

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Szkice herniologiczne. Skreślił prof. dr. A. Obaliński. (Ciąg dalszy). — Zbrodnia czy obłąkanie. Napisał prof. dr. Blumenstok. (Dokończenie). — Assenizacja Warszawy. IV. (Dokończenie). — **Odcinek.** Najwyżej zatwierdzona uchwała Rady Państwa o ochronie źródeł wód mineralnych. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

## SZKICE HERNIOLOGICZNE

Skreślił prof. dr. A. Obaliński w Krakowie.

(Ciąg dalszy—Zobacz. Nr. 17).

**Obs. XXIV.** L. S. przybył 19/1 1885 z ppk. pachwinową od 24 godzin uwięzniętą i podobnie zmaltretowaną jak w poprzednim przypadku. Herniotomia. Pętla jelitowa ciemno-czerwona, miejscami brunatna. Postanowiono jeszcze jelito odprowadzić, przyczem w jednym miejscu otrzewna się oddzieliła, co zaraz cienkim katgutem zaszyto. Przebieg tego samego i następnego dnia pomyślny zmienia się, i w trzecim dniu kończą się zejściem śmiertelnem. Bez sekcyi.

Nie mogę pójść dalej nie zwróciwszy uwagi na przypadki pod l. XXI, XXIII i XXIV opisane a tak bardzo spowinowaczone; we wszystkich była jednaka przyczyna tak stosunkowo szybko powstałej destrukcyi jelita uwięzionego, mianowicie, brutalna siła użyta w celu repozycyi bezkrwawej *à tout prix*. Już powyżej wspomniałem, że z bardzo poważnej strony zalecono (*l. c.*) forsowne usiłowania do repozycyi bezkrwawej. Jakkolwiek zalecenie to podane dla lekarzy, a więc ludzi fachowych, niema nie wspólnego z powyższemi uszkodzeniami spowodzonemi przez laików nie pojmujących całej grozy swego postępowania, to sądzę, że zawsze niezaszkodzi zwrócić uwagę nawet lekarzy na okoliczność, jakie skutki gwałtowne postępowanie za sobą pociągnąć może. Dlatego jeszcze raz korzystam z nadarzonej sposobności aby się oświadczyć, że nie tylko co do czasu, lecz i co do użytej siły ograniczyć należy usiłowania repozycyjne na ślepo wykonywane, a to tembardziej, że jak to powyżej wykazałem, w antyseptycznej operacyi wczesnie przedsięwziętej nietylko bez rozcinania worka przepuklinowego, ale i nawet z rozcięciem tegoż, posiadamy środek prawie niezawodny do usunięcia złego.

γ) Powikłania średniej doniosłości t. j. takie, w których jelito uwięzione już nie tylko o zgorzel podejrzanem było, jak w poprzednich, lecz wyraźnie było zgorzelinowem a mianowicie, albo znaleźliśmy jedno lub kilka miejsc szarych zapadających się albo nawet jelito



czarne przedziurawione a w worku przepuklinowym kał i naciek jego części składowych. Piętnaście przypadków tego rodzaju postrzeganych po-dzieliłem znów na trzy grupy:

1) sześć, w których przystąpiono do rezeceyki ko-listej jelita i pierworzędnej enterorafii.

**Obs. XXV.** Józef T. l. 33 przybył w nocy 10/2 1879 z przepukliną pachwinową od ośmiu dni uwięzniętą. Nazajutrz herniotomia. Pętla ma-ła czerwona przy wydobywaniu pętkła. Po dokładnem rozcięciu pierście-nia zacieśniającego, wydobyto pętlę aż dopóki nie spostrzeżono zdrowych ścian jelita, w których wykonano rezecekę kawalka 34 ctm. długiego. Ponieważ obwód jelita doprowadzającego okazał się znacznie większym niż odprowadzającego, przeto zwę-ziłem go przez zaszycie fałdy. Kilkanaście szwów Lambert'a cienkim kat-gutem. Śródjelicie podwiązywano częściami ujmowanemi w szczypczyki, poczem jeszcze kilka osobnych tętniczek przewiązano. Śmierć w kilka go-dzin. Przy seceyki zanotowano: „Na kilkanaście centymetrów powyżej je-lita ślepego okazuje jelito cienkie dwie kolisto obcięte i szwami zespojone pętłe. Otrzewna zamglona i drzewkowato nastrzykana. W górnej pętli po nad zeszyciem, podłużna, również szwami przytrzymana fałda. Kał prze-chodzi dobrze z górnej pętli do dolnej, lecz występuje także kroplami z pomiędzy szwów fałdy”.

**Obs. XXVI.** Magdalena S. l. 50. Dnia 1/1 1880 przybyła z przepukli-ną udową od 8 dni uwięzniętą i przez kilku lekarzy bezskutecznie odpro-wadzaną. Skóra była nacieczona i na samym szczycie zaczerwieniona, przystąpiono tedy do operacyi z zamiarem wykonania rezeceyki jelita. Ja-koż rzeczywiście, gdy w głębi worka znaleziono małą czerniałą i zapa-dniętą pętlę jelita, rozszerzono pierścień, wydobyto około 20 ctm. jelita i rezekowano zgorzelinową część w kształcie klina 5 ctm. i 2 ctm. szero-kiego, wypuszczono z górnego odcinka około jednego litra kału płynnego, zeszyto odcinki szwami Lambert'a z cienkiego katgutu i odprowadzono jelito. Niespokój i osłabienie; śmierć w 36 godzin po operacyi. Seceyka wykazała: „*Reductio spuria intestini ilei post ejus resectionem in spatium subpe-ritoneale circa faciem internam ossis pubis dextrae. Peritonitis circumscripta recens*”. Szwy jelitowe trzymały dobrze.

**Obs. XXVII.** Naftali D. l. 52 z przepukliną pachwinową od 3 dni uwięzniętą. D. 2/11 1880 wykonano herniotomią po nieudanej repozycyi bezkrwawej. Około 200 gm. sieci odcięto po przewiązaniu. Pętlę jelitową 18 ctm. długą, ciemną, z szaremi zapadającymi się miejscami, rezekowano. Szew katgutowy Lambert'a. Śmierć w 24 godzin później. Seceyki niebyło.

**Obs. XXVIII.** Salomon K. l. 27 z przep. pachw. od 30 godzin uwięzłą. Herniotomia d. 2/1 1881. Jelito zgorzelinowe przy wydobywaniu pętkło. Rezeceyka (niezanotowano jak długiego kawalka) jelita, szew katgutowy Lambert'a. Collapsus. Śmierć w 26 god. po operacyi. Uwolniony od seceyki <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Dla uniknięcia pomyłek w razie układania późniejszych statystyk oświadczam



**Obs. XXIX.** Sulim H. l. 40 od 3 dni uwięznięcie przep. pachwinowej. Herniotomia d. 15/12 1881. Pętla ciemna z licznemi jakby wybroczynami z których jedna pękła przy wydobywaniu pętli z rozciętego pierścienia. Rezekcyja 20 ctm. i enterorafia szwem katgutowym dwurzędowym. Stan przez następne 24 godzin dosyć dobry, w którym to czasie nastąpiły dwa wolne, bardzo cuchnące stolce, poczem zaczęły zaraz opuszczać chorego siły tak, że w godzinę później życie zakończył. Od sekeji uwolniony.

**Obs. XXX.** Sola S. l. 40 przybyła d. 25/4 1882 z przepukliną udową uwięzniętą od dni pięciu i z objawami początkowej peritonitis. Herniotomia. Płyn w worku cuchnący, pętla ciemno-brunatna zapadająca się. Rezekowano kawałek 20 ctm. długi. Szew katgutowy dwurzędowy. Ból i zapad po operacji. W 24 godzin śmierć. Jako przyczynę tejże, wykazała sekeja ostrą peritonitis; szwy trzymały dobrze.

Tak więc, z sześciu powyższych śmiercią zakończonych przypadków tylko w jednym na pewne stwierdzić mogłem, że enterorafia pierworzędna stała się przyczyną śmierci (obs. XXVI). Było to jeszcze w roku 1879 a więc w czasie, kiedy technika tej operacji nie była jeszcze tak rozwiniętą, jak dzisiaj. W drugim (obs. XXIX) podejrzewać należało, że szwy puściły, lecz z powodów rytualnych nie można było tego stwierdzić sekcją. Jedna chora umarła z powodu zap. otrzewny już przed operacją stwierdzonego, jedna z powodu wrzekomego odprowadzenia jelita do jamy podotrzewnowej, najprawdopodobniej przez usiłowane przed operacją jeszcze repozycye wyrobioną, a dwoje najprawdopodobniej w skutek zap. otrzewny, chociaż sekeji niewykonano.

2) siedm przypadków, w których założono sztuczna odbytnicę:

**Obs. XXXI.** Sebastyan S. l. 70. Przep. pachwinowa uwięznięta od dni czterech. Herniotomia d. 3/5 1872. Pętla jelitowa ciemno-wisniowa z kilkoma miejscami czarnemi, w których odluszczone otrzewna błonę mięsną odsłoniła. Pęknięcie jelita przy wydobywaniu. Obcięto część podejrzaną i przszyto obydwa końce do brzegów rany skórnej. Mimo to stolce się nie pojawiały, wymioty nie ustępowały a bębniaca się zwiększała. Śmierć w 54 godzin po operacji. Sekeja wykazała peritonitis.

**Obs. XXXII.** Jan S. l. 60 przep. pachw. uw. od dni czterech. Herniotomia d. 18/5 1873. Pętla ciemno-wisniowa z miejscem czarnem wielkości centówki, które przy wydobywaniu pękło. Pozostawiono ów otwór w ranie. Śmierć w 6 godzin. Sekeja wykazała *peritonitis* jako przyczynę śmierci.

**Obs. XXXIII.** Józefa N. l. 60 przep. udowa uw. od dni ośmiu. Herniotomija d. 21/6 1874. Jelito ciemno-wisniowe bez połysku pęka przy usiłowaniu wydobycia go z nadciętej bramy. Pozostawiono otwór w ranie. Śmierć w 4 godziny po operacji. Sekeja wykazała zap. otrzewny septyczne już od kilku dni trwające (za czem przemawiała i ta okoliczność, że

że obs. XXV—XXVIII są owemi przypadkami o których już RYDYGIER (l. c.) wspomina i które następnie do statystyki MADELUNGA i REICHLA ztamtąd się dostały.



po nacięciu pierścienia herniotomem, wydobyło się obok jelita około litra płynu posokowatego z jamy brzusznej).

**Obs. XXXIV.** Józef O. przep. mosznowa uwięzg. od dni siedmiu. Herniotomia d. 30/6 1878. Pętlę zgorzelinową zrosniętą z workiem pozostawiono w ranie po zniesieniu zasznurowania. Gdy mimo tego stolce się nie pojawiały, rozcięto pętlę, poczem odpłynęło nieco kału rzadkiego. Śmierć w 10 godzin później. Sekcya wykazała: Pętla jelita cienkiego zrosnięta dokładnie ze szyjką worka przepuklinowego. Wierzchołek pętli przedstawia otwór na 3 ctm. w średnicy, przez który z łatwością wejść można tak do górnej jak i do dolnej rury jelitowej. Widać jednak w jednym miejscu po za ścianą jelita otwór prowadzący do jamy otrzewnowej, przez który kał dostał się do miednicy małej w znacznej ilości.

**Obs. XXXV.** Teresa F. l. 40 przep. udowa uw. od dni dziewięciu. Herniotomia d. 17/4 1882. Pętla jelitowa w bramie przyrosnięta zgorzelinowa i w samym środku przedziurawiona. Przekonawszy się, że przystęp do jelita do i odprowadzającego jest wolnym, pozostawiono otwór w ranie. Mimo to zapad zwiększał się coraz bardziej tak, że chora w 30 godzin zakończyła życie. Sekcya wykazała ostre zap. otrzewny jako przyczynę śmierci.

**Obs. XXXVI.** Albert B. l. 51 przep. pachw. uw. od dni czterech. Herniotomia d. 9/4 1883. Pętla zgorzelinowa nadżarta. Zniesiono zacieśnienie, odcięto zgorzelinową część i przyszyto obadwa końce w ranie. Próba wypuszczenia kału z odprowadzającego jelita za pomocą sondy gardzieliowej nie udała się. Śmierć w 10 godzin po operacji. Sekcya wykazała przedziurawienie traumatyczne w jelicie na kilkanaście ctm. powyżej końca odprowadzającego i ztąd powstała *peritonitis faecalis*. Widocznie sonda gardzieliowa przebiła kruchą ścianę jelita.

**Obs. XXXVII.** Jakób N. l. 45 przep. pachwinowa uw. od dni sześciu. Przy próbie odprowadzenia bezkrwawego zdawało się, że pętla dała się odprowadzić, przyczem słyszano nawet gulgocie, tymczasem pojawienie się ponowne obrzęku i dalsze trwanie niedrożności jelit przemawiało za tem, że repozycja była tylko pozorną. W dniu 5/5 1881 herniotomia, wśród której wypuszczono po otwarciu worka przepuklinowego znaczną ilość ropy i nieco kału. Pętli nie można było już odszukać, ztąd wniosek, że pętla jelitowa pękła przy owej repozycji, będąc jednak zrosniętą z bramą przepuklinową nie dozwoliła przedostać się treści swej do jamy otrzewnowej. Przez kilka dni następnych odpływał kał tylko przez ranę (*anus praeternaturalis*), mimo to ileus utrzymywał się tak, iż zaczęto myśleć o istnieniu skrętu lub innej jakiej przyczyny niedrożności powyżej położonej. Wreszcie po 14 dniach przystąpiono do herniolaparotomii, przyczem odskonięto jelito dawniej uwięznięte a obecnie jeszcze zrostami w otworze wewnętrznym przyczepione, wycięto je i zespojono za pomocą szwów Lembert'a. Śmierć w 20 godzin po operacji. Sekcya wykazała, że szew kiszkowy dobrze trzymał było przyczyną śmierci i że rozległe zap. otrzewny, które jeszcze prawdopodobnie przed pierwszą opera-



cyą wzięło początek. Ten przypadek enterorafii jako w dwa tygodnie po założeniu sztucznej odbytnicy wykonany, zaliczam już do enterorafii wtórnej.

Z wyjątkiem przedostatniego przypadku, który padł ofiarą nieszczęśliwie wykonanego sondowania, inne sześć zakończyły się śmiertelnie w skutek zapalenia otrzewny, od którego nie chroniło, nawet zupełne przyrośnięcie pętli do bramy przepuklinowej.

3) Dwa przypadki w których poprostu przecięto ropień kałowy.

Obs. XXXVIII. Józefa B. l. 40 przybyła 5/6 1877 z przetoką kałową tuż pod prawem więzadłem Pouparta umieszczoną wielkości soczewicy, przez którą w ciągu doby kilkanaście kropel rzadkiego kału lub cząstek niestrawionych potraw wychodziły. Stan taki trwał od półtora roku i powstał w sposób następujący: Mieszkając na wsi przywołano lekarza do uwięźniętej przepukliny dopiero dnia szóstego, gdy w miejscu tejże utworzył się ropień, który został przeciętym. Wypłynął kał pomieszany z posoką. Odtąd odchodził kał drogą naturalną a przez ranę tylko częściowo, aż wreszcie pozostała włoskowata przetoka, jak wyżej opisano. Przy lapiowaniu i opasec uciskowej usunięto do reszty przetokę.

Obs. XXXIX. Jadwiga K. l. 25 przybyła na oddział 17/11 1883 w stanie następującym. Poniżej więzu Pouparta strony prawej guz chelbocący ze skórą zaczerwioną wielkości cytryny; brak stolca i wymioty od tygodnia; temperatura ciała podniesiona do 39° C. W przypuszczeniu, że pętla jelitowa jest już przezartą, postanowiono tylko otworzyć worek przepuklinowy dla ułatwienia odpływu kału a w następstwie leczyć sztuczną odbytnicę lub przetokę kałową. Przecięcia dokonano za pomocą termokauteru Pacquelin'a, przyczem wylało się dużo zawartości cuchnącej. Na trzeci dzień stolec naturalny a obok tego odpływa przez ranę nieco kału płynnego (*hernia Littriana*). Po 2 miesiącach zagoiła się przetoka zupełnie.

E. Wreszcie do piątej i ostatniej grupy przypadków powikłanych zaliczyłem te, w których bądź to przez zaniedbanie, bądź przez nieufność zupełnie nie niezrobiono, które zatem pozostawione swemu naturalnemu przebiegowi albo z następstwami albo w ostatnich chwilach życia zgłosiły się jeszcze do szpitala. Było ich wszystkich razem dwanaście, a że dwoje powróciło natychmiast do domu, tak że o nich niemam żadnej wiadomości, przeto uwzględniam tutaj tylko dziesięcioro. Z tego umarło sześcioro. Dwoje bez stwierdzenia przyczyny śmierci przez sekeję, lecz wnosząc z przebiegu najprawdopodobniej z powodu *peritonitis*; oboje przywiezieni w stanie rozpaczliwego zapadu po kilku, względnie kilkunastudniowym trwaniu uwięźnienia. U dwojga innych w podobnym stanie przywiezionych zrobiono sekeję.

Obs. XL. U kobiety 47-letniej, która umarła w ósmym dniu uwięźnienia d. 4/7 1878 stwierdzono, że posocznica (*septicaemia*) wzięła początek ze sposoczenia worka przepuklinowego; do jamy bowiem otrzewnowej niemogła dostać się posoka z powodu ścisłego przyrośnięcia pętli pękniętej do bramy przepuklinowej (*hernia Littriana*).



Obs. XII. Jadwiga R. l. 86 przywieziona ósmego dnia od czasu uwięzienia przep. udowej. Nie operowano, raz dla zgrzybiałej starości, a potóre, że w guzie czuć można było trzeszczenie gazów i lada chwila, groziło przebicie skóry, co też wkrótce nastąpiło. Śmierć w tydzień później. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: „*Hernia cruralis incarcerata subsequa perforatione intestini prius cum parietibus canalis cruralis concreti. Gangraena sacci herniosi et cutis subsequa formatione ani praeternaturalis. Pucumonia cruposa dextra in stadio hepatitisationis cum formatione abscessuum. Emphysema pulmonis sinistri*”.

Następnie zmarły dwie kobiety przybyły z utworzoną już dobrowolnie sztuczną odbytnicą. (d. c. n.)

## ZBRODNIA CZY OBLĄKANIE

Napisał prof. dr. Blumenstok w Krakowie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 17).

Miałeby bohater szkicu naszego dotrzymać słowa i przenieść rzeczywiste działalność swoją na drugą półkulę? Wątpimy; kto wie, czy w chwili, gdy sprawozdanie niniejsze spisujemy, Kofler nie znajduje się znów w którymś zakładzie więziennym lub szpitalu w kraju naszym lub sąsiednim, czy znów nie dopuścił się kradzieży lub nie doznał ponownego napadu obląkania i czy znów Sąd jaki, po raz pierwszy mający z nim do czynienia, nie zbiera powoli materiałów do mozolnego wyjaśnienia jego przeszłości. Bądź jak bądź po którejkolwiek stronie Oceanu K. wystąpi znów zaprzatając osobistością swoją sędziów i lekarzy, będzie to wynikiem niewłaściwego postępowania z obląkanymi tak ze strony Sądów naszych, jakoteż zakładów leczniczych. Postępowanie to jest połowicze, i jak każdy środek połowiczy nieodpowiednie, a nawet wprost szkodliwe.

Wiadomo, że w niektórych krajach, jak w Belgii, Francji i Anglii istnieją osobne ustawy o obląkanych (*lunacy act*); wiadomo również, że w innych krajach cywilizowanych reprezentacje ludowe zdążają ciągle do podobnych ustaw. Lecz wszystkie te ustawy i projekty mają prawie wyłącznie na oku zabezpieczenie obląkanych od krzywdy, którejby doznać mogli tak ze strony władz, jakoteż lekarzy zakładowych skutkiem niewłaściwego, nieusprawiedliwionego unieszczenia ich, a względnie zatrzymania w zakładzie. Wszędzie występuje jawnie mniejsza lub większa nieufność do władz i lekarzy, a opinia publiczna nieraz jedne lub drugich wprost obwinia o nadużycie na szkodę ludzi, wrzekomo uznanych za chorych na umyśle i traktowanych jako takich. Jakkolwiek doświadczenie pouczyło, że nieufność ta jest nieuzasadnioną, a obawa, czy człowiek zdrowy nie został zamknięty w zakładzie dla obląkanych, zazwyczaj okazuje się płonną, to jednak lekarze nie zrażając się wcale tą nieufnością, przeciwnie, ze stanowiska humanitarnego nie tylko nie sprzeciwiają się, ale nawet pochwalają wszelakie starania koło losu licznej kategorii ludzi, nie zdolnych do stanowienia o sobie; godziłoby się tylko zapytać, dla czego te wszystkie



zabiegi skierowane są ku zabezpieczeniu obłąkanych w zakładach, czy to publicznych czy też prywatnych znajdujących się, a nie odnoszą się wcale do tych chorych, którzy pozostają w domu, a więc pod opieką prywatną, pod opieką rodziny; wszakże nierównie więcej słyszymy o złem obchodzeniu się, o samowolnem, nieuzasadnionem pozbawieniu wolności i t. d. chorych po za zakładami trzymanych, aniżeli w zakładach, pozostających w każdym razie pod mniej lub więcej ścisłą kontrolą.

Natomiast o wiele mniej zajmują się ustawodawstwa, reprezentacye i opinia publiczna odwrotną stroną medalu: wszakże nie tylko obłąkani potrzebują opieki dla siebie, ale potrzebuje jej także społeczeństwo, aby zabezpieczyć się przeciw obłąkanym. Prawda, że ile razy grozi jakieś niebezpieczeństwo ze strony obłąkanego, władza ma prawo umieścić go w zakładzie, ale szafuje ona tem prawem skąpo i ostrożnie, aby nie narazić się na zarzut, że uwięziła człowieka zdrowego na umyśle; woli więc wyczekiwać, aż obłąkany złoży niezbitego dowodu, iż jest niebezpiecznym dla otoczenia, aż ma przed sobą z b r o d n i a r z a o b ł ą k a n e g o. Jakież zaś jest postępowanie z takim chorym? Otóż w naszych czasach rozróżniają dwie kategorye t. zw. *criminal lunatics*: obłąkanych, którzy dopuścili się czynu zbrodniczego, a których chorobę umysłową zaraz lub przynajmniej wśród śledztwa rozpoznano, a skutkiem tego śledztwa zaniechano, i zbrodniarzy, którzy wśród spełnienia zbrodni byli zdrowymi, a dopiero po skazaniu popadli w chorobę umysłową. W Anglii o losie pierwszej kategoryi rozstrzygają t. zw. *Commissioners in lunacy*; dla tej kategoryi urządzono tam osobne zakłady: w r. 1850 w Dundrum pod Dublinem, w Szkocyi osobny oddział w więzieniu w Perth, a w r. 1863 stanął nowy zakład w Broadmoor w Anglii. W Paryżu urządzono dla nich t. zw. *quartiers de sureté* na wzór angielskich więzień komórkowych. Co do losu drugiej kategoryi, dotychczas dziwne jeszcze odzywają się zdania: i tak, z powodu przypadku szczegółowego rząd W. X. Badeńskiego orzekł, że zbrodniarz, który popadł w obłąkanie, nie przestaje być zbrodniarzem i jako taki winien być traktowanym, co najwięcej przeniesiony zostaje do filii, urządzonej obok więzienia, jak np. w Bruchsalu. Przeciwnie FALRET broni zdania, że zbrodniarz, zapadłszy na chorobę umysłową, przestaje być skazańcem i staje się nim dopiero po wyzdrowieniu; oświadcza on się także przeciw urządzeniu dla nich osobnych zakładów, zbijając zarzut, jakoby pobyt zbrodniarzy obłąkanych w zwykłym zakładzie stał się zgubnym pod względem moralnym dla innych chorych. Ale i tu nasuwa się znów pytanie, kiedy obłąkanego można uznać za zdrowego, skoro po wyzdrowieniu według zdania prawników powrócić ma do więzienia; cóż jeżeli lekarz orzeka, że wprawdzie jest zdrowym, ale grozi mu recydywa. (ROLLER *Psychiatrische Zeitfragen*, Berlin 1874).

Na żadne z tych pytań w ustawodawstwie naszym nie znajdujemy odpowiedzi; rozstrzyga praktyka i to nie ustalona. Człowieka, który dopuścił się czynu karygodnego a który w śledztwie uznany został przez lekarzy za obłąkanego, sąd przesyła do zakładu, jeżeli lekarze orzekli, iż



jest niebezpiecznym dla otoczenia, w przeciwnym razie puszcza go wolno, co najwięcej zwracając uwagę gminy, do której chory należy, aby miała baczne na niego oko. Wiemy z doświadczenia, co znaczy ta opieka gminy, która nie posiadając środków i sposobów do opiekowania się obłąkanym, zazwyczaj wcale o niego się nie troszczy. Obłąkany zaś przesłany przez sąd do zakładu pozostaje w nim aż do czasu wyzdrowienia, poczem wychodzi na wolność, lub nawet przed wyzdrowieniem oddany zostaje rodzinie, jeżeli tego zażąda i wydaje rewers, że go bierze pod swoją opiekę; a jeżeli zakład leczniczy uznaje chorego za nieulecznego, przesyła go do zakładu krajowego, gdzie, jakby się zdawało, powinien pozostać ciągle przez całe życie; tymczasem i ten zakład powodując się względami oszczędności, korzysta z pierwszego zwolnienia choroby i wypuszcza obłąkanego jako wyleczonego. Człowiek taki zazwyczaj w dość krótkim czasie po uwolnieniu dopuszcza się znów czynu karygodnego, dostaje się znów do więzienia i znów przechodzi tę samą kolej co poprzednio. Aż nadto widoczna, że oszczędność w takich razach jest rozrzutnością: tak np. przed paru laty obłąkany dopuścił się podpalenia chałupy wiejskiej; z więzienia dostał się do zakładu, ztąd na wolność, a po upływie zaledwie kilkunastu dni ponownie dopuścił się podpalenia, ale tym razem zrzucił szkodę na kilkanaście tysięcy, poczem przez więzienie i zakład tutejszy dostał się ponownie do zakładu krajowego. Nic dziwnego, że w obec takiego postępowania społeczeństwo jest zaniepokojonem i podnosi zarzuty przeciw niewłaściwemu traktowaniu zbrodniarzy obłąkanych.

Z drugiej jednak strony nie można pochwalić i postępowania praktykowanego w Anglii. Tam zamykają obłąkanych zbrodniarzy na czas nieograniczony „*during her Majesty's pleasure*”, co KRAFFT-EBING (*Lehr. d. gerichtl. Psychopathologie*) słusznie nazywa barbarzyństwem, przytaczając na dowód przypadek, że nieszczęśliwe matki, które w napadzie obłądzenia połogowego dzieci swoje zabiły, jeszcze jako matrony przebywały w zakładzie dla obłąkanych (str. 381). Praktyka taka nie tylko jest niesprawiedliwą, ale nadto obciąża niepotrzebnie kraj, gminę, lub stowarzyszenie szpital utrzymujące. Wszakże osoby takie mogą wyzdrowieć lub niebyć już niebezpiecznymi dla społeczeństwa, w którym to razie pobyt ich dalszy w zakładzie jest zbytecznym.

Według naszego doświadczenia, urządzenie osobnych zakładów dla zbrodniarzy obłąkanych jest całkiem niepotrzebnem, bo nie widzimy żadnej różnicy pomiędzy obłąkanym, który dopuścił się czynu karygodnego, a takim, który takowego nie popełnił, dla tego, że wcześniej został oddany do zakładu. Natomiast wypadaloby, aby każdy, który w śledztwie uznany został za niepoczytnego, bezwzględnie oddany został do zakładu lub przynajmniej pod ścisły dozór policyjny i aby z zakładu wypuszczony został tylko za wiedzą i pozwoleniem władzy policyjnej, której obowiązkiem byłoby, czuwać przez czas dłuższy nad zachowaniem się takiego człowieka, celem przekonania się, czy istotnie wyzdrowiał; uznanych zaś w zakładzie za nieuleczalnych należy bezwarunkowo zatrzymać wprawdzie



nie w zakładzie leczniczym, ale w przytuliskach i aby tacy nieszczęśliwi nie stali się zbyt wielkim ciężarem dla społeczeństwa, należałoby pomyśleć o urządzeniu osad rolnych lub fabrycznych przy takich przytuliskach.

Ale nie dosyć na tem, zachodzi także potrzeba, aby sądy przynajmniej jednego kraju udzielały sobie nawzajem wiadomości o zbrodniarzach, uznanych za niepoczytnych, aby przypadki uwłaczające powadze sądów, jak stawianie przed trybunał przysięgłych człowieka obłąkanego, stały się niemożliwymi i aby każdym razem nie musiano na nowo zbierać materiałów i zarządzać badanie ludzi, już poprzednio i wielokrotnie uznanych za obłąkanych. Tymczasem u nas nie komunikuje się ze sobą nawet sąd karny z cywilnym w jednym i tem samym mieście w sprawie obłąkanych: znane nam są przypadki, a jeden zdarzył się przed paru laty w Krakowie, że człowiek który w sądzie krajowym karnym uznany został za niepoczytnego, następnie pociągnięty został do odpowiedzialności w sądzie miejskim karnym, a gdy tu przypadkiem nie przyszło do skazania, ponieważ obecnymi byli ci sami lekarze, którzy poprzednio obwinionego badali, ten sam człowiek w krótkim czasie potem zawarł związek małżeński a ślub odbył się w jednym z głównych kościołów, a żadna władza nie stawiała przeszkody ożenieniu się obłąkanego, zapewne dla tego, że sąd cywilny nie wiedział o orzeczeniu lekarskiem wydanem w sądzie karnym. Ale i naodwrot, zdarzył się przypadek, że człowiek uznany w sądzie cywilnym za chorego na umyśle i nierozrządzalnego, następnie został skazany w sądzie karnym za czyn bezprawny. Zapewne, że ze stanowiska teoretycznego wysunąć się tu może dawna sprzeczka, czy poczytność i rozrządzalność są pojęciami równorzędnymi lub jedno jest wyższem od drugiego, lecz jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że pojęcia te nie są identycznymi i nie zawsze się pokrywają, to przecie również jest rzeczą niewątpliwą, że u chorego na umyśle, uznanego za nieuleczalnego, ani o poczytności ani rozrządzalności mowy być nie może; jeżeli więc osoba taka raz uznana zostaje za niepoczytną a drugi raz za rozrządzalną lub na odwrot, wynika to tylko ztąd, że sądy jedne o wyrokach drugich nie wiedzą, a zbyt uczynna dowodzić, jakie ztąd wypływają powikłania i nieszczęścia, jakie pomieszanie pojęć i nieufność do orzeczenia znawców i postępowania sądów. Inaczej miałyby się rzecz, gdyby o każdym przypadku uznanej niepoczytności lub nierozrządzalności sądy nawzajem się powiadamiały, lub za pośrednictwem pism publicznych donosiły.

Przypadek nasz dowodzi następnie, jak niewłaściwym jest postępowanie szpitali, które tak często wydalają obłąkanych jako „uleczonych”. Można by je podejrzewać o chęć popisywania się świetnym rezultatem leczenia obłąkanych, ale wiadomo nam, że to dzieje się z innego powodu: zakłady są obowiązane trzymać chorych na umyśle a niebezpiecznych dla otoczenia: powodując się atoli względami oszczędności a chcąc jak najprędzej pozbyć się pacyenta, korzystają z polepszenia stanu jego, a uznawszy go zdrowym nie tylko nie mają obowiązku, ale nawet prawa trzymania go dłużej. Jakże ztąd wynikają szkody i niebezpieczeństwa dla ogółu,



wspomnieliśmy powyżej; ale wynika także i ta szkoda, że sądy wprowadzone zostają w błąd, polegając bowiem na orzeczeniu szpitalnem, pociągają do odpowiedzialności człowieka chorego na umyśle.

Ten pośpiech w wydalaniu obłąkanych tłumaczy nam także owe różnorodne rozpoznania u jednego i tego samego indywiduum, co znów wobec nielekarzy kompromituje wiedzę lekarską. Nie mając czasu dostatecznego do obserwacji i poprzestając na obserwacji jednej tylko fazy, że tak powiemy jednego tylko aktu choroby, lekarz gotów jest rozpoznać prostą nerwicę, jak zadumę lub szaleństwo, tam gdzie niewątpliwie istnieje zwyrodnienie. Pośpiech ten tłumaczy nam wreszcie przypuszczenie symulacji u chorego nawet tam, gdzie ona nie istnieje; jeżeli bowiem uwzględnia się ową porę, w której napad już ustępuje, można podejrzewać rzeczywiste udawanie, skoro chory wówczas jest spokojny, zajmuje się pracą jakąś i prosi o rozmaite wygody. Tem mniej dziwić się należy, że w przypadku naszym symulację przypuszczali nielekarze, jakkolwiek rzeczywistych pobudek do niej nie było.

Korzystałem z tego bądź co bądź ciekawego przypadku, aby odsłonić słabe strony postępowania sądowego i szpitalnego z obłąkanymi, którzy dopuścili się czynów karygodnych; wątpię wprowadzić, czy uwagi niniejsze przyczynią się do usunięcia złego, które zanadto jest zakorzenionem, ale podałem je choć w celu wyjaśnienia, z kąd pochodzą różnorodne, a często nawet sprzeczne ze sobą rozpoznania, rokowania szpitalne i orzeczenie znawców. Zarazem chciałem zwrócić uwagę kolegów na znaczenie sądowo-lekarskie obłąkania peryodycznego i ostrożności, których przestrzegać należy wśród dochodzenia, aby przez orzeczenie swoje nie skrzywdzić człowieka chorego i nie wprowadzić w błąd sędziego.

## ASSENIZACYA WARSZAWY.

### IV.

#### Czy i o ile przygotowani jesteśmy na wypadek cholery w Warszawie?

(Dokończenie — Zobacz Nr. 16).

Mówiliśmy dotychczas o rozmaitych kategoriach środków zapobiegawczych, zaleconych uchwałą lipcową Tow. Lek. w przewidywaniu zbliżenia się do kraju naszego cholery i na wypadek jej pojawienia się u nas a w szczególności w Warszawie. Z tego co się dotąd powiedziało, okazuje się, że większa część wymagań Tow. Lek. i to wymagań największej wagi, dotychczas pozostaje tylko platonicznem życzeniem, że jednym słowem, sfery rozstrzygające, dotychczas nie zrobiły ani w dziesiątej części tego wszystkiego, coby przeniesieniu cholery do nas a nadewszystko coby jej epidemicznemu usadowieniu się i rozprzestrzenieniu w Warszawie zapobiedz mogło.

Zobaczymy z kolei jak rzeczy stoją pod względem przygotowania dwóch innych kategorií środków a mianowicie, środków zapewniających pomoc chorym cholerycznym i środków zapewniających pomoc rekonwalescentom.



Na wstępie tego działu wymagań zawartych w Uchwale Tow. Lek. który wskazuje szczegółowo środki mające na celu zapewnienie pomocy chorym cholera dotkniętym, słusznie wyrażonem zostało żądanie, iżby „przed pojawieniem się cholery w kraju” obmyślanem i do wiadomości publicznej podanem były rzeczony środki pomoc chorym zapewniające. Tego rodzaju uwiadomienie publiczności ze strony władzy, wywiera korzystny, krzepiący wpływ na umysły a tem samem, istotnie do środków zapobiegawczych zaliczonem być może. Ogłoszenie u nas całego programu niesienia pomocy chorym cholerycznym niepotrzebuje nastąpić dopóki niema cholery w Cesarstwie, w Austrii lub też w Niemczech. Ale, iżby wiadomość o której tu mowa ogłoszoną być mogła w chwili wystąpienia cholery w krajach ościennych, niezbędnem jest obmyślenie już dziś całego pomienionego programu działania. Otóż, w tej mierze spotykamy istotnie daleko już posunięte plany i przygotowania, w których jednak dostrzegać się dają fatalne luki, mogące bezużytecznem uczynić to nawet, co jest już obmyślanem i przygotowanem.

I tak, na czele środków zapewniających pomoc chorym cholerycznym, Uchwała Tow. Lek. stawia urządzenie stacyi *resp.* baraków izolacyjnych o których już wyżej (Medycyna Nr. 14) była mowa, jako o jednym z najważniejszych środków mających na celu izolacyą cholerycznych, a tem samem ograniczenie jej szerzenia się wśród danej ludności. Tak z uwagi na ów cel profilaktyczny jak i z uwagi na możność niesienia skutecznej pomocy pewnej kategorii chorym li tylko w podobnym baraku, Tow. Lek. wyraziło życzenie, iżby „jedną przynajmniej taką stacyę bez włoceznie... urządzić, zaopatrzyć w meble, statki i t. p., uorganizować w niej — dziś już — służbę lekarską, fclczerską i infirmierską, aby pierwszy pojawiający się przypadek cholery zastał już wszystko zrobione, co do absolutnej izolacyi” i co do niesienia pomocy choremu „jest niezbędnem”. Kwestya prawdopodobieństwa lub nieprawdopodobieństwa epidemii cholery w Warszawie w 1885 r. niepowinna grać w spełnieniu tak wyrażonego wymagania żadnej roli. Jeden barak o jakim tu mowy byłby znakiem zabezpieczeniem wobec ewentualności cholery a w razie jej pojawienia się, tenże barak oddawałby niezmiernie usługi stałe jako odpowiedni na pomieszczenie czy to chorych zakaźnych, czy to chorych po ważnych operacyach, czy jako przytułek dla rekonwalescentów. Niezmierną szkoda, że Rada Miejska Dobroczynności publicznej w tej mierze nie zechciała uwzględnić zgodnej opinii Tow. Lek., Zarządu Miasta i Inspektora Szpitali cywilnych.

Następne wymaganie uchwały Tow. Lek. dotyczy uorganizowania zawczasu pomocy lekarskiej i infirmierskiej i zapewnienia lekarzom, fclczonom i t. d. odpowiedniego wynadgodzenia. Z wymaganiami temi wiąże się ściśle wniosek kończący cały dział o którym tu mowa a mianowicie, iżby obmyślanym był sposób niesienia cholerycznym pomocy w porze nocnej.

Otóż, odnośnie do wszystkich tych wymagań, władza krajowa, wskutek wniosków p. Prezydenta, zgodnych z opinią Tow. Lek., obmyśliła wszystko jak najodpowiedniej, zapewniając wynadgodzenie osobom w całym systemie pomocy udział biorącym. Celem zapewnienia pomocy wczesnej, ewentualnie bezpłatnej, tak dniami jak nocą, stworzono dwie instytucye o których już wyżej była po części mowa a mianowicie instytucyą lekarzy rewirowych (okołodkowych) z których każdy, zgodnie z udzieloną mu instrukcyą, przez Tow. Lek. wypracowaną, od pierwszej chwili pojawienia się cholery w kraju, codziennie, w godzinach rannych (koniecznie przed 12 g. w południe) będzie zwiedzać wszystkie (20 do 25) domy



swego rewiru i w domach tych odwiedzać wszystkich chorych, nietylko cholerycznych, o których mu wiadomość właściciel domu, rządea lub stróż podadzą. Tym więc sposobem, pominawszy rozliczne korzyści pod względem zapobiegawczym z tej organizacji płynące, każdy chorey ubogi codziennie bezpłatną, biegłą radę i pomoc otrzyma. Lekarz rewiruowy otrzymywać będzie za takie odwiedzanie chorych dziennie rs. 5 z funduszów miasta. Lekarzy rewiruowych ma być 161. Dotychczas złożyło deklaracyą odpowiednią około 140.

Drugim niemniejszej wagi środkiem zapewniającym pomoc chorym mają być, zatwierdzone również przez władzę krajową a w szczegółach przez Zarząd miasta i przez Tow. Lek. obmyślane stacye deżurnych, których będzie 27, to jest po 3 w każdym cyrkułe. W każdej takiej stacyi będzie się stale znajdował lekarz (co 8 godzin się zmieniający, tak że ogółem do obsłużenia 27 stacyi deżurnych potrzeba będzie 81 lekarzy) płatny po rs. 8 dziennie (za 8 godzinny deżur) felezer i odpowiednia liczba posługaczy czy infirmierów. Stacye będą równomiernie pod względem topograficznym po całym mieście rozrzucone. W lokalu stacyi deżurnych nigdy chorzy niemają być mieszczeni. Stacye, których adresa będą podane do wiadomości publicznej, umieszczone w aptekach i dostarczane rządcom domów, służąc mają do tego, iżby każdy zachorowujący, dniem czy nocą, mógł napewno znaleźć lekarza, felezera i infirmiera, którzy bezwzględnie przybędą doń celem niesienia mu pomocy.

Z powodu następczającej się dotychczas trudności w otrzymaniu deklaracyi ze strony lekarzy co do podjęcia się czynności tak w rewirach (codzienne wizyty w całym rewirze) jak i w stacyach deżurnych (codzienny 8 godzinny deżur), pojawiły się projekta zaspokojenia potrzeby rzeczonej bądź przez użycie studentów medycyny wyższych kursów w stacyach deżurnych, bądź też ograniczenia godzin deżurowania do 16 na dobę, tak iżby tylko od południa do 4-ej rano lekarz w stacyi deżurował; wskutek tego ostatniego ograniczenia okazałaby się potrzeba nie 81 a 54 tylko lekarzy. Oba te projekta niewytrzymują najlaskawszej krytyki i dlatego też Tow. Lek. wydało co do nich opinię nieprzychylną a natomiast uwydatnioną została możność włożenia na pewną, znaczną liczbę lekarzy rewiruowych jednocześnie obowiązku deżurowania w stacyach deżurnych w porze od godziny 12-ej w południe do 4-ej rano. W razie pójścia za tym projektem okazałaby się potrzeba tylko 27 lekarzy wyłącznie pełniących czynności w stacyach deżurnych, mianowicie w porze od 4-ej rano do 12-ej w południe t. j. wtedy kiedy przypadają obowiązujące, codzienne wizyty lekarzy rewiruowych.

Ostateczna decyzya w tej mierze dotychczas niezapadła, co jednakże niepowinno by wstrzymywać władzy od ułożenia jak najszczególowszego planu i rozkładu czynności obu pomienionych instytucyi, obmyślenia lokalów na stacye deżurnych, wyszukania do tych stacyi felezerów, posługaczy, przygotowania mebli, wydrukowania instrukcyi dla lekarzy rewiruowych i regulaminu dla stacyi deżurnych, określenia stosunku zwykłej służby policyjnej tak do lekarzy rewiruowych jak i do stacyi deżurnych i t. d. i t. d. Po dokonaniu tych wszystkich prac przygotowawczych koniecznym by było, w myśl uchwały Tow. Lek., ogłoszenie w pismach szczegółowej wiadomości o obu instytucyach. Bez obeznania się publiczności ze sposobem niesienia pomocy, tak przez lekarzy rewiruowych jak i przez stacye deżurnych, pożyteczność obu tych instytucyi, przynajmniej początkowo, może być bardzo małą.

Ale do zmniejszenia pomyslnego wyniku jaki dać mogą obie organizacye o jakich tu mowa, jeszcze inny niedostatek przyczynić się może.



Uchwała Tow. Lek. wymaga aby zawczasu obmyślono „sposoby dostarczania chorym ubogim szybko, bezpłatnie lub tanio lekarstw i środków dezynfekcyjnych”. I w rzeczy samej, doświadczenie nasze przekonywa o bezowocności wszelkich publicznych środków niesienia pomocy chorym o ile te nie idą w parze z możliwością udzielania ubogim pacjentom szybko, bezpłatnie lub tanio leków i materiałów dezynfekcyjnych. Jak władza tej najabsolutniejszej potrzebie uczynić zadość zamierza, niewiemy zupełnie.

Ostatni dział wymagań uchwały Tow. Lek. poświęcony jest potrzebom rekonwalescentów. Uchwała rzeczona uwydatnia słusznie trojaką w tej mierze potrzebę a mianowicie, dostarczenie niezamożnym rekonwalescentom po przebyciu cholery odpowiedniego pomieszczenia, zapewnienie — w interesie bezpieczeństwa publicznego — izolacji tychże rekonwalescentów, i wreszcie, dostarczenie najuboższym rekonwalescentom ubrania i pościeli z powodu następującej się często konieczności niszczenia ubrania i pościeli w której cholera przebywali. Są to wszystko wymagania pierwszorzędnej wagi, tak ze względu na ochronę zdrowia publicznego, jak ze względu na bezpieczeństwo jednostek zdrowiejących a należących do tych klas ludności, w których całkiem niema warunków do pomyślnego przebycia rekonwalescencji. Naturalnie, środki niezbędne w tym razie rozciągać się muszą tak dobrze na rekonwalescentów wychodzących po cholery ze szpitali cholerycznych (ze stacyi izolacyjnych), jak i na tych, którzy we własnym mieszkaniu chorobę przebywali.

Jeżeli się zważy, że ze 100 osób zapadających na cholera 40 do 50 przechodzi w stan rekonwalescencji i że w tej liczbie zdrowiejących jest przynajmniej połowa jednostek do klasy ciemnej i ubogiej należących; jeżeli się dalej pomyśli, jakiej niesłychanej ostrożności w jedzeniu, w wysiłkach fizycznych, w zabezpieczeniu od zaziębień, wymaga stan tych nieszczęśliwych, jeżeli się uwzględni i to, że szpital czy stacya izolacyjna, szczególnie na wysokości epidemii jak można (najwcześniej zdrowiejących z pośród chorych usuwać muszą a biedaka rekonwalescenta w mieszkaniu własnym nędra do spożywania chleba i kartofli, do pracy i wysiłków zmusza, to istotnie dziwić się przychodzi jak mało dotychczas filantropia prywatna i działalność władz uwzględniała potrzeby rekonwalescentów.

Na tym pobieżnym przeglądzie wymagań objętych Uchwałą Tow. Lek. i środków przez sfery rozstrzygające w myśl owej uchwały w wykonanie wprowadzonych lub obmyślanych, kończymy uwagi jakie nam się naszczyły przy rozbiórce kwestyi co do stopnia gotowości naszej w razie pojawienia się cholery w Warszawie. Czyż potrzebujemy dodawać do tego cośmy powiedzieli, że stopień gotowości jaki w obecnej chwili znajdujemy, budzi w nas raczej obawę aniżeli zadowolenie i spokój?

## ODCINEK.

### Najwyżej zatwierdzona uchwała Rady Państwa 275. O ochronie źródeł wód mineralnych. \*)

Najjaśniejszy Pan uchwałę zapadła na ogólnem zebraniu rady państwa, o ochronie źródeł wód mineralnych, Najwyżej zatwierdził i wykonał rozkaz. Podpisał: Prezes Rady Państwa *Michał*.

\*) 19 Lutego 1885 r. Wypisane z dzienników: połączonych departamentów eko-



### Uchwała Rady Państwa.

Rada państwa w połączonych departamentach ekonomii państwowej i prawodawczym na ogólnem zebraniu, rozważywszy przedstawienie ministra dóbr państwa o ochronie źródeł wód mineralnych uchwaliła:

Dla wprowadzenia zmian i dopełnień w odnośnych ustawach wydać następujące przepisy:

1) Źródła wód mineralnych można uznać jako mające ogólnospołeczne znaczenie.

2) Ogólnospołeczne znaczenie może być przyznane tym źródłom, które, a) na mocy opinii rady medycznej ministerium spraw wewnętrznych, mają ważne znaczenie lecznicze, ze względu na skład swój i uzdrawiające własności a także i ze względu na urządzenia do leczenia chorych i b) na mocy opinii rady górniczej ministerium dóbr państwa, mają stale zabezpieczony przyływ wody w dostatecznej ilości.

3) Ogólnospołeczne znaczenie przyznaje się źródłom, na mocy Imiennych Najwyższych ukazów. Projekty tych ukazów minister dóbr państwa przedstawia do Najwyższego podpisu, za pośrednictwem rady państwa.

4) Źródła którym przyznane zostało ogólnospołeczne znaczenie, pozostają pod szczególną opieką rządu. Dla uchronienia takowych od uszkodzeń lub zniszczenia w miejscowościach graniczących ze źródłami, ustanawia się niezbędny na ten cel okrąg ochronny.

5) Granicę okręgu ochronnego oznacza minister dóbr państwa, po uprzednim zbadaniu miejscowości przyległych przez wydelegowanych specjalistów, co do geologicznego ich ustroju i po rozważeniu przez radę górniczą przedstawionej przez nich opinii. Ostateczne swe rozporządzenie co do tego przedmiotu. Minister dóbr państwa przedstawia Senatowi rządzącemu dla podania ich do ogólnej wiadomości. Ten że sam porządek zachowuje się, jeżeli na skutek następujących się nowych okoliczności, gdzie potrzeba zmiany granic pierwotnego okręgu ochronnego.

6) W granicach okręgu ochronnego, zabrania się bez poprzedniej decyzji miejscowej władzy górniczej, przedsięwzięcia roboty świdrowe lub podziemne, a także i roboty mające na celu zwiększenie przyływu wody do źródeł, zbierania jej i rozporządzanie takową.

7) Osoby pragnące w granicach okręgu ochronnego przystąpić do wznoszenia nowych budowli, do urządzenia fabryk lub zakładów przemysłowych, wycinania lasu lub do przedsięwzięcia ziemnych robót (kanałów, studni, piwnic) obowiązane są zawiadomić o tem miejscową władzę górniczą, co najmniej na 2 miesiące przed przystąpieniem do tych robót. Jeżeli władza górnicza uzna zamierzone budowle lub roboty za szkodliwe dla źródeł, to może zabronić takowych, w ciągu wspomnianego wyżej dwóch miesięcznego terminu.

8) Postanowienia miejscowego zarządu górniczego, co do przedmiotów w § 6 i 7 wymienionych, podlegają zaskarżeniu w ogólnie ustanowionym porządku.

9) Minister dóbr państwa mocen jest, za zgodą ministra spraw wewnętrznych, w rozwinięciu niniejszej ustawy, wydawać przepisy obowiązujące, co do środków jakie powinny być przestrzegane w granicach okręgu ochronnego tak co do utrzymania w należytem stanie źródeł wód mineralnych, jako też i porządku pod względem sanitarnym w znajdujących



cych się przy nich Zakładach leczniczych. Przepisy te przedstawiają się senatowi rządzącemu, dla podania ich do ogólnej wiadomości.

10) Jeżeli dla ochrony źródeł i prawidłowego urządzenia znajdujących się przy nich Zakładów leczniczych, okaże się niezbędnem: zamknąć studnie dostarczające wodę miejscowościom zaludnionym, znieść istniejące budowle, powstrzymać działalność fabryk lub zakładów przemysłowych uznanych za bezwarunkowo szkodliwe, poddać ograniczeniu wyrąbywanie lasów lub też przedsięwziąć inne środki połączone z istotnymi ograniczeniami i stratami dla osób prywatnych, to dla wprowadzenia ich w wykonanie, minister dóbr państwa wyjednywa za każdym razem Najwyższą decyzję, w porządku ustanowionym w § 3 z wskazaniem jednocześnie porządku i sposobu wynagrodzenia właścicieli.

11) Jeżeli źródło uznane za ogólnie użyteczne, utraci swą wartość dla celów leczniczych, w takim razie minister dóbr państwa w ustanowionym porządku występuje z przedstawieniem o uchylenie Najwyższego Ukazu, który uznał toż za mające ogólnospołeczne znaczenie.

12) Przepisy zawarte w powyższych paragrafach (1—11) stosują się nie tylko do źródeł wód mineralnych leczniczych, lecz także i do leczniczych błót mineralnych.

13) Za naruszenie przepisów § 6 i 7 winni podlegają aresztowi nie dłuższemu nad 3 miesiące, albo karze pieniężnej, nie wyższej nad 300 rs.

### Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe** Szpital zapasowy został zamknięty. Otwarty był tylko przez dni 50 i przez ten czas leczono w nim 33 chorych, przeważnie kobiety. Mała ta liczba chorych pochodzi stąd, iż przyjmowano do niego tylko pacjentów, których dla braku miejsca w szpitalach Dzieciątka Jezus i Ś-go Ducha nie można było pomieścić i to tylko z chorobami gorączkowymi. Toteż prawie wyłącznie tyfus i zapalenie płuc były reprezentowane. Wypadków śmierci było przez ten czas trzy, co dziwić nas nie powinno w obec ciężkich postaci tyfusów, jakie się tam zdarzały. Jest nadzieja, że z jesienią szpital ten otwarty zostanie na dobre i że wszystkich chorych przyjmować będzie. Nie ulega wątpliwości, iż w takim razie cały szpital od razu się zapełni.

— Na nowootwartej drodze Dąbrowskiej następujący lekarze zostali zamianowani: W oddziale I dr. KARCZEWSKI mieszkający w Radomiu, w oddziale II dr. CZAPLICKI w Kielcach, w oddziale III dr. GAWROŃSKI w Kielcach, w oddziale IV dr. PACZEK w Wolbromiu, w oddziale V dr. WIGURA w Suchedniowie, w oddziale VI dr. WITKOWSKI w Tomaszowie Rawskim. Lekarzem naczelnym był dotychczas dr. HENSELT, gdy ten jednakże z miejsca tego zrezygnował, pełni zastępozo te obowiązki dr. KARCZEWSKI.

— W dniu 16 i 18 b. m. pan Józef Sporny Inżynier wygłosił dwa odczyty „o kanalizacji i wodociągach Warszawy”, z prawdziwym dla słuchaczywożytykiem. Ponieważ obecnie brak nam miejsca na obszerniejsze zdanie sprawy a nadto, ponieważ, o ile nam wiadomo, odczyty te będą w całości ogłoszone drukiem, ograniczamy się tylko na treściwej wzmiance. Odczyt pierwszy poświęcony był przedstawieniu kanalizacji oraz zaopatrywaniu miast w wodę z punktu widzenia historycznego i pomimo wielu rzeczy ciekawych w ogóle, służył tylko jako przygotowanie do odczytu drugiego mającego wyłącznie za przedmiot kanalizację Warszawy. Wykłady były bardzo sumienne i nie pozbawione krytycznego kierunku. Celem odczytów p. Spornego było wykazanie 1) iż kanalizacja Warszawy jako obecnie stopniowo się dokonywa jest bez zarzutu i z szeregu projektowanych stanowczo jest najlepszą, oraz 2) że jedynym i bezzawodnym sposobem zaopatrzenia Warszawy w wodę jest czerpanie jej za pomocą smoka z Wisły, a nieszukanie jej daleko po za granicami miasta. Dodać wreszcie wypada, że cudownym poszukiwaczem wody w rodzaju barona Wrschoweca, księdza Ryszarda i t. p. nowoczesnym Mojżeszem,



którzy niejednokrotnie przy pokazywaniu kosztownych dla miasta sztuk zrobili kompletne fiasco, poświęcił prelegent przelotną wzmiankę, wykazując całą ich szarlataneryją.

**Zagraniczne.** Dr. B. PERSCH zaleca jako środek przeciwko tasiecowi mieszaninę złożoną z jednej kropli olejku krotonowego jednej drachmy chloroformu i uncyi gliceryny. Całą porcją zażyć należy naczczo przyjąwszy wieczoru poprzedniego jakiś środek czyszczący.

— Dr. WEISSENBURG z Kołobrzega bardzo zachwala użycie kokainy przeciwko bolesnym i bardzo dla karmiących kobiet uciążliwym spękanom brodawek pierśowych. Używał on 2 procentowego roztworu, którym penszował ranki 3 razy co 10 minut przed każdym karmieniem i raz po karmieniu. Przed przystawieniem dziecka do piersi należy przemyć brodawkę wodą ocukrzoną. Po 2 dniach takiego leczenia bóle zupełnie ustępują, a po 4-ch do 5 dni ranki się goją.

— Prof. Józef HYRTL ofiarował z okazji swojego jubileuszu 30,000 fl. na cele dobroczynne gminie miasteczka Perchtoldsdorf, w którym mieszka, a 2,000 fl. na rzecz kolegium lekarzy Wiedeńskich.

— W Sorbonnie w Paryżu ma być ustanowiona katedra bakteriologii.

**Zmarli.** Ś. p. Józef PIOTROWSKI zmarły d. 25 b. m. urodził się w Warszawie 1835 roku. Studya odbył w Dorpacie, gdzie uzyskał stopień d-ra medycyny. Po odbyciu podróży naukowej zagranicą, w czasie której długi czas w Paryżu naukom lekarskim się oddawał, osiedlił się w Warszawie, gdzie wkrótce zjednał sobie uznanie jako wysoko wykształcony, sumienny i dzielny lekarz. Ostatnich lat kilka, dręczony dolegliwościami ciężkiej choroby płucnej usunął się od zawodu lekarza praktycznego. Liczny poczet kolegów, którzy go na miejsce wiecznego spoczynku odprowadzili, najlepiej świadczył o tem jak dobre imię po sobie zostawił.

— W Krakowie umarł dr. Alfred WOLFRAM Asystent kliniki lekarskiej. Urodzony w r. 1858 otrzymał dyplom doktorski w Styczniu 1882. Wkrótce potem zajął miejsce asystenta prof. KORCZYŃSKIEGO. Następujące prace jego były drukiem ogłoszone: 1) Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych *Gaz. lek.* 1883. 2) Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżycy gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia *Gaz. lek.* 1883. 3) Przyczynek do nauki o samoistnem znużeniu serca. *Przegląd lek.* 1884. 4) O znaczeniu rozpoznawczem prątków gruźliczych. Wykład miany na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu *Przeg. lek.* 1884. Pogrzeb nieboszczyka odbył się w Krakowie wobec licznie zgromadzonych kolegów i publiczności. Prof. KORCZYŃSKI, Dr GLUZIŃSKI i student med. p. WILSON przemawiali nad grobem. Cześć pamięci zacnego kolegi, który w krótkim życiu swoim potrafił piękne wspomnienie po sobie zostawić.

Wyszło z druku dzieło p. t.

## Słownik lekarzów polskich

obejmujący

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej

ułożył Stanisław Kościński

Członek czynny i bibliotekarz Warsz. tow. lek., członek związkowy Wileńskiego tow. lek.

Zeszyt I, II i III.

Warszawa nakład Autora 1883 można nabyć w Redakcyi Medycyny — Cena: 1 rs. 50 k. z przesyłką pocztową 1 rs. 80 kop. za zeszyt.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 18 Апрелья 1885. Друк М. Зіемкіевіча Krak.-Przedm. N. 15.