

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHÓRZYCH NERWOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE D-ra W. GAJKIEWICZA.

I. Z DZIEDZINY HISTERYI.

Napisał

Adam Wizeł,

asystent oddziału.

Badania nad histeryją, dokonane w ostatnich czasach przez neuropatologów, zreformowały w wysokim stopniu pojęcie nasze o tej chorobie: z jednej strony wzbogaciły znacznie jej symptomatologiję, z drugiej rzuciły sporo światła na jej zagadkową istotę. Ciasny pogląd na histeryję, jako na cierpienie, trapiące wyłącznie rodzaj żeński i zależne od zaburzeń w sferze płciowej, pogląd, który do ostatnich lat jeszcze posiadał licznych wyznawców wśród lekarzy, runął dziś ostatecznie pod ciosem nowych, zdumiewających odkryć. Na gruzach dawnych, ograniczonych pojęć wyrosły nowe, szerokie, głęboko uzasadnione. Dla dzisiejszych neuropatologów histeryja jest dynamicznem cierpieniem układu nerwowego, zarówno właściwem kobietom, jak i mężczyznom, zarówno atakującym dzieci, jak i starców. Cecha jej najcharakterystyczniejsza — to nadzwyczajna różnorodność objawów, czyniąca ją najbogatszem pod względem symptomatologii cierpieniem. Wszystkie części układu nerwowego mogą ulegać zakłóceniom histerycznym. Co do istoty histeryi, to pod tym względem można snuć tylko mniej lub więcej prawdopodobne domysły. Jedni upatrują rdzeń choroby w łatwo pobudliwej słabości elementów nerwowych, w wzmożonej niestałości (*Labilität*) molekuł [OPPENHEIM¹⁾]; inni nacisk główny kładą na moment psychiczny, twierdząc, że zmiany cielesne przy histeryi są wynikiem wyobrażeń, że widownią spraw, na tle których rozwijają się objawy histeryczne, są najwyższe sfery układu nerwowego, a mianowicie te części mózgu, których czynność jest związana ze zjawiskami świadomości [MOEBIUS²⁾]. Być może, iż pogląd ostatni jest nieco przesadzony, zaprzeczyć się jednak nie da, że mnóstwo objawów histerycznych znajduje swe wytłómaczenie w analizie psychologicznej. Dość wspomnieć badania szkoły Salpêtrière'skiej nad wpływem suggestyi na rozwój i znikanie wielu za-

¹⁾ OPPENHEIM, Thatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie. Berl. klin. Wochenschrift. 1890. 25.

²⁾ MOEBIUS. Referat z pracy OPPENHEIM'a w SCHMIDT's Jahrbücher 1890. N. 8.

kłóceń histerycznych. Znajomość wszystkich poszczególnych form, w jakich objawiać się może histeryja, jest nader ważną dla neuropatologów i dla każdego wogóle lekarza; stanowi ona tarczę obronną przeciwko mniej lub więcej przykrym w dyjagnostyce pomyłkom. W ostatnich czasach dowiedziono, że histeryja umie zręcznie podszywać się pod wiele innych, częstokroć organicznych cierpień układu nerwowego. Tak stwierdzono niezbitcie, że histeryja może naśladować między innymi: drżączkę porażenną, drżenie starcze, chorobę BASEDOW'a, stwardnienie mózgo-rdzeniowe rozsiane [PITRES ¹⁾, CHARCOT ²⁾], guzy mózgowia [PITRES, GRASSET ³⁾], cierpienia przymiotowe i toksyczne układu nerwowego [SOUQUES ⁴⁾], syringomyelię [CHARCOT ⁵⁾], automatyzm epileptyków [SAINT-AUBIN ⁶⁾] i t. d.. Wnioski te zostały wysnute z licznych, nader sumiennych i nieznanych dawniej spostrzeżeń.

W pracy niniejszej mamy zamiar przedstawić szereg zaburzeń histerycznych, odkrytych lub poznanych dobrze dopiero w ostatnich czasach. Z zadania tego wywiązywać się będziemy w miarę, jak nasz materiał kliniczny będzie się coraz bardziej wzbogacał. Za pierwszy temat obraliśmy t. zw. astazyję-abazyję.

I.

ASTAZYJA-ABAZYJA.

Zanim przystąpimy do szczegółowego opisu cech klinicznych astazyi-abazyi, zanim powiemy cokolwiek o jej etyologii i istocie, postaramy się dać czytelnikowi ogólne pojęcie o tej nieznannej dawniej postaci chorobowej. W tym celu przytoczymy jedno ze spostrzeżeń CHARCOT'a, które może posłużyć za klasyczny przykład omawianego cierpienia.

Na lekcyi poliklinicznej, mianej d. 5 Marca 1889 r., prof. CHARCOT ⁷⁾ demonstrował pewnego chorego, który wskutek zatrucia tlenkiem węgla stracił możność chodzenia. Kiedy badano chorego tego w łóżku, okazało się, że ruchy dolnych kończyn są jaknajswobodniejsze i że nie ma ani jednego objawu, któryby przemawiał za jakimś znanem, bądź organicznem, bądź dynamicznem porażeniem mlecza pacierzowego. Gdy kazano choremu poruszać nogami w najrozmaitszych kierunkach, czynił to dokładnie i z prawidłową siłą, nawet wtedy, kiedy oczy miał zamknięte. Tonus mięśniowy nie był wzmożony, żadnego przykurczu nie można było dostrzedz, czucie zarówno skórne, jak i głębokie — jaknajprawi-

1) PITRES. Des tremblements hystériques. Paris. 1889.

2) CHARCOT. Des tremblements hystériques. Le Progr. Méd. 1890. N. 36.

3) GRASSET. Leçons sur un cas de maladie des ties et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches. Arch. de neurol. Vol. XX. N. 58, 59. 1890.

4) SOUQUES. De l'hystérie mâle. Arch. générales. 1890. Aout.

5) CHARCOT. Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Policlinique. 1888—1889.

6) SAINT-AUBIN. Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie. Paris. 1890.

7) CHARCOT. Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Policlinique. 1888—1889. 16-e leçon.

dłowsze, odruchy kolanowe prawidłowe. Chory, o którym mowa, leżąc w łóżku, jaknajswobodniej obracał się na wszystkie strony; kładł się z łatwością na wznak, na brzuch, co więcej, mógł nawet dokładnie naśladować ruchy ludzi pływających.

Nie dość na tem. Gdy chorey znajdował się w pozycji siedzącej, również nie można było dostrzedz najmniejszej nieprawidłowości ruchowej w dolnych kończynach. Chory ten nadto mógł stać jaknajswobodniej, fechtować się, skakać na jednej nodze i na obu, chodzić na czworakach, mimo jednak tej zdolności wykonywania wszystkich powyższych ruchów chodzić prawidłowo żadną miarą nie mógł. Chory, co prawda, czynił wysiłek chodzenia, ale chodził źle; w miejsce zwykłej koordynacji ruchowej, warunkującej prawidłowy akt chodzenia, zjawiała się nieprawidłowa. Chory pochylał się całym ciałem naprzód, nogi mu sztywniały, dotykały ziemi tylko palcami i ślizgały się jak gdyby po podłodze, chód składał się z szeregu gwałtownych kureczów, jakie bywają w niektórych formach paraplegii spastycznej.

W powyższym przypadku istniała tylko niemożność chodzenia [abazyja], w innych wszakże chorey nie może jednocześnie stać prawidłowo [astazyja].

Po tych wstępnych uwagach możemy już dać tymczasową definicję kliniczną omawianej choroby. Astazyja-abazyja jest to zboczenie, polegające na utracie koordynacji ruchowej, warunkującej akt prawidłowego stania i chodzenia, zboczenie, mogące istnieć przy prawidłowej sprawności ruchowej i przy prawidłowym czuciu dolnych kończyn. Przystąpimy teraz do przeglądu rozwoju historycznego pojęć o zajmującym nas zjawisku.

I. Część historyczna.

Pierwszą wzmiankę o zboczeniu, znanem obecnie pod nazwą astazyi-abazyi, znajdujemy w przestarzałej pracy prof. JACCOUD pod tytułem: „*Paraplégies et ataxie du mouvement*“¹⁾. W dziele tem autor wspomina o bezładzie wynikającym z braku koordynacji automatycznej i cechującym się następującymi znamionami: „Ruchy są prawidłowe, gdy są wykonywane przez chorego w pozycji leżącej lub siedzącej; stają się zaś ataktycznymi dopiero podczas stania i chodzenia; widzimy wtenczas mimowolne skurcze, które burzą równowagę, lub niszczą harmoniję aktu czynnościowego, ilekroć podeszwy zbliżają się do ziemi“. JACCOUD przypuszcza, iż zjawisko to zależy od chorobliwej nadpobudliwości ruchowej rdzenia (*hyperkinésie morbide de la moelle*), powstającej w chwili stykania się podeszwy z ziemią.

Hipotezie JACCOUD'a można przedewszystkiem postawić ten zarzut, iż nie tłómaczy przypadków, w których abazyja istnieje bez astazyi; wszak zarówno przy staniu, jak i przy chodzeniu stopy dotykają ziemi; dlaczego raz fakt ten powoduje objawy hiperkinezy, drugi raz zaś objawów tych nie wywołuje? [CHARCOT]. Prócz tego, moglibyśmy od siebie dodać jeszcze, iż również pozostawia

¹⁾ JACCOUD. *Paraplégies et ataxie du mouvement*. Paris. 1864. Cyt. z pracy Brocq'a: „*Sur une affection caractérisée par de l'astaxie et de l'abaxie*“.

nierozumiałemi te formy abazyi, które znane są pod nazwą: *abasié paralytique* [o czem niżej], a które nie cechują się żadnemi mimowolnemi skurczami.

19 lat upłynęło od czasu wyjścia pracy JACCOD'a, zanim ukazała się w literaturze powtórna wzmianka o zajmującym nas cierpieniu. W 1883 r. CHARCOT i P. RICHER ogłosili w czasopiśmie *Medicina Contemporanea* pracę pod tytułem: „O specjalnej formie niemocy ruchowej kończyn dolnych, powstającej z braku koordynacyi odnośnie do stania i do chodzenia“¹⁾, w której znajdujemy obraz kliniczny i opis choroby, znacznie już zbliżony do dzisiejszych opisów. Zboczenie zjawia się w następstwie wstrząśnienia psychicznego lub urazu. Gdy chory leży, czynności kończyn dolnych są jaknajprawidłowsze; zaburzenie objawia się dopiero w chwili, gdy chory staje, lub zaczyna chodzić. Cierpienie jest łagodne, natury histerycznej i ustępuje nagle lub powoli. Nie zależy ono, jak przypuszczał JACCOD, od zwiększonej pobudliwości ruchowej rdzenia, lecz jest poprostu utratą koordynacyi specjalnych ruchów, warunkujących akt stania i chodzenia.

W 1884 r. CHARCOT wraca do tego samego przedmiotu. Korzystając z pewnego przypadku abazyi, uczony ten kilkakrotnie na wykładach klinicznych [ogłoszonych przez MILIOTTI'ego²⁾] analizuje treść omawianego zboczenia. Między innymi zaznacza różniczkowe rozpoznanie abazyi, przytaczając podobne cierpienia, jak: płasawica rytmiczna i bezwład histeryczny. Rok 1885 przyniósł ze sobą nowe prace: prof. WEIR-MITCHELL z Filadelfii³⁾ zastanawia się nad bezładem ruchowym u histeryczek, do którego zalicza przypadki, podobne do astazyi-abazyi. Odróżnia on dwie formy inkoordynacyi ruchowej przy histeryi: jedną zależną od anestezyi, drugą, istniejącą przy zupełnie prawidłowym czuciu. Tę ostatnią autor opisuje w sposób następujący. Chora swobodnie wykonywa wszystkie ruchy kończynami dolnymi, dopóki leży. Z chwilą wszakże, gdy usiłuje stanąć, natychmiast objawia niemoc utrzymania ciała w równowadze. Chora pada na jedną stronę, stara się powrócić do położenia pionowego, lecz zaraz znów pada na drugą i t. d. Usiłowania, przedsiębrane celem zachowania równowagi, przekraczają fizjologiczną miarę, tak, że wydaje się, jak gdyby istniała w tych razach wadliwa czynność mięśni antagonistów. WEIR-MITCHELL przypuszcza, że dane zboczenie zależy od opóźniania się bodźców mózgowych dla masy mięśniowej, że inkoordynacja jest wynikiem powolności percepcyi potrzeby pobudzenia mięśni przeciwnych, lub też powolności wykonania tego pobudzenia.

W tym samym roku ukazały się jeszcze dwie prace, dotyczące abazyi. Jedną ogłosił ERLIENMEYER, opisując pod nazwą „statycznych kur-

¹⁾ CHARCOT et RICHER. Su di una forma speciale d'impotenza motrice degli arti inferiori per difetto di coordinazione [*Medicina contemporanea*, 1883]. Cyt. z BLOCQ'a.

²⁾ CHARCOT. Lezioni cliniche dell'anno scolastico 1883—1884. Sulle malattie del sistema nervoso, redatte del dottore DOMENICO MILIOTTI, 1885. Cyt. z BLOCQ'a.

³⁾ WEIR-MITCHELL. Lect. of diseases of the nervous system especially in women. Philadelphia. 1885. Cyt. z BLOCQ'a.

czów odruchowych“ ¹⁾, kurcze, występujące podczas lokomocyi ciała; drugą ROMÉI ²⁾, opierając się na spostrzeżeniu „paraplegii jedynie aktu chodzenia“.

Wszystkie wymienione prace, zarówno w części klinicznej, jak i teoretycznej, odznaczają się wielką niedokładnością. Po raz pierwszy znajdujemy mniej więcej wyczerpującą symptomatologię i dość trafne pojmowanie zjawiska w monografii P. BLOCQ'a ³⁾. Do teoretycznych wniosków autora powrócimy później, tutaj mówić będziemy tylko o klinicznej stronie kwestyi. Opierając się na jedenastu spostrzeżeniach, dokładnie opisanych [krótki i treściwy opis tych przypadków znajdujemy w doskonałej pracy R. JASIŃSKIEGO pod tytułem: *Astasia congenita* ⁴⁾], autor przychodzi do wniosku, że obraz kliniczny astazyi-abazyi nie jest jednolity, że zбочenie to przejawiać się może w rozmaitych typach, których sam podaje trzy. Czynność stania i chodzenia może być: 1) zniesiona, kiedy chory wcale chodzić nie może, 2) zmniejszona, kiedy chory chodzi, ale z wielkim wysiłkiem, 3) zakłócona, kiedy chory w miejsce zwykłych ruchów wykonywa ruchy nieprawidłowe, uniemożliwiające prawidłowy akt stania i chodzenia.

Praca BLOCQ'a, która została napisaną pod egidą CHARCOT'a, stała się punktem wyjścia dla wszystkich autorów, którzy odtąd zabierali głos w sprawie omawianego cierpienia. Podając do wiadomości własne spostrzeżenia, jedni godzili się w zasadzie na poglądy BLOCQ'a, zlekka modyfikując niekiedy lub uzupełniając symptomatologię, stworzoną przez tego uczonego, inni stawiali mu poważne zarzuty, osłabiające siłę zarówno klinicznych, jak i teoretycznych wywodów autora.

W 1888 r. SOUZA-LEITE ⁵⁾ ogłosił dwa spostrzeżenia astazyi-abazyi, w których zбочeniu towarzyszyły liczne objawy histeryi i psychopatyi. W tym samym roku PAUL BERBEZ ⁶⁾ opisał jeden przypadek abazyi, nie różniący się pod względem symptomatologii niczem od wszystkich, poprzednio opisanych.

Z kolei wzmianka się należy pracy GRASSET'a ⁷⁾, w której prócz różniczkowej dyjagnostyki zaburzeń stania i chodzenia, właściwych astazyi-abazyi i całemu szeregowi innych chorób nerwowych [*tabes*, bezwładny, *selérose en plaques*, *paralysis agitans*, *paramyoclonus*, *maladie des tics convulsifs*, choroba THOMSEN'a,

¹⁾ ERLÉNMEYER. Ueber statische Reflexkrämpfe. Leipzig. 1885. Cyt. z BLOCQ'a.

²⁾ D. F. SERAFINO ROMÉI. Paraplegia infantile nel solo atto della ambulazione. [Gazzetta degli ospitali. 1885. N. 76]. Cyt. z BLOCQ'a.

³⁾ P. BLOCQ. Sur une affection caractérisée par de l'astasia et de l'abasia [Arch. do Neural. 1888. Vol. XV. N. 43, 44].

⁴⁾ R. JASIŃSKI. Astasia congenita. Warszawa. 1889. Autor opisuje w pracy tej przypadek astazyi-abazyi, uwarunkowanej wadliwą budową szkieletu i niedorozwojem mięśni. Obserwacja ta, jakkolwiek posiada ogromną doniosłość pod względem lekarskim i antropologicznym, nie ma wszakże nic wspólnego z rozbiorem przez nas zaburzeniem aktu stania i chodzenia; gdyż nasze przypadki należą wyłącznie do dziedziny zбочen nerwowo-psychicznych.

⁵⁾ SOUZA-LEITE. Réflexions à propos de certaines maladies nerveuses observées dans la ville du Salvador etc. [Le progrès médical. 1888. 2-e série. T. VII. N. 8].

⁶⁾ PAUL BERBEZ. Du syndrome astasia-abasia. [Gazette hebdomadaire. 1888. XXXV. 48].

⁷⁾ I. GRASSET. Leçons sur un cas d'hystérie mâle avec astasia-abasia. Rec. et publ. par BOURGUET. Paris. 1889. [Referat w Neurologisches Centralblatt prof. MENDEL'a, 1889. N. 23].

pseudotabes alkoholików, płasawica rytmiczna] znajdujemy inną, niż u BLOCQ'a, klasyfikację postaci abazyi. GRASSET dzieli na formy, zależne od 1) osłabienia czynności, 2) inkoordynacji i 3) ruchów miarowych (*des mouvements cadencés*).

Prace BERTHET'a ¹⁾ i HELFER'a ²⁾ nie posuwają kwestyi naprzód, dlatego też zatrzymywać się na nich nie będziemy. We wspomnianej wyżej monografii R. JASIŃSKIEGO spotykamy opis przypadku, spostrzeganego jeszcze w 1883 r. przez W. GAJKIEWICZA. Przypadek dotyczył 10-letniego chłopca, u którego jedynym objawem chorobowym była niemożność stania i chodzenia. W kilka tygodni nastąpiło zupełne wyleczenie. Nader wyczerpującą symptomatologię znajdujemy w lekcjach poliklinicznych CHARCOT'a ³⁾ z 1888—1889 r., dlatego to o pracach tych szczegółowiej pomówimy.

W lekcji, którą wzmiankowaliśmy na wstępie, uczony ten maluje obraz kliniczny choroby słowami następującymi: „Przedewszystkiem winienem zaznaczyć“, powiada CHARCOT, „że wszędzie tam, gdzie cierpienie przejawia się w czystej formie, istnieje zupełny brak jakichkolwiek zmian w dolnych kończynach, brak jakichkolwiek zboczeń w rozmaitych rodzajach czucia, a zatem i w zmysle mięśniowym, w odruchach ścięgnistych, w odżywianiu mięśni i t. d., a co najważniejsza, brak jakichkolwiek zaburzeń w czynności ruchowej kończyn dolnych w chwili, gdy chory siedzi lub leży“.

Często, być może najczęściej, stanie i chód są porażone jednocześnie, przy czem w jednych przypadkach astazyja jest zupełną, podczas gdy abazyja objawia się w formie zamaskowanej, w innych zaś abazyja występuje jaskrawo, gdy tymczasem astazyja, jak często widzimy, pozostaje niezupełną. Trudno przypuścić, aby mogło być choć jedno spostrzeżenie, w któremby widocznem było porażenie jedynie ruchów swoistych dla stania; z drugiej wszakże strony nie brak przypadków izolowanej abazyi, niezależnej całkiem od astazyi, jakkolwiek przypadki podobne są nader rzadkie.

Astazyja-abazyja nie objawia się stale w jednej i tej samej formie klinicznej; można odróżnić pod tym względem kilka odmiennych typów symptomatologicznych.

1. Przedewszystkiem zasługują na uwagę te przypadki, w których chorzy, mimo to iż w pozycji leżącej wykonywają wszystkie ruchy jaknajsprawniej, wykazują absolutną niemożność utrzymania się w położeniu pionowem, gdyż natychmiast załamują się pod nimi nogi; następnie, wzmianka się należy tym przypadkom, kiedy chorzy, podtrzymywani z obu stron, mogą stać prosto, lecz z chwilą, gdy zaczynają chodzić, nogi im się skleją, nie sztywniejąc wszakże, a stopy z trudnością odrywają się od ziemi. Przypadki te przypominają pierwsze próby chodzenia u dziecka, prowadzonego przez niańkę. Formy podobne CHAR-

¹⁾ BERTHET. Sur un cas d'astatie et d'abatie. Lyon méd. 1889. [Wzmianka w Jahrbücher SCHMIDT'a. 1890. N. 7].

²⁾ HELFER mówił w Towarzystwie Lipskiem o przypadku abazyi, powstałym po przebyciu influenzy. [Wzmianka w SCHMIDT's Jahrbücher. CCXXVI. str. 112].

³⁾ CHARCOT. Leçons du mardi à la Salpêtrière. Polielinique. Paris. 1888—1889. 16-e, 17-e, 20-e leçons.

COT zalicza do grupy paralitycznej lub paretycznej (*astasia-abasia paralytique*).

„W przypadkach, tylko co wspomnionych“, powiada CHARCOT, „wydaje się, jak gdyby istniało tylko proste osłabienie lub zniesienie specjalnej czynności stania lub chodzenia prawdopodobnie wskutek aktu powściągu; nie ma spaczenia, w prawdziwym słowa tego znaczeniu, aktów ruchowych, inkoordynacji motoryjnej; nie widzimy wówczas, inaczej mówiąc, zakłócenia złożonych aktów ruchowych, przyjmujących udział w czynności, wskutek interwencji ruchów sprzecznych (*des mouvement contradictoires*)“. Co innego natomiast widzimy w dwóch następnych grupach astazyi-abazyi.

2. U chorych drugiej kategorii stanie pionowe jest każdej chwili zakłócone przez gwałtowne zgięcia miednicy na udach i ud na gołeniach, zgięcia podobne do tych, jakie spostrzegamy, gdy osobę, trzymającą się prosto, uderzymy znienacka w jamę podkolanową.

Podczas chodzenia zaburzenia te osiągają swoje *maximum*. Widzimy wówczas, jak chory naprzemian opuszcza się i wyprostowuje dzięki szybkim i gwałtownym ruchom, i w miarę, jak chory posuwa się naprzód, kurcze stają się coraz silniejszymi i raptowniejszymi. Chwilami zdaje się, że wskutek siły tych skurczów chory upadnie. Skurcze, o których mowa, nie polegają tylko na kolejnych ruchach opadania i prostowania się tułowia. Przy bliższej analizie takiego chodu, widzimy, że w chwili, gdy chory się schyla, głowa wykonywa w stosunku do tułowia zgięcie i ruch obrotowy, a przedramiona zginają się ze swej strony ku ramionom. Można by powiedzieć, że owe nadmierne i gwałtowne ruchy kończyn dolnych, które grożą co chwila równowadze, wywołują dla kompensacji ruchy tułowia, głowy i kończyn górnych.

Tego rodzaju przypadki CHARCOT zalicza do grupy astazyi-abazyi płasawiczej (*astasia-abasia choréiforme*).

3. Pozostaje trzecia kategoria przypadków, cechujących się tem, iż chód jest zakłócony przez ruchy nieprawidłowe, polegające na przesadnym dreptaniu, czy też drganiu, tak jak to widzimy w niektórych postaciach paraplegii spastycznej. Tę grupę nazywa CHARCOT drżączkową (*astasia-abasia trépidante*).

Na mocy faktów powyższych CHARCOT podaje następującą klasyfikację:

Abazyja	}	a. paralityczna lub paretyczna	}	1. płasawicza.
Astazyja				

Astazyja-abazyja posiada tak wyraźny obraz kliniczny, że niepodobna jej zmieszać, twierdzi CHARCOT, z temi zaburzeniami ruchu, jakie spostrzegamy u dotkniętych bezładem tabetycznym, paraplegiją spastyczną, rozmaitemi formami płasawicy, paraplegiją historyczną i t. d. Nie można jej również zmieszać z rozmaitemi kurczami czynnościowymi, lub zawodowemi, jakie występują niekiedy w dolnych kończynach u osób, szyjących na maszynie, u szlifierzy, baletników i t. d.

Astazyja-abazyja zdarza się głównie u jednostek młodych między 10 a 15 rokiem życia, bywa jednak i u starszych.

Tak, znane są przypadki astazyi-abazyi u osób 40—50-letnich.

Płeć męzka ulega tej chorobie również często, jak płeć żeńska. Większość jednostek, niemocą tą dotkniętych, odznacza się dziedzicznym usposobieniem do cierpień nerwowych. Abazyja w jednych przypadkach zjawia się w następstwie urazu, zwykle lekkiego i powodującego silniejsze psychiczne, aniżeli fizyczne wstrząśnienie, w innych rozwija się podczas zdrowienia po przebyciu ostrej choroby [np. gorączka tyfoidalna], w następstwie ciężkiego porodu, lub wskutek zatrucia [np. tlenkiem węgla].

Abazyi niekiedy towarzyszą rozmaite inne objawy historyczne, jak: znieczulenie połowiczne, zwięźlenie pola widzenia i t. d.. Nie jest to jednak prawem. Astazyja-abazyja zjawić się może, jako monosymptomatyczna postać histeryi, co zresztą bywa i z innymi formami tej nerwicy.

Tyle mówi o klinicznych objawach astazyi-abazyi prof. CHARCOT. Teoretyczne wywody autora, które zresztą są tylko powtórzeniem wniosków BLOCQ'a, również w tem miejscu pomijamy.

Z kolei przejść należy do pracy LADAME'a ¹⁾. Autor do znanych postaci astazyi-abazyi dodaje nową: abazyję, występującą w formie napadów. Chory LADAME'a przez pewien czas chodzi, „wtem nagle się zatrzymuje, jak gdyby został przykuty do ziemi i drepcę w jednym miejscu, nie mogąc się posunąć naprzód“. Istotnie postać to nader oryginalna i całkiem zasługuje na uwagę. Poza tem zresztą autor godzi się w zupełności z poglądami CHARCOT-BLOCQ'a.

Odmienne obraz kliniczny znajdujemy w przypadkach, opisanych przez psychiatrę z Jeny prof. BINSWANGER'a ²⁾. Podczas gdy w spostrzeżeniach autorów francuzkich uderzała nas wyłącznie prawie niemoc stania i chodzenia, w spostrzeżeniach BINSWANGER'a przedewszystkiem rzuca się w oczy nieprawidłowy stan psychiczny chorych, zaburzenia zaś stania i chodzenia grają rolę podrzędną. Chorzy BINSWANGER'a są to *par excellence* hipochondrycy, którzy podczas chodzenia dostają zawrotu głowy i mdłości, strasznej trwogi i niepokoju, zdaje im się, iż lada chwila życie zakończą; ztąd ogólne osłabienie i poczucie niemocy chodzenia. Opierając się na tych faktach, autor obala wnioski teoretyczne CHARCOT-BLOCQ'a i stawia odmienną hipotezę genezy omawianego zбочenia.

Nader cenną pracą jest dalej rozbiór krytyczny teoryj CHARCOT-BLOCQ'a i BINSWANGER'a, napisany przez MOEBIUS'a ³⁾; symptomatologii wszakże nie modyfikuje i nie wzbogaca [do prac tych powrócimy w następstwie].

Przegląd monografij, odnoszących się do astazyi-abazyi, zakończymy wreszcie wzmianką o dwóch najświeższych pracach, które zostały odczytane tego roku na kongresach: jedna przez THYSSEN'a ⁴⁾ na kongresie międzynarodo-

¹⁾ LADAME. Un cas d'abasic-astasié sous forme d'attaques [Attaque abasique]. Archives de Neurologie. 1890. Vol. XIX. N. 55.

²⁾ OTTO BINSWANGER. Ueber psychisch bedingte Störungen des Stehens und des Gehens. [Berliner klinische Wochenschrift. 1890. N. 20, 21].

³⁾ MÖBIUS. Ueber Astasié-Abasie. SCHMIDT's Jahrbücher. 1290. N. 7.

⁴⁾ THYSSEN [z Paryża]. Sur l'astasié-abasie. Sprawozdanie w Revue de l'hypnotisme. 1890. N. 3. 1-er Septembre.

wym w Berlinie, druga przez SÉGLAS'a i SOLLIER'a na kongresie psychiatrycznym w Rouen ¹⁾. [C. d. n.]

Z INSTYTUTU ANATOMO-PATOLOGICZNEGO PROF. W. BRODOWSKIEGO W WARSZAWIE.

II. O ZMIANACH ANATOMICZNYCH W PĘCHERZYKU ŻÓŁCIOWYM

Podał

Władysław Janowski,

lekarz w Warszawie.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 7].

6. 4. III. 1890 r. znaleziono na trupie płci żeńskiej pęcherzyk żółciowy znacznie powiększony, wielkości prawie główki dziecięcej. Zawartość jego prawie bezbarwna, surowicza. Ścianki pęcherzyka są wogóle zgrubiałe. Jednakże w dwóch miejscach były części wielkości około 1 □ ctm. tak cienkie, że przedstawiały rodzaj cieniutkich błonek. W ściance pęcherzyka przebiega wiele naczyń, z których żyłne są nalane krwią i gołym okiem widzialne. Błona śluzowa jest jasno szara, cienka. W przewodzie pęcherzykowym znajduje się kamień wielkości orzecha tureckiego. Przy bliższem zbadaniu okazało się, że grubość ścianki pęcherzyka była w jednych miejscach 3,0'''—3,5'', w drugich około 1,0'', w trzecich zaś około 0,25''.

a) Skrawków z miejsc najgrubszych nie będę tu szczegółowo opisywał, gdyż są one zupełnie jakościowo podobne do opisanych odpowiednich skrawków z przypadku № 4. Różnica ilościowa polega na tem, że spotykamy się tu czasami z małemi miejscami, w których grubość błony śluzowej jest większą, niż w przypadku 4-ym. Waha się ona między 0,03''' i 0,15'''. Toż samo i błona mięsna jest często grubsza, niż w cytowanym przypadku. Grubość jej jest od 0,1''' do 0,24'''. Powłoka zewnętrzna jest też grubsza: ma prawie zawsze 2,5'''—3,2''' grubości. Stosunek części składowych pęcherzyka do siebie waha się bardzo znacznie, a mianowicie:

stosunek błony śluzowej do mięsnej waha się między 5:8 aż do 1:3,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej waha się między 1:10—1:25

„ „ śluzowej „ „ „ „ — „ 1:15—1:80.

Wahania więc w tym stosunku są znaczniejsze, niż w przypadku 4-ym dlatego też jednej przeciętnej nie podałem. Gdybym jednak wziął przeciętną z podanych tutaj cyfr, to otrzymałbym nawet dane ilościowe te same, co w przypadku № 4.

b) Błona śluzowa i powłoka włóknista z miejsc, mających 1,0''' grubości, est również nietylko jakościowo, ale nawet i ilościowo zupełnie podobna do tychże,

¹⁾ I. SÉGLAS i P. SOLLIER [z Paryża]. Folie puerpérale; idées délirantes communiquées etc.. Sprawozdanie w Revue de l'hypnotisme, 1890. N. 3. 1-er Septembre.

blon, branych z miejsc odpowiedniej grubości z przypadku № 4. Nie będę ich dlatego, dla uniknięcia powtórzenia, opisywał. Różnica dość wybitna porównywanych przypadków polega na tem, że mamy tu jeszcze błonę mięsną, która na skrawkach z miejsc tejże grubości przypadku 4-go nie istnieje. Grubość tej warstwy jest około 0,06". Składa się ona najczęściej z kilku skośnie poprzecinanych cienkich pęczków. Niektóre z pomiędzy nich znajdują się oddzielnie nawet w powłoce łączno-tkankowej. Kontury tych włókien są znacznie mniej wyraźne, niż w prawidłowym pęcherzyku.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 1:1,

" " mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:20,

" " śluzowej " " " 1:20.

e) Skrawki z części najcieńszych, mających tylko 0,25" grubości, składają się pod drobnowidzem tylko z błony śluzowej i powłoki włóknistej. Pierwsza stanowi cieniutką [0,01"—0,015"] warstewkę, druga — resztę ścianki pęcherzyka. Obie są bardzo mocno włóknisto zwyrodnione. Włókna ich leżą zbitą masą tuż przy sobie równolegle. Obie mają bardzo mało komórek. Błony mięsnej nie ma ani śladu. W miarę jednak jak opisywane cieniutkie miejsca przechodzą w grubsze, co widać na porobionych przezemnie skrawkach, zjawiają się na nich poprzecznie poprzecinane włókna mięsne, których pęczki są coraz grubsze. Zaznaczę tu tylko odnośnie do stosunku oddzielnych warstw do siebie, że pozostały paseczek błony śluzowej jest 25 razy cieńszy od powłoki włóknistej.

7. Taki sam wysoki stopień zwyrodnienia bliznowatego znalazłem w następującym przypadku, który podaję tu w skróceniu dla uniknięcia powtórzeń. Na trupie znalazłem pęcherzyk żółciowy wielkości orzecha laskowego, zawierający tylko bardzo niewiele śluzu. Grubość ścianek jego wynosiła prawie wszędzie około 3,0". Przy badaniu drobnowidzowem przekonałem się, że błona śluzowa pozbawiona jest prawie wszędzie nabłonka, nie tworzy wcale fałd i jest bardzo cienka. Grubości jej właściwie określić nie można, gdyż w wielu miejscach przechodzi ona nieznacznie w powłokę zewnętrzną. W niektórych jednak widać pod nią dość dużo pęczków mięsnych, cienkich, bardzo niewyraźne kontury mających, znajdujących się dość daleko od siebie. Tkanka łączna zarówno błony śluzowej, jak i warstwy łączno-tkankowej, jest bardzo uboga w komórki, nadzwyczaj mocno włóknista, nadzwyczaj mocno zbita. Wszystko razem robi wrażenie bardzo starej blizny. Naczyń jest bardzo mało.

8. 23. III. 1890 roku znaleziono w pęcherzyku żółciowym dwa kamienie wielkości orzecha laskowego. Błona śluzowa na oko nie przedstawia widocznych zmian. Całkowita pojemność pęcherzyka zmniejszona. Grubość ścianek pęcherzyka wynosi miejscami około dwóch, miejscami zaś około 3-ch, a nawet 4-ch milimetrów. Przy badaniu drobnowidzowem części rozmaitych grubości okazuje się, co następuje.

a) W częściach, mających 3" do 4" grubości, błona śluzowa jest nierównomiernie ścięczała. Grubość jej waha się pomiędzy 0,21"—0,3". Na powierzchni błony śluzowej widzimy dość sporą ilość fałd, która jest jednak mniejszą od prawidłowej. Przecięciowo mamy ich tu na przestrzeni przeszło 8" do 20". Są one o połowę krótsze od prawidłowych. Długość ich nie przenosi nigdzie 0,15".

Tkanka łączna, stanowiąca błonę śluzową, jest dość obfita w komórki; włóknistość jej jest widoczna, ale bardzo znacznie mniejsza, niż w wyżej podanym szeregu przypadków. Ilość i wielkość naczyń nie przedstawia nic osobliwego. Błona mięsna jest około trzech razy od prawidłowej grubsza; grubość jej waha się między 0,2''' i 0,42'''. Układ jej jest warstwami, w ilości dwóch do czterech. Między pokładami jej przechodzi dość dużo tkanki łącznej takiej, jaka wchodzi w skład błony śluzowej, zawierającej naczynia. Pod błoną mięsną mamy powłokę łączno-tkankową, składającą się z dwóch wyraźnie od siebie różniących się części: wewnętrznej bardziej luźnej i zewnętrznej bardziej zbitiej. Grubość tej powłoki wynosi 3'''—3,5'''. Włóknistość jej jest bez porównania mniejszą, niż w opisanych przypadkach, ale większą od prawidłowej. Włókna znajdują się w dość znacznej od siebie odległości, i są jakby loczkowato pozwijane. Między oddzielnymi pasmami części jej wewnętrznej znajduje się dużo komórek tłuszczowych. Im dalej nazewnątrz, tem włókna tkanki łącznej idą więcej zbitie przy sobie, odznaczając przez to coraz wyraźniej charakter bliznowaty omawianej powłoki. Ilość naczyń jest prawie w całej powłoce zewnętrznej jednakowa. Średnica ich światła jest w części wewnętrznej mniejsza [0,03'''—0,06'''], w części zewnętrznej większa [0,03'''—0,25'''].

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 1:1 do 3:4,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:9 do 1:15,

„ „ śluzowej „ „ „ 1:12 do 1:15.

b) Zmiany jakościowe są w skrawkach z miejsc cieńszych zupełnie prawie takie same. Ścieńczenie błony śluzowej jest mniejsze, niż w wyżej opisanych częściach. Ilość fałd i ich jakość jest taka sama. Całkowita grubość błony śluzowej waha się między 0,15'''—0,4'''. Zawiera ona dość dużo naczyń ze światłem około 0,07'''. Te ostatnie wchodzi wraz z włóknami błony śluzowej pomiędzy oddzielne warstwy błony mięsnej, której grubość wynosi 0,2'''—0,35'''. Części składowe powłoki łączno-tkankowej są luźno poukładane. Tylko od strony zewnętrznej są one więcej zbite. Ilość naczyń w tej warstwie jest większa, niż w błonie śluzowej i mięsnej. Światło ich ma w średnicy 0,03'''—0,04'''. Grubość całej warstwy wynosi 0,8'''—1,0''' i więcej.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest prawie 1:1,

„ „ mięsnej „ łączno-tkankowej jest prawie 1:3,

„ „ śluzowej „ „ „ 1:3—1:6.

9. Sekcja z d. 4. II. 1890 r.. W pęcherzyku żółciowym znajduje się około 200 małych wielokątnych kamieni. Grubość ścianki pęcherzyka jest miejscami prawidłowa, miejscami zaś powiększona do 3''', a nawet 3,5'''. Błona śluzowa jest koloru jasno szarego, wygładzona, pozbawiona prawidłowej siatkowatości. Widać na niej większe i mniejsze zagłębienia, oddzielone od siebie beleczkowatymi rozmaitej grubości smugami na pozór łączno-tkankowemi, idącymi miejscami równoległe do siebie, miejscami zaś krzyżującymi się ze sobą.

a) Części prawidłowej grubości przedstawiają się pod drobnowidzem w sposób następujący. Nabłonek jest prawie wszędzie złuszczoney; fałd jest mniej, niż w pęcherzyku prawidłowym. Wysokość ich jest o połowę mniejsza, niż w pęcherzyku prawidłowym. Całkowita jednak grubość błony śluzowej nie

jest o wiele mniejszą od prawidłowej, dochodząc miejscami do 0,4^{'''}. Różnica polega na tem, że podczas gdy tam przeważną jej część stanowią fałdy, część zaś, innym warstwom równoległa, bywa bardzo cienką, tutaj grubość błony śluzowej jest więcej równomierną, co wreszcie stosuje się do wszystkich przypadków, w których ulega ona zanikowi. Fałdy nie stanowią w tych razach nawet połowy jej grubości. Tkanka łączna, wchodząca w skład błony śluzowej, jest znacznie od prawidłowej w komórki uboższa. Włóknistość substancji międzykomórkowej jest większą od prawidłowej, ale mniejszą, niż nawet w przypadku 8-ym. Znaczniejsze ścięczenie błony śluzowej [do 0,1^{'''}] zależy od wgłębień, dość często w niej się zdarzających. Grubość błony mięsnej w rozmaitych miejscach waha się między 0,07^{'''} i 0,32^{'''}. Kierunek jej włókien jest przeważnie skośny. Włóknistość warstwy łączno-tkankowej jest stosunkowo znaczniejszą, niż w błonie śluzowej; jąder jest w niej niewiele. Niektóre z włókien tworzą oddzielne więcej zbite pasemka, idące w rozmaitych kierunkach. Grubość całkowita tej powłoki wynosi 1^{'''} do 1,3^{'''}.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 4:3,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:4—1:15,

„ „ śluzowej „ „ „ 1:3—1:10.

b) W częściach grubszych zmiany anatomiczne są prawie takie same. Tylko ułożenie się włókien tkanki łącznej faliste nie jest tu tak wyraźne. Naczyń jest najwięcej w powłoce włóknistej. Średnica ich światła ma 0,03^{'''} do 0,25^{'''}. Stosunek ilościowy oddzielnych warstw do siebie jest odmienny. Podczas gdy w tamtym szeregu skrawków grubość błony śluzowej była blizką normy, tutaj jest ona o połowę od niej mniejszą [0,1^{'''}—0,2^{'''}]. Nie widać na niej prawie nigdzie fałd. Nadto włóknistość jej jest trochę większa. Błona mięsna jest prawie tak samo gruba: 0,1^{'''}—0,3^{'''}. Warstwa łączno-tkankowa ma 2,0^{'''} do 2,5 grubości, a więc:

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 2:3,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:20,

„ „ śluzowej „ „ „ 1:10—1:30.

10. Przypadek ten opisuję bardzo krótko, gdyż i tu, jak w ostatnich dwóch przypadkach, mamy do czynienia ze świeżemi zmianami, zarówno w błonie śluzowej i mięsnej, jak i warstwie łączno-tkankowej, zupełnie analogicznymi ze wspomnianymi dwoma przypadkami. Powtarzać więc ich tu nie będę. Zaznaczę tylko stosunki ilościowe. Błona śluzowa ma grubość bardzo nierównomierną: od 1^{'''} do 0,3^{'''}, jest jednak, jak widzimy, od stanu prawidłowego cieńszą. Grubość błony mięsnej waha się między 0,12^{'''} i 0,36^{'''}. Mamy więc przerost jej. Warstwa łączno-tkankowa, jeszcze mniej, niż w przypadku 9-ym zmieniona, stosownie do grubości innych warstw, ma sama grubość zmienną: 0,6^{'''}—1^{'''} i trochę więcej.

Stosunek błony śluzowej do błony mięsnej jest około 1:1,

„ „ mięsnej do powłoki łączno-tkankowej jest około 1:3—1:5,

„ „ śluzowej „ „ „ „ „ 1:4—1:6.

11. Pęcherzyk żółciowy powiększony, mocno wypełniony płynem zupełnie do zwyczajnej ropy podobnym, żółtym, niecuchnącym. Ścianka pęcherzyka jest równomiernie zgrubiała, przy obmacywaniu od prawidłowej twardsza. Wewnę-

trzna jej powierzchnia, pozbawiona normalnego brązowego koloru, jest jasno szarą, bez budowy siatkowatej, wygładzona. W rozszerzonym przewodzie pęcherzykowym znajduje się kamień wielkości orzecha tureckiego.

Zawartość pęcherzyka uważam za stosowne opisać dokładnie, gdyż w niżej opisanych dwóch przypadkach wyniki badania zupełnie podobnego płynu, znajdującego się w pęcherzyku żółciowym, były zupełnie analogiczne. Nie będę więc tego opisu poniżej powtarzał. Nadto poniżej będzie widocznym, że opisane własności tego płynu idą zupełnie w parze z temi zmianami, które znalazłem we wszystkich tych przypadkach w ściankach pęcherzyka, i które są dalekimi od zmian towarzyszących ropieniu. Charakter tych ostatnich w przypadku 14-ym i 15-ym, jak to będzie niżej widocznym, nie różni się wcale od tych, które tu przytoczę szczegółowiej w danym przypadku i w skróceniu w przypadku 12-ym i 13-ym. Dlatego też sądzę, że i w tych dwóch przypadkach przypuszczane ropienie nie miało miejsca, o czem powiem niżej jeszcze słów kilka.

Zawartość pęcherzyka, świeżo pod drobnowidzem badana, okazała się składającą się z masy drobnych kulek mocno świecących, kryształów cholestearyny w swojej formie charakterystycznej i bardzo niewielu ciałek limfatycznych o jądrze ledwie dostrzegalnym, zawierającym większe i mniejsze kropelki tłuszczowe, mocno do siebie zbliżone. Było też trochę komórek nabłonkowych w stanie zwyrodnienia tłuszczowego. W kilku miejscach widać masy szkliste, nie mające żadnej wyraźnej budowy, 6—8 razy od bezbarwnych krążków krwi większe. Przy dodaniu chloroformu i alkoholu małe i większe świecące masy znikają; był więc to rzeczywiście tłuszcz. Po dodaniu do innego preparatu z tej samej zawartości kwasu octowego otrzymałem znaczną ziarnistość całego tła. Przekonałem się więc o obecności śluzu w tej zawartości, co sprawdziłem, barwiąc inny szereg preparatów mocną hematoksyliną przez kilka minut i odbarwiając je słabym roztworem spirytusowym kwasu pikrynowego, przyczem śluz zabarwił się wyraźnie na niebiesko. Preparaty, w których tłuszcz rozpuściłem absolutnym alkoholem, barwiłem następnie wezuwiną i przekonałem się wtedy, że to, co na świeżych preparatach wydawało mi się komórkami nabłonkowymi, mocno zmienionymi, było niemi rzeczywiście: małe kuleczki z nich pozniwały, a jądra choć słabo, lecz wyraźnie zabarwiły się wspomnianym barwnikiem.

Grubość ścianki pęcherzyka waha się między 2'''—3'''. Jest więc dwa razy większą, niż w pęcherzyku prawidłowym. Błona śluzowa pozbawiona jest wszędzie nabłonka i przedstawia się w rozmaitych miejscach trochę odmiennie. W jednych miejscach jest ona 0,13'''—0,18'', a nawet miejscami do 0,1''' gruba, trochę nacieczona bezbarwnymi krążkami krwi, mało włóknista, mająca niewielką ilość fałd. W drugich grubość jej nie dochodzi do 0,1'', fałd nie ma wcale. Powierzchnia błony śluzowej jest zupełnie gładka, nacieczenie drobnokomórkowe jest bardzo nieznaczące, włóknistość występuje wyraźnie. Grubość błony mięsnej waha się między 0,7''' i 0,2'''. Włókna jej rzadko idą zupełnie równoległe do siebie, są porozsuwane prawie wszędzie, tak, że idą często cienkimi pasemkami, między które wchodzi tkanka łączna, mniej lub więcej, ale zawsze słabo nacieczona. Grubość warstwy łączno-tkankowej jest również niejednakowa: waha się ona między 1,5''' a 2,2'''. Nie ma w niej części wewnętrznej bardziej luźnej i zewnętrznej bardziej

zbitej. Przeciwnie bezpośrednio prawie pod błoną mięsną zaczyna się odrazu tkanka łączna, o niewielkiej ilości jąder i wyraźnej zbitej włóknistości. Nacieczenie jest bardzo słabe. Są jednak miejsca, w których rzeczy przedstawiają się inaczej. Mianowicie, pod błoną mięsną zaczyna się tkanka łączna z opisanymi własnościami; zajmująca około 0,6^{'''}. Za nią następują ogniska na 0,2^{'''}—0,3^{'''} grube, w których tkanka łączna jest mocno nacieczona, a dopiero za nią następuje znowu warstwa z wyżej opisanymi własnościami. Naczyń jest w całej powłoce nie dużo; światło ich waha się między 0,06^{'''} i 0,15^{'''}.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest prawie 1:1,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:10—1:20

„ „ śluzowej do „ „ 1:10—1:15.

12. Sekcja z d. 11. X. 1890. Pęcherzyk żółciowy zawiera znaczną ilość niewielkich kamieni i płyn żółty, podobny do ropy, zabarwionej żółcią. Badanie tego płynu daje wyniki takie same, jak w przypadku 11-ym. Dlatego też nie powtarzamy go. Powierzchnia błony śluzowej jest brunatno szara. Grubość ścianki wynosi prawie wszędzie około 2,0^{'''}.

Przy badaniu drobnowidzowym błona śluzowa okazuje się od prawidłowej trochę cieńszą. Szczególniej nieznaczną jest ta różnica tam, gdzie mamy fałdy błony śluzowej: błona śluzowa ma tam do 0,4^{'''}. Ilość tych fałd jest przeszło dwa razy od prawidłowej mniejszą. Tkanka łączna, wchodząca w skład błony śluzowej, jest znacznie uboższą w jądra i nieco obfitszą we włókna, co jest maskowane przez istniejące w wielu miejscach nacieczenie drobnokomórkowe.

Widzimy dość dużo powypełnianych krwią naczyń krwionośnych. Błona mięsna ma 0,2^{'''}—0,25^{'''} grubości. Włókna jej tworzą kilka oddzielnych cienkich warstw. Między nie wchodzi trochę nacieczona tkanka łączna, z naczyniami wypełnionymi krwią. Warstwa łączno-tkankowa ma do 1,3^{'''} grubości. Włóknistość jej jest dość delikatna. Cała ta warstwa jest bardzo słabo, ale równomiernie nacieczona. Plość naczyń w niej jest mniejszą, niż w błonie śluzowej, ale są one większe: średnica ich ma 0,07^{'''}—0,1^{'''}—0,14^{'''}.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 2:1,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:6,

„ „ śluzowej do „ „ 1:3.

Przypominamy, że barwienie na koki ropotwórcze nie wykazało ich obecności w ściankach opisywanego pęcherzyka.

13. Pęcherzyk żółciowy wypełniony żółto-szarą masą zupełnie do ropy podobną i mnóstwem drobnych kamieni żółciowych. Wszystkie przewody żółciowe są znacznie poroszerzane i powypełniane taką samą masą i drobnymi kamieniami. Rezultat badania płynu taki sam, jak w przypadkach poprzedzających. Grubość ścianki pęcherzyka wynosi prawie 2^{'''}.

Przy badaniu drobnowidzowym znalazłem błonę śluzową wszędzie prawie pozbawioną nabłonka i wygładzoną. Nieznaczna ilość pozostałych fałd ma zaledwie 0,1^{'''} wysokości. Tkanka łączna błony śluzowej nie ma właściwej prawidłowemu pęcherzykowi znacznej ilości komórek; przeciwnie, ilość ich jest znacznie od prawidłowej mniejsza, a włóknistość jej jest bardzo znaczna. Grubość błony śluzowej waha się między 0,2^{'''} a 0,3^{'''} i nie zależy bynajmniej od fałd, lecz prze-

ważnie od całej równoległej swojej szerokości. Nacieczenia ani w błonie śluzowej; ani w mięsnej, ani w warstwie łączno-tkankowej wcale nie widać. Błona mięsna jest niejednakowo w rozmaitych miejscach gruba. W jednych miejscach, zdaje się, że wcale jej nie ma, w drugich jest ona przerosła, ale włókna jej nie są już często tak wyraźne, jak w prawidłowym pęcherzyku. Wymiary jej grubości wahają się między 0,05''' i 0,2'''. Powłoka łączno-tkankowa jest zgrubiała; grubość jej wynosi wszędzie około 1,5'''. Zawiera ona mało komórek i jest bardzo wyraźnie włóknistą. Włókna jej są zbite, ściśle do siebie przylegające. Przebiega w niej sporo naczyń o średnicy światła do 0,2'''. Koków ropotwórczych znaleźć nie można było.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 4:1—1,5:1,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:7—1:30

„ „ śluzowej do „ „ 1:5—1:7,5.

[C. d. n.]

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenia z 27. I.; 3. II.; 10. II. i 17. II. 1891.

Na posiedzeniu dnia 27 Stycznia 1891 r. prof. BARANOWSKI przedstawił ogólne poglądy co do leczenia gruźlicy płynem Kocn'a, oparte na doświadczeniach, które były prowadzone w ciągu 8 tygodni w szpitalach warszawskich na rozmaitych chorych gruźliczych. Wszystkich chorych spostrzegano 50; z pomiędzy nich prof. B. zwraca największą uwagę na spostrzeżenia, dotyczące chorych z gruźlicą płuc; gdyż inne formy gruźlicy opracowane zostały przez kol. ELSENBERGA [gruźlica skóry — wilk], JASIŃSKIEGO [gruźlica kości], HERYNGA i SOKOŁOWSKIEGO [gruźlica krtani].

Pomimo takiej liczby i tak ściśle przeprowadzonych spostrzeżeń prof. B. zaznacza, że nie można dać jeszcze stanowczej odpowiedzi, co do wartości metody Kocn'a. Za szemat do kryterjum w prowadzeniu obserwacji służyła pierwsza praca Kocn'a, która była oparta na poszukiwaniach w pracowni na zwierzętach, a nie w klinice — na chorych. Zdaniem też prof. B., twierdzenia, zawarte w tej pracy, są zbyt stanowcze i śmiałe; lekarz zaś, idąc według wskazówek tam podanych, mógłby wejść na błędną drogę. Pomimo więc trzymania się szematu Kocn'a postępowano niezmiernie oględnie przy stosowaniu płynu jego na chorych.

Z pomiędzy 50 spostrzeganych chorych, leczonych metodą Kocn'a, w 8 przypadkach płyn był użyty w celach rozpoznawczych, z pozostałej zaś liczby 23 chorych było z cierpieniami chirurgicznymi [16 przypadków wilka, 6 cierpień kości i stawów, 1 z owrzodzeniem gruźliczem na szyi] i 19 z gruźlicą płuc lub płuc i krtani.

Najbardziej pouczającymi są obserwacje nad wilkiem; wyleczonych wprawdzie przypadków nie ma, lecz niemal wszędzie niewątpliwa poprawa. Z tych spostrzeżeń wnioskować można, że płyn Kocn'a okazuje szczególne powinowactwo do tkanki gruźliczej. Przy gruźlicy chirurgicznej swoiste działanie płynu Kocn'a występuje mniej wyraźnie, chociaż niewątpliwie. Najtrudniej wyprowadzić się dają wnioski co do swoistości tego leku przy gruźlicy trzewowej; gdyż same badania fizykalne są niedostateczne do wykrycia zmian anatomo-patologicznych w narządach wewnętrznych w całej rozległości, a ztąd też przy zastosowaniu płynu nie możemy dostatecznie ocenić występujących cech odczynu miejscowego.

Pomimo to prof. B. zaznacza, że posiadamy odnośne spostrzeżenia z gruźlicą, w których okazuje się swoistość płynu Kocn'a. Do tych należy przypadek kol.

HEWELKEGO, gdzie rozpoznano jamę gruzliczą w lewym wierzchołku: po 1-em wstrzyknięciu wystąpiły zmiany w prawym wierzchołku, po 4-em nad grzebieniem łopatki z prawej strony, a z lewej powiększenie stopienia, po 6-em zaś rżżenia w dolnej części prawego płuca. Po upływie 25 dni po ostatniem wstrzyknięciu wszystkie te nowe „nabytki lecznicze“ zniknęły, w obrębie zaś pierwotnego ogniska nastąpiło polepszenie i chory zyskał na wadze. W innym znów przypadku rozpoznano wierzchołkowe cierpienie z prawej strony; po 1-em wstrzyknięciu sprawa chorobowa z prawej strony rozszerza się, wystąpiły również objawy zajęcia lewego wierzchołka. Po 5 wstrzyknięciach chory opuścił szpital; tak w pierwotnem ognisku, jak i w nabytych, stwierdzić można było polepszenie. O wiele jaskrawiej okazało się swoiste działanie płynu Koch'a w tych przypadkach, w których nastąpiło pogorszenie; liczba ich jest stosunkowo dosyć znaczna.

Najwięcej zaś przekonywającym dowodem swoistego działania są przypadki śmierci, których mówca zaznacza trzy. Oględziny pośmiertne wykazały powstawanie świeżych ognisk zapalenia nieżyłowego w płucach w miejscach sąsiednich, jakoteż i więcej oddalonych od starych ognisk chorobowych, świeżo powstałe prosówkowe gruzelki, objawy przekrwienia błon surowiczych i śluzowych. Na największą uwagę zasługuje ten fakt, że znaleziono świeże liczne erupcje gruzelków prosówkowych na powierzchni nerek, wątroby, na otrzewnej kiszki, przyczem gruczoly chłonne były powiększone i rozmiękczone. Dane te wskazują nam na dysseminację sprawy gruzliczej.

Następnie przechodzi prof. B. do objawów miejscowych, jakie występują w krtani gruzliczej po zastosowaniu płynu Koch'a. W przypadku kol. SOKOŁOWSKIEGO nastąpiło pogorszenie; wytworzyły się nowe gruzelki prosówkowe.

Nie można stanowczo orzec, skutkiem czego rozwinęły się nowe gruzelki: czy jest to świeże zakażenie, jako następstwo wstrzykiwań, czy też są to twory dawniejsze, które były niewidoczne dla oka i dopiero jaskrawiej wystąpiły skutkiem odczynu miejscowego, wywołanego płynem Koch'a.

Oprócz tego notowano także i przypadki poprawy przy gruzlicy krtani, w których nowe erupcje i stare ogniska zagoiły się. Wogóle z pomiędzy 9 przypadków gruzlicy krtani, w 5 stanoweze pogorszenie, w 4 śmierć.

Wszystkie te spostrzeżenia pozwalają wnioskować mówcy, że płyn Koch'a posiada w rzeczy samej swoistość, że działa w sposób swoisty na tkanki gruzlicze.

Po zastosowaniu płynu Koch'a, oprócz miejscowego odczynu, występuje odczyn ogólny, polegający na podniesieniu ciepłoty i zmianach we krwi. Natężenia i czasu trwania odczynu ogólnego nie można oznaczyć tak przy pierwszych jak i następnych wstrzykiwaniach. Co do tego punktu, pierwotne orzeczenie Koch'a musi być przyjmowane z zastrzeżeniem; gdyż Koch opierał się na doświadczeniach na świnkach morskich, a wrażliwość ich na płyn Koch'a jest znacznie mniejszą, aniżeli człowieka.

Na zasadzie doświadczeń, przeprowadzonych w Warszawie, prof. B. zaznacza, że postać i natężenie ogólnego odczynu nie jest w ścisłej zależności od rozległości sprawy gruzliczej. U niektórych chorych nie widziano nawet po licznych wstrzyknięciach wybitniejszego odczynu, u innych zaś gorączka pojawiała się dopiero po pewnej liczbie wstrzyknięć, ale pozostawała trwałą, z charakterem trawiącym, przyczem niekiedy występowały miejscowe pogorszenia.

W 2 przypadkach, zakończonych śmiercią, gorączka wystąpiła dopiero po zastosowaniu płynu Koch'a, a ustąpiła po zaniechaniu wstrzykiwań.

W jednym z przypadków, zakończonych poprawą, po pierwszych wstrzykiwaniach zauważono podniesienie ciepłoty, po późniejszych zaś gorączka nie występowała. W przypadkach, zakończonych pogorszeniem, po pierwszych wstrzyknięciach efekt był bardzo mały, lub zupełnie go nie było i dopiero występował po dalszych wstrzyknięciach.

Na zasadzie tych doświadczeń prof. B. wnioskuje, że odczyn miejscowy po zastosowaniu płynu Koch'a posiada znaczenie rozpoznawcze, które może być uważane za niemylne, a odczyn ogólny nie przedstawia żadnej prawidłowości i dlatego nie posiada znaczenia rozpoznawczego.

Jeżeli po małych dawkach występuje odczyn ogólny, to w tym razie można rozpoznawać gruźlicę, brak zaś ogólnego odczynu bynajmniej nie wskazuje, że w danym przypadku nie mamy do czynienia z gruźlicą.

W Warszawie zdrowym ludziom nie wstrzykiwano płynu Koch'a, w 8 zaś przypadkach zastosowano go w celach rozpoznawczych, przyczem nie używano wielkich dawek. Wogóle prof. B. zaleca zaczynać wstrzykiwania od małych dawek.

Stosowanie płynu Koch'a winno być nader ostrożne i na powiększenie lub zaniechanie dawek wpływać powinien nie ogólny odczyn, lecz ogólny stan chorego [zmiany w płucach, kaszel, gorączka i t. p.].

Koch, opierając się na doświadczeniach, czynionych na świnkach morskich, twierdzi, że płyn jego czynił zwierzęta odpornymi na gruźlicę; na tej zasadzie przypuszcza, że i człowiek może zdobyć taką odporność pod wpływem jego wstrzykiwań. Przypuszczenie to jednak ze spostrzeżeń, przeprowadzonych w Warszawie, nie potwierdza się; wprawdzie nie stosowano dawek heroicznych. Używanie wielkich dawek i przez dłuższy czas przedstawia pewne niebezpieczeństwo i może być stosowane w wyjątkowych przypadkach.

Płyn Koch'a przedstawia mieszaninę, w której, oprócz substancji, działającej swoiście na tkankę gruźliczą, znajdują się jeszcze i inne składniki, zdaniem Koch'a, nieszkodliwe dla ustroju. Twierdzenie to jednak nie opiera się dotąd na żadnej podstawie.

Jest nadzieja, że w przyszłości można będzie otrzymywać preparat zupełnie czysty, uwolniony od składników trujących, a wtedy i stosowanie jego będzie daleko śmielsze i prędzej można będzie sprawdzić na ludziach ową odporność na gruźlicę.

Doświadczenia, przeprowadzone u nas, ujawniły generalizację gruźlicy, ale bynajmniej nie potwierdziły immunizacji.

Co się tyczy znaczenia leczniczego płynu Koch'a, to prof. B. wyraża zdziwienie, dlaczego zaraz przy pierwszych próbach opierano na nim tak przesadne nadzieje, następnie zaś po upływie kilku miesięcy lekarze przeszli od owych wygórowanych nadziei do skrajnego niedowiarstwa.

Bynajmniej nie należy upatrywać w tem winy Koch'a. Materiał, zebrany w Warszawie, a dotyczący gruźlicy narządów wewnętrznych, jest nader mały i zbyt krótko spostrzegany.

Z tych przypadków trzy zakończyły się śmiercią, a w 7 nastąpiło pogorszenie, w 4 z pomiędzy nich, oprócz sprawy gruźliczej w płucach, istniała gruźlica krtani.

Na zasadzie tych 10 przypadków, w których był stosowany płyn Koch'a z niezbyt zachęcającym wynikiem, prof. B. uważa za przeciwwskazanie do stosowania wstrzykiwań rozległe zmiany w płucach i krtani, nawet przy braku gorączki i przy dobrem odżywianiu, tembardziej zaś zaleca wstrzymać się od wstrzykiwania przy znacznym upadku odżywiania i przy osłabionej czynności serca.

W 4 przypadkach, zakończonych poprawą, przed wstrzykiwaniami zarówno w płucach jak i w krtani zmiany były umiejscowione, nierozległe.

W danych przypadkach nie można stanowczo twierdzić, aby poprawa nastąpiła skutkiem płynu Koch'a, jednak biorąc na uwagę tę okoliczność, że chorzy ci przez czas pozostawania w szpitalu nie byli poddawani innemu leczeniu i że w ciągu kilku tygodni byli w niezbyt higienicznych warunkach szpitalnych, prof. B. skłonny jest poprawę, jaką u nich zauważono, przypisać działaniu płynu

Koch'a. Prof. B. sądzi, że początkowe okresy suchot płucnych, t. zw. nieżyt wierzchołkowy i małe zmiany w krtani, mogą stanowić wskazanie do zastosowania płynu Koch'a; jamy w płucach, komunikujące z większemi oskrzelami, a więc dostępniejsze do wydalania, także się nadawać powinny do tego rodzaju leczenia.

Również stosować można wstrzykiwania Koch'a przy zdrowych jeszcze płucach w niektórych przypadkach zapalenia opłucnej natury gruźliczej.

Prof. B. radzi jeszcze przy stosowaniu płynu Koch'a zwracać uwagę na prawidłowy stan układu nerwowego. [D. n.]

Wiadomości bieżące.

— W odezwie, dołączonej do N-ru 6 Gazety Lekarskiej, a zawierającej parę uwag o rozwoju naszego wydawnictwa: „Odczyty Kliniczne“, wzmiankowaliśmy, że lekarze z Galicyi i W. X. Poznańskiego zachowują się zupełnie obojętnie względem tegoż wydawnictwa. Otóż, Redakcyja „Przeglądu Lekarskiego“ w N-rze 7-m swego pisma tłumaczy nam powody owej obojętności tem, że większość wydanych „Odczytów“ stanowią tłumaczenia i to tłumaczenia z niemieckiego i dodaje: „Pomijając okoliczność, że tłumaczenia nie odznaczają się polszczyzną wzorową i że uporczywie używanie niektórych wyrazów i zwrotów, wstrętnych (!) dla ucha polskiego (!), nie zachęca do czytania, to przecież wykłady, tłumaczone z niemieckiego, są znane lekarzom galicyjskim i poznańskim zanim się ukazują w tłumaczeniu“. Przedewszystkiem, znając cokolwiek nasze stosunki naukowo literackie, pozwalamy sobie powątpiewać o prawdziwości twierdzenia Sz. Redakcyi „Przegl. Lek.“, jakoby lekarze galicyjscy i poznańscy tak rozchwytywali nowości literatury niemieckiej, żeby przekłady polskie, pojawiające się bardzo nieraz szybko po ukazaniu się oryginału, były już dla nich przestarzałe. Sceptycyzm nasz sięga tak daleko, że nie zdziwiłoby nas wcale, gdyby nawet i sam autor owych uwag przyznał się, że nie wszystkie ogłoszone odczyty czytał w oryginale niemieckim. Zresztą — zdaje się, że zbyt często byłoby tłumaczyć autorowi, iż nam chodzi o to, by lekarze popierali piśmiennictwo polskie a nie niemieckie. Powtóre, piękny styl może zachęcić do czytania romansu, a nie pracy naukowej; twierdzenie więc, że niepoprawność języka ma zniechęcać do kupowania [a nie do czytania] i to od samego początku, t. j. od chwili, kiedy nikt nie mógł się jeszcze przekonać, jakim językiem są tłumaczone odczyty, wydaje nam się nie opartem na logicznem rozumowaniu. Ta poprawność języka to ułbiony temat Redakcyi „Przegl. Lek.“; kilka lat temu stoczyliśmy nawet turniej na tem polu, zaczepieni przez Szanowną Redakcyję P. L.: o ile nas pamięć nie myli, nie zakończył się on wcale zwycięstwem Sz. Redakcyi; po co wznawiać te spory i niepotrzebnie jątrzyć przyjaznych i bardzo życzliwych sobie kolegów używaniem takich epitetów, jak: „wstrętne dla ucha polskiego“?, tembardziej, że możemy zapewnić Sz. Redakcyję „Przegl. Lek.“, chociaż niewątpliwie Jej się to bardzo dziwnem wyda, iż język i styl Jej organu jest bardzo zaniedbany, a często zgoła niezrozumiały dla lekarzy, mieszkających poza Krakowem, co więcej — nawet gorszy, niż w „Gazecie Lekarskiej“ i jej wydawnictwach! — A przytem obojętność lekarzy galicyjskich jest ogólniejsza: Gazeta Lekarska ma w całej Galicyi s z e s c i u prenumeratorów płatnych, a Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nie ma a n i j e d n e g o, chociaż w pismach tych pojawiają się prace, pisane przez autorów z Krakowa i Lwowa, a więc językiem — według Sz. Redakcyi Przeglądu Lekarskiego — zupełnie poprawnym, zachęcającym do czytania.

Odpowiedzi Redakcyi.

D-r M. A. m K. Etudes sur la rage et la méthode de PASTEUR, par le D-r LUTAUD. 2 edit. Paris. 1891.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog“ księgarni W-go Wendego i S-ki za miesiąc Styczeń 1891.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wl. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава 14 Февраля 1891 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.