

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5		na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	2 kop. 50		i w Cesarstwie		półrocznie.....	„ 3
		kwartalnie.....	„ 1 „ 25		z przesyłką:		„ 3	

**TREŚĆ:** Spostrzeżenia z praktyki prywatnej. Trzy przypadki zapalenia wsierdZIA, zakażeniem zimniczem wywołanego. Spostrzegął i opisał Dr. F. Śliwicki. (Ciąg dalszy). — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 1 i 15 Lutego r. b. — Odcinek. Uwagi z powodu projektowanej reformy prawa określającego stosunek lekarza do publiczności. Napisał Dr. St. Markiewicz. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O pierwotnem cierpieniu błędnika usznego u dzieci. Nagła śmierć skutkiem wstrzyknięcia rozezynu chlorniku żelaza do kędzierzaka. — Kronika krajowa. Płock,—wodziągi. Lublin,—odczyt.

## SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI PRYWATNEJ.

Trzy przypadki zapalenia wsierdZIA (*endocarditis*) zakażeniem zimniczem wywołanego.

Spostrzegął i opisał **F. Śliwicki**.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 10).

II. Dnia 12 Października 1874 r. wezwany zostałem do J. S. magazyniera jednej z fabryk, lat 54 wieku liczącego.

Chory obłożnie przed laty kilkunastu miał przechodzić durzyęcę, potem dwukrotnie zapadał na zapalenie płuc, zresztą czuł się zawsze zdrowym. Duszności, zawrotów głowy, bicia serca, obrzmiewania kończyn dolnych nigdy nie doznawał. Od dwóch dni po silnych dreszczach dostał mocnego bólu głowy w czole, gniecienia w okolicy żołądka, osłabienia ogólnego, odbijania, braku łaknienia, niesmaku w ustach. Ziębienie chociaż mniejsze od czasu do czasu powtarzało się.

Budowy ciała średniej, układ mięśniowy dobrze rozwinięty. Skóra sucha. Tętno 116 uderzeń na minutę, pełne, nie twarde. Oddechów 24. Oddech w obu płucach pęcherzykowy, miejscami suche grube rżenia. Kaszel nie częsty. Serce w granicach prawidłowych. Tętno czyste. Język mocno obłożony, nieco podsychnięty. Brak chęci do jadła; pragnienie. Brzuch znacznie wzdęty, za naciskiem w okolicy żołądka bolący. Tępość w okolicy kiszki grubej zstępującej. Stolec miał dnia poprzedniego, twardy nieobfity. Granice wątroby prawidłowe. Tępość śledziony jak zwykle, tylko stopień sięgające ku górze do 8-go żebra. Sen przerywany, bredzenie we śnie. Zalecono: *Pulv. vomitor. comp.* a potem *Emul. amygd.* Okład ciepły na brzuch; dyjetę ścisłą, za napój zimny kwiat lipowy.

Dnia 13 Października. Po obfitych wymiotach żółciowych chory czuł się lepiej. Stoleców miał cztery: z początku jeden gęsty, następ-

ne płynne z kawałkami kałowemi. C. 38,2. T. 92. Ból głowy o wiele mniejszy, jednakże chory czuł ciężenie w głowie; spał w nocy. Gniececie w dołku mniejsze; język obłożony, wilgotny. Rzężeń w płucach mniej, bardziej wilgotne, kaszel rzadki. Brzuch miękki, nie bolący. Chęć do jedła mała. Pragnienie mniejsze jak wczoraj. Stępienie w okolicy śledziony ku górze, jak dnia wczorajszego, ku przodowi na 2 palce poprzeczne. *Le c z e n i e*: *Saturatio e. Natro bicarb.* Woda sodowa za napój. Okład ciepły na brzuch. Oprócz kleiku dozwolono rosół.

D n i a 14 P a ź d z i e r n i k a. Chory bez gorączki. C. 36,8. T. 76. Język wilgotny mniej obłożony, brodawki czerwone przeglądały przez obłożenie języka. Głowa swobodna, chory czuł się silniejszym. Spał dobrze, pocił się w nocy. Dnia wczorajszego miał jeszcze po wizycie dwa stolce obrzednie. Chęć do jedła wróciła. Tępość śledziony bez zmiany. Na zapytanie czy nie przebywał dawniej zimnicy odpowiadał przecząco. Zostawiono go przy środkach dnia poprzedniego zaleconych, dozwolono posilić się parę razy rosółem, nadto spożyć dwa jajka na miękko. Odwiedzając jeszcze innego chorego w tym samym domu przez dwa dni następne miałem sposobność widzieć J. S., który bez gorączki przychodził do siebie, mając zamiar powrócić do zwykłych zatrudnień. Mimo tej poprawy uderzała mnie stale trwająca zwiększona tępość śledziony.

D n i a 17 P a ź d z i e r n i k a rano o godzinie 9-ej mocny dreszcz pół godziny trwający, a następnie rozgrzanie. C. 39,8. T. 110. Język wilgotny, mało obłożony. Ból głowy mocny, szum w uszach. W płucach oddech prawidłowy. Tępość serca czyste. Tępość śledziony ku górze do 8-go żebra, ku przodowi na 3 centymetry. Nad wieczorem obfite poty. C. 38,1. T. 92. Zalecono: *Saturat.* dyjetę ścisłą, lemonijadę za napój.

D n i a 18 P a ź d z i e r n i k a Rano stan bezgorączkowy. C. 36,4. Tępość śledziony jak dnia wczorajszego, tylko przy głębszem wdychaniu zaledwie wyczuwalna w podżebrzu lewem. Dano: dwa proszki *chinini sulfurici*, po 10 gr. każdy.

D n i a 19 P a ź d z i e r n i k a. Rano o godzinie 7-ej dreszcz mniejszy i krócej trwający jak poprzedni; o godz. 10 C. 38,9,—po południu poty. Tępość serca czyste. Tępość śledziony bez zmiany. Szum w głowie. Język więcej obłożony, wilgotny. Wieczorem. C. 37,6. T. 80. Znowu dwa proszki *chinini sulfurici* w dawce 10-granowej.

D n i a 20 P a ź d z i e r n i k a. Stan bezgorączkowy. Tępość śledziony bez zmiany. C. 36,8. Chory osłabiony. Język mniej obłożony, wilgotny. Szum w głowie trwał dalej. Chory trudniej słyszał. Dwa proszki chinowe jak dnia wczorajszego i wino. Dnia 21, 22 i 23 Października. Stan bezgorączkowy. Tępość śledziony ciągle bez zmiany. Zalecono: dyjetę pożywną, jajka, befsztyk, wino, codziennie po 2 proszki chininy pięcio-granowe.

Od dnia 23 Października do 3 Listopada chory czuł się dobrze, powrócił do zajęć zwykłych. Brał chininę po pięć granów, dwa razy dziennie, z przerwami dwudniowemi. Tępość śledziony ku górze do 9-ego żebra, ku przodowi na 2 centymetry, w podżebrzu zaledwo wyczuwalna. Tępość serca czyste. Trawienie dobre.



D n i a 4 L i s t o p a d a nowy napad dreszczów moenych, a potem gorączka. C. 39,7 rano. T. 112. Wieczorem: C. 39,4. Ból głowy mocny. Język obłożony. Tępość śledziony zwiększona ku górze do 8-go żebra, ku przodowi na 3 centymetry, w podżebrzu łatwiej wyczuwalna. Gnieceenie w dolku. Tony serca czyste. Chory powiadał że błędu w dyjecie nie popełnił. Dano: *pulv. vomitor. comp.*

D n i a 5 L i s t o p a d a po wymiotach obfitych spocil się nieco, spał z przerwami. Ból głowy wprawdzie mniejszy ale dokuczliwy. Język mniej obłożony, nieco podsycający. Gnieceenie z żołądka ustąpiło. Stoleców trzy płynnych, z kawalkami kału. C. 39,2. T. 106. Tępość śledziony jak wczoraj. Tony serca i granice tępości tegoż prawidłowe. *Emuls. amygd.*

D n i a 6 L i s t o p a d a. Chory w nocy spał, pocil się i rano jeszcze skóra była wilgotną. C. 38,1. T. 86. Język wilgotnawy, po brzegach czerwony. Ból głowy ustąpił. Śledziona łatwiej wyczuwalna w podżebrzu. Wieczorem bez gorączki. C. 36,8.

D n i a 7 L i s t o p a d a. Stan bezgorączkowy. C. 36,5. Wieczorem. C. 37,4. *Chinin. sulfuricum.*

D n i a 8 L i s t o p a d a. Dreszcz w nocy. Rano. C. 40,2. T. 120. Oddech zaostrowany w obu płucach. Szmer skurczowy przy pierwszym tonie na wierzchołku serca. Tępość serca sięgała do połowy mostka. Tępość śledziony ku górze do 7-go żebra, ku przodowi na 4 centim., w podżebrzu wyczuwalna jak wczoraj. Kaszel większy suchy. Język podsycał. Ból głowy, szum w uszach. Brzuch wzdęty więcej. Stoleca od onegdaj nie było. Mocz czerwono zabarwiony z osadem moczanów. Wieczorem: C. 39,8. T. 120. Zalecono: *Aquilar alb.* gr. *tria* co 2 godz. proszek, pół łyżki *Ol. ricini* w godzinę po 3-cim proszku. *Emuls. amygd.*

D n i a 9 L i s t o p a d a. Rano. C. 39,6. T. 120. Chory w nocy spał z przerwami, majaczył i kasłał. Stoleców dwa. Oddech zaostrowany. Rzężenia porozrzucane grube. Brzuch mniej wzdęty. Język obłożony lekko, pośrodku suchy, po brzegach wilgotny. Szmer na wierzchołku serca głośniejszy, słyszalny i u podstawy, chociaż mniej wyraźnie. Drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony. Śledziona bez zmiany. Dusznosc większa. *Emulsio amygd.* Pijawek 8 na okolicę serca.

D n i a 10 L i s t o p a d a. Rano. C. 39,1. T. 120. Rzężeń wilgotnych w płucach więcej. Szmer w sercu trwa ciągle. Kaszel ten sam, dusznosc. Język więcej suchy. Bredzenie w nocy. Po południu obfite poty. Wieczorem. C. 38,2. T. 116. Śledziona wyczuwalna w podżebrzu lewym wyraźnie, obniżała się przy wdychaniu na 4 cale mniej więcej. *Em. amygd.* Okład letni na okolicę serca. Enema.

D n i a 11 L i s t o p a d a. Stan bezgorączkowy. Rano. C. 36,4. T. 106. Chory spał wprawdzie, lecz czuł się bardzo osłabionym. Język wilgotnieje. Chory ciągle spocony. Szmer w sercu więcej głośniejszy. Tępość serca sięga do prawego brzegu mostka, ku górze stopienie na 3-cim żebrze. Wypróżnienie stolcowe po enemie. Brzuch miękki, niebojący. Wieczorem. C. 37,5. Zalecono wino. *Em. amygd.* i dwie dawki chin. po 10 g.

Dnia 12 Listopada. Rano stan bezgorączkowy. C. 37,2. T. 110. Język wilgotny, po południu o g. 2-jej dreszcz. Wieczorem. C. 40,3. T. 128. Szmer zastępował cały ton pierwszy na wierzchołku serca, tępość jak wezórąj; duszność, oddech mocno zaostrozony. Tępość sledziony bez zmiany. Język wilgotny, obłożony. Bańki suche między łopatki.

Dnia 13 Listopada rano. C. 39,9. T. 128. Chory czuł się mocno osłabionym, z trudnością podnosił się do osłuchiwania. Język mocno obłożony, podsycający. Brak chęci do jadła zupełny, pragnienie. Tępość wątroby ku górze powiększona do 5-ego żebra, ku dołowi na 3 palce poprzeczne. Zabarwienie żółtawe białkówki. Mocz czerwono brunatno zabarwiony z osadem. Tępość serca ku górze do 3-go żebra, stopienie przechodziło za prawy brzeg mostka. Szmer skurezowy głośny, 2-gi ton tętnicy płucnej wzmocniony. Stolec obrzedni jeden. Tętno więcej pełne. Wieczorem. C. 40,1. T. 132, Odd. 36. *Inf. Digit. c. Acido phosphorico.*

Dnia 14 Listopada. Rano. C. 39,8. T. 126. Od. 32. Chory apatyczny, pocić się zaczął. W nocy bredził. Pragnienie wielkie. Zabarwienie skóry na twarzy brudno żółtawe. Język podsycający, obłożony. Ból w boku prawym. Odgłos klatki piersiowej prawidłowy. Oddech zaostrozony z rżeniami wilgotnymi, bardziej obfitemi. Wieczorem. C. 38,6. T. 128. Poty trwały ciągle.

Dnia 15 Listopada. Rano bez gorączki. C. 36,8. T. 110. Chory spocony, osłabienie trwa. Język wilgotny, obłożony. Kaszel dosyć częsty. Oddech obustronnie zaostrozony z rżeniami porozrzucanemi drobnymi. Szmer w sercu wyraźny. Tępość serca i sledziony jak wyżej. Mocz mało, bez osadu moczanów, barwy brunatno-czerwonej; ślady białka. Stolec jeden. Wieczorem. C. 37,5. T. 116. Duszność trwała dalej. Zalecono: proszki kamforowe po 1/2 granu 4 razy dziennie dwa proszki chininowe 10 granowe, wino, *Emul. amygd.* rosół z jajkiem i mleko.

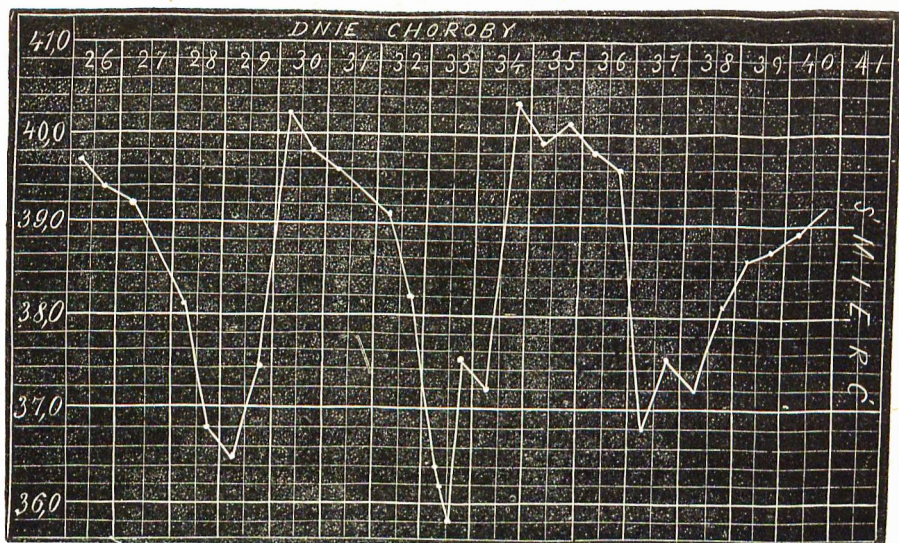
Dnia 16 Listopada rano. C. 37,2. T. 120 drobne. Chory w nocy spał, pocił się mniej, kaszał więcej. Płwocina nieżyłowa z warstwą górną pienistą. Rżzeń drobnych w oskrzelach więcej; duszność większa. Stopy obrzmiałe tak, że pod naciskiem zostawiały ślady palca. Szum w głowie, osłabienie znaczne. Stan apatyczny, chory niechętnie głosem osłabionym odpowiadał na pytania. Pokarm wmuszenie przyjmował w małych ilościach. Wieczorem. C. 38,1. T. 128. Środki lecznicze zostawiono te same.

Dnia 17 Listopada. W nocy nowe dreszcze. C. 39,6. T. 132. Odd. 42. Duszność wielka, kaszel częsty, płwocina więcej pienista; rżżenia obfite w całych płucach, od tyłu drobne słyszalne przy wdychaniu i wydychaniu, od przodu więcej grube mniej obfite. Twarz wyrażająca zmęczenie, bladożółta, oczy zapadłe. Uskarżał się na ból w boku prawym, w miejscu odpowiadającem położeniu wątroby. Język cały suchy, pośrodku obłożony warstwą brudno żółtą, na brzegach i na końcu zaczerwieniony. Stopy więcej obrzmiałe. Szmer w sercu niezmienny, tępość także. Wieczorem. C. 39,7. T. 130. Odd. 46. Proszki kamforowe dalej. *Em. amygd.* wino starsze co 2 god. łyżkę. Okład ciepły na bok.



Dnia 18 Listopada. Rano. C. 38,9. T. 140 drobne. Od. 52. Chory prawie bezprzytomny, pokryty potem chłodnym. Oczy zapadłe, kaszel, ale brak mu sił do odpływania. Płwocina drobno-pienista; rzężeń drobnych więcej od przodu słyszalnych. Język suchy. Wieczorem. C. 39,2. T. 140. Odd. 60.

Dnia 19 Listopada. Chory rano życie zakończył.



Linijne przedstawienie wahań ciepłoty w opisanym przypadku.

Otwarcia zwłok nie można było dopełnić.

Rozważmy teraz przebieg całej choroby. Z początku u człowieka w wieku, jednakże nieosłabionego, ani dotkniętego zmianami w narządach wysłedzić się dającymi, wystąpiła gorączka cztery dni trwająca, która zniknęła po środkach wymiotnych. Sądziłem wtedy iż mam do czynienia ze zwykłą gorączką gastryczną. Zastanowiła mnie tylko występująca tępość śledziony, która pozostała po zniknięciu gorączki. Tłumaczyłem sobie ten objaw, często spostrzegany wtedy przy najrozmaitszych postaciach chorobnych, jako to ostrych nieżytach oskrzeli, zapaleniach gardła błonniczych, nieżytach żołądka i kiszek, panującą nagminnie zimnicą (*genius malaricus*).

Po przerwie czterodniowej zjawily się dwa napady zimnicy typowe, co trzeci dzień przychodzące. Śledziona bardziej się powiększała. Po zażyciu większych dawek chininy nastąpiła przerwa bezgorączkowa, piętnaście dni trwająca. W tym okresie nasz chory przyszedł zupełnie do siebie, tylko tępość śledziony pozostała większą, jak prawidłowa, co robiło obawę nowych napadów zimnicy, i dla tego zaleciłem choremu chininę, spodziewając się tym sposobem zapobiedz powrotowi choroby. W tym przypadku nie wystąpiła zimnica odrazu typowo, poprzedziły ją objawy



zaburzeń w żołądku i kiszkaż z gorączką ciągłą, co należy do nierzadko spostrzeganych wypadków.

Piętnastego dnia licząc od ostatniego na padu, zjawiły się nowe dreszcze a potem gorączka, półtrzecia dnia trwająca, wszystko zaś kończyło się potami i stanem bezgorączkowym. Nowy więc napad zimnicy tylko dłużej trwający.

W cztery dni po tym ostatnim napadzie, po dreszczu, podczas gorączki występuje nowy objaw, a mianowicie szmer skurezowy na wierzchołku serca i małe zwiększenie tępości poprzecznej tego narządu. Nasz chory przed tą chorobą nigdy nie doznawał objawów, któreby dozwalały podejrzewać zmiany w sercu, oddawna istniejące. Był badany przedtem podczas gorączki i w przerwach bezgorączkowych, a zawsze wyniary i tony serca znajdowano prawidłowe tak, że to nowe powikłanie za powstające w danej chwili przyjąć musimy. W dalszym przebiegu choroby gorączka miała postać napadów zimniczych, nieregularnych wprawdzie typowo, ale cechujących się wyraźnymi przerwami bezgorączkowymi; zaś zaburzenia ze strony serca nie tylko trwały ciągle ale zwiększały się i stanowczo wpływały na coraz gorszy przebieg choroby. Mimo braku gorączki, tętno było stale przyspieszone, czego dawniej w przerwach bezgorączkowych nie bywało. Szmer skurezowy stawał się wyraźnym, zastępował zupełnie ton pierwszy serca, drugi ton tętnicy płucnej wzmacniał się, rozmiary serca zwiększały, objawy duszności wystąpiły, w płucach pojawiły się oznaki przekrwienia, wywołanego utrudnionem krążeniem krwi w obiegu mniejszym. Wątroba się powiększyła, żółtaczka zdradzała się wyglądem chorego i zabarwieniem moczu. W dalszym ciągu choroby mieliśmy białko w moczu, obrzmienie stóp, na koniec ostry obrzęk płuc (*oedema pulmonum*), który spowodował ostatecznie śmierć naszego chorego. Sumując te wszystkie objawy skłonni jesteśmy do oznaczenia postaci chorobnej jako zimnicy powikłanej zapaleniem wsierdzia, a ponieważ objawy zimnicze poprzedziły zaburzenia ze strony serca, dla tego ośmielamy się twierdzić, iż to zapalenie wsierdzia spowodowane zostało.

Otwarcia zwłok z przyczyny od nas niezależnej niedokonano, brak więc jeszcze tego poparcia w twierdzeniu naszym. Badanie pośmiertne mogłoby jeszcze dać nam wyobrażenie o przyrodzie sprawy zapalnej odbywającej się na błonie wewnętrznej serca. Zjawienie się żółtaczki, którą raczej uważamy za wywołaną przemianą barwników krwi na barwniki żółci (*Bluticterus*), niż za spowodowaną utrudnionym odpływem żółci z wątroby, silne bóle w okolicy wątroby, zjawiające się w ostatnich dniach przebiegu choroby, nareszcie tak nagły upadek sił chorego, nawet wiekiem niewytlomaczony, nasuwają nam przypuszczenie, iż na wsierdziu powstało zapalenie z owrzodzeniami, czyli tak nazwane *Endocarditis ulcerosa*. Z opisu krótkiego tej postaci choroby którą poniżej umieszczamy, pokaże się, iż ona powstaje niezależnie od zimnicy, a mimo tego przerwy bezgorączkowe w jej przebiegu bardzo przypominają zimnicę. Ale w tym przypadku, mimo wyraźnych napadów zimniczych od miesiąca trwających, cierpienie



serca niczem się nie zdradzało, ztąd przypuszczenie, że go nie było. Gdyby nawet badanie pośmiertne wykazało nam zapalenie wsierdzia z owrzodzeniami, to i wtedy musielibyśmy przypuszczać jako wywołane zimnicą.

(d. n.)

## Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenia zwyczajne d. 1 i 15 Lutego 1876 r.

Pomimo administracyjnych zajęć na posiedzeniu d. 18 Stycznia Władysław STANKIEWICZ znalazł chwilkę czasu do przedstawienia dziesięcioletniej dziewczynki, o której nam w dzisiejszem sprawozdaniu kilka słów napisać należy z powodu praktycznej doniosłości faktu. Zajętym był u niej lewy zraz gruczoła tarczowego i tworzył guz wielkości małego jabłka. Był twardy z wyjątkiem części środkowej przedstawiającej wyraźne chelbotanie i stanowił niewątpliwie w o l e torbilowate (*struma cisticum*). STANKIEWICZ wykonał trzy razy zastrzyknięcie roztworu jodowego w tygodniowych odstępach, każdym razem po  $\frac{1}{2}$  strzykawki PRAVAZ'A. W skutku tego guz zmniejszył się do objętości  $\frac{1}{4}$  swej dawnej wielkości, a samo zastrzykiwanie nie wywoływało żadnego zapalnego podrażnienia. Sprawozdawca widzi w tym przypadku jeden więcej dowód na stwierdzenie zasady, że wole jak najwcześniej leczyć należy, zważywszy zwłaszcza, że jego leczenie u dorosłych bywa bardzo zmusne a nadto że zastrzykiwanie u nich zazwyczaj wywołuje silne oddziaływanie.

Na posiedzeniu 1 Lutego b. r. po odczytaniu i przyjęciu protokółów poprzednich administracyjnych posiedzeń kol. ŻŁOBIKOWSKI odczytał obszernie sprawozdanie z prac które Towarzystwu przysłał Dr. LIOUVILLE kierujący pracownią biologiczną przy szpitalu *Hotel Dieu* w Paryżu, pragnąc zostać członkiem korespondentem Towarzystwa naszego. Pierwsza z nich traktuje o nagłej śmierci po wydaleniu wysięku z jamy opłucni, druga zaś o nadużyciach w leczeniu. Bardzo nam przykro że dla braku miejsca nie możemy tutaj ciekawego sprawozdania z ostatniej uwzględnić, i zmuszeni jesteśmy czytających odesłać do protokółów z posiedzeń Towarzystwa umieszczanych w jego Pamiętniku. O pierwszej zaś przemilczyć nam nie wolno z powodu praktycznej jej doniosłości, oraz rozpraw jakie wywołała. Odnosi się ona głównie do następującego spostrzeżenia. Mężczyzna 38 letni, wysoki, wątłej budowy ciała, z wyglądem charłaczym, przybył do szpitala skarżąc się na duszność i ból w piersiach. Badanie przedmiotowe wykazało w prawem płuc objawy przewlekłego nieżyty oskrzeli i pęcherzyków płucnych (*broncho-pneumonia chronica*), w jamie zaś opłucni lewej wysięk tak obfity, że serce zostało przemieszczone ku stronie przeciwnej. Skłonność do zemdleń, trudność w oddychaniu zwiększająca się z każdą chwilą przemawiała za najrychlejszem wydaleniem wysięku na drodze operacyjnej. Opróżnienie odbywało się z wolna lecz jednociągłe i wypuszczono dwa i pół litra płynu żółto zielonej barwy zupełnie przezroczystego. W połowie operacji chory zaczął kasłać uporeczywie, ale pomimo że kaszel suchy stopniowo się wzmagał błogą uczuwał ulgę w objawach, które mu przedtem dokuczały. Jednakże po upływie trzech godzin rysy twarży zmieniły się nie dopoznania, chory stał się bardzo niespokojnym, skarżył się na ciężar w piersiach, krótki oddech i brak powietrza. Wszelkie usiłowania odplucia były daremne, opukiwanie nie wykrywało obec-



ności powietrza w jamie opłucni, a bardzo silne i częste uderzanie serca wyczuwało się prawie na właściwym miejscu. Pomimo przedsięwziętych środków lekarskich i wysiłków ze strony chorego, aby mózdz odpluć, duszenie wzmagające się ustawicznie spowodowało śmierć w godzinę po rozpoczęciu się wzmiankowanych dopiero co przypadłości, a w cztery godziny po dokonaniu operacji. Badanie pośmiertne stwierdziło w prawym płucu zmiany rozpoznane za życia, lewe wypychało się z klatki piersiowej zaraz po jej otworzeniu. Objętość jego była zwiększona i dotykane palcami pozostawiało wgniecenia. W miejscu płuca odpowiadającym przekłóciui klatki piersiowej nie znaleziono śladu obrażenia mechanicznego. Z powierzchni przekroju płuca wyciekło około  $\frac{1}{2}$  litra surowicy cytrynowego zabarwienia zmieszanej potrochu z krwią czarną, oskrzela zaś całe aż po tchawicę napełnione były krwawym wysiękiem. Śmierć zaszła w tym razie objaśnia autor przez ostry obrzęk lewego płuca, który tem donioslejsze miał znaczenie dla ustroju, że czynność prawego płuca była upośledzoną i że nie było żadnego odpluwania. Wytworzenie się tak nagłe obrzęku autor przypisuje zanadto prędkiemu i całkowitemu od razu wypuszczeniu wysięku.

Z powodu tego spostrzeżenia BARANOWSKI nadmienia, że dziwić się trzeba sposobowi w jaki operacja dokonana została i to tem bardziej, że jakkolwiek sporną jest rzeczą, który naród takową wynalazł, to z powodu że z Francji wyszło pierwsze praktyczne do jej wykonywania narzędzie, myśleby można że tamże największe w jej zastosowaniu nabyto doświadczenie. Tymczasem sposób jakim ta operacja została dokonana jak najzupełniej ogólnie dziś uznanym przepisom jest przeciwny. Nigdy nie należy od razu płynu w zupełności wydalać i nigdy jego wypuszczenie nie powinno trwać dłużej jak do chwili w której chorey zaczyna doznawać duszności i suchego kaszlu, zjawisko to bowiem dowodzi już wstawiającego się przekrwienia i obrzęku dotąd uciśnionego płuca. Lepiej jest operację chociażby też trzy lub cztery razy powtarzać, aniżeli powyższe lekceważyć przypadłości. Przyjmując najkorzystniejsze nawet w danym razie warunki, to zawsze wypuszczenie z opłucni na raz  $2\frac{1}{2}$  litra płynu musi zawsze grozić niebezpieczeństwem. Jeżeli więc operacja dokonana została przez pana LIOUVILLE niedawno, to jest w ciągu lat kilku ostatnich, to przyznać należy, że sobie bardzo nieogłędnie postąpił; chociaż trudno mu z drugiej znów strony odmówić zasługi że ogłosił wypadek świadczący o nieprzezorności, jako naukę dla innych. Nadto w spostrzeżeniu należało podać jak długo istniał już wysięk, bo od tego zależy zawsze możliwość rozszerzania się płuca. Jeżeli poprzednio trwał już kilka miesięcy to płuco było ugniecione i mało że się następnie rozwinię zostawiało nadziei, lecz przecież wiadomo, że w takich nawet razach, gdy się płyn samodzielnie przez owrzodzenie wydali, pozostaje na przyszłość i na całe życie zapadnięcie się klatki piersiowej. Od trwania więc wysięku zależy w wielkiej części rokowanie i przemilać zatem o niem się nie godzi.

W dalszym ciągu kol. ORŁOWSKI opowiada następujący przypadek raka języka. Urzędnik 59 lat mający, od 22 roku swojego życia przebywał długi szereg przymiotowych zarażeń, które jednak każdym razem przyzwolcie leczone do widocznego ogólnego zakażenia nigdy nie doprowadziły. W jego rodzinie nikt na raka nie cierpiał; w początku zeszłego roku jednak przy nasadzie języka z lewej strony z boku powstał wrzodek wyraźne rakowatego pochodzenia który się nader szybko powiększał, zrażając bardzo dolegliwe cierpienie przy żuciu pokarmów, przełykaniu, dłuższem mówieniu i nawet samodzielnie w nocy. Kiedy chorey przybył do Warszawy w celu poddania się operacyi wrzód sięgał już od miejsca odpowiadającego



łukowi przedniemu podniebienia miękiego, a ku przodowi o cal od końca języka. Zajmował brzeg języka i rozszerzał się głównie na dolnej jego powierzchni aż do wędzidelka. Cechujące stwardnienie otaczało cały obwód wrzodu i rozciągało się zwłaszcza ku tyłowi przechodząc nawet na nie wielkiej przestrzeni na łuk tylny. W celu ułatwienia sobie operacyi i uniknienia obfitego zwykle i nader przeszkadzającego krwotoku ORŁOWSKI podwiązał naprzód tętnicę podjęzykową na szyi w tak zwanym kącie podjęzykowym (*triangulum suprahyoideum Guerini*). Podwiązanie to zwykle dosyć trudne, w danym przypadku było jeszcze trudniejsze, a to z powodu że chory bardzo osłabiony nie mógł być należycie zachloroformowanym, i że początkowo był nader niespokojnym, a w końcu rozbudził się zupełnie tak, iż druga część operacyi to jest wycięcie w jamie ust musiało być wykonane bez pomocy znieczulającej. Powiodło się ono jednak należycie, utrata zaś języka ze względu iż operacyję, wykonać należało daleko po za granicą nowotworu szczególnież około podstawy, okazała się znaczną, gdyż w tej okolicy wypadło usunąć prawie  $\frac{1}{4}$  część narządu, zająć nawet część łuku przedniego i dopiero idąc cięciem ukośnie ku końcowi języka można było zakończyć takowe na  $\frac{1}{2}$  cala od niego. Utworzona tym sposobem rana dochodziła poprzecznie do  $1\frac{1}{2}$  cala. Krwotoku podczas wycięcia nie było żadnego tak, iż całą pozostałą przestrzeń można było dokładnie obejrzeć i wszystkie pousuwać miejsca najnniejsze podejrzenie obudzające. Zagojenie się rany postępowało nader szybko, lecz w trzy miesiące po jego dokonaniu chory stopniowo stawał się coraz niespokojnym z powodu powracających strzykających bólów, a bliższe zbadanie blizny okazało wśród niej stwardnienie wielkości ziarna grochu, i następnie na szyi w okolicy gruczołu podszczękowego lewego także nieznaczny ale dosyć wyraźny guzik. Stwardnienie na języku zniszczono za pomocą potażu żrącego. Rana ztąd powstała ściągnęła się w dni kilka znacznie, lecz guzik na szyi powiększał się stopniowo i w tym też stanie chory przedstawiony był Towarzysztwu przed sześciu blisko tygodniami. Przedstawiając go ORŁOWSKI zapewniał, że miał na celu zwrócenie uwagi na niepewność i myłność zdań ze względu na zejście po wycięciu nowotworów złośliwych, szczególnież języka. Brak dokładnych danych statystycznych które ograniczają się do bardzo niewielu przypadków, i następnie pozorna możliwość oddalenia wszystkiego co chore, jest przyczyną że często naraża się chorych na operacyję która jak w obecnym razie, pozostaje bez żadnej korzyści. ORŁOWSKI zestawia znane w nowszem piśmiennictwie spostrzeżenia i nie znajduje ani jednego przypadku w któremby odrodzenie się nowotworu nie nastąpiło, w kilka zazwyczaj tygodni lub miesięcy po zagojeniu się rany. W jednym tylko razie operowanym przez CHELIUS'A a wspomnianym w Chirurgii PRITHA i BILLROTH'A, odrodzenie miało nastąpić dopiero w lat 12 i powtórnie miało być przez WEBER'A operowanym. Mówiąc o raku języka ORŁOWSKI zwraca uwagę na przedwstępne i dziś ogólnie uznane podwiązanie tętnicy podjęzykowej, którego pierwszy pomysł przepisują niemey HÜTER'owi i nazywają tym sposobem wykonaną operacyję, j e g o m e t o d a, kiedy tymczasem owa Hüterowska metoda oraz jaknajdokładniejsze zbadanie kąta nadgnykowego w którym się tętnicę podwiązuje, przez Alfonsa GUERIN'A już w r. 1855 zostały opisane; kiedy się obcym nieznaną własnej literatury zarzuca, wartoby samemu uderzyć się w piersi.

Kol. CHWAT opowiada iż w tych dniach dokonał operacyi przecięcia tchawicy na dorosłym człowieku i założył jak zwykle do rany podwójną cewkę Leitér'a z guttaperki. Wszystko szło jak najlepiej, gdy nagle został wezwany z powodu iż chory się dusił. Przyszędłszy znalazł że cewka wewnętrzna była wyjęta, sztyldzik od cewki zewnętrznej był dobrze na szyi umocowany ale



ona sama oddzieliła się od niego i wpadła do tehawicy. Szczęściem że można ją było jeszcze przez ranę cążkami pochwycić i wydobyć. Jest to nauka z której warto skorzystać, starannie oglądać narzędzia z gutaperki przed ich użyciem i przekonać czy nie są zleżałe i rozeschłe, gdyż wtedy nie przedstawiają bezpieczeństwa odpowiedniego celowi.

Na posiedzeniu d. 15 Lutego Sekretarz DOBRSKI odczytał obszernie sprawozdanie z trzech spostrzeżeń kol. SŁIWICKIEGO, podanych na poparcie kandydatury na Członka Towarzystwa. Spostrzeżenia te wielkiej doniosłości o powstającym nieraz zapaleniu w s i e r d z i a (*endocarditis*) przy zimnicy, oraz nader ciekawa rozprawa której stały się powodem są, na nie-szczęście dla nas sprawozdawców prawie do streszczenia niepodobnymi, z powodu mnóstwa ważnych szczegółów a nawet graficznych tablic jakimi do objaśnienia muszą być opatrzone. Są one w MEDYCYNIE obecnie ogłaszane a bardzo pouczające nad nimi rozprawy pomieszczone będą w Pamiętniku Towarzystwa.

\*  
\* \* \*

## ODCINEK.

Uwagi z powodu projektowanej reformy prawa określającego stosunek lekarza do publiczności.

Napisał St. Markiewicz.

I. Pisma nasze lekarskie zachowywały się dotychczas z dziwną i bynajmniej nie usprawiedliwioną obojętnością w obec wezwania jakim komisya wybrana z łona państwowej Rady lekarskiej, zakończyła ogłoszone przez się opinie, dotyczące kwestyi odpowiedzialności lekarzy w razie niestawienia się na wezwanie do chorego. Komisya ta, będąca rządowym organem najwyższej lekarskiej władzy państwowej, ogłaszając swój raport w d. 3 Września 1875 w N. 186 *G o Ń c a r z a d o w e g o* kończy go tem że „opinie swe ogłasza drukiem, w celu wywołania zdań i głosów jednostek kompetentnych, któreby Radzie lekarskiej posłużyć mogły do stanowczego rozpatrzenia rzeczonyj kwestyi”.

O ile mi wiadomo, u nas dotychczas w tym przedmiocie pojawiły się w skutek powyższego wezwania tylko dwa krótkie artykuły i jeden w *G a z e t e P o l s k i e j* podpisany literami A. S., drugi w *G a z e t e W a r s z a w s k i e j* przezemnie podany („Rząd, Gmina, Chorzy i Lekarze”), oba pisane przez lekarzy i przeznaczone dla ogółu publiczności. Ze strony inteligencji nielekarskiej żadnej odezwy nie spotkałem. Również pisma lekarskie nasze milczały dotąd dyplomatycznie. A jednak kwestya o którą tu chodzi, i w której rozwiązaniu po części z własnej winy nie bierzemy udziału, dotyczy bardzo żywotnych interesów materialnych w s z y s t k i c h klas naszego społeczeństwa, stać się może punktem wyjścia reformy oplakanych stosunków sanitarnych w kraju, a wreszcie prawdopodobnie otworzy wrota dla koniecznej reformy w bycie naszego stanu lekarskiego. Dziś publiczność nasza jak i lekarze przywykli tak do starej rutyny, na której opartym jest u nas stosunek lekarza do publiczności, że wielu nawet inteligentnym jednostkom się zdaje, jakoby istniejący dziś prawny przymus robiący z każdego lekarza niewolnika publicznego był nie tylko prawnie ale i moralnie słusznym, jakoby zabezpieczał interesa społeczeństwa a lekarzom żadnej szkody nie przynosił; wielu sądzi iż reforma prawodawstwa w tej sprawie na czysto teoretyczne, jurystyczne znaczenie, ale w rze-



czy samej nie nie wpłynię na postać stosunków lekarza do publiczności. Nawet lekarze nasi nieraz zdanie to podzielają.

W drugiej części moich uwag postaram się objaśnić przyczyny tego rodzaju wyobrażeń, wyobrażeń całkiem błędnych,—a zarazem postaram się przedstawić niezawodne skutki praktyczne, jakie zdaniem mojem bardzo wyraźnie wystąpią z chwilą ogłoszenia o zniesieniu wszelkiego przymusu prawnego w stosunku lekarza do publiczności. Dziś zaś pragnę zwrócić uwagę czytelników MEDYCYNY na ożywiony ruch piśmiennictwa lekarskiego w Cesarstwie, obudzony wyżej wspomnianą odezwą Komissyi Rady Lekarskiej. Z licznych artykułów pism rossyjskich, tak lekarskich jak i nielekarskich, pokazuje się że zarówno publiczność jak i lekarze w Rossyi pojmują dobrze całą doniosłość projektowanej zmiany prawodawczej i bynajmniej na skutki z niej wyniknąć mogące obojętni nie są. Najszczególniej rzeczona kwestyja zajmowały się towarzystwa lekarskie rossyjskie. Niektóre z nich wyznaczyły z łona swego komisyje, którym polecono wypracować i ogłosić opinię co do zdań komissyi Rady Lekarskiej. Czemu Towarzystwo lekarskie Warszawskie, Wileńskie, Płockie, Lubelskie i Radomskie nie uznało za swój obowiązek, względem władzy i względem kraju gruntownie rzecz zbadać i uwzględniwszy tak ważne a tak wszędzie odmienne stosunki miejscowe wypracować i ogłosić drukiem swe zdanie w tej sprawie? Niestety Towarzystwa nasze lekarskie, tak mało mające warunków do posuwania wiedzy lekarskiej i tak mało istotnie do postępu nauki się przyczyniające, wiele, nieraz zbyt wiele tracą czasu na gawędy o powierzchniowych znanych lub spostrzeganych przedmiotach lub przypadkach a zbyt mało poświęcają go sprawom, w którychby i dla siebie i dla społeczeństwa istotnie dużo zrobić mogli, — sprawom medycyny społecznej. Mówię tu szczególnie o towarzystwach prowincjonalnych: Warszawskie towarzystwo, z powodu uniwersytetu i licznych szpitali posiada więcej warunków i materyjałów do zajmowania się porządnie medycyną leczniczą; zawsze jednak powinnyby więcej niż dotychczas poświęcać czasu sprawom medycyny społecznej, od której trzyma się tak zdala, jak gdyby się obawiało by się nieznałec w kłopotliwym położeniu, wraze powołania przez Warszawę lub przez kraj do wypowiedzenia swego zdania w sprawach takiej doniosłości jak sprawa wodociągów, kanalizacyi, sprzedaży materyjałów pokarmowych, budowy szpitali, lekarskiej służby gminnej. Inne towarzystwa lekarskie nietylko obce ale i polskie (tow. lek. galicyjskich, tow. lek. krakowskie), niebędąc nawet wzywane poczuwają się do obowiązku wygłaszania publicznie swego zdania w sprawach obchodzących zarówno kraj jak i lekarzy, a w których opinija publiczna najeczęściej potrzebuje biegłego kierownika.

Wracając do mego założenia chcę najpierw przedstawić bieg dotychczasowy sprawy o którą tu chodzi.

Zmniejszanie się i brak istotny lekarzy w Cesarstwie, jednoczesne zmniejszanie się liczby studentów na wydziale lekarskim zwróciło już dawno uwagę władz administracyjnych i ministerjum oświecenia w Cesarstwie. Najwyższa władza lekarska w państwie, w obec tego niepomysłnego zjawiska zachowywała się wyczekująco, chociaż niezawodnie mogła i powinna była pierwsza wziąć początek w rozpatrzeniu przyczyn złego i w przedsięwzięciu zaradczych środków. Rolę początkującego w tej sprawie przyjęło na siebie ministerjum oświaty publicznej. Zarządzający ministerstwem oświaty narodowej sekretarz stanu J. Delianow, w odezwie swej do sekretarza rady państwa z d. 4 Października 1869 r. za N. 9078 mówi, że według opinii rady ministerstwa oświaty narodowej „najglówniejsza przyczyna zmniejszenia się liczby lekarzy w państwie ma swe źródło



w niepomyślnych warunkach bytu materyjalnego i moralnego lekarzy, w porównaniu z innemi stanami służbowemi". A dalej powiada, że wszelkie środki, które na zmianę tych warunków nie wpłyną okażą się niewystarczającemi i niezadawalającemi, w obec istniejącego braku i zmniejszania się liczby lekarzy. Źródło więc złego było dawno już i trafnie przez władzę poznanem. Dużo jednak upłynęło czasu nim poznanie przyczyn niedostatków skłoniło władzę do przedsięwzięcia kroków zaradczych. W tym niezawodnie celu poruczonem zostało osobnej komisji przy Radzie Lekarskiej, by zbadała kwestyję odpowiedzialności lekarzy w razie niestawiania się na wezwanie do chorego i aby przedstawiła ewentualnie projekt zmiany dziś istniejącego stosunku prawnego na przymusie opartego. Wynikiem rozpatrywań rzeczonyj komisji jest wyżej wspomniany jej raport, ogłoszony we Wrześniu roku zeszłego. W raporcie tym odróżnić się dają dwie części, niestety niezbyt konsekwentnie ze sobą związane albo raczej niedające się z sobą konsekwentnie związać. Komisycja najpierw bardzo stanowczo stwierdza swe przekonanie o moralnej i prawnej niestosowności wszelkiego przymusu w stosunku lekarza do publiczności kończąc swą opinię w tej mierze zdaniem że: „... tak teoretyczna strona kwestyi odpowiedzialności lekarzy w razie odmowy stawienia się na wezwanie do chorego, jak i praktyczne trudności i niedostatki zastosowania prawa w tego rodzaju wypadkach, a wreszcie przykład innych prawodawstw europejskich w tej mierze, wskazują konieczność i stosowność zmiany tegoż prawa”.<sup>1)</sup>

Przechodząc od zdań prawnych do wniosków ostatecznych Komisycja mniema, że stosunek prawny lekarza do publiczności wypada oprzeć na nowych a mianowicie następujących „zasadach”.

I. „Obowiązek lekarzy stawiania się na wezwanie do chorego i oznaczenie kary w razie odmowy bez ważnych (*uważitelnych*) przyczyn, winny być uznane za konieczne w następujących wypadkach:

1, podczas panowania jakiegobądź epidemii, jeżeli lekarz wezwanym zostanie dla udzielenia pomocy choremu, który uległ chorobie epidemicznej; 2, jeżeli lekarz wezwany jest dla udzielenia pomocy w rozmaitych nadzwyczajnych wypadkach np. w obrażeniach (*trauma*) oparzeniach, otruciach, w pokąsaniach przez zwierzęta i w wypadkach śmierci pozornej w skutek zaszczadzenia, utonięcia, zmarznięcia, powieszenia i uderzenia piorunem; 3, jeżeli lekarz wezwany jest dla udzielenia pomocy rodzącym w wypadkach niecierpiących zwłoki.

II. We wszystkich przytoczonych tu wypadkach, odmowa ze strony lekarza na wezwanie do chorego bez ważnych (*uważitelnych*) przyczyn, pociąga za sobą podwyższenie kary wtedy, kiedy skutkiem odmowy lekarzy nastąpiła śmierć.

III. Rada Lekarska winna w osobnej instrukcyi określić jakie mianowicie przyczyny mają być uważane jako ważne (*uważitelnyja*), prócz ogólnie prawem określonych przyczyn usprawiedliwiających niestawienie się na służbie, a nadto winna wskazać szczegółowo sposób postępowania lekarza w takim wypadku.

IV. Ze względu na obowiązkowe stawienie się na wezwanie do chorego, lekarzy podzielić wypada na 3 kategoryje:

1, lekarze zajmujący posady służbowe, do których nie jest przywiązany obowiązek leczenia chorych; tu należą profesorowie akademij i uniwersytetów, z wyjątkiem profesorów klinicznych, i naczelnicy wyższych

<sup>1)</sup> W Cesarstwie dopiero od r. 1845, a u nas w r. 1848 oznaczoną została w kodeksie kryminalnym kara na lekarzy odmawiających przybycia lub rady każdemu choremu.



zarządów lekarskich; 2, lekarze zajmujący posady lekarskie w ścisłym znaczeniu tego wyrazu tj. lekarze których obowiązkowa służba polega na niesieniu pomocy chorym i 3, lekarze w służbie niebędący.

V. Dla lekarzy 1 kategorii obowiązek stawienia się na wezwanie istnieje tylko w wypadkach 1-go rodzaju.

VI. Lekarze 2-jej kategorii w granicach (*w rajonie*) swej służbowej działalności winni się stawiać na wezwanie chorego i w czasie normalnego stanu sanitarnego miejscowości.

VII. Lekarze 3-jej kategorii winni, w czasie normalnego stanu sanitarnego miejscowości, stawiać się na wezwanie do chorego w takim tylko razie, jeżeli zgodnie z 131 punktem, XIII tomu Ustawy lekarskiej urzędowo oświadczyli chęć zajmowania się praktyką lekarską.

VIII. Kary za odmowę stawienia się na wezwanie do chorego winny być dwojakie: 1, dla lekarzy w służbie, będących—i 2, dla lekarzy wolnopraktykujących. Względem pierwszych winny być zastosowane kary oznaczone za opieszałość i niedbalstwo w służbie, równie jak i za bezczynność władzy; a względem ostatnich kary ogólnie oznaczone (*obszczyja wyszkania*), zwiększone w wypadkach pod liczbą II wyżej tu oznaczonych.

IX. Lekarzy w służbie będących pociąga do odpowiedzialności ich zwierzchność, do której też wypadka się zwraca ze wszelkimi doniesieniami i skargami w tym przedmiocie.

X. Lekarzy wolno praktykujących pociąga do odpowiedzialności osoba prywatna i prokuratorska władza, z tem jednak zastrzeżeniem, by wyrok sądowy oznaczający wysokość kary, nie mógł nastąpić dopóki niebyła osiągnięta opinia urzędu lekarskiego, a w wypadkach wątpliwych lub ważniejszych opinia Rady Lekarskiej”.

Przytoczone tu „zasady” na których Komisyja Rady lekarskiej chce oprzeć przyszły prawny stosunek lekarza do publiczności nikogo zadowolnić nie mogą. Ta część publiczności, która utrzymania przymusu żąda, uważać się będzie za pokrzywdzoną. Ogół lekarzy pozostanie i nadal w stanie niewolnictwa, a kazuistyczne projektu komisji narazi lekarzy jeżeli nie na częstsze kary, to przynajmniej na częstsze skargi sądowe, do których pobudki w powyższych „zasadach” projektu nie braknie. Dla sądów zaś wynikną niesłychane trudności, których nawet opiniowanie urzędów lekarskich usunąć niezdolą. Już samo określenie tego co uważać należy za ważną przyczynę odmowy ze strony lekarza, będzie niesłychanie trudnem. Czy lekarz całodzienną pracą zmęczony, ma prawo do odpoczynku, szczególnie kiedy wie, że go po dzisiejszem strasznie utrudzeniu, jutro większe jeszcze czeka? Kiedy wypadnie przyjąć epidemję jako panującą? Są miejscowości gdzie durzyce przez znaczną część roku zawsze panują. Wreszcie każdy przypadek koklusu, błonicy czy durzycy, może być początkiem panowania epidemii. Jakież to pole do nieuzasadnionych skarg! A wypadki nadzwyczajne! każda bójka karczemna, jako zawsze połączona z obrażeniami traumatycznymi, może być pobudką do skargi na odmawiającego pomocy lekarza. Ale najtrudniejszym, a nawet rzecz można, najniebezpieczniejszem dla sądu będzie zadanie, jakie pod liczbą II Komisyja sądowi stawia, t. j. rozstrzygnięcie pytania: czy śmierć chorego nastąpiła w skutek odmowy nieprzybywającego na wezwanie lekarza i oznaczenie, stosownie do tego rozpoznania, wyższej lub niższej kary. Istniejący dotychczas w prawie karnem przepis zmuszający każdego lekarza do stawiania się na wezwanie każdego chorego pod zagrożeniem karą, w razie odmowy, był — jak to Komisyja uznała — istotnie niesprawiedliwym. Przepis ten zmieniony według „zasad” tejże komisji, byłby równie niesprawiedliwym a nadto praktycznie niewykonalnym. Czy istotnie *bonum publicum* wymaga



w dzisiejszych stosunkach Państwa rossyjskiego i społeczeństwa takich zmienionych przepisów karnych, zmuszających lekarza do niesienia pomocy w trzech rodzajach wypadków przez Komisję wskazanych, o tem później mówić będę. Tutaj tylko z góry wypowiem swoje przekonanie, że wszelkie przepisy karne, mające oznaczać stosunki lekarzy do publiczności, mogą być w Cesarstwie i u nas rzeczywiście potrzebnymi tylko dopóty i o tyle, o ileby władza państwowa nie obmyśliła środków gruntownego przekształcenia państwowej służby zdrowia publicznego, środków dostępnej, bezpłatnej pomocy lekarskiej i położniczej dla biednych, i o ileby za pomocą samowolnego przymusu, wywartego na ogół lekarzy, starała się rozgrzeszyć siebie z ciężącego na niej obowiązku wyszukania i użycia wspomnianych środków. Lekarze w takim razie są ofiarami zaniedbania ze strony władzy, ze strony zarządów gminnych i wreszcie ze strony samej publiczności.

Raport Komisji Rady lekarskiej, a szczególnie „zasady” projektowanego przez nią przekształcenia, wywołały niezadowolenie i surową a trafną krytykę ze strony gazet, pism i towarzystw lekarskich w Rosyi, jak o tem świadczą artykuły pomieszczone w Medycynie współczesnej (*Sowremennaja Medicina* Nr. 25, 1875), w Gońcu lekarskim (*Medicinskij Wiestnik* Nr. 41 1875), w St. Petersburgskich Wiadomościach (Nr. 230, 1875) i rozprawy w Towarzystwie lekarzy praktycznych (*Obszczestwo prak. uraczej*, posiedzenie z d. 22 Września, 1875) i w Towarzystwie medycznym kaukaskim i w. i.

Bardzo dokładne wyobrażenie o ruchu i kierunku opinii sfer lekarskich Cesarstwa w rzeczonyj kwestyi, daje nam pełen jasności i bezstronności raport komisji kaukaskiego medycznego towarzystwa, do której to komisji weszli znani nam koledzy SCIEPURA (redaktor owego raportu), MINKIEWICZ i i. Raport ten złożony został Towarzystwu na posiedzeniu jego odbytem w d. 1-go Listopada 1875 i wydany został w osobnej odbitce w Tyflisie (30 stronic). Zalecamy go z uwagi na przystępność formy nie tylko naszym kolegom, ale i ogółowi intelligeneyi nielekarskiej.

Więszą część raportu zajmuje przedstawienie dotychczasowego przebiegu sprawy i obrazu opinij organów lekarskich. W drugiej zaś części autor raportu stara się znaleźć odpowiedź na wstępne trzy pytania. 1) Co mianowicie przeszkadza publiczności do trzeźwego ocenienia jej stosunku do lekarzy? 2) O ile dla każdej kategorii z jakich publiczność się składa potrzebni są lekarze wykształceni, a zarazem dla jakiej mianowicie kategorii potrzebnymi są lekarze-niewolnicy? 3) Jakie mogą być dla publiczności następstwa zniesienia przymusu w niesieniu pomocy ze strony lekarzy?

Nie chcę tu podawać rozumowania autora raportu prowadzącego do odpowiedzi na powyższe pytanie; sam bowiem w drugiej części mych uwag mam zamiar, ze stanowiska naszych warunków i stosunków miejscowych, poddać rozbirowi te i tym podobne pytania, zarówno obchodzące nas lekarzy, jak i społeczeństwo.

(d. c. n.)

### Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

0 **pierwotnem cierpieniu błędnika (*labirynthum auris*) usznego u dzieci.** Zdaniem D-ra V. URBANTSCHITSCH zasadzającem się na licznych spostrzeżeniach tego autora, choroby błędnika stanowią przyczynę głuchoty nierównie rzadziej, aniżeli to dotychczas przyjmowano. Rozpoznanie „głuchoty nerwowej” wtedy tylko jest usprawiedliwionem, gdy wykazano dokładnie stan prawidłowy ucha zewnętrznego, środkowego, lub gdy istnieją objawy, jakie należy bezwarunkowo uważać za cechujące dla pierwotnego cierpienia błędnika. Na powszechnej poliklinice Wiedeńskiej z pomiędzy 2,182 chorób narządu słuchowego zdarzyło się 38 przypadków pierwotnego cierpienia ucha wewnętrznego, z pośród których



23 u dzieci do lat 8, a mianowicie u 16 chłopców i 7 dziewcząt. Na wzmiankowanych 23 przypadków głuchoty u dzieci, 6 było wrodzonej, 11 wystąpiło z towarzyszeniem objawów podobnych do zapalenia osłon mózgowia, 3 przyłączyły się w przebiegu durzycy i wreszcie 3 powstały na skutek obrażeń zewnętrznych. Jak wiadomo występowaniu głuchoty wrodzonej sprzyjają związki małżeńskie, zawierane między krewnymi. Z pomiędzy 11 dzieci dotkniętych głuchotą w następstwie objawów mózgowych, występowała ona 3 razy w 1-ym roku, 5 razy w 2-im, po raz zaś w 3, 4 i 7-ym roku życia. W ogólności, obraz choroby poprzedzający głuchotę, był następujący: Początek występuje z mocną gorączką, bólami głowy i wymiotami, jak również bezprzytomnością najczęściej w ciągu pierwszych już 24 godzin. Po upływie dni kilku powoli znikają objawy mózgowie i pozostaje zupełnie rozwinięta lub stopniowo wzrastająca głuchota. Stan ogólny takich dzieci bywa prawidłowy, jednakże przez pewien jeszcze czas przedstawiają one w wyższym lub niższym stopniu niepewny wahaający się chód. Brak współdziałania w cierpieniu nerwu twarzowego, przylegającego do n. słuchowego, jak również jąder innych nerwów czaszkowych leżących w rdzeniu przedłużonym najbliższej jądra słuchowego, dalej zejście wszystkich przypadków dotychczas spostrzeganych choroby w mowie będącej w wyzdrowieniu, jako też inne jeszcze okoliczności skłoniły już VOLTOLINI'EGO do podciągnięcia ogółu przytoczonych wyżej objawów pod pierwotne cierpienie błędnika usznego; dotąd zaś niema żadnych spostrzeżeń zdaniu temu zaprzeczających. Z tym poglądem zgadzają się zupełnie wzmiankowane powyżej zakłócenia równowagi ciała, na jakie już FLOURENS zwrócił uwagę i jakie stwierdzili nowsi spostrzegacze. Dowodzą tego wprost wyniki oględzin pośmiertnych czynionych przy t. z. chorobie MÈNIÈRE'A (*morbus Menieri*), które opisał pierwszy MÈNIÈRE a następnie POLITZER i VOLTOLINI. Jednakże przypadki choroby MÈNIÈRE'A i cierpienia opisane przez VOLTOLINI'EGO nie przedstawiają zupełnej tożsamości. A mianowicie: przypadki VOLTOLINI'EGO dotyczyły wyłącznie dzieci, były połączone zawsze ze śpiączką (*coma*) i powracały się li tylko wyjątkowo; przypadki zaś MÈNIÈRE'A odnosiły się do ludzi dorosłych, nie towarzyszyła im śpiączka i powroty ich zdarzały się bardzo często. Z trzech przypadków obrażeńowych (traumatycznych) następujący przedstawia szczególne zajęcie: Chłopiec liczący 7 $\frac{1}{2}$  roku na skutek uderzenia w prawą połowę kości czołowej dostał silnego krwotoku nosowego i przedstawiał bardzo niepewny, wahaający się chód, zwłaszcza też szybki. Objawy te po upływie dni 8 zupełnie zniknęły, lecz 9-tego dnia rozwinęła się zupełna obustronna głuchota jako też mowa zaczęła się powoli stawać niezrozumiałą i niewyraźną. Prawdopodobnie zatem miało tu miejsce obrażenie przewodów łukowatych, które po 8 dniach doprowadziło do ostrego wysięku lub krwotoku w oba ślimaki.—Durzycę, jako przyczynę głuchoty, spostrzegano 3 razy; po największej części cierpienia ucha, występujące przy durzycy, zależą od choroby trąbki EUSTACHIJUSZA i ucha środkowego, rzadziej narządu ośrodkowego albo też chorób przedsionka, przewodów łukowatych lub ślimaka. W końcu D-r. URB. zwraca na to uwagę, że osoby dotknięte nawet zupełnie rozwiniętą głuchotą, w skutek mocnych drgań fal powietrza odczuwają szmery bardzo silne, których wszakże nie słyszą. Okoliczność tę można nieraz z pomyślnym zastosować skutkiem, mianowicie wówczas, gdy mamy podejrzenie udawania.

(Oest. Jahrb. f. Paediatr. II. 1875. Ref. w Jahrb. f. Kinderheilk. B. 9. H. 2). St. Kw.

**Nagła śmierć skutkiem wstrzyknięcia rozcynn żelaza do kędzierzaka** (*naevus telangiectasis*). Naszych czytelników już poprzednio przestrzegaliśmy o tego rodzaju smutnych wypadkach (zob. MEDYCINA z r. 1874 Nr. 19 str. 321 i Nr. 30 str. 488). Obecnie przytaczamy nowy wypadek, opisany przez D-ra BUCHANAN'A (*w The British. medical Journal* z 26 Czerwca r. z.): po zastrzyknięciu jednej jedynej kropli rozcynn żelaza do kędzierzaka na powiece górnej, śmierć we dwie minuty nastąpiła. Skrzep krwi zdaniem Dra B. miał w tym razie utworzyć się w tętnicy ocznej i spowodować zawał (*embolus*) na podstawie mózgu i gałce ocznej. Dr. CLEMENT LUCAS z tego powodu nadesłał do rzeczonożego dziennika zapiskę, d. 20 Lipca r. z., w której wykazuje, że powyższe wyjaśnienie śmierci w tym razie nie jest dostatecznym i że tak w tym, jak to też i w innym przypadku tego rodzaju nagłej śmierci, przez niego spostrzeganym, skrzep dostał się do prawej komórki serca, a następnie do jednej z grubszych gałęzi tętnicy płucnej. (Taki samo wyjaśnienie podał Dr. TALCO w opisanym przez niego wypadku w N-rze 19 naszego czasopisma z r. 1874, str. 488).

(Ref. w l'Union médicale 1876. Nr. 7). J. R.



## KRONIKA KRAJOWA.

**Płock.** Wodociągi. Od jakiegoś czasu pisma nasze i gazety wrocławskie pomieszczają ogłoszenie rządu gubernijalnego płockiego wzywające interesantów chcących się współubiegać o koncesyję na budowę i eksploatację wodociągów, które bezzwłocznie wykonane być mają w Płocku. Mimo swej lakoniczności wezwanie to dawno już powinno było wywołać w pismach naszych dyskusję, której i ważność przedmiotu i szczegółowe punkta samego wezwania wymagają. Tymczasem dotąd prócz krótkiej, ale słusznej uwagi w Gazecie Polskiej odezwa rządu gubernijalnego płockiego żadnego zdania w pismach naszych nie wywołała. Zanim tu lub na innym miejscu obszerniej rozbiórę kwestyję wodną w miastach, pod względem zdrowotnym i ekonomicznym, chcę przed upływem terminu konkursu (w d. 1 kwietnia r. b.) zwrócić uwagę interesantów i publiczności na niektóre szczegóły projektu płockiego. Płock jest miastem liczącym 24 tysiące mieszkańców. Stosunki zdrowotne miasta są opłakane. Grunt miejski przesiąknięty posoką. Wody brak zupełny. Studni z dobrą wodą niema wcale. Kilkadziesiąt studni już policzają w ostatnich czasach zamknęła. Reszta temuż losowi uleżć powinna. Nadto większość studni, z wyjątkiem 3 do 5, w ciągu lata wysycha. Miasto więc istotnie wody dobrej do picia nie posiada wcale, a wody w ogóle posiada za mało, tak na potrzeby ogniowe, jak i porządkowe, gospodarskie i t. d. Projektowane przez władzę gubernijalną wodociągi, mają czerpać wodę z Wisły, w ilości przynajmniej 100,000 wader (1,230 metrów kubicznych czyli 51,250 stóp sześciennych polskich) na dobę, a przedsiębiorca ma prawo za wodę pobierać opłatę w ilości od  $\frac{1}{2}$  do  $\frac{1}{4}$  kopiejki za wiadro (stosownie do spotrzebowywanej dziennie przez miasto ilości). Inne szczegóły pomijam, co się zaś tyczy wyżej przytoczonych, to pozwalam sobie postawić następujące pytania: czemu miasto nie posiadające wcale wody do picia, miasto posiadające ciągłą durzycę, ma być zaopatrywanem wodą z koryta podmiejskiej zanieczyszczonej rzeki, a nie ze źródła prawdopodobnie w bliższych lub dalszych okolicach miasta położonych? Jeżeli Płock z jakichbydz przyczyn wodą źródłową nie może być za pomocą wodociągów zaopatrzonym, natenczas zapytać się wypada, czemu władza w swej odezwie nie żąda by budujący wodociągi urządził filtry odpowiednie i takowe w należytnym stanie i pod kontrolą policji utrzymywać się zobowiązał? Ponieważ Płock znalazł fundusz potrzebny dla zaopatrzenia się w wodę, czemu ilość jej ma wynosić tylko około 2 stóp sześciennych na jednostkę i dobę, kiedy dla zaspokojenia wszystkich obecnych i przyszłych potrzeb miasta ilość 3 razy taka byłaby zaledwie wystarczającą, a koszta zwiększonego dostarczania nie idą bynajmniej równolegle z ilością wody dostarczanej? Wprawdzie Warszawa za duże pieniądze, ma jeszcze znacznie mniej wody, bo zaledwie  $\frac{1}{2}$  stopy sześciennej na jednostkę i dobę. Ale jeżeli sobie ktoś nowe buty sprawia niepowinien przecież zapatrywać się na tych, którzy z własnej czy nie własnej winy w dziurawych chodzą. Przedsiębiorca ma mieć prawo sprzedawania mieszkańcom Płocka wody po cenie  $\frac{1}{4}$  kopiejki za wiadro (pomijam przypuszczenie ceny wyższej po  $\frac{1}{2}$  kopiejki za wiadro, która jednak w początku, przy małym spotrzebowywaniu wody, będzie zastosowaną). Czwierć kopiejki za wiadro, to znaczy prawie 20,4 kopiejek (0,68 franka) za 1 metr kubiczny. Otóż według najświeższych wiadomości, nigdzie w Europie ani w Ameryce zarząd miejski, ani prywatni przedsiębiorcy sprzedając wodę wodociagową na wymiar, nie pobierają za nią ceny nawet o połowę niższej (t. j. 0,34 franka za 1 metr kubiczny) od przyjętej dla Płocka. Z pomiędzy 30 miast środkowej Europy, których wykaz ceny wody mam pod ręką, spotykam tylko 3 (Altona, Wiesbaden i Berlin), w których 1 metr kubiczny wody kosztuje więcej nad 0,10 franka, a średnia cena wody w Europie wynosi przy sprzedaży na wymiar tylko 0,05 franka za 1 metr kubiczny. Ciekawaby było rzeczą na jakich wzorach oparto projekt i konkurs na budowę i eksploatację wodociągów płockich? *St. M.*

**Lublin.** Towarzystwo lekarskie krząta się około urzędzenia odczytów publicznych na dochód Kassy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych. Pierwszy taki odczyt odbył się w d. 27 Lutego r. b. Kol. G. DOLIŃSKI wygłosił rzecz: „O Jędrzejku ŚNIADECKIM; jako naturalisicie i pedagogu”.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyja Medycyny i Pamiętnika Tow. Lek. Warszaw. ulica Marszałkowska Nr. 45.

Дозволено Цензурою. Варшава, 24 Февраля (7 Марта) 1876 г. — Czcionkami M. Ziemięwicza Krak.-Przedm. Nr. 415.  
Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złr. 1).