

ROK TRZYDZIESTY DRUGI.

Wychodzi zeszyta-  
mi miesięcznymi.

Cena w Warsza-  
wie: rocznie rs. 4. —  
pół-rocznie rs. 2. —  
kwartalnie rs. 1.

# PAMIĘTNIK

Redakcyja przy ulicy  
Nowy - Świat  
Nr. 1310 60).

Cena na Prowlncy  
w Cesarstwie i za  
granicą: rocznie rs.  
5; półrocz. rs 2 k. 5.

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 2.

Luty.

1869.

## CZYNNOŚCI

### TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

#### POSIEDZENIA OGÓLNE.

#### Posiedzenie 2, dnia 19 Stycznia 1869 r.

Prezes: kol. B r o d o w s k i.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia, kol. C h w a t przedstawia kobietę, której wykonał dnia 27 Września r. z. operacyą *laparo hysterotomii*. Obecnie rana zupełnie jest zabliźnioną i już raz jeden po operacyi kobieta rzezoną odbyła miesiączkę w sposób prawidłowy.

Kol. B r u n e r (Mikołaj) przedstawił chorego lat 32 liczącego, dobrej budowy ciała, miernego odżywienia, który skutkiem nadużyć *in Baccho et Venere*, a po części wpływów moralnych, w r. 1867 zaczął doznawać bezustannego bólu głowy, pewnego rodzaju tęsknoty i żalu, przestał sypiać, w końcu uległ zupełnemu obłądowi z napadami szaleństwa (*mania furibunda*) i przywieziony został do Szpitala Ś-go Jana Bożego, w którym pozostawał przez 4 miesiące. Skutkiem szamotania się chorego przywiązanego do łóżka lub w wannach kaftanem przymusowym (*Camisolle de force*) chory zaczął doznawać silnego bólu w stawach napięstkowych i łokciowych, następnie bólu w mięs-

Par. T. L. W., t. LXI.

4

Biblioteka Główna

WUM

w.dlibra.wum.edu.pl

niach obu kończyn górnych i w końcu dotknięty został bezwładem tychże. Przed paru miesiącami kol. Chomętowski, który leczył chorego w szpitalu, oddał go w opiekę kol. Brunerowi, dla zastosowania kuracji elektrycznością.

Na początku Grudnia 1868 r. przyprowadzony ten chory do kol. Brunera przedstawiał stan następujący: Ręka lewa zupełnie w łokciu wyprężona, mięśnie tejże zupełnie zatrofione, palce skutkiem kontraktury m. zginaczy w dłoni zaciśnięte. Mięśnie międzykostne i opuszki palucha zanikłe. Ręka prawa w tymże samym stanie co lewa, przedstawiała jednakże pewną ruchliwość w stawie łokciowym. Stawy tak łokciowe jak napiętkowe obu rąk przynajmniej w dwójnasób zgrubiały i bardzo bolesne. Odwodzenie skurczonych mięśni niesłychany w nich ból powodowało, który w stawach szczególnie się manifestował.

Ruchy dowolne zupełnie były dla chorego niemożliwymi.

Elektro-mięśniowa kurczliwość tak na prąd indukcyjny, jak na galwaniczny zupełnie zniesiona. Najsilniejsze prądy nawet fibrilarnych drgań nie powodowały. Elektro-mięśniowe czucie samo się przez się rozumie, że ni mogło egzystować.

Kolega Br. uważając chorobę tę za bezwład periferyczny natury traumatycznej zaczął traktować prądami galwanicznymi, skutkiem czego po 16 posiedzeniach objawił się ruch dowolny w obu kończynach, tak w m. zginających jak i wyprostnych, kontraktury w części zaczęły ustępować za wyjątkiem m. trójgłowego ramienia, w którym kontraktura trwa jeszcze. Po dwóch następnych posiedzeniach objawiła się kurczliwość mięśni przy działaniu na nie prądem galwanicznym, lecz tylko w m. międzykostnych i palucha.

Po 20 posiedzeniach kurczliwość ta objawiła się też w mięśniach wyprostnych i zginaczach, a po następnym i prąd indukcyjny zaczął jakkolwiek w małym stopniu, lekkie kurczenie mięśni powodować.

Tutaj kolega Br. zwraca uwagę, że wpływ woli wyprzedza częstokroć wpływ prądów elektrycznych, a mianowicie indukcyjnych na porażone mięśnie.

Z tej okoliczności opowiada kolega B. o drugim chorym,

u którego po processie ostrego reumatyzmu stawów, podobny wywiązał się bezwład w obu kończynach górnych i dolnych, gdy ośrodki nerwowe żadnych zboczeń w swych funkcjach nie przedstawiały. Bezwład również rozpoczął się od części najbardziej od ośrodków nerwowych oddalonych i stopniowo posunął się ku ośrodkom, ograniczywszy się w kończynach górnych na zajęciu rąk i przedramion, w dolnych zaś postępując ku górze zajął nogi, golenie i uda. Po nim wkrótce mięśnie zaczęły zanikać tak prędko, że przynajmniej  $\frac{2}{3}$  swój pierwotnej grubości straciły. Czucie skórne prawie że nie zmienione. Elektro-mięśniowa kurczliwość przy stosowaniu wszelkich prądów elektrycznych okazała się zupełnie zniesioną, o czuciu mięśniowem naturalnie że mowy być nie mogło.

Sześć dziesięć kilka posiedzeń sprowadziło zupełne uleczenie chorego, mięśnie odzyskały swą pierwotną grubość i oddziaływanie na prądy elektryczne, pierwój na galwaniczne bezpośrednie, później na indukcyjne, wpływ woli i tu jednakże wpływ elektryczności na kurczenie się mięśni wyprzedził. Z obu tych wypadków kol. B. popiera doświadczenia i obserwacje *Erba*, a mianowicie identyczności przyczyny traumatycznej z przyczyną reumatyczną natury i rezultat z tych doświadczeń, że w podobnych przypadkach bardzo często wpływ woli wyprzedza wpływ prądów elektrycznych na nerwy i mięśnie w stanie bezwładu się znajdujące.

W końcu kol. B. opowiada o obserwacjach prof. *Ziemse* n a czynionych nad stopniem i rodzajem bezwładów peryferycznych, które tenże uczony podał na 42 posiedzeniu niemieckich badaczy natury i lekarzy, odbytem w Dreźnie w 1868 roku, z których wypada, że podobne przypadki o jakich kolega Br. mówił należą właśnie do najcięższych form bezwładów peryferycznych.

Kol. *Korzeniowski* dopiero co przedstawionego chorego widział jeszcze przed kol. *Brunerem* i sam pierwszy mu radził poddanie się leczeniu prądami stałemi. Na przyczyny jego stanu inaczój się jednak zapatrywał, nie przywiązując tak wielkiej wagi środkom krępującym w szpitalu obłąkanych w tym wypadku zastosowanym. Zgrubiałe końce stawowe kości tłumaczył sobie przez podniesione odżywianie tkanki kostnej

zwykle towarzyszące porażeniu nerwów i mięśni, gdyż przy chorobach stawów, kończyny znajdują się zwykle w semi-flexii a nie jak tu w extensji. Przyczynę zaś obłąkania i porażenia uparował w zapaleniu osłon mózgo-rdzeniowych (*meningitis cerebrospinalis*) a czułość podniesiona w okolicy 5-go kręgu szyjowego i ciastowatość w dotknięciu (*pastositas*) skóry tej okolicy także w zgodzie z tem przypuszczeniem zostawały. Już wtedy kol. K. obserwował tę samą nieruchomość w stawie łokciowym i czynił ją zależną od przewagi stałej mięśni prostujących (*extensores*) nad mięśniami zginaczami (*flexores*) w stanie zaniku będącemi; zresztą samo tak gwałtowne ustępowanie zboczeń czynnościowych w stawach, każe takie odnosić porażenie obserwowane do przyczyn centralnych.

Kol. Bruner przypuszczenia kol. Korzeniowskiego, jakoby bezwład u przedstawionego chorego był następstwem processu centralnego uważa za nieuzasadnione, gdyż proces bezwładny postępował stopniowo od końca ku centrom, ograniczywszy się na zajęciu nerwu łokciowego, ramieniowego i niektórych gałęzi nerwu pośrodkowego ramienia, że rozpoczął się zajęciem stawów i dopiero stopniowo przechodził na mięśnie, postępował, w końcu że zachowanie się mięśni i nerwów względem prądów elektrycznych, samo przez się wystarcza do przyjęcia bezwładności jedynie peryferycznej, gdyż przy bezwładności centralnego pochodzenia ani do zaniku mięśniowego, ani do zniesienia wpływu prądów elektrycznych tak prędko nie przychodzi.

Kol. Helbich wprowadza 49-cio letniego człowieka, utrzymującego się z grywania na skrzypcach, który zaraz przy wejściu zwrócił uwagę wszystkich obecnych szczególniejszem i ciągłym wykrzywianiem twarzy. Wykrzywianie to zasadza się na tem, że usta otwierają się i rozciągają, kąty ich unoszą się w górę, brwi jednocześnie zbliżają się do siebie i końce ich wewnętrzne opuszczają ku dołowi, gałki wprawiają się w ruch nieprzerwany, powieki bezustannie migają, nozdrza się rozszerzają. Napróżno człowiek ten usiłuje zachować spokojność rysów twarzy, napróżno przykładą rękę do ust dla wstrzymania ruchu warg; ruchy powyżej opisane nieprzerwanie się powtarzają, dopóki chory rzeczony nie znajdzie się sam jeden, oczy jego niezwrócają się na

pewien stały przedmiot, lub dopóki nie zaśnie. Chory w przytomności innych osób mówić może płynnie tylko wtedy, gdy wzrok stale na jeden punkt skieruje, inaczej kurczowe ruchy warg urywają mu rozpoczęte słowa. Stan taki trwa od lat 6. Wyjście na świeże powietrze, obecność większej liczby osób, spojrzenie osoby nieznałej, już są dostateczne dla wywołania napadu. Zresztą człowiek ten jest zupełnie zdrow i nie uskarża się na żadne dolegliwości. Mamy tu bardzo wydatny przykład płasawicy częściowej (*Chorea minor*).

Kol. Langowski składa rękopism D-ra Lebedzińskiego pod tytułem „*O magnetyzmie zwierzęcym*“ i wraz z kolegą Helbichem pana Lebedzińskiego na członka Towarzystwa przedstawia. Kol. Dobieszewski podjął się zdania sprawy z powyższej pracy.

Prezesa ma do zakomunikowania Towarzystwu dwa ciekawe wypadki, obserwowane w oddziale swoim w Szpitalu Ujazdowskim. Jeden z nich dotyczy dymisjonowanego żołnierza, który przed sześcioma miesiącami przybył do szpitala, uskarżając się na ból brzucha. Przedstawiał w tedy wysoki stopień wycieńczenia, skórę lekko zażółconą, w ogóle wygląd kahektyczny. Przy bliższem badaniu uderzało przedewszystkiem ogromne wygórowanie brzucha i znaczne rozszerzenie żył zaskórnych na okółko pępka. Przy obmacywaniu wyczuć można było znaczną twardość na całym prawie brzuchu. Przy opukiwaniu, tępość zupełna odpowiadająca wątrobie, okazała się poczynać znacznie wyżej jak w stanie prawidłowym, gdyż na linii parasternalnej zaczynała się już od dolnego brzegu 4-go żebra i ciągnęła się na téjże linii ku dołowi bez porównania poniżej pępka. Tępość z lewej strony brzucha dochodziła niżej jeszcze, bo do samego grzebienia kości biodrowej (*crista ilei*), tak, że dolna granica tępości miała kierunek ukośny z góry ku dołowi i z prawej strony na lewą. Od góry tępość zlewała się z tępością serca i śledziony; granice zaś téj ostatniej ku górze zachowywały się prawidłowo. Że tępość rzeczona za eżała od powiększenia objętości samej wątroby a nie od nowotworu na zewnątrz niej powstałego, dowodziło obniżanie się i podnoszenie granic tępości przy inspiracji i expiracji, sam kształt i jednociągłość ze zwyczajną tępością

wątroby. Wątroba w dotyku stwardniała, zdawała się pod palcem mieć powierzchnię nie zupełnie gładką, lecz nigdzie wyraźnych guzów nie było; płynu w jamie brzusznej wykazać nie można było. Biorąc na uwagę oznaki powyższe, a w szczególności znaczne powiększenie wątroby, wygląd kahektyczny chorego, lekki stopień żółtaczk, rozpoznano. Ustanowionem zostało jako rak wątroby (*carcinoma hepatis*).

Poprzednio chory bywał w innych oddziałach szpitala a lekarze, którzy go wówczas badali, zeznali że powiększenie wątroby lubo nie w tym stopniu już przed kilku miesiącami istniało; powiększenie zatem wątroby datowało już od czasu dawniejszego i przychodziło stopniowo do skutku. Nieobecność płynu w jamie brzusznej zastanawiała kol. B., gdyż rozwinięcie się obiegu obocznego przez żyły podskórne, jakkolwiek znaczne nie mogło wystarczyć dla zapobieżenia puchlinie jamy brzusznej (*ascites*), i należało przypuszczać, że nowo rozwinięte naczynia nowotworu przyjęły w części czynność dawnych naczyń wątroby. Rozumie się, że w obec takiego rozpoznania, leczenie ograniczone było głównie do podtrzymywania sił chorego, użycia kiedy niekiedy palyatywnych środków, w ogóle zaś musiało być wyczekującym (*cura expectativa*). Apetyt utrzymywał się bardzo dobry i chory dopominał się ciągle o największą porcję, która mu wreszcie udzieloną została. Po jakimś czasie, nie czując żadnej poprawy, chory zażądał wypisu. Lecz po kilku tygodniach powrócił w tym samym stanie z tą tylko różnicą, że zażółcenie skóry znikło, a wątroba jeszcze się zwiększyła tak że odgłos bębnowy na ścianach brzusznych mniejszą jeszcze, niż poprzednią zajmował powierzchnię. i to tylko w okolicy jelito-kątnicowej (*regio ileo-coecalis*). Wszakże po 3 do 4-ch tygodniach wątroba zaczęła stopniowo się zmniejszać i doszła znów do wymiarów, jakie posiadała przed ostatnim wyjściem chorego ze szpitala. Siły powiększały się tak że i ogólna poprawa była widoczną. Od tej chwili kol. B. zaczął powątpiewać o prawdziwości poprzedniego rozpoznania. Nie można było przypuszczać, by tu miało miejsce *involutio carcinomatosa*, gdyż jedyny przykład podobnego zejścia raka wątroby, podany w „*Prager Vierteljahrschrift*“ przez Oppolzera i Bochdaleka okazał się opartym na fał-

szwym rozpoznaniu; zamiast bowiem raka, istniały *gummata syphilitica*. *Cirrhosis hepat* w 2-m okresie zaniku również należało usunąć z powodu braku puchliny jamy brzucha, poprawy ogólnego stanu i głównie dla tego, że poprzedni stan za pierwszy okres *cirrhosis* nie mógł wcale uchodzić. Badając codziennie chorego, przekonano się, że w dołku podserco wym wyczuć można było wyniosłość znaczniejszą i bardziej sprężystą, co najprawdopodobniej zdaje się przemawiać za obecnością wodunek wątroby (*Ecchinococcus hepatis*) ze znaczną bardzo ilością torebek tak umieszczonych, że zewnętrznemu badaniu zupełnie się usuwały. Torebki te mogły w znacznej ilości zanikać, stąd zmniejszanie się wątroby, podczas gdy inne, jak np. w okolicy dołka podsercowego dalej się rozwijać mogą.

Obecni członkowie stwierdzają na przybyłym na posiedzenie chorym znaczne jeszcze wymiary jego wątroby i zarazem dobry stosunkowo stan ogólnego jego odżywienia.

Druga obserwacja odnosi się także do dymisjonowanego żołnierza wyrobkiem się trudniącego, który przed półrokiem przybył do szpitala, uskarżając się na duszność i ciężkość na piersiach. Obejrzenie wykazało rozszerzenie żył zaskórnych klatki piersiowej, wypełnienie żył szyjowych, lekkie powierzchowne obrzmienie klatki piersiowej, twarzy, szyi i kończyn górnych. Klatka wydawała się za wypukłą, szyja jakby zbyt krótką. Z przodku klatki piersiowej na znacznej przestrzeni, absolutna tępość, której granicę ze strony lewej stanowiła linia idąca od stawu mostko-obojęzycznego tejże strony do brodawki piersiowej; tępość ze strony prawej rozciągała się symetrycznie, ale znacznie dalej jeszcze niż na stronie lewej tak, że tylko zewnętrzna część *regionis subclavicularis dextrae* dawała przy opukiwaniu odgłos jasny ale zarazem i próżny-dowodzący zmniejszonej ilości przepływającego powietrza. Od góry tępość ta ograniczała się górnym brzegiem klatki piersiowej od dołu zlewała się z tępością wątroby. Z tyłu na prawej stronie klatki piersiowej, stępienie rozciągające się od góry i od kręgosłupa na zewnątrz do linii równoległej od tego ostatniego, i oddalonej od niego na szerokość trzech palców, ku dołowi zaś na wysokość 6 czy 7 kręgu o. Na innych punktach klatki piersiowej

odgłos prawidłowy, którego granica ze strony lewej od tyłu i dołu były nawet powiększone. Wysłuchiwanie na całej przestrzeni tępości od przodu nie dawało ocenić żadnego szmeru oddechowego, a tylko lekkie wstrząśnienie klatki piersiowej za każdym uderzeniem serca; tony były bardzo wyraźne i zupełnie prawidłowe, wierzchołek serca (*apex*) przesunięty był ku zewnątrz i znajdował się na dwa centymetry po za linią sutkową (*linea mamillaris*). Od tyłu, w miejscu tępości dawał się słyszeć oddech oskrzelowy (*respiratio trachealis*), niekiedy nawet z pewnym odzieniem amforycznym; puls mały, przyspieszony, stan zupełnie bezgorączkowy. Chory doznawał tylko duszności bez żadnego bólu i kaszlu. Co zaś do stanu poprzedniego, chory nic więcej sobie nie przypominał, jak tylko że od pół roku duszność powoli coraz większa się wykształcała.

Przystępując do ustanowienia rozpoznania (*diagnosis*) kol. B. wyłączył przede wszystkim *pericarditis* i *hydreps pericardii* pomimo kształtu trójkątnego tępości; tak samo mógł wyłączyć *hypertrophiam cordis excentricam*, gdyż nie było żadnych do niej danych, puls był drobny, uderzenia jego słabe. Tym sposobem należało tylko rozstrzygnąć, czy miał tutaj do czynienia z nowotworem w śródpiersiu prz ednim (*neoplasma in mediastino anteriori*) czy z tętniakiem (*aneurisma*). Za tętniakiem przemawiało lekkie wstrząśnienie klatki piersiowej za każdym uderzeniem serca, a brak szmeru niezupełnie przeciw niemu świadczył, gdyż wiemy, że gdy tętniak cały jest wypełniony skrzepem, szmeru nie ma wcale; ale stanowczo przeciwko tętniakowi zdawał się przemawiać isochronizm zupełny między uderzeniem serca a pulsem w tętnicy promieniowej (*art. radialis*). Zresztą tętniaki najczęściej wydarzają się od strony przednio-zewnętrznej tak, że tętniak taki powiększa się ku przodowi, wywołuje wygórowanie klatki piersiowej, powoli nawet zanik żeber i mostka i występuje pod skórę, nigdy zaś ku tyłowi nie rozszerza się i nie mógł by sprawić stwierdzonej od tyłu klatki tępości. Tętniaki powstające od części tyłno-wewnętrznej części wstępującej aorty wywołują zawsze już przy małych rozmiarach ucisk tętnicy płucnej, *hydrops universalis* i inne groźne objawy. Nowotwór *in mediastino an-*



*teriori* tłumaczył wszystkie zebrane dane i dla tego na korzyść jego oznaczonem zostało rozpoznanie choroby.

Dalszy przebieg choroby w szpitalu w ciągu pół roku był następujący: Od czasu do czasu pueblina ogólna, żyły zaskórne coraz bardziej się rozszerzały, w ostatnich czasach zapalenie niezłoowe oskrzeli (*bronchitis*), zwiększanie się granic tępości na klatce piersiowej; niekiedy ból głowy, zawroty, przeciwko którym miał trzy razy puszczoną krew w ilości od 6 do 8 uncyi. Pod koniec zaczął dostawać napadów zatchnienia, w których wpadał w stan omdlenia (*syncope*) i w jednym z tych napadów umarł: Sekcya wykazała obecność ogromnego tętniaka workowatego (*aneurisma sacciforme*) znajdującego się na wstępującej części aorty i równającego się wymiarami swojemi wielkości głowy dorosłego człowieka. Od przodu przyrośnięty do górnej części mostka, od tyłu do powierzchni płuca prawego, odsunął to ostatnie ku tyłowi i zewnątrz tak że tylko tylno-zewnętrzna część płuca dla powietrza była przystępną, reszta zaś płuca była w stanie ściśnięcia (*atelectasis*) i zaniku. Oskrzele prawe były uciśnięte. Ściany samego tętniaka cienkie i kruche rozrywały się przy oddzieleniu powyżej wymienionych zrostów, cała zaś jego jama wypełniona była w zupełności dawnymi włóknikowemi skrzepami krwi; w ścianie aorty znajdował się od zewnątrz i tyłu otwór okrągły na 4 centymetry średnicy, stanowiący komunikacyą z tętniakiem. Otwór ten jednak zupełnie zasłonięty skrzepem tętniak wypełniającym, przedstawiał się od tętnicy jako płytkie i gładkie zagłębienie. Niezwykłość punktu wyjścia, ogromne rozmiary do których doszedł tętniak bez wywołania zwykłych objawów i brak ważniejszych zmian ateromatycznych wreszcie aorty powodujący zupełnie prawidłowe zachowanie się światła tętnic z łuku aorty biorących swój początek, wreszcie całkowite wypełnienie skrzepami, dostatecznie tłumaczą trudność rozpoznania w obecnym wypadku.

Jak zaś dalece pomimo obecności tak znacznych rozmiarów tętniaka, czynność serca była nienaruszoną, dowodzi, że przy sekcyi ściany serca wcale przerosłemi nie były, a tylko komórka lewa była cokolwiek większą, z powodu słabszej odporności jej ścian, dość znacznie stłuszczonych.

Kol. Ch o y n o w s k i po obejrzeniu przedstawionego członkom preparatu twierdzi, że w obecnym wypadku właściwie nie było błędu w rozpoznaniu. Istniejący tętniak przez zaszele nie w nim zmiany stracił był całkowicie właściwe semiotyczne oznaki, i stanowił raczej guz krwawy swojego rodzaju, wypełniający śródpiersie przednie.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

## **POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.**

---

ODDZIAŁ CHIRURGH, OKULISTYKI I SYFILOGRAFII.

### **Posiedzenie 49, z dnia 7 Grudnia 1868 roku.**

Obecni: Przewodniczący kol. G i r s z t o w t.

Członkowie: J o d k o, S t a n k i e w i c z, K w a ś n i c k i, T a b a c z y Ń s k i (gość).

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzającego posiedzenia, kol. G i r s z t o w t przedstawia zebrany dziewczynkę, której wykonał wypiłowanie częściowe szczęki górnej, o czem mówił na ostatniem posiedzeniu; rana zupełnie się zablizniła. tylko policzek strony operowanej jest nieco zapadnięty; na miejscu kości wypiłowanej wyczuwa się nowo utworzona masa kostna, która tak wypełnia przestrzeń po wypiłowanej kości, iż w nią od jamy ustnej zaledwie koniec małego palca wprowadzić można. Operacya ta zasługuje na uwagę z tego względu, iż cięcie miękkiego podniebienia wykonane zostało wzdłuż wewnętrznego brzegu wyrostka zębodołowego szczęki. a po oddzieleniu części miękkich i wypiłowaniu zepsutej kości, brzegi pozostałej ztąd rany zaszyto. Skutkiem tego jama ustna nie ma bezpośredniego związku z nosową, a operowana połyka zupełnie dobrze i mówi wyraźnie.

Następnie przedstawia kol. G i r s z t o w t kobietę lat 88, która przed paru miesiącami przybyła do kliniki chirurgicznój z przepukliną pachwinową prawą w stanie uwięzionym. Ponie-

waż objawy uwięzienia trwały od dni kilku, i wszelkie usiłowania odprowadzenia kiszki okazały się bezskutecznymi, wykonano operację i znaleziono kiszkę barwy fioletowej, ale bez widocznych śladów zgorzeli, kurczącą się po skropieniu jej zimną wodą. Po odprowadzeniu kiszki do jamy brzusznej okazało się, iż część wypadłej siatki (*omentum*) była zgorzeloną, i z tego powodu ją odcięto. Następnie w celu uleczenia radykalnego przepukliny, przeprowadzono szwy wałeczkowate przez brzegi skóry i pozostałą część siatki, i po opatrzeniu suchą skubanką, założono opaskę ósemkową. Po 4-ch dniach ukazało się ropienie, brzegi rany się rozeszły, a nadto rozwinęło się zapalenie tkanki łącznej (*Phlegmone diffusum*) pod skórą i między warstwami mięśni; stolec jednak ciągle od czasu operacji odchodził drogą zwyczajną. Dziesiątego dnia po operacji kał zaczął wychodzić z otworu rany, i przez trzy dni cała jego ilość tędy wydostawała się na zewnątrz. Dla zapobieżenia temu, zakładano w otwór rany tampon ze skubanki, skutkiem czego kał w części odpływał przez ranę a w części przez otwór stolcowy. Stopniowo jednak ilość jego z rany wychodząca zmniejszała się w miarę zwężania się otworu, który w 5 tygodni po operacji zupełnie się zabił. Operowana obecnie jest zupełnie zdrową, apetyt i trawienie ma dobre, a z zagłębienia odpowiadającego bliźnie, zaledwie kropla wilgoci wycisnąć się daje. Kobieta ta ma na prawem oku kataraktę, które niezadługo będzie operowaną.

Kol. T a b a c z y ń s k i okazuje mężczyznę lat 31, który od lat 12 cierpi na przepuklinę pachwinowo-moszną (*h. inguinoscrotalis*) prawą, wielkości dwóch pięści. dla uleczenia której operowany był przed kilku miesiącami ale bezskutecznie. Kol. T a b a c z y ń s k i, celem uleczenia radykalnego przepukliny, wykonał w d. 9 Października operację sposobem *Gerdy* z tą różnicą, że obok zwyczajnej nitki jedwabnej, przeprowadził i drugą ligaturę z drutu srebrnego. Chory nie miał żadnej gorączki po operacji; nitkę jedwabną oddalono 7 dnia z powodu ropienia jakie wywołała w skórze, drut zaś oddalony 10 dnia. Po czterech tygodniach pozwolono choremu wstać i chodzić przy zastosowaniu paska przepuklinowego, i dotąd wyjście przepukliny miejsca nie miało. Dopiero przy badaniu operowanego na posiedzeniu

i umyślnem zakaszaniu, przepuklina wystąpiła na zewnątrz w postaci guza wielkości orzecha włoskiego. Okazuje się zatem, że przewód pachwinowy nie został zupełnie zamknięty, lecz tylko w znacznej części zwięzony, i z tego powodu kol. T a b a c z y ń s k i ma zamiar powtórzyć operację. W dyskusyi i jaka się wszczęła nad tym przedmiotem brali udział wszyscy członkowie, a kol. G i r s z t o w t radził zastosowanie w rzeczonym wypadku metody R o t h m u n d'a albo M o e s n e r a, która w doświadczeniach jego wydała bardzo pomyślne wypadki.

Potem przedstawił kol. T a b a c z y ń s k i mężczyznę starozakonnego lat 25, który w skutek cierpienia wilkiem (*lupus*) zwanego, utracił całą dolną część chrząstkową nosa i prawie całą przegrodę (*septum nasi*); tylko części skrzydeł nosa pozostały. Choremu temu wykonał kol. T. operację plastyczną (*Rhinoplastica*) przywracając czucie zniszczone nosa w sposób następujący: wyciąwszy dwa płaty boczne ze skóry pokrywającej kości nosowe i policzka tuż pod powiekami dolnymi, płaty te rozdzielił od części głębiej leżących, i tak oswobodzone przesunął ku dołowi, aż do zetknięcia się ich z pozostałymi skrzydłami nosowemi; środek brzegu dolnego tych płatów, języczkowato wydłużony, przszyty został do pozostałej części przegrody nosowej, a brzegi boczne do okrwawionych powierzchni skrzydeł. Części zeszyte połączyły się *per primam intentionem*, a tylko na środku górnego brzegu płatów, odpowiadającym nasadzie nosa, miało miejsce ropienie, które jednak zakończyło się zupełnem zabliznieniem. Obecnie operowany posiada nos dosyć kształtny i w żadnym punkcie nie widać cierpienia, które stało się tych zniszczeń przyczyną.

Prócz tego opowiedział kol. T a b a c z y ń s k i o wykonanej przez siebie sekcyi, przy której znalazł liczne ropnie w wątrobie. Zmarły na tę chorobę flisak, lat 34, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus z raną postrzałową na tyłnej stronie uda, która po pewnym czasie zupełnie się zablizniła tak, iż w zupełnem zdrowiu opuścił szpital. W 12 dni potem wrócił do szpitala z mocną gorączką i w 40 godzin potem umarł przy objawach silnej ropnicy (*pyaemia*). Wyjąwszy rzeczonych ropni w wątrobie, widocznie pochodzących z zatorów (*embolia*) nieznaleziono ani

w innych organach, ani w samój ramie nie takiego, coby przyczynę pierwotną ich rozwoju wytłumaczyć mogło.

Kol. J o d k o przedstawia dwa wypadki wywrócenia powieki dolnej na zewnątrz (*ectropion*); z których jedno wynikło skutkiem utworzenia się blizny po czarnej kroście pod okiem rozwiniętej. Operacya wykonana była przed 5 tygodniami sposobem *Sansona* t. j. przez wycięcie trójkątów w zewnętrznym kącie powiek i następnie zeszyte tak skróconych, skutkiem czego wpływ ściągający blizny zniesiony zostaje. Nadto dla pewniejszego rezultatu kol. J. zeszył w jednym punkcie brzezi powieki górnej i dolnej, a chociaż po operacyi nastąpiła róża, która część płata skórnoego zniszczyła, jednak powieka nie została ściągnięta i za parę miesięcy mostek sztuczny łączący powieki rozdzielonym zostanie. W drugim wypadku w skutek zapalenia tkanki łącznej (*Phlegmone diffusum*) naokoło oka lewego, wytworzyła się głęboka blizna na obu powiekach, sprawiając przez to mocne wywrócenie tak dolnej jak i górnej powieki. Pod dolną powieką znajduje się dotąd jeszcze rana niezablizniona zupełnie, lecz pokryta bujnemi ziarnistościami. W tym wypadku zamierza kol. J. również operować sposobem *Sanson'a*, ale z wycięciem blizny pod dolną powieką będącej i oswobodzeniem ile możności skóry tak, iżby mogła być przesuwalną. O rezultacie operacyi doniesie członkom na przyszłym posiedzeniu.

Następnie opowiada kol. J. o mężczyźnie lat 28, który od 5 roku życia miał zaciemek (*cataracta*). Dnia 4 Grudnia po długim graniu w bilard, chory ten uczuł coś niezwykłego w oku i przybył po poradę do kolegi J. który widząc wypadnięcie soczewki zwapniałej do komórki przedniej, zalecił mu wkraplanie roztworu atropiny w nadziei, iż tym sposobem soczewka da się napowrót do komórki tylnej odprowadzić. Wkraplanie to jednak pozostało bez skutku, rozwinęło się silne zapalenie oka, które skłoniło kol. J. do natychmiastowej operacyi wydobycia zwapniałej soczewki. W przewidywaniu rozmiękczenia ciała szklistego, uspio choroego kloroformem, a po przesunięciu głowy jego na poduszkę, przekonano się, iż katarakta sama cofnęła się do komórki tylnej. Pomimo to kol. J o d k o wykonał operacyę za pomocą cięcia liniowego i wycięcia kawałka tęczy. Soczewka wy-

dobytą została z łatwością i bez żadnych powikłań; jest ona w całości mocno zwapniałą.

Na zakończenie kol. G i r s z t o w t opowiada o zastosowaniu w swęj klinice kwasu karbolowego (*acidum carbolicum v. fenicum*) do opatrywania ran. Środek ten, którego skuteczność na powstrzymanie wszelkiego rozpadu i gnicia w tkankach organicznych ropiejących, przez angielskiego chirurga *Listera* tak wysoko ocenioną została, zastosowany był na wielką skalę przez kol. G i r s z t o w t a w salach klinicznych, zwłaszcza na rany, wrzody, złamania powikłane, powierzchownie amputowane i to właśnie w czasie panowania zgorzeli szpitalnej (*gaugraena nosocomialis*). Używa się on w płynie (1 cz. kwasu na 4 cz. wody), jako roztwór wodny; w oleju (1 cz. kwasu na 4 cz. olei lini cocti) i jako ciasto (1 cz. kwasu i kredy w proszku ile potrzeba do utworzenia ciasta, które rozsmarowane na cynfolii przykłada się na rany). Dotychczasowe doświadczenia pozwalają wnosić, iż kwas karbolowy posiada własności wstrzymujące rozpad i zglininę, zmniejsza ropienie, niewywołuje bólu, przeciwnie uśmierza go do pewnego stopnia, a chociaż nie wpływa na uśmierzenie bujnych ziarnistości, ochrania rany od przystępu powietrza i przyspiesza ich zabliznienie. Po zebraniu większej liczby spostrzeżeń, kol. G i r s z t o w t przyrzekł rezultaty takowych przedstawić dokładnie oddziałowi na jednym z przyszłych posiedzeń.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz oddziału, Dr. W. S t a n k i e w i c z.

## PRACE ORYGINALNE.

---

### O pielęgnowaniu obłąkanych i urzędowaniu dla nich zakładów.

NAPISANE

**Dr. Med. A. Rothe.**

Naczelny Lekarz Szpitali Warszawskich dla obłąkanych, Członek towarzystwa niemieckich psychiatrów i innych.

(dokończenie.)

Zakład Warszawski otrzymuje podwójne przeznaczenie leczenia i pielęgnowania obłąkanych. Przyjmować będzie chorych zupełnie biednych i więcej dostatnich tak jak istniejące obecnie szpitale obłąkanych. Ze względu na cel, przy jego budowaniu należy zwrócić uwagę na następujące okoliczności:

1. Położenie miejscowości obranej.
2. Grunt, powietrze, woda.
3. Obszerność miejscowości.
4. Ogólny kształt samego zakładu.
5. Ścisły rozdział chorych pod względem płci.
6. Pensionat i oddział ogólny.
7. Inne oddziały zakładu.
8. Pomieszczenie chorych dzienne i nocne.
9. Wewnętrzne urządzenie.
10. Ogrody i ogrodzenia.

Co do 1. Ponieważ miejscowość dla zakładu już jest wybrana i wyznaczoną, ograniczyć się mogą do kilku tylko słów co do jej położenia. Położenie to odpowiada' większej części

głównych wymagań nauki. Jakkolwiek po za miastem, miejscowość owa nie jest od niego tak odległą by utrudniać miało przyjmowanie chorych, ich odwiedzanie przez krewnych, dostawę żywności i inych zapasów dla zakładu. Nadto, studenci wydziału lekarskiego będą mogli tak samo jak dziś w szpitalu Ś-go Jana Bożego, praktycznie obznajmiać się z zasadami psychiatrii. Szkoda tylko, że miejscowość wyznaczona jest nisko położoną, wszystkie bowiem bez wyjątku zakłady budowane bywają, na miejscach najbardziej wzniesionych, a to dla dostarczenia chorym najobszerniejszego, przyjemnego i urozmaiconego widoku, dla łatwiejszego ścieku wód i nieczystości zakładu, wreszcie dla téj bardzo ważnej przyczyny, że miejscowość niska i wilgotna wpływa niekorzystnie tak na samo zabudowanie jak i na jego mieszkańców.

2. Grunt, na którym zakład ma być wystawionym, nie powinien przedstawiać własności utrudniających wykonanie planu budowniczego i dawać łatwy ściek wodzie z zakładu. Z tego powodu na całej jego przestrzeni punkt najwyższy powinien być zajęty pod samo zabudowanie. Powietrze powinno być zdrowe i czyste, zasadzone drzewa powinny zabudowania zasłaniać od ostrych i zimnych wiatrów.

Ważniejszą jeszcze od poprzednich jest kwestja wody, z powodu czego uważam za rzecz konieczną przed rozpoczęciem robót, dokładnie wybadać, czy miejscowość obrana zaopatrzoną jest w dostateczną ilość dobrej wody przydatnej do picia, kuchni, prania, kąpieli, zraszania ogrodów i t. p.

Autorzy zajmujący się wyłącznie tą kwestją, nie zgadzają się pomiędzy sobą co do ilości wody potrzebnej dla podobnego zakładu, i cyfry przez nich podane, różnią się znacznie jedna od drugiej. I tak *Essen* liczy na każdego człowieka od 3,25 do 15 stóp kubicznych na dobę, *Hofmann* zaś, dyrektor zakładu w Frankfurcie, potrzebuje od 1,84 do 3,25 stóp kubicznych wody na osobę i na dobę, nie wliczając do tego wody koniecznej dla pojenia żywego inwentarza folwarku, zraszania ogrodów i t. p. Wyliczenie *Hofmanna* przyjęte zostało za zasadę dla nowych zakładów w Göttyndze i Osnabrück. Przyjmując takowe za odpowiednie dla naszego zakładu wypada, że dla każdego chorego średnia ilość potrzebnej wody równa się  $\frac{1,84+3,25}{2} = 2,54$  stóp



kubicznych na dobę, którą dla większej pewności możemy oznaczyć okrągłą cyfrą 3 st. kub., a że chorych zakład mieścić ma 400, zatem dla nich ilość wody na dobę potrzebna wynosi 1,200 stóp kubicznych.

Oprócz chorych należy przyjąć w rachubę urzędników i posługaczy; tych liczba w szpitalu Ś-go Jana Bożego dochodzi obecnie do 59, zatem na 400 chorych będzie ich przynajmniej 100. Lecz i ta liczba okaże się niedostateczną, jeśli weźmiemy na uwagę, że obecnie tylko część urzędników zamieszkuje sam zakład, inni zaś mieszkają po za jego obrębem; ci ostatni zaś będą musieli wraz ze swojemi rodzinami zamieszkać w nowo tworzącym się zakładzie; nie będzie zatem przesady, gdy przyjmiemy liczbę 150 dla oznaczenia cyfry osób mających znajdować się w zakładzie oprócz chorych, tak że ilość wody potrzebna dla zakładu na dobę, nie wyniesie tylko 1,200 stóp kubicznych, a więcej daleko, gdyż  $400 + 150 \times 3 = 1650$  st. kub. czyli 43,312 kwart.

Tak znaczną ilość wody w przybliżeniu oznaczoną, może mieć zakład dostarczoną tylko ze studzien i to bardzo wielkich, których kilka w jego obrębie wykopać wypadnie. Warunkiem koniecznym użyteczności tych studzien będzie jednostajny przypływ wody, a dla czerpania i rozprowadzenia jej po zakładzie konieczną będzie maszyna parowa, gdyż cała posługa razem wzięta, nie była by w stanie pracy tej podobać. W razie zaś niedostatecznej ilości wody na miejscu, będzie trzeba myśleć o jej sprowadzeniu z Wisły za pomocą wodociągów.

3. Obszerność miejscowości powinna być dostateczną, żeby chorzy mogli być rozdzieleni nie tylko co do płci, ale żeby w każdej połowie zakładu znajdowały się oddziały pojedyncze dla pensjonarzy, spokojnych, niespokojnych, nieczystych, paralityków, furiatów i podsądnych. Nadto potrzebna jest pewna rozległość przestrzeni na uprawne grunta dla zajęć samych chorych na świeżem powietrzu. Zajęcia podobne stanowią środek leczniczy, a nadto wpływają na zmniejszenie wydatków zakładu.

Obszerność tych gruntów jest w zakładach zagranicznych bardzo rozmaita. I tak: *Ville-Evrard* pod Paryżem na 600 chorych, posiada 400 hektarów pola i łąk; *Buntzlau* na 400 chorych, 60 morgów; *Göttinga* na 230 chorych, 36 morgów;

*Osnabrück* na 200 chorych, 26 morgów; *Lengerich* na 300 chorych, 150 morgów; *Meerenberg* na 300 chorych, 32 hektarów, i t. d. Z tego wypada średnio 21 morgów na 100 chorych: zatem dla naszego zakładu na 400 chorych, 84 morgów czyli 21 dziesiątyn, t. j. prawie ta sama obszerność jaką w rzeczywistości posiada obrona miejscowość. Jakkolwiek zatem obszerność tej miejscowości odpowiada wymaganiom nauki, uważałbym wszelako za stosowne obszerność tę jeszcze powiększyć, a to dla następujących przyczyn:

1. Może wypaść konieczna potrzeba rozszerzenia zabudowań zakładu lub założenia projektowanych folwarków.

2. Żeby powstać mogące zabudowania na granicy terytorjum, nie znajdowały się zbyt blisko samego zakładu, gdyż bezwątpienia urządzenie zakładu, pociągnie za sobą różnych przemysłowców, którzy licząc na korzyści, w pobliżu jego się usadowią.

3. Żeby zakłady fabryczne w okolicy mogące się później pojawić, nie sprawiały zbyt dużego dla chorych zgiełku i hałasu, i nakoniec żeby garnkuchnie i szynki nie miały możliwości zbyt blisko zakładu się mieścić, co jeśli nie jest niebezpiecznym dla chorych, jest szkodliwym dla posługi.

Wszystkie te niedogodności zostałyby usuniętymi przez nadanie jak największej obszerności terytorjum zakładu, a grunta któreby zakład własnymi siłami niemógł eksploatować, mogłyby być puszczone w dzierżawę.

4. Ogólny kształt samego zakładu powinien odpowiadać nie tylko liczbie chorych i wygodnemu ich pomieszczeniu, ale nadto ułatwiać spełnianie obowiązków lekarskich i administracyjnych.

Napotkać można na następujące formy zakładów:

1. Kształt prosto-linijny, który nadaje się dla zakładów przeznaczonych najwyżej na 200 chorych, gdyż przy większej ich liczbie, długość zakładu nadzwyczaj utrudnia obsługę, i ogrody nie mogą być odpowiednio rozłożone. Niedogodność zbyt długiej długości starano się usunąć przez budowanie większej liczby piąter, co znaczy zastąpić jedno złe drugim. Z tego powodu kształt prostoliniowy zmieniono na kształt litery H, krzyża, gwiazdy, podkowy i wreszcie kwadratowy lub prostokątny.

Kształty te z wyjątkiem prostokątnego nie czynią zadość wymaganiom nauki i administracji. Kształt krzyżowy i gwiazdowy więcej były odpowiednie, gdy zakłady nasze służyły za więzienie więcej niż za miejsce leczenia dla obłąkanych. Dziś kształty te są zarzucone i widzimy je zachowane tylko w zakładach dla obłąkanych przestępców, jak w Bicêtre w Paryżu, i okrągła baszta (Narrenthurm) w Wiedniu.

Kształt podkowy jest także dla większych zakładów nieodpowiedni. Większa część zakładów przezemnie zwiedzanych, ma kształt kwadratowy lub prostokątny.

Kształt ten pod każdym względem odpowiada nowoczesnym potrzebom, zezwala na przybudowanie różnych pawilonów dla dogodnego rozmieszczenia chorych obu płci, zapewnia dostateczną ilość oddzielnych dziedzińców, ogrodów, nie tamuje przystępu powietrza i ułatwia zarząd zakładem i posługą.

Ze względu na powyższe powody uważam za najodpowiedniejszy kształt dla przyszłego zakładu formę prostokąta złożonego z oddzielnych pawilonów ze sobą komunikujących (Pavillon system mit strenger unter einander Verbindung).

Trzymając się proponowanego przezemnie kształtu, mam nadzieję uchylić wszystkie niedogodności, napotykające się jeszcze w niektórych najnowszych zagranicznych zakładach.

Budynki przeznaczone dla zarządu i administracji powinny zajmować sam środek zakładu, stanowiąc poniekąd terytorjum neutralne, ułatwiając pozycją swoją zarząd i dogład chorych, a nawet wentylacją zakładu.

Inne zabudowania złożone z połączonych ze sobą pawilonów, dają możność urządzenia oddziałów rozlicznych i ważnych pod względem lekarskim, mianowicie:

1. Oddział dla chorych 1-ój i 2-ój klasy, czyli tak zwanych pensionarzy,
2. dla nowo przybyłych,
3. dla spokojnych,
4. dla niespokojnych,
5. dla obłąkanych chorych na choroby nienerwowe,
6. dla nieczystych i paralityków,
7. dla epileptycznych,

8. dla furjatów, i nakoniec

9. dla podsądnych.

Podobne oddziały przedstawiają tę korzyść, że ułatwiają komunikacją, a każdy z nich stanowi oddzielną całość zaopatrzoną we wszystkie własne potrzeby.

Odnosnie do wysokości budynków czyli liczby pięter, rozumie się samo przez się, że powiększając tę ostatnią, oszczędza się powierzchnię gruntu a po części i wydatków na budowę. Lecz zbyt wysokie budynki utrudniają administrację i nadzór nad chorem; trudniej w nich utrzymać należytą czystość i jednorodną temperaturę, co niekorzystnie wpływa na zdrowie chorych. Piętra wyższe są w zimie chłodniejsze pomimo jednakowego opalania, w lecie zaś przeciwnie są gorętsze, a doświadczenie stwierdziło, że ostateczności w temperaturze sprzyjają wywiązywaniu się zarazków (miasma) i powiększają liczbę chorób. Na wypadek pożaru trudniejsze jest również ratowanie chorych; na wyższych piętrach mogą się mieścić chorzy tylko silniejsi, których chodzenie po schodach nie utrudza, a wreszcie przy większej ilości pięter, należałoby posługę dwa razy powiększyć.

Dla powyższych ważnych i zasługujących na szczególniejszą uwagę przyczyn, sądzę, że budynek dla administracji przeznaczony może mieć podziemne piętro (tak zwane suteryny) a nad niem trzy jeszcze piętra, w budynkach dla chorych pierwszych 6-u oddziałów piwnice i dwa piętra, a dla paralityków, furjatów i podsądnych budynki parterowe.

Przekonałem się o ważności i konieczności podziemnych pięter w zakładach wzorowych w *Neustadt Eberswalde* i *Heppenheim*. Lecz żeby należycie odpowiadać swojemu przeznaczeniu, piętro to powinno być jasne, suche i nie zagłębiać się w ziemię więcej jak na 4 stopy. Przy takich warunkach piwnice mogą mieścić w sobie sale robocze i warsztatowe, mieszkania dla oficjalistów i posługi z chorem ciągle nie przebywającej, wreszcie składy dla niezbędnych gospodarskich zapasów.

Oprócz tego w piwnicach znajdować się winien tak zwany obserwacyjno-administracyjny korytarz, komunikujący ze wszystkimi piętrami pawilonów, żeby przezeń można było prze-

prowadzać chorych, mianowicie niespokojnych, do własnych oddziałów, unikając przechodzenia z nimi po korytarzach innych oddziałów; korytarz podobny ułatwia dozór nad choremi i umożliwia niespodziewane przybycie na wszystkie piętra zakładu dla przypilnowania służby, nie przechodząc przez inne korytarze piąter przez nią zamieszkałych. Wszystkie w ogóle sale na piętrach, jak również piwniczne izby powinny odpowiadać wymaganiom higieny co do ilości czystego i świeżego powietrza, korytarze winny ciągnąć się wzdłuż ściany frontowej lub dziedzińcowej, a nie pośrodku budynku, być właściwej szerokości i wysokości, jasne i ogrzewalne, tak by służyły nie tylko za komunikacyjny środek, ale zarazem jako rezerwoary czystego powietrza, a w oddziale ogólnym za miejsce dziennego przebywania dla niektórych chorych więcej wykształconych lub wolnych od zajęć.

We wszystkich oddziałach, z wyjątkiem 1-jej klasy pensionarzy, sale dziennego pobytu chorych i ich sypialnie, powinny być oddzielne, tak by otwieranie okien dla przewietrzania było możebnem w każdej porze dnia; o innych środkach wentylacji pomówimy później.

Sypialnie pensionarzy 2-jej klasy, powinny mieścić od 3 do 6-u łóżek, a w oddziale ogólnym od 4 do 10-u. Urządzenie to pozwala dobierać chorych tak, by zachowali jak największą w nocy ciszę. Oprócz tego przy każdym oddziale, powinien istnieć jeden lub dwa małe pokoiki dla odosobnienia chorych chwilowo rozdrażnionych lub furjatów, dopóki się nie uspokoją lub nie zostaną odesłani do właściwego oddziału.

Te pokoiki dla odosobnienia chorych dają jeszcze i tę dogodność, że zapobiegają ciągłemu przepełnieniu oddziału furjatów, a tem samem częstemu użyciu środków mechanicznie uspokajających.

Co do samego frontu zakładu uważam, że skoro pojedyncze pawilony będą dosyć długimi, stosownem będzie w środku każdego z nich wybudować wystające części (Risolite) które odejmując dużym budynkom pozór jednostajny koszar, będą mogły jako mające wysokość wszystkich piąter, mieścić w sobie sale rezerwowe na wypadek pojawienia się zaraźliwych lub epidemi-

cznych chorób, jak cholera, tyfus, ospa, suchoty płucne i t. p. jak to właśnie wydarzało się w zakładach Warszawskich podczas ostatniego dwulecia. Wreszcie takie rezerwoary potrzebne są w razach ważniejszych napraw w innych częściach zabudowania.

Tu miejsce jest także wspomnieć o pomieszczeniu dla posługaczy i posługaczek. Zwykle ludzie ci mieszkają w tych samych izbach co i sami chorzy, albo też w izdebkach umieszczonych pomiędzy dwiema izbami dla chorych. Sposób pomieszczenia posługi ma wpływ na utrzymanie porządku i czystości w każdym oddziale, a nadto i na ciągły dozór nad choremi. Z własnego doświadczenia i postrzeżeń za granicą zrobionych, przekonałem się, że najlepiej jest, by posługa mieszkała wraz z choremi, jak to ma miejsce obecnie w naszych zakładach, gdyż posługacz nie mając oddzielnego pomieszczenia, musi przebywać ciągle z choremi i pełnić swoje obowiązki, a chorzy w obecności posługi zachowują się spokojniej.

*Urządzenie wewnętrzne.* Z poprzedniego wypadu, że plan mój uwzględnia dostatecznie tak rozdzielenie chorych odnośnie do płci jak i urządzenie różnych pojedynczych oddziałów i wygodną i łatwą między nimi komunikację. Pozostaje jeszcze pomówić o wewnętrznym urządzeniu pojedynczych oddziałów, w którym następujące punkta brać na uwagę należy:

1. Urządzenie pokoi dla chorych,
2. Podłoga,
3. Okna,
4. Drzwi,
5. Schody,
6. Oddziały furjatów,
7. Łaźnie i wanny,
8. Wychodki,
9. Oświetlenie,
10. Przewietrzanie (wentylacja),
11. Ogrzewanie,
12. Zaopatrzenie w wodę.

1. Zakład dla obłąkanych nie powinien się w ogóle odróżniać od zwyczajnych mieszkalnych domów, a przeciwnie stosować

wać się do wymagań klimatycznych i zwyczajów powszedniego życia téj okolicy w której się znajduje, tak by chory znalazł w nim to do czego przywykł, zachowując tylko te środki ostrożności, których wymaga stan jego zdrowia.

Z tych powodów wewnętrzne urządzenie pensionatu powinno być odmienne od urządzenia w innych oddziałach. Tu chory 1-éj klasy powinien mieć swój osobny pokój, w którym zarazem sypia i przedpokój dla służby t. j. posługacza lub posługaczki. Rozumie się, że wszystkie sprzęty i meble muszą tu odpowiadać wymaganiom klass zamożniejszych.

To samo powinno mieć miejsce i dla chorych klasy 2 éj z tą tylko różnicą, że sypialnie ich urządzone są dla trzech do pięciu ludzi razem.

Sypialnie na dwa łóżka; powinny być zaniechane, jako niewłaściwe nawet z punktu widzenia lekarskiego.

Lecz oprócz tych sypialń, przy pensjonacie muszą być pokoje przeznaczone dla dziennego pobytu chorych; liczba tych pokoi musi być większą niż dla oddziału ogólnego, gdy chorzy 1-éj klasy nie będą tak licznie zajmować się na salach roboczych i w polu jak chorzy klasy 3-éj.

Oprócz dwóch jadalnych komnat, musi być jeszcze sala bilardowa jak i sala dla gier innych, czytania, pisania i rysunku.

W oddziale ogólnym konieczne są: sale dla dziennego przebywania chorych, wspólne jadalnie, wspólne sale robocze i sypialnie.

Oдноśnie do tych sal i komnat wspomniałem już powyżej, że co do obszerności swojej, powinny one odpowiadać wymaganiom higieny; sale robocze znajdują się na piętrze piwniczem, a korytarze rozszerzające się odpowiednio do występów frontowych (*Risolite*) służyć będą chorym za sale dziennego pobytu, a nawet, ale *tylko w ostateczności* za jadalnie, choć ze względów czystości bardzo jest pożądanem oprócz korytarza mieć oddzielne jadalnie, żeby woń kuchenna potraw nie zanieczyszczała powietrza. Lecz wybudowanie takich jadalń zależeć będzie od wysokości rozporządzalnych funduszków pieniężnych.

Wszystkie powyżej wymienione sale winny się znajdować przy każdym oddziale, który nadto stanowiąc całość odrębną po-

winien posiadać oddzielną łazienkę, wychodek i kuchenkę dla przygrzewania potraw, przygotowania ziółek, herbaty i t. p. Z tego powodu pożądanem jest, żeby każdy oddział miał drzwi wychodowe do właściwego dziedzińca lub ogrodu.

Sypialnia dla zanieczyszczających się i paralityków i sale dzienne dla nich przeznaczone, winny być mniejsze niż w oddziale ogólnym, tak żeby w jednej izbie nie znajdowało się więcej jak 4 do 6-u chorych, a pomiędzy dwiema takimi izbami, mała izdebka z oknami z boków dla posługacza.

Oddział dla obłąkanych dotkniętych chorobami nienerwowymi nie różni się w niczem od zwyczajnych sal średnich wymiarów.

2. Podłoga jest kamienną w wielu zwiedzonych przezemnie zakładach zagranicznych. Podłoga taka ma swoje zalety co do czystości i trwałości, wszelako u nas, przy tutejszych warunkach klimatycznych, nie jest wcale odpowiednią, tem bardziej, że chodzenie po niej sprawia zbyt cichy hałas; za najstosowniejszą uznaję podłogę drewnianą we wszystkich salach i korytarzach z wyjątkiem piwnic.

Idzie tylko o to, w jakich salach jakiego rodzaju podłogi drewnianej użyć? Zdaje mi się, że w budynkach przeznaczonych dla pensjonarzy, wypada dać posadzkę taflową, w innych podłogę patentową<sup>(1)</sup>. Będzie to cokolwiek drożej kosztować, lecz za to łatwiej utrzymać będzie zupełną czystość i mniej będzie potrzeba reparacji. Podłogi pomalowane olejno lub tylko woskowane, zabezpieczą nas od wilgoci.

W łazienkach rozumie się potrzebna jest podłoga z asfaltu wylanego na cegłę.

3. Okien powinna być ilość dostateczna dla należytego oświetlenia, lecz nie należy ich mieć za wiele co zabiera miejsce i ogrzewanie utrudnia.

Urządzenie okien powinno być takie, by chorzy przez nie nie mogli wyskakiwać i uciekać, nie powinno mieć wszakże wejrzenia okien więziennych a jednakże nie narażać na zbyt ciche koszty.

---

(1) Jest to podłoga składająca się z wielkich kwadratów zapełuionych zwyczajnymi deskami.



Żelazna krata konieczną jest, pomimo dążenia niektórych psychiatrów do zupełnego jój usunięcia. Niektóre nowe zakłady nie miały z początku krat w oknach, wkrótce jednakże przekonano się o ich konieczności i z większym kosztem później je zaprowadzać musiano.

Ze wszystkich krat najprzyjemniejsze dla oka są kraty wygięte tak zwane koszykowe (*Korbgritter*), gdyż służą zarazem do pomieszczenia donic z kwiatami, lecz nie śmiem ich proponować z powodu wysokiój ceny. To samo da się powiedzieć o kratach balkonowych belgijskich. Ramy żelazne z małemi kwadratowemi lub prostokątnemi szybami, mają nieprzyjemne wejrzenie, utrudniają przewietrzanie i ostatecznie wypadają drożej jak ramy drewniane z żelazną kratą.

Dla téj samój przyczyny nie mogę zalecić ram drewnianych przymocowanych od zewnątrz żelaznem okuciem.

Najstawniejszem jest urządzenie zwyczajnych jak w domach mieszkalnych okien, z zewnątrz opatrzonych żelazną kratą, tak jak to widziałem w *Osnabrück*, *Frankfurcie* i *Klingenmünster* gdzie tylko dolne  $\frac{2}{3}$  okien właściwą kratą są zaopatrzone, górna trzecia część jest bez okratowania. Część górna i dolna otwierają się każda oddzielnie za pomocą osobnego klucza (*Dornschlüssel*).

Z tych trzech sposobów dają jednak pierwszeństwo urządzeniu zaprowadzonemu w *Osnabrück*.

W niektórych zakładach usunięto kraty dla tego, że wszystkie sale dzienne znajdują się na parterze, w sypialniach zaś na piętrze od wewnątrz okien są mocne okiennice, które przed przybyciem chorych zamykają się zostawiając u góry mały tylko otwór. Okiennice te nietylko są niedogodne, ale nadto nie zabezpieczają od mogącego wydarzyć się nieszczęścia, gdyż wszystko zależy od sumiennego dozoru posługi, na który u nas jeszcze wcale liczyć nie możemy.

Słowem, żelazne okratowanie okien jest koniecznem dla wszystkich oddziałów zakładu, na co zgadzają się ze mną wszyscy lekarze, którzy zajmowali się lub zajmują się jeszcze urządzeniem domów dla obłąkanych, jak *DD-rzy L e r*, *S n e l*, *N a s e*, *Ludwig*, *D i c k* i wielu innych.

4. Drzwi nie powinny otwierać się do wnętrza sali, a do ko-

rytarza we wszystkich bez wyjątku oddziałach, by chory od wewnątrz nie opierał się ich otworzeniu, co się nieraz wydarza mianowicie z niespokojnemi i furjatami, w skutek czego przychodzi z niemi do prawdziwej walki.

Budując drzwi, należy pamiętać, żeby były mocne i nie przedstawiały wystających kątów. W oddziale pensjonarzy i w salach dziennych powinny się składać z dwóch połów w środku zamykających się, w innych oddziałach pojedyncze; o drzwiach dla furjatów pomówimy później.

Klamki są zupełnie niepotrzebne mianowicie od wnętrza pokoi; zastępuje je doskonale ten sam klucz (*Dornschlüssel*) służący do otwierania okien i zawsze znajdujący się przy każdym posługaczu. Jeśli by wypadło klamki dodać dla pokoiów pensjonarzy, to powinny one mieć kształt okrągły i zwieszać się ku dołowi w taki sposób by nic na nich zawiesić nie było można, a to w celu uchylenia możności dla chorych odebrania sobie życia przez powieszenie, zwłaszcza dla cierpiących na zadumę ze skłonnością do samobójstwa.

Nadto zamki męskiego i żeńskiego oddziału powinny być różne, by tym samym kluczem nie dały się otworzyć.

5. Schody stanowiące jeden z głównych środków wygodnej komunikacji powinny być w liczbie dostatecznej, mianowicie podwójne dla każdego pawilonu, umieszczone na obu jego końcach.

Dla zabezpieczenia chorych od mogącego wydarzyć się nieszczęścia, urządzać je trzeba między dwiema ścianami z trudu palnego materiału, dostatecznej szerokości, nie bardzo kręte, z przestankami po środku piąter, o stopniach nie za wysokich. Schody winny być widne za dnia, a w nocy dostatecznie oświetlone, na drzwi u góry i u dołu zamykane. Dla komunikacji z dziedzińcami i ogrodami, zdaniem mojem, stosowniejsze od schodów są łagodne pochyłości opatrzone balustradami, zwłaszcza dla paralityków i epileptyków, którzyby prosto z korytarza mogliby niemi do ogrodów schodzić.

6. Oddział dla furjatów wymaga największej troskliwości w urządzeniu, tem bardziej, że pomimo ogromnych postępów

zdziałanych od 25 lat w sztuce budowania zakładów dla obłąkanych, zbyt mało zwracano uwagi na te oddziały.

Po ogłoszeniu pracy Conolly'ego o leczeniu obłąkanych bez użycia środków mechanicznych (*No restraint*), uchylono w niektórych zakładach użycie nie tylko koszul, kaftanów, ale nawet odosobniających komórek (*Isolierzellen*) wpadając tem samem w ostateczność przeciwną. Nie można pochwalać ani zbytecznego i nieogłędnego używania środków mechanicznych jak również zupełnego ich zaniechania; z tego powodu sędzę, że najstosowniej jest trzymać się drogi pośredniej i starać by oddział dla furjatów miał pozór najmniej odrażający i zarazem odpowiadał warunkom higieny.

Statystyczne cyfry dowodzą, że liczba furjatów stanowi 10% ogólnej liczby chorych; zakład nasz potrzebuje zatem 40 odosabniających komórek t. j. po 20 dla każdej płci. Przekonany wszakże jestem, że liczbę tę zmniejszyć można do 6% t. j. do 12 odosobniających komórek dla każdej płci, zasadzając się na tem, że w dobrze urządzonych zakładach nie przepelnionych choremi, gdzie zatem jeden drugiego nie drażni, w zakładach gdzie zasady ludzkości przedewszystkiem trzymane są na uwadze, liczba furjatów znacznie się zmniejsza, do czego pomaga jeszcze urządzenie przy każdym oddziale pokoików odosobniających (*Isolierzimmer*) dla chwilowo rozdrażnionych chorych. Powtarzam więc, że zdaniem mojem liczba 12 komórek na każdy oddział furjatów jest wystarczającą.

Lecz przy oddziale dla furjatów potrzebny jest koniecznie mały oddziałik dla podsądnych wymagających ściślejszego jeszcze dozoru z powodu używania przez nich wszelkich środków mogących im ucieczkę ułatwić.

Ten oddział podsądnych przynajmniej na 6 ludzi, powinien być urządzony, tak, że liczba komórek dla każdej płci z 12 podnosi się do 18.

Do ostatnich czasów oddziały te mieściły się zawsze w parterowych zabudowaniach; w niektórych jednak nowszych zakładach zagranicznych jak w *Heppenheim*, *Wiedniu*, *Siegburgu* i innych widzieliśmy je w budynkach piętrowych. Budowanie zatem piętrowych takich oddziałów może mieć miejsce, jeśli tem

zmniejszają się znacznie wydatki konstrukcyi; w razie przeciwnym uważam budynki parterowe za właściwsze.

Dla oszczędzenia innym chorym przykrego krzyku i hałasu, oddział furjatów winien o ile możności być oddalonym od innych oddziałów.

Komórki odosobniające, nie powinny być ustawione w jednej linii prostej ale załamywać się pod kątem prostym, co, jak doświadczenie okazało, mniej sprzyja rozchodzeniu się hałasu. Dla tego uważam za stosowne dwanaście komórek dla furjatów ustawić w jednym rzędzie, a po trzy w bocznych rzędach dla podsądnych. W punkcie spotkania się pod kątem owych trzech rzędów, należy wybudować oddzielną wspólną izbę dla więcei spokojnych, róg budynku zajmować mającą, a obok niej pokój dla służby. Takim sposobem podsądni zupełnie oddzieleni będą od innych, jako zresztą sama ludzkość i przyzwoitość nakazują; a pomimo tego jedni jak drudzy pozostawać będą pod ciągłym dozorem. Komórki winny mieć należytą wysokość, długość i szerokość tak, żeby w razie dłuższego przebywania w nich chorych powietrze utrzymywało się czystem, do czego pomagać będzie sztuczna wentylacja, którą również i w oddziale dla paralityków i zanieczyszczających się urządzeń wypada.

Podłoga w komórkach powinna być ułożona z grubych dębowych desek silnie ze sobą spojenych. Pod niemi w małym odstępie znajdować się winna warstwa asfaltu, pomiędzy którą a deskami dębowemi przepływać będzie świeże powietrze dostające się z zewnątrz otworami w ścianie umieszczonemi. Urządzenie to nie dozwala nieczystości a zwłaszcza moczowi rozszerzać swęj nieprzyjemnej woni, która udzielając się chorym uważaną była przez dawniejszych autorów za cechujący ich chorobę odór.

W rogach niektórych komórek powinien być urządzony wychodek, jak to ma miejsce w wielu zagranicznych zakładach. Jestto mocno zbudowany drewniany stolec, mieszczący lejkowate z żelaza ulane naczynie łączące się z glinianą lub żelazną rurą w dół idącą. Ta ostatnia nie powinna być zbyt wązka, by ręka lub noga chorego uwięznąć w niej nie mogła, jako się wydarzyło w jednym z zagranicznych zakładów, gdzie dla oswobodzenia

ujętej w żelaznej rurze ręki chorego, trzeba było zawołać kowala, który rurę rozbił na zatrzymanej ręce. Rura ta powinna być dostatecznej długości, by chory ani ręką, ani nogą dotknąć się nie mógł nieczystości znajdujących się w podstawionem naczyniu do połowy napełnionem wodą, stanowiącą w tym razie rodzaj przykrycia (*Wasserverschluss*). Dla innych chorych i posługi, wychodki urządza się jak w prywatnych domach.

Okna w oddziale furjatów są takie same jak dla innych oddziałów, z wyjątkiem podsądnych, dla których okna winny znajdować się pod samym pułapem, w takiej wysokości by do nich dostać się nie mogli. Szyby w nich dają się z grubego belgijskiego szkła, które do rozbicia, potrzebują nie gołej ręki, ale ciężkiego żelaznego młota. Okna od zewnątrz powinny być okratowane tak jak inne w całym zakładzie, od wewnątrz zaś kratką drewnianą, przed którą okiennica drewniana opuszczać się będzie z góry na dół. Opuszczenie i podnoszenie tej okiennicy winno odbywać się od korytarza i stanowi środek zabezpieczający szyby od rozbicia, i ocieniający komórkę, jeśli tego stan chorego wymagać będzie, okna zaś zamykają się kluczem tym samym co i inne w zakładzie.

Umieszczenie okien w oddziale podsądnych, jak już wspomnieliśmy, stanowi całą różnicę od takowych w oddziale furjatów. Ściany w izbach odosobniających powinny być zupełnie gładkie i wyłożone grubą warstwą cementu, żeby nie ulegały uszkodzeniu przez chorych, dla czystości zaś pomalowane być muszą farbą olejną jasno-szarego lub innego koloru, w kwadraty lub prostokąty, przez co ułatwia się ich odświeżanie i nadaje izbie przyjemniejsze wejście.

Drzwi mocne otwierają się na korytarz, zbudowane są z podwójnych dębowych desek, zupełnie gładkie, z wewnętrznej strony słoje drzewne mają kierunek poziomy, od zewnątrz kierunek pionowy. Wewnętrzna strona drzwi powinna stanowić wraz ze ścianą jedną gładką płaszczyznę. Zatrzaśnięte winny się same zamykać, a nadto klucz zastępujący klamkę, za jednym obrotem podnosi w górę długą żelazną zasuwę (*Baquettschloss*), drugi zaś klucz zwyczajny służy do zamykania zamka.

W samych drzwiach jest okienko obserwacyjne; nad niemi

zaś w ścianie mały kwadratowy otwór służy do mieszczenia płomienia gazowego oświetlającego komórkę i zarazem do przewietrzania. Wewnętrzna strona otworu tego zasłoniętą być winna siatką drucianną, by chory nie mogąc do niej dostać rękami, nie rzucał w nią pantoflami, odzieżą i t. d. Korytarz służący wraz z węglową izbą do dziennego pobytu chorych, powinien mieć należytą szerokość, a że przeznaczony jest na 12 chorych, bardzo więc jest pożądanem rozdzielić go na 3 lub przynajmniej na 2 części, oddzielne dla pensjonarzy i furjatów z oddziału ogólnego.

Okna w korytarzu mogą być umieszczone wysoko jak dla podsądnych, uprzedzając w ten sposób rozbijanie szyb i utrudniając komunikację z innymi chorem.

Łazienki przy oddziale furjatów są niezbędnie potrzebne, jak się samo przez się rozumie, gdyż chorzy gwałtowni częściej jeszcze od innych je potrzebują.

O opaleniu pomówimy później.

7. Łazienki i łazienki stanowią jeden z najważniejszych warunków dobrego zakładu, nie tylko dla czystości, ale i dla samego leczenia chorych, z powodu czego liczba i obszerność ich powinna odpowiadać potrzebom. Unikając przeprowadzenia chorych przez wszystkie korytarze zakładu, każdy oddzielny pawilon, a nawet lepiej jeszcze każdy oddział powinien mieć swoje osobne wanny, t. j. pensjonarze 1-jej klasy łazienkę z dwiema wannami; pensjonarze 2-jej klasy łazienkę z trzema wannami; oddział ogólny jako najliczniejszy po 4 wanny t. j. cztery na dolnym piętrze dla nowoprzybyłych i chwilowo rozdrażnionych chorych, a w górnym także cztery dla spokojnych i dotkniętych chorobami nienerwowymi.

W oddziale dla paralityków i epileptyków powinny znajdować się 3 wanny, a w oddziale furjatów dwie.

Dla uniknięcia kosztów znaczniejszych, wanny mogą być z żelaza lanego z polewą wewnątrz gładką i białą, z brzegami wierzchniemi tak zaokrąglonemi, by można było na nich przysiąść, co bardzo dogodnym jest zwłaszcza gdy chodzi o paralityków. Takie polewane żelazne wanny widziałem w zakładzie *Schweizerhof* pod Berlinem, gdzie pomimo 10-cio letniego cią-

głęgo użycia wyglądają jeszcze zupełnie jak nowe. Wanna podobna kosztuje 30 talarów. Przystęp do niej powinien być ze wszystkich stron swobodny, sama zaś wanna zagłębia się do połowy pod podłogę. Woda zimna i gorąca dochodzą do dna wanny gdzie mieszają się z sobą pod naczyniem wklęsłą swoją stroną zwróconem do dna wanny i w bliskości jego umieszczonem. Woda użyta wypuszcza się oddzielnym otworem, który razem z poprzedniemi zamyka się i otwiera kluczem będącym u posługacza. Oprócz tego nad niektórymi wannami powinien być urządzony aparat do natrysków z góry i z boków, a w oddziale kobiet natryski wstępujące maciczne.

Podłoga w łazienkach gra bardzo ważną rolę i zasługuje na szczególniejszą uwagę. Spostrzeżenia zebrane w jednym z nowszych zakładów mianowicie w *Bunzlau* przekonały, że podłoga asfaltowa, pomimo ciągłych napraw, w ciągu lat czterech tak niszczała, że nawet pod nią będące podkłady uszkodzone zostały, co zmusiło do zupełnego jęj przebudowania i drugich ważnych napraw kosztownych, i naraziło na liczne niedogodności. Podłogę tę radzę w następujący sposób urządzić: na ceglanem płaskiem sklepieniu układa się posadzka kamienna, a lepiej jeszcze szyfrowa; ta ostatnia pokrywa się tekturą, używaną do krycia dachów i na tę dopiero zalewa się asfalt w dobrym gatunku. Na podłodze asfaltowej może znajdować się podłoga ruchoma drewniana ułożona z zaokrąglonych podłużnych łat.

Podobnego rodzaju podłoga winna znajdować się w wychodkach, umywalniach i t. p., słowem wszędzie gdzie rozwijająca się wilgoć budynkowi szkodzić może. Dla pomieszczenia łazienek, wychodków, umywalni, małych składów dla posługi i ustępów dla mężczyzn, uważam za stosowne wybudowanie ze strony tylnęj pawilonów podobne występy (*Risolite*) jak na stronie frontowej dla sal rezerwowych.

8. Wychodki pod każdym względem odpowiednie urządzeniem swoim tak znacznej liczbie ludzi jak w naszym zakładzie, należą bezspornie do trudniejszych higienicznych i architektonicznych zadań. Zwykle w dawniejszych zakładach znajdujemy skrzynie pionowe z roztwierającemi się bokami lub bez nich, waterklosety i wychodki na sposób d'Arceta. Nad pierwszymi,

jako zupełnie nieodpowiedniemi, nie będę się wcale zastanawiał; lecz wspomnieć muszę o waterklosetach, co do których *Bunzlau* służyć nam może za przykład. Początkowo znajdowały się tam tylko waterklosety, lecz chorzy tak ciągle je psuli, że pomimo nieustannych napraw woń była jeszcze nieznośniejszą, jak przy skrzyniach zwyczajnych. Z tego powodu dyrektor zakładu Dr. *Keller*, zmuszony był przedstawić wyższej władzy konieczność zupełnego zniesienia waterklose'ów i urządzenia wychodków na sposób d'Arceta, i projekt swój przyprowadził do skutku pomimo znacznych kosztów i wzdragań wyznaczonej kommissyi.

We wszystkich zaś zakładach, gdzie wychodki d'Arceta były w użyciu znalazłem powietrze dobre. Lecz nie na tem tylko ograniczają się niedogodności waterklosetów. Odchody tak się w nich wodą rozrabiają, że do dalszego użytku stają się nieprzydatne, gdy tymczasem odchody 550 ludzi stanowią kapitalik, tem bardziej tam gdzie grunta potrzebują tak dalece umierrwienia jak właśnie obrane dla naszego zakładu miejsce. U nas mniej jeszcze zwracamy uwagę na tę kwestyę, która za granicą za bardzo ważną uchodzi. *No bir* w swoich agronomicznych wyliczeniach (Gdańsk 1861 str. 18) mówi, że wartość odchodów z jednego człowieka rocznie wynosi 4 i pół talara. Jeden z dyrektorów fabryki pudretty utrzymuje, że wóz mierzwy ludzkiej równa się czterem furom mierzwy bydlęcej, a że nawóz ludzki musi być zmieszany przynajmniej z cztery razy większą ilością roślinnych części, słomy lub nawet ziemi, aniżeli nawóz bydlęcy, wypada, że 1 wóz mierzwy ludzkiej wyrównywa 10 wozom mierzwy bydlęcej. Nie ma wątpliwości, że w kraju naszym gdzie rolnictwo tak ważną gra łonę, przedmiot ten nie jest małej wagi.

Z tego powodu woda nżyta do przemylwania rur, musi być ograniczona do najmniejszej ilości. Jamy powinny być tak urządzone, by woń z nich nie rozchodziła się. To wszystko otrzymuje się w wychodkach d'Arceta zmodyfikowanych przez Dr. *Martini*, dyrektora zakładu w *Leibus* w *Prussach* (*patrz Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*).

Wychodki muszą mieć przystęp do siebie łatwy, mieć



się jak można najdalej od zamieszkałych części budynku, mieć podwójne drzwi i nie przedstawiać trudności w oczyszczaniu.

Warunki te najlepiej osiągnąć można, umieszczając wychodki w występach wyżej wymienionych (*Risolite*). Przez ustępy dla mężczyzn woda ciągle przepływać powinna.

9. Oświetlenie należy do kwestyi stanowczo rozwiązanych na korzyść gazu. Wszystkie nowsze zakłady już w ten sposób są oświetlone; te nawet, które zbyt daleko się znajdują od fabryk gazowych, wybudowały gazometry na wyłączny własny użytek. To zdaje się dostatecznie przemawiać na korzyść tego sposobu oświetlenia, który w tak wielkim zakładzie jak ma być nasz, bez wątpienia będzie korzystnym tak pod względem ekonomicznym, jak dla czystości i łatwości obsługi.

Co zaś do niebezpieczeństwa pożaru, usuwa się ono bardzo łatwo przez to, że do rur gazowych chorzy przystępu nie mają, ani też do kurków od których klucz znajduje się w rękach jednego ze starszych posługaczy.

10 i 11. Ogrzewanie i przewietrzanie. Dla ogrzewania mieszkań, używane są powszechnie piece lub kaloryfery przeprowadzające powietrze rozgrzane, wodę ciepłą lub parę wodną.

Ogrzewanie powietrzem gorącym bardzo jest dogodnym tam, gdzie idzie o blisko siebie leżące duże sale; dla ogrzania zaś znacznej liczby izb na różnych piętrach, sposób ten nie jest korzystnym, o czem przekonałem się w oddzielnej obłąkanych kobiet w Warszawie. Toż samo zauważano i w nowym zakładzie Wiedeńskim, gdzie oprócz niejednostajnego rozdziału ciepła, stwierdzono, że suche ciepło szkodzi niektórym chorym i że pokoje napełniają się często sadzą i czadem węglowym. Z tych powodów zakłady, w których kaloryfery powietrzne już nawet zaprowadzonymi zostały, musiały zastąpić je innym systemem ogrzewalnym, zatrzymując je tylko dla niewielu sal, na jednej linii umieszczonych, na jednym tylko piętrze, jak np. dla oddziału furjatów. Też same prawie niedogodności nieodłączne są od kaloryfów wodnych i parowych.

Za przykład w téj mierze służyć może jeden z najnowszych wzorowych zakładów w Neustadt-Eberswalde pod Berlinem, gdzie ogrzewanie tym sposobem się odbywa. Doktor Schpon-

holtz, dyrektor tego zakładu dowodzi, że ogrzewanie kaloryferami nie tylko jest bardzo kosztownem, ale że nadto wymaga częstych napraw trudnych nieraz i drogich. Pomimo tych znacznych kosztów opalania i napraw, temperatura w izbach zaledwie dochodzi do wymaganego stopnia ciepła tak, że wspomniany dyrektor sądzi że podczas zimy ostrzej temperatura wymagana żądną miarą za pomocą w mowie będącego sposobu nie mogłaby być osiągnięta.

Najważniejszy zarzut przeciw kaloryferom jest jeszcze ten, że wcale nie przyczyniają się do przewietrzania.

Z powodu wyżej wymienionych niedogodności, zdaje się że najlepszym ze wszystkich sposobów ogrzewania są dobre kaflowe piece, które obecnie we wszystkich zakładach są zaprowadzone. Piece mają jeszcze i tę zaletę, że chorzy nasi najwięcej do nich przywikli i że zamieszkane pokoje więcej przyjemnymi czynią.

Piece tak powinny być wybudowane, by zarazem ogrzewały korytarze, które w oddziale ogólnym służą do dziennego pobytu chorych; ognisko powinno się otwierać od korytarza. W oddziałach furjatów, paralistyków i nieczystych, sądzę że ten sam sposób ogrzewania jest najstosowniejszym, tylko w pierwszym z wymienionych oddziałów piece muszą być mocniej zbudowane, by chorzy nie mogli ich rozwalac, t. j. powinny być podobne do pieców jakie widziałem w Schweizerhof, Heppenheim i niektórych innych zakładach.

W razie gdyby ten sposób ogrzewania okazał się niedogodnym dla ostatnio wymienionych oddziałów, sądzę, że sposób Haagena łączący w sobie ogrzewanie za pomocą powietrza i wody, powinien mieć pierwszeństwo przed innymi.

Przewietrzanie w oddziale pensionarzy, nowoprzybyłych, spokojnych i dotkniętych chorobami nienerwowemi, może być dostatecznem przy otwieraniu samych okien, tem bardziej, że sypialnie używają się tylko do nocnego spoczynku, a sale i korytarze oddzielne przeznaczone są dla dziennego pobytu chorych; oprócz tego opalanie pieców i oświetlanie gazem przyczyniać się także będą do przewietrzania. Wreszcie dla ciągłej wentylacyi, można w ścianach pourządzać kanały komunikujące z powietrzem zewnętrznem i z piecami. Przy użyciu tych srodków

nie ulega wątpliwości że czystość powietrza w zakładzie będzie należyta. Te same środki powinny być zachowane i dla innych oddziałów, lecz ponieważ chorzy tych oddziałów prawie ciągle przebywają w swoich pokojach, wypada dodać do nich jeszcze przewietrzanie sztuczne w rodzaju tego, jaki obserwowałem w Os-nabrück t. j. przyrządu wpychającego powietrze. Maszyna pa-rowa wystawiona przy zabudowaniu gospodarskim dla czerpania i rozprowadzenia wody po zakładzie, służy zarazem i dla sztucznego przewietrzania.

Konieczną dla zakładu ilość wody oznaczyłem już powyżej. Rury wodę rozprowadzające należy tak umieścić jak w Heppen-heim t. j. w pół okrągłych kanałach w ścianach przechodzących i opatrzonych wążkami bocznymi drzewczkami.

Przy takim urządzeniu rury wodne nie tylko że zajmują jak najmniej miejsca, ale w razie wydarzonej potrzeby ich naprawy, bardzo łatwo wyszukać można miejsce uszkodzone.

Kościół i wielką salę dla licznych zebrań najlepiej jest wybudować oddzielnie, t. j. pomiędzy budynkami administracyjnym i gospodarskim. W zimie wielka sala może służyć do ćwiczeń gimnastycznych.

Salę robocze, jak wyżej powiedziałem, mieszczą się w piętrze piwniczem; o wewnętrznem ich urządzeniu jak i w ogóle całego zakładu nie mamy zamiaru tu mówić.

Kuchnia i pralnia muszą także korzystać z istniejącej maszyny parowej.

Ogrody odpowiednich rozmiarów leżą na zewnątrz zakładu i każdy oddział powinien mieć swój własny ogród. Ogrody bezpośrednio przytykające do zakładu, winny być otoczone osobnym murem na sposób murów francuzkich, t. j. w tak zwanych wilczych rowach (*Soute de loup*). Od wewnątrz mury te winny być zupełnie gładkie i tak wysokie, by chorzy przez nie uciekać nie mogli.

Praca moja powyższa, będąca zarazem i projektem dla nowego zakładu w Warszawie, jest owocem dziesięcioletniego doświadczenia mego w zawodzie psychiatrycznym i spostrzeżeń zebranych w sześćdziesięciu zakładach zagranicznych, zwiedzonych przezemnie w ciągu ostatniej mojej podróży do krajów środkowej Europy.

## KRONIKA CHORÓB NERWOWYCH i UMYSŁOWYCH.

PODAŁ **Stanisław Chomętowski.**

Lekarz ordynujący w Szpitalu obłąkanych Ś-go Jana Bożego w Warszawie.

*Treść: Wstęp.* Napady do katalepsyi zbliżone (*accès cataleptiformes*).— Zboczenia uczucia, ruchu i inteligencji kataleptyków.— Posiedzenia drezdeńskie stowarzyszenia psychiatrów niemieckich. — Gościec stawowy (*Rheumatismus articulorum*) powikłany płaszawicą (*chorea*).

Pod tym ogólnym napisem zamierzamy stale podawać czytelnikom, nie tylko przegląd literatury krajowej i zagranicznej dotyczącej tak chorób nerwowych jak i umysłowych, ale nadto postaramy się treściwie przedstawiać ważniejsze wypadki, odnoszące się do postępu obu tych nauk, jak również do ruchu umysłowego, objawiającego się w działalności towarzystw naukowych z dołączeniem kazuistyki tak z własnej obserwacji wziętej, jak również zaczerpniętej z czasopism zagranicznych.

Ponieważ zaś zmiany anatomico-patologiczne, których wyrazem są zarówno choroby nerwowe jak i umysłowe, odbywają się w narządzie nerwowym, przeto pod jedną rubryką umieszczamy zamierzamy wiadomości dotyczące obu tych działów specjalnej patologii i terapii.

Przy rozbiórce literatury krajowej, odnoszącej się do naszego przedmiotu powodować się będziemy ścisłą bezstronnością. Przekonania nasze nie pozwolą nam nigdy rozpoczynać polemiki nacechowanej osobistością, która w ostatnich latach wkradła się niestety i do pewnej części naszej literatury lekarskiej, będąc dotychczas udziałem nieznanym, a dobijających się wziętości dzienników drugorzędnych niemieckich i francuzkich. Jak z jednej strony wszakże będziemy się starali podnosić wszelką działalność na polu literatury krajowej chorób nerwowych i umysłowych, który to dział piśmiennictwa lekarskiego zaczął dawać u nas oznaki życia w ostatnich czasach, tak z drugiej strony zawsze występować będziemy, przeciwko plagjatam i fałszom naukowym ujawniając je i tym sposobem zapobiegając ich powtarzaniu się.

Kronikę naszą rozpoczynamy sprawozdaniem z rozprawy Dra G é r a r d: „*O zboczeniach uczucia, ruchu i intelligencji u kataleptyków*“ (1). Objawy do katalepsyi zbliżone (*accès cataleptiformes*) zdarzają się częściej, mianowicie też w przebiegu rozmaitych chorób umysłowych, od właściwych napadów kataleptycznych. Autor podaje treściwy opis pierwszego rodzaju objawów, polegających na przyjęciu przez chorego postawy nie poruszonej, przy czem stężenie mięśniowe aczkolwiek nie rozwinięte w tak wysokim stopniu jak we właściwej katalepsyi, pozwala wszakże choremu utrzymać podniesioną kończynę, przez minut kilka lub kilkanaście, w postawie jaką takowej nadamy. Podobny przykład chorobliwych zboczeń w sferze ruchu, jakie G é r a r d opisuje, mógłbym przytoczyć z własnej obserwacji. Obecnie nawet w oddziale moim, w tutejszym szpi'talu Ś-go Jana Bożego znajduje się chory Antoni S. nadesłany przed laty 7-miu przez władze sądowe, jako uwolniony od odpowiedzialności za zbrodnię podpalania, którą popełnił w stanie obłąkania umysłowego. Chory ten po przybyciu do szpitala cierpiał na manię ogólną, z halucynacjami wzroku i słuchu połączoną; forma ta chorobna przeszła wkrótce w niedołężność umysłową (*dementia*). Chory ten ma obecnie wyraz twarzy głupkowaty, przy rozmowie okazuje zupełny brak związku w wypowiedzanych zdaniach i wyrazach, obok utraty pamięci i ogólnego osłabienia władz umysłowych. Przy tem skóra i błony śluzowe są należycie zabarwione, a odżywianie ogólne bardzo dobre. Przytem chory ów zachowuje się zupełnie spokojnie i zazwyczaj pilnie jest zajęty jedyną pracą ręczną, na jaką przy słabym zapasie intelektualnym zdobyć się może, to jest obszywaniem kołder szpitalnych. Od czasu zaś do czasu popada w stan zupełnej ośpi'ałości; nie wówczas nie mówi, na pytania też nie odpowiada, stoi lub siedzi po godzin kilka nie poruszony. Gdy którejkolwiek z jego kończyn

---

(1) Patrz *Journal de Médecine Mentale. Paris. Tome VIII* Nr. 7 Jnillet 1868. G é r a r d: *De quelques perturbations de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, chez les cataleptiques. str. 247 do 253.*

zostanie nadane pewne położenie, czasami nawet dosyć uciążliwe, wówczas zachowuje takowe przez minut kilka lub kilkanaście, poczem opuszcza rzezoną kończynę do poprzedniego położenia. Chory ma podczas napadu oczy otwarte, na zadawane sobie pytania nie odpowiada wprawdzie, lecz się uśmiecha z wyrazem twarzy głupkowatym. Uczucie bólu jest w czasie owego napadu znacznie zmniejszone, na ukłucie lub szczypanie nie zwraca uwagi, dopiero przy użyciu silniejszego prądu indukcyjnego, zastosowanego bądź na skórę bądź na błony śluzowe, chory czasami syknie lub okaże pewien znak niezadowolnienia ruchem twarzy, nie poruszając się jednak z zajmowanego stanowiska. Napad taki do katalepsyi podobny, trwa zwykle godzin kilka, kilkanaście, lub co rzadziej dzień cały, albo nawet dni parę. W tym ostatnim razie, to jest w czasie dłużej trwającego napadu, dają się obserwować pewne remissje po godzin kilka trwające. Same napady powtarzają się w rozmaitych odstępach czasu, w kilka tygodni lub miesięcy. Po skreśleniu symptomatologii napadów do katalepsyi podobnych, takich jak je z własnej obserwacji dopiero co przedstawiliśmy, przystępuje autor do rozbioru niektórych zjawisk odnoszących się do właściwej katalepsyi, której G é r a r d *aż cztery wypadki* miał sposobność spostrzegać w swojej praktyce. Analiza ta objawów odnosi się do zбочeń w sferze ruchów, zбочeń w uczuciu, skutków działania elektryczności, wreszcie zбочeń w inteligencji, głosie i mowie, oraz do hallucynacji i illuzji chorych dotkniętych właściwemi napadami katalepsyi.

1. *Zбочenia w sferze ruchów.* - Napady bywały ogólne lub częściowe. Prawie zawsze pierwsze bywały poprzedzone napadami tężcowymi (*accès tétaniques*) trwającymi od siedmiu do ośmiu minut, przestanki wolne pomiędzy temi ostatniemi napadami były rozmaitej długości. Po pewnym przeciągu czasu następowało zwolnienie mięśni, napad przechodził, a chorzy czuli wielkie znużenie i zimno dotkliwe. W dwóch wypadkach po owych napadach tężcowych nastąpiła hemiplegja, które w jednym wypadku ustąpiła zupełnie zaraz następnego dnia, a w drugim trwała przez dni kilka, aż do następnego napadu, po przejściu którego również znikła. Napad właściwej katalepsyi następował zaraz prawie po przejściu objawów tężcowych. U pewnej

chorój skurcze mięśniowe przybierały rozmaite kształty, albo kończyny stężowe były gwałtownie, tak że w żaden sposób niepodobna je było zgjąć, lub też stężenie następowało nagle, kończyny z łatwością można było podnosić i opuszczać, albo wreszcie, kończyny dawały się wprawdzie zginać lub podnosić, ale skutkiem owego poruszenia dochodziły do tak znacznego stopnia stężenia, że zachowywały nadane sobie położenie. W miarę wykształcenia się jednego z trzech owych zбочeń ruchomych rozróżnia autor katalapsię ze stężeniem, katalapsią miękką (*catalepsie molle*) i katalapsią zwyczajną. Sądzimy, że podział ten jako wyrażający pewne tylko zmiany w zбочeniach sfery ruchowej u jednej i tejże samej chorój katalapsią dotkniętą, nie może mieć żadnego naukowego znaczenia. Napady jedne trwały kilka minut, inne zaś godzin a nawet dni kilka.

2. *Zбочenia w sferze uczucia.* Podczas napadów katalapsji obserwowanych przez D-ra G é r a r d oddziaływanie uczucia zostaje zniesione. Po za obrębem owych napadów, zauważył autor u pewnej chorój chorobliwą drażliwość na widok koloru czerwonego. Chora ta w przestankach wolnych od katalapsji, nie była w stanie ani dotknąć się jakiegokolwiek ciała czerwonego, ani usiąść na krześle wybitym czerwoną materją, ani też położyć się na łóżku okrytem czerwoną kołdrą. W razach, gdy zmuszoną była mimowolnie zetknąć się z jakim przedmiotem czerwono zabarwionym, doznawała drżenia silnego w całym ciele, dochodzącego niekiedy do drgawek. Po wyzdrowieniu z katalapsji nie tylko pozbyła się zupełnie owej chorobliwej drażliwości, ale nadto barwa czerwona stała się jej ulubionym kolorem. U innego chorego dotknięcie przedmiotów miękkich, jak aksamitu, gąbki, pluszu, wywoływało podobne drżenie jak u poprzedniej chorój. W innym znowu wypadku chora dotknięta katalapsią uczuwała podobny do opisanego powyżej wstręt i drażliwość na widok niebieskiego koloru. Po kilku napadach katalapsji obserwował Dr. G. sen długotrwały, poczem chora budziła się z uczuciem dreszczu, który porównywała do zimna spowodowanego oblaniem chłodną wodą. W innym znowu napadzie obserwował autor przed samym nastąpieniem takowego krzyk podobny do piania koguta (*cri de coq*) który chory wydawał, po-

czem nastąpiło drzenie całego ciała i przechylenie tułowia ku tyłowi. Po krótkim przestanku westchnienie poprzedzało pojawienie się stężenia mięśniowego.

3. *Działanie elektryczności.* Przy zastosowaniu prądów galwanicznych na kończyny silnie zgjęte podczas trwania napadów kataleptycznych, zauważył autor lekkie drzenie tychże kończyn, następnie coraz większą łatwość odprostowania kończyny, a w końcu zupełne ustąpienie stężenia mięśniowego. U pewnej chorób samo wniesienie przyrządu galwanicznego miało wywoływać napad katalepsy, który następował również po uderzeniu pioruna, gwałtownym a niespodziewanym hałasie, uderzeniu w bęben podczas przejścia wojska przez ulicę i t. d. Nie możemy się jednak zgodzić z autorem, aby napad katalepsy przy wniesieniu np. maszyny galwanicznej lub uderzenia piorunu, mógł powstać skutkiem tak odległego działania prądów elektrycznych. Raczej wpływowi często psychicznemu, jakim był w owych razach przestach, wypada przypisywać wybuch samego napadu.

4. *Zboczenia intelektualne.* Zauważono je podczas trwania napadów, po ich ukończeniu i w przestankach wolnych. Na wysokości samego napadu katalepsy, istnieje zupełne zniesienie czynności intelektualnej. Przy końcu wszakże napadu chorzy poczynają pojmować niektóre wrażenia zewnętrzne, o czym wszakże słabą pamięć zachowują. Niekiedy po przejściu napadów, zauważył autor pewne rozdrażnienie czynności intelektualnych. Chorzy doznawali pobudzenia czynności pamięci. Wypowiadali rozmaite wypadki z swego życia przeszłego, o których zupełnie byli pozapominali, a które mimowolnie im do głowy przychodziły. Niekiedy ogólna czynność inteligencji była rozdrażniona, chorzy byli wielomówni, myśli rozmaite tak szybko po sobie następowały, że je prawie niezdolni byli wypowiedzieć, jednym słowem powstawał stan podobny do obłądzenia maniakałnego. Do zboczeń intelektualnych wypada też zaliczyć zauważane przez autora *objawy chorobliwe w głosie i mowie* oraz *hallucynacje i illuzje* u chorych katalepsią dotkniętych. Co do pierwszych, zauważył Dr. G. u pewnej chorób zaraz po doznanych napadzie, przez krótki czas powtarzanie przez nią wyrazów, bądź do niej powiedzianych, bądź w jej przytomności wymówionych. Zjawisko to zdaniem



naszym odnieść by należało do kategorii pewnego osłabienia czynności intelektualnych, które będąc zniesione w czasie samego napadu, powoli tylko powracały do normalnego stanu. Złudzenia zaś i omamy zmysłowe, zauważył autor w tych wypadkach katalepsy, które były powikłane napadami tężcowymi i macinnictwem (*hysteriasis*). U jednej chorąg powstawały po napadzie omamy wszystkich pięciu zmysłów. Pod ich wpływem chora usiłowała wyskoczyć oknem na ulicę lub głowę o mur rozbić, chcąc ujsć, jak powiadała, przed strasznemi widziadłami. Okoliczność ta ważna zdaniem naszym pod względem lekarsko-sądowym; wiadomo bowiem że omamy zmysłowe są częstym powodem spełniania, przez chorych niemi dotkniętych, rozmaitych zbrodni. Inną znowu razą téjże samég chorąg zdawało się że jest unoszoną przez aniołów do nieba, że słydszy tamże precudowną muzykę i wacha najpiękniejsze zapachy. Wrażenie halucynacyi było tak silne, że chorąg po przebycin takowég nie można było wytłomaczyć, iż stan jakiemu uległa był chorobliwą halucynacją. Ta wiara w rzeczywistość doznanego omamu jest już zboczeniem intelektualnym.

Nie będsimy przywozdzili obszernego opowiazania o rozmaitych omamach i złudzeniach umysłowych, które autor u chorąg kataleptyczki szczegółowo obserwował i opisał. Powtarzając ten opis, przywozdzilibysmy tylko czytelnikom na pamięć rozmaite rodzaje illuzyi i hallucynacyi zmysłowych, których symptomatologią tak liczną, podaje nam *B r i e r r e d e B o i s m o n t* i tytu innych autorów; w ojczystym nawet języku posiadamy obszerną i ciekawą pracę w tym kierunku prof. *S z o k a l s k i e g o* pod tytułem: *Fantazyjne objawy zmysłów*, która żadnemu lekarzowi w naszym kraju nie powinaby być obcą.

Na zakończenie wypada mi dodać, że żałować tylko należy, iż Dr. *G é r a r d* mając sposobność tak rzadką obserwowania aż czterech wypadków katalepsy, nie podał szczegółowég historii chorób każdego chorego, czem więcój by się przysłużył nawet, niż oderwanemi uwagami, które tu w treści staraliśmy się przedstawić.

---

W końcu Września roku ubiegłego, stowarzyszenie psychiatrów niemieckich odbyło posiedzenie swoje doroczne w Dre-

znie, stanowiąc jedną sekcję zgromadzenia badaczy przyrody i lekarzy niemieckich. Stowarzyszenie rzeczono słusznie mogłoby przyjąć nazwę międzynarodowego, liczy bowiem członków swoich pomiędzy psychiatrami wszystkich prawie oświeconych narodów. Z lekarzy Warszawskich do towarzystwa tego należy Dr. R o t h e, naczelny lekarz tutejszych zakładów dla obłąkanych, i autor niniejszej kroniki. Posiedzeń odbyło się pięć, w dniach 19, 21, 22, 23 i 24 Września. Obecnych było członków 54. Pomiędzy zebranymi, znajdowali się powszechnie znani w świecie naukowym i zasłużeni profesorowie psychiatrii i dyrektorowie zakładów: S o l b r i g z Monachium, W e s t p h a l z Berlina, J e s s e n z Kiel, L e i d e s d o r f z Wiednia, L a e h r z e S c h w e i t z e r h o f, S e y f e r t z Petersburga i wielu innych. W ciągu posiedzeń, obecni na skutek zaproszenia Dra L e s s i n g a, dyrektora Saskiego instytutu dla obłąkanych na Sonnensteinie w Pirna, o kilka mil od Drezna odległego, odbyli wycieczkę naukową do tegoż zakładu. Mamy przed sobą drukowane protokoły posiedzeń stowarzyszenia (1), z których następujące szczegóły, jako więcej interesujące, podajemy do wiadomości czytelników naszych.

Na 1-em posiedzeniu Dr. M e s c h e d e ze Świecia (Schwetz) w Prussach Zachodnich (2), mówił o *heteropii szarej istoty mózgowej w mózdzku*. Mówca znalazł przy oglądzie pośmiertnym kobiety, która chorowała za życia na obłąkanie połączone z padaczką (*Epilepsia socia Mania*) istotą szarą patologicznie rozwiniętą wśród włókien substancji białej jednej z półkól mózdzku. Okazane obecnym zostały fotografie z natury, a przedstawiające mikroskopowy ogląd wspomnianej zmiany anatomicznej, oraz preparata mikroskopowe. Istota owa szara, chorobliwie rozwinięta wśród substancji białej, zawierała mikroskopowe pierwiastki istoty korowej zwojów mózdzku. U chorąj przedstawiającej

---

(1) Patrz Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 25 Band. Supplement-Heft. Berlin 1868. str. 39—94.

(2) Zakład dla obłąkanych w Świeciu jest najbliższym Warszawy, ze wszystkich leżących po za granicami Królestwa.

wzmiankowaną zmianę patologiczną, w 11 roku życia rozwinęła się padaczka (*epilepsia*), do której we 12 lat później, to jest w 23 roku życia dołączyło się obłąkanie.

---

Na posiedzeniu 1 i 4 na wniosek Fleminga, Guntza i Laehra po długich rozprawach, postanowione i przyjęte zostały znaczną większością głosów następujące rezolucje:

1. Połączenie kliniki psychiatrycznej z jakąkolwiek inną kliniką i wykład obu przez jednego i tegoż samego profesora na wydziałach lekarskich miejsca mieć nie powinien.

2. Proponowane przez prof. Griesingera kliniczne oddziały dla obłąkanych, jako nie odpowiadające zasadom przez doświadczenie zaczerpniętym, w przyszłości nie powinny być urządzone. <sup>(1)</sup> (Powyższe dwie rezolucje służyły za odpowiedź na zapytanie uczynione stowarzyszeniu psychiatrów w powyższych kwestjach; przez rząd Królewsko-Saski).

3. Dążeniem dzisiejszego czasu powinno być w razie budowania nowych zakładów dla obłąkanych, urządzenie takowych zarówno dla chorych wyleczalnych jak i dla niewyleczalnych, czyli tak zwanych zakładów mieszanych (*Relativ verbundene Heil- und Pflege-Anstalt*).

4. Nowo wznoszące się zakłady dla obłąkanych, powinny być stawiane po za obrębem miast większych.

5. Lekarze-dyrektorowie zakładów dla obłąkanych powinni mieszkać wewnątrz takowych.

---

Na czwartym posiedzeniu mówił Dr. N. Müller o *spostrzeżeniach ginekologicznych w dziedzinie chorób umysłowych*

---

(1) Dla objaśnienia czytelników nie zajmujących się bliżej psychiatrią, musimy dodać że zmarły prof. Griesinger proponował, aby oddziały kliniczne dla obłąkanych przy uniwersytetach, stanowiło kilka sal w ogólnym szpitalu, niczem nie różniących się pod względem wewnętrznego urządzenia i budowy od sal przeznaczonych dla zwyczajnych chorych wewnętrznych lub chirurgicznych.

*i nerwowych*. Mówca zwrócił uwagę na niedostatecznie dotąd uwzględnione w psychiatrii i nauce o chorobach nerwowych choroby organów płciowych u kobiet, które tak często stanowią przyczynę powodującą zбочenia w funkcjach narządu nerwowego. Wykazuje niezbędnosc używania wziernika we wszystkich wypadkach gdzie istnieje podejrzenie, że przyczyna choroby nerwowej lub psychicznej, leży w sferze seksualnej i wymienia szczęśliwe rezultata, jakie otrzymał w tego rodzaju chorobach skutkiem badania gynecologicznego i zastoso.wanego następnie leczenia miejscowego dotkniętych organów. Owe miejscowe cierpienia działają szkodliwie na narząd nerwowy, po części skutkiem obfitęj utraty produktów chorobliwych płynnych, a ztąd zubożenia krwi, po części zaś skutkiem chorobliwego pobudzenia i podrażnienia narządu nerwowego. Choroby umysłowe wywołane przez cierpienia seksualne u kobiet, należą po większej części do kategorii hysterji i oępienia melancholicznego, rzadziej jak np. po połogu do ostrego melancholicznego lub manijakalnego obłądu. Najczęstszym i najprostszym zбочeniem w organach płciowych u kobiet, powodującym cierpienia nerwowe lub umysłowe, jest katar pochwy macicznej, po nim następuje: *Ante i retroversio* oraz *flexio uteri*, *perimetritis* i inne cierpienia. Miejscowe leczenie zasadać się powinno na ogólnych zasadach terapii gynecologicznej, przy postępowaniu lekarskiem nadto potrzeba pilną zwracać uwagę na stan odżywiania i na czynność trawienia.

---

Na zakończenie dzisiejszej kroniki, podajemy krótką obserwacją z kliniki prof. B u c q u o y (agrégé prof. Grisolles) w Paryżu, *gościca stawowego (rheumatismus articularum)*, *powikłanego płasawicą (chorea)*. Wypadek ten (\*) dotyczy terminatora piekarskiego lat 17 liczącego, chłopiec ten dotąd zdrowy przedstawiał tylko ogólną niedokrwistość (*anaemia*). W miesiącu styczniu pod wpływem zimna, rozchorował się na gościc (*rheu-*

---

(\*) Patrz *Journal de Medicine Mentale*. Tom. VIII Nr. 6. Juin 1868. str. 210 i 211.

*matismus*), który dotknąwszy kolejno rozmaite stawy, usadowił się w kolanach. Zastosowane zostały wówczas choremu wizyktorje latające. Zdawało się już, że zupełne wyzdrowienie nastąpi, gdy nagle chory popadł w pewien stan otępienia psychicznego i smutku, a obok tego pojawiły się ruchy płasawiczne (cho-reiczne), szczególnie wydatne w lewej połowie ciała. Twarz w czasie owych ruchów wyrażała naprzemian to przerażenie, przestrasz, to znów gniew. Ruchy mimowolne ręki lewej były tak silne, że niepozwalały mu nawet podawać sobie pokarmów do ust; wyrazy przezeń wymawiane były prawie zupełnie niezrozumiałe, skutkiem szybkich poruszeń wykrzywiających język i twarz; chory wydawał westchnienia podobne do szczekania. Objawy psychiczne ograniczyły się do lekkiego stanu otępienia umysłowego przerywanego pewnym stanem rozdrażnienia z przestraszem połączonego. Chory spał bardzo mało, w czasie snu przypadłości drgawkowe usępowwały w zupełności. Gorączka, która znikła już przed pokazaniem się płasawicy, wystąpiła znowu; kilka nowych stawów zostało zajętych przez gościec. Prof. B. podawał kolejno choremu siarczan chininy, emetyk i przetwo-ry makowca, bez dobrego jednak skutku. Przy użyciu dopiero oblewań zimnych i arseniku, objawy płasawicy znikły zupełnie, a pozostało tylko lekkie obrzmienie i ból w kilku stawach.

---

## KRONIKA ZARGANICZNA.

### O PRZYCZYNACH ZAPALENIA PŁUC, WŁASNOŚCI TĘTNA PRZY TAKOWEM I JEGO LECZENIU.

Wykład Kliniczny **Prof. Oppolzer'a.**

PODAJ

**Dr. Wł. Stankiewicz.**

Częstsze wypadki zapalenia płuc i róży twarzowej, spostrzegane w ciągu miesiąca Listopada w klinice Prof. Oppolzer'a, skłoniła go do zastanowienia się nieco obszerniejszego nad przyczynami powstania rzeczonych chorób, a w szczególności zapalenia płuc.

Ogólnie przyjętą jest rzeczą, iż zapalenie płuc najgłówniej pochodzi skutkiem zaziębnienia. Ztąd wynika, że choroba ta powinna być najczęstszą w porze zimowej, gdy tymczasem najczęściej pojawia się na wiosnę. Najrzadziej zaś występuje we Wrześniu, w którym w ogóle najmniej bywa chorób. Przeciwnie tyfus najmocniej grassuje w zimie, prawdopodobnie skutkiem większego skupiania się ludzi w mieszkaniach i wynikających ztąd ściślejszych stosunków wzajemnego zetknięcia. Zdaje się, że z tych samych powodów wynikać mogą różę, zapalenia płuc, gardła, opłucnej, choroba *Bright'a* a nawet zapalenia opon mózgowych. Jeśliby w samej rzeczy zimno głównie sprzyjało powstawaniu zapalenia płuc, to takowe powinnyby się nierównie częściej wydarzać w krajach północnych, jak np. w Rosyi lub Grenlandyi aniżeli w południowych; tymczasem wiadomo, że bywa ono bardzo częste we Włoszech, gdzie najczęściej z tego powodu wykonywają upust krwi. Że zaś grassuje równie często na północy jak na południu, przeto widocznem jest, że stopień ciepłoty nie wywiera na jego powstawanie żadnego wpływu.

Niektórzy autorowie utrzymują, iż na częstość powstania zapalenia płuc wpływa stan ciśnienia atmosferycznego, doświadczenie jednak wykazało, że tak przy niskim jak i przy wysokim

stanie barometru, zapalenie płuc równie często się przytrafia. Dowodzenie bowiem, iż przy niskim stanie barometru, naczynia włoskowate płuc znajdując się pod mniejszem ciśnieniem, usposabiają płuca do przekrwienia, nie może mieć żadnej wartości, albowiem przekrwienie nie pociąga za sobą koniecznie zapalenia, inaczéj bowiem każdy nawał krwi w naczyniach płuc musiałby się kończyć zapaleniem tychże organów.

Daléj obwiniano wpływ powiększenia się tlenu, ozomu w powietrzu i pewnych warunków hygrometrycznych na częstość powstawania zapalenia płuc, ściślejsze jednak badania w zupełności temu zaprzeczyły. Podobnież ma się z wpływem wywieranym w tym względzie na organizm przez elektryczność i magnetyzm.

Nie widząc zatem ani ze strony klimatu, ani z innych warunków atmosferycznych żadnego wyraźnego wpływu na częstość powstawania zapalenia płuc, zmuszeni jesteśmy wytłumaczyć ją sobie przez wpływ właściwego zarazka (*miasma*). Niewiemy, czy istotę tego zarazka stanowi pewien rodzaj grzybka, rozwijającego się z materji roślinnych na jesieni a zwłaszcza na wiosnę; ale okoliczność, iż w pewnej porze roku zapalenie płuc panuje epidemicznie, naprowadza na domysł, iż musi być jakaś tego przyczyna działająca na pewnej znacznej przestrzeni.

Należy także wspomnieć, iż niektórzy wyprowadzają częstość zapalenia płuc z użycia wody śniegowej do picia, inni zaś widzą przyczynę téj choroby w nadmiernej pracy, zgryzocie, albo wykroczeniach dyetetycznych. Mamy jednak codzienne dowody, iż ludzie z na jwięksem wysileniem pracujący nie ulegają zapalenia płuc, skoro tylko takowe nie panuje epidemicznie.

Niewątpliwie, wszelkie przytoczone powyżej przyczyny mają swoje znaczenie w powstaniu choroby, ale tylko jako działacze przypadkowe, ostateczne, przy obecności zarazka chorobnego w powietrzu. Wszelkie zaś inne dowodzenia, jak np. że choroby kataralne, zapalenia płuc, gruźlice, reumatyzmy dla tego rozwijają się najliczniej w porze wiosennej, ponieważ szkodliwe wpływy chorobne przez całą zimę summują się, aby potem z całą siłą wpływ swój na organizm wyrzucić, jakkolwiek są możebne nie mamy jednak żadnych pewników, na których by oparte tłumaczenie zadawalniające być mogło. Wprawdzie przyjęcie w tym

względzie wpływu zarazka (*contagium*) także na przypuszczeniu polega; istoty jego bowiem nie znamy, wiemy tylko o jego istnieniu z okresu wykluwania się (*incubatio*), jak również, iż musi być żyjącym, skoro może się rozmnażać w naszym organizmie.

Co do częstości tętna przy zapaleniu płuc, to w wypadkach lżejszych uderza ono od 80—100 razy na minutę; w cięższych przechodzi 100, jeśli zaś do 140 dochodzi, to zwykle życie jest w niebezpieczeństwie, jakkolwiek na samą tylko częstość tętna nie można opierać rokowania. Jeśli liczba uderzeń tętna spada poniżej normy, niema to wielkiego znaczenia, wyjąwszy przy powikłaniach zapalenia płuc z zapaleniem opon mózgowych lub mózgu, albowiem te ostatnie choroby są wtedy ważniejszymi i zwykle śmiercią się kończą. W jednym wypadku zapalenia płuc powikłanego z wylewem krwi do mózgu, obserwował prof. O p p o l z e r tylko 12 uderzeń tętna na minutę.

Tętno wielkie (*Pulsus magnus*) czyli dobrze rozwinięte przy zapaleniu płuc, jest dobrym znakiem, albowiem dowodzi swobodnego krążenia krwi w płucu; przeciwnie ma zaś znaczenie tętno miękkie i małe. Jeśli bowiem krew przez małą tylko przestrzeń płuca krążyć może, wpływa zatem wolniej do tętnic, nie wypełnia zupełnie komórki lewej, która wypycha mniejszą ilość krwi, a stąd tętno jest miękkie i małe. Przez miękkość tętna rozumiemy zmniejszone ciśnienie boczne w naczyniach. Zwykle tętno małe spotykamy w chorobach ciężkich; co zaś do ciśnienia bocznego, to takowe może być o wiele niższem, a jednak światło tętnicy znacznem pozostaje. Często w podobnych razach tętno przedstawia charakter falisty (*pulsus undulosus*), dowodząc wiotkości ścian tętnicy.

Niekiedy spostrzega się przy zapaleniu płuc tętno podwójne (*p. duplicatus*), a zwłaszcza w okresie schyłku (*st. decrementi*). Wówczas czuje się tętno tak przy systoli jak i diastoli, a własność ta spowodowaną jest odbiciem się fali krwistej o zastawki półksiężycowate przy diastoli komórek sercowych, ale koniecznym do tego warunkiem jest silne krążenie przy zmniejszonej sprężystości tętnic. Zwykle w podobnych razach mają miejsce poty, krwotoki z nosa, biegunki, mocz z obfitym osadem, i dla tego przypisywano powyższemu tętnu znaczenie przełomu (*crisis*).



Trafia się to wprawdzie, ale niezawsze; przeciwnie spostrzegano takie tętno i w okresie wzmagania się zapalenia płuc, gdzie w ogóle wydzieliny są zmniejszone, a skóra zupełnie sucha. W tym jednak okresie tętno rzeczony jest wskazówką osłabienia układu naczynnego, objaw, który ze względu na krótkość trwania zapalenia płuc nie wzbudza obawy, ale za to bardzo źle wróży przy tyfusie, jako chorobie długotrwałej.

Zimny pot występujący przy pulsie falistym i podwójnym, zwykle grożącą śmierć oznajmia. W ogóle znaczenie semiotyyczne tętna o tyle ma wartości, o ile ma się na względzie wszelkie inne objawy chorobne. W niektórych wypadkach zapalenia płuc, tętno bywa nieregularne; może to być złym znakiem, albowiem nie mieć żadnego znaczenia, trafiają się bowiem ludzie, mający zwykle tętno nieregularne przy zupełnym zdrowiu, a widziano nawet że u podobnych osób tętno takie w przebiegu chorób gorączkowych uderza zupełnie regularnie. Jeśli zaś przy zapaleniu płuc tętno nieregularne występuje skutkiem chorobnego powiększenia w rdzeniu przedłużonym, wtedy zwykle jest przytem i małe, a po pewnym czasie i oddychanie staje się nieregularnem.

Znikanie tętna podczas wdychania (*inspiratio*) służy za wskazówkę iż serce znajduje się w stanie pół porażonym.

Prócz tego spotykamy przy zapaleniu płuc jeszcze jeden rodzaj tętna zwany *p. dicrotus*. Dawniej przypisywano mu również znaczenie przełomu i brano je za jedno z tętnem podwójnym, co dopiero w ostatnich czasach rozróżniono. Różnica polega na tem, że *p. dicrotus* powstaje skutkiem następujących szybko po sobie dwóch nierównych ruchów serca, gdy tymczasem tętno podwójne jednym tylko poruszeniem serca powodowanem zostaje. *P. dicrotus* trafiają się również u ludzi zupełnie zdrowych; przy zapaleniu zaś płuc występuje tak przy wzmaganiu się jak i schyłku choroby, ale żadnego doń znaczenia przywiązać nie można.

Podawanie naparstnicy (*digitalis*) przy tętnie mało co nad 100 uderzeń częstszym, należy uważać za zbytne, albowiem przyspieszenie tętna o 30 uderzeń nie szkodzi choremu, sama zaś naparstnica nie zniesie infiltracyi płuc. Wprawdzie większe dawki na parstnicę zmniejszają liczbę uderzeń tętna, ale nie zawsze, prze-

ciwnie zaś często sprawiają chorym wymioty, zawrót, ból głowy i palpitacye serca nieraz kilka dni trwające.

Z innych środków przy zapaleniu płuc używanych, najczęściej stosowane są: upust krwi, emetyk, zimne okłady; pamiętać jednak należy, aby użycie takowych odpowiadało istotnym wskazaniam. Jeśli chory skarży się na dotkliwie gorąco, można mu zimne okłady zastosować, jakkolwiek przy krótkiem trwaniu zapalenia płuc nie należy się obawiać tak szkodliwego wpływu ciepłoty, jak przy tyfusie.

Co zaś do emetyku, to wiadomo, że lekkie zapalenie płuc same przez się szczęśliwie przechodzą; zalecanie go przeto w podobnych wypadkach przez P e s c h i e r'a nie jest potrzebnem, w przebiegu zaś ciężkich zapaleń płuca działa trująco. Chorzy tacy upadają bardzo na siłach, doznają uporczywych wymiotów, biegunki i podobni są do cholerycznych. Wprawdzie dla uniknięcia takich następstw, radzą podawać emetyk *cum Tinct. anodyna*, co w rzeczy samej chorzy lepiej znoszą, ale pomimo to zapalenie idzie swoją drogą.

Zachwalano podobnie przy zapaleniu płuc zwłaszcza u ludzi starych octan ołowiu, który zadawano z naparstnicą i opium aby uniknąć zatrucia.

Użycie kalomelu w dawkach po 1—2 gran, także było bardzo zalecone, jako środek bardzo skuteczny. Prof. Oppolzer utrzymuje, że kalomel niebezpiecznie działa u ludzi starych, młodzi zaś i bez niego łatwo do zdrowia przychodzą, zatem nie widzi potrzeby użycia powyższego środka, który w lżejszych zapaleniach wywołuje ślinotek, w cięższych zaś tego nie czyni.

Mniemano dalej, iż przy wdychaniu chloroformu można przerwać zapalenie płuc. Rzeczywiście dobrem to być może przy kaszlu, ale nie trzeba doprowadzać chorego aż do zupełnego zniszczenia. Środek ten wtedy jest użytecznym, gdy morfina nie robi skutku, a nadto działanie chloroformu nie jest tak przeciągłym jak morfiny. Mikroskopiści radzili wdychanie kwasu octowego i jednoczesne użycie wewnątrz sody, aby za pomocą pierwszego zniszczyć komórki, sodą zaś rozpnąć jąderka. Lecz jakim sposobem wdychać pary, skoro płuca zwałtrobiałe nie odycha? a nadto para kwasu octowego silny kaszel wywołuje.

W ostatnich czasach zaczęto używać przy zapaleniu płuc chininy. Małe dawki przy wzmaganiu się choroby, nie wywierają nań żadnego wpływu; wielkie zaś mogą zniżyć ciepłotę ciała o 1—2 stopni. Lecz, jak już wyżej powiedzieliśmy, podwyższenie ciepłoty z powodu krótkiego trwania choroby, nie jest tu niebezpiecznem. Inni zaś utrzymują na zasadzie doświadczeń na zwierzętach czynionych, iż chinina zapobiega wystąpieniu białych ciałek krwi; jednakże przekonano się, że aby taki skutek wywołać u człowieka, trzebaby mu zadawać najmniej uncyę chininy dziennie.

Właściwie zatem nie ma żadnego środka, za pomocą którego byliśmy w stanie skrócić przebieg zapalenia płuc. Choroba ta ma zwykle przebieg cykliczny, a stosunek wyzdrowiających jest 90 na 100.

*Allg. Wien. Med. Ztng. 22 Decemb. 1868.*

## OBRAZ EPIDEMIOLOGICZNY KROLESTWA POLSKIEGO.

Za miesiąc Listopad 1868 r.

---

Oddział Higieny publicznej i Epidemiologii Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, otrzymał za miesiąc Listopad 23 doniesień epidemiologicznych; a mianowicie:

*Z Gubernii Warszawskiej:* z Warszawy oddział Epidemiologii, z Jadowa Dr. B o k i e w i c z, z X-twa Łowickiego Dr. F i l i p o w s k i.

2. *Z Gubernii Kaliskiej:* z Duńskiej Woli Dr. S i k o r s k i, z Sieradza Dr. S t a n i s ł a w s k i i Dr. W ą g r o w s k i, z Konina Dr. G r e k o w i c z, z Wielunia Dr. K o n t k i e w i c z i Dr. G r a b o w s k i.

3. *Z Gubernii Petrokowskiej:* z Częstochowa Dr. M u l i e w i c z, z Łodzi Dr. L o h r e r.

4. *Z Gubernii Radomskiej:* z Radomia DD-owie R e w o l i Ń s k i, I g n a t i e f f, G o s ł a w s k i, R e u t o w i c z, K l e c k i, B o b i Ń s k i.

5. *Z Gubernii Kieleckiej:* z Stopnicy Dr. S u l i c k i.

6. *Z Gubernii Lubelskiej:* z Lublina Dr. S z m i d t, z Nowej Aleksandryi Dr. P a s i u t e w i c z, z Hrubieszowa Dr. K r a j e w s k i,

7. *Z Gubernii Siedleckiej:* z Siedlec Dr. Z a w a d z k i, z Janowa Dr. W. M a l e s z e w s k i, z Sokołowa Dr. A. M a l e s z e w s k i, z Włodawy Dr. S m o r c z e w s k i, z Łukowa (beziemiennie).

8. *Z Gubernii Płockiej:* z Lipna Dr. N i e l i p i Ń s k i, z Płońska Dr. J ę d r z e j e w i c z.

9. *Z Gubernii Łomżyńskiej:* z Ostrołęki Dr. Ł a z o w s k i.

10. *Z Gubernii Suwałskiej:* z Suwałk Dr. K u l e s z a.

Większe lub mniejsze spostrzeżenia meteorologiczne nadesłali w swych doniesieniach DD-owie B o k i e w i c z z Jadowa,

Sikorski z Zduńskiej Woli, Muliewicz z Częstochowy, Pasiutewicz z Nowo-Alexandryi, W. Maleszewski z Janowa, A. Maleszewski z Sokołowa, (beziemienny) z Łukowa, Nielipiński z Lipna, Łazowski z Ostrołęki, Kulesza z Suwałk.

Listopad był pogodny, suchy i znacznie chłodniejszy jak zwykle. Średnia jego temperatura jest  $+ 0,4$  stopni Réaumur, o  $0,6$  st. R., mniejsza jak w stanie normalnym ( $+ 1,0$  st. R.). W pierwszych dziesięciu dniach miesiąca przy niebie zachmurzonym i panującym wietrze północno-zachodnim, powietrze było w ogóle ciepłe, deszcze częste i obfite; dnia 12 po raz pierwszy w tym roku temperatura spadła niżej zera. 10 dni następnych były dość chłodne i śnieżne; nakoniec w ostatnich dniach miesiąca, przy niebie po części pogodnym i wietrze północno-wschodnim, powietrze było suche i niezwykle mroźne. Największe ciepło było  $+ 12,1$  st. R. dnia 8 po południu, największe zimno  $- 8,3$  st. R. dnia 22 rano. Największa zmiana temperatury  $7,3$  st. R. przypadła z dnia 7 na 8 podczas ostatniej kwadry księżyca. Stan barometru w pierwszej połowie miesiąca był w ogóle niski i bardzo zmienny, w drugiej połowie barometr stale utrzymywał się dość wysoko; średnia jego wysokość wynosi  $27$  cali,  $8,45$  lin. par. o  $0,28$  lin. par. niższy jak normalnie ( $27$  cali,  $8,73$  lin. par.). Najwyżej dochodził barometr  $28$  cali,  $2,47$  lin. par. dnia 21 o godzinie 4-jej popołudniu; najniżej  $27$  cali,  $2,05$  lin. par. dnia 4-go o godzinie 10-jej rano. Największa zmiana dzienna  $6,48$  lin. par. przypadła z dnia 4 na 5 o godzinie 10-jej rano. Średnia wilgotność powietrza jest  $90,3$  na  $100$ , o  $0,8$  mniejsza od normalnej ( $91,1$ ).

Deszcze jak wyżej powiedziano, padały często i obficie w początku, a śniegi w środku miesiąca. Wody z deszczu i śniegu spadło co do wysokości  $30,99$  lin. par. o  $13,21$  lin. par. więcej jak normalnie ( $17,78$  lin. par.), w całym miesiącu było dni pogodnych 4, na pół pogodnych 7, pochmurnych 19, deszczu 10, śniegu 10, mgły 1 i wichru 1. Pod względem stanu nieba miesiąc ten był pogodniejszy jak zwykle, stosunek bowiem dni pogodnych do napółpogodnych i pochmurnych, jest w stanie normalnym jak  $3,0 : 6,2 : 20,8$ , gdy w miesiącu bieżącym stosunek ten jest jak

4 : 7 : 19. Wiatr panujący zachodni; często także wiatr północno-wschodni i północno-zachodni.

Dnia 12-go, pierwszy mróz téj jesieni w Warszawie.

Średnia wysokość wody na rzece Wiśle pod Warszawą wynosiła stóp 2 cali 5,6 nowéj miary polskiéj. Najwyżej dochodziła stóp 3 cali 5 dnia 25; najniżéj stóp 1 cali 6 dnia 24 rano.

Dnia 24-go o godzinie 4-éj popołudniu, lody na całej szerokości rzeki Wisły stanęły; przyczem chwilowo woda podniosła się do stóp 3 cali 7 nad zero.

*W Jadowie* w pierwszych dniach miesiąca deszcz często przechodził, wiatr dął gwałtownie z zachodnio-południowéj strony, powietrze dosyć chłodne. Dnia 6, 7 i 8 dosyć piękna pogoda i ciepło. Od dnia 9 deszcz i śnieg na przemian padały. Wiatry potem zmieniały się, północno-zachodni przejmujący, a także wschodnio-południowy. Od drugiéj połowy miesiąca mrozy ustalają się, tak że nieraz do 10 przeszło stopni dochodziły, pogoda prawie ciągle do końca miesiąca trwała, czasami tylko mały śnieżek pruszył, a wiatr silnie dął z wschodnio-południowéj strony.

*W Zduńskiej Woli* wiatr był przeważnie zachodni. Pora pogodna stała, niewielkie mrozy.

*W Częstochowie* do połowy miesiąca Listopada dni pochmurne, wietrzne z deszczem i dosyć ciepłe. Od 12-go zimno i śnieg. Pogoda z mrozem (największy — 10 R° dotrwała do ostatnich dni miesiąca — niekiedy mgły bardzo mocne). Wiatr w początku południowo-zachodni, rzadko północny.

*W Nowej Aleksandryi* średnia wysokość barometru 748,712 m. m., średnia temperatura miesiąca + 0,98 R°, najwyższa dnia 8 popołudniu + 12,50 R°, najniższa dnia 22 rano — 9,30° R. Pierwszy śnieg ukazał się dnia 12. Wiatr panujący zachodni.

*W Janowie* pierwsze dni miesiąca do 11 włącznie pochmurne i dżdżyste, następnie pogodne i lekko mroźne, dnia 14 upadł pierwszy śnieg, zimno dochodziło do — 10 R° wiatr północno-zachodni.

*W Sokołowie*, w pierwszéj połowie miesiąca wiatr był południowo-zachodni, dni dżdżyste, słotne lub pochmurne; od 14 do końca miesiąca wiatr był północny lub północno-wschodni:

najwyższe zimno w drugiej połowie miesiąca w nocy dnia 22, stopni — 9 R.

*W Łukowie*, pierwsza połowa miesiąca była mokrą, druga suchą. W pierwszej połowie co dzień padał deszcz z wiatrem zachodnim. W drugiej połowie trochę upadło śniegu i przymrozki były ciągłe, dnia 22 zimno doszło — 10 R°, a wiatr wiał wschodni.

*W Lipnie*, wiatr przeważnie był wschodni i wschodnio-północny, powietrze dżdżyste, w końcu pogodne; największe ciepło było dnia 2, stopni 9; największe zimno dnia 21: stopni — 6° R.

*W Ostrołęce*, temperatura największa + 10° R. (dnia 8), najniższa — 10° R. (dnia 24). Wiatr panujący zachodni i wschodnio-południowy.

*W Suwałkach* pierwsza połowa miesiąca była dżdżystą z wiatrem stale zachodnim, temperaturą dosyć ciepłą. Druga połowa mroźna. Z początku drugiej połowy śnieg padał przez trzy dni, wiatr wiał wtedy południowo-zachodni, mróz był — 5° R. Po ustaleniu się pogody które trwało do końca miesiąca wiatr od wschodu stale się utrzymywał.

Z zestawienia nadesłanych wiadomości przekonujemy się, że na przestrzeni Królestwa Polskiego, w ciągu miesiąca Listopada przeważnie panowały cierpienia błon śluzowych rozmaitego stopnia i natężenia. Nie brakło jednak i chorób czysto zapalnych a zwłaszcza zapaleń płuc. Reumatyzmy i Gorączki tyfoidalne także licznie były obserwowane.

*Zapalenia gardła* licznie widziano w Warszawie, Koninie, Łodzi, Częstochowie, Radomiu, Lublinie, N. Aleksandryi, Hrubieszowie, Siedlcach, Janowie, Sokołowie, Włodawie, Łukowie i Płońsku.

*Katary przewodów oddechowych* prawie bez wyjątku były obserwowane.

*Katar przewodu pokarmowego*, licznie widziano w Zduńskiej Woli, Częstochowie, Radomiu, N. Alexandryi, Hrubieszowie, Janowie, Łukowie, Suwałkach.

*Ksztuśce* jeszcze notują w Stopnicy, Janowie, Ostrołęce.

*Zapalenie łącznic* często widziano w Zduńskiej Woli, Sie-

radzu, Koninie, Wieluniu, Stopnicy, Lublinie, N. Aleksandryi, Hrubieszowie, Lutowie.

*Zapalenie płuc* licznie widziano w Sieradzu, Koninie, Łodzi, Częstochowie, Radomiu, Janowie, Sokołowie.

*Zapalenie nerek ostre* widziano w Warszawie, Częstochowie.

*Zapalenie otrzewnej* często widziano w Włodawie.

*Gorączkę powrotną* jeszcze notują w Stopnicy, Włodawie, Ostrołęce.

*Zimnicę* licznie widziano w Warszawie, Częstochowie, Nowej Alexandryi, Janowie, Łukowie, Włodawie, Ostrołęce.

*Gorączkę tyfoidalną* jeszcze licznie widziano w Warszawie, Radomiu, Częstochowie, N. Alexandryi, (z większą niż dotąd śmiertelnością) Hrubieszowie, Siedlcach, Sokołowie, Włodawie, Łukowie, Ostrołęce, Suwałkach.

*Błonicę* często widziano w Warszawie (niekiedy po tyfusie), Koninie, Częstochowie, Sokołowie.

*Krup* widziano w Warszawie, Sieradzu, N. Alexandryi, Sokołowie.

*Płonicę* często widziano i złośliwą w Warszawie, Jadowie, Częstochowie.

*Bóże twarzową* obserwowano w Wieluniu, Lublinie.

*Mumps* częsty był w Łodzi, Janowie, Sokołowie.

Z Epizoocyi, zdarzyły się wścieklizna u psów w Janowie u dwóch psów), w Sokołowie (pokojowy pies pokąsał 6 osób), w Ostrołęce (trzoda chlewna pokąsana przez psa wściekłego, w skutek czego 3 sztuk dostało wścieklizny).

Sprawozdawca Dr. A p t e.

---

## NEKROLOGIA.

— W b. m. zmarł Członek honorowy Tow. Lek. Warsz. Doktor Medy. i Chir. Jan K o s z t u l s k i w wieku lat 78. Bliższe szczegóły pracowitego i pełnego zasług żywota podamy później.

---