

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem. — II. A. Rothe. Sprawozdanie XII zakładu dla obłąkanych za rok 1881. Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej. (Dokończenie). — Przegląd bibliograficzny. Niestrawność (*Dyspepsia*). Pogląd na obecne stanowisko nauki o chorobowych zmianach czynności przewodu pokarmowego, o sposobach ich powstawania, rozpoznawania i leczenia. Przez Mikołaja Rejchmanna, Warszawa 1882 r. — List otwarty od Zarządu Towarzystwa naukowego akademików polaków w Berlinie. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA KAZUISTYCZNE ZE SZPITALA Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

I. Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem.

Podaj

D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

X. lat 69 mający wstąpił w dniu 22 Lutego r. b. do szpitala Ś-go Ducha. Chory opowiada nam, że o ile tylko zapamiętać może, nigdy niepodpadał żadnym, nawet nieznacznym cierpieniom. Życie prowadził regularne, a chociaż lubił dobrze i dużo jeść i pić, jednakże znacznieszych nadużyć w obu kierunkach nie popełniał. Cierpienie obecne rozpoczęło się przed czterema tygodniami. Chory przedtem zupełnie zdrow bez żadnej widocznej przyczyny zaczął doznawać ściskania w dołku, odbijania i braku apetytu. Objawy te, brane za gastryczne, leczono za pomocą odpowiednich środków dyetetycznych i lekarskich. Pomimo to jednakże poprawa nie nastąpiła; przeciwnie brak apetytu trwał dalej oprócz tego zaczęły występować od czasu do czasu dreszcze oraz gorączka, a jednocześnie stan ogólny chorego zaczął znacznie upadać. Wówczas ze względu na powiększoną śledzionę, zaczęto stan ów uważać za malarię, a choremu zapisano duże dawki chininy. T ów środek niesprowadził żadnej ulgi, przeciwnie duszność zaczęła występować codziennie, nabierając coraz znacniejszego natężenia, toż samo i gorączka, siły słabły coraz bardziej, apetyt znikł niemal zupełnie. Wreszcie na cztery dni przed przybyciem do szpitala wystąpiła żółtaczka, która szybko powiększając się, w ciągu dni kilku zajęła w zupełności całą skórę. Ten ostatni objaw zaniepokoiwszy chorego, zmusił go do szukania pomocy w szpitalu, gdzie, przy badaniu dokonaniem wspólnie z D-r'em **Zalawskim**, znaleźliśmy stan następujący:

Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, dosyć otyły, przedstawia wysoki stopień zabarwienia żółtego całej skóry i błon śluzowych. Uskarża się na ból głowy, brak apetytu i ściskanie w dołku. Ciepłota ranna 37,6° C., tętno 90. Język obłożony, brzuch umiarkowanie wzdęty, przy dotykaniu niebolesny, jedynie w okolicy nadżołądkowej (*epigastrium*) na ucisk wrażliwy. Przy głębokim ucisku tejże okolicy chory skarży się na głęboki tępy ból. Kiszki grube miernie przepelnione. Stolce bywają codziennie; są one dobrze uformowane i nieco żółtawo zabarwione, przedstawiając jednakże słabo gliniasty wygląd.

Wątroba nieco powiększona wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego. Brzeg jej zupełnie równy i gładki. Przy ucisku nawet dosyć silnym na okolicę podżebrową prawą chory bólu nie doznaje. Śledziona powiększona, górna granica na 8 żebrze w linii pachowej, z pod łuku żebrowego dobrze się wyczuwa. Serce nie powiększone, tony czyste. W płucach oddech prawidłowy; chory nie kaszle wcale. Mocz wydziela się w dość znacznej ilości; jest bardzo ciemno zabarwiony (koloru ciemnego piwa). Ciężar właściwy 1015, białka nie zawiera, natomiast wykazuje znaczną ilość barwników żółciowych. Osad badany pod drobnowidzem wykazuje nieznaczную ilość trójfosforanów żółto zabarwionych.

Ze względu na przepelnienie kiszek, choremu zalecono kalomel, poczem nastąpiło kilka obfitych wypróżnień. Wieczorem tegoż dnia ciepłota wynosiła 39,0° C.

23. II. Stan pozostaje ten sam, ból głowy trwa dalej, ciepłota wieczorna 38,6 C.

24. II. Ciepłota ranna 38,0° C., chory czuje się nieźle, jednakże raptownie o godzinie 10-iej rano wystąpiły niezwykle silne wstrząsające dreszcze; dreszcz ów zmniejszając się w natężeniu, trwał do godziny trzeciej, poczem pojawiły się obfite poty. O godzinie 6-iej znów wystąpiły dreszcze, poczem silna gorączka. Ciepłota wieczorna wynosiła 40,2° C.. W ciągu trzech dni następnych mocniejsze dreszcze nie występowały; zjawiało się jednakże kilka razy dziennie uczucie zimna. Stan ogólny pozostawał ten sam, t. j. silne osłabienie, zupełny brak apetytu, a ból w dołku trwał dalej. Ciepłota ranna była prawidłową, wieczorna przeszło 39,0° C.

28. II. Osłabienie i żółtaczka wzmagają się; zabarwienie skóry szczególnie twarzy przyjmuje barwę ciemno oliwkową. Chory uskarża się na silną bezsenność. Ilość moczu 1000 cc., wypróżnienie codziennie, nieco żółtawo zabarwione. Tegoż dnia o godzinie 3-ciej wystąpiły znowu silne dreszcze, ciepłota wieczorna 39,2° C.. Choremu zalecono wewnątrz kwasy, oraz na noc: *kalium bromatum*.

1. III. Stan bezgorączkowy w ciągu całego dnia; ciepłota ranna 37,3° C., południowa 37,8° C., wieczorem 37,1° C.; bezsenność trwa dalej.

2. III. Od rana silna gorączka (39,5° C.). Osłabienie znaczne, mocne pragnienie. Ciepłota wieczorna 38,2 C.

3. III. Ciepłota ranna 37,9° C., wieczorna 38,7° C.. Chory silnie osłabiony, skłonność snu.

4. III. Stan pozostaje ten sam, brak apetytu zupełny. Ciepłota ranna 38,3° C., wieczorna 38,6° C., dreszczy nie było.

5. III. Senność wzmagą się, chory staje się apatycznym, odpowiada niechętnie. Ciepłota ranna 38,7° C., wieczorem 38,5° C..

6. III. Ciepłota ranna 37,5° C., wieczorna 39,4° C., zresztą stan ten sam, brak łaknienia zupełny.

7. III. Chory nieco weselszy, skarży się na silny ból w dołku. Przy badaniu wyczuwa się przy głębokim nacisku w okolicy nadżołądkowej (*in epigastrio*) jakby guzowatość, jednocześnie występuje ból silny, tępy. Wątroba powiększona, brzeg jej gładki; niebolesna nawet przy głębokim ucisku. Śledziona powiększona. Język silnie obłożony. Było dość obfite wypróżnienie nieco żółto zabarwione. Żółtaczka silnego natężenia, twarz chorego ciemno oliwkowa. Mocz wydzielił chory na dobę przeszło 1000 cc.; zawiera dużo barwników żółciowych, białka ani śladu. Poraz pierwszy zauważono lekkie zbrzęknięcie nóg; w jamie otrzewnej obecność płynu nie daje się wykryć. Ciepłota ranna 38,6° C., tętno 62, wieczorna 39,6° C..

10. III. Ciepłota ranna 38° C., wieczorem 39,2° C.. Występują objawy śpiączki, chory niechętnie i z trudnością odpowiada na pytania.

11. III. Rano 37,0° C. o godzinie 10-ej wystąpiły silne dreszcze, chory znajduje się w stanie komatycznym, ciepłota wieczorna 39,8 C., stan silnej śpiączki trwał w ciągu całej nocy.

12. III. o 6-ej rano nastąpiła śmierć. Tegoż samego dnia dokonane zostało badanie pośmiertne z włok; ze względu jednakże na pewne wyjątkowe położenie socyalne zmarłego, można było zbadać tylko jamę brzuszną. Po otwarciu tejże znaleziono co następuje: Otrzewna niezmieniona. W jamie brzusznej płynu wcale nie ma. Kiszki dosyć silnie wzdęte. Wątroba duża, wystaje nieco z pod łuku żebrowego, jest przytem silnie zrośnięta z pęcherzykiem żółciowym i zwyrodniałymi gruczołami zawątrobowymi tworzącymi wraz z trzustką jednolitą masę. Żołądek swobodny. Po bliższem rozpatrzeniu pojedynczych narządów znaleźliśmy: Wątroba powiększona o $\frac{1}{2}$ raza we wszystkich rozmiarach, powierzchnia jej gładka, brzeg równy. Sama wątroba po przecięciu przedstawia liczne ogniska nowotworowe miękkie żółtawego koloru, ogniska owe przedstawiają różną wielkość, od ziarnka grochu do 6 centymetrów w średnicy; szczególnie obszerne i liczne ogniska nowotworowe znajdują się w prawym zrazie wątroby. Na przecięciu wątroby widać w wielu miejscach rozszerzone kanaliki żółciowe, wypełnione ciemną żółcią.

Pęcherzyk żółciowy przyrośnięty ściśle do wątroby, przewód żółciowy (*ductus choledocus*) niezatkany, od dwunastnicy daje się wewnątrz wprowadzić swobodnie cienki zgłębnik. Pęcherzyk żółciowy skurczony, zawiera nieco ciemnej żółci, ścianki jego mocno nacieczone nowotworową masą, oprócz tego we wnętrzu widać kilka guzków nowotworowych wielkości i kształtu poziomki, czerwonego koloru. Przewód wątrobowy (*ductus hepaticus*) zamknięty. Dwunastnica niezmieniona, błona śluzowa gładka, zabarwiona na kolor żółty.

Na dolno-tylnej powierzchni wątroby, spostrzegać się daje guz wielkości pięści ściśle przyrośnięty do dolnej powierzchni wątroby. Guz ów bliżej rozpatrzony, składa się z gruczołów zawątrobowych (*gl. portae hepatis*) mocno zwyrodniałych, ściśle zrośniętych i otaczających w zupełności trzustkę. Gruczoły na przecięciu przedstawiają się w wysokim stopniu zwyrodnionymi. Trzustka jednakże po bliższym rozpatrzeniu okazuje się prawidłową.

Żołądek. Błona śluzowa żołądka prawidłowa, przedstawia tylko ciemnożółte zabarwienie. Kiszki cienkie i grube nie przedstawiają zmian żadnych; zawierają nieco kału żółtawo zabarwionego. Śledziona powiększona ciemno-czerwona, miękka, łatwo się rozrywa. Nerki nieco powiększone, ciemno zabarwione, zmian żadnych nie przedstawiają. Aorta brzuszna przedstawia liczne kępki procesu ateromatycznego. Gruczoły krezkowe i za otrzewną leżące nie powiększone.

Badanie drobnowidzowe mas nowotworowych wątroby i pęcherzyka żółciowego, dokonane laskawie przez prof. Lamb'la wykazało, że nowotwór wyżej opisany przedstawiał typową postać raka rdzeniowego (*carcinoma medullare*).

Jak przytoczone badanie posmiertne wykazało, mieliśmy w danym przypadku do czynienia z rakiem wątroby i dróg żółciowych, zachodzi więc przede wszystkim pytanie, gdzie było pierwotne ognisko nowotworowe, w wątrobie czy też w pęcherzyku żółciowym? Kwestyję pomienioną trudno w sposób pewny i stanowczy rozstrzygnąć; bo chociaż nowsi patologowie, a szczególnie Schüppel w swoim klasycznym wykładzie Anatomii patologicznej raka wątroby (*Schüppel. Leber Carcinom in v. Ziemssen's Sp. Pathologie und Ther. str. 295*) twierdzi, że skoro rak ogranicza się jedynie do wątroby i dróg żółciowych to należy przypuszczać, że pierwotnie rak powstał w drogach żółciowych, a rak wątroby był następczym; to jednakże tenże sam autor twierdzi dalej, że nawet przy ściślejszej analizie każdego przypadku, kwestyja w mowie będąca tylko do pewnego stopnia prawdopodobieństwa a nie pewności rozstrzygniętą być może. Daje się to w zupełności zastosować do naszego przypadku. Zresztą jakakolwiek by była istotna genesa patologiczna nowotworu, klinicznie przedstawiał on nam obraz raka pierwotnego wątroby i jako taki pod względem klinicznym, zasługuje zdaniem naszym na pewne bliższe rozpatrzenie pod niektórymi względami i tak:

1) Wielce interesującym i niezmiernie rzadkim był niezwykle szybki przebieg cierpienia; od chwili bowiem wystąpienia pierwszych objawów dyspeptycznych do śmierci, upłynęło niecałe siedm tygodni, przytem wciągu co najmniej sześciu tygodni mieliśmy do czynienia niemal z ciągłą gorączką dochodzącą niekiedy do 40° C. Jednem słowem mieliśmy przebieg ostry gorączkowy, z jednocześnie występującymi od czasu do czasu, silnymi wstrząsającymi dreszczami. Przebieg raka wątroby jest wogóle dosyć chronicznym. Według statystyki Leichtensterna średni przebieg wynosi około 20 tygodni. W całej literaturze istnieje zaledwie kilka przypadków tak szybkiego przebiegu, i tak:

Frerichs w swojej klinice chorób wątrobowych opisuje przypadek wielce interesujący, gdzie przebieg cierpienia trwał tylko 4 tygodnie (Frerichs, *Klinik der Leberkrankheiten 1861 II Bd.*) Biermer 5-tygodniowy, a Bamberger 8-tygodniowy przebieg (cytowane w Leichtersterne'a *Klinik des Leberkrebses*, w Ziemssen'a *Patologii* str. 355).

Najciekawszym jednak pod tym względem jest przypadek opisany przez Andrala (*Clinique médicale Paris 1839 T. II. str. 471*), który zakończył się śmiercią wciągu trzech tygodni od wystąpienia pierwszych objawów. Przypadek ten odznaczał znaczną gorączką, żółtaczką i szybko postępującem wycieńczeniem. Badanie pośmiertne wykazało liczne guzy rakowe w wątrobie i drogach żółciowych.

2) W naszym przypadku brakowało wybitnych objawów, charakteryzujących cierpienie, i tak: przy raku wątroby jednym z najstalszych i najczęstszych objawów jest znaczne powiększenie organu, dochodzące nieraz do kolosalnych rozmiarów (20 *℥.* w jednym przypadku Frerichs'a), gdy w naszym przypadku, wątroba zaledwie nieco wystawała z pod łuku żebrowego. a badanie pośmiertne wykazało niewielkie stosunkowo jej zwiększenie. Drugim wielce częstym a przytem niesłychanie ważnym objawem raka wątroby są guzowatości wyczuwalne na jej powierzchni a szczególnie na brzegu. Guzy owe są nieraz jedynym objawem patognomonicznym. W naszym przypadku przeciwnie powierzchnia wątroby była zupełnie gładką, a brzegi zupełnie równe, dopiero po przecięciu wykryto guzy, które już dochodziły do samej powierzchni, prawdopodobnie więc tylko nader szybki rozwój cierpienia uniemożliwił pojawienie się ich na powierzchni.

Trzecim objawem również wielce charakterystycznym dla raka wątroby, są bóle występujące w okolicy wątroby już w bardzo wczesnym okresie choroby; bóle owe nieraz dochodzą do niezwykłego natężenia, wpływając ze swej strony na szybkie wycieńczenie chorego. Bóle są jednym z najstalszych objawów. a tylko w wyjątkowych przypadkach brak ich zupełnie (na 55 przypadków raka wątroby obserwowanych przez Frerichs'a i Biermer'a bólów brakowało tylko sześć razy). W naszym przypadku od początku choroby do samej śmierci, bóle w okolicy wątroby wcale nie istniały, zato w ostatnich tygodniach pojawił się ból „*in epigastrio*“, ból ten niebył silnym, a głównie występował przy głębokim ucisku tej okolicy. Ból zależnym był prawdopodobnie od ucisku, jaki wywierał gruby pakiet gruczołów zwyrodniałych wnętrzy wątroby na splot nerwowy trzewiowy (*plexus coeliacus*).

Z innych objawów dodatnich rzadko bardzo występujących mieliśmy powiększenie śledziony, dające się za życia wybornie stwierdzić. Objaw ten występuje bardzo rzadko i ze swej strony może wielce utrudnić rozpoznanie w tych przypadkach szczególnie, gdzie zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z rakiem czy też marskością (*cirrhosis*) wątroby. W naszym przypadku pytanie owo powstać nie mogło, gdyż nie było puchliny brzusznej (*ascites*), która jak wiadomo jest stałym objawem z wyjątkowej zanikowej marskości (*cirrh. atrophica*) wątroby. Występuje ona wprawdzie i przy raku wątroby dosyć często u 50% chorych podług statystyki Leichtersterne'a.

Wreszcie wspomnieć nam wypada o żółtaczce, która w danym przypadku doszła do niezwykłego nateżenia. Objaw ten przy raku wątroby występuje dosyć często (mniej niż w połowie przypadków), nie ma on jednakże bynajmniej cechy patognomonicznej, pojawia się bowiem jak wiadomo, przy wielce różnorodnych sprawach chorobowych wątroby, dróg żółciowych i sąsiednich organów jakoto: trzustki, żołądka i t. d. W naszym także przypadku żółtaczka prawdopodobnie zależną była od ucisku dróg żółciowych przez powiększone i zwyrodniałe gruczoły wnętrzy wątroby (*portae hepatis*).

Z rozbioru szczegółowego objawów wyżej podanych łatwo można się przekonać, jakie trudności rozpoznawcze przedstawiały się w danym przypadku, ze względu na brak niemal wszystkich cech charakterystycznych raka wątroby¹⁾. Co się dotyczy rozpoznania to początkowo ze względu na wysoką gorączkę, dreszcze, żółtaczkę i lekkie powiększenie wątroby, przypuszczaliśmy obecność ropni wątroby, w ostatnim jednakże czasie porzuciliśmy to przypuszczenie a ze względu na szybko powstający wiał (*marasmus*), ból w dołku, obrzęk stóp i t. p. objawy, twierdziliśmy stanowczo, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym jamy brzusznej, umiejscawiając go w okolicy żołądkowej. Przypuszczaliśmy mianowicie, że trzustka albo gruczoły zawątrobowe są może punktem wyjścia sprawy chorobnej.

II. SPRAWOZDANIE XII

z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1881.

Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej.

D-r med. **A. R o t h e.**

(Dokończenie — Patrz Nr. 29).

Lecz dość na tem, pozwólcie abym teraz przeszedł do właściwego sprawozdania i w nim wykazał, co w ciągu roku upłynionego czyniono w celu leczenia i pielęgnowania chorych umysłowych.

Rok nasz szpitalny liczy się od 13 Grudnia.

1) Pod tym względem przypadek nasz jest wielce podobnym do przypadku Andral'a (l. c. p. 492 obs. XXXVIII), w którym u mężczyzny 64-letniego dotkniętego rakiem wątroby i żołądka, w ciągu 6-tygodniowego pobytu w szpitalu t. j. do samej śmierci, oprócz żółtaczki, nie wystąpił żaden objaw cechujący raka wątroby, (*absence complète de douleur à la région hépatique, nulle apparence de tumeur ou de rénitence dans l'hypochondre droit, pas de trace d'hydropisie*).

Tablica I wykazująca ogólną liczbę chorych w r. 1881.

Wyszczególnienie	Pozostało			Przybyło			Leczono razem			Ubyło			Pozostaje na rok 1882		
	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem
Mężczyzn	187	13	200	161	14	175	348	27	375	176	1	177	172	26	198
Kobiet	169	25	194	102	13	115	271	38	309	106	5	111	165	33	198
Razem	356	38	394	263	27	290	619	65	684	282	6	288	337	59	396

Tablica ta już na pierwszy rzut oka nadzwyczaj przykre robi wrażenie, bo wyraźnie pokazuje, że liczba miejsc w naszych zakładach jest niedostateczna i nie odpowiada wymaganiom miejscowym. Widzimy bowiem, że rok 1882 zaczynamy, nie mając w oddziale męzkim ani jednego, w oddziale zaś żeńskim tylko sześć wolnych miejsc. Chorzy nowo zgłaszający się zatem nie mają możliwości być przyjętymi, albowiem podług przepisów obowiązujących, chorych nad etat przyjmować nie wolno; stąd wypada, że tylko o tyle nowych chorych wstąpić może, o ile ubywa z liczby będących w zakładzie. Że stąd nadzwyczaj wielkie wynikają niedogodności, każdy łatwo pojmie, jeżeli sobie przypomni pewnik psychiatryczny, iż największe szanse wyzdrowienia bywają, jeżeli choroba nie jest zadawniona. Widoki wyzdrowienia, jak to wiadomo, tem więcej maleją, im później chory dostaje się pod specjalną opieką i leczenie. Doświadczenie uczy, że jeżeli choroba prawdopodobnie uleczalna nie trwała dłużej jak miesiąc jeden, to prawie liczyć można, że procent uzdrowionych dojdzie od 50—60; jeżeli zaś choroba trwała od 7 miesięcy do roku to procent uzdrowionych obniża się do 15%, po roku zaś trwania zmniejsza się do 2—5%. Skutkiem tego ma się rozumieć, koszt utrzymania znacznie się powiększa, bo nieuleczalny daleko dłużej pozostaje w zakładzie aniżeli uleczalny; jeżeli ostatni dla swojego wyzdrowienia potrzebuje od 6-ciu miesięcy do roku, to nieuleczalny, a w dodatku jeszcze niespokojny, lub niebezpieczny dla swojego otoczenia w zakładzie pozostaje nie tylko lata, ale dziesiątki lat. Ze sprawozdania z zakładów dla obłąkanych w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej z roku 1860 (*Eight Census of the United States*) dowiadujemy się, że w stanie Wirginii utrzymanie 20 świeżych chorych kosztowało od dnia wstąpienia aż do wyjścia z zakładu, 1265 funtów sterlingów czyli chory kosztował 63,20 fnt. szt.; 20 zaś chorych zadawnionych czyli nieuleczalnych kosztowało 41.653 fnt. szt., zatem jeden chory kosztował 2082,65 fnt. szt. czyli 33 razy więcej niż chory w odpowiednim czasie oddany do zakładu. Ten sam stosunek i u nas ma miejsce, tylko że u nas w oddziale ogólnym chory kosztuje rocznie 186 rs. 50 kop., zatem uleczalny kosztować będzie potrzebując mniej więcej rok do swojego wyzdrowienia 186 rs. 50 kop., gdy tymczasem chory nieuleczalny kosztuje rodzinę, gminę lub nakoniec rząd co najmniej 6154 rs. 50 kop.. Już jedna ta cyfra powinna by przemawiać, za jak najprędzem oddawaniem chorych do zakładu. Wychodząc z takiego poglądu praktycznego, niektóre państwa i prowincyje, o ile mi wiadomo,

przeważnie niemieckie postanowiły, chorych mniej zamożnych i ubogich przyjmować do zakładu bezpłatnie wtenczas, jeżeli choroba nie trwała dłużej niż miesiąc jeden; jeżeli zaś choroba trwała dłużej, to rodzina lub gmina sama musi ponosić koszta kuracyjne. Postanowienie to przyniosło świetne rezultaty, albowiem gminy same pilnują się, aby swoich chorych niezamożnych i biednych, przy pierwszych objawach obłąkania pomieścić w zakładzie, rodziny zaś majątniejsze, widząc dobre rezultaty, jakie ztąd wypływają, naśladują biednych i również dobrze na tem wychodzą. Widzimy zatem, że i przy rozporządzeniach, na pierwszy rzut oka czysto filantropijnych, można jeszcze zrobić dobry interes, bo owe państwa i prowincyje od czasu wprowadzenia tego rozporządzenia znacznie mniej wydają dla swoich obłąkanych, aniżeli dawniej.

Rozporządzenie to za nadto jasno za sobą przemawia aby tu jeszcze mówić o jego stosowności, wysokiem znaczeniu społecznem i ekonomicznem.

Przejdźmy teraz do tablicy następnej, która nam już szczegółowo wykaże, jakie postacie cierpienia umysłowego pozostały z końcem roku i jakie formy przedstawiali chorzy nowo przybyli.

№	Klasyfikacyja chorób podług systemu u nas przyjętego	13 Grudnia 1880 pozostało w zakładach			W ciągu 1880 r. od d. 13 Grudnia do 13 1881 przybyło do zakładu			Leczono ogółem		
		m.	k.	razem	m.	k.	razem	m.	k.	razem
1	Hysteriasis	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Delirium. Mel. Mon.	2	—	2	5	4	9	7	4	11
3	Melancholia	14	18	32	24	26	50	38	44	82
4	Mania generalis	18	18	36	43	31	74	61	49	110
5	Mania partialis	8	—	8	16	—	16	24	—	24
6	Paranoia	14	20	34	9	9	18	23	29	52
7	Dementia	97	99	196	21	25	46	118	124	242
8	Dementia c. paralys.	17	—	17	20	1	21	37	1	38
9	Dementia c. par. progres.	6	—	6	11	—	11	17	—	17
10	Idiotismus	7	10	17	5	2	7	12	12	24
11	Epilep. c. alienatio	13	18	31	13	4	17	26	22	48
12	Epilep. simplex	—	7	7	1	9	10	1	16	17
13	Obserwacyja	4	4	8	7	4	11	11	8	19
14	Choroby zapalne i inne ośrodków nerwowych	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Morsura	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Razem	200	194	394	175	115	290	375	309	684

Tu koniecznie musimy zwrócić uwagę na pojedyncze formy, albowiem to nas najlepiej objaśni, o ile zakład nasz ma znaczenie lecznicze i o ile służy jako zakład dla pielęgnowania.

Przedewszystkiem nadmienić muszę, że pod względem rozpoznawania, zarówno przy przyjęciu chorego jak i pod koniec każdego roku, nadzwyczaj jesteśmy oględni i ostrożni; dlatego prawie stanowczo mogę powiedzieć, iż liczba chorych dotkniętych formami uleczalnymi jest za wielka a nieuleczalnych za niska. Pochodzi to ztąd, że orzec nieuleczalność chorego, równa się prawie wyrzeczeniu jego śmierci cywilnej, co nie jest rzeczą łatwą i obojętną; z drugiej znowu strony zachęca nas do takich łagodniejszych orzeczeń o nieuleczalności i to doświadczenie, iż niejednokrotnie, po długim nawet trwaniu choroby niespodzianie prawie pojawia się pewne psychiczne polepszenie, które zauważone, stosownie podtrzymywane i racjonalnie leczone, przyczynia się do zupełnego wyzdrowienia.

W przedstawionej tablicy za uleczalne formy możemy tylko uważać Nr. 1, 2, 3, 4 i Nr. 13; warunkowo uleczalne, to jest kiedy niekiedy, Nr. 5, 6 i 12, inne zaś bezwarunkowo należą do nieuleczalnych, jeżeli zaś i między niemi zdarzają się wyzdrowienia, to takie przypadki raczej uważać należy jako zatrzymanie się choroby czyli tak zwany przestanek (*intervallum lucidum*), aniżeli za zupełne wyzdrowienie; a nakoniec nie ma ściśle przeprowadzonej klasyfikacji podług najnowszych pojęć, jak na przykład brak osobnej rubryki dla tak zwanego pomieszania pierwotnego (*primäre Verrücktheit*), które się u nas mieszczą pod formą *mania partialis i paranoia*, i dla tak zwanego pierwotnego stopienia umysłowego (*dementia idiopatica*). Co do uleczalności mamy zatem trzy główne grupy choroby pierwotne, uleczalne 2, 3, 4 i 13; drugorzędne, warunkowo czyli czasami uleczalne 5, 6 12 i krańcowe nieuleczalne 7, 8, 9, 10, 11.

Z końcem roku w zakładach pozostało osób 394, z nich

należało do I kategorii	mężczyzn 83	kobiet 40	razem 78
przybyło	" 79	" 65	" 174
<hr/>			
było zatem	117 kobiet		105 razem 221
pozostało z II kateg.	mężczyzn 22	" 27	" 49
przybyło	" 26	" 18	" 44
<hr/>			
było zatem	48	" 25	" 93
pozostało z III kateg.	mężczyzn 140	" 127	" 267
przybyło	" 70	" 32	" 102
<hr/>			
było zatem	210	" 159	" 329

Mieliśmy zatem na 684 chorych leczonych w ciągu roku zaledwie 32% takich, dla których istniała nadzieja wyzdrowienia; 15% takich, z których prawdopodobnie jeden lub drugi wyzdrowieje. a 53% bez najmniejszej nadziei wyzdrowienia i gdzie jedynym zejściem może być śmierć. Z tego wyraźnie pokazuje się, że nasze zakłady przeważnie są dla pielęgnowania chorych i że koniecznie należy pomyśleć o środkach zapobiegawczych.

Rezultat leczenia najlepiej wykaże nam następująca tablica III wykazująca ogólny ruch chorych co do pojedynczych form obłąkania.

№	Wyszczególnienie pojedynczych form obłąkania	Leczone ogółem			Wyzdrowiało		
		m.	k.	r.	m.	k.	r.
1	Hysteriasis	—	—	—	—	—	—
2	Delirium mel. et maniac .	7	4	11	4	1	5
3	Melancholia	38	44	82	16	12	28
4	Mania generalis	61	49	110	32	15	47
5	Mania partialis	24	—	24	5	—	5
6	Paranoja	23	29	52	6	—	6
7	Dementia	118	124	242	7	2	9
8	Dementia c. paralyssi . .	37	1	38	—	—	—
9	Paralysis progressiva . .	17	—	17	—	—	—
10	Idiotismus	12	12	24	—	—	—
11	Epilepsia c. alienatio . .	26	22	48	1	—	1
12	Epilepsia simplex	1	16	17	1	—	1
13	Observatio	11	8	19	5	5	10
Razem . .		375	309	684	77	35	112

Doznało polepszenia			Bez polepszenia			Umarło			Ubyło w ciągu roku			Pozostaje na rok 1882		
m.	k.	r.	m.	k.	r.	m.	k.	r.	m.	k.	r.	m.	k.	r.
1	1	2	—	—	—	1	1	—	5	3	8	2	1	3
2	9	11	—	3	3	4	3	7	22	27	49	16	17	33
2	7	9	—	—	—	1	3	4	35	25	60	26	24	50
3	—	3	1	—	1	1	—	1	10	—	10	14	—	14
10	2	12	—	1	1	1	—	1	17	3	20	6	26	32
1	4	5	—	12	12	15	15	30	23	33	56	95	91	186
—	—	—	3	—	3	25	—	25	23	—	28	9	1	10
3	—	3	—	—	—	8	—	8	11	—	11	6	—	6
2	1	3	2	3	5	2	1	3	6	5	11	6	7	13
1	1	2	3	3	6	10	1	11	15	5	19	11	17	29
—	5	5	—	—	—	—	—	—	1	5	6	1	11	12
—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	10	6	3	9
25	30	55	9	22	31	67	24	91	178	111	289	198	198	396

W ciągu roku ubiegłego w zakładach naszych było osób 222, dających prawdopodobnie nadzieję wyzdrowienia, z nich wyzdrowiało 90, a zatem 40,5%, co do form pojedynczych to procent był następujący:

Delirium melancholicum et maniacale	45,5%
Melancholia	34,1
Mania generalis	42,7
Mania partialis	20,8
Paranoja	11,5
Dementia	3,7
Epilepsia simplex	5,5
Observatio	52,6

W ogóle zaś procent ten przedstawia się korzystnie, albowiem na 684 wyzdrowiało 112 czyli 16,3%. Dodać tu jednakowoż winienem, że procent ten jeszcze mógłby być większym, gdybyśmy polepszonych nie musieli tak często, pomimo naszej woli, wypisywać za nadto wcześnie.

Procent zaś śmiertelności w ogóle wynosił 13,3%, a mianowicie u kobiet 7,7%, u mężczyzn zaś 17,8%; taka ogromna różnica nie powinna nas dziwić, jeżeli spojrzymy na tablicę w której widzimy, że *dementia c. paralysis* i *paralysis progressiva*, w 1881 r. u kobiet wcale nie była spostrzegana, a u mężczyzn przeszło w 72% przypadków.

W ogóle zatem powiedzieć można, że rezultat czynności lekarskiej w warszawskich zakładach dla obłąkanych dał rezultat nadzwyczaj zadawalniający, ogólny procent wyzdrowienia 16 jest tak świetny, że nawet i w zagranicznych wzorowo urządzonych zakładach nie bywa większy; to samo także powiedzieć można co do śmiertelności 13,3%.

Widocznie zatem, że zakłady działają z korzyścią dla ogółu, jak również i wyżej postawiony pewnik, że korzyść ich mogłaby być daleko większą, gdyby z nich chciano należycie korzystać, to jest powierzać im swoich chorych wtenczas, kiedy rzeczywiście wyleczenie jeszcze jest rzeczą możebną, a nie wtedy dopiero, kiedy już o takowem myśleć nie można. Dowodzą tego cyfry: albowiem z 290 nowo przybyłych w r. 1881 osób, 136 przy wstępie do zakładu należało do nieuleczalnych.

(Patrz Tablica IV.)

I tu znowu pokazuje się, jak znacznie liczba nieuleczalnych między chorymi pozostałymi powiększa się, a mianowicie w dwóch postaciach, to jest w *dementia c. paralysis* i *paralysis progresiva*.

Tu również jeszcze wypada nadmienić, że największa część nieuleczalnych pozostających w zakładach należy do tej kategorii, która znana jest pod nazwą chorych niebezpiecznych dla otaczających, i że ci chorzy, choć nie potrzebują specjalnego leczenia, wymagają specjalnego dozoru i opieki. Powoduje to nadto, że służba u nas, poczynając od najniższej, aż do zwierzchników, uważana jest nie tylko jako trudna i uciążliwa ale nawet niebezpieczna.

Przedstawiwszy ruch chorych w ciągu całego roku, pozostaje mi jeszcze przedstawić osobną tablicę, która nam wykazuje ruch miesięczny, a czynimy to z tego

powodu, że niektórzy autorowie pewnym miesiącom przypisują szczególne znaczenie co do powstawania chorób umysłowych. Co do mnie, to wpływu pojedynczych miesięcy nie mogłem stwierdzić, a to głównie z tego powodu, iż u nas nadzwyczaj rzadko i wyjątkowo zdarza się, aby chory przybył do zakładu w tym samym miesiącu, w którym zachorował. Tablica więc piąta nie przedstawia znaczenia praktycznego i podana jest tylko dla dokładności sprawozdania.

Tablica IV wykazuje nam rzeczywisty remanent co do pojedynczych form pozostałych na początku bieżącego roku.

№	Formy obłąkania	Powinno było zostać			Pozostało rzeczywiście		
		m.	k.	r.	m.	k.	r.
1	Hysteriasis	—	—	—	—	—	—
2	Delirium mel. et mania	2	1	3	2	1	3
3	Melancholia	16	17	33	9	12	21
4	Mania generalis	26	24	50	25	14	39
5	Mania partialis	14	—	14	4	—	4
6	Paranoja	6	26	32	9	19	28
7	Dementia	95	91	186	82	114	196
8	Dementia c. paralysis	9	1	10	24	1	25
9	Paralysis progressiva	6	—	6	20	—	20
10	Idiotismus	6	7	13	3	7	10
11	Epilepsia c. alienatio	11	17	29	11	17	29
12	Epilepsia simplex	1	11	12	1	11	12
13	Observatio	6	3	9	8	2	10
Razem		198	198	396	198	198	396

Tablica V wykazująca ruch chorych co do miesiący.

Miesiące	Przybyło					Wyzdrowiało					Polepszeni			Bez polepszen.			Umarło								
	Obląk.		Epilep.		Raz.	Obląk.		Epilep.		Raz.	Obl.		Epil.	Raz.	Obl.		Epil.	Raz.	Obl.		Epil.		Raz.		
	m.	k.	m.	k.		m.	k.	m.	k.		m.	k.	m.		k.	m.	k.		m.	k.	m.	k.		m.	k.
Grudzień	8	9	—	3	20	5	3	—	—	8	—	1	—	1	—	1	—	1	2	5	4	1	—	10	
Styczeń	4	5	1	2	12	5	2	—	—	7	2	3	—	1	6	—	2	—	1	2	7	1	—	8	
Luty	14	10	3	—	27	5	1	—	—	6	2	—	—	2	—	1	—	—	1	8	2	2	—	12	
Marzec	19	8	2	1	30	3	2	1	—	6	4	2	—	1	7	—	1	—	1	3	3	2	—	8	
Kwiecień	11	11	2	—	24	6	3	—	—	9	4	3	—	—	7	1	2	—	—	3	6	2	1	—	9
Maj	17	9	—	1	27	7	2	1	—	10	2	1	—	3	6	1	2	—	1	4	3	1	—	4	
Czerwiec	17	15	—	—	32	8	5	—	—	13	4	4	—	—	8	2	7	—	—	9	6	2	—	8	
Lipiec	22	9	2	1	34	6	3	—	—	9	2	3	1	—	6	—	1	1	—	2	2	—	1	1	4
Sierpień	12	4	1	2	19	6	4	—	—	10	2	1	—	—	3	1	1	—	—	2	4	2	1	—	7
Wrzesień	10	10	1	—	21	6	4	—	—	10	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	3	4	—	7	
Październik	9	8	1	2	20	9	4	—	—	13	1	4	—	—	5	1	—	—	—	1	5	1	2	—	8
Listopad	19	4	—	1	24	9	2	—	—	11	1	2	—	1	4	—	—	—	—	—	5	1	—	—	6
Razem	162	102	13	13	290	75	35	2	—	112	24	24	1	6	55	6	19	2	3	30	57	23	10	1	91

Tablica VI wykazuje wiek nowoprzybyłych.

Wiek	Obląkan.		Epilept.		Ogół
	M.	K.	M.	K.	
od 10—15 l.	7	—	1	—	8
15—20	12	15	—	8	35
20—25	14	14	3	—	31
25—30	8	14	—	3	25
30—35	23	15	4	1	43
35—40	31	12	5	1	49
40—45	41	9	—	—	50
45—50	13	10	1	—	24
50—60	7	7	—	—	14
60—70	3	4	—	—	7
70—80	2	2	—	—	4
Razem	161	102	14	13	290

Tablica VII wykazuje stan nowoprzybyłych.

Stan chorych	Obląkan.		Epilept.		Ogół
	M.	K.	M.	K.	
Żonatych zamężnych	69	47	6	2	124
Wdowców	32	—	—	—	43
Wdów	—	11	—	—	
Kawaler.	60	—	8	—	123
Panien	—	44	—	11	
Razem	161	102	14	13	290

Tablica VI i VII jak najzupełniej potwierdzają to co powyżej już wypowiedziałem i dlatego nie potrzebują objaśnienia.

Tablica VIII wykazuje ostatni pobyt przed przybyciem do zakładu.

Wyszczególnienie	Obląkan.		Epilept.		Razem
	M.	K.	M.	K.	
z Warszawy	81	55	9	7	152
z gub. Król.	73	45	5	5	128
z gub. Ces.	7	2	—	1	10
Razem	161	102	14	13	290

Tablica IX wykazuje, który raz osoba przybyła do zakładu.

Formy	Płeć	Raz					Więcej	Razem
		1-szy	2-gi	3-ci	4-ty	5-ty		
Obląkan.	M.	112	32	12	3	2	—	161
	K.	79	1	5	5	—	1	102
Epilept.	M.	3	5	2	3	1	—	14
	K.	9	3	—	1	—	—	13
Razem		203	52	19	12	3	1	290

W tablicy IX-tej widzimy, że na 290 chorych nowoprzybyłych, po raz pierwszy wstąpiła dość pokaźna cyfra 203 i ztąd możnaby wnioskować, że procent prawdopodobnego wyzdrowienia powinien być bardzo znaczny; lecz na nie szczęście widzimy porównyując cyfrę tę z tablicą II-gą, że w liczbie uleczalnych było tylko 114, reszta zaś 89 należy do liczby tych, którzy w zakładzie znaleźli się zbyt późno t. j. wtedy, gdy już o leczeniu mowy być nie może. Jeszcze dobitniej to samo zobaczymy w Tablicy X.

Tablica X-ta pokazująca prawdopodobny czas trwania choroby przed przybyciem do zakładu.

Wyszczególnienie	do 3 miesięcy		do pół roku		do 9 mies. roku		do 1 lat		do 2 lat		Więcej nad 2 l.		Razem		Ogół.
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	
Obląkani . . .	25	44	19	12	32	3	28	9	27	5	30	29	161	102	263
Epileptycy . . .	2	—	3	—	1	—	2	—	2	1	4	12	14	13	27
Razem	27	44	22	12	33	3	30	9	29	6	34	41	175	115	290

W tablicy tej nadzwyczaj rażącym jest stosunek nowoprzybyłych mężczyzn i kobiet w ciągu pierwszych trzech miesięcy po prawdopodobnem rozpoczęciu się choroby; gdy bowiem na 161 mężczyzn przybywa do szpitala tylko 27, to na 102 kobiety przybywa ich 44. Jaka tu być może przyczyna? Sądzę że ta, na którą już w innem wskazałem miejscu, t. j. że chore kobiety prędzej i wcześniej znajdują dobrą opiekę, aniżeli chorzy mężczyźni.

Tablica XI pokazuje nam wykształcenie nowoprzybyłych.

Wyszczególnienie	Obląkan.		Epilep.		Razem
	m.	k.	m.	k.	
z wyższym	59	27	—	1	87
z średnim	72	25	5	2	104
z niższym wykształc.	30	50	9	10	99
Razem	161	102	14	13	290

Tablica XII utrzymanie wszystkich chorych pod względem administracyj.

Klasy	Obląkan.		Epilep.		Razem
	m.	k.	m.	k.	
Klasa I.	13	10	—	1	24
„ II.	48	51	—	3	102
Oddział ogólny	251	210	27	34	522
Razem	312	271	27	38	648

Tablica XIII wykazuje powołanie lub zatrudnienie nowoprzybyłych mężczyzn.

Wyszczególnienie	Oblakani	Epileptyk.
Oficerów	6	—
Żołnierzy	14	2
Ze stanu duchown.	4	—
Ze stanu lekarsk.	2	—
Nauczycieli i Studentów	14	1
Urzędników	18	1
Kupców	9	—
Obywateli ziemsk.	18	—
Rzemieślników	39	2
Artystów	1	—
Emerytów	1	—
Wyrobników	9	4
Włościan	26	4
Razem	161	14

Tablica XIV wykazuje prawdopodobną przyczynę, która wywołała obłąkanie.

Wyszczególnienie	M.	K.	Razem
Wady wrodzone	9	6	15
Dziedziczność	10	8	18
Choroby mózgu i opon	14	2	16
Uderzenie	2	—	2
Przyczyny psychicz.	12	9	21
Praca umysłowa	15	2	17
Nadużycie wysok.	12	5	17
Onanizm i naduż. płci	39	5	44
Niedostatek	32	1	33
Po tyfusie	3	1	4
Syphilis	5	—	5
Nieprawidłowa mies.	—	1	1
Połów	—	4	4
Ciąże i chor. macicy	—	5	5
Starość	—	3	3
Niewiadomo	22	63	85
Razem	175	115	290

Tablica XV wykazuje jak długo chorzy przebywali w zakładach.

Wyszczególnienie	do 3 miesięcy		do 6 miesięcy		do 9 miesięcy		Rok 1		do 2 lat		do 5 lat		do 10 lat		do 15 lat		do 20 lat		do 30 lat		do 40 lat		razem		ogółem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.			
Oblakani . . .	62	51	31	31	59	17	61	7	35	67	22	41	26	37	14	13	19	1	14	4	2	2	348	271	619		
Epileptycy . . .	2	4	5	6	4	—	4	3	3	11	5	7	3	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	27	38	65
Razem . . .	67	55	36	37	63	17	65	10	38	78	27	48	29	43	14	14	19	1	14	4	2	2	375	309	684		

Tablica XVI wykazująca przyczynę śmierci.

Wyszczególnienie	Choroby mózgowia i opon		Nowotwory mózgowia		Płuc i oskrzeli		Zolaćka, kiszec i gruczołów przy- ległych		Choroby nerek		Gruźlica		Wyniszczenie ogólne		Apopleksja mózgowa		Razem		Ogółem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Delirium mel. et mania		1																1		1
Melancholia	2				1	2		1					1					4	3	7
Mania generalis	1					3		1										1	4	5
Mania partialis									1									1		1
Paranoja	1																	1		1
Dementia	6	2			8	7		4		1						1		15	14	29
Dementia c. paralysis	7		4		3				2		1					8		25		25
Paralysis progressiva	6														2			8		8
Idiotismus	1									1			1					2	1	3
Epilepsia c. alienatio	7							1					2		1			10	1	11
Razem	31	3	4		12	12		7	3	2	1		4		12		67	24	91	

Na zakończenie winienem dodać, że tak zakład Ś-go Jana Bożego jako i oddział dla kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus, każdy urządzony jest na 200 chorych czyli ogółem dla **400** chorych.

Największa liczba chorych mężczyzn było 203, kobiet zaś 204

Najniższa „ „ „ „ 186 „ „ 193

Średnia „ „ „ „ 195 „ „ 198

Liczba dni szpitalnych 71694 72711

Przecięciowo przebywali w zakładzie . 191 225 dni

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Niestrawność (*Dyspepsia*). Pogląd na obecne stanowisko nauki o chorobowych zmianach czynności przewodu pokarmowego, o sposobach ich powstawania, rozpoznawania i leczenia. Przez Mikołaja Rejchmanna, Warszawa 1882 roku.

Ścisłe rozpoznanie a co za tem idzie i odpowiednie pod każdym względem leczenie wielu cierpień przewodu pokarmowego należy po dziś dzień do liczby bardzo trudnych zadań. Nie bacząc na coraz bardziej rozpowszechniające się zastosowanie cewnika i pompki żołądkowej, nie bacząc na rozliczne, a wciąż upraszczane sposoby fizykalnego i chemicznego badania tak wszelkich wydzielin jak i samych narządów onego przewodu, zarówno fizjologija jak i patologija dalekiemi są jeszcze od wyrzeczenia w rozlicznych przypadkach stanowczego słowa. Lekarzowi też w codziennem życiu nie rzadko spotykać się dają przypadki, które, pomimo woli, zmuszonym jest pojmować jako zboczenia czynnościowej jedynie przyrody. Naczynia, nerwy, stan krwi lub też nie znane mu jeszcze zmiany anatomo-patologiczne tkanek, są wtedy całą jego, acz bardzo wątlą pociechą. Głównie też zboczenia czynnościowe, które, wobec terażniejszego stanu nauki, muszą być złączone pod ogólną, a czasowo tylko usprawiedliwioną w patologii nazwą „niestrawność,” znalazły pożądanego tłumacza w kol. Rejchmanie. Dotychczas autorowie podręczników z małymi tylko wyjątkami, traktowali ją po macoszemu, ograniczali się na pobieżnem zaledwie jej traktowaniu, pozostawiając resztę domyślności i fantazyi czytelnika który na ten temat, mógł sobie wytwarzać najrozmaitsze kombinacyje. Z tej to utartej drogi zoczył kol. R., nie żałował bowiem trudu, żeby książce swej nadać, o ile się dało, cechy zaokrąglonej całości.

Rzecz sama, poprzedzona spisem dostępnej dla autora literatury, rozpada się na wstęp, część fizjologiczną, wywód choroby, objawy, przyczyny, kliniczne formy niestrawności, przebieg, rozpoznanie i leczenie. Po zestawieniu z sobą różnych poglądów Hipokrates'a, Cels'a, Galena, Boerhave'go, I. de Gauris'a Sauvage'a, Cullen'a, Broussais'ego, Chome'a, Bamberger'a, Henoeh'a, Budd'a, Brinton'a, Niemeyer'a, Laubego, Jaccoud'a, Leven'a, Gubler'a, Raymond'a, Germain'a Sée, autor przystępuje do bliższego scharakteryzowania niestrawności. Wedle niego „słowo“ (chyba wyraz) i pojęcie „*Dyspepsia*“ musi być zachowane dopóty w nauce, dopóki nie będą zbadane nieznane warunki anatomiczne prowadzające wszystkie obserwowane przez nas formy kliniczne zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. „*Dyspepsia*,“ powiada autor, nie stanowi samodzielnej choroby, jest to zbiór objawów, zbiór zmian czynnościowych, występujących już to wskutek znanych zmian anatomicznych, już też nie znanych.“ Tak sformuławszy swój pogląd, rozbiera dalej punkt wyjścia niestrawności, związek różnych jej form między sobą, zastanawia się nad trudnościami badania zmian czynnościowych i podaje metody tychże badań. Dział fizjologiczny przypomina czytelnikowi najważniejsze dane, dotyczące budowy i czynności narządów trawienia, zawiera też wyniki samodzielnych badań autora o działaniu soku żołądkowego, określeniu siły trawienia, które to prace drukowaliśmy w zeszłorocznym tomie naszego pisma. Następnie przechodzi kol. R. do patologii i rozbiera cechy i sposób powstawania form niestrawności, polegających na zaburzeniach w narządach trawienia, zastanawia się też nad postaciami, zależnymi od zaburzeń chorobowych innych organów i nad temi, które rozwijają się na skutek zboczeń w prawidłowym składzie krwi i w całym ustroju. Dział ten korzystnie dopełnia szczegółowy przegląd objawów tak miejscowych jak i współczulnych, wraz z rzutem oka na następstwa niestrawności, w postaci

zaburzeń w sferze psychicznej i w odżywianiu. Przyczyny niestrawności dzieli autor na wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych zalicza: słaby ciałośkład: malokrwistość i wodnistość krwi, charłactwo, stany gorączkowe, choroby różnorodnych narządów, robaki kiszki, brak zębów, wiek: do drugich należą: pokarm, napoje, tytuń, lekarstwa, wpływy moralne, zajęcia umysłowe, praca fizyczna, zanieczyszczone powietrze, ciasne ubranie, wysoka ciepota powietrza, zaziębienie. Całość dopełnia udatny podział na niestrawność nieżytową, atoniczną i skurczowo-bolesną, rzut oka przebieg, rozpoznanie, a wreszcie leczenie.

Widzimy przeto, że zakres pracy wytknął sobie autor bardzo rozległy; obszar też ten i częste wątpliwości, których nauka dotychczas rozjaśnić nie zdołała, winić należy, że pomimo całej wartości pracy kol. R., nie jest ona wszelako pozbawioną pewnych usterek. Autor, rzecz naturalna, starał się jak najwięcej faktów zgrupować i na nich oprzeć swe rozumowania i wywody, starał się utrwalić takowe w umyśle czytelnika, ztąd też miejscami czuć się daje brak nieco ściślejszej krytyki i częste powtarzanie się jednych i tychże samych rzeczy. Niektóre też części działów są, mojem zdaniem, zupełnie zbyteczne (np. anatomija patologiczna chorób żołądka), gdyż w ten sposób uprawiane niczego nie uczą, inne znów napisane są nieco za rozwlekle (część fizjologiczna) powtarzają bowiem po większej części rzeczy znane ze wszystkich podręczników anatomii i fizjologii.

Zdaje mi się, że należało w zamian za to rozszerzyć nieco dział, poświęcony leczeniu, uwzględnić o wiele więcej kuracyję mleczną, dyjetę. Mówiąc o nich autor więcej ma na celu wykazanie własności fizyko-chemicznych mleka, serwatki, kumysu i t. p. aniżeli zwrócenie uwagi na lecznicze ich działanie. Króciutko też bardzo uwzględnionemi zostały wody mineralne. Po macoszemu obszedł się kol. R. z cewnikiem żołądkowym, z prawdziwą szkodą rozdziałów o metodach badania niestrawności i leczeniu takowej. Przy rozróżnianiu zwykłej niestrawności od tej jaka towarzyszy rakowi żołądka, pominięto zupełnie ciekawe bardzo wyniki prac von den Walden'a (*Ueber das Vorhanden u. d. Mangel der freien Salzsäure im Magensaft bei Gastrektasie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XXIII*), który badając sok żołądkowy osobników cierpiących na rozszerzenie żołądka z równoczesnym rakowatym zwężeniem odźwiernika lub bez takowego, zrobił niepomiernie interesujące spostrzeżenie, że u chorych na raka sok żołądkowy nigdy nie zawiera swobodnego kwasu solnego. Jakkolwiek nie wiem, czy dalsze badania potwierdziły wyniki dociekań van den Walden'a, wzmianka wszelako o nich powinna była znaleźć miejsce w książce, w której autor umiał nagromadzić tyle innych ciekawych danych.

Wkradły się też do pracy kol. R. pewne nieporządki. Tak np. opuszczono opis budowy ślinianek, którym przecież nie odmawia autor ważnego znaczenia i sam opisuje przypadek niestrawności, która rozwinęła się tylko z tego powodu, że chory nie starał się poddawać pokarmy mączne należytemu działaniu śliny. Nie rozumiem też dla czego w części fizjologicznej, gdy mowa jest o różnych gatunkach trawienia, rozpoczęto od trawienia żołądkowego, następnie zwrócono się do jamy ustnej, a dopiero potem powrócono do trawienia kiszki. Rzecz to tylko nieuwagi.

Z tego com tu podał bynajmniej nie mam zamiaru robić zarzutów kol. R., zrobiłem tylko swoje uwagi do których upoważniał mię obowiązek krytyka. Przeciwnie dzieło autora śmiało polecić mogę każdemu, kto tylko chce zapoznać się z najnowszym kierunkiem nauki o trawieniu i patologii chorób przewodu pokarmowego. Rzecz sama napisana jest dość gładko, często poparta przykładami z praktyki, a nieliczne zresztą błędy językowe łatwo dają się usprawiedliwić.

L. A. Anders.

Redakcyja otrzymała od Zarządu Towarzystwa naukowego akademików polaków w Berlinie: list treści następującej:

W drugim półroczu istnienia swego liczył wydział medyczny 20 członków, podczas gdy w Towarzystwie naukowym zapisanych było 27 słuchaczy medycyny. Posiedzenia odbywały się raz w tydzień, na których czytano rozprawy z dziedziny medycyny i rozbiegano je krytycznie. Oprócz tego na każdym posiedzeniu miewali członkowie wykłady anatomii, mające głównie na celu przyswojenie sobie terminologii polskiej. Z rozpraw wygłoszonych w ostatniem półroczu wymienić nam wypada:

- 1) Kol. Panka „Głos i mowa“;
- 2) Kol. Jaruszeński „O pęcherzu moczowym“;
- 3) Kol. Truszczyńskiego „O tyfusie brzuszny z uwzględnieniem szczególnem nowszych spostrzeżeń na polu etyologiczno-patologicznem“.
- 4) Kol. Trzeińskiego „O mechanizmie oddechania“.
- 5) Kol. Wróblewskiego „Ślina, jej tworzenie się i działanie“;
- 6) Kol. Zńskiego „Anatomia serca: położenie jego względem płuc przy oddechaniu“.
- 7) Kol. Żuralski „O tkance mięśniowej pod względem histologicznym“.
- 8) Kol. J. Panińskiego „O własnościach fizjologicznych mięśni“.
- 9) Kol. Holtzera „O histologicznej budowie nerwów“.

Biblioteka medyczna znowu się powiększyła o kilka dzieł, które po większej części wydziałowi w podarunku przesłano. Łaskawym Panom ofiarodawcom, a mianowicie p. prof. D-r Korczyńskiemu z Krakowa, p. D-r Rybzyńskiemu z Krakowa i p. D-r Rogowiczowi z Warszawy składa wydział niniejszem serdeczne dzięki. Do zarządu wydziału w półroczu letniem należeli kol. A. Kołodziej jako przewodniczący, kol. K. Wróblewski jako pisarz, kol. J. Trzeiński jako skarbnik.

Na czas półroczu zimowego 1882/83 wybrano kol. Trzeińskiego przewodniczącym, kol. J. Panińskiego pisarzem i kol. W. Żuralskiego skarbnikiem wydziału.

Berlin dnia 29 Lipca 1882.

A. Kołodziej
prezes.

K. Wróblewski
pisarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. „Przegląd lekarski“ w N-rze 30 podaje, iż Ministerjum w odpowiedzi na przedstawienie przez wydział lekarski kandydatów na profesora kliniki chirurgicznej Jagiellońskiego uniwersytetu, zrobiło uwagę, iż kandydaci Rydygier i Lesser są obokrajowcami, że Mikulicz posiada język polski w tym stopniu, że mógłby w nim wykładać. Na te uwagi Wydział lekarski odpowiedział, iż profesorowie uniwersytetu lekarskiego osobiście przekonali się o niedostatecznej znajomości języka polskiego przez D-ra Mikulicza, a co do kwestyi poddaństwa, to zwraca uwagę na 2 kandydatów poddanych austriackich: D-rów Obalińskiego i Hofmokla.

Wiedeń. Sale tutejszego szpitala Allgemeines Krankenhaus mają być oświetlone elektrycznością.

— Na profesora kliniki lekarskiej po Duchek'u obrany został ostatecznie profesor Notnagel.

Berlin. Prof. Volkmann z Halli odmówił przyjęcia proponowanej mu katedry kliniki chirurgicznej po ustępującym w stan spoczynku Langenbeck'u, za co otrzymał od miasta Halli dyplom obywatela honorowego, a studenci wyprawili mu pochód z pochodniami. Gazety niemieckie wspominając o tym fakcie odmowy, widzą w nim dowód zaprzeczenia jakoby od czasu ostatniej wojny miała miejsce w Niemczech ciągła centralizacyja naukowa, którą wciąż wytykają swym sąsiadom z za Rennu. Dowód to jednak za słaby i czem innem wytłomaczyć się dający.

Londyn. Na pomnik dla Darwina mający stanąć w sali sekeyi historii naturalnej w muzeum South Kensington, zebrano do końca Czerwca r. b. 62,175 franków.

Halla. Tutejszy docent D-r Seligmüller mianowany został profesorem nadzwyczajnym

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem. — II. A. Rothe. Sprawozdanie XII zakładu dla obłąkanych za rok 1881. Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej. (Dokończenie). — Przegląd bibliograficzny. Niestrawność (*Dyspepsia*). Pogląd na obecne stanowisko nauki o chorobowych zmianach czynności przewodu pokarmowego, o sposobach ich powstawania, rozpoznawania i leczenia. Przez Mikołaja Rejchmanna, Warszawa 1882 r. — List otwarty od Zarządu Towarzystwa naukowego akademików polaków w Berlinie. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA KAZUISTYCZNE ZE SZPITALA Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

I. Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem.

Podaj

D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

X. lat 69 mający wstąpił w dniu 22 Lutego r. b. do szpitala Ś-go Ducha. Chory opowiada nam, że o ile tylko zapamiętać może, nigdy niepodpadał żadnym, nawet nieznacznym cierpieniom. Życie prowadził regularne, a chociaż lubił dobrze i dużo jeść i pić, jednakże znaczniejszych nadużyć w obu kierunkach nie popełniał. Cierpienie obecne rozpoczęło się przed czterema tygodniami. Chory przedtem zupełnie zdrowy bez żadnej widocznej przyczyny zaczął doznawać ściskania w dołku, odbijania i braku apetytu. Objawy te, brane za gastryczne, leczono za pomocą odpowiednich środków dyetetycznych i lekarskich. Pomimo to jednakże poprawa nie nastąpiła; przeciwnie brak apetytu trwał dalej oprócz tego zaczęły występować od czasu do czasu dreszcze oraz gorączka, a jednocześnie stan ogólny chorego zaczął znacznie upadać. Wówczas ze względu na powiększoną śledzionę, zaczęto stan ów uważać za malarię, a choremu zapisano duże dawki chininy. T ów środek niesprowadził żadnej ulgi, przeciwnie duszność zaczęła występować codziennie, nabierając coraz znacniejszego natężenia, toż samo i gorączka, siły słabły coraz bardziej, apetyt znikł niemal zupełnie. Wreszcie na cztery dni przed przybyciem do szpitala wystąpiła żółtaczka, która szybko powiększając się, w ciągu dni kilku zajęła w zupełności całą skórę. Ten ostatni objaw zaniepokoiwszy chorego, zmusił go do szukania pomocy w szpitalu, gdzie, przy badaniu dokonaniem wspólnie z D-r'em **Zalawskim**, znaleźliśmy stan następujący:

Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, dosyć otyły, przedstawia wysoki stopień zabarwienia żółtego całej skóry i błon śluzowych. Uskarża się na ból głowy, brak apetytu i ściskanie w dołku. Ciepłota ranna 37,6° C., tętno 90. Język obłożony, brzuch umiarkowanie wzdęty, przy dotykaniu niebolesny, jedynie w okolicy nadżołądkowej (*epigastrium*) na ucisk wrażliwy. Przy głębokim ucisku tejże okolicy chory skarży się na głęboki tępy ból. Kiszki grube miernie przepelnione. Stolce bywają codziennie; są one dobrze uformowane i nieco żółtawo zabarwione, przedstawiając jednakże słabo gliniasty wygląd.

Wątroba nieco powiększona wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego. Brzeg jej zupełnie równy i gładki. Przy ucisku nawet dosyć silnym na okolicę podżebrową prawą chory bólu nie doznaje. Śledziona powiększona, górna granica na 8 żebrze w linii pachowej, z pod łuku żebrowego dobrze się wyczuwa. Serce nie powiększone, tony czyste. W płucach oddech prawidłowy; chory nie kaszle wcale. Mocz wydziela się w dość znacznej ilości; jest bardzo ciemno zabarwiony (koloru ciemnego piwa). Ciężar właściwy 1015, białka nie zawiera, natomiast wykazuje znaczną ilość barwników żółciowych. Osad badany pod drobnowidzem wykazuje nieznaczную ilość trójfosforanów żółto zabarwionych.

Ze względu na przepelnienie kiszek, choremu zalecono kalomel, poczem nastąpiło kilka obfitych wypróżnień. Wieczorem tegoż dnia ciepłota wynosiła 39,0° C.

23. II. Stan pozostaje ten sam, ból głowy trwa dalej, ciepłota wieczorna 38,6 C.

24. II. Ciepłota ranna 38,0° C., chory czuje się nieźle, jednakże raptownie o godzinie 10-iej rano wystąpiły niezwykle silne wstrząsające dreszcze; dreszcz ów zmniejszając się w natężeniu, trwał do godziny trzeciej, poczem pojawiły się obfite poty. O godzinie 6-iej znów wystąpiły dreszcze, poczem silna gorączka. Ciepłota wieczorna wynosiła 40,2° C.. W ciągu trzech dni następnych mocniejsze dreszcze nie występowały; zjawiało się jednakże kilka razy dziennie uczucie zimna. Stan ogólny pozostawał ten sam, t. j. silne osłabienie, zupełny brak apetytu, a ból w dołku trwał dalej. Ciepłota ranna była prawidłową, wieczorna przeszło 39,0° C.

28. II. Osłabienie i żółtaczka wzmagają się; zabarwienie skóry szczególnie twarzy przyjmuje barwę ciemno oliwkową. Chory uskarża się na silną bezsenność. Ilość moczu 1000 cc., wypróżnienie codziennie, nieco żółtawo zabarwione. Tegoż dnia o godzinie 3-ciej wystąpiły znowu silne dreszcze, ciepłota wieczorna 39,2° C.. Choremu zalecono wewnątrz kwasy, oraz na noc: *kalium bromatum*.

1. III. Stan bezgorączkowy w ciągu całego dnia; ciepłota ranna 37,3° C., południowa 37,8° C., wieczorem 37,1° C.; bezsenność trwa dalej.

2. III. Od rana silna gorączka (39,5° C.). Osłabienie znaczne, mocne pragnienie. Ciepłota wieczorna 38,2 C.

3. III. Ciepłota ranna 37,9° C., wieczorna 38,7° C.. Chory silnie osłabiony, skłonność snu.

4. III. Stan pozostaje ten sam, brak apetytu zupełny. Ciepłota ranna 38,3° C., wieczorna 38,6° C., dreszczy nie było.

5. III. Senność wzmagą się, chory staje się apatycznym, odpowiada niechętnie. Ciepłota ranna 38,7° C., wieczorem 38,5° C..

6. III. Ciepłota ranna 37,5° C., wieczorna 39,4° C., zresztą stan ten sam, brak łaknienia zupełny.

7. III. Chory nieco weselszy, skarży się na silny ból w dołku. Przy badaniu wyczuwa się przy głębokim nacisku w okolicy nadżołądkowej (*in epigastrio*) jakby guzowatość, jednocześnie występuje ból silny, tępy. Wątroba powiększona, brzeg jej gładki; niebolesna nawet przy głębokim ucisku. Śledziona powiększona. Język silnie obłożony. Było dość obfite wypróżnienie nieco żółto zabarwione. Żółtaczka silnego natężenia, twarz chorego ciemno oliwkowa. Mocz wydzielił chory na dobę przeszło 1000 cc.; zawiera dużo barwników żółciowych, białka ani śladu. Poraz pierwszy zauważono lekkie zbrzęknięcie nóg; w jamie otrzewnej obecność płynu nie daje się wykryć. Ciepłota ranna 38,6° C., tętno 62, wieczorna 39,6° C..

10. III. Ciepłota ranna 38° C., wieczorem 39,2° C.. Występują objawy śpiączki, chory niechętnie i z trudnością odpowiada na pytania.

11. III. Rano 37,0° C. o godzinie 10-ej wystąpiły silne dreszcze, chory znajduje się w stanie komatycznym, ciepłota wieczorna 39,8 C., stan silnej śpiączki trwał w ciągu całej nocy.

12. III. o 6-ej rano nastąpiła śmierć. Tegoż samego dnia dokonane zostało badanie pośmiertne z włok; ze względu jednakże na pewne wyjątkowe położenie socyalne zmarłego, można było zbadać tylko jamę brzuszną. Po otwarciu tejże znaleziono co następuje: Otrzewna niezmienną. W jamie brzusznej płynu wcale nie ma. Kiszki dosyć silnie wzdęte. Wątroba duża, wystaje nieco z pod łuku żebrowego, jest przytem silnie zrośnięta z pęcherzykiem żółciowym i zwyrodniałymi gruczołami wątrobowymi tworzącymi wraz z trzustką jednolitą masę. Żołądek swobodny. Po bliższem rozpatrzeniu pojedynczych narządów znaleźliśmy: Wątroba powiększona o $\frac{1}{2}$ raza we wszystkich rozmiarach, powierzchnia jej gładka, brzeg równy. Sama wątroba po przecięciu przedstawia liczne ogniska nowotworowe miękkie żółtawego koloru, ogniska owe przedstawiają różną wielkość, od ziarnka grochu do 6 centymetrów w średnicy; szczególnie obszerne i liczne ogniska nowotworowe znajdują się w prawym zrazie wątroby. Na przecięciu wątroby widać w wielu miejscach rozszerzone kanaliki żółciowe, wypełnione ciemną żółcią.

Pęcherzyk żółciowy przyrośnięty ściśle do wątroby, przewód żółciowy (*ductus choledocus*) niezatkany, od dwunastnicy daje się weń wprowadzić swobodnie cienki zgłębnik. Pęcherzyk żółciowy skurczony, zawiera nieco ciemnej żółci, ścianki jego mocno nacieczone nowotworową masą, oprócz tego we wnętrzu widać kilka guzków nowotworowych wielkości i kształtu poziomki, czerwonego koloru. Przewód wątrobowy (*ductus hepaticus*) zamknięty. Dwunastnica niezmienną, błona śluzowa gładka, zabarwiona na kolor żółty.

Na dolno-tylnej powierzchni wątroby, spostrzegać się daje guz wielkości pięści ściśle przyrośnięty do dolnej powierzchni wątroby. Guz ów bliżej rozpatrzony, składa się z gruczołów zawątrobowych (*gl. portae hepatis*) mocno zwyrodniałych, ściśle zrośniętych i otaczających w zupełności trzustkę. Gruczoły na przecięciu przedstawiają się w wysokim stopniu zwyrodnionymi. Trzustka jednakże po bliższym rozpatrzeniu okazuje się prawidłową.

Żołądek. Błona śluzowa żołądka prawidłowa, przedstawia tylko ciemnożółte zabarwienie. Kiszki cienkie i grube nie przedstawiają zmian żadnych; zawierają nieco kału żółtawo zabarwionego. Śledziona powiększona ciemno-czerwona, miękka, łatwo się rozrywa. Nerki nieco powiększone, ciemno zabarwione, zmian żadnych nie przedstawiają. Aorta brzuszna przedstawia liczne kępki procesu ateromatycznego. Gruczoły krezkowe i za otrzewną leżące nie powiększone.

Badanie drobnowidzowe mas nowotworowych wątroby i pęcherzyka żółciowego, dokonane laskawie przez prof. Lamb'la wykazało, że nowotwór wyżej opisany przedstawiał typową postać raka rdzeniowego (*carcinoma medullare*).

Jak przytoczone badanie posmiertne wykazało, mieliśmy w danym przypadku do czynienia z rakiem wątroby i dróg żółciowych, zachodzi więc przede wszystkim pytanie, gdzie było pierwotne ognisko nowotworowe, w wątrobie czy też w pęcherzyku żółciowym? Kwestyję pomienioną trudno w sposób pewny i stanowczy rozstrzygnąć; bo chociaż nowsi patologowie, a szczególnie Schüppel w swoim klasycznym wykładzie Anatomii patologicznej raka wątroby (*Schüppel. Leber Carcinom in v. Ziemssen's Sp. Pathologie und Ther. str. 295*) twierdzi, że skoro rak ogranicza się jedynie do wątroby i dróg żółciowych to należy przypuszczać, że pierwotnie rak powstał w drogach żółciowych, a rak wątroby był następczym; to jednakże tenże sam autor twierdzi dalej, że nawet przy ściślejszej analizie każdego przypadku, kwestyja w mowie będąca tylko do pewnego stopnia prawdopodobieństwa a nie pewności rozstrzygniętą być może. Daje się to w zupełności zastosować do naszego przypadku. Zresztą jakakolwiek by była istotna genesa patologiczna nowotworu, klinicznie przedstawiał on nam obraz raka pierwotnego wątroby i jako taki pod względem klinicznym, zasługuje zdaniem naszym na pewne bliższe rozpatrzenie pod niektórymi względami i tak:

1) Wielce interesującym i niezmiernie rzadkim był niezwykle szybki przebieg cierpienia; od chwili bowiem wystąpienia pierwszych objawów dyspeptycznych do śmierci, upłynęło niecałe siedm tygodni, przytem wciągu co najmniej sześciu tygodni mieliśmy do czynienia niemal z ciągłą gorączką dochodzącą niekiedy do 40° C. Jednem słowem mieliśmy przebieg ostry gorączkowy, z jednocześnie występującymi od czasu do czasu, silnymi wstrząsającymi dreszczami. Przebieg raka wątroby jest wogóle dosyć chronicznym. Podług statystyki Leichtensterna średni przebieg wynosi około 20 tygodni. W całej literaturze istnieje zaledwie kilka przypadków tak szybkiego przebiegu, i tak:

Frerichs w swojej klinice chorób wątrobowych opisuje przypadek wielce interesujący, gdzie przebieg cierpienia trwał tylko 4 tygodnie (Frerichs, *Klinik der Leberkrankheiten 1861 II Bd.*) Biermer 5-tygodniowy, a Bamberger 8-tygodniowy przebieg (cytowane w Leichtersterne'a *Klinik des Leberkrebses*, w Ziemssen'a *Patologii* str. 355).

Najciekawszym jednak pod tym względem jest przypadek opisany przez Andrala (*Clinique médicale Paris 1839 T. II. str. 471*), który zakończył się śmiercią wciągu trzech tygodni od wystąpienia pierwszych objawów. Przypadek ten odznaczał znaczną gorączką, żółtaczką i szybko postępującem wycieńczeniem. Badanie pośmiertne wykazało liczne guzy rakowe w wątrobie i drogach żółciowych.

2) W naszym przypadku brakowało wybitnych objawów, charakteryzujących cierpienie, i tak: przy raku wątroby jednym z najstalszych i najczęstszych objawów jest znaczne powiększenie organu, dochodzące nieraz do kolosalnych rozmiarów (20 *℥.* w jednym przypadku Frerichs'a), gdy w naszym przypadku, wątroba zaledwie nieco wystawała z pod łuku żebrowego. a badanie pośmiertne wykazało niewielkie stosunkowo jej zwiększenie. Drugim wielce częstym a przytem niesłychanie ważnym objawem raka wątroby są guzowatości wyczuwalne na jej powierzchni a szczególnie na brzegu. Guzy owe są nieraz jedynym objawem patognomonicznym. W naszym przypadku przeciwnie powierzchnia wątroby była zupełnie gładką, a brzegi zupełnie równe, dopiero po przecięciu wykryto guzy, które już dochodziły do samej powierzchni, prawdopodobnie więc tylko nader szybki rozwój cierpienia uniemożliwił pojawienie się ich na powierzchni.

Trzecim objawem również wielce charakterystycznym dla raka wątroby, są bóle występujące w okolicy wątroby już w bardzo wczesnym okresie choroby; bóle owe nieraz dochodzą do niezwykłego natężenia, wpływając ze swej strony na szybkie wycieńczenie chorego. Bóle są jednym z najstalszych objawów. a tylko w wyjątkowych przypadkach brak ich zupełnie (na 55 przypadków raka wątroby obserwowanych przez Frerichs'a i Biermer'a bólów brakowało tylko sześć razy). W naszym przypadku od początku choroby do samej śmierci, bóle w okolicy wątroby wcale nie istniały, zato w ostatnich tygodniach pojawił się ból „*in epigastrio*“, ból ten niebył silnym, a głównie występował przy głębokim ucisku tej okolicy. Ból zależnym był prawdopodobnie od ucisku, jaki wywierał gruby pakiet gruczołów zwyrodniałych wnętrzy wątroby na splot nerwowy trzewiowy (*plexus coeliacus*).

Z innych objawów dodatnich rzadko bardzo występujących mieliśmy powiększenie śledziony, dające się za życia wybornie stwierdzić. Objaw ten występuje bardzo rzadko i ze swej strony może wielce utrudnić rozpoznanie w tych przypadkach szczególnie, gdzie zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z rakiem czy też marskością (*cirrhosis*) wątroby. W naszym przypadku pytanie owo powstać nie mogło, gdyż nie było puchliny brzusznej (*ascites*), która jak wiadomo jest stałym objawem z wyjątkowej zanikowej marskości (*cirrh. atrophica*) wątroby. Występuje ona wprawdzie i przy raku wątroby dosyć często u 50% chorych podług statystyki Leichtersterne'a.

Wreszcie wspomnieć nam wypada o żółtaczce, która w danym przypadku doszła do niezwykłego nateżenia. Objaw ten przy raku wątroby występuje dosyć często (mniej niż w połowie przypadków), nie ma on jednakże bynajmniej cechy patognomonicznej, pojawia się bowiem jak wiadomo, przy wielce różnorodnych sprawach chorobowych wątroby, dróg żółciowych i sąsiednich organów jakoto: trzustki, żołądka i t. d. W naszym także przypadku żółtaczka prawdopodobnie zależną była od ucisku dróg żółciowych przez powiększone i zwyrodniałe gruczoły wnętrzy wątroby (*portae hepatis*).

Z rozbioru szczegółowego objawów wyżej podanych łatwo można się przekonać, jakie trudności rozpoznawcze przedstawiały się w danym przypadku, ze względu na brak niemal wszystkich cech charakterystycznych raka wątroby¹⁾. Co się dotyczy rozpoznania to początkowo ze względu na wysoką gorączkę, dreszcze, żółtaczkę i lekkie powiększenie wątroby, przypuszczaliśmy obecność ropni wątroby, w ostatnim jednakże czasie porzuciliśmy to przypuszczenie a ze względu na szybko powstający wiał (*marasmus*), ból w dołku, obrzęk stóp i t. p. objawy, twierdziliśmy stanowczo, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym jamy brzusznej, umiejscawiając go w okolicy żołądkowej. Przypuszczaliśmy mianowicie, że trzustka albo gruczoły zawątrobowe są może punktem wyjścia sprawy chorobnej.

II. SPRAWOZDANIE XII

z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1881.

Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej.

D-r med. **A. R o t h e.**

(Dokończenie — Patrz Nr. 29).

Lecz dość na tem, pozwólcie abym teraz przeszedł do właściwego sprawozdania i w nim wykazał, co w ciągu roku upłynionego czyniono w celu leczenia i pielęgnowania chorych umysłowych.

Rok nasz szpitalny liczy się od 13 Grudnia.

1) Pod tym względem przypadek nasz jest wielce podobnym do przypadku Andral'a (l. c. p. 492 obs. XXXVIII), w którym u mężczyzny 64-letniego dotkniętego rakiem wątroby i żołądka, w ciągu 6-tygodniowego pobytu w szpitalu t. j. do samej śmierci, oprócz żółtaczki, nie wystąpił żaden objaw cechujący raka wątroby, (*absence complète de douleur à la région hépatique, nulle apparence de tumeur ou de rénitence dans l'hypochondre droit, pas de trace d'hydropisie*).

Tablica I wykazująca ogólną liczbę chorych w r. 1881.

Wyszczególnienie	Pozostało			Przybyło			Leczono razem			Ubyło			Pozostaje na rok 1882		
	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem	obłąk.	epilep.	razem
Mężczyzn	187	13	200	161	14	175	348	27	375	176	1	177	172	26	198
Kobiet	169	25	194	102	13	115	271	38	309	106	5	111	165	33	198
Razem	356	38	394	263	27	290	619	65	684	282	6	288	337	59	396

Tablica ta już na pierwszy rzut oka nadzwyczaj przykre robi wrażenie, bo wyraźnie pokazuje, że liczba miejsc w naszych zakładach jest niedostateczna i nie odpowiada wymaganiom miejscowym. Widzimy bowiem, że rok 1882 zaczynamy, nie mając w oddziale męzkim ani jednego, w oddziale zaś żeńskim tylko sześć wolnych miejsc. Chorzy nowo zgłaszający się zatem nie mają możliwości być przyjętymi, albowiem podług przepisów obowiązujących, chorych nad etat przyjmować nie wolno; stąd wypada, że tylko o tyle nowych chorych wstąpić może, o ile ubywa z liczby będących w zakładzie. Że stąd nadzwyczaj wielkie wynikają niedogodności, każdy łatwo pojmie, jeżeli sobie przypomni pewnik psychiatryczny, iż największe szanse wyzdrowienia bywają, jeżeli choroba nie jest zadawniona. Widoki wyzdrowienia, jak to wiadomo, tem więcej maleją, im później chory dostaje się pod specjalną opieką i leczenie. Doświadczenie uczy, że jeżeli choroba prawdopodobnie uleczalna nie trwała dłużej jak miesiąc jeden, to prawie liczyć można, że procent uzdrowionych dojdzie od 50—60; jeżeli zaś choroba trwała od 7 miesięcy do roku to procent uzdrowionych obniża się do 15%, po roku zaś trwania zmniejsza się do 2—5%. Skutkiem tego ma się rozumieć, koszt utrzymania znacznie się powiększa, bo nieuleczalny daleko dłużej pozostaje w zakładzie aniżeli uleczalny; jeżeli ostatni dla swojego wyzdrowienia potrzebuje od 6-ciu miesięcy do roku, to nieuleczalny, a w dodatku jeszcze niespokojny, lub niebezpieczny dla swojego otoczenia w zakładzie pozostaje nie tylko lata, ale dziesiątki lat. Ze sprawozdania z zakładów dla obłąkanych w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej z roku 1860 (*Eight Census of the United States*) dowiadujemy się, że w stanie Wirginii utrzymanie 20 świeżych chorych kosztowało od dnia wstąpienia aż do wyjścia z zakładu, 1265 funtów sterlingów czyli chory kosztował 63,20 fnt. szt.; 20 zaś chorych zadawnionych czyli nieuleczalnych kosztowało 41.653 fnt. szt., zatem jeden chory kosztował 2082,65 fnt. szt. czyli 33 razy więcej niż chory w odpowiednim czasie oddany do zakładu. Ten sam stosunek i u nas ma miejsce, tylko że u nas w oddziale ogólnym chory kosztuje rocznie 186 rs. 50 kop., zatem uleczalny kosztować będzie potrzebując mniej więcej rok do swojego wyzdrowienia 186 rs. 50 kop., gdy tymczasem chory nieuleczalny kosztuje rodzinę, gminę lub nakoniec rząd co najmniej 6154 rs. 50 kop.. Już jedna ta cyfra powinna by przemawiać, za jak najprędzem oddawaniem chorych do zakładu. Wychodząc z takiego poglądu praktycznego, niektóre państwa i prowincyje, o ile mi wiadomo,

przeważnie niemieckie postanowiły, chorych mniej zamożnych i ubogich przyjmować do zakładu bezpłatnie wtenczas, jeżeli choroba nie trwała dłużej niż miesiąc jeden; jeżeli zaś choroba trwała dłużej, to rodzina lub gmina sama musi ponosić koszta kuracyjne. Postanowienie to przyniosło świetne rezultaty, albowiem gminy same pilnują się, aby swoich chorych niezamożnych i biednych, przy pierwszych objawach obłąkania pomieścić w zakładzie, rodziny zaś majątniejsze, widząc dobre rezultaty, jakie ztąd wypływają, naśladują biednych i również dobrze na tem wychodzą. Widzimy zatem, że i przy rozporządzeniach, na pierwszy rzut oka czysto filantropijnych, można jeszcze zrobić dobry interes, bo owe państwa i prowincyje od czasu wprowadzenia tego rozporządzenia znacznie mniej wydają dla swoich obłąkanych, aniżeli dawniej.

Rozporządzenie to za nadto jasno za sobą przemawia aby tu jeszcze mówić o jego stosowności, wysokiem znaczeniu społecznem i ekonomicznem.

Przejdźmy teraz do tablicy następnej, która nam już szczegółowo wykaże, jakie postacie cierpienia umysłowego pozostały z końcem roku i jakie formy przedstawiali chorzy nowo przybyli.

№	Klasyfikacyja chorób podług systemu u nas przyjętego	13 Grudnia 1880 pozostało w zakładach			W ciągu 1880 r. od d. 13 Grudnia do 13 1881 przybyło do zakładu			Leczono ogółem		
		m.	k.	razem	m.	k.	razem	m.	k.	razem
1	Hysteriasis	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Delirium. Mel. Mon. . . .	2	—	2	5	4	9	7	4	11
3	Melancholia	14	18	32	24	26	50	38	44	82
4	Mania generalis	18	18	36	43	31	74	61	49	110
5	Mania partialis	8	—	8	16	—	16	24	—	24
6	Paranoia	14	20	34	9	9	18	23	29	52
7	Dementia	97	99	196	21	25	46	118	124	242
8	Dementia c. paralys. . . .	17	—	17	20	1	21	37	1	38
9	Dementia c. par. progres. .	6	—	6	11	—	11	17	—	17
10	Idiotismus	7	10	17	5	2	7	12	12	24
11	Epilep. c. alienatio	13	18	31	13	4	17	26	22	48
12	Epilep. simplex	—	7	7	1	9	10	1	16	17
13	Obserwacyja	4	4	8	7	4	11	11	8	19
14	Choroby zapalne i inne ośrodków nerwowych .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Morsura	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Razem	200	194	394	175	115	290	375	309	684

Tu koniecznie musimy zwrócić uwagę na pojedyncze formy, albowiem to nas najlepiej objaśni, o ile zakład nasz ma znaczenie lecznicze i o ile służy jako zakład dla pielęgnowania.

Przedewszystkiem nadmienić muszę, że pod względem rozpoznawania, zarówno przy przyjęciu chorego jak i pod koniec każdego roku, nadzwyczaj jesteśmy oględni i ostrożni; dlatego prawie stanowczo mogę powiedzieć, iż liczba chorych dotkniętych formami uleczalnymi jest za wielka a nieuleczalnych za niska. Pochodzi to ztąd, że orzec nieuleczalność chorego, równa się prawie wyrzeczeniu jego śmierci cywilnej, co nie jest rzeczą łatwą i obojętną; z drugiej znowu strony zachęca nas do takich łagodniejszych orzeczeń o nieuleczalności i to doświadczenie, iż niejednokrotnie, po długim nawet trwaniu choroby niespodzianie prawie pojawia się pewne psychiczne polepszenie, które zauważone, stosownie podtrzymywane i racjonalnie leczone, przyczynia się do zupełnego wyzdrowienia.

W przedstawionej tablicy za uleczalne formy możemy tylko uważać Nr. 1, 2, 3, 4 i Nr. 13; warunkowo uleczalne, to jest kiedy niekiedy, Nr. 5, 6 i 12, inne zaś bezwarunkowo należą do nieuleczalnych, jeżeli zaś i między niemi zdarzają się wyzdrowienia, to takie przypadki raczej uważać należy jako zatrzymanie się choroby czyli tak zwany przestanek (*intervallum lucidum*), aniżeli za zupełne wyzdrowienie; a nakoniec nie ma ściśle przeprowadzonej klasyfikacji podług najnowszych pojęć, jak na przykład brak osobnej rubryki dla tak zwanego pomieszania pierwotnego (*primäre Verrücktheit*), które się u nas mieszczą pod formą *mania partialis i paranoia*, i dla tak zwanego pierwotnego stępienia umysłowego (*dementia idiopatica*). Co do uleczalności mamy zatem trzy główne grupy choroby pierwotne, uleczalne 2, 3, 4 i 13; drugorzędne, warunkowo czyli czasami uleczalne 5, 6 12 i krańcowe nieuleczalne 7, 8, 9, 10, 11.

Z końcem roku w zakładach pozostało osób 394, z nich

należało do I kategorii	mężczyzn 83	kobiet 40	razem 78
przybyło	" 79	" 65	" 174
<hr/>			
było zatem	117 kobiet		105 razem 221
pozostało z II kateg.	mężczyzn 22	" 27	" 49
przybyło	" 26	" 18	" 44
<hr/>			
było zatem	48	" 25	" 93
pozostało z III kateg.	mężczyzn 140	" 127	" 267
przybyło	" 70	" 32	" 102
<hr/>			
było zatem	210	" 159	" 329

Mieliśmy zatem na 684 chorych leczonych w ciągu roku zaledwie 32% takich, dla których istniała nadzieja wyzdrowienia; 15% takich, z których prawdopodobnie jeden lub drugi wyzdrowieje. a 53% bez najmniejszej nadziei wyzdrowienia i gdzie jedynym zejściem może być śmierć. Z tego wyraźnie pokazuje się, że nasze zakłady przeważnie są dla pielęgnowania chorych i że koniecznie należy pomyśleć o środkach zapobiegawczych.

Rezultat leczenia najlepiej wykaże nam następująca tablica III wykazująca ogólny ruch chorych co do pojedynczych form obłąkania.

№	Wyszczególnienie pojedynczych form obłąkania	Leczone ogółem			Wyzdrowiało		
		m.	k.	r.	m.	k.	r.
1	Hysteriasis	—	—	—	—	—	—
2	Delirium mel. et maniac .	7	4	11	4	1	5
3	Melancholia	38	44	82	16	12	28
4	Mania generalis	61	49	110	32	15	47
5	Mania partialis	24	—	24	5	—	5
6	Paranoja	23	29	52	6	—	6
7	Dementia	118	124	242	7	2	9
8	Dementia c. paralyssi . .	37	1	38	—	—	—
9	Paralysis progressiva . .	17	—	17	—	—	—
10	Idiotismus	12	12	24	—	—	—
11	Epilepsia c. alienatio . .	26	22	48	1	—	1
12	Epilepsia simplex	1	16	17	1	—	1
13	Observatio	11	8	19	5	5	10
Razem . .		375	309	684	77	35	112

Doznało polepszenia			Bez polepszenia			Umarło			Ubyło w ciągu roku			Pozostaje na rok 1882		
m.	k.	r.	m.	k.	r.	m.	k.	r.	m.	k.	r.	m.	k.	r.
1	1	2	—	—	—	1	1	—	5	3	8	2	1	3
2	9	11	—	3	3	4	3	7	22	27	49	16	17	33
2	7	9	—	—	—	1	3	4	35	25	60	26	24	50
3	—	3	1	—	1	1	—	1	10	—	10	14	—	14
10	2	12	—	1	1	1	—	1	17	3	20	6	26	32
1	4	5	—	12	12	15	15	30	23	33	56	95	91	186
—	—	—	3	—	3	25	—	25	23	—	28	9	1	10
3	—	3	—	—	—	8	—	8	11	—	11	6	—	6
2	1	3	2	3	5	2	1	3	6	5	11	6	7	13
1	1	2	3	3	6	10	1	11	15	5	19	11	17	29
—	5	5	—	—	—	—	—	—	1	5	6	1	11	12
—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	10	6	3	9
25	30	55	9	22	31	67	24	91	178	111	289	198	198	396

W ciągu roku ubiegłego w zakładach naszych było osób 222, dających prawdopodobnie nadzieję wyzdrowienia, z nich wyzdrowiało 90, a zatem 40,5%, co do form pojedynczych to procent był następujący:

Delirium melancholicum et maniacale	45,5%
Melancholia	34,1
Mania generalis	42,7
Mania partialis	20,8
Paranoja	11,5
Dementia	3,7
Epilepsia simplex	5,5
Observatio	52,6

W ogóle zaś procent ten przedstawia się korzystnie, albowiem na 684 wyzdrowiało 112 czyli 16,3%. Dodać tu jednakowoż winienem, że procent ten jeszcze mógłby być większym, gdybyśmy polepszonych nie musieli tak często, pomimo naszej woli, wypisywać za nadto wcześnie.

Procent zaś śmiertelności w ogóle wynosił 13,3%, a mianowicie u kobiet 7,7%, u mężczyzn zaś 17,8%; taka ogromna różnica nie powinna nas dziwić, jeżeli spojrzymy na tablicę w której widzimy, że *dementia c. paralysis* i *paralysis progressiva*, w 1881 r. u kobiet wcale nie była spostrzegana, a u mężczyzn przeszło w 72% przypadków.

W ogóle zatem powiedzieć można, że rezultat czynności lekarskiej w warszawskich zakładach dla obłąkanych dał rezultat nadzwyczaj zadawalniający, ogólny procent wyzdrowienia 16 jest tak świetny, że nawet i w zagranicznych wzorowo urządzonych zakładach nie bywa większy; to samo także powiedzieć można co do śmiertelności 13,3%.

Widocznie zatem, że zakłady działają z korzyścią dla ogółu, jak również i wyżej postawiony pewnik, że korzyść ich mogłaby być daleko większą, gdyby z nich chciano należycie korzystać, to jest powierzać im swoich chorych wtenczas, kiedy rzeczywiście wyleczenie jeszcze jest rzeczą możebną, a nie wtedy dopiero, kiedy już o takowem myśleć nie można. Dowodzą tego cyfry: albowiem z 290 nowo przybyłych w r. 1881 osób, 136 przy wstępie do zakładu należało do nieuleczalnych.

(Patrz Tablica IV.)

I tu znowu pokazuje się, jak znacznie liczba nieuleczalnych między chorymi pozostałymi powiększa się, a mianowicie w dwóch postaciach, to jest w *dementii c. paralysis* i *paralysis progresiva*.

Tu również jeszcze wypada nadmienić, że największa część nieuleczalnych pozostających w zakładach należy do tej kategorii, która znana jest pod nazwą chorych niebezpiecznych dla otaczających, i że ci chorzy, choć nie potrzebują specjalnego leczenia, wymagają specjalnego dozoru i opieki. Powoduje to nadto, że służba u nas, poczynając od najniższej, aż do zwierzchników, uważana jest nie tylko jako trudna i uciążliwa ale nawet niebezpieczna.

Przedstawiwszy ruch chorych w ciągu całego roku, pozostaje mi jeszcze przedstawić osobną tablicę, która nam wykazuje ruch miesięczny, a czynimy to z tego

powodu, że niektórzy autorowie pewnym miesiącom przypisują szczególne znaczenie co do powstawania chorób umysłowych. Co do mnie, to wpływu pojedynczych miesięcy nie mogłem stwierdzić, a to głównie z tego powodu, iż u nas nadzwyczaj rzadko i wyjątkowo zdarza się, aby chory przybył do zakładu w tym samym miesiącu, w którym zachorował. Tablica więc piąta nie przedstawia znaczenia praktycznego i podana jest tylko dla dokładności sprawozdania.

Tablica IV wykazuje nam rzeczywisty remanent co do pojedynczych form pozostałych na początku bieżącego roku.

№	Formy obłąkania	Powinno było zostać			Pozostało rzeczywiście		
		m.	k.	r.	m.	k.	r.
1	Hysteriasis	—	—	—	—	—	—
2	Delirium mel. et mania	2	1	3	2	1	3
3	Melancholia	16	17	33	9	12	21
4	Mania generalis	26	24	50	25	14	39
5	Mania partialis	14	—	14	4	—	4
6	Paranoja	6	26	32	9	19	28
7	Dementia	95	91	186	82	114	196
8	Dementia c. paralysis	9	1	10	24	1	25
9	Paralysis progressiva	6	—	6	20	—	20
10	Idiotismus	6	7	13	3	7	10
11	Epilepsia c. alienatio	11	17	29	11	17	29
12	Epilepsia simplex	1	11	12	1	11	12
13	Observatio	6	3	9	8	2	10
Razem		198	198	396	198	198	396

Tablica V wykazująca ruch chorych co do miesiący.

Miesiące	Przybyło					Wyzdrowiało					Polepszeni			Bez polepszen.			Umarło								
	Oblak.		Epilep.		Raz.	Oblak.		Epilep.		Raz.	Obl.		Epil.	Raz.	Obl.		Epil.	Raz.	Obl.		Epil.		Raz.		
	m.	k.	m.	k.		m.	k.	m.	k.		m.	k.	m.		k.	m.	k.		m.	k.	m.	k.		m.	k.
Grudzień	8	9	—	3	20	5	3	—	—	8	—	1	—	1	—	1	—	1	2	5	4	1	—	10	
Styczeń	4	5	1	2	12	5	2	—	—	7	2	3	—	1	6	—	2	—	1	2	7	1	—	8	
Luty	14	10	3	—	27	5	1	—	—	6	2	—	—	2	—	1	—	—	1	8	2	2	—	12	
Marzec	19	8	2	1	30	3	2	1	—	6	4	2	—	1	7	—	1	—	1	3	3	2	—	8	
Kwiecień	11	11	2	—	24	6	3	—	—	9	4	3	—	—	7	1	2	—	—	3	6	2	1	—	9
Maj	17	9	—	1	27	7	2	1	—	10	2	1	—	3	6	1	2	—	1	4	3	1	—	4	
Czerwiec	17	15	—	—	32	8	5	—	—	13	4	4	—	—	8	2	7	—	—	9	6	2	—	8	
Lipiec	22	9	2	1	34	6	3	—	—	9	2	3	1	—	6	—	1	1	—	2	2	—	1	1	4
Sierpień	12	4	1	2	19	6	4	—	—	10	2	1	—	—	3	1	1	—	—	2	4	2	1	—	7
Wrzesień	10	10	1	—	21	6	4	—	—	10	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	3	4	—	7	
Październik	9	8	1	2	20	9	4	—	—	13	1	4	—	—	5	1	—	—	—	1	5	1	2	—	8
Listopad	19	4	—	1	24	9	2	—	—	11	1	2	—	1	4	—	—	—	—	—	5	1	—	—	6
Razem	162	102	13	13	290	75	35	2	—	112	24	24	1	6	55	6	19	2	3	30	57	23	10	1	91

Tablica VI wykazuje wiek nowoprzybyłych.

Wiek	Obląkan.		Epilept.		Ogół
	M.	K.	M.	K.	
od 10—15 l.	7	—	1	—	8
15—20	12	15	—	8	35
20—25	14	14	3	—	31
25—30	8	14	—	3	25
30—35	23	15	4	1	43
35—40	31	12	5	1	49
40—45	41	9	—	—	50
45—50	13	10	1	—	24
50—60	7	7	—	—	14
60—70	3	4	—	—	7
70—80	2	2	—	—	4
Razem	161	102	14	13	290

Tablica VII wykazuje stan nowoprzybyłych.

Stan chorych	Obląkan.		Epilept.		Ogół
	M.	K.	M.	K.	
Żonatych zamężnych	69	47	6	2	124
Wdowców	32	—	—	—	43
Wdów	—	11	—	—	
Kawaler.	60	—	8	—	123
Panien	—	44	—	11	
Razem	161	102	14	13	290

Tablica VI i VII jak najzupełniej potwierdzają to co powyżej już wypowiedziałem i dlatego nie potrzebują objaśnienia.

Tablica VIII wykazuje ostatni pobyt przed przybyciem do zakładu.

Wyszczególnienie	Obląkan.		Epilept.		Razem
	M.	K.	M.	K.	
z Warszawy	81	55	9	7	152
z gub. Król.	73	45	5	5	128
z gub. Ces.	7	2	—	1	10
Razem	161	102	14	13	290

Tablica IX wykazuje, który raz osoba przybyła do zakładu.

Formy	Płeć	1-szy raz	2-gi raz	3-ci raz	4-ty raz	5-ty raz	Więcej	Razem
Obląkan.	M.	112	32	12	3	2	—	161
	K.	79	1	5	5	—	1	102
Epilept.	M.	3	5	2	3	1	—	14
	K.	9	3	—	1	—	—	13
Razem		203	52	19	12	3	1	290

W tablicy IX-tej widzimy, że na 290 chorych nowoprzybyłych, po raz pierwszy wstąpiła dość pokaźna cyfra 203 i ztąd możnaby wnioskować, że procent prawdopodobnego wyzdrowienia powinien być bardzo znaczny; lecz na nie szczęście widzimy porównyując cyfrę tę z tablicą II-gą, że w liczbie uleczalnych było tylko 114, reszta zaś 89 należy do liczby tych, którzy w zakładzie znaleźli się zbyt późno t. j. wtedy, gdy już o leczeniu mowy być nie może. Jeszcze dobitniej to samo zobaczymy w Tablicy X.

Tablica X-ta pokazująca prawdopodobny czas trwania choroby przed przybyciem do zakładu.

Wyszczególnienie	do 3 miesięcy		do pół roku		do 9 mies. roku		do 1 do 2 lat		Więcej nad 2 l.		Razem		Ogół.		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.			
Obląkani . . .	25	44	19	12	32	3	28	9	27	5	30	29	161	102	263
Epileptycy . . .	2	—	3	—	1	—	2	—	2	1	4	12	14	13	27
Razem	27	44	22	12	33	3	30	9	29	6	34	41	175	115	290

W tablicy tej nadzwyczaj rażącym jest stosunek nowoprzybyłych mężczyzn i kobiet w ciągu pierwszych trzech miesięcy po prawdopodobnem rozpoczęciu się choroby; gdy bowiem na 161 mężczyzn przybywa do szpitala tylko 27, to na 102 kobiety przybywa ich 44. Jaka tu być może przyczyna? Sądzę że ta, na którą już w innem wskazałem miejscu, t. j. że chore kobiety prędzej i wcześniej znajdują dobrą opiekę, aniżeli chorzy mężczyźni.

Tablica XI pokazuje nam wykształcenie nowoprzybyłych.

Wyszczególnienie	Obląkan.		Epilep.		Razem
	m.	k.	m.	k.	
z wyższym	59	27	—	1	87
z średnim	72	25	5	2	104
z niższym wykształc.	30	50	9	10	99
Razem	161	102	14	13	290

Tablica XII utrzymanie wszystkich chorych pod względem administracyj.

Klasy	Obląkan.		Epilep.		Razem
	m.	k.	m.	k.	
Klasa I.	13	10	—	1	24
„ II.	48	51	—	3	102
Oddział ogólny	251	210	27	34	522
Razem	312	271	27	38	648

Tablica XIII wykazuje powołanie lub zatrudnienie nowoprzybyłych mężczyzn.

Wyszczególnienie	Oblakani	Epileptyk.
Oficerów	6	—
Żołnierzy	14	2
Ze stanu duchown.	4	—
Ze stanu lekarsk.	2	—
Nauczycieli i Studentów	14	1
Urzędników	18	1
Kupców	9	—
Obywateli ziemsk.	18	—
Rzemieślników	39	2
Artystów	1	—
Emerytów	1	—
Wyrobników	9	4
Włościan	26	4
Razem	161	14

Tablica XIV wykazuje prawdopodobną przyczynę, która wywołała obłąkanie.

Wyszczególnienie	M.	K.	Razem
Wady wrodzone	9	6	15
Dziedziczność	10	8	18
Choroby mózgu i opon	14	2	16
Uderzenie	2	—	2
Przyczyny psychicz.	12	9	21
Praca umysłowa	15	2	17
Nadużycie wysok.	12	5	17
Onanizm i naduż. płci	39	5	44
Niedostatek	32	1	33
Po tyfusie	3	1	4
Syphilis	5	—	5
Nieprawidłowa mies.	—	1	1
Połów	—	4	4
Ciąże i chor. macicy	—	5	5
Starość	—	3	3
Niewiadomo	22	63	85
Razem	175	115	290

Tablica XV wykazuje jak długo chorzy przebywali w zakładach.

Wyszczególnienie	do 3 miesięcy		do 6 miesięcy		do 9 miesięcy		Rok 1		do 2 lat		do 5 lat		do 10 lat		do 15 lat		do 20 lat		do 30 lat		do 40 lat		razem		ogółem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.			
Oblakani . . .	62	51	31	31	59	17	61	7	35	67	22	41	26	37	14	13	19	1	14	4	2	2	348	271	619		
Epileptycy . . .	2	4	5	6	4	—	4	3	3	11	5	7	3	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	27	38	65
Razem . . .	67	55	36	37	63	17	65	10	38	78	27	48	29	43	14	14	19	1	14	4	2	2	375	309	684		

Tablica XVI wykazująca przyczynę śmierci.

Wyszczególnienie	Choroby mózgowia i opon		Nowotwory mózgowia		Płuca i oskrzela		Zolaćka, kiszka i gruczołów przyległych		Choroby nerek		Gruźlica		Wyniszczenie ogólne		Apopleksja mózgowa		Razem		Ogółem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	
Delirium mel. et mania		1																1		1	
Melancholia	2				1	2		1					1					4	3	7	
Mania generalis	1					3		1										1	4	5	
Mania partialis									1									1		1	
Paranoja	1																	1		1	
Dementia	6	2			8	7		4		1						1		15	14	29	
Dementia c. paralysis	7		4		3				2		1					8		25		25	
Paralysis progressiva	6															2		8		8	
Idiotismus	1									1			1					2	1	3	
Epilepsia c. alienatio	7							1					2		1			10	1	11	
Razem	31	3	4		12	12		7	3	2	1		4		12		67	24	91		

Na zakończenie winienem dodać, że tak zakład Ś-go Jana Bożego jako i oddział dla kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus, każdy urządzony jest na 200 chorych czyli ogółem dla **400** chorych.

Największa liczba chorych mężczyzn było 203, kobiet zaś 204

Najniższa „ „ „ „ 186 „ „ 193

Średnia „ „ „ „ 195 „ „ 198

Liczba dni szpitalnych 71694 72711

Przecięciowo przebywali w zakładzie . 191 225 dni

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Niestrawność (*Dyspepsia*). Pogląd na obecne stanowisko nauki o chorobowych zmianach czynności przewodu pokarmowego, o sposobach ich powstawania, rozpoznawania i leczenia. Przez Mikołaja Rejchmanna, Warszawa 1882 roku.

Ścisłe rozpoznanie a co za tem idzie i odpowiednie pod każdym względem leczenie wielu cierpień przewodu pokarmowego należy po dziś dzień do liczby bardzo trudnych zadań. Nie bacząc na coraz bardziej rozpowszechniające się zastosowanie cewnika i pompki żołądkowej, nie bacząc na rozliczne, a wciąż upraszczane sposoby fizykalnego i chemicznego badania tak wszelkich wydzielin jak i samych narządów onego przewodu, zarówno fizjologija jak i patologija dalekiemi są jeszcze od wyrzeczenia w rozlicznych przypadkach stanowczego słowa. Lekarzowi też w codziennem życiu nie rzadko spotykać się dają przypadki, które, pomimo woli, zmuszonym jest pojmować jako zboczenia czynnościowej jedynie przyrody. Naczynia, nerwy, stan krwi lub też nie znane mu jeszcze zmiany anatomo-patologiczne tkanek, są wtedy całą jego, acz bardzo wątplą pociechą. Głównie też zboczenia czynnościowe, które, wobec teraźniejszego stanu nauki, muszą być złączone pod ogólną, a czasowo tylko usprawiedliwioną w patologii nazwą „niestrawność,” znalazły pożądanego tłumacza w kol. Rejchmanie. Dotychczas autorowie podręczników z małymi tylko wyjątkami, traktowali ją po macoszemu, ograniczali się na pobieżnem zaledwie jej traktowaniu, pozostawiając resztę domyślności i fantazyi czytelnika który na ten temat, mógł sobie wytwarzać najrozmaitsze kombinacje. Z tej to utartej drogi zoczył kol. R., nie żałował bowiem trudu, żeby książce swej nadać, o ile się dało, cechy zaokrąglonej całości.

Rzecz sama, poprzedzona spisem dostępnej dla autora literatury, rozpada się na wstęp, część fizjologiczną, wywód choroby, objawy, przyczyny, kliniczne formy niestrawności, przebieg, rozpoznanie i leczenie. Po zestawieniu z sobą różnych poglądów Hipokrates'a, Cels'a, Galena, Boerhave'go, I. de Gauris'a Sauvage'a, Cullen'a, Broussais'ego, Chome'a, Bamberger'a, Henoeh'a, Budd'a, Brinton'a, Niemeyer'a, Laubego, Jaccoud'a, Leven'a, Gubler'a, Raymond'a, Germain'a Sée, autor przystępuje do bliższego scharakteryzowania niestrawności. Wedle niego „słowo“ (chyba wyraz) i pojęcie „*Dyspepsia*“ musi być zachowane dopóty w nauce, dopóki nie będą zbadane nieznane warunki anatomiczne prowadzające wszystkie obserwowane przez nas formy kliniczne zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. „*Dyspepsia*, powiada autor, nie stanowi samodzielnej choroby, jest to zbiór objawów, zbiór zmian czynnościowych, występujących już to wskutek znanych zmian anatomicznych, już też nie znanych.“ Tak sformuławszy swój pogląd, rozbiera dalej punkt wyjścia niestrawności, związek różnych jej form między sobą, zastanawia się nad trudnościami badania zmian czynnościowych i podaje metody tychże badań. Dział fizjologiczny przypomina czytelnikowi najważniejsze dane, dotyczące budowy i czynności narządów trawienia, zawiera też wyniki samodzielnych badań autora o działaniu soku żołądkowego, określeniu siły trawienia, które to prace drukowaliśmy w zeszłorocznym tomie naszego pisma. Następnie przechodzi kol. R. do patologii i rozbiera cechy i sposób powstawania form niestrawności, polegających na zaburzeniach w narządach trawienia, zastanawia się też nad postaciami, zależnymi od zaburzeń chorobowych innych organów i nad temi, które rozwijają się na skutek zboczeń w prawidłowym składzie krwi i w całym ustroju. Dział ten korzystnie dopełnia szczegółowy przegląd objawów tak miejscowych jak i współczulnych, wraz z rzutem oka na następstwa niestrawności, w postaci

zaburzeń w sferze psychicznej i w odżywianiu. Przyczyny niestrawności dzieli autor na wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych zalicza: słaby ciałośkład: malokrwistość i wodnistość krwi, charłactwo, stany gorączkowe, choroby różnorodnych narządów, robaki kiszki, brak zębów, wiek: do drugich należą: pokarm, napoje, tytuń, lekarstwa, wpływy moralne, zajęcia umysłowe, praca fizyczna, zanieczyszczone powietrze, ciasne ubranie, wysoka ciepota powietrza, zaziębienie. Całość dopełnia udatny podział na niestrawność nieżytową, atoniczną i skurczowo-bolesną, rzut oka przebieg, rozpoznanie, a wreszcie leczenie.

Widzimy przeto, że zakres pracy wytknął sobie autor bardzo rozległy; obszar też ten i częste wątpliwości, których nauka dotychczas rozjaśnić nie zdołała, winić należy, że pomimo całej wartości pracy kol. R., nie jest ona wszelako pozbawioną pewnych usterek. Autor, rzecz naturalna, starał się jak najwięcej faktów zgrupować i na nich oprzeć swe rozumowania i wywody, starał się utrwalić takowe w umyśle czytelnika, ztąd też miejscami czuć się daje brak nieco ściślejszej krytyki i częste powtarzanie się jednych i tychże samych rzeczy. Niektóre też części działów są, mojem zdaniem, zupełnie zbyteczne (np. anatomija patologiczna chorób żołądka), gdyż w ten sposób uprawiane niczego nie uczą, inne znów napisane są nieco za rozwlekle (część fizjologiczna) powtarzają bowiem po większej części rzeczy znane ze wszystkich podręczników anatomii i fizjologii.

Zdaje mi się, że należało w zamian za to rozszerzyć nieco dział, poświęcony leczeniu, uwzględnić o wiele więcej kuracyję mleczną, dyjetę. Mówiąc o nich autor więcej ma na celu wykazanie własności fizyko-chemicznych mleka, serwatki, kumysu i t. p. aniżeli zwrócenie uwagi na lecznicze ich działanie. Króciutko też bardzo uwzględnionemi zostały wody mineralne. Po macoszemu obszedł się kol. R. z cewnikiem żołądkowym, z prawdziwą szkodą rozdziałów o metodach badania niestrawności i leczeniu takowej. Przy rozróżnianiu zwykłej niestrawności od tej jaka towarzyszy rakowi żołądka, pominięto zupełnie ciekawe bardzo wyniki prac von den Walden'a (*Ueber das Vorhanden u. d. Mangel der freien Salzsäure im Magensaft bei Gastrektasie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XXIII*), który badając sok żołądkowy osobników cierpiących na rozszerzenie żołądka z równoczesnym rakowatym zwężeniem odźwiernika lub bez takowego, zrobił niepomiernie interesujące spostrzeżenie, że u chorych na raka sok żołądkowy nigdy nie zawiera swobodnego kwasu solnego. Jakkolwiek nie wiem, czy dalsze badania potwierdziły wyniki dociekań van den Walden'a, wzmianka wszelako o nich powinna była znaleźć miejsce w książce, w której autor umiał nagromadzić tyle innych ciekawych danych.

Wkradły się też do pracy kol. R. pewne nieporządki. Tak np. opuszczono opis budowy ślinianek, którym przecież nie odmawia autor ważnego znaczenia i sam opisuje przypadek niestrawności, która rozwinęła się tylko z tego powodu, że chory nie starał się poddawać pokarmy mączne należytemu działaniu śliny. Nie rozumiem też dla czego w części fizjologicznej, gdy mowa jest o różnych gatunkach trawienia, rozpoczęto od trawienia żołądkowego, następnie zwrócono się do jamy ustnej, a dopiero potem powrócono do trawienia kiszki. Rzecz to tylko nieuwagi.

Z tego com tu podał bynajmniej nie mam zamiaru robić zarzutów kol. R., zrobiłem tylko swoje uwagi do których upoważniał mię obowiązek krytyka. Przeciwnie dzieło autora śmiało polecić mogę każdemu, kto tylko chce zapoznać się z najnowszym kierunkiem nauki o trawieniu i patologii chorób przewodu pokarmowego. Rzecz sama napisana jest dość gładko, często poparta przykładami z praktyki, a nieliczne zresztą błędy językowe łatwo dają się usprawiedliwić.

L. A. Anders.

Redakcyja otrzymała od Zarządu Towarzystwa naukowego akademików polaków w Berlinie: list treści następującej:

W drugim półroczu istnienia swego liczył wydział medyczny 20 członków, podczas gdy w Towarzystwie naukowym zapisanych było 27 słuchaczy medycyny. Posiedzenia odbywały się raz w tydzień, na których czytano rozprawy z dziedziny medycyny i rozbiegano je krytycznie. Oprócz tego na każdym posiedzeniu miewali członkowie wykłady anatomii, mające głównie na celu przyswojenie sobie terminologii polskiej. Z rozpraw wygłoszonych w ostatniem półroczu wymienić nam wypada:

- 1) Kol. Panka „Głos i mowa“;
- 2) Kol. Jaruszeński „O pęcherzu moczowym“;
- 3) Kol. Truszczyńskiego „O tyfusie brzuszny z uwzględnieniem szczególnem nowych spostrzeżeń na polu etyologiczno-patologicznem“.
- 4) Kol. Trzeińskiego „O mechanizmie oddechania“.
- 5) Kol. Wróblewskiego „Ślina, jej tworzenie się i działanie“;
- 6) Kol. Żuralskiego „Anatomia serca: położenie jego względem płuc przy oddechaniu“.
- 7) Kol. Żuralski „O tkance mięśniowej pod względem histologicznym“.
- 8) Kol. J. Panieńskiego „O własnościach fizjologicznych mięśni“.
- 9) Kol. Holtzera „O histologicznej budowie nerwów“.

Biblioteka medyczna znowu się powiększyła o kilka dzieł, które po większej części wydziałowi w podarunku przesłano. Łaskawym Panom ofiarodawcom, a mianowicie p. prof. D-r Korczyńskiemu z Krakowa, p. D-r Rybzyńskiemu z Krakowa i p. D-r Rogowiczowi z Warszawy składa wydział niniejszem serdeczne dzięki. Do zarządu wydziału w półroczu letniem należeli kol. A. Kołodziej jako przewodniczący, kol. K. Wróblewski jako pisarz, kol. J. Trzeiński jako skarbnik.

Na czas półroczu zimowego 1882/83 wybrano kol. Trzeińskiego przewodniczącym, kol. J. Panieńskiego pisarzem i kol. W. Żuralskiego skarbnikiem wydziału.

Berlin dnia 29 Lipca 1882.

A. Kołodziej
prezes.

K. Wróblewski
pisarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. „Przegląd lekarski“ w N-rze 30 podaje, iż Ministerjum w odpowiedzi na przedstawienie przez wydział lekarski kandydatów na profesora kliniki chirurgicznej Jagiellońskiego uniwersytetu, zrobiło uwagę, iż kandydaci Rydygier i Lesser są obokrajowcami, że Mikulicz posiada język polski w tym stopniu, że mógłby w nim wykładać. Na te uwagi Wydział lekarski odpowiedział, iż profesorowie uniwersytetu lekarskiego osobiście przekonali się o niedostatecznej znajomości języka polskiego przez D-ra Mikulicza, a co do kwestyi poddaństwa, to zwraca uwagę na 2 kandydatów poddanych austriackich: D-rów Obalińskiego i Hofmokla.

Wiedeń. Sale tutejszego szpitala Allgemeines Krankenhaus mają być oświetlone elektrycznością.

— Na profesora kliniki lekarskiej po Duchek'u obrany został ostatecznie profesor Notnagel.

Berlin. Prof. Volkmann z Halli odmówił przyjęcia proponowanej mu katedry kliniki chirurgicznej po ustępującym w stan spoczynku Langenbeck'u, za co otrzymał od miasta Halli dyplom obywatela honorowego, a studenci wyprawili mu pochód z pochodniami. Gazety niemieckie wspominając o tym fakcie odmowy, widzą w nim dowód zaprzeczenia jakoby od czasu ostatniej wojny miała miejsce w Niemczech ciągła centralizacyja naukowa, którą wciąż wytykają swym sąsiadom z za Rennu. Dowód to jednak za słaby i czem innem wytłomaczyć się dający.

Londyn. Na pomnik dla Darwina mający stanąć w sali sekeyi historii naturalnej w muzeum South Kensington, zebrano do końca Czerwca r. b. 62,175 franków.

Halla. Tutejszy docent D-r Seligmüller mianowany został profesorem nadzwyczajnym