

# NEUROLOGJA □ □ □ □ □ POLSKA

TOM II. ZESZYT II. WRZESIEŃ — PAŹDZIERNIK. 1911.

---

---

## O T. ZW. ZAWROCIE OD PRĄDU GALWANICZNEGO (VERTIGE VOLTAIQUE) W PRZYPADKACH CIERPIEŃ BŁĘDNIKA.

podał

J. BABIŃSKI (Paryż).

---

---

Należy dzisiaj uważać za rzecz bezwzględnie ustaloną, że t. zw. zawrót od prądu galwanicznego (*vertige voltaique*) jest uwarunkowany wyłącznie lub głównie przez drażnienie prądem elektrycznym tylnej części błędnika.

Wychodząc z tego założenia, przypomnę kilka faktów, zdaniem mojem, szczególnie pouczających i demonstracyjnych.

Breuer, elektryzując przewody półkuliste gołębia, wywoływał u niego rozmaite ruchy głową; drażnienie każdego z tych przewodów powodowało przechylenie głowy w sposób odrębny. Ja również, drażniąc prądem elektrycznym u gołębia błędnik, otrzymywałem zboczenia głowy, przyczem stwierdziłem, że kierunek zboczenia zależał od tego, czy błędnik znajdował się w styczności z biegunem dodatnim, czy ujemnym: pierwszy do pewnego stopnia przyciąga ku sobie głowę, drugi ją odpycha. Ewald i Pollack podają, że w swoich badaniach elektrycznych nad głuchoniemymi stwierdzili brak ruchów przechylenia głowy w stosunku 30%. Już w r. 1901 wykazałem, że w cierpieniach usznych jednostronnych zawrót wskutek prądu galwanicznego zmie-



nia swój charakter, że przechylenie głowy odbywa się wówczas wyłącznie w stronę chorą. Fakt ten potwierdziło wielu innych badaczy, a szczególnie Mann, który ogłosił poważną pracę w tej kwestji.

Dowiodłem następnie, że napełnienie przewodu usznego ciepłą wodą o ciepłocie 15—20°, stosowane według metody Barany'ego, wywołując drżenie gałek ocznych, jednocześnie wybitnie zmienia charakter owego zawrotu od prądu galwanicznego, mianowicie: głowa wówczas przechyla się wyłącznie jednostronnie w kierunku ucha przemywanego; zachodzi więc tu fakt analogiczny do przypadku cierpienia ucha, o którym dopiero co wspomniałem. Dodam nawiasem, że objaw ten jest przejściowy.

W końcu Vincent i Barré, w swych badaniach doświadczalnych nad świnkami morskimi, niszcząc u nich doszczętnie błędnik, otrzymywali również zmianę wyraźną w zawrocie od prądu galwanicznego: jeśli operację wykonywali jednostronnie, przechylenie głowy odbywało się tylko w stronę zdrową, przy obustronnem zniszczeniu błędników, stwierdzić można było brak przechylenia się głowy bez względu na napięcie prądu.

Jeżeli fakty, przytoczone dopiero co przezemnie, dowodzą ścisłości twierdzenia, podanego na wstępie niniejszego artykułu, to zmuszają one do jednoczesnego wniosku, że uszkodzenia błędnika powodują zmianę w zawrocie od prądu galwanicznego, jedno bowiem wypływa z drugiego. Powiniennem dodać, że cierpienia nerwu przedsionkowego i jego ośrodka są w stanie wywołać również podobne zaburzenia. Z powyższego wynika, że zmiany w charakterze zawrotu od prądu galwanicznego pozwalają wykrywać te lub inne uszkodzenia błędnika i przez to samo badanie zmian tych zasługiwać winno na szczególną uwagę.

Lekceważenie badań tych do tej pory objaśnić można niewątpliwie — po pierwsze tem, że znaczna liczba lekarzy, nie dość wyszkolonych, uważa badania elektryczne za coś bardzo zaufanego i bardzo męczącego, po drugie tem, że większość otjatrów gotowa jest przypuszczać, iż zbadanie odruchu cieplnego, z kądem inąd bardzo cennego, może nas zawsze dostatecznie objaśnić o stanie tylnej części błędnika, co nie jest ściśle.

A zresztą, czyż nie możemy twierdzić, że w klinice niema dwóch objawów, posiadających bezwzględnie to samo znaczenie,



i że wszelki nowy nabytek w semiologii powinien być mile widziany.

Obecnie zamierzam wykazać, jakim to zmianom podlega zawrót od prądu galwanicznego u człowieka pod wpływem zaburzeń w błędniku. Za wyjątkiem spostrzeżeń, poczynionych przez Ewalda i Pollacka w zakresie odporności na prąd elektryczny, reszta faktów, które wyłożę, stanowi wynik moich osobistych spostrzeżeń.

Objawy podmiotowe przy badaniu zawrotu od prądu galwanicznego, a w szczególności uczucie kołowania się, przechylenia niekiedy ulegają zmianom: mogą być spotęgowane, lub osłabione, lub wreszcie całkiem zniesione. Gdy w stanie normalnym przy niewielkiej sile prądu (1—3 MA) objawy te na ogół są zupełnie znośne i znikają z chwilą zaprzestania elektryzacji, w przypadkach podrażnienia błędnika ten sam prąd, trwający kilka sekund, może wywołać u osobnika badanego uczucie zawrotu bardzo przykre, trwające nieraz godzinami. Przy sposobności przypomnę, że nalanie wody do przewodu usznego w celu zbadania odruchu cieplnego niekiedy wywołuje efekt nie mniej przykry, niż elektryzacja. Przeciwnie, w przypadkach zniszczenia błędnika mieć będziemy w tych razach osłabienie lub zniesienie uczucia zawrotu, co pozwala takim chorym znosić swobodnie natężenie prądu, wynoszące 10—15 MA, a nawet jeszcze więcej.

Przejdźmy teraz do objawów przedmiotowych.

Odporność na prąd galwaniczny zwykle bywa przesadzaną. Najwybitniej występuje ona w przypadkach uszkodzenia obu błędników. Stopień tej odporności bywa mniej lub więcej znaczny. Niekiedy, pomimo natężenia prądu, dochodzącego do 15—20 MA, brak wszelkich przechylań głowy, gdy w stanie normalnym zbaczanie głowy u osobnika badanego wogóle dostrzedz można już przy sile prądu 1—2 MA.

Podobne spotęgowanie odporności na prąd galwaniczny spostrzegać można w przypadkach guzów wewnątrzmoźgowych, którym towarzyszy obrzęk mózgu i zwiększenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Bardzo często zamiast przechylenia głowy w bok lub obrotu głowy widzimy ruch głowy ku tyłowi. Niekiedy znacznie rzadziej, głowa nachyla się ku przodowi.

W niektórych przypadkach widać, jak głowa, podczas stosowania prądu elektrycznego, wykonywa ruchy naprzemienne,



raz w stronę lewą, to znowu prawą. Ruchy te słusznie określamy nazwą — *nystagmus cephalicus*.

W przypadkach uszkodzenia błędnika, wyłącznie lub przeważnie po jednej stronie, zauważyć można zaburzenie, które nazywałem „przechyleniem jednostronnem“ (*l'inclination unilaterale*). Wykazuje ono szereg odmian:

Osobnik badany bez względu na kierunek prądu, przechyla głowę w stronę ucha chorego; w podobnych razach przy otwarciu prądu głowa bezpośrednio wraca do pozycji pierwotnej, albo też wykonywa uprzednio ruch nagły, jeszcze bardziej zwiększający przechylenie głowy, spowodowane przez przejście prądu.

Głowa przechyla się, jak to bywa u osobników zdrowych, w stronę bieguna dodatniego, lecz ruch ten po jednej stronie wyrażony jest silniej, niż po drugiej.

Głowa przechyla się w stronę chorą, gdy biegun dodatni przystawiony jest do niej, przy zmianie jednak kierunku prądu, głowa, zamiast przechylać się w bok, odchyła się w tył.

Przechylenie głowy zdaje się odbywać wyłącznie w stronę zdrową, jak to spostrzegli w badaniach swych eksperymentalnych Vincent i Barré (zniszczenie doszczętne błędnika u morskiej świnki).

Ruch głowy rotacyjny, objaw fizjologiczny wprawdzie nie stały, który, jak o tem pisałem, można wywołać u osobników normalnych, przystawiając biegun dodatni z jednej strony powyżej skrawka (*tragus*) ucha, a biegun ujemny z przeciwnej powyżej zrazika (*lobulus*) ucha tuż za dolną szczęką, również często ulega zmianom w razie uszkodzenia błędnika, Ruch ten może być wyłącznie jednostronny bez względu na kierunek prądu i może zachodzić bądź po tej samej stronie, co przechylanie głowy, bądź po stronie przeciwnej.

Wreszcie drżenie gałek ocznych (*nystagmus*), które łatwo daje się wywołać w stanie fizjologicznym za pomocą prądu elektrycznego, w przypadkach cierpień błędnika może nie występować. Dodam jednak, że do objawu tego nie przywiązuję zbytnej wagi, często bowiem brak go lub bardzo trudno go wywołać u osobników całkiem normalnych.

Takie są zasadnicze odmiany zawrotu od prądu galwanicznego w stanie patologicznym. Każda z nich jest w stanie wykryć i wykazać bądź stopień natężenia uszkodzenia błędnika bądź



umieszczenie w nim cierpienia. Co się tyczy tego ostatniego punktu, to na razie nie jestem w stanie podać danych bardziej ścisłych. Z całą już jednak, jak sądzę, stanowczością twierdzić można, że przytoczone przezemnie powyżej objawy, dowodzą zaburzeń w będącym w mowie narządzie i że niektóre z nich pozwalają rozpoznać nawet drobne niedokładności w działalności tego narządu.

Przytoczę dowód: zawrót od prądu galwanicznego, uznany jako nieprawidłowy, polegający na jednostronnem przechylaniu lub jednostronnym obrocie głowy, może stać się znowu prawidłowym bezpośrednio po wypuszczeniu kilku centymetrów sześciennych płynu mózgo-rdzeniowego.

Zmiany w zawrocie od prądu galwanicznego bardzo często kojarzą się ze zmianami w odruchu cieplnym, lecz, co jest punktem zasadniczym, nie są nieodłącznie z niemi związane. Spostrzegalem wielu chorych, dotkniętych cierpieniem usznem, u których odruch cieplny był prawidłowy, a dopiero badanie za pomocą prądu elektrycznego wykazywało obecność cierpienia błędnika.

Z drugiej znów strony stwierdzić można nieznaczne objawy zawrotu od prądu galwanicznego, zachowanie drżenia gałek ocznych (*nystagmus*) pod wpływem prądu elektrycznego u osób chorych, u których nawet śladu drżenia gałek ocznych pod wpływem przemywania ucha wodą ciepłą (t. zw. *nystagmus calorique*) zauważyć się nie daje: w podobnych przypadkach należy przypuszczać, albo że tylna część błędnika, utraciwszy zupełnie pobudliwość cieplną, zachowała jeszcze w części pobudliwość elektryczną, albo, że zawrót od prądu galwanicznego, zasadniczo zależny od drażnienia błędnika, może w niektórych przypadkach częściowo przychodzić do skutku przez elektryzowanie ucha powyżej błędnika.

Objawy, które opisałem powyżej, należy wprowadzić do semiologii cierpień usznych, ponieważ, jak to wykazałem, pozwalają one zwykle wykryć uszkodzenia nawet nieznaczne tylnej części błędnika. Dostarczają one nadzwyczaj cennych danych do różniczkowania cierpień usznych istotnych od wrzekomych, zależnych od sugestji, np. gdy chodzi o wykrycie, lub usunięcie przypuszczenia symulacji w przypadkach t. zw. nerwic urazo-



wych. Mogą się one też przyczynić do ułatwienia rozpoznawania niektórych organicznych cierpień układu nerwowego ośrodkowego — występują naprz. jako jeden z najwcześniejszych objawów nowotworu mostowo-mózdkowego. Zaslugują więc na baczną uwagę otjatrów, lekarzy ekspertów i neurologów.

---

---



# O ISTOCIE STANÓW NEURASTENICZNYCH\*).

podał

TADEUSZ JAROSZYŃSKI.

---

---

## O nerwicach wogóle.

Termin „nerwica“ (neuroza) użyty został poraz pierwszy w r. 1776-ym przez lekarza szwedzkiego Cullen'a, który nazwał tem mianem „choroby nerwów i duszy, choroby bez gorączki, o zmiennych objawach i długotrwałym przebiegu“, zaliczając do nich wielką liczbę różnych stanów patologicznych. Liczbę tę znacznie zmniejszył Pinel (1819), który jednakże za nerwice uważał wiele cierpień organicznych, zakaźnych, psychicznych, których pochodzenie anatomiczne nie było wówczas znane. Tak np. zaliczał on do nerwic głuchotę, podwójne widzenie, ślepotę, tężec, ileus, kolkę, wymioty, wodowstręt i t. d. Późniejsi autorzy, jak Axenfeld (praca o nerwicach w r. 1863), odrzucają już większość tych cierpień, kwalifikując do nerwic tylko sześć chorób: stan nerwowy, płasawicę, eklampsję, padaczkę, katalepsję i histerję, — wyłączając z pomiędzy nich t. zw. „ataxie locomotrice“, którą w tymże czasie jeszcze zaliczał do nerwic Duchenne, ignorując prace Romberga i Vulpiana. Od tego czasu jednak liczba nerwic znowu wzrosła, dołączono bowiem do nich opisane nieznanne choroby: chorobę Basedow'a, Parkinson'a, tężyczkę i neurastenję (Beard), łącznie z hipochondrją. Tak że Brochin (1878) i Grasset (1894) w swoich podręcznikach chorób nerwowych uznają te właśnie cierpienia za nerwice, prócz sześciu, podanych przez Axenfelda, — uważając za nie choroby o nie-

---

\*) Praca ta stanowi część referatu „O nerwicach“ wypowiedzianego na XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. bież. — Druga część była drukowana w „Medycynie i Kronice Lekarskiej“ w r. 1910 p. t. „Psychologia i Psychoterapia histerji“.



znanem anatomicznem podłożu. choroby t. zw. nieorganiczne (czynnościowe).

Z tego negatywnego określenia nerwic wynikało, że w miarę postępu badań anatomicznych i fizjologicznych, dzięki którym te „nieznane uszkodzenia narządów“ zostają stopniowo poznawane, — liczba nerwic zmniejsza się stopniowo.

Właśnie obecnie znajdujemy się w okresie dalszego redukcowania liczby nerwic. Jakkolwiek w większości uznawanych obecnie za klasyczne podręczników lekarskich (Oppenheim, Strümpell, Dieulafoy) zalicza się do nerwic prawie wszystkie cierpienia pozostawione w tej kategorii przez Axenfelda i Grasset'a, — to jednak większość autorów dzisiejszych dąży do wyeliminowania z rzędu nerwic całego szeregu stanów chorobowych, których podłoże anatomofizjologiczne jest mniej lub więcej znane, albo z wszelką pewnością przypuszczane. Należą do nich padaczka wraz z eklampsją, płasawica, choroba Basedowa, Parkinsona, tężyczka. Przypuszcza się dla nich przyczynę albo w zakażeniu (płasawica), albo w zmianie działalności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i powstającym stąd samozatruciu i t. p. Co zaś się tyczy kwalifikowanych do nerwic — katalepsji i hipochondrii, to uważa się je dziś nie za oddzielne postaci chorobowe, a za objawy chorób nerwowych lub umysłowych.

Zatem dzięki badaniom klinicznym i doświadczalnym wielka liczba dawniej uznanych nerwic maleje stopniowo i po tem eliminowaniu pozostały istotnemi nerwicami dwie tylko postaci chorobowe: histerja i neurastenja, jako choroby nieorganiczne, czynnościowe, w odróżnieniu od innych cierpień nerwowych, uznawanych za „prawdziwe“, organiczne. Znajdują się jednak autorzy, którzy neurastenję uznają za chorobę somatyczną, nie psychicznego pochodzenia, są nawet tacy, którzy organicznego podłoża dopatrują się i w histerji. Tak więc negatywne określenie nerwic, jako chorób o nieznanem anatomofizjologicznem pochodzeniu, doprowadza do negacji samego pojęcia nerwicy, gdyż z czasem przestałyby one istnieć.

Takiego rodzaju wynik nauki o nerwicach stałby się zrozumiałym, gdy zważymy, że wszelkie określenie pojęcie na zasadzie braku cech charakterystycznych jest pod względem naukowym niedopuszczalnym.

Pojmując to, niektórzy autorzy czynili usiłowania do po-



dania pozytywnego określenia nerwic na zasadzie przyznania im pewnych cech, im tylko właściwych. Najbardziej rozpowszechniona jest teoria Dubois (z Bernu), który uważa nerwice za choroby zależne od psychiki (psychoneurozy), t. j. za choroby „z imaginacji“, urojone, stosując to określenie jednakowo do hysterji i neurastenji, nie różniących się zasadniczo od siebie. Krytyką tej teorii zajmujemy się później, obecnie tylko zaznaczymy, że określenie „maladie par représentation“ da się w pewnej mierze zastosować tylko do hysterji, której objawy są psychiczno-pochodne. Co się tyczy stanów neurastenicznych, to dziedzina wyobrażeń i autosuggestji nie wyczerpuje ich etiologii, jak to między innymi dowodnie wykazał Oppenheim w polemice z Dubois (patrz piśmieni.). Teoria Dubois jest błędna przez nadmiar intelektualizmu i zapoznania roli pierwiastków uczuciowych.

Racjonalnego określenia nerwic dotychczas nie dano. Istotnie prawdziwe określenie choroby opierać się może tylko na jej etiologii, w dziedzinie zaś nerwic panuje pod tym względem wielka rozbieżność zdań u różnych autorów. Jedni przypisują wyłączną rolę w ich powstawaniu dziedziczności, inni nadają nadmierne znaczenie sprawie zmęczenia, samozatrucia, zakażenia i t. d. W ostatnich czasach wysuwa się na pierwszy plan rolę suggestji, przyczem nieraz przecenia się jej znaczenie.

Sprawa określenia i klinicznego traktowania nerwic wymaga się rewizji. W dziedzinie tej panuje pomieszanie pojęć wskutek niedostatecznego badania ich etiologii i braku probierza klasyfikacyjnego. Dwie pozostałe po redukcji wielkiej liczby nerwic, dawniej uznawanych, mian. hysterja i neurastenja nie są należyte odgraniczone od siebie oraz od psychoz, gdyż nie posiadają ścisłego określenia na podstawie cech pozytywnych. Negatywne ich definicje sprawiły, że obie te postaci chorobowe są, jak się wyraził Lassègue. „koszami, w które rzuca się wszystko, czego się nie ma gdzie umieścić“. Są to pojęcia za szerokie, z nadto nieokreślone. Przy analizie tych stanów i doszukiwaniu się określonych cech, które je różnić mogą od innych cierpień pokrewnych, widzi się potrzebę rozczłonkowania tych stanów na poszczególne, czy to na zasadzie innej etiologii, czy innego obrazu klinicznego, czy innej istoty psychologicznej.



Pomijamy w niniejszym szkicu sprawę hysterji, która została opracowana w referacie specjalnym<sup>\*)</sup>, a postaramy się podać analizie pojęcia neurastenji, czyniąc próbę określenia jej istoty klinicznej i rozczłonkowania jej na postaci poszczególne.

### O stanach neurastenicznych.

Pojęcia neurastenji wskutek braku należytego ścisłego określenia jej istoty, jest pojęciem zbiorowem, zanadto szerokiem. Powszechnie zalicza się do niej cały szereg stanów, nic wspólnego z neurastenją właściwą nie mających. Tak np. niesłusznie jako neurastenję kwalifikuje się wiele stanów psychicznych, degeneracyjnych, anomalje charakteru, objawy psychozy manjakałno depresyjnej (cyklotymji), melancholji i paranoi-rudymentarnej, mówi się o neurastenji w zwykłych stanach wyczerpania (np. po chorobach zakaźnych), o neurastenji wskutek niedokrwistości, miażdżycy, a nawet spraw przymiotowych (neurastenja, jako pierwszy okres porażenia postępującego). Nie odróżnia się należycie od niej stanu nerwowego czy psychicznego znużenia, albo „zdeenerwowania”, nie mówiąc już o pojęciu „nerwowości”, która jest wrodzoną cechą usposabiającą, a nie chorobą.

Obok tego błędu nozologicznego popełnia się zazwyczaj drugi błąd przez mylne rozumienie psychologii neurastenika. Powszechnie traktuje się go, jako chorego urojonego, „z imaginacji”, albo „z autosuggestji”. Nazywa się go „hipochondrykiem”, t. j. skarżącym się na różne dolegliwości bez racjonalnej podstawy ze strony zmian w ustroju, posądza się go o wyszukiwanie cierpień nieistniejących. Gołosłowny argument: „jesteś Pan zdrow” nie trafia choremu do przekonania, gdy nie tłumaczy mu się źródła jego dolegliwości, które są dla niego realne i dokuczliwe i chory traci zaufanie do lekarza, któremu w myśli zarzuca nierozumienie go. Niekiedy znowu, przeciwnie, traktuje się go, jako „prawdziwego chorego”, lecz się drogą leków symptomatycznych jego cierpienia żołądkowe, sercowe, płciowe, przynoszące mu tem nieraz prawdziwą szkodę, gdyż leczenie

<sup>\*)</sup> „Psychologia i psychoterapia hysterji”. Medycyna i Kronika Lekarska 1910 r.



farmaceutyczne i miejscowe jeszcze bardziej wpaja mu przekonanie, że obawy jego co do zdrowia są istotnie uzasadnione.

Postępowanie z chorym neurastenikiem wymaga subtelnej znajomości jego psychiki i genezy jego dolegliwości, — tymczasem z chorymi tego rodzaju ma zazwyczaj do czynienia szeroki ogół lekarzy. Dlatego też jest sprawą wielkiej wagi ujednostajnienie poglądu psychogenetycznego na powstawanie stanów neurastenicznych.

Poglądów na istotę neurastenji istnieje mnóstwo, przyczem teorie genetyczne dadzą się podzielić na dwie grupy: jedni autorzy uznają, że główną rolę w neurastenji odgrywają czynniki somatyczne, objawy psychiczne zaś są wtórne, podczas gdy drudzy, przeciwnie, nadają czynnikom psychicznym znaczenie pierwotne, usiłując objawy somatyczne do nich sprowadzić.

A) Teorie fizjologiczne. Do najbardziej zdecydowanych zwolenników pierwszego poglądu należy Bernheim, który utrzymuje, że neurastenja jest wyrazem stanu dyskrazji autotoksycznej konstytucyjnej, przeważnie wrodzonej, która się może przejawiać pod wpływem wzruszeń, przyczyn moralnych, okresów krytycznych w rozwoju ustroju (pokwitanie, przekwitanie, ciąża etc.) oraz chorób zakaźnych (zwłaszcza influenzy). Autor ten, który jest jednym z najlepszych znawców sugestji i hipnotyzmu i zwolennikiem stosowania psychoterapii w stanach nerwowych, po dwudziestu kilku latach pracy nad tym przedmiotem, dochodzi do przekonania, że jednakże neurastenja nie podlega działaniu sugestji, że nie jest ona psychonerwicą, gdyż nie zależy od wyobrażeń, ani od imaginacji, ale od wzruszeń i samozatrucia.

Podobne zdanie wypowiadają Raymond, Sollier, Ballet i inni, którzy podobnie negują rolę sugestji w neurastenji, a uważają ją za chorobę wyczerpania nerwowego, następującego wskutek przemęczenia pracą fizyczną i psychiczną, albo wzruszeń przygnębiających. Nie uważają oni neurastenji za oddzielną jednostkę chorobową, lecz za zespół (analogicznie do pojęcia dyspepsji), spotykamy w różnych cierpieniach organicznych (samozatrucie, zakażenie i t. p.). Autorzy ci wraz z Huchardem i de Fleury łączą neurastenję z artretyzmem w pojęciu „neuroarthritisme“, którego objawem jest osłabienie odżywiania ogólnego z upośledzonym wytwarzaniem energii nerwowej wskutek działania czynników toksycznych. Teorię neuroartretyzmu opracował zwłaszcza dokładnie de Fleury, który dzieli neurastenję na dwa rodzaje: neurasthénie à hypotension — z osłabieniem napięcia naczyniowego — wskutek wyczerpania i neurasthénie



à hypertension — z wzmożonem ciśnieniem — wskutek samozatrucia artretycznego. U nas wiąże neurasthenię z zaburzeniami w przemianie materji Biernacki.

Teorię fizjologiczną neurastenji pod kątem widzenia energiietyki nerwowej opracowali Deschamps i Lepine. Utrzymują oni, że neurastenia jest przede wszystkim astenją, więc choroby zmęczenia, które się wyraża przez deficyt energii nerwowej w ustroju. „Le vouloir est sain, le pouvoir est nul“ (neurasteniek chce, ale nie może), twierdzą oni, charakteryzując neurastenię, jako rodzaj niemocy nerwowej nie urojonej, ale istotnej, organicznej. Astenja powstać może albo z wyczerpania (épuisement), albo z braku wrodzonego (insuffisance), albo z zahamowania (inhibition) i te trzy czynniki, działające w wielu stanach patologicznych, mogą się stać źródłem neurastenji. Jest więc ona tylko syndromem psychicznym, odprowadzającym prawdziwym zaburzeniom somatycznym. Źródło neurastenji nie jest w psychizmie, a w zmęczeniu wogóle, które spotyka się w różnych chorobach i które musi podlegać prawom patologji energii w ustroju.

B) Teorie psychologiczne. Do wprost przeciwnego wniosku dochodzą tacy autorzy, jak Dubois, Dejerine, Levy i t. d. Zdaniem ich, uczucie zmęczenia u neurasteników jest fałszywe, nie opiera się ono bowiem na istotnem wyczerpaniu, a na autosuggestji. Typowy neurasteniek czuje się najbardziej znużonym rano, właśnie po dłuższym wypoczynku w nocy, więc uczucie znużenia jest tu urojone; zazwyczaj wieczorem chory taki ożywia się, nabiera humoru, jakkolwiek cały dzień pracował. Nie tylko znużenie, ale i wszystkie objawy w neurastenji są natury podmiotowej i pochodzą „z imaginacji”, t. j. z urojenia. Rozumuje w ten sposób zwłaszcza Dubois, który uzależnia neurastenię od autosuggestji i widzi możność leczenia chorych tego rodzaju drogą djalektycznego przekonywania, że są w błędzie co do pojęcia o swoim zdrowiu. W powstawaniu objawów neurastenicznych główną rolę odgrywają fałszywe wyobrażenia i sądy w umyśle chorego, więc leczenie powinno polegać na ich obalaniu. Chory błędzi co do swojej choroby i nie należy go w tym błędzie podtrzymywać przez podawanie leków wewnętrznych, leczenie miejscowe i t. d., a poddać go leczeniu za pomocą wskazania drogi do samowychowania. Trzeba mu dać „une douche de raison, une friction d'énergie morale” i podtrzymać go w optymizmie.

Podobne zdania jeszcze przed Dubois u nas wypowiedział Dunin, który podnosi w neurasteniku jedną cechę charakteru — przesadną samoobserwację i z niej wyprowadza jego hipochondryczne usposobienie. Neurastenika cechuje szczegółowa analiza każdego odczuwania, koncentracja uwagi na doznawane



cenestezje, powstające wskutek nadmiernej wrażliwości naczynioruchowej i stąd pochodzą przypuszczenia choroby, urojone, czy to psychiczne cierpienia. Od czego jednak zależy ta skłonność do samoobserwacji? zapytuje Dunin i w odpowiedzi powraca do teorii fizjologicznej: wzmożona wrażliwość komórek nerwowych doprowadza do powstawania objawów somatycznych (cenestezji), które dają punkt wyjścia do sprawy psychicznej.

I nie ulega wątpliwości, że obie teorie neurastenji: fizjologiczna i psychologiczna nie są tak bardzo od siebie dalekie i wcale sobie wzajemnie nie przeczą. Wszyscy bowiem autorzy zgadzają się na współrzędne istnienie objawów somatycznych i psychicznych, starają się tylko określić, który szereg objawów jest pierwotny, a który pochodny. Każdy analizuje rzecz z innego punktu widzenia i choć czyni spostrzeżenia trafne, interpretuje je jednostronnie, stając się zwolennikiem jednej teorii.

Zdaniem naszym, dualistyczne pojmowanie organizmu drogą podziału jego czynności na somatyczne i psychiczne, nie jest prawowitem. Przeczy temu zasada paralelizmu psychofizycznego, według której objawom psychicznym towarzyszą w ustroju zmiany fizykalno-chemiczne i odwrotnie. Właśnie układ nerwowy jest tym pośrednikiem pomiędzy obu szeregami zjawisk i tam, gdzie chodzi o jego zaburzenia przyjęcie zasady współzrędnego istnienia i wzajemnego oddziaływania na siebie obu tych szeregów wydaje się koniecznym. Zmiany w obu dziedzinach są równoległe, stan psychiczny jest odtworzeniem stanu somatycznego ustroju i odwrotnie stan energii fizycznej jest wynikiem pobudzeń ze strony kory mózgowej. Tylko taki pogląd na istotę neurastenji, który jest oparty na tym paralelizmie psychofizjologicznym, może być bezstronnym.

Dlatego istnieje taka różnorodność teorii neurastenji, że każdy autor badał objawy tej choroby z innego punktu widzenia: jeden na zasadzie analizy spraw zmęczenia, inny — ciśnienia krwi, inny — analizy moczu, inny — badania spraw płciowych, inny — zaburzeń energii w ustroju i t. d. Badano objawy choroby, nie zajmując stanowiska syntetycznego, które by uwzględniało etiologję, działającą na oba szeregi zjawisk: fizyczny i psychiczny.



## Etiologia neurastenji.

Etiologia każdej choroby jest zawsze złożona, gdyż składa się na nią kilka czynników współrzędnie działających. Nawet w chorobach zakaźnych (np. w gruźlicy), gdzie czynnik specyficzny jest nieraz dobrze znany, czynnik ten do wywołania choroby nie wystarcza: koniecznem jest współdziałanie innych przyczyn dodatkowych, jak np. w gruźlicy usposobienia dziedzicznego, złych warunków higienicznych (odżywianie, mieszkanie, powietrze) i t. d.

Podobnie skombinowane działanie wielu czynników etiologicznych na miejsce i w nerwicach, w szczególności w neurastenji.

Więc przedewszystkiem usposobienie dziedziczne jakkolwiek odgrywa w jej powstawaniu dość ważną rolę, jednak samo przez się do wywołania tej choroby nie wystarcza. Jakkolwiek osobnik może odziedziczyć po rodzicach pewne cechy konstytucyjne charakteru, to jednak stać się neurastenikiem może on tylko wówczas, gdy współdziałają temu warunki wychowania i okoliczności życiowe. Najczęściej właśnie nie odziedziczone cechy charakteru, ale wychowanie w tem samym środowisku przez tych samych chorych rodziców kształtuje psychikę osobnika w kierunku neurastenji. Dziedziczność jest zwykle udzielona przez wychowanie — „*éducation transmise*“, jak twierdzi Guyau. Jeśli nie jest tak bezwzględnie zawsze, to jednak można z pewnością utrzymywać, że ujemne cechy, udzielone drogą dziedziczności, mogą być przekształcone przez wychowanie.

Spotyka się na każdym kroku przypadki, w których neurastenja rozwinęła się u ludzi przedtem zupełnie zdrowych pod wpływem przyczyn czysto zewnętrznych. Rola dziedziczności w powstawaniu neurastenji nie jest konieczną ani dostateczną. Nie będąc przyczyną specyficzną w etyologii, jest ona raczej czynnikiem usposabiającym i pod tym względem znaczenie jej nie jest większe, niż w gruźlicy, chorobach przemiany materji i t. p.

Dziedziczne usposobienie neuropatyczne nazywa się powszechnie „*nerwowością*“, która sama przez się nie jest jeszcze chorobą, a tylko tłem, na którym ona rozwinąć się może. Główne cechy nerwowości — to nadmierna wrażliwość układu nerwo-



wego na podniety zewnętrzne oraz uczuciowość, t. j. nadmierne przejmowanie się przejściami moralnemi (ta właśnie cecha, jak zobaczymy, ma największe znaczenie w neurastenji). Nerwowość ściślej można by było nazwać „wzruszeniowością“ (émotivité, constitution émotive Dupré), t. j. przesadnem reagowaniem na wszelkie wzruszenia, nieprzystosowaniem się do nagłych, nieprzewidzianych okoliczności, w których osobnikowi grozi coś przykrego.

Tak więc dziedziczne usposobienie nie jest przyczyną swoistą neurastenji. Podobnie powiedzieć możemy o innym czynniku, który jest podnoszony w etjologii tej choroby przez wielu autorów,—mian. znużeniu. Przepracowanie fizyczne lub psychiczne samo przez się do wywołania neurastenji również nie wystarcza. Żołnierze podczas uciążliwych pochodów, robotnicy podczas najbardziej wyczerpujących robót nie dostają neurastenji, jeśli nie znajdują się pod działaniem innych jeszcze czynników o charakterze uczuciowym. To samo możemy powiedzieć o pracy umysłowej, choćby najbardziej intensywnej i długotrwałej, jeśli jest ona dokonywana w duchowym spokoju. Jak zobaczymy, wyczerpanie fizyczne lub psychiczne jest tylko czynnikiem współdziałającym w etjologii neurastenji, analogicznie np. do działania ujemnych warunków higienicznych (odżywiania, przewietrzania) w powstawaniu gruźlicy.

Podobnie samozatrucie ustrojowe, jak artretyzm i inne choroby przemiany materji, utożsamiane przez wielu autorów z neurastenją, nie znajdują się z jej objawami w przyczynowym związku. Nie każdy chory na artretyzm, skazę moczanową, czy cierpiący na inną autointoksykację, jest koniecznie neurastenikiem i odwrotnie, nie każdy neurastenik musi cierpieć na samozatrucie ustroju. Oba te pojęcia, jakkolwiek są nieokreślone i niedokładnie zbadane,—w tem rozumieniu, jakie im obecnie nadajemy, nie pokrywają się wzajemnie. Zupełnie to samo dotyczy zakażenia, które wielu uznaje za jedną z przyczyn neurastenji, gdyż nieraz widzimy po chorobach zakaźnych objawy wyczerpania nerwowego, znużenia mięśniowego, lekkiego przygnębienia i t. d. Stany te, bez wątpienia, spotykamy po niektórych chorobach zakaźnych, jak np. po tyfusie, influenzy, jednak są one przejściowe i nie towarzyszy im nigdy zmiana psychiki, charak-



teryzującej chorego na neurastenję: chorobliwa samoobserwacja, obawa choroby, hipochondryczne usposobienie i t. d.

Trzy te wspomniane czynniki: znużenie, samozatrucie i zakażenie są, jak zaznaczyliśmy, tylko współdziałającymi momentami, przyczyniającymi się do działania przyczyny swoistej.

Z psychicznych czynników wysuwają na pierwszy plan znaczenie sugestji w neurastemii; niektórzy, jak Dejerine, Dubois—uważają ją za główną przyczynę wszystkich objawów. Od czasu jednak prac Babińskiego w tym przedmiocie jest już dziś ustalonym, że atrybut powstawania i usuwania objawu przez sugestję jest wyłącznie hysterji właściwym. Hysterja jest par excellence chorobą sugestji, podczas gdy w neurastemji sugestyjność nie jest większą, niż u ludzi zdrowych (sugestyjność t. zw. fizyologiczna). Neurastenicy nie są podatni na sugestję, ani na hypnozę i leczenie drogą tych środków zazwyczaj nie daje skutecznych czynników. Znamienne jest pod tym względem zdanie Bernheim'a, twórcy pojęcia sugestji i wielkiego rzecznika jej stosowania w medycynie, który, jak widzieliśmy, wypowiada zdanie, że neurastenia nie poddaje się wpływowi sugestji ani perswazji, gdyż źródło jej nie kryje się w błędnych wyobrażeniach, a głębiej, w zmianach czynności ustroju fizycznego i psychicznego. Zresztą powszechna obserwacja uczy nas, że neurastenik nie jest chorym „z imaginacji“, że doznaje on chorobliwych odczuwań rzeczywiście, tylko stan psychicznej apatii i zaniepokojenia znie-wala go do przywiązywania do nich szczególnej wagi i do interpretacji ich w kierunku obaw hipochondrycznych. Chory na neurastenię badany przez introspekcję jest rzeczywiście chorym, gdyż się takim „czuje“ i na ten stan jego o charakterze wzruszeniowym sugestja, jako działająca przez wyobrażenia, nie osiąga najmniejszego działania. Neurastenik nie jest chorym z urojenia, ani z autosugestji, gdyż chorą jest jego dziedzina uczuciowa, nie podlegająca, jak chce Dubois, wpływowi myśli i rozsądku.

Niezbędnem jest w każdym przypadku neurastenji działanie przynębiających wzruszeń na psychikę chorego. Ten czynnik jeden spośród wszystkich przeliczonych jest koniecznym, któremu pozostałe współdziałają w wywoływaniu zaburzeń chorobowych, analogicznie do swoistego czynnika bakteryjnego w chorobach zakaźnych, który działa na ustrój tylko wówczas, gdy



sprzyjają temu określone ujemne warunki, osłabiające odporność ustroju.

Więc praca fizyczna lub umysłowa w warunkach normalnych nie wywołuje neurastenji, przeciwnie, może ją wywołać przepracowanie, któremu towarzyszy stan obawy nagłej lub przewlekłe działającej.

Nawet najbardziej forsowny pochód żołnierzy podczas manewrów wywoła tylko znużenie, gdy warunek ten podczas wojny, gdzie uczucie strachu jest na pierwszym miejscu, może wystarczyć do powstania choroby, gdy natrafi na jednostkę wrażliwą (więc rola czynnika swoistego łączy się tu z przyczyną współdziałającą i z usposobieniem wrodzonym).

Praca umysłowa, nawet najbardziej intensywna, da tylko wyczerpanie, przechodzące bez śladu po odpoczynku, podczas gdy „denerwująca” praca podczas egzaminów w szkole, zwłaszcza dzisiejszej, gdzie również czynnik stałego strachu jest dominującym,—może u osobników podatniejszych wywołać stan nawet ciężkiej neurastenji.

Stan osłabienia nerwowego po przebyciu dłużej trwającej choroby zakaźnej jest stanem przejściowym i podlegającym łatwo wyrównywaniu, jednak z uwagi na wzmożoną wrażliwość układu nerwowego sprzyja on bardzo powstawaniu objawów neurastenicznych, a mianowicie lękowych, gdy osobnik podlega w nim strachowi. (Przykład: dwunastoletni uczeń przedtem zupełnie zdrowy, po przejściu ciężkiej płonicy, podczas pobytu na wsi był świadkiem bójki dwóch rzeźników na noże — i od tego czasu zaczął się bać wszystkiego, bał się sam zostać w pokoju, nie mógł spać w ciemności, prosił o zagładanie pod łóżko i t. d.—własne spostrz.).

Rola onanizmu samego przez się w powstawaniu neurastenji jest właściwie żadna. Nałogowi temu oddaje się w mniejszym lub większym stopniu przeszło połowa wszystkich mężczyzn w okresie młodzieńczym. Nawet forsowne jego uprawianie nie wywołuje żadnych zaburzeń psychicznych, ani nerwowych, u tych, którzy nie słyszeli od innych o jego szkodliwości. Dopiero przeczytanie broszurki o wrzekowym „schnięciu mlecza”, „idjoceniu”, albo nastraszenie pod tym względem przez kolegów, a częstokroć i lekarza, wprawia nałogowca w stan niepokoju, samoobserwacji w kierunku utraty pamięci, dolegliwości podmiotowych i neu-



rastenja rozwija się w całej pełni. Oddający się temu nałogowi z rezygnacją albo z lekkomyślnością, (co oczywiście trudno pochwalać), którzy zatem nie poddają się tym obawom, są zabezpieczeni przed neurastenją, a doznają najwyżej objawów niewielkiego osłabienia nerwowego.

Neurastenja jest przywilejem niektórych z a w o d ó w, które właśnie dostarczają „denerwujących“ warunków pracy; do takich należy: zawód kupiecki, gra na giełdzie, praca biurowa przy surowym zwierzchniku, w części zawód lekarski i wogóle wszystkie te, w których zdarza się sposobność do rozczarowań, przykrych wzruszeń, obawy złego obrotu sprawy. Typowym, najczęstszym warunkiem powstawania neurastenji jest, jak mówi Dejerine „*travail double inquietude*“, t. j. praca połączona z niepokojem. I właśnie charakterystycznym dla neurastenji jest działanie nie wzruszenia nagłego i silnego, które odgrywa rolę w powstawaniu nerwicy urazowej i lękowej, a raczej szeregu drobnych wzruszeń, przez dłuższy czas działających.

Wzruszenie zatem jest czynnikiem swoistym w powstawaniu neurastenji, wszystkie inne są momentami współdziałającymi lub usposabiającymi do jego oddziaływania.

Wzruszenie jest to reakcja ustroju na warunek nieprzewidziany, zwykle grożący osobnikowi (*émotion-choc*). Reakcja ta obejmuje nie tylko korę mózgową, ale i ośrodki podkorowe i wreszcie wszelkie czynności ustroju, w których mogą powstawać najrozmaitsze zaburzenia. Zwłaszcza układ współczulny przyjmuje udział w reagowaniu ustroju na wzruszenie. Znane są zaburzenia naczynioruchowe podczas doznawania nagłych przykrych uczuć: bladnięcie, rumienienie się, uczucie gorąca w głowie, dermatografizm, uczucie zimna, dreszczu po skórze. Czynność serca ulega wzmocnieniu (t. zw. „bicie serca”), albo osłabieniu (t. zw. „zamieranie w okolicy serca”), podobnie czynność oddechania (zwiększenie szybkości i głębokości oddechu, uczucie duszenia się, kurcze przepony, ziewanie, wzdychanie). Wzruszeniom, zwłaszcza uczuciu strachu, towarzyszą dalej kurcze mięśni gładkich: kurcz mięśni przelyku i przewodu pokarmowego („ściskanie w gardle“, t. zw. „*boule hystérique*”), kurcz żołądka (czkawka, wymioty), pęcherza (parcie na mocz np. u uczniów podczas egzaminów),



kiszek (biegunka nerwowa) mięśni skóry („chair de poule“). Wreszcie zaburzenia wydzielnicze (występowanie potu, płacz, nieraz nasieniotok podczas doznawania strachu) i ruchowe (zająkiwanie się w mowie, „podcinanie się nóg“, drżenie, osłabienie siły mięśniowej etc.). Słowem pod wpływem wzruszenia powstaje w ustroju cały szereg zaburzeń, niepodległych woli osobnika.

Działanie wzruszenia jest głębokie, nieraz bardzo poważne dla ustroju. Znanym jest wpływ uczuć przygnębiających na sprawę trawienia, na działalność wątroby (żółtaczkę), na przebieg ciąży, nawet na barwę włosów. Bez wątpienia chemiczne składniki krwi mogą ulegać zmianie, (interesujące są zwroty ludowe, których intuicja może kiedyś okaże się prawdziwą: „nie psuj sobie krwi przez zmartwienie“, „nie truj się“, „nie psuj sobie żółci“, choroby ze „zruszenia“).

Uraz psychiczny odgrywa nieraz rolę w chorobie Basedowa, Parkinsona, nawet w padaczce, których podłoże organiczne jakkolwiek nie jest dokładnie znane, jednak przypuszcza się z całą pewnością. Wpływ wzruszeń na działalność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym nie ulega wątpliwości, co nie jest dziwnym z uwagi na dawno obserwowane zatamowanie wszystkich czynności w ustroju pod działaniem wzruszenia \*). Praca Stierlina o ofiarach katastrofy w Courrières zawiera zajmujące spostrzeżenie co do wolniejszego gojenia się ran u podległych wstrząsowi wzruszeniowemu, o zmianach składników, wydzielanych w moczu i t. d.

Sprawa neuroartretyzmu, podnoszona przez autorów francuskich da się może potwierdzić w przyszłości przez badanie ściśle działania wzruszeń na ustrój, na składniki krwi, na działalność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Równoległość artretyzmu i neurastenji pod względem niewątpliwego i analogicznego samozatrucia w obu przypadkach spostrzegana jest oddawna, brakuje tylko dowodów faktycznych. Być może okaże się, że intyksykacja w obu przypadkach jest wywoływana przez działanie wzruszeń depresyjnych, na co już dziś zwracają uwagę Can-

---

\*) Porów. przyp. wzmożenia się objawów klimakterycznych pod wpływem urazu (patrz „Neurologia“, Sprawozdanie z posiedzenia Sekcji Neurologicznej, Zeszyt I, tom II).



tru, Lemoine, Chiffre (ten ostatni badał doświadczalnie wpływ emocji na przemianę materji w ustroju u zwierząt; znajdował rodzaj toxhemii, zmiany w zawartości kwasów we krwi, wydzielania fosforu i t. d.).

Słowem wzruszenie jest czynnikiem działającym nie tylko na psychikę, ale i na stronę somatyczną (cielesną) ustroju. I właśnie ten fakt jest dla naszego rozumowania rzeczą pierwszorzędnego znaczenia, pozwala bowiem w nim szukać pogodzenia pozornie przeczęcych sobie fizjologicznych i psychologicznych teorii neurastenji.

### Istota neurastenji właściwej.

Ustaliwszy fakt, że działanie szeregu drobnych a ciągłych przykrych wzruszeń jest przyczyną swoistą w powstawaniu neurastenji, inne zaś przyczyny odgrywają rolę czynników dodatkowych, współdziałających, możemy teraz zastanowić się nad genezą objawów neurastenicznych, ich powstawaniem i rozwojem.

Przedewszystkiem zawsze koniecznem jest istnienie pewnego nabytego albo wrodzonego usposobienia, które daje możność oddziaływania wzruszeń na ustrój, — więc pewnej wrażliwości i uczuciowości. Ludzie obojętni, powierzchowni, lekomyślni, czujący zewnątrznie, lub posiadający zdolność do rezygnacji i stoicyzmu podczas przejść moralnych — nie są skłonni do neurastenji. Przeciwnie zawsze stać się może neurastenikiem osobnik „przejmujący się”, biorący wszystko „zanadto do serca“, sentymentalny, mało do przeciwności życia zahartowany. Wrażliwość i uczuciowość nie koniecznie są to cechy wrodzone: może sprzyjać ich rozwojowi wychowanie, warunki życiowe, niektóre okresy w rozwoju organizmu (t. zw. okresy kryczne: pokwitanie, ciąża, przekwitanie etc.), dłuższa choroba fizyczna i t. d.

Gdy na tło usposabiające wrodzone albo nabyte o cechach powyżej podanych działać zaczynają wzruszenia przygnębiające, wówczas dopiero zaczyna się rozwijać choroba. Rodzaj tych wzruszeń przykrych jest najrozmaitszy: wyrzuty sumienia, choroba w domu, strata pieniędzy, troska o byt materialny,



miłość nieszczęśliwa, wymówki ze strony zwierzchnika i przykre warunki pracy, niepowodzenie w życiu i t. p.

Podobne współdziałanie czynników etjologicznych: usposobienia neuropatycznego i wzruszeń — widzimy i w histerji, tu jednak rezultat jest inny, histeryk bowiem, czy to przez brak odporności, czy warunki zewnętrzne nie jest zdolny walczyć z przeszkodą i łatwo wpada w chorobę, która jest właśnie sposobem dalszej walki. Psychika histeryka broni się przed przykrem wrażeniem „zapominaniem” go, rugowania ze świadomości, skutkiem czego następuje jej rozdwojenie, rozwija się sugestywność, wywołująca objawy somatyczne\*).

Inaczej jest w neurastenji: tu osobnik przez dłuższy czas „martwi się i gryzie” swoim zmartwieniem, długo z niem walczy, pragnąc się do niego przystosować, w końcu ulega z objawami wyczerpania nerwowego, apatji i rozdrażnienia. W języku potocznym stan ten nazywa się „zdeenerwowaniem”, w którym się łączy przygnębienie wraz z objawami drażliwości, co wprawdzie nie stanowi jeszcze neurastenji, ale jest już wstępnym jej objawem.

Rozwój neurastenji właściwej zaczyna się wówczas, gdy działanie tych wzruszeń przygnębiających przedłuża się: wówczas pod ich wpływem zachodzi w dziedzinie somatycznej (cielesnej) i psychicznej ustroju szereg zaburzeń chorobowych.

W dziedzinie somatycznej powstaje pod stałym działaniem wzruszeń stan osłabienia układu nerwowego, wyczerpania jego energii nerwowej — a s t e n j a. Właśnie wskutek wspomnianych cech usposabiających — wrażliwości i uczuciowości — następuje za wielką reakcją układu nerwowego na wzruszenia, nadmierna utrata energii i przedwczesny stan znużenia. Wyrazem tego stanu jest astenja mięśniowa, ogólne zmęczenie ustroju, zahamowanie wszelkich czynności fizjologicznych w ustroju: trawienia (brak apetytu, zaparcie), krążenia krwi (uczucie ciężaru w głowie), czynności płciowych (osłabienie, niemoc, polucje). Wskutek otamowania tych czynności następuje osłabienie sprawności całego ustroju oraz możliwe s a m o z a t r u c i e produktami wydzielany-

\*) Szczegóły w pracy cyt. „Psychologia i psychoterapia histerji“.



mi, a nieużytkowanymi (dotyczy to działalności narządów trawiennych i płciowych, wzgl. i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym). Jednocześnie zachodzą zmiany w czynności krążenia i naczynioruchowej i wahania w ukrwieniu, ciśnieniu krwi i t. d. Skutkiem tego powstaje u chorego szereg odczuwań fizjologicznych — cenestezji ustrojowych, odgrywających wielką rolę w powstawaniu objawów hipochondrycznych, łącząc się ze stanem psychicznym, którego chory jednocześnie doświadcza.

W dziedzinie psychicznej długotrwałe działanie wzruszeń przykrych wywołuje przede wszystkim stan przygnębienia (depresji), smutku, apatycznego usposobienia. Stanowi tem jednak towarzyszą zawsze objawy wzmożonej wrażliwości, rozdrażnienia, tego, co nazywamy „zdenerwowaniem“. Charakterystyczna cecha psychiki chorych na neurastenję, oddawna spostrzegana, zaznaczona już przez Beard'a: *faiblesse irritable* (reizbare Schwäche, osłabienie wraz z rozdrażnieniem). Po każdym przykrem wzruszeniu nawet u zdrowego osobnika powstaje stan jakby oczekiwania nowej przykrości; u wrażliwych jednostek stan ten przybiera postać wewnętrznego zaniepokojenia (*attente anxieuse* autorów francuskich), które stanowi jądro psychiki neurasteników i odgrywa pierwszorzędną rolę w powstawaniu u nich obaw hipochondrycznych. Uczucie niepokoju łączy się z odczuwaniami fizjologicznymi—cenestezjami ustrojowymi, które są wytworami somatycznymi i powstaje tą drogą myśl o chorobie — nosofobia.

Istota neurastenji posiada zatem dwie strony: w dziedzinie cielesnej najważniejszym jest odczuwanie cenestezji, w dziedzinie psychicznej — stan niepokoju; współdziałanie obu tych czynników tworzy obawy co do swego zdrowia. Chorych niepokoји każde drobne klucie po ciele, strzykanie w kończynach, uczucie ciężaru w głowie, przyśpieszenie bicia serca, uczucie zimna i gorąca, pocenie się, dreszcze nerwowe—i wszystkie inne objawy, zależne od drobnych wahań w ciśnieniu krwi, od zmian naczynioruchowych lub najwyżej niewielkiego samozatrucia ustrojowego.

Do ukształtowania się prawdziwych objawów hipochondrycznych przyczynia się w tym okresie rozwoju neurastenji rola otoczenia, a nieraz i lekarzy. Otoczenie bowiem, nie rozumiejąc genezy cierpień chorego, niepokoји się jego stanem,



i bezwiednie utrwała go w obawach co do choroby. Podobnie lekarz nieraz nieopatrznie wspomni o nadkwaśności żołądka (która zresztą często bywa istotnie u neurasteników), nerwicy serca, anemji, artretyzmie, sklerozie przedwczesnej, możliwości paraliżu, skutkach onanizmu, co skierowywa uwagę chorego na stan zdrowotny, suggestjonuje go w kierunku choroby, i wówczas neurastenia jest już całkowicie uformowana.

Powszechny zwyczaj dawania leków wewnętrznych neurastenikowi również nieraz jest dla niego szkodliwym, gdyż przyjmowanie ich tylko podsyca niepokój chorego. Gdybyśmy posiadali środek wewnętrzny, któryby skutecznie mógł zwalczyć przygnębienie oraz osłabić zaniepokojenie u chorego, wówczas podawanie jego byłoby usprawiedliwionem. Czyż jednak ktokolwiek wierzy, aby mógł co zdziałać w tym kierunku brom, fosfor i arsenik? Szkodliwym jest stosowanie zwłaszcza narkotyków, środków nasennych, które jeszcze bardziej wzmagają depresję. Należy podnieść pod tym względem zasługę Dubois, a u nas Dunina, którzy usilnie występują przeciwko farmakoterapii w neurastenji, gdyż przez przepisywanie leków wpaja się myśli hipochondryczne. Podobnie potępić należy leczenie miejscowe np. w impotencji płciowej, zalecanie zbyt ścisłej diety przy dolegliwościach żołądkowych pochodzenia nerwowego, objawowe leczenie skarg sercowych, leczenie fizykalne i t. d. Jakkolwiek nieraz chory uspakaja się na czas pewien co do stanu zdrowia pod wpływem leczenia, jednak daleko racjonalniejszym jest oddziaływanie na jego niepokój bezpośrednio drogą zapewniania i rozwiania nurtujących go obaw.

Neurastenia jest chorobą somatyczną jednak psychicznego pochodzenia i dlatego leczenie powinno być tylko psychiczne. Ponieważ przytem czynnik psychiczny nie pochodzi od ideowego, a wzruszeniowego uwarunkowania, więc leczenie suggestją, ani perswazją nie może być tyle skuteczne, co oddziaływania na uczucia chorego. Należy starać się przeciwdziałać wpływowi wzruszeń przygnębiających przez wzbudzanie optymizmu w chorym, przez wzmacnianie w nim pewności co do swego zdrowia, która by mogła być przeciwstawiona zaniepokojeniu w jego psychice. Wzbudzenie wiary i zaufania jest najlepszą rękojmią skuteczności rad lekarza. „Foi, qui guérit”, — to zdanie Charcot pozostaje do dziś klasycznym.

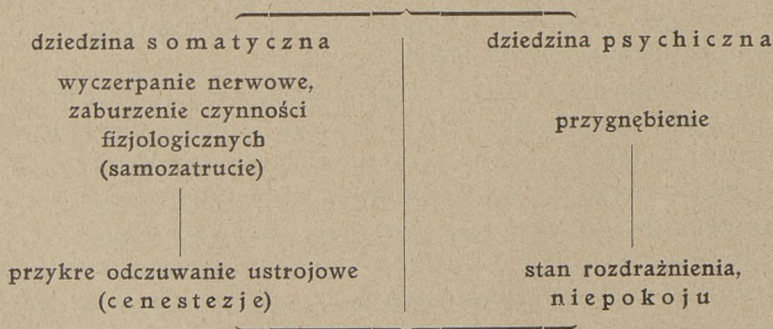


Więc zainteresowanie się skargami neurastenika, okazanie mu współczucia, pocieszanie go i banalizowanie jego cierpienia dopiero po dokładnem zbadaniu i przedwstępnem wytłomaczeniu genezy jego cierpień, — oto najodpowiedniejsze wskazówki dla ogółu lekarzy. Pozatem jednak psychoterapia systematyczna wymaga szczegółowego specjalnego omówienia. Dodamy tylko, że radykalne wyleczenie neurastenika jest możliwem tylko przy gruntownem przekształceniu jego charakteru w kierunku stoicyzmu i rezygnacji, którą mógł by on przeciwstawić napotykanym przeciwnościom życiowym, albo też przy całkowitej zmianie warunków zewnętrznych, które by dostarczały powodów do wzruszeń dodatnich wzamian przygnębiających.

Streszczając nasze rozumowania, dotyczące genezy neurastenji, możemy je zobrazować na schemacie, który wykazuje współrzędne działanie różnych czynników etiologicznych na dziedzinę cielesną (somatyczną) i psychiczną ustroju i sposób kształtowania się jej objawów:

I. **Uspokobienie** wrodzone albo nabyte = nerwowość (wrażliwość, uczuciowość, niewspółwymierność reakcji ustroju z podniętą).

II. **Działanie długotrwałe wzruszeń przygnębiających**



III. **Współdziałanie objawów somatycznych i psychicznych.** Samoobserwacja, powstawanie idei hipochondrycznych. Rola otoczenia, lekarzy w kształtowaniu się nosofobji.



Jak to już zaznaczyliśmy, pojęcie neurastenji jest zanadto szerokiem, nieokreślonem. W tem rozumieniu, jakie jej w szkicu niniejszym nadajemy, należałoby kwalifikować do niej tylko chorych z objawami wyczerpania nerwowego oraz przygnębienia psychicznego, do których przyłącza się nosofobia — obawy hipochondryczne, wiążące się z przykreimi odczuwaniami cenestetycznymi. Więc nie należy do niej zaliczać objawów zwykłego znużenia fizycznego czy psychicznego, stanu rozdrażnienia, czy zdenerwowania, który się spotyka u ludzi zdrowych na równi z nerwowością wogóle, stanu wyczerpania nerwowego po dłuższych chorobach wewnętrznych i t. p. Z drugiej strony należy wyodrębnić od niej stany nerwowe pokrewne, w których nie znajdujemy objawów przygnębienia ani idei hipochondrycznych, i których sposób powstawania, etiologia i istota chorobowa są odmienne, jakkolwiek stanowią one niewątpliwie jedną rodzinę chorób. Do stanów takich należą nerwica lękowa i psychastenja.

### Nerwica lękowa.

Postać tę wyodrębnił poraz pierwszy Hecker (1893 r.), a za nim obszerniej o niej pisał Freud (1895 r.). Niezależnie od nich wielu autorów jeszcze i dawniej pisało o stanach lękowych, różnie je nazywając i odróżniając je od neurastenji właściwej: należą tu np. *anxiété paroxystique* Brissaud, *Phrenocardie* Herz'a, przyjęta również przez Erb'a, *névrose psychosplanchnique* Grasset'a, *névrose d'angoisse* Hartenberg'a, *Angstzustände* wielu autorów niemieckich i t. d.

Jako cechę charakterystyczną dla nerwicy lękowej większość autorów podaje ataki strachu, które przejawiają się mniej więcej w następnym sposobie: chory doznaje nieokreślonego, niczem niewytłumaczonego lęku, zdaje mu się, że się coś stanie strasznego, że za chwilę skona, albo dostanie obłądę; stanowi temu towarzyszy szereg doznań fizjologicznych: ściskanie w gardle, uczucie duszenia się, bicie serca, uczucie gorąca w głowie, występowanie potu i t. d.

Poza atakami usposobienia chorych jest wogóle trwałe: są oni zawsze przejeci nieokreśloną obawą jakiegoś nie-



szczęścia, złemi przeczuciami (ängstliche Erwartung, attente anxieuse). Jednocześnie chorzy doznają od czasu do czasu ataków w szc ą t k o w y c h (rudymen t a r n y c h), którym towarzyszy jeden z objawów, składających się na atak strachu właściwy: więc chorzy doznają np. t. zw. „bicia serca“ (przyśpieszenie tętna, „palpitacje nerwowe”) albo przeciwnie, uczucia, że serce bić przestaje (t. zw. „zamieranie w okolicy serca”), uczucia duszenia się (astma nerwowa), ściskanie w gardle (nazywane „boule hystérique, zresztą niesłusznie, gdyż w hysterji objaw ten jest tylko powikłaniem), kongestji („uderzenie gorąca do głowy”), parestezji („dreszcz po ciele”), drżenia kończyn, biegunki, napaadowego pocenia się, ziewania, zawrotu głowy, podcinania się nóg, parcia na mocz t t. d.

Od neurastenji różni się nerwica lękowa tem, że pierwsza jest nerwicą wyczerpania nerwowego i depresji, podczas gdy w drugiej widzimy wogóle stan normalny (bez objawów zmęczenia), a chwilami objawy p o d n i e c e n i a, przejawiającego się w atakach. W nerwicy lękowej nie spotykamy stygmatów neurastenicznych: ucisku w głowie, dyspepsji, astenji, a tylko opisane napady strachu. W neurastenji wyłączną rolę odgrywają wzruszenia przygnębiające, nerwica lękowa powstać może i bez nich. Rozwija się ona zazwyczaj podczas o k r e s ó w k r y t y c z n y c h w rozwoju ustroju: podczas pierwszej miesiączki i wogóle pokwitania, podczas ciąży, porożu, okresu przekwitania (w tym ostatnim wypadku zwłaszcza objawy naczynioruchowe). Z wzruszeń największe i prawie wyłączne znaczenie ma uczucie strachu, więc nagły i silny wstrząs psychiczny, połączony z niebezpieczeństwem dla osobnika, który zapewne drogą nader intensywnego działania na układ współczulny, wywołuje niejako spotęgowaną i przedłużoną reakcję wzruszeniową w ustroju (réaction émoti-onnelle prolongée — termin zaproponowany przez autorów francuskich). Właśnie wszystkie pomienione objawy nerwicy lękowej są wyrazem uczucia strachu, przeżywanego n a r z ą d a m i w e w n ę t r z n e m i (bicie serca, drzenie, pocenie się, biegunka, ściskanie w gardle etc.)

Te przypadki nerwicy lękowej, które powstają po silnych urazach, działających wstrząsająco na układ współczulny, wywołując w jego zaburzeniach przedłużenie i spotęgowanie reakcji wzruszeniowej, niektórzy autorzy francuscy proponują nazywać



nerwicą wzruszeniową (*névrose émotive* — Babiński, Dupré, Claude, Meige), przenosząc ten termin nad „nerwica urazowa”, gdyż w tem ostatniem pojęciu wikłają się i inne czynniki: przesadzają dolegliwości, suggestja, symulacja w celu otrzymania odszkodowania i t. d. Opisaliśmy kilka przypadków tego cierpienia\*), starając się różniczkować je od hysterji i widząc w niem analogję do stanów neurastenicznych. W przypadkach czystych nerwicy wzruszeniowej, powstałej np. po wielkich katastrofach trzęsienia ziemi, gdzie prawna kwestja otrzymania odszkodowania nie mogła mieć miejsca, widzimy właśnie objawy nerwicy lękowej. Tak np. w przypadkach opisanych przez Néri po trzęsieniu ziemi w Mesynie wśród objawów spotykano: przyspieszenie tętna, napadowe pocenie się, biegunki nerwowe, bezsenność z powodu ciągłego strachu, drżenie rąk, kongestje do głowy i t. d.

Z drugiej strony musimy zwrócić uwagę na analogję objawów nerwicy lękowej do objawów choroby Basedow'a, wśród których spotykamy również i objawy naczynioruchowe i ataki strachu z „biciem serca” i biegunki, i wogóle wszystkie objawy, towarzyszące doznawaniu strachu w ustroju (ze strony n. współczulnego). Tej analogji pod względem klinicznym odpowiada też i etjologja, jeśli zważymy, że nerwica lękowa powstaje zwykle podczas przejściowych okresów, podczas których działalność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem ulega zaburzeniom (powstawanie wola w okresie pokwitania oraz przekwitania, związek objawów naczynioruchowych w *climacterium* z działalnością tarczycy, na co zwrócił u nas uwagę między innymi Gluziński). Z drugiej strony pokrewność nerwicy wzruszeniowej (wraz z urazową) oraz nerwicy lękowej (wraz z chorobą Basedow'a) każe przypuszczać związek pomiędzy oddziaływaniem wzruszeń na ustrój i czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, mian. możliwość zahamowania ich działalności pod wpływem uczucia tak przygnębiającego, jakim jest uczucie strachu.

\*) Koczyński i Jaroszyński. Przypadek n. wzruszeniowej (*Neurologia*. Zesz. III). Drugi przypadek patrz „*Neurologja*” Tom II Zesz. I.



Rozumowanie to potwierdza w części teoria Freud'a, dotycząca nerwicy lękowej. Autor ten spostrzegął, że cierpienie to powstaje zazwyczaj u tych osób, którzy podlegają niezupełnemu zadowoleniu płciowemu, więc rozwija się u narzeczonych, wdów, abstynentów (zwłaszcza po uprzednich nadużyciach), u małżonków, stosujących coitus reservatus, albo interruptus, u osób w wieku podeszłym i t. p. Zdaniem Freud'a, u tych osobników zaburzenia chorobowe powstają wskutek braku zharmonizowanego działania podniet fizjologicznych, idących od narządów piciowych i doznawań psychicznych w korze mózgowej. Normalnie w narządach płciowych następuje co jakiś czas nagromadzenie się produktów, które działają podniecająco na cały układ nerwowy i gdy dochodzi to do świadomości, dając potrzebę wyładowania się, co jest możliwem tylko w akcie swoistym — stosunku płciowym. Gdy tego zadowolenia niema, wówczas świadome pożądanie przy długim niewyładowaniu może zniknąć, podrażnienie w korze mózgowej słabnie i wyładowuje się drogą okólną, dając reakcje, ze strony jąder podkorowych, opuszki i t. p. (objawy podniecenia uczuciowego, objawy wzmożonej działalności układu współczulnego). Towarzyszy temu uczucie lęku, jako wyraz niemożności wyładowania nagromadzonej energii wewnątrzustrojowej: niemożność usunięcia przeszkody tkwiącej zewnątrz ustroju wywołuje uczucie strachu, podczas gdy w danym razie przeszkoda jest w samym ustroju, stąd uczucie wewnętrzne nieokreślonego lęku.

Do tych przypuszczeń Freud'a, którym należy przyznać, że nader często znajdują potwierdzenie w praktyce, uczeń jego Steckel, który wydał kilka prac, dotyczących stanów lękowych, dodaje uwagi, interesujące z naszego punktu widzenia. Można przypaszczać, zdaniem Steckl'a, że pobudzenie płciowe (libido) jest wyrazem samozatrucia wewnętrznego w ustroju wskutek wydzielin gruczołów jajnikowych, jądra, gruczołu krokowego. Wydzieliny te przy nadprodukcji neutralizuje tarczyca. Dlatego tak często podczas pokwitania, ciąży, przekwitania zachodzi powiększenie thyrois i dlatego też tak często w tych samych okresach powstają objawy nerwicy lękowej; np. podczas climacterium czynność jajników poczyna zanikać i gruczoł tarczowy bierze przewagę, stąd objawy lękowe w tym okresie (analogiczne jest pochodzenie choroby Basedow'a). W podobny sposób powstaje lęk u starców i onanistów, którzy powstrzymali się od nałogu.

Mimo te przypuszczenia, przemawiające za tem, że nerwica lękowa jest chorobą somatyczną, zależną od samozatrucia ustrojowego, należy z drugiej strony podnieść psychiczną stronę jej objawów: uczucie lęku, stan oczekiwania trwożliwego



i wogóle jakby stan przewlekłe działającego strachu, dominującego w psychice takich chorych. I tu znowu powstać może pytanie, które objawy są pierwotne, które zaś wtórne — i na to odpowiedzieć możemy podobnie, jak przy rozpatrywaniu istoty neurastenji: oba szeregi zjawisk, cielesnych i psychicznych działają współrzędnie, wzajemnie na siebie wpływając. I tu również wzruszenie jest tym czynnikiem psychofizjologicznym, który jednoczy oba rzędy objawów. Widzimy to przy powstawaniu nerwicy lękowej pod wpływem różnych przyczyn: gdy powstaje ona samorzutnie, bez działania momentu psychicznego, w postaci objawów fizjologicznych (np. nerwowe „bicie serca” podczas pokwitania, objawy naczynioruchowe podczas climacterium), wówczas jednocześnie zjawiają się i doznawanie psychiczne w postaci uczucia lęku; i odwrotnie, gdy czynnik wywołujący jest czysto psychiczny (np. wpływ przestraszenia w nerwicy urazowej, czy wzruszeniowej, które właściwie należy utożsamić z n. lękową), — wówczas i wszystkie objawy fizjologiczne, cechujące nerwicę lękową, bywają obecne. Określenie Hartenberg'a, że nerwica lękowa jest „pierwotną chorobą wzruszeniowości” (*maladie primitive de l'émotivité*), a właściwie wyrazem czystej wzruszeniowości wzmożonej (*émotivité exagérée*), — wydaje się być istotnym i to pojęcie wzruszeniowości obejmuje i dziedzinę somatyczną i psychiczną. Podobne traktowanie objawów lękowych widzimy u Oppenheim'a, który w znanej polemice z Dubois powstaje przeciwko twierdzeniu tego ostatniego, że objawy lęku są „ideogen”, t. j. wyobrazeniowego pochodzenia, a utrzymuje, że są one wyrazem nadmiernej pobudliwości narządów naczynioruchowych i trzewionych oraz towarzyszących jej doznań psychicznych; więc przyczyna, jak twierdzi, nie jest w korze mózgowej, a w jądrach podkorowych (opuszce), a ściślej powiedziawszy, nie w sferze intelektu, a w dziedzinie uczuć, pojętych w myśl teorii James-Langé'go. Dlatego też, możemy dodać, nerwica lękowa powinna być jak najradykałniej odróżniana od histeryj, będącej chorobą właśnie wyobrazeniowego pochodzenia, w której wzruszenie działa tylko jako czynnik rozszczepiający świadomość i wywołujący tą drogą cechę suggestyjności.

Obecnie wyraźniej widzimy różnicę nerwicy lękowej i neurastenji, w której na pierwszym planie jest wyczerpanie energii



nerwowej, powstające po przepracowaniu w połączeniu z długotrwałym działaniem wzruszeń przygnębiających. W neurastenji objawy wzruszeniowe zajmują drugorzędne miejsce, przejawiają się w postaci uczucia, które określiliśmy przez „niepokój” i które zazwyczaj musi być wydobywane u chorych przez badanie, podczas gdy cierpiący na nerwicę lękową odrazu sam zwraca na nie uwagę i skarży się wyłącznie na nie (lęk nieokreślony, złe przecucia, ataki strachu i t. d.).

Ewolucja obu tych cierpień jest zupełnie inna: podczas gdy w neurastenji wskutek odczuwań cenestezycznych i uczucia niepokoju je przepajających, powstają myśli o chorobie — idee hipochondryczne, — o tyle w nerwicy lękowej w dalszym rozwoju choroby rozwijają się obawy chorobliwe, dotyczące zazwyczaj przedmiotów znajdujących się zewnątrz osobnika, t. zw. f o b i e. Najczęściej spotykaną jest a g o r a f o b i a, t. j. bojaźń przestrzeni; charakterystycznym dla tego cierpienia jest fakt, zawsze obserwowany u chorych, że cierpią oni na obawę przestrzeni od czasu, gdy doznali na ulicy ataku strachu. Wogóle należy dodać, że uczucie lęku ma własność spajania się z wszelkimi wyobrażeniami, udzielając się jakby in statu nascendi przedmiotom, osobom, sytuacjom. W podobny sposób powstają wszystkie inne fobie: obawa miejsc zamkniętych (klaustrofobia), obawa ciemności, samotności, obawa przedmiotów ostrych (np. obawa ryb przy jedzeniu), brudu (mysofobia), obawa zwierząt, narzędzi, z którymi najwięcej się ma do czynienia (obawy profesjonalne), obawy pewnych sytuacji (np. ereutofobia—obawa rumienienia się w towarzystwie) i t. d.

Nerwica lękowa zajmuje miejsce centralne wśród stanów neurastenicznych, stanowi bowiem najczystszy przejaw działania wzruszeń na ustrój i dlatego badanie jej ma wielkie znaczenie dla określenia istoty tych stanów. Odgraniczenie jej od neurastemji i psychastemji nie może być całkowite, zwłaszcza że często spotykać się dają stany przejściowe, stanowiące kombinacje tych cierpień. Bądź co bądź przedstawienie typów chorobowych, pod wielu względami od siebie różnych, nie jest pozbawione, zdaniem naszym, znaczenia z uwagi choćby na różnicę co do rokowania i wskazań leczniczych.



## P s y c h a s t e n j a .

Janet wraz z Raymond'em zaproponowali ten termin dla neurastenji konstytucjonalnej dawniejszych autorów, neurastenji z objawami psychicznymi (cerebrastenja). Termin ten jest niezupełnie ścisły, gdyż i w neurastenji właściwej są objawy psychiczne i przytem w psychastenji nie są na pierwszym planie cechy znużenia (astenji), jak to ma miejsce w neurastenji właściwej. Termin ten jednakże przyjmujemy z uwagi, że utarł się on już u nas dostatecznie, jakkolwiek należy przyznać, że pod niektórymi względami trafniejszymi są nazwy, proponowane przez innych autorów: nerwica natręctwa (obsessions), maladie du doute (choroba powątpiewania), folie lucide, folie avec conscience (obłęd z zachowaniem świadomości), nerwica przymusowa (Zwangsneurose) itp.

Jest to postać chorobowa, bez wątpienia, pokrewna neurastenji i nerwicy lękowej, gdyż i tu rola obawy, niepokoju wewnętrznego w powstawaniu objawów jest widoczna. Jednak działanie tych czynników jest głębsze, tkwi ono w samym założeniu charakteru, jest poniekąd konstytucjonalne, gdyż oddziałują na bieg jego myśli, postanowienia, sposób postępowania. W przeciwieństwie do neurastenji, niema tu zazwyczaj objawów znużenia fizycznego ani idei hipochondrycznych, ani cenestezji organicznych. Sami chorzy odczuwają tę różnicę, gdyż neurastenicy, przypuszczając u siebie chorobę somatyczną, udają się zwykle do lekarza internisty, podczas gdy psychastenicy, widząc u siebie różnorodne zaburzenia psychiczne, idą się radzić u psychiatry.

O ile obawa u neurasteników, albo cierpiących na nerwicę lękową, skierowana jest na jakikolwiek narząd, czy czynność ustroju, albo też jest charakteru nieokreślonego, — o tyle u psychastenika ta obawa dotyczy przede wszystkim ich „ja“, ich całej osoby, przepaja ich konstytucję psychiczną. — Z tego wynikają swoiste cechy charakteru takich chorych:

1) niezdecydowanie — niepewność dotycząca zamiarów i postanowień, ciągle wahanie się przy wykonywaniu nawet najdrobniejszych czynów;

2) nieśmiałość — objaw występujący w otoczeniu innych osobników, brak odwagi towarzyskiej, obawa obserwacji



z czyjejkolwiek strony, wstydzenie się nadmierne, brak pewności siebie;

3) powątpiewanie — brak wiary w to, co się myśli, czuje i czyni, niemożność dojścia do wewnętrznego zadowolenia, do pewności, że się cokolwiek zrobiło dobrze, skrupuły co do swojej wartości;

4) rutynowanie się — objaw wtórny, wyraz samoobrony przed przykrym stanem zwątpienia, chęć uspokojenia siebie drogą powtarzania pewnych myśli (natręctwo, skrupuły), przeżywania pewnych rozumowań (mędrkowania), wytwarzania nałogów, przyzwyczajzeń (maniactwo).

Istnieje kilka teorii psychologicznych, które usiłują wyjaśnić genezę objawów psychastenicznych, więc natręctwa, skrupułów, maniactwa itp. Tak np. znaną jest teoria intelektualna, proponowana przez Magnan'a, Westphal'a, Meynert'a i innych, którzy utrzymują, że pierwiastek ideowy w myśli natrętnej jest pierwotnym i że powstaje ona wskutek nateżenia tego pierwiastku i jego utrwalenia w umyśle (*idée-fixe*). Pitres i Régis bronią teorii emocjonalnej, według której czynnik wzruszeniowy jest podłożem w myślach natrętnych: jeśli odjąć obawę, która je przepaja, przestaną one być natrętnymi. Dalej woluntarystyczna teoria (Ballet-Arnaud) głosi, że objawy psychasteniczne są wyrazem braku woli, abulji i sprowadza je do cech wyżej podanych: niezdecydowania i nieśmiałości.

Najlepiej opracowaną jest teoria psychasteniczna przez Janet'a i Raymond'a, którzy dla wytłomaczenia złożoności tych objawów utworzyli właściwie kilka hipotez. Jedną z nich jest czynność przystosowania się do chwili obecnej (*fonction du réel*), warunkujące powstawanie pewnych doznawań, których często doświadczają psychastenicy, jak wrażenie już raz widzianego (*sensation de déjà vu*), nigdy niewidzianego (*jamais vu*), niedokończoności postrzeżeń (*sentiment d'incomplitude*), uczucie obcości świata zewnętrznego i t. p. Dalej przypuszczają oni, że w psychice istnieje pewne napięcie, które może się zwiększać lub zmniejszać (*diminution de la tension psychologique*) i że poziom psychiczny może podlegać wahaniom (*oscillations du niveau mental*), że istnieje cała hierarchia zjawisk psychicznych, ich podział na zjawiska wyższego i niższego rzędu, z których gdy wyższe osłabiają, wówczas niższe wzmagają się w sile drogą rozwoju za-



stępczego (*dérivation*). Tą drogą Janet wyprowadza stany lękowe (*angoisses*) z niedostatecznej jasności postrzegania (*insuffisance des perceptions*), z tych stanów objawy niepokoju i podniecenia (*agitations forcées*) i wreszcie, jako ostatni stopień tej ewolucji psychologicznej,—natręctwa, tiki i popędy chorobliwe (*impulsje*).

Teoria ta jest nader zawiła, wypracowana do najmniejszych szczegółów, która jednak, jak to ostatnio wykazał Sollier, opiera się na kilku dowolnie przyjętych funkcjach psychicznych, pozornie wyjaśniających genezę objawów psychastenji, a w istocie jeszcze bardziej wikłających jej zrozumienie. Zresztą te pojęcia derywacji, obniżenia napięcia psychicznego, czynności realnej i t. p. są również tylko objawami, niesprowadzonymi do jednego czynnika, jak to być powinno w należyście zbudowanej teorii.

A jednak, zdaniem Sollier'a, czynnik taki, do którego sprowadzić się dadzą wszystkie objawy psychasteniczne, istnieje i da się łatwo spostrzec u wszystkich tego rodzaju chorych. Czynnikiem tym jest stan niepewności wewnętrznej, czyli wątplenia (*le doute*), które tłumaczy nam podane wyżej cechy charakteru psychasteników: niezdecydowanie, nieśmiałość, powątpiewanie, rutynowanie się.

Ażeby wyjaśnić, w jaki sposób stan ten jest źródłem objawów psychastenicznych, poddamy analizie wszystkie te objawy, starając się następnie wyświetlić istotę samego stanu niepewności.

1) Natręctwo. Przy badaniu treści myśli natrętej i sposobu reagowania na nią chorego, okazuje się, że stanowi ona zawsze wynik starcia się kilku przesłanek, jest wyrazem konfliktu psychicznego. Z jednej strony panuje u chorego myśl, że coś powinno być koniecznie dokonane, a z drugiej—powstaje w nim wątpliwość, że to dokonanie może nie dojść do skutku, np. pewien urzędnik cierpi na natręctwo, że myli się w książkach rachunkowych; z jednej strony ma on poczucie konieczności obliczania bez błędów, a z drugiej — nie jest pewien co do siebie, czy sprosta temu zadaniu, i właściwie to zwątpienie w swoje siły jest źródłem natręctwa i ciągłego sprawdzania. Inna chora, mążatka, cierpi na natręctwo ciągłego przypominania sobie spotkania z pewnym osobnikiem (nie jej mężem) i sprawdzania myślowego, czy miała z nim stosunek płciowy, czy nie? Z jednej strony tkwi w niej poczucie wierności dla męża, z drugiej — dręczy ją niepewność, czy stosunek był zupełny, czy w określonej pozycji możliwym było uwiedzenie,—i w celu uspokojenia się, wykonywa ona szereg „prób“ rękami, nogami, tułowiem, wyobrażając sobie



okoliczności tej chwili i pragnąc się upewnić, że jednakże stosunku całkowitego nie było. Więc również mamy tu przykry stan „wątpienia“, czy dany fakt miał miejsce, czy nie. Ta sama chora cierpiała na natręctwo spowiadania się, nie będąc pewną, czy dostanie rozgrzeszenie za używanie środków zapobiegawczych w stosunkach z mężem, i ciągle szukała nowych zapewnień ze strony spowiedników i lekarzy, tłumaczących jej, że obawa jej jest nieuzasadnioną. Inna chora ma natręctwo ciągłego mycia się, gdyż nigdy nie jest pewną, czy ma ręce dostatecznie czyste: z jednej strony ma obawę choroby zakaźnej, skąd wynika poczucie konieczności nieskazitelnie czystych rąk, z drugiej—mężczy ją wątpliwość, że jednakże ma je brudne. Są chorzy, cierpiący na natręctwo wielokrotnego sprawdzania adresu przygotowanego do wysłania listu, ciągłego kontrolowania, czy drzwi od mieszkania są zamknięte i t. p. I podobnie we wszystkich bez wyjątku myślach natrętnych znajdziemy takie starcie dwóch przesłanek: poczucia konieczności jakiegokolwiek faktu i niepewność, czy rzeczywiście dojdzie on do skutku. Natręctwo stanowi zatem sylogizm, któremu brak rozwiązania wskutek ciągłej oscylacji pomiędzy temi dwiema możliwościami. I właśnie to dążenie do rozwiązania tego konfliktu, rozwiązania koniecznego wskutek ważnej dla osobnika treści wahających się myśli — stanowi przyczynę ich natręctwa. Nigdy nie widzimy u chorych natrętnych myśli przyjemnych, wesołych, albo idei zupełnie odizolowanych, którym by nie towarzyszył stan obawy, czy niepewności; pojęcie: „chory cierpi na natręctwo myślowe“ jest równoznaczne z faktem, że chory wątpi w swoje siły, albo nie jest pewien, czy pewna okoliczność, dla niego ważna, będzie miała miejsce, czy też nie. Chorym takim brak jest wiary, jak utrzymywał jeszcze Charcot, a nie logiki, jak twierdzi dziś Dubois, który niesłusznie przypuszcza u nich osłabienie inteligencji.

2. Skrupuły chorobliwe są właściwie wyrazem natręctwa, dotyczącego pojęć o obowiązkach moralnych, co do których istnieją u chorych podobne wątpliwości. Znane są np. skrupuły sumienia, będące zazwyczaj natrętną obawą popełniania grzechu, gdzie również u chorego dominuje objaw niepewności, czy zgrzeszył, czy nie. Tak np. u jednego z uczniów, wychowanka zakładu z przesadnym rygiorem religijnym, rozwinęły się takie skrupuły grzeszności co do myśli, dotyczących płciowości. „Przy ubieraniu rannem (wyjątki z jego listu) spieszyłem się, aby nie widzieć, jak się sąsiad ubiera, bo to mogło by być grzechem śmiertelnym“ — „bałem się spojrzeć na spodnie kolegi, bo to mógł być nowy grzech, bałem się siadać blisko kolegi, bo mam wątpliwość, czy i to jest okazją do grzechu i t. d.“. U innego ucznia rozwinęły się skrupuły co do należytego przygoto-



wywania lekcji,—ciągle wydawało mu się, że nauczył się jej jeszcze niezupełnie dobrze, siadywał po nocach, po kilkanaście razy przepisywał wypracowanie i t. d. U pewnej chorej powstawały podobne skrupuły co do utrzymywania porządku w domu, ciągle ją dręczyła niepewność, że jeszcze nie jest należycie posprzątane, kilka razy na dzień zarządzała mycie podłóg i gruntowne odkurzanie i t. d. I tu zatem widzimy w psychice chorych stan wątpliwości, czy robią tak, jak każe im obowiązek i w usiłowaniach pozbywania się tej niepewności, dochodzą do manjactwa.

3. Manjactwo jest wyrazem samoobrony przed stanem niepewności, który jest nader przykrym wskutek towarzyszącego mu zazwyczaj uczucia obawy. Więc manja rachowania (arithomania) powstaje wskutek zwiątnięcia w swoje zdolności pod tym względem i chęci uspokojenia się; manja powtarzania u chorego ma na celu zapewnienie siebie, że obawa jego, iż traci pamięć, nie jest usprawiedliwiona; manja sprawdzania np. środków ostrożności pochodzi od chorobliwych obaw kradzieży. Manja zażęgnywania cyfr feralnych ma na celu uspokojenie obawy nieszczęścia, powstającej z takiego błahego powodu, jak spotkanie się z określoną datą, napisem i t. p.; do podobnego typu ludzi należą ludzie przesądni, wierzący w kabały, spirytyzm, mistycy, asceci, dewoci i wszyscy ci, którzy w systemach metafizycznych czy religijnych szukają oparcia dla swoich wątpliwości. Freud robi śmiałą analogję pomiędzy tego rodzaju zażęgnywaniem dręczących niepewności chorego a modlitwami i ceremoniałem religijnym ludzi pobożnych, którzy tą drogą uspakajają swe skrupuły sumienia,—i utrzymuje, że formy religijne są w tem rozumieniu ogólnoludzkim natręctwem (Religion ist eine universelle Zwangsneurose). Twierdzenie takie jest, bez wątpienia, przesadą, jednak należy przyznać, że wśród ludzi nadmiernie religijnych jest bardzo wielu neuropatów i manjaków, którzy w formach kościelnych widzą treść religji i w nich szukają zażęgnięcia swoich niepokojów.

4. Pedanterja. Jest to również manjactwo, w którym wyżej podana cecha rutynowania się odgrywa główną rolę. Wśród ludzi zdrowych widzimy pedanterję u ludzi starszych (np. t. zw. „starych kawalerów“), odznaczających się nadmierną systematycznością, przesadą co do porządku, ścisłości i t. d. U psychasteników objaw ten widzimy w podobnej postaci, a zwłaszcza niespokojne zachowanie się wobec jakiegokolwiek zmiany w otoczeniu: np. przestawienie mebli w pokoju wprawia ich w stan zdenerwowania, podobnie oddziałują na nich zmiana trybu życia i t. d. Stąd łatwe nałogowanie się u takich chorych, przyzwyczajanie się do tych samych nawyknień. Przy badaniu źródła tych „dziwactw“ można się zawsze przekonać, że na dnie ich zawsze się kryje ten sam stan braku pewności, czy robią oni



wszystko tak, jak powinni, albo obawa, czy nieokreślone przecucie, że się stanie coś złego, jeśli zrobią inaczej. Rutynowanie się, powtarzanie mechaniczne pewnych czynności wpływa uspakajająco na takich chorych. Stąd wynika też upodobanie ich do zbierania, kolekcjonowania przedmiotów,—przyzwyczajenie zresztą nieraz bardzo pożyteczne.

5. *Mędrkowanie* jest również jednym z objawów spotykanych u takich chorych i polega ono na ciągłym przeżuwanii myśli, dotyczących zagadnień naukowych czy życiowych (*Zweifelsucht*, *Fragesucht*, *Grübelzwang*, *rumination mentale*). Chorzy tacy zameczają otoczenie pytaniami, dlaczego to tak jest, a nie inaczej, jak dana rzecz powstała i t. p., i po każdej odpowiedzi budzą się w nich nowe wątpliwości i nowe zapytania. I tu źródłem objawu jest doświadczenie niepewności wewnętrznej i potrzeby zaspokojenia dręczących ich wątpliwości.

6. *Depersonalizacja* znajduje się w związku z objawem *mędrkowania*, gdyż chorzy tacy nieraz mają wrażenie, że świat zewnętrzny jest „jakiś dziwny“, „nie wiedzą, skąd się to wszystko wzięło“. Wszystko, co widzą, wydaje im się „obcym, nierealnym“, pozbawionem żywości barw i dźwięków (*incomplétude des perceptions Janet'a*, wrażenie już widzianego — *sensation de déjà vu*). Jest to jakby zaburzenie *apercepcji*: doznaje się wrażeń, ale się nie uświadamia tego, że się doznaje,—rodzaj rozdwojenia świadomości, jednak bez objawów zapomnienia, jak w *histerji*, — chory bowiem tu uświadamia sobie to rozdwojenie. Względnie rzadki ten objaw badał *Oesterreich*, nazywając go „wrażeniem obcości“ (*Entfremdung*) i tłumaczy go brakiem przyjemnego zabarwienia *wzruszeniowego*, które towarzyszy każdemu postrzeżeniu nadając mu pewną żywość i napięcie (*athymia* = brak zabarwienia *wzruszeniowego*). Podobny pogląd wypowiadają *Dugas* i *Moutier*, zdaniem których objaw ten powinien się nazywać „*Desaffectivation*“, t. j. brakiem przydźwięku uczuciowego, który się wiąże zawsze z pojęciem „ja“ obserwującego i stwierdzającego doznawane wrażenia. I tu zatem mamy brak stwierdzenia, brak pewności, że to, czego się doznaje, jest rzeczywiście istniejące. *Depersonalizacja* jest wyrazem niepewności w dziedzinie postrzeżeń i zbyt jest dla niej tworzenie nowej czynności psychicznej, przypuszczanej przez *Janeta*: czynności przystosowania się do chwili obecnej (*fonction du réel*).

7. *Grupa objawów ruchowych*: *Tiki*. W powstawaniu *tików*, t. j. skarykaturowanych ruchów dowolnych również da się spostrzegać działanie czynnika „niepewności“, a właściwie chęci uniknięcia tego przykrego stanu. Np. za wysoki lub za ciasny kołnierzyk u wielu osób wzbudza uczucie niepokoju, wskutek czego wykonywują oni ruchy jakby „poprawiania się“, kręcą głową, wydłużają szyję i t. d. i ruchy te potem



stają się natrętnymi, gdy już nawet ucisk na szyję zostanie usunięty. Wogóle ubranie niewygodne bywa źródłem najrozmaitszych ruchów mimowolnych (machania ręką, niecierpliwych poruszeń tułowia), które mogą się utrzymywać nawet u ludzi zdrowych. Niektóre tiki twarzy (mruganie, krzywienie się, marszczenie brwi) powstają wskutek nieżyty przewlekłego łącznicy oka, jakkolwiek podrażnienie obwodowe wskutek tego cierpienia wywołuje i inne sprawy (kurcze organiczne, hemispasmus facialis). Często przyczyną tików bywają przykre odczuwania fizjologiczne (cenestezje), które niepokoją chorych i skłaniają ich do wykonywania ruchów, mających na celu albo unikanie tych odczuwań, albo próbowanie, czy jeszcze one istnieją, albo będących wyrazem „znieczierpliwienia” i t. p. Niekiedy tiki analogicznie do jąkania się i natręctwa rumienienia się (ereutophobia) powstają głównie wówczas, gdy chory jest w otoczeniu innych osobników, jego obserwujących. U pewnego młodego człowieka, którego przez dłuższy czas obserwowałem\*), powstały tiki najrozmaitszego rodzaju po przestraszeniu się podczas nagłego przechylenia się okrętu, po którym wystąpiły u chorego zrazu niepokojące go „dreszcze” w różnych częściach ciała, a potem ruchy mimowolne, wykonywane przez niego, jak sam utrzymywał, dla pozbycia się tych przykrych odczuwań. W późniejszym okresie cenestezje te znikły, a tiki zaczęły się coraz bardziej uniwersalizować i po pewnym czasie powstało u niego przymusowe wymawianie słów nieprzyzwoitych (koprolalia), które występowało zwłaszcza w otoczeniu osób obcych. Dokładna analiza stanu psychicznego, któremu chory podlegał podczas wykonywania ruchów natrętnych i wymawiania wyrazów, wykazała, że dominował tu stan wewnętrznej niepewności, czy zdoła się wobec otoczenia powstrzymać od ruchów lub wyrazów; niepewność ta jest, jego zdaniem, tak męcząca, że woli się narazić wreszcie na wykonanie ruchu lub wymówienie wyrazu nieprzyzwoitego, aby się na czas jakiś uspokoić. I istotnie, postawienie chorego w warunkach obawy, czy t. zw. „tremy” wywoływało tiki i koprolalię, podczas gdy w spokoju objawy te miały prawie zupełnie.

Podobną jest geneza jąkania się, nerwicy ruchowej, analogicznej do tików. Tu również występują ruchy mimowolne, kurcze mięśni krtani, warg i języka w pewnych warunkach, w których osobnik jåkający się ma obawę przed otoczeniem wskutek wrodzonej nieśmiałości oraz braku pewności siebie. Chorzy tacy mniej się jåkają, gdy są w towarzystwie osób sobie blisko znanych, a zwykle wcale się nie jåkają, gdy czytają na

\*) Przypadek ten demonstrowany był przez Bychowskiego w Sekcji Neurologicznej W. T. Lek. oraz powtórnie przezemnie w maju r. b.



głos sam na sam; odwrócenie uwagi od ich osoby wpływa również dodatnio, gdyż utrudnia to im analizowanie siebie; podobnie uspakajająco działa na nich zmrok w pokoju (nie czują się obserwowanymi). Więc i tu mamy te same cechy, co u dotkniętych tikiem i wogóle psychasteników: niepewność wewnętrzną co do swojej osoby, wątplenie w swoje siły, nieprzystosowanie się do otoczenia, nieśmiałość.

Do rzędu objawów ruchowych należą też popędy chorobliwe — impulsje, w których również odgrywa rolę brak pewności co do siebie, mianowicie chorych takich również przejmują obawa, czy zdołają się powstrzymać od czynu, zdaniem ich karygodnego, obawa tak przykra, że szukają oni uspokojenia w dokonywaniu tych postępów (np. kleptomania). Oprócz tych popędów, których istota psychologiczna jest analogiczna do tików i koprolalji, — inne są wprost nałogami, w których chorzy dążą do uspokojenia się drogą zażywania narkotyków (dipsomania, toxicomania), albo silnych podnieć psychicznych (pyromania, homicidomania).

Z kolei dochodzimy do potrzeby analizy psychologicznej tego czynnika, który nazwaliśmy „niepewnością” i który jest źródłem wszystkich objawów psychastenicznych, będących albo jego wynikiem bezpośrednim, albo skutkiem reakcji osobnika na przykre zabarwienie wzruszeniowe, towarzyszące temu stanowi.

Uczucie „niepewności”, czyli „wątplenia” (franc. „doute”) jest antytezą stanu, który nazywamy „wierzą” i który jest naturalną, nieodłączną cechą każdego doznawania człowieka, każdego jego uczucia i postępu. W wierzeniu, uczuciu pewności wewnętrznej bierze udział cała osobowość jednostki, która podczas każdej sprawy psychicznej musi stwierdzić to, czego doznaje, czuje lub pragnie; bez tego stwierdzenia, czyli zajęcia określonego stanowiska wobec własnych doznawań psychicznych ani myślenie, ani działanie nie może się produkcyjnie odbywać. Ta sprawa wierzenia w to, czego się doświadcza, pewności i potwierdzenia swoich doznawań zależy od przydźwięku uczuciowego, które im towarzyszy. Odczuwanie (sentir) — twierdzi Ribot w jednej z ostatnich prac swoich — jest dawniejsze i pierwotniejsze, niż poznawanie (connaître); u podstawy osobowości znajduje się stwierdzająca i odczuwająca wszystko świadomość (con-



science affective), dzięki której osobnik zyskuje pewność siebie, wiarę w swoje siły i dążność do czynu. Odczuwanie („le moi affectif” = „Gefühls-Ich” Lipps’a) jest jądrem jaźni (moi-total), spajając wszystkie składające się na nią pierwiastki psychiczne w jedną całość.

Otóż właśnie brak przyjemnego przydźwięku w z r u s z e n i o w e g o, nadającego siłę i tężyznę wszystkim naszym doznawaniom psychicznym, powoduje stan wewnętrznej niepewności, wątpienia, którym towarzyszy rozluźnienie się składników osobowości i następnie uczucie przykrości i niepokoju. Na ten fakt braku przyjemnego zabarwienia wzruszeniowego u chorych psychasteników zwracało uwagę wielu badaczy: Oesterreich (nazywając tę cechę „athymią” i sprowadzając do niej objaw depersonalizacji, niepewności wrażeń), Dugas (analogiczne pojęcie „apatji”), Sollier (pojęcie „doute”), Friedman, u nas Rychliński.

Wszelkie stwierdzenia doznanego wrażenia polega na odczuciu przyjemnego zabarwienia wzruszeniowego, które wrażeniu temu towarzyszy. W walce wyobrażeń, powstających w nas co do określonego przedmiotu, albo w walce pobudek, prowadzących do czynu, zwycięża to wyobrażenie, albo pobudka, która jest silniej zabarwiona dodatnio pod względem wzruszeniowym. Jeśli zaś ten przydźwięk wzruszeniowy zostanie im odjęty, albo gdy zabarwienie ich jest jednakowo przykre, przepojone obawą, czy „zaniepokojeniem”, wówczas nie zwycięża żadne i następuje stan wahania się, niepewności, wątpienia. Najwyraźniej stan taki obserwować można u chorych z natręctwem, króre polega właśnie na ciągłej oscylacji kilku wyobrażeń lub pobudek, z których żadne nie może zapanować w psychice niepodzielnie wskutek braku przyjemnego zabarwienia wzruszeniowego.

Stan niepewności, wątpienia jest pod pewnym względem odwrótnym w stosunku do czynnika suggestyjności, do którego analogicznie można sprowadzić wszystkie objawy hysterji. Suggestyjność bowiem wynika z monoideizmu, t. j. panowania w psychice jednego wyobrażenia, albo jednej pobudki, która zwycięża wszystkie inne wskutek n a d m i a r u z a b a r w i e n i a w z r u s z e n i o w e g o (szczegóły w cytow. pracy „Psychologia i psychoter. hysterji”). Suggestja jest s p o t ę g o w a n i e m wiary, podczas gdy niepewność i wątpienie jest b r a



kie m wiary, stąd jest zrozumiałym fakt niewielkiej sugestyjności neurasteników.

Pod względem psychofizjologicznym stan „niepewności“ jest wyrazem zbyt łatwego wyczerpywania się energii nerwowej, skąd pochodzi niezdolność do dłuższych, trwałych wysiłków oraz nie-dochodzenie do skutku pozbawionych siły pobudzeń psychicznych. „Le doute est fils de la fatigue“, mówi Sollier. U psychasteników energia nerwowa, działająca w ustroju, wyczerpuje się za szybko, rozpraszając się w niższych reakcjach wzruszeniowych, wskutek czego do kory mózgowej dochodzą pobudzenia słabe, niezdolne do podniecającego oddziaływania na sprawy psychiczne. Ten niedobór energii nerwowej przejawia się w uczuciu przykrego zabarwienia wzruszeniowego doznawań psychicznych, w ich „niedokończoności“, w wahaniu się myśli i pobudek, słowem w tem, co nazwaliśmy „niepewnością“.

Pierwotne źródło tego wyczerpania nerwowego kryje się zatem we w z r u s z e n i o w o ś c i, która jest głównym czynnikiem, jak widzieliśmy, w neurastencji i nerwicy lękowej. Wzruszenowości bowiem towarzyszy zawsze rozpraszanie się tej energii, jej nieprodukcyjne zużycie i odprowadzenie pobudzeń od spraw psychicznych oraz zabarwienie ich przykrym stanem niepewności, zdenerwowania i niepokoju.

### W n i o s k i.

1. Negatywne określenie nerwic, jako chorób o nieznanem anatomicznem podłożu (chorób nieorganicznych), nie jest prawowite, gdyż opiera się ono na b r a k u cech, wyróżniających je od innych cierpień. Jedynie racjonalnem może być określenie, podające cechę p o z y t y w n ą, tym tylko sprawom chorobowym właściwą, i dlatego drogą do wyszukania takiego określenia może być tylko dokładna analiza objawów nerwicowych i wyszukiwanie czynników etjologicznych, je wywołujących.

2. Badanie objawów h i s t e r y c z n y c h stwierdza fakt niewątpliwy, że sugestyjność jest tym czynnikiem, który wpływa na powstawanie i znikanie tych objawów i który, w należytem rozumieniu pojęcia sugestji, tylko hysterji jest właściwym. Ana-



liza stanu sugestji dowodzi z kolei, że jest ona wynikiem działania urazów wzruszeniowych w swoisty sposób na psychikę, wywołujących rozszczepienie psychiczne, zwężenie pola świadomości i podświadome istnienie pasorzytów psychicznych.

3. Badanie objawów neurastenicznych wykazuje, że są one skutkiem działania szeregu wzruszeń przygnębiających, które działają z jednej strony na dziedzinę somatyczną ustroju, wywołując stan wyczerpania nerwowego, wzgl. samozatrucie oraz wpływają na powstawanie odczuwań fizjologicznych (cenestezji), a z drugiej — działają na stronę psychiczną ustroju, wywołując stan przygnębienia oraz towarzyszące mu uczucie zaniepokojenia, które, łącząc się z doznawaniami cenestezjami, tworzy u chorego stan obawy o swoje zdrowie, czyli hipochondryczne usposobienie.

4. Badanie objawów nerwicy lękowej pozwala przypuszczać, są one wyrazem czystej wzruszeniowości, przejawiającej się w zaburzeniach czynności układu współczulnego i powstającej albo pod wpływem nagłego uczucia strachu, albo podczas krytycznych okresów w życiu ustroju (pokwitanie, przekwitanie, ciąża i t. p.) wskutek prawdopodobnego samozatrucia ze strony gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

5. Badanie objawów psychastenicznych dowodzi, że są one wynikiem oddziaływania wzruszeniowości konstytucjonalnego, t. j. wpływającej na charakter osobnika, jego sposób myślenia i działania, wywołującej w nim swoisty stan niepewności wewnętrznej, który powoduje powstawanie myśli natrętnych, skrupułów chorobliwych, manjactwa, pedanterji, depersonalizacji, tików i t. p.

6. Nerwice zatem są chorobami, wywoływanymi przez ujemnie zabarwione wzruszenia, które oddziałują w rozmaity sposób na dziedzinę somatyczną i psychiczną ustroju, wywołując w nim zmiany histo-chemiczne, stany wyczerpania nerwowego, podatność na sugestję, stany lękowe i t. p., które z kolei stają się bezpośrednim źródłem objawów chorobowych.

7. W leczeniu nerwic, a zwłaszcza stanów neurastenicznych, w większości przypadków nie jest skutecznym stosowanie środków farmaceutycznych, fizykalnych, gdyż podtrzymuje ono w chorym nieuzasadniony niepokój co do jego zdrowia, — a jedynie racjonalne leczenie może być tylko psychiczne, polegające na długotrwałym oddziaływaniu lekarza na psychikę chorego



w kierunku przekształcenia jego rozumowań i odczuwań, na wskazaniu mu drogi do samoleczenia, na poddaniu go oddziaływaniu wzruszeń dodatnich, pobudzających (znaczenie optymizmu ze strony lekarza), będących antytezą wzruszeń przygnębiających, które są swoistym czynnikiem etiologicznym w powstawaniu nerwic.

## PIŚMIENNICTWO.

- Arnaud. Sur la théorie de l'obsession. Arch. de Neur. 1902.  
 Babiński. Démembrement de l'hystérie traditionnelle La Semaine méd. 1909 — 1.  
 Ballet. L'hygiène du neurasthénique 1906.  
 Binet et Simon. Folie avec conscience. L'année psychol. 1910.  
 Bernheim. Neurasthénies et psychonévroses 1908.  
 Bernheim. Différenciation clinique de la neurasthénie et des psychonévroses (J. f. Psych. u. Neur. 1911 — 317).  
 Coignard. Neurasthénie. Thèse de Paris 1908.  
 Déjérine et Gauckler. Les manifestations fonctionelles des psychonévroses 1911.  
 Deschamps. Les maladies de l'énergie 1909.  
 Dubois. Les psychonévroses et leur traitement moral. 1909.  
 Dubois. Pathogenese der neurasthenischen Zustände 1909. Samml. klin. Vorträge N 511.  
 Dubois. Psychologie und Heilkunst. Berl. klin. Woch. 1909—25.  
 Dugas et Moutier. Dépersonnalisation et l'émotion. Revue philos. 1910 — N-r 11.  
 Dunin. Zasady leczenia neurastenji i hysterji. Odczyty kliniczne 1901.  
 Dunin. O istocie neurastenji. Gaz. Lek. 1906.  
 Eymieu. L'obsession et le scrupule. 1910.  
 Erb. Herzneurosen. Münchener Med. Woch. 1909.  
 Fleury M. Les grands symptômes neurasthéniques. 1904.  
 Friedman. Ueber die Grundlage d. Zwangsvorstellungen Psych. Woch. 1901.  
 Freud. Ueber die Berechtigung von der Neurasthenie Angstneurose abzutrennen. Neur. Centr. 1895 — 2.  
 Godlewski. Neurasthénie. Paris 1908.  
 Gluźniński. Uwagi nad obrazem klinicznym stanu przejściowego u kobiet. Księga pam. Zjazdu Neurologów.  
 Hartenberg. Psychologie des neurasthéniques 1908.  
 Hartenberg. Les timides et la timidité. 1901.



- Hartenberg. La névrose d'angoisse. Rev. de Méd. 1901.
- Janet. Les névroses 1910.
- Janet. Les obsessions et la psychasténie 1<sup>o</sup>01 — 8.
- Lépine. La pathogénie des états neurasthéniques. Rapport à X Congr. de Médec. Genève 1908.
- Lévy. Neurasthénie et névroses. 1909.
- Loewenfeld. Die psychischen Zwangerscheinungen 1904.
- Meige et Feindel. Les tics et leur traitement 1902.
- Meige. Hystérie. Neurasthénie 1911.
- Oesterreich. Die Entfremdung d. Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in Psychastenie J. f. Psych. u. Neur. 1906.
- Oppenheim. Zur Psychopathologie d. Angstzustände Berl. klin. Woch. 1909 — 28.
- Pitres et Régis. Les obsessions et les impulsions 1902.
- Rychliński. Istota natręctwa myślowego. 1909.
- Raymond. Névroses et psychonévroses 1907.
- Ribot. La conscience affective. Rev. philos. 1909 — 4.
- Sollier. Le doute. 1909.
- Stierlin. Über psycho-neuropatische Folge-Zustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières. Monatschr. f. Psych. und Neur. Bd. XXV.
- Steckel. Angstzustände und ihre Behandlung 1910.
- Suchanow. O trewożno-mnitielnom charakterie. Waprosy Psich. i Filos. 1909.
- Zbinden. La neurasthénie a-t-elle une origine psychique? Rev. d. Med. 1910.
- Du rôle de l'émotion dans le genèse des accidents neuropathiques et psychopathiques. Rev. Neur. 1909 — 24.
- 
-



# O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH U ZWYRODNIAŁYCH.

podał

MAURYCY BORNSTEIN.

(Dokończenie).

---

## OBŁĘD PIENIACTWA WRZEKOMY. (Pseudologia phantastica).

Zatrzymaliśmy się dłużej nad psychotycznymi objawami w histerji, albowiem posiada ona wieloraki związek z innymi, wyodrębnionymi w specjalne grupy, stanami zwyrodnienia, które bądź to stanowią tylko pewną odmianę zwyrodnienia histerycznego, bądź też kombinują się z niem w sposób najrozmaitszy.

Wspomnieliśmy już, charakteryzując chroniczne zaburzenia psychiczne w histerji, o jednym objawie, polegającym na częstem fałszowaniu wspomnień, zniekształcaniu faktów, uzupełnianiu ich wytworami własnej fantazji. Otóż ta cecha dosięgać może niekiedy rozmiarów nieprzeciętnych, wyodrębniać się niejako, panować nad całym obrazem chorobowym. Mamy wtedy do czynienia z typem t. zw. patologicznego kłamcy lub fantasty, typem, który Delbrück wyodrębnił jako specjalną postać zwyrodnienia pod mianem „pseudologia phantastica“.

Nie będę obszernie charakteryzował tutaj tego typu; jest on znany dostatecznie z życia codziennego, z procesów sądowych. Powiem tylko ogólnie, że pod względem psychologicznym charakterystyczną cechą tych ludzi jest przede wszystkim niezwykła niestałość ich zasobu pamięciowego, wahania i zmienność wspomnień pod wpływem chwilowego nastroju, przygodnych wydarzeń, a dalej chęć błyszczenia, wykazania swojej wiel-



kości i t. d. Wiadomo, jak ci ludzie oszukują, kłamią, dowodzą swego książęcego lub królewskiego pochodzenia, wyludniają pożyczki na poczet urojonych sukcesji milionowych, opowiadają rzeczy niestworzone o swych znajomościach, podróżach, wydarzeniach w życiu i t. d. Obok tego są zazwyczaj dobrej myśli, weseli, bardzo rozmowni, pełni różowych nadziei, po części urojonych, po części świadomie i zęcnie kłamanych. Najczęściej ludzie tacy kończą na ławie podsądnych, gdzie podlegają dopiero ekspertyzie psychiatrycznej. Dla nas w tej chwili interesującym jest fakt, że ludzie tacy najczęściej pod wpływem zamknięcia w więzieniu, albo też innych wydarzeń, które pozostawiają po sobie silne wrażenie, mogą wykazywać ostre zaburzenia psychiczne, które w istocie swojej nie są niczem innym, jak skondensowaniem, zgęszczeniem, spotęgowaniem ich zwykłego stanu. Są to zazwyczaj krócej lub dłużej trwające stany, w których chorzy tworzą często nieprzeniknioną mgłę najfantastyczniejszych, najkłamliwszych urojeń, zaś punktem środkowym tych urojeń są oni sami. Stany takie mogą po paru tygodniach, miesiącach minąć i uleść zupełnej korekcji, a mogą również potęgować się wciąż, rosnać i przez długie lata pozostać nieskorygowanymi, jak w jednym przypadku typowym dla tego rodzaju zaburzeń, opisanym przez E. Siefert a w jego książce: „Ueber die Geistestörungen der Strafhaft“. Ten sam przypadek, jako też i inne, dowodzą, że prócz takich urojeń fantastycznych snuć mogą osobniki tego rodzaju, wypływające niejako z pierwszych, urojenia o charakterze prześladowczym. Psychologicznie tłumaczy się to zresztą w sposób bardzo prosty. Zaplątani w matnię własnych fantazji i kłamstw, znajdują się bardzo często wobec sytuacji, które na pewien krótszy lub dłuższy czas kres kładą ich oszustwom. Wtedy starają się wyplątać z konfliktu, robiąc z siebie uciskane, niewinne ofiary cudzych intryg, szukają odwetu, dochoździć zaczynają własnych urojonych oczywiście krzywd i prześladowań drogą skarg, podań, listów, w niezliczonej mnogości pisywanych i oto w ten sposób zbliżają się do innego typu zwyrodniałych, wyodrębnionego w specjalną kategorię, zwaną przez Kraepelina „Pseudoquerulantenwahn“ a odpowiadającą temu, co Lasègue opisał, jako „persécutés persécuteurs—prześladowani prześladowcy“. Lasègue sam uważał ich jeszcze za odmianę paranoi (délire de persécution), dopiero Falret pierwszy zaliczył



chorych tych do obarczonych dziedzicznie degenerantów o specjalnym typie pieniaczkim. Przymieszka tego elementu pieniaczkiego istnieć może w większym lub mniejszym stopniu w rozmaitych postaciach degeneracyjnych, nie tylko u wyżej wspomnianych fantastów i patologicznych kłamców, ale niekiedy potęguje się do niezwykłych rozmiarów, panuje nad całym obrazem klinicznym, nadaje mu specjalny charakter. Niezwykła nadwrażliwość osobista, połączona z ogromnie wygórowanym poczuciem własnej jakości, a co za tem idzie, skłonność nieprzewyciężona do dowodzenia nieustannego własnej racji i doszukiwania się wszędzie w najbliższej przygodzie życiowej rozmyślnego zamachu z czyjejs strony na własną godność — oto tło psychologiczne, na którym rozwija się zazwyczaj zaburzenie psychiczne o specyficznym zabarwieniu, będące jedynie wyolbrzymieniem istniejących w zawiązku od urodzenia patologicznych cech charakteru. Takie stany mogą w słabszym stopniu trwać przez całe życie osobnika, niepostrzeżenie stykając się z normą lub prawie normą, a mogą też występować tylko przelotnie u rozmaitych degenerantów, przy nieprzyjaznych okolicznościach, jak np. w więzieniu karnym po spełnieniu jakiegoś przestępstwa. Zarówno starsi psychiatrzy (Magan), jak i współcześni (Kraepelin) podkreślają wyraźnie wielorakie różnice, jakie istnieją pomiędzy tymi stanami, a stanami typowo paranoicznymi. Jak wiadomo, od czasu znanej monografji Hitzig'a (w 1895 r.) istnieje specjalny typ kliniczny, wprowadzie tylko jako odmiana paranoiae chronicae, typ, którego podstawą psychologiczną, primum movens urojeń prześladowczych, to wyobrażenie doznanej krzywdy prawnej. Wytwarza się system urojeń prześladowczych, na tem tle osnutych, system wciąż komplikujący się, naprzód postępujący, zgrupowany jednak wciąż dokoła jednego punktu, w którym, według mniemania chorego, prawo go skrzywdziło. I oto dochodzi on krzywdy swojej w niezliczonych skargach, podaniach do wszystkich instancji i władz, listach do rozmaitych wysoko postawionych osób. Żadne argumenty nie trafiają mu do przekonania, żadne niepowodzenia nie zrażają — z niesłychaną wytrwałością i zaciętością szuka sprawiedliwości i, nie znajdując jej nigdy, szuka mimo to dalej, póki wreszcie siły intelektualne nie wyczerpują się w dość znacznej mierze. Jest to choroba postępująca i nieuleczalna z systemem prawdziwych urojeń o charakterze prawnym.



U pseudo-pieniaczy, u degenerantów o typie pieniackim, o których mowa, sprawa przedstawia się inaczej. Tu niema żadnego systemu urojeń, tu byle drobnostka wywołać może dochodzenie własnej krzywdy po to, ażeby po doznaniem niepowodzeniu osobnik dany rozpoczął to samo z powodu innej sprawy w stosunku do innej osoby i niema, jak tam, owego żelaznego łańcucha, wiążącego wszystko w jedną jakąś całość. A dalej, stany takie u degenerantów mogą, po krótszem lub dłuższem trwaniu, przemiąć zupełnie bez śladu, kiedy np. kara więzienna się skończy lub nastanie wogóle jakaś okoliczność sprzyjająca. Tutaj jest to epizod, zależny przeważnie od warunków zewnętrznych, tam choroba z żelazną konsekwencją w rozwoju bez wyraźnego związku z zewnętrznymi warunkami życia. Jeżeli niekiedy rokowanie w takich stanach u degenerantów bywa tak samo niedobre, jak i w paranoi, to nie dlatego, że choroba sama w istocie swojej jest nieuleczalna, ale dlatego, że dotyczy ona w ogromnej większości ludzi, którzy dzięki organizacji swojej psychicznej narażeni są na coraz to nowe konflikty z prawem i przez to skłonności ich wrodzone znajdują coraz to nowy teren do ujawniania się w sposób jaskrawy i stały.

A po za tem fakt, że stany o charakterze pieniactwa u degenerantów, jakieśmy to już zaznaczyli, często nie tylko kombinują się ale zespalają się w jeden obraz kliniczny z innymi zaburzeniami psychicznymi, spotykanymi u degenerantów, jak ze stanami histerycznymi, z fantazjowaniem i t. d. stanowi pośredni dowód przynależności ich do grupy zwyrodnienia psychicznego. Ludzie tacy najczęściej wykazują od dzieciństwa albo od wczesnej młodości cechy, charakterystyczne dla zwyrodniałych: dysharmonję w władzach intelektu, brak równowagi uczuć; są to mimo to często ludzie o wyobraźni żywej, o pamięci doskonałej, żywi, czynni, zręczni. A wszystkie te zalety zużytkowują w kierunku, jaki wskazują im ich uczucie i skłonności chorobliwe, ich nienawiść do urojonych krzywdzicieli, ich niepomamowana chęć zemsty i otrzymania satysfakcji.



## PODNIECENIE USTROJOWE. DEPRESJA USTROJOWA. STOSUNEK TYCH STANÓW DO PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ.

Pod względem ruchliwości, sprężystości, energii, nieustannej zabiegliwości przypomina typ ten zwyrodniałych a nawet styka się w wielu punktach z innym typem, który Kraepelin w siódmym wydaniu swego podręcznika wyodrębnił, jako specjalną postać pod nazwą podniecenia ustrojowego (konstitutionelle Erregung), na który zresztą wskazywano już wcześniej, opisywano go jedynie pod innymi nazwami. Począwszy od Pinel'a, który w swoim słynnym „*Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale*“ wyodrębnił specjalną grupę przypadków pod nazwą „*manie sans délire*“ „*folie raisonnante*“, poprzez van Deventer'a (1896) z jego „*sanguinische Minderwertigkeit*“ i Wernickego z jego „*manją chroniczną*“ aż do Jung'a, który w roku 1904 w *Alg. Z. f. Psychiatrie* ogłosił pracę p. t. „*Manische Verstimmung*“— wszędzie tu napotykałyśmy mniej lub więcej udane próby, zmierzające ku ustaleniu określonego typu psychopatycznego, stanowiącego niejako negatyw tego, co było już ustalone, jako przygnębianie ustrojowe (konstitutionelle Verstimmung). Charakterystyczne cechy tego typu, to ogólnie biorąc, stan podmaniakalny, którego przejawy sięgają wczesnego dzieciństwa i istnieją przez życie całe, ulegając niekiedy nasileniom. Napotykałyśmy tu w słabym stopniu rozwinięte cechy manjakałne, a więc: nieustanne prawie, choć niewybitne podniecenie ruchowe, wielomówność, wzmóŜoną odruchowość uwagi, zaznaczoną gonitwę wyobrażeń, optymistyczny, lekkoduszny nastrój, zmienność uczuć, chętne wysuwanie na plan pierwszy własnej osoby. Inteligencja przytem bywa najczęściej zupełnie nietknięta a nawet dosięgać może wysokiego stopnia rozwoju. Ale z drugiej strony zaznaczyć należy, że wiadomości tych ludzi przedstawiają zazwyczaj wiele luk i niedokładności, albowiem brak im wytrwałości w nauce, nad niczem nie mogą fałdów przysiedzieć; są powierzchowni, łatwo zapominają czego się nauczyli, choć chwytają często w lot. Z tem wszystkiem wiąŜe się również często brak trwałych podstaw etycznych, brak równowagi moralnej, próżniactwo, skłonność do ekscesów w najrozmaitszych kierunkach. Te defekty



moralne mogą osiągać niekiedy takiego stopnia, że część tych osobników zaliczana bywa przez niektórych autorów do t. zw. „moral insanity“, wyodrębnionej przez Pritschard'a właśnie z grupy „manie sans délire“ Pinel'a. Jest to stan pośredni pomiędzy t. zw. sangwinicznym, normalnym temperamentem a zdeklarowaną już psychozą manjakałno-depresyjną, a raczej stanem manjakałnym, tej psychozie właściwym, zwłaszcza jeżeli weźmiemy pod uwagę wspomnianą już możliwość nasileń owego chronicznego stanu podmanjakałnego, które identyczne są niemal z prawdziwym stanem manjakałnym. O stosunku tego podniecenia ustrojowego, jako też przygnębienia ustrojowego do psychozy manjakałno-depresyjnej pomówię za chwilę, tu chcę zwrócić tylko uwagę, że tacy de domo podnieceni manjakałnie ludzie, dzięki cechom wymienionym mogą dość często zbliżać się w zachowaniu swoim do poprzednio omawianych pseudopieniaczy również zdradzających najczęściej podniecenie, również będących zawsze dobrej myśli, również na plan pierwszy comme de raison wysuwających swoją osobę. I dlatego też starzy autorowie francuscy uważali tych ostatnich degenerantów, jako manjaków o specjalnym typie. „Les persécutés — persécuteurs appartiennent, comme nous l'avons vu, au groupe des dégénérés héréditaires, à la variété designnée du nom de manie raisonnée” mówi Magnan.

Ale wróćmy jeszcze do podniecenia ustrojowego i jego negatywu — ustrojowego przygnębienia. Ten ostatni stan, cechuje przede wszystkim nastroj depresyjny, branie wszystkich przejawów życia ze smutnej ich strony, datujące się od wczesnego dzieciństwa lub młodości, małomówność, powolne myślenie, lekkie zahamowanie ruchów, brak inicjatywy. Tacy ludzie po za stałym lub prawie stałym swoim stanem skłonni są, jak to już zaznaczyliśmy, do nasileń psychotycznych, które zbliżają się już do obrazu klinicznego psychozy manjakałno-depresyjnej, a raczej jednego lub drugiego z charakterystycznych dla tej psychozy stanów. Kraepelin uważa nawet podniecenie i przygnębienie ustrojowe za nic innego, jak za wstęp do tej psychozy („Vorformen des manisch-depressiven Irreseins“), zaś uczeń jego Nitsche idzie jeszcze dalej i uważa te stany wprost za postaci konstytucji manjakałno-depresyjnej, albo cyklicznego temperamentu, jak chcą Hellpach i Hirth.



Wkroczyliśmy tu w dziedzinę niezmiernie zawiłą i trudną, w dziedzinę stosunku owych stanów ustrojowych podniecenia i depresji do psychozy manjakałno-depresyjnej, w dziedzinę kwestji, dotyczącej zarazem samej tej psychozy w sensie jej granic, jednolitości klinicznej i genezy. Faktem jest niewątpliwym, że ustrojowe podniecenie i ustrojowa depresja mają wieloraki związek z psychozą manjakałno-depresyjną. U jednego i tego samego osobnika zdarzyć się może (choć rzadko) przemiana wrodzonego usposobienia: pierwotne podniecenie ustrojowe np. może przeobrazić się w stałą depresję; dalej faktem jest, że podniecenie ustrojowe może w pewnym okresie życia spotęgować się do tego stopnia, że mamy już do czynienia z prawdziwą psychozą, która trwa długie lata i nosi wtedy nazwę manji chronicznej; takich dowodów pewnych dostarczył w swej pracy odnośnej Nitsche. A mogą również zdarzać się przypadki perjodycznych stanów depresji u ludzi z temperamentem hypomanjakałnym, albo odwrotnie stany ciężkiego podniecenia manjakałnego na tle wrodzonego usposobienia depresyjnego, jak tego dowodzą niektóre przypadki E. Reissa z Tybingi. Ten ostatni autor w obszernej i źródłowej pracy swojej p. t. „Konstitutionelle Verstimung und manisch-depressives Irresein“ omawia szeroko stosunek tych stanów ustrojowych zwłaszcza stanu przygnębienia do samej psychozy. Na materiale obfitym, złożonym z 88 przypadków i bardzo krytycznie opracowanym, stara się Reiss dowieść ogromnej złożoności samego problemu, stara się wykazać istniejącą dotąd w tej sprawie gmatwaninę poglądów i usiłuje wyodrębnić z małym zresztą powodzeniem pewne typy stanów depresyjnych, które nie mogą się zmieścić w ramach psychozy manjakałno-depresyjnej. Przypadki jego dowodzą w każdym razie, że u osobników z przygnębieniem ustrojowym zdarzać się mogą stany depresji, zależne od zewnętrznych nieprzyjaznych warunków t. zw. reakcyjne, a więc psychologicznie umotywowane i zbliżone tem samem do przygnębień osobnika normalnego, że obok tego u tegoż osobnika występować mogą depresje samoistne, nieumotywowane, o symptomatologii zupełnie zbliżonej do depresji, w manjakałno-depresyjnej psychozie spotykanych.

Dalej zdarzają się przypadki, gdzie taka reakcyjna depresja przedłuża się niepomiernie, uniezależnia się niejako od istotnego powodu, który ją wywołał i nabiera cech prawdziwej, samodziel-



nej depresji o typie manjakałno-depresyjnym, zaś z drugiej strony te samoistne, nieumotywowane depresje bywają często zabarwione psychogennie w tak wyraźny sposób, że trudno je odróżnić od czysto psychogennych, histerycznych np. Widzimy przeto, jak powikłane panują tutaj stosunki. Ogólnie powiedzieć się daje tylko to z całą pewnością, że na podłożu zwyrodnienia o typie podniecenia ustrojowego lub przygnębienia ustrojowego wyrastają zaburzenia psychiczne tak zbliżone w symptomatologii swojej do psychozy manjakałno-depresyjnej, że nie ma dotąd dostatecznych kryterjów, ażeby je odróżnić było można.

Co zaś do samej psychozy manjakałno-depresyjnej, to jedno jest dziś pewnikiem, że powstaje ona na podłożu zwyrodnienia, że ma w każdym razie z rozmaitymi typami zwyrodnienia psychicznego bardzo wiele punktów stycznych. Zgadza się na to i ci autorowie, którzy, jak Bumcke w pracy „Ueber die Umgrenzung des m.-dep. Irreseins“. (Gauppa Zentralbl. 1909 Nr 287) nawołują do ostrożności w bezmiernem już dzisiaj rozszerzaniu granic tej psychozy. I właśnie dlatego, że psychoza ta należy do t. zw. od czasów Moebius'a endogennych psychoz, że wieloraką wykazuje z wielu innymi typami zwyrodnienia styczność i wielorakie powinowactwo, należy się obawiać, według Bumkego, zbyt gorliwego niwelowania oddzielnych postaci, zbyt gwałtownego i forsownego wtłaczania w ramy tej psychozy takich form, które tylko pewne wykazują z nią podobieństwo. Inaczej dojdzie do tego, że przestaniemy zupełnie klasyfikować psychozy czynnościowe, które wszak wszystkie tem właśnie się charakteryzują, że ich elementy preformowane są niejako w psychice normalnej, są one tylko wypaczone lub wyolbrzymione przez czynnik zwyrodnienia. Z tego punktu widzenia zrozumiałem się staje, że Specht z Erlangen, usiłujący wykazać cechy manjakałne u paranoików, zwłaszcza u t. zw. pieniaczy — (Querulantenwahnsinn) często dopina celu, albowiem zarówno psychoza manjakałno-depresyjna, jak i obłąd pieniactwa muszą mieć dużo punktów stycznych, jako psychozy wyrastające na podłożu zwyrodnienia psychicznego. Z tego nie wypływa jednak bynajmniej, ażeby te psychozy zlewać w jedną psychozę manjakałno-depresyjną, która, jak to widzieliśmy, sama nie jest czemś



jednolitem, zamkniętem w sobie. I usiłowania Dreyfusa wtłoczenia t. zw. melancholji starczej do psychozy manjakałno-depresyjnej spotyka się z słuszną krytyką Bumke'go i innych. Zwłaszcza co do tej ostatniej postaci należy podkreślić tę okoliczność, że wchodzi tu w grę nowy czynnik, czysto biologiczny—starość, który nakłada na te formy pewne, specjalne piętno. Nie mogę się rozwódzić szeroko nad tą kwestją, albowiem styka się ona pośrednio tylko z naszym tematem, ale muszę zaznaczyć chociażby niewątpliwy dla mnie fakt, że tendencja do niwelowania oddzielnych postaci chorobowych, tak szczęśliwie zapoczątkowana przez Kraepelina, uległa spaczeniu i zbytnej przesadzie. Dziś odczuwać się już zaczyna brzask nowej ery różnicowania oddzielnych postaci. Na pierwszy ogień iść powinny i pójdą niewątpliwie te formy właśnie, które rozrosły się do niesłychanych rozmiarów, t. j. manjakałno - depresyjna psychoza oraz otępienie wczesne. Co do pierwszej wydaje mi się niewątpliwem, że odpadnie od niej i zróżnicuje się cały szereg starczych depresji, zaś pozatem te podniecenia manjakałne i te depresje, których powstawanie związane jest stale i wyraźnie z nieprzyjawnymi warunkami życia: przestרחu, nieszczęśliwego wypadku, które nie przedłużają się zanadto i zbliżone są raczej do reakcji normalnego człowieka, wyolbrzymionej lub spaczonej przez podłoże zwyrodnieniowe. Pod psychozą manjakałno - depresyjną rozumieć znów zaczniemy wyłącznie te podniecenia manjakałne lub te depresje, które, uniezależniając się zupełnie od warunków zewnętrznych życia osobnika, powtarzają się z mniejszą lub większą prawidłowością, jakby z samego ustroju wyrastając, podlegając własnej, żelaznej, biologicznie, nie czysto psychologicznie uwarunkowanej logice.

## STANY PARANOIDNE.

Kiedy mowa była o stanach zamroczenia histerycznego, wspominaliśmy, że mogą one w przebiegu swoim wykazywać rozmaitego rodzaju urojenia o charakterze prześladowczym lub wielkości, że często również zdarzają się tam halucynacje. Mówiliśmy również z powodu przewlekłych psychoz histerycznych, że o ile element kłamliwego fantazjowania lub pieniacki przybiera



w nich rozmiary większe stanowią one niejako przejście do specjalnych typów zwyrodnieniowych, znanych pod nazwą pseudologia phantastica lub pieniactwa rzekomego; wspominaliśmy dalej, że w tych ostatnich pod wpływem szkodliwości zewnętrznych, najczęściej atmosfery więziennej zdarzają się nasilenia tych stanów, które już zupełnie wkraczają w dziedzinę paranoidnych. O tych właśnie zaburzeniach psychotycznych o charakterze wybitnie paranoidnym, którym ostatnio poświęcili większe prace *Bonhoeffer*, *Willmans*, *Birnbaum* i *Sieffert* pomówimy teraz nieco szerzej. O ile autorowie ci rozchodzą się ze sobą co do niektórych kwestji drugorzędnych, na jedno zgadzają się wszyscy, że stany takie zdarzają się najczęściej u degenerantów o typie zbrodniczym, u t. zw. przestępców obyczajowych (*Gewohnheitsverbrecher*), wielokrotnie karanych, bezpośrednio po zamknięciu w więzieniu lub po dłuższej karze więziennej, której końca doczekać się nie mogą. Pod wpływem często okoliczności nieważnych, drobnych nieporozumień jakichś z towarzyszem lub personelem wybucha nagle zwykle (choć rozwijać się może i podostro) stan podniecenia z uczuciem obawy, omamami w dziedzinie najrozmaitszych zmysłów i z urojeniami o typie wielce urozmaiconym, najczęściej skomplikowanym: występują tu najczęściej urojenia hipochondryczne, dalej urojenia upośledzenia (*Beeinträchtigungswahn*) przechodzące często w prześladowcze, wreszcie urojenia fantastyczne graniczące z urojeniami wielkości. Chorzy wypowiadają te urojenia w stanie świadomości zupełnie jasnym; atoli często się zdarza — i podkreśla to zwłaszcza w pracach swych, tej kwestji poświęconych — *Birnbaum*, że na początku samym chory taki wykazuje okres zamroczenia świadomości, większego lub mniejszego splątania, okres, który trwa krótko i w niczem istotnem nie różni się od stanów zamroczenia historycznego. Okres ten po za zaburzeniami świadomości zawiera w sobie często już elementy urojeniowe i omamy, które później utrwalają się, kiedy zaburzenia świadomości minęły i chory jest zupełnie przytomny.

Stany takie mogą trwać bardzo krótko (1—2 dni), średnie ich trwanie obliczane jest zazwyczaj na tygodnie lub miesiące, a zdarza się, że trwają z przerwami i lata całe. Jako cechę najcharakterystyczniejszą dla tych stanów należy już teraz podkreślić jedno, t. j. że skłonne są one do przemijania bez śladu



z chwilą, kiedy chorego przenosi się w inne otoczenie (do szpitala np.) lub kiedy wogóle nastąpi jakaś okoliczność przyjazna (jak zawieszenie sprawy sądowej, uwolnienie lub zmniejszenie kary); natomiast, kiedy chory taki po względem lub zupełnem wyzdrowieniu znów przeniesiony zostaje w warunki więzienne lub kiedy sprawa przyjmie obrót dla niego niepomyślny, stan psychotyczny wybuchnąć może i najczęściej wybuchu na nowo. Muszę tu zaraz zaznaczyć, że tego rodzaju stany zdarzają się również u degenerantów w warunkach życia codziennych, t. j. że atmosfera więzienna nie jest *conditio sine qua non* dla rozwoju tego rodzaju stanów chorobowych. Czy stany te różnią się zasadniczo od stanów paranoicznych wogóle, zwłaszcza od takich stanów, które napotykaemy w otępieniu wczesnem, czy dadzą się one wyodrębnić od nich klinicznie t. j. na zasadzie ich powstawania, symptomatologii, przebiegu i zejścia? Sądzymy, że można w tym względzie dać odpowiedź twierdzącą. Kwestja ta zresztą nie jest bynajmniej nową. Już 21 lat temu, bo w r. 1890 opracował ją Magnan w swoich „*Leçons cliniques sur les maladies mentales*“ w dziale pod tytułem: „*Délire chronique*“. Stara się on tam uzasadnić na podstawie obszernego materiału tezę, że urojeniowe formy u zwyrodniałych mają inny zupełnie charakter, niż ta forma kliniczna, którą opisał jako „*délire chronique à évolution systematique*“, odpowiadająca *dementia paranoides*. *Délire chronique à évolution systematique* powstaje według Magnana u ludzi przedtem zdrowych, w latach dojrzałych, rozpoczyna się od długiego okresu wstępnego, pełnego obaw, wątpliwości, podejrzeń; następuje później okres urojeń prześladowczych z omamami, które z biegiem czasu przeobrażają się w urojenia wielkości, stanowiące 3-i okres choroby, kończącej się wreszcie otępieniem.

Opis Magnana jest wprawdzie zanedo zszematyzowany, nie często udaje się wyodrębnić ściśle wszystkie wskazane przez niego okresy, ale mimo to przyznać należy, że u zwyrodniałych rzecz się ma inaczej. Tu bez okresu przygotowawczego, pod wpływem warunków zewnętrznych wybuchnąć może nagle (*d'emblée, par bouffées*) stan urojeniowy z halucynacjami; urojenia przytem mogą układać się w system zupełnie skończony, ale nie wykazują tendencji do przeobrażenia się jedne w drugie, a zwłaszcza zwraca M. uwagę na to, że urojenia wielkości o cha-



rakterze przeważnie fantastycznym mogą zjawiać się odrazu, bez uprzedniego okresu urojeń prześladowczych. Magnan podkreśla dalej, że stany te mogą prędzej czy później przeminąć bez śladu i nigdy nie doprowadzają do otępienia wtórnego. Po Magnanie sprawa ta poszła nieco w zapomnienie, jako że wogóle odwróconą została uwaga od psychjatrii francuskiej, albowiem na widnokregu nauki naszej zajaśniała gwiazda Kraepelina; dziś znówu, jak to już wspominaliśmy we wstępie, uwydatnia się tendencja, ograniczająca nieco owo całkowanie, zespalanie w większe jednostki kliniczne oddzielnych postaci, zaczyna się praca odwrotna.

Wspomniani już autorowie, zwłaszcza Bonhoeffer i Birnbaum — reprezentują dzisiaj ten kierunek w psychjatrii niemieckiej. Szkoła Kraepelinowska w osobie samego Kraepelina i jego uczniów (np. Rüdina), twierdzi, że naszkicowane powyżej stany psychotyczne o charakterze paranoidnym nie stanowią czegoś samodzielnego, ale że są to etapy w rozwoju jakiejś przewlekłej choroby, przeważnie otępienia wczesnego. W roku ub. toczyła się w tej sprawie interesująca polemika między psychjatrą zurychskim Bleulerem, jednym ze zwolenników rozpychania ram otępienia wczesnego według naszego zdania ponad miarę, a Birnbaumem, — polemika dotycząca właśnie tych stanów paranoidnych u degenerantów. Bleuler twierdzi, że niema dostatecznych racji do wyodrębnienia tych stanów od niektórych okresów w otępieniu wczesnem; że wszystkie te objawy zdarzać się mogą i w tej chorobie, nie wyłączając nawet i okresu wstępnego z zamroczeniem świadomości, na który taki nacisk kładzie Birnbaum. Ten ostatni natomiast, analizując szczegółowo etjologję, objawy, zwłaszcza charakter urojeń i zejście — dochodzi do wręcz przeciwnych wniosków.

Urojenia u degenerantów w tych stanach mają szereg cech specjalnych: są powierzchowne, nie posiadają dla chorego tej realnej wartości, jak u chorych z otępieniem wczesnem lub z paranoia albo przynajmniej wartość bardzo zmienną, są niestałe, przelotne niemal, zależne od warunków zewnętrznych i z nimi ściśle skoordynowane. Dalej zwraca uwagę Birnbaum, że urojenia te nie przetwarzają osobnika, jak to bywa w dementia paranoides, gdzie powstają one drogą jakiejś konieczności biologicznej, w samej chorobie zawartej, ale że przeciwnie tu powstają



drogą autosuggestji, wmawiana w siebie. Chorzy tacy autosuggestywnie realizują niejako rzeczy dla siebie pożądane, usuwają, spychają w podświadomość rzeczy dla nich nieprzyjemne, szkodliwe, i tworzą system urojeniowy, który dzięki temu sposobowi powstawania swego jest nietrwały, jest jako piana zewnętrzna, która za lada podmuchem, za lada zmianą w warunkach zewnętrznych, może zniknąć bez śladu po to, ażeby znów powstać w tej lub innej formie, kiedy te warunki ulegają zmianie na gorsze. I dla tego Birnbaum proponuje nazywać urojenia tego rodzaju specjalną nazwą „wmawiań w siebie o urojeniowym charakterze“ (wahnhafte Einbildungen), co zresztą jest tylko modyfikacją uprzednio przez Bonhoeffera ukutego terminu dla zjawisk tego rodzaju — pomysł patologiczny (pathologischer Einfall).

Jeżeli wczytać się w te setki przykładów, jakie podają w pracach swoich zwolennicy tego pojmowania rzeczy (począwszy od Magnana, skończywszy na Birnbaumie i Siefertcie), to nie można oprzeć się wrażeniu, że istotnie niepodobna tych stanów psychotycznych o charakterze paranoidnym podciągać pod strychulec paranoia lub dementia praecox, że większość argumentów, jakimi wojują, należą do ważkich; stany te mają tak odrębną fizjonomję, że należy je oddzielić, jako coś samodzielnego. Zwłaszcza powinno się — zdaniem naszym — uczynić to dlatego, że wykazują one tyle punktów stycznych z innymi postaciami degeneracyjnymi, opisanymi powyżej, że spotykamy je np. u ludzi, którzy skądinąd są zdeklarowanymi hysterykami, że dalej rozpoczynają się one często od stanów zamroczenia świadomości, które w niczem odróżnić się nie dadzą od takich samych w histerji, że u jednego i tego samego osobnika napotkać można elementy niemal wszystkich typów degeneracyjnych, jakieśmy tu przytoczyli, np. w jednym z przypadków Sieferta, gdzie istniał element hypochondryczny, element okresowej zmiany w usposobieniu, element histeryczny, element fantastyczno-konfabulacyjny wreszcie element paranoiczno-pieniacki.

W związku z tymi stanami paranoidnymi, które, jak to już zaznaczaliśmy, napotykałyśmy najczęściej w warunkach więziennych, parę słów przynajmniej powiedzieć należy o t. zw. psychozie więziennej. Czy stanowi ona jakąś postać kliniczną odrębną? Czy posiada cechy, któreby pozwalały ją rozpoznawać, jako taką? Istnieje co do tej kwestji literatura olbrzymia, sięgająca aż



roku 1857, kiedy Dellbrück pierwszy mówi o „obłądziejach przestępców“. Następuje od tego czasu długi szereg prac (Gutsch, Reich, Kirn, Knecht, Sommer, Sander, Moëli, Günther, Rüdín, Willmans, wreszcie Skliar), ale mimo przeglądu szczegółowego większości tych prac w oryginalach, zaś części w obszernych referatach nie zdołałem dojść do żadnego jasnego w tej sprawie pojęcia. Niewiadomo dotąd, czy istnieje jakaś specyficzna psychoza więzienna, czy też nie. Jedni, (jak Kirn, Sommer, Reich, Rüdín), sądzą, że istnieje specjalny „Gefangenwahnsinn“, czy „Gefängnisswahnsinn“, ale rozmaicie tę psychozę charakteryzują, inni sądzą, że psychozy więzienne w niczem prawie nie różnią się od tych postaci, jakie napotykamy w warunkach życia codziennego, ale jednak przyznają, że istnieje pewien specyficzny odcień, zależny od specjalnych warunków, zwłaszcza od przebywania w więzieniu całkowym. Nie mamy w tym względzie żadnego osobistego doświadczenia, atoli z przeglądu odnośnej literatury pozwałamy sobie twierdzić, że większość postaci psychotycznych, napotykanych w więzieniu, nie stanowi nic innego, jak właśnie chorobliwą reakcję psychiki zwyrodniałej na uraz psychiczny, związany z uwięzieniem lub długotrwałą karą, reakcję, która przybrać może tę lub inną postać, ten lub inny charakter, zależnie od podstawowych, dominujących czynników w danej organizacji psychicznej. Podkreślić należy mimo to 2 fakty: 1) niezwykłą częstość stanów przygnębienia lub podniecenia ze splątaniem, urojeniami i omamami oraz stanów paranoidnych bądź ostrych, bądź chronicznych (Willmans); po 2) częste przypadki psychoz organicznych w więzieniu, jak tego dowodzi doskonała praca Rüdína, który na 70 przypadków znalazł 55 katatoników. W tej liczbie było 31 osobników, które on określa jako Vagantentypus (włóczęga), 11-u określa jako przestępców zwyczajowych, 7-iu jak przestępców przypadkowych, przygodnych. Tu więc na psychozę organiczną, postępującą wskazał Rüdín, jako na przyczynę przestępstwa oraz zaburzeń psychotycznych w więzieniu. I Willmans w wielkiej pracy swojej o włóczęgostwie uzasadnia, że większość ogromna włóczęgów to ludzie, chorzy na otępienie wczesne, chociaż niektóre przypadki nie są przekonywujące i zaliczyłyby je raczej można właśnie do zwyrodniałych z zaburzeniami psychotycznymi.



(Tu zaznaczyć musimy, że u wielu zwyrodniałych istnieje często niewątpliwy stan pewnego ośpienia umysłowego, niedorozwoju lub nawet głuptactwa zwłaszcza u epileptyków, oraz u tych degenerantów, u których na plan pierwszy występują braki w dziedzinie uczuć moralnych (moral insanity); atoli tu już wkraczamy w sferę zwyrodnień niższego typu, którego omówienie pomijamy).

Prócz opisanych powyżej stanów paranoidnych napotykamy u zwyrodniałych inne jeszcze, o odmiennym charakterze, bardziej zbliżone w typie do paranoi chronicznej w sensie Kraepelin'owskim niż poprzednie.

Chodzi mi tu o formę schorzenia o charakterze paranoidnym, którą w roku 1905 wyodrębnić usiłował Friedmann z Mannheim w pracy p. t. „Beiträge zur Lehre von der Paranoia“. Krótka charakterystyka tych stanów, które sam autor uważa tylko za odmianę paranoi chronicznej nieuleczalnej, przy tem za odmianę dobrotliwą, łagodną, uleczalną, choć również skłonną do systematyzacji urojeń (milde systematisierende Paranoia) polegać będzie na następujących głównych cechach.

W większości wypadków te stany chorobowe dotyczą kobiet (zameżnych lub panien), w wieku od 30 — 40 lat, obarczonych zazwyczaj dziedzicznie, bez wyraźnego typu degeneracyjnego ale z anomaljami charakteru w postaci nadwrażliwości, nadmiernie rozwiniętego uporu, egzaltacji, niedowiarstwa i t. d. Pod wpływem jakiegoś konfliktu życiowego, jakiegoś doniosłego rozczarowania (np. niedoszłe małżeństwo), jakiegoś doznanego zawodu, krzywdy, słowem zawsze pod wpływem jakiejś nieprzyjemnej konjunktury życiowej rozwija się powoli w ciągu miesięcy lub wolniej, przy zupełnie zachowanej świadomości pewien system urojenny, który ma jednak tę właściwość, że dotyczy wyłącznie przyczyn i skutków owej doznanej krzywdy, owego danego konfliktu, do niego się ogranicza i dalej nie postępuje. Istnieje przytem zawsze silny, namiętny patologiczny afekt, który jednak nie posiada cech ani manjakałnych, ani depresyjnych (w sensie psychozy manjakałno - depresyjnej). Omamów nie bywa nigdy. Po pewnym czasie, dość długim zazwyczaj (około 1 — 2 lat), afekt błędnie, chorzy uspakajają się, przestają o całej aferze mówić, wracają do swych zajęć, ale często urojenia pozostają nieskorygowanymi, tak że można ich uważać za wyleczonych tylko



w sensie praktycznym. Friedman zestawia swoje przypadki z tą formą, którą Wernicke już wcześniej wyodrębnił, od innych postaci paranoidnych pod nazwą „circumscribed Autopsychose“ i widzi w niej słusznie prototyp dla swoich przypadków. Jak tam, tak i tutaj jeden jakiś fakt doniosłego znaczenia wywołuje u nadwrażliwych ludzi patologiczny afekt, staje się według terminologii Wernicke'go ową „przemożną ideą“ („überwertige Idee“), która podporządkowuje sobie całą istotę myślącą. Przyłącza się do tego zazwyczaj (w przypadkach Friedmana a przynajmniej) obłądna idea, że ktoś chorego podpatruje, podsłuchuje (Beobachtungswahn), urojenie tak charakterystyczne dla prawdziwej paranoi; ale w przeciwieństwie do tej ostatniej ma ono w tych przypadkach znaczenie podrzędne i również, jak i główne, podstawowe urojenia upośledzenia, doznanej krzywdy, nie dosięga ono nigdy rozmiarów tak szerokich, jak w paranoi. Należy jeszcze zaznaczyć dla charakterystyki tych stanów specjalnych, że zmiana warunków i otoczenia wpływa dodatnio na całą sprawę i może przyśpieszyć wyzdrowienie.

Friedman podkreśla, że są to przypadki naogół rzadkie i sam przytacza ich wszystkiego sześć. Osobiście spostrzegaliśmy przypadek w wielu punktach do tego, co opisuje Friedman, zbliżony, choć o nie tak wybitnie paranoidnym typie. Chodziło o pannę starzejącą się lat 30-u, przedtem zdrową, wybitnie obarczoną dziedzicznie, która pod wpływem rozczarowania co do projektowanego i upragnionego małżeństwa wpadła w bardzo silny afekt rozpacz, afekt, nie przypominający w niczem afektu manjakałnego lub depresyjnego. Chora pod wpływem tego afektu, który przez rok cały prawie trwał z nieznacznymi zwolnieniami, wyrwała sobie literalnie wszystkie włosy z głowy i o niczem innym absolutnie nie mówiła z nikim, tylko o narzeczonym, o jego zdradzie, o doznanej krzywdzie. Przebijały w rozmowie często pretensje do rodziny, oskarżenia nawet w stosunku do niektórych osób, na których winę wszystkiego, co zaszło, składała, ale wyraźnego logicznego systemu paranoidnego nie było, w półtora roku afekt osłabł i chora wyzdrowiała. Sądzę, że są to przypadki jednej kategorii ze względu na to zasadnicze podobieństwo, że 1) jeden fakt (zwłaszcza fakt zawiedzionej miłości) był punktem wyjścia i jednocześnie jedyną treścią wszystkiego, co



mówiła podczas choroby i że po 2-iej cała sprawa skończyła się pomyślnie. Chora od trzech lat jest zdrowa zupełnie.

Przypadki Friedmana dowodzą jednej dla nas najważniejszej w tej chwili rzeczy, że istnieć mogą stany paranoidne o cechach zbliżonych do paranoi chronicznej, ale jednak uleczalne i ściśle zależne od jednego jakiegoś wydarzenia, które wywołuje dający się wyprowadzić psychologicznie system urojeniowy, przez to jednak różny od typowego paranoicznego, że ściśle ograniczony, nie mający tendencji do rozszerzania się; przytem cały obraz chorobowy zależy w nateżeniu swoim od trwania towarzyszącego mu afektu. Po wygaśnięciu afektu postępowanie chorego niczem nie różni się od normalnego, ale urojenia zwykle trwają dalej, albowiem wypływają z zasadniczych cech psychiki osobnika, są pochodzenia endogennego, jak zresztą w prawdziwej paranoi chronicznej i nieuleczalnej; tylko różnica kardynalna polega na tem, że stan wzruszeniowy w typowej paranoi nie przemija, skąd rodzą się wciąż nowe konflikty i nowe urojenia. Z tego też względu przyjąć należy, że paranoia chronica Kraepelina stanowi ostatnie ogniwo w łańcuchu stopniowań wrodzonego paranoicznego sposobu myślenia — tu powstawanie stopniowe systemu urojeniowego już nie zależy od jednego jakiegoś z silnym afektem związanego wydarzenia, ale już raczej sposobem biologicznym immanentnym, niż psychologicznie umotywowanym. Paranoia chroniczna nieuleczalna pozostaje według nas w tym samym stosunku do uleczalnych form paranoidnych, jak psychoza manjakałno-depresyjna do czysto reakcyjnych, psychologicznie umotywowanych stanów przygnębienia lub podniecenia.

Dobiegamy końca naszych wywodów. Staraliśmy się uwydatnić w głównych zaledwie zarysach pewne najważniejsze punkty sprawy dotyczącej zaburzeń psychicznych u osobników zwyrodniałych, pozostaje nam teraz streścić to, co powiedziane było powyżej.

1. Specjalnej jakiejś samodzielnej psychozy degeneracyjnej niema.

2. U osobników, pod względem nerwowym lub umysłowym dziedzicznie obarczonych, występować mogą bądź ostre, bądź przewlekłe zaburzenia psychiczne, które posiadają pewne cechy odrębne.



3. Odrębność ich polega przede wszystkim na tem, że są one przeważnie niejako nasileniem, wyolbrzymieniem zwykłego stanu takich osobników, zawierają w sobie pierwiastki preformowane niejako w ich psychice. U histeryczki występują najczęściej stany zamroczenia, w podnieceniu ustrojowym — stan manjakałny, w pseudologia phantastica — forma paranoidna z urojeniami fantastycznymi, u osobników z wrodzonym niedowiarstwem inne stany paranoidne.

4. Mają one dalej tę cechę wspólną, że często kombinują się wzajem u jednego osobnika, przyczem przeważać może to lub owo zaburzenie psychiczne, zależnie od tego, jakie cechy w danej psychice przeważają w stanie zwykłym.

5. Wszystkie te zaburzenia psychiczne mają przeważnie tendencję do przemijania w ciągu krótszego lub dłuższego czasu, nie prowadząc do otępienia wtórnego.

6. Niektóre z tych zaburzeń psychicznych, jak pewne typy zamroczeń histerycznych (zespół Gansera) i pewne formy paranoidne specjalnie często skłonne są do występowania pod wpływem atmosfery więziennej, chociaż zdarzają się i w warunkach życia codziennego.

7. Zaburzenia psychiczne u zwyrodniałych są wogóle tylko chorobliwą reakcją osobników takich na nieprzyjemne okoliczności życia i wykazują ścisłą od nich zależność.

8. Dzięki tym cechom powyższym powinny być wyodrębniane od innych zaburzeń psychicznych, napotykanych u ludzi dziedzicznie nie obciążonych, w przebiegu psychoz organicznych (jak otępienie wczesne) lub w przebiegu psychoz czynnościowych, jak psychoza manjakałno-depresyjna lub paranoia chroniczna, z którymi pozostają w powinowactwie genetycznym i stanowią niejako ich okresy przygotowawcze.

---

---



# STRESZCZENIA.

---

## PIŚMIENICTWO POLSKIE.

J. ROTHFELD. O okresie porażeniu nerwu okoruchowego z opisem dwóch przypadków.

Przytoczywszy istniejące w nauce poglądy na patogenезę okresowego porażenia n. okoruchowego autor podaje opis dwóch własnych przypadków omawianego cierpienia. W obu przypadkach zwraca uwagę we wywiadach brak dziedziczności migreny; jest to szczegóół, na który zwracają uwagę autorzy (Möbius, Karplus) odłączający okresowe porażenie n. okoruchowego od migreny i uważający je za oddzielną jednostkę chorobową. Z przedmiotowych objawów autor podkreśla bolesność gałązek n. trójdzielnego na ucisk, co, zdaniem niektórych autorów, przemawia za obwodowym charakterem porażenia. Jako tło anatomiczne autor w obu przypadkach przypuszcza istnienie sprawy nowotorowej.

D.

(Lwow. Tyg. Lek. 1910 N-r 31, 32).

H. BEGLEITER. Przypadek postępującego kostnienia mięśni (myositis multiplex progressiva ossificans).

Przypadek autora jest pierwszym w piśmiennictwie lekarskim polskim dokładnie opisanym przypadkiem tej rzadkiej postaci chorobowej. Jest on typowy dla tego schorzenia. Ze szczegóółów obrazu chorobowego podnieść należy: 1) że choroba rozpoczęła się od herpes labialis, o czym nigdzie autorzy nie wspominają, 2) że skostnienia i obrzęki wystąpiły również w mięśniach brzucha, co spostrzegano dotychczas dwa razy, 3) że u chorej jako objaw anomalji wrodzonej spostrzegano w powłokach brzusznych dwa łączno-tkankowe postronki; ten ostatni szczegóół przemawia, zdaniem autora, za tem, że tło samej choroby jest najprawpopodobniej wrodzone.

D.

(Lwow. Tyg. Lek. 1910 N-r 14, 34, 35).



S. GOLDFLAM. O prostej podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka.

Autor podaje nową, łatwą i prostą, metodę badania oddziaływania źrenic, przy pomocy której można dostrzedz najmniejsze skurcze tęczówki lub jej części. Metoda ta polega na tem, iż bada się oddziaływanie źrenic za pomocą lupy w sposób następujący: staje się nieco z boku przed pacjentem, zwróconym tyłem do okna i spoglądającym w przestrzeń, i przez lupę 13 D, trzymaną między lewym paluchem i wskazicielem, przygląda się uważnie źrenicy, na którą wtedy rzuca się światło normalnej, kieszonkowej lampki elektrycznej; podrażnienie świetlne można uskutecznić ze wszystkich stron, zarówno jak i centralnie; drugie oko może pozostać nie osłonięte. Autor niejednokrotnie w przypadkach trudnych, w których istnienie oddziaływania źrenic było wątpliwe, dokonywał porównania swej metody z najlepszymi znanymi metodami badania źrenic w ciemni i przekonał się, iż nie ustępuje ona żadnej pod względem pewności i ścisłości wyników.

Powszechne przyjęcie tej prostej, nie wymagającej dużo czasu, przystępnej dla każdego lekarza metody badania źrenic da możliwość otrzymywania zawsze rezultatów wiarogodnych, jednostajnych i dających się wszędzie porównać.

Szczegóły o podanych w tejsze pracy kilku dostrzeżonych przez autora objawach ze strony oka (zmiany szerokości źrenic przy oddechu Cheyne-Stokesa, widzenie barw widma we własnym włosie) należy przeczytać w oryginale.

D.

(Medycyna i Kron. Lek. 1911 N-r 28).

## PIŚMIENNICTWO OBCE.

THE JOURNAL OF NERV. and MENT. DISEASES 1911.  
N-r 1 i 2.

N-r 1. E. JELLIFFE. Predementia praecox: the hereditary and constitutional features of the dementia praecox make up.

Zdaniem autora, na długo przed wyraźnym wystąpieniem otępienia wczesnego w charakterze chorych można wykryć pewne cechy swoiste dla tego rodzaju osobników. Okres ten autor nazywa — predementia praecox.

W pracy swej autor podaje szczegółowy opis historii choroby przypadku otępienia wczesnego, który obserwował w przeciągu blisko dwudziestu lat. Córka zamożnych i poważanych



kolonistów wychowywała się na wsi. Matka chorej — osoba zdrowa, ojciec zaś wysoce moralny i uczciwy, ale do życia praktycznego nie przystosowany i niezdolny. Pięcioro rodzeństwa zdrowego i duchowo dobrze rozwiniętego. Rodzice porzucili wieś i przenieśli się do dużego miasta, aby dać wykształcenie dzieciom.

Pacjentka zaczęła chodzić do szkoły i tu, zdaniem autora, ujawniły się cechy, które powinny były zwrócić uwagę wychowawców: była niezmiernie ambitna, nie lubiła pracy systematycznej, ponieważ nie mogła przewyższać rówieśniczki swe wiadomościami, twierdziła, że ją nauka szkolna nie zajmuje, wierzyła, że przeznaczenie nakreśla jej drogę literacką i da jej sławę, ale nie czyniła nic, aby się do pracy tej przygotować, usposobienie miała marzycielskie, była egoistką i w domu nie pomagała nikomu, choć widziała ciężkie warunki materialne i pracę siostr.

Gdy następnie rozwinęła się typowa postać otępienia wczesnego zaakcentowały się osobliwości jej charakteru: wystąpił wybitny egocentryzm, wyrażający się między innymi w tem, iż chora, pracując jako bibliotekarka, przypuszczała, że pracę dano jej jedynie w celu zbliżenia jej do młodego profesora, którego pokochała i który według niej wszystko co czynił — czynił symbolicznie, aby wyrazić jej swoje uczucie. Objawy te o charakterze paranoidnym autor porównywa z okresem wstępnym cierpienia, kiedy pacjentka, uważana jeszcze za zupełnie zdrową, również kochając się w pewnym osobniku, pojechała za nim do innego miasta: konwencjonalne listy jego uważała za zapraszanie jej do siebie i była wysoce oburzona, gdy przysłał jej zaproszenie na ślub swój.

Opierając się na spostrzeżeniach własnych, jak również na opisach innych autorów Jeliffe sądzi, że okres wstępny otępienia wczesnego cechuje: egoizm nadmierny, oschłość charakteru, łatwość rozdrażniania się, zbytńia chępliwość, kłótniwość, łatwość męczenia się. W szkole np. można zauważyć, że dzieci te nie wypoczywają, podobnie do innych, przez czas przerwy, w następnej bowiem godzinie zajęć popełniają coraz więcej pomyłek i odbiegają uwagę od wykładu. Niechęć, z jaką się dzieci te zabierają do nowego jakiegoś zadania, autor nazywa fizjologicznym negatywizmem.

Dane te, zdaniem autora, należy wyzyskać w tym celu, aby od osobników podobnych usuwać okazje przemęczania się, wtedy bowiem wybucha otępienie wczesne. Illberg zwraca uwagę, że większość spostrzeganych przez niego przypadków otępienia wczesnego należy do kategorii ludzi ciężko pracujących. Christian i inni twierdzą, że umysł nie zaprawiany do ciężkiej pracy umysłowej, gdy jest nią przeciążony, wpada w otępienie wczesne.



Co się tyczy istoty cierpienia, to dla autora nie ulega wątpliwości, iż polega ona na zmianach patologicznych w mózgu. Dziedziczność jest czynnikiem ważnym, dotychczas niedostatecznie jeszcze zbadanym: należy brać pod uwagę u przodków otępienie wczesne nie zaś wszelkie psychozy, jak to czyniono prze-  
ważnie.

R. ALLEN. Disturbance of sensation in a case of syringomyelia.

66-letni mężczyzna od 23 lat dotknięty syringomyelią. Badanie wykazało, iż czucie bólowe i cieplikowe zniesione było na kończynach, tułowiu i głowie aż do linii łączącej obojuszki.

Dotyk pozostał zachowany. Na kończynach dolnych istniały okolice z zachowaniem czuciem bólowym i cieplikowym.

Badanie pośmiertne wykazało, iż słupy tyłne były niezmiennione, natomiast bardzo ucierpiały rogi tyłne, głównie po stronie prawej. Poniżej jedenastego odcinka grzbietowego rdzeń przedstawiał się normalnie, tylko w części lędźwiowo-krzyżowej wokoło przedniej tętnicy środkowej znaleziono przesięki białkowe, wypełniający przednią bruzdę rdzeniową i dochodzący do spoidła przedniego, niszcząc je częściowo.

Autor widzi w przypadku tym potwierdzenie faktu, iż włókna służące do przewodniczenia dotyku biegną wzdłuż słupów tylnych. Zachowane wysepki czucia bólowego i cieplikowego na kończynach dolnych, zdaniem autora, przemawiają za tem, iż włókna służące do przewodniczenia czuć tych wchodzą przez tylne korzenie i znaczną część przestrzeń przebiegają wraz ze słupami tylnymi lub wewnątrz tylnych rogów zanim skrzyżują się w spoidle przednim.

N-r 2. A. BLISS. Dislocation of the sixth cervical vertebra forward on the seventh.

25-letni siłacz podczas mocowania się dostał nagle porażenia wszystkich kończyn.

Przy badaniu okazało się, iż chory głowę trzyma wyciągniętą naprzód, górnymi kończynami zaledwie może poruszać, dolnymi nie dokonywa żadnego ruchu. Czucie wszystkich rodzajów zniesione do poziomu 4 żebra. Odruchy ścięgnowe po stronie lewej zupełnie zniesione, po prawej kolanowy wzmożony, podeszwowy — słaby. Następnego dnia po wypadku powróciły oba odruchy podeszwowe, oba kolanowe okazały się wzmożone, mosznowe — żywe, brzuszne — zniesione. Czucie bólowe i cieplikowe zniesione, natomiast uczucie dotyku powróciło.

Po 3 dniach lekarz wykonał zabieg, który miał na celu przyciągnąć do pozycji zwykłej 6-y krąg szyjowy, przesunięty ku przodowi. Co właściwie zrobił podczas zabiegu — sam nie wie, w rezultacie jednak otrzymał poprawę; chory stopniowo odzy-



skiwał władzę i czucie. Po 4 miesiącach mógł swobodnie chodzić, poruszać głową, badanie jednak wykazało obustronny objaw stopowy oraz objaw Babińskiego.

J. RHEIN. An anatomic study of the fasciculus occipito-frontalis and the tapetum.

Ograniczony krwotok zniszczył włókna makaty (tapetum); chory żył jeszcze 3 lata. Na podstawie licznych przekrojów, które wyraźnie wykryły zwyrodnienia w białej istocie mózgu, autor wnioskuje, iż makata stanowi część składową włókien czołowo-potylicznych nie zaś ciała modzelowatego (corporis callosi).

L. NEWMARK. A case which exhibited thermomesthesia, a perversion of thermal sensation.

50 letni mężczyzna 30 lat temu przechodził przymiot. 10 lat temu zauważył zaniki drobnych mięśni dłoni. Przed kilku laty, będąc w zimnej kąpieli, spostrzegł, że cała prawa kończyna dolna odczuwa ciepło. Przy badaniu chorego istotnie okazało się, iż prawa noga, tylna powierzchnia uda oraz prawy pośladek zimno odczuwają jako ciepło. Granice tych okolic są ściśle ograniczone, po za niemi odczuwanie jest zupełnie normalnie zachowane. Lód i gorącą wodę chory odczuwa w miejscach dotkniętych zaburzeniami czucia jako ciepło 31°C.

Dotyk i czucie bólowe zupełnie dobrze zachowane, to samo — zmysł mięśniowy. Odruchy ścięgnowe zachowane, brzusznych nie udaje się wywołać, mosznowy prawy — zniesiony, lewy zachowany.

Po 3 latach prawa kończyna dolna tak osłabła, iż zaledwie mógł się nią posługiwać, prawy odruch kolanowy wzmógł się, zjawił się lekki objaw stopowy po stronie prawej oraz objaw Babińskiego po tejże stronie.

Od wszelkich wniosków na razie autor wstrzymuje się.

B. WILDER. Exhibition of, and preliminary note upon a brain of about one half the average size from a white man of ordinary weight and intelligence.

Zupełnie przypadkowo na sekcji autor wydobył niezmiernie mały mózg u człowieka, który za życia nie zdradzał żadnego upośledzenia pod względem władz umysłowych. Mózg ważył 404 grm. mózdzek zaś 108 grm. Osobnik ważył 145 funt., był sumiennym i dobrym pracownikiem. Kształtem mózg nie różnił się od normalnego mózgu ludzkiego.

Zylinderlastówna.



## REVIEW OF NEUROL. AND PSYCH. 1911.

Nr 4. J. S. EDWARDS and J. M. COTTERILL. Cerebral tumour with astereognosis. Operation. Recovery.

Przypadek nowotworu prawego dolnego zrazu ciemieniowego, usunięty operacyjnie (glejek). Przypadek ten jest ciekawy z następujących względów: 1) z powodu wystąpienia astereognozji, która stanowiła rozstrzygający objaw rozpoznawczy, 2) z powodu kurczenia się tętnic w kończynie lewej górnej (blednięcie i chłód w tej kończynie).

J. GODWIN GREENFIELD. Notes on a family of „myotonia atrophica” and early cataract, with a report of an additional case of „myotonia atrophica”.

Że „myotonia atrophica” zdarza się u kilku członków jednej rodziny, jest to bezwarunkowo cechą znamioną tej choroby i nieraz były opisywane rodziny, w których dwu lub trzech członków cierpiało na tą chorobę; obserwacja autora obejmuje, zdaje się, największą ilość członków jednej i tej samej rodziny, mianowicie z 13 osób — 5 miało tę chorobę. Z pośród tych pięciu — dwóch miało także kataraktę obustronną; lecz oprócz nich jeszcze dwóch pozostałych członków rodziny (nie dotkniętych myopatią) także miało kataraktę.

Autor przypuszcza, że przyczyna obu tych cierpień być może jest pokrewna.

Oprócz tej rodziny opisuje autor pokrótce jeszcze jeden pojedynczy przypadek myotonji.

Nr 5. A. W. FAIRBANKS. The contralateral plantar reflex.

Przez rozmaitych autorów opisano kilka postaci drugostronnego odruchu podeszwowego: 1) u niektórych osobników zdrowych drażnienie podeszwy po jednej stronie wywołuje zgięcie palucha obustronne; 2) w niektórych przypadkach ogniska w górnym odcinku ruchowym, którego objawy kliniczne wyrażają się porażeniem połowiczem z typowym rozgięciem palucha przy drażnieniu podeszwy kończyny porażonej, zauważono, że przy drażnieniu zdrowej podeszwy następuje zgięcie palucha nogi porażonej; 3) zdarza się czasem, że w przypadkach obustronnego niedowładu, a także w tych przypadkach, gdy ognisko zajmuje obustronnie tory piramidowe w rdzeniu, przy drażnieniu podeszwy otrzymuje się rozgięcie palucha drażnionej podeszwy, a zgięcie przeciwnej; 4) w jednym przypadku otrzymywano obustronnie rozgięcie palucha przy drażnieniu podeszwy z jednej strony; 5) w jednym przypadku porażenia jednostronnego z obustronnym



objawem Babińskiego, otrzymywano czasami zgięcie palucha po stronie porażonej; 6) w jednym przypadku nieznacznego prawostronnego niedowładu (na skutek starego ogniska) ze zgięciem palucha i ciężkiego porażenia lewostronnego (świeżo powstałego) z wyraźnym odruchem Babińskiego, otrzymywano zawsze obustronnie zgięcie palucha przy drażnieniu prawej podeszwy; 7) autor sam spostrzegł przypadek wyraźnego skrzyżowanego rozgięcia palucha, gdy natomiast po stronie drażnienia nie otrzymał żadnego odruchu ani zgięcia ani rozgięcia.

Autor stara się objaśnić występowanie tych poszczególnych postaci skrzyżowanych odruchów i stawia następującą hipotezę: „oba te odruchowe objawy — zgięcia i rozgięcia — mają prawdopodobnie odrębne ośrodki, jeden z nich w mózgu a drugi w rdzeniu”.

N-r 6. C. M. CAMPBELL. *Agaphia in a case of frontal tumour.*

U chorej z wyraźnymi zaburzeniami inteligencji, lecz bez jakichkolwiek zaburzeń ruchowych, czuciowych lub odruchowych w kończynach i bez niemoty ruchowej lub słuchowej wystąpiła stopniowo zwiększająca się agrafja. Na sekcji stwierdzono torbiel rozdzielającą pierwszy i drugi lewe zrazy czołowe. Przy badaniu dokładnem znaleziono również bardzo małą torbiel w lewym zwoju kolankowatym (*ganglion geniculatum*) i jedną w okolicy szczeliny ostrogowej (*fissurae calcarinae*); te dwie torbiele klinicznie nie dawały żadnych objawów.

D. PAUL. *Disseminated softenings in the spinal cord in a case of pancreatic cancer.*

Autor podaje dokładny opis zmian w rdzeniu w przypadku raka trzustki. W całym rdzeniu rozsiane były ogniska rozmiękczenia; nie było zupełnie objawów zapalnych i wskutek tego autor przypuszcza, że rozmiękczenia te nastąpiły na skutek zatoru naczyń, albo niedokrwistości, albo też na skutek zatoru rakowatemi komórkami.

L. J. KIDD. *Unilateral crossed extensor plantar reflex.*

Do opisanych przez Fairbanks'a w majowym numerze *Review of neur. and psych.* 7-iu odmian odruchu podeszwowego skrzyżowanego autor dodaje jeszcze ósmą odmianę spostrzeganą w 4-eh przypadkach stwardnienia rozsianego i polegającą na tem, że przy drażnieniu podeszwy zarówno jednej jak i drugiej otrzymywano zgięcie palucha drażnionej stopy, a rozgięcie z przeciwnej strony.

J. Handelsman.



BRITISH MED. JOURN. 1911 kwiecień, maj, czerwiec.

8 kwiet. M. MAMOURIAN and C. J. SMITH. The mechanical etiology of optic neuritis.

Wzmózone wewnątrzczaszkowe ciśnienie stanowi główny mechaniczny czynnik powstawania tarczy zastoinowej. Jednak wbrew opinii większości autorów, a zgodnie z Horsley'em i Swanzy'm, autorzy twierdzą, że nie znany jest jeszcze główny czynnik, wywołujący wzmożone wewnątrzczaszkowe ciśnienie, jak również nie można powiedzieć, że istnieje zadawalniające teoretyczne uzasadnienie, któreby objaśniało stosunek wzmożonego ciśnienia do tarczy zastoinowej.

Autorzy przypuszczają, że w każdym przypadku tarczy zastoinowej zatkałe są żyły gdzieś w okolicy linii „superior longitudinalis jugularis”.

13 maja. E. MCCALL. Two cases of congenital aphasia in children.

Autorka opisuje dwa przypadki, ilustrujące postaci umysłowego niedorozwoju, znane jako „word blindness” (niemota wzrokowa) i „word deafness” (niemota słuchowa), z których zwłaszcza pierwszy zasługuje na zaznaczenie. Chłopiec, lat 12, nie był w stanie nauczyć się czytać, pomimo specjalnego uczenia. Poza tym brakiem chłopak był przeciętnie inteligentny. Rozpознаwał osobne litery, ale nie umiał złożyć z nich wyrazu, nawet jednosylabowego. Kopjował dobrze i umiał przerysowywać, natomiast nie mógł napisać ani jednego wyrazu pod dyktando.

10 czerwca. ST. G. LONGWORTH. Blood pressure in mental disorders.

Na zasadzie dużego materiału autor przychodzi do następujących wniosków (odnośnie do chorób umysłowych): 1) stany manjakkalne i depresyjne nie powodują żadnych stałych zmian w ciśnieniu krwi, które zazwyczaj w stanach tych nie różni się od normy; 2) to samo spostrzega się i w innych chorobach umysłowych, za wyjątkiem cierpień wrodzonych, w których ciśnienie jest niskie; 3) leki kojące (sedativa) nieznacznie obniżają ciśnienie krwionośne.

J. Handelsman.

LANCET 1911 kwiecień, maj, czerwiec.

Nr 13. GEORGE W. ROBERTSON. Melancholia, the depressive phase of manic-depressive insanity.

Praca przedstawia wykład kliniczny. Wnioski, do których



autor dochodzi, są następujące. Pierwotnym zasadniczym objawem w zadumie jest uczucie depresji albo ból psychiczny. Pozostałe objawy umysłowe są wtórne, fizykalne objawy są prawdopodobnie również wtórne. Autor przypuszcza, że dośrodkowe nerwowe odczuwania idą od wszystkich narządów i tkanek ustroju i że powstają one podczas procesu przemiany materji, odbywającego się w nich. Chociaż nie dochodzą one do naszej świadomości, jednak odczuwania te są podstawą naszego dobrego lub złego usposobienia, stosownie do przypadku i stanowią tło naszej świadomości — coenaesthesie. W zadumie prawdopodobnie powolna i niedostateczna przemiana materji w połączeniu ze zmniejszeniem nerwowej energii wytwarzają uczucie chorobowości, które odbija się na naszej świadomości jako podmiotowe odczuwanie bólu psychicznego.

N-r 15. ARTHUR KEITH. An inquiry into the nature of the skeletal changes in acromegaly.

Autor podaje wyniki badań swych nad zmianami szkieletu w akromegalji. Przedewszystkiem zwraca uwagę na podobieństwo czaszki akromegalików z czaszkami neandertaleńskimi i antropoidów. K. przypuszcza jako przyczynę tego stanu hyperpituitarizm. Uwagę zwraca on na zmiany w szczęce dolnej, a także na zmiany, które powstają wtórnie w okolicy skroniowej i potylicznej. Szczegóły należy przeczytać w oryginale.

N-r 16. R. J. GODLEE and G. E. O. WILLIAMS. Notes on some victims of a recent railway accident, with special reference to cerebral fat embolism.

Autorzy podają wyniki badań 19 osób uległych katastrofie kolejowej w Willesden pod Londynem. Z pośród tych 19-u — czterech zmarło i z tych w trzech nastąpił zator tłuszczowy mózgu. W dwóch przypadkach wykonano sekcję, na której stwierdzono złamanie uda — w jednym bez komplikacji, w drugim w połączeniu z rozgnieceniem kolan. W obu tych przypadkach na sekcji stwierdzono zator mózgowy tłuszczowy. Autorzy zwracają uwagę — 1) na trudność wytłomaczenia sobie zjawiska, dla czego zator mózgowy wystąpił w niektórych tylko przypadkach; 2) na ten fakt, że chociaż objawy mózgowy były wyraźne, objawy płucne były bądź nieznaczne, bądź też zupełnie ich nie było, i 3) na pewne podobieństwo obrazu klinicznego z uciskiem mózgu.

N-r 16, 17, 18. A. HERTZ. The sensibility of the alimentary canal in health and disease.

Bardzo ciekawe badania nad czuciem przewodu pokarmowego autor streszcza w następujących wnioskach: 1) błona śluzowa przewodu pokarmowego, począwszy od jego górnego końca aż do połączenia kiszki prostej z odbytnicą, jest nieczułą na dotykowe podrażnienia; 2) błona śluzowa przelyku i odbytnicy



jest czułą na cieplikowe podrażnienia, natomiast błona śluzowa żołądka i kiszek jest nieczułą; 3) błona śluzowa przełyku i żołądka jest nieczułą na podrażnienia rozcieńczonym kwasem solnym i rozcieńczonymi kwasami organicznymi, kiszka prosta zaś (ale nie odbytnica) jest nieczułą na podrażnienie gliceryną. Alkohol we wszystkich częściach przewodu pokarmowego wywołuje uczucie ciepła; 4) powierzchnia kiszki i żołądkowych wrzodów nie jest bardziej czułą na podrażnienia dotykowe, cieplikowe i chemiczne, niż zdrowa błona śluzowa; 5) uczucie pełności w przewodzie pokarmowym zostaje wywołane przez powolne wzmaganie się napięcia włókien warstwy mięśniowej; 6) uczucie pełności w kiszce prostej ma specjalny charakter i wywołuje chęć wypróżnienia się; 7) uczucie pustki w brzuchu podczas głodu występuje na skutek perjodycznej czynności ruchowej żołądka i kiszek podczas czczości, gdy nerwy czuciowe są w stanie podrażnienia; 8) ból w chorobach przewodu pokarmowego najczęściej jest prawdziwym bólem wewnętrznosci. Niekiedy zostaje on wywołany przez rozszerzenie się choroby na otaczającą czuciową tkankę, lub też przez ucisk na błonę brzuszną i wreszcie może być także umiejscowiony w skórze, mięśniach i w tkance łącznej, do których zostaje przeniesiony od odcinka układu nerwowego ośrodkowego, otrzymującego pobudzenia za pośrednictwem nerwów dośrodkowych od chorego narządu.

N-r 29. F. W. MOTT. A lecture on heredity and insanity.

Badania autora nad stosunkiem dziedziczności do chorób umysłowych, (streszczone przez sprawozdawcę w korespondencji z Londynu; patrz Neur. Pol. T. I Z. 5-ty).

N-r 20. G. H. SAVAGE. Mental disorders and suicide.

Praca ta zawiera uwagi o samobójstwie w chorobach umysłowych. Autor zwraca szczególną uwagę na to, że 1) wszystkie przypadki depresji umysłowej są potencjalnym samobójstwem, i 2) nie należy nigdy wierzyć obietnicy melancholików, że nie wykonają samobójstwa.

N-r 22. FR. BATTEN. The progressive spinal muscular atrophies of infants (Werdnig-Hoffmann).

Opis przypadku powyższej choroby: stopniowo występujące porażenie, które się rozpoczęło w końcu pierwszego roku życia; bezwład obejmował z początku tułów i mięśnie proksymalne, a następnie rozszerzył się i na bardziej dystalne (nie obejmując przepony). Inteligencja i czynności przewodu pokarmowego są nietknięte. Na sekcji dotychczas opisanych przypadków stwierdzono zmiany tylko w komórkach przednich rogów rdzenia, wywołane przez dotychczas nieznaną toksynę. Od



zapalenia rogów przednich ostrego różni się głównie tem, że to ostatnie występuje zazwyczaj ostro i nie postępuje; mięśnie zazwyczaj nie są porażone wszystkie razem, lecz grupy mięśniowe są wybierane.

N-r 23. R. LAKE. Ten cases of operation for Ménière's disease (aural vertigo).

Operacja polega na vestibulotomji i na następczem zniszczeniu ewent. usunięciu kanału półkulistego.

Operacja zazwyczaj przynosi znaczną ulgę (autor operował 10 przypadków) ale dość często przyłącza się do tego porażenie nerwu twarzowego i drżenie gałek ocznych. Oczywiście w tych przypadkach, gdy objawy choroby Ménière'a powstały na skutek krwotoku w błędniku przy leukemji lub innych chorobach krwi wyniki są znacznie gorsze.

J. Handelsman.

ARCHIV f. PSYCH. u. NERVENKR. T. 47. Z. 3-ci 1910.

KIRCHHOFF. Die Bahnen des Gesichtsausdrucks.

Przypuszczalną drogę czuciowo-ruchową dla mimiki autor dzieli na 2 odcinki: tor mimiczny dośrodkowy utworzony jest z łańcucha neuronów nerwu trójdzielnego i pierwszą stacją tej drogi są jądra opuszkowe, które łączą się przez wstęgę z jądrami wzgórków wzrokowych. W jądrze pośrodkowym wzgórka (centre médian Luys'a) autor widzi ważną stację toru mimicznego. Stąd idą włókna do ośrodków czuciowych w korze. Tor mimiczny odśrodkowy stanowi nerw twarzowy. Tor ten przechodzi przez jądro czerwone, które dzięki licznyim włóknom jest w związku z jądrem przyśrodkowym (medial). To ostatnie zaś znajduje się w blizkim związku z jądrem pośrodkowym; według Dejerine'a, leżą one bezpośrednio obok siebie. Okolice wzgórka jest szczególnie ważnym miejscem dla drogi niniejszej, tu prawdopodobnie schodzą się wszystkie układy włókien w związku z wyrazem twarzy, z wyrazem wzruszenia.

G. MINGAZZINI. Neue klinische und anatomopathologische Studien über Hirngeschwülste und Abscesse.

Autor zebrał 19 przypadków nowotworów i wrzodów mózgu, z których 8 dotyczy guzów płatów skroniowych. Te ostatnie, jako w większej będące ilości, pozwalają autorowi na niektóre wnioski.

Obraz kliniczny nowotworów płata skroniowego zaczyna się niekiedy od udaru albo od omdlenia. Ból głowy i zaburzenia psychiczne są najczęstszymi objawami ogólnymi. Ból głowy



bywał umiejscowiony w połowie czaszki odpowiadającej guzowi, o ile guz nie dochodził do obwodu t. j. do opony twardej, albo też w całej okolicy czołowej, o ile nowotwór sięgał obwodu. Z zaburzeń psychicznych autor spostrzegał: zamroczenie, apatię, brak orientacji, z zespołu Korsakowa tylko niektóre pojedyncze objawy.

Z objawów ogniskowych bardzo często niedowład kończyn po stronie przeciwległej niekiedy wraz z porażeniem mięśni ocznych po stronie guza, rzadziej po stronie przeciwnej (paralysis alterna superior); po stronie niedowładu odruchy kolanowe i Achillesa wzmożone. Nigdy nie było objawu Babińskiego. Z porażień mięśni ocznych najczęstsze jest opadnięcie powieki spostrzegane przez autora już w początkowym okresie choroby. W porażeniu kończyn i mięśni ocznych zazwyczaj, przynajmniej z początku, spostrzega się rozszczepienie; później porażenie może się rozszerzyć na pozostałe grupy mięśniowe kończyn strony przeciwnej i oka tej samej strony a w końcu na mięśnie kończyn tej samej a oka przeciwnej strony. Jeżeli z porażeniem naprzemiennem łączy się zespół objawów mózdkowych, to rozpoznanie przypuszczalnego nowotworu płata skroniowego zyskuje na pewności.

W przebiegu nowotworów lewego płata skroniowego występują zaburzenia afatyczne jakkolwiek nie stale. Nigdy nie bywa objawów asymbolji i apraksji. Różne rodzaje uczucia nie przedstawiały zmian znaczniejszych. Wzrok bywał stale obniżony. Niedowidzenia połowiczego autor nie spostrzegał.

S. LEIBOWITZ. Zur Frage des induzierten Irreseins.

Opisany przez autora przypadek dotyczy ojca i córki; oboje przedstawiali te same urojenia prześladowcze. Córka zachorowała pierwsza, przedstawiała zespół objawów postaci prześladowczej otępienia wczesnego. Ojciec, 80 letni, obok zachowanej pamięci wykazał znaczny stopień osłabienia sądu; od córki przejął idee prześladowcze.

Zdaniem autora, z osobnika A na B przeniesiony może być zespół objawów, ale nie postać kliniczna chorobowa. Jeżeli psychoza naśladowana jest paranoidną postacią otępienia wczesnego, to stereotypia, zmanierowanie i t. p. objawy mogą być co najwyżej naśladowane czasowo, o ile osobnik B. ma usposobienie histeryczne, ale nie bywają trwale przeniesione. Przeniesione są idee obłądne i stąd powstaje obraz podobny do obłąkania przewlekłego.

Przeniesienie urojeń z osobnika A na B ma miejsce: 1) przy wrodzonym lub nabytym usposobieniu B. Nabyte usposobienie B może być wywołane przez osobnik A: trwałe podawanie idei obłądnych wytwarza w B zmienioną reakcję na bodźce



zewnątrzne, chorobliwe wyczerpywanie się, jak autor mówi, stan podobny do neurastenicznego. Na tak przygotowanym gruncie przeszczepiają się idee obłądne. 2) Przy warunkach niepomysłnych (współzycie, odosobnienie od świata zewnętrznego).

Możliwość korygowania urojeń zależy od inteligencji osobnika B i od wczesnego odosobnienia B od A.

T. ROGALSKI. Zur Kasuistik der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie mit histopathologischem Befund.

Chora z rodziny zdrowej, do 7-iu lat rozwijała się normalnie, zaczęła chodzić do szkoły, po 2 latach przechodziła dur brzuszny, po którym miało być zupełnie dobrze i powróciła do szkoły. Od 10-go roku zaczął się wzrok obniżać. Rozpoznano zanik n. wzrokowych i szczególną sprawę ze złogami barwnika w siatkówce w okolicy plamki. Następnie wystąpiły zaburzenia mowy, chodu, napady padaczkowe. Umarła w 26 r. życia.

Badanie drobnowidzowe wykazało obrzmienie komórek zwojowych kory wszystkich warstw i wszystkich płatów mózgowych przy nieznacznych zmianach wtórnych w innych częściach mózgu.

Klinicznie przypadek autora ma wszystkie cechy młodzieńczej postaci amaurotycznej niedołąstwa umysłowego. Anatomicznie stoi bardzo blisko niemowlęcego typu tego zachorzenia. Różnica, jaka istnieje, wypływa z jednej strony z przebiegu przewlekłego, a z drugiej, że sprawa chorobowa nie dotknęła tu tkanki nerwowej w pierwszych miesiącach życia, a starszej posiadającej większą odporność. Wyróżnia przypadek autora 1) brak cechy rodzinnej: z 4-a dzieci tylko opisana chora była dotknięta cierpieniem i 2) zmiany na dnie oka, mianowicie złogi barwnika w okolicy plamki żółtej.

VIX. Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntniss der spinalen progressiven Muskelatrophie.

W zaniku mięśni rdzeniowym postępującym (typu Aran-Duchenne'a) zanik komórek ruchowych rogów przednich uważany był jako pierwotne zachorowanie, zanik zaś nerwów obwodowych i mięśni jako skutek rozpadu komórek. Autor na podstawie swoich badań dochodzi do innego anatomo-patologicznego poglądu. W jego przypadku zapalenie opon mózgowych odgrywa główną rolę, zanik komórek ruchowych rogów przednich jest sprawą wtórną. Autor opiera swój pogląd na tem, że tam gdzie zmiany oponowe zapalne dosięgają najwyższego stopnia i gdzie korzenie przednie są niemi otoczone, tam rozpad komórek jest najsilniejszy. Przyczynę tych zmian anatomicznych autor skłonny jest widzieć w kile. Liczba podobnych przypadków dotąd ogłoszonych jest jeszcze tak nieznaczna, że nie można dziś



decydować, która z dwóch spraw jest podstawą w obrazie klinicznym typu Aran-Duchenne'a: czy pierwotne zachorowanie korzeni przednich czy zapalenie opon ze szczególnym współudziałem tych korzeni.

#### VOLLAND. Ueber Megalencephalie.

Chory z rodziny neuropatycznej; poród trudny z powodu zbyt dużej głowy. W rozwoju pozostawał w tyle; był bojaźliwy; od 14 roku napady padaczkowe; z wiekiem upadek władz umysłowych dochodzący do wyraźnej głupowatości. Częste bóle głowy, kilkodniowe objawy gorączkowe bez związku z napadami padaczkowymi. W dzieciństwie operowany kilkakrotnie naczyniak na rękę. Umarł na zapalenie płuc. Sekcja: czaszka twarda; opony miękkie zgrubiałe; mało płynu mózgodzeniowego. Mózg ważył 1874 gr. Mózg przedstawiał równomierne powiększenie wszystkich części, histologicznie: Chaslin'owskie bujanie gleju rozpościerające się na całą korę mózgową; we wszystkich okolicach kory warstwa komórek piramidowych wybitnie zmniejszona, komórki są małe i znajdują się daleko jedno od drugich. Miejscami dużo komórek ziarnistych. W korze mózdzku zwracają uwagę twory podobne do komórek piramidowych, a na obwodzie kory duże jasne komórki, które autor uważa jako wytwór chorobowego różniczkowania. Co do innych narządów: grasica, brak lewego zraza gruczołu tarczowego, przepuklina pachwinowa. Anomalje powyższe, jak również obecność komórek ziarnistych w mózgu, naczyniaki w dzieciństwie wskazują na zaburzenia w rozwoju. Nienormalnie duże mózgi jako wytwór anomalji w rozwoju posiadają chorobliwie wzmózoną wrażliwość i zmniejszoną odporność na działające na nie podniety. Takim oddziaływaniem tłomaczą się napady i zwyrodnienie padaczkowe. Nienormalnie duże mózgi zdają się być skłonne do samoistnego obrzęku mózgu, który na skutek wzmózonego ciśnienia może sprowadzać drgawki, zawroty, bóle głowy i t. p. Objawy oponowe w swoim przypadku (ból głowy, wahania gorączkowe, zgrubiałe opony) autor uważa jako samodzielne, ostre, zapalne sprawy oponowe.

#### FRIEDRICH WOHLWILL. Zur Frage der traumatischen Paralyse.

Autor na podstawie swego materiału i analizy odnośnego piśmiennictwa nie uznaje porażenia postępującego pochodzenia urazowego, sam uraz u osobnika nie zakażonego kiłą nie może wywołać tego cierpienia. Przy istniejącej chorobie uraz głowy może cierpienie pogorszyć i przebieg przyspieszyć. Na pytanie czy uraz głowy może wyzwolić dotychczas skryte porażenie postępujące jedni autorzy odpowiadają twierdząco, inni (Gerlach) utrzymują, że porażeniowy zespół objawów tylko wtedy wyzwała się w następstwie urazu jeżeli już przedtem w układzie nerwo-



wym zaczęły się właściwe zmiany i że od stopnia tych zmian zależy burzliwy lub powolny rozwój choroby. Autor pomimo usilnego poszukiwania w swoich przypadkach nie dopatrywał się wpływu urazu jako przyczyny pomocniczej na wyzwolenie porażenia postępującego.

H. BICKEL. *Zum Verhalten der Neurofibrillen unter pathologischen Bedingungen.*

Autor badał za pomocą metody Bielschowsky'ego preparaty w trzech przypadkach: w świeżym wylewie krwi w zrazie potylicznym, w starym udarze u 70 letniego chorego, w guzie gruczołowym mostu u 18 letniej dziewczyny. Zwyrodnienie zaczyna się w komórkach zwojowych i najpierw w ich wyrostkach; we włóknach nerwowych oddalonych od komórki te się okazują najbardziej odporne, które są najcieńsze t. j. leżą najdalej od swoich komórek.

A. TRAPET. *Ueber Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse und ihre Bedeutung für die Genese dieser Krankheit.*

Autor podaje 6 przypadków porażenia postępującego młodzieńczego. Preparaty anatomiczne wykazały we wszystkich zaburzenia w rozwoju komórek w mózdku; zmiany dotyczą komórek Purkinje'go, które zawierały po 2 i 3 jądra. Oprócz tego widoczne było zaburzenie w układzie warstw kory, komórki Purkinje'go były przesunięte do innej warstwy. W jednym przypadku zaburzenia rozwojowe miały miejsce i w mózgu, gdzie budowa warstw i skład komórek wykazywały typ zarodkowy. Zmiany w komórkach Purkinje'go mogą być uważane za charakterystyczne dla porażenia młodzieńczego, w każdym razie zdają się dowodzić, że kiła dziedziczna, działając hamująco na rozwój komórek, stwarza podatną glebę dla późniejszego porażenia. Autor uważa te zaburzenia jako czynnik uspasabiający i sądzi, że dalsze poszukiwania w tym kierunku dadzą może wyjaśnienie co do genezy ogólnego porażenia postępującego.

RAECKE. *Jugendfürsorge im Staate New-York.*

Sprawozdanie z podróży do Ameryki. Autor zwiedzał w stanie nowojorskim urządzenie opieki nad dziećmi opuszczonymi i zbrodniczymi. Prawo amerykańskie nazywa dziećmi w wieku od 7 do 16 lat nie zbrodniarzami a winowajcami (delinquent), a czyny, które u dorosłych kwalifikuje jako zbrodnię, u dzieci traktuje jako wykroczenie. Bronią społeczeństwa amerykańskiego przeciw zbrodniczości dzieci są sądy dziecinne. Sądy dziecinne sądzą wszystkie wykroczenia spełnione przez dzieci w wieku 7 — 16 lat od prostej swawoli na ulicy do oszukaństwa, kradzieży, usiłowania samobójstwa; tylko nie zabójstwa. Sędzia po wysłuchaniu dziecka może uwolnić



je „na słowo”, po pewnym określonym terminie dziecko musi się zjawić do sędziego dla stwierdzenia poprawy. Jeżeli nie dotrzymało słowa, lub popełniło znowu wykroczenie sędzia ma prawo natychmiast zatrzymać dziecko w celu wysłania do zakładów wychowawczych. Sędzia skazuje na kary pieniężne, ale zadaniem jego najważniejszym jest oddanie dziecka do domu wychowawczego. Zasługuje na uwagę indywidualne traktowanie winowajców, tworzenie małych grup, stwarzanie rozmaitych oddziałów i kierunek praktyczny wychowania i przytem rękojmią stałego lekarskiego wpływu. Władze i społeczeństwo amerykańskie okazują wielką gorliwość i ofiarność w trudnej sprawie dzieci opuszczonych i winowajców.

St. Suszczyńska.

### NEUROLOG. CENTRALBLATT 1911 N-r 1 — 3.

N-r 1. ERNST HOESTERMANN. Zur Kenntniss der efferenten Kleinhirnbahnen beim Menschen.

Autor poddał badaniu mózdzek dziecka zmarłego w 20 dni po operacji torbieli mózdzku, przyczem tory odśrodkowe mózdzkowe uległy zwyrodnieniu.

Wyniki badań były zgodne z wynikami badań innych autorów, głównie Edingera i Horsleya, przeprowadzonymi nad umiejscowieniem torów odśrodkowych w mózdzku zwierząt.

H. SCHLESINGER. Zur Klinik des intermittierenden Hinkens.

Autor wraz z Erbem podnosi potrzebę szczegółowego badania większych naczyń kończyn dolnych w przypadkach chromania przestankowego.

Na 57 spostrzeżeń autora w 17 przypadkach można było stwierdzić zmiany w tętnicy biodrowej przy wysłuchiowaniu lub dotykaniu, a więc w 29%. Samo badanie tętnic stopowych nie jest wystarczające, gdyż bywają przypadki, gdzie przy zmianach patologicznych w tętnicy biodrowej tętnice stopowe zmian nie przedstawiają.

Wieting doradza w przypadku grożącej zgorzeli kończyn dolnych przeszczepienie tętnicy biodrowej do żyły biodrowej, co nie zawsze, zdaniem autora, jest wskazane ze względu na daleko posunięte zmiany w tętnicach lub żyłach.

Bardzo rzadko zdarza się chromanie przestankowe przy miażdżycy wielkich tętnic np. tętnicy głównej, częściej stosunkowo trafia się przy schorzeniu większych pni żylnych. Zaniki mięśni kończyn dolnych po stronie schorzenia tętnic spostrzegął autor 2 razy. Zwolnienia nawet długotrwałe — nie są rzadkie.



W jednym przypadku autor spostrzegł zwolnienie a nawet trwałe ustąpienie chromania po porażeniu połowiczem w nodze dotkniętej porażeniem. Autor wspomina o 4 przypadkach połączonych z dyspraksją w kończynach górnych. Co się tyczy momentu przyczynowego to autor w pierwszym rzędzie stawia nadmierne palenie tytoniu, w czym zgadza się z Erbem. Na 50 chorych, pozostających pod ścisłą obserwacją S. było 90% palących, a 62% palących nadmiernie. Niejednokrotnie autor spostrzegł polepszenie w stanie zdrowia u chorych, którzy przestali palić, i nawroty cierpienia u tych chorych, którzy po pewnej przerwie w paleniu i polepszeniu się stanu zdrowia znów poczęli palić.

Drugie miejsce wśród momentów przyczynowych zajmuje kiła; i ci jednak chorzy okazywali się zwykle nałogowymi palaczami; autor mówi jako o wyjątku o jednej chorej dotkniętej kiłą, nie palącej. W statystyce S. uderza nas duży odsetek osób pochodzenia żydowskiego: 42 na ogólną liczbę 57. Cierpienie dotykało głównie osoby starsze po latach 50-iu—71%. Chromanie przestankowe jest objawem uszkodzenia tętnic kończyn dolnych, lecz objaw ten nie pozwala nam ściśle określić rodzaju schorzenia.

J. PELNAR. Eine akute Form des intermittierenden Hinkens.

Autor opisuje przypadek chromania przestankowego u osobnika lat 61, dotkniętego miażdżycą tętnic z wymiarami serca powiększonymi. Po zastosowaniu djetu niedrażniącej oraz kuracji jodowej chory już po upływie miesiąca zaczął lepiej chodzić, po upływie zaś roku pozostały nieznaczne dolegliwości podmiotowe. Z przedmiotowych objawów okresu ostrego autor wylicza: ból przy ucisku tętnicy biodrowej, przeczulica dotykowa na wewnętrznej części uda, słabe tętno w zajętej kończynie.

W przeciwieństwie do przypadków Erba i Higiera chory w przerwach między napadami żadnych bólów nie odczuwał. Autor stawia rozpoznanie: arteriitis art. femoralis przy ogólnej miażdżycy.

Dr. KALISCHER. Über Adalin, ein neues Sedativum und Hypnoticum.

Adalina, według Impens'a, jest bromdietylacetyl-mocznikiem, w którym atom bromu wzmacnia własności snotwórcze grupy mocznika.

Nie wywołuje szkodliwego działania ubocznego, nie nagromadza się w ustroju lecz szybko wydziela się przez nerki. Jestto biały proszek krystaliczny, mało rozpuszczalny w wodzie o smaku zlekką gorzkawym. Dawka uspakajająca 0.25—0.5 wywołuje po upływie  $\frac{1}{2}$  godziny uczucie znużenia, dawka nasenna 0.5—1.5 wywołuje potrzebę spokoju i snu, który trwa 5—7 godzin. Sen



jest spokojny, głęboki i pocrzepiający, nie wywołuje nieprzyjemnego uczucia ociężałości po przebudzeniu.

Adalinę znoszą chorzy dobrze całymi tygodniami i miesiącami, przyczem dawka dzienna może być zwiększoną do 3.0. Adalinę wyrabia fabryka chemiczna F. Bayera w Elberfeldzie.

N-r 2. E. SALOMON. Eine zweckmässige Art den Patellarreflex auszulösen.

Pośród całego szeregu środków służących do wywołania odruchu kolanowego a podanych przez Kröniga, Guttmana, Strümpell'a, Buzzard'a na szczególne wyróżnienie zasługuje sposób Jendrassik'a, lecz bywają przypadki, kiedy i ten zawodzi.

Autor podaje następujący: chory siedząc lub leżąc opiera swą stopę wygodnie, przyczem udo z gołenią tworzą ku dołowi kąt rozwarty na 150°.

Wtędy choremu poleca się wywierać ucisk końcem stopy i paluchem, przy czem grupa zginaczy uda napina się, rozginacze zaś (m. czworogłowy) tracą swe napięcie: stwarza się warunki najdogodniejsze dla otrzymania odruchu kolanowego. Zaletą danego środka jest jego prostota.

N-r 3. EUGENE H. POOL. Das Bein — und Armphänomen bei Tetanie.

Autor, zamieszkały w New-Yorku, przypomina światu lekarskiemu Europy, że już w 1907 roku opisał w piśmie nowojorskiem *Annals of Surgery* przypadek tężyczki pooperacyjnej, przyczem w liczbie objawów opisał nieznane dotąd objawy charakterystycznych przykurczeń kiści i stopy przy podnoszeniu w górę wyprostowanej kończyny górnej oraz zginaniu wyprostowanej kończyny dolnej w stawie biodrowym więcej niż do 90°. O artykule tym nic nie wiedzieli Schlesinger i Alexander, którzy w 1910 roku opisać w niemieckich pismach powyższe objawy.

GEIST. Ein Fall von halbseitiger Unterentwiclung.

Autor opisuje chłopca 10-letniego, u którego układ kostny po stronie lewej jest mniej rozwinięty aniżeli po stronie prawej. Mięśnie są obustronnie dobrze rozwinięte lecz po każdej stronie odpowiadają rozwojowi układu kostnego. Lewa połowa twarzy jest mniejsza od prawej, lewa połowa języka jest ścięczała.

Opierając się na tablicy wzrostu ludzkiego Quetelet'a autor wnioskuje, że nie mamy tu do czynienia z przerostem prawostronnym, lecz z lewostronnym niedorozwojem karlim. Niski rozwój umysłowy chłopca autor wiąże ściśle z powyższą wadą ustroju. Momenty przyczynowe ciemne.

TOMASCHNY. Über die Anwendung des Pantopon in der Psychiatrie.

Autor w ciągu dłuższego czasu przeprowadzał próby nad



działaniem pantoponu; wynik tych prób był pomyślny. Przy dłuższem stosowaniu środka autor podawał go per os, w przypadkach zaś innych, gdzie chodziło o zadziaływanie prędkie i chwilowe, dorywcze T. zastrzykiwał go podskórnice w 2% rozzynie. Długotrwałe i częste zastrzykiwania stawały się niemożliwe z powodu silnego oporu chorych. Zastrykiwania pantoponu nie są bolesne i nie wywołują miejscowo odczynu zapalnego. Co się tyczy dawkowania to T. zaczynał od 5 kropel podawanych 3 razy dziennie, dochodził do 20 kropel na dawkę, poczem znów obniżał ją, schodząc do dawki 5-iu kropel. Przy stosowaniu jednorazowym dorywczem T. podawał 12 — 20 kropel per os lub pół do 1 strzykawkki Prawaza podskórnice.

Najbardziej pożytecznym okazał się pantopon w stanach podniecenia ruchowego i lęku: chorzy uspakajali się, odzyskiwali sen i przybywało im na wadze; mniej pomyślne były wyniki stosowania przy zadumie.

Szkodliwego działania ubocznego autor nie stwierdził, z wyjątkiem raz spostrzeżonego krótkotrwałego porażenia mięśni pęcherza. Czasem występowało zaparcie, które zwykle z łatwością dawało się usunąć. Wyniki te zachęcają do dalszych prób.

Wł. Jarecki.

## BERLIN. KLINIS. WOCHENS. 1911.

N-r 13. A. MAGNUS-LOEVY. Intermittirendes Hinken mit Rückenmarkserkrankung nach Vergiftung mit Extr. filic maris.

Opis dotyczy przypadku gwałtownego pogorszenia chromania przestankowego po użyciu w celu leczniczym wyciągu z paprotki samczej, obok objawów zatrucia: wymiotów, silnych tonicznych i klonicznych skurczów i podrażnienia nerek. Po ustąpieniu ostrych objawów ogólnych i ze strony rdzenia pozostał niedowład prawego podudzia i upośledzenie w ukrwieniu tejże okolicy. Opierając się na badaniu i obserwacji Sichler-Hugnenin'a, E. Pulsson'a, W. Straub'a i Stnelp'a, autor uzależnia nagłe pogorszenie się zasadniczego cierpienia od zatrucia filiciną i podaje dwa wyjaśnienia mechanizmu powstania wzmiankowanych zaburzeń, a mianowicie: uważa je za rezultat zatrucia filiciną przednich korzeni rdzenia, — lub jako skutek działania jadu na naczynia. — W dalszym ciągu obraz chorobowy uległ zmianie na lepsze pod wpływem kuracji jodowej.

N-r 16. J. LOEWENSTEIN. Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Nucleinsäureinjectionen.

Autor stosował w 15 przypadkach bezwładu postępującego



podskórne wstrzykiwania nukleinianu sodu według metody Fischer'a, mniej przykrych i bolesnej dla chorych, aniżeli Donath'a, i podaje wyniki przeprowadzonej u 13 chorych kuracji: polepszeń nie obserwował zupełnie, pogorszenie nastąpiło w 2 przypadkach, w czasie kuracji i zaraz po niej, — 2 remisje rozpoczęły się przed kuracją, która, jak autor twierdzi, nie okazała żadnego działania w dawnym przypadku. Wobec wątpliwych wyników autor jest przeciwny stosowaniu nukleinianu sodu w porażeniu postępującem.

N-r 17. R. CASSIRER und R. MÜHSAM. Ueber Extirpation eines grossen Angioms des Gehirns.

Opis dotyczy przypadku padaczki o typie Jackson'owskim przy rozpoznaniu nowotworu mózgu, umiejscowionego w zrazie środkowym tylnym. Chory, lat 22, od 6 lat cierpi na napady drgawek lewostronne, po których występują bezwładności czasowe; rzadko bywa utrata przytomności. Obecnie chory skarży się na niemożność wykonywania ruchów złożonych lewą ręką i „tępe uczucie“ (taubes Gefühl), nie pozwalające mu ani rozpoznawać przedmioty przez dotyk lewą dłoń, ani trzymać je w dłoni („Tastlähmung“ Wernicke). Wybitnych zmian ze strony układu nerwowego niema, niema również zmian na dnie oka. Operacja dokonana w dwa tempa wykazała obecność w zakręcie środkowym tylnym dużego naczyniaka. Po usunięciu nowotworu chory powrócił do zupełnego zdrowia. Podobne przypadki opisywali: Leichner, Krause, Oppenheim i Krause, Engelhardt.

N-r 18. WERNER HARTWICH. Bacterium coli im Liquor cerebrospinalis.

U chorego z rozpoznaniem gruźliczego zapalenia opon mózgowodzeniowych przy badaniu płynu mózgowodzeniowego obok licznych białych ciałek krwi znaleziono krótkie ruchliwe pałeczki, rozpoznane jako bact. coli. — Na sekcji prócz zmian swoistych dla gruźlicy w narządach wewnętrznych jamy brzusznej, klatki piersiowej i mózgu wykryto guz wielkości orzecha laskowego, umiejscowiony w części czołowej z prawej strony. Badanie drobnostkowe obok budowy swoistej dla gruźlicy i oprócz prętków gruźliczych wykryło obecność b. licznych bact. coli.

N-r 18. Dr. HOHN. Der Befund der Lumbarflüssigkeit bei tuberkulöser Meningitis.

Autor omawia sprawę metodyki szybkiego różniczkowania gruźliczego zapalenia opon mózgu i rdzenia i meningokokkowego i, opierając się na własnej obserwacji, jak również wnioskując z badań Helly nad płynem wysiękowym w gruźliczym zapaleniu opłucny i z badań nad osadem w moczu w gruźlicy nerek, — twierdzi, że: o ile mamy do czynienia z płynem mózgowodzeniowym obfitym w ropę, to nie napotykamy na trudności w odszukaniu prętków gruźliczych, natomiast, gdy płyn na oko



jest czysty i wykrycie prątków wymaga 3—5 dni według metody Langer'a, — winniśmy zwrócić uwagę na obecność leukocytów wielojądrowych, zwyrodniałych i stosunek ilości osadu odwirowanego do ilości białka w płynie mózgo-rdzeniowym. Za gruźliczą sprawą przemawia: obecność wielojądrowych zwyrodniałych leukocytów i nieznaczny osad wobec dużej zawartości białka — od  $4^{0/00}$  do  $10^{0/00}$ ; przy sprawie ziarenkowcowej — limfocytoza i ilość osadu są w stosunku odwrotnym do zawartości białka: osad spory, białka mało — od  $0,2^{0/00}$  do  $4^{0/00}$ .

N-r 20. THOMSEN, BOAS, RODIL HJORT u. LESCHLY. Eine Untersuchung der Schwachsinnigen, Epileptiker, Blinden und Taubstummen Dänemarks mit Wassermann's Reaktion.

Dla wyświeślenia sprawy udziału przymiotu dziedzicznego w powstawaniu głuptactwa, padaczki, ślepoty i głuchoniemoty wymienieni autorzy zbadali na odczyn Wassermanna krew 2061 głuptaków i otrzymali dodatni wynik w 31 przypadkach ( $1,5\%$ ); 259 przypadków padaczki dało zaledwie 1 dodatni wynik (prawie  $0,4\%$ ); 146 przypadków ślepoty — wszystkie dały ujemny wynik; 344 — głuchoniemych dało 3 dodatnie wyniki ( $0,99\%$ ).

Na zasadzie wyników badania autorzy twierdzą, że przymiot nie odrywa żadnej wybitniejszej roli w etiologii wzmiankowanych cierpień.

N-r 23. GUIDO BACCELLI. Statistische Resultate der Behandlung des Tetanus mit subcutanen Carbolinjectionen.

Autor zebrał i w 2 tablicach podał wykaz ciężkich i b. ciężkich postaci tężca, leczonych przez różnych lekarzy podskórnym stosowaniem fenolu i na zasadzie znacznego zniżenia odsetki śmiertelności, a mianowicie: w ciężkich postaciach ze  $100\%$  do  $2,12^{0/00}$  — w bardzo ciężkich ze  $100\%$  do  $18,5$ , — gorąco poleca wstrzykiwania fenolu w cierpieniu tem.

P. Otmarstein.

OBOZR. PSYCH. NEWR. i EKSP. PSICHOŁ. 1911 N-r 1, 2.

N-r 1. WYRUBOW. K woprosu o prizrenji i lečenji duszewno bolnych prestupnikow.

Autor jest zdania, że umysłowo chorzy przestępcy powinni być pomieszczani w ogólnych psychiatrycznych zakładach. Budowanie specjalnych zakładów dla umysłowo-chorych przestępców, urządzenie specjalnych oddziałów przy ogólnych szpitalach psychiatrycznych lub psychiatrycznych szpitali przy więzieniach nie prowadzi do upragnionego celu. Prawo, tyżące się umysłowo chorych przestępców, powinno uleż reformie: należy opieko-



wać się chorymi i ochraniać społeczeństwo od wybryków chorych.

**KOPYSTINSKIJ.** Psychoz pri Basedowoj bolezni z primienieniem antithyreoidina.

Kazuistyczny przypadek, tyjący się chorego z chorobą Basedowa, powikłany manją z zabarwieniem amencyjnym. Świetne wyniki dało leczenie antithyreoidiną. Autor sądzi, że należy próbować leczenia antithyreoidiną w manjakałno-depresyjnych psychozach.

N-r 2. **TIMOFIEJEW.** Dementia praecox pseudoparalytica.

Autor z pośród grupy psychoz znanych pod mianem otępienia wczesnego wyodrębnia podgrupę pod mianem dementia praecox pseudoparalytica. Cierpienie to w pierwszych latach swego przebiegu przypomina wstępny okres porażenia postępującego i może być mylnie za cierpienie to brane (otępienie, manja wielkości o charakterze nadmiernym, objawy niedowładu, czasami w wywiadach kiła). Cierpienie to jednak nie postępuje, nie daje pogorszeń, raczej występuje poprawa niektórych objawów i w tym stanie chorzy mogą żyć długie lata, czem właśnie różni się od porażenia postępującego. Autor przytacza historję choroby trzech odnośnych przypadków.

**LIASSA.** Ambułatornyj awtomatizm.

Autor podaje historję choroby epileptyka, który w stanie automatyzmu, trwającego półtorej doby, przedsięwziął podróż statkiem parowym po Woldze i przepłynął od Saratowa do Carycyna. W czasie tej podróży zachowywał się o tyle bez zarzutu, że nie zwrócił na siebie uwagi innych pasażerów.

Z. Messing.



# TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

---

## TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

---

### POSIEDZENIA NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNE.

POSIEDZENIE D. 18 LUTEGO 1911 r.

1. Gajkiewicz i Łubieński.

a) przypadek niemoty z lewostronnym bezwładem;

b) przypadek nowotworu w kanale kręgowym.

2. Higier. 2 przypadki wrodzonej i rodzinnej diplegiae cerebri z objawami spastyczno-ataktycznymi.

3. Sterling. Przypadek płasawicy wiotkiej u dziecka, powikłanej zaburzeniami mowy i wzroku.

4. Rothstadt. Przypadek nowotworu u podstawy czaszki.

I. GAJKIEWICZ przedstawił: a) przypadek niemoty (aphasia) z lewostronnym bezwładem (hemiplegia sinistra).

Faktem ogólnie przyjętym, prawie od pół wieku, jest umiejscowienie ośrodka mowy w lewej półkuli mózgu; dla tego zaburzeniom mowy towarzyszy zwykle porażenie kończyn prawych. Umiejscowienie to dotyczy zarówno t. zw. ośrodka ruchowego mowy (ośrodek Broca), jak i później wyróżnionego (1874) ośrodka mowy zmysłowego (ośrodek Wernicke'go). Wyjątki od tego prawidła, spostrzegane już i przez Broca, wyszukiwali z początku na swą korzyść przeciwnicy poglądu Broca. W miarę nagromadzenia się takich, pozornie sprzecznych spostrzeżeń, pokazało się, iż 1) pewna, mała ich część, zależała od jednoczesnego wytworzenia się ognisk chorobowych w obu półkulach mózgu, tak że ognisko w lewej półkuli tłumaczy zaburzenia mowy, a ognisko w prawej półkuli — bezwład lewostronny; 2) niewielka również liczba takich przypadków zależała od braku skrzyżowania włókien ruchowych w piramidach; ognisko chorobowe w lewym zrazie czołowym wywoływało niemotę i bezwład ruchowy (lewy) po tejże stronie; 3) w największej liczbie przypadków dotyczyło cierpienie mańkutów t. j. osobników posługujących się do codziennych zajęć lewą



ręką, u których więc zgodnie z prawidłem, iż ośrodek mowy znajduje się w mózgu po jednej stronie, po drugiej zaś ośrodek ręki używany do pisania a więc u mańkutów w prawej półkuli, cierpienie prawej półkuli mańkutów wywołuje niemotę i porażenie kończyn lewej strony; 4) wreszcie pokazało się przy dalszych badaniach, iż istnieją tak zwani mańkuci utajeni („latente Linkshändigkeit”) to jest, urodzeni z predyspozycją anatomiczną do ośrodka mowy w prawej półkuli mózgu, a którzy skutkiem wychowania nauczyli się pisać i wykonywać skomplikowane, jednostronne ruchy prawą ręką, a więc posiłkują się do tych czynności półkulą mózgu lewą. Liczba takich mańkutów anatomicznych („Skeletlinker“) ma być nawet większą od liczby mańkutów czynnościowych („Funktionslinker“). U takich to osobników ognisko chorobowe w prawej półkuli mózgu wywołuje niemotę z bezwładem lewostronnym. Jest to t. zw. „gekrenzte Aphasie“ Byrom Bramwell’a (1899).

Chorego przedstawionego G. obserwuje w szpitalu Dzieciątka Jezus od 5 miesięcy. F. J. szewc, lat 35, dawniej zdrowy, dużo pijał. Przed 7 miesiącami nagle utracił mowę i władzę w kończynach lewych. Przywieziony został do szpitala w kilka (5—6) tygodni później. Wedle opowiadania żony, przy robocie, jedzeniu i t. d. posiłkował się zawsze lewą ręką a tylko pisał — prawą. Mówi b. dużo, słyszy, bo na pytania odpowiada, lecz nie trafnie (np. odpowiada: iż na imię mu—grudzień; co jadł na śniadanie—kataplazm; iż żona nazywa się — szewc; iż jest — w kościele; iż rok jest — 1856); zamiast pokazać ręką nos — wyciąga język, zamiast podnieść rękę prawą — otwiera usta i t. d. Nie rozumie więc słyszanego. W mowie dowolnej i powtarzanej popełnia dużo błędów (paraphasia). Bardzo wydatne powtarzanie tego samego wyrazu (perseveratio), zwłaszcza gdy się zmęczy dłuższem badaniem. Stracił możność czytania, liczby i cyfry błędnie zgaduje (alexia). Nie rozumie pisanego. Przedstawione mu przedmioty trafnie nazywa. Pisze tylko kilka cyfr, najchętniej 2, podpisuje się zawsze po rosyjsku, za dyktandem nie pisze nic, lub powtarza tylko podpis. Kopjować nie może. Barw nie poznaje a przynajmniej trafnie nie nazywa. Apraksji nie ma; sam jada, ubiera się, rozbiera, chodzi po sali, odwiedza sąsiadów szpitalnych i żąda od nich gościami papierosów; dany mu papieros sam zapala, wyjmując jedną ręką zapalnik z pudełka; gościami pokazuje jak się grozi, klaska i t. d. Niedowidzenie połowicze lewostronne. Opisane zaburzenia mowy w początkach pobytu chorego w szpitalu były bardzo wydatne, później powoli się poprawiały.

Prócz zaburzeń mowy istniały: osłabienie mięśni twarzowych lewych dolnych, bezwład zupełny ruchowy kończyny górnej lewej z objawami kurczowymi, w daleko mniejszym stopniu osłabienie ruchu w kończynie dolnej lewej, tak że chory z ręką lewą na temblaku może większość dnia chodzić po pokoju. Po stronie lewej wzmożenie odruchów ścięgnowych, objaw Babińskiego, objaw rzepkowy i stepowy. Odruch mosznowy po stronie lewej zniesiony, po prawej dość silny. Chód kurczowy. Czucie powierzchowne zachowane, o głębokiem trudno stanowczo powiedzieć z powodu trudności badania. Arteriosclerosis. Wskutek tej



ostatniej w danym przypadku nastąpiły przypuszczalnie zmiany odżywcze (encephalomalacia) w obrębie tętnicy środkowej prawej (art. fossae Sylvii dextra) a więc w zakrętach korowych około bruzdy Sylwiusza leżących (gyrus temporalis sup., gyrus angularis, supramarginalis i centralis) i sądząc z istnienia niedowidzenia połowiczego i objawów kurczowych — głęboko idące, które u mańkuta spowodowały oprócz zaburzeń mowy (jak to najczęściej bywa pod formą mieszaną) i porażenie połowicze lewostronne.

(Streścić mówca).

Higier podkreśla niezwykłość zachowania pisma rosyjskiego u polaka afatyka, władającego prawdopodobnie lepiej językiem ojczystym w mowie i pisanii. Chory robi wrażenie osobnika dotkniętego raczej atazją zmysłową, aniżeli ruchową. Higier przytacza przypadek własny, dotyczący histeryczki rosjanki, która po ciężkim napadzie histerycznym dotknięta została ciekawą amnezją, dla której między innymi charakterystycznym było, że zapomniała samoistną mowę polską, zachowując zupełnie dobrze swoją ojczystą mowę rosyjską oraz rozumienie polskiej. Podział mańkutów na rzeczywistych i ukrytych nie daje dżagnostyce nic, gdyż utajonej tej wady odkryć się nie udaje ani lekarzowi klinicyście, ani też anatomo-patologowi.

b) przypadek nowotworu w kanale kręgowym.

B. B. lat 24, rolnik, wstąpił do szpitala 11.I.1911. Opowiada, iż odslugując powinność wojskową w Orle, w sierpniu czy wrześniu 1910 r. poczuł ból w prawej łopatce, tamże odtąd stale umiejscowiony i powtarzający się, który niekiedy po brzegu zewnętrznym ramienia prawego dochodził do łokcia. W kilka tygodni (3 — 4) po wystąpieniu bólu zauważył osłabienie palców prawej ręki, powoli zwiększające się a w miesiąc później osłabienie i drżenie kończyny dolnej prawej. Dawniej był zawsze zdrow. Niejednokrotnie w szpitalu badany, stale skarżył się na ból w oznaczonym miejscu a czasem na uczucie drętwienia, zimna (paraesthesiae) w kończynie górnej prawej. W nerwach czaszkowych a specjalnie w żrenicach (nerw sympatyczny) żadnych zmian nie dało się nigdy zauważyć. Ruchy kończyną górną prawą w karku i łokciu zachowane i silne; w stawie napiętkowym prawym również możliwe, lecz w porównaniu ze stroną lewą znacznie słabsze; jeszcze więcej osłabione ruchy palcami ręki prawej, zwłaszcza 4 i 3-im; zgina i prostuje je słabo, jeszcze słabiej rozsuwa je i zbliża, 5-y palec stale odstaje od innych. Najsilniejszym jest 1-y palec, może go zbliżyć do 2 i 3-go, a do 4 i 5-go — nie. Siłomierz po stronie prawej = 0—5, na lewej 65—67. Chory nie może sam ręką prawą jeść, czesać się, zapinać, rozpinąć i t. d. Cała kończyna górna prawa, a zwłaszcza przedramię i ręka, znacznie cieńsza niż lewa. Odruchy łokciowy prawy i z okostny—po stronie prawej w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu silne i silniejsze niż na lewej; po kilku tygodniach osłabły. Czucie na powierzchni wewnętrznej ramienia prawego na wszystkie



bodźce (dotyk, ból, ciepło, zimno) znacznie osłabione a na części wewnętrznej przedramienia prawego (na powierzchni grzbietowej i dłoniowej) na też bodźce zniesione; czucie kostne (kamerton) zachowane. Badanie mięśni i nerwów elektrycznością, przy pomocy koł. Koelichena dokonane, nie wykazało wybitniejszych różnic w porównaniu ze stroną zdrową. Lekka bolesność przy ucisku na dolne kręgi szyjowe. Ból w kończynie górnej prawej przy silnych ruchach głową, przy kichaniu, kaszlu. Na tułowiu prawem, zaczynając od linii przechodzącej przez 3-e międzyżebro, czucie na dotyk, ból, ciepło, zimno osłabione a w obrębie korzenia grzbietowego czwartego (D<sup>4</sup>) nawet zniesione i sięga poniżej linii przechodzącej przez brodawkę sutkową (aż do D<sup>6</sup>). Takież zmiany czucia w obrębie D<sub>2-3-4-5</sub> i na tylnej powierzchni tułowia po stronie prawej. Poniżej a także na brzuchu, po stronie prawej, i na całej kończynie dolnej prawej, czucie nie zmienione. Natomiast duże zmiany czuciowe na lewej połowie tułowia (zaczynając od 4—5 żebra), na brzuchu i całej kończynie dolnej lewej; słabione w mniejszym lub większym stopniu jest w tych miejscach czucie dotykowe, a na ból, ciepło, zimno — zniesione, tylko granica analgezji zaczyna się niżej jak hypaesthezji; szczególnie głęboko dotknięte jest uczucie zimna i robi choremu bardzo przykre wrażenie. Czucie kostne zniesione na obu kończynach dolnych, mięśniowe na kończynach dolnej lewej niezmienione, a w małym stopniu osłabione na palcach prawej nogi. Kończyną dolną lewą wykonywa chory wszystkie ruchy dobrze, a prawą — znacznie słabiej. Na tejże słabszej kończynie dolnej prawej wybitne objawy kurczowe: chód prawą kończyną kurczowy, silne wzmoczenie odruchu kolanowego i ze ścięgna Achillesa, objaw rzepkowy i stopowy, objaw Babińskiego i Oppenheima po stronie prawej. Odruchy skórne prawe (podeszwy, mosznowy i brzuszne) zniesione. Mocz i stolec oddaje dobrze. Reakcja Wassermana z wynikiem ujemnym. Nakłucie lędźwiowe nie udało się.

W przedstawionym przypadku zbiór objawów cierpienia korzeni nerwów rdzeniowych szyjowych dolnych i grzbietowych dolnych prawych (ból, zaburzenia czucia, ruchu i t. d.), do którego później dołączyły się objawy ucisku prawej połowy rdzenia (typowy zespół Brown-Sequard'a), pozwalają z dużym prawdopodobieństwem, jeśli nie pewnością, przyjąć obecność tworzywa patologicznego (guza) w kanale kręgowym w okolicy dolnych prawych korzeni szyjowych rdzeniowych i górnych grzbietowych, który zniszczył niektóre korzenie rdzeniowe i ucisnął następnie sam rdzeń kręgowy.

(Streścił mówca).

Sterling przypomina, że w badaniach swoich nad czuciem wibracyjnym, ogłoszonych kilka lat temu, zwrócił uwagę na pewne prawo, które może mieć znaczenie kliniczno-djagnostyczne, że mianowicie w cierpieniach uciskowych rdzenia (nowotworach, caries vertebrarum) zaburzenia czucia wibracyjnego (zwłaszcza w kończynach dolnych) mogą poprzedzać na czas długi zaburzenia wszystkich innych kategorii czucia—że więc głę-



bokie zmiany czucia wibracyjnego w kończynach dolnych przy zachowanych innych kategoriach czucia mogą w początkowym okresie sprawy przeważać szalę rozpoznania w kierunku sprawy uciskowej.

K o e l i c h e n podnosi brak ksantochromji w płynie mózgodzeniowym u chorego i przemawia za umiejscowieniem zewnątrzrdzeniowym guza.

Higier zgadza się z umiejscowieniem sprawy chorobowej na granicy między dolną szyjową a górną grzbietową częścią rdzenia, nie widzi jednak pewności, czy ma się do czynienia z guzem, a zwłaszcza zewnątrzrdzeniowym. Zwłaszcza uderzają: brak bolesności przy ruchach głowy, przy obmacywaniu i uderzaniu kręgów oraz niezbyt wyrażony okres bólów uciskowych na korzenie tylne. Tak szybko rosnący guz, który w pół roku daje zaniki i niedowład dolny, zespół Brown-Sequard'a, jest zazwyczaj złośliwy i bardzo bolesny. Dalsza obserwacja winna wykazać, czy sprawa nie siedzi wewnątrz rdzenia lub też czy nie jest odmianą meningomyelitidis lueticae.

II. HIGIER przedstawił dwa przypadki wrodzonej i rodzinnej diplegji mózgowej z objawami kurczowymi i bezładem.

Dzieci lat  $3\frac{1}{4}$  i  $1\frac{1}{4}$  pochodzą od ojca epileptyka. Rodzina po za tem zdrowa. Poród normalny. Do 4-go miesiąca dzieci rozwijały się prawidłowo. Od tego czasu zaczęły się napady padaczkowe, czasem toniczne, częściej kloniczne i ogólne zachowanie się dzieci zdradzało poważne uchylenia od normy pod względem somatycznym i intelektualnym. Choroba, identyczna u obu dzieci, postępuje powoli u młodszego a u starszego dziecka od roku nie robi wyraźnych postępów.

I.  $3\frac{1}{4}$  letnia dziewczynka. Ogólne odżywianie dobre. Małokrwistość. Kościec normalny, ciemiączka zamknięte, zęby prawidłowe.

Pes valgo - calcaneus. Czaszka i tułów nie zniekształcone. Główna zapada w tył lub w bok, siedzieć dziecko nie może, przewracać się z boku na bok lub z krzyża na bok lub podnosić się nie może. Stawia kroki bardzo chwiejne, niepewne i to jedynie przy podparciu z obu stron, przyczem trzęsie się cała i głowa się kiwa. Napięcie mięśni wzmożone. W leżącej pozycji wykonywa ruchy kończynami dobrze. Drżenie zamiarowe przy sięganiu rączkami po przedmioty. W pochylonej pozycji łyka dobrze, w siedzącej wylewa się jedzenie dosyć często. Nie mówi nic. Rozumie wiele, poznaje otoczenie, aczkolwiek pod względem umysłowym nie dorównywa  $1\frac{1}{2}$  rocznemu dziecku. Dno oka normalne, światło fiksuje, źrenice prawidłowe i dobrze oddziałują na światło. Bardzo wybitny — nystagmus horizontalis et rotatorius. Odruchy ścięgnowe żywe, Babiński obustronny słabo wyrażony. Słuch i wzrok zachowane. Mocz i stolec oddaje pod siebie.

II.  $1\frac{1}{2}$  letni brat powyższej pacjentki. Do 4-go miesiąca normalnie się rozwijał, póki nie wystąpiły napady utraty przytomności, powtarzające się często z drgawkami lub sztywnością ogólną. Główna zapada w tył



lub bok, siedzieć bez podparcia i stać nie może. Ciemiączka prawidłowe. Ma 6 zębów. Żrenice i dno oka prawidłowe. Widzi dobrze. Drżenie gałek ocznych (nystagmus horizontalis et rotatorius). Ruchy rąk niezgrabne, drżące. Nie jest w stanie leżąc zmieniać pozycji. Hallux extensus. Nadmierna rozciągliwość więzów. Napięcie mięśni wzmożone. Odruchy ścięgnowe żywe, objaw stopowy i Babińskiego obustronny — zmienne, odruchy brzuszne i mosznowe słabe. Hernia inguinalis dextra. Nie mówi nic, rozumie trochę z tego, co się mówi do niego. Inteligencja znacznie niżej normy, aczkolwiek wyraz twarzy nie zdradza głupkowatości.

Higier, analizując bliżej powstanie i obraz kliniczny choroby, wyłącza przede wszystkim rozpoznanie stawiane dawniej w tych rzadkich przypadkach (Eichorst, Totzke): stwardnienie wielogniskowe dziecięce lub wrodzony przymiot mózgu, a zatrzymuje się nad grupą rodzinnych diplegji mózgowych typu mózdkowego. Blisko spokrewnioną z tem cierpieniem jest postać dziecięca hérédo-ataxie cérébelleuse Marie'go, o której tu przede wszystkim myśleć należy. Anatomiczne podłoże tych spraw stanowi wrodzony niedorozwój mózdku i pewnych części rdzenia. Wreszcie ze względu na połączenie objawów kurczowych z objawami bezładu i padaczką Higier wspomina jeszcze o dokładnie opisanej przez Foerstera diplegji astatyczno-atonicznej, przy której znaleziono stwardnienie pierwotne zrazów czołowych z zanikiem względnie brakiem torów koordynacyjnych czołowo-mózdkowych (fronto-cerebellares Bündel). Dalsza obserwacja rozstrzygnie tą sprawę ostatecznie. Przypadki te należą pod względem klinicznym do rzadkości, zwłaszcza ich odmiana rodzinna, z którą tutaj mamy do czynienia.

(Streścił mówca).

III. STERLING przedstawił przypadek płasawicy wiotkiej u dziecka, powikłanej zaburzeniami mowy i wzroku.

Pacjentka jest dzieckiem 2½-letnim, 7-em z rzędu. Z ośmiorga rodzeństwa 3 żyje, prócz niniejszego dziecka pierwsze i drugie, z 5 zmarłych — 4 zmarło na zapalenie płuc, 8-e urodziło się w 7-ym miesiącu i zmarło po 3 ch tygodniach. Niniejsze dziecko urodziło się do czasu, poród był łatwy. Rozwijało się normalnie, w 9-ym miesiącu zaczęło chodzić, pierwszy ząbek w 13-ym miesiącu. W 6-ym miesiącu przechodziło koklusz, w 16-ym zapalenie oskrzeli, żadnych cierpień mózgowych dotychczas nie przechodziło, drgawek nie miało, przytomności nie traciło. Mówić zaczęło w 9-ym miesiącu i po ukończeniu roku mówiło już zupełnie, było nad wiek rozwiniętem i wygadanem dzieckiem. Początek niniejszej choroby przed 9 tygodniami od zaziębnienia (dziecko wpadło w wanienkę z zimną wodą), pokładało się przez następne 2 dni, wymiotowało, było senne i apatyczne, lecz nie gorączkowało; trzeciej nocy zbudził matkę nagły krzyk dziecka, które wzięte na ręce zupełnie bezwładnie zwisało głową,



tułowiem i kończynami, było zupełnie nieprzytomne, i nie reagowało na żadne bodźce. Przez cały tydzień następny dziecko leżało zupełnie nieprzytomne, nieruchome jak kłoda z zamkniętymi oczami, po tygodniu podobno otworzyło oczy, ale i wtedy nie reagowało na bodźce zewnętrzne. Stan taki trwał przez 4 tygodnie, przyczem dziecko nie rozumiało, co się do niego mówi, nie przemówiło ani jednego słowa, nie zakrzyczało ani nie zapłakało ani razu. Przed 5 tygodniami czyli po 4 tygodniach choroby zaczęło sprawiać wrażenie bardziej przytomnego, wystąpiły pewne reakcje: uśmiechało się przy przemawianiu do niego, na żądanie podnosiło ręce, pokazywało język, ale i wtedy zwisało zupełnie bezwładnie, nie mogło nic ująć ani w prawą ani w lewą rękę i nie mogło przemówić ani jednego wyrazu. Wtedy właśnie zauważyła matka, że dziecko nic nie widzi, że nie reaguje na żadne przedmioty zbliżane do oczu, że nie poznaje ani matki ani otoczenia i że nie odróżnia nawet światła od ciemności. Wtedy też zauważyła matka u dziecka cały szereg mimowolnych ruchów głową, tułowiem i kończynami, które potęgowały się z dnia na dzień. Dalszy przebieg cierpienia spostrzegany był podczas 3-tygodniowej obserwacji szpitalnej. Ojciec pacjentki ma obecnie lat 33, alkoholik, podobno przechodził przymiot. matka ma lat 30, jest zupełnie zdrowa.

Badanie przedmiotowe w chwili przybycia do szpitala (d. 26.I.1911 r.) czyli po przebytych 6 tygodniach choroby wykazało co następuje. Dziewczynka słusznego jak na swój wiek wzrostu, dobrej budowy, upośledzonego odżywiania. Skóra i błony śluzowe blade. Nie gorączkuje. Brak zmian w narządach wewnętrznych. Czaszka dość duża, wydłużona w podłużnym wymiarze o typie dolichocefalicznym. Ciemiączka zarosnięte. Budowa czaszki ani uszu nie wykazuje cech degeneracji. Brak objawów krzywicy żeber i kończyn. Czaszka przy opukiwaniu nigdzie nie wykazuje bolesności. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane; od czasu do czasu zarówno przy ruchach, jak i w spokoju widać szereg szybkich drgnięć gałek w płaszczyźnie poziomej. Źrenice obie bardzo szerokie, równe, oddziaływanie na światło ledwo dostrzegalne. Co się tyczy wzroku, to światło niewątpliwie rozróżnia i rozpoznaje—o tyle tylko jednak, o ile jest jaskrawe, np. śledzi oczami za światłem latarki elektrycznej i uśmiecha się przytem. Natomiast przedmiotów nie rozpoznaje, nie śledzi za nimi, matkę poznaje o tyle tylko, o ile przemówi do niej, weźmie ją; przy zbliżaniu przedmiotów do oka bez wywoływania wstrząśnienia powietrza nie otrzymuje się absolutnie żadnej reakcji w postaci mrugania powiekami. Słuch niewątpliwie zachowany — przytem bez objawów przeczulicy słuchowej; dziecko na zlecenie ustne pokazuje czasem język, podnosi rękę — jednakże próba ta udaje się nie zawsze. Smak, o ile się zdaje, zachowany. Co do węchu brak jest pewnych danych. Czucie bólu zachowane: na każde choćby najłżejsze ukłucie dziecka reaguje płaczem i krzykiem, grymasem twarzy i cofaniem ukłutej kończyny. W twarzy podczas ruchów mimicznych nie widać wyraźnej asymetrii. Ruchy języka normalne. Odruch gardzielowy zachowany. Połykanie dobre. Brak odruchu ssącego (Oppenheim) i odruchu z twardego podniebienia (Henneberg).



Brak ruchów ssących wargami w spokoju. Mowa dowolna prawie obso-  
lutnie zniesiona po za jednym wyrazem „mama“, który dziecko czasem  
wymawia. To samo dotyczy powtarzania. Natomiast rozumienie mowy  
wydaje się zachowane, gdyż otrzymuje się często, jakkolwiek nie zawsze—  
reakcję na bardzo niezłożone zlecenia ustne. Płacz ma charakter nor-  
malny, ze zwykłym zanoszeniem się, głos jest przytem dość donośny,  
dźwięczny — bez charakteru piskliwego i przydźwięku nosowego. Wo-  
góle dziecko płacze dużo i często, prawie zawsze jednak płacz występuje  
jako reakcja na zewnętrzną podniecię (zmiana pozycji, rozebranie dziecka,  
badanie lekarskie i t. p.). Natomiast śmieje się dziecko bardzo rzadko —  
normalnego dźwięcznego śmiechu nie spostrzegano zupełnie, czasem jed-  
nak uśmiecha się np. przy ukazaniu się światła latarki elektrycznej.

Co się tyczy sfery ruchowej — to w pozycji leżącej wykonywa  
dziecko liczne ruchy kończynami górnymi i dolnymi. Ruchy te mają nie-  
wątpliwie charakter dowolny — bądź jako normalne bawienie się kończy-  
nami, bądź jako reakcja na bodźce nieprzyjemne np. ukłucie, bądź jako  
świadomie stawiany opór np. podczas badania i wykonywania ruchów  
biernych w rozmaitych stawach. W tym ostatnim wypadku widoczna jest  
nawet dość znaczna siła mięśniowa, z jaką dziecko stawia ten opór ruchom  
biernym — np. w stawach łokciowych lub biodrowych bez jakiegokolwiek  
przytem różnicy pomiędzy prawą a lewą stroną. Po za tymi jednak ru-  
chami dowolnymi istnieje cały szereg ruchów normalnych w twarzy,  
wargach, języku, tułowiu i kończynach — najwybitniejszych w kończynach  
górnym. Są to ruchy w postaci nagłego krzywienia, przeciągania warg,  
wysuwania języka, nieustannej pronacji przedramienia, wzruszania ramion,  
przebiegania pałcami, nieco rzadziej zginania całej kończyny dolnej lub na-  
głego i szybkiego wyrzucania jej w bok, jeszcze rzadziej w postaci ruchów  
klatką piersiową i tułowiem, przypominających drapanie się bez pomocy  
rąk. Ruchy te są prawie stałe, z bardzo nieznacznymi pauzami — tempo  
ich jest dość gwałtowne i szybkie, charakter bezcelowy — wyraźnie płąsa-  
wiczny. Podczas snu ruchy te zazwyczaj znikają, czasem jednak widać  
i w czasie snu resztki tych ruchów głównie w dłoni i palcach nóg.

W wyraźnej dysproporcji z zachowanymi ruchami czynnymi koń-  
czyn w pozycji leżącej jest absolutna niemożność dziecka utrzymania się  
w pozycji siedzącej a tembardziej stojącej oraz zupełna niemożność utrzy-  
mania główki prosto. Główka tak bezwładnie zwisa — zależnie od nada-  
nej pozycji, bądź na ramiona, bądź na szyję, bądź ku tyłowi na kark,  
że dziecko na pierwszy rzut oka ludzaco przypomina pod tym względem  
dzieci dotknięte chorobą Tay-Sachs'a. Istnieje przytem absolutna wiot-  
kość mięśni szyi — nawet jeżeli biernie utrzymać główkę prosto, to dziecko  
nie wykonywa nią żadnych ruchów, natomiast w pozycji leżącej wykony-  
wa mimowolne ruchy rotacyjne głową. W pozycji siedzącej ani na chwilę  
utrzymać się nie może, opada natychmiast albo na uda, albo na wznak,  
albo na twarz, przyczem twarz przylega do goleni; w tej ostatniej pozycji,  
którą określiłem nazwą „zamkniętego scyzoryka“, możliwe jest utrzymanie  
się przez czas dłuższy. Ułożone na brzuchu twarzą do poduszki lub też



na bok nie jest w stanie zmienić pozycji — jakkolwiek, w przeciwieństwie do dzieci dotkniętych chorobą Tay-Sachs'a, czyni ku temu energiczne próby — podperając się to jedną to drugą rączką. O zachowaniu pozycji stojącej nie może być nawet mowy — trzymane wyciągnięte i ujęte pod ramiona przebiera wprawdzie nóżkami, lecz nie czyni prób chodzenia i nie opiera się stopami o pościel. Wszystkie absolutnie dostępne badaniu grupy mięśniowe wykazują kolosalną hypotonję. Wszystkie odruchy ścięgnowe z mięśni trójgłowych, z okostny, z promienia, kolanowe i z ścięgien Achillesa zniezione. Odruchy brzuszne i podeszwowe normalne. Brak opisanego przezemnie objawu palmarnego (rozginanie palców dłoni przy drażnieniu dłoniowej powierzchni dłoni). Wziernik wykazuje zanik obu tarcz wzrokowych.

Przebieg cierpienia w okresie trzytygodniowego pobytu w szpitalu (od 26.I do 17.II b. r.) wykazywał stałą i szybką poprawę stanu dziecka. Już na czwarty dzień pobytu (29.I) zauważono, że dziecko wymawia kilka wyrazów („mama“, „dać“, „noga“, „bułka“), wymowa jest przytem niewyraźna, przerywana, drżąca. Od tego czasu poprawa w mowie zachodziła tak szybko, że w przeciągu kilku dni powróciło wymawianie prawie całkowitego dawnego zasobu wyrazów, ale wymawianie nadal pozostało drżące, sakkadowane, wybuchowe i widocznie przerywane przez cały szereg ruchów płasawicznych warg i języka. Dziecko było wtedy absolutnie przytomne, rozumienie mowy było dokładnie zachowane. 6.II zauważono, że dziecko przez krótki czas może utrzymać główkę prosto i że łatwiej mu jest poruszać się w pozycji leżącej. 8.II po raz pierwszy zauważono, że dziecko widzi i rozpoznaje przedmioty — spostrzegło mianowicie swój kubek, który mu przyniesiono z domu. Tegoż dnia rozpoznało cały szereg figurek (konia, psa, koguta, łódkę) oraz przedmiotów (cukier, klucze, zapałki, chustkę), wymieniło ich nazwy i rozpoznawało w szeregu innych. Wszystkie te próby dawały pomyślne wyniki tylko o tyle, o ile dziecko było w dobrym humorze, w przeciwnym bowiem razie albo nie dawało żadnej odpowiedzi albo zaczynało się i stereotypowo powtarzało jedną. Wogóle pod względem usposobienia dziecko było wtedy kapryśne, niespokojne, uparte, często wpadało w płacz, czego przed chorobą nie było. Natomiast psychika dziecka nie tylko nie wykazywała żadnych braków, ale, przeciwnie, dziecko wydawało się rozwinięte ponad wiek  $2\frac{1}{2}$ -roczny: orientuje się doskonale w otoczeniu, poznaje momentalnie lekarza, nazywa go po nazwisku, robi aluzje do swego stanu („jestem jak pijak“, „nogi mam kulawe i oczki też mam kulawe“), wykazuje doskonałą pamięć, gdy matka jej czegoś odmawia, grozi, że powie ojcu, śpiewa nawet z melodją i słowami całą strofkę kupletu „Andziu! jeszcze troszeczkę“. Badanie źrenic dnia tego wykryło doskonale oddziaływanie ich na światło. 10.II dokonano badania elektrycznego mięśni i nerwów całego ciała, przyczem zmian jakościowych nie wykryto, natomiast w mięśniach szyji obniżenie ilościowe pobudliwości galwanicznej. Tegoż dnia zauważono po raz pierwszy możliwość zamiany pozycji leżącej na wznak na pozycję bocz-



na, możliwość stania na podłodze, o ile dziecko ująć za ramiona, oraz próby chodzenia, przyczem chód był karykaturalny i przypominał ruchy pajaca na sznurku. Stan obecny. Wykazuje znaczną poprawę sfery ruchowej: główkę może dziecko utrzymać prosto przez czas pewien, ale osłabienie mięśni szyi jest dotychczas tak znaczne, że głową nie może przewyciężyć najmniejszego oporu. Siedzieć bez podtrzymywania dotychczas nie może, może jednak czynnie samo z wysiłkiem zmienić pozycję leżącą na siedzącą a nawet siedzieć przez czas krótki, podtrzymując się o pościel rączkami. Może również samo zsunąć się z łóżka na podłogę i stać przez czas pewien, opierając się klatką piersiową i rękami o krawędź łóżka. Stać ani chodzić bez podtrzymywania dotychczas nie może, ale podtrzymywane za ramiona chodzi obecnie znacznie lepiej i dłużej, tak że obecnie udaje mu się w ten sposób przejść przeszło pół sali szpitalnej, lecz i ten chód jest jeszcze chwiejny, przerywany ruchami płasawicznymi tułowia i kończyn dolnych, z których pierwszy przegięty jest ku tyłowi, drugie zaś zapadnięte w tył w kolanach (*gen u a r e c u r v a t a*). Ruchy płasawiczne, jakkolwiek w nieco mniejszym stopniu, trwają w dalszym ciągu. Również trwa i hypotonja mięśniowa, która jest dotychczas tak znaczna, że można obie nóżki założyć na szyję dziecka. Odruchów ścięgowych dotychczas brak. Przedmioty wzrokiem rozpoznaje, ale czasem dość długo szuka ich oczami, wogóle dotychczas dźwiękowo i dotykowo rozpoznaje je szybciej niż wzrokiem. Zanik obu tarcz nerwów wzrokowych bez zmiany. Mowa po za odzieniem wybuchowym i przerywanym jest prawie normalna. Pod względem psychicznym dziecko jest znacznie przystępniejsze, ale i teraz jeszcze łatwo wpada w gniew i płacz. Podczas całego okresu pobytu w szpitalu stan był bezgorączkowy.

Rozpoznanie w przypadku niniejszym należy do bardzo trudnych. Obraz kliniczny spostrzegany na początku obserwacji szpitalnej nasuwał cały szereg przypuszczeń. Tak więc, kolosalna hypotonja mięśniowa w połączeniu z bezwładem całego niemal ciała oraz zniesionymi odruchami ścięgowymi stanowi najbardziej charakterystyczną cechę zespołu klinicznego, wyodrębnionego przez *O p p e n h e i m'a* pod nazwą *myotonia congenita*. Pomijając jednak fakt zasadniczy, że sprawa ta zawsze bywa wrodzona, na co wskazuje już sama nazwa, podczas gdy w naszym przypadku rozwinęła się w sposób ostry, nigdy proces ten nie daje tak szybkiej poprawy, jak to miało miejsce u naszej małej pacjentki. Wiadomo również, jak to wykazał pedjatra zürycki *B r i e k h a r d t*, że u małych dzieci podobne stany ogromnej hipotonji mięśniowej i ogólnego zniesienia ruchów powstawać mogą na tle *k r z y w i c y*. U naszej chorej jednak nie stwierdziliśmy żadnych cech krzywicy ani czaszki ani kości długich, pozatem porażenia w krzywicy są wrzekome — zależne tylko od hypotonji, podczas gdy w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z istotnymi porażeniami mięśniowemi. Po za wyżej zaznaczonemi nasuwało się jeszcze jedno podejrzenie: mianowicie obraz dziecka trzymanego na rękę z główką zapadającą ku tyłowi w sposób niezmiernie charakterystyczny, z za-



mroczeniem psychiki i z zupełną amaurozą — objawowo do złudzenia przypominał ten obraz kliniczny, który spostrzegamy w daleko posuniętych okresach choroby Tay-Sachs'a. Jednakże cierpienie to wyłączyć należało już choćby ze względu na aryjskie pochodzenie naszej pacjentki, wiadomo jest bowiem, że choroba Tay-Sachs'a jest cierpieniem par excellence semickim i że w całym piśmiennictwie istnieje tylko jeden przypadek niesemicki tego cierpienia (przypadek Patrick'a). Drugim względem, podającym to rozpoznanie w wątpliwość, był zupełnie ostry początek choroby, podczas gdy tam rozwija się ono skrycie w sposób bardzo przewlekły. Wreszcie zasadniczo wyłącza chorobę Tay-Sachs'a w przypadku naszym znakomita poprawa oraz obraz wzernikowy, który wprawdzie wykazał u chorej naszej zanik tarcz lecz bez owej tak charakterystycznej dla wzmiankowanego cierpienia malinki na płamce żółtej. — W innym zupełnie kierunku zwracały się przypuszczenia dajagnostyczne, o ile uwzględnić było całkowity przebieg choroby a zwłaszcza jej początkowy doszpitalny okres. Tu przedewszystkiem długotrwały okres zamroczenia przytomności nasuwać może myśl jakiejś sprawy zapalnej układu nerwowego. Nagminne zapalenie opon łatwo jest tu wyłączyć z powodu braku drgawek, braku objawów podrażnienia, sztywności karku, objawu Kernig'a oraz ujemnego wyniku badania płynu mózgodzeniowego. Daleko poważniej natomiast należało się liczyć z przypuszczeniem sprawy zapalnej samego mózgowia (encephalitis), za czem mogłyby przemawiać pomiędzy innymi i długotrwałe zaburzenia mowy. Przypuszczenie to jednak należało zarzucić na zasadzie danych następujących: 1) przebieg cierpienia był bezgorączkowy; 2) podczas całego przebiegu nie spostrzegano ani razu drgawek, wiadomo zaś jak czułym odczynnikiem są drgawki na mózgowie sprawy zapalne wczesnego wieku dziecięcego; 3) ani w okresie początkowym ani w następczym okresie poprawy nie spostrzegano jakichkolwiek cech bezwładu połowicznego ani ich różnoważników w postaci jednostronnego wzmożenia odruchów ścięgnowych, osłabienia skórnych lub objawu Babińskiego, które są dla rozpoznania zapalenia mózgowia nieodzowne, spostrzegano natomiast porażenia obustronne mięśni szyi i tułowia—nigdy w zapaleniu mózgowia nie notowane; 4) brak było jakichkolwiek objawów kurczowych, spostrzegano natomiast ogromną hypotonję, której sprawą mózgową wytłomaczyć nie można — tak samo, jak niepodobna wytłomaczyć nią zniesienia odruchów ścięgnowych; 5) zaburzenia mowy nie mogły być traktowane jako ogniskowy objaw afazji ruchowej, gdyż przeczy temu przebieg restytucji mowy, która w przeciągu 2 dni po za zaburzeniami lekkiej dyzatrji powróciła do normy; 6) wreszcie przeciwko traktowaniu całej sprawy jako zapalenia mózgowia przemawiają ruchy płasawicze, które wystąpiły dopiero po kilku tygodniach choroby. Przeciwko traktowaniu tych ruchów, jako płasawicy symptomatycznej na tle zapalnej sprawy mózgowia, przemawia przedewszystkiem fakt, że były one generalizowane we wszystkich niemal grupach mięśniowych ciała, że więc nie mogły być traktowane jako objaw ogniskowy, powtóre zaś wystąpiły one późno, kiedy ciężkie objawy mózgo-



już przeszły, nie pozostawiając po sobie takich objawów organicznych, których wyrazem symptomatycznym mogły by być ruchy płasawicze. Należy przeto przyjąć, że w przypadku niniejszym ruchy płasawicze wystąpiły autonomicznie i że były wyrazem *plasa wicy* nie *symptomatycznej*, lecz *istotnej*. Jeżeli zaś zmuszeni jesteśmy w przypadku tym zatrzymać się na rozpoznaniu *plasa wicy*, to nasuwa się pytanie, czy rozpoznanie to może objąć całokształt objawów klinicznych: a więc kolosalną hypotonję, zniesienie odruchów ścięgowych, pierwotny bezwład oraz następcze porażenia mięśni, szyi i tułowia. Zaznaczyć trzeba, że właśnie w sprawie napięcia mięśniowego, porażań i odruchów w przebiegu *plasa wicy* istnieje znaczna rozbieżność zdań pomiędzy rozmaitymi badaczami, jedni (jak Oppenheim, Wollenberg i t. d.) uważają porażenia, hypotonję i osłabienie odruchów ścięgowych za coś dla *plasa wicy* niezwykłego, inni (jak Blocq, Oddo, Gumpertz i wielu innych) sądzą, że w każdym przypadku *plasa wicy* przy dokładnem badaniu udaje się wykryć osłabienie poszczególnych grup i zmiany w napięciu mięśniowym oraz odruchach ścięgowych w sensie ich osłabienia. Sądzę, że ani pierwsza ani druga opinia nie jest słuszna: i o ile pierwsza opiera się tylko na przypadkach szablonowych i na materiale przeważnie poliklinicznym, o tyle druga z nich zbyt jest pochopna każde powstrzymywanie się chorego od ruchu brać za porażenie. Tymczasem akinezje w *plasa wicy* są wielokrotnie pochodzenia psychicznego, jako skutek obawy przed niefortunnym i karykaturalnym wykonaniem ruchu i podświadomego utrwalenia się przekonania, że sprawne wykonanie ruchu tego jest niemożliwe. Taki też bywa zazwyczaj mechanizm zaburzeń mowy w *plasa wicy*, które należą do zjawisk bez porównania bardziej częstych, aniżeli to wynika z danych podręczników, i takież też prawdopodobnie mechanizm zniesienia mowy należy przypuścić i w niniejszym przypadku. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że po za owymi porażeniami wrzekomemi mogą zdarzyć się i porażenia istotne i że one właśnie, występując zawsze łącznie z ogólną hypotonją, składają się na wyodrębnioną po raz pierwszy przez angielskiego klinicystę Todd'a, a następnie najczęściej opisywaną przez autorów francuskich, po części włoskich a niezmiernie rzadko niemieckich, postać, znaną pod nazwą: *chorea mollis sive paralytica*. Zaznaczyć tu muszę, że po za wszelkimi motywami różniczkowo-rozpoznawczymi przypadek nasz przebiegiem i obrazem klinicznym, w którym dopiero podczas poprawy objawów bezwładu z ogólnego tła porażeniowego dopiero zaczęły niejako wyłaniać się ruchy *plasa wicy*, najzupełniej odpowiada licznym opisom tego cierpienia w piśmiennictwie.

W przebiegu przypadku naszego jednakże istnieją dwa objawy, które i dla *plasa wicy* wiotkiej są czemś niezwykłym. Jest to przede wszystkim długotrwałe zamroczenie przytomności i powtórne zaburzenia wzrokowe. Zaburzenia psychiczne w przebiegu *plasa wicy* Sydenhama nie należą do rzadkości. Pomijając zmiany w usposobieniu (kapryśność, krnąbrność, upór, roztargnienie), które stwierdzić można niemal w każdym przypadku *plasa wicy* dziecięcej, spotykamy tu



cały szereg ciężkich zaburzeń psychicznych, których najogólniejszym typem jest t. zw. splątanie halucynacyjne („hallucinatorische Verwirrtheit“). Kleist i Charles Buvv, którzy poświęcili tej sprawie obszerne prace, zwracają uwagę, że pomimo różnorodności obrazów psychicznych w przebiegu płasawicy, wszystkie one noszą cechy psychopar excellence infekcyjnych resp. intoksykacyjnych. W pracy Kleist'a nawet znajdujemy opis czterech przypadków płasawicy osobników dorosłych, które rozpoczęły się od długotrwałego zamroczenia przytomności. Jeżeli zatem zapatrywać się na płasawicę wiotką jako na wyraz ciężkiej intoksykacji organizmu, jeżeli uwzględnić fakt, że przypadek nasz dotyczył bardzo młodego dziecka, to łatwo wyobrazić sobie, że mózg  $2\frac{1}{2}$  rocznego dziecka na ostre ciężkie zatrucie zareagował zamroczeniem przytomności.

Co się tyczy zaburzeń wzrokowych, to należą one do jeszcze większych rzadkości. W podręcznikach nie znajdujemy żadnej wzmianki (co najwyżej notatki o nierówności źrenic i o drgawkach tęczówki). O zmianach w nerwie wzrokowym nie spotykamy w podręcznikach żadnej wzmianki, to samo w specjalnych monografiach poświęconych płasawicy Sydenhama (Olive'a, Wollenberg'a, Kleist'a, Wendenburg'a). Oppenheim zaznacza, że jakkolwiek sam nie spostrzegł ani jednego takiego przypadku, jednakże znane mu są z piśmiennictwa bardzo nieliczne przypadki zapalenia nerwu wzrokowego w płasawicy, nie przytacza jednak ani jednego z nich. W całkowitej dostępnej mi literaturze udało mi się odnaleźć zaledwie trzy przypadki zapalenia n. wzrokowego w przebiegu płasawicy: są to przypadki Babouneix'a i Bertrand'a, Carpenter'a z obustronnem i przypadek Schlesinger'a z jednostronnem zajęciem nerwu wzrokowego. Natomiast amaurozy i zaniku tarcz wzrokowych nie udało mi się odnaleźć w żadnym przypadku z piśmiennictwa. Zachodzi pytanie, jak należy tłumaczyć sobie objawy te w naszym przypadku. Ponieważ objawy te powstały w sposób ostry i ponieważ nie mamy absolutnie żadnych danych na obustronne zajęcie zrazów potylicznych, przeto jedyną sprawą, która może wywołać ostrą amaurozę z zupełnym prawie zniesieniem odruchu źrenicznego, może być zapalenie nerwów wzrokowych; ponieważ jednak w początkowym okresie choroby nie stwierdzono żadnych zmian oftalmoskopowych, obecnie zaś widoczny jest zanik tarcz, przeto przypuścić należy, że przemijająca amauroza zależna była od pozagałkowego zapalenia nerwów wzrokowych (neuritis retrobulbaris), które zresztą wogóle jest jedną z najbardziej częstych przyczyn ostrych i przemijających zaniewidzeń. Tylko w ten sposób, a mianowicie, uwzględniając stwierdzoną licznymi przypadkami możliwość doprowadzenia zapalenia nerwu pozagałkowego po 6 tygodniach do zaniku, który zresztą bynajmniej nie jest zupełny, da się wytłumaczyć to napozór paradoksalne zjawisko, że dziecko, początkowo przy braku zmian oftalmoskopowych zupełnie niewidome, zaczęło dobrze widzieć z wystąpieniem wyraźnego zaniku tarcz wzrokowych.

Przypadek niniejszy po za niezmierną rzadkością kliniczną zasługuje



na uwagę jeszcze ze względu na swe znaczenie teoretyczne. Wykazuje on bowiem w przebiegu płasawicy Sydenham'a cały szereg objawów, które bez żadnych zastrzeżeń należy uznać za organiczne. Są to mianowicie, prócz ostatnio omówionych zmian w nerwach wzrokowych, liczne porażenia mięśniowe (specjalnie mięśni, tułowia i szyi) oraz zniesienie odruchów ścięgnowych. Stwierdzenie kliniczne tego rodzaju objawów ma dla patogenezy płasawicy Sydenham'a znaczenie zasadnicze, gdyż szczególnym trafem cierpienie to, pomimo licznie stwierdzonych organicznych zmian pośmiertnych układu nerwowego i pomimo ogólnie uznanego infekcyjnego pochodzenia wielu przypadków płasawicy, czego przejawem są kombinacje z gośćcem stawowym i zapaleniem wśierdza oraz drobnoustroje wychodowane ze krwi (Cranier i Többen, Pianese, Daddi i Silvestrini), w najbardziej poważnych podręcznikach do dziś dnia figuruje jako nerwica. Podkreślić tu należy, że organiczne objawy kliniczne mają tu znaczenie tem ważniejsze, że przy dzisiejszym stanie wiedzy zmiany, stwierdzane drogą anatomji patologicznej, nie mogą być dla patogenezy tego cierpienia miarodajne ani wtedy, kiedy wynik badania jest ujemny, gdyż zmiany organiczne mogły się już wyrównać, ani wtedy, co ważniejsza, kiedy wynik badania jest dodatni, jak to widzimy np. w przypadkach Dupr'égo i Camus'a, Hudovernig'a, Reinhardt'a lub Orzechowskiego. O ile kwestja ta w piśmiennictwie naukowym niemieckim jest systematycznie omijana, o tyle we włoskiej, angielskiej a zwłaszcza francuskiej jest dzisiaj na porządku dziennym sprawa wykazywania drogą analizy klinicznej organicznej patogenezy płasawicy Sydenham'a. W tem ostatnim piśmiennictwie od kilku lat już spotykamy szereg rozpraw, danych kazuistycznych i demonstracji pod znamienym tytułem: „Chorée-maladie organique“, a pierwszym bodaj badaczem, który badaniom tym wytknął tory, był Babiński. Opisywał on mianowicie jeszcze na kilka lat przed wykryciem swego „phenomène des orteils“ przypadki płasawicy Sydenham'a, w których mógł stwierdzić objaw t. zw. „flexion de la cuisse sur le tronc“, który dla niego był cechą organicznego cierpienia mózgowia.

Zajęciem neuronu obwodowego tłomaczą sobie porażenia, hypotonje i zniesienie odruchów ścięgnowych w niniejszym przypadku. Ponieważ zajęcie samych mięśni jest wysoce nieprawdopodobne, a rozsiane zapalenie nerwów można wyłączyć na zasadzie szybkiej poprawy, braku zaników mięśniowych, zmian czucia, zmian w oddziaływaniu elektrycznem oraz braku bolesności mięśni i nerwów, przeto jako jedyna możliwość lokalizacyjna pozostaje zajęcie samego rdzenia. Jest to tem bardziej prawdopodobne, że porażen mięśni szyi i tułowia, które, jak to wykazał P. Blocq, w przebiegu płasawicy wiotkiej należą do reguły, nigdy nie spostrzegamy przy zajęciu bardziej ośrodkowych odcinków układu nerwowego (nie spotykamy ich np. nigdy w bezwładach poiowicznych mózgowych). Jakiego rodzaju może być to zajęcie komórek przednich rogów rdzenia w naszym przypadku? Nie może to być sprawa zapalna w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, gdyż przebieg zapalenia przednich rogów rdzenia jest zupełnie odmienny, a za-



jęcie mięśni ściśle elektywne — należy więc tutaj przypuścić jakieś dynamiczne zmiany intoksykacyjne, zdolne do zupełnego zniesienia czynności, lecz równocześnie i do zupełnej restytucji. Że takie zmiany dynamiczne do zupełnego zniesienia funkcji i odruchów doprowadzić mogą, tego dowodzą choćby przypadki porażenia okresowego, którego zależność od rogów przednich rdzenia jest bardzo prawdopodobna. Interesującym i ważnym jest fakt, że w jednym przypadku płasawicy wiotkiej na wysokości cierpienia stwierdził Grepowałnikow t. zw. „Cadaverration“ czyli zupełne zniesienie oddziaływania elektrycznego w porażonych mięśniach tak charakterystyczne dla porażenia perjodycznego. Na zasadzie danych powyższych pozwałam sobie wypowiedzieć przypuszczenie, że zespół porażeniowo-hypotoniczny wraz ze zniesieniem odruchów ścięgnowych w każdym wogóle przypadku płasawicy wiotkiej zależny jest od zajęcia neuronu obwodowego.

(Streścił mówca).

B y c h o w s k i z zadowoleniem zaznacza, że pisząc przed kilkunastu laty o płasawicy wiotkiej (Przypadek płasawicy miękkiej czyli paralitycznej. Medycyna 1897) doszedł co do przypuszczalnego umiejscowienia tej postaci płasawicy do takich samych mniej więcej wniosków co i prelegent. Co zaś się tyczy przedstawionego przypadku, B. rozpoznanie Sterlinga nie uważa za trafne. Zwykle bywa tak, że po okresie nieznacznych ruchów płasawicznych występuje zupełne porażenie wszystkich kończyn, w których jednakże od czasu do czasu występują niewielkie ruchy płasawicze. Stan takiego porażenia trwa zwykle kilka tygodni i dłużej i stopniowo tylko przechodni. Te żywe bardzo złożone ruchy, które obecnie spostrzegamy u pacjenta kol. Sterlinga, są wogóle b. mało podobne do ruchów swoistopłasawicznych. Młody wiek pacjenta — 2½ lat — też jest zupełnie niezwykłym dla płasawicy. Co się tyczy zaburzeń mowy, o których mówił prelegent, to B. i w swoich dwóch przypadkach spostrzegał zupełny prawie brak mowy, sądzi jednakże, że tu nie mamy do czynienia z afazją, lecz raczej z „obawą“, „unikaniem“ mówienia, co zresztą bywa w większym lub mniejszym stopniu i przy zwykłej sydenhamowskiej płasawicy. Dzieci dotknięte płasawicą poczęści wstydzą się mówić, bo występują wtedy jeszcze „brzydsze“ grymasy w twarzy, co ściąga na nie jeszcze więcej gniew rodziców i otoczenia. Poczęści zaś unikają mówienia, bo, jak B. to sam spostrzegał, podczas mówienia kaleczą sobie czasami język, wargi i t. p.

K o p c z y ń s k i St. upatrywałby raczej w danym przypadku jako następstwo zapalenia mózgu bezład ostry, gdyż tu ruchy bezładne znacznie dominują nad płasawicznymi. K. powołuje się na własne przypadki podobnego bezładu ostrego w następstwie zapalenia mózgu u dzieci z zejściem pomyślnem po paru tygodniach.

F l a t a u wypowiada się przeciw rozpoznawaniu w danym przypadku bezładu ostrego (ataxia acuta); w przypadku przedstawionym rozpoznaje płasawicę wiotką, za czem przemawia charakter płasawiczny ruchów i cały przebieg cierpienia. Zaburzenia mowy w płasawicy noszą, zdaniem



F., charakter psychiczny. Czy cierpi w płasawicy pierwszy neuron, trudno powiedzieć, prędzej nie, gdyż brak tu zmian w oddziaływaniu elektrycznym.

Higier, który widział dziecko dwa razy, nie mógłby nic innego rozpoznać, jak tylko płasawicę, rozumiejąc pod nią nie tę zwykłą Sydenhamaowską, lecz objawową, powstałą na tle lub też po poprzedzającym cierpieniu nerwowem, organicznem i zakaźnem. Jakiej natury to ostatnie było, trudno orzec wobec braku dokładnych danych wywiadowczych. Że przy płasawicy znajdowano rozlane zmiany i na obwodzie i w rdzeniu, nie dowodzi bynajmniej, aby płasawicze ruchy u danego dziecka były pochodzenia rdzeniowego. Początek ostry, gorączkowy, nieprzytomność, zaburzenia mowy i wzroku — wszystko to za tem przemawia, że właśnie i ruchy płasawicze są tu pochodzenia mózgowego. Przypuszczać należy, że głównie brak odruchów kolanowych skłonił prelegenta do umiejscowienia rdzeniowego. Co się tyczy kilku poszczególnych punktów, to Higier zwraca uwagę, że 1) niemotę w płasawicy trudno nazwać afazją, gdyż każdy ciężiej dotknięty płasawicą — zwłaszcza dziecko — wymawia bardzo niechętnie i po długich wysiłkach pojedyncze wyrazy; pochodzenie psychogenne tej niemoty jeszcze mniej jest dowiedzione; że 2) brak odruchów ścięgowych w płasawicy wiotkiej jest często notowany, trudno atoli stwierdzić, w jakim stopniu się przyczyniają do tego nadmierna hypotonja i mimowolne skurcze mięśni antagonistycznych przy opukiwaniu ścięgien e 3) pojęcie *chorea mollis*, wprowadzone przez Todd'a, jeszcze nie est ściśle określone w nozografji, która uznaje np. obok niej jeszcze *une chorée de Sydenhame avec paralysie*.

Higier w zakończeniu analogizuje przypadek przedstawiony z chorobą Born'a, spotykaną u niektórych zwierząt domowych. Klinicznie daje ona okres mózgowy z następują płasawicą lub tikami, a anatomopatologicznie — *meningoencephalitis diffusa infectiosa*.

Bornstein zna dziecko to dobrze i jest przekonany, że ruchy, jakie ono wykonywa, należą niewątpliwie do płasawicznych. Kwestja polega dla B. tylko na tem, czy sprawę tą uważać za płasawicę samoistną. Otóż zdaniem B., wobec prawdopodobnej w początku gorączki i zamglenia lub nawet zupełnego braku świadomości, należałoby raczej przypuścić jakąś sprawę organiczną zapalną w mózgu (może w okolicy szarych jąder mózgu), która po ostrym okresie dała w rezultacie objawy podrażnienia. Rokowanie tem nie mniej jest dobrotliwe.

Goldflam uważa przypadek za trudny do rozpoznania, w zaburzeniu ruchowem widzi raczej bezład, być może same ruchy są symptomatyczne i mamy tu do czynienia z cierpieniem mózgu lub mózdzku.

Sterling odpowiada Bychowskiemu: właśnie przebieg i początek cierpienia skłaniają do rozpoznania płasawicy wiotkiej, dla której charakterystyczny jest początek od ogólnych porażen, z po za których dopiero z biegiem choroby zaczynają wyłaniać się ruchy płasawicze. W odpowiedzi Kopczyńskiemu S. zaznacza, że rozpoznanie ostrego bezładu w przypadku niniejszym jest niedopuszczalne, choćby z tego względu, że ruchy



chorej nie wykazują ani śladu bezładu. To, co przy powierzchownej obserwacji może nasuwać podejrzenie bezładu, jest poprostu spotęgowaniem się ruchów płasawicznych przy ruchach zamiarowych. Goldflamowi S. odpowiada, że przeciwko symptomatycznemu charakterowi płasawicy w niniejszym przypadku przemawia fakt, że drgawki były generalizowane w całym ciele, że więc nie mogą być przejawem jakiegoś określonego ogniska, że wogóle żadnych objawów ogniskowych nie stwierdzono i że trwają one jeszcze i dziś, kiedy wszystkie objawy mózgowe przeszły. Przeciwko rozpoznaniu zapalenia mózgu przemawia brak gorączki, brak objawów niedowładów połowicznych, hypotonji mięśniowej, drgawek, zaburzenia mowy bez cech afazji. Zniesienie odruchów w płasawicy bynajmniej nie należy do rzadkości (Oddo). Organiczne podłoże płasawicy należy dziś uważać za ustalone.

IV. J. ROTSTADT przedstawił przypadek nowotworu u podstawy czaszki.

Chory, lat 44, poczuł się niezdrowym w 1908 r., na jesieni; pierwszym objawem chorobowym były mdłości wraz z uczuciem ściskania w dołku i dusznością, męczącym brakiem tchu; trwało to 10 minut. Odtąd napady takie zjawiać się zaczęły przelotnie w ciągu kilku następnych miesięcy, były jednak słabsze, niż pierwszy. W zimie 1908 r., po silnym urazie psychicznym, którego powody i skutki zachwiały bytem materialnym chorego i jego rodziny, powtórnie niezwykle silny napad duszności z niepoahamowaną potrzebą wydostania się na powietrze; napadowi towarzyszył niepokój i bardzo złe samopoczucie. Od chwili urazu psychicznego zmiana podstawowa w usposobieniu: chory staje się smutnym, ociążalym, pragnie spokoju, ciszy oraz wypoczynku, najchętniej w pozycji leżącej. Bóle głowy, o nieznacznym bardzo nasileniu i bez szczególnego umiejscowienia, wciąż odtąd wracają. W czerwcu 1909 r., w lecie, podczas bardzo silnych upałów, zjawia się po raz pierwszy niezwykle silny ból głowy w okolicy ciemieniowej obustronnie i skroniach; tym razem ból głowy trwa bez przerwy i w dzień i w nocy, odbiera sen, zmusza do pozostawania w ciągu miesiąca w łóżku; chory jest złamany. Wraz z tem wznawiają się napady duszności i mdłości; wymiotów niema. Po miesiącu bóle głowy ustępować zaczynają. Odtąd w głowie uczucie zamętu, bezsensowność, natręctwo chaotycznie złączonych myśli, niepojęta obawa i niepokój o zemdlenie. W październiku 1910 r. znów napadowo silny ból głowy. Od września 1910 r. pierwsze objawy osłabienia wzroku — mgła przed oczami, która odtąd nie znika. Od roku obfite łzawienie obu oczu, częste i głębokie ziewanie; od 3 miesięcy nieustanny katar nosa. Żona chorego dwukrotnie roniła (12 porodów); do 1907 roku umiarkowane nadużycie wysokości. Lues negatur. Obecnie główną skargę chorego stanowią: wzrastające osłabienie wzroku, przelotne bóle głowy o nieznacznym nasileniu, bezsensowność, chaotyczne natręctwo myśli oraz nieustanny niepokój psychiczny.

Badanie chorego wykrywa: tarcze zastoinowe z wylewami krawymi



przy sile wzroku: w prawym oku — 5/12, w lewym — 5/8; pozatem wyraźny zanik lewego brzegu języka bez objawów patologicznej pobudliwości elektrycznej. W dalszym przebiegu cierpienia, już podczas pobytu chorego w szpitalu, wciąż wzrastające osłabienie wzroku w prawym oku (9.XI.10 — 5/12; 3/15; 3.XII.10 — 5/12; 14.I.11 — 5/16; 2.II.11 — 1/6; 16.II.11 — 1/20) w lewym oku siła wzroku pozostawała bez zmiany (19.XI.10 — 5/8; 16.II.11 — 5/8); krwotoki stopniowo znikły, lecz gdy w lewym oku trwały objawy zastoinowe, granice prawej tarczy poczęły się nieco uwydatniać, a sama tarcza zaczęła blednąć. Bóle głowy zjawiają się rzadziej; ogólny stan chorego fizyczny i psychiczny stał się zadawalniającym. Chory miał kilkakrotnie w szpitalu przelotne drętwienie 5-go i 4-go palca prawej dłoni. Rozpoznanie w danym przypadku nastęrcza niezwykle trudności. Mamy niewątpliwe objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego w postaci tarcz zastoinowych i rozczepienia suturae lambdoideae na rentgenogramie, który pozatem uwydatnia też zniszczenie (?) grzbietu (dorsum) siodła tureckiego. Jaka jednak sprawa chorobowa powoduje to wzmożone ciśnienie, trudno jest bezwzględnie orzec. Cierpienie zaczęło się przed 2-ma laty ostro, względnie podostro; z pewnemi większemi lub mniejszemi wahaniami trwa dotąd; jeżeli pominąć wzrastające osłabienie wzroku w prawym oku, to można uznać ogólny stan chorego za dość dobry. A gdy podkreśliśmy jeszcze, że powstanie cierpienia wiąże się z silnym urazem psychicznym, to zarówno początek, jak i przebieg, częste przerwy, znaczne wahanie w nasileniu bólów głowy mimowoli nasuwają myśl o surowiczem zapaleniu opon mózgowych, powikłanem wodogłowiem. Jak jednak wytlomaczyć wyodrębniony, ściśle umiejscowiony objaw kliniczny, jakim jest zanikanie jednostronne mięśni języka, mianowicie jedynie tylko lewego brzegu jego; zanik to częściowy dotąd, mało lub wcale nie postępujący, bez odczynu zwyrodnienia — najprawdopodobniej więc powstaje na skutek ucisku na obwodzie n. podjęzykowego lewego. Gdybyśmy więc upierali się przy rozpoznaniu surowiczego zapalenia opon, to musielibyśmy przypuścić, że surowicza sprawa zapalna oponowa u podstawy, powodując, jak to niekiedy bywa, zrosty, odłączyła pewien ucząstek dookoła lewego n. podjęzykowego od dróg chłonnych i tu, gromadząc płyn surowiczy, utworzyła torbiel; mielibyśmy w danym miejscu obraz tego, co nazywają meningitis chronica serosa circumscripta—cystica. A jednak nie możemy bezwzględnie wyłączyć sprawy uciskowej u podstawy czaszki, wywołanej przez przewlekły i z wahaniami postępujący rozrost tkanki nowotworowej (najprawdopodobniej wyrastającej z kości) tuż w bliskości foramen condyl. anter, przez który przechodzi lewy nerw podjęzykowy. Zaznaczyć jednak wypada, że jednym ściśle odgraniczonym ogniskiem trudno byłoby wytłomaczyć wybitne objawy zastoinowe, które wykazało badanie kliniczne.

Należy więc, być może, zawrzeć bezwzględnie odbiciu podstawy czaszki na rentgenogramie, na którym brak cienia grzbietu siodła tureckiego i przypuścić, że istnieje albo jeszcze jedno odrębne ognisko nowotworowe, które niszczy grzbiet siodła tureckiego lub jedno wspólne, dra-



żące wzdłuż clivus Blumenbachi do foram. magn., względnie do foram. condyloid. anter. sinistr. Gdyby tak było, mielibyśmy jednak prawdopodobnie również objawy porażenia innych nerwów czaszkowych, skupionych w tem miejscu u podstawy z lewej strony. Tak więc rozpoznanie w chwili obecnej nie może być, jak sądzimy, ściśle określone; niewątpliwie dalszy przebieg cierpienia sprawę sporną rozjaśni. Zaznaczymy jeszcze, że odczyn Wassermana w surowicy krwi wypadł ujemnie, a próbne leczenie rtęcią i KJ nie dały wyniku dodatniego.

(Streścił mówca).

J u d t uzupełnił przemówienie pokazem zdjęć rentgenograficznych z czaszki chorego.

Sekretarz S t. K o p c z y ń s k i.

#### POSIEDZENIE DNIA 18 MARCA 1911 r.

- 1) Prof. K r y ń s k i i K o p c z y ń s k i. Przypadek wiądu rdzenia, operowany metodą Mingazzini-Förster'a z powodu crises gastriques z zejściem śmiertelnem (pokaz preparatów).
- 2) B r e g m a n i K r u k o w s k i. 2 przypadki nowotworu czaszki.
- 3) S t e r l i n g. Przypadek naprzemiennego kurczu twarzy z padaczką objawową na tle stwardnienia tętnic mózgowych.
- 4) B o r n s t e i n. Pokaz ponowny chorej po przebyciu meningitidis serosae z objawami psychicznymi.

I. K R Y ń S K I i K O P C Z Y ń S K I S T. omówili przypadek wiądu rdzenia, operowanego z powodu crises gastriques metodą Mingazzini - Förstera (modyfikacja Gulecké'go) z zejściem śmiertelnem (pokaz preparatów).

Chory P., lat 32, elektrotechnik. W wywiadach przed 7 laty ulcus molle bez wysypki, nie leczony specyficznie. Od 2-ch lat przejściowe dwojenie się w oczach, od półtora roku napady żołądkowe o charakterze crises gastriques coraz częstsze, coraz silniejsze, w najwyższym stopniu wyczerpujące chorego. Narkotyki sprawiały bardzo krótkotrwałą ulgę. Chory myślał i mówił o samobójstwie. Leczenie specyficzne, leczenie preparatem 606, leczenie wtrzykiwaniami do kanału kręgowego stovainy Billona (Borzymowski) nowokainy, packelenizacja powłok brzusznych, przestrzeganie diety, zażywanie adrenaliny, cerii oxalicy i t. p. leków żadnej choremu nie przynosiło ulgi. Na zaproponowaną mu operację rdzeniową z wykazaniem wszystkich poważnych jej następstw chory się chętnie zgodził. Badanie przedmiotowe wykazało nierównomierność i zwrotną nieruchomość źrenic, lekki pas znieczulenia w obrębie 3 i 4 korzenia grzbietowego. Operacji dokonano 2 lutego r. b., a mianowicie po wycięciu 4 łuków kręgowych przecięto i wycięto po kawałku z 7, 8, 9, 10 korzenia tylnego grzbietowego po obu stronach bez



otwierania opony twardej (modyfikacja Gulecke'go); tylko VII lewy korzeń był podwiązany, przy przecinaniu innych płyn mózgo-rdzeniowy nie wyciekał prawie wcale.

Chory żył po operacji dni 15-cie.

Początkowo stan był bezgorączkowy, chory skarżył się na bóle w krzyżu, brak władzy w ramionach, w udach, rozdęcie brzucha; bólów w okolicy żołądka nie doznawał żadnych. Przedmiotowo stwierdziliśmy pewien niedowład w mięśniach obu barków i obu ud z zachowaniem siły ruchowej w rękach, stopach, goleniach (przypuszczalnie częściowe pooperacyjne uszkodzenie dużych splotów w barkach i łądźwiach) co po paru dniach przeszło; stan normalny odruchów ścięgowych i skórnych za wyjątkiem brzusznych, które znikły. Zaburzenia czucia początkowo w pierwszych dwóch dniach ujawniły się jako przeczulica rozlana z wyraźnym opóźnieniem przewodnictwa czucia bólowego na środkowej i dolnej części brzucha, na trzeci dzień zróżniczkowało się jako znieczulenie na wszystkie rodzaje czucia w obrębie VII, VIII, IX korzenia lewego i VIII prawego. Znieczulenie po stronie lewej było trwałe, po stronie prawej nie trwałe. Na trzeci dzień po operacji wystąpiło wybitne rozdęcie brzucha, nieczynność kiszek, przy prawidłowym oddawaniu moczu, siódmego dnia chory zaczął gorączkować, kaszleć; tłocznia brzucha przy kaszlu nie brała udziału i wogóle głęboko odkaslnąć chory nie mógł z powodu bólu w grzbiecie i braku sił. Z chwilą gorączkowania rana na grzbiecie została otwarta i pogłębiona, ropy jednak nie znaleziono. W 15 dni po operacji chory przy objawach przypuszczalnego zapalenia płuc opadowego zmarł.

Sekcję z konieczności musieliśmy ograniczyć do wyjęcia rdzenia kręgowego.

Okazało się, iż na miejscu operacji t. j. na przestrzeni, odpowiadającej 4 wyciętym łukom, powierzchnia zewnętrzna opony twardej była pokryta włóknikowym nalotem, ropy nigdzie nie widać, powierzchnia zaś wewnętrzna opony twardej, zarówno jak i opona miękka i rdzeń zmian nie przedstawiają. Preparat rdzenia stwardniono w formalinie. Po rozcięciu opony twardej widać, że niektóre korzenie tylne rdzenia, na przestrzeni między rdzeniem a oponą twardą, przedstawiają się szarawo, a mianowicie VII i IX lewy, VIII prawy. Badanie drobnowidzowe za pomocą kwasu osmowego wykazało w VII i w IX korzeniu tylnym grzbietowym po stronie prawej wybitne zwyrodnienie włókien (preparat odpowiedni był przedstawiony podczas przemówienia), korzenie tylne VIII i X lewy przedstawiały częściowe zwyrodnienie, korzenie tylne po prawej stronie za wyjątkiem VIII przedstawiały się dość normalnie.

Mówcy przypuszczają, że po stronie prawej trzy korzenie ruchowe zamiast czuciowych, t. j. przednie zamiast tylnych, uległy przecięciu. Mówcy podnoszą brak uszkodzenia operacyjnego rdzenia lub tak często spotykanego obrzęku pooperacyjnego rdzenia (nawet śladu objawów Babińskiego u chorego za życia nie stwierdzono), trudności techniki operacyjnej, zwłaszcza operowania zewnątrzoponowo, co niezmiernie utrudnia od-



różnianie tylnych korzeni od przednich, uważają przewiązywanie ośrodkowych części korzeni tylnych w celu zabezpieczenia od wyciekania płynu mózgowodzeniowego za zbytczne i twierdzą, że pomimo trudności i ciężkości tego zabiegu jest on wskazany i wykonalny w odpowiednich przypadkach, co wreszcie dane z piśmiennictwa (kilka przypadków operowanych pomyślnie i z dobrym wynikiem dla chorego, a mianowicie w 18) to potwierdzają.

(Streszczenie własne).

Flatau, przypominając, że jest to drugi u nas nieco pomyślniej operowany przypadek wiądu rdzenia z powodu bólów, zaznacza, że 1) gorączkę pooperacyjną być może należy związać z ropnem zajęciem opon i rdzenia, dostrzegalnych tylko mikroskopowo, a nie z zapaleniem płuc opadowem. Idąc za Horsley'em radzi podczas operacji przemywać rdzeń i jego opony sublimatem. Odpowiednie przypadki z piśmiennictwa są znane. 2) radzi operować tylko zewnątrzrdzeniowo i radzi podwiązywać przecinane korzonki tylne w części ośrodkowej w okolicach zgrubienia rdzenia, gdzie te korzonki są grubsze i gdzie wylewanie płynu jest możliwe; 3) aczkolwiek modyfikację tej operacji podali Mingazzini, Gulecke i inni, to historycznie rzecz biorąc główną ideę co do tego zabiegu wypowiedział Förster.

Higier protestuje przeciwko stawianiu wskazań i przeciwwskazań przy tak ciężkim objawie tak poważnej choroby jedynie na zasadzie wyników badań na niższych zwierzętach, zwłaszcza gdy z jednej strony ma się do czynienia z badaniami dawnej daty, a z drugiej z doświadczeniami, dotyczącymi tak mało znanej dziedziny n. współczulnego i błędnego. W tych razach pierwszeństwo należy oddać empirycznie stwierdzonym w klinice i na stole operacyjnym faktom, a te pouczają, że w wielu przypadkach bardzo ciężkich crises gastriques po przecięciu tylnych korzeni metodą Mingazzini-Foerstera bóle, nie poddające się żadnemu leczeniu, znikają.

Inna jest kwestja, czy operować wewnątrz czy też zewnątrzoponowo według modyfikacji Gulecke'go. Wszystko zdaje się przemawiać za tą ostatnią metodą bardzo łatwą w części szyjowej rdzenia. Gdyby rzeczywiście ogromne trudności na stole operacyjnym robiło oddzielanie tylnych od przednich korzeni na drobnej przestrzeni między zewnętrzną powierzchnią opon a zwojem międzykręgowym, to Higier nie wahałby się przecinać tu i owdzie wraz z tylnym i przedni, zostawiając między dwoma przeciętami jeden nietknięty korzeń. Wynika bowiem z badań Sherringtona, Horsleya, Thorburna, że każda ruchowa grupa mięśniowa zarówno jak każdy czuciowy odcinek skóry otrzymują swoją inervację nie od danego segmentu czyli korzenia rdzeniowego, lecz od całego szeregu następujących po sobie segmentów rdzeniowych względnie czuciowych. Tembardziej bezkarnie ująć może przecięcie 7, 8, 9 korzeni,



inerwujących głównie muskulaturę powłok brzusznych i grzbietu. Drobne, wynikające ztąd niedowłady, wyrównałyby się stopniowo.

Niedowłady rzekome mięśni uda i barku, towarzyszące operacji, są pozorne, gdyż są uwarunkowane bólami w obrębie operowanego kręgosłupa: znikają one stopniowo po pierwszym tygodniu bez śladu. Inna jest rzecz z atonią i niedowładem rzekomym kiszek i żołądka, który może być uporczywszy, jako zależny od samego zabiegu operacyjnego.

Późne zakażenia, występujące w tydzień po operacji, są czasem zależne od zakażenia, przyłączającego się z opatrunku przemakającego. Opierając się na stwierdzonym na zwierzętach wydzielaniu się urotropiny, per os podanej, w płynie mózgo-rdzeniowym, należałoby chorym przed operacją mózgu lub rdzenia, obnażającą błonę surowiczą, podawać przez dni kilka urotropinę w celu wywołania odkażania wewnętrznego przez ściekający płyn swoisty.

W odpowiedzi K o p c z y ń s k i zaznacza, że w danym przypadku było bezwzględne wskazanie do zabiegu, jak to było podane w wywiadach; wskazanie to było też umotywowane teoretycznie (włókna naczynioruchowe nerwu współczulnego, oskarżane słusznie o ścisły związek z podobnymi napadami, biegną w tylnych korzeniach rdzeniowych) i praktycznie (znane z piśmiennictwa pomyślnie wyniki operacji). Wbrew zdaniu Higiera K. nie radziłby przecinać obu korzeni, gdyż wtedy rozwija się porażenie kiszek, co nawet było i u naszego chorego, a to bez wątpienia wpływa na niepomyślnie zejście operacji. Przejściowy niedowład w barkach i w udach K. uważałby nie za objaw unikania ruchów w celu unikania bólu w ranie grzbietowej, a za t. zw. pooperacyjne urazowe uszkodzenie spłotów dużych, uwarunkowane przez długość trwania i ciężkość zabiegu.

II. BREGMAN I KRUKOWSKI przedstawili dwa przypadki nowotworu czaszki.

Przypadek I-szy A. R. lat 12, przybył na oddział 8 II 11, po kilkuniedniowym pobycie wypisał się, wrócił 24 II r. b. Przed miesiącem wystąpił ból w prawym wyrostku sutkowym i porażenie prawej połowy twarzy; po 2-tych tygodniach ból w kończynach dolnych i w klatce piersiowej. Przedmiotowo stwierdzono jedynie bolesność prawego wyrostka sutkowego przy opukiwaniu i porażenie pr. nerwu VII-go o charakterze obwodowym z zupełnym odczynem zwyrodnienia.

W kilka dni po wypisaniu się zaczęło puchnąć prawe udo, ból w pr. wyrostku sutkowym wzmógł się; równocześnie wystąpiły: ból, zawroty głowy i zaburzenia w łykaniu ze zwracaniem płynnej strawy przez nos.

Przedmiotowo po powrocie na oddział stwierdzono w okolicy pr. wyrostka sutkowego wygórowanie, dość miękkie, na ucisk bolesne. Na górnej części mostka z lewej str. twardy guz wielkości włoskiego orzecha. Trzeci guz największy na dolnej części pr. uda, które jest w dwójnasób powiększone i przy najmniejszym ruchu b. bolesne. Gruczoły szyjne obustronnie powiększone. Dno oka normalne. Prawa źrenica nieco szersza od lewej. Ru-



chy gałek ocznych zachowane. Czucie na twarzy zachowane. Pr. nerw twarzowy porażony we wszystkich gałązkach. Na prawem uchu zupełna głuchota, na lewem słuch zachowany. Łuki podniebienne z pr. str. stoją nieco niżej, niż z lewej. Języczek przekrzywiony na lewo. Smak na prawej połowie języka zniesiony, na lewej zachowany. Tętno 126, nikiel, oddech 36 (gorączka nie duża). Głos ochrypli, bezdźwięczny. Badanie laryngoskopowe wykazuje „trupie położenie“ prawej struny głosowej. W prawym mięśniu mostko-obojęczyko-sutkowym drżenie włókienkowe. Przy unoszeniu barków m. kapturowy prawy uwydatnia się gorzej. Prawa połowa języka zanikła, wykazuje odczyn zwyrodnienia. Brak zaburzeń w kończynach. W celu zbadania drobnowidzowego wycięto na mostku kawałek guza, który okazał się mięsakiem. Nowotwór, mając prawdopodobnie za punkt wyjścia część skalistą kości skroniowej, wywołał z samego początku porażenie n. VII, z czasem zaś, drażąc głębiej i rozprzestrzeniając się na kość, dotknął n. VIII (ślizak i błędnik), IX, X, XI i XII, wywierając na nie ucisk lub też niszcząc je. Godnym uwagi jest niezmiernie szybki rozwój cierpienia: między pierwszym pobytem chorego na oddziale, kiedy stwierdzono jedynie porażenie n. VII-go, a drugim, kiedy cierpienie już się w pełni rozwinęło, upłynęło zaledwie dwa tygodnie. Rentgenogramy podstawy czaszki (kol. Rubinrot) wykazują duże rozprzestrzenienie się nowotworu w obrębie kości skalistej i potylicznej.

Przypadek II-gi. Chora R. S., lat 16, przyjęta 11 II r. b. na oddział D ra Sołowiejczyka, z kąd skierowano ją na od. nerwowy.

Przed rokiem spadł chorej oberluft na głowę, przytomności nie straciła, miała krótkotrwały ból głowy. Od 6-ciu miesięcy silne bóle głowy, szum w uszach, wymioty bez związku z przyjmowaniem pokarmów i podwójne widzenie. Trzy miesiące temu na głowie zaczął wyrastać guz; prawie równocześnie zaczął słabnąć wzrok na prawem oku, a od 7-iu tygodni chora na to oko zupełnie nie widzi; od 2-ch miesięcy pogorszył się wzrok i na lewem oku.

Przedmiotowo na głowie w okolicy ciemieniowej guz o szerokiej podstawie, zwężający się ku górze, twardy, przy uciskaniu nieco bolesny. Na dnie oka: obustronna tarcza zastoinowa, z pr. strony wybitniejsza niż z lewej. Na prawem oku zupełna ślepotą, lewem okiem odróżnia chora przedmioty w odległości kilku metrów. Prawa źrenica nie oddziaływa na światło; lewa słabo. Niedowład pr. nerwu odwodzącego, zez zbieżny pr. oka. Przy krańcowych ruchach gałek ocznych pojedyncze drgania gałek ocznych. Prawy n. VII porażony we wszystkich gałązkach. Brak zaburzeń w dziedzinie innych nerwów czaszkowych i w kończynach. Tętno 118. Odr. kolanowe zmniejszone, z czasem prawie zupełnie znikają; odr. ze ścięgien Achillesa umiarkowane, później zmniejszone. Bezładu niema. Objaw Romberga w słabym stopniu. Czucie zachowane. Dokonano operacji wycięcia guza na głowie, przyczem okazało się, że jest to mięsak w części skostniały, w części galaretowaty, który wyrasta z okostny kości ciemieniowej i skroniowej, że guz nie draży do wewnątrz czaszki (o czym już poprzednio przekonać się można było z rentgenogramu kol. Judta), powodując tylko lekką chropowatość powierzchni wymienionych



kości. Objawy kliniczne wykazywały odrazu, że nie stają w związku z nowotworem na wypukłości czaszki (brak porażień, drgawek Jacksona). Należy zatem przypuścić drugi nowotwór na podstawie czaszki, mający również za punkt wyjścia okostną, wywołujący powiększenie ucisku wewnątrzczaszkowego i wywierający ucisk na n. VI i VII w przebiegu ich na podstawie mózgu. Brak porażenia skojarzonych ruchów gałek ocznych, brak zaburzeń czucia i porażień kończyn przemawia przeciw umiejscowieniu nowotworu w moście Varola na wysokości odpowiadającej jądom i korzeniom n. VI i VII; brak wreszcie powyższych objawów oraz bezładu wyklucza umiejscowienie nowotworu w mózdzku. Godnem uwagi jest zniknięcie (niekiedy udaje się jeszcze otrzymać odruch minimalny) odr. kolanowych w czasie pobytu chorej na oddziale i jest to objaw wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego. Wogóle uderza w danym przypadku silny stopień objawów ogólnych, (ból głowy, wymioty, tarcza zastoinowa) przy mniej znacznych objawach miejscowych w przeciwieństwie np. do przypadku pierwszego, gdzie objawów ogólnie uciskowych brak zupełnie. Ze względu na postępujące osłabienie wzroku na lewym oku wskazaną jest dekompresyjna trepanacja w okolicy potylicznej.

(Streścił mówca).

A. Rosental zaznacza, iż pierwszy z chorych przypomina przypadek, opisany przez niego p. t. „O rzadkim przypadku nowotworów mózgu na podstawie czaszki“ Gaz. lek. 1879. Dotyczył on chłopca 18 letniego obserwowanego w szpitalu Ś-go Ducha. W ciągu jednego miesiąca stwierdzono u niego guz lewego płata gruczołu tarczowego, guz wielkości jabłka na tylnej górnej części lewej k. strzałkowej oraz mniejszy guz na środkowej części prawej kości piszczelowej. Objawy mózgowo, nerwoból oraz znieczulenie n. trójdzielnego lewego, zmętnienie lewej rogówki, strabismus divergens lewego oka, porażenie lewych n. twarzowego oraz słuchowego, porażenie czucia i ruchu lewych kończyn. róża w obrębie górnego odcinka n. trójdzielnego lewego. Wynik sekcji: na k. piszczelowej prawej i strzałkowej lewej oraz gruczole tarczowym mięsaki w stanie rozpadu, w dolnej części prawego płata wątroby i górnej części śledziony — także guzy twarde; na podstawie czaszki guzy w przedniej części tylnej jamy czaszkowej lewej — masy nowotworowe otaczają n. trójdzielny i przechodzą wraz z nim do jamy czaszkowej średniej, gdzie uciskają zatokę jamiastą i n. okoruchowy; u lewego porus acusticus int. guz wielkości grochu uciska n. twarzowy i słuchowy. Na tylnej powierzchni rdzenia w tkance, otaczającej oponę twardą, masa guzów wielkości grochu lub fasoli uciskających części grzbietowe rdzenia. Punktem wyjścia generalizacji mięsaków były piszczele.

Sterling w dyskusji nad drugim przypadkiem Bregmana i Krukowskiego — zaznacza, że znikanie odruchów ścięgowych w tylnej jamy czaszkowej nie zawsze zależy od zwyrodnienia tylnych słupów rdzenia. — Często występuje ono jako czuły odczynnik na wzmożenie ciśnienia międzyczaszkowego oraz na wahania w ciśnieniu płynu mózgo-



rdzeniowego, czego najlepszym dowodem jest fakt przemijającego znikania tych odruchów w przebiegu nowotworów mózgu oraz powrotu ich po nakłuciu łądźwiowem. Istnieje wreszcie trzecia możliwość znikania odruchów ścięgowych, z którą należy się liczyć w nowotworach, umiejscowionych po za granicami tylnej jamy czaszkowej. S. widział np. zanik odruchów kolanowych w przypadku nowotworu spoidła wielkiego (corporis callosi), gdy odruchy słabną równolegle do rozwijających się w organizmie na tle nowotworu objawów charłactwa — w przypadkach takich zanik odruchów jest zjawiskiem degeneracyjnym na tle zjawisk kachektycznych (Dinkler, Ursin, Moenkemöller i Kaplan).

Goldflam obserwował w poliklice chorą przedstawioną przez kol. Krukowskiego od końca grudnia r. z. do końca stycznia r. b.; objawy były mniej więcej te same. Dodaje, że za brakiem komunikacji między guzem i jamą czaszkową przemawiała ta okoliczność, że naciskanie guza żadnym nie powodowało objawów, bądź mózgowych, bądź ze strony oddechania i tętna. Mimo braku wszelkich danych z wywiadów i klinicznych, polecieliśmy wykonać odczyn Wassermanna, który ku naszemu zdziwieniu wypadł wybitnie dodatni; objaśniono nas, — nie wiemy czy zgodnie z istotnym stanem rzeczy, — że sarcomaty dają również tą reakcję. Leczenie specyficzne dało wynik zgoła ujemny, guz nie przestawał rosnąć.

Dziwna rzecz, że dwukrotnie wykonany roentgenogram nietylko nie wykazał defektu w czaszce, co jest zgodne z rzeczywistością, ale na fotografiach (podobno i na kliszy) nie było widać nawet zarysu tego wielkiego guza.

Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa były przez czas obserwacji w poliklinice wielokrotnie stwierdzane. Gdyby istotnie od tego czasu zniknąć miały, należałoby dla wytłomaczenia tego zjawiska powołać się na stwierdzone przez niektórych autorów w przypadkach nowotworu mózgowego zmiany w tylnych korzeniach, jako następstwo bądź zwiększenia ciśnienia lub wpływów toksycznych.

Bychowski. W sprawie zachowywania się ścięgowych odruchów przy nowotworach mózgu sądzi, że w niektórych przynajmniej przypadkach wybitną rolę tu odgrywa wzmożone wewnątrzczaszkowe ciśnienie czyli zmienione w kanale mózgo-rdzeniowym hydrostatyczne warunki. Szczególnie przekonujące były pod tym względem dwa spostrzeżane przypadki. W jednym z niezawodnymi objawami nowotworu mózgu z brakiem odruchów kolanowych te ostatnie wystąpiły bezpośrednio zaraz po przekłuciu łądźwiowem z obfitym upustem płynu mózgo-rdzeniowego. W drugim zaś przypadku, gdzie sekcja wykazała nowotwór mózdzku, odruchy kolanowe można było wywołać tylko w pozycji siedzącej chorego. Kiedy zaś chory leżał — był absolutny brak tych odruchów. Mechanizm tego zjawiska nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniony. Prawdopodobnym jest, że nagromadzenie płynu w kanale mózgo-rdzeniowym wpływa ujemnie na czynność korzeni rdzenia przewodniczenia podniet.

Dok. nast.



## TOWARZYSTWO LEKARSKIE LWOWSKIE.

## POSIEDZENIE DNIA 2 GRUDNIA 1910 R.

BEGLEITER przedstawił chorego z płasawicą Huntingtona. Chory, lat 42, pochodzi z rodziny, w której choroba ta zdarzała się wielokrotnie; ulegli jej — matka chorego, wuj, siostra i siostrzeniec 30 letni, u którego choroba datuje się od czasów służby wojskowej. U przedstawionego chorego choroba rozpoczęła się przed 7 laty rzekomo nieznacznym niepokojem ruchowym w tułowiu, poczem niepokój ruchowy uogólnił się i nasilił, obejmując po kolei kończynę górną. Podczas tej choroby nie miał chory żadnych boleści, oprócz przejściowych bólów głowy. Od roku ma częste parcie na mocz.

Badanie przedmiotowe wykazuje, iż psychika chorego zmianom wybitniejszym nie uległa; jedynie nastrój chorego się zmienił — jest stale przygnębiony, posępny, smutny i nie zajmuje się otoczeniem; nieraz myśli o samobójstwie. Wśród ustawicznych grymasów w twarzy, pod postacią przeciągania ust na prawo, to na lewo, wydymania nozdrzy, ruchów ssących wargami, przeważają ruchy mimowolne po stronie prawej. Język wysuwa, lecz tylko na krótką chwilę, szybko bowiem musi go cofnąć. Pijąc, często zachłystuje się. Mowa chorego zatarta, utykająca, przerywana ssącymi ruchami języka i warg, bezbarwna i o niskim głosie. Przy mówieniu uwydatniają się najbardziej normalne ruchy głowy, która zwraca we wszystkich kierunkach. Podobnie jak w twarzy i kończynach górnych przeważają ruchy mimowolne po stronie prawej. W kolejności ich zauważyć się daje uniesienie ręki wraz z całą kończyną, zgięcie w stawie łokciowym, zakładanie ręki poza lub ponad głowę z przebieraniem palcami lub dotykanie się dłonią przodu tułowia, najczęściej zaś klatki piersiowej. Zaznaczyć należy, iż czynności, które chory wykazuje już prawie automatycznie (jedzenie, picie, ubieranie się) a do których pobudzenia przebiegają po dobre utartych drogach mózgowych, wykazuje dość łatwo i składnie. Z trudnością jednak i niezdarnie wskutek ruchów mimowolnych wykazuje chory czynności, w których nie jest wyszkolony. Niepokój ruchowy obejmuje też mięśnie tułowia, skutkiem czego chory wygina go w najrozmaitszych kierunkach. W kończynach dolnych niepokój ruchowy uwydatnia się w większym stopniu również w prawej. Chodząc, zbacza od linii wytkniętej, to się nagle zatrzymuje, to posuwa o krok dalej w szybszym tempie; kroki są posuwiste, kołysze tułowiem we wszystkich kierunkach. W spokoju ruchy mimowolne prawie ustają, we śnie brak ich zupełnie. Siła w kończynach zadawalająca. Odruchy ścięgnowe żywe, na kończynie prawej dolnej żywsze niż na lewej. Brak zaników. Czucie zmian nie okazuje, źrenice oddziałują prawidłowo.



B., przyjąwszy pod uwagę wiek chorego, czas wystąpienia choroby, obciążenie dziedziczne, rozpoznaje w danym przypadku płasawicę dziedziczną czyli przewlekłą i postępową, zwaną też płasawicą Huntingtona.

#### POSIEDZENIE D. 21 STYCZNIA 1911 R.

SABAT przedstawił i objaśnił roentgenogramy z przypadku *cutis verticis gyrata* u osobnika z akromegalją. Osobowość ta uwydatniła się bardzo wyraźnie na roentgenogramie t. zw. strzałowym (promienie Roentgena przy prześwietlaniu szły w kierunku strzałowym). Na obrazie widać nad cieniem dachu czaszki słabiej nasycony cień skóry falisty, pochodzący stąd, że fałdy skóry opasują dach czaszki w płaszczyznach strzałowych. Prelegent uważa to ukształtowanie skóry czaszki w przypadku tym za jeden z objawów akromegalji, jak się zdaje, dotychczas w piśmiennictwie przy akromegalji nie opisany. Wiadomo, że w przeroście akromegalicznym części miękkie biorą niekiedy udział znacznie większy, niż kości. Podobnie się rzecz ma w danym przypadku, w którym przerost skóry jest znacznie większy, niż przerost kości dachu czaszki, co znowu może mieć przyczynę w tem, że osobnik jest starszy (lat 38) i szwy czaszki są już zanikłe. Przebieg fałdów skóry świadczy o tem, że miejscem geometrycznym punktów silniejszego przyczepu skóry do dachu czaszki są linje, opasujące dach czaszki w płaszczyznach strzałowych; linjom tym odpowiadają bruzdy między fałdami skóry. Prelegent objaśnia w roentgenogramach inne jeszcze zmiany akromegaliczne u tegoż osobnika: przerost kości i części miękkich twarzy i ręki, przyczem okazuje się, że części miękkie w przeroście tym biorą większy udział, niż kości. U akromegaliaka tego badania roentgenowskie wykazało również zniszczenie części kostnych, tworzących tyłne ograniczenie siodła tureckiego (*proc. clinoides post., dorsum sellae, clivus*). Na podstawie tych zmian kostnych prelegent rozpoznaje guz przysadki mózgowej.

#### POSIEDZENIE DN. 17 LUTEGO 1911 R.

ORZECHOWSKI przedstawił przypadek *eunuchoida*. Chłopiec 15-letni, przedtem zupełnie zdrowy i bardzo inteligentny, od pół roku zaczyna źle chodzić, dużo jeść, pić i tyć. Z czasem zmienia się psychicznie, kłamie, staje się nieczysty, dowcipkuje, nie zdaje sobie zupełnie sprawy z ciężkości swego stanu mimo częstych bólów głowy. Od 3 miesięcy gorzej widzi, zwłaszcza na lewe oko, a od miesiąca przytępił mu się znacznie słuch, bardziej na lewym uchu. Przedmiotowo stwierdzić można typowe otłuszczenie pochodzenia przysadki mózgowej znacznego stopnia, brak owłosienia, jądra wielkości rodzyńka, miękkie zupełnie, grasica zachowana (rentgenologicznie stwierdzone), prącie długie na 1,5 ctm., włosy na głowie bardzo suche. Twarz 8-letniego chłopca. Obwód czaszki 56,5.



We krwi 17% eozynochłondych, 6,400.000 ciałek czerwonych, 6.200 ciałek białych, hemogl. 90. Badanie układu nerwowego wykazuje: tarczę zastoinową obustronną; brak niedowidzenia połowiczego; obustronne upośledzenie słuchu, bardziej po stronie lewej; niedowład połowiczny prawostronny; chód mózdkowo-kurczowy; wzmoczenie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych; objaw Babińskiego obustronnie zaznaczony. Na podstawie tych objawów i ich rozwoju, nadto wobec tego, że badanie roentgenologiczne wykazało rozszerzenie siodełka, odpowiadające raczej wydęciu tegoż wskutek wodogłowia, prelegent rozpoznaje: guz mózdzku, może zanik boczny i to po stronie lewej i w następstwie tegoż wodogłowia wewnętrzne, powodujące ucisk na przysadkę, której upośledzenie czynnościowe daje objawy zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego według typu Fröhlicha.

(Lwow. Tygod. Lek. 1911).

---

## Z NIEMIECKICH TOWARZYSTW I ZJAZDÓW LEKARSKICH.

---

EHRLICH (Zjazd międzynarodowy w sprawie opieki nad umysłowo-chorymi w Berlinie): Śpiączka endemiczna (Schlafkrankheit).

Choroba ta — trypanosomiasis zwana, zarówno klinicznie jak anatomicznie posiadająca wiele cech wspólnych z porażeniem postępującym, dale się trudno leczyć przez to, że odmiany pasorzyta, wywołującego śpiączkę, są w różnych krajach różne, a liczne są również ciała obronne — niweczniki — przez nie wywołane. Trzy możliwości istnieją przy Ehrlich'owskiej *therapia magna sterilisans*: a) *casus faustus*, szybko dający się poprawić drobną dawką odtrutki, b) *casus dubius*, wymagający dużej, czasem maksymalnej dawki i c) *casus infaustus*, w którym i niebezpieczne dawki niewiele pomagają. Problem leczenia śpiączki i porażenia postępującego zdaje się być identyczny (Przypisek sprawozdawcy: Na tymże Zjeździe Mott referował tenże temat, a A Marie przedstawił udatne zdjęcia kinematograficzne z żywych trypanozom Bruce'a i Lewis'a oraz pokrewnych im *spirillae recurrentis* i spirochety kurzej i żółtej).

---



## BIBLIOGRAFJA.

---

J. A. SIKORSKI. Osnowy teoretyczeskoj i kliniczeskoj psychiatrii z kratkim oczerkom sudiebnoj psychologii str. X i 702. Kijów 1911. Rb. 7.50.

Podręcznik Sikorskiego, profesora psychiatrii w Kijowie znacznie przewyższa rozmiarami dawne szkice z dziedziny psychiatrii autorów rosyjskich: Korsakowa i Serbskiego.

We wstępie do swoich „podstaw psychiatrii teoretycznej i klinicznej” autor uprzedza czytelnika, że w części klinicznej będzie nieco wstrzemięźliwszy, dając może mniej, aniżeli by należało, gdyż jedynie to, co „w rzeczywistości istnieje”, niezależnie od teorii, że natomiast ze swoją osobistą ewolucją naukową szeroko będzie traktować dział teoretyczny, psychologiczny, zazwyczaj po macoszemu traktowany. Dom dla obłąkanych stanowi według autora nie tylko lecznicę, ale i stację naukową, w której narzędzia naukowe winny sygnalizować poważne niebezpieczeństwo, grożące stronie psychicznej zdrowia publicznego. Brak takiego instrumentarium na oddziale psychiatrycznym równa się nieobecności termometru na sali infekcyjnej.

Po części wstępnej, dyskutującej nad postulatami i dezyderatami psychiatrii nowoczesnej, autor przechodzi do metodologii. W rozdziale ogólnej symptomatologii metodologicznej, obejmującym około 100 stron, rozpatruje szczegółowo mimikę, gesty i pozy, zależnie od aktów woli, od wahań napięcia umysłowego (uwaga), od poszczególnych stanów uczuciowych (smutek, gniew, zadowolenie, wstręt, strach, zdumienie, upadek ducha, ekstaza miłości i t. d.), od rasy, wieku, płci i temperamentu, analizując jednocześnie towarzyszące stanom uczuciowym uchylenia od normy pewnych czynności zjawisk i stanów somatycznych, zwłaszcza zachowanie się tętna, oddechu, przemiany materji, napięcia mięśni mimicznych twarzy i muskulatury fonacyjno-artykulacyjnej. Bardzo obfite zdjęcia, reprodukcje i krzywe ilustrują mniej więcej dobitnie wyraz twarzy normalnych i chorych ludzi w rozmaitych stanach wzruszenia, ich krzywe tętna i oddechu. Dział patologji antropologicznej, szczegółowo na 25 stronach traktowany, zaokrągla pierwszy rozdział, krytycznie rozpatrując oznaki zwyrodnienia: fizyczne, fizjologiczne i psychiczne.

Szczegółowa część symptomatologii w dwójnasób większej



objętości, około 200 stronicy zajmująca, oddzielnie rozpatruje, opierając się na najnowszym piśmiennictwie doświadczalno-psychologicznem: 1) czynności umysłowe życia świadomego (zaburzenia uwagi, percepcji, pamięci, kojarzeń i reprodukcji, złudzenia, omamy), 2) psychologję i patologję uczuć, 3) psychopatologję woli, 4) czynności stanu bezwiednego i podświadomego (sen, marzenia senne, czucia ogólne, wpływ dziedziczności na psychikę osobniczą), 5) zmiany osobowości (wpływ rozumu na wolę i uczucie, indywidualizm, emocyjność chorobliwą, nieomogę psychiczną osobnika degeneracyjnego, zniszczenie jaźni, zerwanie osobowości ze światem zewnętrznym, utratę inicjatywy, stosunek geniusza do obłąkania).

W dziale 3-im, dotyczącym semiotyki psychiatrycznej, S. usiłuje na 70 str. zastosować dane z poprzednich rozdziałów do psychjatrji jako nauki konkretnej. Tu się po raz pierwszy spotykamy z klasyfikacją patologicznych zmian osobowości (*confusion mentale aiguë*, emocje i popędy, złożone, emocje patologiczne, zachowanie, zmiana i rozpad jaźni).

Dość pobieżnie wypadł dział etiologii psychoz, rozpatrujący trzy zasadnicze grupy przyczynowe: 1) konkretną (wpływ narodowości, warunków życiowych, płci, zawodu, rasy, wieku), 2) dziedziczną i 3) toksyczną (ekso — i endogenetycznych). Do wewnątrzpochodnych zaliczone są też psychozy, powstałe na tle przepracowania i wpływu jądów zmęczenia (*Ermüdungsstoffe*).

Następny rozdział, najobszerniejszy, na 200 z górą stronicach omawia klinikę chorób umysłowych, t. j. ich ddiagnozę, przebieg i klasyfikację. Autor zdaje się podzielać klasyfikację, zaproponowaną przed kilku laty przez Junga, psychiatry zurychskiego. Z dziedziny nie zrównoważenia psychicznego (*instabilité, Haltlosigkeit*), obejmującego samobójców zawodowych, obłąd moralny, pewne postaci neurastenji i psychastenji, hysterji i choroby woli S. stopniowo przechodzi do dziedziny psychoz katexochen. Wśród nich rozróżnia: 1) mania depressiva (z poddziałem melancholji i manji czystej), 2) psychozy toksyczne, 3) psychozy autointoksykacyjne, 4) *dementia acuta*, 5) *paraphoria*, 6) *paranoia*, 7) *hypochondria*, 8) psychozy organiczne, 9) psychozy epileptyczne i 10) anomalje rozwojowe psychiki. Według materiału autora statystyka częstości głównych grup powyższych przedstawia się następująco: psychozy epileptyczne — 3%, mania depressiva — 6%, *paranoia* — 6%, anomalje rozwojowe umysłu — 9%, intoksykacje przewlekłe — 14%, psychozy organiczne — 17% i psychozy demencyjne — 45%.

W rozdziale tym uderza sprawozdawcę kilka punktów, godnych podkreślenia. Do grupy *dementiae acutae* S. zalicza też *dementia paranoides*, która później spotyka się i w grupach *paranoi* i *paraforji*. Do grup psychozy organicznych wciąż



ga S. głównie *dementia senilis* i *paralytica*, zaś do działu anomalji rozwojowych oprócz idjotyzmu psychozy wieku dziecięcego. W statystyce uderza: a) częstość paranoi, której większość niemieckich psychiatrów znajduje mniej niż 1%, b) prawie jednakowa częstość paranoi i manji depresyjnej, 2) znaczna przewaga hebefrenji, katatonji i wogóle psychoz demencyjnych — prawie ośmiokrotna — nad manją depresyjną. Ze w późniejszych okresach nie łatwo odróżnić od siebie intoksykacje, przewlekłe psychozy organiczne i psychozy demencyjne, gdyż wszystkie prowadzą do otępienia, nie trzeba chyba dowodzić.

Ze wszystkich grup najmętniej się odznacza i najbardziej zartate granice posiada grupa parafrenji, pomimo że S. bliżej ją charakteryzuje, podając pięć zasadniczych jej właściwości i podkreślając w jednym miejscu podobieństwo do halucynacyj rzekomych mięśniowo-dotykowych niemieckich autorów, do kojnostezjopatji francuskich psychiatrów i erytofobji klinicystów rosyjskich. Również nie wiele się przyczynia do rozgraniczenia parafrenji zakończenie rozdziału semiotyką porównawczą psychoz afekcyjnych, demencyjnych, paranoidnych i parafrenyjnych.

Rozdział o terapii porusza obok sprawy zapobiegania leczenie moralne za pomocą osoby lekarza, izolacji, pracy, środków fizykalnych, seroterapij, formakoterapij i zakładów leczniczych.

Omawianie spraw anatomo-patologicznych zabiera autorowi około 4 stronic. Ostatnie 20 stronic, kończących 700 stronicową księgę, autor w krótkich zarysach poświęca sądowo-lekarskiej psychologii i ekspertyzie oraz metodyce i instrumentarium psychiatrycznemu, przy której to sposobności S. polemizuje z Pawłowem i Bechterewem i ich poglądami na psychologję przedmiotową. Jak poucza załączonych 360 figur i krzywych, autor często korzysta w klinice z przyrządów, umożliwiających przedmiotowe traktowanie zdobyczy psychiatrii klinicznej. Jako minimum narzędzi, o ile wywnioskowałem, uważa S. dla kliniki: 1) kimograf, 2) sfigmograf, chronograf *Jacquet*a, 4) pneumograf, 5) sfigmometr, 6) aparat, określający uderzenia serca, 7) dynamometr, 8) kamerton i kilka innych mniejszych. Wszystkie te — o ile się wyłącza precyzyjne aparaty pracowni psychologicznych, mierzące czynności duchowe — kosztują razem 700 rb. i są zdaniem S. niezbędne niezależnie od pracowni chemicznej, umożliwiającej badanie przemiany materji (Zakład psychiatryczny gub. Wileńskiej zaopatrzone jest w piękny i dobrowy zbiór odnośnych narzędzi).

Na ogół praca Sikorskiego robi wrażenie bardzo sumiennej i poważnej, głęboko pomyślanej i opartej na doświadczeniu 35 letniem autora, który sam przeżył ewolucję i rozwój psychiatrii jako nauki i sztuki. Ze autor bardzo popularnych w Rossji „Początków psychologji“ i obszernej, w 2 wydaniu wyczerpanej



„Psychologii ogólnej“ będzie z szczególnym pietyzmem traktował dział ogólny, psychologiczny i fizjologiczny, było do przewidzenia. Ilekroć porusza sprawę rozpoznawania otępienia lub psychoz u dzieci i leczenia zapobiegawczego tychże, poznać w nim humanitarnego i doświadczonego autora „Duszy młodzieńca“ i głębszych „Podstaw psychologii wychowania i nauczania“.

Żałować należy, że autor zbyt często w części szczegółowej powołuje się na część ogólną, odrywając uwagę czytelnika od tematu i nużąc ciągłymi odsyłaczami do poprzednich rozdziałów.

Opracowanie dzieła jest nader oryginalne, język potoczny, papier wyborowy, druk czysty, ilustracje nie zawsze przekonujące.

H. Higier.

JAMES MACKENZIE. Krankheitszeichen und ihre Auslegung. 1911 str. 200\*).

W Anglii spotykamy typy lekarzy w rodzaju Horsley'a, jednocześnie znakomitego fizjologa, neuropatologa i słynnego eksperymentatora — chirurga, lub w rodzaju Mackenziego, autora niniejszej monografji „O objawach choroby i ich tłumaczeniu“, neurologa zawodowego, przy Westend-Hospital i jednocześnie twórcy znakomitych prac: „z nauki o tętnie“ i podręcznika „O chorobach sercowych“, tłumaczonego na wszystkie języki europejskie. I w nagłówku wymieniona 200 stronicowa praca, w założeniu nader oryginalna, znalazła wkrótce po wyjściu w druku świetną tłumaczkę, na język niemiecki, E. Müllerową i sumiennego korektora w osobie jej męża, prof. J. Müllera, naczelnego lekarza szpitala w Norymberdze.

W książce tej Mackenzie daje pewien nowy system symptomatologiczny chorób wewnętrznych, oparty głównie na badaniu dotykiem (palpacyjnem) okolicy dotkniętych narządów wewnętrznych. Rewizja, której M. poddaje powszechnie panujące poglądy na bolesność uciskową narządów wewnętrznych (nerek, wątroby, żołądka, kiszek, pęcherza i t. d.) i na towarzyszące skurcze otaczających mięśni oraz nadwrażliwość skórą, wypada nader niepocholebnie dla medycyny wewnętrznej. M. neguje zupełnie wrażliwość bólową narządów wewnętrznych i przylegających błon surowiczych (błony maziowej stawów, opłucny, otrzewny), przypisując towarzyszące bóle, nadwrażliwość skóry i skurcz mięśni otaczającym tkankom, a powstawanie tychże objawów

\*) W oryginale angielskim tytuł brzmi: Symptoms and their interpretation.



specjalnym odruchom w obrębie układu n. współczulnego. Stosunek anatomo-fizjologiczny układu mózgowo-rdzeniowego do n. współczulnego tłumaczy większość odnośnych zjawisk klinicznych. Jeżeli dzięki zachorzeniu narządu wewnętrznego zwiększa się dopływ podniet od niego do rdzenia, to pobudzenie układu ośrodkowego przenosi się na otaczające komórki nerwowe, które odpowiadają swoistym odczynem czynnikowym (bolem, wydzielaniem, skurczem). W stanie prawidłowym błona śluzowa przewodu pokarmowego od górnego odcinka przełyku do początku kanału odchodowego jest na dotyk nieczuła, a jedynie przełyk i odbytnica są na ciepło wrażliwe. W chorobach wewnętrznych jamy brzusznej powstaje wyłącznie uczucie ucisku — zazwyczaj w linii środkowej — przechodzące w ból dopiero, gdy cierpią otaczające tkanki pozaotrzewnowe.

Ból odruchowy odcinka skóry lub mięśnia, odpowiadającego segmentalnie zajętemu narządowi, nie koniecznie musi odpowiadać zgruba położeniu danego narządu, jak to widzimy z bólem w dołku wobec wrzodu bocznej ściany żołądka lub z bólem nad spojeniem łonowym wobec nieżyty przewlekłego okrężnicy zstępującej.

Metodyka badania bólów uciskowych, nadwrażliwości pasów skórnych i umiejscowionych skurczów mięśni jest bardzo łatwa i daje wynik nie mniej ważny dla lokalizacji choroby, niż wiele nowszych metod laboratoryjnych, nader złożonych, praktykowi — lekarzowi mało przydatnych i niedostępnych. Lekarz, śledzący rozwój nauki z ostatniego dziesięciolecia o czuciu narządów wewnętrznych, spostrzeże w pracy Mackenziego nie mało myśli, zaczerpniętych z prac jego rodaków — zwłaszcza Rossa, Head'a, Sherringtona, Lennondera i Stewarta. W tak celowo ułożony system znajdzie jednak rzecz całą przedstawioną po raz pierwszy u Mackenziego, który osobiście około lat 20-tu w tym właśnie kierunku pracował.

Pierwsze 10 rozdziałów książki, względnie najciekawszych, obejmują część ogólną o bólu zewnętrznym i wewnętrznym, pośrednim i bezpośrednim, hyperalgezi skóry, istocie i cechach odruchów trzewnych (ruchowych, czuciowych, wydzielniczych, naczyniowych). Następnich 12 rozdziałów omawia poszczególne narządy, przyczem słusznie najwięcej miejsca poświęcono narządowi trawiennemu i sercowemu. Ostatni rozdział w terapii przypadnie niewątpliwie do przekonania empirykom, lekarzom starszej daty, którzy środkami zewnętrznymi przy chorobach wewnętrznych na drodze odruchowej osiągalni dawniej i osiągalni obecnie nieraz dość poważne wyniki lecznicze ku zadowoleniu własnemu i powierzonych ich pieczy chorych. Aczkolwiek objaśnienia Mackenziego w wielu miejscach noszą cechę hipotezy, nie wszędzie i nie zawsze dostatecznie uzasadnionej, jednak dzia-



łają one, dzięki licznym nowym poglądom, niewątpliwie nader pobudzająco w kierunku obserwacji klinicznej i pozostaną dla lekarza naukowo i logicznie myślącego bodźcem poważnym do dalszego rozwoju tej myśli zasadniczej, która ulegnie z czasem nie jednej poprawce i nie jednemu ograniczeniu. Na ogół otrzymuje się przy czytaniu książki wrażenie, że autor, mało ufając wiedzy przeciętnego czytelnika, zbyt popularyzował swoje myśli i przeto rozszerzył niechcący ramy swojej ciekawej i oryginalnej conajmniej w dwójnasób. Na kilkunastu schematach zobrazowane zostały bardzo pogładowo strefy hyperalgezji skóry w różnych sprawach chorobnych narządów wewnętrznych.

H. Higier.

---

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

---

---

Podczas XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który odbył się w Krakowie w lipcu r. b., urządzone zostało staraniem prof. Piltza specjalne posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne, w programie oficjalnym nieprzewidziane. Na posiedzeniu tem odbyła się nasamprzód dyskusja z powodu referatu T. Jaroszyńskiego „o nerwicach“, która za temat główny miała teorię Freuda i wznowioną została po odczycie Jekelsa (Bystra) p. t. „O stosunku lekarza do pacjenta ze stanowiska teorii Freuda“. W dyskusji brali udział: Jekels, Rydel (Kraków), prof. Halban (Lwów), Rychliński (Warszawa), Jaroszyński (Warszawa), Bornstein (Warszawa).

W dalszym ciągu wygłoszono szereg odczytów: Stanisław Kozłowski (Ojców) mówił „o przemianie azotowej w padaczkę“. Doc. Nowicki (Lwów) referował anatomiczną część pracy, wykonanej z doc. Orzechowskim p. p. „Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena, jako jednostki anatomicznie pokrewne“, wreszcie doc. Hornowski (Lwów) wygłosił odczyt p. t. „Przyczynę do nauki o erytromelalgii“ (pracy tej dokonał razem z St. Rudzkim), przedstawiwszy przytem preparaty histopatologiczne.

Przewodniczyli na posiedzeniu prof. Halban (Lwów) i M. Bornstein (Warszawa).

Obowiązki sekretarzyów pełnili naprzemian Borowiecki (Kraków), Rogalski (Kraków), Jasiński (Kraków).

---

---

Dnia 25 i 26 września r. b. odbędzie się w Monachjum międzynarodowy Zjazd, poświęcony psychologii i psychoterapii.

---

---



## TREŚĆ ZESZYTU II TOMU II.

### PRACE ORYGINALNE.

|   |     |
|---|-----|
| J. Babiński. O t. zw. zawrocie od prądu galwanicznego (vertige voltaique) w przypadkach cierpień błędnika . . . | 125 |
| T. Jaroszyński. O istocie stanów neurastenicznych . . .   | 131 |
| M. Bornstein. O zaburzeniach psychicznych u zwyrodniałych. (dokończ.) . . . . .                                 | 168 |
| STRESZCZENIA . . . . .  | 186 |

### NEUROLOGJA.

**ANATOMJA.** Rhein. Badania anatomiczne nad pęczkiem czołowo-potylicznym oraz makatą str. 190. Wilder. Niezmiernie mały mózg u osobnika normalnego pod względem władz umysłowych str. 190. Kirchhoff. Tory czuciowo-ruchowe dla mimiki str. 196. Bickel. O zachowaniu się włókienek nerwowych w warunkach patologicznych str. 200. Hoestermann. Przyczynek do nauki o torach odśrodkowych mózdkowych u ludzi str. 201.

**SYMPTOMATOLOGJA.** S. Goldflam. O prostej podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka str. 187. Newmark. Przypadek przewrotnego odczuwania ciepła str. 190. Fairbanks. Drugostronny odruch podeszwowy str. 191. Kidd. Jednostronny skrzyżowany odruch podeszwowy z rozgięciem palucha str. 192. Mamourian i Smith. Czynniki mechaniczne w powstawaniu tarczy zastoinowej str. 193. Salomon. Nowy sposób otrzymywania odruchu kolanowego str. 203. Pool. O objawie nożnym w łożu str. 203. Hartwich. Bact. coli w płynie mózgo-rdzeniowym str. 205. Hohn. Własności płynu mózgo-rdzeniowego w zapaleniu opon gruzliczem str. 205.

**CIERPIENIA MÓZGU.** J. Rothfeld. O okresie porażeniu nerwu okoruchowego z opisem dwóch przypadków str. 186. Edwards i Catterill. Guz mózgowia z astereognozą, wyleczony operacyjnie str. 191. Campbell. Agrafja w przypadku nowotworu zakrętu czołowego str. 192. Call. Dwa przypadki niemoty wrodzonej u dzieci str. 193. Godlee i Williams. Uwagi nad zatorem tłuszczowym mózgu str. 194. Mingazini. Nowe kliniczne i anatomiczno-patologiczne badania nad guzami i ropniami mózgu str. 196. Volland. O wielkomózgowiu (megalencephalia) str. 199. Cassirer i Mühsam. O wycięciu znacznego naczyniaka mózgu str. 205.

**CIERPIENIA RDZENIA.** Allen. Zaburzenia czuciowe w jednym przypadku jamistości rdzenia str. 189. Bliss. Zwicnięcie 6-go kręgu



szyjowego str. 189. Paul. Rozmiękczenie rozsiane w rdzeniu przy raku trzustki str. 192. Batten. Postępujący rdzeniowy zanik mięśni u dzieci (postać Werdnig-Hoffmann'a) str. 195. Vix. Przyczynek kliniczny i anatomo-patologiczny do nauki o rdzeniowym postępującym zaniku mięśni str. 198.

**CIERPIENIA MIĘŚNI.** H. Begleiter. Przypadek postępującego kostnienia mięśni str. 186. Godwin Greenfield. Historia choroby rodziny z „myotonia atrophica“ i kataraktą str. 191.

**CHROMANIE PRZESTANKOWE.** Schlesinger. Spostrzeżenia kliniczne nad chromaniem przestankowym str. 201. Pelnar. Postać ostra chromania przestankowego str. 202. Magnus-Loevy. Chromanie przestankowe oraz cierpienie rdzenia po zatruciu wyciągiem poprotki samczej str. 204.

**VARIA.** Keith. Badania nad zmianami szkieletu w akromegalji str. 194. Hertz. Czucie kanału pokarmowego w zdrowiu i chorobie str. 194. Lake. Dziesięć operowanych przypadków choroby Meniere'a str. 196. Kalischer. O adalinie, nowym środku nasennym str. 202. Geist. Przypadek niedorozwoju połowiczego str. 203. Baccelli. Wyniki statystyczne leczenia tężca za pomocą wstrzykiwania fenolu str. 206.

## PSYCHJATRJA.

E. Jelliffe. Praedementia praecox: dziedziczne i organiczne cechy otępienia wczesnego str. 187. Timofiejew. Dementia praecox pseudo-paralitica str. 207. Wohlwill. W sprawie porażenia postępującego pochodzenia urazowego str. 199. Trapet. O zaburzeniach w rozwoju mózgu w porażeniu postępującem młodzieńcem str. 200. Loewenstein. O leczeniu porażenia postępującego wstrzykiwaniami nukleinianu sodu str. 204. Rogalski. Przyczynek do kazuistyki młodzieńczej postaci idjotyzmu amaurotycznego str. 198. Robertson. O zadumie str. 193. Longworth. Ciśnienie krwi w chorobach umysłowych str. 193. Mott. O dziedziczności i chorobach umysłowych str. 195. Savage. Choroby umysłowe a samobójstwa str. 195. Leibowitz. W sprawie naśladowania obłądu str. 197. Raecke. Opieka nad dziećmi zbrodniczymi w stanie New-York str. 200. Tomaschny. O stosowaniu pantoponu w psychjatrji str. 203. Thomsen, Boas, Hjort i Leschly. Badanie głuptaków, epileptyków, ociemniałych i głuchoniemych za pomocą reakcji Wassermann'a str. 206. Wyrubow. W sprawie opieki i leczenia umysłowo chorych przestępców str. 206. Kopystinski. Psychoza w chorobie Basedowa leczona antithyreoidyną str. 207. Liassa. Przypadek automatyzmu str. 207.



**TOWARZYSTWA LEKARSKIE.**

|  |     |
|--|-----|
| Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia neurologiczno-<br>psychiatryczne: |     |
| d. 18 Lutego 1911 r. . . . .   | 208 |
| d. 18 Marca 1911 r.. . . . .   | 226 |
| Towarzystwo Lekarskie Lwowskie . . . . .   | 233 |
| Z niemieckich Towarz. i Zjazdów Lekarskich . . . . .                             | 235 |

---

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| BIBLIOGRAFJA. . . . .       | 236 |
| WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. . . . . | 241 |

---

---

---

---

Redaktor i wydawca: DR. LUDWIK DYDYŃSKI.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Warszawa, Nowogrodzka 17.