

NEUROLOGJA □ □ □ □ □ POLSKA

TOM II. ZESZYT III. LISTOPAD — GRUDZIEŃ 1911.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra E. Flatau
w szpitalu na Czystem.

POSTĘPUJĄCY TORSYJNY KURCZ U DZIECI.

podali

E. FLATAU i W. STERLING.

Przypadek I.

M. H. Chłopiec 8-letni wyznania żydowskiego.

Badanie po przybyciu chorego do szpitala d. 5.XII 1909 r. wykazało co następuje:

Mniej więcej 9 miesięcy temu chłopiec uderzył się w lewą stopę w okolicę kostki wewnętrznej (malleoli interni); od tego czasu otoczenie chorego zauważyło, że chód jego uległ zmianie, chodząc mianowicie — trzymał całą lewą kończynę dolną sztywno, zaś stopę stawiał w ten sposób, że opierał ją zewnętrznym brzegiem i poczęści powierzchnią grzbietową o podłogę. Również w spokoju, przy staniu lub siedzeniu trzymał lewą kończynę dolną nienormalnie, mianowicie prawie stale przykurczoną i zgiętą w stawie kolanowym. W ostatnich czasach podobno te same objawy — jakkolwiek w słabszym stopniu — wystąpiły i w prawej kończynie dolnej. W ostatnich czasach również zauważyła rodzina,

że chłopiec niechętnie i niezręcznie posługuje się prawą kończyną górną, że kończyna ta drży podczas ruchów zamiarowych, że chory niezręcznie ujmuje prawą dłonią przedmioty, które nawet czasem wypadają mu z ręki. Drgawek nie miewał, przytomności nie tracił. Był zawsze dzieckiem nerwowem. Umysłowo rozwijał się prawidłowo.

Stan obecny.

Chłopiec dobrej budowy, miernego odżywiania.

W narządach wewnętrznych brak zmian.

Czaszka duża, nieforemna, duże odstające uszy.

Żrenice równe, dobrze reagują na światło.

Ruchy gałek ocznych zachowane.

Czucie na twarzy bez zmian.

Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych nigdzie nie wykazuje wyraźnego upośledzenia.

Wybitne wzmoczenie napięcia mięśniowego w mięśniach kończyn dolnych, zwłaszcza prawej.

Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostny promienia obustronnie słabe.

Odruch kolanowy lewy zachowany, prawego nie udaje się wywołać wskutek wzmoczonego napięcia mięśniowego.

Odruchy z ścięgien Achillesa zachowane.

Odruch stopowy normalny.

Brak jakichkolwiek zmian czucia.

Najwybitniejsze zaburzenia występują przy ruchach prawą kończyną górną: rozmiary ruchów w palcach, w stawie napiętkowym i łokciowym nie są ograniczone, rozmiary ruchów w stawie barkowym są ograniczone o tyle, że chory swobodnie może unieść kończynę tylko nieznacznie po nad płaszczyznę poziomą; przy podnoszeniu kończyny do płaszczyzny pionowej, co przy wysiłkach jest możliwe, występuje cały szereg ruchów towarzyszących pomocniczych — chory mianowicie przechyla kręgosłup w lewo, opuszcza głowę na lewe ramię, doprowadza łopatkę prawie do kręgosłupa, przyczem napina się cały szereg mięśni z prawej strony szyi (cucullaris, subscapularis, serratus), jednocześnie z podnoszeniem ramion chory cofa je ku tyłowi, przyczem wykonywa ramieniem i przedramieniem cały szereg ruchów sakkadowanych i drżących ku przodowi i ku tyłowi. Odprowadzanie

i doprowadzanie do klatki piersiowej odbywa się w normalnych rozmiarach, ale ruchy te są bardzo niezręczne. Siła tych wszystkich ruchów w stawie barkowym nie wydaje się nigdzie zmniejszoną.

Rozmiary ruchów w prawym stawie łokciowym nie są ograniczone, siła tych ruchów nie odchyła się wyraźnie od normy, chory zginanie i rozginanie przedramienia może wykonywać w normalnie szybkim tempie.

Natomiast zwracanie na wewnątrz i na zewnątrz przedramienia wykonywa bardzo powoli i niezręcznie. Przytem ruchów tych nie jest w stanie wykonywać w sposób izolowany, towarzyszy im cały szereg ruchów w odcinkach kończyny bliższych osi ciała — w okolicy stawu barkowego prawego oraz pasa obojczykowego — mianowicie każdemu ruchowi zwracania przedramienia na zewnątrz towarzyszy silne rzutowe przywodzenie ramienia do klatki piersiowej, zaś ruchowi zwracania na wewnątrz — odwodzenie. Chory przytem pochyla głowę ku przodowi na prawo, przegina się cały w prawą stronę, podnosi łopatkę ku górze, czasem wyprostowuje wszystkie palce prawej dłoni — uskarża się przytem na uczucie ściągania w okolicy prawego stawu barkowego.

Analogiczne zaburzenia występują przy pisaniu prawą ręką. Chory ujmuje pióro między palce dość niezgrabnie, ale utrzymuje je dobrze, nie opiera jednak napiątku o stół, ale wykonywa cały szereg gwałtownych ruchów zginających i rozginających przedramieniem w ten sposób, że strzałkowa powierzchnia uderza kilkakrotnie w stół, jednocześnie cała dłoń wykrzywia się w kierunku strzałkowym, ramię cofa się ku tyłowi i doprowadza do klatki piersiowej, głowa przegina się na ramię, napinają się mięśnie prawego pasa obojczykowego, chory uskarża się na ściąganie w prawym stawie barkowym — i dopiero po przewyciężeniu całego szeregu niepotrzebnych hamujących ruchów towarzyszących — udaje się choremu napisać literę w sposób drżący i niewyraźny.

Próbę palcososową, którą lewą kończyną górną wykonywa dokładnie, prawą wykonywa w ten sposób, że kończyna zawsze zwraca się ku twarzy grzbietową powierzchnią i wskazujący palec nigdy nie dotyka nosa brzuścem, lecz stale stroną paznokciową. W przeciwieństwie do wszystkich tych ruchów — ru-

chy drobne palcami wykonywa dość zręcznie i szybko — przedmioty nawet drobne ujmuje w palce szybko i zręcznie.

Siła mięśniowa prawej kończyny dolnej jest normalna — w pozycji leżącej i siedzącej kończyna jest prawie zawsze przykurczona w stawie kolanowym, które to przykurczenie łatwo jest przemódz. Również i lewa kończyna wykazuje wzmożone napięcie i przykurczenie w stawie kolanowym; jest ono nie-stałe i udaje się je przemódz.

Siła mięśniowa lewej kończyny dolnej nie wykazuje osłabienia, jednakże w pozycji leżącej chory nie jest w stanie en-masse wyprostowanej kończyny unieść po nad łożko; chcąc ruch ten wykonać dopomaga sobie unosząc kończynę obiema rękami. Po-szczególne jednak ruchy w pojedynczych stawach wykonywa z siłą dostateczną.

Chodzi dość szybko, może nawet biegać, przy chodzeniu stale stawia lewą stopę zewnętrznym brzegiem na podłogę.

10.I.1910 r. W stanie chorego wyraźnej zmiany nie widać. Skarży się w dalszym ciągu na uczucie ściągania w okolicy pra-wego stawu barkowego. Chód w dalszym ciągu jest nienormalny, przy chodzeniu przykurcza stale bądź prawą, bądź lewą koń-czynę dolną w stawach biodrowych i kolanowych.

21.I.10. Chory dzisiaj gorączkuje (38°). W narządach we-wnętrznych nic patologicznego nie wykryto.

22 i 23.I.10. Stan bezgorączkowy.

24.I.10. Wczoraj wieczorem chory gorączkował (38°). Dzi-siaj rano 37° . Śledziona nieznacznie powiększona. Na t. płucnej lekki podmuch systoliczny. Poza tem brak zmian w narzą-dach wewnętrznych.

25.I.10. Stan bezgorączkowy. Chodzi w sposób dziwaczny z podgiętemi nogami, skacząc na jednej nodze, przechylając się naprzód.

7.II.10. Wypisuje się bez poprawy.

Stan chorego po ponownem wstąpieniu
do szpitala d. 28.II 1911.

Po wypisaniu się ze szpitala leczył się masażem, kąpielami gazowo-igliwiowymi i kataplazmami na lewą nogę i prawą rękę—

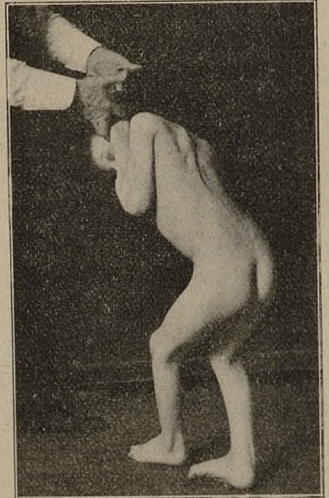
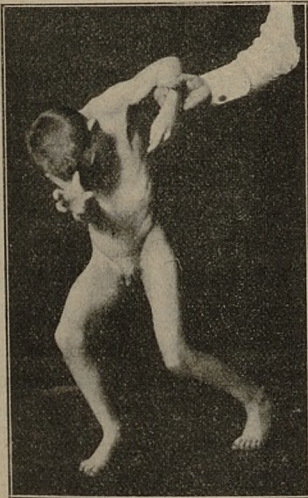
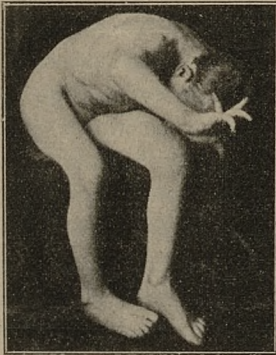
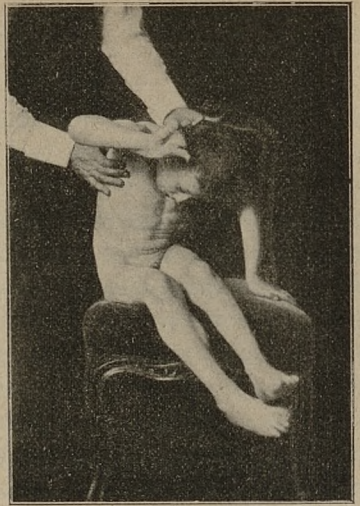
po 2 tygodniach nastąpić miało pewne polepszenie — o tyle, że chłopiec mógł sam chodzić po ogrodzie, chodził jednak powoli, kulejąc, i trzeba go było przytrzymywać, mógł wtedy napisać kilka słów, jakkolwiek niezręcznie, trzymać książkę w rękę, mógł sam jeść. Ta poprawa trwała dwa miesiące, następnie przebył miesiąc w pensjonacie letnim w Chylicach, gdzie stan fizyczny uległ poprawie, ale ruchy pozostały bez zmiany. Następnie leczony był przez pewien czas hypnotyzmem, jednakże bez żadnego wyniku. W czerwcu był w Ciechocinku, gdzie wzięt 30 solanek i 15 okładów błotnych, prócz tego szafki parowe. Już w samym Ciechocinku stan pogorszył się o tyle, że chory nie mógł siedzieć o własnych siłach, gdyż wystąpiły ruchy skrecające tułowia oraz ruchy w lewej ręce, przestał sam chodzić — i trzeba go było wozić w wózku. W sierpniu zawieziono go do Berlina, gdzie przebył 5 tygodni (badali go: Ziehen, Oppenheim, Brieger, Karewski), leczono go w klinice Joselewskiego masażem, kąpielami, naświetlaniem i elektryzacją (T. Cohn). Po elektryzacji (faradyzacji) stan uległ znacznemu pogorszeniu: nie mógł już sam jeść, głowa skręcała się silniej. We wrześniu powrócił do Warszawy — i przez kilka miesięcy stan pozostawał bez zmiany. Przez dwa miesiące zupełnie go nie leczono. W listopadzie zupełnie nieoczekiwanie podobno wstał, ubrał się, chodził po pokoju, pomagając sobie tylko laseczką i przez 3 dni czuł się zupełnie dobrze. Zaczęto wtedy znów stosować masaż i kąpiele, poczem powtórnie nastąpiło pogorszenie, od miesiąca stan jest znacznie gorszy — tak że chory jest zupełnie bezwładny, sam nie może ubrać się, nawet w łóżku nie może przewrócić z boku na bok, trzeba go karmić. Podobno może przez krótki czas utrzymać książkę i czytać. Żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu i kału nie było. Bólów nie miewał ani w kończynach ani w tułowiu. Pod względem intelektualnym absolutnie żadnych zaburzeń nie zauważono; chory nie mógł wprawdzie na skutek choroby uczyć się, jednakże dostrzeżono znaczny rozwój umysłowy, dużą zdolność spostrzegania, pamięć; dokładnie analizuje swe cierpienie, krytycznie zapatruje się na nie, wykazuje przytem usposobienie pogodne, cierpliwe, pragnąłby tylko wyleczyć się, ażeby mógł się uczyć. Będąc w Berlinie, podobno bardzo szybko nauczył się mówić po niemiecku.

Stan obecny.

Najglówniejszym i najbardziej znamionym rysem choroby są prawie ciągle ruchy o charakterze sprężynowym, które występują w najrozmaitszych okolicach ciała, jednakże z wyraźną predylekcją do poszczególnych jego części i z wyraźną stereotypowością. Następnie bardzo wyraźnie występuje różnica w nateżeniu tych ruchów zależnie od tego czy chory siedzi lub leży. Przytem istnieje pewien związek pomiędzy intensywnością tych ruchów i stanem psychicznym, w którym się chory znajduje.

Opis chorego podczas siedzenia.

Bywają chwile, kiedy chory siedzi przy stole zupełnie normalnie, rozmawia, zwraca głowę do rozmawiających z nim lekarzy, spogląda po otaczających przedmiotach, opowiada o swoim cierpieniu, o swoim pobycie w Berlinie, uśmiecha się od czasu do czasu, tak że na pierwszy rzut oka wydaje się, że jest to zupełnie zdrowy normalny chłopiec. Podczas tego chwytą lewą dłońią za guzik surduta, trzyma ją na stole lub też wykonywa inne właściwe ludziom normalnym ruchy. Jeżeli jednak bliżej przyjrzeć się choremu, to nawet podczas tego okresu spokoju widać pewne objawy nienormalne: prawą dłoń trzyma przeważnie kurczowo zaciśniętą w pięść lub też kurczowo obejmuje nią brzeg stołu lub krzesła; od czasu do czasu zjawia się krótkie ledwie dostrzegalne drgnięcie lub też kurcz w prawej ręce: czasem zadrzą palce, zjawi się krótki ruch zwracania dłoni na wewnątrz i na zewnątrz, błyskawiczny ruch wyprostny w stawie napiętkowym z nieznacznem uniesieniem całej kończyny lub wyprostowaniem jej w łokciu. Pozatem, jeżeli bliżej analizować położenie nóg—to i w nich widać pewien stopień napięcia: nie wiszą one luźno, spokojnie, jak to bywa u dzieci, chybcząc się w powietrzu, lecz widać w nich jakieś kurczowe napięcie, przyczem prawa noga jest prawie stale silnie zgięta w kolanie, przyciśnięta do poręczy krzesła, stopa opuszczona ku dołowi, lewa noga natomiast jest bardzo wysunięta ku przodowi — i stopa ustawiona jest pod kątem prostym do goleni. Od czasu do czasu (wciąż podczas spokojnego zachowania się chłopca) widać powolny ruch



to w prawej to w lewej kończynie: ku przodowi lub ku tyłowi—tak jakgdyby ukryta w tych kończynach sprężyna powoli rozprężyła poszczególne stawy, jak zawiasy. Oprócz tych powolnych ruchów zjawiają się krótkie drgnięcia lub szereg drgnień. Ruchy powyższe nigdy prawie nie są synchroniczne w obu kończynach dolnych. Bardzo rzadko tylko się zdarza, że jednocześnie wyprostowują się obie kończyny. Ruchy te charakteru celowego nie posiadają, natomiast czynią wrażenie ruchów niezależnych zupełnie od woli; chory sam przytem zaznacza, że nogi same się poruszają i że ma przytem uczucie ściągania. Ruchy te nóg nigdy nie są miarowe; jakkolwiek po sprężynowem i wolnem ich rozgięciu następuje potem również wolne ich opuszczanie, to jednakże każdy z tych okresów może być rozmaicie długi i dość często noga jakby zastyga w połowie drogi zarówno w okresie wyprostowywania jak i zginania. Pozatem objętość tego ruchu bywa najrozmaitsza, tak że czasem noga na krótki czas odbiega od poręczy krzesła i wraca do poprzedniego swego położenia — czasem zaś objętość bywa tak duża, że chory prawie uderza nogą w dolną powierzchnię stołu, przy którym siedzi. Przy tych bardziej obszernych ruchach sam ruch bywa szybszy aniżeli przy ruchach o mniejszym rozmiarze. Wszystkie te ruchy są znacznie wybitniejsze i częstsze w lewej nodze aniżeli w prawej. Oprócz ruchów wyprostnych i zginających w kolanach widać także kombinacje z odprowadzaniem lub doprowadzaniem całej kończyny, tak że noga od czasu do czasu kieruje się do bocznego otworu stołu.

Ten względny stan spokoju trwa czasem minutę lub mniej, czasem zaś nawet parę minut, przyczem trudno jest powiedzieć, jakie motywy wpływają na powstawanie i trwanie tego spokoju. Nie ulega wątpliwości, na podstawie obserwacji, że najważniejszą rolę odgrywają tu procesy endogenetyczne t. j. procesy, które warunkują samą chorobę i które w sposób nam bliżej nieznanym jakby przestają działać w kierunku wywoływania ruchów. Następnie pewną rolę odgrywają tu również wpływy zewnętrzne jak np. raptowne stuknięcie lub nieoczekiwane pochwycenie chorego za jedną rękę, ponieważ wtedy następuje reakcja w postaci zwiększonych ruchów, lecz bynajmniej nie zawsze.

Zwykle rzecz odbywa się w ten sposób, że stan spokoju przerywa się dość raptownie; po największej części przejawia

się to w ten sposób, że nagle skręca się głowa chorego ku dołowi — tak że podbródkiem opiera się o pierś w linii środkowej, lub też na prawo, a częściej na lewo od niej. Owo skręcanie głowy jest powolne o charakterze sprężynowym, przypominające najbardziej skręcanie głowy w szyi krzywej (*torticollis*). Jednocześnie z tem skręcaniem głowy zjawia się cały szereg zupełnie nieskoordynowanych ruchów w rękach, nogach, tułowiu i tylko twarz pozostaje względnie spokojna i najwyżej widać na niej pewien grymas cierpienia. Ruchy te są poczęści celowe t. j. mają na względzie przywrócenie normalnego położenia głowy, jednocześnie jednak zjawia się cały szereg bardzo skomplikowanych ruchów, które przeszkadzają osiągnięciu tego celu — a mianowicie zarówno prawa jak i lewa ręka, szczególnie zaś prawa — wykonywa jakieś sprężynowe rzuty w ramieniu, łokciu, palce wyprostowują się lub zginają a nawet czasem wykonywują ruchy jakby przypominające *atetotyczne*, czasem widać krótkie drganie w poszczególnych palcach lub bardzo szybki ruch zwracania na wewnątrz i na zewnątrz przypominający poniekąd ruch w drżączce (*paralysis agitans*).

Jednocześnie widać, że chory stara się obu rękami nadać pewną specjalną pozycję, która ma wyraz ostateczny w pewnym stereotypowym ułożeniu kończyny względem głowy — mianowicie stara się oprzeć lewą rękę głównie na karku lub też potylicowo-ciemieniowej części głowy — i wtedy przy tym, pod względem celowości jakby paradoksalnym, ruchu głowa jakby za magicznym dotknięciem ustawia się w położeniu normalnem. Zjawia się to jednak nie zawsze, czasem głowa pozostaje w dalszym ciągu skrzywiona w dół, przyciśnięta do piersi — i wszystkie te trzepocące dookoła głowy ruchy pozostają bezowocne. Chory prosi wtedy matki, ażeby mu pomogła i podciągnęła głowę do góry (sam nigdy tego nie robi). Przeważnie jednak i to nie pomaga — i dopiero, kiedy kurcz przechodzi (ułamki minuty) — głowa podnosi się do pozycji normalnej.

Oprócz wyżej wspomnianego ruchu celowego i stereotypowego w lewej ręce, chory wyrobił sobie drugi ruch celowy i stereotypowy w prawej ręce, którym jednak posługuje się nie podczas maksymalnego opuszczania głowy, lecz wtedy, kiedy głowa zaczęła wracać do położenia normalnego lub też kiedy już powróciła i chory używa tego ruchu ażeby ją w tem położeniu

utrzymać. Ruch ten polega na tem, że chory rozgina nadmiernie w kierunku grzbietowym prawą dłoń w stawie napięstkowym, jednocześnie rozgina nadmiernie II i III palec i opiera te ostatnie dłoniową powierzchnią o głowę w okolicy prawej skroni i ucha. Przypomina ten ruch czasem salutowanie żołnierzy — ale spaczone w kierunku nadmiernego rozgięcia grzbietowego.

Co się tyczy tułowia, to bierze on w tej pozycji nieznaczny udział w ruchach. Od czasu do czasu jednak powstaje szybki jakby sprężynowy kurcz w mięśniach wyprostnych tułowia, choro jakby raptownie odrzuca w tył i w bok. Według słów matki rzut ten bywa czasem tak silny, że chory upada na podłogę na znacznej odległości od krzesła.

Opis chorego w pozycji leżącej.

O ile chorego położyć na łóżku, to przybiera on położenie dziwaczne, polegające głównie na tem, że obie kończyny dolne są silnie zgięte w kolanach i w stawach biodrowych i bardzo często skrzyżowane — tak że jama podkolanowa lewa spoczywa na prawem udzie. Stopy są ustawione pod kątem prostym do goleni: z prawej strony widać bardzo często nadmierne rozgięcie grzbietowe w stawie skokowym oraz nadmierne zgięcie podszwowe palucha. Tułów jest przytem skręcony spiralnie w ten sposób, że, podczas gdy dolna połowa tułowia (łędźwiowo-krzyżowa) leży bokiem na łóżku, górna część tułowia spoczywa prawie zupełnie na plecach, jakkolwiek przeciwległa łopatka jest nieco oddalona od pościeli. Głowa spoczywa normalnie w linii środkowej lub też zlekka skręcona w bok i ręce wykonywują prawie zawsze szereg ruchów w powietrzu. Zauważyć przytem należy, że istnieje pewna różnica pomiędzy położeniem prawych i lewych kończyn. W prawych kończynach są bardziej wyrażone objawy kurczowe aniżeli w lewych. Chory sam zaznacza, że zarówno w prawej górnej, jak i dolnej kończynie uczucie kurczu i ściągania jest większe, aniżeli w lewej. Prawą kończynę górną chory trzyma prawie zawsze wyciągniętą, uniesioną do góry — i to położenie wyciągniętej prawie jak struna kończyny zachowuje zarówno

w pozycji pionowej kończyny, jak i wtedy kiedy spoczywa na łóżku. Widać przytem, że chory ciągle ma do czynienia właśnie z prawą kończyną—i nadaje palcom opisane wyżej położenie nadmiernego wyprostowania, ażeby ją oprzeć, zgiąwszy uprzednio w łokciu, o jakąś część głowy, udo, klatkę piersiową albo o poduszkę. Lewą kończynę—o ile nie występują w niej ruchy—używa do zwykłych czynności. Co się tyczy dolnych kończyn, to tu różnica pomiędzy prawą i lewą kończyną jest mniej wyraźna—przejawia się ona głównie w bardziej częstem wyprostowywaniu poduszki palców, czego z lewej strony nie spostrzegano; następnie wydaje się, jakoby ruchy dowolne były łatwiejsze w lewej kończynie dolnej niż w prawej, że w tej ostatniej kurcz jest trwalszy i mniej skłonny do zwalniania niż z lewej strony. Opisane tylko co położenie rozmaitych części ciała ulega zmianom o tyle, że od czasu do czasu widać powolne rozkurcze w stawach biodrowych i kolanowych obu nóg i wskutek tego powstają najrozmaitsze i najbardziej karykaturalne położenia tychże: np. lewa kończyna jest maksymalnie zgięta w kolanie, przyciągnięta do brzucha, palce lewej stopy pionowo dotykają zewnętrznej powierzchni prawej goleni, lub też obie kończyny dolne zginają się maksymalnie w stawach biodrowych i kolanowych — tak że stopy wiszą w powietrzu. Kończyny górne wykazują mniejsze zmiany położenia — jakkolwiek i tutaj zarówno wskutek ruchów spazmodycznych jak i też dowolnych powstają najrozmaitsze kombinacje i wzajemne układy do ciała. W pozycji leżącej głowa bardzo rzadko podlega opisanemu powyżej ściąganiu w dół. Twarz wyraźnych ruchów kurczowych nie wykazuje. Od czasu do czasu widać tylko lekkie falowanie mięśni w okolicy ust. Od czasu do czasu zjawia się również układ ust jakby do pocałunku i mlaskanie języka. Chory utrzymuje jednak z całą stanowczością, że robi to umyślnie, „ażeby się rozerwać“. Wogóle jednak zupełny spokój twarzy ostro odcina się od ciągłej agitacji całego ciała.

Obserwując przez dłuższy czas chorego, zauważyć można, że ma on małą skłonność do zmiany położenia tułowia t. j. przez czas bardzo długi leży na wznak albo też lekko przechylony to na jeden to na drugi bok. (Tylko w nocy podobno często prosi, ażeby go przekładać z boku na bok). Tułów prawie zawsze jest lekko spiralnie skręcony do linii środkowej

ciała — zwłaszcza jeżeli chory jest ułożony na prawy albo na lewy bok. Tu już dodać można, że owo nieznaczne spiralne skrócenie tułowia pozostaje nawet wtedy, jeżeli się uda z największym wysiłkiem biernie wyprostować obie kończyny dolne. Z tą względną nieruchomością tułowia stanowią wybitny kontrast zarówno górne jak i dolne kończyny. Podczas gdy kończyny górne wykazują te same powolne lub też raptowne jakby sprężynowe ruchy, które opisano wyżej w pozycji siedzącej chorego, kończyny dolne wykonywują cały szereg ruchów, które są widoczne w pozycji siedzącej — zaledwie w postaci zaczątkowej. Co do ruchów w kończynach górnych — to oprócz zaznaczonej powyżej różnicy pomiędzy prawą a lewą kończyną — podkreślić należy jeszcze ten fakt, że w lewej kończynie od czasu do czasu występują ruchy, przypominające ruchy w płasawicy, krótkie, urywane, szybkie. Czasami występują drgania całej ręki w postaci trzepotania. Ponieważ, jak to było powiedziane, lewa ręka jest swobodniejsza, a prawa bardziej męczy chorego, to chory dość często chwytą lewą ręką za prawą, ażeby ją przytrzymać, lub też specjalnie obejmuje rozgięty duży palec prawej dłoni i w ten sposób przytrzymuje ją. Specjalnie podkreślić należy, że w palcach lewej dłoni nigdy nie spostrzegaliśmy nawet śladów ruchów atetotycznych. Co do prawej ręki, to trudniej wyrobić sobie pod tym względem zdanie, gdyż na skutek prawie niestannych przykrych sensacji ściągania lub kurczu chory stara się nadać palcom opisaną powyżej pozycję nadmiernego wyprostowania. Jednakże widać było od czasu do czasu, niezależnie od tych ruchów celowych nadmiernego rozgięcia dużego palca—rozginanie powolne lub zginanie wszystkich innych palców wraz z lekkim ich drzeniem. Nigdy jednak nie było widać tutaj owych powolnych, rytmicznych, naprzemiennych ruchów w poszczególnych palcach, które są charakterystyczne dla atetozy.

Co do kończyn dolnych — to i tutaj również w palcach nie widać charakterystycznych dla atetozy ruchów. Palce lewej nogi pozostają prawie zawsze nieruchome, palce prawej zaś są prawie stale przykurczone w kierunku podeszwy. Od czasu do czasu zjawia się jeszcze większe nasilenie kurczu palców prawej stopy. Czasem jednak kurcz ten zwalnia—i wtedy palce ustawiają się nawet w położeniu wyprostowania grzbietowego i pozostają w tem położeniu. Pozatem kończyny dolne wykonywują cały

szereg ruchów powolnych, czasem jednak, ustawiwszy się w tej lub owej zawsze karykaturalnej pozycji, jakby zastygają w niej przez kilka minut, lecz i wtedy przy bliższej obserwacji widać, że od czasu do czasu wstrząsa to jedną to drugą kończyną jakiś krótki kurcz (w grupie mięśni zginających kolano, odprowadzających, doprowadzających lub zginających udo). Charakter ruchów tych jest dwojaki: albo zbliżają się one do t. zw. *spasmus mobilis*, nie są zależne od woli, lecz od kurczu, którego natężenie podlega wahaniom, albo też mają charakter ruchów dowolnych — chory mianowicie, gdy kurcz zwalnia, stara się wyprostować kończynę, co mu się jednak nigdy całkowicie nie udaje. Prócz tego ma miejsce także kombinacja dwóch tych kategorii ruchów, kiedy chory jak się sam wyraża „siłuje się z kurczem“. Ta ostatnia kategoria ruchów dotyczy w znacznie większym stopniu kończyn górnych niż dolnych.

Streszczając zachowanie się ruchów w pozycji leżącej, powiedzieć można, że wykazują one głównie charakter ruchów powolnych, bezcelowych, z brakiem określonego rytmu i że nie są synchroniczne. Na uwagę zasługują jeszcze t. zw. „ruchy towarzyszące“. O ile chory leży spokojnie, to ruchy kurczowe mogą być bardzo nieznaczne albo też może nie być ich wcale. O ile jednak zjawiają się ruchy np. w kończynach dolnych, to widać czasem, że ma to wpływ również na nasilenie się ruchów i w kończynach górnych. Natomiast niewyraźny jest wpływ ruchów w kończynach górnych na ruchy w kończynach dolnych. Wpływ ruchów w kończynach prawych na ruchy kończyn lewych jest również nieznaczny, jakkolwiek w dolnych wyraźniejszy, niż w górnych.

C h ó d.

O ile choremu kazać wstać z łóżka i chodzić, to widać, że chory zaczyna wykonywać cały szereg ruchów rękami i nogami w najrozmaitszych kierunkach, chwytą się przytem za pościel, lecz sam wstać nie może, o ile mu do tego nie dopomóż. Podczas tej zmiany pozycji występuje wyraźna tendencja do kurczowego opuszczania głowy, która dotyka podbródkiem klatki piersiowej; jednocześnie cały tułów skręca się w bok i zlekka spiralnie; chory stoi przytem na końcach palców ze

zgiętymi kolanami; nogi są przeważnie ustawione pałakowato. Tak długo, jak głowa pochylona jest ku dołowi, chory o własnych siłach stać nie może, nawet opierając się o brzeg łóżka. Kurcz ten głowy trwa kilka a nawet czasem kilkadziesiąt minut. Chory stara się wtedy dopomódz sobie lewą ręką, którą zakłada na tył głowy — tak jak to czyni w pozycji siedzącej i dopiero po pewnym czasie głowa jakby sprężynowo wraca do pozycji pionowej, choremu robi się wtenczas znacznie lżej, może stać o własnej sile, opierając się o łóżko, lecz i wtedy trwa w dalszym ciągu bardzo silne przekrzywienie tułowia — przeważnie ku przodowi, chory stoi przytem na końcach palców z podgiętymi kolanami.

O samoistnem chodzeniu nawet mowy nie ma, chory nie może zrobić ani jednego kroku. O ile chorego podtrzymywać za obie pachy, to i wtedy nawet chodzić nie może — i albo stoi tylko na jednej nodze (na palcach), drugą zaś trzyma zgiętą w powietrzu i wykonywa nią szereg powolnych karykaturalnych ruchów, albo też stoi na obu nogach, przyczem wzajemny układ ich do siebie jest albo zlekka pałakowaty albo też nogi ustawione są równolegle, przyczem jedna wysunięta jest bardziej ku przodowi aniżeli druga. Czasem udaje się choremu raz, dwa razy stąpnąć — zawsze na końcach palców — przyczem nigdy nie widać podczas chodzenia owego charakterystycznego dla choroby Little'a maksymalnego przywodzenia ani też krzyżowania się nóg. O ile, trzymając chorego, pod pachą, przesuwać go naprzód, to chory daje się unosić, jak kloc, całe ciało jest jakby stężałe, zachowuje dziwny układ jakby skręconego spiralnie tułowia z kończynami dolnymi lekko zgiętymi w stawach biodrowych i kolanowych, ze stopami zgiętymi w kierunku podeszwy — i na tle tego ogólnego — jakby stałego kurczu — zjawiają się w nogach i w rękach opisane już powyżej powolne ruchy spazmodynamiczne.

Ruchy dowolne.

Rozkaz: podnieść prawą rękę do góry: chory podnosi ją prawie zawsze wyprostowaną jak struna, czyni to jednak powoli, zjawiają się przytem nieznaczne rzuty całej kończyny, a czasem większe drżenie.

Przy podnoszeniu lewej kończyny górnej do góry prawie odrazu na początku unoszenia kończyny zjawiają się rzuty całej kończyny zgiętej w łokciu o kolosalnych amplitudach w najrozmaitszych kierunkach. Ponieważ ruchy te po większej części wykazują pewien rytm, przypominają więc po części t. zw. *hemibalismus Kussmaul'a*, po części zaś drżenie zamiarowe w bardzo daleko posuniętych przypadkach stwardnienia wieloogniskowego. Rzuty te są tak silne, że chory z dużą siłą uderza dłonią po powierzchni ciała, po twarzy, głowie lub łóżku i podczas tych uderzeń stara się ucześcić dłonią za daną część ciała, podnieść jednak pionowo całą kończynę i utrzymać jej w tem położeniu nie może. Czasem objawy te są znacznie słabiej wyrażone, nie wykazują rytmu, amplitudy ulegają znacznym wahaniom (od nieznacznych do największych), zawsze jednak są szybkie — tak że przypominają poniekąd płasawicze. Od ruchów w stwardnieniu wieloogniskowem odróżnia je jeszcze fakt, że podczas gdy w tem ostatniem cierpieniu ruch bądź co bądź coraz bardziej zbliża się do swego celu, tutaj niema to miejsca, co najwyżej choremu udaje się przytem ucześcić najwyższego punktu swego ciała mianowicie ciemieniowej części głowy — pozatem ruchy te przez cały czas trwania cechuje mniej więcej jednakowe natężenie.

Zginanie i rozginanie stawu napięstkowego, ruchy palcami. Prawej kończyny w łokciu zgiąć samoistnie nie może, pomaga sobie w ten sposób, że lewą ręką obejmuje dłoń i przedramię i stara się wykonywać biernie ruch zginający — udaje mu się to tylko do kąta prostego. Ruch przytem jest powolny, towarzyszy mu drżenie. Innym razem opiera ramię o twarz — lecz i wtedy następuje niezupełne zgięcie. Wyprostowanie w stawie tym udaje się zawsze. Lewy łokieć zgina i rozgina szybko, powstają przytem nadmierne ruchy rzutowe. Zginanie i rozginanie napięstka jest możliwe, z prawej strony powolniejsze i sztywniejsze niż z lewej, z lewej strony towarzyszy mu ruch rzutowy o nieznacznej amplitudzie. Najłatwiej porusza chory palcami. Zarówno ruch fortepianowy, jak i od — i przywodenie palców, zginanie i rozginanie wszystkich palców *en masse* i co specjalnie podkreślić należy — ruch każdym poszczególnym palcem są możliwe. Zaznaczyć jednak należy, że ruchy palców prawej ręki są nieco sztywniejsze, bardziej związa-

ne i powolne niż z lewej, że z prawej strony w ruchach tych duży palec bierze mały udział, jest przeważnie maksymalnie tyłozgięty i dopiero, jeżeli zwrócić choremu uwagę, to porusza nim jednocześnie z innymi palcami. Przy ruchach tych z prawej strony widać pewną tendencję do wykraczania z jednej płaszczyzny. Z lewej strony wszystkie te ruchy są szybkie, sprawne, elastyczne, harmonijne, specjalnie ruchy pojedynczymi palcami nie pozostawiają nic do życzenia. Wszystko to jednak może się odbyć pod jednym warunkiem: mianowicie — o ile chory oprze dłoń o pierś i w ten sposób zabezpiecza całą kończynę od rzu-
tów albo też o ile ją w tym celu wyprostuje i ułoży na łożku.

Przy wszystkich tych ruchach dowolnych w kończynach górnych nigdy nie występują ruchy towarzyszące w innych kończynach — współzyczne, homologiczne. Natomiast przy ruchach tych, szczególnie o ile nie są uwieńczone powodzeniem — zjawiają się rozmaite ruchy karykaturalne, nie dające się ująć w żadną normę, w drugiej kończynie lub też w całym ciele.

Ruchy dowolne w kończynach dolnych są znacznie mniej skomplikowane.

Ruchy w stawach biodrowych i tutaj są gorsze aniżeli w stawach bardziej obwodowych, szczególnie dotyczy to lewej kończyny dolnej. Prawą nogę przeważnie może wyprostować — tak że noga ta przylega prawie szczelnie do pościeli — ruch ten jednak jest bardzo powolny, występują ciągle sprężynowe drgania całej kończyny. Lewej kończyny dolnej chory nie może rozkurczyć tak, żeby ją ułożyć na łożku: kończyna zawsze pozostaje zgięta w udzie; rozginanie w kolanie możliwe jest tylko wtedy, jeżeli chory w pozycji na grzbiecie trzyma kończynę w powietrzu. Zginanie i rozginanie w stawie skokowym jest z prawej strony niemożliwe wskutek ciągłego zginania palców ku podszwie—i tylko bardzo rzadko—o ile skurcz zwalnia—chory może powoli wykonywać ruchy w tym stawie.

W lewym stawie skokowym chory może wykonywać szybkie ruchy — i tutaj jednak towarzyszą im ruchy drgania lub rzuty o małych amplitudach całej kończyny — i widać jak ruch zwalnia ten kurcz.

Palcami lewej stopy porusza nieźle, nieco wolniej aniżeli normalnie; z prawej strony ruchy palcami są bardzo upośledzone, powolne, nierówne, zahaczające się. Ruchy dowolne w twarzy

są nieźle zachowane. Chory może lewe oko przymknąć oddzielnie od prawego (prawe oko tylko wspólnie z lewym). Przy nieco silniejszym zamykaniu lewego oka kurczy się cała lewa połowa twarzy, jak to zresztą bywa normalnie, nie widać przy tem żadnego współczynnego skurczu mięśni szyi.

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane bez żadnych ruchów współczynnnych. To samo dotyczy marszczenia czoła, ruchów twarzy i języka. Gwizdanie, wciąganie powietrza ustami i nosem — zupełnie dobrze zachowane.

Polykanie dobre.

Ruchy głową w leżącej pozycji są dobre we wszystkich kierunkach. W siedzącej i stojącej pozycji zjawia się bardzo często opisane powyżej przyciąganie głowy do piersi.

W leżącej pozycji chory nie może sam się przewrócić z boku na bok, czyni w tym kierunku próby, które jednak bardzo rzadko prowadzą do celu. Przy siedzeniu może zlekka się chybotać, przechylać to na prawy to na lewy bok lub też wyprężyć tułów — o ile przytrzymuje się ręką o krawędź stołu. W przeciwnym razie zjawia się bardzo szybki kurcz mięśni przyciągających głowę do piersi oraz torsijsne kurcze tułowia, które go unieruchomniają w rozmaitych karykaturalnych pozycjach.

Ruchy dowolne chorego, mające na celu jakąś czynność — są w najwyższym stopniu upośledzone, tak że właściwie chory nie może nic robić dookoła siebie, ani się ubierać ani odżywiać — co najwyżej może sam gryźć bułkę lub ciastko, o ile dać mu je do lewej ręki (nigdy do prawej) i o ile przegibem kiści oprze ją o podbródek. Ujmowaniu łyżeczki prawą dłonią stają na przeszkodzie powolne rozkurcze palców, które nierównomiernie ujawniają się w najrozmaitszych palcach, tak że chory obejmuje rękojeść łyżeczki stopniowo i powoli zginającymi się palcami, — ruch ten przypomina poniekąd powolny ruch macków poli-pów. W lewej dłoni znów trudno mu jest objąć dany przedmiot, ponieważ zjawiają się natychmiast opisane powyżej wielkie rzuty, tak że akt ten przypomina w wysokim stopniu ruch w płasawicy.

Siła ruchów w kończynach górnych i dolnych nie przedstawia żadnych zmian ani też różnicy na korzyść jednej lub drugiej strony. O ile nie przeszkadza temu kurcz w poszczególnych gru-

pach mięśniowych z łatwością można się przekonać, że siła mięśni zarówno w stawach dystalnych jak i proksymalnych jest dobra. Chory ma przytem wyraźne poczucie swej siły, tak że chwali się, że nie można przemódz będzie jego oporu. I w rzeczy samej czasem niepodobna jest przesilić oporu np. rozgiętych w kolanach nóg. Również bardzo trudno jest przemódz rozgięte w stawie łokciowym kończyny górne.

Ruchy bierne są możliwe zarówno w górnych jak i w dolnych kończynach we wszystkich stawach, jednakże spostrzeżać się daje dosyć znaczna różnica zarówno w poszczególnych stawach, jak i w poszczególnych kończynach — zależnie od objawów kurczowych. Ogólnie biorąc, powiedzieć można, że — o ile kurcz zwalnia — ruchy są swobodne i nie odczuwa się żadnego wzmożonego napięcia. Często się zdarza, że ruchy — w początku swobodne i luźne — stają się nagle utrudnione i zgoła niemożliwe, o ile podczas próby kurcz chwyta poszczególne grupy mięśniowe. Zjawisko to zdarza się częściej w prawej kończynie górnej niż w lewej (głównie w m. trójgłowym), w kończynach dolnych zaś częściej w lewej niż w prawej, najczęściej w stawach skokowych i w palcach, gdzie kurcz ten jest zjawiskiem prawie zupełnie stałym. Ruchy bierne kończyn dolnych są bez porównania bardziej upośledzone niż górnych. Używając największej siły można w prostej linii ułożyć prawą kończynę dolną na łóżku, wyczuwa się przytem kolosalne napięcie mięśni zginających goleń (głównie m-i semitendinosi et semimembranosi). Z lewej strony akt ten jest połączony z jeszcze większym wysiłkiem — tak że, właściwie mówiąc, do linii prostej prawie nigdy nie udaje się wyprostować kończyny (oprócz kolosalnego napięcia mięśni zginających goleń — głównie m-i semitendinosi et semimembranosi stoi temu ruchowi na przeszkodzie ogromne napięcie m-i tensoris fasciae latae). O ile jednak usunąć ucisk na tę kończynę, to powraca ona momentalnie sprężynowo do zwykłej zgiętej pozycji. Chory zaznacza sam, że o ile czuje osłabienie kurczu — wtedy łatwo mu jest wyciągnąć kończynę. I w rzeczy samej widzi się to ad oculos. O ile jednak nawet zlekka ująć wtedy kończynę, ażeby sprawdzić napięcie mięśniowe, to w okolicach przeważnie dysponowanych do kurczu (prawa stopa, lewa kończyna dolna) nawet lekkie ujęcie wywołuje natychmiast skurcz i uniemożliwia

często odpowiednie badanie. Ruchy bierne głowy w leżącej pozycji są zachowane (rotacyjne, zginające, rozginające) bez powstawania wzmoczonego napięcia.

Odruchy są bardzo trudne do zbadania z wyłuszczonych powyżej dowodów, szczególnie zaś utrudnione jest badanie odruchów ścięgnowych w kończynach dolnych. Rzadko tylko można uchwycić moment, kiedy kończyna uwolniona od kurczu rozgina się w kolanie i wtedy widać, że odruchy kolanowe są zachowane, bynajmniej nie wzmoczone i nie wykazują żadnej różnicy z obu stron.

Odruch z ścięgna Achillesa lewy zachowany, dość słaby, prawego z wyłuszczonych powyżej powodów nigdy nie udało się wywołać (albo stały kurcz stopy albo zjawiający się nagle w chwili badania).

Odruch podeszwowo normalny, z prawej strony badanie jest utrudnione, nigdy jednak nie widać objawu Babińskiego. Mosznowe dość żywe, brzuszne zachowane jednakowe.

Odruchy z mięśni trójgłowych i z okostny promienia dość słabe bez różnicy z obu stron.

Odruch zuchwowy niewyraźny.

Czucie dokładnie zachowane.

Pęcherz i odbytnica w porządku.

Lèvres de tapir (starszy brat ma to samo).

Duże odstające uszy — pewna asymetria, lewa muszla jest większa, bardziej odstająca, uszko przyrośnięte, brzeg nierówny, pagórkowaty, zwłaszcza z lewej strony.

Twarde podniebienie bardzo strome.

Zęby bardzo zepsute, brzeg siekaczy jest zazębiony.

Zęby nie są rozstawione i nie zachodzą jeden na drugi.

Nos spłaszczony.

Brak odruchu Henneberga i Oppenheima.

Tętno 96.

Narządy wewnętrzne bez zmian.

7.III. W ciągu ostatniego tygodnia dawano choremu neuronal po 0,3, ponieważ źle sypiał. Według obserwacji matki podczas snu leży zupełnie spokojnie, żadnych ruchów niema, prawa noga jest wyciągnięta, lewa zaś maksymalnie zgięta w kolanie i przyciągnięta do brzucha. Jak tylko budzi się, natychmiast zjawiają się ruchy kurczowe.

Przypadek drugi.

J. R. chłopiec 14-letni wyznania żydowskiego.

Choroba rozpoczęła się podobno 3 lata temu: chłopiec został uderzony przez rówieśnika żelaznym prętem w lewą nogę na granicy pomiędzy środkową i dolną trzecią częścią goleni; uderzenie podobno było dotkliwe, ranka dosyć głęboka i krwawiąca. Chłopiec zmuszony był położyć się do łóżka — i w trakcie gojenia się ranki przeszedł lekki tyfus brzuszny. Gdy po wyzdrowieniu i zagojeniu się ranki wstał, otoczenie zauważyło, że chory zaczyna chodzić nienormalnie, że mianowicie podczas chodzenia rozgina a d maximum w kierunku podeszwowym p r a w ą s t o p ę, przy chodzeniu opiera się głównie na palcach tej stopy. Pomimo stałych uwag i nawoływań chory nie mógł się odzwycząić od tego chodu — i chodził w ten sposób mniej więcej rok. Po roku chód uległ zmianie: chory mianowicie podczas chodzenia często pocierał szybko zewnętrzną powierzchnią prawej stopy o wewnętrzną powierzchnię lewej goleni, poczem szedł dalej szybko, ażeby znów przystanąć i wykonać zaznaczony ruch; równocześnie podczas chodzenia rozginał maksymalnie prawą stopę i zginał prawą nogę w kolanie. Dokonane w tym czasie prześwietlenie promieniami Röntgena nie wykazało żadnych zmian w kościach kończyn. Mniej więcej rok temu na wiosnę zauważono, że chory z trudnością zaczyna posługiwać się l e w ą k o ń c z y n ą g ó r n ą, że przy ruchach celowych i chęci ujęcia jakiegoś przedmiotu w lewą dłoń ręka przegina się w kierunku krańcowego zwracania na wewnątrz, duży palec podgina się, zaś pozostałe rozczapierzają się — i że chory, ażeby ująć przedmiot, musi prawą dłonią biernie przysunąć do niego lewą dłoń i biernie zgąć palce w żądanym kierunku; jednocześnie zaczął chory odczuwać, że „coś ściąga“ w dłoni, palcach oraz na grzbietowej powierzchni lewego przedramienia. Tegoż lata pojechał chory do Ciechocinka, gdzie stan uległ pewnej poprawie o tyle, że na krótki czas zaczął chodzić lepiej, nie rozginał prawej stopy i nie pocierał stopą o goleń. W pewien czas jednak po powrocie z Ciechocinka nastąpiło znowu pogorszenie, ściąganie dłoni i przekręcanie jej przy ruchach celowych zwiększyło się, chód nabral dawnych cech patologicznych, prócz tego zmienił się

jeszcze o tyle, że chory podczas chodzenia zaczął wypinać brzuch naprzód, przekrzywiać tułów i prawe ramię na prawo i w tył i wogóle przeginać ciało w kierunku ku tyłowi, jak gdyby ciągnęło go coś w tył. Stan taki trwa bez zmiany do pory obecnej. Po za ową przemijającą poprawą w Ciechocinku znaczniejszych wahań w przebiegu choroby nie było — wogóle w przeciągu 3 lat stan uległ znacznemu pogorszeniu. Od czasu do czasu jednak miewa dni lepsze, kiedy chodzi prawie dobrze lub kiedy ma mniejsze uczucie ściągania w lewym przedramieniu i dłoni.

Do czasu powstania niniejszej choroby był zdrowy, 2 lata temu przechodził odrę. Żadnych objawów nerwowych dawniej nie zauważono, był tylko zapalczego charakteru i łatwo unosił się. Jest najstarszem dzieckiem zupełnie zdrowych rodziców. Urodził się do czasu bez sztucznej pomocy. Chodzić zaczął po ukończeniu 1-go roku, mówić po ukończeniu 2-go. Rozwijał się fizycznie i umysłowo zupełnie prawidłowo, był zawsze wyjątkowo uzdolnionem dzieckiem, uczył się doskonale. Drgawek nigdy nie miewał, przytomności nie tracił (natomiast czworo rodzeństwa jego przechodziło drgawki podczas przeżywania się zębów). Brak obarczenia neuropatycznego w rodzinie.

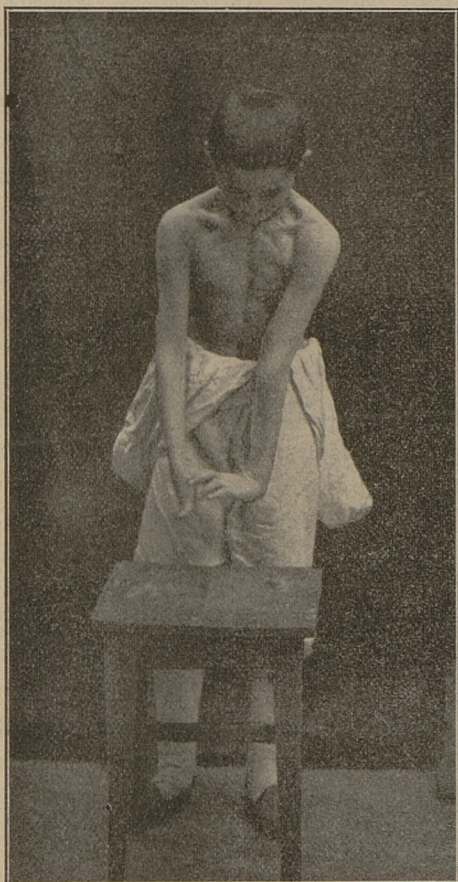
Stan obecny (d. 18.V.1911 r.).

U chłopca uderzają głównie dwie kategorie objawów: 1) zaburzenia chodu i 2) zaburzenia w lewej kończynie górnej.

Chód czyni wrażenie bardzo dziwaczne, polega on na tem, że przy każdym stąpieniu na lewą stopę chory wyrzuca naprzód miednicę — tak że ruch ten przypomina typowy ruch przy t. zw. „danse du ventre“. Jeżeli chorego zapytać, dlaczego tak chodzi, odpowiada, że ma uczucie ściągania w brzuchu. Objaw ten jest znacznie słabiej wyrażony przy bardzo powolnem chodzeniu i znika zupełnie przy chodzeniu w tył lub przy chodzeniu bocz-nem.

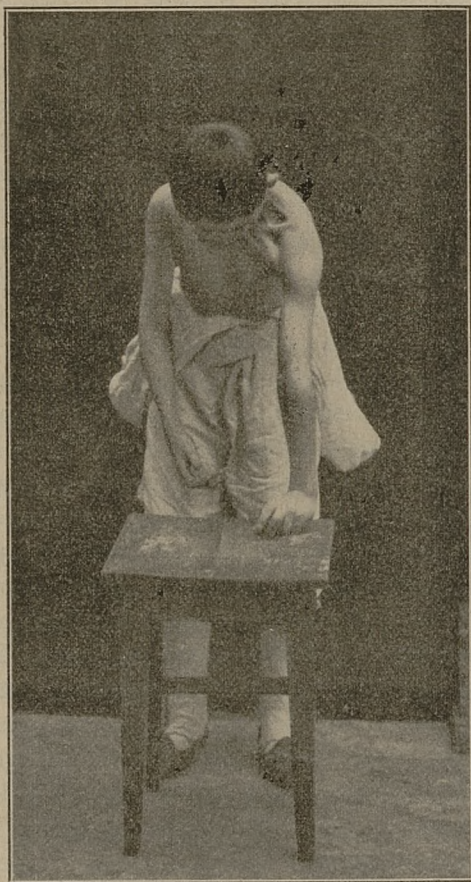
Drugi objaw polega na ruchach o charakterze przeważnie kurczowym, czasem zlekka atetotycznym i bardzo rzadko hemiballicznym w lewej kończynie górnej. Przeważnie uderza fakt, że chory stale trzyma lewą kończynę górną inaczej niż prawą. Podczas gdy prawa zwisa normalnie, wykazując lekkie zgięcie w stawie łokciowym, lewa kończyna jest przeważnie wyprężona — tak że ramię tworzy z przedramieniem jedną prostą linię, dłoń wykazuje lekkie tyłozgięcie

w stawie napiętkowym, palce są zbliżone do siebie i zgięte bardziej niż z prawej strony, duży palec w stanie silnego przywodzenia. Znacznie rzadziej palce lewej dłoni są wyprostowane. Zauważyć jeszcze należy, że lewy staw łokciowy przybiera często położenie nadmier-



nego wyprostowania (*cubitus recurvatus*) i że wtedy nader wyraźnie wewnętrzna powierzchnia okolicy łokciowej zwraca się ku przodowi, tak że całość czyni wrażenie jakby lekkiego nadwichtnienia, przyczem brzusce mięśni plastycznie napinają się w okolicy tego stawu. Objaw ten występuje nader wyraźnie wtedy, kiedy kurcz chwyta kończynę.

Objawy kurczowe zjawiają się przeważnie przy ruchach dowolnych i są tem silniejsze, im delikatniejsze mają być te ruchy. Jeżeli np. kazać choremu ująć jakiś drobny przedmiot w prawą rękę, to czyni to zupełnie dobrze z właściwą har-



monijną synergją mięśni. Jeżeli kazać mu to samo uczynić lewą ręką, to widać natychmiast jakgdyby sprężynowy kurcz chwycił kończynę. Następuje nadmierne wyprostowanie w stawie łokciowym i w stawie napiętkowym, zjawia się silny kurcz we wszystkich palcach lewej ręki (nadmierne zgięcie 3 zewnętrznych palców), podczas gdy pierwszym i drugim chory sta-

ra się uchwycić przedmiot. Tylko w wyjątkowych wypadkach cały proces odbywa się w sposób tak nieskomplikowany. O ile jednak kazać choremu wykonać ruch bardziej złożony np. odkorkować butelkę, ująć lewą dłonią szpilkę lub podnieść kawałek papieru, wtedy zjawia się szereg bardziej skomplikowanych a czasami wprost karykaturalnych ruchów w całej lewej kończynie górnej.

Bardzo często, o ile choremu nie uda się natychmiast wykonać w sposób wyżej nakreślony odpowiedniego ruchu celowego i ułożyć w odpowiedni sposób palców (nadmierne wyprostowanie trzech zewnętrznych palców), to pomaga sobie drugą ręką w ten sposób, że rozwija kurczowo zamknięte palce lewej dłoni za pomocą prawej ręki — i jakby podrzuca lewą dłoń ku górze i w lewą stronę. Czasem następuje kilka razy z rzędu tego rodzaju ruch t. j. kurcz w lewej dłoni i odwijanie palców za pomocą prawej ręki, co sprawia wrażenie jakby mocowania się prawej zdrowej ręki z lewą, która niezależnie od woli ulega jakiejś sprężynowej sile. Po jednym albo kilku takich zapasach choremu udaje się ostatecznie wykonać odpowiednie zadanie. Czasem przy wypełnianiu tego ruchu palce to zginają to rozginają się kurczowo i przypominają wtedy ruchy atetotyczne. Jednocześnie z opisanymi tylko co ruchami w palcach nasilają się opisane powyżej ruchy w stawie napięstkowym i łokciowym, przyczem cała kończyna nie pozostaje bynajmniej w spokoju, lecz zmienia swe położenie w przestrzeni w najrozmaitszych kierunkach. W rzadkich wypadkach zjawiają się na początku odpowiedniego zadania ruchy karykaturalne o kolosalnym rozmiarze np. chory całą kończynę podnosi do góry, wywija nią, jak wiatrakiem, w przestrzeni — i jednocześnie zjawiają się ruchy kurczowe w kierunku zginania lub rozginania palców. Wszystkie te ruchy nie są płynne, lecz urywane, bez wyraźnego tempa i rytmu i dopiero stopniowo następuje względny spokój. Choremu udaje się nadać palcom stereotypowe ułożenie — i wtedy ujmuje on przedmiot pierwszym i drugim palcem.

Wszystkie te ruchy występują w najrozmaitszej kombinacji; czasem chory wykonywa cały szereg zadań znacznie lepiej, innym znów razem z daleko większym wysiłkiem, przyczem jeżeli kazać mu wykonać jeden i ten sam ruch kilka razy, to następuje pewne ułatwienie tego ruchu. Nigdy nie udaje się

choremu wykonać ruchu celowego lewą dłonią przy palcach wyprostowanych lub lekko zgiętych.

Chory samoistnie prawie zupełnie nie posługuje się lewą ręką, o ile tę samą czynność wykonać może prawą (drapanie się i t. d.) O ile czynność jakaś wymaga współdziałania obu rąk — wtedy posługuje się również i lewą, lecz w sposób wyżej opisany. I przy tych czynnościach występują również te same objawy kurczowe. O ile tylko ruch jest bardziej skomplikowany lub subtelniejszy, chory stara się wszelkimi siłami utrzymać palce lewej dłoni silnie zgięte (zwłaszcza 3 zewnętrzne). Przy czynnościach grubszych np. przy przytrzymywaniu jakiejś części ubrania rozwija kurczowo wszystkie palce lewej dłoni i dłoń ta, którą przyciska dany przedmiot do ciała — jak gdyby zastyga w pozycji wyprostowanej.

Po za tymi głównymi objawami zauważono jeszcze zaburzenia w prawej kończynie dolnej, które jednak występują wyraźnie tylko przy następującej próbie. Jeżeli mianowicie kazać choremu stanąć na prawej nodze i uderzać szybko lewą nogą o podłogę, to czyni on to miarowo, płynnie i z zupełnie dobrze zachowaną synergią ruchów. Jeżeli natomiast kazać mu stanąć na lewej nodze i uderzać szybko prawą stopą o podłogę, to natychmiast w nodze tej występują objawy kurczowe, a mianowicie stopa przybiera przeważnie położenie końskie z wyraźnie opuszczoną przednią częścią, chory przeważnie nie uderza miarowo o podłogę, lecz rytm uderzeń zahacza się, uderzenia następują przeważnie nie całą podeszwą, lecz tylko przednią częścią, tak że ruchy te przypominają uderzenia konia kopytem. Również i podnoszenie stopy od podłogi nie jest tak całkowite, jak z lewej strony, lecz od czasu do czasu chory jakby zahacza palcami o podłogę.

Prócz tego zwrócono uwagę, że przy dokonywaniu najdelikatniejszych ruchów palcami jak np. ujmowaniu cienkiej szpilki ze stołu — chory zgina głowę i zlekka nachyla całe ciało w lewą stronę — o ile ruch ten jest wykonywany lewą ręką i o ile nie odrazu zdoła go wykonać, natomiast przy wykonywaniu ruchu tego prawą ręką chory nie czyni tego w stopniu silniejszym niż to bywa w warunkach normalnych.

Obwód prawego ramienia w połowie = 17 ctm.

„ lewego „ „ = 18 ctm.

Obwód praw. przedramienia w górnej $\frac{1}{3}$ = 19 ctm.
 „ lewego „ „ „ = 19 ctm.
 Największy obwód czaszki = 54,5 ctm.
 „ podłóźny = 32,0 „
 Od ucha do ucha = 32,0 ctm.

Czaszka duża, nieforemna o typie dolichocefalicznym, wybitne guzy czołowe, duże odstające uszy. Pozatem brak cech zwyrodnienia.

Żrenice równe, oddziaływanie na światło i zbieżność dobre. Ruchy gałek ocznych zachowane. Inerwacja twarzy obustronnie sprawna i symetryczna. Mimika twarzy dość żywa. Język wysuwa w linii prostej.

Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych jest we wszystkich odcinkach dość znaczna — tylko uścisk lewej dłoni nie może być wykonany z siłą dostateczną na skutek całego szeregu ruchów kurczowych, które go hamują.

Odruchy z mięśnia trójgłowego słabe, odruch z okostny promienia prawy słaby, lewy na skutek kurczów i wzmożonego napięcia nie zawsze udaje się wywołać.

Odruchy kolanowe jak również i odruchy z ścięgien Achilleśa żywe — obustronnie jednakowe.

Odruch podeszwowy normalny.

Brzuszne zachowane.

Mosznowe bardzo słabe.

Wszystkie rodzaje czucia dokładnie zachowane.

Wzrok, słuch, smak, węch — normalne.

Obraz wzornikowy — normalny.

Obie stopy — zwłaszcza lewa, mają wybitne wklęsłe sklepienie — i przypominają stopę Friedreichowską.

Cały habitus chłopca ma wygląd nieco dziecięcy: wzrost jak na 14 lat niewielki, prącie bardzo małe, jądra normalne, zupełny jeszcze brak owłosienia na spojeniu łonowym i pod pachami.

Psychika jest najzupełniej normalna; pacjent jest bardzo rozumny i inteligentny chłopcem, pogodnego i miłego usposobienia, uczy się bardzo dobrze, przewyższa nawet wiadomościami swych rówieśników.

Zastosowane w szpitalu leczenie elektryzacją i sugestją nie doprowadziło do żadnej poprawy.

Streszczając obraz chorobowy w obu niniejszych przypadkach widzimy u rozwijających się normalnie do pewnego wieku pod względem fizycznym i psychicznym dzieci powstałe w 8 i 11-ym roku życia powolnie rozwijające się cierpienie, którego cecha zasadnicza polegała na generalizującym się kurczu mięśniowym o charakterze ściągającym i skręcającym, przyczem przebieg cierpienia tego wykazywał charakter wybitnie postępujący.

Obaj chorzy pochodzili z rodzin żydowskich. Obu cechował szczególnie wybitny rozwój inteligencji. U obu w wywiadach spotykamy uraz w okolicy goleni, u jednego zaś jednocześnie niemal z urazem tym rozwinął się dur brzuszny, po przejściu którego wystąpiły objawy kurczowe.

Interesującym jest fakt, że początek ruchu kurczowego cechowało umiejscowienie naprzemiennie, gdyż u I-go chorego przede wszystkim zajęta była lewa stopa i prawe ramię, u drugiego zaś prawa stopa i lewe ramię. Cierpienie u obu chorych tych rozpoczęło się tylko w jednej stopie i polegało początkowo na zaburzeniach w chodzeniu, przyczem już w tym okresie początkowym element kurczowy wydatnie wysuwał się na plan pierwszy.

Powoli cierpienie to rozszerzało się na kończyny górne, na tułów i mięśnie szyi, zaoszczędzając twarz nawet po 2—3 letniem trwaniu. W końcu ogarnął kurcz (u pierwszego chorego) niemal wszystkie terytorja mięśniowe ciała, lecz zawsze za wyjątkiem twarzy, gdyż występujące tu od czasu do czasu ruchy młaskające i przypominające pocałunek określał chory jako umyślne i dowolne.

Kurcz, jak to już zaznaczyliśmy, miał charakter ściągający, skręcający i wskutek tego nadawał dotkniętym w danej chwili częściom ciała najdziwaczniejsze pozycje. Zginające, rozginające, skręcające się kończyny i tułów przyjmowały od czasu do czasu karykaturalnie groteskowy a nawet pajacowaty wygląd — i tylko poważny, bolesnie nateżony wyraz twarzy naszego pierwszego chorego wskazywał, że mamy przed sobą istotnego męczennika, gdyż wola chłopca pozostawała przy wszystkich tych ruchach

bezsilna. Chory wyrażał się często „że mocuje się z kurczem“, lecz nie pomagało to nic albo bardzo mało, gdyż nie udawało mu się nigdy przemódz lub usunąć kurczu.

Kurcze te prawie zawsze były powolne, lecz, co odrazu należy podkreślić, nigdy nie były one tak harmonijnie giętkie, jako to bywa przy istotnych ruchach atetotycznych. Natomiast od czasu do czasu powstawał gwałtowny rzutowy skurcz mięśniowy, tak że powstawało wrażenie, jakby jakaś ukryta sprężyna wprawiała w ruch ten dziwny mechanizm. Od czasu do czasu drżała i chybotała się przytem cała kończyna — i cały ruch nie miał charakteru tonicznego, lecz raczej szybki, jak to widzimy w płasawicy. Zrzadka wykazywały ruchy te cechy, które przypominały drżączkę porażenną, zaś czasem rozmiar ruchów był tak wielki, że zbliżały się do t. zw. *hemiballismus* Kussmaul'a.

W ostatecznym rozwoju swoim kurcze te, jak to już zaznaczono, ogarniały prawie całą muskulaturę ciała, przyczem proksymalne odcinki poszczególnych członków były szczególnie silnie zajęte (zwłaszcza w przypadku I). Ponieważ w ruchach tych prócz tego przyjmował udział prawie zawsze i tułów, powstawał przeto na skutek spiralnego skręcenia tegoż dookoła osi podłużnej lub też na skutek forsownego wysunięcia się tułowia ku przodowi lub ku tyłowi — obraz najzupełniej dziwny.

Powyższe ruchy kurczowe nie występowały nigdy synchronicznie. Przeciwnie, o ile chodzi o kończyny górne—to nie poruszały się one nigdy równocześnie—zazwyczaj zaś w kierunkach przeciwnych, wskutek czego ruchy u pierwszego z chorych naszych zdaleka przypominały ruchy wiatraka — o ile tylko chory leżał lub siedział na łóżku.

Ruchy pozbawione były również charakteru rytmicznego. Przy dłuższem i uważniejszem wpatrywaniu się w nie spostrzedz można było tylko pewną monotonię, a nawet stereotypowość ich. Dotyczyło to zwłaszcza niektórych części ciała np. szyi (stereotypowe przechylenie głowy w przypadku I).

Zaznaczyliśmy już wyżej, że chory pomimo najlepszych chęci nie mógł mieć żadnego wpływu na owe objawy kurczowe i dla tego być może tembardziej zastanawiające było, że chory starał się dopomóc sobie rozmaitemi drobnymi sposobami. Skoro

pierwszemu z chorych naszych głowa kurczowo opadała na klatkę piersiową, podnosił on prawą rękę, zakładał ją na potylicową część głowy, na kark lub też na skroń w ten sposób, że palce przybierały położenie salutujące. Otóż przy tym już stosunkowo lekkim ucisku (ruchu pomocniczym) powracała czasem głowa szybko do swej normalnej pozycji. Drugi z chorych naszych pomagał sobie znowu w ten sposób, że kurczowo zaciśnięte palce prawej dłoni rozwijał biernie za pomocą lewej lub podrzucał lewą dłonią prawą ku górze.

Ten na pierwszy rzut oka niezrozumiały wpływ owego niewinnego a jednak tak skutecznego ruchu pomocniczego przypomina bardzo nieproporcjonalne stosunki również i przy innych postaciach kurczu np. przy *torticollis*, gdzie chory za pomocą lekkiego dotknięcia palcem kurczowo ściągniętego podbródka jakgdyby zaczarowywa ów kurcz.

Jak zachowują się dowolne ruchy w miarę rozwoju choroby? Czy chory jest w stanie wykonać jakikolwiek ruch bądź prosty, bądź bardziej złożony?

Otóż podczas gdy w początkach cierpienia ruchy dowolne ulegają stosunkowo nieznacznym zaburzeniom — tak że skomplikowane czynności życia codziennego napotykają na nieznaczące tylko przeszkody (kurcz, wzmożenie napięcia mięśniowego) — widzimy jak ruchy te wraz z biegiem i rozwojem choroby stają coraz to bardziej utrudnione. U pierwszego z chorych naszych uległy nawet zupełnie niezłożone ruchy tak znacznemu ograniczeniu bądź na skutek kurczu, bądź przykurczeniowego wzmożenia napięcia, (np. w jednym stawie skokowym), bądź na skutek ruchów hemiballicznych, że ruchy te osiągały cel swój dopiero po licznych i najdziwniejszych wahaniach, kurczach i rzutach mięśniowych. Zdarzało się nawet, że ruch zamierzony zupełnie nie przychodził do skutku.

Zaburzenia te ruchów dowolnych dotyczyły w przypadku pierwszym głównie proksymalnych odcinków kończyn, podczas gdy w przypadku drugim zwłaszcza silnie zajęte były palce dłoni. Muskulatura szyi zajęta była dość silnie tylko w pierwszym przypadku. Ruchy dowolne twarzy zachowane były normalnie.

Zastanawiającem jest, że i w przypadku drugim, w którym choroba bynajmniej nie była tak daleko posunięta, jak w pierw-

szym, chory podczas ruchów dowolnych (zwłaszcza w początku ruchu) wykonywał dziwaczne wiatrakowe ruchy ramieniem. U chorego tego zniekształcenie ruchu dowolnego było tem większe, im subtelniejszym miał być zamierzony akt ruchowy (np. przy podnoszeniu szpilki ze stołu.

Przy niektórych ruchach dowolnych, których zaburzenia naszkicowaliśmy powyżej, posiłkowali się chorzy pewnemi ruchami pomocniczymi zbliżonemi do tych, o których była już mowa. Tak np. pierwszy z chorych, chcąc poruszać palcami dłoni, opierał dłoń o klatkę piersiową i t. p. Podczas wszystkich tych nieskomplikowanych ruchów dowolnych nie występowały żadne równoznaczne ruchy współcenne w kończynach naprzeciwległych, natomiast widoczne były najdziwaczniejsze ruchy bądź w kończynach bądź w tułowiu.

Bardziej złożone czynności ruchowe, jak wstawanie, chodzenie, ubieranie, rozbieranie się, jedzenie i t. d. były u pierwszego chorego w najwyższym stopniu upośledzone. Nie mógł on samostnie nawet obrócić się na łóżku, musiano go zarówno ubierać jak i karmić. W końcu chód stał się zupełnie niemożliwy. Przy próbie chodzenia występował momentalnie cały zespół najdziwaczniejszych ruchów kurczowych: głowa przeciągała się kurczowo ku piersi, tułów skręcał się spiralnie, tworząc zazwyczaj skrzywienie ku przodowi, chory stawał na końcach palców ze zgiętymi kolanami, nie mógł jednakże ruszyć się ani kroku naprzód. Gdy go było ująć pod ramiona, dawał przesuwać się naprzód jak stężała masa nieruchoma, przyczem poszczególne części ciała przybierały najbardziej karykaturalne pozycje. U drugiego z chorych naszych uległy owe skomplikowane akty ruchowe daleko mniejszemu upośledzeniu, lecz chód i u niego był utrudniony i wysoce zmieniony. Występowało przytem głównie wysuwanie ku przodowi i ku tyłowi tułowia i brzucha — tak że powstawał ruch, przypominający t. zw. „danse du ventre“ i chód na pierwszy rzut oka wzbudzać mógł podejrzenie objawu histerycznego, tem bardziej, że stawał się natychmiastowo normalny z chwilą, gdy chory zaczynał chodzić w tył lub w bok.

Naszkicowane zaburzenia w zakresie ruchowym stanowiły zasadniczą cechę cierpienia. Specjalnie podkreślić należy, że nigdy nie zdołaliśmy stwierdzić ani upośledzenia siły ruchowej ani różnicy na niekorzyść jednej połowy ciała. Nigdzie również nie

mogliśmy stwierdzić zaników. Czucie było dokładnie zachowane. Brak było zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych. Odruchy ścięgnowe nie były wzmożone, przeciwnie raczej słabe, niektórych odruchów nie udawało się czasem wywołać (wzmożenie napięcia mięśniowego!). Napięcie mięśniowe było w dotkniętych okolicach wybitnie wzmożone. Gdy jednak kurcz zwalniał, napięcie nie wykazywało zmian wyraźnych. Zmniejszenie się napięcia nie stwierdzaliśmy nigdy. Odruchy skórne były zachowane. Nigdy nie stwierdziliśmy odruchu Babińskiego nawet w postaci zaczątkowej.

Podczas snu ruchy kurczowe znikają zupełnie. Matka pierwszego z chorych naszych twierdziła wprawdzie, że ostatnio kurcze w nogach nie ustawały nawet w czasie snu, tak że stopy i kolana znajdowały się w nadmiernym zgięciu lub wyprostowaniu, sami natomiast nie zdołaliśmy stwierdzić tego objawu. Należy przytem liczyć się tutaj z faktem, że chory ten w ostatnich czasach często cierpiał na bezsenność, często zaś sen był powierzchowny i przerywany.

Psychika obu chorych była zupełnie normalna zarówno przed powstaniem jak i w czasie rozwoju choroby. Obaj chłopcy wyróżniali się nawet wybitną jak na ich wiek inteligencją. U żadnego z nich nie stwierdziliśmy cech historycznych. Również i pod względem emocjonalnym zrównoważeni byli zupełnie, zaś ani suggestja ani hypnoza nie wykazywała żadnego wpływu na objawy chorobowe.

Pierwszy z chłopców, którego po raz pierwszy widzieliśmy w r. 1909, sprawiał nam początkowo znaczne trudności rozpoznawcze. Niektórzy z kolegów, którym przedstawialiśmy przypadek ten w szpitalu, myśleli o hysterji. Zmuszeni jednak byliśmy po dokładniejszej analizie przypadku rozpoznać to za rzucić i rozpatrywać przypadek ten jako nieznaną nam dotychczas postać kurczu. Im dłużej trwała obserwacja chorego, tem bardziej utrzymywało się w nas przekonanie, że nie mamy tu do czynienia z cierpieniem czynnościowym, lecz z cierpieniem, które na równi z płasawicą, chorobą Parkinson'a, niektórymi postaciami choroby Little'a oraz „athétose double“ polega na organicznem, jakkolwiek dotychczas jeszcze nie zbadanem tle chorobowem.

Obraz choroby był tak charakterystyczny, że gdy jeden

z nas w godzinach przyjęć po raz pierwszy ujrzał przypadek drugi, pomyślał natychmiast o analogji jego z pierwszym. A gdy przypadek ten — sprowadzony do szpitala — przedstawiony został kolegom, natychmiast wszyscy postawili to samo rozpoznanie, jakkolwiek była to tylko postać zaczątkowa tego cierpienia.

Po przestudjowaniu piśmiennictwa cierpień kurczowych doszliśmy do przekonania, że analogiczny obraz chorobowy dotychczas nie był opisany jako specjalna postać chorobowa i że największe podobieństwo wykazuje on z *athetose double*. Gdy jednak przeczytaliśmy sprawozdanie o demonstracji Ziehen'a, następnie pracę ucznia jego Schwalbe'go a zwłaszcza świeżo ogłoszoną publikację Oppenheim'a, przekonaliśmy się, że dwaj chorzy nasi wykazują znaczne podobieństwo z choremi opisanymi w tych pracach.

Ziehen (*Neurolog. Centralblatt* 1911, N-r 2, s. 109, i *Allgemeine Zeitschrift f. Psych.* T. 68. s. 281) opisał pod nazwą „tonische Torsionsneurose“ obraz chorobowy polegający na tem, że u dzieci powstawały szczególne toniczne ruchy kurczowe, które były prawie nieustanne, lecz których natężenie ulegało znacznym wahaniom. Ruchy te przypominały częściowo płasawicze, częściowo zaś atetotyczne, które doprowadzały do najbardziej ciężkich przekrzywień kończyn, głowy i tułowia. Klonicznego elementu brakowało ruchom tym zupełnie. Przy spokojnem siedzeniu były ruchy te najslabsze i potęgowały się podczas ruchów. W jednym z przypadków spostrzegano zaburzenia połowicze. Najbardziej upośledzony tu był chód, podczas którego powstawały toniczne kurcze przywodzące, ciężkie skrzywienie kręgosłupa ku przodowi oraz ustawienie na końcach palców. Podczas snu kurcz zupełnie znikał. Suggestja nie wywierała na ruchy te żadnego wpływu, natomiast pewien nieznaczny wpływ miały wzruszenia. Brak porażień, brak objawów mózdkowych, brak zaburzeń czucia i odruchów. Czasem spostrzegano dodatkowo objawy histeryczne. We wszystkich przypadkach spostrzegano obarczenie dziedziczne. U 10-letniego chłopca przedstawionego w Berlińskiem Towarzystwie Psychjatrycznem cierpienie rozpoczęło się dopiero ubiegłego lata od kurczowego ustawienia prawej stopy, zaś dopiero w pół roku potem wystąpiły objawy kurczowe w dłoni.

Uderzający jest fakt, że i w opisanych przez Schwalbego z kliniki Ziehena przypadkach („Eine eigentümliche tonische Krampfform mit hysterischen Symptomen. Inaug. Dissert. Berlin 1908) cierpienie rozpoczęło się od analogicznych zaburzeń chodzenia, początkowo w obrębie jednej stopy (chodzenie na końcach palców, zwracanie się stopy ku zewnątrz, resp. obślizgiwanie się ku tyłowi).

Cierpienie cechował przewlekły postępujący przebieg, niepomysłne rokowanie i bezskuteczne leczenie.

Oppenheim podaje w swej pracy, ogłoszonej 1 października 1911 r. (Neurolog. Centralblatt № 19), dokładny opis tego cierpienia. Podkreśla on wiek dziecięcy, pochodzenie żydowskie, pochodzenie dzieci z Rosji i z Galicji (to samo w kazuistyce Ziehen'a-Schwalb'ego oraz u naszych chorych, którzy również byli polskimi żydami). Oppenheim zwraca uwagę, że jakkolwiek cierpienie rozpocząć się może również i w jednym z ramion, a kończyny górne zawsze biorą w niem udział, w dalszym jednak rozwoju cierpienia przeważnie dotknięte są kończyny dolne, zwłaszcza zaś muskulatura ud, miednicy oraz kręgosłupa, wskutek czego powstają specjalne postaci astazji-abazji. Ruchy kurczowe powstają głównie podczas stania i jeszcze bardziej podczas chodzenia — i tu podkreśla Oppenheim uderzające zjawisko — mianowicie wybitne skrzywienie ku przodowi lub przednioboczne w dolnej grzbietowej i lędźwiowej części kręgosłupa, które w położeniu na grzbiecie i na brzuchu prawie zupełnie się wyrównywa. Same ruchy przypominają najbardziej atetotyczne, tak że pierwsze swe spostrzeżenia Oppenheim skłonny był tłumaczyć jako *athétose double*. Dokładniejsza jednak analiza wykazała, że istotnych atetocnych lub płasawicznych ruchów tu nie było, lub też że występowały one na plan dalszy. W dalszym ciągu wskazuje Oppenheim na to, że w dotkniętych grupach mięśniowych występuje nie tylko hipertensja lub też stan przypominający *spasmus mobilis*, lecz również i hypotonja. Cierpienie to tłumaczy Oppenheim nie jako nerwicę, lecz jako cierpienie organiczne, polegające przypuszczalnie na subtelnych zmianach w ośrodkowym układzie nerwowym. Przebieg cierpienia tego jest przewlekły i postępujący.

Jakkolwiek Oppenheim podaje cechy rozpoznawcze po-

między opisanymi przez siebie przypadkami a przypadkami Ziehena i Schwalbe'go (brak komponentu klonicznego w przypadkach Ziehena i Schwalbe'go, istnienie hypotonji, przewaga kurczów tonicznych podczas stania w przypadkach Oppenheima), jednak przyznaje on, że istnieją postaci przejściowe pomiędzy przypadkami Ziehena i Schwalbe'go, nakreślona przez niego postacią oraz tem cierpieniem, które było opisywane dotychczas jako *athétose double*.

Nie poruszając tu najrozmaitszych postaci kurczowych, które wchodzić mogą w zakres rozpoznania różniczkowo-rozpoznawczego (uczynił to w dostatecznej mierze w pracy swej Schwalbe), pragnęlibyśmy tylko na tem miejscu zestawić cechy porównawcze, pomiędzy powyższymi cierpieniami a *athétose double*.

Jak wiadomo wprowadził termin *α θετός* (bez stałej pozycji) w roku 1871 Hammond, pojmując pod tem zarówno niemożność utrzymania palców dłoni i stóp w dowolnej pozycji, jak i nieustanne ruchy tychże. Oulmont wprowadził następnie (1878) następujące objawy cechujące atetozę: powolność ruchów, ich nadmierność, niezależność od woli, ograniczenie się do dłoni i stopy z ewentualnem przejściem na szyję i twarz, przetwarzanie się w kurcz ruchomy, w t. zw. *spasmus mobilis*, przyczem ten ostatni w kończynach górnych zajmować może wszystkie odcinki. Oulmont wychodził przytem z pojęcia hemiatetozy, które prawie zawsze powstaje w przebiegu bezwładu połowiczego, któremu zazwyczaj towarzyszą połowicze zaburzenia czucia. Ruchy atetotyczne podlegają woli w małym stopniu, trwają w spokoju a często nawet i podczas snu.

Jakkolwiek Oulmont traktował hemiatetozę prawie zawsze jako symptomatyczne cierpienie mózgowe, upatrując przyczynę jego w ogniskowem cierpieniu tylnego odcinka *capsulae internaе*, to jednak i on zwracał już uwagę na przypadki, które powstawały bez bezwładu połowiczego i które uważać należało za pierwotną hemiatetozę. Sądził on wprawdzie, że powstają w tych samych terytorjach bardzo drobne ogniska, które powodować mogą powstawanie hemiatetozy, lecz nie hemiplegji.

Athétose double stanowiło według Oulmont'a ten sam obraz chorobowy, co i hemiatetozę, z tą tylko różnicą, że pierwsze cierpienie powstaje pierwotnie, nie wywołuje żadnych

zaburzeń ruchowych lub czuciowych, występuje w wczesnym dzieciństwie lub też od urodzenia, zajmuje obie połowy ciała, przy czem twarz zajęta bywa w sposób bardziej stały i intensywny niż przy hemiatetozie. Ruchy w *athétose double* są według Oulmont'a mniej intensywne niż w postaci połowicznej, występują tylko przy ruchach dowolnych i wykazują typ przestankowy. Atetozą obustronną wreszcie ma według Oulmont'a występować przeważnie u idjotów, jakkolwiek istnieją przypadki, w których inteligencja była nietknięta. W tym ostatnim przypadku cierpienie rozwijać ma się dopiero później.

Gdyby opis Oulmont'a dał się utrzymać w całej swej rozciągłości, znaleźlibyśmy łatwo różniczkowo-rozpoznawczy punkt oparcia dla odgraniczenia *athétose double* od interesującego nas cierpienia. Późniejsza kazuistyka jednak i dokładna analiza kliniczna wykazały, że nakreślone przez Oulmont'a linje graniczne straciły na swej ostrości (patrz podręczniki Dejerine'a, Grasset'a-Rauzier'a, Oppenheim'a, prace Lewandowsky'ego w *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1905 oraz Haupt'a tamże w r. 1907).

Specjalnie Lewandowsky wskazał na to, że dwa z pośród czterech cechujących według Oulmont'a obustronną atetozę objawów: a mianowicie nadmierność ruchów oraz ich lokalizacja w dystalnych odcinkach kończyn bynajmniej nie są dla rozpoznania niezbędne, natomiast upatruje Lewandowsky w rytmicznym charakterze ruchów oraz w ich powolności pewną cechę charakterystyczną dla ruchów atetotycznych, która pozwala odróżnić je od płasawicznych. Również i czwarta cecha charakterystyczna, mianowicie *spasmus mobilis* ma być w atetozie stałą. Co się tyczy jedności *athétose double*, nie jest to cierpienie poprostu atetozą obu połów ciała, a więc nie obustronną postacią specjalnego typu bezwładu połowicznego dziecięcego, gdyż szczególny stosunek, jaki zachodzi pomiędzy ruchami poszczególnych części ciała, polega na generalizowanych lecz bynajmniej nie identycznych ruchach współczynnych. Jako nową cechę charakterystyczną podkreśla Lewandowsky moment psychiczny: dotknięci atetotozą mianowicie całemi godzinami pozostawać mogą w zupełnym spokoju, zaś ruchy powstają natychmiast pod wpływem nieznacznego wzruszenia. Zgodnie z opinią Massalongo broni

Lewandowsky zdania, że twarz zawsze jest zajęta. Zwraca on przytem uwagę na brak ruchów izolowanych, gdyż chorzy nie są w stanie unerwiać w sposób izolowany oczu lub też ust po jednej stronie, w tym ostatnim wypadku powstaje dziki grymas całej muskulatury twarzy.

Athétose double jest według Lewandowsky'ego cierpieniem mózgowym, przyczem zawsze istnieją cechy diplegji, zaburzenia w odruchach oraz objaw Babińskiego. Tutaj już podkreślić musimy, że tych ostatnich cech brak było zarówno w naszych przypadkach, jak i w kazuistyce Ziehen'a-Schwalbe'go oraz Oppenheim'a.

Jadnakże i inne cechy athétose double z biegiem czasu utraciły swe znaczenie absolutne. Tak np. wykazał Michajłowski, że mniej więcej w $\frac{1}{4}$ przypadków intelligencja może być zachowana i istotnie istnieją niewątpliwe przypadki, jak Dejerine'a, Andersen'a i innych, gdzie brak jest jakichkolwiek defektów intelektualnych. Jednakże zmiany psychiki i po dziś dzień uważane są za integralną część składowa atetozы podwójnej — i niektórzy badacze, jak Huet, Audry uważają je za objaw prawie stały w tem cierpieniu.

Już z krótkiego szkicu niniejszego widocznem jest, że obraz athétose double ulegać może znacznym wahaniom i że na skutek tego łatwo powstawać mogą postaci przejściowe pomiędzy cierpieniem tem a opisaną przez Ziehen'a-Schwalbe'go, Oppenheim'a i przez nas postacią kurczową.

Pomimo to jednak uważamy za słuszne upatrywać pomiędzy dwiema temi postaciami pewne różniczkowe cechy kliniczne, które na zasadzie naszych tymczasowych wiadomości naszkicowane być mogą w sposób następujący:

1) Początek cierpienia jest w tej nowej postaci chorobowej zupełnie odrębny, gdyż kurcz powstaje początkowo w jednej kończynie — mianowicie najczęściej w jednej stopie. Powstaje na skutek tego pewne dość charakterystyczne zaburzenie chodzenia: mianowicie w stopie powstaje hipertonia, stopa ta podczas chodzenia zapada się, obślizguje się ku tyłowi, skręca się ku zewnątrz i pociera o drugą stopę lub goleń. Chory chodzi przytem na końcach palców (w jednym z przypadków Oppenheim'a cierpienie rozpoczęło się w jednej górnej kończynie — w postaci drżenia i sztywności).

2) Typ ruchów jest w nowej postaci kurczowej od samego początku, jak również i w dalszym rozwoju choroby, hipertoniczno-kurczowy o charakterze ściągającym i skręcającym, podczas gdy ruchy w *athétose double* wykazują głównie komponent atetotyczny, któremu towarzyszy tylko t. zw. *spasmus mobilis* resp. generalizowane ruchy współcenne (Lewandowsky). Podczas gdy ruchy atetotyczne w *athétose double* mają charakter nietylko powolny, lecz i płynny, wężowaty, harmonijnie giętki, spostrzegamy w ruchach nowej postaci kurczowej cechę gwałtowną, rzutową. Od czasu do czasu w tem ostatniem cierpieniu występują również ruchy innych typów — mianowicie czasem komplikują obraz akty ruchowe o wielkiej amplitudzie, przypominające t. zw. *hemiballismus* lub też drżące ruchy w rodzaju spostrzeganych w chorobie *Parkinsona* lub w stwardnieniu wieloogniskowem.

3) Ruchy pomocnicze, które wprawdzie zdarzać się mogą również w *athétose double*, mają w nowej postaci kurczowej specjalny dziwaczny charakter i nie wykazują żadnego logicznie usprawiedliwionego związku z natężeniem kurczu (np. lekkie przyłożenie w sposób zmanierowany ułożonej dłoni do podbródka usuwa kurcz głowy!)

4) Lokalizacja kurczu w *athétose double* dotyczy przeważnie dystalnych odcinków, natomiast w nowej postaci kurczowej najwybitniej zajęte są proksymalne odcinki członków, tak np. *Oppenheim* specjalnie podkreśla silne zajęcie m. skulatury tułowia, kręgosłupa i ud podczas stania i chodzenia (w postaci lordozy i lordoskoliozy).

Szczególnej wagi jest fakt, że twarz w nowej postaci kurczowej pozostaje absolutnie wolna, podczas gdy w *athétose double* bywa zawsze zajęta — nawet chronologicznie wcześniej, niż kończyny (*Grasset-Rauzier*).

5) Inteligencja, która w *athétose double* w rzadkich tylko przypadkach bywa zachowana, jest we wszystkich ogłoszonych dotąd przypadkach nowej postaci kurczowej absolutnie normalna. Obu spostrzeganych przez nas chłopców cechowały nawet nieprzeciętne zdolności — i wogóle psychika ich nie wykazywała absolutnie żadnych zbroczeń. Nawet po długoletniem trwaniu nie wywierała choroba żadnego wpływu na psy-

chikę. Objawy histeryczne nie zdarzają się zupełnie lub występują tylko w sposób dodatkowy (Ziehen).

6) Gdyby słusznem było zdanie Lewandowsky'ego, że *athétose double* jest cierpieniem mózgowem, któremu zawsze towarzyszą objawy diplegji — to miałyby to dla naszej postaci wielką wagę różniczkową, gdyż nie spotykamy w niej zupełnie objawów tej kategorii. Specjalnie pragnęlibyśmy podkreślić naprzemienny początek ruchów w obu naszych przypadkach oraz brak jakiegokolwiek typu mózgowego. Również podkreślana przez Lewandowsky'ego jako cecha charakterystyczna dla *athétose double* niemożność wykonywania ruchów izolowanych — nie istniała w naszych przypadkach.

Pomimo to wszystko, stwierdzić musimy, że ze wszystkich mogących wchodzić tu w grę postaci kurczu (*chorea Huntingtoni*, *chorea variabilis* Brissaud'a, *maladie des tics convulsifs*, *tic général*, *myotonja* i t. p.) interesująca nas postać chorobowa największą analogję wykazuje z *athétose double* i nie jest wyłączone, że wkrótce wykryte tu będą najrozmaitsze postaci przejściowe.

Co się tyczy etiologii tego cierpienia, to wywiady w obu przypadkach wspominają o urazie goleni (w jednym niemal jednocześnie z drem brzuszny). W jednym z przypadków Schwalbe'go pewną rolę odegrał uraz wzruszeniowy, prócz tego 3 przypadki Schwalbe'go dotyczyły rodzeństwa (moment dziedziczny).

Na zakończenie pragnęlibyśmy poświęcić kilka słów nazwie tej nowej postaci chorobowej.

Schwalbe określa ją, jako „szczególną toniczną postać kurczu z objawami histerycznymi“. Określenie to jednak nie da utrzymać się dla tego, że moment histeryczny odpada tu zupełnie. Ziehen wprowadził nazwę „tonicznej nerwicy torsyjnej“: przyłączylibyśmy się chętnie do tego określenia, gdyby nie dodatek „nerwica“, który wraz z Oppenheim'em musimy odrzucić. Gdyż jakkolwiek patogeneza cierpienia tego jest jeszcze ciemna, to jednak nie sądzimy, ażeby w cierpieniu tem, jak również w chorobie Parkinson'a lub też płasawicy wolno nam było mówić o cierpieniu czynnościowem. Sądzimy raczej, że mamy tu do czynienia z cierpieniem uwarunkowanym anatomicznie, być może w tych samych drogach prowadzących od *brachia co-*

niunctiva do mózdzku, w których w ostatnich czasach lokalizujemy siedlisko ruchów płasawiczo-atetotycznych.

Na określenie podane przez Oppenheim'a (*Dysbasia lordotica progressiva* oraz *Dystonia musculorum deformans*) nie możemy zgodzić się z tego względu, że w niektórych np. w naszych dwóch przypadkach cierpienie rozwinięte było równie silnie w górnych jak i w dolnych kończynach a zaburzenia chodu nie stanowiły bynajmniej najbardziej charakterystycznej cechy chorobowej. Również hypotonji nie mogliśmy stwierdzić u chorych naszych, zaś sądzimy, że w określeniu *deformans* tkwi pewien element stałości, o czym wobec wybitnie ruchomego kurczu (*spasmus mobilis*) nie może być mowy.

Ponieważ tedy, jakeśmy to powiedzieli—istota choroby jest nam jeszcze obca, sądziliśmy przeto, że w nazwie powinniśmy byli uwydatnić obrazowo najbardziej wybitną cechę kliniczną cierpienia. Ponieważ, zdaniem naszym, polega ona na kurczu ściągającym i skręcającym, który przytem dotyka dzieci w sposób postępujący — zatrzymaliśmy się przeto na nazwie: „postępowy kurcz torsiyny u dzieci”. Nie przypisujemy nazwie tej większego znaczenia, pragnęliśmy tylko zwrócić uwagę na to szczególne cierpienie, które i tym razem w sposób zastanawiający—jak to miało miejsce z chorobą Tay-Sachs'a—zabrało swe pierwsze ofiary z pośród dzieci żydowskich.

Z oddziału d-ra Bornsteina dla umysłowo-chorych
w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH W SUROWICZEM ZAPALENIU OPON MÓZGOWYCH.

podała

N. ZYLBERLASTÓWNA
asystentka oddziału.

W 1893 r. Quincke wyodrębnił postać chorobową, którą określił nazwą — meningitis serosa. Od tego czasu coraz częściej zjawiają się prace, dotyczące samodzielności klinicznej tego cierpienia i coraz łatwiej udaje się je odróżnić od innych chorob, wywołujących wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Przypadek nasz dość zresztą typowy pod względem objawów klinicznych somatycznych, znamionujących wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, zasługuje mimo to na specjalną uwagę ze względów następujących: po 1-e ze względu na to, że wykazywał w przebiegu swoim wybitne zaburzenia psychiczne; po 2-e dlatego, że surowicze zapalenie opon mózgowych rozwinęło się w okresie napadu migrenowego u osobnika cierpiącego od lat kilkunastu na typową migrenę; po 3-e wreszcie dla tego, że owe zaburzenia psychiczne wykazywały zupełne niemal podobieństwo do tych zaburzeń, jakie opisywano dotąd pod nazwą psychozy migrenowej.

Wydaje nam się wobec tego, że przypadek nasz rzuca pewne światło na powstawanie zaburzeń psychicznych w migrenie oraz wogóle na stosunek tej ostatniej do surowiczego zapalenia opon mózgowych.

Dnia 22 września 1910 r. chorą K. lat 30 w stanie nieprzytomnym przywieziono do szpitala na oddział chorób nerwowych. Ze słów rodziny dowiedziano się, iż od tygodnia chora uskarżała się na ból głowy, wzmagający się z dnia na dzień. W ciągu ostatnich dwóch dni przed przybyciem do szpitala chora wymiotowała. W tym czasie miała miesiączkę.

W dzień przybycia do szpitala t. j. w tydzień od początku cierpienia znaleziono chorą, siedzącą na kanapie bez przytomności ze śladami wymiocin na ustach. Nieprzytomną przywieziono na oddział. Służba szpitalna opowiada, iż chora na żadne podnieity nie reagowała, że była sino-błada, zęby miała zacisnięte, obficie wymiotowała.

W nocy tej samej doby odzyskała przytomność, nie pamiętała nic, co się z nią przez ten czas działo.

Przez następne 4 dni w szpitalu chora ciągle uskarżała się na ból głowy i miewała dość często wymioty. Przytomności nie traciła. Po 4 dniach pobytu w szpitalu zauważono na brzuchu chorej jakąś wysypkę, przytem ciepłota ciała podniosła się do 38,6^o, jako więc podejrzaną o cierpienie zakaźne, chorą przeniesiono do oddziału chorób zakaźnych. Wkrótce jednak (już bowiem 3-go dnia) ciepłota ciała powróciła do normy, wykwit znikł i tylko w dalszym ciągu trwały bóle głowy znacznie co prawda słabsze oraz wymioty niezbyt częste.

Nagle chora podczas wizyty lekarzy zaczęła jęczeć i śpiewając modlić się. Drugiego dnia stan psychiczny jej pogorszył się o tyle, iż trzeba było chorą przenieść do oddziału chorób umysłowych.

Według słów ojca chora zawsze podczas miesiączkowania miewała silne, trwające kilka lub kilkanaście godzin, bóle głowy z wymiotami. Ostatnio, jak już powiedziano, cierpienie wystąpiło również w okresie miesiączki; obecnie t. j. w 2 tygodnie po pierwszym napadzie bólów głowy i utraty przytomności powtórzyła się miesiączka i wystąpiły zmiany psychiczne.

Z wywiadów wiadomo, iż pod względem psychicznym była zawsze zdrową. W rodzinie również nie było chorób umysłowych. Podobno przed dwoma miesiącami chorą uderzono laską po głowie. Przez całą dobę następnie chora odczuwała ból głowy, który jednak minął zupełnie.

Z czynników natury moralnej należy zaznaczyć, iż syn chorej niepełnoletni nakrótko przed jej chorobą wyjechał do Ameryki. Chora obawiała się o niego, podobno początkowo przypuszczała nawet, że zginął w drodze, gdyż nie otrzymywała od niego żadnych wiadomości; fakt ten mocno ją trapił.

Stan obecny. 5.X.10. Chora owinięta w kołdrę stoi w kącie sali. „Dlaczego ze mnie chcą zrobić warjatkę? Dawid, przestań” — zwraca się w stronę drzwi. Na zapytanie lekarza,

„jaki Dawid” — odpowiada: „to mój brat, czego tu chce ode mnie, on tu stoi”. — „Tu nikogo niema, proszę wyjrzeć”. — „On się teraz schował”. — „Czy pani słyszy jego głos?” — „Słyszę”.

Gdzie pani jest? — Tu naprzeciwko domu, matka poszła po spódnicę, pójdę domu do piwiarni. — Dawid przestań, nie mów do mnie. Mamol! niech mu mama powie, żeby przestał.

Kto ja jestem? — Czy ja wiem, czy się pan doktorem podpisuje, czy inaczej?

Zapytywana w dalszym ciągu chora opowiada dokładnie i obszernie o swej chorobie. lecz co pewien czas przerywa przemówienie jakby wsłuchiwała się w coś lub w stronę drzwi rzuca „Dawid, przestań”, poczem odpowiada na zadane jej przed chwilą pytanie.

Z odpowiedzi jej widać, iż pamięta o przebiegu swej choroby, wie, że straciła przytomność, że „obudziła się” w szpitalu, nie pojmując, kiedy i jak się tu dostała. Wszystko to opowiada składnie, czasami tylko przepytując o co chodzi, jakby nie słyszała pytania, myśląc o czem innym.

Orientacja chorej co do miejsca jest upośledzona — „znajduje się w domu swoim albo naprzeciwko domu”; z otoczenia również nie zdaje sobie sprawy — „lekarza zna oddawna, on tu już dawno mieszka, zna również jego żonę”. Przyznaje czasami, że nie mówi jak właściwie należy, czuje się osłabioną, ale nie wie, gdzie jest i po co z kimś rozmawia.

Orientacja co do czasu lepiej zachowana: wie, że teraz są święta, że 2 tygodnie temu zachorowała, że wczoraj wyszła ze szpitala (t. j. z oddziału zakaźnego).

Nastroj chorej nieco przygnębiony, chora robi wrażenie osoby sennej.

Badanie somatyczne: chora dobrego odżywiania, średniego wzrostu.

W twarzy nic specjalnego, źrenice równe, odczyn na światło dobrze zachowany. Dno oczu: granice tarcz obustronnie za-tarte, naczynia rozszerzone.

Ruchy kończyn wszystkich naogół normalne, wydaje się jednak, jakby uścisk prawej dłoni był nieco słabszy niż lewej.

Odruchy ścięgnowe w kończynach górnych obustronnie jednakowo dobrze zachowane.

Odruchy kolanowe bardzo żywe, chorobliwie wzmożone, obustronnie jednakowe.

Odruchy ze ścięgien Achillesa obustronnie wzmożone, lewy być może nieco żywszy od prawego.

Odruch podeszwowy — zgięcie palców.

6.X.10. Wczoraj wieczorem chora podobno biła we drzwi

pięścią i wołała na „Stanisława”, aby jej otworzył bramę. O 11-ej w nocy otrzymała środek nasenny, po którym spała od 3-ej do 7-ej rano.

Zrana podczas wizyty spała. Rozbudzona ze snu, odpowiadała na pytania chętnie. Twierdzi, że zna lekarza, ale gdzie i kiedy go widziała nie pamięta.

Wie, gdzie jest obecnie: w szpitalu dla umysłowo-chorych, ale zupełnie nie przypomina sobie w jaki sposób tu się dostała; wczoraj napewno nie „była, oburza się na twierdzenie lekarza, że jest tu już drugi dzień. Natomiast opowiada, co się zdarzyło w dniu wczorajszym: była z matką nie pamięta na jakiej ulicy, weszła z podwórza w jakieś otwarte drzwi, myślała, że to klozet, ale to nie był klozet, bo stały tam szafy niedokończone i jakieś kwiaty. Gdy weszła, drzwi się zatrzasnęły i nie można ich było otworzyć z wewnątrz, ojciec jej stał na podwórzu, więc krzyczała, aby jej otworzył, ale on nie otwierał. Tymczasem w tym samym pokoju schowani byli jacyś ludzie za szafami, kiedy widzieli, że ona stoi sama, chcieli ją brać, wtedy zaczęła strasznie krzyczeć, walić we drzwi, wreszcie jakaś panienska otworzyła drzwi“.

Pamięta również, że brat, Dawid, mówił do niej wczoraj i prześladował ją:

Uważa się za chorą, nienormalną.

Badana w gabinecie chora wykazuje duży stopień amnezji w stosunku do dnia wczorajszego: zupełnie nie pamięta, iż była kiedykolwiek w tym pokoju, twierdzi, że jest w nim poraz pierwszy, lekarza przypomina sobie jak przez mgłę, pamięta jedynie, iż ją prześladował brat Dawid.

Z opowiadania służby okazuje się, iż zdarzenie zatrzaśnięcia za chorą drzwi oraz otworzenia ich następnie przez posługaczkę miało istotnie miejsce, lecz chora ubarwiła je i sfalszowała i w rezultacie dała obraz zupełnie niepodobny do rzeczywistego.

10.X. Dziś chora czuje się jedynie osłabioną. Od 2 dni odczuwa bardzo silne bóle głowy. Jest zupełnie przytomna, orientuje się dobrze co do czasu i miejsca: wie, iż jest od 4 dni w szpitalu dla umysłowo-chorych.

Ponowne badanie układu nerwowego nie wykazało żadnych nowych zmian: odruchy ścięgnowe pozostały żywe, po stronie lewej może żywsze niż po stronie prawej. Siła mięśniowa w kończynach słaba, bez różnicy po obu stronach. Czucie wszystkich rodzajów wszędzie zachowane. Chód chorej powolny, mniej chwiejny niż przedtem.

Obustronnie tarcza zastoinowa.

W płucach: wydłużony oddech po prawej stronie. Tętno 100. T⁰ normalna.

11.X. Skarży się na ból głowy i mdłości. W nocy nie spała. Tętno 92.

14.X. Od dwu dni chora zrana wymiotuje. Ma silne bóle głowy. Odruchy zachowują się bez zmiany. Tarcza zastoinowa po stronie prawej wybitniej wyrażona niż po stronie lewej.

17.X. Badanie wziernikowe (Dr. L. Endelman). Dno oka prawego: wybitny obrzęk brodawki (około 4 D), żyły grube, tętnice w wielu miejscach na tarczy i dookoła niej pokryte szarym nalotem; zmętnienie pasa dookoła siatkówki.

Dno oka lewego: obrzęk nieco mniejszy, dość znaczny krwotok w kształcie języków płomienistych pokrywa przebiegającą tętnicę.

19.X. Wczoraj chora miała wymioty i ból głowy zrana. Po południu ból głowy ustał.

Chora przebyła jeszcze w szpitalu miesiąc cały. W ciągu tego czasu tylko raz miała nieznaczny ból głowy bez wymiotów.

5.XI. Badanie wziernikowe ponowne (dr. Endelman). Dno prawego oka: obrzęk tarczy wybitnie mniejszy, wypukłość nie większa niż jakie 2 D. Żyły jeszcze szerokie. Nigdzie nie widać zmętnień. Lewe oko: po krwotoku pozostało zaledwie widoczne zamglenie, granice tarczy prawie zupełnie wyraźne, żyły nieco rozszerzone, lecz mniej, niż po stronie prawej.

5.XII. Chora przyszła do szpitala dla zbadania. Czuje się zupełnie zdrową, pracuje jak zwykle, nie miewa bólów głowy ani wymiotów. Wzrok dobry. Czasami, gdy się nachyla, czuje jakby jakiś błysk w oczach.

Badanie wziernikiem wykazuje, iż lewa tarcza jest zupełnie normalna, może tylko z lekka zaróżowiona oraz naczynia rozszerzone. Prawa tarcza również wyraźna, nieco bardziej czerwona i naczynia ma szerokie.

25.II.11. Chora w dalszym ciągu czuje się zupełnie dobrze. Nie miała ani razu napadu migreny, tylko przed i po perjodzie odczuwała „krajanie nożem” na ciemieniu oraz szum to w jednym to w drugim uchu. Trwało to przez kilka godzin, poczem zupełnie ustępowało.

Po za okresami miesięczkowania nie miała żadnych dolegliwości.

Dno oczu nie wykazuje śladu przebytego cierpienia.

Streszczenie. Chora, 30 letnia kobieta, cierpiąca od szeregu lat na typową migrenę z wymiotami w okresach miesięczkowania, dostaje również w czasie miesięczkowania silnego bólu głowy, lecz ból ten nie mija po kilkunastu godzinach, jak to miało miejsce zwykle dotychczas, lecz nasila się coraz bardziej. Do bólu głowy przyłączają się obfite wymioty, powtarzające się w ciągu 2 dni; po tygodniu cierpienia

chora nagle straciła przytomność. W stanie zupełnej nieprzytomności chorą przywożą do szpitala. Tu po kilkunastu godzinach powróciła przytomność. Silne bóle głowy i wymioty trwają w dalszym ciągu. W szpitalu stwierdzono, że chora ma podniesioną ciepłotę ciała (38°). Po 3 dniach pobytu w szpitalu ciepłota powróciła powoli do normy.

Piątego dnia ciepłota nagle podnosi się do $38,06$ i na ciele chorej pojawia się słaby wykwit, co budzi podejrzenie, iż ma się do czynienia z cierpieniem zakaźnym, na drugi dzień jednak wykwit znika, ciepłota powraca do normy i znów pozostaje jedynie ból głowy i wymioty, oraz pewne zaburzenia psychiczne. O nich nie można powiedzieć nic pewnego, brak nam szczegółowych wiadomości, chora leżała w oddziale chorób zakaźnych i objawy nienormalnej psychiki nie były notowane. Polegały one, jak się zdaje, na apatji i lekkim zamroczeniu świadomości.

Wreszcie po 3 tygodniach od początku cierpienia występują zaburzenia psychiczne jednocześnie z wystąpieniem miesiączki (po 2 tygodniach przerwy).

Chora jest podniecona, w bieliźnie biega po sali, dużo mówi, halucynuje wzrokowo i słuchowo, nie orientuje się co do czasu, miejsca i otoczenia. Nastroj wykazuje podniecenie oraz wyraźne cechy przygnębienia.

Stan taki trwa nieco dłużej, niż 36 godzin, poczem nagle czynności psychiczne poprawiają się: powraca orientacja co do miejsca (wie, iż jest w szpitalu dla umysłowo chorych), co do otoczenia (wie, iż rozmawia z lekarzem, nie przypomina sobie tylko, gdzie go już widziała, na skutek częściowej amnezji, dotyczącej okresu podniecenia). Nie wie w jaki sposób dostała się na oddział chorób umysłowych: pamięta jednak zdarzenie, jakie miało miejsce w czasie przybycia jej na oddział ten; zatrzasnęły się za nią drzwi klozetu, na krzyk chorej przyszły posługaczki i uwolniły ją ztamtąd. Co prawda chora fałszywie przedstawia to zdarzenie i następnego dnia opowiada, iż zatrzasnęła się brama i na krzyk jej przyszli jacyś mężczyźni. Pamięta, iż mówiła dzień przedtem, że ją wołał brat Dawid, nie wie, że były to halucynacje, nie może ich uznać jako takie.

Przy badaniu somatycznym układu nerwowego stwierdza

się jedynie obustronną tarczę zastoinową i wzmożenie odruchów ścięgowych.

Po 4 dniach chora jest już zupełnie przytomna, orientuje się, niema żadnych zaburzeń w sferze psychicznej. Posiada świadomość przebytej choroby.

Skargi na bóle głowy trwają w dalszym ciągu takie same, jak przed cierpieniem psychicznym. I te jednak po kilkunastu dniach mijają i po 6 tygodniach pobytu w szpitalu chora wypisuje się z zupełną poprawą.

W ciągu następnych 5 miesięcy mieliśmy możność stwierdzić, iż migrenowe zwykle jej bóle głowy nie powracały, zdarzały się jedynie przed i po miesiączkowaniu niezbyt silne „krajania nożem” na ciemieniu i szum w uszach. Po za tem chora czuła się dobrze. Zastoina na dnie oczu zniknęła.

Przy rozpoznaniu różniczkowem należało się przedewszystkiem zastanowić, w jakim związku z oddawna istniejącą migreną znajduje się obecne cierpienie.

Pierwsze pytanie, jakie się nasuwa, jest to, czy nie mamy do czynienia z psychozą migrenową?

W piśmiennictwie, dotyczącem psychoz migrenowych, znajdujemy przypadki Krafft-Ebing'a, Mingazzinni'ego, Koeppen'a i innych.

Przypadki te pozwolę sobie przytoczyć w skróceniu, by wykazać podobieństwo i różnicę z niniejszym, opisanym przez nas.

Krafft-Ebing podaje: 1. 18 letni pacjent oddawna cierpi na migrenę. Po silnem wstrząśnieniu moralnem dostał bólu głowy, (ból poprzedziły skotomaty świetlne), poczem zaczął halucynować wzrokowo; treść halucynacyj była przerażająca. Stan taki trwał trzy dni poczem zupełne wyzdrowienie z amnezją okresu zaburzeń psychicznych.

2. Drugi przypadek dotyczy 15-letniego chłopca. Na migrenę cierpi od 4-go roku życia. Podczas napadu bólu głowy rwie wszystko na sobie, zachowuje się jak szalony.

Krafft-Ebing nie zgadza się z poglądem (Schüle, Mingazzini), iż zaburzenia psychiczne zależne są od silnego bólu (dysphrenia neuralgica), uważa je za współrzędne z bólami głowy, za wynikające z jednego źródła choroby.

W nowszej pracy swej Krafft-Ebing ponownie przytacza zebrane przypadki psychoz migrenowych.

1) 21 letni młody człowiek od lat 5 cierpi na migrenę. Napad bólu rozpoczyna się od charakterystycznych kolorowych błysków przed oczyma, trwa około 1 godziny. Ostatnio chory wieczorem nagle chciał się napić potażu z beczki. Gdy mu zwrócono uwagę na to, uśmiechnął się, powiedział, że go boli głowa i nalał sobie wina. Po chwili zaczął głową tłuc o ścianę, wrywać sobie włosy, płakać. Świadomość miał zamroczoną. Po 4 godz. napad minął; następnego dnia chory nie przypominał sobie, co zaszło przez te 4 godz. Przed tym napadem chory miał silne zmartwienie.

2) 21 letni mężczyzna. Od 14 lat cierpi na migrenę. Napady powtarzały się co 8 dni. Pewnego wieczoru chory spotkał przyjaciela i opowiadał mu o śmierci swego ojca, przyczem zaczął płakać; w tym momencie przyjaciela pożegnał. To było ostatnie wspomnienie, zachowane w pamięci chorego. Jak się następnie okazało, chory, rozstawszy się z przyjacielem, podszedł do policjanta i zażądał od niego 3000 guld. Policjant odprowadził go na policję, a ztamtąd do szpitala. Chory — zupełnie splątany, świadomość zamroczona, twierdzi, że „on mu winien 5000 guld. z pewnością”.

Następnego dnia świadomość powróciła, chory zdradza amnezję okresu od chwili pożegnania przyjaciela.

Był to u niego pierwszy napad zaburzeń psychicznych.

3) 30 letni mężczyzna wieczorem nagle zaczął na ulicy żywo gestykulować, krzyczeć i gryźć ludzi, którzy go chcieli ująć. Następnego dnia uspokoił się przyczem zupełnie nie pamiętał o czynach tych. Pamięta jedynie, że nagle dostał kurczów żołądka i upadł na ulicy.

Zeznaje, że od paru miesięcy miewa: napady prawostronnych bólów głównie w okolicy czołowej, skotomat w prawym oku, świetlne obrazy przed oczyma oraz silne kurcze żołądka.

Przy badaniu stwierdza się *neuritis optica* już w okresie znikania.

Po 10 dniach chory miał objawy wzrokowe (świetlne zjawiska), po stronie prawej bez bólu głowy.

Są to te przypadki Krafft-Ebing'a, w których nie można wykryć żadnych danych, wskazujących na padaczkę lub histerję.

W trzech następnych jego przypadkach, obok niewątpliwej migreny, istnieją już cechy bądź padaczki, bądź hysterji, dlatego ni: mogą być w danym razie brane pod uwagę.

Również rzadko spotyka się przypadki podobne do tego, który opisał Féré; przypadek ten rozpoczął się bowiem od napadu padaczki: chora 19 letnia dziewczyna w 7-ym roku życia nagle omdlała; oddała wtedy mocz pod siebie. Od tego czasu datują się napady bólu głowy z lewej strony z omamami wzrokowymi, słuchowymi a czasem i smakowymi.

Oprócz napadów bólu głowy chora miewała następujące objawy: często podczas zabawy nagle rzucała wszystko, krzyczała, tupiała nogami. Napad taki gniewu trwał 5—19 minut, poczem dziewczynka powracała do zabawy, nie pamiętając o wybuchu złego humoru; czasem tłumaczyła swoje zachowanie się tem, iż była zła.

Gniew i bóle głowy występowały u niej kolejno.

Po kilku latach u chorej tej zamiast napadów gniewu zjawyły się napady osłupienia, trwające 10 — 15 min.; po każdym takim napadzie chora budziła się, jakby ze snu; często napad kończył się wymiotami. W 10 roku życia i te napady ustąpiły, pozostały tylko bóle głowy z omamami wzrokowymi, słuchowymi i smakowymi.

W przypadku tym wyraźnie objawy padaczki (absences) występowały jednocześnie z objawami migreny (wzrokowe omamy, błyski i t. p.).

Wybuchy patologicznego gniewu, po których następowała nie pamięć autor, jak się zdaje, uważa za zmiany psychiczne migrenowe, aczkolwiek nie kusi się różniczkować ich od równoważników padaczki.

W pracy Krafft-Ebing'a przytoczone są 2 przypadki psychoz migrenowych Minigazzini'ego, w obu jednak istniejąca niewątpliwie obok migreny hysterja nie pozwala zmian psychicznych (omamy, przygnębiecie) z następczą amnezją kłaść na karb wyłącznie migreny.

4 inne przypadki psychoz migrenowych Mingazzini'ego miały cechy następujące: zaburzenia psychiczne we wszystkich 4 przypadkach były bardzo krótkotrwałe, występowały bezpośrednio po napadzie bólu głowy; u dwóch chorych polegały one na omamach w dziedzinie rozmaitych zmysłów, dwaj inni byli

przygnębieni, czynili próby samobójcze. We wszystkich 4 przypadkach po napadzie występowała zupełna amnezja.

Koepen spostrzegł 3 przypadki migreny ze zmianami psychicznymi:

1. Pierwszy dotyczy 30-letniego mężczyzny, który oddawna cierpi na migrenę. Ostatni napad bólu głowy trwa 3 dni, towarzyszą mu omamy wzrokowe, chory traci przytomność. Czwartego dnia przytomność powraca, występuje amnezja okresu bredzenia. Podobno przed tym napadem chory doznał silnego wstrząsu psychicznego.

2. Drugi chory oddawna cierpi na migrenę. I on również miał ostatnio silne wstrząśnienie moralne, po którym wystąpił ból głowy oraz bredzenie o treści przykrych, przerażającej. Po 3 dniach chory powraca do zupełnego zdrowia, okresu bredzenia częściowo nie pamięta.

3. U chorego cierpiącego oddawna na migrenę wystąpił napad podniecenia trwający jeden dzień. Następnego już dnia powrót do zupełnego zdrowia. Chory częściowo nie pamięta o zdarzeniach jakie miały miejsce w dniu podniecenia.

W 9 z pośród wyżej przytoczonych przypadków związek pomiędzy zasadniczym cierpieniem — migreną a zmianami psychicznymi jest wyraźny: zmiany psychiczne rozwijają się natychmiast po wystąpieniu bólu głowy i wraz bólami znikają. Koepen sądzi, iż ból głowy istnieje przez cały czas trwania psychozy, wnioskuje zaś o tem choćby z tego, iż jeden jego chory bredził o kamieniu, który mu uciska głowę.

Jeśli mówić można o psychozie migrenowej jako o samostnej jednostce chorobowej, to, zdaniem Koepen'a, należy uważać za cechy dlań charakterystyczne: nagłe wystąpienie zaburzeń psychicznych podczas migrenowego bólu głowy, bredzenie o treści przerażającej, podniecenie dochodzące do szału, amnezję zupełną lub częściową, dotyczącą okresu zaburzeń psychicznych.

Zachodzi pytanie, czy zmiany psychiczne mogą zastępować ból głowy? Krafft-Ebing uważa psychozę migrenową za równoważnik migrenowego bólu głowy. Istotnie, w trzech ostatnich jego przypadkach niema wzmianki o tem, czy ból głowy poprzedzał psychozę.

Zdaniem Koeppen'a zmiany psychiczne nie mogą zastąpić bólu głowy.

Oppenheim nie wypowiada się za lub przeciw mniemaniu Krafft-Ebing'a. Sam jednak spostrzegał chorą, cierpiącą na migrenę, u której krótkotrwała depresja wystąpiła jakoby zamiast napadu migreny.

Kwestją zaburzeń psychicznych przy migrenie zajmował się Gardon. Zebrał aż 12 przypadków psychoz migrenowych. Jednak nie udało mu się wykryć żadnej cechy swoistej dla tego cierpienia, sądzi przeto, że psychozy przy migrenie mogą przybierać rozmaite postaci i najbardziej przypominają psychozy intoksykacyjne.

Streszczając się, możemy powiedzieć, iż wszystkie powyżej przytoczone przypadki łączy wspólna cecha: u osobników, cierpiących na migrenę, występuje krótkotrwałe zaburzenie psychiczne, polegające najczęściej na stanie podniecenia z nastrojem przeważnie przygnębionym i z omamami w dziedzinie rozmaitych zmysłów. Po kilku lub kilkunastu godzinach zaburzenia te mijają i pozostaje zupełna lub prawie zupełna niepamięć całego okresu.

Wiele cech w naszym przypadku zgadza się z temi, jakie poprzedni autorzy uważali za najcharakterystyczniejsze dla psychozy migrenowej: u osoby, cierpiącej na migrenę, dziedzicznie pod innymi względami nieobarczonej (histerja, padaczka) zjawiają się zaburzenia psychiczne (omamy wzrokowe i słuchowe, dezorientacja), które znikają po 36 godz., pozostawiając po sobie częściową amnezję.

Poza tem podobieństwem są jednak różnice: przedewszystkiem musimy zwrócić uwagę, iż zanim wystąpiły zaburzenia psychiczne chora od dłuższego czasu (od 3 tygodni) cierpiała na bóle głowy z wymiotami.

Féré, Möbius mówią wprawdzie o „état migraineux”, — „status hemicranicus”, kiedy migrena trwa dni kilka, nie wspominają jednak o tem, iż cierpieniu temu mogą towarzyszyć objawy, jakie spostrzegliśmy u naszej chorej: podniesienie ciepłoty ciała, wzmoczenie odruchów ścięgowych i zastoinowa tarcza na dnie oka.

O zapaleniu nerwu wzrokowego w przebiegu psychozy migrenowej wspomina Krafft-Ebing. Jest to jednak jedyny przy-

padek i niedość ściśle omawiający związek czasowy i przyczynowy tych dwu zjawisk. Czy istotnie zmiany na dnie oka zależne były od tych samych przyczyn co migrena i psychoza? Czy powstały jednocześnie z temi cierpieniami i wraz z nimi zniknęły? Pytania te pozostają nierozstrzygnięte. Krafft-Ebing wyznaje, iż przyczyna owego zapalenia n. wzrokowego pozostaje dlań niejasną.

W naszym przypadku na zasadzie objawów klinicznych mamy prawo twierdzić, że oprócz migreny mamy do czynienia z wzmocnionem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem (dwa tygodnie trwające bóle głowy z wymiotami oraz tarcza zastoinowa). Jeżeli zaś chodzi o rozpoznanie ściślejsze, to przedewszystkiem podkreślić należy dane co do etiologii: uraz fizyczny (uderzenie kitem po głowie) oraz wstrząśnienie moralne. Dane etiologiczne, brak wszelkich objawów ogniskowych oraz nagle prawie powstanie całego obrazu chorobowego pozwalają nam na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy o sprawach, wywołujących wzmoczone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, odrzucić rozpoznanie nowotworu mózgu i zatrzymać się jedynie na surowiczem zapaleniu opon mózgowych. Istotnie, zejście pomyślne (a zwłaszcza zupełne zniknięcie tarczy zastoinowej) potwierdza nasze rozpoznanie.

Powstaje teraz pytanie, jak objaśnić sobie zaburzenia psychiczne, istniejące u naszej chorej. Czy wiązać je z migreną i mówić o psychozie migrenowej, czy też złożyć je na karb wzmoczonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, biorąc za punkt wyjścia analogię z zaburzeniami psychicznymi, spostrzeganymi w nowotworach mózgowia. Zdaniem naszym, między migreną i objawami wzmoczonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego istnieje w danym przypadku niewątpliwy związek; wobec tego zaburzenia psychiczne musimy uzależnić zarówno od migreny jak i od surowiczego zapalenia opon mózgowych, które należy tutaj uważać za organiczne nasilenie zwykłego napadu migrenowego.

Zaburzenia psychiczne w postaci dezorientacji, podniecenia ruchowego, omamów oraz następczej częściowej amnezji znaleźliśmy w jednym tylko z ogłoszonych dotąd przypadków wzmoczonego ucisku wewnątrzczaszkowego z zejściem pomyślnem (a więc nie nowotworu).

Jest to przypadek Sterlinga: 50 letnia kobieta zaczęła się nagle uskarżać na bóle i zawroty głowy, wymioty i osłabienie

wzroku. Otoczenie zauważyło zmianę w psychice chorej: osłabienie pamięci, łatwość rozdrażniania się. Po 3 miesiącach powolnego rozwoju cierpienia chora, badana w szpitalu, wykazała wybitne zmiany psychiczne; umieszczona w oddziale dla obłąkanych chora wykazywała silne podniecenie ruchowe i psychiczne, mówiła bez przerwy, wypowiadała urojenia o charakterze prześladowczym, miała omamy wzrokowe i słuchowe. Nastrój był stale depresyjny. W przeciągu 3 tygodni trwał stan podniecenia, zwolnienia były bardzo nieznaczne, krótkotrwałe. I u tej chorej stwierdzono obustronnie tarczę zastoinową, a dalej, osłabienie odruchów ścięgowych (odruch ze ścięgna Achillesa był nawet zniesiony z jednej strony). Po 3 tygodniach zmiany psychiczne ustąpiły, pozostawiając po sobie amnezję częściową tego okresu; pod względem somatycznym stwierdzono mniejsze wypuklenie tarczy, zniknięcie bólów i zawrotów głowy. Cierpienie po 4 $\frac{1}{2}$ mies. ustąpiło bez śladu.

Autor zalicza ten przypadek do kategorii „pseudotumor cerebri” Nonne’go, sądząc, że przeciwko rozpoznaniu zapalenia opon surowiczego przemawia brak momentu etiologicznego oraz brak wahań w przebiegu cierpienia. Nie wdając się w roztrząsania różniczkowo-rozpoznawcze, które z natury rzeczy musiałyby być chwiejne, sądzymy wraz z autorem, że zaburzenia psychiczne uzależnić wypada od wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego, którego objawy były niewątpliwe.

Zaburzenia psychiczne przedstawiały się nieco odmiennie, niż spostrzegane w naszym przypadku, bo przedewszystkiem trwały znacznie dłużej, a dalej, oprócz dezorientacji i omamów wzrokowych i słuchowych i nastroju depresyjnego, wykazywały jeszcze urojenia prześladowcze, silne podniecenie ruchowe i osłabienie pamięci. Jednakże mimo tych różnic zbliża się ten przypadek w dużej mierze do naszego. W naszym przypadku jednak powstanie ucisku wewnątrzczaszkowego łatwiej, zdaniem naszym, niż w przypadku Sterlinga, da się objaśnić ze względu na związek całego obrazu klinicznego z migreną.

Zaznaczyliśmy już, że możemy surowicze zapalenie opon mózgowych uważać w tym przypadku za nasilenie napadu migreny. I w rzeczy samej, jeżeli zważymy, że cały epizod chorobowy przypada na okres menstruacji, t. j. kiedy chora zwykła mieć migrenę, jeżeli dalej przypomnimy sobie z historii choroby,

że w przebiegu cierpienia po krótkiej poprawie następuje najwyższe nasilenie właśnie wtedy, kiedy perjod, przerwany na 2 tygodnie, zjawia się ponownie, to związek tych dwu spraw — migreny i surowiczego zapalenia opon mózgowych, wydaje się coraz bardziej prawdopodobnym. A dalej przypomnijmy sobie, że po wyzdrowieniu chora przez szereg miesięcy nie miewała zwykłych swoich bólów migrenowych podczas menstruacji (były tylko jakieś bardzo nieznaczne objawy w postaci zawrotów lub chwilowych bólów głowy). Zdaniem naszym, objaśnić się to daje jedynie w ten sposób, że owo surowicze zapalenie opon było niejako wyładowaniem ustroju pod względem tkwiącej w nim, jeżeli można się tak wyrazić, stałej tendencji migrenowej i zabezpieczyło ustrój na czas dłuższy od migreny w postaci zwykłych napadów. Analogiczne zjawisko spostrzegamy w padaczce: po licznych napadach drgawkowych lub „status epilepticus” chorezy przez czas dłuższy wolni bywają od drgawek padaczkowych.

Tyle co do klinicznego uzasadnienia związku migreny i surowiczego zapalenia opon mózgowych w naszym przypadku.

Co zaś dotyczy uzasadnienia teoretycznego, to jest ono trudniejsze i może być jedynie hypotetyczne. Pośród licznych teorii, tłumaczących mechanizm powstawania migrenowych bólów głowy, wskażemy tutaj na teorię Spitzer'a. U podstawy tej teorii znajduje się przypuszczenie, iż u osób cierpiących na migrenę otwór Monroi jest zwężony. Wszelka przyczyna, wywołująca bierne lub czynne przekrwienie mózgu, powoduje również przekrwienie spłotu naczyń. Ten ostatni spęczniały zapycha otwór Monroi i tamuje swobodny odpływ płynu z komory bocznej. Płyn ten uciska na ściany komory i na naczynia jej. Na skutek ucisku krążenie krwi jest utrudnione, szczególnie w żyłach, wytwarza się bierna zastoina, surowiczy przesięk, który z kolei zwiększa ucisk wewnątrz komory. Płyn mózgowy pod wpływem wzmożonego ciśnienia toruje sobie drogę odpływu poprzez przestrzenie chłonne tkanki mózgowej i sięga wreszcie kory mózgowej, tutaj wywołuje on wygładzenie drobnych zawojów kory i opony miękkiej, często nawet przerwanie drobnych naczyń, co ma, według Spitzera, powodować objawy aury. Ciągłe wzrastające ciśnienie powoduje wreszcie napięcie opony twardej, wtedy to zjawia się ból głowy. Wzmaga się on dopóty, dopóki płyn

w komorze ciśnieniem swem nie zdoła wypchnąć spęczniałego spłotu poprzez otwór Monroi. Wtedy ciśnienie wewnątrzmożgowe jakoby zmniejsza się, ból głowy mija. Spitzer tłumaczy okres międzynaładowy wolny od bólu głowy tem, iż wypchnięty przez otwór Monroi spłot nie może przesunąć się z powrotem póki spęcznienie tegoż nie minie. Im dłuższa istnieje przerwa pomiędzy napadami migreny, tem łatwiej one wybuchają i ciężiej przebiegają.

Jeżeli teraz przyjmujemy hipotezę Spitzera dla objaśnienia naszego przypadku i zważymy, że oprócz zwykłych przyczyn, wywołujących okresowo przekrwienie mózgu, zjawiły się nowe czynniki (wstrząśnienie moralne i uraz fizyczny) i że spowodowały one surowicze zapalenie opon mózgowych, to w rezultacie przyjdziemy do wniosku, że nagromadzenie płynu wynikło z dwóch źródeł: 1) jako surowiczy przesiek towarzyszyło ono migrenie; 2) jako surowiczy wysiek surowiczemu zapaleniu opon.

Sądźmy, że zmiany psychiczne, towarzyszące migrenie w przypadkach, ogłoszonych w piśmiennictwie, i w niniejszym przypadku zależne są prawdopodobnie od wzmożonego ciśnienia wewnątrzmożgowego. O ile trwają one krótko, to są wywołane przypuszczalnie tylko przez wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, które prawdopodobnie stanowi dla wielu przypadków migreny podstawę anatomo-patologiczną. O ile do samej migreny dołączają się jeszcze przyczyny inne (wstrząśnienie moralne, jak w kilku przypadkach Krafft-Ebinga i w naszym), to wolno nam przypuścić, że do zwykłego wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego o charakterze przesiekowym dołącza się wysiek zapalny (meningitis serosa), który z natury rzeczy już nie mija tak prędko i wywołuje nowe objawy mózgowe (zastoina na dnie oczu, zmiany w odruchach ścięgowych — bądź wzmożenie, bądź osłabienie ich) oraz dłuższe trwanie objawów psychicznych.

Zarówno krótkotrwałe jak i dłuższe zaburzenia psychiczne nie różnią się między sobą zasadniczo, spostrzega się jedynie rozmaity stopień nateżenia tych samych objawów.

Polegają one w większości przypadków na mniejszym lub większym zamroczeniu świadomości, na słabszym lub silniejszym stanie splątania, na omamach w dziedzinie rozmaitych zmysłów, na słabszym lub silniejszym stanie przygnębienia i na zupełnej lub przeważnie częściowej amnezji.

Skłonni bylibyśmy przypuścić, że opisane dotąd przypadki migreny z trwającymi dłużej zmianami psychicznymi, a szczególnie przypadek Krafft-Ebinga, w którym stwierdzono zapalenie nerwu wzrokowego, objaśnić należy w ten sposób, że do istniejącej migreny dołączało się podrażnienie opon mózgowych o mniejszym lub większym natężeniu bądź w postaci t. zw. meningismus, bądź też w postaci zapalenia surowiczego.

PIŚMIENNICTWO.

1. Féré. Psychose migraineuse. Revue de Medicin 1897.
2. Gardon. Migranic Psychoses. Jour. of Amer. Med. Assist Vol. 48.
3. Koelichen. O surowiczem zapaleniu opon mózgodz. Pamiętnik I-go Zjazdu neur. i psych. Warszawa 1909.
4. Koeppen. Über Migräne-Psychosen. Cbt für Nerv. und Ps. 1898.
5. Krafft-Ebing. Migr. Psychosen. Jahr. für Psych. 1902.
6. Krafft-Ebing. Über Migräne und acut. Geistesstörung. Neur. Cbt 1895.
7. Kupferberg. Deut. Zeit. für Nervenheilk. 1893 B. IV.
8. Nonne. Über „Tum. cereb.“ Deut. Z. für Nervenheilk. 1904.
9. Nonne. Zwei neue Fälle vom Symptombild des Pseudot. cereb. Neur. Centr. 1905 (spraw. z posied.).
10. Nonne. Über Fälle von benignen Hirnhauttumoren. Deut. Zeit. für Nerv. 1907.
11. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 5-te Auflage. 1908.
12. Pötz u. Schüller. Über let. Hirnschwell. bei Syphilis. Zeit. für d. Ges. Neur. u. Psych. 1910 B. III.
13. Redlich, Pötzl i Hess. Untersuchungen über das Verhalten des liquor cerebrospinalis bei der Epilepsie. Zeit. für die gesamte Neur. und Psych. 1910 B. II. H. 5.
14. Redlich i Pötzl. Untersuchungen über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis. Zeit. für die ges. Neur. u. Psych. B. III H. 4.
15. Spitzer. Über Migräne. Jena 191.
16. Sterling. O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu 1910.
17. Weber. Zur Symptomatologie und Pathogenese des erworbenen Hydrocephalus internus. Arch. für Psych. 41.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O STANACH PSYCHOPPOCHODNYCH.

zebrał

A. WIZEL.

Od czasu, gdy psychjatra niemiecki Sommer (z Giessen) po raz pierwszy w 1904 r. użył terminu, „stany psychopochodne“ (psychogene Zustände) w podręczniku swym p. t. Diagnostik der Geisteskrankheiten, w piśmiennictwie pojawiają się coraz częściej prace o zaburzeniach psychicznych pochodzenia psychicznego. Z prac, które w ostatnich latach pojawiły się, wyróżnia się szczególnie artykuł Risch'a, drukowany w 1908 r. w Allg. Zeitsch. f. Psych. p. t. „Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände“, a z najnowszych prac na specjalne uwzględnienie zasługują prace Birnbauma i Bonhoeffera.

Sommer określa stany psychopochodne w sposób następujący: stany psychopochodne są to zaburzenia, które na skutek wyobrażeń powstają i które wpływowi wyobrażeń podlegają. Do stanów tych zalicza on wszelkie zaburzenia histeryczne (p. str. 282).

Risch rozwija szerzej ideę Sommer'a. Według niego, stany psychopochodne są to zaburzenia, powstające na skutek urazów psychicznych i znikające szybko, o ile uraz psychiczny przestaje działać. Stany te poznaje się łatwo po ich niezwykłej powolności na wpływy (Beeinflusbarkeit) psychiczne. Od typowych histerycznych zaburzeń różnią się one tem, że w nich brak często wszelkich objawów hysterji. Prócz hysterji, neurastenji, nerwicy urazowej, które mogą być psychogenne, autor zalicza do nich i szczególnie akcentuje t. zw. psychozy więzienne, które częstokroć bywają zapoznawane i za głuptactwo, otępienie, katatonję lub symulację przyjmowane.

W roku zeszłym ogłosił krótką, lecz bardzo treściwą pracę Birnbaum p. t. Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen (p. Zeitschr. f. die gesamte Neurologie u. Psychiatrie). Według Birnbauma, zaburzeniami psychogennymi należy nazywać

takie zaburzenia, które są uwarunkowane wpływami psychicznymi. Jeżeli więc pod wpływem śmierci drogiej osoby ktoś wpadnie w stan ciężkiej depresji, albo osobę zmarłą będzie hallucynacyjnie widział, albo wreszcie scenę śmierci przeżywać będzie w stanie bredzeniowym, to wszystkie te stany, zarówno depresja, jak hallucynacje, jak wreszcie epizod bredzeniowy zasługują na nazwę psychopochodnych.

Co się tyczy czynników psychicznych, wywołujących zaburzenie psychiczne, to są to zawsze czynniki, działające na uczucie, albowiem tylko takie zdolne są wywrzeć wpływ głębszy na psychikę, a zatem psychopochodnymi zaburzeniami nazywać należy te, które pochodzenie swe zawdzięczają urazom, działającym na afekt.

Obrazy kliniczne psychopochodne nie są jakimiś ściśle określonymi typami chorobowymi, są to zaburzenia o zmiennej rozciągłości i niejednolitej jakości. Należą tu pewne chorobliwe reakcje uczuciowe, pewne stany nastrojowe (manjakałny, depresyjny, lękowy), pewne kompleksy chorobowe: urazowo-hypochondryczne lub pieniacko-urojeniowe, pewne idee „wybujałe“ lub „wygórowane“*) i t. p. Należą tu także przywidzenia urojeniowe (wahnhafte Einbildungen) a także w znacznej mierze procesy natręctwa, — wreszcie mogą się tu zdarzać zaburzenia dyssocjacyjne i zamroczenia świadomości.

W najświeższej pracy, tematowi temu poświęconej, a wyszłej z pod pióra Bonhoffera, pracy p. t. „Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprocesse vor, die nicht der Hysterie zu zurechnen sind?“ (p. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1911), znajdujemy jeszcze szersze omówienie sprawy.

Ze wszystkich zaburzeń psychopochodnych autor wymienia przedewszystkiem zaburzenia historyczne. Ale po za histerją istnieje wiele innych psychopochodnych.

Przedewszystkiem należą tu zaburzenia psychiczne, powstające na skutek przestachu (podczas trzęsienia ziemi, katastrofy kolejowej). Podstawą fizjologiczną podobnych zaburzeń jest, według autora, zakłucenie mechanizmu naczynioruchowego. Przestach wywołuje naczynioruchowy kompleks neurotyczny, a nie histerję. Z pośród 500 osobników, badanych w miesiąc po katastrofie w Messynie, ani jeden nie przedstawiał obrazu nerwicy urazowej, i histerję znaleziono tylko u tych, którzy już przedtem na histerję chorowali. Ten naczynioruchowy zespół może się rozwinąć u osobnika, który przedtem żadnych nieprawidłowości

*) Terminu „wygórowane“ lub „wybujałe“ idee używam dla oznaczenia pojęcia, wprowadzonego do nauki przez Wernickego pod nazwą „Ueberwerthige Ideen“.

psychicznych nie zdradzał, — jest to jedyny stan psychogeny, nie wymagający usposobienia psychopatycznego. Wszystkie inne stany psychogenne rozwijają się na tle psychopatycznej konstytucji. Stany te autor dzieli na dwie zasadnicze grupy: do pierwszej należą te stany, które są jedynie spotęgowaniem zwykłego nastroju konstytucyjnego — do drugiej te, w których obraz psychotyczny jest przeciwstawieniem zasadniczej konstytucji psychopatycznej.

Do pierwszej grupy należą przypadki t. zw. depresji reakcyjnej. Dotyczą one osobników, które od najmłodszych lat zbyt boleśnie odczuwają wszelkie przeciwności życiowe, — u takich osobników pod wpływem silniejszego wstrząsu psychicznego występuje łatwo depresja, której charakter psychopochodny ujawnia się przedewszystkiem w tem, iż depresja taka częstokroć, po przejściu czynnika wywołującego, ustępuje.

Obraz kliniczny podobnej depresji jest bardzo zbliżony do depresji endogennej, będącej fazą psychozy manjakałno-depresyjnej, wszelako różni się tem, iż przy depresji psychogennej wybitną rolę odgrywają wyobrażenia depresyjne, związane ze zdarzeniem, które depresją wywołało.

Do tejszej grupy należą przypadki pobudzeń manjakałnych reakcyjnych, występujących u jednostek z usposobieniem konstytucyjnym manjakałnem pod wpływem tych lub innych radosnych wydarzeń.

Następną kategorię stanów psychopochodnych stanowią procesy paranoidne, rozwijające się na gruncie „wybujałych“ lub wygórowanych“ idei. Dotyczą one osobników z chorobliwie wzmocnionym egotyzmem, ze skłonnością do konfliktów w życiu społecznym, z nałogiem do upatrywania wszędzie krzywd i uraz. Osobniki takie, będąc niezmiernie trudnymi w pożyciu społecznym, mogą jednak przejść przez życie bez psychozy, — pod wpływem wszakże jakiegoś szczególniejszego wypadku życiowego może się u nich rozwinąć typowy obraz paranoiczny, który tem się odznacza, iż punktem środkowym tego obrazu jest właśnie ów wypadek życiowy.

Do drugiej grupy stanów psychopochodnych należą przypadki, w których zamiast spotęgowania wrodzonego usposobienia psychopatycznego widzimy obrazy psychiczne, które zdają się być przeciwstawieniem podstawowej osobowości.

Z przypadków podobnych autor wymienia przedewszystkiem napady padaczkowe opisane przez Bratz'a i nazwane przezeń „affektepileptische Anfälle“, — autor nazywa je także „reaktivepileptische Anfälle“. Napady te nie mają nic wspólnego z właściwą padaczką (epilepsia genuina), — przy tej ostatniej napady są zawsze endogenne pochodzenia, — tu zaś napady powstają zawsze na skutek jakichś czynników zew-

nętrznych, przeważnie moralnej natury. Padaczka reakcyjna tem się jeszcze charakteryzuje, że przy niej nigdy nie bywa petit mal i że nie kończy się ona nigdy otępieniem padaczkowem. Prócz typowych napadów padaczkowych u chorych tego rodzaju jeszcze częściej zdarzają się stany zamroczenia, napady pobudzenia i szału.

Dalej, u zwyrodniałych spotykamy bezcelowe wędrowanie natury psychogennej. Najczęściej objaw ten występuje u dzieci pod wpływem obawy kary szkolnej lub domowej. Wędrowanie to ma niekiedy charakter poriomanii padaczkowej z następczą niepamięcią. Dalej autor wymienia paranoiczno-hallucynacyjne psychozy zwyrodniałych. Czynnikiem psychogennym może być w tych razach nie jedno jakieś przejście życiowe, ale sumowanie się licznych niepomyślnych wpływów np. więziennego życia. Charakter psychopochodny cierpienia ujawnia się w tem, że proces chorobowy, mający wszelkie pozorne cechy sprawy postępującej, zatrzymuje się i cofa z chwilą, gdy chory zostaje oswobodzony z więzienia.

Wreszcie autor mówi o kompleksach więziennie-psychotycznych w ścisłym znaczeniu tego słowa, tak często w ostatnich czasach opisywanych. Do nich należą: Ganser'owskie stany zamroczenia, psychogenne rzekome otępienia, histeryczne stany osłupieniowe Räckego, hallucynacyjno-urojeniowe stany z rzekomym otępieniem i czynnościową niepamięcią, wreszcie obrazy katatoniczne. Te ostatnie, opisane przez Kutnera, powstają zawsze w sposób psychogenny, nigdy nie dają defektów psychicznych i powracają natychmiast po ponownym uwięzieniu danego osobnika.

Z powodu powyższej pracy Bonhoeffera, odczytanej przez autora w kwietniu r. b. w Stuttgardzie na zjeździe „Związku psychjatrów niemieckich“, wywiązała się żywa dyskusja. Przedmiotem rozpraw była głównie kwestja, co należy przez zaburzenia psychopochodne rozumieć.

Ze streszczeń powyższych widać, że zarówno Risch, jak Birnbaum, jak wreszcie Bonhoeffer pojęcie „psychogenji“ biorą o wiele szerzej, niż twórca terminu Sommer. Przeciwno takiemu rozszerzeniu pojęcia „psychogenji“ wystąpił Sommer. Rzekł on: „używając terminu „psychopochodny“, wielu autorów mylnie zalicza do stanów psychopochodnych wszystkie wogóle zaburzenia, psychicznie uwarunkowane. Stosując nazwę „psychopochodny“ w tych razach, gdy np. po silnym przestraszeniu występują obrazy chorobowe z objawami klinicznymi ciężkiego splątania lub przebiegające pod postacią procesu otępieniowego,— wywołujemy zupełne nieporozumienie. Kiedym użył w „diagnoście chorób umysłowych“ w r. 1904 terminu „psychopochodny“,

wyraźnie zazaczyłem, iż pod tą nazwą pojmuję wyłącznie te zaburzenia, których rysem klinicznym jest podatność na wpływy psychiczne (psychische Beeinflusbarkeit) i niezwykle silne oddziaływanie procesów psychicznych na procesy nerwowe. A zatem istnieje mnóstwo zaburzeń, psychicznie uwarunkowanych, a mimo to nie będących psychopochodnymi”.

Liepmann, chcąc pogodzić obie strony, dowodził, iż należy ściśle odróżniać sprawę psychopochodną w szerokim znaczeniu słowa od sprawy psychopochodnej w ścisłym znaczeniu tegoż słowa. W szerokim znaczeniu mowa jest o psychogenji, gdy troski, zmartwienia, rozczarowania, spowodowane przejściami życiowymi, stanowią główną przyczynę choroby, — w ścisłym znaczeniu mówić należy, gdy urazy psychiczne i sama choroba znajdują się nie tylko w stosunku przyczynowym, ale gdy zachodzi między nimi ściślejszy jeszcze związek, a mianowicie gdy treść pewnych wyobrażeń przeobraża się w objawy chorobowe, gdy np. wyobrażenie niemożności mówienia powoduje bezwład strun głosowych (p. dyskusja w Allg. Zeit. f. Psych. 1911, zeszyt IV).

Na zakończenie powyższego referatu pozwolę sobie uczynić kilka uwag. Pojęcie „psychogenji” jest niezmiernie doniosłym nabytkiem w psychiatrii. Dzięki pojęciu temu na bardzo wiele stanów psychotycznych zaczynamy patrzeć obecnie pod innym zgoła kątem widzenia. Reakcyjne zespoły: depresyjny, manjakałny, paranoiczny, epileptyczny, katatoniczny i t. d. — to nowe zgoła rzuty myślowe, ujmujące sprawę zaburzeń psychicznych z odmiennej zupełnie strony i dające całkiem nowe punkty oparcia dla rokowania i leczenia. Powtóre, nauka o stanach psychopochodnych znacznie rozszerza i pogłębia wiedzę naszą o zaburzeniach psychicznych u degenerantów.

Wreszcie kilka słów chcę powiedzieć o samym terminie „psychogenja”. Nie bacząc na stanowisko pojedyncze Liepmana, nie da się żadną miarą pogodzić dwóch odrębnych stanowisk, zajętych przez różnych uczonych w sprawie pojmowania wyrazu „psychogenja”. Albowiem Sommerowi z jednej strony, a Rischowi, Birnbaumowi i Bonhoefferowi z drugiej strony chodzi zupełnie o co innego. Sommer usiłował jedynie dać ścisłą definicję hysterji, albowiem, według tego uczonego, do hysterji częstokroć zaliczane bywają objawy, nie mające nic wspólnego z hysterją.

I oto stworzył on termin „psychogenja”, chcąc w ten sposób ściśle zakreślić granice hysterji. Według niego histerycznym jest tylko ten objaw, który powstaje w sposób psychopochodny, t. j. na skutek pewnych wyobrażeń, a łatwość, z jaką przy hysterji rozwijają się objawy psychopochodne, tłumaczy się właściwą osobnikom histerycznym spotęgowaną podatnością na wpływy. Tymczasem inni psychjatrzy, którzy o stanach psychopo-

chodnych pisali, mieli na myśli nie tyle histerję z jej objawami nerwowymi pochodzenia wyobrażeniowego, ile z rozmaitemi zaburzeniami psychicznymi, powstającymi na skutek urazów psychicznych. Wobec tego termin „psychogenja”, używany dla określenia tak różnorodnych procesów, może istotnie prowadzić do nieporozumień. Dla uniknięcia nieporozumienia, mojem zdaniem, właściwem byłoby te wszystkie stany psychotyczne, które powstają na skutek urazów psychicznych, nazywać reakcyjnymi, a termin psychogenja pozostawić, w myśl życzenia Sommera, dla zaburzeń histerycznych.

STRESZCZENIA.

REVUE NEUROLOGIQUE 1911 N-r 9—13.

N-r 9. PETRÉN. Sur les voies de conduction de la sensibilité dans la moelle épinière.

Autor podaje wyniki własnych badań zwłaszcza nad połowiczem urazem uszkodzeniem rdzenia. Między innymi autor wyprowadza wniosek, że istnieją dwie różne drogi przewodnictwa dla czucia dotykowego i dwie różne drogi dla czucia mięśniowego. Stosunek wzajemny tych dróg jest tego rodzaju, że nawet doszczętne zniszczenie jednej z nich może nie wywołać żadnych zaburzeń czucia.

N-r 10. COLLIN et BARBÉ. Gliome de l'angle pontocérébelleux.

Przypadek nowotworu (glejaka) w kącie mózdkowo-mostowym z typowymi objawami. Na uwagę zasługuje dość ścisły związek z urazem i szybki przebieg z zejściem śmiertelnym.

HARTENBERG. Crampe des écrivains par hypotonie musculaire.

Autor podaje wyniki własnych długotrwałych spostrzeżeń nad osobnikiem dotkniętym kurczem pisarskim i określa mechanizm fizjologiczny tych zaburzeń mięśniowych w ten sposób: mamy tu do czynienia z osłabieniem napięcia mięśni zginających przedramienia, z wyraźnie zmniejszoną czynną ich elastycznością przy całkowitem zachowaniu siły mięśniowej. Rozginacze zachowują się w tych razach prawidłowo. Wobec zachowania siły mięśniowej, wobec prawidłowej czynności ośrodków ruchów dowolnych autor przypuszcza, że w kurczu pisarskim chodzi o jakieś zaburzenia w ośrodkach, zarządzających napięciem mięśni. Cierpienie to, jak wiemy, jest niesłuchanie uporczywe. Ze wszystkich środków, jakie autor stosował, najlepszy wynik dawało przewiązanie ręki taśmą elastyczną.

N-r 11. RENÉ HORAND. Lésions du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique.

Autor badał mikroskopowo w dwóch przypadkach choroby Grawesa zwój współczulny szyjny górny i część pnia, łączącą zwój współczulny szyjny górny ze środkowym. Zwoje były koloru szarawego, twarde, na przekroju różowo-brunatne, o cha-

rakterze mięszu nerkowego, obficie unaczynione. Pod mikroskopem: komórki nerwowe dość liczne, lecz wyraźnie zmienione; wiele z nich znajduje się w stanie zaniku, w wielu widać barwnik, w wielu chromatolizę. Tkankę łączną znaleziono w stanie przerostu, naczynia krwionośne bardzo liczne wykazują nacieczenia okołonaczyniowe, niekiedy zwyrodnienia szkliste. Sam nerw współczulny przedstawiał niezbyt wyraźne uszkodzenia: tkanka łączna nieco zgrubiała, liczba naczyń krwionośnych w nim zwiększona.

N-r 12. GALLET. Surrénalité chronique avec tumeur pigmentaire de l'iris droit et myosis unilatéral droit. Accès périodiques d'asthénie aigue avec hallucinations et agitations intellectuelle et kinétique.

Opis przewlekłego przypadku choroby Addisona, trwającego lat 21, w którym oprócz typowych objawów tej choroby stwierdzono nowotwór za barwnikiem w prawej tęczówce z odruhowem bardzo silnem zwężeniem źrenicy prawej i spostrzegano perjodyczne napady astenji z hallucynacjami, ze stanem podniecenia umysłowego i ruchowego (logorrhea, euphoria, niepokój ruchowy). Chory — wybitny neurastenik, cierpiał na gruczołowe zapalenie stawu biodrowego, obarczony pod względem neuropatycznym (z rodziny hypochondryków). Autor podnosi trudności rozpoznawcze tego przypadku. Choroba nadnerczy, zdaniem autora, rozwija się na tle stwardnienia naczyń.

ASCENZI. Sur le tic de Salaam.

Autor opisuje przypadek kurczów mięśni szyjnych z pochylaniem głowy naprzód, potakiwaniem (kurcze Salaama) u dziecka 2½ rocznego; kurcze te występowały najpierw zrzadka, kilka razy dziennie, potem częściej i towarzyszyły im kurcze mięśni tułowia, dając obraz głębokiego ukłonu. Często również dziecko ustawiało przytem na chwilę oczy w słupek. Przytomności nie traciło. Podczas ataku, polegającego na tych głębokich ukłonach, dziecko było mocno wystraszone. Leczenie preparatami bromowymi napady te zupełnie usunęło. A. rozpatruje poglądy różnych autorów na tą chorobę i przychodzi do wniosku, że istnieją różne odmiany kurczów, od prostych odruchowych, związanych naprz. z krzywicą, z ząbkowaniem, nowotworami mózgu do skombinowanych np. z kurczami w obrębie tułowia, i że przypadki, podobne do opisanego przez autora, zaliczyć wypada do padaczki. Być może chodzi tu, jak i w padaczce, o działanie toksyn tylko że nie na korę ruchową, a na mózdzek. Autor podkreśla tu szybkie działanie bromków.

N-r 13. MATTIROLO. Altérations de la motilité et de la sensibilité à topographie radicaire

dans un cas de ramollissement de la substance grise de moëlle.

Przypadek dotyczył złamania kręgosłupa na wysokości pierwszego kręgu grzbietowego. Klincycznie: wiotkie porażenie kończyn dolnych, porażenie mięśni kiści, a po prawej stronie i mięśni przedramienia; znieczulenie zupełne, sięgające do poziomu drugiego żebra, i rozszczepienie czucia syringomyelityczne w obrębie C₇, C₈, D₁. Mikroskopowo znaleziono rozmiękczenie doszczętne rdzenia na wysokości I, II odcinka grzbietowego, dotyczące głównie szarej istoty obu rogów na wysokości VIII odcinka szyjnego. Wnioski autora: umiejscowienie ośrodków ruchowych w rdzeniu nosi charakter korzonkowy, każdy korzeń przedni za punkt wyjścia ma komórki ruchowe w osi szarej rdzeniowej na odpowiednim poziomie. Zniszczenie pewnej części tylnych rogów szarej istoty rdzenia powoduje zaburzenia czucia skórnoego o charakterze korzonkowym. Drogi, przeprowadzające czucie bólowe i ciepłotne, bezwarunkowo przejść muszą przez szarą istotę rogów tylnych. Czucie dotykowe rozchodzi się po różnych drogach.

BOUCHAUD. Traumatisme du nerf facial gauche. Paralysie flasque des muscles du front avec conservation des réactions électriques, paralysie, légère contracture et mouvements spasmodiques des autres muscles.

Po urazie głowy i krwotoku z lewego ucha wystąpiło porażenie nerwu twarzowego z pewnymi odmianami tego cierpienia w różnych grupach mięśni, unerwionych przez ten nerw. Tak, w mięśniach czoła pozostało porażenie wiotkie z zachowaniem oddziaływania na prąd elektryczny, częściowe porażenie mięśni powiek, w mięśniach unerwionych przez drugą i trzecią gałązkę widać lekkie przykurczenia, połączone z niedowładem i ruchami spazmodynamicznymi. Tak więc ta sama przyczyna (uraz) wywołała w nerwie różne objawy, bo porażenia i podrażnienia.

St. Kopczyński.

LA SEMAINE MÉDICALE 1910 i 1911.

N^o 29. M. KLIPPEL et MATH. WEIL. Les formes cliniques des rhumatismes amyotrophiques.

Autor rozróżnia trzy stopnie zaników spowodowanych przez cierpienia gościcowe stawów. Zaniki w słabym i średnim stopniu występują przeważnie w przypadkach podostrego gościca; stopień ciężki zaników spostrzega się w przewlekłych postaciach gościcowych, choć nie jest on również jego wyłączną właściwością. Charakterystycznym objawem zaniku w słabym stopniu jest

to, że zanikowi ulega szczególnie lub wyłącznie prawie jeden tylko mięsień, najbardziej czuły i dla danego stawu jakby charakterystyczny (np. m. trójkątny dla stawu ramien., m. trójgłowy dla stawu łokciowego, m. czworogłowy dla stawu kolanowego i t. d.); jeżeli jednocześnie zanikają i inne mięśnie dookoła stawu, to w stopniu znacznie słabszym, nierównym i częściowo. Stopień średni cechuje zanik wszystkich mięśni, okalających staw chory, występując w sposób jednolity i nie sięgając miejsc bardziej oddalonych od stawu, co ma właśnie miejsce, gdy cierpienie stawu jest przewlekłe. Naogół zaniki mięśni rozwijają się równolegle do rozwoju i trwania cierpienia stawów, lecz bywa i odwrotnie, nieznaczne bowiem i krótkotrwałe porażenie stawu powoduje szybko b. znaczne zmiany w stawie, unieruchomia go, wywołuje zanikanie mięśni. Spostrzega się to często w gościecu na skutek rzeźączki, a zwłaszcza w postaci wielostawowej przewlekłej i zniekształcającej stawu. W przypadkach takich zaniki mięśni występują na plan przedni obrazu klinicznego, a chorzy przypominają raczej cierpiących na myopatię. Patogeneza zaników, spowodowanych przez przewlekłe choroby stawów nie jest bynajmniej wyświetlona. Istnieje kilka hipotez i teorii. Gdy jedni (Cruveilhier, Strasser, Hanau, Sulzer, Bum) uzależniają zaniki od beczynności lub niedostatecznego odżywiania mięśni (Roux), drudzy mniemają, że powoduje zaniki przejście sprawy zapalnej ze stawu na mięśnie (Duplay i Clado, Strümpel, Hagen) lub na nerwy (Sabouzin, Kahane), wywołując zapalenie nerwów. Najwięcej jednak prawdopodobieństwa mają dwie teorie nerwowe. W myśl jednej (Brown-Séguard, Vulpian, Charcot, Raymond) cierpienie stawów wywołuje odruchowo zmiany dynamiczne w rdzeniu, a jak wykazał pierwszy Klippel również i histologiczne w przednich rogach, a co za tym idzie powoduje zaniki mięśni; w myśl drugiej (Spillman i Haushalter, Hayem i Parmentier, Limasset i inni) przyczyną zarówno cierpienia stawów, jak i związanych z niem zaników jest w wielu przypadkach pierwotne porażenie komórek w przednich rogach rdzenia. Ze tak istotnie być musi świadczą inne objawy nerwowe, występujące niekiedy równocześnie jako to: przykurczenia bolesne napaadowe, obrzęk mięśnia, trwający tak długo aż zanik jego nie dosięgnie znacznego stopnia, drgania włókienkowe, zjawiające się samodzielnie lub w zależności od ruchów czynnych lub uderzeń w mięsień chory.

Nr 30. J. BABIŃSKI. De l'hypnotisme en thérapeutique et en médecine legale.

Autor poddaje ocenie krytycznej stan poglądów współczesnych na hypnotyzm, omawia podstawy teoretyczne jego i znaczenie kliniczne. Wynikiem rozbioru tego, popartym przez długoletnie badania i obserwację w Salpêtrière, jest przeświadczenie,

że różne stany hypnotyczne są tylko szczególnymi objawami histerycznymi, że są i mogą być zawsze udawane. Uśpienie hypnotyczne nie stwarza bynajmniej i nie wzmacnia sugestyjności, jest właśnie tylko odmiennym objawem nerwicy histerycznej. Wszystko, co daje się usunąć przez sugestję hypnotyczną, usunięciem też być może i na jawie przez odpowiednie wyszkolenie i tłumaczenie. Autor zaniechał prawie zupełnie stosowania hypnotyzmu. Możliwość wykonania podczas uśpienia lub po niem czynów przestępnych albo poddania się takim czynom, do których na jawie nie jest się zdolnym, wydaje się rzeczą bardzo wątpliwą. Dla tego też biegły w odpowiednich sprawach karnych nie może twierdzić stanowczo o prawdziwości stanu hypnotycznego, w którym, wbrew woli jakoby jednostki, dane przestępstwo spełnione zostało.

N-r 31. A. Le PLAY. Chloruration et éclam-
psie.

Drgawki ciężarnych należy uzależnić od azotemji, która wiąże się zwykle z cierpieniami wątroby i nerek, a powoduje nagromadzenie w krwi związków trujących dla układu nerwowego. By zwiększyć wydzielanie się przez przewód pokarmowy tych produktów trujących, należy wprowadzać do kiszek sole NaCl różnego stopnia koncentracji. Zabieg ten, wywołując przypływ znaczny, kosztem krwi, surowicy na powierzchnię sluzówki kiszek, tworzy tam płyn izotoniczny; wraz z tym ciśnienie krwi ulega zmniejszeniu.

N-r 35. F. MOTY. Névrites traumatiques et hystérie.

Autor omawia szczegółowo objawy różnych odmian zapalenia nerwów pochodzenia urazowego, podkreśla i ocenia trudności rozpoznawcze, gdy urazowi ulega osobnik histeryczny.

N-r 40. F. ROSE. Quelle est la signification nosologique des formes frustes de la maladie de Basedow?

Należy, według autora, odróżniać istotną chorobę Basedowa, powstającą u ludzi dotąd zupełnie zdrowych pod względem nerwowym, nie neuropatów, od stanów chorobowych, które Stern określa nazwą „basedowoïde“, a które zjawiają się u dziedzicznie obciążonych na tle już istniejących objawów zwyrodnienia (cukrzyca, histerja i t. d.). Niewątpliwie choroba Basedowa z jej cechami pierwszorzędnymi (drżenie, wysadzenie oka, wole) może stać się też udziałem neuropaty. Postacią pokrewną, bardzo zbliżoną do stanów „basedowoïde“, jest t. zw. Kropfherz (Kraus i Minnich), brak jednak w tej odmianie cierpienia objawów ocznych, gdy inne natomiast, jak podmiotowe uczucia sercowe, wpływ oddechu na tętno, zmiany naczynio-ruchowe i nerwowe, istnieją. Przyczyna choroby Graves'a, powstającej nagle lub

w tempie szybkim (tygodnie do miesiący 4-ch) jest zazwyczaj ściśle określona; jest nią albo uraz psychiczny albo fizyczny. Natomiast dla rozmaitych stanów „basedowoïde” niema określonego punktu wyjścia, są one bowiem tylko powikłaniem już istniejących objawów chorobowych (krótkowidztwo, stopa płaska, wczesne wypadanie włosów i zębów, spóźniony lub wczesny rozwój płciowy, objawy niepokoju sercowego, wzdęcie szyji, wysadzenie mniejsze lub większe oczu i wreszcie szereg znamion psychiki chorej). Objawem wstępnym w stanach „basedowoïde” jest niepokój sercowy, rzadziej wole, wyjątkowo zaś drżenie lub rozwolnienia. Objawy sercowe są zmienne, chwiejne, wzmagają się nagle lub zupełnie znikają; objawy kiszkowe są zawsze związane ze spożyciem potraw pewnych, poty zaś wywołuje wzruszenie lub wysiłek fizyczny choćby najmniejszy. O ile objawy wskazane występują w chorobie Basedowa, mają przebieg trwały, nie są wynikiem przyczyn ubocznych. W chorobie Basedowa miesiączkowanie ulega przerwie na czas dłuższy (6 mies. do 1 roku), ciąża zaś nie wpływa ujemnie na stan choroby. W stanach „basedowoïde” natomiast miesiączkowanie trwa, lecz występuje z przerwami małemi, nieprawidłowo, ciąża zaś znacznie pogarsza ogólne zdrowie chorego. Wole w chorobie Graves’a jest zwykle duże, miękkie lub elastyczne; w stanach „basedowoïde” małe, miękkie lub twardawe, niekiedy o powierzchni z cechami guzowatości kolloidalnej. Choroba Basedowa w 3% powstaje przed 20-ym rokiem życia, stany zaś „basedowoïde” w 60%, a mają przebieg wybitnie przewlekły, powstają powoli, trwają z wahaniami do późnej starości. Przepowiednia jest bezwzględnie gorsza, niż w chorobie Basedowa. Celowość zabiegu chirurgicznego w stanach „basedowoïde” jest wątpliwa, gdy w chorobie Basedowa operacja jest w większości przypadków bezwzględnie wskazana.

N-r 50. DENY i LHERMITTE. Un nouveau syndrome anatomopatologique: la démence paraplégique de l'encéphalite corticale chronique.

Podany opis niezwykłego zespołu objawów kliniczno-anatomicznych w cierpieniu, które zaczęło rozwijać się w wieku dojrzałym pod postacią otępienia umysłowego. Stopniowo w przebiegu dalszym przyłączył się bezwład kończyn dolnych.

Cierpieniu uległa 48-letnia piekarka; po osłabieniu wzroku, bólach głowy przyszła zmiana w usposobieniu, charakterze, następnie myśli hypochondryczne, wybitne osłabienie pamięci oraz zdolności sądenia. Po roku powstał niedowład, a następnie i bezwład kończyn dolnych; charactwo wzrastało. Kończyny górne, nerwy czaszkowe, narządy miednicowe nie traciły swej sprawności, brakło też zaburzeń czucia. Lewy odr. stopowy w postaci objawu Babińsk. Objawy żółtaczki, zmniejszenie wątroby,

wzrastająca wciąż bezmyślność i senność. Śmierć z powodu zapalenia płuc. Przebieg i wywiady wyłączały myśl o bezwład. postępuj., kile mózgowej, rozlanem zapaleniu opon i mózgowia, powikłanem przez zбочenia psychiczne lub wreszcie o nowotworze albo też stwardnieniu rozsianem; objawy kliniczne nie przemawiały też za zapaleniem mnogiem nerwów. Natomiast obraz chorobowy przypominał stany otępienia z bezwładem u starców, powstające na skutek rozwoju t. zw. etat lacunaire. W danym przypadku brakło tylko zaburzeń w czynności pęcherza, odbytnicy, przykurczeń; cierpienie powstawało powoli i nie rozpoczęło się od zaburzeń ruchowych.—Badanie wykryło w wątrobie, nerkach (w stopniu mniejszym) ogniska stwardnienia. Makroskopowo zmian w korze mózgowej nie spostrzeżono; natomiast na przekrojach widać było w niektórych miejscach objawy obrzękowe w postaci rozszerzonych przestrzeni dookołanaczyniowych, co zwłaszcza w zrazach przyśrodkowych nadawało tkance wygląd sitowaty. Wzrazach czołowych, skroniowych i potylicowych wykryto chroniczne zmiany w komórkach korowych oraz objawy żerności ze strony komórek gleju. W dziedzinie zrazów przyśrodkowych: objawy obrzękowe, rozczepienie warstw komórkowych, wybitne zmiany w wyrostkach osiowych, zwyrodnienia wtórne włókien w drogach piramidowych od ich ujścia do zakończeń w rdzeniu. Małych ognisk rozsianych w ośrodku jajo-wym, zniszczenia jakiegokolwiek długich dróg rzutowych, krótkich kojarzeniowych każdej półkuli lub wreszcie w kolanie tylnem torebki wewnętrznej, jak to bywa w t. zw. etat lacunaire, nie wykryto zupełnie. Zmiany wskazane wyżej miały umiejscowienie obustronnie symetryczne, co zdawało się przemawiać za sprawą chorobową w krążeniu (do i odpływie krwi). Powstanie zaś cierpienia uzależnić należy, według autorów, od przewlekłego samozatrucia w związku z chorobą wątroby, czemu sprzyjać też mogło przewlekłe nadużycie wyskoku.

N-r 13. 1911. FEL. ROSE. La céphalée musculaire.

La cephalée musculaire (Müller), Knötchen, Schielen Kopfweh lub wreszcie céphalée rhumatismale chronique, powstaje często pod wpływem czynników, które sprzyjają wogóle rozwojowi t. zw. ostrych i chronicznych objawów reumatycznych w szerokim znaczeniu. Z innych przyczyn należy wymienić wyczerpanie mięśni wogóle lub poszczególnych części ciała wskutek rozmaitych zajęć zawodowych. U cierpiących na tę postać bólu głowy wykrywa się zazwyczaj różnej wielkości i kształtu stwardnienia (rheumatische Muskelknötchen, Muskelschwielen — Froriep) w warstwie podskórnej, względnie w mięśniach tej lub innej części ciała. Najczęściej spotyka się jednak te stwardnienia w mięśniach na czaszce, szyji, m. czołowym, w części obojczyko-

wej m. czworobocznego, w mięśniach głębokich karku, w m. mostkowo-obojęczykowo-sutkowym, w m. m. pochyłych. Mięśnienie tych miejsc powoduje ból; jednocześnie lub niezależnie od tego objawu występuje nadmierne napięcie mięśni szyji, które, w pewnych warunkach, może być również bardzo bolesne i wywoływać nawet może przykurczenia, a co zatem idzie sztywność karku i patologiczne położenie głowy. Niekiedy wyczuwa się też powiększone zwoje limfatyczne z boku szyji oraz bolesne opuchnięcie na niej górnych i średnich zwojów współczujnych. Wskazany zespół objawów może powstać ostro. Stałe nadmierne napięcie mięśni może wzrastać od uciskania mięśni, okolicy dołka nadmostkowego, górnych kręgów szyjowych i w. inn. Pochodzenie omawianej postaci bólu głowy nie jest bynajmniej ustalone. Jedni uzależniają go od ucisku i podrażnienia nerwów przez stwardnienia podskórne w mięśniach; M. Müller przypisuje temu czynnikowi znaczenie wtórne, główną rolę zaś odgrywa nadmierne napięcie mięśni szyji, karku, powstające odruchowo pod wpływem lekkich i niedostrzegalnych stopni artretyzmu w stawach mostkowo-obojęczykowym i kręgach górnych szyjnych. Nadmierne napięte mięśnie, uciskając w mniejszym lub większym stopniu naczynia chłonne, sprzyjają rozwojowi objawów zastoinowych mózgowia, co z kolei powoduje podrażnienie nerwów oponowych. Ze środków leczniczych najbardziej skuteczne jest mięśnienie systematyczne i odpowiednio stosowane; poza tem najlepiej działają preparaty salicylowe.

Julj. Rot.

REVIEW OF NEUROL. and PSYCHIATRY 1911.

N-r 7. AL. BRUCE and I. DAWSON. On the relations of the lymphatics of the spinal cord.

W pracy tej ilustrowanej 22-ma doskonałemi rysunkami preparatów rdzenia normalnych i patologicznych autorzy przechodzą do następujących wniosków: 1) w rdzeniu nie spotykali ani spatium epispinale ani perivasculara His'a; 2) nie można również stwierdzić istnienia t. zw. spatium pericellulare Obersteiner'a; 3) kanały chłonne idą prawdopodobnie wzdłuż błony zewnętrznej naczyń włosowatych, żył i tętniczek w kierunku powierzchni rdzenia, gdzie wchodzą w głęboką warstwę opony miękkiej, poprzez którą komunikują się z przestworem pod oponą pajęczynową.

N-r 8. S. A. K. WILSON. The pathology of two cases of tabetic amyotrophy.

Autor podaje wyniki badań anatomopatologicznych dwóch przypadków zaników mięśniowych w wiądzie rdzenia. W pierwszym typowym przypadku daleko posuniętego wiądu, w chorych

mięśniach przy badaniu okazały się tylko zmiany wtórne; w nerwach obwodowych były zmiany charakterystyczne dla zapalenia nerwów przewlekłego śródmiaższowego. Natomiast komórki ruchowe przednich rogów przedstawiały zmiany wybitnie zanikowe; zmiany te były widoczne wzdłuż całego prawie rdzenia, najwybitniejsze jednak zmiany odpowiadały ośrodkom uległych zanikowi mięśni. W przypadku drugim zmiany były podobne, przyczem, ponieważ zaniki mięśni były większe po stronie prawej, były również większe zmiany w komórkach ruchowych rogów przednich po stronie prawej rdzenia.

Na podstawie dokładnej analizy autor przychodzi do następujących wniosków. Pomiędzy rozmaitymi postaciami zaników mięśniowych w wiąździe rdzenia spotykamy jeden typ, który jest stanowczo ośrodkowego pochodzenia i jest analogiczny do typu Aran-Duchenne'a. Chociaż nie jest on typem zwykłym, nie można jednak powiedzieć, żeby był rzadkością. Gdy bez wątpliwości niektóre przypadki tego rodzaju są wywołane przez zapalenie opon i rdzenia pochodzenia syfilitycznego, zwłaszcza te, w których objawy wiądu są słabo wyrażone, to jednak w innych przypadkach zaniki mięśniowe są wynikiem przewlekłego procesu, obejmującego komórki przedniego rogu mniej lub więcej bezpośrednio t. j. zmiany w naczyniach i oponach na obwodzie są niewystarczające dla wywołania tych zmian. W takich przypadkach można przypuszczać, że toksyna syfilityczna była przyczyną zmian, zwłaszcza jeżeli one były bardzo rozległe; można więc powiedzieć, że owe zaniki mięśniowe są pochodzenia syfilitycznego, jako przeciwstawienie objawom parasyfilitycznym.

T. WILLIAMSON. The value of the vibrating sensation in the diagnosis of diseases of the nervous system.

Czucie wibracyjne jest probierzem bardzo czułym przy odnajdywaniu nawet nieznacznych zaburzeń czuciowych. Czucie wibracyjne może być zniesione, chociażby dotyk, ból i ciepłota były odczuwane zupełnie normalnie. Przed stwierdzeniem, czy ognisko zajmuje tylko ruchową część układu nerwowego t. j. przed stwierdzeniem, że czucie jest zachowane, należy zbadać czucie wibracyjne. W cierpieniach tylko ruchowej części układu nerwowego czucie wibracyjne jest zachowane, nawet gdy cierpienie jest daleko posunięte; autor stwierdził to w stwardnieniu bocznym z zanikami mięśniowymi, w zaniku mięśni postępującym, w zapaleniu przednich rogów rdzenia u dzieci i dorosłych, a także w drżączce (ważne znaczenie przy różniczkowaniu), gdy natomiast w stwardnieniu rozsianym bywa często zniesione.

W niektórych cierpieniach, gdy znieczulenie zaczyna się rozwijać, czucie wibracyjne może być naruszone przed zaburzeniami czucia innych rodzajów. Również podczas powrotu do zdro-

wia, gdy powraca czucie innych rodzajów, czucie wibracyjne pozostaje jeszcze nienormalnem (autor spostrzegwał podobny objaw w zapaleniu rdzenia na skutek ucisku i w zapaleniu wielu nerwów).

J. Handelsman.

THE JOURN. OF NERV. and MENTAL DISEASES 1911.

Nr 3. G. SCHLAPP. A neuro-epithelioma developing from a central gliosis, after an operation on the spinal cord.

Chory 43-letni mężczyzna przed 10 laty zauważył nieznaczną trudność w oddawaniu moczu. Po roku zaczął doznawać bólów w okolicy lędźwiowej i w brzuchu, przytem wystąpiło osłabienie kończyn dolnych. Każdy ruch ciała potęgował bóle w lędźwiowej części kręgosłupa. Powoli prawa noga uległa poprawie, lewa trwa w stanie osłabienia. W odstępach kilkoletnich powtarzają się gwałtowne bóle w okolicy lędźwiowej.

Przy badaniu chorego stwierdzono osłabienie kończyn dolnych głównie prawej, upośledzenie czucia po stronie prawej — w dolnej okolicy brzucha oraz na przedniej powierzchni uda, z tyłu zaś obejmujące tylko okolice prawą krzyżową, zewnętrzną połowę prawego pośladka i małą część górną na zewnętrznej stronie uda; zaburzenia dotyku zachodzą nieco niżej, niż zmiany czucia bólowego i cieplikowego.

Ponieważ przypuszczano istnienie nowotworu wewnątrzkręgowego przystąpiono do zabiegu chirurgicznego. Wycięto łuki 10, 11, 12 kręgow grzbietowych i 1 lędźwiowego. Nie znaleziono nic nienormalnego. Na drugi dzień po operacji znikły wszelkie ruchy w kończynach dolnych. Zejście śmiertelne.

Przy badaniu drobnowidzowem znaleziono wybitne zmiany. Na wysokości 4 odcinka szyjnego widać duży kanał wysłany komórkami gleju, przyczem przerośnięty glej wzdłuż tylnej przegrody przedostaje się do obwodu rdzenia. Na wysokości 6 szyjnego odcinka kanał jeszcze bardziej rozszerza się, zwęża się zaś na wysokości 8-go szyjnego. W rdzeniu grzbietowym zmiany występują jeszcze wybitniej: na wysokości 7-go grzbietowego odcinka miejsce kanału zajmuje lewy tylny róg, w nim widoczny jest niewielki kanał, otoczony przerosłą tkanką gleju. Począwszy od 10 odcinka grzbietowego masa nowotworowa (neuro-epithelioma) niszczy cały przekrój rdzenia, tak, iż normalnym pozostaje tylko wązki pasek na obwodzie. Masy nowotworowe dochodzą do 2-go odcinka lędźwiowego. Poniżej znów gliozą z kanałem wzdłuż prawego rogu tylnego.

W przypadku tym zwraca na siebie uwagę: 1) brak objawów klinicznych, wskazujących na zmiany w szyjnej i grzbieto-

wej części rdzenia, 2) obraz kliniczny gliomatozy zupełnie różny od zwykłego obrazu syringomyelji, 3) zupełne zniszczenie rdzenia ma wysokości dolnych grzbietowych i górnych lędźwiowych odcinków, co nie uwydatniło się dostatecznie w objawach klinicznych przed operacją.

A. MOLEEN. Facial hemiatrophy.

10 letni chłopiec podobno w 4 roku życia uderzył się w lewy policzek. Po 6 mies. skóra na tym policzku zbladła, bólów chory nie doznawał żadnych. Obecnie widać znaczny zanik lewej połowy twarzy, części miękkich w równej mierze jak i kości. Język również jest cieńszy i węższy w lewej połowie i zbacza przy wysuwaniu na lewo. Zaburzeń czuciowych ani też w pobudliwości elektrycznej nie stwierdzono żadnych.

S JAWGER. Colloid bodies in the central nervous system; their presence after severe traumatism in a case of dementia paretica.

Autor opisuje ciała koloidalne, znalezione przy badaniu drobnowidzowem mózgu 32 letniego chorego, zmarłego na bezwład postępujący. Doświadczalnie otrzymywał je Tuk w mózgach gołębi, poddając mózgi te urazom. Znaleźć je można przy najrozmaitszych cierpieniach układu nerwowego.

N-r 4 FURNER THOMAS. Falling of the humerus associated with a dislocation of the shoulder and paralysis of the arm.

Zwichnięcie stawu barkowego z przesunięciem ramienia ku przodowi wywołuje w znacznej mierze bezwład kończyny. Dzieje się to, zdaniem autora, nie na skutek porażenia nerwu pachowego lub splotu barkowego, lecz na skutek wyciągnięcia się i zwiotczenia mięśnia kapturowego i mięśni odprowadzających ramię.

Autor wyraża również przypuszczenie, że u wielu noworodków opadnięcie barku zależy od tej chirurgicznej anomalji nie zaś od zapalenia przednich rogów rdzenia lub cierpienia splotu barkowego.

W 2 przypadkach u osób dorosłych — Thomas wykonał operację, polegającą na skróceniu więzów, przyczem otrzymał zupełne wyzdrowienie.

G. SCHLAPP i D. BOVAIRD. An extramedullary tumor of the spinal cord, apparently caused by trauma.

21 letni student podczas gry w piłkę otrzymał uderzenie w plecy. Ból, spowodowany uderzeniem, był tak silny, iż chory nie mógł się podnieść, nie mógł sam zdjąć ubrania. Przez tydzień potem chory nie sypiał po nocach. Powoli ból ustąpił zupełnie. W 10 dni po wypadku chory, idąc szybkim krokiem, nagle upadł, okazało się, że kończyny dolne silnie osłabły, acz-

kolwiek poruszać niemi mógł jesze. Czucie w kończynach było zachowane, choremu dokuczało uczucie drętwienia palców u stóp. Od tego czasu osłabienie nóg nie pozwoliło mu chodzić.

Przy badaniu, dokonaniem w rok po uderzeniu, autorzy stwierdzili chód utrudniony o charakterze kurczowo-niedowładowym (głównie po stronie prawej), wzmożenie odruchów ścięgowych w kończynach dolnych, objaw stopowy obustronny, jak również obustronny objaw Babińskiego, znaczne osłabienie odruchów skórnych. Chory doznawał od kilku już miesięcy utrudnienie w oddawaniu moczu. Czucie dotykowe i zmysł mięśniowy nie uległy żadnemu upośledzeniu. Natomiast chory nie zawsze dobrze odróżniał ciepło od zimna, oraz nie odczuwał wyraźnie ukłuc na dolnej połowie ciała do linii sutkowej. Przy ruchach ramion chory odczuwał dość silny ból pomiędzy łopatkami w miejscu pierwotnego uderzenia.

Stopniowo stan chorego pogarszał się pod względem czynności kończyn dolnych i utraty czucia w nich: zaczęło występować osłabienie dotyku i czucia głębokiego. Wykonano przekłucie łądźwiowe, przyczem otrzymano płyn żółty, pod słabym ciśnieniem, zawierający wzmożoną ilość globuliny i bardzo niewiele limfocytów. Roentgenogram nie wyjaśnił przyczyny cierpienia.

Wykonano operację: otwarto kręgosłup od 7-go kręgu szyjnego do 4-go grzbietowego. Na powierzchni opony twardej znaleziono włóknikowaty nalot, nie zauważono pulsacji rdzenia na przestrzeni otwartej. Po przecięciu opony twardej stwierdzono miękkie masy nowotworowe (podobne do krwawych zgąstków, w rzeczy samej zaś była to tkanka śródbłoniaka), otaczające rdzeń od 7-go kręgu szyjnego do 3-go grzbietowego. Rdzeń w miejscu nowotworu spłaszczony. Operacja trwała godzinę i 5 minut.

Zupełne wyzdrowienie. Z objawów najdłużej trwał odruch Babińskiego.

W obrazie klinicznym zwraca na siebie uwagę początek cierpienia bezpośrednio po urazie oraz rozszczępienie czucia. Autor tłumaczy ten ostatni objaw powierzchownym położeniem pęczków Gowers'a lub też większą odpornością na ucisk tylnych pęczków.

N-r 5. H. LLOYD i M. SPELLISSY. A case of cerebral decompression of five years standing in which a large cerebral hernia has resulted, with marked improvement in optic neuritis.

U 38-letniej kobiety, dotkniętej kiłą, występuje lewostronne porażenie o charakterze kurczowym. Przy badaniu wykrywa się zastoinową tarczę obustronnie i brak oddziaływania źrenic na światło. Czucie wszystkich rodzajów w nieznacznym stopniu osłabione po stronie lewej głównie w rękę i na policzku. Nie-

trzymanie moczu i kału. Do obrazu klinicznego przyłączają się później bardzo silne bóle głowy.

Ponieważ leczenie swoiste nie wpływało na stan chorej, zdecydowano się wykonać operację. W okolicy prawego zakrętu Rolanda otwarto czaszkę, nowotworu nie znaleziono. Poprawa jednak nastąpiła: po kilku dniach chora zaczęła zlekka poruszać lewą kończyną górną, bóle głowy znikły, czynności pęcherza i odbytnicy nie wykazywały upośledzenia. Wkrótce zmniejszyła się również i tarcza zastoinowa.

Chora obserwowana w ciągu 5 lat po operacji nie zdradzała żadnych objawów, wskazujących na postęp cierpienia. Autor sądzi, że było to cierpienie kiłowe i że otwarcie czaszki zbawczo wpłynęło na sprawę chorobową.

Zyberlastówna.

ARCH. f. PSYCHIATRIE

u. NERVENKRANK. T. 48. Z. 1-y 1911.

H. HIGIER. Pathologie der angeborenen, familiären und hereditären Krankheiten, speziell der Nerven und Geisteskrankheiten.

Pod mianem dziedzicznorodzinnych chorób rozumie autor grupę zachorzeń, w której powstawanie cierpienia nie da się przypisać żadnemu czynnikowi zewnętrznemu. Przyczyna choroby leży we wrodzonych szczególnych właściwościach ustroju. Dziedzicznością nazywa autor sprawę materialną przeniesienia własności cielesnych i duchowych, normalnych i anormalnych z jednego pokolenia na następujące. Panuje obecnie pogląd, iż komórki płciowe, a raczej pętle nitki chomatynowej jąder, są nosicielami własności dziedzicznych. Zapłodnione jajko, t. j. komórka zarodkowa, posiada w podwójnem wydaniu zawiązek własności (matczyńskich i ojcowskich), które może przenieść. Pozostaje niewyjaśnionem, dla czego w pewnych okolicznościach w potomku przeważy jedna własność nad inną utajoną. Połączenia (Kombination), w jakich występują w potomku cechy przodków, mogą się zmieniać, ale nigdy nie może powstać coś nowego. Dziecko jest powtórzeniem przeszłości. Sama istota i geneza zmian w komórce zarodkowej pozostaje zagadkową.

Dla patologji interesujący jest fakt, że nawet nieznaczące zmiany indywidualne anatomiczne mogą być odziedziczone. Najnowsze badania wykazały, że dziedziczą się indywidualne zmiany powierzchni mózgu. Karplus np. znalazł dziedziczność brózd mózgowych.

Przy badaniu dziedziczności wielkie zainteresowanie budzi w ostatnich latach sprawa zależności wzajemnej (Korelation)

w ustroju. Autor odróżnia zależność histochemiczną i histogenetyczną. Przykładem wzajemnej zależności chemicznej są te ciężkie zaburzenia, które powstają z powodu nieprawidłowej czynności gruczołowej (dysgenitalismus, dysthyreoidismus i t. d.). Daleko mniej znany jest związek przyczynowy zależności histoplastycznej albo histogenetycznej, która gra tak wielką rolę w stanach dziedzicznych. Best mierzył krzywiznę rogówki i ogólną refrakcję oka całych rodzin i wykazał, że dziedzicznie przekazana refrakcja nie tylko się zawiera w pewnej krzywiznie rogówki, ale że wyraża stosunek poszczególnych części oka, że więc odziedziczona jest histogenetyczna zależność oddzielnych części oka.

Zaburzenie w korelacji może być ilościowe (np. nieodpowiedniość poszczególnych części ciała, mózg karłowaty) wzgl. jakościowe; może być niewłaściwość co do miejsca (np. męskie cechy u kobiet) lub niewłaściwość co do czasu (np. przedwczesne starzenie się) i inne. Dalej, autor zwraca uwagę, iż w nauce o dziedziczności należy ściśle odróżniać usposobienie chorobliwe lub chorobliwą budowę ustroju od zmian patologicznych, które się pod wpływem choroby tworzą. Tylko skłonność (Disposition) do choroby się dziedziczy. Skłonność do choroby jest wzmożoną wrażliwością ustroju na czynniki szkodliwe; ażeby się ujawnić wymaga ona przyczyny zewnętrznej, w braku jej często pozostaje tylko groźbą. Przy pomyślnem krzyżowaniu groźące dziedziczne usposobienie może być złagodzone już w następnem pokoleniu.

Dalej autor rozpatruje pytanie, co należy rozumieć pod *wrodzonym* z *h* a *h* a *m* o *w* a *n* i *e* *m* *r* o *z* *w* o *j* u. Rozwój, ukształtowanie i zróżniczkowanie układu nerwowego sięga daleko po za czas urodzenia, aż po za okres pokwitania; uszkodzenie rozwoju może więc nastąpić w życiu wewnątrzmacicznym jak i później.

Wrodzone jest pojęcie ogólne, obejmuje to, co w jednostce jest obecne w chwili urodzenia.

Odziedziczone jest pojęcie bardziej szczegółowe, obejmuje tylko to, co udzieliła jednostce komórka zarodkowa. Skoro ukończone jest połączenie komórek rodzicielskich, to akt dziedziczności został ukończony. Wszystko, co potem wpływa na rosnący zarodek, jest czynnikiem wewnątrzustrojowym.

Choroba może być wrodzona t. j. taka, którą dziecko przynosi na świat i powstać w życiu płodowym, a jednak w pojęciu ścisłym nie być wewnątrzustrojową (endogen). Wiele przypadków wad, anomalji noszą na sobie oznaki przebytej w życiu płodowym, ostrej lub przewlekłej choroby zakaźnej, są więc wewnątrzustrojowe (exogen). To samo da się powiedzieć o pozornie wrodzonych cierpieniach, które powstanie swoje zawdzięczają ciężkiemu urazowi podczas porodu.

Choroby wrodzone wewnątrzustrojowe są spowodowane

przez odziedziczenie wadliwej skłonności. W większości cierpien wewnątrzustrojowych choroba zaczyna się w tym samym wieku, ma to samo siedlisko, taki sam przebieg, anatomiczny charakter sprawy zanikowej albo aplastycznej, nie zapalnej. Jednak może i tutaj pierwotny czynnik szkodliwy był zewnętrzny, szukać go należy nie u rodziców, a dalej w stecz. Bardzo być może, że ciężkie cierpienie zakaźne u przodków, wywołując zaburzenie histochemiczne komórek płciowych (Blastophtorie), wpływa szkodliwie na pokolenie zstępujące.

O pozornie dziedzicznych i pozornie rodzinnych chorobach mówimy wówczas, kiedy np. syn chorego na wiał przypadkowo dotknięty jest cierpieniem rdzenia. O pozornem przekształceniu dziedziczności powinno się mówić, kiedy np. ojciec jest niedołączny umysłowo, a syn ma psychozę alkoholową; ojciec dotknięty padaczką — syn wiałdem. Tutaj do wadliwego usposobienia układu nerwowego dołącza się zewnętrzny czynnik szkodliwy (wyskok, kiła) odpowiednio zmieniający obraz choroby.

Następnie autor omawia prawa i typy dziedziczności. Dziedziczność ulega wpływom ulepszającym i pogarszającym. Do pierwszych należy walka o byt i potężna dążność natury do wyrównania. Ważne są te czynniki, które materiał dziedziczny ulepszają przez dowóz krwi świeżej. Dla potomstwa jednostki mniej należy brać pod uwagę własności tej jednostki niż te szanse, jakie wogóle tablica jej przodków przedstawia. Obarczenie zbieżne ze strony matki i ojca jest szczególnie obciążające.

W rodzinach neuropatycznych największą skłonność dziedziczną mają: 1) dzieci starszych rodziców, 2) dzieci urodzone po długiej przerwie od pierwszej ciąży i 3) dzieci pierworodne. To ostatnie twierdzenie nie jest ogólne, gdyż w większości rodzin spostrzeganych przez autora dzieci pierworodne pozostawały zdrowe. Przechodząc do typów dziedziczności autor przytacza podział Aperta na 2 główne grupy: bezpośrednią i poboczną. W tej ostatniej zasługuje na uwagę dziedziczność matryarchalna, rozkrzewiana tylko przez kobietę i albo dotyczy tylko mężczyzn, (nazwana przez autora hereditas matriarchalis continua s. masculina) albo obie płcie jednakowo (hereditas matriarchalis continua bisexualis).

Wybitną rolę odgrywa t. zw. dziedziczność spotęgowana (potenzierte Heredität). Postępujące zwyrodnienie tworzy z rodziny nową chorobliwą odmianę gatunku, nie odpowiadającą wymaganiom życiowym, więc niezdatną do życia. Po szeregu pokoleń zachorowujących coraz wcześniej i ciężiej rodzina wymiera, jak autor barwnie się wyraża: chory pień ulega zagładzie.

Autor rozpatruje następnie wpływ pokrewieństwa w dzie-

dziczności i dochodzi do wniosku, że nie pokrewieństwo jako takie wpływa na zwyrodnienie potomstwa, ale obarczenie jednorodne ze strony obojga rodziców albo ich przodków. Pokrewieństwo rodziców może wady rodziców nagromadzać i potęgować ale nie może żadnych wad tworzyć.

W rozdziale o klasyfikacji chorób dziedziczno-rodzinnych autor przypomina swój podział z 1896 r., który zachowuje i według którego wymienia jako ważniejsze cierpienia następujące: 1) rodzinna postać mózgowego porażenia obustronnego (Higier, Freud), 2) rodzinne niedokształcenie, mózgu, mózdzku wzgl. całego układu nerwowego, 3) dziedziczno-rodzinne kurczowe porażenie rdzeniowe, 4) postępujący zanik mięśniowy rdzeniowy, 5) jako podział ostatniego należy uważać rodzinne porażenie opuszkowe postępujące u dorosłych i dzieci i rodzinne porażenie mięśni ocznych, 6) t. zw. zanik mięśni nerwowy postępujący, 7) t. zw. wrzekomy przerost mięśni (Erb, Friedreich) 8) rodzinne stwardnienie rdzenia boczne z zanikiem mięśni, 9) choroba Friedreicha albo bezład rdzeniowy dziedziczny, 10) klinicznie pokrewna powyższej postać t. zw. „*hérédoataxie cérébelleuse*” francuskich autorów, 11) t. zw. pierwotnie mieszane schorzenie układowe rdzenia, 12) co do istnienia rodzinnych i dziedzicznych postaci stwardnienia wieloogniskowego i syringomyelji zdania autorów są podzielone.

Następnie autor wymienia cały szereg cierpień jak amaurotyczne niedoślestwo umysłowe Tay-Sachsa, dziedziczne rzekome porażenie opuszkowe, rodzinne drżenie, zaburzenia tarczycowe i wiele innych oraz przytacza ważniejsze próby klasyfikacji, swoją i innych autorów. Obok typowych postaci w łańcuchu chorób dziedziczno-rodzinnych są jeszcze przejściowe. Jak rozmaite są połączenia i postaci przejściowe w tych cierpieniach wewnątrzustrojowych wskazują liczne przytoczone przykłady, zestawione z materiału autora i literatury lat ostatnich.

Przechodząc następnie do szczegółowej patologji autor poświęca osobne rozdziały wrodzonym, dziedzicznym, rodzinnym chorobom mózgu, mięśni i nerwów, rdzenia i mózdzku. Zatrzymuje się dłużej nad chorobami Tay-Sachsa i wskazuje anatomiczną różnicę tego cierpienia i diplegją mózgową: w chorobie Tay-Sachsa mamy ciężkie zwyrodnienie komórki nerwowej z zupełnym oszczędzeniem wyrostków osiowych; w porażeniu obustronnem zwyrodnienie dotyka tylko wyrostki osiowe, pozostawiając nietknięte komórki nerwowe. Przyczyna wewnątrzustrojowa, cecha rodzinna, postępujący przebieg, pierwotne zwyrodnienie a nieobecność zmian zapalnych lub naczyniowych wskazują pokrewieństwo nozologiczne obu cierpień. Przy omawianiu dziedzicznej postaci wiądu rdzenia i porażenia postępującego autor

zwraca uwagę, że obok dziedzicznej kiły musi być w tem cierpieniu wadliwe usposobienie układu nerwowego. Histologiczne badania w porażeniu postępującem młodzieńcem wykazują zmianę w mózgu i przeważnie w mózdzku, które wskazują na zaburzenia i upośledzenie w rozwoju. Cierpienie to jest więc wewnątrzustrojowe. Dziedziczne obarczenie w chorobach umysłowych i nerwicach psychicznych na podstawie statystyki Koller-Diem'a jest 5—6 razy większe niż u zdrowych. Tam gdzie mamy różnorodną dziedziczność tam często chodzi o uszkodzenie komórki zarodkowej. Autor zwraca uwagę na rozdzielanie przypadków pochodzenia wewnątrz i zewnątrzustrojowego. Zdaniem autora, nie należy utożsamiać w dziedziczności upośledzenia nerwo i psychopatycznego. Wielka liczba chorób nerwowych nie znajduje się w żadnym związku z psychozami, a nawet się wyłącza. Przy bezpośredniej dziedziczności na potomka w prostej linii, z małemi wyjątkami, istnieje jednorodna dziedziczność.

Co się tyczy zapobiegania chorobom dziedziczno-rodzinnym ważniejsze postulaty są następujące: walka z dwoma głównymi czynnikami zatruwającymi komórkę zarodkową, mianowicie z wyskokiem i kiłą; dostarczanie rodzinom usposobionym neuropsychopatycznie dużo obcej i zdrowej krwi; prawne ograniczenie małżeństw ciężko obarczonych dziedzicznie.

W leczeniu wewnątrzustrojowych dziedzicznych cierpień zasługuje na uwagę terapia społeczna: zakłady leczniczowochowawcze, szkoły pomocnicze dla upośledzonych dzieci; jednostki zupełnie do życia niezdatne należą do zakładów leczniczych.

Szczegóły tej ze wszechmiar cennej i interesującej pracy autora należy przestudjować w oryginale.

GEORG STERTZ. Ueber periodischen Schwanken der Hirnfunktion.

W przypadkach opisanych przez autora chodzi o okresowe zaburzenia świadomości: w kolejnej zmianie po krótkiej fazie względnie jasnej świadomości następuje faza zamroczenia. To szczególne zamroczenie już się uwidocznia w zwykłej rozmowie. Chorzy na raz zacinają się, powtarzają przez chwilę ostatnie wyrazy, zmieniają wygląd i sposób zachowania, nie odpowiadają na pytania, na krótko milczą zupełnie lub też mówią o rzeczach nie będących w związku z poprzednią rozmową. Po pewnym czasie przychodzą do siebie, czasem odnajdują wątek poprzedniej rozmowy, częściej jednak nie orientują się w szczególnej sytuacji. Zachowanie się chorego w „fazie ujemnej” wskazuje, że chodzi tu o mniej lub więcej szybko występujące zamroczenie, którego stopień jest różny u różnych chorych, a i u tego samego chorego zmienny. Z początku chorzy jeszcze oddziałują na głośne nalegające pytanie ale niezupełnie pojmują znaczenia, potem patrzą przed siebie bezmyślnie. Zwykle ten stan przechodzi w bredze-

nie. U szczytu zaburzenia następuje utrata świadomości. Dla uwidocznienia fazy ujemnej i dodatniej t. j. tego przerywania świadomości autor zalecał choremu czytanie, pisanie, nazywanie obrazów, liczenie. Nigdy nie dochodziło do tego, żeby chory upadł, jednak kojarzenia ruchowe były uszkodzone, chód u jednego chorego był chwiejny, u drugiego zauważyć się dała dążność do objawów kurczowych. Ruchy dowolne ustawały. Zaburzeń apraktycznych nie było. Różnicy w odruchach w obu fazach nie było. W fazie dodatniej pozostawało pewne utrudnienie pojmowania, stan apatyczny.

Autor podaje krzywą stanów zamroczenia, w których widać, że potrzeba pewnej liczby sekund zanim zamroczenie dojdzie do szczytu i po pewnym czasie następuje powolny spadek. Czas trwania obu faz zwykle wynosi od 1 do kilku minut, faza ujemna jest dłuższą.

Wszyscy chorzy mieli oznaki stwardnienia naczyń krwionośnych; ogólny stan psychiczny chorych przemawiał za stwardnieniem wieloogniskowem mózgu. Autor uznaje związek przyczynowy pomiędzy przestankowemi zaburzeniami świadomości i arteriosklerozą u tych chorych i uważa opisane zaburzenia jako ostre epizody w przebiegu przewlekłego cierpienia. Co do samego mechanizmu tego zjawiska autor mniema, że do organicznego zachorzenia ścian naczyń przyłącza się przerywany kurcz naczyniowy, który wywołuje niedokrwienie mózgu i stąd zaburzenia czynnościowe. Jesteśmy tutaj, zdaniem autora, na pograniczu zaburzenia czynnościowego i organicznego. W dążności do kurczów u jednego chorego autor widzi początek drgawek. Rokowanie tych zaburzeń jest dobre. Wszystkie 3 przypadki autora się poprawiły; cierpienie zaś przewlekłe, które jest podłożem, trwa w dalszym ciągu.

F. WITTE. Ein Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Akromegalie.

Opis przypadku akromegalji, zasługujący na uwagę ze względu na długoletnie spostrzeżenie kliniczne i badanie anatomiczne. U pacjenta 55 letniego, przedtem zdrowego, wystąpiły zaburzenia wzroku oraz zwiększenie kończyn górnych i dolnych, po 9-u latach ślepotą i zejście śmiertelne w zaniku schyłkowym po 14 latach cierpienia. Rozpoznanie akromegalji i guza przysadki potwierdziły oględziny pośmiertne. Guz przysadki był gruczolakiem niezupełnie łagodnym. Guz składał się prawie wyłącznie z komórek białych nie chłonących barwika; zasługuje na uwagę niezwykle powiększenie jąder i tworzenie się jamek w komórkach. Co do stosunku akromegalji do nowotworu przysadki autor sądzi, że ten ostatni jest przyczyną cierpienia. Za powyższem przypuszczeniem przemawiają doświadczenia chirurgów, gdzie

po wycięciu zwiększonej przysadki zmiany akromegaliczne się cofnęły.

OTTO MARKUS. Ueber Assoziationen bei Dementia praecox.

Autor przerobił doświadczenia kajarzeniowe u 60 chorych na otępienie wczesne. Z każdym chorym przerobiono 100 reakcji.

Rozmaitość zjawisk, która w kajarzeniach chorych wystąpiła, zniewoliła autora do wyróżnienia kilku grup kajarzeń.

I. Kajarzenia, które trudno lub niemożliwie jest odróżnić od normalnych. Przeważają tu kajarzenia wewnętrzne.

II. Przeważają kajarzenia zewnętrzne.

Spotykają się w tych przypadkach otępienia wczesnego, w których klinicznie spotyka się obniżenie uwagi. Autor uważa kajarzenia zewnętrzne jako objaw zaburzenia uwagi. Im silniejsze zaburzenie, tem bardziej kajarzenia są zewnętrzne i powierzchowne. Najczęściej reakcja na słowo sygnałowe jest w jednym słowie, tem się odróżniają od chorych maniakałno-depresyjnych, którzy prawie stale dają reakcję w zdaniach lub fragmentach zdań.

III. Kajarzenia, które uwydatniają pewien objaw w otępieniu wczesnem, mianowicie „mowę splątana” (Sprachverwirrtheit). Doświadczenie kajarzeniowe ma znaczenie tylko w początkach mowy splątanej. O ile objaw ten jest bardzo wyraźny, daje się prędzej stwierdzić w rozmowie z chorym.

IV. Kajarzenia podobne do histerycznych. Przeciętny czas odczynu przedłużony, wybitnie egocentryczny charakter oddziaływań, zabarwienie uczuciowe wyobrażeń. Kompleksy nie znajdują się w stanie stłumienia i tem się różnią od histerycznych. Samo się przez się rozumie, że i u normalnych znajdują się wyobrażenia rabarwione uczuciowo, ale nie panują tak wyłącznie nad obrazem jak w reakcjach histerycznych i powyższej grupy otępienia wczesnego.

V. Kajarzenia, które uwydatniają cechę otępienia w stanach końcowych otęp. wczesnego. Najbardziej uderzającym zjawiskiem jest oddziaływanie na słowo sygnałowe całem i z daniami nie zaś pojedynczem słowem. Treść wykazuje ubóstwo ideowe. Reakcja jest najczęściej określeniem sygnału, przy czem dochodzi do najbardziej niedorzecznych wyrażen. Czas reakcji jest niezwykle przedłużony. Naturalnie wysokie stopnie otępienia muszą być z doświadczeń wyłączone.

Znamiennych i stałych objawów dla otępienia wczesnego eksperyment kajarzeniowy nie wykazuje. Reakcje dają nam tylko odbitki stanów, w których się chory właśnie znajduje. Dla jednego objawu może, mianowicie zaburzenia uwagi bez podniecenia psychoruchowego, doświadczenie kajarzeniowe jest czułym odczynem niż spostrzeżenie kliniczne.

NEUROLOG. CENTRALBLATT 1911.

N-r 12. S. MEYER. Springender und schneller Patellarreflex bei Neurosen.

U neurasteników typowych zwykle spostrzegamy wzmożenie odruchu kolanowego. Odruch skaczący (springender Patellarreflex), który autor spostrzegął w ogromnej większości przypadków u osób histerycznych, polega na tem, że przy uderzeniu w ścięgno nie występuje wcale albo w stopniu nieznacznym wyprostowanie podudzia, ale podskakuje cała kończyna; czasem podskakiwanie to udziela się i kończynie drugiej, a w niektórych przypadkach występowało podskakiwanie całego ciała. Odruch ten skaczący autor uważa do pewnego stopnia za swoisty dla hysterji.

A. M. GRÜNSTEIN. Zur Frage von den Leitungsbahnen des Corpus striatum.

W tem doniesieniu tymczasowem autor omawia wyniki doświadczeń swych, przeprowadzonych nad psami i królikami. Autor przychodzi do następujących wniosków. Włókna, biorące swój początek w jądrze ogoniastem, kończą się przeważnie w gałce bladej (globus pallidus); być może tylko nieznaczna część tylnych włókien przechodzi bezpośrednio z jądra ogoniastego po przez torebkę wewnętrzną do wzgórka; 2) włókna, rozpoczynające się w otoczce (putamen), kończą się po większej części w gałce bladej. Włókna, biorące początek w gałce, przebijają tę ostatnią i kończą się w wzgórku, w ciele Luysi a może w istocie j czarnej. Jest rzeczą wątpliwą, czy istnieje połączenie pomiędzy adrem soczewkowatym a czerwonym.

M. BERNHARDT. Basedowische Krankheit und Augenmuskellähmung.

Autor opisuje szczegółowo przypadek choroby Basedowa, w którym wystąpiło porażenie mięśni ocznych (porażenie mięśni prostych wewnętrznego i dolnego po obu stronach i opadnięcie powieki po stronie prawej). Pod wpływem galwanizacji nerwu współczulnego szyjnego nastąpiło znaczne polepszenie.

N-r 13. R. CORDS. Adrenalinmydriasis bei Sympaticus und Trigemini-*l*ähmung.

Na podstawie spostrzegania trzech przypadków porażenia nerwu współczulnego i jednego przypadku, w którym były zniszczone przez nowotwór 1 i 2 gałązka nerwu trójdzielnego, autor przychodzi do wniosku, że w porażeniu nerwu współczulnego szyjnego powyżej zwoju górnego szyjnego (ganglion cervicale supremum) występuje rozszerzenie się źrenicy pod wpływem wpuszczenia do worka spojówkowego 0,1% roztworu adrenaliny (Adrenalinmydriasis). Często występuje objaw ten także i w porażeniu 1-ej gałązki nerwu trójdzielnego, o tyle tylko jednak,

o ile przy tem zostały zniszczone i gałązki nerwu współczulnego, idące z splotu szyjnotętniczego (plexus caroticus). Objaw ten w niektórych przypadkach pozwoli określić, czy zniszczenie nastąpiło powyżej zwoju szyjnego górnego, czy też poniżej tegoż.

Nr 14. L. MINOR. Vorläufiger Bericht an Herrn Prof. P. Ehrlich über 15 mit Salvarsan behandelte Fälle von syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems.

Autor podaje wyniki leczenia 15 przypadków za pomocą salvarsanu. Co do poszczególnych postaci chorobowych autor spostrzegał: 3 przypadki — tabes dorsalis, 1 tabes et myelitis specifica, 2 meningomyelitis syphilitica chronica, 2 paral. Brown-Sequardii, 1 lues bulbaris et cerebialis acuta, 1 hemichorea luetica prae-hemiplegica, 2 gumma (?) nerebri, 2 neuritis retrobulbaris luetica, 1 lues basilaris et cerebelli.

We wszystkich przypadkach autor spostrzegał polepszenie w większym lub mniejszym stopniu; w przypadkach wiądu rdzenia nastąpiło znaczne zmniejszenie bólów, bezładu, przybytek na wadze, poprawa samopoczucia ogólnego.

W przypadkach zapalenia rdzenia i opon, porażenia Brown-Sequard'a nastąpiło znaczne polepszenie ruchów. Powikłań żadnych z powodu wstrzykiwania salvarsanu nie spostrzegano; w jednym przypadku nastąpiła zgorzel tkanek na miejscu wstrzykiwania. Ze strony nerwu wzrokowego w 14 przypadkach zaburzeń żadnych nie stwierdzono; w 1-yim przypadku (wiąd rdzenia) wystąpiły po 5 miesiącach objawy zaniku nerwu wzrokowego, jednak autor nie uważa zaniku tego za skutek działania arsenobenzolu, lecz przypuszcza, że zanik rozpoczął się jeszcze przed stosowaniem preparatu.

A. SAENGER. Ueber Neurorezidive nach Salvarsan.

Od czasu wprowadzenia do lecznictwa arsenobenzolu interesowała badaczy kwestja występowania nawrotów przy stosowaniu tego środka w cierpieniach układu nerwowego. Rozpatrzwszy piśmiennictwo przedmiotu, autor stwierdza, że cierpienia układu nerwowego, najczęściej w postaci zapalenia nerwów (mono et polineuritis), spotykają się względnie często w początkowych okresach kiły i że to, co brano za nawroty przy kuracji salvarsanowej, najprawdopodobniej są to właśnie te schorzenia układu nerwowego w okresach wczesnych kiły, występujące jako nawroty kiłowe.

Autor na tysiąc przypadków, leczonych wstrzykiwaniami salvarsanu, w trzech przypadkach spostrzegał zajęcie układu nerwowego w postaci zapalenia nerwów.

H. VOGT. Bemerkungen über die Anwendung des Salvarsans in der Neurologie.

Autor omawia stosowanie salvarsanu w chorobach nerwowych, powstałych na tle kiły. W szczególności, omawiając stosowanie arsenobenzolu w wadzie rdzenia, autor uważa, że najlepiej się nadają do tej kuracji przypadki względnie wczesne, o zmiennem natężeniu bólów, z ustępującymi porażeniami nerwów ocznych i t. p.. mniej zaś przypadki z ustalonymi wybitnymi zaburzeniami czucia. Jako przeciwskazanie do stosowania salvarsanu w wadzie rdzenia — uważa autor wczesne wystąpienie po zakażeniu tego cierpienia i gwałtowny jego przebieg.

N-r 15. A. JOSEFSON. Dentition und innere Sekretion.

Autor badał troje dzieci w wieku 11, 5 i 3 lat, pochodzących z rodziny, której niektórzy członkowie mieli liczbę zębów mniejszą, niż normalnie. U badanych chłopców autor stwierdził zmniejszoną liczbę zębów, a za pomocą promieni Roentgena przekonał się, że niektóre z brakujących zębów są założone w szczękach. Osobnikom tym autor podawał kołaczyki z gruczołu tarczowego w ciągu 4—6 mies.; po kilku miesiącach u obydwóch starszych chłopców zaczęły się wyrzynać niektóre z założonych zębów. Na podstawie tego spostrzeżenia autor przychodzi do wniosku, że ząbkowanie znajduje się w zależności od sekrecji wewnętrznej; o ile ta ostatnia jest upośledzona lub wadliwa, występuje wtedy upośledzenie lub zahamowanie w wyrzynaniu się zębów. Nie tylko jednak we wczesnym wieku można spostrzeżać wpływ sekrecji wewnętrznej na ząbkowanie; nawet podczas życia wewnątrzmacicznego upośledzenie czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej u matki albo wadliwy ich rozwój u dziecka może wpłynąć w przyszłości na proces ząbkowania. Dlatego, o ile w rodzinie już poprzednio występowały anomalje ząbkowania, wskazanem jest podawanie podczas ciąży matce preparatów z gruczołu tarczowego, żeby przez to dodatnio wpłynąć na płód.

Jako przyczynę wadliwego ząbkowania podawano dotychczas złe odżywianie, krzywicę, przymiot, lecz nigdy nie zwracano uwagi na sekrecję wewnętrzną.

S. FLEISCHMANN. Ein Fall von Brown-Séquard'scher Lähmung, hervorgerufen durch Meningitis serosa spinalis circumscripta.

W opisanym przypadku wystąpiło po chorobie gorączkowej, jak się zdaje influenzy, lewostronne kurczowe porażenie obydwóch kończyn ze zniesieniem czucia dotykowego w kończynie górnej lewej, ze znacznymi zaburzeniami wszystkich rodzajów czucia po stronie prawej. Na podstawie szczegółowego badania tego przypadku autor rozpoznaje porażenie o typie Brown-Séquard'a, wywołane przez surowicze ograniczone zapalenie opon rdzenia na wysokości 4 do 5-go odcinka szyjnego. Przypadki podobne są naogół dosyć rzadkie; autor podnosi, że w niektó-

rych przypadkach podobnych różniczkowe rozpoznanie pomiędzy zapal. ogranicz. opon a nowotworem mózgu jest niezmiernie trudne, często niemożliwe klinicznie. W niektórych przypadkach operacja z następczym nakłuciem zgrubiałych opon i wypuszczeniem płynu dawała dobre wyniki.

A. MÜNZER. Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen.

Jedną z głównych przyczyn powstawania psychoz porodowych należy szukać w wyczerpaniu ustroju kobiety, zależnem od procesów rozmnażania. Co prawda, same wyczerpanie nie wystarczy do zrozumienia powstawania tych cierpień; wiemy, że osobniki w daleko posuniętych okresach gruźlicy lub raka stosunkowo rzadko cierpią na choroby umysłowe, rozwijające się na tle wyczerpania, a z drugiej strony 21% rodzących w klinice w Heidelbergu cierpiały na psychozy porodowe. Przypuszczano, że psychozy te powstają pod wpływem działania szkodliwych produktów przemiany materji, zatruwających cały ustrój. Nowe poglądy na znaczenie sekrecji wewnętrznej dla ustroju zmusiły badaczy szukać wytłomaczenia powstawania psychoz porodowych i na tej drodze Fellner, naprzykład, odróżnia dwie odmiany gruczolów o sekrecji wewnętrznej: gruczolę, wydzielina których podnosi ciśnienie krwi i działa szkodliwie na ustrój, i drugi gatunek, obniżający ciśnienie krwi i działający dodatnio na ustrój; macicę zalicza Fellner do grupy 1-ej — wydzielina wewnętrzna jej powoli zatruwa podczas okresu płodzenia ustroj; z drugiej strony jajniki działają antytoksycznie, neutralizując szkodliwą czynność sekrecji wewnętrznej macicy.

W rzeczywistości, w okresie poporodowym w ciągu krótkiego czasu macica się znacznie zmniejsza, nadmiar jej tkanek ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu, i być może, że wtedy do obiegu krwi dostaje się odrazu większa ilość trucizn, które, działając na układ nerwowy ośrodkowy, powodują wystąpienie psychozy. Autor skłania się też do przypuszczenia, że psychozy, występujące podczas okresu ciąży i po porodzie, mają swe źródło w nadmiernie szkodliwej dla ustroju wydzielinie wewnętrznej macicy podczas ciąży i po porodzie.

M-r 16. O. ROTH. Beitrag zur Kenntniss der mit Fieber einhergehenden vasomotorischen Neurosen.

Autor spostrzegł chorą, która po jakimś wzruszeniu dostała wyprysku na twarzy; przy badaniu stwierdzono, że pacjentka ma stale podniesioną ciepłotę ciała, dochodzącą do 38,4°, i przyspieszenie tętna do 140.

Zmian w narządach wewnętrznych ani w moczu nie było. Szczegółowe badania w ciągu dni 19 nad równowagą azotową pozwalają przypuszczać, że gorączka u pacjentki nie jest następ-

stwem zwiększonej produkcji ciepła; wobec tego posiada ona swe źródło w zmniejszeniu oddawania ciepła, polegającym na zaburzeniach w czynnościach ośrodków podkorowych nawet i samej kory mózgowej. Skład krwi pozwala wyłączyć jakąś chorobę zakaźną.

Wobec tego autor zalicza przypadek ten do grupy nerwic naczynioruchowych, w których przebiegu, jak to już wskazywał Egger, czasem występują podobne zaburzenia ze strony ciepłoty ciała.

G. FUSE. *Striae acusticae von v. Monakow beim Menschen.*

Dotąd nie udało się ani jednemu z badaczy wysledzić dokładnie przebieg prążków słuchowych (*striae acusticae*) u człowieka, ani za pomocą badań anatomicznych, ani na drodze badania zwyrodnień. U zwierząt pasemko to według Monakowa ulega w przeważnej swej części skrzyżowaniu i wchodzi do wstęgi bocznej (*lemniscus lateralis*) strony przeciwnej.

Autor miał do dyspozycji preparat mózgu człowieka, w którym prócz ognisk przerzutowych rakowatych w trzonie mózgowym było ognisko rozmiękczenia w obrębie pętli bocznej i w jej otoczeniu. Na podstawie badania serji z tego mózgu przychodzi autor do wniosku, że u człowieka prążki słuchowe ulegają tylko w części skrzyżowaniu, przeważna zaś część ich włókien wstępuje do wstęgi bocznej po tej samej stronie.

Poza tem autor spostrzegał zwyrodnienie komórek w oliwce dodatkowej górnej w części brzusznej oraz w ciele czworobocznym (*nucleus trapezoidi*). U kota według Monakowa prążki słuchowe ulegają skrzyżowaniu zupełnemu.

H. STURSBURG. *Ueber die Häufigkeit der Unfallneurosen.*

Liczba nerwic urazowych w stosunku do liczby wypadków nieszczęśliwych jest bardzo nieznaczna. Biss na 9000 wypadków objawy nerwowe spostrzegał tylko u 24 osobników, Merzbacher na 1370 w 13 przypadkach, które zaliczył do nerwic. Na podstawie własnej dość licznej statystyki autor stwierdził, że na 1000 wypadków było 1,6% nerwic urazowych.

W. Grzywo-Dąbrowski.

N-r 18. DUBOIS. *Über die Definition der Hysterie.*

Do najnowszych poglądów na istotę hysterji, wypowiedzianych w ostatnich latach przez różnych uczonych, przybywa świeżo oryginalny głos prof. Dubois z Bernu, autora znanego dzieła p. t. „*Les psychonévroses et leur traitement moral*”. Z poglądem swym wystąpił Dubois na kwietniowym zjeździe w Aaran szwajcarskiego T-wa neurologicznego.

Przedewszystkiem autor obala hipotezę, datującą się jeszcze od czasów Charcot'a, według której histerja ma zawdzięczać pochodzenie swe suggestywności. Suggestywność właściwa jest nietylko histerykom, jest ona, zdaniem autora, nader powszechną, i u 90% ludzi normalnych można stwierdzić mniejszą albo większą podatność na suggestję. Co więcej, dr. Schnyder dowiódł ostatnio, że histerycy są często nawet bardzo odporni przeciwko heterosuggestji i że są oni głównie autosuggestyjni. Ale autosuggestywność spotykamy nietylko w histerji, lecz również w neurastenji, lękach i in. stanach. Z tego powodu Dubois odrzuca całkowicie definicję Babińskiego, dla którego zasadniczą rzeczą jest suggestja. Nie podziela również zdania, jakoby histerja miała powstawać ze wzmożonej wrażliwości i emocyjności, albowiem zjawisko to spotykamy w wielu psychoneurozach i psychozach. Odrzuca również ideę psychastenji, jak chcą niektórzy, albowiem stan psychasteniczny spotykamy u podstawy wielu psychopatij. Nie zgadza się wreszcie autor z Freud'em, z jego teorią „konwersji histerycznej wzruszeń”, krytykując teorię tę w sposób następujący: po pierwsze, autor nie widzi konieczności, aby afekt był zawsze odreagowany; zazwyczaj z doznanych wzruszeń po pewnym czasie wyzwalamy się i przychodzimy do równowagi; jeżeli jednak nam się to nie udaje, pozostajemy wówczas w pewnym stanie wzruszeniowym, któremu towarzyszą pewne reakcje cielesne, ale ten „wyparty” albo „uwięźnięty” afekt nie wywołuje zgoła objawów chorobowych, nie stajemy się przez to histerykami. Powtóre, ani fizjologicznie, ani psychologicznie nie zostało stwierdzonem, by podnieta, nie warunkując zadawalającej reakcji, miała skłonność do przenoszenia się na inną drogę na podobieństwo wody, wstrzymanej w swoim biegu. A gdyby tak było, to z jakiej racji proces ten miałby mieć miejsce tylko u histeryków? Wreszcie autor twierdzi, że w histerji nie spotykamy bynajmniej jakichś nieprawidłowych reakcji stanów wzruszeniowych, jakichś konwersyj, obcych normalnej psychice, lecz jedynie takie zaburzenia cielesne, które i u ludzi normalnych towarzyszą wzruszeniom: cała różnica polega na tem, że, o ile u ludzi normalnych efekt wzruszeń jest przemijający, o tyle w histerji jest on trwały, niezmienny. Wychodząc z tego założenia, autor buduje własną teorię, przedewszystkiem zastanawia się, z kąd się bierze u histeryków to utrwalanie się i przesada następstw wzruszenia? Przyczynę tego zjawiska autor przypisuje pewnej właściwości psychiki histerycznej, polegającej na tem, że umysł histeryczny w sposób spotęgowany odczuwa i przeżywa wrażenia. Dzięki tej właściwości histeryk nadaje piętno rzeczywistości wszystkim odczuwanym przez siebie wrażeniom, zdaje się nawet mieć przyjemność w potęgowaniu ich i, dzięki skierowanej na nie uwadze, utrzymuje je w takiej żywości, że może nawet zapomnieć

o przyczynie pierwotnej, która dane wrażenia wywoływa. Przykład tezę tę może zilustrować. Dziewczyna, którą usiłowano w dzieciństwie zniewolić, może zapomnieć całkiem, w jakich okolicznościach użyła ona swoich „custodes virginitatis”, i tylko widzi, że nogi jej znajdują się w stanie trwałego przykurczu. Co prawda, wspomnienie wstrząsającego wypadku możnaby u niej obudzić, ale to jej nic nie obchodzi, uwaga jej całkowicie jest skierowana na objawy, będące następstwem wzruszenia.

W konkluzji ostatecznej Dubois tak określa histerję: histerycznymi zaburzeniami należy nazywać te rozmaite cielesne zaburzenia, które powstają pod wpływem rzeczywistych lub sugerowanych wzruszeń i które utrwalają się i odnawiają nawet wówczas, gdy przyczyna pierwotna już więcej nie działa. To utrwalanie się powzruszeniowych zaburzeń cielesnych zawdzięcza swe istnienie nadmiernej wrażliwości histeryków (sinnliche Impressibilität).

[Jakkolwiek Dubois poddaje krytyce teorię Freuda, nie ulega jednak wątpliwości, że sam poniekąd wpływowi jej uległ. Odrzuca on sugestję, jakkolwiek w klasycznym swem dziele utrzymywał, iż „z czterech stygmatów umysłowych (wyczerpywanie się, wrażliwość, wzruszeniowość i sugestyjność) charakteryzujących chorych, dotkniętych psychoneurozami, sugestyjność jest znamieniem najwybitniejszym”, i główny nacisk kładzie na stanie wzruszeniowym. Różni się on tylko tem od Freuda, że nie przyznaje „konwersji” histerycznej wzruszeń, t. j. idei nieprawidłowych reakcji stanów wzruszeniowych, i że uważa, iż reakcje histeryczne wzruszeń, będące w swej istocie całkiem normalnymi, różnią się od normalnych tylko swem napięciem i trwaniem.

Ale z Freudem łączy Dubois'a jeszcze inny pogląd, a mianowicie: Dubois także utrzymuje, iż uraz psychiczny, który wywołał był wzruszenie i jego następstwa, może być przez chorego zapomniany i uwieczniony w podświadomości.

Odczyt prof. Dubois'a jest niezmiernie dla nas doniosły, wskazuje bowiem, jak idee Freuda powoli torują sobie drogę. (Uwagi sprawozdawcy)].

A. Wizel

ALLGEM. ZEITS. f. PSYCHIATRIE 1911 N-r 3.

LUCKERATH. Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie.

W ostatnich czasach mnożą się prace, dowodzące, iż zespolony katatoniczny, tak swoiste dla katatonji, zdarzać się mogą i w przebiegu innych psychoz. W roku zeszłym streszczaliśmy

w Neurologji (p. T. I Z. II) pracę Kutnera o „stanach katatonicznych u zwyrodniałych”, dziś zamierzamy zwrócić uwagę czytelnika na inną, niemniej doniosłą pracę, z której wypada, iż zespoły katatoniczne zdarzać się mogą w przebiegu hysterji i że psychoza historyczna niekiedy doskonale katatonję symuluje*).

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy hysterją a otępieniem wczesnem, według Lückerath'a bywa często niezwykle trudne, a w wielu razach zupełnie niemożliwe. Symptomatologia obu tych cierpień jest w wielu przypadkach niezmiernie podobna do siebie, nadto objawy historyczne przyłączają się często do obrazu klinicznego otępienia wczesnego, a objawy tego ostatniego jak np. katatoniczne, przyłączają się do obrazu hysterji.

Dla potwierdzenia tej tezy autor przytacza 6 niezmiernie ciekawych i doniosłych spostrzeżeń.

1-szy przypadek: dotyczy osobnika, który za oszustwo został uwięziony, w więzieniu występują zaburzenia psychiczne, ekspertyza psychiczna posądza chorego o symulację, ponownie skierowany do więzienia wykazuje jeszcze poważniejsze zaburzenia psychiczne, nanowo zostaje odesłany do szpitala, gdzie tym razem rozpoznano katatonję (zupełna apatja, niemota, odmowa przyjmowania pokarmów, impulsywne pobudzenia). Po kilku miesiącach chory ucieka z zakładu, a w parę tygodni potem wraca w własnej woli, wolny całkowicie od poprzednich katatonicznych objawów. Opowiada wówczas: jeżeli nie mówił, to dla tego, że mówić nie mógł, już kiedyś cierpiał parę miesięcy na niemotę. Gdy uciekał z zakładu, skacząc przez okno, uderzył się silnie i pod wpływem bólu odzyskał odrazu mowę. Przy badaniu stwierdzono połowicze znieczulenie prawostronne. Ponieważ chory psychicznych zaburzeń nie wskazywał, odesłano go

*) O zespołach katatonicznych w hysterji wspomina w swoim odczycie M. Bornstein (p. Neurologja Polska, 1911. Zesz. I) i w tym względzie powołuje się na pracę Kutnera. Wziąwszy jednak ideę od Kutnera, B. wdaje się z tym autorem w polemikę, zupełnie, naszym zdaniem, zbyt czynną. Kutner wyraźnie mówi o zespołach katatonicznych, przelotnie występujących u zwyrodniałych, a nie o katatonji, jako samoistnej chorobie, gdy tymczasem B. zarzuca Kutnerowi, iż uważa on opisywane przez siebie stany „mimo to za czysto katatoniczne”. Następnie, B. radby dopatrywać się w przypadkach Kutnera raczej psychozy historycznej, aniżeli czysto degeneracyjnej. Nie przeczę, że niektóre spostrzeżenia Kutnera zawierały w sobie pierwiastki historyczne, ale wszak pojęcie hysterji nie kłóci się bynajmniej z pojęciem zwyrodnienia, i fakt ten w niczem nie zmienia zasadniczej tezy Kutnera, polegającej na tem, że na gruncie degeneracyjnym lub historyczno-degeneracyjnym zdarzają się epizodycznie zespoły katatoniczne, nie mające nic wspólnego z właściwą katatonją. (Przyp. ref.)

z powrotem do więzienia. Tam jednak wkrótce znowu wystąpił obraz katatoniczny. Znowu przeniesiono go do szpitala, ale objawy katatoniczne prędko ustąpiły, i były tylko objawy hysteryczne (niedowład jednej i znieczulenie drugiej połowy ciała). Znowu zostaje odesłany do więzienia, gdzie pozostaje już do końca i w stanie pomyślnym wraca do domu. Do tej pory jest on zupełnie zdrow. Był to przypadek hysterji więziennej, która przebiegała pod postacią osłupienia katatonicznego.

W drugim przypadku także był zespół katatoniczny (negatywizm, mutismus, odmowa przyjmowania pokarmów, stereotypje i flexibilitas cerea), który również po krótkim trwaniu (około 2 miesięcy) ustąpił, ale pozostała zmanierowana mowa, skutkiem czego autor bardziej skłania się w danym przypadku do katatonji.

W trzecim przypadku była naprzd hysterja urazowa, a potem wystąpiły zaburzenia psychiczne: urojenia hypochondryczne, wielkościowe i prześladowcze przy akompanjamentie objawów katatonicznych. W danym przypadku autor przypuszcza, iż na gruncie hysterji rozwinęło się otepienie wczesne.

W czwartym przypadku chory dostał w więzieniu typowej hysterycznej psychozy; gdy w 4 lata później został powtórnie uwięziony, wystąpiły objawy katatoniczne: urojenia prześladowcze, obojętność, tępość, negatywizm, niemota, nieprzyjmowanie pokarmów, stereotypja. W tym stanie chory z więzienia ucieka i na swobodzie przedstawia się normalnie, — sprowadzony ponownie do więzienia znów jest negatywistyczny i obojętny. Jednocześnie stwierdzić można liczne stigmata hysterica. Biorąc na uwagę całą osobowość chorego oraz przebieg psychozy, autor jest zdania, że w danym przypadku była wyłącznie hysterja.

W piątym przypadku, jak i w trzecim, była naprzd hysterja urazowa, a potem rozwinął się typowy obraz katatoniczny. Autor zastanawia się nad kwestją, czy w danym przypadku była psychoza hysteryczna z osłupieniem hysterycznym czy też hysterja, do której przyłączyła się katatonja. Ze względu na urojenia i powolny rozwój choroby skłania się do tej drugiej hipotezy.

Wreszcie, w szóstym przypadku, chory, który przeszedł był hysterję urazową, w kilka lat później, pod wpływem niepomyślnych warunków życiowych, dostaje psychozy z urojeniami i halucynacjami, do których przyłącza się później zespół katatoniczny. Chory wyzdrowiał. Psychoza hysteryczna czy dementia praecox? Autor skłania się w tym przypadku do hysterji.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń autor utrzymuje, że obraz kliniczny w hysterji i otepieniu wczesnem może być prawie jednakowy, tak iż nie podobna nie pomyśleć o pewnem pokrewieństwie obu tych chorób. Obie są psychozami endogennymi(?).

Co do różniczkowego rozpoznania, to w trudniejszych przypadkach należy mieć na względzie całą osobowość chorego oraz zejście sprawy. Jeżeli choroba kończy się otępieniem, to była *dementia praecox*, w razie wyzdrowienia—*histerja*.

A. Wizel.

MÜNCH. MED. WOCHENS. 1911.

N-r 22. PÜRCKHAUER. Zur Frage der poliomyelitischen Lähmungen.

Autor powołuje się na odnośne piśmiennictwo, mianowicie na pracę Wittek'a, który w 1909 roku zebrał przeszło 500 przypadków zapalenia przednich rogów rdzenia i który doszedł do wniosku, że zwykle zbyt wcześnie dokonywane zostają plastyczne operacje na nerwach w wyżej wzmiankowanych porażeniach. Prace Kochs'a, Lorenz'a i Lange'go wykazały, że częstokroć mięśnie po przejściu zapalenia nie ulegają zwyrodnieniu i wcześniej lub później odzyskują bez operacji swoją czynność. Prócz tego stwierdzono, że mięsień, choć zupełnie zdrow, lecz zbyt rozciągnięty przestaje być zdolnym do pracy wskutek utraty swej elastyczności; jednakże wystarcza dać mu możność odzyskania elastyczności, skracając go, i staje się on w zupełności czynnym. Autor zebrał materiały na klinice prof. Lange'go z 2 lat, wyłącznie dotyczący porażenia końca stopy wskutek zapalenia rogów przednich. Na dziewiętnaście takich przypadków w ośmiu nastąpiło zupełne wyleczenie rozginaczy po przecięciu ścięgna Achillesa i następnem 9 tygodniowym ułożeniu nogi w odpowiedniej pozycji.

N-r 22. P. BOVERI. Ueber die familiäre hypertrophische Neuritis: Typus Gombault-Dejerine-Sottas und Typus Pierre Marie.

Neuritis hypertrophica interstitialis należy do rzadko spotykanych chorób, a przytem mało zbadanych. W 1893 r. Dejerine i Sottas opisali pod nazwą „Neuritis interstitialis hypertroph. et progressiva infantum” cierpienie, które odznaczało się następującymi objawami: początek cierpienia w pierwszych lub późniejszych latach dzieciństwa, zanik mięśniowy dolnych i górnych kończyn, zaburzenia czucia i błyskawiczne bóle, tyłoboczne skrzywienie kręgosłupa, zgrubienie i stwardnienie nerwów, bez zaburzeń odżywczych skóry; objawy bezładu, Romberg, zwężenie źrenicy, słabe oddziaływanie lub brak oddziaływania na światło i przejściowe drżenie gałek ocznych. Przed pracą Dejerine'a opisali Gombault i Mallet podobny zupełnie przypadek, lecz przypuszczali, iż mają do czynienia z ruchowym bezładem u dziecka.

W 1906 r. Pierre Marie ogłosił szczególną formę tego cierpienia, w wielu punktach różniącą się od typu Dejerine-Sottas. W obecnej pracy Boveri opisuje z oddziału P. Marie rodzinę, złożoną z sześciorga osób, dotkniętych powyższem cierpieniem. Rozpatrzywszy szczegółowo objawy, spostrzegane u swoich chorych i chorych, opisanych przez Dejerine-Sottas i Gombault-Mallet'a, autor dochodzi do wniosku, że istnieją 2 zupełnie oddzielne typy tego cierpienia, mianowicie: 1) typ Gombault-Dejerine-Sottas z następującymi objawami: Romberg, zwężenie źrenic, Argyll-Robertson, strzelające bóle, bezład, drgania włókienkowe, drżenie gałek ocznych; brak drżenia zamiarowego, brak skandowanej mowy; ogólny zanik mięśniowy; 2) typ Pierre Marie z objawami: brak wyraźnego Romberga, leniwe oddziaływanie źrenic na światło; brak bólów błyskawicznych, bezładu i drgań włókienkowych; skandowana mowa, zamiarowe drżenie, wysadzenie gałek ocznych; ograniczenie się zaryków mięśniowych do goleni. Badanie pośmiertne drobnowidzowe wykazuje też różnicę pomiędzy tymi dwoma typami, mianowicie w typie Pierre Marie nie znaleziono takiego znacznego przerostu ani nerwów, ani ogona końskiego, jak w typie Dejerine'a. W rdzeniu zmiany w typie Dejerine'a były tylko w tylnych pęczkach, u Pierre Marie prócz tylnych pęczków zajęte były i przednioboczne. Zmiany w mięśniach w typie Dejerine'a dotyczyły dolnych i górnych kończyn, w typie Marie ograniczyły się tylko do dolnych.

N-r 23. DESNEUX und DUJARDIN. Die Neurorezidive nach Behandlung der Syphilis mit Salvarsan.

Opierając się na 350 przypadkach przymiotu, leczonych na klinice prof. Baget'a w Brukseli za pomocą salvarsanu, z których w sześciu wystąpiła t. zw. neurorecydywa, i rozpatrując krytycznie przyczynę owych neurorecydyw, autorzy doszli do następujących wniosków: neurorecydywy są wyłącznie natury syfilitycznej; patogeneza ich znajduje się w związku z wtórnem syfilitycznem zapaleniem opon mózgowych; występują wskutek użycia niedostatecznej ilości salvarsanu dla powstrzymania dalszego rozwoju syfilisu.

N-r 29. JULIUSBERG und GUSTAW OPPENHEIM. Spastische Spinalerkrankung bei Lues nach Salvarsan.

46 letni mężczyzna dobrze odżywiany zaraził się syfilisem; po 3 miesiącach lekarz znalazł stwardnienie syfilityczne i zastrzyknął dożylnie 0,4 salvarsanu; chory zniósł ten zabieg doskonale; po 4 dniach drugie zastrzyknięcie 0,4 Salvarsanu, przyczem wystąpiła t. zw. Herxheimerowska reakcja, a w 5 dni potem typo-

wy — meningo-myelitis luetica. Wtedy zastosowano leczenie rtęcią i jodem, objawy zapalenia rdzenia i opon stopniowo ustały. Wystąpienie zapalenia tego autorzy uważają nie za neurorecydywę i nie za zatrucie arszenikiem, lecz za przejaw ciężkiego zakażenia syfilitycznego, które tak wcześnie dało porażenie rdzenia.

K. Stróżewski.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNE.

POSIEDZENIE D. 18 MARCA 1911 r.

(Dokończenie).

III. STERLING przedstawił przypadek naprzemiennego kurczu twarzy i padaczki objawowej na tle stwardnienia tętnic mózgowych.

Chory, 68-letni woźnica, znajduje się w szpitalu po raz drugi. Niższa obserwacja szpitalna obejmuje okres prawie półroczny. Zachorował po raz pierwszy 8 i pół miesięcy temu, wystąpiło wtedy bez utraty przytomności nagle zupełne porażenie prawych kończyn wraz z utrudnieniem mowy, bez zaburzeń w rozumieniu mowy, z następczym bólem i zawrotem głowy, których przed chorobą nie doznawał. Porażenie po kilku dniach zaczęło się poprawiać, zaś po miesiącu podobno wyrównało się zupełnie, tak że chory mógł powrócić do swej uciążliwej pracy. Po 3 tygodniach wieczorem na ulicy nagle upadł na grzbiet z powodu silnego zawrotu głowy, lecz i wtedy nie stracił przytomności; nie wystąpiło wtedy żadne porażenie. Już po pierwszym napadzie podobno wystąpiło drganie i kurczenie się lewej powieki i lewej połowy twarzy, występujące napadowo — najczęściej po ruchach (jedzeniu i t. p.). Przedtem drgania tego ani wogóle żadnych objawów drgawkowych nigdy nie było. Po napadzie nieznaczny stopień nietrzymania moczu. Psychicznie podobno nie zmienił się po za bardzo nieznacznem osłabieniem pamięci. Dawniej był zawsze zdrow i wyjątkowo silny; od 2 lat bóle w okolicy serca. Pijał dużo, palił umiarkowanie. Żona nie roniła. Przymiotu nie przechodził.

Badanie przedmiotowe dokonane 15.IX.1910 r. wykryło zmiany następujące. Wymiary serca powiększone, tony głucho, tętno napięte = 66. Nieznaczna rozlana bolesność czaszki przy opukiwaniu. Źrenice równe, dość wąskie, oddziaływanie na zbieżność zachowane, na światło dość słabe.

be. Wyraz twarzy maskowaty. Prawa fałda nosowargowa jest nieco wygładzona. Ruchy boczne warg złożonych w trąbkę na lewo dobre, na prawo — bardzo utrudnione. Drżenie języka o drobnej amplitudzie i szybkim tempie. Mowa ma charakter zlekka dyzartryczny, nosowy, zahaczający się, nieco wybuchowy, zwłaszcza przy wymawianiu trudniejszych wyrazów.

Podniebienie miękkie przy fonacji porusza się nieznacznie słabo. Odruch gardzielowy zupełnie zniesiony. Lewe kończyny są en masse dość słabe, lecz bez wyraźnego niedowładu. Prawa kończyna górna jest wyraźnie osłabiona, głównie w dystalnym odcinku: ruchy palcami niezmiernie słabe, powolne i niezręczne. Prawa kończyna dolna osłabiona w stopniu nieco większym niż górna, lecz i tutaj wymiary ruchów nie są ograniczone. Wyraźny typ predylekcyjny (Wernicke—Mann). Przy próbie palcososowej i piętokolanowej obustronnie bezład i drżenie zamiarowe, z prawej strony znaczniejsze. Ruchy zwracania prawego przedramienia na zewnątrz i na wewnątrz są niezmiernie powolne i niezręczne, lewego lepsze, lecz również dość powolne. Odruchy z mięśnia trójgłowego i okostnowe z promienia obustronnie bardzo żywe, z prawej strony znacznie żywsze. Odruch kolanowy lewy bardzo żywy, prawy kolosalnie wzmożony, natomiast odruchy z ścięgien Achillea nie są żywe, lewy nieco słabszy. Brzuszny lewy zachowany, prawy bardzo słaby, wyłącznie epigastralny, niestały. Mosznowe słabe. Obustronnie flexio plantaris. Wszystkie rodzaje czucia dokładnie zachowane. Chód nie wykazuje wyraźnych cech niedowładu połowiczego. Charakter chodu najbardziej przypomina t. zw. „démarche à petits pas“, chory robi małe kroki, trzyma się pochylony, przy chodzeniu przechyla się z nogi na nogę. Chód naogół jest dość powolny; jeżeli choremu kazać chodzić prędko, wtedy kroki stają się jeszcze mniejsze, chory chwieje się, traci równowagę i czasem upada. Wyraźnej propulsji niema, natomiast przy chodzeniu wybitna retropulsja. W pozycji siedzącej widoczne jest wyraźne regularne i rytmiczne drżenie ud o powolnym tempie i drobnej amplitudzie. Prócz tego widoczne jest drobne drżenie i chwanie się tułowia i głowy, oraz w mniejszym stopniu prawej kończyny górnej en masse. Przy szybkim chodzeniu drżenie wzmagają się — i chory, stojąc, zaczyna trząść się i podskakiwać jak na sprężynach.

Hemispasmus facialis sinister. W obrębie unerwienia lewego nerwu twarzowego spostrzegać się daje cały szereg kurczowych ruchów mimowolnych, które nie są stałe a występują napadowo. Ruchy te podzielić można na trzy kategorie: 1) ruchy w obrębie obu gałęzi nerwu twarzowego — z efektem ruchowym zamykania kurczowego oka, kurczenia się i przekrzywiania twarzy oraz przekrzywiania lewego kąta ust. Ruchy te występują stosunkowo najrzadziej; spostrzegano przy nich wyraźne cechy t. zw. synergji paradoksalnej (np. kurczenie się m. czołowego przy dowolnym zamykaniu oka). Tempo skurczów jest dość szybkie, amplituda duża, występują one w najrozmaitszych odstępach czasu, czasem po kilka godzin zupełnie ich niema. Występują one najczęściej sa-

moistnie, ale ruchy czynne w obrębie twarzy (zamykanie oczu, przekrzywianie twarzy) — zwłaszcza forsowne sprzyjają ich występowaniu. Zwykle tego rodzaju napad kurczu w obrębie obu gałązek lewego nerwu twarzowego składa się z całego szeregu faz, każda zaś faza przedstawia się w postaci krzywej wstępującej i zstępującej, na wysokości której drgania są najbardziej szybkie i najmniej obszerne — tak, że rozpoczyna się od drgań stosunkowo powolnych o dość dużej amplitudzie, stopniowo drgania stają się coraz szybsze i mniejsze, co trwa około pół minuty (t. zw. „*contracture fremissante*“), poczem drganie znów staje się coraz większe i powolniejsze. 2) Druga kategoria drgań dotyczy wyłącznie skurczów w obrębie *m-i orbicularis orbitae sinistrae*; drgania te występują daleko częściej niż poprzednie, najczęściej zupełnie autonomicznie, amplituda ich i szybkość jest większa niż w poprzedniej kategorii skurczów. 3) Wreszcie jako najbardziej częsta kategoria drgań — występują niezmiernie szybkie (więcej niż 100 drgawek na minutę) i niezmiernie drobne skurcze w obrębie lewej połowy *m-i orbicularis oris*, najczęściej w zewnętrznej części bez żadnego efektu ruchowego; są to raczej nieustanne wibracje mięśniowe, przypominające najdrobniejsze skurcze myokloniczne. Okresy tych ostatnich kurczów są najdłuższe, czasem wibracja taka trwa pół godziny i dłużej. Wszystkie powyższe kategorie ruchów mimowolnych mogą występować zupełnie samoistnie, ruchy dowolne twarzy czasem sprzyjają ich występowaniu. Absolutnie żadne wzruszenie, żadne odwrócenie uwagi nie może ich powstrzymać. Również wola na nie wpływa na nie absolutnie.

Przebieg cierpienia podczas pierwszych 3 miesięcy pobytu chorego w szpitalu nie ulegał prawie żadnym wahaniom. Dopiero 2.I 1911 r. zauważono, że skurcze w obrębie lewego nerwu twarzowego stały się znacznie częstsze i intensywniejsze. Trwało to 2 dni, trzeciego dnia chory zmienił się pod względem psychicznym, stał się smutny, płakał podczas badania lekarskiego i odwiedzin rodziny, nie chciał wstać z łóżka i jeść. Tegoż wieczora nagle krzyknął i zaczął trząść się na całym ciele: wystąpiły drgawki wszystkich 4 kończyn z pianą na ustach, z udziałem głowy, mięśni twarzy, zupełną utratą przytomności i nietrzymaniem moczu i kału. Napad taki powtórzył się 3 razy w odstępach pół—1 godzinnych, po każdym napadzie występowało głośne, długotrwałe chrapanie, po ostatnim chory w stanie nieprzytomnym próbował wstać i upadł na podłogę. Nazajutrz rano zastano chorego w stanie głębokiego zamroczenia: reagował tylko na bardzo silne ukłucia, na pytania nie odpowiadał zupełnie. Absolutnie żadnych nowych porażek nie wykryto, również odruchy pozostały bez zmian. Stwierdzono tylko nierówność źrenic i bardzo słabe oddziaływanie lewej (węższej) na światło. Natomiast drgania w obrębie lewego nerwu twarzowego znikły zupełnie. Gdy następnego dnia zamroczenie zaczęło się wyjaśniać stwierdzić można było cechy wybitnej *a f a z j i r u c h o w e j i c z u c i o w e j*: na zapytanie przeważnie reagował stereotypowymi zdaniem: „głowa mnie boli“, „nie mogę mówić“ albo niezrozumiałym bełkotaniem. Rozumienie mowy dawało nieco lepsze wyniki przy badaniu wykonywania zleceń, lecz tylko

najprostszych. Podczas badania dowolne ruchy warg i języka sprawiały wrażenie dyspraktycznych. Mowa dowolna ograniczona była do szeregu stereotypowych wyrazów i zdań, które chory powtarzał na każde nie-małe zapytanie. Powtarzanie zupełnie zniesione — trudno jednak było rozstrzygnąć, czy z powodu zniesionej zdolności powtarzania, czy też z powodu nierozumienia, czego się od niego żąda. Czytać i pisać nie mógł zupełnie. Po za zaburzeniami zależnymi od afazji czuciowej mieliśmy również do czynienia z pewnym stopniem agnozji.

Zaznaczyć należy, że objawy afazji ruchowej, czuciowej oraz objawy apraktyczne i agnostyczne poprawiały się niezmiernie szybko — tak że po upływie kilku dni po napadzie padaczkowym znikły one zupełnie bez śladu. Co najważniejsze zaś i najbardziej interesujące że bezpośrednio po tym napadzie ucichł nagle kompletnie i bezpowrotnie skurcz w obrębie lewego nerwu twarzowego, który do dnia dzisiejszego nie powtórzył się ani razu, poza minimalną wibracją myokloniczną w obrębie lewej połowy górnej wargi, którą czasem udaję się spostrzedz podczas ruchów. Dodać należy, że badanie cytologiczne płynu mózgo-rdzeniowego wykryło nieznaczny limfocytozę. Natomiast odczyn Nonnego wypadł ujemnie. Również odczyn Wassermana zarówno we krwi jak i w płynie mózgo-rdzeniowym wypadł ujemnie.

Obraz kliniczny w przypadku niniejszym jest tak skoplikowany, że dla dokładnej analizy należy rozbić go na grupy i rozpatrzyć oddzielnie: 1) objawy porażenia w obrębie kończyn, 2) objawy podrażnieniowe w obrębie lewego nerwu twarzowego, 3) objawy padaczki z następczym zespołem afatyczno-apraktyczno-agnostycznym, oraz 4) grupę objawów, przypominającą chorobę Parkinsona. Co się tyczy porażenia prawostronnego—to zarówno nagły sposób powstania jej jak i cały szereg objawów (trwarde tętno, wiek chorego, zaburzenia psychiczne typowe dla arteriosklerozy mózgowej) pozwalają z znacznym prawdopodobieństwem uzależnić od sprawy naczyniowej, najprawdopodobniej wybroczyny na tle stwardnienia tętnic mózgowych. Na szczególne zaznaczenie zasługuje fakt, że pierwszy insult, który wywołał prawie zupełny bezwład połowiczny, powstał bez utraty przytomności. Druga grupa objawów a mianowicie objawy podrażnieniowe w obrębie lewego nerwu twarzowego wymaga dokładniejszego omówienia. Na zasadzie morfologicznych cech tych objawów podrażnieniowych wyłączyć tu można tic twarzy. Natomiast cały szereg omawianych objawów składa się na charakterystyczny obraz t. zw. *hemispasmus facialis* a mianowicie: na równi z skurczami w obrębie całego nerwu skurcze w obrębie poszczególnych gałązek, brak celowości skurczu i brak wszelkiego określonego wyrazu twarzy podczas niego, trwanie spazmu podczas snu, wreszcie objawy synergii paradoksalnej oraz sam charakter nasilania się skurczu podczas poszczególnych napadów—mianowicie w postaci krzywej wstępującej i zstępującej, na wysokości której występuje w sposób typowy t. zw. przykurczenie drżące (*contractury fremissante*). Jeżeli teraz zastanowić się, jaki istnieje związek pomiędzy lewostronnym spazmem twarzy

a pozostałymi objawami klinicznymi, to okaże się, że rozstrzygnięcie tej kwestji napotyka na znaczne trudności. Co się tyczy rodzaju spostrzeganego w przypadku naszym spazmu twarzy, to zbliża się on najbardziej pod względem klinicznym do typu wyodrębnionego przez Brissaud'a i Sicaud'a pod nazwą *hemispasmus facialis alternans*: i tu i tam mianowicie występowały połowiczne skurcze twarzy w połączeniu z naprzemiennym porażeniem kończyn. Zachodzi jednak pytanie, czy i w naszym przypadku, śladem autorów tych, upoważnieni jesteśmy do wyłomaczenia obrazu klinicznego jednym ogniskiem w *mesencephalon*. Sądzę, że o ile chodzi o zlokalizowanie ogniska drażniącego nerw twarzowy, to drogą wyłączenia uznać musimy umiejscowienie to za bardzo prawdopodobne; nie mógł być mianowicie w przypadku naszym spazm twarzy natury czysto obwodowej, gdyż lewy nerw twarzowy ani przedtem ani obecnie nie wykazuje najmniejszego osłabienia. Należy więc umiejscowić sprawę podrażnieniową w okolicy samego jądra nerwu twarzowego lub, co najprawdopodobniejsze, w najbliższym jego otoczeniu—tembardziej, że jeszcze jedno zasługujące na uwzględnienie umiejscowienie ogniska drażniącego mianowicie *korowe*, według badań Meig'e'a, Vincent'a, Babińskiego nigdy nie daje tych typowych objawów, które składają się na obraz połowicznego skurczu twarzy. Poza tem hipotezę korową wyłączał w przypadku naszym fakt częstego powstawania i nasilania się skurczów dowolnych ruchów twarzy, co możliwe jest wyłącznie przy zajęciu pierwszego neuronu. Odmienną natomiast jest sprawa, czy i porażenie prawostronne powstałe po pierwszym zaraz insulcie da się uzależnić od tegoż jednego ogniska, powodującego lewostronny spazm twarzy i czy bezwład połowiczny nie jest pochodzenia torebkowego, jak to bywa najczęściej. To ostatnie przypuszczenie wydaje się mało prawdopodobne na zasadzie danych następujących: 1) według ściślych danych anamnestycznych lewostronny kurcz twarzy powstał bezpośrednio po pierwszym insulcie równocześnie z objawami porażenia prawostronnego, należałoby to zaś do wyjątkowo rzadkich i przypadkowych zbieżności, ażeby podczas jednego insulcie powstały jednocześnie dwa ogniska—jedno powodujące prawostronne porażenie, drugie zaś lewostronny kurcz twarzy; 2) zaburzenia mowy już po pierwszym insulcie miały cechy dyzartryczne, nie zaś afatyczne; 3) insulcie ten, powodujący początkowo zupełne porażenie, powstał zupełnie bez utraty przytomności. Co wszystko razem przemawia raczej za zajęciem śródmózdzia niż mózgu. Należy przeto i porażenie prawostronne uważać za zależne od zajęcia śródmózdzia, a cały zespół *hemispasmus alternans* uzależnić z wielkiem prawdopodobieństwem od jednego ogniska, jak to widać było w przypadkach Brissaud'a i Sicaud'a. Jedyny motyw przemawiający pozornie za *korowem* umiejscowieniem ogniska, drażniącego lewy nerw twarzowy, stanowi nader ważny, ciekawy i rzadki fakt zniknięcia bezpowrotnego lewostronnego kurczu twarzy po serji napadów padaczkowych, które, jak wiadomo, biorą początek w korze mózgowej. Według dzisiejszego jednak stanowiska wiedzy i wyników badań doświadczalnych, dotyczących mechanizmu napadu padaczkowego, pier-

wotne podrażnienie kory mózgowej przenosi się zawsze na zwoje podkorowe i wogóle na śródmózdze, nie jest więc rzeczą wyłączoną, że napad padaczkowy mógł oddziaływać na ośrodek w śródmózdu.

Co się tyczy patogenezy serji napadów drgawkowych w niniejszym przypadku, to ze względu na przebieg cierpienia, na fakt, że okazały się one w tak późnym wieku, i na cały zespół objawów towarzyszących, należy uważać je nie za wyraz padaczki istotnej, lecz objawowej na tle stwardnienia tętnic mózgowych. Interesujący jest związek z tymi napadami padaczkowymi objawów afazji ruchowej, czuciowej, nieznacznej apraksji i poczęści agnozji, które wystąpiły bezpośrednio po nich. Nasuwa się tu bowiem pytanie, czy objawy te *par excellence* organiczne nie rozwinęły się na tle nowego insulatu apoplektycznego (wylewu krwawego), który może powstać w trakcie serji napadów epileptycznych lub też spowodować owe napady. Na pytanie to jednak należy odpowiedzieć przecząco z następujących względów: 1) wylew krwawy do mózgu, powstały na tle drgawek lub powodujący je, musiałby pociągnąć za sobą jeszcze dodatkowe objawy porażeniowe w obrębie kończyn, których u naszego chorego nie wykryto; 2) te wszystkie objawy afazji ruchowej i czuciowej, jakie wystąpiły po napadach, nigdy nie mogłyby wyrównać się bez śladu w niezmiernie krótkim okresie kilku dni, jak to miało miejsce w naszym przypadku. Wiadomo jest przytem, że afazja nie jest czemś dla padaczki niezwykłym. Stosunek jej do napadu drgawek może być różnoraki—występować bądź jako objaw prodromalny, bądź jako równoważnik napadu, bądź jako jedno i drugie, jak to miałem sposobność spostrzeżać w jednym przypadku, bądź jako objaw ponapadowy, co bywa najczęściej. W tak silnym stopniu, jak u naszego chorego, zdarza się ona rzadko, zaś objawy apraktyczne i agnostyczne po napadzie drgawek bodaj czy nie notowane są po raz pierwszy. Bądź co bądź cały ów zespół afatyczno-apraktyczno-agnostyczny należy też uzależnić od napadu padaczkowego. Na specjalną uwagę w przypadku niniejszym zasługuje ostatnia grupa objawów, a mianowicie: maskowaty wyraz twarzy, drzenie ud, tułowia i głowy, sprężynowate ruchy kończyn i tułowia podczas chodzenia, wybitna retropulsja oraz wzmożenie napięcia mięśniowego. Jest to zbiór objawów przypominający obraz kliniczny, spostrzegany w chorobie Parkinson'a. Jeżeli teraz zastanowić się nad związkiem tego zespołu objawów z ogólną sprawą mózgową w niniejszym przypadku, to pewną wskazówką mogą tu być takie objawy, jak mowa o odcieniu dżertrycznym i nosowym, mimowolne ruchy podniebienia miękkiego przy fonacji oraz zupełne zniesienie odruchu gardzielowego. Ponieważ z jednej strony mamy w wywiadach dwukrotny insult, z drugiej zaś strony nie stwierdzamy w obrębie mięśni opuszkowych ani zaników, ani zmian w oddziaływaniu elektrycznym, przeto należy objawy te uważać za wrzekomomopuszkowe. Otóż *Brisaud* już w r. 1892 wskazywał na związek choroby *Parkinson'a* z porażeniem wrzekomopuszkowym. Miałem sposobność w przeciągu kilku lat ostatnich obserwować cały szereg przypadków, w których na tle mniej lub więcej rozwiniętego porażenia wrzekomopuszkowego występował, jak i w niniejszym przypadku,

obraz zbliżony do choroby Parkinson'a. Powiadam „obraz zbliżony” gdyż nie sędzę, ażeby można było, jak to czyni Brissaud, stany te zupełnie identyfikować—zarówno w niniejszym, jak i w innych spostrzeganych przypadkach tej kategorii, brak było wzmożenia napięcia mięśniowego, ogarniającego całe ciało, zaś ograniczało się ono głównie do porażonych grup mięśniowych. Poza tem brak było owego charakterystycznego ruchu palcami, przypominającego kręcenie pigulek. Sędzę też, że tymczasowo słusznie byłoby odróżniać te stany pod nazwą wrzekomiej drżączki porażennej (Pseudo-Parkinson). W każdym razie pokrewieństwo kliniczne obu tych postaci jest niezaprzeczone. Ponieważ zaś według dzisiejszego stanu wiedzy siedliska, wywołującego mechanizm ruchów mimowolnych w istotnej chorobie Parkinson'a, doszukiwać się należy w śródmózdku, przeto przypadek niniejszy, w którym narówni z zespołem, przypominającym chorobę Parkinson'a, istniały i objawy towarzyszące, wskazujące na zajęcie śródmózdku, należy uważać za ważny i interesujący przyczynek w sprawie wyjaśnienia patogenezy tego cierpienia.

(Spraw. własne).

Bornstein sędzi, że spazm kuczowy w twarzy należałoby raczej uważać za sprawę pochodzenia korowego, a nie opuszkowego. Jeżeli mamy tu do czynienia z objawowym Parkinson'em na tle ogólnej miażdżycy tętnic mózgowia, jeżeli temu właśnie przypisujemy maskowaty wyraz twarzy chorego, to wydaje się niezrozumiałem, czemu by w tem samym miejscu, skąd, jak wykazują badania doby ostatniej, bierze swój początek choroba Parkinsona, t. j. w menencephalon, umiejscawiać objaw kurczowy, objaw podrażnieniowy.

Higier rozpoznaje liczne ogniska miażdżycowe. Co się tyczy kurczów twarzy, to wszystkie jej odmiany (spastyczny, myokloniczny i myokimiczny) przypominają w danym przypadku jednak tylko to, co widzimy przy padaczce Jackson'a i epilepsia continua Kożewnikowa.

Bregman przyjmuje w przypadku tym istnienie wielu ognisk rozmiękczenia, gdyż jedno ognisko tak licznych objawów nie tłumaczy.

Flatau uważa, jako tło całej sprawy, stwardnienie tętnic i sędzi, iż kurcz w lewej połowie twarzy jest pochodzenia korowego; za tem przemawia też napadowość cierpienia i perjodyczne wyładowywanie się kumulujących się napadów pod postacią padaczki.

Kopczyński również uważa skurcz twarzowy w przypadku przedstawionym za objaw podrażnienia korowego i zaznacza, że przed rokiem podczas przedstawiania wspólnie z Jaroszyńskim przypadku torticolis mentale żądano różniczkowania tików twarzowych od kurczów a to ze względu na patogenezę, rokowanie i leczenie. K. z przyjemnością stwierdza, że dziś i mówca zastugi szkoły francuskiej pod tym względem podnosi.

Sterling w odpowiedzi na dyskusję nad przedstawionym przez siebie przypadkiem — odpowiada Bornsteinowi: fakt zniknięcia skurczu twarzy po napadzie padaczkowym nie wyłącza umiejscowienia przyczyny

owego spazmu w śródmózdku, gdyż, jakkolwiek punkt wyjścia napadu padaczkowego tkwi w korze, jednakże według badań doświadczalnych podrażnienie przenosi się zawsze na śródmózdkę. Bregmanowi zaznacza, że bynajmniej nie sprowadzał całego obrazu chorobowego do jednego ogniska, starał się tylko jednym ogniskiem wyjaśnić zjawisko *hemispasmi facialis alternantis*. Wyraźnie podkreślał przypuszczenie rozlanej miążdżycy mózgowej, co jasne jest choćby z objawów porażenia wrzeko-mo-opuszkowego, drgawek padaczkowych oraz zaburzeń psychicznych. Flatauowi: przeciwko korowemu umiejscowieniu przyczyny, wywołującej połowiczy skurcz twarzy, przemawia fakt, że objawy skurczowe podrażnienia kory nigdy nie zajmują całego terytorjum nerwu twarzy, lecz przenoszą się z jednej grupy mięśniowej na drugą, nie mają one przytem, jak to wykazali: Meige, Vincent, Babiński, owego typowego obrazu *hemispasmi facialis* z objawami przykurczenia, przekrzywienia twarzy oraz synergii paradoksalnej. Poza tem wobec faktu, iż już po pierwszym insulcie razem z porażeniem prawostronnem powstał lewostronny skurcz twarzy, należałoby przypuścić, że jednocześnie pozostały dwa ogniska — jedno wywołujące porażenie prawostronnej a drugie naprzeciwległej półkuli w ośrodku korowym nerwu twarzowego, co byłoby przypuszczeniem sztucznem i mało prawdopodobnem.

IV. BORNSTEIN przedstawił ponownie chorą po przebyciu zapalenia opon mózgowych surowiczego z objawami psychicznymi. Przypadek ten opisany został przez N. Zylberlasterównę w pracy p. t. „O zaburzeniach psychicznych w surowiczem zapaleniu opon mózgowych“ *).

Łapiński podnosi niedokonanie nakłucia lędźwiowego w danym przypadku i zaznacza, że psychozy uważane za migrenowe — to najczęściej psychozy padaczkowe.

Flatau nie neguje istnienia psychoz migrenowych i widzi w nich wyładowywanie się dużych napadów, następujących po licznych małych.

Kopczyński przypomina o własnym przypadku psychozy w następstwie surowiczego zapalenia komór mózgowych, a o słuszności tego rozpoznania świadczy dalszy przebieg (chora dziś t. j. po upływie roku czuje się zupełnie zdrową).

Higier jest zdania, że objawy psychiczne w migrenie są o wiele rzadsze aniżeli w zapaleniu opon surowiczem, ale istnieją niewątpliwie, sam bowiem spostrzegł przed laty typową psychozę przemijającą, towarzyszącą od czasu do czasu napadom migreny u młodego osobnika izgodną z opisem Krafft-Ebinga.

Bornstein odpowiada Łapińskiemu, że poprawa, która nastąpiła bez dokonania przekłucia lędźwiowego nie może przeczyć rozpoznaniu—meningitis serosa.

Sekretarz St. Kopczyński.

*) Neurologja Polska Tom II Zesz. III str. 284.

POSIEDZENIE DNIA 1 KWIETNIA 1911 R.

R. RADZIWIŁŁOWICZ wygłosił rzecz p. t. „MYŚL I MOWA“.

Myślenie stanowi jedno z najtrudniejszych zagadnień psychologii społecznej. Niepodobna znaleźć żadnej cechy, która byłaby właściwa tylko myśleniu i odróżniała je od innych postaci życia świadomego. Nie jest ono postrzeganiem podobieństwa i różnicy, kojarzeniem — jest sprawą dalszej przeróbki materiału dostarczanego przez postrzeganie i kojarzenie. Non est in intellectu quod non fuerit prius in sensu. Formy tej przeróbki nie są aprioryczne, lecz są wynikiem długiego doświadczenia. Pojęcia czasu, przestrzeni, przyczynowości, tożsamości i t. d. zanim dojdą do tej jasności, w której przedstawiają się jako pojęcia oderwane, przechodzą długą drogę urabiania myślowego z materiału dostarczonego przez doświadczenia osobiste. Myślenie nie o wiele jest bardziej dowolne i samorzutne niż wszelka inna postać życia świadomego i w postrzeganiu i kojarzeniu i innych sprawach duchowych istnieje pewna wyborcza działalność świadomości i pewna samorzutność uwagi. Myślenie jest syntetycznym, ale i w wyobrażaniu mamy również do czynienia z pewną postacią scalania.

Myślenie jest zawsze poszukiwaniem czegoś luźnie istniejącego w świadomości, co staje się jasnym, zadawalnia nas po pewnym wysiłku myślowym. Jest rozwiązaniem pewnego zagadnienia, przyczem kluczem, który do rozwiązania prowadzi, jest odwzór świata zewnętrznego, istniejący w świadomości każdego. Im ten odwzór jest dokładniejszy, pełniejszy, tem rozwiązanie będzie trafniejsze. Trafność naszego myślenia stanowi najważniejszą jego cechę. Myślenie jest przewidywaniem i sprawdzaniem się przewidywań sprawdzianem trafności myślenia.

Mowa stanowi zasadniczy warunek, jeżeli nie powstania, to rozwoju myślenia. Nazwa przedmiotu dla kogoś co je zna stanowi cechę przedmiotu. Jest to cecha, nad którą możemy panować, ponieważ, wymawiając nazwę przy artykulacji, posługujemy się mięśniami zależnymi od naszej woli. Kiedy przyswoimy sobie nazwę, to znaczy, kiedy zespoli się ona z pozostałymi cechami przedmiotu, które uważamy za jego składniki istotne, kiedy stanie się ona dla nas zrozumiałą, to znaczy, kiedy jej wywołanie w świadomości naszej pociąga za sobą pojawienie się doznawań, stanowiących jego treść, posługujemy się nazwą jako symbolem przy dokonywaniu z przedmiotami różnych operacji myślowych klasyfikowania, grupowania i t. d., nie potrzebując za każdym razem powoływać do życia w naszej świadomości wszystkich cech, tworzących treść przedmiotu. Stanowi to istotę symbolicznego myślenia. Treść myślowa porusza się jednocześnie z poruszeniami nazw wyrazów przy myśleniu symbolicznem; treść ta w rzeczywistości doświadczeniu nie jest niezmienną i stałą, lecz każda nazwa, odpowiadająca obrazowi ogólnikowemu lub pojęciu, wywołuje w świadomości obrazy w pewnej mierze różne, zależnie od tego, w połączeniu z jakimi innymi wyrazami pojawia się ona w zdaniu. Wyraz, słowo, nazwa jest tą dźwignią, która podnosi i ze sfery podświadomej wprowadza

dza na poziom naszej wyraźnej świadomości te treści myślowe, które w danej chwili są odpowiednie i potrzebne do wyraźności myślenia. Jasność myślenia nie wymaga jego wyraźności t. j. istnienia tego faktu w naszym doświadczeniu, ażeby jako treści myśli pojawiały się obrazy w ich zmysłowej intuicyjnej postaci. Wyobrażanie tem różni się od pojmowania — że w wyobrażaniu to, co zachodzi w naszej świadomości, posiada zawsze zmysłową postać, kiedy w pojmowaniu ta zmysłowa intuicyjna postać nie jest niezbędną, ten sam materiał wchodzi tu i tam, ale w wyobrażeniu zachowuje od początku do końca postać zmysłową, w pojmowaniu zostaje urabiany w postać, którą nazywamy umysłową, treść jego staje się dla nas zrozumiałą, chociaż nie przybiera intuicyjnej, zmysłowej postaci.

Psychologia myślenia pozostawała zawsze pod naciskiem logiki, wskutek tego przedstawiano je zawsze jako odrywanie abstrakcją. Oczywiście sprawa odrywania zachodzi w myśleniu, skupiając uwagę na jednym odrywamy je tem samym od drugiego — ale oczywiście nie stanowi to istoty samej sprawy. Istotnem w myśleniu jest zawsze poszukiwanie czegoś co rzuci światło, rozwiąże zagadnienie, o które chodzi. Uogólnienie psychologicznie powstaje znacznie wcześniej, niż to usiłuje przedstawić logika. Uogólniamy już wtedy, kiedy nie dopatrujemy jeszcze wcale cech szczegółowych, od których jakoby mamy odrywać uwagę dla stworzenia pojęcia ogólnego. Najpierw tworzymy pojęcia ogólne, a potem zaczynamy tworzyć pojęcia bardziej szczegółowe. Nazwa jakiejś cechy, która zwraca naszą uwagę wspólną, staje się łącznikiem grupującym szereg przedmiotów oddzielnych w jedną ogólniejszą całość. Najwcześniejszą psychologicznie postacią pojęcia ogólnego jest zespolenie nazwy z obrazem ogólnikowym; uogólnienie poprzednie prowadzi do następczego różnicowania i ono właściwie, a nie uogólnienie, jest zasadniczym celem myślenia.

Mowa, jak każde zjawisko biologiczne, tylko w pewnych granicach jest rozwojowo pożyteczna, poza temi granicami staje się szkodliwą. Przypisywanie wyrazom, nazwom większego znaczenia, niż one posiadają t. j. że są tylko symbolami pewnych treści i nie mogą być od tej treści oddzielone, prowadzi do bezmyślności, mowa przestaje być narzędziem myślenia.

Myślenie, rozważane doświadczalnie, ze stanowiska psychologii, jako nauki przyrodniczej, mającej do czynienia tylko z tem, co może być poznane i sprawdzone w drodze obserwacji, wolnej od wszelkiego nacisku logiki, teorii poznania, metafizyki i apriorycznych, zgóry powziętych, teorii psychologicznych, tworzy podłoże, z którego wyrasta przenikający coraz bardziej umysłowość społeczną, nowy kierunek filozoficzny, noszący nazwę pragmatyzmu.

(Streszczenie własne).

Oltuszewski, na zasadzie własnych badań psycho-biologicznych, dotyczących rozwoju mowy u dzieci, nie zgadza się z prelegentem, aby mowa wytworzyła inteligencję. Ze spostrzeżeń jego nad rozwojem mowy

u dzieci prawidłowych wynika, że do początku używania ze zrozumieniem choćby oddzielnych wyrazów, t. j. mniej więcej do 18 miesiąca, dziecko posiada rozwinięte poznanie, uczucia, wolę i samoświadomość, że bez mowy zdolne jest objawiać swoje uczucia, życzenia, sądy i rozumowania, że więc proces myślenia, zazwyczaj u dorosłych ściśle związany z mową, odbywa się w początkowym okresie rozwoju człowieka niezależnie od niej. Odwrotnie podstawę psychofizjologiczną rozwoju mowy stanowią te same czynniki, od których zależy wytworzenie się duchowej sfery. Uzdolnienie umysłowe doprowadziło zarówno dziecko, jak praczłowika, do wytworzenia mowy a nie odwrotnie, gdyż jest ona właśnie jednym z objawów ich inteligencji, a lubo popęd do mowy był w obu razach instynktowy, powstała ona nie bezwiednie, lecz jako sprawa psychiczna. Przytoczony pogląd stosunku umysłu do mowy bynajmniej nie sprzeciwia się przyznaniu mowie bardzo dużego znaczenia dla rozwoju umysłu. Wprawdzie tworzenie idei rodzajowych i świadome ich porównywanie, to jest myśl bez słów, wyprzedza mowę zarówno u człowieka pierwotnego, jak i przy rozwoju mowy u dziecka, ale dalszy rozwój umysłu bez mowy byłby bardzo ograniczony. Można to doskonałe stwierdzić w różnego rodzaju postaciach niemoty a mianowicie u głuchoniemych i u dzieci z niemotą ruchową, zdradzających mniej lub więcej opóźniony rozwój umysłu, z powodu braku mowy wewnętrznej, a więc myślenia słownego (pojęć słownych). Nawet u dorosłych utrata mowy wewnętrznej w pewnych postaciach niemoty niekorzystnie odbija się na ich inteligencji, mimo iż znajdują się oni w korzystniejszych warunkach, z powodu daleko więcej uprzednio zdobytego doświadczenia.

S z p a n b o k zaznacza, iż rozwój mowy wprawdzie ma wpływ na skalę bogactwa myśli, ale myśl może dojść do wysokiego stopnia rozwoju pomimo niedorozwoju mowy; również mowa zanika w chorobliwych stanach, przy rozwijającym się zaniku myśli. Należy przeto bardzo ogłędnie wyrokować o znaczeniu mowy dla rozwoju myśli tak na zasadzie normalnego postępującego, jak i anormalnego wstecznego przebiegu.

R a d z i w i ł o w i c z odpowiada: Stosunek mowy do myśli to stosunek funkcji. Obie sprawy warunkują się wzajemnie. Rozwój mowy zależy od rozwoju myślenia, rozwój myślenia od rozwoju mowy. Mowa powstaje przed myśleniem; u dzieci mowa jest początkowo bezmyślna — źródłem jej powstania naśladowictwo.

Rozpad i zanik myślenia prowadzi do rozpadu i zaniku mowy — o tem przekonywa nas klinika na każdym kroku.

Sekretarz St. Kopczyński.

POSIEDZENIE DNIA 27 KWIETNIA 1911 r.

- 1) R o t h s t a d t. Dwa przypadki operowanego nowotworu rdzenia,
- 2) H i g i e r. Z dziedziny leczenia jąkania i głuchoniemoty (przedstawienie chorych).
- 3) J a r o s z y ń s k i. Przypadek aleksji.

I. ROTSTADT przedstawił dwa przypadki operowanego nowotworu rdzenia.

Przypadek I. M. W., lat 51. W sierpniu 1910 r. bóle pierwsze, o nasileniu zmiennem, lecz znacznem, w boku prawym na poziomie 6, 7, 8 żebra i w plecach, po stronie prawej. W grudniu 1910 r. operacja przecięcia nerwów międzyżebrowych w jednej z klinik zagranicznych. Po 3 tygodniach objawy pierwsze niedowładu kończyn dolnych, mimowolne ruchy (przykurczenia, prężenia, drżenie kurczowe), osłabienie na kończynach, czucia bólowego, ciepłotnego; zaparcia. Stan obecny 23.II.11. Zupełny bezwład wiotki k. dolnych; zniesienie czucia bólu, ciepła i zimna od górnego pasa granicznego, na wysokości linii mieczykowatej, do stóp włącznie, osłabienie czucia dotyku w tym samym obrębie. Wzmoczone odruchy ścięgnowe, obustr. objaw Babińskiego. Bóle opasujące klatkę piersiową na wysokości 6, 7, 8, 9 żebra; bóle — darcie, kłucie w boku prawym, kończynach dolnych od kolan do stóp włącznie. Ruchy bierne kończynami, żywsze ruchy tułowia, uciskanie z boku i z przodu klatki piersiowej, żeber, kręgow 5, 6, 7, 8-go zwiększają bóle w miejscach wskazanych. 7.III.11. Wyciąg próbny; pogorszenie objawów, wzmaganie się bólów; objawy wzmoczonego napięcia mięśni kończyn dolnych. 27.III.11. Laminectomia. W miejscu wskazanem, pod oponą twardą od strony prawej z tyłu nowotwór — angio-fibro-sarcoma u dolnego brzegu 5-go i górnego brzegu 6-o kr. grzbietowego. Po operacji napięcie mięśni kończyn wzmoczone — jako objaw dobrego znaku. Nazajutrz po zabiegu już pierwsze objawy nawrotu nieznacznego ruchu, prostującego lewe kolano. W ciągu następnych 6-iu tygodni coraz większa i stała poprawa ruchów w obu kończynach, znikanie zaburzeń czucia, znaczne osłabienie ruchów mimowolnych.

Ogólny stan dobry; działanie pęcherza normalne; słabe zaparcia. Bóle mniejsze.

Przypadek 2-gi. L. G., lat 56, szczupły, nieco zgarbiony, dostaje nagle bólów w boku prawym; ból wzrasta, przesuwając się ku stronie lewej, w postaci ściągnięcia bolesnego nieustannie opasa dolną część klatki piersiowej na poziomie 8, 9, 10 i 11 żebra; zawsze jednak przeważa ból w boku prawym na wysokości tych żeber. W przebiegu dalszym powstają kolejno: zaburzenia w działaniu pęcherza, osłabienie ruchów stawów biodrowych i kolan, bezwład stóp i palców. Odruchy, napięcie mięśni wzmaga się, występuje obustronny objaw Babińsk.; uczucie dotyku, bólu, ciepła i zimna słabnie od linii kadłubowej (według schematu E. Flatau) do stóp włącznie; chód staje się coraz bardziej kurczowo-niedowładnym. Wpływ ujemny (2.X.10) wyciągu próbnego na bóle i stan ogólny chorego, wynik ujemny odczynu Pirqueta, brak znamion gruźlicy ogólnej usuwa myśl o sprawie uciskowej w cierpieniu Potta, utrwała rozpoznanie nowotworu, uciskającego rdzeń, względnie korzenie tylne od strony prawej przede wszystkim, na wysokości mn. więcej 10 odcinka grzbietowego — Laminectomia (14.X.10) w dziedzinie VII, VIII, IX, X kr. grzbietow. Nazewnątrz VII kr. grzbietow., w otworze między VII i VIII kr. i okolicy najbliższej obfita masa guza miękkiego (mięsak). W kanale kręgowym nowotworu

nie wykryto. Opony twardej nie przecięto. Guz najbardziej obrastał 7-y tylny korzeń grzbietowy po stronie prawej. Bóle, główna skarga chorego, znikają na przeciąg miesiąca; po zabiegu, na 5-y dzień wracają ruchy stóp palców; niedowład ruchów kolanowych i biodrowych słabnie, chory chodzić zaczyna. Trwa to jednak niedługo. Po miesiącu (16.XI.10) wracają bóle, w końcu stycznia (23.I.11) chory chodzić przestaje. Zjawiają się bóle w klatce piersiowej, wzdłuż mostka. Rodzi się przypuszczenie, że bóle w okolicy mostka są, być może, zwiastunem rozrastającego się guza śródpiersia, zkaąd masa nowotworowa drażnić mogła, a jest w dalszym ciągu punktem wyjścia nowych mas guza, które, idąc w tym samym kierunku, zbliżają się znowu do rdzenia.

Flatau zaznacza, iż przedstawiony przypadek jest drugim z kolei przypadkiem pomyślnie operowanym w Królestwie Polskiem. W ostatnich czasach operują pomyślnie amerykańscy chirurdzy nowotwory wewnątrzrdzeniowe w dwóch tempach, najpierw przecinają słupy tylne, a następnie po pewnym czasie nowotwór sam wyłuszcza się nazewnątrz. Należy kłaść chorego w położeniu Trendelenburga. Należy odseparowywać rdzeń od nowotworu, a nowotwór od rdzenia, w celu zapobieżenia powstaniu obrzęku rdzenia.

Higier zwraca uwagę, że chirurdzy berlińscy zaszywają po lami-nektomji wszystkie tkanki, nie wyłączając opony twardej i warstwy mięsniowej, niektórzy nawet (Hildebrand) oszczędzają przy operacji wyrostki ościste, uważając, że zachowanie ich jest pożądane ze względów kosmetycznych i że rdzeń łatwiej zostaje przez to utrzymany w swoim normalnem położeniu. Higier zastanawia się nad przyczynami mało pomyślnych wyników operacji rdzeniowych u nas. Hildebrand np. podaje 13% nieszcześnieśliwych zejść, włączając do swojej statystyki obok 20 własnych przypadków operowanego guza rdzenia jeszcze sprawy tuberkuliczne kręgów (z dość dobrem rokowaniem) i sprawy urazowe (z dość złem rokowaniem). Należałoby rozstrzygnąć, czy różnica w wynikach operacyjnych zależy od różnic w technice operacyjnej czy też w materiale operacyjnym (stare i zaniedbane sprawy nowotworowe).

Kopczyński, na podstawie opisu prelegenta, sądzi, że operowano mylnie o 2 kręgi za wysoko, szukając nowotworu. Szczegółowe spostrzeżenia nad obrażeniem rdzenia urazowem specjalnie typu Brown-Séquarda pouczają, zdaniem K., że im większa jest odległość od rany w rdzeniu do pasa znieczulenia na ból i na zimno, tem mniej są uszkodzone tory piramidowe, tem bardziej obwodowo leży w rdzeniu rana i odwrotnie. Niemal zupełne porażenie obustronne wraz z granicą znieczulenia, ściągająca do VIII odcinka grzbietowego, powinny byty prelegenta upoważnić do umiejscowienia nowotworu uciskowego w VI lub w VII odcinku grzbietowym, co wreszcie wykazała operacja.

Bychowski zaznacza, iż gorączka pooperacyjna w podobnych przypadkach niema nic wspólnego z zakażeniem. Chorzy zbyt późno decydują się na operację, stąd zwykle niepomyślne wyniki zabiegu operacyjnego.

Pechkranc miał sposobność badać chorego, o którym jest mowa, w 3 dni po operacji. Otóż P. stwierdził wówczas obok znacznego przyśpieszenia tętna silnie wyrażoną niemiarowość. Tętno serca było głucho. Dało się zauważyć pewne, aczkolwiek niewielkie, powiększenie stłumienia serca, a na tętnicach obwodowych oznaki stwardnienia. P. przypuszcza zatem, że mięsień sercowy chorego był już przed operacją w stanie nienormalnym, po zabiegu zaś pod wpływem długotrwałego uspienia chloroformowego uległ większemu jeszcze uszkodzeniu wraz ze zwojami nerwowymi serca, co miało w następstwie ową niemiarowość. Tej ostatniej nie można, zdaniem P., kłaść na karb samego zabiegu na rdzeniu, ani toksycznego podrażnienia nerwu błędnego, gdyż w tym razie mielibyśmy obok niemiarowości zwolnienie tętna, w tym zaś przypadku przeciwnie istniało znaczne przyśpieszenie tętna.

Sterling zaznacza z powodu przemówienia K o p c z y ń s k i e g o, że wyniki badań czucia w przypadkach urazowego Brown-Sequard'a nie mogą być zastosowane do niniejszego przypadku, gdyż tutaj wyższą granicę zaburzeń czuciowych symulował ślup płynu mózgo-rdzeniowego, zebrany nad nowotworem, co można było ad oculos obserwować podczas operacji.

II. HIGIER, przedstawivszy 8 chorych — omówi sprawę leczenia jąkania i głuchoniemoty.

I. Na szeregu chorych, jąkających się od najmłodszych lat i znajdujących się w różnych okresach leczenia metodycznego, Higier demonstruje w głównych zarysach metodykę leczenia, polegającą na tem, że chorzy uczynają—po jednotygodniowym przymusowym milczeniu—a b o v o u nauczyciela się uczyć wymawiania poszczególnych dźwięków, liter, sylab i wyrazów w pewnym bardzo powolnym śpiewnym i skandowanym tempie, doprowadzając w ciągu 2—3 miesięcy do zupełnego i stałego wyleczenia. Metoda ta, oparta na zasadach racjonalnych i przypominająca metodę reedukacyjną, stosowaną przez francuzów przy różnych tikach ze znakomitym wynikiem, daje w jąkaniu poprawy stałe. Higier, stosując tę metodę od 4 lat, nie pamięta niepomyślnego stanu leczenia i nie przypomina sobie nawrotu nawet w ciężkich i zastarzałych postaciach. Nauczyciel-samouk, o którym mowa, posiada świetnie żargon żydowski i różne jego odmiany, a ma w leczeniu głównie tych nieszczęśliwych, którym nasi lekarze z czysto technicznych zewnętrznych względów nic pomódz nie mogą.

II. Higier w drugiej części demonstracji na 5 chorych, głuchoniemych bądź od urodzenia, bądź od pierwszych lat życia, omawia bliżej sprawę nowoczesnych metod leczenia głuchoniemoty. Nauka „mowy na migi” powoli schodzi zupełnie z choryzontu, jako umożliwiająca porozumiewanie się głuchoniemych jedynie między sobą i to w sposób nader nieestetyczny. Metoda U r b a n t s c h i t s c h'a reedukacji resztek pozostałego słuchu wymaga wiele pracy i czasu i nadaje się jedynie w niewielkiej odsetce przypadków.

W ciągu ostatnich 2 dziesięcioleci coraz bardziej zyskuje sobie prawo

obywatelstwa metoda odczytywania, przy której uczy się głuchoniemego przede wszystkim odczytywać wzrokiem z ust wypowiedziane wyrazy, a następnie je powtarzać ze zrozumieniem treści ich. Doświadczenia dowiodły, że normalny człowiek, posiadający mowę, lornetując grającego na scenie artystę, słyszy i rozumie go lepiej, i że nie tylko człowieka, ale i konia inteligentnego można nauczyć sztuki wyczytania z twarzy bardzo wielu nader subtelnych rzeczy (głośne eksperymenty v. Oстера w Berlinie z „mądrym Hansem” w cyrku, żrebakiem, rozwiązującym zadania arytmetyczne).

Cały ten dział medycyny posiada wartość nie tylko czysto praktyczną w pojęciu leczniczym, ale i poważne znaczenie dla psychologii w ogóle i w teorii zaburzeń mowy w szczególności. Jeżeli się zgodzimy z myślą, że wszelkie znaki mowy i pisma stanowią symbole, niczem nie różniące się w zasadzie od symbolów, określających osoby i przedmioty, to wypadnie nam stwierdzić, że upośledzenie produkcyjnej czyli ekspresyjnej części czynności mowy, stanowiące istotę afazji ruchowej, jest odmianą apraksji wyrazowej, podczas gdy uszkodzenie recepcyjnej części mowy, dająca afazję czuciową, stanowi odmianę agnozji wyrazowej. Jedna i druga (apraksja i agnozja) reprezentują przeto jedynie poszczególne postaci symboliki ruchowej, względnie czuciowej. Nie inaczej rzecz się ma z językiem mimiki, gestów i migów, który ma niewątpliwie swoją afazję ruchową i czuciową t. j. swoją apraksję i agnozę mimiczną, lub z językiem głuchoniemych, którzy się nauczyli odczytywać z twarzy treść powiedzanego (odczuwanie czyli percepcja) oraz wypowiadać własne myśli (odtworzenie czyli produkcja). I wśród tych uczących się, dla których odczytywanie wzrokiem jest jednocześnie środkiem nauki i celem, prawdopodobnie jedni lepiej rozumieją dźwięki lub mowę, inni lepiej odtwarzają lub tworzą je, na wzór uczących się muzyki, którzy z równą łatwością uczą się grać na instrumencie i czytania z nut.

Higier przytacza niektóre zasady z techniki i metodyki leczenia głuchoniemych:

- 1) Naukę zaczyna się najlepiej między 6 a 8 rokiem życia.
- 2) Wzrok ucznia musi być dobry, a zdolności umysłowe nie upośledzone.
- 3) Pokój do nauki dobrze oświetlony.
- 4) Odległość nauczyciela od ucznia podczas nauki nie duża.
- 5) Przy nauce należy pamiętać, że głuchoniemy, wymawiając wyraz, powtarza i naśladuje z zupełną świadomością i wręcz przeciwnie temu, co dzieje się u wszystkich dzieci normalnych, uczących się mówić i operujących materiałem wyrazowym automatycznie i w sferze podświadomej.
- 6) U głuchoniemych zaczyna się nauka od dźwięków, podczas gdy normalne dziecko naśladuje odrazu całe, mniejsze lub większe, wyrazy.
- 7) Systematyczność nauki polega na tem, że się rozpoczyna wykład samogłosek, których wzrokowy obraz artykulacyjny jest łatwy do percepcji (np. wargowe a, o, u, następnie językowe e, i, ei, a wreszcie językowo-wargowe np. eu) i przechodzi stopniowo do spółgłosek przedniej stacji artykulacyjnej, dla spostrzegania wzrokowego najbardziej dostępnej (np. b, p, w, f—udział warg), a następnie średniej (np. s, sz, n, d, l—udział zębów)

i tylnej (g, k, ch, ug—udział miękkiego podniebienia). Niektóre litery (p, h, i) robią znaczne większe trudności od wzmiankowanych, wogóle poło-
wa z górą dźwięków kryje się za wargami i językiem, podlegającym łatwej
kontrolu oczu. 8) W początkach nauki dla ułatwienia dziecku percepcji
dźwięków, te ostatnie różnić się winny od siebie znacznie w obrazie arty-
kulacyjno-optycznym (np. p i f, a i u). 9) Pierwszy rok odbywa się nauka
u jednego nauczyciela, a następnie dopiero udaje się odczytywanie z ust
różnym postronnym osobom. Wyjątek pod tym względem stanowią osoby,
które ogłuchły w późniejszym wieku i przez posiadanie całej skarbnicy
mowy o wiele łatwiej uczą się sztuki odczytywania. 10) Poza zwykłą żywą
mimiką i gestami powszechnie w rozmowie przystępnymi nie pozwalają
korzystać przy nauce z migów i znaków mimicznych. 11) Dozwolonem
jest korzystanie z różnych środków pomocniczych u głuchoniemego (wy-
czuwanie dłonią wdechowego i wydechowego prądu powietrza, kontrolo-
wanie ruchów języka i podniebienia w lusterku, obmacywanie palcami
nozdrzy, gardzieli, krtani podczas fonacji i artykulowania). Kontrola ta
ułatwia wyrobienie zmysłu mięśniowego i ustalenie koordynacji w drobnej
muskulaturze odnośnych narządów. 12) Nauka czytania i pisania racjonal-
na idzie za, a nie jednocześnie z nauką mowy. 13) Ujednostajnienie mo-
wy, ortografji i kaligrafji (normalny alfabet) jest koniecznem w wykładzie
głuchoniemego. 14) Uczeń winien się przyzwyczajać po jednorazowym dyk-
towaniu wyrazu lub zdania powtarzać je. 15) Należy unikać w ćwiczeniach
mowy bezsensownych i beztreściwych wyrazów, a starać się w pierwszej
chwili nadawać treść dźwiękom, ożywić w miarę możliwości jedno—i dwu-
sylabowe wyrazy (ty, ona, baba, Jan, bok, nos, leć, łap). 16) Okres nauki
czytania mechanicznego winien być możliwie krótki i szybko ustąpić miej-
sca czytaniu rozumowanemu, racjonalnemu i logicznemu. 17) Pojęcia oder-
wane i słowa, wyrażające je, podaje się uczniom w późniejszym stadium
nauczania. 18) Trudniejsze rzeczy lub obszerniejsze należy uczniom wcze-
śniej opowiadać lub odczytywać w formie przystępnej, a następnie książko-
wej, literackiej. 19) Przeskakiwanie dowolne z tematu na temat, jak to by-
wo w rozmowie potocznej, dopuszczalne jest jedynie u dobrze już wyszko-
lonych głuchoniemych. 20) Po kilkoletniej nauce głuchoniemi rozumieją
treść rozmowy i z większej odległości, w półcieniu, w chodzeniu i t. p.
21) Wskutek braku samokontroli słuchowej intonacja głosu pozostaje zawsze
jednostajną, monotonna, małodźwięczną.

Z demonstrowanych 5 pacjentek, posiadających sztukę odczytywania
i porozumiewających się znośnie z otoczeniem za pomocą mowy zwykłej,
Higier głównie wyróżnia najstarszą, pannę 16-letnią, absolutnie głuchą
od 2-go roku życia, która od lat ośmiu zaniedbaną była w wychowaniu,
traktowaną przez rodzinę jako głuptak, a umysł niedorozwiniętą. Obecnie
po kilkoletniej, wprawdzie często przerywanej nauce, rozumie dosyć dobrze
rozmowę osób obcych, porozumiewa się dobrze z dalszem i bliższem oto-
czeniem, czyta płynnie, szybko i głośno poważniejsze książki (Sienkiewicz,
Konopnicka, Gorkij), pisze dyktando bez błędów, rozwiązu-
je dość dobrze skomplikowane zadania z ułamkami zwykłymi, dziesiąt-
ny-

mi i okresowymi, zna dobrze geografją, interesuje się sprawami bieżącymi i zdradza wyższe aspiracje.

(Streścił mówca).

O I t u s z e w s k i utrzymuje, że przedstawionych przypadków jąkania nie można uważać ani za leczone, ani też wyleczone. W przypadkach tych stosowano metodę sztuczną praktykowaną już oddawna w Niemczech przez różnych nauczycieli, a polegającą na przesadnym rozszerzaniu ust, mowie śpiewnej i skandowanej, jednym słowem sposobach sztucznych, które działają na krótki przeciąg czasu, dopóki się ich używa. O. zwraca uwagę, że podobnego rodzaju postępowanie przy leczeniu jąkania napiętnowane jest jako szkodliwe przez wszystkich lekarzy, zajmujących się zboczeniami mowy, oraz wyraża zdziwienie, że pomimo bardzo licznych prac, które poświęcił patologji i racjonalnemu leczeniu jąkania, zalecanie podobnej metody dotąd się praktykuje.

Co się tyczy głuchoniemoty, to zagranicą już od bardzo dawna stosują leczenie, polegające na odczytywaniu z ust, a zasadzające się na dokładnej znajomości fizjologii dźwięków. W ostatnich latach metoda ta zyskała prawo obywatelstwa i w naszym Instytucie dla głuchoniemych, gdzie odnośni chorzy z korzyścią mogą być kierowani.

Higier nie uznaje ani jednego z zarzutów O. natury rzeczowej. Metodyka reedukacji jākających się nie została i nie zostanie nigdy zarzuconą, gdyż posiada bardzo racjonalne podstawy, z których korzystają ostatnio lekarze niemieccy przy afazji ruchowej, a francuscy I a r g a m a n u przy tikach, mających niewątpliwie dużo wspólnego z ruchami skurczowymi narządów artykulacyjno-fonacyjno-respiracyjnych u jākaków.

Zresztą dobrą jest a p r i o r i, według prelegenta, metoda, która daje mu od szeregu lat stale i w najporczywszych przypadkach—w ciągu 3 lub 4 miesięcy—zupełne wyleczenie (na jednym z następujących posiedzeń będzie demonstrowany wynik leczenia) i absolutny brak nawrotów jąkania. Dobrą też jest a p r i o r i metoda odczytywania, która daje u absolutnie głuchoniemych choćby takie rezultaty, jakie naocznie dało się stwierdzić u 5 demonstrowanych pacjentek. Jestto, zaiste, tryumf terapii w najszlachetniejszym znaczeniu tego wyrazu—tryumf, do którego się przyłączyła cała falanga lekarzy i nielekarzy, niez mordowanie od wielu lat pracujących nad metodyką. Początki leczenia jąkania i głuchoniemoty sięgają czasów zamierzchłych, stosowanie racjonalnych metod leczenia jest świeżej daty, czego dowodem może służyć to, że ogół lekarzy ich nie zna i że w bardzo wielu szkołach dla głuchoniemych nauka odczytywania dopiero teraz zaczyna powoli wycofywać dawne metody (w Rossji najwcześniej prowincje Nadbałtyckie zaczęły ją wprowadzać).

III. JAROSZYŃSKI omówił przypadek a l e k s j i.

Chory, l. 54, pisarz gminny, ma 6 dzieci zdrowych. Kilka razy przechodził „reumatyzm”, ostatni raz w listopadzie r. zeszłego (w ciągu 2-óch tyg. nabrzmienie stawów, gorączka i t. d.). W tym że czasie nagle stał się

nieprzytomny, przestał mówić, orjentować się. Po kilku dniach oprzytomniał, ale mógł wymówić tylko 2 wyrazy: „dzieło” i „wiedomost’”. Stan powoli poprawiał się, począł mówić coraz więcej, rozumieć, co się do niego mówi. Po 2 tyg. po udarze został przyjęty na oddział D-ra Męczkowskiego w szpitalu przy ul. Złotej. Bad. przedm. w chwili przybycia chorego do szpitala: Rozszczepienie 2-go tonu u wierzchołka. Poza tem narządy wewnętrzne bez zmian. Układ nerwowy: Powolne oddziaływanie źrenic na światło, nastawność, lekki oczopląs poziomy. Żadnych porażen. Prawy odruch kołanowy silniejszy od lewego; podobnie odruch Achillesa pr. > lewego, brzuszne słabe obustronnie. Brak objawu stopowego, Babińskiego. Wyrażna hemianopsia homonyma dextra.

Badanie mowy. Mowa samorzutna—Zrozumiałe mówić nie może. Mówi oderwane wyrazy, przepuszcza, jakby coś przypominał, dopomaga sobie gestykulacją. Mówi chętnie, dość dużo. Wogóle zakres mowy niewielki. Rozumienie słyszanego naogół niezłe, zwłaszcza, jeżeli chodzi o rzeczy proste. Bardziej złożone rozkazy trzeba powtórzyć kilkakrotnie, zanim je ściśle wykona. Rozkazy, w których zawarty jest kika rzeczowników, wykonywa gorzej. Powtarzanie wyrazów słyszanych utrudnione nieco, gdy wyrazy są mniej, albo wcale nie znane—np. *autrepos*—*trumbary*, *Salvanasar*—*Salmon*, niektóre powtarza z parafazją. Nieraz wyraż rozumie, ale nie może go powtórzyć, zapominając dźwięk—np. „*Marszałkowska*”—mówi—*wiem jaka ulica... i nie powtarza*. Nazywanie przedmiotów—zupełnie zniesione: poznaje przedmioty, ale ich nie nazywa; z kilku pokazanych przedmiotów pokazuje żądany, ale go nie nazywa. Poznawanie rysunków również nie zachowane (krzyż, kwadrat), z niemożnością nazywania. Poznawanie liter również zniesione zupełnie: tylko kilka liter nazywa, pozostałych nie może odczytać. Pośród kilku liter wybiera żadaną, nie mogąc potem jej nazwać (analog. do przedmiotów i rysunków). Czytanie drukowanego zupełnie niemożliwe; najprostszyc sylab nie składa, nie mówiąc już o wyrazach. Czytanie pisanego również zniesione. Czytanie cyfr niezłe—rzadko się myli w w dwu i jedno cyfrowych liczbach. Pisanie samorzutne naogół niezłe. Przyczem tego co sam napisał, nie może potem przeczytać. Pisanie pod dyktando gorsze niż pisanie samoistne. Przepisywanie, kopjowanie pisanego i druku możliwe wtedy, gdy jest mechaniczne. Gdy chce czytać, pisze tak, jak mylnie przeczytał. Kopjowanie rysunków (kwadrat, figura geometr.) niezłe. Liczenie cyfr, dni w tygodniu, miesiący i t. d. dobre. „*Ojciec nasz*” mówi bez błędu. Barwy rozpoznaje. Apraksji niema. Dodawanie na piśmie liczb (nawet czterocyfrowych) dobre. Inteligencja wogóle zachowana.

Podczas miesięcznego pobytu w szpitalu nastąpiła znaczna poprawa: chory poczyną coraz lepiej czytać, obecnie prawie cały alfabet poznaje i, powoli sylabizując, czyta proste wyrazy. Pisze coraz lepiej. Niemożliwość nazywania przedmiotów jednak nie poprawiła się wcale.

Zdaniem wielu autorów, aleksja powstaje przy zajęciu gyrus angularis, gdyż tu są jakoby ośrodki wzrokowe wyrazów (teorje Dejerine'a)

Zdaniem innych, np. Wernick'ego, w tej okolicy przechodzą drogi od lobus occipitalis do ośrodka Wernick'ego. Rozróżnia się powszechnie aleksję korową (zajęcie gyr. angul.), gdy jednocześnie z aleksją jest agrafja, niema zaś hemianopsji, oraz aleksję podkorową, gdy odwrotnie, jest hemianopsja, niema zaś agrafji (tu mówca demonstruje na na schematach Dejerine'a i Wernick'ego umiejscowienia dla aleksji korowej i podkorowej według obu teorii). Dużo przemawia przeciw teorii Dejerine'a, gdyż istnienie specjalnego ośrodka dla czytania wydaje się bezpodstawnem: dlaczegoż np. obraz krzyża lub kwadratu miałby być umiejscowiony gdzieindziej (w gyrus occipitalis) niż obraz litery a (w gyr. angul.)?

Czytanie polega na skojarzeniu pewnych obrazów wzrokowych z obrazami słuchowymi; bardzo mało ludzi jest czytających wzrokiem, jak chce Dejerine, przeważnie czyta się pod kontrolą ośrodka słuchowego wyrazów—Wernick'ego. Widzieliśmy to np. u przedstawionego chorego, gdy przy kopjowaniu mylnie coś przeczytał, to i mylnie napisał (dlatego też cyfry łatwiej czyta cierpiący na aleksję, gdyż przy ich odpoznananiu mają mniejsze znaczenie obrazy akustyczne, a właśnie głównie wzrokowe).

Aleksja wyrazowa jest poszczególną postacią ślepoty na rysunki, t. j. na dwuwymiarowe przedmioty. Aleksja jest zatem podziałem afazji optycznej (Freund'a), t. j. niezdolności nazywania przedmiotów widzianych.

Tak też jest w przedstawionym przypadku: u chorego widzimy bardzo nieznaczące zaburzenia rozumienia słyszanego oraz agrafji, głównie zaś jest aleksja i afazja optyczna, które są sobie pokrewne, a właściwie aleksją jest afazja optyczna dotycząca liter. W dziedzinie aleksji u chorego nastąpiła poprawa wskutek ćwiczenia (charakterystycznym jest, że obecnie chory czyta daleko gorzej po rosyjsku — jakkolwiek jest pisarzem gminnym—gdyż w szpitalu był kształcony tylko na elementarzu polskim).

Według poglądów Marie, który, podobnie jak Wernicke, a wbrew Dejerine'owi nie uznaje specjalnego ośrodka dla czytania, — aleksja wynika wskutek wynaczynień w obrębie art. cerebri poster., która daje ukrwienie dla tylnych okolic mózgu — gyrus occipitalis, wskutek czego powstaje hemianopsia oraz przecięte zostają drogi od ośrodka wzrokowego (gyrus. occip.) do ośrodka mowy właściwego (gyr. tempor.). Dwa sekcyjne przypadki czystej aleksji (Souques i Dercum) potwierdziły to twierdzenie. Podobne umiejscowienie mówca przypuszcza w danym przypadku.

(Streścił mówca).

Dyskusję odłożono do posiedzenia następnego.

Sekretarz S. K o p c z y ń s k i.

Z NIEMIECKICH TOWARZYSTW I ZJAZDÓW LEKARSKICH.

ANTON. (Zjazd międzynarodowy w sprawie opieki nad umysłowo-chorymi w Berlinie): dekompressja operacyjna w chorobach mózgu wrodzonych i nabytych.

Regulacja ciśnienia wewnątrzczaszkowego bywa często upośledzona w sprawach mózgowych. W 37 bardzo ciężkich i beznadziejnych przypadkach (wodogłowie, guz) wywołana przy pomocy grubego i tępego cewnika sztuczna komunikacja między komorami, a przestrzenią podoponową i kanałem rdzeniowym (Balckenstich — przekłucie spoidła wielkiego), dała znakomity wynik. Senność, nieprzytomność, tarcza zastoinowa i bóle głowy zniknęły dość szybko po zabiegu, porażenia i drgawki zmniejszyły się, wymioty i zawroty głowy traciły na sile i częstości. Bezpośrednio nikt nie ucierpiał od interwencji samej. Poprawa ogólna i znikanie objawów uciskowych zmniejszają szanse oślepięcia, dając jednocześnie neurologowi czas do namysłu nad radykalną operacją. Sztucznie wytworzony otwór spoidła dał się stwierdzić jeszcze pół roku po zabiegu (Przypisek sprawozdawcy: W innym odczycie, mianym na tenże temat na Zjeździe październikowym neurologów i psychjatrów w Dreźnie, wspomina Anton i o tem, że operacja ta zapobiega przy późniejszej trepanacji ewentualnym przepuklinom mózgu i że stosowane w pomyślnym wyniku przez Roubinowitscha z Paryża podskórne wstrzykiwania płynu mózgodzeniowego od samego chorego w zadumie, padaczkę i t. d. może być zastąpione przez Balckenstich Bramann-Antona).

UTHOFF (Tow. Szląskiej kultury ojczystej w Włocławiu): Amaurosis totalis.

71-letnia kobieta przy nieznacznym bólu głowy zaniewidziała zupełnie nagle. Po 4 tygodniach zanik n. wzrokowych wyraźny, ślepotą kompletna. Wobec zupełnie ujemnego badania neurologicznego rozpoznano wylew krwawy na podstawie mózgu z uciskiem na nerwy wzrokowe lub ich skrzyżowanie.

BINSWANGER (16-ty Zjazd neurologów i psychjatrów niemieckich w Dreźnie): Odczyn Wassermanna w porażeniu postępującym.

Od 1½ roku wykonywano badanie odczynu Wassermanna u wszystkich chorych z kliniki. U 72% chorych odczyn wypadł ujemnie i klinicznie też danych nie było, w pozostałych z odczynem dodatnim przymiot w wywiadach i klinicznie stwierdzić się dał łatwo. W 8 przypad-

kach z 200 jedynie ten odczyn umożliwił rozpoznanie. W 2 przypadkach klinicznie i anatomo-patologicznie stwierdzonej taboparalysiss odczyn był stale ujemny—mimo dużych dawek surowicy lub surowicy aktywowanej (według metody Margarety Stern i Hecht)—zarówno we krwi jak i w płynie, przez przekłucie wydobytym. Brakło w nich również lymfocytozy i odczynu fazy I Nonne-Apelta.

TRENDELENBURG (Międzynarodowy Zjazd fizyologiczny w Wiedniu): Sztucznie wywołane przemijające wypadnięcie czynności mózgowia.

Przy miejscowem ochładzaniu kory mózgowej występują te same zaburzenia czynnościowe, co przy wycinaniu. Po odgrzewaniu ochładzanych miejsc czynności stopniowo wracają. Doświadczenie to mówi poniekąd przeciw teorii wstrząsu i hamowania, stawianym zazwyczaj w celu wytłomaczenia objawów wypadania ruchowego.

GANSER (15-ty Zjazd neurologów i psychiatrów niemieckich w Dreźnie): Leczenie niespokojnych chorych umysłowych.

Isolacja, leczenie stałe i długie kąpiele letnie, trwające całe godziny i doby—stanowią główną zasadę jego leczenia. W przypadkach ciężkich, w których kąpiele długotrwałe nie sprowadzają uspokojenia, a siły chorego słabną i waga spada, Ganser dba o ograniczenie ruchów, o wprowadzenie do ustroju obfitych i łatwo przyswajanych pokarmów i o wpływ bogatego w tlen świeżego powietrza. Chory zostaje po uprzednim opróżnieniu odbytnicy i pęcherza—na całe godziny zapakowany w suche kołdry, z których wychodzi podczas karmienia lub w razie gorączki. Pokarm się składa głównie z węglowodanów, cukru, masła, tłuszczów, tranu i t. p. Chory zostaje w swoim suchym kocu cały dzień niezależnie od pogody na powietrzu otwartem lub w leżalni krytej. Nasenne i uspokajające środki okazują się przy tej metodzie leczenia zbytecznymi.

SCHOENBORN i BECK (Stowarzyszenie przyrodniczo-lekarskie w Heidelbergu): Choroba Mikulicza z przerostem mięśni.

Przed rokiem rozwinęło się stopniowo obrzmienie wszystkich ślinianek, znaczny przerost języka, mięśni barków i ramion. Stan zmęczenia ogólnego bez objawów myastenji, myotonji, dystrofji i akromegalji. Wycięty kawałek ślinianki przedstawia się hyperplastycznym, a w wyciętym kawałku mięśnia nie znaleziono zwyrodnienia. Cała sprawa jest bardzo niejasna, a już zupełny unikat przedstawia przerost mięśni, podostro powstały możliwie na tle intoksykacji pochodzenia gruczołowego (z ślinianek!)

H. Higier.

BIBLIOGRAFJA.

M. ZACHARCZENKO. Sosudistyja zaboiewania mozgowowo stwoła. Zeszyt I. Thrombosis arteriae cerebelli posterioris inferioris. Str. 296. Moskwa 1911.

We wstępie autor usiłuje tłumaczyć potrzebę monografji zachorzeń poszczególnych naczyń, zaopatrujących pień mózgowy. Plan pracy na większą miarę i dalszą metę zakrojony, zapowiada choroby naczyniowe 3-ch głównych części pnia: mózgu przedłużonego, mostu Warola i nóżek mózgowych.

Każdej z tych części poświęconych będzie w przyszłości kilka zeszytów. Jako pierwszy zeszyt z dziedziny chorób naczyniowych mózgu przedłużonego prezentuje nam Z. pracę niniejszą, obejmującą 296 stron i zaopatrzoną w 5 dobrych rysunków barwnych, pouczających makro i mikroskopowo o topografji naczyń.

Uwzględnione zostało całe piśmiennictwo, nie wyłączając polskiego (po które zwracał się w swoim czasie autor do referenta). Pierwszy rozdział, omawiający rozmieszczenie naczyń czaszkowych, i unaczynienie jąder pięciu ostatnich nerwów rdzenia przedłużonego oparty jest na pracach anatomicznych Dureta, Adamkiewicza, Wallenberga i Trolarda. Ciekawym jest pogląd Adamkiewicza, autora poważnej pracy anatomo-topograficznej: „Die arterien des verlengerten Markes vom Uebergang bis zur Brücke”, według którego art. cerebelli post. inf. zaopatruje wyłącznie mózdzek, nie mając nic wspólnego z mózgiem przedłużonym. 30 przypadków anatomicznie stwierdzonego zajęcia tej tętnicy zadaje kłam powyższemu, przed lat 20-tu wypowiedzianemu, zdaniu.

Z rozdziału historycznego zasługuje na wzmiankę, że pierwsze przypadki, skądinąd dość słabo opisane, należą się we francuskim piśmiennictwie Proustowi (1872) i Dumenilowi (1875), w niemieckim Leydenowi (1877) i Senatorowi (1880). Pierwszy dokładnie notowany, po mistrzowsku zanalizowany, za życia rozpoznany i po latach autoptycznie stwierdzony należy do Wallenberga (1795), po którym już cały szereg odnośnych przypadków zainaugurowali von Oordt (1897) i referent (1898). Dziwnym zbiegiem okoliczności w r. 1902 Babinski i Nageotte opisali tenże zbiór objawów opuszkowych,

jako coś zupełnie nowego, a w r. 1903 Bonnier odkrył po raz trzeci tenże zespół kliniczno-anatomiczny. Tu i owdzie w pismach francuskich spotyka się jeszcze nazwę syndromu Babinski-Nageotte'a lub Bonniera. Słuszności tego wydzielenia nie uzasadnia bynajmniej ta okoliczność, że Babinski podkreślał zajęcie obustronne n. współczulnego, a Bonnier syndrom jądra Deitersa (bezład i zawroty głowy), gdyż wszystkie te objawy znane były i poprzednim autorom, acz niezbyt przez nich akcentowane.

W części klinicznej Z. rozbiera, obok swoich własnych autotypycznie stwierdzonych, wszystkie inne z literatury lekarskiej, — jak wyżej wspominałem, nie wyłączając kilku demonstrowanych w Warsz. Tow. Lekarsk. W epikryzie ustanawia 5 typów klinicznych tego stereotypowego obrazu. Różnią się między sobą jedynie tem, że w niektórych znieczulenie połowicze jest naprzemiennie, w innych przyłącza się do zupełnej hemianestezji jeszcze znieczulenie twarzy przeciwnej strony, w niektórych zaburzenia ze strony tylnego odcinka mostu (n. n. facialis, abducens) lub hemiplegia cruciata, w innych porażenie podniebienia miękkiego i n. współczulnego po stronie przeciwnej znieczuleniu twarzy.

Uderza tu okoliczność, że część kliniczna zajmuje z górą 200 str., podczas gdy anatomo-patologiczna tylko 15. Wprawdzie pamiętać należy, że części opisowo- i topograficzno-anatomicznej autor poświęca całe 50 str., których streszczenie (st. 44—49) stanowi bodaj czy nie najbardziej cenną część książki, omawiającą unaczynienie poszczególnych odcinków opuszki i tylnej połowy mostu.

W dziale różniczkowo-rozpoznawczym słusznie Z. wspomina jedynie o sprawach ogniskowych mostu i syringobulbii, nie przytaczając, na wzór autorów francuskich, wszystko możliwe i nieprawdopodobne. Ze autor nie usiłuje rozpoznawać różniczkowo zakrzepu od zatoru opuszki, należy uznać nie za cofanie się w djagnostyce, lecz raczej jako krok naprzód, gdyż kazuistyka poucza, że w obrębie opuszki jest to djagnoza niemożliwa.

Autor nie tłumaczy bliżej, dlaczego właśnie najczęściej dotknięty zostaje przez sprawy zakrzepowo-zatorowe obręb art. cerebell. post. inf. i najtrudniej się wyrównywa. Pod tym względem zdaje się słuszność mieć E. R. Müller, który podkreśla, że właśnie boczne terytorjum opuszki, przez powyższe tętnice unaczynione, pozbawione jest krążenia obocznego, w które obfituje środkowa część, czyli dno komory 4-ej. Również nie objaśnia Z. częstości uchyień od obrazu klasycznego, które tłumaczyć należy jedynie częstością indywidualnych odmian w rozkładzie art. cerebell. i stosunku jej do art. vertebralis i art. spinalis ant. Czynniki ten akcentują wielokrotnie

w swoich odczytach o topodjagnostyce mostu i opuszki, wygłoszonych na ostatnim Zjeździe neurol.-niemiec., zarówno Wal-
lenberg jak Marburg, których referaty znakomicie uzupeł-
niają sumienną z dużym nakładem pracy dokonaną monografię
Zacharczenki. Spis biblijograficzny obejmuje 64 prac i demon-
stracji.

H. Higier.

PAUL DITTRICH. Handbuch der aerztlichen Sachverständigen-
Tätigkeit. 1908—1911 Lipsk. Wydawnictwo W. Braumüllera.

Ogromne to X-tomowe dzieło zbiorowe z dziedziny rzeczo-
znawstwa lekarskiego zostało opracowane wspólnie przez znako-
mitych prawników i lekarzy, a obejmuje między innymi czę-
ściowo medycynę sądową, psychjatrię i ekspertyzę sądowo-lekar-
ską, prawo sanitarne, rzeczoznawstwo na polu higieny, naukę
o ubezpieczeniach przez lekarzy i t. p.

Z epokowej tej książki zasługuje na bliższą uwagę neurologa
i psychjatri kilka zeszytów z 1-go tomu, w którym Gross
omawia stanowisko lekarza w praktyce kryminalistycznej, a prze-
dewszystkiem cały tom 8 i 9-ty, poświęcony wyłącznie psychja-
trji sądowo-lekarskiej. Odznaczają się w tomie 8-m: dział
„o symulacji i dysymulacji” Fritscha i „wstęp do metodyki
badania umysłowo-chorych” Antona i Hartmanna, a w to-
mie 9-m: zaburzenia kojarzenia, pamięci, percepcji, odczucia, wo-
li i nastroju Weyganda, złudzenia i omamy Obersteina,
chorobliwe zatrzymanie i zaburzenia w rozwoju duchowym An-
tona, paranoia i amentia-Ziehena i dementia paraly-
tica — Zingerle’go. Z pozostałych tego Standard-Worku
współpracowników zasługują na wzmiankę, świadcząc o wzoro-
wym wykonaniu podjętej pracy: Hoche, Pick, Strohma-
yer, Wagner, Pilcz, Raeke, Söldner, Berze i Pla-
czek. Wspomniane dwa tomy wyszły pod specjalną redakcją
Dittricha, Wagnera i Antona.

H. Higier.

NEKROLOGJA.

JOHAN HUGHLINGS JACKSON.

Dnia 7 października zmarł w Londynie Hughlings Jackson w 76-m roku życia. Choć od lat kilku już nie brał udziału w życiu naukowym jednak nazwisko jego tak się zżyło z pojęciem neurologji angielskiej, że kilka słów poświęcić mu należy. Jackson był właściwie twórcą neurologji angielskiej, ponieważ zaczął on ogłaszać swoje badania już w 1860 roku. Od tego czasu do 1895 roku napisał przeszło 200 prac, a najplodniejsze były lata od 1873—1875, kiedy to napisał przeszło 40 prac neurologicznych.

Najbardziej znanym jest Jackson szerszemu ogółowi lekarzy dzięki badaniom nad padaczką. W 1864 r. J. wygłosił hipotezę, że padaczka zostaje wywołana przez drażnienie kory mózgowej. Kwestją tą zajmował się długi przeciąg czasu i ogłaszał szereg prac z tej dziedziny; najważniejszymi są: „A study of convulsion” w 1870 r. i „On convulsive seizures. Lumleian lecture” w 1890 r. W pierwszej z nich wypowiada zdanie, że *callosa fissurae Rolandi* posiada ośrodki ruchowe dla rozmaitych części ciała. Badaniami nad ośrodkami mózgowymi zajmował się i później bądź sam, bądź też wspólnie ze swojemi uczniami—*Ferrierem*, *Schäferem* i *Horsleyem*.

W r. 1897 ustanowiono w londyńskim Towarzystwie neurologicznem na cześć Jacksona „wykład Jacksonowski” wyprawiany co parę lat. Pierwszy wykład miał sam Jackson pod tytułem—stosunek rozmaitych części układu nerwowego ośrodkowego jednych do drugich, a także do rozmaitych części ciała (druk. w *Lancet* w 1898).

Już jako 74-letni starzec Jackson wspólnie z *Patonem* napisał o niektórych nienormalnościach w ruchach gałki ocznej (*Lancet* 1909).

J. Handelsman.

TREŚĆ ZESZYTU III TOMU II.

PRACE ORYGINALNE.

- E. Flatau i W. Sterling. Postępujący torsyjny kurcz u dzieci 245
N. Zylberlastówna. O zaburzeniach psychicznych w surowiczem zapaleniu opon mózgowych 284

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

- O stanach psychopochodnych zebrał A. Wizeł 300

STRESZCZENIA 306

NEUROLOGJA.

ANATOMJA. Petren. O torach czuciowych w rdzeniu kręgowym str. 306. Bruce i Dawson. O kanałach chłonnych w rdzeniu str. 313. Jawger. Ciałka koloidalne w układzie nerwowym ośrodkowym str. 316. Grünstein. W sprawie torów przewodniczących ciałka prążkowanego str. 325. Fuse. Prążki słuchowe Monakowa u ludzi str. 329.

SYMPTOMATOLOGJA. Williamson. Znaczenie czucia wibracyjnego w dagnostyce cierpień układu nerwowego str. 314. Meyer. O odruchu skaczącym w nerwicach str. 325. Cords. Rozszerzanie się źrenicy pod wpływem adrenaliny w porażeniach n. współczulnego i trójdzielnego str. 325.

CIERPIENIA MÓZGU. Collin i Barbé. Glejak kąta mostowo-móźdzkowy str. 306. Deny i Lhermitte. Nowy zespół anatomopatologiczny: otępienie z porażeniem poprzecznem wskutek zapalenia przewlekłego substancji korowej mózgu str. 311. Lloyd i Spelissy. Przypadek dekompressji mózgowej; poprawa znaczna str. 317.

CIERPIENIA RDZENIA. Mattiolo. Zaburzenia czuciowe i ruchowe o typie korzeniowym w przypadku rozmiękczenia substancji szarej rdzenia str. 307. Wilson. Zmiany anatomopatologiczne w dwóch przypadkach zaników mięśniowych w władze rdzenia str. 313. Schlapp. Neuroepithelioma, rozwijające się z bujania gleju ogniskowego po operacji na rdzeniu str. 315. Schlapp i Bovaird. Nowotwór zewnątrzrdzeniowy, powstały prawdopodobnie po urazie str. 316. Fleischmann. Przypadek porażenia Brown-Séquard'a, wywołanego surowiczem zapaleniem opon rdzeniowych ograniczonym str. 327. Pürckhauer. W sprawie porażen w zapaleniu przednich rogów rdzenia str. 334.

CIERPIENIA NERWÓW. Bouchard. Uraz lewego nerwu twarzowego. Porażenie wiotkie mięśnia czołowego z zachowaniem pobudli-

wości elektrycznej, lekkie porażenie z przykurczeniem oraz ruchy kurczowe w innych mięśniach str. 308. Moty. Zapalenie nerwów pochodzenia urazowego i histerja str. 310. Boveri. Neuritis hypertrophica interstitialis: typ Gombault-Dejerin'a i typ Pierre Marie str. 334.

CIERPIENIA MIĘŚNI. Klippel i Weil. Postaci kliniczne gośca z zanikiem mięśni str. 308. Rose. Ból głowy pochodzenia mięśniowego str. 312. Thomas. Upadek na ramię w połączeniu z zwknięciem stawu barkowego i bezwładem kończyny str. 316.

NERWICE. Hartenberg. Kurcz pisarski wskutek obniżenia napięcia mięśniowego str. 306. Ascenzi. O kurczach Salaama str. 307. Roth. Przyczynek do nauki o nerwicach naczynioruchowych, przebiegających z podniesieniem ciepłoty ciała str. 328. Stursberg. O częstości występowania nerwic urazowych str. 329. Dubois. O istocie histerji str. 329.

CHOROBA BASEDOWA. Renè Horand. Zmiany części szyjowej nerwu współczulnego w chorobie Gravesa str. 306. Rose. O znaczeniu nozologicznem postaci poronnych choroby Basedowa str. 310. Bernhardt. Choroba Basedowa i porażenie mięśni ocznych str. 325.

VARIA. Gallet. Przypadek choroby Adissona przewlekłej wraz z zabarwionym nowotworem prawej tęczówki i prawostronnem zwężeniem źrenicy. Napady ostrej astenji z omamami i podnieceniem umysłowem i ruchowem str. 307. Babiński. O hipnotyzmie w lecznictwie i medycynie sądowej str. 309. Le Play. Wprowadzanie chlorków i drgawki ciężarnych str. 310. Moleen. O połowicznym zaniku twarzy str. 316. Witte. Przyczynek do symptomatologii i anatomji patologicznej akromegalji str. 323. Josephson. Ząbkowanie i sekrecja wewnętrzna str. 327.

LECZENIE SALVARSANEM. Minor. 15 przypadków cierpień przymiotowych układu nerwowego leczonych salvarsanem str. 326. Saenger. O nawrotach przy leczeniu salvarsanem str. 326. Vogt. Uwagi nad stosowaniem salvarsanu w cierpieniach nerwowych str. 326. Desneux i Dujardin. O neurorecydywach po stosowaniu salvarsanu w przymiocie str. 335. Juliusberg i Oppenheim. Kurczowe cierpienie rdzenia w przymiocie po stosowaniu salvarsanu str. 335.

PSYCHJATRJA.

Higier. Patologia wrodzonych, rodzinnych i dziedzicznych chorób, specjalnie nerwowych i umysłowych str. 318. Stertz. O okresowych zaburzeniach świadomości str. 322. Markus. O kojarzeniach w otepieniu wczesnem str. 324. Münzer. W sprawie etjologii psychoz porodowych str. 328. Lückerrath. W sprawie rozpoznawania różniczkowego między otepieniem wczesnem a histerją str. 331.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia neurologiczno-
psychjatryczne:

d. 18 Marca 1911 r. (dokończenie)	337
d. 1 Kwietnia	345
d. 27 Kwietnia.	347
Z niemieckich Towarz. i Zjazdów lekarskich	356

BIBLIOGRAFJA. 358

NEKROLOGJA: John Hughlings Jackson 361

Redaktor i wydawca: DR. LUDWIK DYDYŃSKI.

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