ill patient's cases, which I have not documented but have been observing from the very beginning, I will talk about regarding the stages and how they are now:

I. N.N Lieutenant. At the age of 24 he suffered from two to three lumbago fits, that he blames on extended horseback riding and common cold. The last fit dated six months ago. Lumbago was never strong. – Three days ago (counting from the first day I met him) which was December 1<sup>st</sup> 1879. His leg hurt significantly (in the heap area). The pain was continuous, yet remitting, it disrupted his sleep. The area of pain he points out with open hand in the region of ishiadicus nerve. The whole area is sensitive to pressure, although not significantly. Every movement of the leg is accompanied with pain. Pressure applied to trochanter is painless. –Tolerates his leg being bent slowly (passively) at the knee. In such a way he does not complain about intensifying pain when his leg, bent at the knee, is moved in all directions at the thigh joint. When the

thigh is flexed in such a way toward the stomach, and then tries to extend the knee, the patient announces intense pain and cramps his knee. To his initiative the patient tied a cloth to the end part of the bed, which he used to bring himself up into a seating position. All the while, every time carefully cramping his knee, of the affected leg first I only *then make it possible to straighten himself in bed.*

II. N.N. high school student. At the age of 16. He traveled to the village, in winter around Christmas last year, he put himself through hardship and cold( walked and slept in the cold etc). Upon his return to Belgrade on December 28<sup>th</sup> he experienced some sort of twitching, and on the 29<sup>th</sup> while at school he experiences an epileptic fit ( a fellow student witnessed this). The fit did not occur again, but on the 30<sup>th</sup> of the same month, he feels a twitch in his toes and pain in the left hip area, as if someone was squashing it. He makes movements in the hip area with the bent knee without pain increment, but when he tries to extend his knee, he elevates his pelvis on the affected side and feels strong pain in the nerve ischiadicus area. – When I placed him in bed, onto his back, pressed on his knee and holding his heel with my other hand tried to bring his leg toward his stomach- strong pain appeared and resistance from the patient arose.

III. Third case is chronic. Over the course of 2-3 years before the nerve ischiadicus illness, the patient had two, very intense lumbago fits, and thereafter he experienced slight pain in his back. Ischias dates back

four years. The pain appeared chronically and lasted more or less constantly, often leading up to shaking of the leg, only. The patient, a gymnast, noticed shaking of his leg while doing different figures, for the first time. In all stages of the illness pain was constantly there while performing these figures, and there was a time, while he was being treated, that he was free of spontaneous pain. Due to this he was forced to stop doing gymnastics altogether. When he felt better (due to a six month physical therapy), he experienced no constant and spontaneous pain; he was able to walk for hours at a time, dance, go horseback riding etc. But, as soon as he tried to flex his leg while extending it at the knee toward the stomach, pain arose, so that the angle that his leg made in relation to his stomach could never be less than  $135^\circ$ . Shriveling his knee, though, he could touch his chin without feeling any pain whatsoever.

Out of the three remaining cases that I saw, one affected a cigarette smoker from Šabac, the second was a national soldier from Gradište, and the third was a high court judge from Belgrade. I did not document those three cases, but I did in this way, diagnose ischiada immediately after the first examination, and I was not wrong. The same way, I ruled out ischiada, once or twice, again being right in my findings.

I decided to bring attention to my fellow colleagues on this matter that I observed and on the other hand gave thought to the anatomical side of the matter. I would like my colleagues to pay attention to ischiada, as it is, in my opinion very worthy of it.

## Један прилог за латентну сифилиду

### ЈЕДАН ПРИЛОГ ЗА ЛАТЕНТНУ СИФИЛИДУ

од

Др-а Лазе К. Лазаревића

Концем месеца априла ов. г. добио сам једног болесника, са тако званом секундарним симптомима сифилиде. По целом телу имао је љуспаст екзантем; по табанима и длановима Psoriasis. — Tonsillae Velum palati и pharynx изгледали су само јако инјиковани, tonsillae увећане, иначе по устима и језику није било никаквих знакова. Глас му је храпав и ларингоскопом се види да су обе ивице гласнице еродоване, и на десној је губитак супстанције нешто јачи него на левој. Цервикалне, субаксиларне и ингвиналне лимфне жлезде затекле. На палпацији приступним костима не налазе се никакве неравности.

Болесник је иначе здрав, добро развијен, чиновник је и има му 33 год.

Анамнеза је од необичног интереса, с тога ћу да је приповедим, онако како је он мени приповедао.

<sup>7</sup> Српски Архив, одељак први, књига VII (1880), стр. 125-130.



## ЈЕДАН ПРИЛОГ ЗА ЛАТЕНТНУ СИФИЛИДУ

Године 1865 добио је он на пенису 3—4 ранице не зна колико дана после којита. Ранице нису биле у наоколо тврде, из њих је ласно ударала крв и болеле су нарочито на притисак. Не зна на колико дана после изласка рана, скоче му с обе стране мицине, које су нагло расле и јако болеле, у брзо се провалиле и заједно са раницама на пенису зарасле. У ингвинуму се још познаје ожиљак. На пенису међу тим по његовом уверавању није остало никаквог трага.— Све је се свршило у колико се он сећа тако за једно 2 мес. дана.— Лечно је се само локално.

Год. 1870. у децембру месецу добије он поново таке исте ранице с бубонима на обе стране, и ток је био са свим као онај од г. 1865 и овог пута лечно је се само локално и лекар му је казао да је „прост шангир“

Год, 1873 у мају месецу добије он на препуцијуму озго, мало иза *coronae glandis penis* једну „чибуљицу“ велику за главу од чиоде. Не може да се сети на колико је дана пре тога последњи пут имао суспектан којит. Чибуљица га сврбила и он је рашчеше, на што из ње истече жућкаста, бистра течност, и рашчешано се место одмах стане гнојити, а раница свуда у наоколо затврдне. На 3—4 дана после појављења чибуљице он оде у болницу, где је лежао свега 9 или 11 дана (не може тачно да се сети), и после тога рока буде отпуштен као излечен, јер је раница била са свим зарасла. Лечен је само локално, и зна да је употребљивао глицерин (по свој прилици као менструм

## ЈЕДАН ПРИЛОГ ЗА ЛАТЕНТНУ СИФИЛИДУ

каквог другог медикамента), lapis divinus, и једну жуто-црвену маст (ваљда црвени преципитат живе).

Међу тим на месту где је била најпре чибулица па после раница остане једна „брадавица“, велика за једно курузно зрно. Та је брадавица била тврда, није имала дршке, него је на бази била шира него на врху, и боја јој је црвенија од боје у околинн њеној.

Ова је брадавица дакле била неоспорно Хънтерова склероза, али је он ипак с њоме отпуштен из болнице као излечен.

Болесник није никад помишљао на то да је ова брадавица специфичне природе, с тога по изласку из болнице није више на њу ни обраћао озбиљне пажње. Једило га је само чешће за што већ један пут не прође, и задржавала га од кохабитовања. Та се брадавица није ни у колико мењала све дакле је он сам није атаковао.

Октобра месеца 1878 год. болесник испроси девојку, али се није могао одмах венчати јер није имао прописани број година службе (он је у војној служби).

Међу тим од времена како је се заручио он почне чешће мислити на своју брадавицу, и по свој прилици чисто из естетичких обзира, одлучи се да је се отресе.

За ту „маленкост“ није се хтео обраћати лекару, него сам купи лапис у супстанцији и њиме разори брадавицу. То је било о Божићу 1879 год. дакле пуних шест година и седам месеци након инфекције. На том месту одмах се отвори рана коју он стане завијати „лаписном водом“ и под

## ЈЕДАН ПРИЛОГ ЗА ЛАТЕНТНУ СИФИЛИДУ

завојем рана почне зарашћивати. На једно десет до дванаест дана после извршене операције седне он на сонице да се санка сам кочијашећи, и несрећним случајем падне са соница међ коње, држећи непрестано дизгине у рукама, и опирајући се ногама о земљу. Тако је дрљао по земљи једно сто корачаји усиљавајући се да се опре и да заустави коње. То вече кад дође кући опази да су му набрекле жлезде у обе препоне и он их стане облагати хладном водом. Лекара није могао консултовати јер једини лекар, који је у тој вароши био, лежао је сам болестан у постељи. Тако жлезде стану све јаче расти, и за десет дана достигну величину великог ораха. У то време једне ноћи он опази да су жлезде устукле, али сутра дан беше сав шарен од некакве „оспе“, која изађе по целом телу, као и по лицу и по лобањи. То је било од прилике двадесетог до двадесет петог дана по извршеној операцији (горењу склерозе лаписом). Он оде ради консултације оном истом боном лекару, који немогући га због слабости како ваља прегледати, стави дијагнозу на морбиле и пошље га у постељу где он пробави пет недеља дана, и наравно неизлечивши се од „морбила“ 14-ог фебруара дође у Београд. Издржи један тур инјекција и попије 7 стаклета јода (по свој прилици по 5 грама на стакло — 35,0). У коме се стању сада налази казао сам у почетку

Од године 1873 па све до данас болесник се није служио своји полним апаратом, изузимајући само један случај у Тешици у год. 1876. кад је са једном сељанком кохабитовао. Но ни пре ни после тога није се

## ЈЕДАН ПРИЛОГ ЗА ЛАТЕНТНУ СИФИЛИДУ

ништа променуло на његовој „брадавици“, нити је се ишта ново показивало на пенису.

Болесник је мој познаник, и човек је у колико га ја познајем, који нема *апсолутно* никакве склоности да се прави интересантним. Његово је причање потпуно мирно, без афектације и с пуно озбиљности. Мени је дошао као последњој инстанцији као „другу и лекару“. Ја сам га прво уверивао да од истинитости његових исказа зависи начин лечења, моје мишљење о његовој женидби и т. д. и т. д. а за тим сам га на неколико дана поново молио да ми исприча своју анамнезу, објаснивши му као интелегентнијем човеку знанствени и практични значај његове болести тражћи одобрења да ствар, наравно без његовог имена, дам јавности. Он ми је тада и по други пут са свим на длаку све онако исто испричао као и први пут.

Немам дакле никака повода да сумњам у истинитост његових речи, тим пре, што његови искази озбиља одговарају и теорији. И ја бих извео из свега овога ово :

1) Да је сифилида код њега била латентна шест година и седам месеци.

2) Да је она била локалисана у примарној склерози. Тек кад је он рашчепркао склерозу, п малтретисао је, натеро је и вирус у лимфне судове и даље у организам.

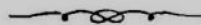
Не могу да овде не споменем овај случај *Бил-ротов* : Један колега добије лако запаљење на једном прсту усљед додира са лешинским отровом. То је остало чисто локално, и повређени није му поклањао никакве пажње. Путујући доцније по Алпима

## ЈЕДАН ПРИЛОГ ЗА ЛАТЕНТНУ СИФИЛИДУ

он се једног дана јако загрије, у вече добије lymph-angoitis на руци и жестоку грозницу: „услед јаког кретања и с тим везане појачане акције срца, допре отров, који је догле у циркумскриптном запаљењу мирно лежао, кроз лимфне судове у крв”<sup>1</sup>).

3.) Да је се вирус у неку руку потенциовао у склерози, те чим је прешао у цео организам, одмах је изазвао секундарне симптоме. Он је дакле морао у самој склерози проћи кроз оне промене, кроз које би пролазио и у целом телу да је био у њега унесен, јер да није тако било, онда не би за двадесет или највише двадесет и пет дана напао *целу* кожу, ждрело, тонзиле и т. д. а можда и који од дубљих органа, дакле чак у „терцијарном” облику.

4.) Да они лекари, који екстирпишу примарну склерозу, имају право, и да би и мој болесник можда био очуван од конституционалног обољења да му је склероза или одмах 1873-ће или и доцније екстирпована. И сама каутеризација лаписом да је била *тотална* можда би га очувала од генералне инфекције.



<sup>1</sup> Billroth, Pathologie und Therapie. VII Auflage. Страна 380.

## **A CONTRIBUTION TO LATENT SYPHILIS<sup>8</sup>**

At the end of April this year I came by a patient with so called secondary syphilis symptoms. He had scaly exanthema, and on his feet and hands Psoriasis. - Tonsilae Velum palate and pharynx, looked very inflamed, tonsils enlarged, otherwise in his mouth there were no other signs of illness. His voice was hoarse and looking through the laryngoscope, both sides of his voice cords eroded, the right side being more affected and showed more loss of substance. Cervical, subaxilar and inguinal lymphatic glands enlarged. There were no irregularities found on the bones that were palpated.

The patient appears healthy; otherwise, he is a clerk and 33 years of age.

Anamnesis is of great importance, that way I will recount the events told by the patient in the exacted manner that he told me.

In 1865 he acquired three to four sores on his penis, he is unsure of how many days after intercourse. These sores were not hard all around but blood was gushing out of them and they were painful when pressure was applied to them. The patient does not know how many days after the sores appeared that he noticed nodules which grew quickly, hurt significantly, they burst and along with the sores on his penis they healed. In that place scars are still present. On the penis, however,

---

<sup>8</sup> Serbian Archive, part I, book VII (1880), p. 125-130.

according to his claims, there were no traces left. All of the events that occurred cleared in two months according to him. He was treated locally, only. In December 1870 he got the same sort of sores with buboes on both sides of his penis, and the course was the same as in 1865, this time again he was treated locally only, the doctor told him that it was ordinary chancre.

In May 1873 he got a small “pimple” on the foreskin, a little behind the coronae glandis penis. He cannot remember how many days prior, he had suspicious intercourse. The pimple was itchy and he scratched it, after which a yellow and clear liquid leaked out, the part that he scratched immediately gets pussy and the sore hardens all around. Three to four days after the appearance of the pimple, he is admitted to the hospital where he stays for 9 or 11 days (he is unsure how many days exactly), after the hospital stay he is discharged and pronounced cured, as the sore healed completely. He was treated locally only and is aware of applying glycerin, lapis divines and a yellow-red ointment.

However, in the place where the pimple was, after the sore cleared, appeared a wart, the size of a corn grain. The wart was hard, had no stem, it was wider at the base than at the top, and the colored appeared to be brighter red than the color of the skin around it.

This wart was therefore, without a doubt Hunter sclerosis, but ne was regardless of this realized from the hospital as healthy. The patient did not think that this wart was of special nature and paid no serious

attention to it, upon the release from the hospital. He was concerned as to why it is still present and why it would not heal, and it kept him from having intercourse. The wart changed in no way until he attacked it.

In October 1878, the patient proposes to his girlfriend, but he could not get married right away because he did not have enough years required, in the military service.

However, from the time that he got engaged he could not stop thinking about the wart and for esthetic reasons he decides to dispose of it.

To take care of this “small issue” he bought lapis essence and destroyed it, all by himself. This occurred around Christmas in 1879, therefore whole six years and seven months after the infection. In this spot, a sore appears and he sprinkles lapis water on it and then wrapped it with gauze, and under the bandage the sore starts to heal. Ten to twelve days after he performed this “surgery” he went down the hill on a horse drawn sled, and by accident he fell off the sled and landed in between the horses and, still holding on to the reins, he was dragged down the hill for about a hundred meters, trying to stop the horses from dragging him along. That night, when he got home, he noticed that his glands on both sides of his groin were swollen and he then began to put cold bandages on the area. He could not consult with the doctor, because the only doctor in the village was ill, himself and at home lying bed. Thereafter his glands kept getting enlarged until they reached the size of a large walnut. Around that time he noticed, one night that the glands



have gotten smaller but the next day he noted a rash on his whole body as well as his face and sculp. This occurred approximately 20 to 25 days after he performed the “surgery”. He then goes to consult with the village doctor that was sick, and because of the doctor’s own weakness he could not examine him thoroughly and he diagnosed him with measles and sent him away to his bed where he laid for the next five weeks, and evidently not being cured of “measles” he came to Belgrade on the 14th of February. He receives a round of injections and seven bottles of iodine (5 grams per bottle-35 gr.). His current condition I have mentioned in the beginning.

From 1873 to date the patient has not made use of his private part, with an exception of one time in Tesica in 1876 when he had an intercourse with a village woman. Nothing had changed with the wart, before nor after the intercourse, neither did anything else appear on his penis.

The patient is an acquaintance of mine and he is a person, who in no way has the intention of being amusing. His manner of speech is completely calm, without any excitement and with much seriousness. He came to me as the last resort, as a friend and a doctor. I assured him from the very beginning, that his truthfulness will affect his course of treatment, my opinion of his plans to be married etc. and in the following days I pleaded with him to repeat the whole course of his illness from the very beginning, explaining to him the practical as well as the scientific

significance of his illness, asking him for permission to submit his case to the public. He proceeded to recollect the exact course of events, exactly like he did the first time.

Therefore I have no reason to suspect the truthfulness of his statement, especially because his claims matched perfectly with the theory. Therefore I would like to distinguish the following:

That syphilis, in his case was latent for six years and seven months.

That it was localized in primary sclerosis. Only after the fact that he “operated” on himself, did the virus go further down and entered into the lymphatic vessel and further into the system.

I cannot help but mention Billroth’s case: one of the colleagues gets a minor infection on one of his fingers through being in contact with cadaver poison. It remained localized, and he paid no attention to it. Traveling through the Alps he gets warm one day, in the evening he gets lymphangitis of the hand and a nasty fever: »due to extensive walk and therefore elevated heart beat, the poison, which was only present around the infected area of the finger until then, entered the blood stream through the lymphatic vessels«<sup>9</sup>.

That the virus intensified in sclerosis, therefore as soon as it entered into the whole system, immediately caused secondary symptoms. It therefore had to go through those changes in sclerosis, that it would have had to go through had it been present in the whole body, because if this

---

<sup>9</sup> Billroth, Pathologie und Therapie. VII Auflage. p. 380

was not the case, then it would not have affected the whole skin in twenty to twenty five days, throat, tonsils etc. and maybe even some of the deeper organs, therefore even in “tertiary” form.

That the doctors who extract primary sclerosis, have the right, and that even my patient could have been preserved from constitutional illness if sclerosis had been extracted in 1873 or at a later stage. The cauterization with the use of lapis, alone if it had been total may have saved him from general infection.

## Случај младића са закашњеним развојем како сполних органа тако и целог организма

Писмени реферат судско-медицинског вештачења цитиран у Записнику 16. састанка Српског лекарског друштва од 11. октобра 1880. године, под бројем 113.

Редовни члан Др. Лаза К. Лазаревић представио је друштву младића од 21½ година и о њему подноси овај извештај:

„Сељака Н. Н. оставила је жена, и тражила развод брака, на основу импотенције мужа јој. Конзисторија је најпре упутила њу мени на преглед, и ја сам констатовао да је дефлорисана. Доцније конзисторија затражи преглед њезиног мужа, и лекарско мишљење: „је ли овај човек способан за брачну постељу“. Пре готово годину дана прегледам га и пађем:

Човека са свим слабо маркованог лица, по коме судећи не би га таксовао више од 17 година (а у ствари му је тада било 21). Пенис му је био детињаст, нежног облика, са спуштеним препуцијумом, frenulum читав. Још никуда није бруцао. Скротум смежуран, мален и призан. Ингвинални

<sup>10</sup> Српски Архив, одељак први, књига VIII (1881), str. 7-9.

канал и лево и десно проходљив за мали прст. У левом каналу могло се пажљивим пишањем наићи на једно тело, које се даје прстом притерати уза зид, и на тај начин и прстом друге руке (кроз кожу опипати. Притерано тако између два прста изгледало је ово тело велико за једно зрно боба, овалног облика, осредње, на сваком крају подједнаке конзистенције (као по богу мушко јаје). У десном каналу може се истом манипулацијом констатовати такође једно теланце, али не веће од курузног зрна, неправилног округлог облика и тврђе него оно у левом каналу (од прилике као средње индурисана лимфна жлезда). Оба ова тела ласно се померају, прстом се дају убушкати на више у канал, а дају се нешто мало (рецимо за 1.0 сантиметар) свући и на ниже. Да ли с тога што човек ласно нађе оно што му треба, да ли је пак у ствари било, тек мени се чинаше да сам од оба тела на више оназио под прстом по једну врвцу, на којој су ова тела била притврђена. — Са свим је дакле природно што сам помислио да су она тела кржљава јаја, а врвца, Funiculus spermaticus. У сведоџби опишем ово све, а у мишљењу кажем да је овде питање јесу ли она тела у каналу кржљава јаја? И да би се решењем тога питања могло говорити о способности како за обљубу тако и за оплођење, а и о „брачној постели“. За то да би се ствар што поузданије определила чиништем од конзисторије да још који лекар да своје мишљење, и неки дан по њеном пристанку конзултујемо се нас тројица: Др Докић и Др Л. Стефановић са мном. Ми нађемо као што видите све оно што сам ја пре скоро године дана видео и описао, с том великом разликом што скротум није више празан, него се њи лево и десно налази по једно јаје, које једва да достиже величину лешњика. Како нас тројица нисмо од оних скрупулосних лекара, који импотентност налазе само онде, где нема пениса, и како је питање збиља од великог дигнитета, то смо ради били чути и мишљење друштва о овом човеку, с тога сам га и довео амо.

Једно је што ми се чини као да сам уочио, а то је да се полни апарат код овога човека истом сада развија. Рекао бих да су јаја, поред тога што су сишла у скро-

тум и нешто порасла; а добро се сећам у каквом сам их стању нашао пре готово годину дана. Није ли дакле овде може бити закашњен развитак полних органа, и није ли могуће да ће он с времена на време све више да добија мушке моћи?“

Друштво је са интересом саслушало овај извештај и пошто су сви чланови прегледали младића сложише се у томе: да је овде доиста закашњен развитак како сполних органа тако и целог организма, и да је могуће, да ће се доцније потпуно развити. А сада младић овај и ако је способан за обљубу, за оплођење доиста није.

**A case of a young man with a delayed development of genitals as well as the whole body**<sup>11</sup>

A patient N. N. was left by his wife, who has asked for divorce by reason of his impotence. The consulting body first sent her to me to examine and I found that she had been deflowered. Later the consulting body asked for her husband to be examined and to provide a medical opinion: "is this man capable for marital bed ". Almost a year ago I examined him and found the following:

Man, with unpronounced facial features, judging from which I would not give him more than 17 years (and he was actually 21 at the time). His penis was like that of a child, of a gentle form, with lowered prepuce, the fraenum was preserved. He still had no bodily hair. His scrotum was wrinkled, small and empty. The inguinal canal was passable to the left and the right by a small finger. With careful feeling it was possible to locate a body which was possible to press with finger against the wall and that way feel it with the finger of the second hand through the skin. Pushed against two fingers this body seemed to be the size of a broad bean, of oval shape, medium sized, and with even consistency on each end (as in a normal human testicle). In the right canal it was possible to detect a small body by means of the same manipulation, not bigger than a corn kernel, of uneven round shape and harder than the one

---

<sup>11</sup> Serbian Archive, part I, book VIII (1881), p. 7-9.

in the left canal (approximately like a medium indurated lymph gland). Both these bodies were moved easily, and it was possible to push them up along the canal and to slightly (say, about 1.0 centimetre) push them downwards. Whether it was because one finds easily what one needs, or whether it indeed was easy, I thought to have noticed both bodies more under my finger along one string, onto which these bodies have been attached. – It was quite natural for me to think the puny bodies are balls and the string, Funiculus spermaticus. In my note I was writing all this and in my opinion I declared that here the question was whether those bodies in the canal were puny balls? And that, by solving that question, it would be possible to speak about the ability to both fornicate and inseminate, and also about the “marital bed “. That is why, in order for the matter to be determined as reliably as possible, I had asked from the consulting body to have one more doctor provide an opinion and a couple of days after the consent, doctors Dokić and Stefanović consulted with me. We found, as you can see, everything I had seen and described almost a year ago, with a big difference in the fact that the scrotum was no longer empty but there was one ball to the left and one to the right, hardly the size of a hazelnut. Since the three of us are not among those scrupulous doctors who find impotence only where there is no penis, and since it was a matter of great dignity, we were eager to hear the opinion of the Society about this man, which is why I brought him here.



I observed one thing though, and that is that the sexual organ of this man was then developing. I would say that the balls, since descending to the scrotum also grew somewhat; and I remember well in what state I found them almost a year ago. Was this not perhaps a case of delayed development of sexual organs, and was it possible that, as time passed, he would be able to gain more of his manly powers? “

**Случај лисе у девојчице после „љубљења“ с кучетом**  
(слузокожа уста је по свој прилици locus infectionis)

Рад је цитиран у Записнику 16. састанка Српског лекарског друштва од 11. Октобра 1880. године, под редним бројем 115.

„Једног дана (не сећам се више датума) у 11 сати пре подне будем зват код једне девојчице од дванаестину година. Мати детиња причаше ми да је дете од јутрос нешто нерасположено, да тешко гута воду и да га глава побољева. Ја нађем пулс и температуру са свим нормалну. Обратио сам нарочито пажњу на зеницу и на фаринкс, али не нађох никакве промене. Дете је међу тим изгледало са свим расположено, мирно и смешило је се као и обично увек, кад сам га ја пре тога ради други обољења походио. Покушам одмах с водом, и нађем да с гутањем иде врло тешко: дете се загрцнује, гади се и половину течности испљује; при том прави гримасе, у којима се види страх. Онда покушам са слатким и с вином, али је подједнако тешко ишло. — Одмах сам помислио на ујед бесна пса, и брижљиво сам распитивао породицу, да ли има икака бар знака подозрења с њихове стране: али ме они одсудно увераваше, да никад и никаког псета није било у кући, које би могло бити отровник њихова детета. Констатовавши ово не препишем ништа, него кажем родитељима да ћу доћи кроз који сат, па ако и тада нађем дете у овом истом стању онда треба одмах сазвати конзилијум; и у два сата по подне нађем озбиља стање непромењено, кажем родитељима да је болест без икакве сумње tyssa и затражим да позову још ког колегу.

Тога вечера били смо код детета ја, Др. Владан Ђорђевић и Др. Докић. Они су на име обојница у том међу времену били код болеснице, и оба сваки за се ставили дијагнозу на хидрофобију. Тада око 9 сати, дете је већ почело добијати екламтичке нападе, и сам појам течности (н. пр. реч „вода“) изазивао је грчеве. У исто доба изађе на видело да је пре 14 дана у кући било некако псето, које је веома у вољи било нашој болесници, да је се она с тим псетом, „љу-

била“, али да је нигде није било ујело, нити да су они на њему опазили каквих знакова беснила, али је псето „ипак убијено за то што је угризло једно друго укућанче“, и што је ваљда суседство нашло каквих подозривих знакова на њему. На детету пак није нигде било никаког ожиљка од и најмање ранице.

Покрај наше немоћне терапије, која се састојала због апсолутне немогућности гутања, искључно у клороформисању (јер мислимо тиме бар олакшати нападе), еклампсија рапидно отимаше мах, и дете умре у 2 сата по поноћи, од прилике дакле на 16 сати после појављења првих знакова.

Ваља ми приметити да је дете тога истог дана у 4 сата по подне, дакле на десет сати пред смрт, било са свим мирно: седело на прозору, разговарало се са свим весело и без икакве сметње појело једну кифлу.

Мислим да је случај интересантан због веома кратке инкубације, због веома наглог декурса, због недостатка уједа (по свој прилици је слузокожа уста била *locus infectionis*), и најзад због тога што је друго од истог кучета фактички уједено дете до данас са свим здраво и мирно.“

**A case study on rabies in a girl that “kissed” the dog**  
(obviously mucous of the mouth was the locus infectionis)<sup>12</sup>

Article quoted in the report of the 16<sup>th</sup> session SDA on the 11<sup>th</sup> of October 1880, num. 115.

One day (I cannot remember the date) at eleven o'clock in the morning, I was called to see a girl about twelve years of age. The child's mother was telling me that the child was feeling joyless as of that morning, that she has difficulty swallowing and that she has a headache. I found that the pulse and her temperature were completely normal. I paid special attention on the pupil and throat but I did not find any changes. The child, though looked good tempered, calm and smiled as usual, as I have seen her before and attended to her on other occasions for other reasons. I gave her some water and noted that she was having much difficulty swallowing: the child was choking and disgusted by the water and spitting it out; all the while making grimaces, in which fear can be seen. Then I try feeding her sugar water and wine, but it's just as difficult. – I immediately think about a bite of a dog with rabies, and I questioned the family sensibly, if they have any suspicions on their sides; but they reassured me that there has never been a dog in their home that could have been responsible for poisoning their child. After determining this, I do not prescribe anything, but tell the parents that I would be back in a few hours, and if I find the child in the same

---

<sup>12</sup> Serbian Archive, part I, book VIII (1881), p. 8-9.

condition, we should immediately call upon a board; at two o'clock in the afternoon I find the child's condition, indeed unchanged, I tell the parents that the illness is, without a doubt rabies and ask them to call a few more of my colleagues.

That evening, Dr Vladan Djordjevic, Dr Dokic and I saw the child. They both saw the child in the mean time, and both independently diagnosed hydrophobia. Around nine o'clock in the evening, the child began to get eclamptic\_fit, and at the mere mention of a liquid (eg. "water") it caused her to have cramps. At the same time, it became known that 14 days prior, there was a dog in the house, that the child was very fond of, that she had been "kissing" the dog, but that the dog had not bit her, nor that there were any signs of rabies on the dog but that the dog was "nevertheless killed because it bit another child in the house", and that the neighbors found some suspicious signs on the dog. The child had not even the smallest scar from the bite wound.

Along with our powerless therapy, that consisted exclusively of chloroform, for the reason of the child's inability to swallow (because we wanted to try to make the seizures easier to bare), eclampsia was taking its toll rapidly and the child dies at two o'clock after midnight, approximately 16 hours after first signs were shown.

I would like to note that the child, that same day at 4 o'clock in the afternoon, therefore 10 hours before her death, was totally calm: set on

the window, spoke very cheerfully and without any difficulty ate a bread roll.

I think that this case is interesting because of the shortness of incubation, very rapid course, lack of bite (obviously mucous of the mouth was the locus infectionis) and because the other child that had been bitten is well and healthy to this day.

## О случајевима *Meningitis cerebro-spinalis* у обдукованом случају *Meningitis foudroyant*<sup>13</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 6. састанка Српског лекарског друштва од 28. маја 1883. године под редним бројем 32.

Др. Л. К. Лазаревић напомиње, да има више случајева *Meningitis cerebro-spinalis*. Он приповеда о једном случају *Meningitis foudroyant*. Дечка једног, који је дошао здрав на конак у механу код »Ваљева« забеле на један пут глава и до сутра био је мртав. Секција је извршена у болници и нађена је ужасна инфилтрација екстравазатна у менингеама. Даље прича како нема ексквизитних 'типичних симптома менингитиде у почетку, они се покажу тек при крају. Једино пулс и пупиле што показују озбиљније обољење. Тако прича о једном случају, где се дете ни нашта није тужило, осим што је било апатично, није могло да једе и непрестано је спавало, бљувања није било. Симптоми су такви били као да се имало ту посла са гастрицизмом. Кад после три дана наступи у један пут *eclampsia* која је трајала пуних 6 сахати, *dilatatio pupillarum ad maximum*, пулс 70, одмах је наступила депресија, *myosis* и дете је умрло са једним јаким опистотонусом.

Сумирајући случајеве оздрављења и умирања он налази да је проценат морталитета необично велики.

Најзад додаје, да је у случајевима који су више иритативне природе *chloral hydrat* показао особит успех. Конвулзије бивају све слабије и краће, док најпосле са свим не изчезну. Он је то вели, посматрао са д-р Л. Стевановићем у више случајева, који су потпуно оздравили, и у опште мисли да је повољнија прогноза у случајевима који носе иритативан карактер.

<sup>13</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 82-83.

### **A case study on cerebrospinal meningitis and one case of meningitis foudroyante<sup>14</sup>**

Article quoted in the report of the 6<sup>th</sup> session SDA on the 28<sup>th</sup> of May 1883., num. 32.

Dr L. K. Lazarevic notes that there are a number of cases of cerebro-spinalis Meningitis. He talks about one case of Meningitis foudroyant. A boy that came to the lodge near Valjevo, got a sudden head ace and the next day he was dead. Autopsy was performed in the hospital and a terrible infiltration of extravagazant in meningeama was found. The doctor continues to speak about how there were no typical symptoms of meningitis in the beginning, but the symptoms showed toward the end. Only the pulse and the boy's pupils showed seriousness of the illness. He talks about one case he had, where the child did not complain, except for being apathetic, could not eat and slept constantly, there was no vomiting. Symptoms were such that it was thought that we dealing with gastricism. When, after three days eclampsia occurred and lasted for six hours, dilatation pupillarum ad maximum, and his pulse was 70, depression occurred immediately, myosis and the child died with one strong opstotonus.

Summarizing cases of patients who got better and those dying he finds that the mortality percentage is unusually high.

He then notes, in those cases that were more of irritable nature, chloral hydrat showed great success. Convulsions were becoming weaker and shorter, until at the end they disappeared all together. He observed this with Dr L. Stevanovic in a number of cases that recovered, and believes that prognosis is favorable in those cases which have an iritative character.

---

<sup>14</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 82-83.



### Случај опсецања ректума заједно са сфинктерима услед пада на тикву – хируршки успешно збринут<sup>15</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 11. састанка Српског лекарског друштва од 24. септембра 1883. године под бројем 49.

Д-р Л. К. Лазаревић прича, како је један дечко идући на воду оклизнуо се и пао на тикву, коју је са собом носио. При томе паду тиква опсече rectum, уђе у pelvis и заломи се. Ово парче од грлића, показано друштву, представља зарубљен конус, који има на бази 6,0 а на врху 3,0 сантиметра у пречнику. Висина му је пак 4,50 см. Оно је тако опсекло rectum заједно са сфинктерима, да је цео ушао у карлицу, потиснут парчетом тикве, тако високо, да се једва прстом могло дохватити. Како је грлић од тикве био својом искрзаном базом окренут доле, то је с екстракциом ишло врло тешко све доле, докле јаким кљештама није разлупана тиква, те у парчетима повађена на поље. Болесник је тек 4-га дана потражио лекарске помоћи, по што се била разгнојила цела ова шупљина у којој је комотно могла стати цела песница. Дефекације није било за последња два дана.

По што је парче тикве извађено, пелвис добро изапран и дезинфикован, свучен је Мизеовим кљештама ректум и »освежен« и нашивен на своје место. Oridinatio: Opium — Ни пре ни после операције осим локалних болова није било никакве опште реакције, ни перитонеалног дражења. — Четвртог — петог дана после нашивања болесник је отпуштен здрав.

<sup>15</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887) стр. 89-90.

### **A case about rectal resection with sphincters due to a fall on a pumpkin – surgery successfully accomplished<sup>16</sup>**

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 24<sup>th</sup> of September 1883, num. 49.

Dr L. K. Lazarević talks about a boy who slipped on water and fell onto a pumpkin, which he carried with him. The fall caused resection of the rectum, entered the pelvis and broke. This piece of the stalk, shown to the community presents sharp cone, which was six centimeters at the base and three centimeters in diameter. It's height reaching 4,50 cm. Resection of the rectum and sphincters occurred in such way that it entered the pelvis, pressed by a piece of pumpkin, so high that it could hardly be reached with a finger. Since the pumpkin stalk was faced down on its undamaged base, extraction moved along grievously, until pliers we used to break the pumpkin and therefore it was pulled out in pieces. The patient only sought medical help on the fourth day, after the whole cavity got inflamed and a fist could have been able to fit in. Defecation was absent in last the two days.

After the piece of pumpkin was removed pelvis rinsed out and disinfected, using Mize's pliers resection of the rectum was done, "refreshed" and stitched back in its place. Ordinatio: Opium – neither before nor after the operation were there any general reactions except for local pain, not even peritoneal irritation. –On the fourth-fifth day after stitching, the patient was discharged healthy.

---

<sup>16</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 89-90.

### Пункција хумидне плевритиде<sup>17</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 11. састанка Српског лекарског друштва од 24. септембра 1883. године под бројем 50.

Др. Л. К. Лазаревић реферише о својим пункцијама хумидне плевритиде. Обећавајући да ће доцније поднети опширнији извештај наводи за сад само да се *пажљивом манипулацијом може испустити од један пут много већа количина, него што се досад радило*. Тако је он без икаквих тешкоћа испустио до 3 литра од један пут. При томе је павио само на то, да течност што је могуће спорије одилази тако, да је испуштање овако великих количина трајало по 2 сахата и више. Ово се правда теоријски тиме, што се плућа спорије деплоришу, при томе је драж за кашаљ, мањи и како се крв по најлак враћа у старо своје корито, то не напушта нагло остале органе н. пр мозак, те се тиме избегава између осталог анемија мозга. — Код свију његових болесника није било ни код једног никаквих незгодних случајева. Положај је налакћен. За време пункције добра чаша вина. При дражи на кашаљ инјекција морфијума. *Грозница није ни у колико контраиндикација за пункцију*, као што се често узима. На сваки начин потребно је да је плевритида прешла први бар акуитет, те тиме наравно да и екзудат не расти бар знатно. Ефект јако задовољава. Болесници, који су се мало час давили, не престају изјављивати своју благодарност и уверавати о лакоћи дисања. — Грозница, ако је као што често бива, пратила болесника вечером, изостаје. Заостали екзудат често се брзо

<sup>17</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 90-91.

резорбише или се поновичном пункцијом удаљује. Овом приликом помиње даље референт, како је један болесник с плевром пуном ексудата од врха до дна лежао у општој болници више од по године. Покушавало се све, да се ексудат резорбише, удали дијурезом, дијафорезом и т. д. — Све без успеха. Најзад се приступило пункцији. Али прва штрцаљка Dieulafoi (55,0 грама), која је извучена, показује црвенкасту течност у којој се микроскопски констатоваше свежа крвна зрнца. Наравно да се одмах напустило даље извлачење. Међу тим после не више него 24 сахата зар од притиска ослобођени зидови резорбисали су ексудат до 3 ребра и болесник је после неколико недеља отпуштен на захтевање кући са ексудатом, који није био виши од једне шаке. —

Ма да рецидиве нису ретке, нарочито у акутним случајевима, ипак је референт одсудно за што брже удаљавање ексудата, јер прво: при горепоменутих каутелам болесници се не доводе тиме ни у какву опасност, друго: знатно се скраћује рок боловања, те се тиме треће: избегава тако често разгнојавање и туберкулисање плевритичних ексудата

Друштво је пажљиво саслушало и овај реферат, за којим је закључена седница. —

### **Puncture of pleural effusions**<sup>18</sup>

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 24<sup>th</sup> of September 1883, num. 50.

Dr L. K. Lazarevic refers to his cases of puncture of pleural effusion. Promising that he will later on provide a more detailed report, he now notes that only with careful *manipulation, a large amount of liquid can be let out at once, more than it was possible until now*. He therefore managed to let out three liters without any difficulty, at once. While doing this, he made sure to let out the liquid slowly, therefore drainage of a large amount of liquid such as this took up to two hours or more. This is in theory explained by, the slower the lungs expand, the less the cough stimulus and since the blood slowly returns to its place, the lack of blood doesn't rapidly affect the organs, for example, the brain so hypoxia is avoided. With all of his patients there were no incidents that occurred. The patient rested on his elbow. For the duration of the surgery, the patient was given a glass of wine. When cough stimulus occurred, he was given a morphine injection. *Fever is never a contraindication for puncture*, as it is usually thought to be. It is necessary in every way to make sure that pleural effusion has not passed the first stage, and that exudate is not increasing rapidly. The effect is very satisfying. The patients that were chocking, not too long age, now cannot stop announcing their gratitude and how easily they can breathe.

---

<sup>18</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 90-91.

– Fever, that usually accompanied the patient in the evening is now lacking. Any leftover exudate is usually reabsorbed quickly or it is drained with a repeated puncture. The referent takes the opportunity to mention, that one patient had pleural effusion full of exudate from top to bottom and remained in the general hospital for six months. Everything was done to try and make sure that exudate is reabsorbed, removed by doeresis, and diaphoresis etc. – All this was done without success. At last, puncture was used. But the first syringe Dieulaphoi (55,0 grams), that was pulled out, showed reddish liquid, that, when looked at under the microscope showed blood cells. Further puncture was abandoned immediately. Although, not more than 24 hours later exudate had been reabsorbed to third rib because the walls had been released from the pressure, and the patient was released from the hospital, upon his own request, with exudate measuring no more than a fist.

Although relapse is not rare, especially in acute cases, still it is of crucial importance that exudate be removed as soon as possible because firstly: in above mentioned procedures, patients are not put in any sort of danger, secondly: duration of illness is significantly shortened, thirdly: complications that were frequent are avoided, such as: bacterial and tubercular infection of pleural exudate.

**Paralysis agitans**  
(Један случај ове болести)<sup>19</sup>

PARALYSIS AGITANS

(ЈЕДАН СЛУЧАЈ ОВЕ БОЛЕСТИ)

Од д-ра Л. К. Лазаревића

Још године 1882 ја сам имао част представити Српском Лекарском Друштву у непуној седници једног болесника са мога одељења у Општој Болници. Разгледујући ових дана своје белешке са одељења, зауставио сам се ипак на томе болеснику, и одлучио се да га саопштим и даљем читалачком кругу, држећи да ће он бити интересантан од више руку. Paralysis agitans, од које је он патно, у опште је ретка бољка, а код нас, судећи бар по штампаним извештајима, до сад још и неконстатована. За тим се мој случај одликује — као готово и сваки ове неврозе — својом етијологијом, својим компликацијама, и најзад својим једва вероватним током за време бављења болесниковог у Брестовачкој Бањи.

Српским лекарима добро је познато, да ником од нас није могућно, због оскудице велике и добро уређене библиотеке, претрести сву литературу по ма каквом предмету. Те и ја не мислим поредити свога случаја са свима досад саопштеним; али ћу

<sup>19</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 186-197.

ипак, пре него што на њега пређем, овлаш изнети слику парализе *agitans*, како се обично третује у нашим књигама, па ћу после са том сликом упоредити свој случај.<sup>1)</sup>

*Paralysis agitans* је једна ексквизитно моторична невроза. Битна јој је особина прогресивно опадање јачине и тремор оних мускула, који од воље зависе. Оба ова појава иду руку под руку, и ако где што хоће један да измакне пред другим. Распознање њено је до у најновије доба било врло непоуздано.—Како видим *Parkinson*'у (1817) се приписује пријоритет, и ако се дуго после њега нарочито мултипла склероза, а и много што шта друго бркало са овом парализом. За пример нека послужи Леберт, који у своме *Handbuch der practischen Medicin* од 1871 наивно прича о молерима, који су патили од *paralysis agitans*, а при том правили прекрасне слике.

*Етијологија* лута. Овде онде задржава се на «невропатичним диспозицијама», те би тако и бољка могла по гдешто узјахати на хередитет. *Eulenburt* наводи неколико ноторичких случајева, где су силна душевна узбуђења евидентно изазвала бољку. Често је оптужен назеб, тешка обољења целог организма на пр. код тифа и траума. Понајчешће ће пак бити, да се поред свег натезања није могао наћи никакав етиолошки моменат.

Ако је страх, као најјачи душевни ефекат, повод бољци, онда ова рупа од пут и изнебуха. Иначе

1) Ради олакшице в. *Eulenburt* у *Ziemssen*'у и *Berger* у *Eulenburt*'у.



долази поистиха и понајлак. С почетка се тремор показује на махове и почиње обично с горњих екстремитета, нарочито од руке. *Бергер* по својим нотицама утврђује правило, којим би се тремор даље распростирао. По њему дакле у већини случајева почиње од десне руке, одатле прелази на десну ногу, скаче потом на леву руку и на послетку напада и леву ногу. Дрктање често остаје ограничено на једну — махом десну — страну, или је бар на њој јаче него на другој, тако да на томе може и годинама остати. Мускули трупа ретко кад оболе. *Charcot* тврди да готово увек глава остаје поштеђена од дрктања, и сматра тај факт за патогномостичну особину парализе *agitans*. А ако се где што и учини да се и глава тресе, то би по њему било пренето од дрктања удова. — Има међу тим озбиљно констатованих случајева, где је и глава дрктала (*Romberg, Westphal*), па и мускули лица (*Eulenburg*). Нарочито у таким случајевима хоће и језик исплажен да дркће, те тако дође и до дисартритичних сметња у говору.

Дрктање је ово један од најсуштаственијих симптома болетице. Оно полако отима мах, али се с друге стране може попети до правог и силног тресења, да се чак и постеља болесникова цима. Но до тог се ступња не пење увек. Где што остаје кроз цело време трајања осредње, гдешто попусти, да се опет појача, и најзад може доћи и до чистих интермисија. Док енергична воља може по гдешто да на час заустави ова дрктања, дотле се она обично појачавају сваким душевним узбуђењем и

физичким напорима. И енергичним покретом болесног екстремитета може покаткад да се за тренут обустави дрктање (на пр. декламаторски испружена рука са стиснутом песницом и т. д.) — У развијеним случајевима обично оно не престаје ни у раду ни у миру. У хоризонталном положају на леђима попушта, па хоће и са свим да престане (Eulenburg). У сну се приталожи. — На себи носи карактер извесних *координисаних* покрета, те се и тиме разликује од других дрктања. Тако се на пр. прсти руке ритмички покрећу као да упредају нешто, да дробе хлеб, окрећу писаљку и т. д. Ако и глава дркће, што, као што је горе поменуто, ређе бива, онда та дрктања узимају или латералан правац, или у напред и у натраг.

Тремор се у почетку болести лако покаже на рукопису болесниковом. Такав рукопис изгледа таласаст. Од тога дакле једва приметнога стања болест се пење до тог ступња, да се болесник већ више не може служити својим екстремитетима.

Као што је горе поменуто нераздвојна од дрктања иде пареза, нарочито екстензорних мускула. До праве парализе никад не дође, осим можда у терминалним стадијама. Правило ће бити да се тек *после* дрктања покаже пареза, али всле да и ту има изузетака. Поузданије се пак може тврдити да пареза и дрктање стоје у управној сразмери, да је дакле онај уд, који јаче дркће и слабији у снази од онога, који мање или никако не дркће. — Мускулатура гузног цревета и мокраћног мехура остају интактни. Електрично надражење мускула одржава се кроз целу бољку.

Још је патогномостичан ригидитет мускула, и држање тела које отуда резултише. Бергер мисли да само по томе може направити дијагнозу *per distance*. Нарочито пате шаке од овога ригидитета: прсти су јако савијени у метакарпофалангеалном зглавку, у осталим зглавцима или су испружени или опет у длан згрчени. Палац стоји према осталим прстима, као кад се држи перо. Услед овога ригидитета могу прсти бити тако нагрђени, да су јако слични променама, које чини *arthritis deformans*.— Глава се приближује грудима и цео труп нагнут је напред. Лактови су одмакнути од трупа, колена се приближују једно другом, прсти од ногу су згрчени или испружени, и покрети су у опште јако отежани. Без свега овога, па и без ригидитета мускула може бити, али кад је већ ту, онда је одсудно карактеристично. Ход је спор и сплетен. Такви се болесници већ тешко наклоне и да устану. Најпре полако корачају, нагнувши се напред ступају предњим делом ноге и поцупкују. Кад се већ упуте, онда једних пута не могу да се уставе, и не хотећи јуре напред погнувши се и журећи се како каже Charcot «да стигну своју тачку тежишта, која им измиче». Ово је стање названо пропулзијом. Кад се такав болесник једном опусти и замаје, онда га ваља чувати да се не повреди. Тих истих пропулзија има и натрашке (*retropulsio*) и у страну (*lateropulsio*). Charcot је имао случај, кога је само требало остраг чупнути за капут, па је одмах јурио насатице, док га не придрже и не зауставе. Debove је констатовао у једном случају

оваку сметњу и код очију при читању, назвавши је окуларном латеропулзијом.

Није чудо што су оваки болесници деприми-сани, и што болест у својим терминалним ста-дијама доноси по гдешто интелектуалну слабост. Али су иначе и интелект и чула и сенсибилитет интактни. Од субјективних осећања помињу се овде онде невралгични болови, осећање као кад поди-лазе мрави и т. д. — све то пак и много штошта друго није ни мало карактеристично ни битно. Ма да болесници погде што имају субјективно осећање ватре, температура је ипак нормална. Тај факт објашњава Charcot тиме, што се температура и иначе повишава само код «статичних» (дакле то-ничких — tetanus), а не и код «динамичких» (по-главито клоничких — chorea, paralysis agitans) гр-чевитих стања. — Пулс такође не показује ничега каракт еристичнога, тако исто и анализа мокраће. — О одношају полних функција нисам нашао ни-чога прибележенога.

Ток је болести врло спор и меже трајати више година, па и деценија. Ако што друго не интер-курише болесници умиру под знацима изнурености.

Из свега досад наведенога види се, да само комплекс симптома даје карактерну слику, и чини дијагнозу поузданом. Дрктање као кардиналан симп-том, ваља добро разликовати од дрктања, које до-лази и код других болести. Тремор сам по себи може бити и постхемиплегичан, токсичан (alcohol-icus, saturninus, mercurialis), прост, сенилан, за тим тремор код корее, атетозе и нарочито мултипле

склерозе. Код мултипле склерозе дрктање није перманентно, него наступа, или се појачава, тек при интендованим покретима, код атетозе је пак ограничено махом само на прсте од ногу и руку, и није удружено с парезом. Остали тремори дијагностишу се већ етиолошким моментима, као и другим комплексом симптома. Код њих још обично и глава дркће, а код парализе agitans је то реткост.

Све то учинило је, те је дијагноза ове бољке до скоро била непоуздана, а врло је вероватно да се само на погрешној дијагнози оснивају по неки терапевтички успеси, те их ми с тога, као и терапију у опште ђутом прелазимо. Ни патолошка анатомија није утекла од терапије, јер све што је досад поуздано констатовано, то је: да је *патолошки навод код парализе agitans чисто негативне природе*. Нарочито бркање њено са склерозом multiplex учинило је, те су у неколико случајева нађене промене, које су својствене овој бољци.

Да видимо сада мога болесника.

П. Ч. родом из Руме, абација по занату, али је у последње време радио земљу. 42 су му године, нежењен, примљен у болницу 6-ог априла 1882 године.

Б. дотле потпуно здрав пре 17 година о једној јакој врућини уђе у један лагум и ту заспи. Могао је спавати око 2 сахата. Кад се пробуди осећао се јако немоћан, и тако је дрктао *целим телом*, да се једва побачке извукао из подрума. Дрктање то било је овако исто као што је ово сада. У исто време почне замуцкивати у говору, и то тако, да се

у брзо после тога с муком могао разумети са својом околином. То дрктање није било скопчано с осећањем хладноће. Болова није имао никаквих. — Стање ово трајало је без икаквих знатних промена 2 године дана. За све то време болесник је добро јео и пио, столицу имао уредну, држао поган и мокраћу, по мраку могао ходити као и на светлости, сасвим био присебан, и није ни од чега другог боловао. После две године боловања препоручи му неко Брестовачку Бању, куда он и оде. Лекар, коме је се тамо потужио, одвраћао га је од купања, и како он вели, није му дозволио да уђе у купатило. Болесник међу тим оде кришом ноћу, скочи у воду, и у њој преноћи. Ту му се чинило као да га нешто чупка по целом телу («као пијавице»), али дрктање још у води попусти, и сутра дан је био «здрав». Тремор је са свим престао, и говор је постао са свим слободан. Он се окупа још неколико пута и врати се кући «здрав здравцит». Пуну годину дана није било никаква трага ни гласа дрктању. После тог доба пак путовао је једном доцне у јесен пуна два дана. Био је сасвим лако обучен у кабастом платну (Segeltuch) и имао је тесне ципеле. У том стегне зима и удари снег с ветром. Од умора и зиме дрши га једна јака грозница, да се једва докотура до места куда је пошао, и одмах опази да му лако дркће лева рука. Уморан одмах је заспао, али још те исте ноћи кад се пробудио види да му дркће и десна нога и врат, и да у говору замуцкује исто као и пре. Сутра дан већ је дрктао целим телом и није више могао

«јести кашиком». Од то доба 14 су година. Стање се не мења, осим што по неки пут мало разговетније и лакше говори. Чини му се да та побољшања долазе кад је хладовина, и да му је увек теже на жези и оморини. Гутати и жвакати могао је увек добро. Воду је пио на камиш, туривши га у чашу, јер иначе принету чашу устима испросина дрмајући и главом и руком. После првог оздрављења састављао је се са женским, у болести пак «није му ни до чега». Не зна да му је ма ко у породици патио од ма какве нервозне болестице. Узрок смрти родитеља није му познат. Није пио неумерено. За узрок својој бољци држи назеб.

*Status praesens* : Болесник осредње развијене, доста чврсте мускулатуре, слабога слоја масти, прљаво-жуте боје коже. Одмах пада у очи како дркће целим телом, те се у стајању лако завраћа натраг и навија напред. Ове ритмичне осцилације испрекидане су још ситнијим дрктањима вратних и леђних мускула. Само су мускули лица са свим мирни. Руке дркћу из рамена, а шака се лако и ритмички обрће у правцу лаке пронације и супинације. Прсти од руку се такође ритмички пружају и купе, само екстензија не иде никад до потпуности. Кад се болесник усили да остане миран, онда ритмички потурује палац у длан, као да би хтео пипати жуљеве по длану. Руком може стегнути од прилике као дете од 10 година (наша болница нема динамометра). Прва два три корака су трома и спора, па онда ход постаје бржи. При томе болесник лако поцупкује, стаје више унутрашњом страном сто-

пала, ноге повлачи, те зарозава тепих и лако их кречи, труп и врат укрути и лако се напред нагне. Кад му се нагло командује «стој!» сплете се, и два три пут тупне ногама у месту док се заустави. Правац у лево или у десно, као и унапред мења неспретно. Натрашке може ходити али врло малим и убрзаним корацима, и неспретно. У говору замуцкује тако, да се на консонантима прекида, док све вокале оштро изговара. На слоговима се прекида, као и код обичних нервозних муцања. Отуда је и споразумевање с њиме врло теретно, и што се он више усиљава да разговетно говори, то се све јаче сплеће. Језик исплажен стоји право и ни најмање не дркће. При интендовним покретима тремор нити одујима, нити се појачава. У седењу, стајању и ходању не мења се знатно. Међу тим кад мирно седи и не говори, само глава мрда лево и десно као при одрицању, и прсти се од руку увлаче поредом у шаку, као при добовању. Нарочито се умири до минимума кад се, сам себи остављен, замисли. Али чим га човек што запита, он као да прене, и осцилације се одмах појачају. Кад се положи на леђа, па и на страну, само ако екстремитети и врат имају на свима местима сталне подлоге, дрктање престаје. То исто бива у сну и у најлакшој хлороформнаркози. Не поводи се кад зажмури. Са затвореним очима зна како му стоје екстремитети. При убоду иглом означаје тачно место где је убоден, али не изјављује болове. Тако на пр. за 2—3 милиметра забодену шиватку држи за ујед бухе. Температуру добро разликује, као и



предмете којима се додирује (прут, прст, «нешто хладно као дугме» и т. д.). Електрична надражљивост мускула потпуно је одржана. Гутање је без икакве сметње. Коленачки рефлекс је нормалан. Кремастеррефлекса нема. Мокраћа и по количини и по каквоћи не показује ничега што би падало у очи. И мокраћу и поган држи добро. Апетит му је добар. На поље иде уредно. Температура и пуло се ни најмање не удаљују од норме. Пупиле осредње ширине, оштро реагишу. Перкусија главе је без болова и без икаквих других осећања. Притисак дуж целог кичменог стуба не изазива болове. Перкусија, аускултација торакса и осталих партија испада са свим негативно. Ма да махом лежи нигде се није разлежао. Интелект је интактан.

Ово се стање ни у чему није мењало за цело време болесниковог бављења у болници, а то је до 20-ог јуна 1882, када је на своје захтевање отпуштен, у намери да опет оде у Брестовачку Бању. Од то доба нисам могао на жалост ништа разабрати за њега.

Не подлежи никаквој сумњи да је болест типична слика парализе *agitans*, па ипак има овај случај својих страна, којима се јако одликује од свију досад саопштених случајева.

Тако је на пр. интересантно, што је без поговора назеб изазвао бољку, и што је она од пут наступила свом силом и снагом, док се иначе, изумимајући кад јој је страх повод, развија поистиха и понајлак.

Неверица је, па ипак је тешко невероваги овако озбиљном болеснику, да је се он, после 2 године трајања болести, потпуно излечио у Брестовачкој Бањи. Да су топла купатила по где што олакшавала бољу, да је бољка по где што услед гледања или спонтано, попуштала и до чистих интермисија долазила — то је већ виšekратно констатовано. Али да је бољка потпуно излечена, то тешко да ће где бити прибележено. А овај је случај, ако му се поклони веровање, био ориђиналним купатилем у Брестовачкој Бањи правце излечен, јер време од пуну годину дана не може се сматрати за интермисију, тим мање, што је другом обољењу поново претходио јак назеб. Прво обољење дакле према другоме односи се у неку руку као предиспозиција. Обојим је пак без поговора назеб узрок.

Не дотичући се других ситнијих особина овога случаја, као што је дрктање главе, муцање и т. д. дужност ми је још споменути, да је без успеха употребљиван арсеник, бромкалијум, нитрат сребра атропин и јодкалијум. Највише сам још ишчекивао од протрахованих топлих купатила, али сам се преварио у нади. Болесник је, као што рекох, отпуштен у истом стању у каквом је и дошао, и тешко да би после 14 година боловања, могла што учинити и «чудотворна» Брестовачка Бања.

Београд 1883

**PARALYSIS AGITANS**  
**(One case of this disease)<sup>20</sup>**

Back in 1882. I had the honour of presenting a patient from my department of the General Hospital, to the Serbian Medical Society. Looking through some notes from my department, I stopped on this patients case, and decided to share it with a wider auditorium, thinking that he might be interesting in several ways. Paralysis agitans, from which he had suffered, is a rare disease and, judging by some printed reports, has never been ascertained yet. This case is characterized, as almost any other case of this type of nervousness, by its etiology, its complications, and finally by its hardly likely process through the time of patients stay in Brestovacka Banja.

It is well known to Serbian doctors, that it is impossible to all of us, with the lack of a large and well arranged library, to go through this type of literature by any case. So, I shall not compare this case with any other presented so far, but I will, before I start, just barely go through the case of Paralysis agitans, to say how it is usually treated in our books, and then I'm going to compare it with this case of mine.

Paralysis agitans is an exquisite motoric nervousness. Its important attribute is a progressive loss of strength and muscle tremors. Both of these two symptoms almost always appear together. Recognition of Paralysis agitans, until recently, has been very unreliable. As I can see,

---

<sup>20</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 186-197.

its discovery has been attributed to Parkinson (1817), although, long after him, multiple sclerosis, as well as many other conditions, have often been confused with this type of paralysis. For example, take Lebert, who had naively written, in his "Handbuch der practischen Medicin" 1871, about a few house-painters, who have suffered from Paralysis agitans, but could still create brilliant paintings.

Etiology rambles. Here and there it detains on "neuropathical dispositions", and could seem hereditary. Eulenburg cites several motoric cases in which a lot of mental excitements have caused the disease. Often, catching a cold and severe disease of a whole body such as typhoid and trauma, have been blamed to be the cause of disease. Despite all efforts, they just couldn't find any etiological particularity.

If the fear, as the strongest mental effect, is the cause for a disease, than it happens suddenly. Otherwise it happens slowly and quietly. At the beginning, trembling is shown in bursts and usually start from the upper extremity, especially from the hand. Following his notes, Berger sets a rule of how the trembling would be distributed further. According to him, usually it first attacks the right hand, then goes to the right leg, then jumps to the left hand, and finally it attacks the left leg. The trembling usually remains limited on one, mostly the right side, or at least is more intense than on the other, and could stay like that for years to come. Muscles of the body rarely become ill. Charcot claims that the head is almost always spared of tremors, and considers that that effect is

pathognomonic feature of Paralysis agitans. According to him, if in some case it so happens that the head is trembling, that is transferred from the trembling extremities. However, there are some cases of the head trembling (Romberg, Westphal), as well as the face muscles (Eulenburg). Especially in those cases, when stuck out, the tongue is trembling, and causes dysarthric speech impediment.

Trembling is one of the most basic symptoms of the disease. It progresses slowly, but can turn into real and strong tremors which can make the bed tremble as well. But, it does not always come to that point. Sometimes it stays at medium intensity all the time and sometimes it decreases then increases again. While energetic will can sometimes put to stop to these tremors, on the other hand, these tremors can usually increase by every mental excitement and physical effort. Sometimes, trembling can be stopped for a moment, with a vigorous move of the extremities (e.g. highly extended arm with clenched fist etc.). Usually, in advanced stages of the disease, the trembling will not stop, either in active or calm state. In a horizontal position, flat on the back, it can ease up, and even completely stop (Eulenburg). It decreases when the patient is dreaming. It differs from other types of tremors by its characteristic coordinated movements. For example the fingers are moving in a rhythmical movement, similar to twisting something, squeezing bread, spinning a pencil etc. If head is trembling too, which is, as it was

previously mentioned, rare then those tremors are of either lateral, or forward and backward direction.

At start, tremor can be easily spotted by the patient's handwriting. This kind of handwriting looks wavy. From that hardly noticeable condition, the disease advances to the stage when a patient can no longer move his extremities.

As was previously said, tremor goes along with paresis, especially that of the extensor muscles. It never comes to total paralysis, except maybe in terminal phases. Almost as a rule, paresis always comes after the tremor, but it is said that there are some exceptions too. It can be claimed, more reliably, that paresis and tremor are in direct proportion, so the extremity that trembles more, is stronger than the other that trembles less, or does not tremble at all. The anus muscle and the bladder stay intact. The electrical muscle stimulation is maintained throughout the disease.

The muscle rigidity is pathognomonic and, as a result of that, comes the body posture. Berger thinks that he can, only by that, make a diagnosis "per distance". Hand are particularly affected by this rigidity: fingers are very contorted in a metacarpophalangeal knuckle, while stretched out in other knuckles, or contorted in a fist. The thumb is close to other fingers, similar to holding a pen. By this rigidity, fingers can be so deformed, very similar to changes that arthritis deformans causes. Head is coming closer to the chest, and the whole body is bending

forward. The elbows are away from the body, the knees are coming closer to one another, the toes are contorted or stretched out, and all the movements are very difficult. It can start without all these symptoms, even without the muscle rigidity, but when it is already there, then it is crucially characteristic. The walk is slow and clumsy. These kind of patients are barely in the mood for getting up from bed. At first they walk slowly, with the body bended forward, stepping with the front of the foot and bouncing. When they start walking, they usually can not straighten their back, so they keep running forward, or as Charcot said, "hurrying to catch up their centre of gravity, which always escapes them". This condition is called propulsion. Once this kind of patient is relaxed and on the way, he should be closely watched, because of possible injuries. There are also backward (retropulsion), and sideways (lateropulsion) propulsions. Charcot had a patient, who just needed be pulled from the back, as he would keep running backwards until someone caught and stopped him. Debove has noticed in one of his cases this kind of symptom in the eyes while reading, calling it an ocular lateropulsion.

No wonder these patients are depressed, and that disease sometimes can, in its terminal stages, cause an intellectual weakness. Otherwise, intellect, senses and sensibility are intact. Subjective feelings are mentioned here as neuralgic pains, feeling like having ants under the skin, etc. All of that, as well as many other things, are not characteristic

or relevant. No matter if the patients have a subjective feeling of fire, the temperature is still normal. Charcot explains this fact, because the temperature always increases in “static” (i.e. tonic - tetanus), and not in "dynamic" (mainly clonic - chorea, paralysis agitans) convulsive conditions. The pulse shows nothing characteristic, nor does the urine analysis. I didn't find any record about sexual functions that relates to this condition.

Progression of a disease is very slow and it can last for years, even decades. If nothing else interferes, patients might die under due to exhaustion.

Out of everything that has been previously said, it can be concluded, that only the complex of symptoms provides a characteristic image, and makes the diagnosis reliable. Tremor as a cardinal symptom, must be carefully separated from the tremor that can be observed in some other diseases. Tremor itself can be posthemiplegic, toxic (alcoholicus, saturninus, mercurialis), simple, senile, tremor at chorea, atetosis, and especially multiple sclerosis. Tremor in multiple sclerosis is not permanent, but starts, or increases from intended movement only, while at atetosis, it is limited mostly to fingers and toes, and is not related to the paresis. Other tremors can be diagnosed with etiological features, as well as with some other complex of symptoms. In this case, usually the head is trembling as well, but it is rare with paralysis agitans.



All this has made the diagnosis of this disease very unreliable, and it is most likely that there are cases that have been based on a wrong diagnosis, but were still concluded with success, so we usually pass by them silently. Not even pathological anatomy has escaped the therapy, because everything that has been ascertained until now is: that the pathological finding in paralysis agitans is strictly negative in nature. Mistaking it for sclerosis multiplex especially, resulted in finding typical symptoms of this disease, in several other cases.

Now let's pay attention to my patient.

P.C. born in Ruma, a tailor by trade, but has been working as a farmer lately. He is 42 years old, not married, checked into a hospital on April 6, 1882.

He was healthy up until 17 years ago, when he went down to some basement where he fell asleep, while it was very hot outside. He might have slept for about two hours. When he woke up, he was trembling all over, so he barely managed to leave the basement. The trembling was the same as it is now. At the same time he started to stutter, and pretty soon, he started having problems communicating with his environment. The trembling had nothing to do with feeling cold. He felt no pain at all. This condition lasted for two years, without any significant changes. All this time the patient has been eating and drinking properly, has regular stools, urinates regularly, he can walk in dark as well as in daylight, he is completely aware, and does not suffer from any other disease. Two years

later, someone recommended him the Brestovacka Banja, where he went soon after. His doctor there did not recommend bathing, and as he said, did not let him in the bathroom. The patient, however, went in there in the night, jumped in the water, and stayed there through the night. In there, he seemed to feel as if something were pinching him all over the body (like the leeches), but the trembling diminished in the water, and he was "healthy" in the morning. The tremor was completely gone, and the speech became normal again. He bathed a couple of more times and returned home "completely healthy". Through the whole year there were no signs of tremor. But after that, in autumn, he travelled for two whole days. He was lightly dressed, wearing a bulky cloth (Segeltuch), and very tight shoes. Then suddenly, it started to snow, with a strong wind. He caught a fever due to tiredness and cold, so he could barely make it to the place he was planning to go, and immediately noticed that his left arm was trembling. He was tired and fell asleep, but at some point during that night, he woke up and noticed that his right leg was trembling too, as was his neck, and that he started to stutter, same as before. The next day, his whole body was trembling, and he could no longer "eat with a spoon". That was 14 years ago. The patient's condition is not changing, except he sometimes speaks a little more clearly and is easier to understand. It seems to him that improvements come with colder weather, and that it is always more difficult for him during heat and humidity. He could always chew and swallow well. He drank the water

with a straw by putting it into a glass, otherwise he would spill it with trembling hands and head. After the first healing, he was seeing some women, but when he was ill, he did not feel like it. He does not know of any cases of a disease like this in his family and does not know the cause of death of his parents. He consumes alcohol in normal amounts. He claims that the disease originated from catching a cold.

Status praesens: The patient is of a middle height, with rather sturdy stature, with a low layer of fat, and dirty yellow skin colour. Trembling of the whole body and continuously bending forward and backward is immediately evident. These rhythmical tremors are interrupted with minor tremors of the neck and back muscles. Only the face muscles are totally calm. The arms are trembling from the shoulders, and the hand is easily turning in pronation and supination directions. The fingers can easily be extended and contorted, however the extension never goes to the fullest. When the patient intends to stay calm, he rhythmically puts his thumb into his palm, as if trying to touch calluses on his palm. His hand squeeze is approximately like that of a child aged 10 (our hospital does not have the dynamometer). The first two or three steps are heavy and slow, but then the pace becomes quicker. During walking, the patient lightly hops, steps mostly with the internal side of his feet, drags the feet, so he wrinkles the carpet, with stiff body and neck, and lightly bending forward. On loud command to stop, he flinches, and thumps on the ground two or three times, then stops. He clumsily changes direction

to left and right, and forward as well. He can walk backwards, but with very short and fast steps, also very clumsily. While talking, he stutters, and interrupts on consonants, while vocals are pronounced strongly. He interrupts on syllables, like with usual nervous stutters. Therefore, talking to him is very challenging, because the harder he tries to speak normally, the more he stutters. The tongue, while extended, stays still with no trembling at all. With the intended movements, tremor does not decrease or increase. It stays almost the same while sitting, standing, or walking. However, when he is sitting calmly, and not talking, only the head is moving left and right, as if saying "no", and the fingers are folded into the palm, like with beating of drums. Usually, he calms down almost completely when he is left with his own thoughts. But as soon as someone asks him something, he becomes aware of that and the trembling increases immediately. While lying on the floor on his back, or on the side, the trembling stops only if the extremities and neck are in constant contact with the floor. The same thing happens while dreaming, and in the case of chloroform narcosis. He does not stumble when he closes his eyes. With his eyes closed, he knows the position of his extremities. When poked with a needle, he can show the exact spot where he was poked, but does not feel the pain. That way, for example a poke 2\*3 millimetres deep, to him feels like a flea bite. He can differentiate the temperature levels as well as the object he touches (a stick, a finger, something cold as a button, etc.). Electrical stimulation of

the muscles is complete. Swallowing is fine. The knee reflex is normal. There is no cremaster reflex. Urine is normal both by quantity and by composition. Urine and faeces are both normal. His appetite is fine. Stools are regular. Temperature and pulse are both within normal ranges. The pupils of a middle width and respond strongly to light. The percussion of the head is without pain, and any other symptoms. The pressure along the whole spine does not cause any pain. The percussion, the thorax and other body parts auscultation seem to be negative. Although he is mostly in bed, he seems to be well. The intellect is intact. The condition of the patient has never been changed during his stay at the hospital, until June 20, 1882., when he demanded to be released, so he could go back to Brestovacka banja. Unfortunately, since that time I heard no more of him.

You shouldn't have any doubt that this disease is a typical case of paralysis agitans, but this case still has some features that are very different from all previously mentioned.

For example, it is very interesting that the disease is, without any doubt, caused by catching a cold, and that it has progressed to its strongest form along the way, while, except in a case when it is caused by fear, it usually starts slowly and easily.

It sounds incredible, yet also it is hard not to believe the patient as ill as this one, that he was after two years of illness, completely cured in Brestovacka banja. It has been previously determined that the warm

bathrooms have sometimes decreased the tremor, and that the disease has, spontaneously or due to a treatment, occasionally decreased or came to intermission. But, to have somewhere noted that the disease has been totally cured, that is hardly likely. However, the disease in this case, if the patient can be trusted, has been completely cured in Brestovacka banja, because a period of one whole year can not be treated as an intermission, especially since the second attack was also caused by a severe cold. The first illness could to some extent be treated as a predisposition to the second one. Both times, without a doubt, the disease was caused by a cold.

Without mentioning some other small specifics of this case, like the head trembling, stuttering etc, it is my duty to say, that I treated the patient, without success, with arsenic, potassium bromide, silver nitrate, atropine and iodine potassium. I expected the most from warm bathrooms, but my hopes were futile. The patient was, as I previously said, released from hospital in the same condition as upon admittance, and it is hardly likely that, even "the miracle" of Brestovacka banja, could do much after 14 years of illness.

Belgrade 1883.

**Периодична**  
**NEURALGIA SUPRAORBITALIS**<sup>21</sup>

Писмени реферат прочитан на 3. састанку Српског лекарског друштва од 10. марта 1884. године.

ПЕРИОДИЧНА

NEURALGIA SUPRAORBITALIS.

*(један случај, написан у нападу).*

Др. Л. К. ЛАЗАРЕВИЋ.

—  
Случај, о коме ће овде бити реч, мислим да је интересантан од више руку: 1\*) по типу, 2\*) по интензитету, 3\*) по екстензитету, 4\*) по дуготрајности и упорности, и 5\*) по попуштању под константном електричном струјом.

Ево га:

М. В. тежак из баничине окр. смедеревског, 40 му је година. Ступио у општу болницу 18-ог маја, а отпуштен 28-ог истог.

Болесник, дотле сасвим здрав, од две и по године добија на махове ужасно јаке болове у левој половини главе. С почетка је то долазило уредно сваког двадесетог дана, и држало по 12 сахати, тада је неколико пута бивало о обема странама: севало је из слепих очију, па онда ударало у чело „исто као кад би човек секиром

---

<sup>21</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 1-6.

исповртио“, а испод коже је нешто милило и ваљало се „као нека зрица“, што и данас после нападâ долази. После једне године почне долазити сваког петнаестог дана, и само с леве стране. Означавајући болно место болесник заклопи шаком лево око, те притисне уз њега још јагодицу, и оде на више у косу за један прст. За пола године је наступало све тако петнаестог дана, а после почне узимати *tupus anteronens*, те за последње пола године долази сваког десетог дана, само ће по гдешто уграбити и по један дан пре. Тада не зна од бола шта чини. Лево му око, вели, отекне и искочи „рекао бих испаде“, а бљување га свега скида. Ватре нема, него га полива хладан, самртна зној. Интензиван бол увек је праћен бљувањем и поревањем, које попушта тек после 10–12 сати, па онда остаје још за 12 сати бол у мањем размеру. Дуго после таквих напада је „као да га је неко у ступи туцао“; испод коже, на дотичном месту као да му нешто мили. Лево око остаје затекло и неколико дана после напада. — Консултовао је више лекара. Употребљавао је систематски бромкалијум и Фаулерову арсеникалну солуцију, која као да је једном задржала напад на дуже време (од прилике за један месец дана), али бољка после тога рока поче поново у истој снази наступати. Даље је узимао *chininum cum ferro*, и пио



иначе много лекова, о којима не може дати рачуна – све без успеха! Напоследку је лежао у пожаревачкој болници 40 дана, и зу му је штрцана под кожу „нека љута течност, која га обори, те је у неком мамурном стању“. Ту је бивао и електрисан, али индуктивном струјом. – И то и све друго без успеха!

Последњу напад имао је 12-ог ов. мес. Почео је у 7-хрт. па држао 24-х.

Б. није у стању навести ништа што би се по његовом рачуну могло узети за узрок бољци. Није патион од наступне грознице; одсудно одриче инфекцију сифилидом; по фамилији здрав.

Стат. прас. Б. осредње конституције, приличне мускулатуре, осредњег слоја масти, озбиљног, забринутог изгледа. На левим трепавицама лак едем и услед тога птоза, али *и лева назолабијална бора је лако изравњена те је и звиждање у пуној мери немогућно*. Језик исплажен стоји непомично и не деривише ни на једну страну. Пупиле подједнаке, осредње раширене, реагишу на светлост. Осетљивост и покретљивост целе снаге интактна, тако и интелект. Кичмени стуб се понаша негативно на притисак и остале познате маневре. перкусија и палпација лобање не изазива никаквог бола, нити пак другог каквог абнормалног осећања. Притисак

пак на леви нерв supraorbitalis је непријатан, а болесник се при том изражава са „ту, ту“ и „то је то место!“ – Столица и микција уредна, апетит добар, пулс нормалан, тако и температура. Перкусија и аускутација негативна. Слезина незнатно увећана.

Према договору са колегама на консилијуму (пре болесникова уласка у болницу) ја сам био спремио 1,50 кинина у 20,0 tinct. eucalypti glob. да му дам на један пут на једно 4–5 сати пре напада. По рачуну болесниковом ми смо се spremали на отпор тек 22-ог маја око 7- hpm. Али, што је ретко бивало, већ 20-ог у 2- hpm. дође напад у истој сили и снази као и пређашњи. У 4- hpm, кад сам отишао у болницу, застао сам болесника пресуканог, бљује још последње остатке јела, око му се лево зацрвенило, трепавица је лако едематозна, не да се *прихватити* на место, где нерв supraorbitalis промиче, и пење се на више. Притисак на infraorbitalis једва да је и у колико с болом скопчан. као што рекох Б. повраћа и порева, хукће и већ не зна од бола шта чини од себе. Главу је преко чела убрусом тако чврсто стегао, да је у наоколо, пошто сам убрус скинуо, остало дубоко улубљење.

Жалећи што нас је напад у времену тако бестидно обмануо, смишљао сам на natrum salicylicum, coffeinum,

paulinia, terebinthina, veratrin и шта ти ја још знам, а поврх свега чинило ми се да је и константна струја посаве индикована. Нисам се преварио! Једва доведши болесника до собе, у којој је константан апарат, држећи га испод мишака, с легеном пред устима, апликовао сам му слабу константну струју, с анодом иза врата, а катодом поврх места где излази нерв supraorbitalis. Не верујем да је прошао један минут, кад се болесник сасвим зачуђено поче обзирати, питајући се „шта то би?“ Бол је сместа престао, и болесник је тражио огледало да види „је ли спласнуло око?“, јер је он мислио да је оно грдно затекло. Одмах сам удаљио електроде, хтевши се уверити да ли је бол заиста сасвим попустио, што је у ствари и било. Потом сам пустио струју још 5 минута и, искрено говорећи, просто од страха да се напад не би ненако повратио, наредио сам да се струја под ноћ још једном апликује, такође само за 5 минута. Напад је био тотално пресечен, и није више ни исподмукла долазио. Б. тврди да се никад досад није тако лако осећао, ни сутра дан по нападу, а камо ли после неколико минута“ Овај пак напад држи да се ни у чем не разликује од досадањих и рачунао је да неће попустити пре 24 сата; нити је пак досад попуштао, па баш ни онда’ кад му је под кожу уштрцавано „оно љуто, што га обара“. – Струја

је међутим апликована за време целог његовог бављења у болници сваки дан два пут по пет минута, на истом месту и у истој јачини (како на нашем апарату нема другог мерила за јачину струје, то сам се ја задовољавао најмањим бројем елемената (10–15 Simens-Halskovih,, одавна напуњених) које Б. тек-теј осећа а поглавито при прекиду којих види светлац).

Б. је поред свег мог наваљивања морао отићи 28-ог маја, дакле пре рока другог напада; и тако на жалост нисам у стању казати, како је даље текла бољка? Понео је собом нешто лекова (између осталог нарочито кинина с евкалиптом) да их узима нешто редовно, а поштену дозу кинина с евкалиптом на 4 сата пред напад по рачуну. Да ли је он пак дошао или не – не знам“ Доста да неспорно стоји: да је овако јак напад, који досад ни пред чим није устукнуо, доиста „као руком“ однеен апликацијом слабе константне струје.

И тако:

1.) Neuralgia nervi supraorbitalis ето како упорне природе може бити. Интервале су са свим слободне. Напади пак тако жестоки, како их ја не само нисам видео, него никад ни чуо, ни где читао. При томе су напади праћени горе описаним едемом и осталим компликацијама, а поглавито и поврх свега се знатном

тежином презентује оно лако изравњење назолабијалне боре, те се тим више мора жалити за прераним одласком болесника из болнице, што је тим одузета могућност даљег ексаминовања, те можда и потпунијег објашњења.

2.) Опште је познато да константна струја код невралгија често чини услуге јаче него икоје друго средство. Колегама, који се служе константном струјом, познато је, да често најжешћи лумбаго попусти за неколико минута под апликацијом ове струје, док је пре тога упорно пркосио свима нервинима и осталим средствима. Па онда и нека је дозвољено овом приликом зажалити, што (по моме личном уверењу) многи лекари и то врло често бркају ове две струје (константну и индуктивну), које су, нарочито у извесним случајевима, од сасвим супротног дејства.

**PERIODICAL NEURALGIA SUPRAORBITALIS<sup>22</sup>**

Article quoted in the report of the 3<sup>rd</sup> session SDA on the 10<sup>th</sup> of March 1884.

The case we shall discuss is interesting for several reasons: 1) for its type 2) for its intensity 3) for its extensiveness 4) for its longevity and persistence and 5) for its final yielding to the application of the constant current.

Here it is:

The subject is a forty year old farmer M.V. from Banična, Smederevo district. He was admitted to the general hospital on May 18 and released on May 28.

The patient, who had been of perfect health until that point, started having extremely painful seizures in the left side of his head and was having them over the period of two and a half years. In the beginning, the seizures occurred in the intervals of twenty days and would last for as much as twelve hours. During that period, the seizures occurred in both sides of his head: the patient would experience great pain around his temples which spread across the forehead as if “someone had hit him with an axe” leaving him with a sensation of something creeping and crawling, “convulsing” beneath his skin, all of which happened after the seizure even on this day. After one year, the seizures started occurring at the intervals of fifteen days and were present in the left side only. The patient would cover the painful spot with his hand, then press the palm against it and move it a bit up towards his hair. Over the period of half a

---

<sup>22</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 1-6.

year the seizures would come in fifteen day intervals and were thus slowly transformed into *typus anteponens* so they started occurring every tenth day, sometimes even a day or so earlier. It is during those moments that he would experience excruciating pain. His left eye, as he himself says, would get swollen and bulge out, “even seemed to fall out” and vomiting would become unbearable. Fever was absent, but instead he got chills and cold sweats. The intensive pain was always followed by vomiting which subdued only after 10 to 12 hours but the pain still remained present for the next 12 hours only with a smaller intensity. Long after those seizures, he felt as if something was crawling under his skin in that area. The left eye would stay swollen over the next few days. – He had sought advice from many practitioners. He had been using potassium bromide and arsenic solution and the latter seemed to have kept the pain away for some time (about a month) but the seizures started again and with the same intensity. After that, he started using chininum cum ferro and drank various other medications the names of which he couldn't recall – all of those medications had no effect whatsoever. Eventually, he was admitted to a hospital in Požarevac and stayed there for 40 days where he had been receiving injections that resembled “some prickling fluid, which made him light-headed and drowsy.” It is in that hospital that he had been put through the current therapy for the first time, only this therapy included strictly inductive current. All of these methods had no effect!

He had the last seizure on May 12. It started at 7 p.m. and lasted for 24 hours.

B. is not able to say anything that would account for the illness. He had never suffered from intermittent fever; claims that he had never been infected by syphilis and that there are no illnesses in the family history.

Status praesens: B. has an average physical stature, strong muscular complexion, body fats are average, his appearance solemn and worried. Above the eyelashes of his left eye he has a slight oedema and a developed ptosis but his left nasolabial fold is likewise slightly flattened disabling him to whistle to the full extent. His tongue stands out motionless and does not incline to either side. Both pupils are even, equal in size and respond to light. Responsiveness and motor skills are impeccable and so are his mental abilities. His spine reacts unfavourably to pressure and other common manoeuvres. Percussion and palpation cause no pain or any other abnormal sensations. However, the pressure applied to the left nerve supraorbitalis causes pain and during those moments, the patient exclaims “there, there” and “that is the spot” – Stools and miction are normal, appetite is good, pulse is normal and so is his body temperature. Percussion and auscultation are negative. His spleen is slightly enlarged.

After consulting my colleagues (before the patient was admitted to the hospital) I prepared 1.5 quinine dissolved in 20.0 tinct. eucalypti glob. for him to take at 4-5 hours before the seizure takes place. According to the patient’s record concerning the expectancy of the



seizures, we expected the seizure to happen not before May 22 at about 7 p.m. However, as early as May 20 at 2p.m. the seizure reoccurred with the same intensity and ferociousness as the previous ones. At 4 p.m., when I came to the hospital, and found the patient in great pain, vomiting the remains of his last meal, his left eye red, with a slight oedema above his lashes and he wouldn't let anyone touch him near the spot where the nerve supraorbitalis was located. As I said before, B. would vomit, pant, his body writhing in pain. He had fastened a cloth around his head so hard that, after I had taken it off, it left deep marks.

Regretting now that we were thus deceived by that unexpected seizure, it crossed my mind that I should prescribe him natrium salicylicum, coffeinum, paulinia, terebinthina and above all, it seemed only logical that we should introduce constant current into the therapy. I wasn't mistaken! As I barely managed to bring the patient to the room where we kept the constant current machine, I held him under the armpits, put the emesis basin before his mouth, placed the anode behind his neck, the cathode above the spot where the nerve supraorbitalis was and applied the current. It was hardly a minute when the patient started looking quizzically about the room asking what had just happened. The pain disappeared all of a sudden and the patient asked for a mirror so that he could check "that the eye was no longer protruding" because he thought it was heavily swollen. I removed the electrodes immediately as I wanted to be certain that the pain had gone completely which was indeed so. I applied the current for 5 minutes after that, and to be honest,

with a certain amount of fear that the seizure might reappear, I ordered that he be subjected to another application during the night and for 5 minutes only. The seizures were completely eliminated and so was their abrupt occurrence. B. claims that he had never felt that relieved, not even after a day after the seizure, let alone after 5 minutes! However, this seizure seemed to bear no difference compared to the ones before it and he thought it wouldn't cease for the next 24 hours; it has proved to be the case so far, even when he was given that "prickling fluid that made him drowsy". The electrical current was being applied twice a day for the entire duration of his stay at the hospital and each time the current was applied on the same spot and with the same intensity for 5 minutes only. As our device has no measurement scale, I opted for the lowest number of elements; charged at 10-15 Siemens-Halske units a long time ago and B. experienced only mild vibrations which blurred his vision with slight flares after the application.

B. had to leave the hospital on March 28 despite my best efforts to talk him out of it, which is before the second seizure was due to happen; therefore, unfortunately, I can not say anything about the further progression of the illness. He took several medications with him which he was ought to take regularly and among others, took great amounts of quinine with eucalyptus which he was ought to take in abundance 4 hours before the seizure, depending on his own estimate of when it might befall him. Whether the seizure occurred or not, I do not know. One thing is undisputable though and that is that this powerful seizure, which

has so far proved to be impervious to every remedy, was truly cured by the application of electrical current.

Therefore:

1. Evidently, neuralgia nervi supraorbitalis can be very persistent. Intervals are downright unpredictable. On the other hand, the seizures are very severe, and I haven't seen, heard of or read about anything like it. In addition to that, the seizures are followed by the oedema and other complications, as mentioned above, but chiefly and most importantly, the slightly flattened nasolabial fold presented us with a curious problem, which is the reason why I regret the patient's premature release from the hospital because it deprived us of further examinations and perhaps, of the complete grasp of what had happened.

It is generally acknowledged that electricity has an effect on neuralgia greater than any other medical means. My colleagues, who have applied constant current on their patients, are well acquainted with the fact that even the most severe lumbago lessens in several minutes after the application of such current whereas it proved to be resistant to all other medications. Hence, I may freely say that it is a pity that (in my personal opinion) many doctors frequently make no difference between a constant and an inductive current which, in some cases in particular, have unmistakably opposite effects.

**Пункција торакса код једног плевритичног екзудата<sup>23</sup>**

Др Попс и Др Лаза К. Лазаревић

Писмени реферат цитиран у Записнику 6. састанка Српског лекарског друштва од 5. маја 1884. године под бројем 36.

**Бр. 36.**

За овим Д-р Попс поднесе свој писмени реферат о пункцији торакса код једног плевритичног екзудата о коме је на V-ом редовном састанку реферисао да је извршио са Д-р Л. К. Лазаревићем и који гласи од речи до речи овако:

28. Фебруара ове године јавио ми се болесник С. А. тежак из Сланаца, округа београдског у 21-ој години, жењен, средњег раста, сувоњав, анемичан и тужио се да је пре 6 недеља услед назеба добио јаку грозницу и од тог доба почео суво кашљати. Пробадало га је с десне стране груди и тешко му је дисање, 2 пута је већ код лекара тражио помоћи, но без успеха; на против у последње време добије јако загушивање и несвест.

При прегледу нашло се да му је десна половина грудног коша више испупчена и иста страна при дисању се не миче. Јетра је на ниже потиснута, тако

<sup>23</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 86-88.

исто и срце више на лево. Перкусија и аускултација показују знаке, да је плевритични ексудат напунио од дна до врха десну половину грудног коша и да је десна плућа натраг и навише стиснута и чуло се у горњем крају амфорично дисање, а у левом плућу дисање је јако убрзано и површно. Пулс је доста убрзан, 108 у минути. Температура изјутра  $37^{\circ}$ — $38^{\circ}$  а увече  $40^{\circ}$ . Ординација: лаки Jnf. Fol. Digitalis а казао сам болеснику и фамилији његовој, да је једна нада за оздрављење, кад био дао да му се испразни накупљена течност из грудног коша. На ту целъ предложио сам да дозову у конзилијум Д-ра Л. К. Лазаревића.

Другог дана при конзилијуму предузели смо одма огледну (опитну) пункцију са правацовом штрцаљком и пошто смо се уверили, да је ексудат лепо чист жућкаст, то смо се одлучили, да сутра дан предузмемо праву пункцију са аспиратором од Дијалефоа. Спремили смо пре операције мало доброг вина за поткрепљење — морфијум на супкутану инјекцију за случај да наступи пароксизам јаког кашљања и парче фластера.

И тако смо нас двојица с именовим аспиратором, намештеним средством обичног троакара између 6. и 7-ог ребра у аксиларној линији, извукли лагано око 2000 грама жућкасте течности, без икаквих алармантних симптома. Од велике ће важности бити да напоменем, да је притисак у плевралној кеси био негативан, јер кад је завучен троакар и стилет извађен повукао је торакс ваздух у се. Одмах смо за то похитали, да троакар вежемо са аспиратором, да би течност, која је само на тај начин могла из торакса изаћи, аспиришали. После операције болесник се осетио одмах лакше. Перкусијом констатовало се, да је ексудат само још до половине плећке, а међу тим у горњим партијама је перкусиони тон имао одсудан тимпанитичан карактер. Температура била је исте вечери после пункције 37<sup>0</sup> као у јутру, тако исто и пулс је пао на 90.

Другог дана после пункције течност је до доњег угла десне плећке, где се јасно чуло трење. Но сељак видећи да му је лакше и немајући стрпљења да остане још неки дан, док се види, да ли се течност са свим резорбисала – навалио је да иде кући и понео је

прашкове са хинином и гвожђем, обећавајући да ће кроз неколико дана доћи на преглед. И зајиста после 10 дана кад сам га опет видео, он се био почео поправљати, а од ексудата ни трага више. —

То је доказ да се сада код усавршених инструмената може најпре огледном пункцијом уверити о правом стању, па после аспиратором готово без икакве опасности брзо и просто удаљити екзудат. Па ако се пункцијом сва течност и неиспусти, често се догађа, да престанком јаког притиска остала течност лакше се резорбише, као што је била у овом случају.

**Puncture of thorax in one patient  
with pleural exudates<sup>24</sup>**

Dr Pops and Dr L. K. Lazarević

After that dr Pops gives his written report about puncture of thorax in one patient with pleural exudates and he referred about this on fifth regular meeting that he executed with dr L. K. Lazarević, and here is the report:

On the 28<sup>th</sup> February this year patient S. A. came to me. He was a laborer from village Slanci, county of Belgrade. He was 21 year old man, married, medium growth, slim and anemic. The patient complained that he had got strong fever 6 weeks ago and from that time he started with dry coughing. It pierces him left side of thorax and it was hard to breath. Two times he visited a doctor looking for help, but without any success; on contrary he got strong choking and he lost consciousness on few occasions.

During examination it was found that his right half of thorax is more convex and the same half is immobile during breathing. Liver was pushed down and heart was moved to the left. Percussion and auscultation showed signs that pleuritic exudate filled the whole right half of thorax and that right lung was pushed back and moved up, and his breathing was short and shallow. Pulse was accelerated – 108/min.

---

<sup>24</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 86-88.



Temperature was between 37° and 38° in the morning and 40° in the evening. He was given Digitalis in infusion and the patient and his family were told that the only hope for his recovery was to remove accumulated liquid from thorax. For that goal I suggested to call Dr L. K. Lazarević.

On the second day following the medical board meeting , we have taken trial puncture with needle and after we made sure that exudate is clear yellowish, on the left, we decided to attempt real puncture tomorrow, with aspirator Dielafoa. We took some good wine for corroboration and morphine for subcutaneous injection and a piece of plaster in the case of bleeding. So, two of us equipped with aspirator and ordinary trocar, aspirated easily, without any alarming symptoms, about 2000 grams of yellowish liquid between 6<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> ribs in axillary line. It is very important to underline that pressure in the pleural cavity was negative, because when the trocar was extracted and stilet taken out, torax pulled the air inside. We immediately extracted trocar with aspirator because that was the only way to pull out liquid from thorax. Right after the operation the patient felt better. By percussion it was ascertained that exudates level was until the half of the shoulder blade and in the upper part percussion sound had tympanic characteristic. Temperature was 37° C the same night after puncture and the following morning, the pulse was lowered to 90.

On the second day after the puncture level of fluid was till lower part of shoulder blade, where it was heard friction. The patient feeling better was inpatient to stay a few days more while it would be clear weather liquid was completely reabsorbed. He insisted to go home, taking with him powdered quinine and iron. He promised to come for review in a few days time. Ten days later, when I reviewed him, his condition was improved and he had no exudate.

That is the proof that now with improved equipment is possible to ascertain patient real condition with trial puncture and after that with aspirator to remove exudate without any danger, fast and easy. Even in the case that some exudate remain after the puncture, often happens that with cessation of strong pressure the remaining fluid is easier reabsorbed as it was in this case.

**Дејство Антипирина код пневмоникера<sup>25</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 7. састанка Српског лекарског друштва од 25. маја 1885. године под бројем 38.

**Бр. 38.**

Д-р Л. К. Лазаревић реферише о дејству антипирина код плевмоникера и иначе кад је висока температура како код одраслих, тако и код деце. Врло добро редуцира температуру и изазива зној.

Он саопштава своја посматрања као што иде:

1. Дејство је врло индивидуално.
2. Опадање температуре стоји у управној пропорцији са знојењем.
3. Код пневмоније, где је проба чињена *en masse*, нема превале од осталих антипиретика, а нарочито стоји иза употребе хладне воде.
4. Код екзудативне плевритиде је у 3 случаја дејство врло добро, обарајући температуру а у исто време изазивајући јако знојење.
5. Код акутног ревматизма стоји иза *Natr. salicylic.*
6. Изазива кадшто екзантем, веома налик морбилима.

<sup>25</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 128-129.

7. Дозе не треба да су мање од 1,0 грама; понављати их на сах. до дејства. Максималне дозе, које су даване износе 8–10 грама све на сахат. У једном случају пневмоније није ни ова доза могла да обори температуру, која је била  $40^{\circ}$ , ниже од  $38,8^{\circ}$ . Али код тога болесника сутра дан 2 грама муријатичног хинина имале су исто дејство.

8. Колапса никад није било ни код одраслих ни код деце.

9. Најбоље се даје употребити у тако званим Febr. rheumatic изазивајући знојење.

10. Напад од intermittens може се купирати.

11. Код ftize је правце неупотребљив због јаког знојења.

12. На ова саопштења и други присутни чланови изјавише своја посматрања и искуства.

### **A case study on the effect of antipyrine in patients suffering from pneumonia<sup>26</sup>**

Article quoted in the report of the 7<sup>th</sup> session SDA on the 25<sup>th</sup> of May 1885, num 38.

Dr L. K. Lazarevic refers to the effect of antipyrine in patients suffering from pneumonia and otherwise when high temperature is present in adults as well as children. Reduces temperature very well and causes sweat.

He tells his findings as follows:

1. The effect is very individual.
2. Fall in temperature stands in direct proportion with sweating.
3. With pneumonia, where testing was done en masse, there was no improvement from taking antipyretics, especially comes from cold water usage.
4. With pleural effusion in three cases the effect was very good, reducing temperature and causing severe sweating.
5. Sodium salicylic stands behind acute rheumatism
6. Causes exanthema, very similar to measles.
7. Dosage should not be less than 1 gram; repeated hourly until effect shows. Maximum dosage, given was 8-10 grams all given hourly. In one case of pneumonia, not even this dosage could bring the temperature down, which was 40°, low of 38.8°.

---

<sup>26</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 128-129.

With this patient who was given 2 grams of quinine, the next day, the effect was the same.

8. Collapse never occurred, not in adults nor in children
9. Its best use is in so called Febris Rheumatica to cause sweating.
10. Intermittent fit can be extenuated.
11. In phtisis it is almost unusable due to severe sweating.
12. Other members of the board announced their observations and experiences after having seen my findings.

**Перманентни грч утеруса породиле  
код примене *Secale cornutum* –  
Ембриотомија мртваг плода<sup>27</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 9. састанка Српског лекарског друштва од 24. августа 1885. године под бројем 47.

Д-р Л. К. Лазаревић саопштава: г-ђа Д. за време трудноће није имала никаквих проблема. Замучи се на време и после 5 сахата мучења сиђе дете сасвим у доњу карлицу и *sutura longitudinalna* дала се наипати у I главачком положају. Тада јој је дат 1,0 *Secal. cornutum*. У том стању задржавало се дете пуна 2 сах. Пулзација се није могла поред најбрижљивије аускултације чути. Породиља је била јако измучена, у хладном зноју. Болови (*contractines*) били су незнатни, и нису се дали појачати Кредеовом манипулацијом.

Референт с г-ђом Драгом Љочић одлучи се да апликује форцепс и после великих напора с тешком муком изађе глава. Али сад тек настаје тешкоћа, пошто се дете даље ни за милиметар не да помаћи. Лево плеће било је такође сишло, те се с муком дао под мишку подвући прст, али ни крајња напрезања нису могла помаћи дете. У томе положају стајала је глава на

<sup>27</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 131-132.

пољу може бити  $\frac{3}{4}$  сах. чекајући док дођу инструменти за ембриотомију. (Дете је било мртво). У овом десператном стању чињена су сва могућа физичка напрезања како од стране оператора, тако и од стране породиље, док најзад после скоро целог сахата не испаде за руком извући и труп.

Референт се држао мишљења да се Ergotin и Secale cornutum сме и може дати кад је глава сасвим сишла до интроита. Али овај случај дозвољава сумњу, да је Secale изазвао грч, који је перманентно држао дете у шкрипу, с једне стране преко врата а с друге преко леве мишице, и бојао би се другом приликом дати Secale после потпуне експулзије детета.

Дете је било необично добро развијено. Пречнике референат није мерио, што је био занет колосалном руптуром перинеуса, која се никако ниј могла отклонити.



**Permanent spasm of the uterus while applying Secale  
cornutum in a woman who is going through fetotomy –  
Dissection of a dead fetus in utero<sup>28</sup>**

Article quoted in the report of the 9<sup>th</sup> session SDA on the 24<sup>th</sup> of August 1885, num 47.

Dr L. K. Lazarevic notes: Mrs. D. had no problems during pregnancy. Pain started when it was time for labor, after five hours of anguish the baby came down into the lower pelvis and sutura longitudinalis could be felt on top of its head. The woman was then given 1.0 Secal. Ecornutum. The child remained this way for two hours. Pulsation, with the most careful auscultation could not be heard. The woman was very exhausted, breaking out in cold sweat. Pain, (contractions) were insignificant, and could not be increased with Kredeo manipulation. The doctor and Mrs. Draga Ljocic decide to use forceps and after much effort and huge difficulty the head comes out. This was only the beginning of our difficulties, as the child would not move an inch more. Left shoulder blade came down too, so it was possible with great difficulty to put a finger under the arm, but not even the biggest effort used could move the child. The head remained in that position for about 45 minutes while we waited for the embriotomy instruments to arrive. (The child was dead). In this desperate situation all the possible physical exertion was being done by the stuff and the

---

<sup>28</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 131-132.

woman, until finally succeeded to pull out the rest of the body. The doctor's opinion was that Ergothamin and Secale cornutum can be given when the head has completely made its way down to the entereth. But this case raises suspicion, that Secale caused a spasm, which permanently held the baby in one position, on one side of the neck and the other its left arm, and he was afraid to give another patient Sacale after a total expulsion of the baby.

The baby was unusually well developed. The doctor did not take the measurements, because he was absorbed in colossal rapture of perineum which was impossible to remove.

**Један случај генине спиналне парализе<sup>29</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 2. састанка Српског лекарског друштва од 14. јуна 1886. године под бројем 14.

Д-р Л. К. Лазаревић представља једног болесника са спастичном спинозном парализом и пореди га са својим преклањсаким болесником, кога је такође представљао друштву. Док су код овога другога симптоми спастичне парализе дошли услед *caries vertebrarum*, те дакле компресивне мијелитиде, дотле је овај садашњи случај класична слика *genuine* парализе. – Б. је осетио непоузданост у ходу пре 4 месеца, и то је с дана на дан све више отимало маха, тако да је ход сад сасвим отежан. Б. се у ходу нагиње напред, вуче ноге, али тешко их одваја од пода, а нарочито прсте „Јури своју тачку тежишта“. При том тешко прегрива ноге у зглавцима. И у леђним мускулима опажа се ригитет, што је и болесник опазио, нарочито му је тешко обути и изути се. Сви су тетивни рефлекси енормно повећани, нарочито се то лепо демонстрише као коленачни и стопални феномен. *Међутим, болесник овај показује врло лепо још један доста редак*

<sup>29</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 164-165.

*а врло карактеристичан знак, – „Феномен на страни бритве“ (Taschenmesserphänomen). Кад се на име покуша да му се превије нога у колону, онда се удара најпре на јак отпор, док за тим нога од један пут не попусти, и нагло се не пресавије, као по богу оно кад се затвара страна од бритве. На супрот повећаних тетивних рефлекса кремастер феномен је на десној страни сасвим ишчезао, а на левој је једва приметан.*

Међутим је интелект сасвим интактан. Нема никаквих сметња од стране мехура мокраћног, потенција је увек била према годинама болесниковим, атрофије нема ни мало. Електромускуларно надражење је са свим очувано. Нигде нема никаквих сензибилних сметња.

Нема никаквог етиолошког момента од значаја. Луес се одсудно искључује.

**A casse study of genuine paralysis of the spinal cord<sup>30</sup>**

Article quoted in the report of the 2<sup>th</sup> session SDA on the 14<sup>th</sup> of June 1886, num 14.

Dr L. K. Lazarevic presents one patient with spastic paralysis of the spinal cord and compares him to his previous patient, who he presented to the public too. While in the second patient, symptoms came about due to caries vertebrarum, therefore compressive myelitis, the present case is a picture of genuine paralysis. – B. felt insecure while walking 4 months ago, and his condition was getting worse each day, his walk being made very difficult now. B. leans forward while walking, drags his feet, but has difficulty lifting them off the floor, especially toes “Trying to get his balance”. The whole time, he had difficulty flexing the joints of the feet. Even his back muscles appeared rigid, which the patient, himself noticed, making it especially difficult for him to put his shoes on and to take them off. All of his tendon reflexes were enormously increased, especially demonstrating as a knee and foot phenomenon. *Nevertheless, the patient shows another, very rare symptom, which is a characteristic sign. - “The penknife phenomenon”* (Taschenmesserphanomen). When he tried to bend his leg in the knee, we are met with great resistance, until his leg all of a sudden gives in and suddenly bends, like a penknife bends slowly and opens suddenly. In contrast to the increment in tendon

---

<sup>30</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 164-165.

reflex cremaster phenomenon has completely disappeared on the right side and is hardly noticeable on the left.

Nevertheless, his intellect is completely intact. There are no disruptions in bladder function, potency has always been in accordance with the patient's age, and atrophy is not at all present. Electro muscular stimulation is in tacked. There are no disturbances in the sensibility.

There is no etiology moment of significance. Syphilis is crucially ruled out.

### Случај парезе горњих удова<sup>31</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 2. састанка Српског лекарског друштва од 14. марта 1887. године под бројем 14.

Dr L. K. Lazarević demonstrira na bolesniku parezu gornjih удова.

Ђорђе N. Iončar из Ш. осећа се слаб и немоћан од 2 год. дана. Никако другчије не уме да опише своје тадашње стање, него у значајима обичне кахексије. *Kolike nije imao.* Од године и по дана почео је нагло губити снагу у рукама, тако да је морао напустити занат, и од године дана на овомо наступила је прогресивна пареза мускула, који су снабдевени од нерв. radialis. Од то доба лежао је у местној окружној болници, не само без икаква успеха, него је зло отимало мaha.

Sada је мускулатура екстензора на обе руке атрофирала (samo је supinator longus доста добро одржан); нарочито је атрофирала extensor digitorum, тако да је кожа увучена у spatium interosseum. Prsti су увучени у шаку а palac потурен под њих. Сензитивност је одржан. На деснима познате промене оловне интоксикације. Остали органи, као и пажљив преглед нервне системе и мускулатуре не показује ничега од значаја. Tenosytis hyperplastica је незнатно изражена.

*Električna nadražljivost је потпуно одржана.*

Referenta је побудило да представи овог bolesnika.

1. Što је атрофија dostigla svoj врhunac.
2. Šta је bolesnik probавio 1 1/2 год. дана у једној државној болници, без икаква успеха, напротив, са штетом.

<sup>31</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 196-197.

### **A case of paresis of the upper extremities<sup>32</sup>**

Article quoted in the report of the 2<sup>nd</sup> session SDA on the 14<sup>th</sup> of March 1887, num 14.

Dr L. K. Lazarević demonstrates paresis of the upper extremities on a patient.

Djordje N. Lončar from S. feels weak and powerless for the past two years. He cannot explain his state in other words except showing signs of cachexia. *He did not have colic.* A year and a half ago he suddenly started to loose strength in his arms, so he had to leave his craft, and a year ago progressive paresis of the muscles, that were innervated by nerve radialis began. Since then he stayed in hospital in his town, not only without improvement but his condition got worse.

His extensor musculature, on both arms had atrophied (only supinator longus remained in good condition); extensor digitorum atrophied the most so the skin indented into spatium interosseum. His fingers are indented into the hand and the thumb placed underneath them. Sensibility is in tacked. On the gums there were signs of lead intoxication. The rest of the organs, as well as the careful examination of the nervous system and musculature, does not show any significant signs. Tenosytis hyperplastica is slightly pronounced.

*Electric excitability remained in tacked.*

The following facts caused the doctor to present this patient:

1. Atrophy reached its peak.
2. The patient spent a year and a half in one public hospital without any improvement, on the contrary, it caused him damage.

---

<sup>32</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 196-197.



**Случај мускуларне атрофије Duchenne-Aranove<sup>33</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 7. састанка Српског лекарског друштва од 9. јуна 1887. године под бројем 45.

Dr L. K. Lazarević demonstrira na bolesniku muskularnu atrofiju (Duchenne – Aran-ovu).

Д. V. трговац оvd. пређе увек здрав, опазео је од прилике пре десетак месеци више да је spleten са шакама, него немоћан у njима. Али убрзо опазе, да га издаје снага не само у шакама, него и у рукама уопште. С почетка није покланјао велике пажње својој болјци, али убрзо га слабост и издavanje снаге у рукама намора да тражи помоћи. Од прилике пре 8 месеци mogao је ref. констатовати да је мускулатура код тога иначе кrepко развијеног човека на гornјим екстремитетима labava и сами екстремитети да се осећају хладнији под руком. MMi. Deltoidei пак показивали су истина неznатну, али одсудну атрофију. Први оглед са faradičnom струјом показао је да је болјка уvelико otела маh. У осталом било је опште stanје здравља bolesnikova sasvim повољно. Од прилике пре 3 месеца опазео је ref. промену и на pupilama: десна је била шира од лева. На светлост су обе добро reagisale онда, као и сада што реагишу. Oftalmосkopsки pregled не показује никакве промене, бар не такве, која се овим путем даје lasно и одсудно констатовати.

Ref. држи ову болјку за progresivnu muskularnu атрофију (у смислу Duchenne Aran-ovом). Атрофичан процес је још једнако ограничен на гornје екстемитете. Električna nadražљивост, која је до skora davала бар fibrilarna грченја, спала је скоро на нулу. На Collin-ovом dinanometру bolesnik није у stanју да dotера десном руком више од 25 (рачунaјући гornје zarezе) а levом једва и 15. Кожа, са још богaтом масном подлогом, visi већ преко атрофичне мускулатуре. Очигледна је голема разлика између још (бар relativно) intactне мускулатуре груднога

---

<sup>33</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 208-209.

koša i ruku. Već pored svega bogatog panikula adipoznog prominiše akromion sa pograničnom koščanim pratijama. Ni najjača induktivna struja nije u stanju da izazove ni fibrilarno grčenje. Kao karakteristično za ovu vrstu atrofije (zbog čega je Francuzi i zovu atrophie individuelle) obraća ref. pažnju na potpunu simetričnost obe ruke, koja se vidi čak i u pojedinim muskulima interossei i lumbricales; obe šake u istoj meri počinju dobijati poznati izgled en griffe. Međutim je ostala muskulatura obilna. Senzibilitet je intaktan. Nigde nikakvih znakova od strane mokraćnog mehura, guznog creveta, potencije, intelekta itd. Analiza mokraće takođe daje sasvim negativan rezultat.

Do sad je Ref. pokušavao sistematski na bolesniku Arsenom, Nitratom srebra, Jodnatrijumom, a da bi se, koliko je moguće, zadržala progresivna atrofija, preporučeno mu je, s dosta dobrom poslušnošću od njegove strane, konsekvantna periferna faradizacija dotične muskulature. Sve ovo pak, bar od česti konsekvantno urađeno, nije moglo održati ni Status quo. Ref. je pobudilo da predstavi tog bolesnika prvo ta okolnost, a drugo fakt da je ova boljka do skora kod nas bila nepoznata, a za ovo kratko vreme on predstavlja već 5 i 6-ti slučaj ovome društvu, a svaki ovakav slučaj već zbog onoga gore pomenutog (atrophie individuelle) zaslužuje pažnju.

**A case study on muscular atrophy Duchenne-Aran<sup>34</sup>**

Written report quoted in the record 7<sup>th</sup> meeting SDA on the 9<sup>th</sup> of June 1887. num. 45.

Dr L. K. Lazarevic demonstrates muscular atrophy on a patient (Duchenne-Aran).

Dj. V. who was a trader had always been healthy, and ten months ago noticed that he was clumsy when using his hands but not completely unable to use them. He soon notices that he was losing strength, not only in his hand but in his arms too. He did not pay much attention to his illness but soon the condition he was in forced him to seek help. About eight months ago, his doctor found in this well built man, musculature of the upper extremities was loose and cold to touch. Deltoid muscles were showing signs of, small yet significant atrophy. Upon the first Farad current, it showed that the illness took its toll. Other than that, his general health was good. About three months ago, the doctor noticed a change in his pupils; the right was wider than the left. They both reacted well to light, then and now. Through ophthalmoscope no visible changes were seen, at least not so significant that we would be able to determine them.

His doctor considers this illness to be progressive muscular atrophy (Duchenne – Aran). The atrophy process is still limited to upper extremities. Electric excitability which until recently gave at least fiber contraction almost undetectable. Using Collin dynamometer, the patient

---

<sup>34</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 208-209.

is unable to reach more than twenty-five with the right hand (including upper commas), and with his left hand hardly reached fifteen. His skin, which has a good fat deposit, hangs over his atrophied muscles. There is an obvious difference between still (at least relatively) preserved musculature of his thorax and arms. Even with the presence of fatty tissue, acromion is still prominent with its surrounding bone parts. Not even the strongest inductive current is able to produce fiber contraction. The doctor pays attention to the characteristic of this atrophy (the reason why the French call it *atrophie individuelle*) being a complete symmetry of both arms, that is noticeable even in the interosseal and lumbrical muscles; both hands, equally begin to get the known look of *en griffe*. However the rest of the musculature is abundant. Sensibility is intact. There were no signs of atrophy in: the bladder, rectum, potency and intellect etc. Urine analysis showed negative findings.

The doctor, until now tried to treat the patient systemically with: arsenic, silver nitrate, iodine sodium, and to stop progression of atrophy, he was advised, with a good understanding on his part, consequent peripheral exposure of the musculature to farad current. All that was done could not maintain status quo. The doctor was interested in presenting this patient firstly because of above mentioned circumstances, secondly because this illness was unknown in our area until recently, and in this short time, this patient is the fifth or sixth case and every case such as this one, because of the one mentioned above (*atrophie individuelle*), and deserves attention.

### Случај изгубљеног тонуса десне стране материце породиље услед трауме<sup>35</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 7. састанка Српског лекарског друштва од 9. јуна 1887. године под бројем 45.

Zatim, javlja isti g. Referenat, kako je pre neki dan zvat jednoj multipari, kojoj se zadržala placenta za jedno 20 minuta, ali na kojoj je po spontanom udaljenju placente krvoliptenje bilo veoma jako, i porodilja je se s mukom povraćala iz nesvestice u koju je jedno za drugim padala. Najbrižljivijim pregledom nije se moglo konstatovati da je na placenti igde što i najmanje odvaljeno (uzimajući u račun naročito kotiledone). Ispiranje hladnom vodom, injekcije ergotina i etera, ostale su bez uspeha. Masaža materice izazivala je vrlo kratke kontrakcije, koje su uostalom pokazivale čudnovat oblik materice tako, da je ona bila pokupljena, čvrsta i stanjena s leve, a labava i raširena s desne polovine. Ref. je odmah pristupio eksplo-raciji. Tom prilikom već iz same vagine i s vrata materice izvu-

---

<sup>35</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 209-211.

kao je čitavu pregrš usirene krvi. Za 2–2 1/2 sah. post partum mogao je ref. ući u matericu, i na njegovo iznenađenje našao je levu polovinu čvrstu, pokupljenu, rezistentnu, a desnu labavu, kao poderanu jer ne mogaše razumeti, kakva je ta šupljina bez kraja u koju ulaziše rukom, i u kojoj se nalazahu nekakve lji-gave, okrugle, »na creva nalik« mase. Kad je lako i bojažljivo povukao, pošla je ta masa za njegovom rukom, i izvadiv je napolje uverio se, da je to poluorganizovani koagulum. Odmah je očistio celu desnu stranu koja je još neprestano bila labava i već po tome, što se nije htela kontrahovati, mnogo tanja od leve, čvrsto pokupljene polovine. Šupljinu je ištricao ledenom karbolnom vodom, a porodilji per os et injectionem dao analeptica. Kad je porodilja došla sebi ispričala je referentu, kako se pre dve ili tri nedelje udarila desnom stranom trbuha o tupu stvar, da je najpre osetila jak bol, a potom za čitavu nedelju dana »drnilo« je to mesto. Posle četiri sahata i ponovljenog ispiranja ledenom karbolnom vodom stalo je krvolitenje i materica se kontrahovala kako treba. Porodilja i dobro izneseno dete su živi i zdravi.

Ref. misli da je onaj udar materice pre porođaja izazvao hemoragiju na dotičnom mestu; da je hemoragija bila i na unutrašnjoj strani i u samoj muskulaturi. Muskulatura je na taj način masno degenerisala – otuda da se desna strana nije mogla dobro pokupiti. Poluorganizovana fibrinozna masa je tadašnji izliv krvi na unutrašnjoj strani . . .

**A case study on loss of tonus of the right side of uterus in a woman in labor due to trauma<sup>36</sup>**

Written report quoted in the record of the 7<sup>th</sup> meeting SDA on the 9<sup>th</sup> of June 1887, num. 45.

The same doctor notes that a few days prior he went to see a woman who was a Multipara, who had retained a placenta for twenty minutes, and when the placenta finally came out of the woman had abundant blood flow and the woman in labor was coming in and out of consciousness. With the most careful examination there were no signs of anything that had been broken off from the placenta, (taking into consideration especially cotyledons). Rinsing of the uterus using cold water, ergotamine and ether injections led to no success. Uterus massage produced very short contractions, which showed a strange shape of uterus, which was shrunken, solid and thinned on the left but loose and stretched on the right half. The doctor immediately began exploration. On that occasion he pulled out a large amount of clotted blood from the vagina and cervix. Between two and two and a half hours post partum the doctor reached into the uterus and was surprised to find the left side solid, shrunken, resistant and the right side loose and torn-like, because he could not understand what this hollowness was without an end that he could reach into using his hand and that contained some slimy, round, “bowel like” content. When he pulled this content out carefully, it

---

<sup>36</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 209-211

slipped out and he realized that it was in fact half organized coagulum. He immediately cleaned out the whole right side, which was still loose and since it did not contract back it was a lot thinner than the left, shrunken side. He used cold carbon water to rinse the uterus out and he gave the woman per os et injectionem analeptics. When the woman came to she told the doctor that about two weeks ago she hit her stomach on the right side against a blunt object, that she felt a strong pain at first and after that, she felt throbbing in this area. Four hours later and after repeated rinsing of the uterus, the blood flow stopped and the uterus contracted as it should. The new mother and the child are safe and sound.

The doctor thinks that the hemorrhage of the uterus was caused by the blow before labor; that hemorrhage was on the inside of the uterus and in the musculature itself. Therefore, fatty degeneration affected the musculature, so the right side could not shrink. Half organized fibrinated content is former hemorrhage on the inner side...



**О лечењу дифтеричних ангина раствором *Natrii benzoici*<sup>37</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 10. састанка Српског лекарског друштва од 3. октобра 1887. године под бројем 76.

**Бр. 76.**

Д-р Л. К. Лазаревић покушавао је по белешкама алгирских лекара, лечити *Ang. diphter* са *Natrium benzoicum*, у раствору од 10% којим су туширане облоге у грлу. На некој деци опажао је услед тога *paralysis palati, Strabisam*.

Још реферише о једном инструктивном случају дифтерије, који је отпочео вомитом и големом температуром. Ординирајући лекар је дао каломела, на чему је и реф. првога дана остао. Сутра дан су тонзила тургесцирала, и у вече приметила се на једноме само једна малена мрља. Одмах је употребљен *Natr. benzoicum*, но ипак до у ујутру била је та тонзила цела обложена, а у вече обе су тонзиле биле нечисте.

Приметио је на овоме случају, да све што се је више ширила облога на тонзилима, све је то више температура опадала, што наводи реф. на мене да је с дифтеријом. као и са другим ексантематичним болестима, у којима с ерупциом почиње да опада температура.

<sup>37</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 222-223.

### **About the treatment of diphtheric tonsillitis using Sodium benzoic solution<sup>38</sup>**

Written report quoted in the record of the 10<sup>th</sup> meeting SDA on the 3<sup>th</sup> of October 1887, num 76.

Dr K. L. Lazarević tried to treat diphtheria tonsillitis by Algerian doctors notes with Sodium benzoic in 10% solution, rinsed compresses in the throat. On some children he noticed due to diphtheria paralyses palate.

He also refers about the case of diphtheria which begun with vomiting and high temperature. Patient's doctor gave calomel to the patient, and dr Lazarević continued only for the first day. The next day tonsils were enlarged and a small spot could be seen on one of the tonsils. Sodium benzoic was used immediately and still, the next morning that whole tonsil was coated, and in the evening both of them were coated.

He noticed in this case the more the tonsils were coated, the more the temperature dropped. The doctor notes that in diphtheria, the same as in other exanthema related illnesses, temperature drops ones the infection spreads.

---

<sup>38</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 222-223

## О диференцијалној дијагнози између скарлатине и рубеоле<sup>39</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 2. састанка Српског лекарског друштва од 19. марта 1888. године под бројем 9, као и наставак дискусије цитиран у Записнику 3. састанка Српског лекарског друштва од 22. априла 1888. године, под бројем 13.

Како је у последњем састанку реферат Др. Л. К. Лазаревића о рубеоли дао повода подужој дискусији, из које реферат изводи да се интерпетација његовог говора од појединих чланова не подудара са смислом, који је он говору дао, то се налази побуђен, да прецизира свој говор, као што следи:

»При овогодишњој епидемији рубеоле уочио сам један симптом, који, чини ми се, може се како у недостатку, тако и изобиљу других симптома употребити за диферентисање рубеоле од скрлатине.»

Rubeola кад нема аигине, као што, по моме искуству, бива у већини случајева, онда разуме се неће никоме ни на памет пасти, да је брка са скрлетом, али кад је ексантем и грозница интензивна, а у исто време покаже се и аигина, онда је готово тумарање.

На сам ексантем неможе се ни у колико ослонити, јер све кад би он код рубеоле имао увек један и исти изглед, код скрлети је тако разнолик, да од најтежих хеморагичних облика силази чак на тек приметне пегнице, или га са свим и не буде него, судећи по епидемији, или само ангињу огласимо за скрлет *sine exanthemate*. У случајевима дакле, кад је ексантем сличан скрлетичном, а још и гуша није чиста, онда се морамо освртати за другим знацима, који би нас извели на пут.

<sup>39</sup> Српски Архив одељак први, књига XII, (1895), стр. 19-21.

Српски Архив, одељак први, књига XII, (1895), стр. 23.

А ево како ми се чини, тих знакова :

Ексантем код рубеоле не избија и не држи се на висини дуже од 2—4 дана. Тада попушта грозница, а одмах наступа *церутање*, које такође траје само неколико дана. (Код скрлети, као што је познато, *љушћење* и доцније почиње и може трајати чак и до 6 недеља).

Осим тога рубеола се, као што рекох, *церута* у малим ламелама. Дете изгледа као да се посуло брашном или мекињама. Код скрлети то бива погдешто у читавим котама. Оно је дакле *церутање* а ово *љушћење*.

Не мислим се додиравати даљих практичних консеквенција. Примићујем још, да код рубеоле нисам никад констатовао нефритиду. Што се тиче инфекциозности, налазим да је знатна.“

### **A study on differential diagnosis between scarlatina and rubeola<sup>40</sup>**

Written report quoted in the record of the 2<sup>nd</sup> meeting SDA on the 19th of March 1887, num 9, as well as continuation of discussion quoted in the record 3<sup>rd</sup> meeting SDA on 22<sup>nd</sup> of April 1888, num 13.

During this year's rubeola epidemic I noticed a symptom, that, it seems can, with absence as well as abundance, be used for differentiation between measles and scarlatine.

Rubeola, when tonsillitis is absent, as it happens in most cases in my experience, then understandably no one will mistake it for scarlatina, but when exanthema and fever are present then it is almost impossible to guess what it really is.

We cannot rely solely on the appearance of exanthema, because even if it always has the same appearance in rubeola, in scarletina it is so diverse, from the most difficult hemorrhagic type to the hardly noticeable spot, or it is completely lacking, and sometimes judging by epidemic we announce tonsillitis for scarlatina sine exanthema. Therefore in cases when exanthema is similar to scarlatina, and tonsillitis is present, we have to look for other signs that will lead us down the right path.

In my opinion these signs are as follows:

---

<sup>40</sup> Serbian Archive, part I, book XII, (1895), p, 19-21.  
Serbian Archive, part I, book XII, (1895), стр. 23.

Exanthema in rubeola does not appear and does not stay for longer than 2 to 4 days. Fever disappears at this point and *peeling* starts *immediately*, which lasts for a *few days* as well. (In scarlatina, as it is known, peeling starts later and it can last even for six weeks).

Except that rubeola is, as I said, peeling in small lamellas. The child looks like it covered itself with flower. In scarlatina, it appears in patches in some parts of the body. That is, therefore, peeling, and this is paring.

I don't have an intention now to speak further about practical consequences. I notice that in rubeola I have never diagnosed nephritis. Speaking about infectiousness, I find that it is considerable.

РАДОВИ ОБЈАВЉЕНИ IN-EXTENSO У „НОВИНАМА СРПСКИМ“  
PAPERS PUBLISHED IN-EXTENSO IN „SERBIAN PAPERS“

Дезинфиковање школа,  
у којима су за време рата биле болнице<sup>41</sup>

DEZINFIKOVANJE ŠKOLA, U KOJIMA SU ZA VREME  
RATA BILE BOLNICE

»Dazu gegört eine volle  
und bewusste Kenntniss  
der Grunde, wesshalb die  
Methode oder die Regel  
aufgestellt ist«

Virchow.

»Bakterije«, »mijazmi« itd. mislim da su i nemedicinskom svetu poznati, kao nešto strašno, što ni vidiš ni čuješ, a od čega zebeš. Tifus, dizenterija, poglavito pak kirurške bolesti: pyämia, septicämia, erysipelas, phlegmone, gangränä nosocomialis itd. – eto svemu su tome bakterije krive! To već znaju i *bolničari!* Te septičke materije može videti samo izvedžbano oko, a vijajući ih Hartmakovim imerzizonima. Ali baš u tome, što su tako malene i leži ona *užasna opasnost*. Ako se posečeš po prstu, ili slučajno zavratiš trepavicu, a nisi u atmosferi od karbolne kiseline, mogu te skleptati bakterije na tu ranicu i sluznu kožu od trepavice, pa na prečac, kao srče. One se mogu i dazalegu u kućama, gde leže bolesni ljudi, i odtale zgodnom prilikom izleću u pljačku, i hvataju one, koji se usude ući u njihov logor. – Tako njih ima u kućama koje su sada, i koje su bile bolnice. Ali se srećom od njih može podobro i sačuvati goneći ih, bijući itd.

Ja ne marim za aćenje i nepotrebne dosetke, naročito na ozbiljnom poslu, i ovo nisam pomenuo da »ismejem« nekoga, nego što sam doista slušao ovake i ovima podobne pojmove ljudi, koji se računaju u našu višu inteligenciju, a bogme po neki može biti i u lekare.

Danom prilikom ja ću pokušati da pokupim što više mogu po medicinskoj literaturi o ovome predmetu, i da saopštim čisto naučne rezultate, do kojih se došlo putem bistrog i nepri-strasnog posmatranja. Za sada ću se samo ograničiti na po-

<sup>41</sup> „Новине Српске“, број 109, 187 од 19.05.1887. године.

grešno razumevanje nekih naših krugova, u pitanju šta da se radi sa kućama, a specijalno sa *školama, u kojima su bile bolnice*.

Od kako je svršen rat i definitivno zaključen mir, ministarstvo prosvete prijonulo je da otpočinu škole, te da se deca što to koriste izmakom ove školske godine. Ali eto već nekoliko meseci, a nikako da se jednom otpočne rad. Na svaki način valjalo je očistiti škole, a po neke i dezinfikovati (u strogom smislu te reči, jer i čišćenje je dezinfekcija): pa se to i počelo. Ali kako da se to čini, kako da se dezinfikuje, o tome je svak mislio gotovo kako je hteo, a svak je opet hteo da se što je moguće bolje osigura. Baš ova, može biti osnovana bojazan, u neznanstvenim rukama, izašla je na vrlo smešno i na vrlo skupo. Da je stvar odlučena, recimo, na jednom skupu Srpskog lekarskog društva, ili u sanitetskom odeljenju ministarstva unutrašnjih dela, može biti sasvim bi drukčije ispalo. Ovako su je rešavali ljudi, koji to stručno dovoljno ne razumeju, i sa toga je u slučajima, koje ja imam pred očima, i preterivano onako užasno. Nije dakle nikakvo čudo! Engleski džoki trči košiju u tankoj bluzici, sa čohanom kačketom na glavi, naš Ciganin preko pamuklije na novo opasuje trambolose, i uvija glavu čalmom »da se ne struni« i »da ga vetar ne probije.« Pa opet cifra »strunjivanja« i »probijanja vetrom« teško da će biti povoljnija kod Cigânâ, pored sve njihove obazrivosti. Advokat piše obligaciju u nekoliko redova, seljak »za veću sigurnost« na čitavom tabaku, pa opet je prva »sigurnija« od druge. Tako i u lekovima i profilakticima, naročito kod nemedicinskog sveta, vredi proporcija »što više to više« tj. to bolje. I samo zato ja mislim da naše škole još nikako da otpočinu raditi.

Da uzmem jedan primer koji je meni poznat. Vele da je neko savetovao jednoj našoj velikoj opštini da u školama, gde je bila bolnica, obije zidove do opeke, onda na novo da omalteriše, pa kreći, digne patose, oboji nanovo vrata i prozore itd. Opština je pristala da sastruže zidove (ali ne do cigle) i da ne diže patosa, a ostalo je sve usvojila. U naknadu pak za to što ne diže patosa, sipa sve vedrom karbolnu kiselinu po njemu, da naročito, kad je tiho veče, cela varoš udara ovim gasom. To je doista dosta i za bakterije, koje bi bile kolik krokodili. Prozori i vrata su prebojeni, a govore (za ovo ne jamčam) da su i skamije pogoreli. Pa ta radikalna opravka i dezinfekcija, koja se nastavlja nedeljama i mesecima, staje opštinu *trideset hiljada groša*. (Tim bi se, mislim, mogao udariti temelj fondu za isušivanje *bara oko te varoši*).



I tako misao da ono *nešto* što je užasno otrovno, što se *negde* zavuklo, prodrlo kroz dva tri sloja kreča, pa možda i na tavan prošlo, te s mišima deli pustahijski život, provuklo se kroz patos, pa se tu samo leže, ulëglo u vrata i ćerčiva od prozora itd. itd. to *nešto* navelo je opštinu na toliki izdatak, i zadržalo je otpočetak škola za nekoliko meseci, a sve naravno iz dobre namere, da se na decu »ne navuče kakva bolestina.« Može biti sve je to s toga, što nije pitan niko, koji se bar trudi da dozna šta je to *nešto* i ispita mu osobine, i koji bi znao na koji bi se način moglo to brže i jevtinije utamaniti.

Samo zato što kako čujem, stižu molbe ministarstvu prosvete od direktorátâ škola, da se i njihove škole usreće ovim radikalnim čišćenjem, samo zato i pišem ovo: da bi se uštedilo novaca (i to *sada* novaca) i vremena (i to *sada* vremena). I evo pokušaću da koliko umem razumljivije i kraće pokažem neosnovanu *prekomernu* zebnju, i jevtiniji i brži put za dezinfikovanje škola.

\* \* \*

Ne treba misliti da su bakterije, dakle ono *nevidljivo*, u toj meri opasne za život, i da su s druge strane tako durasne, mačije prirode da im nema smrti bez ćuskije. Vrve one često vazduhom, plivaju u gnoju, po kome lekar bez ikakva straha i opasnosti brlja svojih prstima itd. Daju se sprati prostom vodom, totalno ubiti veoma slabim rastvorom karbolne, salicilne ili tanične kiseline, kali chlorici, kali hypermanganici, klorne i krečne vode, bencina, toluola itd. itd. Ne skaću za oči i za prsi, no traju mirno svoje dane. Samo u nekim prilikama, i samo u nekim sredinama opasne su ove »caru prirode«. Samo na rane, i samo *na rane* imaju one deletarna uticaja. Najgori smrdljiv i truo gnoj (koji vri od bakterija) namackan u samo mogućoj meri na neke rane (koje dobro granulišu) nema nikakva uticaja, ako inače ne maltrećujemo ranu (Billroth). Neke Neverne Tome terali su čak dotle, da su uštrcavali sebi bakterije pravce pod kožu i u vene, pa im i opet ništa ne bi (Hiller).

S toga se ja ovoliko zabavljam oko bakterija, što je ova vrsta infekcije sada u modi, i što se baš radi njih i čine dezinfekcije ove vrste, jer i pre je se dezinfikovalo, ama dok se nije mislilo na bakterije, zadovoljavalo je se mnogo prostijim i mnogo jevtinijim načinima za dezinfikovanje. I strah baš od bakterija učinio je, te se ovako »radikalno« udara na »neprijatelja roda čovećijeg.«

Fiksna kontagija pak i više su vidljive prirode, gnoj od boginja, od ulcerum svake vrste naročito luetičnih, od gonorrhoeae, od bala difteritičnih (par excellence) itd. Pa i ona su većim delom, a možda i sasvim, već udaljena sa rubljem bolesnika, pranjem njihove postelje, patosa itd. a još bolje se daju udaljiti dezinfekcijom. Pa baš od ovih *ekskvizitnih otrova* nije nam pre padalo ni na pamet da rušimo kuće i palimo preoubuku boginjavih, luetičnih itd. i ako se može s nekom veronatiošću očekivati, da po dodiru s gnojem boginjavih dođu boginje, luetičnih lues, disenteričnih disenterija itd. A sada i rušimo i palimo da se sačuvamo od čega? – Od bakterija! A šta one donose? – »Nekaku boleštinu!« Kaku? – Ta to doktori znaju. – Hvalim te, Bože!

Treća je vrsta ovih otrova ono, što se zove mijazma. Ali kako od toga ništa ne pomaže obijanje zidova, i kako od njih jedva da i ignis sanat, to ću o njima drugi put govoriti. A sad da pomenem još:

Četvrto, škodljive gasove. Nu kako se i od njih čuva drukcije, a ne rušenjem i uništavanjem, to ću da završim, rekavši još koju o

*Dezinfekciji u opšte.* – Idući u lov čovek puca kad vidi zeca, ili baca dolomit da mu prsne tamo, gde bar misli da će biti ribe. Dezinfekcija se preduzima onde i onda, gde se, i kad se misli da ima nešto da se dezinfikuje – ta i šteta bi bilo trovati recimo čist vazduh dezinfekcijskim sredstvima. U našim školama pre svega valjalo bi znati jesu li, i u kojima napose ležali bolesnici sa *zaražljivim* bolestima, pa prema tome i dezinfekciju udešavati. Soba u kojoj su ležali obični bolesnici i ranjenici, kakih je kod nas gotovo isključno i bilo (ja bar ne znam da je gde god *besnela* epidemija) dezinfikuje se prosto čistoćom. Ako su za sve vreme, od kako je svršen rat, bila skinuta vrata i prozori, ako je međutim okrečeno, patos ceđem opran, pa opet sve pušteno promasi, onda je doista dovoljno učinjeno, i dovoljno se pobrinulo za zdravlje onih, koji će sedeti odsad u tim sobama. Ako je se javljala kaka epidemija, onda i kao što je vrlo pojmljivo *samo onda*, potrebna je energičnija dezinfekcija. Dakle i opet duga i jaka promaha, pa onda pranje kakom dezinfekcijskom tečnošću ili razvijanjem kakog gasa, pa opet krečenje itd. Ne treba smao nikako zaboraviti da je ovde neprestano govor o mestima, gde je *nekad* vladala epidemija, i da se sa nekim, za sad bar bezopasnim ostacima ima posla.

Kojim se sredstvom dezinfikuje, u kakom rastvoru, ili kako se razvija kakav dezinfekcijski gas, kako se sve to radi, i pošto

je to – to spada u tehniku ovoga posla, i za to bi trebalo napisati za se uputstvo; da je pak to mnogo jevtinije i prostije, da se uverimo samo na jednom primeru. Evo kako bih ja, na primer, dezinfikovao sobu, u kojoj su ležali pijemični, difteritični, boginjavi, tifozni i sva čuda i užasi, kojih se čovek toliko boji, a spram kojih se oseća tako nemoćan. Razvio bih klorni gas, pa bih dobro zatvorio vrata i prozore. Posle nekoliko dana otvorio bih sve širom, i pustio da vetar čini svoje. Najzad bih okrečio zidove i oprao patos, vrata i prozore jakim ceđem (ili ako bih imao mnogo novaca na pr. karbolnom kiselinom,) ili popario ključalom vodom (jer na 100°C umire sve) pa kad bi se to sve osušilo, i soba se još za koji dan provetrila, odista bih mirno spavao u takoj sobi, jer je učinjeno sve što se može učiniti, i što ima smisla činiti. – Ovakih načina ima mnogo. Koji je od njih najudesniji i najjevtiniji ja u ovaj par ne znam, valjalo bi zaći po dućanima, pitati pošto je galica, pošto je karbolna kiselina, pošto klorkreč itd. Država bi naša mogla najzad od kake lekarske komisije uzeti mišljenje (kao što to druge države u podobnim prilikama, rade) na pr. koji je put najlakši, najprostiji i najjevtiniji, pa na taj način preporučiti dezinfekciju svojim »nadležateljstvima«; jer ozbilja je greh puštati, da kao što čujemo (horribile dictu!) na jednom mestu hoće da i kaldrmu oko kuće dižu, i zemlju ispod nje odnose (ama pusto kud će s njom kad je i ona puna?). To je odista kao kad bi kakvom šugavom odrao lekar kožu, da ga »radikalno« oslobodi njegovih parazita. – Da li će spaljivati i lekarske i bolničarske haljine, da li će i bunare zatrpavati (još ovo bi kojekako i podnelo ako vredi Pettenkofer'ov Grundwasser), da li će rušiti čardakove, gde su ležali ranjenici (jer ko bi smeo sasuti hranu u njih?) i anatemisati ćebeta, kojima su se pokrivali (i koja baš i suviše mogu biti opasna), i da li tim predlagačima, u slučaju ako im se predlozi usvoje, neće iz humanog oka kanuti suza sažaljena, kad ugledaju kako dunderi, sa opasnošću života, uleću u te proklete kuće, pakao od zaraze, da keserom i mistrijom spasu naš mladi naraštaj i njegove nastavnike od očevodne propasti?!

Ali šta ćemo kad je sad u modi sepsis i asepsis, infekcija i dezinfekcija, kad o njoj s puno važnosti govori i onaj, koji je samo nos promolio kroz prozor bolnice, i to najpre zapušivši ga; kad već i po političnim našim novinama čitamo inserte o dezinfekcionim sredstvima, »Rafajel-vodi.« Da li je iko tražio da se dotera ventilacija na školama (bila ili ne bila u njima bolnica), da se bolje odvode izmeti, i da se naši trudoljubivi »seljačići« po-

Fiksna kontagija pak i više su vidljive prirode, gnoj od boginja, od ulcerum svake vrste naročito luetičnih, od gonorrhoeae, od bala difteritičnih (par excellence) itd. Pa i ona su većim delom, a možda i sasvim, već udaljena sa rubljem bolesnika, pranjem njihove postelje, patosa itd. a još bolje se daju udaljiti dezinfekcijom. Pa baš od ovih *ekskvizitnih otrova* nije nam pre padalo ni na pamet da rušimo kuće i palimo preoubuku boginjavih, luetičnih itd. i ako se može s nekom veronatiošću očekivati, da po dodiru s gnojem boginjavih dođu boginje, luetičnih lues, disenteričnih disenterija itd. A sada i rušimo i palimo da se sačuvamo od čega? – Od bakterija! A šta one donose? – »Nekaku boleštinu!« Kaku? – Ta to doktori znaju. – Hvalim te, Bože!

Treća je vrsta ovih otrova ono, što se zove mijazma. Ali kako od toga ništa ne pomaže obijanje zidova, i kako od njih jedva da i ignis sanat, to ću o njima drugi put govoriti. A sad da pomenem još:

Četvrto, škodljive gasove. Nu kako se i od njih čuva drukčije, a ne rušenjem i uništavanjem, to ću da završim, rekavši još koju o

*Dezinfekciji u opšte.* – Idući u lov čovek puca kad vidi zeca, ili baca dolomit da mu prsne tamo, gde bar misli da će biti ribe. Dezinfekcija se preduzima onde i onda, gde se, i kad se misli da ima nešto da se dezinfikuje – ta i šteta bi bilo trovati recimo čist vazduh dezinfekcijskim sredstvima. U našim školama pre svega valjalo bi znati jesu li, i u kojima napose ležali bolesnici sa *zaražljivim* bolestima, pa prema tome i dezinfekciju udešavati. Soba u kojoj su ležali obični bolesnici i ranjenici, kakih je kod nas gotovo isključno i bilo (ja bar ne znam da je gde god *besnela* epidemija) dezinfikuje se prosto čistoćom. Ako su za sve vreme, od kako je svršen rat, bila skinuta vrata i prozori, ako je međutim okrečeno, patos ceđem opran, pa opet sve pušteno promasi, onda je doista dovoljno učinjeno, i dovoljno se pobrinulo za zdravlje onih, koji će sedeti odsad u tim sobama. Ako je se javljala kaka epidemija, onda i kao što je vrlo pojmljivo *samo onda*, potrebna je energičnija dezinfekcija. Dakle i opet duga i jaka promaha, pa onda pranje kakom dezinfekcijskom tečnošću ili razvijanjem kakog gasa, pa opet krećenje itd. Ne treba smao nikako zaboraviti da je ovde ne prestano govor o mestima, gde je *nekad* vladala epidemija, i da se sa nekim, za sad bar bezopasnim ostacima ima posla.

Kojim se sredstvom dezinfikuje, u kakom rastvoru, ili kako se razvija kakav dezinfekcijski gas, kako se sve to radi, i pošto

je to – to spada u tehniku ovoga posla, i za to bi trebalo napisati za se uputstvo; da je pak to mnogo jevtinije i prostije, da se uverimo samo na jednom primeru. Evo kako bih ja, na primer, dezinfikovao sobu, u kojoj su ležali pijemični, difteritični, boginjavi, tifozni i sva čuda i užasi, kojih se čovek toliko boji, a spram kojih se oseća tako nemoćan. Razvio bih klorni gas, pa bih dobro zatvorio vrata i prozore. Posle nekoliko dana otvorio bih sve širom, i pustio da vetar čini svoje. Najzad bih okrećio zidove i oprao patos, vrata i prozore jakim ceđem (ili ako bih imao mnogo novaca na pr. karbolnom kiselinom,) ili popario ključalom vodom (jer na 100°C umire sve) pa kad bi se to sve osušilo, i soba se još za koji dan proventrila, odista bih mirno spavao u takoj sobi, jer je učinjeno sve što se može učiniti, i što ima smisla činiti. – Ovakih načina ima mnogo. Koji je od njih najjudesniji i najjevtiniji ja u ovaj par ne znam, valjalo bi zaići po dućanima, pitati pošto je galica, pošto je karbolna kiselina, pošto klorkreč itd. Država bi naša mogla najzad od kake lekarske komisije uzeti mišljenje (kao što to druge države u podobnim prilikama, rade) na pr. koji je put najlakši, najprostiji i najjevtiniji, pa na taj način preporučiti dezinfekciju svojim »nadležateljstvima«; jer ozbilja je greh puštati, da kao što čujemo (horribile dictu!) na jednom mestu hoće da i kaldrimu oko kuće dižu, i zemlju ispod nje odnose (ama pusto kud će s njom kad je i ona puna?). To je odista kao kad bi kakvom šugavom odrao lekar kožu, da ga »radikalno« oslobodi njegovih parazita. - Da li će spaljivati i lekarske i bolničarske haljine, da li će i bunare zatrpavati (još ovo bi kojekako i podnelo ako vredi Pettenkofer'ov Grundwasser), da li će rušiti čardakove, gde su ležali ranjenici (jer ko bi smeo sasuti hranu u njih?) i anatemisati čebeta, kojima su se pokrivali (i koja baš i suviše mogu biti opasna), i da li tim predlagačima, u slučaju ako im se predloži usvoje, neće iz humanog oka kanuti suza sažaljena, kad ugledaju kako dunderi, sa opasnošću života, uleću u te proklete kuće, pakao od zaraze, da keserom i mistrijom spasu naš mladi naraštaj i njegove nastavnike od očevodne propasti?!

Ali šta ćemo kad je sad u modi sepsis i asepsis, infekcija i dezinfekcija, kad o njoj s puno važnosti govori i onaj, koji je samo nos promolio kroz prozor bolnice, i to najpre zapušivši ga; kad već i po političnim našim novinama čitamo inserte o dezinfekcionim sredstvima, »Rafajel-vodi.« Da li je iko tražio da se dotera ventilacija na školama (bila ili ne bila u njima bolnica), da se bolje odvođe izmeti, i da se naši trudoljubivi »seljačići« po-

bolje pohrane? Ama to su stvari o kojima je po gde ko progovorio, i o kojima će možda i posle po gde ko progovoriti. A onda daj da dizanjem kaldrme dignemo i buduće kritičare i dijetetičare.

\* \* \*

Naposletku i opet ponavljam da nisam pisao ovo s tim da pokažem, kako je neko neuputno radio («što bi – bi!«), nego, dokazujući neuputnost, *da odvratim drugog da tako što ne radi.*

### **Desinfecting schools after they had been used as hospitals during the war<sup>42</sup>**

“Bacteria”, “miasmas” etc. I think that they are known to the non medical world as something you cannot see or hear but of which you are afraid of. Typhus, dysentery, especially surgical illnesses: pyaemia, septicemia, erysipelas, phlegmona, gangrene nosocomialis etc. – bacteria is the cause of all these illnesses. This septic matter can be seen only by a trained eye, under the microscope. Because they are extremely small they can cause a *great danger*. If you cut your finger or twist you eye lash inward, and carbon acid is not all around you, bacteria could attack you. They can colonize houses where sick people lye, and from there they get their chance to attack those who dare enter their premises. Therefore they are present in buildings that were hospitals in the past and are hospitals now. Luckily we can protect ourselves from them by chasing and beating them.

I not saying this to “make fun” of someone, but I really heard these stories from some very intelligent people, including some doctors too.

In this way I will try to gather as much information on this subject matter, from the medical literature, and announce purely scientific results to which I have come to by clear and non biased way. I will, for the time being, concentrate on the understanding of the problem as to what to do with the houses and especially *schools that were used as hospitals*.

---

<sup>42</sup> Insert of “Novine Srbske”, num. 109, 187 (May 19<sup>th</sup> 1877)

Since the war has come to an end and peace has been restored, Ministry of health has insisted that schools be open and that pupils start going to school again. It has been a couple of months since the beginning of the school year and they have not started working yet. The schools should have been cleaned and disinfected (in the real sense of the word, because cleaning is considered to be disinfecting also): so this process began. But how this should be done, everyone had their own idea, yet again everyone wanted to make sure that they are protected. For fear reasons this matter was handled by unprofessional and was done in an expensive and ludicrous way. If this matter was handled and the decision made within the circle of medical professionals or in the medical police department, all would have been done differently. In this way, people who handled this situation were not skilled and that is why the cleaning process was overwhelming. It is, therefore not a miracle! An English jockey runs in a thin shirt with a cotton cap on his head, our gipsy puts on a jersey over his shirt, and wraps his head in a turban to protect him from the wind. Although, it is doubtful that the gipsy will be protected more from the wind than the jockey. A lawyer writes a summary in just a few sentences, and a villager” to be safe” uses a whole notepad, and still the first is “safer” than the second. The same way, in medicines and in prophylactics, especially within the non medical community, it is thought that” more is more”, i.e. is better. This is the sole reason that our schools remain closed, I think.



Let me show you one of my examples. They say that someone had advised a person in charge in one of our municipalities to do the following to the school that were used as hospitals; break down the walls all the way to the bricks, then to plaster the walls all over again, then paint the walls, to lift the floors, paint the doors and windows etc. Municipality agreed to break down the walls but not all the way to the bricks and rejected to lift up the floors but accepted all of the other suggestions. In exchange to lifting up floors, it was decided that carbon acid be pored over the floors, on a quiet night the smell in the air was overwhelming and the amount of this gas could be smelled all over the town. This was enough for bacteria the size of a crocodile. Windows and doors were painted over and people were saying (I cannot claim) that they were burnt. Therefore this radical disinfection that has lasted for weeks and months has cost the municipality thirty thousand groats. (With this amount that was spent here, they could have used the money to drain the ponds all around the town).

The thought of *something* that was so poisonous, that hid itself *somewhere* and may have got into the ceiling and lives there with mice, got underneath the floor and into the doors etc. *that something* led the municipality to such expense and delayed the opening of the schools, for a few months, and all this happened for the reason to keep the pupils from “acquiring some horrible disease”. This may be because they did not ask anyone who at least tries to find out what this *something* could be

and explore its characteristics, and who could know how it could be destroyed.

The only reason I am writing this is because there have been requests that have been arriving from the schools' management to bless them with this radical cleaning method, that's why I am writing as follows: to save money (and now) and time (and now). I will try, as clearly and as short as possible to show the unfounded excessive worry, and a cheaper and faster way of disinfecting the schools.

\*\*\*

It should not be thought of bacteria, therefore something *invisible* to be life threatening, and that we cannot destroy them using an easier way. They are often in the air, and in the puss, that a doctor without fear and danger touches with their bare fingers etc. They can be washed away with ordinary water, totally killed with a really weak solution of carbon, salicylic, tannic acid, potassium chloride, potassium hypermangan, chlorinated and lime water, benzene toluene etc. They are not jumping into your eyes and into your body but rather live their lives peacefully. They are only dangerous in some conditions and in some surroundings. Only when exposed to a wound *and only to a wound* will they have a destructive effect. The worst smelling decomposing puss (full of bacteria) when put on a wound (which granulate well) has no effect unless we do not bandage the wound (Billroth). Some people of suspicious nature went as far as to inject bacteria into their skin and into their veins and nothing happened to them. (Hiller).

That is why I pay so much attention to bacteria, because this kind of infection is popular and because of them, these sort of disinfecting measures are being taken, disinfecting was being done before bacteria was being suspected and simpler, cheaper measures were satisfactory. The fear of bacteria made these “radical” measures to be taken against the “enemy of the mankind”. Fixed contagion is more visible, puss that derives from measles, all kinds of ulcers especially of syphilis, gonorrhea, diphtheria saliva(par excellence) etc. These bacteria can be removed with washing the patient’s clothes and bedding, floors etc. and even more effectively can be removed by disinfection. It has never crossed our minds before to break down houses and burn clothes of patient who suffer from syphilis and measles, to get rid of these *exquisite* poison, although it can be expected that in case of direct contact with puss of measles, puss from syphilis etc. And now we break down and burn things to keep safe from what? – From bacteria! And what do they bring? – “ some kind of a horrific disease!” What kind? The doctors know. –Thank God!

The third sort of this poison is something called miasma. Since nothing can destroy miasma not braking down walls nor can fire destroy it, I will refer to this later. And now let me mention the following: Forth, dangerous gases. Since protection from them is different-not breaking down and destroying, I will end this here, by saying a few more words on:

*Disinfection* in general. – When a man goes hunting, he shoots at a rabbit only when he sees it. Disinfection is done when and where there is something to be disinfected- and it would be a pity to pollute clean air using disinfecting agents. In our schools, foremost it should be determined if and in which schools there were *contagious* disease patients present, and according to this adjust the course disinfection. The room in which ordinary patents and wounded ones were present, those that we almost exclusively had (I am not aware of any *raging* epidemic) should be disinfected simply with cleanliness. If doors and windows have been removed for the entire course of the war, if walls were painted, floors washed and the rooms aired out, then enough was really being done, and significant care was being taken for the health of those who will from now on spend time there. If there was an epidemic, then and *only then*, a more radical disinfecting method would have been needed. Therefore, airing out the rooms thoroughly and then using some kind of a disinfecting agent or using a disinfecting gas and painting of the walls would have been needed etc. It should be kept in mind that we are speaking about places where an epidemic was present at *some point* and that we are now dealing with some harmless remains.

What kind of disinfecting agent is used, in what sort of a solution, or how disinfecting gas is being used, how all this is done and how much this all costs- falls under the technicalities of this work, and for this a manual should be written; that this method is cheaper and easier we will make sure in one example only. This is how I would, for example,

disinfect the room in which the following patients were suffering from sepsis, diphtheria, measles and typhus, all the horrific things that a person fears so much but is so powerless against. I would use chloride gas, and then I would close all the windows and doors. A few days later, I would open the doors and windows and let the wind take its course. I would then paint the walls and wash the floors; as far as the doors and windows are concerned I would use a strong cleaning agent to scrub them (or if I had the means I would use carbon acid), or I would use boiling water (because everything gets destroyed at a hundred degrees) and when all this got dry, and the room was aired for a few more days, I would really sleep peacefully in that room, because all has been done that could have been done and what makes sense to be done. – There are many ways such as this one. Which one of them is the cheapest and the most adequate I cannot tell it would be good to do investigate the price of: paint, carbon acid and chloride lime etc. Our country could ask for the opinion of a board of doctors (as other countries do in such situations) for example, which route would be the fastest, easiest and cheapest, and in this way recommend the best disinfecting method to those in charge; because it is a pity to allow, as we have heard (*horribile dictum!*) that in one place they will break down floors and remove the soil underneath it (and where will they take this soil when it too is full of bacteria). It would be the same if a man suffering from scabies was to be skinned alive by a doctor, the reason being, to free him of the parasites on his skin. – Will they burn doctor's and nurse's coats, will they bury

wells, will they destroy the rooms in which the patients laid and will they burn blankets that they covered themselves with, and will those people who suggested this method feel pity when they see laborers enter these houses that are life threatening and infectious to save our children and their teachers from pure disaster?!

What are we going to do now, that sepsis and anti sepsis is in fashion, infection and disinfection when the person talking about this has ever only come near a hospital, looking in through a window while blocking their nose; when we are reading in our political newspapers inserts on disinfecting agents. Did anyone ask about installing a ventilating system into the schools (whether there was a hospital there once or not), to make a better sewage system, and to feed our children better? Those are the things that someone spoke about at some point and that will be talked about in the future. Let us raise future critics dieticians.

\*\*\*

I conclude that I did not write this with an intention that someone did their job incorrectly (“what ever happened, happened!”), but to prove their wrong doing, to prevent someone else from doing the same thing.

Обмањивање публике лажним лековима<sup>43</sup>**ОБМАЊИВАЊЕ ПУБЛИКЕ ЛАЖНИМ  
ЛЕКОВИМА**

Je voudrais que les avertissements publics de philosophes et des gens de lettres réveillaissent les peuples sur les dangers de toute espece auxquels leur imprudence les expose — — — —

Rousseau. Lettre à M. l'abbé Raynal.

Једва да је изучавање и једне гране људскога знања скопчано с таким тешкоћама, као што је изучавање медицине, а једва да је и једна грана толико изложена нестручној и незналачкој критици, као опет она. Отуда потиче двоје што је од штете по њу: прво што с тешкоћама у управној сразмери стоји савлађивање њено, друго што је публика не уме ценити у оној мери и служити се њоме онолико, колико она заслужује. Публика суди по ефекту — то је право! Али она не зна шта је ефект медицине и не уме да га нађе — то је несрећа! Код једне кардијалгије тријумфује лекар са неколико каплица *tincturae thebaicae* — „баш к'о руком да однесе!“ А код једне пункције трбуха или прсију, где он *продужује живот* ма и за један сахат и мање, где он ступа као творац, *дајући живот*, он се мучи да „наплати визиту“, јер је болесник ипак умрљо, „само га је бадава доктор мучио!“ Шта ћеш му сад? За разумевање једног физиолошког или патолошког процеса у организму потребно је потпуно познавање његово. Оно се добија само трудним и брижљивим посмат-

<sup>43</sup> „Новине Српске, од 10. октобра 1879. године.

рањем, а прилика за то дата је искључно лекару. Публика међу тим, из врло појмљивих узрока, хоће да суди и о медицини, као о једној практичној уметности, која подмирује свакидање потребе. Ослањајући се на свој „здрав разум“ у послу, где најпре треба видети, проучити па судити, публика има готово увек криве појмове. Осим тога медицина највише пати од оне ваљда урођене склоности на веровање у чудеса. Свак је се од нас уверио да кака најбесмисленија, чудновата па још страшна прича, налази слушалаца, који јој верују и у најинтелигентнијим круговима; па така чудеса ривалишу и медицини. Хиљаде приповедака, којима се мора веровати, јер „куне се човек“, доказују како је неко „саставио“ с каквих бунара, дрвљаника, ђубрета и т. д. „нешто“ и излечио човека, кога су „сви лекари оставили“. Ја сам, још као ђак, гледао једног *научника*, где хоће да свисне повраћајући, а све тражећи по својој кућевној хомеопатичној апотеци лек, па тек пошто „није могао да наиђе на прави“ морао је звати лекара.

Од туђег незнања и необавештења живи варалица. И медицина је поље за варање, а варалица богме не чека лимуна. Ето их наврли су са чудотворним капљицама, правим сирупима, непостижним еликсирима, нечувеним катранима итд. итд.

Те су ме варалице и нагнале, а моји пријатељи наговорили да поведем јаван говор о овој обмани, јер ево где се та несрећа почиње *јавно* и код нас да шири. Реч „швиндл“ и „швиндлер“ ушле су скоро у нашу земљу, али на жалост заједно с предметом на који се односе, а преко људи, којима



не само не приличи тако што чинити, него су правце позвати свим силама одупрети се томе злу.

Кад један незналица, рецимо један берберин, један „доктор из Турске“ или „из Америке“ „лечи“, њему се често може замерити само што је глуп. Обмана је код њега двострука, јер он сиромаш може мислити да он озбиља нешто зна, и забрањивање лечења од стране стручних људи и власти, он сматра за завист или себичност лекара. Али друкчије стоји ствар кад се оваким средством служи човек, који није берберин, није бојаџија, него на пр. — апотекар! Да узмемо и за њега две могућности — али не зна се која га горе црни! Он или озбиља мисли да какав сируп чисти крв, чини да коса расти, растерује жуљеве и лечи магарећи кашаљ<sup>1</sup> — и онда јо то јадна сведоџба о његовој интелигентности и знању, после свију школа кроз које је прошао; или он зна да је то „шивндл“, „хумбуг“, превара, и онда знамо с ким имамо посла.

Да пак сви ти огласи, с узвицима: „грађани“! „једино“! „савршено“! „сигурно“! „под гаранцијом!“ и т. д. рачунају само на превару публике, да у свима тим „лековима“ обично нема ничега лековитог, често што шта отровног, да су то најобичнија сред-

<sup>1</sup> Ради примера наводимо овде последњи оглас ове врсте, који нам је, кад је овај чланак писат, дошао до руку: „Од првих медицинских колегија у Немачкој испитано и у Угарској концесијовано *Платно против костобоље лечи брзо и сигурно костобољу*, реуматизам (трзавицу, и падање крштина), црвени ветар, грчеве сваке врсте, гукаве жиле, надувене и угануте руке и ноге са сигурним успехом.

ства, која се у најбољем случају по публику продају десет пута скупље него што вреде — то ћемо сад доказати.

Професор Др. Рихтер<sup>1</sup> изнео је на јавност до године 1872-ге 550 оваких тајних лекова. Свима тим средствима он је брижљиво испитао састав и вредност (новчану) и при том је нашао прво : да се продају по хиљаду и више процената скупље него што вреде ; друго да међ њима има 67 јаких отровних и 37 слабијих средстава за чишћење ; за тим 45 средстава за „подизање мушке снаге“, па онда 94 средства против сифилиса и та су већином отровна, а мањином иначе шкодљива ; даље 41 средство, од којих нити које што шкоди ни што помаже, свакако пак хиљаду пута више стаје него што у самој ствари вреди. Сад долазе 32 спољна средства против истих болести ; за тим 41 за дражење коже ; 44 за „улепшавање коже“, 44 средства од олова и других отрова против ћелавости, оседелости, црвене косе и т. д., 12 против ушних и 11 против очних болести. За уста и зубе има 55 бућкуриша ; за нос 5, и још 16 која „механички дејствују“.

Од свију ових средстава 136 њих су правце отровна. Међ осталим пак нема ама баш ни једног озбиља лековитог и корисног, све је сама дрска лаж и превара. Ако се и нађе које, које је бар храњиво, оно је састављено из најпростијих артикла, а наплаћује се турски. Тако је на пр. du Barry, Revalentia arabica или Revalescière просто брашно од грашка, сочива и пасуља, а плаћа се скупље

<sup>1</sup> Das Geheimmittel-Unwesen nebst Vorschlägen zu dessen Unterdrückung. Leipzig. 1872.

**Deceiving the public with false medications<sup>44</sup>**

Research of any area of human knowledge is hardly connected to such hardships as medical research is and there is hardly any an area so exposed to criticism from laymen and the unskilled as this one. Two damaging things originate from there: first, difficulties are in direct proportion with their resolutions, second, the public can not appreciate or use it in the measure it deserves. The public judges by the effect – that is correct! But it does not know what the effect of medicine is and can not find it – and that is a misfortune! In a case of cardialgia a doctor is triumphant with several drops of tincturae thebaicae — and it disappears just like that! And with a puncture of the stomach or chest, where he prolongs life even for at least an hour or less, where he acts as the creator, by giving life, he later has trouble »charging the medical visit«, because the patient has died, »and the doctor put him through so much trouble for nothing!“ And what is there to be done? In order to understand a physiological or pathological process in the body it is necessary to be familiar with it. It can be obtained only by hard and careful observation and that opportunity is granted to doctors only. However the public, due to understandable reasons, desires to judge the medicine itself, as a practical art which satisfies everyday needs. Relying on its »common sense« in the activity where at first a matter should be

---

<sup>44</sup> Insert of “Novine Srbske”, (October 10<sup>th</sup> 1879)

observed, then researched and then judged, the public almost always has the wrong notions. Apart from that, medicine suffers the most from that supposedly inherent inclination not to believe in miracles. Each one of us has been assured that some most pointless, wondrous and even terrible story can have people listen to it and believe in it, even among the most intelligent circles; such miracles sometimes rival those of medicine. Thousands of stories which must be believed in, because “the man swears how someone gathered up things from a well or trash and made “something” up” and cured a person, who has been abandoned by all doctors. When I was still a pupil, I have seen a scientist, suffering greatly from vomiting, who kept looking through his home pharmacy to find a homeopathic medicine and after he was not able to find it, he had to call for a doctor.

Cheaters live from other people’s ignorance and lack of information. Medicine is also a field for cheating, and a cheater shall not wait to be asked twice. There they are with their miraculous drops, real syrups, amazing elixirs, remarkable tars, etc.

Those hustlers made me and my friends persuaded me to start talking publicly about this deception because that unfortunate matter has started to spread here. The word “swindle” and “swindler” have reached our country recently but unfortunately together with items they are related to and through people for whom it is not only unseemly to do so

but who are, on the contrary, required to confront that evil with all available means.

When a certain ignoramus, one barber, one “doctor from Turkey”, going from America where he has been treating others, the only thing that could be objected to him is his stupidity. With him deception may be two-fold, because the poor creature may think he indeed knows something and when the experts or authorities prohibit him to treat others he denotes it as envy or egoism of the physicians. But it is different when these items are used by persons who are not barbers or painters but pharmacists! Let us take two possibilities – however it is not clear which one is more unfavourable for them! They either truly believe that some syrup cleanses the blood, makes the hair grow, eliminates foot corns and cures coughing — and that is indeed a poor testament of their intelligence and knowledge, after all the schools they went to; or they indeed know it is a matter of “swindle“, “humbug“, deceit and then we know who we are dealing with.

We shall now prove that all these advertisements, with exclamations “the one and only”, “perfect”, “safe”, “guaranteed” etc. intended only to deceive the public, do not usually contain any beneficial properties, or rather often some poisonous ones, that they are simple items which, at best, are sold to the public for ten times their real worth.

Professor Dr Richter presented to the public 550 of these secret medicines up until 1872. He used his methods to carefully examine the

contents and the value (monetary) and found first: that they are sold thousand and more percents more expensive of what they are worth; second, that among them there are 67 strong poisonous and 37 weaker cleaning agents; then 45 potions for “elevation of male potency“, then 94 potions against syphilis, mostly poisonous and minority are less damaging; then 41 potions which neither harm nor help, in any case a thousand times more expensive than actually worth. Then 32 external potions against the same diseases; 41 for skin stimulation; 44 for “skin beautification“, 44 potions made of lead and other poisons against baldness, grey hair, red hair, etc. 32 against ear and 11 against eye infections. There are 55 foul liquids for mouth and teeth; 5 for nose and 16 more which have a “mechanical effect“.

From all these potions, 136 of them are actually poisonous. Among the rest there are none which are really medicinal or useful, they are all blatant lies and deceptions. If some are found to be at least nourishing, they are made up of the simplest ingredients and are charged enormously. So for example du Barry, Revalentia arabica or Revalesciera is a simple flour made of green peas, lentils and beans and is charged much more.

**РАДОВИ ОБЈАВЉЕНИ У ЧАСОПИСУ „НАРОДНО ЗДРАВЉЕ“**  
PAPERS PUBLISHED IN „NATIONAL HEALTH“ MAGAZINE

**Реферат о судско-медицинској експертизи  
у делу оптуженог Никодија Недељковића<sup>45</sup>**

Др. Л. К. Лазаревић реферује о делу оптужења Никодија Недељковића из Дубоке (про. XXXVIII Бр. 142).

Савет по размотрењу свију аката, која се на овај предмет односе одлучио је да на питање г. Министра одговори да је Василија умрла од убоја а не од „загушивања“ и „падавице“, и да су „повреде нађене на телу“ дошле од злостављања, а не од „труцкања преношаја мртвог тела до гроба или од трулежи“.

Специјални протокол о овоме предмету са потписом свију чланова заседача, да се пошље г. Министру с` молбом да се од криве стране наплати 30,0 динара, у корист Санит. фонда а на име једнодневне дијурне за 6 чланова заседача.

У Београду 16-ог Октобра 1881.

Председник  
Главног Санитетског Савета  
**Др. Медовић**

<sup>45</sup> Часопис „Народно здравље“, додаток листа „Српски Архив“, (1881), стр. 443.

### **Case study on forensic science expertize of Nikodije Nedeljković's act<sup>46</sup>**

Dr L. K. Lazarevic talks about Nikodije Nedeljkovic's (from Duboka) court case (pro. XXXVIII No. 142).

Council, according to all aspects of deliberation of the act decided to answer the Minister's question that Vasilija was killed and did not die of "asphyxiation" and "epilepsy", and that "injuries found on the body" came from abuse, and not as a result of "moving the dead body to the grave or from decay".

There is a special protocol on this matter with a plea to charge the guilty party with 30,0 dinars, in favor of Sanit. Fond in name of a day's wage for 6 council members.

---

<sup>46</sup> Magazine "National Health" addition to the journal „Serbian Archive“ (1881), p.443.



## Извештај изасланика за студирање како се производи и негује анимална лимфа на теладима<sup>47</sup>

### IZVEŠTAJ

#### IZASLANIKA ZA ŠTUDIRANJE KAKO SE PROIZVODI I NEGUJE ANIMALNA LIMFA NA TELADIMA

*Gospodinu Ministru unutrašnjih dela.*

Prema naredbi g. ministra od 24. pr. m. CN<sup>o</sup>. 4275 ja sam bio u zavodu Dr. Hajnriha u Beču, i naučio sam kako se proizvodi i neguje animalna limfa na teladima.

Ogromna korist, koju je Džener učinio ljudskome rodu humanišući kravlju limfu, potegla je za sobom, kao zar i svaka dobra stvar, dosta teškoća i opasnosti, rad kojih se u naše vreme s tako mnogo oduševljenja i uspeha ponovo vraća kalamljenju sa živinčeta. Nije mesta ovde upuštati se dalje u prevagu ove metode kalamljenja animalnom limfom, dovoljno je samo pomenuti da se kalamljenje s ruke na ruku i u javnom i u privatnom životu trpi još samo za nevolju. Veliki napori, koje je pretrpela podmladena aptedžeperova metoda, krunisani su sjajnim uspesima, i sva je prilika da je njena budućnost.

Teškoće, na koje ću docnije doći, krive su, te se ona do danas nije mogla još nigde načiniti zakonom i prinudnom merom, iako bar austro-ugarska država jako simpatiče ovoj metodi, koncesioniše i subvencionišuje je, i malo po malo predaje joj čas jedan, čas drugi svoj zavod. Izvesno je pak da sve što može platiti ne kalami sebe ni svoje drukčije nego animalnom limfom.

Sam fakt da se između ostalog sifilida ne da preneti na govčice dovoljan je, da bagateliše sve žrtve, koje su učinjene ovoj metodi; a naročito u krajevima gde je sifilida odomaćena. Kad se uz to doda da iz vešte ruke učinjeno kalamljenje iznosi u uspehu 100%, da se njime uvek obiluje limfom, te se lekar ne dovodi u tesno da pozove više dece nego će mu stići maje, da se škole, zavodi i vojske od po muke, pouzdano i sistematski kalame i pokalame (revakcinišu), onda se i kalamljene pod moranje (Impfzwang) pokazuje u sasvim drugoj svetlosti i mnogo jačem pravu.

<sup>47</sup> Часопис „Народно здравље“ IV, 20, (1884-85), стр. 154.

Dr. Hajnrih u Beču rukovođen svojim osmogodišnjim iskustvom kalama za prenos na ljude određenu telad samo i isključno s krava. Po njemu jačina teleće maje opada u upravnoj proporciji sa generacijom. Sa toga on drži uvek dovoljan broj krava, na kojima može preko cele godine održavati maju. Ova je maja razume se takođe upotrebljiva za prenos na čoveka, ali iz razloga, koji se sami kažu, valja je najpre (za neposredno kalamljenje) preneti na tele, ili je nositi skupljenu u sudu, gde vrlo brzo izgubi snagu. Sa jednog dobrog i dobro nakalamljenog teleta može se kalamati više stotina pari ruku.

Od teleta su upotrebi čosavo mesto između stražnjih nogu, i po potrebi izbrije se trbuh odatle na unapred upravo za koliko se hoće. Gusta kravlja maja, koja, ako je sveža, pouzdanija je od svake tečne, utre se dobro u lancetom najbolje naduž naparana mesta. *Naduž* zbog toga što limfa kod teleta ne curi onom snagom i obilnošću kao kod čoveka, nego valja pustulu steći, te na taj način namorati limfu da izlazi. Za taj posao ima i alatljika na formu štipaljke na bravu (Schlosspincette), koja uhvati pustulu u svoje krake. Tako limfa lasno odilazi, i lasno se hvata u cevi; a za neposredno kalamljenje podnosi cela pustula onaka kaka je, zajedno s korom, limfom i dnom. S jedne dobre pustule može se kalamiti biće i više od 50 pari ruku, a može se skinuti *pouzdan* maje najviše 5–10 cevi. Ovo pomijem naročito za to, što iz toga izlazi da je raznošenje pouzdanne limfe quantum satis za par ruku skupe deset puta od kalamljenja s teleta na ruku; pa ma da to u jednom zavodu jedno drugo pokriva i recimo podjednako se oboje naplaćuje, za državu nije nikako jedno isto, a naročito kad se još uzme u račun da je direktno kalamljenje uvek skorašnje, dok limfa u fiolama gubi snagu iz dana u dan.

Upotrebljeno tele ne bi bar trebalo da gubi ništa od svoje vrednosti. U dobro uređenom Dr. Hajnrihovom zavodu ono se po svršetku škidanja limfe odmah kolje, pre nego su pustile i prešle u gnojenje. Tako se izbegava veći trošak a u neku ruku zadovoljava se, ironična humanitarnost.

Ukratko dakle, ne upuštajući se u opisivanje šasvim običnih alataka (osim stola za tele, koji staje preko stotine forinata) ovako se mora raditi kad se hoće da kalamu s teleta:

Prenose se maja na goreopisani način na tele. Ruke se poruče četvrtog do petog dana, jer u tom roku uzri maja. Za raznošenje skupe se prve kapi iz pustula, ceo ostali deo po potrebi uzme se za direktno kalamljenje. Tele se odmah po tom predaje svome vulgarnom opredeljenju.

Sa ovog teleta daje se nakalamiti drugo tele, ali maja od ovog drugog teleta nije ni iz daleka onako pouzdana kao s provoga. *Za svako dakle tele potrebna je skorašnja kravlja maja.*

Održanje maje na kravama škopčano je s tolikim troškom, da po mome mišljenju kod nas ne može biti ni govora o tome. Sve što bi se dalo uraditi bilo bi to, da se *skorašnja* kravlja maja po potrebi ozgo dobavlja, pa prenosi na telad i dalje na ruke.

A i ovo se zbog troška i oskudice vičnih ljudi daje učiniti samo u većim opštinama, za prvi mah možda samo u Beogradu. Pa i u tome slučaju država bi bez sumnje takvome pregaocu morala ići na ruku, te na pr. otkupljivati od njega (mesto sa strane) maju za razošiljanje u unutrašnjost, kalamiti kod njega uz neznatnu naknadu vojsku, svoje škole (internate), zavode itd. To bi isto morala činiti i opština, plaćajući za taj način kalamljenja bar ono, što i sada plaća za svoju sirotinju. Ako bi ovo poduzeće u Beogradu poše itd. To bi isto morala činiti i opština, plaćajući za taj način kalamljenja bar ono, što i sada plaća za svoju sirotinju. Ako bi ovo poduzeće u Beogradu pošlo za rukom, bez sumnje bi, ako ni s koje druge strane a ono od njega samog pošla inicijativa za raširenje i po drugim većim opštinama; dok docnije možda s uprošćenjem metode i njenim prilagođenjem na naše prilike ne postane opštom i jedino obaveznom u celoj našoj zemlji. A odomaćena sifilida u pojedinim krajevima namoraće nas kad tad da se bar u tim krajevima služimo isključno telećom majom, pa ma šta nas stalo.

Ostaje mi još da govorim o uspehu ovoga načina kalamljenja. Za devet dana moga bavljenja u Dr. Hajnrihovom zavodu ja nisam video *ni jedno dete*, koje je direktno kalamljeno, a da nije primilo. Ni kod jednog nisam video ni jake reakcije u naokolo, ni u limfnom sistemu. I groznica je bila vrlo neznatna.

Dr. Hajnrih ima običaj da pri razošiljanju limfe šalje i korespondentnu kartu za odgovor s molbom da mu se na njoj odgovori kakav je uspeh. Ja sam čitao stotine takih karata pravce sa usklicima i ushićenjem pisanih. Ali za cifre, koje ću sad odmah navesti, služio sam se samo službenim aktima.

Tako:

U Kašavi u 34 i 85-toj infanterijskoj regimenti *kalamljeno* je njih 90 s uspehom 100%.

U školi je revakcinisano:

klasa I. 46. uspeh 43=93,5%

klasa II. 50. uspeh 49=98%

klasa III. 53. uspeh 44=83,2%

klasa IV. 44. uspeh 38=86,3%

Svega 193. 174 90,2%

u Oktobru 1883..

Nižih činova 17 – 11 – 64%

Redova 42 33 – 78%

U c. k. artiljerijskoj kadetskoj školi Maja 1882.

Revakcinisano 301 s uspehom od 231=77%

Opet tu u Novembru 1883.

Revakcinisano 97 s uspehom od 80=82%

Militarna škola u Sankt Peltnu, Juna 1882.

Pitomaca revakcinisano 187 uspeh 182=94,3%

Ljudstva revakcinisano 56 uspeh 47=84%

Dece vakcinisano 3 uspeh 3=100%

*Celo ljudstvo (Mannschaft) kalamljeno je na mesec dana pre toga drugom nekom materijom, a bez ikakva uspeha.*

Opet tu u Novembru 1883.

Pitomaca revakcinisano 110 uspeh 98=89,1%

Ljudstva revakcinisano 37 uspeh 34=92,2%

Militarna sirotinjska kuća (Weisenhaus) u Fišavi.

Aprila 1883.

Pitomaca revakcinisano 142 uspeh 141=100%

Ljudstva revakcinisano 26 uspeh 25=96,2%

Dece vakcinisano 9 uspeh 9=100%

Infanterijska kadetka škola u Beču, Maja, 1882.

Pitomaca revakcinisano 419 uspeh 384=91,4%

Tehnička militarna akademija u Beču. Juna 1882.

Pitomaca revakcinisano 225. uspeh 188=83,5%

Ljudstva revakcinisano 120 uspeh 92=76,6%

Štabnih oficira kurs u Beču. Jula 1882.

Revakcinisano 130 s uspehom 102=79,0%

Oficirske ženske dece institut u Beču. Maja 1883.

Pitomaca revakcinisano 141. Uspeh 132=93,5%

Militarna škola u Arenštatu. Oktobra 1882.

Pitomaca revakcinisano 261 uspeh 226=87%

Ljudi (redova) revakcinisano 55 uspeh 40=84%

Nižih činova revakcinisano 19 uspeh 19=100%

Garnizon u Komoranu i Uj-Seniju. Od 20. Juna do

1-og Jula 1884.

Vakcinisano 42. Uspeh 36=86%

Revakcinisano 2554 uspeh 1978=77%

I tako dalje.

Ne predajući se nikakvim iluzijama valja mi još pomenuti da slučajevi, koji su ovde navedeni pod revakcinacijom, izvesno nisu skoro takvi. Bez sumnje, veliki deo njih imao je samo fedu, koja je potrebna za ulaz u zavode, a u samoj stvari ili nisu nikako, ili su s uspehom vakcinisani. Pa pri svem tom rezultati su tako sjajni, da se jedva daju i zamisliti bolji, i ja se usuđujem obratiti naročitu pažnju g. ministra na rezultate kalamljenja u Sankt-Peltnu, i na procenite uspeha kod revakcinisanih.

Podaci su kao što sam gore naveo službene prirode. O njihovoj istinitosti nema dakle nikakve sumnje.

Naposletku smatram za prijatnu dužnost pred licem gospodina ministra izjaviti svoju duboku zahvalnost g. Dr. Hajnrihu na njegovoj predusretljivosti i uslužnosti prema meni, i to ne samo kao prema kolegi, nego i naročito kao prema izaslaniku g. ministra.

*18. Avgusta 1884. god.  
U Beogradu.*

### **Report of the study expert on how to produce and care for animal lymph on calves<sup>48</sup>**

*To minister of internal affairs*

According to the order of the minister of 24<sup>th</sup> of the last month, C№. 4275 I visited the institution of Dr Heinrich in Vienna and learned how to produce and care for animal lymph on calves.

The huge benefit, which Jenner gave to mankind by humanizing the cow's lymph, brought with itself, like any other good thing, a lot of difficulties and perils, since in our times people are eager with excitement and success to return to vaccination from beasts. This is no place to dwell further on prevalence of this method of vaccination with animal lymph, it is sufficient to say that vaccination from arm to arm is intended only for dire circumstances. Great efforts, which the rejuvenated aptegeper method were crowned with great success and in all probability are its future.

Difficulties, which I shall discuss later, are to blame since until the present day it was not made legal and mandatory, even though the Austro-Hungarian state is very fond of this method, it provides concessions and grants subsidies for it, and more and more subjects its institutes to it. It is evident that all those who can pay do not vaccinate themselves or their own in any other way than with animal lymph.

---

<sup>48</sup> Magazine „National Health“ IV, 20, (1884-85), p. 154.

The very fact that, among other things, syphilis may not be transferred to a bovine animal, is enough to render all victims of this method cheap; especially in the regions where syphilis is common. When one adds that with expert hands, vaccination is 100% successful, that it always provides more than enough lymph, so that the doctor is not placed in an awkward position not to invite more children than he can service, to have schools, institutes and armies easily, reliably and systematically vaccinated (revaccinated), then mandatory vaccination is presented in a completely different light and with a much stronger position.

Dr Heinrich in Vienna, led by his eight year long experience of vaccines for transfer to people from certain calves and exclusively from cows. According to him, the strength of the calf serum decreases in direct proportion to the generation. That is why he kept a sufficient number of cows, all year long, so as to be able to maintain the serum for the duration of the year. This serum is of course proper to be used for transfer to humans, but from reasons, which are self evident, it must be at first (for direct vaccination) transferred to the calf, or carried in a vessel, where it would lose its strength quickly. From one good and well vaccinated calf, several hundreds of arms may be vaccinated.

Hairless section between the legs is used from the calf and if necessary its belly is shaved for as much as needed. Thick cow's serum which, if fresh, is more reliable than any liquid one, is pressed firmly with a lancette preferably alongside the cut locations. Alongside because

the lymph in calves does not flow with the same strength and profusion as in humans, and a pustule should be obtained and thus the lymph forced to flow. Various tools may be used to do the job such as pincers with locks (Schlosspincette), which hold the pustule between their arms. That way lymph flows freely and is easily caught in a vessel; for direct vaccination the entire pustule, as it is, is submitted together with the crust, lymph and bottom: from one good pustule it is possible to vaccinate more than 50 pairs of arms, and it is possible to extract reliable serum from 5 – 10 pipes at the most. I mention this because it may be deducted that delivery of the reliable lymph is quantum satis for a pair of arms ten times more expensive than vaccination from a calf to an arm; and although it is equally covered in one institute and is say, equally charged, it is in no way the same for the country, and especially when one takes into account that direct vaccination is always more recent while the lymph in the vessels loses its strength each day.

The calf used should at least not lose any of its value. In the well organised Dr Heinrich institute, after the extraction of the lymph it is slaughtered, before the pustules start to fester. That is how a greater cost is avoided and to some extent, ironic humanity is preserved.

In short therefore, without going into descriptions of quite plain tools (except a table for a calf, which costs over one hundred forints) this is what must be done in order to vaccinate from a calf:



The serum is transferred in the above described way onto the calf. The arms are ordered for four to five days since at that time the serum becomes adequate. First drops are gathered from the pustules for distribution and the remaining part, as necessary, is taken for direct vaccination. Calf is then immediately disposed of.

Form this calf another one may be vaccinated, but the serum from this other calf can not distinctly be as reliable as from the first one. So for each calf one needs a recent cow's serum.

Preservation of serums in cows is connected to such costs that in my opinion, we can not even discuss it. All that could be done would be to have the recent cow's serum obtained then passed onto calves and then further onto arms.

Due to the costs and lack of funds this can be achieved only in bigger municipalities, at first perhaps only in Belgrade. So in that case the state would without a doubt need to favour such an entrepreneur and purchase from him (instead from external sources) the serums to be sent inland, perform vaccinations with minor costs in the army, its schools (boarding schools), institutes, etc. The municipality would have to do the same, paying for the vaccines as much as it pays for its poor now. If this company in Belgrade were to start functioning then, without a doubt, there would be an initiative, from the company at least, to spread to other big municipalities, and later perhaps, by simplifying the method and adjusting it to our circumstances, it could become general and mandatory

in the entire country. And the customary syphilis in some areas would make us, sooner or later, use at least in those areas exclusively the calf serum, regardless of the costs.

The only thing remaining for me is to speak about the success of our method of vaccination. In nine days at Dr Heinrich's institute, I have not seen any child which was directly vaccinated to no avail. Not one had strong reactions either evident, or in the lymphatic system. Fever was also minor.

Dr Heinrich tends to send with the lymph a correspondence card asking the recipients to reply about the success. I have read hundreds of such cards with exclamations of delight of the senders. But when it comes to figures, which I shall disclose presently, I have used official acts only.

Thus:

In Kašava in the 34<sup>th</sup> and 85<sup>th</sup> infantry regiment 90 people were vaccinated with a success of 100%.

At school the following were revaccinated:

class I. 46. success 43=93,5%

class II. 50. success 49=98%

class III. 53. success 44=83.2%

class IV. 44. success 38=86.3%

Total 193. 174 90.2%

In October 1883

Lower ranks 17 - 11 - 64% Privates 42 33-78%

In the artillery cadet school in May 1882, 301 had been revaccinated with a success of 231=77%. In the same place in November 1883, 97 had been revaccinated with success of 80=82% Military school in Saint Pelten, in June 1882, 187 cadets had been revaccinated with a success of 182=94,3%, people revaccinated 56 with success of 47=84%, children vaccinated 3 with success of 3=100%.

The entire population (Mannschaft) had been vaccinated for a month before that with some other matter, but without any success.

In the same place in November 1883, 110 cadets had been revaccinated with success of 98=89,1%, people revaccinated 37 with success of 34=92,2% Military poor house (Weisenhaus) in Fišava. April 1883.

142 cadets revaccinated with success of 141=100%, 26 people revaccinated with success of 25=96,2%, 9 revaccinated children, with success of 9=100% Infantry cadet school in Vienna, May, 1882. 419 cadets revaccinated, with success of 384=91,4% Technical military academy in Vienna. June 1882. 225 cadets revaccinated with success of 188=83,5%, 120 population revaccinated with success of 92=76,6%, Headquarter officers course in Vienna. July 1882. 130 revaccinated with success of 102=79,0% Institute for officers' female children in Vienna, May 1883. 141 cadets revaccinated with success of 132=93,5% Military school in Arenstadt. October 1882. 261 cadets revaccinated with success of 226=87% 55 people (cadets) revaccinated with success of 40=84% 19

lower ranks revaccinated with success of 19=100% Garrison in Komoran and Uj-Seni. June 20 to July 1, 1884. 42 vaccinated with success of 36=86% 2554 revaccinated with success of 1978=77% and so on.

Not succumbing to any illusions I should mention that the cases presented here under revaccination are certainly not such. Without a doubt, great portion of them only had, which is necessary to get into the institutes and in the matter itself they had not been at all or had been vaccinated with success. In all that, the results are so great that one could hardly imagine better ones, so I dare to ask the minister to pay special attention to the results of vaccination in Saint Pelten and to success percentage with the revaccinated people.

As I had stated above, the data are official and thus there are no doubts about their truthfulness.

Finally, I see it as a pleasant duty to express before the minister my deep gratitude for Dr Heinrich who had been forthcoming and kind to me, not just as to a colleague but especially as an envoy of mr minister.

In Belgrade, 18<sup>th</sup> August 1884.

**УСМЕНИ ИЛИ ПИСМЕНИ РЕФЕРАТИ ШТАМПАНИ У  
СРПСКОМ АРХИВУ У ОКВИРУ ЗАПИСНИКА СА  
РЕДОВНИХ СЕДНИЦА СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА**

ORAL OR WRITTEN REPORTS PRINTED IN SERBIAN ARCHIVE  
IN THE FRAME OF A RECORD FROM REGULAR MEETINGS OF  
SERBIAN DOCTORS ASSOCIATION

**Случај напрасне смрти услед жучне колике<sup>49</sup>**

Усмени реферат цитиран у Записнику 3. седнице Српског лекарског друштва од 9. фебруара 1880. година под редним бројем 34.

**Бр. 34.**

Редовни члан Д-р Л. К. Лазаревић саопштава напрасан случај смрти услед жучне колике (Cholelithiasis).

**A case study on sudden death due to bile colic<sup>50</sup>**

Article quoted in the report of the 3<sup>rd</sup> session SDA on the 9<sup>th</sup> of February 1880, num. 34.

No. 219

Regular member Dr Lazar Lazarevic announces sudden death due to bile colic (Cholelithiasis).

<sup>49</sup> Српски Архив, одељак први, књига VII (1880), стр. 8.

<sup>50</sup> Serbian Archive, part I, book X (1880), p. 8.

**Предлог да се у Српском Архиву  
отвори рубрика за инзерате у којима ће моћи апотекари  
објављивати нове науком опробане лекове<sup>51</sup>**

Предлог цитиран у Записнику 8. седнице Српског лекарског друштва од 26. априла 1880. године под бројем 73.

Број 73.

Редовни члан Др. Л. Лазаревић предлаже, да се у „Архиву“ отвори рубрика за инзерате, у којима ће моћи апотекари објављивати нове науком опробане лекове. Пошто се често догађа, да би лекар у пракси преписао неки од нових лекова, а незна да ли га и у којој апотеци има, и пошто ће ове анонсе нарочито од користи бити колегама у унутрашњости, то је друштво одлучило да се на крају „Архива“ отвори једна партија за такве инзерате и да се о томе извести председник гремијума српских апотекара.

**Suggestion to open a column in Serbian Archive  
for inserts in which pharmacists will be able to  
publish new scientifically tested drugs<sup>52</sup>**

Regular member Dr L. Lazarevic suggests to open a column in the “archive” for inserts in which pharmacists will be able to publish new scientifically tested drugs. Since it happens more often, in order for doctors to be able to, in practice prescribe some of the new drugs, and they do not know if it available in pharmacies, and since these announcements will be useful especially to the colleagues from midland, society therefore decided to open a part at the back of the “Archive” for such inserts and to inform the president of the Association of Serbian Pharmacists.

<sup>51</sup> Српски Архив, одељак први, књига VII (1880), стр.19.

<sup>52</sup> Serbian Archive, part I, book VII (1880), p. 19.

### Случај повреде предњег трбушног зида са испалим цревима због убода воловског рога испод пупка – успешно хируршки збринут

Рад је цитиран у Записнику 16. састанка Српског лекарског друштва од 11. Октобра 1880. године, под редним бројем 114.

Редовни члан Др. Лаза К. Лазаревић саопштава овај случај из своје приватне праксе :

„Човека убо во рогом испод пупка на два прста а мало у лево. Црева су испала и човек је без лекарске помоћи лежао неколико сахата, само му је неко намазао црева угрејаном машћу и репоновао их. Ја сам при прегледу нашао разголићену артерију епигастричку, рану сам зашио и преписао јаке дозе опијума. Болесник није имао дванаест дана столицу и оздравио је.“

Редовни члан Др. Јован Данић имао је подобан случај, само црева нису била испала и пошто је рана зашивена болесник је оздравио за три недеље.

Редовни члан Др. Игњат Хирш прича, да је у Јагодини имао сличан случај. Повреда је нанесена рогом и рана је била дугачка 10 палаца, црева су испала и тек после неколико сахата су испрана и репонована а рана зашивена и резултат је ипак био повољан.

И редовни члан Др. Лаза Стевановић имао је у својој приватној пракси два случаја где је перфорисана трбушна дупља. Повреда је у оба случаја нанесена ножем. У једном случају где је и црево псвређено било болесник је умро, а у другом испро је само оментум и тек трећи дан је репонован и рана зашивена. Рана је брзо зарасла и болесник оздравио.

<sup>53</sup> Српски Архив, одељак први, књига VIII (1881), стр. 8-9.

**A case of front abdominal wall injury with intestines hanging out – surgically taken care of with succes<sup>54</sup>**

Article quoted in the report of the 16<sup>th</sup> session SDA on the 11<sup>th</sup> of October 1880, num. 114.

“The man was stabbed by an ox below the navel and slightly to the left. His intestines came out and without any medical assistance he lay for a couple of hours, someone merely »rubbed the intestines with hot grease and placed them back;” Upon examination, I found the epigastric artery to be exposed, stitched up the wound and prescribed strong doses of opium. The patient did not have a stool for twelve days and then he recovered.”

---

<sup>54</sup> Serbian Archive, part I, book VIII (1881), p. 8-9.



### О епидемији егзантематичног тифуса у селима Космаја и Кораћици<sup>55</sup>

Писмено саопштење у Записнику 8. састанка Српског лекарског друштва од 1. августа 1881. године под бројем 59.

#### Бр. 59

Др. Лаза К. Лазаревић саопштава да је и он, још као окружни лекар посматрао у селу Космају и Кораћици једну епидемију тифуса егзантемат. У почетку имала је епидемија зао карактер са леталним излазима. Ширење епидемије могло је се лако посматрати; у једној кући разболело се једно за другим њих деветоро и одатле се болест све на даље распростирала. При свршетку епидемије био је тифус све блажи и мање опасан.

### About exanthematic typhus epidemic in Kosmaj and Koraćica villages<sup>56</sup>

Article quoted in the report of the 8<sup>th</sup> session SDA on the 1<sup>st</sup> of August 1881, num 59.

Dr Laza K. Lazarević reports that he, as a district doctor, observed a typhus exanthematic epidemic in Kosmaj and Koraćica. In the beginning epidemic had an evil character with lethal consequences. Spreading of the epidemic could have been observed easily; in one house nine people got sick one after the other and the illness spread further from there. Toward the end of the epidemic typhus was milder and less dangerous.

<sup>55</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 26.

<sup>56</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 26.

**Случај детета које је змија за руку ујела<sup>57</sup>**

Писмено саопштење у Записнику 8. састанка Српског лекарског друштва од 1. августа 1881. године под бројем 60.

**Бр. 60**

Др. Атанасијевић саопштава један случај, који је у Брањи видео: једну бабу ујела је змија око 10 сати у јутру око 2 сата по подне зват је он к болесници, која је већ била без пулза и у агонији лежала, темп 35, С; одма је за тим умрла.

Др. Лаза Лазаревић видео је један пут дете, које је змија за руку ујела. Рука му је била као изгорена а иначе ништа друго није осећало.

**A case study on a child who got bitten by a snake on the hand<sup>58</sup>**

Article quoted in the report of the 8<sup>th</sup> session SDA on the 1<sup>th</sup> of August 1881, num 60.

Dr Laza Lazarevic once saw a child who got bitten by a snake on the hand. The child's arm looked like it was burnt and the child did not feel anything else.

<sup>57</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887).

<sup>58</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887).

### О резултатима употребе Калабара код два случаја иритиса<sup>59</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 10. Састанка Српског лекарског друштва од 18. октобра 1881. године под бројем 71.

Др. Лаза Лазаревић реферише о резултатима употребе *калабара* код два случаја иритиса, од којих је један по свој прилици сифилитичког постанка. Калабар истина брзо производи своје дејство, али оно не траје више од неколико сахата, те према томе не да се ни из далека сравнити са атропином, којег дејство траје и до недеље дана. Али поглавито је то, што је референт приметио да је се употребом *калабара* у оба ова случаја већ постојећи акутни иритис знатно погоршао. Лазаревић је ипак мишљења, да *калабар* ваља употребљавати код иритиса, само не у акутним већ у протеклим случајима.

### A report about results of using Calabar in two cases of iritis<sup>60</sup>

Article quoted in the report of the 10<sup>th</sup> session SDA on the 18<sup>th</sup> of October 1881., num. 71.

Dr Laza Lazarević reports about results of using Calabar in two cases of iritis, in one of them having derived from syphilis. Calabar produces its effect fast, but it does not last more than a few hours, therefore it cannot be compared with Atropine whose effect lasts up to one week. It is important, though, that the doctor noticed that *using Calabar in both cases deteriorated iritis significantly*. Lazarević thinks that kalabar should be used in treatment of iritis only not in acute but in chronic cases.

<sup>59</sup> Српски Архив одељак први, књига IX (1887) стр. 29-30.

<sup>60</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 29-30.

### Случај дифтерије код једног детета са парализом грљанског мишића<sup>61</sup>

Усмени реферат цитиран у Записнику 11. састанка Српског лекарског друштва од 19. новембра 1881. године под бројем 75. и 76.

Бр. 75

Др. Л. Лазаревић јавља, да је у својој приватној пракси  
имао 1 случај дивтерије код једног детета.

### A case about diphtheria in a child with paralysis of laryngeal muscle<sup>62</sup>

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 19<sup>th</sup> of November 1886, num 75 and 76.

Dr L. Lazarević reports that he had in his private practice one case of diphtheria in a child.

<sup>61</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 31.

<sup>62</sup> Serban Archive, part I, book IX (1887), p. 31.

## Случај екстирпованог поткожног липома који је рецидивирао и поново екстирпован<sup>63</sup>

Др Јанковић и Др Л. К. Лазаревић

Писмени реферат цитиран у Записнику 1. састанка Српског лекарског друштва од 6. фебруара 1882. године под бројем 8.

Д-р Јанковић представља друштву једног болесника и реферише, како се код њега јесенас јавио један поткожни тумор величине песнице на десној страни леђа испод лопатике. Тај тумор д-р Јанковић је у друштву са Л. К. Лазаревићем екстирповао, по што су се претходно сагласили да је гука липом. Пошто је рана рег ргітат зарасла, почела је неоплазма на истом месту да расте, и за неколико месеци нарасла је као и пре операције. За тим буде опет екстирпована, па у цели да не би више рецидивисала д-р Јанковић и Л. К. Лазаревић навалице су оставили да шупљина испод коже гноји. Али чим је рана зарасла, опет неоплазма почиње да расте, и сада, кад је пацијент представљен друштву — неколико месеци после друге операције — она је већа од песнице. — Известилац овом приликом изјављује, да је њему непознато, да липоми могу да рецидивишу, па стога је представио друштву овај случај.

<sup>63</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 43-44.

**A case on extirpated skin lipoma which recidivated and was  
extirpated again<sup>64</sup>**

**Dr Janković and Dr L. K. Lazarević**

Article quoted in the report of the 1<sup>th</sup> session SDA on the 6<sup>th</sup> of February 1882, num. 8.

Dr Janković presents a patient to the community and reports that he noticed an under-skin tumor, the size of a fist on the right side of his back, under the shoulder blade. Dr Janković with L. K. Lazarević's company extirpated the tumor, because they agreed that it was lipoma. Since the wound healed per primam, neoplasm started to grow in the same place, and in a few months it grew to the size that it was before the operation. It was extirpated again, with an aim that it would not return dr Janković I L. K. Lazarević left the hole under the skin to remain infected. But as soon as the wound healed neoplasm started to grow again, and now, when the patient is presented to the community – a few months after the operation – it is larger than a fist. –The doctor using this opportunity announces that it is unknown to him that lipomas can recidivate, and therefore he presented this case to the community.

---

<sup>64</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 43-44.

### Случај амблиопије услед пушења<sup>65</sup>

Усмени реферат цитиран у Записнику 5. састанка Српског лекарског друштва од 10. априла 1882. године под бројем 41.

Д-р Лаза Лазаревић приповеда о једном случају амблиопије са једним деколорисаним сегментом пупиле при офталмо-скопичном прегледу. Но како је болесник много пушио, то му је он ради пробе забранио дувати да пуши неколико дана. После 4 дана могао је болесник добро читати, што се држи да је узрок тој амблиопији био пушење дувана.

### A case of amblyopia due to smoking<sup>66</sup>

Article quoted in the report of the 5<sup>th</sup> session SDA on the 10<sup>th</sup> of April 1882., num. 41.

Dr Laza Lazarevic notes about one case of amblyopia with one decolorized segment of pupil during ophthalmoscope exam. Since the patient smoked considerably, he forbade him to smoke for a couple of days. Four days later, the patient was able to read well, which proves that the cause for amblyopia was smoking.

<sup>65</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 52-53.

<sup>66</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 52-53.

### Случај тетануса услед телесне повреде<sup>67</sup>

Усмени реферат цитиран у Записнику 5. састанка Српског лекарског друштва од 10. априла 1882. године под бројем 41.

Даље прича о једном случају са тризмусом и тетанусом, који је наступио услед телесне повреде после 15 дана. Пре 15 дана пала му је греда на леђа ; после се развио и епистотонус.

### A case study on tetanus due to bodily injury<sup>68</sup>

Article quoted in the report of the 5<sup>th</sup> session SDA on the 10<sup>th</sup> of April 1882, num 41.

He further talks about one case of trismus and tetanus, which came about due to bodily injury, ten days later. Fifteen days prior, a wooden plank fell on his back; later opisthotonus developed.

---

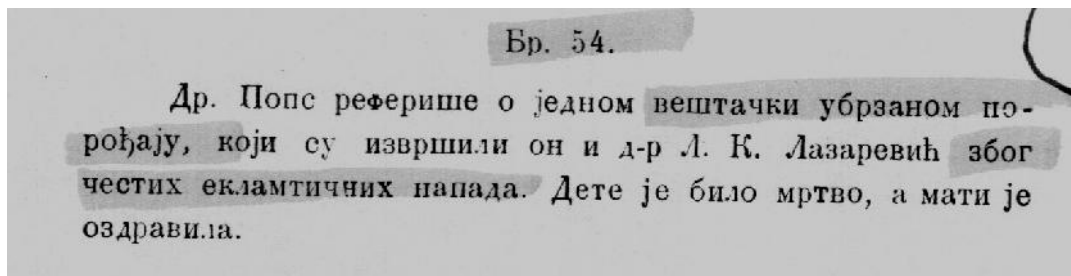
<sup>67</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 53.

<sup>68</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 53.



**Случај вештачки убрзаног порођаја  
због честих екламптичних напада<sup>69</sup>  
Др Попс и Др Л. К. Лазаревић**

Усмени реферат цитиран у Записнику 11. састанка Српског лекарског друштва од 24. априла 1882. године под бројем 54.



**A case study on artificialy induced labor because of  
frequent eclamptic seizures<sup>70</sup>  
Dr Pops and Dr L. K. Lazarević**

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 24<sup>th</sup> of April 1882, num 54.

Num. 54.

Dr Pops reports about an artificially induced labor, which he and dr Laza K. Lazarević performed because of frequent eclamptic seizures. The child was dead and the mother got well.

<sup>69</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 56.

<sup>70</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 56.

**Случај јединствен у казуистици медицинској:  
Истерана *Toenia soleum* (пантљичара)  
у детета од 5 месеци и 10 дана<sup>71</sup>**

Усмени реферат цитиран у Записнику 11. састанка Српског лекарског друштва од 2. октобра 1882. године.

Бр. 67

Д-р Л. К. Лазаревић саопштава и репрезентује друштво *Toenia soleum* (пантљичара), коју је истерао из једног детета од 5 месеци и 10 дана — случај јединствен у казуистици медицинској.

**A unique case in medical casuistry:  
*Toenia soleum* (tapeworm) forced out of  
a five months and ten days old child<sup>72</sup>**

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 2<sup>nd</sup> of October 1882

Num. 67

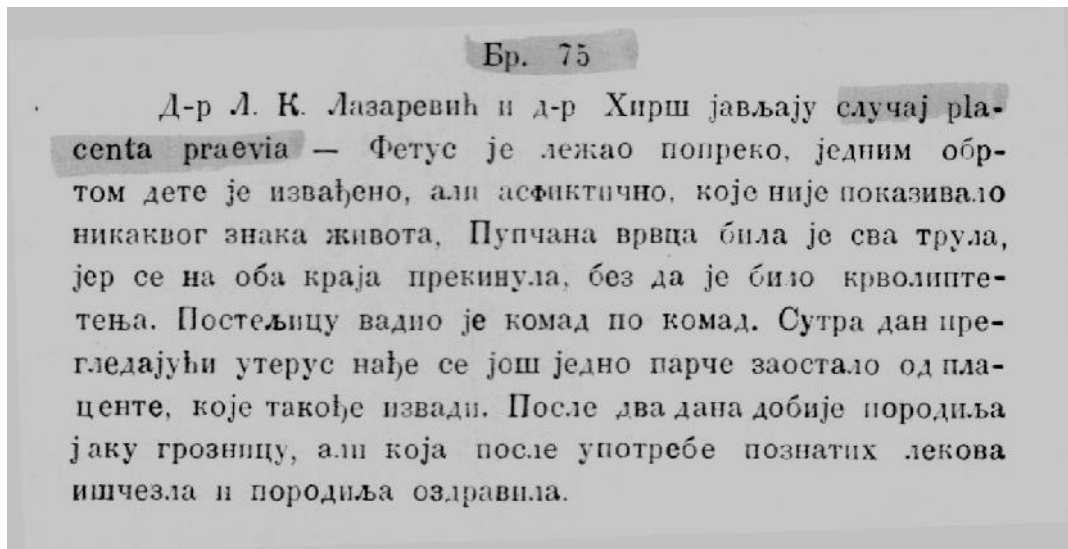
Dr Laza K. Lazarević communicates and represents *Toenia soleum* (tapeworm) to the community, which he forced out of a five months and ten days old child – a case unique in medical casuistry.

<sup>71</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 60.

<sup>72</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 60.

### Случај *Placentae praeviae*<sup>73</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 12. састанка Српског лекарског друштва од 3. октобра 1882. године, под бројем 75.



### A case of *placenta praevia*<sup>74</sup>

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 2<sup>nd</sup> of October 1882

Dr L. K. Lazarević and dr Hirsch report about a case of placenta praevia – the fetus was lying across, the baby was pulled out with one rotation, and it did not show any sign of life. Umbilical cord was rigid, because it was broken on both ends, and there was no bleeding. Placenta was removed piece by piece. The next day while examining the uterus one more piece of placenta that had stayed behind was also removed. Two days later the woman develops a high fever, which disappeared after using well known medication and the woman recovered.

<sup>73</sup> Српски Архив, одељал први, књига IX (1887), стр. 60.

<sup>74</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 60.

**О редњи бронхитиса код деце<sup>75</sup>**

Л. К. Лазаревић и И. Хирш

Усмени реферат цитиран у записнику Извештаја Главног годишњег скупа Српског лекарског друштва од 2. фебруара 1883. године о раду СЛД у 1882. години.

гим случајевима паротитиса 20-то д-р Л. К. Лазаревић и Хирш о редњи бронхитиса код деце, 21-то д-р Хирш о пла-

**About frequency of bronchitis in children<sup>76</sup>**

L. K. Lazarević and I. Hirš

Article quoted in the report of the Main anual meeting SDA on the 2<sup>nd</sup> of February 1883 about work of SDA in 1882.

Dr L. K. Lazarevic and I. Hirsh debate about frequency of bronchitis in children.

<sup>75</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 71.

<sup>76</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 71.

**Два ретка случаја Erythema nodosum<sup>77</sup>**

Л. К. Лазаревић и Л. Стевановић

Усмени реферат цитиран у Записнику 16. састанка Српског лекарског друштва од 31. децембра 1883. године под бројем 79.

Бр. 79.

Др. Л. К. Лазаревић напомиње 2 случаја Erythema nodosum, као ретке случајеве, од којих је један посматрао са д-р Л. Стевановићем.

**Two rare cases erythema nodosum<sup>78</sup>**

L. K. Lazarević and L. Stevanović

Article quoted in the report of the 16<sup>th</sup> session SDA on the 31<sup>st</sup> of December 1883, num. 79

Num. 79

Dr L. K. Lazarevic notes two cases Erythema nodosum, as rare cases, one of which he had observed together with Dr L Stevanovic.

<sup>77</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 102.

<sup>78</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 102.

### Један случај привремене афазиие<sup>79</sup>

Усмени реферат цитиран у Записнику 16. састанка Српског лекарског друштва од 31. децембра 1883. године под бројем 79.

Исти реферат прича даље о једном случају у општој државној болници, где је човек у вече од један пут онемио па је сутра дан опет проговорио.

Подобан случај наводи и д-р Ђ. Клинковски, само с том разликом, што је код његовог случаја трајала афазиија три дана, па је после по употреби Bromkalium-а нестала.

### Case study on temporary aphasia<sup>80</sup>

Article quoted in the report of the 16<sup>th</sup> session SDA on the 31<sup>st</sup> of December 1883, num. 79

Dr K. L. Lazarevic speaks further about one case in general public hospital, where a man, in the evening, suddenly became mute and the next day spoke again.

Similar case was noted by Dr Dj. Klinkovski, with one difference, that with his case aphasia lasted for three days and disappeared after Potassium-bromine was given.

<sup>79</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1887), стр. 102.

<sup>80</sup> serbian Archive, part I, book IX (1887), p. 102.

### Болесник са *Paralysis spinalis spastica* за време болести и по оздрављењу<sup>81</sup>

Усмени прикази цитирани у Записницима 6. и 12. састанка Српског лекарског друштва од 5. маја 1884. године под бројем 33, односно од 29. септембра 1884. године под бројем 67.

#### Бр. 33.

Д-р Л. К. Лазаревић приказао је друштву једног болесника са *paralysis spinalis spastica*; он је демонстрирајући овај случај *ad oculos* у исто време тумачио и објаснио све појаве, обећавши о томе поднети писмени реферат.

#### Бр. 67.

Д-р Л. К. Лазаревић приказао је једног болесника, који је друштву познат из седнице VI ове године са ***paralysis spinalis spastica*** и који је после дугих и тешких мука са свим оздравио.

---

<sup>81</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 82-83 і 97.

**Patient with Paralysis spinalis spastica  
during his illness and after he got well<sup>82</sup>**

6<sup>th</sup> regular meeting, on the 5<sup>th</sup> of May 1884., num 33.

Dr L. K. Lazarević presented to the society a patient with Paralysis spinalis spastica; while demonstrating this case ad oculos he explained all occurrences, promising to submit a written report.

12<sup>th</sup> regular meeting, on the 29<sup>th</sup> of September 1884., num 67.

Dr L. K. Lazarević presented a patient which was known to the society from the sixth meeting of this year, the patient had paralysis spinalis spastica and he was completely cured after a long and difficult suffering.

---

<sup>82</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 82-83 and 97.



**Случај болесника са склерозираним кичменом мождином и другог болесника са прогресивном атрофијом мишића<sup>83</sup>**

Реферат цитиран у записнику 14. састанка Српског лекарског друштва од 17. односно 29. септембра 1884. године под бројем 83.

**Бр. 83.**

Др Л. К. Лазаревић демонстрира два болесника једног са склерозираним кичменом мождином, а другог са прогресивном атрофијом мишића. Код првога показао је диференцијалну дијагнозу између ове болести и *paralysis agitans*, у томе, што се код последње болести јављају јаки грчеви у мишићима, који иду на изред, а код прве болести не, него се опажа *tremor* главе, екстремитета и т. д. Код другог болесника опазила се јака атрофија мишића, тако да су се приметили карактеристични покрети као при покушају устајања пацијента и т. д.

---

<sup>83</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), страна 100-101.

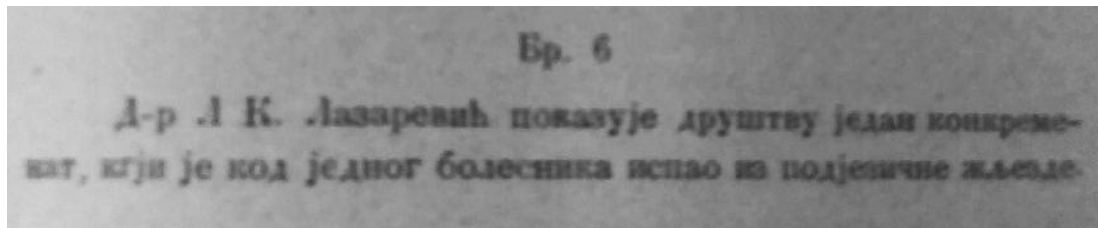
**A case study on two patients,  
one with a sclerosis in the spinal cord and  
the other one with progressive muscular atrophy**

Article quoted in the report of the 14<sup>th</sup> session SDA on the 17<sup>th</sup> and 29<sup>th</sup> of September 1884, num 83.

Dr. L. K. Lazarević demonstrates two patients, one with a sclerosis in the spinal cord and the other one with a progressive muscular atrophy. In the first one, he had demonstrated a differential diagnosis between this disease and paralysis agitans, where in the latter disease, strong muscle spasms occur. With the first one that is not the case but a tremor of the head or extremities is observed. In the other patient there was a strong muscular atrophy so that characteristic movements could have been observed, as with the patient trying to stand up, etc.

**Конкремент који је код једног болесника  
испао из подвличне жлезде<sup>84</sup>**

Приказ цитата у Записнику 1. састанка Српског лекарског друштва од 26. јануара 1885. године под бројем 6.



**A concrement which had fallen out from submaxillary gland<sup>85</sup>**

Article quoted in the report of the 1<sup>st</sup> session SDA on the 26<sup>th</sup> of January 1885, num. 6

No. 6

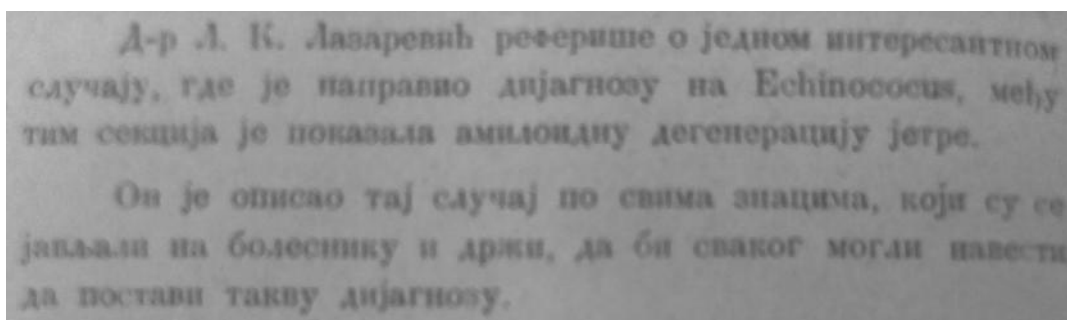
Dr L. K. Lazarevic shows the community a concrement, which had fallen out from submaxillary gland.

<sup>84</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 119.

<sup>85</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 119.

**Случај који је клинички дијагностикован  
као Echinococcus али је обдукција показала да се ради о  
амилоидној дегенерацији јетре<sup>86</sup>**

Реферат цитиран у Записнику 8. састанка Српског лекарског друштва од 8. јуна 1885. године под бројем 42.



**A case where Echinococcus was diagnosed, meanwhile autopsy showed amyloid liver degeneration<sup>87</sup>**

Article quoted in the report of the 8<sup>th</sup> session SDA on the 8<sup>th</sup> of June 1885, num. 42

Dr K. L. Lazarevic speaks about one interesting case where he diagnosed Echinococcus, meanwhile autopsy showed amyloid liver degeneration .

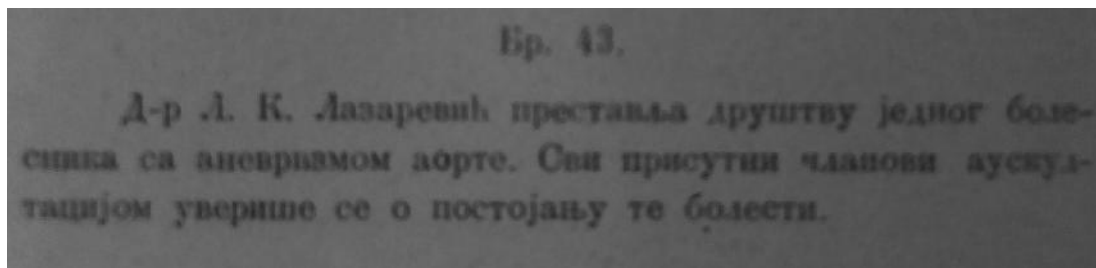
He described this case according to all the signs that were present in the patient and thinks that everyone could make such diagnoses.

<sup>86</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 130.

<sup>87</sup> Serbian Archive, part I, book (1888), p. 130.

### **Болесник са аневрризмом аорте дијагностикован аускултацијом<sup>88</sup>**

Усмени приказ цитиран у Записнику 7. састанка Српског лекарског друштва од 8. јуна 1885. године под редним бројем 43.



### **A patient with aorta aneurism diagnosed by auscultation<sup>89</sup>**

Article quoted in the report of the 7<sup>th</sup> session SDA on the 8<sup>th</sup> of June 1885, num. 43

Dr L. K. Lazarevic presents a patient with aorta aneurism to the community.  
All present members confirmed that diagnosis by auscultation.

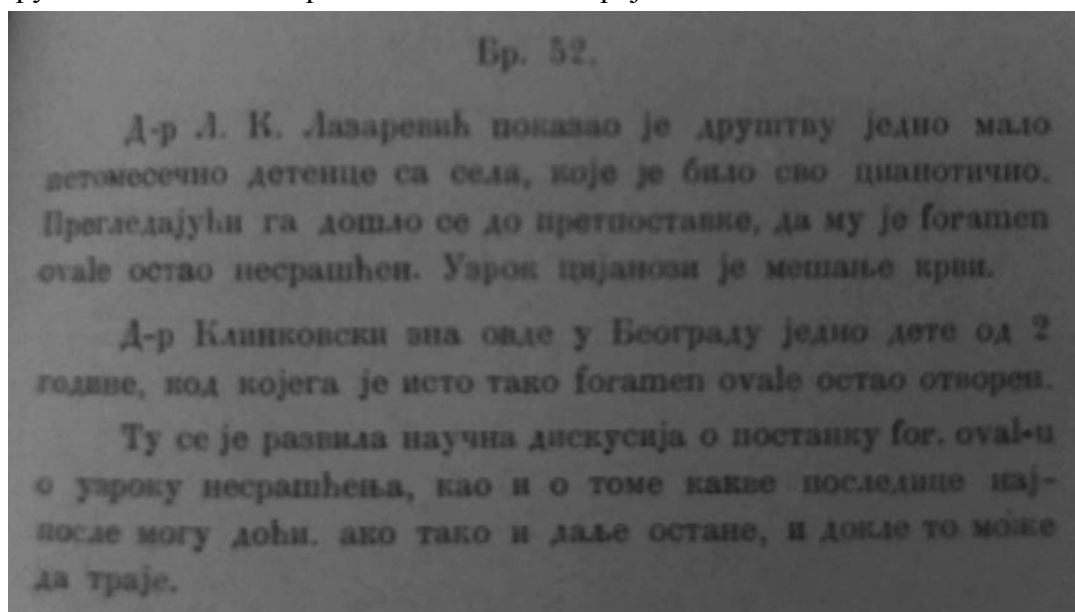
---

<sup>88</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр.130.

<sup>89</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 130.

**Случај петомесечног детета које је било сво цијанотично  
с претпоставком да је услед несрашћеног foramen ovale  
дошло до мешања крви<sup>90</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 10. састанка Српског лекарског друштва од 7. септембра 1885. године под бројем 52.



<sup>90</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 135.

**A case of a five month old child who was cyanotic with an assumption that as a result of foramen ovale which did not grow together caused mixing of the blood**<sup>91</sup>

Article quoted in the report of the 10<sup>th</sup> session SDA on the 7<sup>th</sup> of September 1885, num. 52

Dr L. K. Lazarevic presents a five month old child from the village the community, who was cyanotic. Upon examination it was noticed that foramen ovale did not grow together. The cause of cyanosis is mixing of blood.

Dr Klinkovski knows a child who is 2 years old and his foramen ovale also did not grow together.

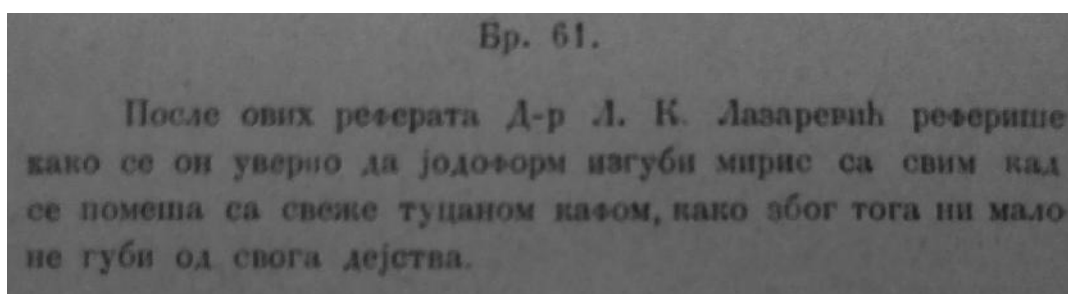
A scientific discussion was formed about forming of foramen ovale, causes of not growing together, and about the consequences, and if they remain this way, how long it will last.

---

<sup>91</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 135.

### **О губитку мириса али не и дејства јодоформа када се помеша са свеже туцаном кафом<sup>92</sup>**

Усмено саопштење цитирано у записнику 11. седнице Српског лекарског друштва од 22. марта 1886. године под бројем 61.



### **A case about the loss of smell but not the effect of iodoform when it is mixed with freshly ground coffee<sup>93</sup>**

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 22<sup>th</sup> of March 1886, num. 61.

After these reports Dr L. K. Lazarevic talks about the way he was convince that iodoform loses its smell completely when it is mixed with freshly ground coffee, and how it does not as a result, lose its effect.

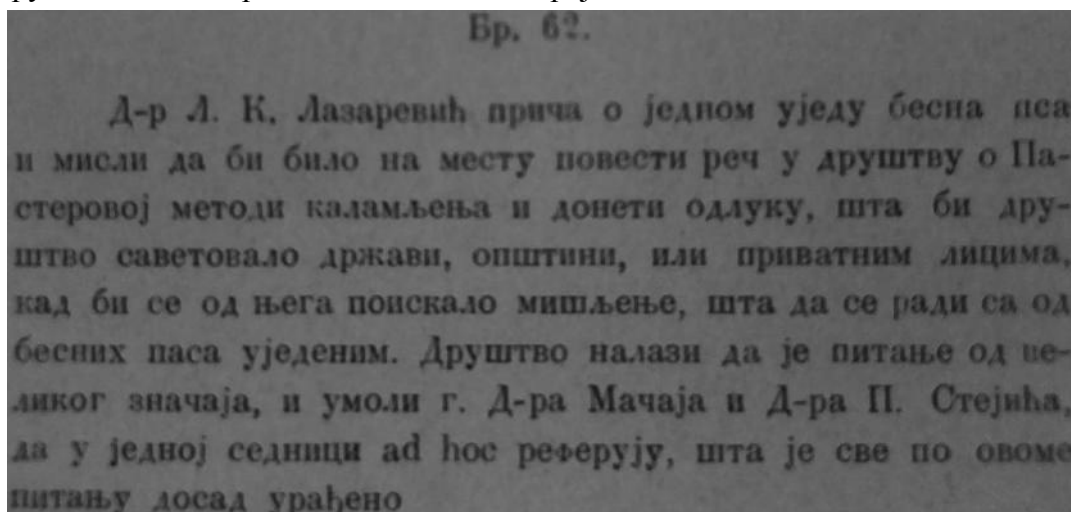
<sup>92</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 140.

<sup>93</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 140.



### О једном уједу бесног пса и Пастеровој методи калемљења<sup>94</sup>

Писмени рефера цитиран у Записнику 11. састанка Српско глекарског друштва од 22. марта 1886. године под бројем 62.



### A report on a bite of a rabies infected dog and Paster's method of vaccination<sup>95</sup>

Article quoted in the report of the 11<sup>th</sup> session SDA on the 22<sup>th</sup> of March 1886, num. 62.

Dr L. K. Lazarevic talks about a bite of a rabies infected dog and thinks that it would be appropriate to discuss the Paster's method of vaccination in the community and come a decision about what the community would advise the state, municipality and private persons, if he was to be asked his opinion, what is to be done about those who have been bitten by rabies infected dogs. The community finds that the question is of great importance, and the doctor pleads with Dr Macaja and Dr P. Stejic, to ad hoc discuss this matter in a one of their meetings, what had been done concerning this matter so far.

<sup>94</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 140.

<sup>95</sup> Serbian Archive, part I, book (1888), p. 140.

**О једном болеснику са церебралним тумором који показује један до сада неописани симптом<sup>96</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 1. састанка Српског лекарског друштва од 10. маја 1886. године под бројем 4.

Бр. 4.

Др Л. К. Лазаревић реферише о једном болеснику са церебралним тумором, код кога је опазио до сад, уколико он зна, нигде неописан симптом, који се показује при развлачењу уста и који има своје аналогije у страбизму код очних мускула. Болесник, наиме, може развући уста и на једну и на другу страну, али посебице, а не укупно обе од један пут. Обећава доцније општирније описати цео ток болести, који на жалост да ће леталан бити.

**About a patient with a cerebral tumour which demonstrates a symptom that has never been described before<sup>97</sup>**

Article quoted in the report of the 1<sup>st</sup> session SDA on the 10<sup>th</sup> of May 1886, num. 4.

No. 4

Dr L. K. Lazarević refers about a patient with a cerebral tumour, with whom he has observed one, not described so far, symptom which is evident in protraction of the mouth and which has its analogies in strabismus of the eye muscles. The patient is namely able to protract the mouth to both sides but separately, he can not do it on both sides simultaneously. He promises to later describe the progression of the disease in more detail, which unfortunately had a lethal outcome.

<sup>96</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 161.

<sup>97</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 161.

**О једном болеснику са тешким гутањем<sup>98</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 3. састанка Српског лекарског друштва од 31. маја 1886. године под бројем 8.

**8.**

Д-р Л. К. Лазаревић представља друштву једног болесника са тешким гутањем. Та тешкоћа састоји се у томе што се храна и пиће застане кад дође до кардије, па их после болесник пропушта у желуцац. Референт је завлачио сонду, и није наишао ни на какву препону. Чињен је оглед са болесником усамоме друштву, по што му је дато да попије једну чашу воде. При том огледу одиста се приметило, како је вода дошла до желудца па се ту задржала, а после напрезањем болесниковим протерана доле у желуцац, што се врло лепо чује како вода при упаду у желуцац клокоће.

Д-р Л. К. Лазаревић мисли да је то нервозно стање услед чега долази грч у мишићним кончићима једнака искључујући сваки дивертикал, по што се то сомдом није констатовало, за то је он и давао болеснику Bromkali. референт мисли даље, да болесник може својом вољом да отвори кардију у неколико да влада глатким мишићима.

<sup>98</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр.162.

Д-р Хирш на против мисли, да неће овде бити нервозно стање него пареза у циркуларним мишићима једнака и да је због тога мора бити једнак на томе месту раширен, где се накупи храна и пиће, па после одатле у желудац услед контракције дијафрагме, којим се кардија рашири.

Овде је врло важно знати дал` је једно или друго стање јер од тога зависи даља терапија.

Остављено је Д-ру А. К. Лазаревићу да овај случај и даље посматра, па до каквих резултата буде дошао, да реферише друштву.

**A report on a patient with swallowing difficulty<sup>99</sup>**

Article quoted in the report of the 3<sup>rd</sup> session SDA on the 31<sup>th</sup> of May 1886, num. 8.

Dr L. K. Lazarevic presents a patient with swallowing difficulty to the community. The difficulty consists of the fact that the food and liquid stop when they enter cardia, and then the patient releases them into the stomach. The doctor inserted the probe and did not come across any barrier. An experiment was done with the patient in the community when he was given a glass of water to drink. Upon the experiment it was noticeable that water flowed down into the stomach and stayed there and afterwards, with the patient's effort it was forced down into the stomach and bubbling of the water could be heard well.

Dr L. K. Lazarevic thinks that it is the state of nervousness that caused a spasm in the esophagus, excluding every diverticulum, since this was not diagnosed using the probe, he prescribed potassium bromide to the patient. The doctor further thinks that the patient can, using his own will, to open his cardia and to regulate smooth muscles.

Dr. Hirsch, on the contrary, thinks that it is not the state of nervousness, but paresis in the circulatory muscles of the esophagus and that it should be expanded, for that reason, where the food and liquid are collected, and after that they pass down into the stomach due to contractions of the diaphragm, by which cardia expands.

It is very important to know whether it is one state or the other, because further therapy depends on this.

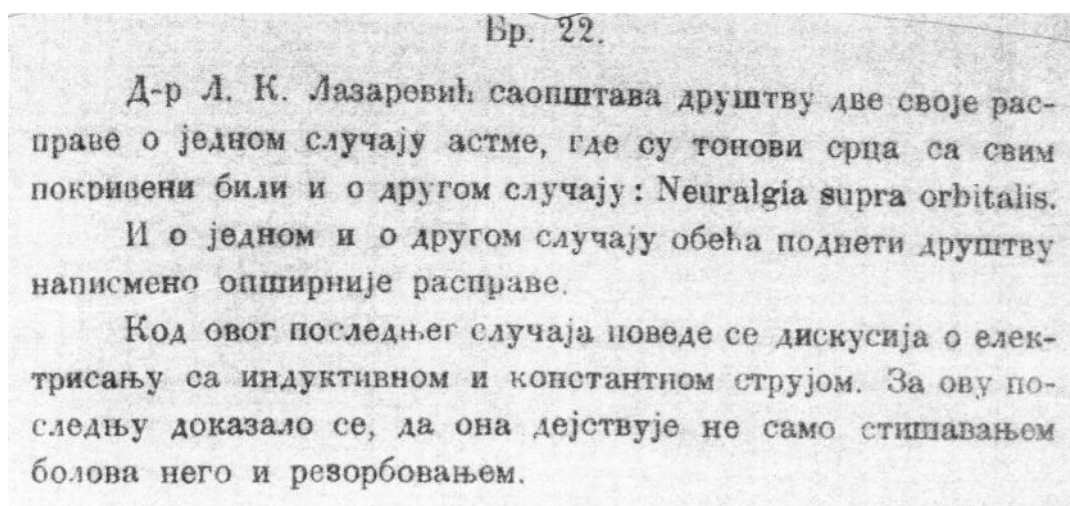
It has been left to Dr. L. K. Lazarevic to further observe this case, and to refer back to the society about his findings.

---

<sup>99</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 162.

### Случај астме са прикривеним тоновима срца и *neuralgia supraorbitalis*<sup>100</sup>

Усмени реферати цитирани у Записнику 4. састанка Српског лекарског друштва од 28. јуна 1886. године под бројем 22.



### A case of asthma where the heart sound could not be heard and *Neuralgia supraorbitalis*<sup>101</sup>

Article quoted in the report of the 3<sup>rd</sup> session SDA on the 31<sup>th</sup> of May 1886, num. 8.

Dr L. K. Lazarević reports to the community on two of his debates on asthma case, where the heart sound could not be heard, and about another case: *Neuralgia supraorbitalis*.

He promises to submit a more detailed written report of the debate, on both cases.

Discussion was lead concerning the second case, about induced and constant electrical charge. For the constant electrical charge it was proved that influences not only by pain reduction but withdrawal.

<sup>100</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1888), стр. 167.

<sup>101</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 167.

**Случај цереброспиналне менингитиде  
са оздрављењем после пуштања пијавица<sup>102</sup>**

Усмени реферат цитиран у Записнику 4. састанка Српског лекарског друштва од 28. јуна 1886. године под бројем 22.

Бр. 26

На то Д-р Л. К. Лазаревић напомену један случај цереброспиналне менингитиде, који је Д-ру Л. Стефановићу познат, који је после пуштања пијавица оздравио.

**A report on cerebrospinal meningitis  
with a complete recovery after application of leaches<sup>103</sup>**

Dr Laza K. Lazarevic emphasizes a case of cerebrospinal meningitis which Dr L. Stefanovic is familiar with, the patient completely recovered after leaches were applied.

---

<sup>102</sup> Српски Архив, одељак први, књига IX (1888), стр. 168.

<sup>103</sup> Serbian Archive, part I, book IX (1888), p.168.

**Микроскопска демонстрација кома бацила из  
експеримената колеричних болесника као и туберкел  
бацила<sup>104</sup>**

Демонстрација и кратко предавање цитирано у Записнику 8. састанка Српског лекарског друштва од 29. новембра 1886. године под бројем 43.

Бр. 43

Д-р Л. К. Лазаревић демонстрира кома бациле микроскопски које су посматрали сви присутни чланови. Затим је под микроскопом показао и туберкобациле.

При том демонстрирању држао је и кратко предавање о микробама и бактеријама, после је прешао на најновији проналазак Кохов – комабациле – и говорио о њиховом постанку и култивирању.

**Microscopic demonstration of comma bacillus from experiments of  
patients with cholera and tubercle bacillus<sup>105</sup>**

Dr L. K. Lazarević demonstrates the comma bacillus microscopically, which had been observed by all the members present. Then, under the microscope, he also showed tubercle bacillus under the microscope. During that demonstration he also held a short lecture on microbes and bacteria and afterwards moved on to the latest invention by Koch – comma bacillus and talked about their origination and cultivation.

---

<sup>104</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888). стр. 173.

<sup>105</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 173.



**Симптоматологија у случају задесног тровања једног апотекара са 30 ctgr. муријатичног морфијума<sup>106</sup>**

Усмени реферат цитиран у Записнику 11. састанка Српског лекарског друштва од јануара 1887. године под бројем 62.

**Бр. 62**

Д-р Л. К. Лазаревић прича о симптомима какви су били код једног апотекара који је погрешно узео 30 ctgr. муријатичног морфијума и свраћа пажњу чланова на то, како су понеки апотекари непажљиви и како треба по закону да држе јаке лекове под кључем, који ће они сами чувати.

**Symptomatology in an exidental poisoning of a pharmacist with 30 ctgr. muriatic morphine<sup>107</sup>**

Dr L. K. Lazarevic talks about symptoms of a pharmacist who exidentally injected 30 ctgr. of muriatic morphine and points to the community members that some pharmacists are not careful and that they should keep strong medication locked away and keep the key on their person, and that this should be regulated by law.

<sup>106</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 181.

<sup>107</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 181.

**Ren mobile**<sup>108</sup>

Усмени реферат цитиран у Записнику 12. састанка Српског лекарског друштва од 13. јануара 1887. године под бројем 69.

## Бр. 69

Д-р Л. К. Лазаревић реферише о једном тумору у трбушној дупљи, који је на све стране покретљив и облика је бубрежастог.

Држи се да је то Ren mobil.

**Ren mobile**<sup>109</sup>

Dr L. K. Lazarevic talks about a tumor in the abdomen, which is mobile in all directions and is the shape of a kidney.

It is said to be Ren mobile.

---

<sup>108</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 195.

<sup>109</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 195.

**О добром упливу јодоформа на туберкулозну менингиту**<sup>110</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 2. састанка Српског лекарског друштва од 14. марта 1887. године, под бројем 12.

## Бр. 12

Д-р Л. К. Лазаревић реферише о добром упливу јодоформа на туберкулозну менингиту. Јодоформ је употребљен с ланолином у сразмери од 10%. болеснику се обрије коса и маже се лубања. Референт наводи, како је једно дете иза мазања оздравило, и ако су на њему били сви знаци Meningit. tub, ; друго је у истој болести умрло, али без конвулзије, – што се приписује упливу Јодоформа.

**About a good influence of iodine form on the tuberculous meningitis**<sup>111</sup>

Dr L. K. Lazarević refers about a good influence of iodine form on the tuberculous meningitis. Iodine form was used with Lanolin in the proportion of 10%. The patient's head was shaved and greased. The writer states that one child recovered after the application even though it demonstrated all signs of Meningit. tub; the second one died from the same disease but without convulsions – which he attributed to the influence of iodine form.

<sup>110</sup> Српски архив, одељак први, књига X (1888), стр. 195.

<sup>111</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 195.

**Демонстрација употребе Цајсовог микроскопа,  
кома бацила и њихових спора<sup>112</sup>**

Демонстрација описана у Записнику 4. састанка Српског лекарског друштва, под бројем 27.

Бр. 27.

Д-р Л. К. Лазаревић демонстрира конструкцију Цајсовог микроскопа с хомогеном имерзиом, апохроматичним објективима, камером луцидом и Abbé-овим апаратом за осветљење. Апарат се одликује јасним осветљењем и чистотом увећаних објеката. Имерзија омогућава, да испитиоц по потреби увећа објекте, и да сазна колико је увећање. Прегипањем апарата уздиже се статив и олакшава смештање објекта на њему. Кад се прида апарату камера луцида и Abbé-ов апарат, може испитиоц, кад стави комад хартије поред апарата, да црта увећани објект са статива, почем ће хартија и оловка у руци његовој тим апаратом да падне у видно поље, привидно као да је хартија смештена испод статива где је објект. Тако може верно да црта објекте и онај који иначе није вешт цртању. Д-р Лазаревић показује на овом микроскопу комабациле и њихове споре у увећању од 500.

---

<sup>112</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 200.

**Demonstration of construction of Zeiss microscope<sup>113</sup>**

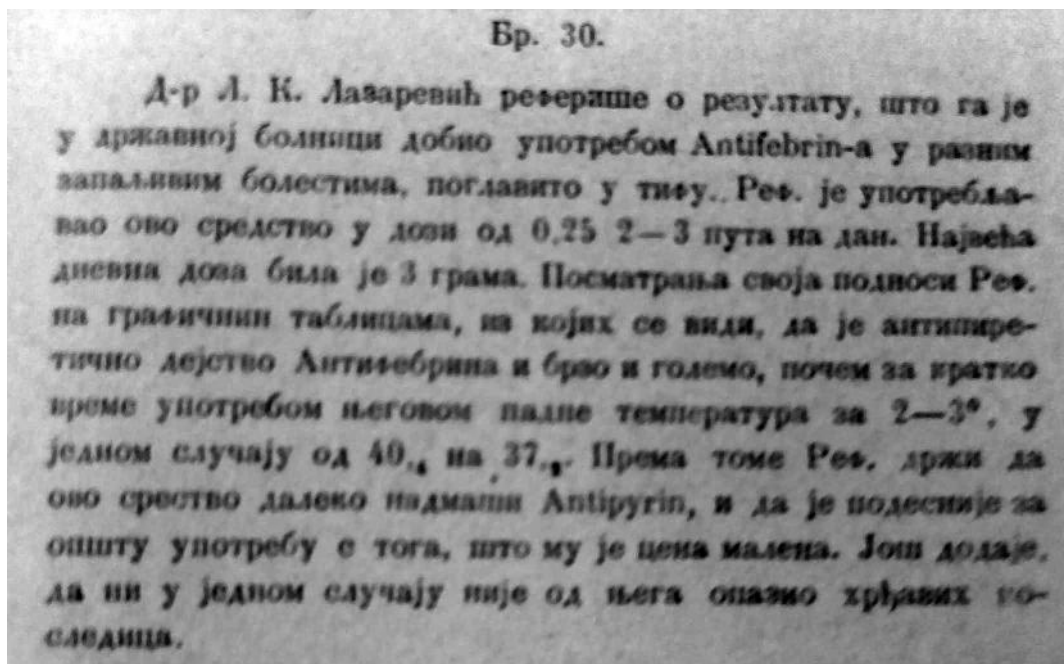
Dr L. K. Lazarevic demonstrated construction of Zeiss microscope with homogeneous immersion, apochromatic objectives, camera lucida, and Abbé apparatus for lighting. Apparatus is characterized by clear lighting and clearness of object enlargement. Immersion enables the researcher to enlarge objects according to their need and to find out what the enlargement is. By bending the apparatus, the stand is raised and placing of objects is made easier. When camera lucida and Abbé apparatus are added to the apparatus, researcher can, when he puts a piece of paper beside the apparatus, draw the enlarged object from the stand, while the paper and the pencil in his hand falls into his video field, seemingly the paper lies under the stand where the object is. In this way, someone who is not very good at drawing can draw objects pretty well. With this microscope, Dr Lazarevic shows comma shaped bacillus and their spores enlarged by 500.

---

<sup>113</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 200.

**Искуство у Државној болници са успешном применом  
Антифебрина у разним запаљенским болестима  
(без хрђавих последица)<sup>114</sup>**

Писмени реферат цитиран у записнику 4. састанка Српског лекарског друштва од 18. априла 1887. године под бројем 30.



<sup>114</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 201.

**Experience in a Public hospital by applying Antifebrin in different inflammatory illnesses<sup>115</sup>**

Dr L. K. Lazarević refers about the results that he got in the Public hospital by applying Antifebrin in different inflammatory illnesses. The doctor used this medicine in 0.25 dosage, 2-3 times a day. The highest daily dosage was 3 grams. The doctor submits his observations on graphic tables, in which can be visible that antipyretic effects of Antifebrin fast and great, in the short time that this medicine was used, temperature was lowered by 2-3 degrees, and in one case it went down from 40° to 37°. Therefore the doctor finds that this medicine passed by far Antipyrin and that it is better for general use since it has a cheaper price. Still, he adds that he had never seen bad consequences that derived from it.

---

<sup>115</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 201.

### О болеснику који је у шестој години прележао *Variolu veru*<sup>116</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 7. састанка Српског лекарског друштва од 9. јуна 1887.

Као прилог вакцинацији реферише исти г. Референт о једном трговачком помоћнику који је у својој 6-ој години, будући некалемљен прележао велике богиње (*Variola vera*). На годину-две потом приме му се накалемљење богиње. Сада му је 23 године, а сад је добио поново велике богиње, које је сретно прележао. По њему се сада виде ожиљци од у детињству прележаних, од за тим калемљених и од садашњих још пигментисаних богиња.

### **About a patient who had *Variola vera* at the age of six**<sup>117</sup>

Written report quoted in the record 7<sup>th</sup> meeting SDA on the 9<sup>th</sup> of July 1887.

As a contribution to vaccination the same doctor refers to one salesman's assistant, who was not vaccinated and when he was six years old he was infected with smallpox (*Variola vera*). A year or two later he got vaccinated against smallpox. He is now 23 years old and he has gotten smallpox again, and that he luckily got over. Scars are visible on his body from smallpox that he had in his childhood, measles and the more recent pigmented smallpox that he got over.

<sup>116</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 209.

<sup>117</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 209..



**Случај дифтеричне ангине којој је следовала  
скарлатина<sup>118</sup>**

Усмени реферат цитиран у записнику 7. састанка Српског лекарског друштва под бројем 47. од 9. јуна 1887. године, под бројем 47.

Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 211.

Бр. 47.

Д-р Л. К. Лазаревић реферише о једном случају дифтеричне ангине којој је следовала скарлатина. Случај се тај догодио у Ломиној улици.

**A case of diphtheric angina which was followed by scarlatina<sup>119</sup>**

Dr L. K. Lazarević refers to a case of diphtheria tonsillitis which was followed by Scarlatina. The case occurred in Lomina street.

<sup>118</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 211.

<sup>119</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 211.

### О повољном упливу белог лука на хидрофобију код лисе<sup>120</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 10. састанка Српског лекарског друштва од 3. октобра 1887. године под бројем 66.

#### Бр. 66.

Д-р Л. К. Лазаревић реферише о упливу бела лука на лису. У талијанским изворима забележен је један случај оздрављења од тог средства. Референт је опробао то средство на болеснику са свима знацима хидрофобије. Бели је лук даван *interne et per anum*. У истини одвратност од воде нестала је на болеснику идућег дана; он се бавио околу воде и сам се прао, али и ако је продужено истим средством болесник је сутра дан умро.

#### **About positive effect of garlic about hydrophobia in rabies<sup>121</sup>**

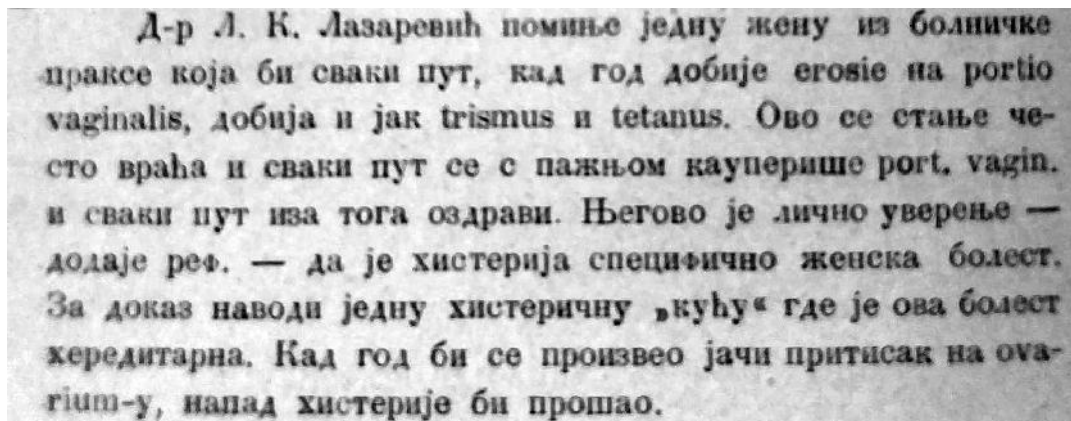
Dr L. K. Lazarević refers about the influence of garlic on lyssa. In Italian sources one case of recovery was noted from that substance. The writer tried it on a patient with all signs of hydrophobia. The garlic was administered *interne et per anum*. And actually, the patient's repulsion towards water disappeared the next day; he used the water and washed himself but even though it was continued with the administration of garlic, he nevertheless died the next day.

<sup>120</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 219.

<sup>121</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 219.

### О нестанку хистеричних симптома после каутеризације ерозије вагиналне порције грлића материце<sup>122</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 10. састанка Српског лекарског друштва од 3. октобра 1887. године под бројем 74.



Д-р Л. К. Лазаревић помиње једну жену из болничке праксе која би сваки пут, кад год добије ерозије на portio vaginalis, добија и јак trismus и tetanus. Ово се стање често враћа и сваки пут се с пажњом кауперише port. vagin. и сваки пут иза тога оздрави. Његово је лично уверење — додаје реф. — да је хистерија специфично женска болест. За доказ наводи једну хистеричну »кућу« где је ова болест херeditарна. Кад год би се произвео јачи притисак на ovarium-у, напад хистерије би прошао.

### A report on hysteric symptoms after cauterization erosion of vaginal portion of the cervix<sup>123</sup>

Dr L.K. Lazarevic talked about a woman from his hospital practice, who every time when she acquired erosions on portio vaginalis, experienced a strong trismus and tetanus. This condition repeats frequently and portio vaginalis is carefully cauterized every time. She recovers every time after the procedure. It is his own belief – adds the doctor – that hysteria is a specifically female illness. As proof he refers to a »home« where this illness is hereditary.

<sup>122</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 222.

<sup>123</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 222.

**О једном случају скарлатине с карактеристичном афекцијом  
грла где су сви симптоми нестали за 24 сахата<sup>124</sup>**

Усмени реферат цитиран у Записнику 13. састанка Српског лекарског друштва од 26. новембра 1887. године под бројем 81.

**Бр. 81.**

Д-р Л. К. Лазаревић реферише о једном детету на коме је био ексантем Scarlatine с карактерном афекцијом грла. За 24 сахата нестали су овипојави са свим.

Д-р Хирш примећује да је имао један случај ексантема Scarlatine по читавом телу и по лицу али без икакве афекције.

Надовезујући на свој реферат Д-р Л. К. Лазаревич додаје, да ће на поменутом болеснику посматрати мокраћу, почем сумња да је онде била Scarlatina.

**About a case of scarlatina with a specifically affected throat where  
all symptoms disappeared within 24 hours<sup>125</sup>**

Dr L. K. Lazarević refers about a child who had exanthema Scarlatina with a specifically affected throat. In 24 hours all symptoms disappeared completely.

Dr Hirsch notices that he had a case of exanthema Scarlatina, that affected the whole body, except the throat.

Adding to his report Dr L. Lazarević says that he will monitor urine of the mentioned patient, because he started to suspect Scarlatina.

Since there were no other minutes on the agenda, the head of the council closes the meeting.

<sup>124</sup> Српски Архив, одељак први, књига X (1888), стр. 225.

<sup>125</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 225.

### **Дискусија о излагању београдског лекара Н. Николића о теми „Бракови без деце“<sup>126</sup>**

Цитирано у Записнику Главног годишњег састанка Српског лекарског друштва од 21. октобра 1889. године.

Др Лаза К. Лазаревић је у неким радовима коментарисао социјални приступ односима у друштву и држави. Пример је његово размишљање о прираштају становништва у Србији. На Главном годишњем састанку СЛД од 21. октобра 1889. године после излагања београдског лекара Н. Николића о теми „Бракови без деце“, Др Лаза К. Лазаревић је у својој дискусији рекао:

„Србија има здраве мушкарце. Имамо и здраве жене. А имамо бракове са једним или ниједним дететом. Овим се проблемом, пре свега, морају да позабаве лекари..“

### **Discussion about presentation on „Childless marriages“ of doctor N. Nikolić from Belgrade<sup>127</sup>**

This was quoted in the minutes of the yearly record of Serbian doctors association for 1889 year,

Dr L. K. Lazarević discussed in some of his work about social approach towards relations in the society and in the country, the example is his contemplation about population growth in Serbia. At the regular meeting of Serbian doctors association on the 21<sup>st</sup> of October 1879 after dr N. Nikolić's presentation on the subject of “Marriages without children” Dr L. K. Lazarević said in his discussion:

“Serbia has healthy men. We have healthy women too. And we have marriages with none or one child. This problem should be looked at by doctors...”.

<sup>126</sup> Српски Архив, одељак први, књига I (1890), стр. 209.

<sup>127</sup> Serbian Archive, part I, book X (1888), p. 209.

**О дејству Natri salicylicі на Iritis – Rheumatica<sup>128</sup>**

Усмени реферат цитиран у Записнику 3. састанка Српског лекарског друштва од 22. априла 1888. године под бројем 10.

Бр. 10.

*Др. Л. К. Лазаревић* реферише о дејству *Natr. Salicyl. у Iritis — Rheumatica.* Синехије су опирале интензивном атропинисању. Ноћу попије болесник 6 грама *Natr. salycil* и синехије су биле покидане сутра дан.

**About the effect of sodii salicylicі on iritis rheumatica<sup>129</sup>**

Article quoted in the report of the 3<sup>rd</sup> session SDA on the 22<sup>nd</sup> of April 1888, num. 10

Dr L. K. Lazarevic talks about the effect of sodii salicylicі in Iritis Rheumatica. Synechia resisted intensive use of atropine. The patient took 6 grams of Sodium salycil and synechia were torn the next day.

<sup>128</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 21.

<sup>129</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 21.

**Два болесника на којима су извршене  
четири екстракције катаракте без дисцизије  
него са Capsulae lentis<sup>130</sup>**

Усмени реферат цитиран у Записнику 4. састанка српског лекарског друштва од 16. априла 1888. године под бројем 22.

Бр. 22.

*Др. Л. К. Лазаревић показује два болесника, на којима је извршио четири екстракције катаракте без дисцизаје него с capsulom lentis. Оба оперирана болесника распознају предмете у повећој даљини. Чланови су интересом прегледали ове четири срећно извршене операције.*

**Two patients on whom cataract extractions without discises but  
with Capsula lentis were performed<sup>131</sup>**

Article quoted in the report of the 4<sup>th</sup> session SDA on the 16<sup>th</sup> of April 1888, num. 22

Dr. L. K. Lazarević demonstrates two patients on whom he had performed four cataract extractions without discises but with capsule lentis. Both patients who had been operated are able to discern objects at a considerable distance.

The members observed with interest these four successfully completed surgeries.

---

<sup>130</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 27.

<sup>131</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 27.

### **О добром дејству неразблажена Glycerina у хабитуалној опстипацији употребљеног као клизма**<sup>132</sup>

Усмени реферат цитиран у Записнику 4. састанка Српског лекарског друштва од 16. априла 1888. године под бројем 27.

Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 28.

Бр. 27.

*Др. Л. К. Лазаревић* реферише о добром дејству неразблажена Glycerina у хабитуалној опстапацији, кад се употреби као клизма. За ту целъ употребљавао је на одраслима 3—5 грама на деци 2—3 гр. помоћу мале штрицаљке.

### **About a good effect of undiluted glycerin in habitual constipation used as enema**<sup>133</sup>

Article quoted in the report of the 4<sup>th</sup> session SDA on the 16<sup>th</sup> of April 1888, num. 27

Dr L. K. Lazarevic talks about a good effect of undiluted glycerin in habitual constipation used in enema. To reach that aim he applied it to adults 3-5 grams, in children 2-3 grams with the help of a small sprinkler.

<sup>132</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 28.

<sup>133</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 28.



### Случај прогресивне атрофије мускула са грчењем *plastismae myoides* при фарадизацији<sup>134</sup>

Усмени реферат цитиран у Записнику 7. састанка Српског лекарског друштва од 18. јуна 1888. године под бројем 43.

Д-р Л. К. Лазаревић реферише о једном случају прогресивне атрофије мускула. На болеснику беху сви знаци ове болести, али што је приметно у овоме случају, то је, да се *plastisma myoides* при употреби фарадизације грчила. Како атрофији мускула предходи пренапрезање, то се овим разјашњава, да је при томе *plastisma* интактна.

### A case of progressive muscular atrophy with spasms of muscles by faradization<sup>135</sup>

Dr. L. K. Lazarević refers about a case of progressive muscular atrophy; The patient had all signs of this disease, but the thing that was noticeable in this case was that the *platysma myoides* were convulsing when faradization was used. Since the muscular atrophy is preceded by over-exertion, that made it clear that the *platysma* was intact.

<sup>134</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 35.

<sup>135</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 35.

**Случај интоксикације фосфором (са иктерусом)  
код девојчице од петнаест година која је попила  
растворене главице шибица<sup>136</sup>**

Писмени реферат цитиран у Записнику 11. састанка Српског лекарског друштва од 15. октобра 1888. године под бројем 66.

Бр. 66.

Члан *Др. Л. К. Лазаревић* реферише о једном случају интоксикације фосфором на једном девојчету од 15. год. Реф. је дошао 17. код пацијента, па како је прошле вечери јела рибе, узео је случај за стомачни катар и поступио према томе. 17. стање се није поправило. Болесница је ригала и бљувала уз опстипацију: пулс се није дизао само је био слаб. 18. беше у заносу. 19. у делиријуму и тога дана јављају референту, да је узела пуну кутију машина, растворила главице у воду и попила. Мокраћа је тек 6. дана почела да се обоји и да заудара, у то време беше јетра јако отекала и избио icterus. Употребљен је *Ol. Therebinth* и *Tannin* за тим 7. дана по 2. гр. дневно *Jod natrium*.

Ово је настављено и даље, па тек после две недеље почела је болесница опорављати се. Реф. мисли, да овај случај није летално прошао, с тога што је већи део фосфора бљувањем удаљен из желуца.

<sup>136</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 45.

**A case study of phosphorus intoxication in a  
fifteen year old girl<sup>137</sup>**

Written report quoted in the record 11th session SDA on the 15<sup>th</sup> of October 1888. num.66.

Dr L. K. Lazarevic talks about a case of phosphorus intoxication in a fifteen year old girl. The doctor came to the patient, and as she had eaten fish the night before he took it for food poisoning and acted according to that. The condition had not changed on the 17<sup>th</sup>. The patient had nausea and vomiting accompanied by constipation. Her pulse had not risen, but was only weak. On the 18<sup>th</sup> she was lying in bed, weak. On the 19<sup>th</sup> she was in delirium and on the same day the doctor was called and told that she had ingested water that she had previously put a full box of matches into and dissolved them. Her urine had only changed color and had a foul smell on the sixth day after ingesting this water, during this time her liver had swollen significantly and had developed jaundice. Ol. Teherebinth and Tannin were used, after which she was given 2 grams of sodium iodine per day, for seven days.

This was continued further, and only after two weeks the patient began to recover. The doctor thinks that this case did not take lethal turn, because most of the phosphorus had been removed from the stomach through vomiting.

---

<sup>137</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 45.

### **О консекутивним болестима иза морбила, нарочито онима што се опажају у плућу<sup>138</sup>**

Покренута дискусија цитирана у Записнику Главног годишњег скупа Српског лекарског друштва од 2. фебруара 1889. године, у Извештају о раду СЛД у 1888. години под тачком 6.

#### **6. Дискусије.**

6. **О консекутивним болестима иза морбила, нарочито онима што се опажају у плућу.** Покренуо Др. Л. К. Лазаревић.

### **About consequential illnesses after morbilli, especially those noticed in the lungs<sup>139</sup>**

About consequential illnesses after morbilli, especially those noticed in the lungs started by Dr L. K. Lazarevic.

<sup>138</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 62.

<sup>139</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 62.

### **О лечењу Choreae арсеником<sup>140</sup>**

Покренута дискусија цитирана у Записнику Главног годишњег скупа Српског лекарског друштва од 2. фебруара 1889. године, у Извештају о раду СЛД у 1888. години под тачком 7.

#### **б. Дискусије.**

7. О Choreaі, покренуо Др. Стевановић, о начину њезина лечења арсеником од Дра Л. К. Лазаревића.

### **About the treatment of chorea with arsenic<sup>141</sup>**

#### **b. Discussions**

About Chorea, started by Dr Stevanovic, about the way of its treatment from Dr L. K. Lazarevic.

---

<sup>140</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 62.

<sup>141</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 62.

**Један случај бактериурије**<sup>142</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 3. састанка Српског лекарског друштва од 2. априла 1888. године под редним бројем 20.

Бр. 17.

*Др. Л. К. Лазаревић* реферише о једном случају бактериурије. Ова се појавила на здравом човеку спонтано. Мокраћа имађаше интензивно црвену боју и беше по изгледу слична јако сатурираној грозничавој или и уремичној мокраћи. На дну суда налазаше се за 1 прст талоба отворено црвене боје, а поврх њега налазила се мутна као облак маса, која се дизала у вис. Микроскопски испит показао је да у мокраћи не беше крви међутим се у житкоме делу могаху приметити читаве гомиле бактерија.

*Др. Николић* примећава, да су те бактерије могле доћи из нечистога суда, у којим се налазаше мокраћа.

На ово примећава реферанат, да је примио мокраћу одмах пошто је помокрена и да је он око испитивања мокраће и сувише радио, да би могао тако што претпоставити.

<sup>142</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 24-25.

**A case of bacteriuria<sup>143</sup>**

Dr L. K. Lazarević talks about a case of bacteriuria which appeared spontaneously in one healthy man. His urine was intensely red in colour and looked similar to strongly saturated fever or uremia urine. At the bottom of the dish there was a cloudy mass, which seemed to be rising. Looking under the microscope, there were no signs of blood but only piles of bacterium.

Dr Nikolić notes that bacterium could have come from dirty dish which contained the urine.

Dr Laza K. Lazarević notes that he received the urine immediately after the patient had urinated into the dish and that he worked very hard on investigating of the urine to be able to notice such a thing.

---

<sup>143</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 24-25.

### Један застарео случај есзема pudendorum излечен употребом фосфора<sup>144</sup>

Писмени реферат цитиран у Записнику 5. састанка Српског лекарског друштва од 7. маја 1888. године под редним бројем 32.

#### Бр. 32.

Др. Л. К. Лазаревић реферише о једноме застареломе Есземе-у pudendorum, који је заузео цео scrotum и прешао отуд на бутине. Кожа беше задебљала и љускава а pruritus веома голем, да се је болесник чешањем чешће раскрвио. Болест је трајала око 15 година. Болесник је ишао по разним бањама, конзултирао је више специјалиста, и референт је из казивања његовог опазио, да је употребљавао Ol. cadini Jod, Arsenik.

Референт је такође употребио Jod и Arsen int. али како не могаше доћи до успеха употребио је најзад фосфор int. и Ung. Hebrae extr. Дејство је било еклатантно; за 2—3 дана нестало је пруритуса, а после три недеље постала је пахидерматична кожа њежна. Фосфор је употребљен у маленој дози растворен у зејтину и у облику емулзије.

<sup>144</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 30-31.



**One case of untreated eczema pudendorum  
cured with the use of phosphorus<sup>145</sup>**

Dr L. K. Lazarevic talks about one case of untreated eczema pudendorum, which affected the whole scrotum and spread over to the thighs. The skin was thickened and scaly and pruritus immense making the patient bleed from scratching. The illness lasted for about 15 years. The patient went to many spas, consulted a number of specialists and the doctor, from his explanation, noticed that he had been using Ol. Cadini, iodine, arsenic.

The doctor, too, used iodine and arsenic int. but since he could not succeed, he eventually used phosphorus int. and Ung. Hebrae extr. The effect was remarkable; in four to five days pruritus disappeared and three weeks later the skin became soft. Phosphorus was used in small dosage, diluted in oil and in emulsion form.

---

<sup>145</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 30-31.

### О нужној лекарској интервенцији код виталних индикација<sup>146</sup>

Писмена дискусија<sup>147</sup> у вези са рефератом Др Суботића о случају повреде црева револверским танетом, цитирана у Записнику 9. састанка Српског лекарског друштва од 21. октобра 1889. године под бројем 37. и 38.

#### Бр. 37.

Др. Суботић показује једно парче танког црева, дугачко од прилике 12—15 сант. које је ресекциом извађено. Ово је црево у неколико интересантно с тога, што има осам перфорација које је само једно једино тачно из револвера начинило. Случај је био овакав :

Брат брата рани из револвера више *spinae ant superior ossis ilei*. Болесник, кад је донешен у болницу, био је у јаком колапеусу, са малим пулсом, колабираним трбухом и крвном мокраћом. У гужњем цреву констатује се рупа (перфорације) а кроз ту рупу даље да је танко црево на 20 места перфорирано. Не могући сво рупе сачити на танком цреву зато што су биле врло близу једна до друге, реши се г. Суботић да један део црева, где су рупе биле ублизу, ресецира, што и изврши. Рањеник је на један сат после операције умро.

#### Бр. 38.

Др. Вл. Ђорђевић, који је био при тој операцији, знајући да власт није рањенога испитала пре операције, ставља питање друштву: да ли је у овом

<sup>146</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 99-100.

<sup>147</sup> Расправа има примарно медицинску форензичку вредност, а тематски је значајна и за савремену област вештачења.

случају требало оперисати или најпре власт о томе авизирати.

Др. Гонсјоровски је за то, да је требало на сваки начрн најпре власт известити тим пре, што је овде брат брата ранио, који би му, можда, и опростио, или би могао да изда нужне налоге за своју породицу.

Др. М. Јовановић — Батут вели, да треба најпре власт авизирати, нарочито кад се зна да је операција велика. Он неби оперисао за то, што може да се породи сумња да је усљед операције умро.

Др. Суботић је за то, да треба операцију извршити у таквим случајевима тим пре, што је повређени својевољно допустио да му се операција изврши. Што се тиче тога, да ли ће се породити сумња да је оперирани умро усљед операције, потврдиће обдукција узрок смрти.

Др. Л. Лазаревић вели, да не треба имати никаква обзира у таквим случајевима где је **индикација витална, и да је лекар дужан операцију да изврши,** не обзирући се на то што вели колега Гонсјоровски да би, рецимо, брат брату опростио, јер то по закону не може бити опроштено.

Др. Л. Стевановић би хтео да зна: који је раненога упутио у болницу и за што, — па ако га је упутила власт, онда га је требало испитати.

Др. Вл. Ђорђевић прецизира то питање овако: треба ли у оваквим случајевима чекати да човек умре не предузев операцију, пре него што дође писар да га испита?

Др. Хирш вели, да је требало операцију извршити, јер је човек послат у болницу као у најпречи

завод да му се помоћ укаже. Друго би било кад би се такав случај десио приватном лекару, онда би он дужан био да извести власт пре операције.

Др. Ђ. Јовановић вели да смо се удалили од главног питања, јер је овде једно питање хируршко а друго судско медицинско и наводи да у Француској има две методе хируршке код перитонитиса перфиративног и да се хирурзи деле у 2 табора. Једни су за то да се врши лапоратимија, а други су конзервативни и противни су лапоратимији.

На ово одговара Др. Суботић, да је овде био случај *peritonitis perforat. septica*, и да је у том случају упутно било да се операција изврши. Што неки француски хирурзи не оперишу где је случај *perit. perfor.* а имали су добре резултате, вели, да нигде нису доказали да је дијагноза тачна; јер ко зна да ли је баш био перитонитис перф. или не.

Др. М. Јовановић — Батут слаже се са Др. Хиршом и вели, да би и он, као лекар, извршио операцију, но као судски медицинар неби, јер је рана та свршила смрћу и за то је треба квалификовати као опасну и тешку.

Др. Л. Лазаревић је противан томе и одговара примером да је тиме што је н. пр. једно страно тело допрло у дубљину ока оно само тиме пропало а не тиме ако је оператор покушао да га извади.

Већина је за то да операцију ваља извршити онде где је у подобним случајевима индикација витална.

**About necessary doctor intervention in vital indications<sup>148</sup>**

A discussion relating dr Subotić's report about the case of an injury of the intestines using revolver quoted in report 9 of the SDA on 21th October 1889 under the numbers 37 and 38.

Dr Subotić shows one piece of the small intestine approximately 12 to 15cm long that had been taken out by resection. This intestine is highly interesting, because it has 8 perforations that were caused with only one bullet from revolver. The case was as follows: a brother wounds his brother from a revolver above spinae ant. Superior ossis ilei. The patient was unconscious when brought to the hospital, with a low pulse, collapsed abdomen and bloody urine. In the rectum, a hole (perforation) was established, and through that hole noted that the small intestine was perforated in twenty places. Unable to stitch up all the holes on the small intestine, because they were so close to one another, Dr Subotić decides to do a resection on one part of the intestine, where the holes were close to each other. The patient dies one hour after the operation.

Dr VI. Đorđević, who was present at the operation, knowing that the government did not examine the wounded man, bring a question to the association: Should an operation have been performed or should the government have been informed first. Dr Gonsjorovski thinks that the government should have been informed first because a brother shot his brother; the wounded brother might have forgiven his brother or could have given instructions for his family.

---

<sup>148</sup> Discussion has a primary medical forensic importance, and it is thematically significant for contemporary area of expertise.

Dr M. Jovanović-Batut notes that the government should have been informed first, especially when it was known that operation was serious. He would not have operated because doubt could have been raised that he died due to the operation.

Dr Subotić thinks that the operation should have been performed in such cases, especially because the patient willingly allowed the operation to be performed. As far as whether doubt could have been raised whether the man died due to the operation autopsy will establish the cause of death.

Dr L. Lazarević notes that any consideration should not exist if the indication is vital, and that the doctor's duty is to perform the operation, and not pay attention to what Dr Gosjorovski thinks in order for the brother to forgive his brother, since this cannot be forgiven by law.

Dr L. Stevanovic would like to know: who referred the injured man to the hospital and why, and if it was the government that had referred him, then he should have been questioned.

Dr Vl. Djordjevic repeats the question precisely: should we in such cases as this one, let a man die and not perform an operation, before the registrar comes to question him?

Dr Hirsch says that the operation should have been performed, because the man was sent to hospital in an emergency, and needed urgent help. It would have been different if this had happened to a private doctor, in which case he would have had to notify the government before performing the operation.

Dr Dj. Jovanovic says that we have furthered away from the real question, because one question is surgical here and the other is forensic-

medical, and states that in France, there are two surgical methods when it comes to perforated peritonitis and that surgeons are divided into two categories. One category supports laparotomy and the other is more conservative and is against laparotomy.

Dr Subotic responds to this and states that it was a case of peritonitis perforat. Septic, and that in that case it was questionable whether to perform the surgery. Some French doctors do not operate where it is a case of pert. perfor. and they had good results, saying that they never proved that the diagnosis was correct; since nobody really knows whether it was peritonitis perf. or not.

Dr M. Jovanovic – Batut agrees with Dr Hirsch and says that he would, as a doctor, perform the operation, but as a specialist of forensic medicine would not, because the wound resulted with death and therefore should be qualified as difficult and dangerous.

Dr L. Lazarevic disagrees and answers with a remark that for example, if a foreign body entered into the depth of an eye, it would have been destroyed as a result of this, and not as a result of a surgeon trying to remove it.

Most people agree that an operation should be performed where there are vital indications present.

### О ставовима Б. Секара о сексуалној потенцији и подмлађивању<sup>149</sup>

Писана дискусија у вези са рефератом Ђ. Јовановића о теми „Извештај о раду Б. Секара о подмлађивању и неколико сопствених случајева о повраћању потенције убризгавањем раствора сребра“. Цитирано у Записнику са 9. састанка Српског лекарског друштва од 21. октобра 1889. године под бројем 40.

Бр. 40.

За овим чита Др. Ђ. Јовановић извештај о раду Бр. Секарда о подмлађивању и неколико својих случајева о повраћању потенције убризгавањем раствора сребра.

Др. М. Јовановић — Батут вели да оно што је г. Ђ. Јовановић квалификовао као импотенцију није права импотенција, него долази од бојазни која се повраћа чим тако један импотентан буде једанпут са женском.

Др. Л. Лазаревић је истог мишљења, да нема у нас тако импотентних као што наводи Др. Ђ. Јовановић, и наводи познати пример Нимајеров када је он једном таквом импотентном дао *Aquae Foeniculi*, и овај је после неколико дана дошо Нимајеру и захвалио му се на леку што је добро дејствовао.

Др. Ђ. Јовановић тврди да је имао више случајева импотенције усљед хроничне бленореје, и да се обично после уштрцавања раствара *Argent nitr* у *pars. prost* повраћала потенција.

Др. Л. Лазаревић прелази на опите Др. Секарда и вели, да је тврђење Бр. Секардово да мужанство

<sup>149</sup> Српски Архив, одељак први, књига XII (1895), стр. 101-102.



бива отуда што се из тестикула ресорбишу сперматозојде, производ сенилне дегенерације и наводи, да има много женскиња, које су много јаче и здравије од мушкиња, а код ових се не ресорбишу сперматозојде.

Што се тиче уштрцавања познатим начином Бр. Секарда, држи да је то аутосеугестија и да у неколико то подобно дејство може да има и вода. За пример наводи једнога болесника у општој државној болници, који је патио од гангрене и коме се сваки дан уштрцавао морфијум. Једнога дана уштрца му помоћник, у место морфијума, дестилисане воде, и доиста болесник беше после тога миран.

Сумња да је вода тако индиферентна, као што се мисли и свраћа пажњу на убризгавање воде код колере.

Чуди се Бр. Секарду да може да тврди да се срарост може потпуно да реститујише.

Др. Суботић вели, да је распитивао, кад је био у Паризу, о раду Бр. Секарде и чуо је, да је француска влада одредила комисију да испита опите Секардове и резултат тога био је, да је Др. Секард изгубио своје звање.

Што се тиче уплива воде Др. Суботић сумња да може она мала количина воде да има дејство после уштрцавања.

Др. Л. Лазаревић тврди да уштрц. са 1 правцштрцом може насигурно бол да утиша.

Др. Ђ. Јовановић бранећи Бр. Секарда тврди да су у последњим архивима најбољи радови Бр. Секарда.

**About views of B. Secard on sexual potency and rejuvenation**<sup>150</sup>

Written discussion about report Đ. Jovanović „work on rejuvenation and a few of his cases about the return of potency by injecting silver solution“. Article quoted in the report the meeting SDA on the 21<sup>st</sup> of October 1889, num.40.

Dr Dj. Jovanovic reads a report about Br. Sekard's work on rejuvenation and a few of his cases about the return of potency by injecting silver solution.

Dr L. Lazarevic had the same opinion, that there are not so many impotent people around us, as Dr DJ. Jovanovic notes, and states a well known example of Nimajer's when he once have such an impotent man Aqua Foeniculi, and this man came back after a few days and thanked Nimajer for the medicine and its good effect.

Dr DJ. Jovanovic claims that he had a number of impotence cases due to chronic blennorrhoea, and that potency came back after they were injected with Argent nitr in pars. pros.

Dr. L Lazarevic moves on to Dr Sekard's trials and says that his claims that, manhood comes from when testicles reabsorb sperm, a product of senile degeneration and states, that there are many women who are much stronger and healthier than men, and in their cases there is no sperm being reabsorbed.

As far as injecting is concerned, Br. Sekard firmly believes that it is autosuggestion, and that even water can have a good outcome. He states

---

<sup>150</sup> Serbian Archive, part I, book XII (1895), p. 101-102.

an example of a man in a General public hospital, who suffered from gangrene and who was injected with morphine every day, one day nurse assistant injects the man with distilled water, and the patient was indeed calm after he was given the injection.

Suspicion that water is so indifferent, as it is thought, brings back attention to injecting it in cholera patients.

Br Sakard causes people to be surprised with his claims that he can completely restitute old age.

Dr Subotic Says that he had been asking around for information, when he was in Paris, about the work of Br Sekard and that he heard that the Fench government ordered a commission to investigate Br Sekard's trials and the result of that was that Br Sekard was said to have lost his knowledge.

As far as water use is conserved, Dr Subotic doubts that it can have any effect after it had been injected.

Dr L. Lazarevic claims that injection in one direction can certainly decrease the pain.

Dr Dj. Jovanovic defends Br Sekard and claims that, in the patest archives, Br. Sekard's work is the best.

**РЕФЕРАТИ ПРЕДЛОГА, ПРОГРАМА И ОРГАНИЗАЦИЈЕ**  
REPORTS OF PROPOSAL, PROGRAMS AND ORGANISATION

**Реферат о плановима за  
подизање болничке зграде у Београду<sup>151</sup>**

Реферат је цитиран у Записнику седнице Главног санитетског савета од 22. маја 1881. године, под тачком 23.

Бр. 23

Ред. чланови Др. Р. Лазаревић и Др. Л. К. Лазаревић реферишу о плану болнице, који име је предат на разматрање, и налазе да би он био удобан за среске болнице, пошто се најпре утврди систем вентилације и грејања.

**A report on plans for building a hospital in Belgrade<sup>152</sup>**

Regular members Dr R. Lazarevic and Dr L. K. Lazarevic report about the hospital's plan, which was given to them to elaborate, and find that it would be appropriate for county hospitals, when ventilation and heating systems have been established.

<sup>151</sup> „Народно здравље“ број 20 (1881), стр.8

<sup>152</sup> Magazine“National Health“, num 20 (1881). p. 8.

### Правила и програми о полагању државног лекарског испита за странце који хоће да раде у Србији<sup>153</sup>

Усвојени и цитирани у Записнику седнице Главног санитетског савета од 22. маја 1881. године, под тачком 18.

#### Бр. 100

Треба увести правило о полагању државног лекарског испита за странце који хоће да раде у Србији. Зато за ово треба урадити и програм, а за оваке дозволе наплаћује се такса у корист Санит. фонда и то за свако бављење по 100 динара.

Како ова дозвола, тако и такса имала би вредити за све специјалисте, који би к` нама долазили на кратко време и ради праксе.

#### Бр. 101

Савет даље одлучује да се пропишу програми и за испите ове врсте (дентистику, окулистику, хидротерапију, електротерапију и т д.) и одређује: за дентистику Др П. Стејића, за окулистику Др. Л. К. Лазаревића, за електро и хидротерапију Др. Р. Лазаревића, за отистику Др. Л. Ћ. Докића.

<sup>153</sup> „Народно здравље“, број 101 (1881), стр. 208.

**Rules and programs about the state examination doctors  
who are foreigners and would like to work in Serbia<sup>154</sup>**

No. 100.

A rule about the state medical examination for foreigners who would like to work in Serbia should be introduced. This is why this program ought to be done, and for such licences a tax of 100 dinars in favor of Sanit. fond should be charged.

This licence as well as a tax will be valid for all specialists who would come to us for the short time and for the sake of practice.

No. 101.

The council decides to assign programs for the following examinations (dentistry, ophtalmology, hydrotherapy, electrotherapy etc.) and assigns: for dentistry Dr P. Stejić, for ophtalmology Dr L. K. Lazarevic, for electro and hydrotherapy Dr R. Lazarevic and for othology Dr L. Đ. Dokic.

---

<sup>154</sup> Magazine „National Health“, num 20 (1881). p. 8.

**ПРИКАЗ (РЕЦЕНЗИЈА) КЊИГЕ**  
REVIEW (OVERVIEW) OF THE BOOK

**Рецензије и извод из извештаја о књизи**  
**„Гајење деце“ руске лекарке Марије Манасијеве<sup>155</sup>**

Лаза К. Лазаревић и Лаза Докић  
Превод Др Драге Љочић у издању „Чупићеве задужбине“

„...Истина да су њени захтеви за рационално гајење деце тако велики да ће се ретко ко наћи да ове захтеве испуни. Али ово на сваки начин не може се узети као мах на делу, јер стручњаку је дужност не само да осуди што је за осуду, већ и да препоручи како ваља да буде...“

**From review and report about the book of**  
**the Russian doctor Marija Manasijeva on „ Upbringing of children“**

„...It is true that Manasijev's – prim. author, requests for rational upbringing of children so big that it wil very difficult to find someone who will fulfill those requests. But this cannot be understood as a fault because it is an expert's duty to not only judge what needs to be judged but also to recomend what ought to be...“

---

<sup>155</sup> „Народно здравље“, књига IV, свеска 20 (1894-1895), стр. 154.

**ЛЕКАРСКЕ СВЕДОЏБЕ**<sup>156</sup>  
MEDICAL NOTES

LEKARSKA SVEDODŽBA.

Pregledali smo lekarski Persu Petrovićku, iz Beograda, koja se nalazi na posmatranju u ovoj bolnici od 21-og ov. mes.

Persa je blesavo-tužnog izgleda, neprestano nariče, ali su reči bez smisla i sveze. U tome rečitativu ona ište »vode, trešanja i grožđa«. Na pitanja odgovara bez ikakve veze i smisla, opet naričući. Jako je nemirna, i neobičnom hitrinom popne se na prozor, koji je pod samom tavanicom. Svakom prilikom gleda da umakne ne znajući upravo kuda će. Ne spava i gotovo nikad ne ćuti.

Prema oveome Persa je duševno bolesna, i mi smo mišljenja da se uputi na gledanje u bolnicu za duševne bolesnike.

U Beogradu,  
23-eg maja, 1884.

Medical note

We have performed a medical examination of Persa Petrović, from Belgrade, who has been kept for observation in this hospital starting from the 21<sup>st</sup> of this month. Persa's appearance is that of a silly and sad nature, she is crying constantly but her words make no sense and seem incoherent. In her talking she keeps asking for »water, cherries and grapes«. She responds to questions without any connection or meaning, continuing to cry. She is very restless and is extremely quick to climb the window, which is directly under the roof. She uses every opportunity to escape not really knowing where she might go. She does not sleep and is hardly ever quiet. According to this, Persa suffers from a mental ailment, and we believe she should be referred to a mental institution for observation.

Belgrade, May 23, 1884

<sup>156</sup> У документацији психијатријске болнице садашње „Др Лаза Лазаревић“ у Београду, пронашао Проф. Јован Вељковић.



## LEKARSKA SVEDODŽBA.

Pregledali smo lekarski Persu ženu Petra Petrovića nadničara ovd., koja je višekratno bila na posmatranju u ovoj bolnici.

Persa je slabog telesnog stroja i slabo uhranjena. Lice je opalo i krajnje blesavo. Govori vrlo polako i protežući, a sve bez smisla i sveze. Ne zna gde je, ne poznaje nikoga, pada se ide na polje. Sama sebi ostavljena mahom čuti i šapuće beznačajne reči.

Persa je prema rešenju g. ministra od 1. juna ove god. CHp 2940 već bila u Bolnici za Duševne Bolesnike. Kako je njeno stanje iz dana u dan sve gore, to smo mišljenja da se čas pre uputi u Bolnicu za duševne Bolesnike.

U Beogradu,  
20-og decembra, 1884.

## Medical note

We have performed a medical examination of Persa wife of Petar Petrović, day labourer residing here, who spent time on several occasions in this hospital on observation. Persa is of a weak constitution and malnourished. Her face is sunken and extremely silly looking. She speaks very slowly drawling the words out, still making no sense or connection. She is not aware of her whereabouts, does not know anyone, tends to soil herself. When left alone, she mainly keeps quiet and whispers meaningless words. Persa has been, according to a decision of Mr minister, CHp 2940, since June 1 of this year, committed to the mental institution. Since her condition has continued to worsen each day we believe that she should be sent immediately to a mental institution.

Belgrade, December 20, 1884

## LEKARSKA SVEDODŽBA.

Pregledali smo lekarski Mijaila Markovića, iz Banjina, sreza jasieničkog, okr. smederevskog, i našli smo:

Momče osrednje konstitucije, odgovara dobu od prilike od 18 god. Roav je po licu od skoro preležanih boginja. Pogled mu je nešto nestalan. U odgovorima je hitar, i ako malo nejasan. Tuži se da ga muče priviđanja. Tako mu se od brata njegovog učinilo da je jež, pa posle bi mu je taj jež ušao u gudi. Tuži se na strašna priviđenja, ali je svestan o tome da su to samo priviđanja. Kod kuće je, kako sam priznaje, velika štetočina: otvara slavine na buradima, te piće uludo ističe, baca deci kreč u oči, juri po selu bez ikakva cilja itd. Ništa mu se veli ne mili, i kući mu se nikako ne ide.

Iz svega se ovoga vidi da je Mijailo duševno oslabio, i stoga smo mišljenja da ga radi lečenja treba uputiti u Bolnicu za Duševne Bolesnike.

U Beogradu,  
19-og marta, 1885.

## Medical note

We have performed a medical examination of Mijailo Marković, from Banjine, from Jasenica county, Smederevo district and found the following:

A lad of medium build, consistent with age of approximately 18. He has facial scars from recent pox. His gaze is somewhat unsteady. His responses are quick although slightly unclear. He complains of seeing things. That is how he thought his brother to be a hedgehog and then that hedgehog has entered his chest. He complains of terrible hallucinations, but is aware of the fact that those are only hallucinations. At home, as he himself admits, he tends to cause grave harm: opens taps on barrels, so the beverage goes to waste, throws lime into children's eyes, runs around the village without an apparent cause, etc. He feels like doing nothing and does not want to go home at all.

From the above presented, it is evident that Mijailo has a mental ailment and therefore we believe that he should be referred for treatment to a mental institution.

Belgrade, March 19, 1885

## LEKARSKA SVEDODŽBA.

Pregledali smo lekarski Mitru Vlahovićku iz Leštana, beogradskog okruga, koja se nalazi na posmatranju u ovoj bolnici od 1-og ov. mes.

Mitra je slabe konstitucije i slabog sloja masti. Izgleda je ble-savog i apatičnog, dok s tim u kontrastu stoji njeno eksaltično ponašanje. Neprestano na glas viče i juri po kući. U tome neprestano pominje boga, peva crkvene pesme i preti i zapomaže čim joj se ko približi. Iz njenih sasvim nepouzdatih navoda doznaje se da pati od glavobolje. Ne zna gde je ni zašto je došla ovamo. Lekara drži za boga, bolničara za pobratima i Sv. Jovana. Na svoju okolinu uporno nasrće, a za to joj je dovoljno da samo ko prođe pored nje, ili je što zapita.

Prema ovome Mitra je duševno bolesna, a kako je njeno bavljenje u ovoj bolnici skopčano s vrlo velikim teškoćama i opasnošću i po nju, i po okolinu, to smo mišljenja da se *što pre* uputi u bolnicu za duševne bolesnike.

U Beogradu,  
3-eg januara, 1885.

## Medical note

We have performed a medical examination of Mitra Vlahovic, from Lestane, Belgrade county, who is under observation in this hospital from the 1st of this month.

Mitra is of a poor build and a low layer of fat. She appears to be of a silly and apathic nature, while her behaviour is exaltic. She speaks out loud and runs around the house. With that, she continuously mentions God, sings church songs and threatens and cries out if anyone comes close to her. From her unreliable claims, we find out that she suffers from headaches. She does not know where she is or where she came from. She considers the doctor to be God, nurse to be her brother and St. Jovan. She has violent outbursts and it is enough for someone to walk past her, or ask her a question.

According to this, Mitra is mentally ill, as her stay in this hospital is connected with huge difficulties and danger to her self as well as those around her, it is our opinion that she should be transferred to a mental hospital *as soon as possible*.

Belgrade, January 3, 1885.

## LEKARSKA SVEDODŽBA.

Pregledali smo lekarski Jocu Stojkovića, rabadžiju iz Beograda, koji se nalazi na gledanju u Opštoj Bolnici od 11-og novembra pr. god.

Joca je krepkog fizičkog sastava, ugojen, niska čela, vrlo ble-sava izgleda s glupim smešenjem. Epileptičke napade dobija po nekoliko puta na dan. Inteligencija čezne s dana na dan, i psihička sfera svedena je do najprostijih potreba. Ne razume njegovo bavljenje u bolnici. Ne razbira se ni u četiri vida računa, ne zna čitati ni pisati, i ako je išao nekad u školu. Na mahove je nasrtljiv, i uvek neodoljivo pokušava da pobegne, tako da ga često ponekoliko puta na dan hvataju po ulicama.

Svi terapijski pokušaji činjeni u ovoj bolnici ostali su bez ikakva uspeha. Njegovo bavljenje ovde skopčano je s vrlo velikim teškoćama, pa pošto je njegovo duševno stanje neizlečivo, to smo mišljenja da se *što pre* uputi na gledanje u bolnicu Za duševne bolesnike.

U Beogradu,  
8-og januara, 1885.

## Medical note

We have performed a medical examination of Joca Stojkovic, a worker from Belgrade, who is in the General hospital on observation from the 1<sup>st</sup> of the last month.

Joca is well built, overweight, has a low forehead, very silly appearance and has a silly smirk on his face. He has a few epileptic fits every day. His intelligence deteriorates each day, and his physical condition has come to a bare minimum. He does not understand the reason for his hospitalization. He cannot do any calculations, cannot read or write, although he once attended school. Intermittently, he is aggressive, overwhelmingly tries to escape, and therefore is being caught on the streets a few times a day.

All therapeutic attempts that have been made in this hospital have been unsuccessful. His stay in this hospital is of great difficulty, and since his mental state is incurable, in our opinion, he should immediately be referred for observation to the mental hospital.

Belgrade, March 8, 1885

## LEKARSKA SVEDODŽBA.

Pregledali smo lekarski Đorđa Vasikića negd. praktikanta iz Užica, koji se nalazi na posmatranju u ovoj bolnici od 4. dekembra pr. god.

Đorđe je i pre bivao u ovoj bolnici, odakle ga je neizlečenog vodila familija kući. Stanje je njegovo opet pozlilo. Nепrestano je u melanholičnom raspoloženju i oseća se kao veliki stradalnik. Njegova su stradanja sa svim tihe prirode, ali se on neodoljivo upinje da umakne iz bolnice, misleći da će se i muka otresti. Po njegovim rečima on je »u stradanju pod nekom ceremonijom i služio je kao stradalnik pod ceremonijom«. Tuži se da ga »kao stradalnika pod ceremonijom gde je na mukama i oblagorođen niko neće ni u kvartir«, itd. itd. Svoga lekara dočekuje ili klečeći s oborenom glavom i sklopljenim rukama, ili u krevetu navukavši pokrivač preko glave i okrenuv se zidu. Pri svojim molbama ljubi noge i patos itd.

Kako iz sadašnjeg stanja, tako i iz pređe poznatih fakta odsudno se vidi da je Đorđe duševno bolestan, da mu je bolest neizlečiva, i da ga s toga treba uputiti u bolnicu za duševne bolesnike.

Beograd  
19. Jan. 1885. god.

## Medical note

We have performed a medical examination of Djordje Vasikic, former prentice from Uzice, who is in this hospital on observation from the 4<sup>th</sup> of December of last year.

Djordje has been at this hospital before, from where his family took him home. His condition has worsened again. His mood is constantly melancholic and he feels like a victim. His feelings of being a victim are of silent nature, but he tries very hard to escape from the hospital, thinking that in this way, his suffering will disappear too. According to him he is »a victim in some sort of a victimizing ceremony«. He complains that »as a victim of the ceremony where he is a victim and is marked, nobody wants him in the camp«. Etc. He welcomes his doctor either kneeling down with his head bowed and clasped hands, or in bed, covered with a blanket over his head and face to the wall. When he pleads, he kisses feet and the floor etc.

It is obvious from his current state as well as previous facts that Djordje is mentally ill, that his illness is not untreatable, and that he should, therefore be referred to the mental hospital.

Belgrade, January 19, 1885.

## LEKARSKA SVEDODŽBA.

Pregledali smo lekarski Ljubisava Miloševića iz Lomnice okr. Kruševačkog, koji se nalazi na posmatranju u ovoj bolnici od 17-og ov. mes.

Ljubisavu je 10–11 god. Izgleda je krajnje blesavog. Jedva zna kako mu je ime, na sve drugo odgovara besmislenim zvucima, pevajući ih monotono, kao što deca govore svoje lekcije. Pri tome se ne služi rečima, već kroji beznačajne slogove, koji nemaju nikakva smisla. Sam sebi ostavljen puže, kupi oko sebe đubre i dronjke ili leži nepomično. Ni za što se oko sebe ne razbira, i ne raspolaže ni inteligentnošću jedne domaće životinje.

Prema ovome Ljubisav je idijot, a kao takvog valja ga uputi u bolnicu za duševne bolesnike.

U Beogradu,  
21-og januara, 1885.

## Medical note

We have performed a medical examination on Ljubisav Milosevic, from Lomnica, Krusevac district in this hospital from the 17<sup>th</sup> of this month.

Ljubisav is 10-11 years old. He looks very silly. He hardly knows his name, to every other question he answers with meaningless sounds, singing in a monotonous tune, like children say their lections. At the same time he does not use words, but makes meaningless syllabus, which make no sense. When left to him self, he crawls, collects rubbish and raggars or lies motionless. He does not understand anything around him, and does not display intelligence, not even of a domestic animal.

According to this, Ljubisav is an idiot, and therefore should be referred to the mental hospital.

Belgrade, January 21, 1885.

### Поговор

Идеја да се објави зборник стручно-научних радова др Лазе К. Лазаревића из области медицине стара је бар сто година. Последњих 60 година објављивање овакве публикације покушано је више пута. Можда је најреспектабилније било издање Љ. Матића *Библиографија медицинских радова Лазе К. Лазаревића* из 1951. године и В. Кањуха и Б. Павловића „Лазе К. Лазаревић (1851–1891)“ у књизи *Живот и дело српских научника* (САНУ, 1998). Све до сада издате публикације о радовима др Лазе К. Лазаревића нису задовољавајуће, а још мање потпуне. Истина, због историјских околности и догађања, часописи, у којима је др Лаза К. Лазаревић објављивао своја запажања и истраживања, су расипани, уништавани и нестајали. Наши лекари су кроз лекарске форуме и удружења лекара, почевши од савременика др Лазе К. Лазаревића па до данас, углавном величали његов рад и о томе оставили писани исказ.

Др Лаза К. Лазаревић се као двадесетосмогодишњак с дипломом Медицинског факултета Универзитета у Берлину вратио у Србију и одмах се активно укључио у рад струковног удружења Српског лекарског друштва. Стручни часопис „Српски архив“ почео је да публикује његове квалитетне радове, стручне текстове, лекарска запажања и истраживачка размишљања. Др Лаза К. Лазаревић је једноставно рођен са невероватном даровитошћу за биолошку - фундаменталну научност у медицини. Имао је и невероватан, рекло би се и непоновљив клинички таленат да примени научну медицину у функцији пружања помоћи болеснику. Објективно, остао је недостижан по вештини лекарске проницљивости и дијагностичком закључивању. У књижевном раду, који је неспорно квалитетно и свеобухватно критички сагледан, припала му је титула најбољег стилисте српске књижевности и пионира српске психолошке приповетке. У медицини он је недостижан научник и интерпретатор научне медицине у клиничко-практичном раду.

Др Лаза К. Лазаревић је у својим публикованим радовима из медицине запажао квалитете савременика у медицинској науци. У својим радовима и стручним разматрањима, позивајући се на ставове великана медицине, као што су, рецимо, Ерб, Џејмс Паркинсон и други, смело је наводио њихове недостатке или заблуде и допуњавао их или чак исправљао. Сматрам да су за сва

времена импресивни и незаборавни српски лекари, а савременици др Лазе К. Лазаревића, као што су др Владан Ђорђевић, др Војислав Суботић (млађи), др Пирс, др Младен Јанковић, др Данић, др Клинковски, др Христић и други, били почаствовани тиме што су радили с њим, мада објективно кратко време. Оставили су писани траг у историји српске медицине о непоновљивом научном и стручном таленту др Лазе К. Лазаревића али ипак није урађено довољно. Др Лаза К. Лазаревић је био посебан лекар у своме времену у европским, па и светским размерама, јединствен по схватању да треба утемељити посебну стручну област научне медицине намењену старима – геронтологију, па се сматра и оцем геронтологије као медицинске области. Још у XIX веку схватио је да лекар треба и има право и обавезу да болесном пружи сва своја сазнања из научне медицине. Традиционалну медицину је препуштао слободном избору и вољи болесног и у тешкој болести очајног човека, али се као лекар јасно дистанцирао од манипулација кроз научну медицину. Сведоци смо савремене штетне спекулације с термином *алтернативна медицина*, под којим се подразумева традиционална медицина. То није ни етично ни хумано јер традиционална медицина има своје миленијумско утемељење у емпирији, а научна медицина је стара једва два века. Ни наука ни научна медицина не могу имати алтернативу. Др Лаза К. Лазаревић је то јасно знао и тврдио у својим писаним радовима. С правом се можемо запитати шта би све достигао или оставио потомству и светском медицинском наслеђу да је живео дуже јер је радио и стварао као лекар краће од 11 година.

Сматрам да су савременици др Лазе К. Лазаревића, а посебно следбеници лекарске струке, до дана данашњег остали дужни највећем међу њима. Користим овај јубилеј – 150 година клиничке психијатрије у Србији да штампам у овој књизи двојезично 77 пронађених, а у XIX веку појединачно публикованих научних и стручних радова из области медицине др Лазе К. Лазаревића. Штампанем 2.000 примерака зборника радова из медицине на српском и енглеском језику на најбољи начин освежавамо сећања на нашег др Лазу К. Лазаревића, који припада историји светске научне медицине за сва времена.

У Београду, децембра 2011. године

Проф. др Милутин М. Ненадовић  
неуропсихијатар



### Afterword

The idea to publish the professional-scientific collection of papers of Dr Laza K. Lazarević from the field of medicine is at least one hundred years old. Publishing of this sort of collection has been tried many times in the last sixty years. The most respected was the publication of Lj. Matić *bibliography of medical papers of Laza K. Lazarević* from 1951 and V. Kanjuh and B. Pavlović „Laza K. Lazarević (1851 to 1891)“ in the book *life and work of serbian scientists* (SANU, 1998). All publications that have been done until now about papers of Dr Laza K. Lazarević have not been satisfactory, and even less complete. The truth is that due to historic circumstances and occurrences that journals in which Dr Laza K. Lazarević published his observations and researches were scattered, destroyed and disappeared. Our doctors have, through doctor's forums and associations, beginning with his contemporaries, until today mostly praised his work and left a written report.

Dr Laza K. Lazarević came back to Serbia as a twenty eight year old graduate from Medical Faculty of Berlin University, and immediately got involved with the work of the professional alliance of Serbian Doctor's association. Professional journal „Serbian archive“ started to publish his valuable papers, professional reports, doctor's observations and scientific contemplations. Dr Laza K. Lazarević was simply born with an unbelievable gift for biological – fundamental medical science. He had an unbelievable so to speak and unrepeatable clinical talent to apply scientific medicine into function of offering help to the patient. Objectively, he remained inapproachable as far as his medical skill of perspicacity and diagnostic conclusion is concerned. In literal work which is undoubtedly valuably and comprehensively critically observed, he was awarded the title of the best stylist of Serbian literature and pioneer of Serbian psychological narration. In medicine he is an inapproachable scientist and interpreter of scientific medicine in clinical - practical work.

Dr Laza K. Lazarević has noticed the qualities of contemporaries of medical science, in his published work. In his papers and scientific reviews, referring to the giants of medicine, such as Erb, James Parkinson and others, boldly referred to their faults or misconceptions and supplemented or even corrected them. I consider that forever impressive and unforgettable Serbian doctors, and contemporaries of dr Laza K. Lazarević, such as dr Vladan Đorđević, dr Vojislav Subotić (junior), dr Piers, dr Mladen Janković, dr Danić, dr Klinkovski, dr Hristić and others, were honored to have worked with him, although objectively for a short time. They left a written trace in history of Serbian medicine about unrepeatable scientific and professional talent of dr

Laza K. Lazarević and yet not enough has been done. Dr Laza K. Lazarević was a distinct doctor in his time in European, even world proportions, unique in his belief that particular professional field of medicine meant for the elderly – gerontology should be founded, therefore he is considered to be the father of gerontology as a medical field. As far back as XIX century he realized that a doctor should and has the right and obligation to provide all his knowledge of scientific medicine. He left traditional medicine to free choice and will of the patient and in difficult illness of a desperate man, but as a doctor he clearly distanced himself from manipulation through scientific medicine. We are witnesses of contemporary hazardous speculation of the term *alternative medicine*, which includes traditional medicine. This is neither ethical nor humane because traditional medicine has its millennium long foundation in the empirical evidence, and scientific medicine is hardly two centuries old. Neither science nor scientific medicine can have an alternative. Dr Laza K. Lazarević knew and claimed this clearly in his written work. We can rightfully ask ourselves what he could have achieved or left to his descendents and world medical heritage if he had lived longer because he only worked and created as a doctor for less than eleven years.

I Believe that contemporaries of dr Laza K. Lazarević and especially followers of doctor's profession, until today remain indebted to the greatest one amongst them. I use this anniversary – 150 years of clinical psychiatry in Serbia to print in this book, in two languages 77 located, and in XIX century individually published scientific and professional papers from medical field of dr Laza K. Lazarević. By printing 2.000 copies of collection of papers of medicine in Serbian and English languages we refresh in best way possible the memories of our dr Laza K. Lazarević who belongs to the history of world scientific medicine of all time.

In Belgrade, December 2011

Prof. Dr Milutin M. Nenadović  
neuropsychiatrist

## Литература References

- [1] Арновљевић В, Терзин А, Папо И, Стефановић С, Божовић Б, Ристић Ј, Петковић С, Николиш Г, Милин Р, Петровић Зл, Ракић Љ, Каљух В, Букуров С, Шуловић В, Спужић И, Симић М. и Бумбашировић Ж. *Активност и допринос чланова САНУ у развоју медицинске науке*. У: Српска академија наука и уметности и развој науке и уметности у Срба. Књига 1. Природно-математичке, техничке и медицинске науке. САНУ, 1989, Београд, 270.
- [2] *Годишњак CIV за 1997. Српске академије наука и уметности*. Београд; 1998.
- [3] *Годишњак Српске краљевске академије I. 1887*. Београд; 1888.
- [4] Ђорђевић Вл. *Некролог о Лазу Лазаревићу*. Српски Архив 1891; 12(1):237-8.
- [5] Ђорић НМ. *Лаза К. Лазаревић - лекар и писац*. Медицинско-психолошки оглед. Друго измењено и допуњено издање. Ниш; 1958.
- [6] Живојиновић Б. *Лаза К. Лазаревић (1851-1891)*. У: 100 најзнаменитијих Срба. Нови Сад, Јупублик1993; 326-31.
- [7] Јовичић В.: *Лаза Лазаревић*. Нолит, Београд; 1966. п.72-84.
- [8] Каљух В. и Павловић Б. *Др Лаза К. Лазаревић. Књижевник - дописник Српске краљевске академије и лекар - клиничар и научник (Поводом 100-Годишњице смрти)*. Медицинска истраживања 1991;24(1-2): I-XII.
- [9] Матић Љ. *Библиографија медицинских радова Лазе К. Лазаревића*. Српски архив 1951; XLIX(5):358-62.
- [10] *Народно здравље*. 1884/85; IV(20): 154.
- [11] Павловић Б. *Доктор Лаза К. Лазаревић у историји српске Геронтологије*. Српски Архив 1992;120(9-10):313-4.
- [12] Павловић Б. *Поводом стогодишњице смрти умног, даровитог и племенитог човека - др Лазе Лазаревића. Наши први клиничар и научник*. Глас осигураника, 1991; XX (10):20.
- [13] Радовановић М. *Говор поводом смрти др Л. К. Лазаревића*. У: Главни Годишњи скуп Српског лекарског друштва одржаном у Београду 2. фебруара 1891. Српски Архив 1895; 12(1):232-8.
- [14] Ристић М. *Лаза К. Лазаревић*. Медицински подмладак 1962; 1:73-80.
- [15] Станојевић В. *Место Лазе К. Лазаревића у историји наше медицине*. Српски Архив 1951; 49(5): 340-352.
- [16] Стојановић М. *Грчка беседа Владана Ђорђевића посвећена Лазу Лазаревићу*. Меридиани 1993; 4-6:100-3.

- [17] Цонић Ж. *Лаза Лазаревић и физикална медицина*. Физикална терапија 1997; 3(7):36.
- [18] Шуловић В, Павловић Б. *Гинеколошка пракса др Лазе К. Лазаревића*. Зборник радова Гинеколошке недеље, Београд; 1990.
- [19] Шуловић В, Павловић Б. *Зборник радова „Лазини дани '90“*. Шабац, 1990; 16-9.
- [20] Шуловић В. Павловић Б. *Први клиничар у Србији - доктор Лаза К. Лазаревић*. Српски Архив 1990; 118:492-6.
- [21] Wartenberg R. Arch. Neurol. & Psychiat 1951; 66:58.
- [22] Wartenberg R. *Diagnostic Tests on Neurology*. Chicago: The Yearbook Publishers Inc.; 1953.
- [23] Wartenberg R. *Lasegue Sign and Kerning Sign*. Arch. Neurol. and Psychiat 1951; 66:58.