

NEUROLOGJA □ □ □ □ □ POLSKA

TOM III. ZESZYT VI. LISTOPAD — GRUDZIEŃ 1913.

Z Zakładu dla umysłowo chorych w Warcie (gub. Kaliskiej).

O GONITWIE WYOBRAZEŃ W PRZYPADKU PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO.

podał

WITOLD LUNIEWSKI.

(Odczyt wygłoszony na zjednoczonym posiedzeniu Sekcji neurologicznych Towarzystw Lekarskich Warszawskiego i Łódzkiego w Kochanówce w Maju 1913 r).

I. D., lat 43, technik budowlany i nauczyciel gimnastyki, wyznania rz. katolickiego, pochodzi z rodziny, w której chorób umysłowych rzekomo nie było. Ojciec jego ma lat 78, jest cieślą i cieszy się zupełnym zdrowiem; matka umarła, mając lat pięćdziesiąt kilka,—na raka. Pacjent jest najstarszem dzieckiem w rodzinie, złożonej z siedmiorga rodzeństwa, z których 3-e zmarło małemi dziećmi. Ostatnia (8-a) ciąża matki zakończyła się poronieniem w 3-im m-cu. Jedna z sióstr pacjenta jest starą panną i skarży się na nerwowość, wyrażającą się długotrwałą bezsennością.

Pacjent w dzieciństwie nie chorował podobno na żadną chorobę, był jednak zawsze szczupły i małokrwisty. Pod względem umysłowym rozwijał się jako dziecko zupełnie prawidłowo. W 7-ym roku życia zaczął naukę domową, w 10-ym roku życia wstąpił do średniego zakładu naukowego, gdzie wszakże wykazywał postępy mniej niż mierne. Z powodu słabych zdolności pacjent wystąpił z 4-ej klasy, żeby zająć się nauką rzemiosła murarskiego w większych miastach za granicą. Po ukończeniu

praktyki D. pracował jako technik budowlany i ubezpieczeniowy. Dodatkowem zajęciem jego była nauka gimnastyki w jednym z średnich zakładów naukowych, którą pacjent od szeregu lat uprawiał z amatorstwem.

W 28 roku życia pacjent ożenił się z wdową—wbrew ogólnemu życzeniu rodziny. Pożycie małżeńskie było niezbyt szczęśliwe i po upływie kilku lat zakończyło się rozejściem małżonków. Żona zachodziła z pacjentem w ciążę kilkakrotnie, przechodziła kilka poronień. Dwoje dzieci, urodzonych w porę, zmarło wkrótce z przyczyn bliżej nie określonych.

D. był zawsze dość pracowity, staranny, towarzyski, ale skłonny do nieporozumień z ludźmi. Alkohol używał często, ale w granicach t. zw. umiarkowanych, nie upijając się. Palił zawsze dużo papierosów. Od kilku lat miał stały stosunek z kochanką, nadużyć płciowych rzekomo jednak nie popełniał.

Sam chory przyznaje się, że za czasów kawalerskich—więcej niż 15 lat temu—przechodził twardego szankra, leczyl się wszakże krótko. Wysypek żadnych ani pacjent, ani rodzina jego nie pamięta. Badanie krwi na odczyn Wassermanna, dokonywane w styczniu roku bieżącego we Wrocławiu, dało wynik dodatni. Pierwsze ślady choroby obecnej dały się zauważyć około 2—3 lat temu w postaci pewnej, wybitniejszej niż za czasów zdrowia swarliwości i upartej nieuległości wobec rodziny i przełożonych. Około roku temu zauważono u chorego bezcelowe wycieczki z domu, połączone z dalszemi wyjazdami i przekraczające zamożność chorego projekty nabycia majątku ziemskiego; zauważono dalej, że D. zaniedbuje się w swoich obowiązkach zwykłych, rysuje natomiast na świstkach papieru jakieś plany budowlane w wielkich ilościach, których nie wykończa, o których szybko zapomina.

Z tych powodów w końcu roku ubiegłego pacjent nie był już w stanie zajmować się w biurze budowlanym, gdzie do tego czasu pracował, nie był wszakże jeszcze uważany przez otoczenie za chorego umysłowo.

Jaskrawe przejawy zaburzenia umysłowego obecnego datują się od 10 stycznia roku bieżącego. Dnia tego chory wybrał się w odwiedziny do swojej kochanki, zamieszkałej w mieście L. Nie kupując biletu, chory rozsiadł się w wagonie I-ej kl. i kiedy konduktor zażądał odeń biletu, zwymyślał go gwałtownie, nazywając siebie właścicielem kolei kaliskiej. Z powodu awanturniczego zachowania się chory został na najbliższej stacji aresztowany. Przywieziony nazajutrz przez ojca z powrotem do Kalisza, chory wybiegł z domu, wszczął jakąś awanturę na ulicy i ponownie został osadzony w areszcie.

12. I chory wciąż podniecony, gniewający się na niezrozumiałe dlań zatargi z policją, raptem stracił przytomność, upadł

i dostał drgawek w całym ciele. Drgawki powtarzały się co kilkanaście minut w ciągu trzech dni, przyczem chory przez cały ten czas pozostawał nieprzytomny. W stanie beznadziejnym chorego ulokowano w szpitalu Św. Trójcy w Kaliszu, gdzie wszakże po kilkunastu godzinach drgawki ustąpiły i chory odzyskał całkowicie stan przytomności, poprzedzający napad. Chory wkrótce zabrał się w szpitalu jeszcze do swoich rysunków, począł rysować plan wielkiego statku powietrznego, w którym obok kilku pięter ubikacji dla pasażerów mieściłyby się także ogrody wiszące, całe gospodarstwo rolne z inwentarzem żywym, obozami, stajniami i t. p.

28. II 1913 D. został umieszczony w Zakładzie w Warcie. Chory zaraz na wstępie przedstawia się spotkanej służbie po kilka razy z rzędu, oświadcza zaraz, że za kilka chwil przybędzie za nim do Warty wielkie towarzystwo, które tu urządzi ćwiczenia gimnastyczne, teatr amatorski, bal tańczący, proponuje zarazem każdemu spotkanemu zapisanie się do spółki, obejmującej 1000 osób z udziałami po 10 tysięcy rubli. Spółka ma stawiać letniska, budować aeroplany, kościoły, wielkie magazyny, mając handel wszystkimi bez wyjątku artykułami i t. d.

Przy rozpakowywaniu rzeczy chory z podziwem ogląda własne swoje rysunki techniczne, przywiezione ze sobą z domu, nie poznaje ich, chwali ich wykonawcę, jakby kogoś nieznanego, robi tylko uwagę, że i on sam potrafiłby zrobić równie dobre rysunki.

Chory orientuje się co do miejsca i czasu najzupełniej fałszywie, co do swojej osoby dobrze. Sądzi, że jest w Kutnie, że przyjechał tu balonem, że jest postrzelony przez jakiegoś lekarza-hypnotyzera z Kalisza i musi tu pozostać przez lato dla wygojenia rany (chory ma na pośladkach oparzenie). Chory wysokiego wzrostu, średniej budowy, dość muskularny, o cerze bladoszarej. Tętno skroniowe wężykowato skręcone. Tętno prawidłowe, mało napełnione, w spokoju=84, przy żywszej rozmowie przyspiesza się do 100.

Zrenice średniej miary, okrągłe, równe, nie reagują na światło ani wprost, ani konsensualnie, na konwergencję reagują słabo. Dyzartria przy wymawianiu wyrazów z większą ilością spółgłosek wargowych. Pismo niedbałe, z szeregiem błędów ortograficznych, przepuszczeń, nie liczące się z pojemnością papieru.

Odruchy kolanowe obustronnie wzmożone, ze ścięgien Achillesa żywe, odr. Babińskiego niema. Złękka zaznaczony objaw Romberg'a. Adiadochokinesis.

Na całym obwodzie ciała hypalgesia, mniej wyraźnie zaznaczona na karku i szyi. Dermografizm czerwony. Chory postrzega pokazywane mu obrazki przy ekspozycji, trwającej około dwóch sekund: o ile pokazywać mu je w ciągu krótszego cza-

su — bądź skarży się, że nie zdążył zobaczyć, bądź też nazywa obrazki nieprawidłowo, często fantastycznie.

Kilka wyrazów, wygłoszonych do powtórzenia, chory nie jest w stanie zapamiętać w ciągu kilku sekund. Do badania spostrzegawczości chorego posiłkowaliśmy się metodą, zapożyczoną z ćwiczeń skautów (t. zw. gra w Kima). Polegała ona na tem, że choremu pokazywano w ciągu pewnego, określonego czasu kilkanaście różnych przedmiotów na tacy, polecając mu wymienić je niezwłocznie potem.

Z badań próbnych, dokonanych przez kol. Pożaryską-Łuniewską, przekonaliśmy się, że zdrowy osobnik płci męskiej w średnim wieku — z 13 pokazywanych mu przedmiotów po przyjrzeniu się im w ciągu 30 sekund — wymienia przeciętnie więcej niż 9 przedmiotów, wielu zdołało wymienić wszystkie 13, oznaczając nawet wzajemne ugrupowanie przedmiotów.

Chory nasz po 30 sekundach przyglądania się 13 przedmiotom, mógł wymienić prawidłowo zaledwie 4, wymieniając ponadto 4 inne przedmioty, których na pokazywanej mu tacy nie było — czego już żaden z badanych zdrowych umysłowo nie robił.

Przedmioty nieobecne na tacy zjawily się w wypowiedzi chorego drogą skojarzeń utartych, nawiązanych do przedmiotów obecnych i dostrzeżonych (chory wymienił np. nóż i widelec, których nie widział, zaraz po wymienieniu łyżki, która znajdowała się na tacy istotnie).

Przy powtórzeniu obejrzenia tacy w ciągu 60 sekund chory był w stanie wymienić prawidłowo zaledwie 7 z 13 pokazanych mu przedmiotów i po nad tę liczbę nie mógł podnieść swojej spostrzegawczości nawet przy oglądaniu tacy po raz trzeci z takim samym czasem wystawienia.

D. wprowadzony na salę szpitalną, na widok znajdujących się tam kilkunastu chorych, którym się niezwłocznie z elegancją salonową przedstawia, wypowiada myśl zorganizowania ćwiczeń gimnastycznych, do czego się niezwłocznie zabiera. Wkrótce wszakże przechodzi do projektu zorganizowania nauki czytania i pisanja, wreszcie szkoły całej. Na kilkunastu arkuszach papieru chory przygotowuje spis przedmiotów, które poleca lekarzowi zakupić dla „naszej“ spółki handlowo-przemysłowej, do nauki gimnastyki, do nauki pisanja. Spis obejmuje kilkaset różnorodnych, nie powiązanych żadną ideą kierowniczą artykułów; przy każdym z nich znajduje się liczba egzemplarzy, przekraczająca wszelkie możliwości (np. 10000 lokomobil, 1000 garncy atramentu, 1000 piór, 1000 zeszytów i t. d.). Chory nie troszczy się zupełnie o środki pieniężne, któreby były potrzebne do poczynienia tych olbrzymich zakupów. Kiedy go o nie zapytywać, oświadcza z zupełną pewnością siebie, że on sam zapłaci za to z funduszu spółki, która się zawiązuje. On buduje już wiel-

kie lotnisko pod Kaliszem, gdzie pracuje już kilka tysięcy robotników, tu t. j. w zakładzie będzie budował za kilka dni teatr na 3000 widzów, bo spodziewa się wielu gości; teatr ten stanie w ciągu kilku dni.

Chory nie wie napewno, ale przypuszcza, że wkrótce zostanie Królem Polskim, tymczasem zaś zajmuje się gorliwie zbieraniem w ogrodzie pestek, spalonych zapalek i t. p., prosi o udzielenie mu kilku papierosów.

Z powodu krzykliwego zachowania się innych chorych, pacjent bardzo szybko wpada w gniew, przyczem bardzo intensywnie czerwieni się na twarzy, za chwilę znów blednie jak ściana.

Na widok odwiedzającej go rodziny chory rozczuła się, z oczu leją mu się obficie łzy, szybko wszakże ociera je i natychmiast daje rodzinie energiczne polecenia, dotyczące najmu robotników do rzekomych przedsięwzięć budowlanych, zabiera się do pisania listów i depesz, które przez odwiedzających chce wysłać.

Większą część dnia chory spędza na pisaniu, w czem ujawnia zaburzenie w biegu myślenia, nie rzucające się tak jaskrawo w oczy w rozmowie ustnej. Cytujemy tu jedną z b. wielu produkcji piśmiennych chorego, zachowując osobliwości pisowni.

Szanowny Panie! Dobrodzieju.

„Uprzejmie proszę Szanownego Pana przyjechać do mnie wraz z Wójtem, gminem Pisarzem. Mam bardzo ważny interes do zakomunikowania Mu. Leżę w szpitalu, jestem chory, a więc po za mury szpitalne nie mogę się oddalać. Mam w perspektywie urządzić ogromne przedsiębiorstwo przemysłowo Handlowe na Poddębinie przy Tureckiej szosie pod Kaliszem. Budowie już są na wykończeniu. Będą stawiane prócz tych budowli, jeszcze inne budowle a mianowicie: domy rodzinne, wille, szpitale, gmachy fabryczne, gospodarskie, kościoły, kaplice, gmachy szkolne, instytucja Technologiczne, Politechnika, Agronomia, Rękodzielnictwo, Mechanictwo, Ogrodnictwo, leśnictwo, pszczolnictwo, Szkoła niższa, jako to: Handlowa, 7-0 klasowa męska, żeńska dla chłopów i Rzemieślników, a także będziem budować po wsiach plebanje, kościoły i kaplice z wierzami i pięknymi ozdobami jako to słynnych naszych przodków, jako to poetów, *chetmanów*, króli polskich, kapłanów, Rzeźbiarzy, nauczycieli, Poetów, Aktorów, słynnych dojeżdżacy, gimnastyków, Ienerałów, pułników, Polskich, Rossyjskich, Niemieckich, Francuskich, Tureckich Baszów, Bułgarskich, Serbskich, *Hińskich*, Iaponskich, Angielskich, Rumuńskich, Greckich, Włoskich, Ojca Św.

i wszystkich świętych po kościołach Hiszpańskich, Portugalskich w Francuskich, Królestwa Neapolu, Bawarskich, Austryjackich, Holenderskich, Szlezwik Holsztyńskich, Holandji, Mezopotamji, Kozaków Zaporoskich, Kozaków Nadnieprzańskich, Kozaków Syberyjskich, Czerkiesów, Chunchuzów, Ameryki Południowej, Ameryki Północnej, Burlatów, Madziarów, Górali, Cyganów, Eskimosów, Muśynów, Indjan, Arabów, Litwinów, Rusinów, Unitów, Czarnogórców, Ukraińców, Negrów Łotyszów, Syberaków, Tych, którzy zostali wysłani na Syber za polityczne przestępstwa, łopów Królestwa Polskie, Rzemieślników Królestwa Polskiego, którzy się odznaczyli w wojnach, powstaniu i rewolucjach polskich i Francuskich, sławnych Graczy w Monte-Karlo Kaznodziei Rzymsko Katolickiego Kościoła, Ewangelickiego Kościoła Prawosławnego Kościoła a także Litewskiego Kościoła, sławnych wynalazców na technicznym mechaniki, awiatyki, polityki, adwokatury, Artystów Rzeźbiarzy, Artystów Malarzy, szperaczy starożytności, odkrycie Ameryki, poległych kapit, sławnych lekarzy operatorów, chirurgów i operatorów, Astronomów, Geologów, Botaników, Archeologów, Dobrych gospodarzy ziemian, Myśliwych, Badaczy starożytności w Egipcie, Beduinów, Mezopotamii, Narodowości Afryki, Azji, Australji, Fogeżów, Górali Karpatckich, Uralskich, Amerykańskich, Głównych Hersztów i Zbrodniarzy we wszystkich państwach Europy. Tych, którzy zostali powieszani i rostrzelani w czasie powstania i rewolucji i wojen krzyżowych, Nórków którzy potonęli na okrętach w ostatnich czasach. Wszystkich, którzy polegli w Mesynie, w czasie wybuchu wulkanów. Zmarłych nauczycieli Realnej Szkoły w Kaliszu i gimnazjum, zmarłych zakonie: zakonników, Rabinów, Pastorów, Popów, i Dyakonów. Pogromców zwierząt, Cyrkowców, Atletów i pod Gilotyną w czasie rewolucji Francuskiej i Hiszpańskiej. Ozdobimy wszystkie gmachy jako to: domy rodzinne, szpitale, plebanje, wille, kaplice, zamki, pałace, groby zmarłych, domy burmistrzów, gubernatorów, lekarzy, oranżerje, płoty, lasy, pola, szosy światłem elektrycznym, różnokolorowemi lampkami gierlandami i chorągwiemi Narodowymi, będziemy budowali mosty z materiału cementowego, betonowego, mozaikowe, z piaskowca, porfiru z klenkieru i kostki granitowej, będziemy budować szosy z tego samego materiału co i szosy, będziemy budować tramwaje elektryczne, będziemy budować aeroplany, samochody, będziemy budować koleje żelazne, pogłębiać i rozszerzać koryta rzek, stawy, jeziora, będziemy odnawiać starożytne zamki i zdejmować plany i fotografie, będziemy robić pomiar

całej Europy, Afryki, Azji, Australji, wszystkie królestwa, zrobimy królestwo kamienne, jak również będziemy budować domy 10 piętrowe, zakupiemy moc ziemi ornej lasów, będziemy odnawiać i restaurować gmachy szpitalne i kościoły. Do tej wymienionej pracy zaangażujemy 3000 robotników“.

W kilkanaście dni po przybyciu do Zakładu chory poprosił mnie o papier dla spisania osób, które mają być zaproszone na uroczystość, czy zjazd w związku z organizacją spółki handlowej. W kilka godzin chory wręczył mi spis, obejmujący około 1000 nazwisk, zaznaczając, że zabrakło mu papieru do wykończenia spisu. Po otrzymaniu papieru i wykończeniu spisu, ogólna liczba nazwisk wyniosła przeszło 1600. Nazwiska w przeważnej części spisu są uszeregowane alfabetycznie; w dalszych częściach porządek alfabetyczny zatracą się, jakkolwiek nazwiska, zaczynające się od jednej litery, pozostają w grupach.

Chory nasz, przedstawiający bardzo pospolity przypadek porażenia postępującego, mógłby być poczytany za osobliwość jedynie o tyle, że w szeregu chorych, dotkniętych gonitwą wyobrażeń, przebiegającą pod postacią t. zw. wyliczania, zdobył by niewątpliwie palmę pierwszeństwa co do ilości wymienionych rzeczy. Przytaczany w podręcznikach, jako curiosum, maniak Aschaffenburg'a wypisał przy wyliczaniu swoich znajomych 589 nazwisk—nasz chory wypisał za jednym zamachem z górą 1600 nazwisk osób i to w dodatku w porządku alfabetycznym.

Źródła gonitwy myślowej doszukiwano się oddawna w mechanizmie kojarzenia wyobrażeń—w jego, sit venia verbo, wnętrzu. Pierwszym, nasuwającym się przypuszczeniem było to, że gonitwa myślowa powstaje wskutek przyspieszenia przebiegu kojarzenia wyobrażeń. Przypuszczenie to, posiadające za sobą, jak wiadomo, kilka poważnych głosów (Mendel, Ziehen, częściowo Wernicke—w nowszych czasach Wolfskehl) stało się przedmiotem szeregu prac doświadczalno-psychologicznych szkoły Kraepelin'owskiej (Walicka, Aschaffenburg, Franz), które w rezultacie nie tylko że go nie stwierdzają, ale mu nawet przeczą.

Pomimo przypuszczeń co do zmiany tempa przebiegu wyobrażeń w gonitwie myślowej szukano jej przyczyny dalej w osobliwościach jakościowych czynności skojarzeniowej.

Tu należą przypuszczenia Heilbronner'a o znamienym jakoby dla gonitwy myślowej braku bezpośredniej łączności kojarzeniowej pomiędzy odleglejszymi od siebie członkami produkcji myślowej chorego, o większej, niż u zdrowych, zmienności zasad formalnych kojarzenia w przebiegu gonitwy myślowej — przypuszczenia, które przy głębszym wejrzeniu w sprawę nie dadzą zastosować się do wszelkich — różnorodnych przypadków gonitwy myślowej jako cechy ogólne, określające ten proces chorobowy i wyróżniające go od myślenia uporządkowanego zdrowych.

Aschaffenburg podjął próbę przeniesienia źródła gonitwy myślowej po za sferę kojarzenia wyobrażeń — w zakres zjawisk psychoruchowych. Twierdzenia tego autora, że gonitwa myślowa jest tylko „przejawem częściowym ogólnego ułatwienia spraw psychoruchowych”, że wynika ona tylko ze wzmożonej potrzeby wypowiedzania się chorego, nie dadzą się zastosować konsekwentnie ani do przypadków gonitwy, którym towarzyszy ogólne zahamowanie, ani też do przypadków gadatliwości, w których nie ma śladów tego, co zwykle nazywamy gonitwą myślową.

Liepmann, którego praca „O gonitwie wyobrażeń” stanowi bezsprzecznie jedną z najcenniejszych pereł piśmiennictwa psychiatrycznego, rzuca na to zamglone balastem eksperymentalno-psychologicznym zagadnienie potężny snop jasnego światła. Wykazał on mianowicie, że mechanizm kojarzenia wyobrażeń sam przez się, w jego wewnętrznym funkcjonowaniu, w gonitwie myślowej nie różni się zasadniczo od kojarzenia w myśleniu prawidłowym ani ilościowo (co do tempa), ani też jakościowo, (co do formalnych praw kojarzenia).

To, co wyróżnia gonitwę myślową od myślenia uporządkowanego, polega raczej na wyłącznym panowaniu procesów asocjacyjnych, na braku czegoś, regulującego te procesy, na pewnej wartościowej niwelacji wyobrażeń, zjawiających się w polu świadomości drogą kojarzenia. To coś, czego właśnie w gonitwie myślowej brakuje, Liepmann nazywa wyobrazeniami kierowniczymi albo nadwyobrazeniami (Obervorstellungen). Nadwyobrażenia w myśleniu prawidłowym są tym czynnikiem selekcyjnym, który z potoku kojarzących się nieustannie wyobrażeń wyławia to tylko, co dla nich przedstawia w danej chwili wartość, pozo-

stawiając wszystko pozostałe po za ogniskiem świadomości — niewypowiedzianem.

Jeśli można było mówić o uwarstwieniu czynności psychicznych tak, jak się stosuje pojęcia wyższości i niższości w fizjologii układu nerwowego w zakresie jego czynności somatycznych, wypadałoby powiedzieć, że według poglądu Liepmann'a gonitwa wyobrażeń ma swoje źródło powyżej procesów kojarzeniowych, podczas gdy Aschaffenburg lokalizowałby ją poniżej sfery asocjacyjnej.

Władza wyobrażeń kierowniczych polega, zdaniem Liepmann'a, na tem, co psychologja nazywa uwagą. Gonitwa myślowa powstaje tam, gdzie uwaga staje się niestałą, jakkolwiek może pozostać jeszcze w zupełności czujną i żywą.

Stransky nazywa to zaburzenie uwagi w gonitwie myślowej jej „prostytuowaniem się” i słusznie widzi w nim zaburzenie składnika uczuciowego wyobrażeń.

Kiedy Mazurkiewicz, omawiając w swojej pracy „o zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej” różnicę, jaka zachodzi pomiędzy władzą wyobrażeń kierowniczych, zależną od uwagi, o jakiej mówi Liepmann, z jednej i nadwartościowością pewnych wyobrażeń, wywoływaną stałym silnym zabarwieniem uczuciowym w sensie Wernicke'go z drugiej strony, zarzuca Liepmann'owi, że „sprowadza podział świata wyobrażeń na rządzące i rządzone do dawnego podziału psychiki na „dziedzinę wyobrażeń“ i „dziedzinę woli“ — to zarzut ten wydaje mi się niesłusznym.

Zgodnie z poglądem Bleuler'a, przyjętym dziś przez wielu autorów, do którego dołącza się i Stransky, uwaga nie jest niczem innym, jak tylko przejawem częściowym życia uczuciowego. To, że dane wyobrażenie jest przedmiotem naszej uwagi, inne zaś nim nie jest, że jedno więzi naszą uwagę, podczas gdy drugie prześlizguje się w jej polu jak meteor, wynika nie skądinąd, ale jedynie tylko z tego stosunku, jaki to lub inne wyobrażenie łączy z naszym „ja“ — stosunku wyłącznie tylko natury uczuciowej.

Jeżeli więc gonitwę myślową mamy za Liepmann'em uważać za skutek zaburzenia uwagi, musimy w dalszej konsekwencji doszukiwać się jej źródeł w sferze czynności affektywnych. Pytanie, które z takiego rozważania gonitwy myślowej nasuwa-

łoby się w pierwszym rzędzie, polega na tem, dla czego gonitwę myślową spotykamy w przeważnej większości przypadków równocześnie ze stanami wzmożonego natężenia uczuciowego, gdzie raczej moglibyśmy oczekiwać wzmożenia—nie zaś osłabienia fiksacji wyobrażeń w polu uwagi.

W gonitwie wyobrażeń, występującej w przebiegu manji czynnościowej, chodzi tylko o zaburzenie trwałości fiksacji wyobrażeń kierowniczych i współrzędność tych przejawów da się wytłumaczyć w stosunkowo prosty sposób. Wzmoczony nastrój chorego wywołuje wzmożone zainteresowanie się jego zarówno odbieranymi wrażeniami jak i budzącymi się w jego umyśle wyobrażeniami. W związku ze wzmożonym zainteresowaniem się wzmagają się liczba wyobrażeń, posiadających takie zabarwienie uczuciowe, które umożliwia im dostęp do ogniska świadomości. W miarę powiększania się liczby wyobrażeń, mających ubiegać się o to kierownicze stanowisko, powiększa się możliwość ich zmiany i zmniejsza się trwałość panowania każdego z nich w ognisku świadomości. Gonitwa myślowa w przebiegu porażenia postępującego przedstawia pod względem tych stosunków obraz więcej złożony. Fiksacja wyobrażeń ulega tu zaburzeniu nie tylko co do trwałości ale i co do nasilenia przy równoczesnym wzmożeniu natężenia uczuciowego.

Störring podaje w swoich „Vorlesungen über Psychopathologie” następujące trzy powody niedostateczności uwagi u paralityków. Pierwszy z nich polega na tem, że u paralityków ulega zaburzeniu współdziałanie wyobrażeń, połączonych ze znacznym szeregiem stanów uczuciowych, zdobytych w ciągu całego życia człowieka, wyobrażeń, które Störring nazywa „ośrodkami summacyjnymi uczuć” (Summationszentren der Gefühle). Brak współdziałania tych wyobrażeń ujawnia się przedewszystkiem w postępowaniu chorych, w czynach, niezgodnych z wyznawanymi za czasów zdrowia zasadami moralnymi, w czynach, których nie usprawiedliwia jeszcze upadek sądu, występujący u paralityków w dalszych okresach choroby. Brak współdziałania tych „ośrodków summacyjnych uczuć”, albo, jakby je nazwał Wernicke,—wyobrażeń nadwartościowych — powoduje szybsze wygasanie uczuć chorego i, co za tem idzie, zmniejsza i stałość jego uwagi.

Drugi powód przyspieszenia spraw uczuciowych u parality-

ków wynika z szybszego zapominania wyobrażeń, wywołujących sprawę uczuciową—z niedostatecznej zdolności pamięciowej tych chorych. Ponieważ oba te czynniki nie mogą wchodzić w grę w tych przypadkach, kiedy pozew uczuciowy chorego zależy od okoliczności błahych, drobnostkowych, Störring przypuszcza jeszcze jako trzeci czynnik przyspieszenia przebiegu uczuć u paralityków chwiejność czynności ośrodków, od których zależą somatyczne przejawy, towarzyszące uczuciom.

Przyjrzyjmy się, w jaki sposób uwydatniają się te stosunki u naszego pacjenta.

W historii choroby naszego przypadku spotykamy daty, które świadczą o tem, że w życiu umysłowem p. D. współdziałanie wyobrażeń, które Störring nazywa „ośrodkami summacyjnymi uczuć” uległo bardzo wybitnej zmianie... Pan D., który za czasów zdrowia żadnych scysji z porządkiem publicznym nie miewał, wsiada do pociągu bez biletu, rozsiada się w wagonie I-szej klasy, robi jakąś awanturę konduktorowi, dostaje się do aresztu; po wyjściu z aresztu wpada w konflikt z policją na ulicy. Stan władz umysłowych p. D. pozostaje przytem na tym poziomie jeszcze, że chory wie, że jazda bez biletu jest niedozwolona, że konduktorowi nakazuje obowiązek dopominanie się o bilety od pasażerów, że za brak biletu pasażerowi grozi kara i t. p.

O upośledzeniu zdolności zapamiętywania wrażeń u p. D. przekonaliśmy się z eksperymentu psychologicznego, z jego niepoznania własnego swego rysunku, z przedstawiania się po kilkakroć tym samym osobom. Że chory nasz szybko zapomina nie tylko wrażenia, ale i wyobrażenia takie, mamy prawo wnosić nie tylko z analogji ale i stąd też, że chory nieustannie co kilka minut zajmuje się czem innym, wciąż snuje niezliczone mnóstwo projektów, przyczem po wygłoszeniu jednego z nich zapomina o drugim, który wygłosił przed chwilą.

Wreszcie na chwiejność w funkcjonowaniu ośrodków somatycznych przejawów uczuć wskazują nam: zachowanie się chorego podczas odwiedzin rodziny, jego niezwykła łatwość i krótkotrwałość płaczu, jego przejawy naczynioruchowe w gniewie.

To zaburzenie przebiegu myślenia, jakie spotykamy u naszego chorego, polega nie na beładnym kojarzeniu, lecz na

skłonności do produkowania szeregów, do wyliczania całych grup wyobrażeń, spokrewnionych kojarzeniowo.

Myślenie naszego chorego nie jest więc pozbawione całkowicie kierunku nadwyobrażeń. W pierwszym zacytowanym przez nas przykładzie—w liście chorego—widzimy najprzód jedno nadwyobrażenie ogólne: program akcji przedsiębiorstwa przemysłowego. W tej części listu, która zajmuje się wybieraniem różnego rodzaju budynków, widzimy szczegółowsze nadwyobrażenie budowli, jakie chory ma zamiar postawić. Skojarzenia chorego nie długo wszakże pozostają pod władzą tego nadwyobrażenia; wkrótce wyłamują się z pod niej i chory, wymieniwszy politechnikę, jako budynek, przechodzi do wydziałów szkoły politechnicznej, zaczyna wymieniać umiejętności techniczne, za umiejętnościami technicznymi różnego rodzaju szkoły, żeby znów za chwilę przypomnieć sobie, że miał zamiar pisać o budowlach, wymienić jeszcze plebanje, kościoły, kaplice i znów zagubić nie przewodnią nadwyobrażenia budowli. Dalsze skojarzenia podporządkowują się nadwyobrażeniu ozdób, jakimi mają być dekorowane gmachy. Przypomniawszy sobie, że gmachy dekorują się wizerunkami sławnych ludzi, chory zaczyna wymieniać zawody, które wydawały sławnych ludzi; wymieniwszy pułkowników, chory zaczyna wyliczać narodowości, do jakich mogą oni należeć, zapominając o tem, że miał pisać o ozdobach gmachów; przypomina sobie o tem znowu dopiero po wymienieniu narodowości włoskiej, wymienia „Ojca Św. i wszystkich Świętych” i znów w dalszym ciągu pod kierunkiem innego nadwyobrażenia wymienia narodowości.

Ten sam proces powtarza się w dalszym ciągu listu.

Możemy więc tu powiedzieć, że w omawianym liście nadwyobrażenia kierują kojarzeniem chorego tylko chwilami przez mniej lub więcej krótki przeciąg czasu, działanie ich co pewien czas znika, po chwili znów się odzywa, znów zanika i t. d. Władzę nadwyobrażeń w liście naszego chorego możnaby porównać z działaniem prądu taradycznego, pochodzącego z wyczerpującego się już elementu. Nieco inaczej rzecz się ma w drugim przykładzie produkcji myślowej naszego chorego—w przygotowanym przezeń spisie osób, które zamierza zaangażować do swego przedsiębiorstwa. Pozornie zdawałoby się mogło, że spis ten powstał pod kierunkiem jednego stałego nadwyobrażenia ogólnego i nie

posiada tych cech, które wyróżniają gonitwę myślową od myślenia prawidłowego.

Spis ten, uszeregowany alfabetycznie, nosi raczej pozorne cechy podobieństwa z dziełem naukowym, ułożonem według rozdziałów, które może stanowić ideał doskonałości myślenia prawidłowego.

Liepmann istotnie uważa tę postać przebiegu myślenia, która polega na wyliczeniu, za postać, stojącą na pograniczu między gonitwą i porządkiem w myśleniu. Z jednej strony wyliczania zdrowych, jak np. spisy adresowe, słowniki, encyklopedje i t. p. posiadają z produktami gonitwy wyobrażeń tę wspólną cechę, że dadzą się bez uszczerbku dla sensu użyć w odwrotnym porządku, z drugiej znowu strony wyliczania chorych z gonitwą wyobrażeń podporządkowują się w pewnej mierze nadwyobrażeniom, podobnie, jak podporządkowują się im wytwory myśli uporządkowanej.

Różnica, jaka zachodzi pomiędzy wyliczeniami w myśleniu prawidłowym i w gonitwie wyobrażeń, polega zdaniem Liepman'n'a na tem, że w wyliczeniach zdrowych nadwyobrażenia podporządkowują się całej hierarchji dalszych nadwyobrażeń, względnie wyobrażeń celowych, wyliczania natomiast gonitwowe bądź powstają drogą kojarzenia od jednego ogniwa szeregu do następnego i przypadkowo tylko zbiegają się ku nadwyobrażeniu, bądź też, jeśli powstają pod kierunkiem nadwyobrażeń, to nadwyobrażenia te są pozbawione zależności od systemu dalszych, hierarchicznie wyższych nadwyobrażeń.

Jeżeli nauczyciel wylicza uczniowi wyjątki z jakiejś reguły gramatycznej, to czyni to tylko dla tego, że chce mu wpoić znajomość gramatyki, to zaś wyobrażenie celowe podporządkowuje się w następstwie całemu szeregowi celów i środków, u szczytu których stoi zadanie, jakiemu się nauczyciel poświęca.

Wyliczenia gonitwowe wyróżniają się praktycznie przez to, że wynikają one z zadań, których chory należycie sobie nie uświadamia i które nie odpowiadają sytuacji, w jakiej się chory znajduje. Sytuacja rzeczywista naszego pacjenta, jego pobyt w szpitalu, jego dawniejszy zakres działania i stosunków w istocie nie odpowiadają tym wielkim zamierzeniom, na jakie się

p. D. porywa; zamierzenia te są chaotyczne i nie godzą się z całą pozostałą treścią umysłową naszego chorego.

Niewątpliwie patologiczny charakter „spisu gości“ pana D. polega więc przede wszystkim na tem, że „spis“ ten w założeniu swoim zdradza zasadniczą zmianę stosunku pana D, do otaczającej go rzeczywistości.

Wytwór umysłowy pana D. zasługuje na uwagę ze względu na jego stronę formalną: spis został od ręki ułożony w porządku alfabetycznym. Jakkolwiek zasada uporządkowania alfabetycznego nazwisk nie jest w nim przestrzegana całkiem ściśle w sensie następstwa kolejowego liter, to przecież całe dziesiątki nazwisk, w spisie zawartych, zaczynają się od jednakowych zgłoszek. Takie ułożenie spisu wynika bezpośrednio stąd, że spis powstał w warunkach zupełnego nieliczenia się chorego z realną wartością nazwisk, pod wpływem wyłącznego panowania procesu kojarzeniowego. Chory w spisie swoim nie dobiera bynajmniej nazwisk osób, któreby nadawały się do tytułu spisu — w danym wypadku do zaangażowania w sprawie przedsiębiorstwa przemysłowego, lecz dobiera nazwiska do liter alfabetu, kojarząc wyobrażenia według inicjałów wyrazowej ich reprezentacji.

Kojarzenie według inicjałów nie stanowi odmiennej, samostanowiącej zasady kojarzenia wyobrażeń, jest ono tylko odmianą kojarzenia dźwiękowego. W stanie zdrowia spotykamy tego rodzaju kojarzenia w łamigłówkach, tak zwanych logogryfach, we fraszkach wierszowanych, gdzie początkowe litery wierszy składają mają pewne wyrazy—spotykamy więc je w warunkach analogicznych z tymi, w jakich zdarzają się kojarzenia rymowe — według końcówek wyrazów. Polem, osobliwie podatnem dla kojarzenia według inicjałów, są wypowiedzi pismienne, w nich zaś zdają się osobliwą rolę odgrywać wyrazy, zaczynające się od dużych liter, jak imiona własne, nazwy rzeczowników w języku niemieckim, wyrazy, rozpoczynające zdania i t. p. Końcówki wyrazów zdają się w wypowiedzi piśmiennej posiadać mniejsze znaczenie, niż w wypowiedzi ustnej.

Tym to kojarzeniom według inicjałów zawdzięcza swoje powstanie imponujący różniarami swemi i swoim pozornym łańcem alfabetycznym produkt myślowy naszego chorego, który zawiera wprawdzie nazwiska osób, istniejących w rzeczywistości, na żaden wszakże tytuł w istocie rzeczy nie zasługuje.

To więc, co pan D. nazywa „spisem gości”, okazuje się tym sposobem typowym utworem gonitwowym i żadną miarą nie mogłoby być postawione nawet na pograniczu zdrowia umysłowego, gdzie tego rodzaju utworom wyznacza miejsce Liepmann.

Z kliniki chorób nerwowych i z pracowni anatomo-patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

PRZYCZYNEK DO ANATOMJI PATOLOGICZNEJ PORAŻEŃ OŁOWICZYCH.

podał

ZYGMUNT MESSING.

Sprawa pierwotnego umiejscowienia zmian chorobowych w porażeniach ołowiczych pozostaje dotychczas nierozstrzygniętą. Istotnie, zapoznanie się z odnośnem piśmiennictwem wykazuje znaczną rozbieżność zapatrywań w tej kwestji.

Przedewszystkiem, znajdowano mniej lub więcej wybitne zmiany w rdzeniu. Oeller (30), Oppenheim (32), Schultze (43), Ceni (3) i Schoffer (42) widzieli zmiany naczyniowe: rozszerzenie naczyń, rozmnożenie jąder w ścianach naczyń, wybroczyny krwawe do istoty szarej rdzenia.

Zmiany naczyniowe w rdzeniu znaleźli również Popow (34), Stieglitz (45), Rybakow (41) u zwierząt, trutych ołowiem. Ten ostatni autor stwierdził również zmiany w komórkach zwojowych rogów przednich (zatarty rysunek ziarnistości chromatynowej, chromatolizę i wakuolizację). Wodniczki w komórkach ruchowych rdzenia u ludzi widział Gomblaut (17). Inni badacze Kussmaul i Maier (21) mówią o zmniejszeniu liczby komórek zwojowych, lub wogóle o zaniku rogów przednich [Berhardt (2), Fisher (14)].

Większość autorów zapatruje się na sprawę rdzeniową w porażeniach ołowiczych, jako na zapalenie substancji szarej (Adamkiewicz (1) i inni).

Oprócz tego, Oppenheim (32) i Vulpian (49) widzieli ogniska stwardnienia, Fisher (14) zaś mówi jeszcze o stwardnieniu pęczków Golla i o zgrubieniu opon.

Również często znajdowano zmiany w nerwach obwodowych.

Co do umiejscowienia sprawy w układzie nerwowym obwodowym, to prawie wszyscy badacze zgadzają się, że największe zmiany zachodzą w najdrobniejszych gałązkach mięśniowych nerwów obwodowych. W grubszych pniach sprawa chorobowa dotyczy zwykle nie całego nerwu, lecz tylko niektórych pęczków nerwowych, a nawet w tych ostatnich znajduje się dużo zdrowych włókien.

Zachodzi pytanie, jakie nerwy ulegają największym zmianom. Przegląd opisanych dotąd przypadków poucza nas, że wszystkie nerwy mogą być zajęte w mniejszym lub większym stopniu.

Obrazy drobnowidzowe nerwów obwodowych według spostrzeżeń różnych autorów przedstawiają się różnie.

Co się tyczy zmian w myelinie to Friedländer (15) poprzestał na stwierdzeniu rozpadu ziarnistego, Zunker (51) zaś mówi o rozpadzie myeliny. Goldflam (16), Friedländer (15), Eisenlohr (11), Schultze (43) i Eichhorst (10) zwrócili uwagę na liczne, cienkie włókna myelinowe z powiększoną liczbą jąder. Ciż sami autorowie opisują cienkie włókna z resztkami myeliny, jak również i puste otoczki Schwanna. Ceni (3) dłużej zatrzymuje się na opisie widzianych obrazów. Według tego autora, myelina pęcznieje, barwi się słabiej, rozpada się na najdrobniejsze ziarenka. Ceni (3) i Déjérine-Klumpke (5) wskazują odcinkowy charakter sprawy w nerwach.

Co się tyczy zmian w komórkach Schwanna, to przed 1897 rokiem w odnośnem piśmiennictwie znajdujemy tylko mgliste dane co do powiększenia liczby jąder. Ceni (3) pierwszy mówi o rozroście zarodki komórek, o powiększeniu liczby jąderek i rozmiarów jąder, o zjawianiu się kropeł tłuszczu wewnątrz zarodki.

Żaden z autorów, pracujących nad materiałem ludzkim, nie wspomina o zmianach we włókienkach osiowych oprócz Ceni (3), który mówi o różańcowatości tych ostatnich; nigdzie jednak włókienka osiowe, zdaniem jego, nie przerywają się.

Eisenlohr (11), Zunker (51), Ceni (3) i Friedländer (15) stwierdzili rozrost tkanki łącznej w nerwach obwodowych. Według Friedländera (15), w drobnych gałązkach śródmięśniowych

nie pozostało nic tkanki nerwowej, zamiast której była tylko fałista tkanka łączna, zawierająca bardzo mało komórek. Eisenlohr (11) mówi o powiększeniu liczby włókien tkankolącznych w pochewkach wewnątrzpeęczkowych. Według Cenięgo (3), komórki tkanki łącznej nerwów obwodowych pęcznieją i zawierają po kilka jąder, również i w tkance okołonerwowej ilość jąder była powiększona. Friedländer (15) widział nawet krople tłuszczowe w tkance łącznej, a Zunker (51) — ziarnisto-tłuszczowe komórki Zunker wspomina o zgrubieniu naczyń, a Ceni — o zgrubieniu ścian naczyń włosowatych.

Z tego krótkiego szkicu danych z piśmiennictwa widzimy, jaki nieład panuje w opisach obrazów drobnowidzowych. Toż samo dotyczy i ściślejszego określenia charakteru sprawy chorobowej.

Jedni (Zunker (51), Vierordt (48) mówią o zapaleniu nerwów, drudzy (Duploix et Lejard (9), Robinson (40),—o zaniku, inni wreszcie (Ceni 3)—o zwyrodnieniu. Dejerine-Klumpke (5) zalicza spostrzegane zmiany do rzędu zapaleń mięszkowych (neuritis parenchymatosa).

Daleko więcej określone stanowisko zajmują autorowie, którzy badali sprawę tę doświadczalnie na zwierzętach. Gomblaut (18) mówi o „zapaleniu odcinkowem okołosiosowem śródmięszkowem“ (névrite segmentaire périaxile). Tegoż samego zdania są Stransky (46), Prévost et Binet (35) i Rybakow (41). Dojnikow (8) i Stieglitz (45) zaliczają omawianą sprawę do zwyrodnień. Według Dojnikowa niekiedy dołączają się tutaj cechy zapalenia. Autor ten wypowiada się przeciwko odcinkowemu charakterowi sprawy.

Oprócz zmian w układzie nerwowym ośrodkowym i w nerwach obwodowych znajdowano zmiany w mięśniach.

Włókna mięśniowe czasami wydawały się ścienczałemi (Friedländer, Gomblaut, Eisenlohr, Charteris (4), Zunker i Ceni), czasami zaś—zgrubiałemi (Gomblaut i Ceni). Prążkowanie było normalne (Zunker) lub było zmienione w mniejszym lub większym stopniu. Gomblaut stwierdził rozpad ziarnisty, Zunker i Charteris — rozplywanie, szkliste i koloidowe zwyrodnienie. Wszyscy badacze spostrzegali powiększenie liczby jąder, a, według wyrażenia Friedländera,—powiększenie ilości „ciałek mięśniowych“.

W tkance łącznej mięśni stwierdzono (Eisenlohr (11), Ceni (3) wybitne zjawiska twórcze: liczba włókien i jąder tkanki łącz-

nej była zwiększona, a włókna były zgrubiałe. Czasami [Zunker (51), Ceni (3)] wśród tkanki łącznej leżały czerwone ciała krwi i brunatny barwnik. Niekiedy [Zunker (51)] tkanka mięśniowa prawie zupełnie znikła, a jej miejsce zajmowała tkanka łączna z malenkimi wysepkami tkanki mięsnej.

Naczynia krwionośne mięśni przyjmowały udział w sprawie w ten sposób, że następowało zgrubienie ścian, przeważnie zmieniła była błona zewnętrzna (Ceni (3)).

Według zdania autorów (Zunker (51), Ceni (3)) sprawa w mięśniach nie jest jednolita: nie wszystkie pęczki włókien ulegają zmianom jednakowym, natomiast przedstawiają różnorodne obrazy drobnowidzowe.

Autorowie nie zgadzają się co do charakteru sprawy. Zunker, naprz., twierdzi, że mamy do czynienia ze sprawą zapalną, Minor (29) mówi o zaniku zwyrodniającym, Oeller — o zaniku, powstałym na tle beczynności. Z pośród tych, którzy badali mięśnie w zatruciach ołowicznych, jeden tylko Eichherst (10) znalazł je zdrowymi.

Musimy podkreślić, że nikt dotąd nie sprawdził doświadczalnie wyników patologji ludzkiej co do zmian w mięśniach w zatruciach ołowicznych.

Z rozbioru piśmiennictwa widzimy, jak różnorodne wyniki otrzymywali różni badacze. Stosownie do stwierdzonego natężenia sprawy chorobowej w tej lub innej części układu nerwowomięśniowego zjawily się trzy teorie patogenezy porażen ołowicznych: teoria rdzeniowa, teoria obwodowa i teoria mięśniowa.

Teoria rdzeniowa upatruje siedlisko zmian chorobowych w rdzeniu; przedstawicielami tej teorii są: Kussmaul i Maier (21), Bernhardt (2), Erb (12), Remak (37), Renaut (38), Vulpian, Adamkiewicz (1), Dejerine (6 i 7), Oeller (30) i Oppenheim (32); wszyscy oni stwierdzili zmiany w rdzeniu.

Druga teoria głosi, że pierwotnem ogniskiem cierpienia są nerwy obwodowe. Westphal (50), Leyden (25), Zunker (51), Schultze (43) i Déjérine-Klumpke (5) są zwolennikami tego poglądu. Wreszcie, trzecia teoria przypisuje główny udział mięśniom (Harnack (19), Friedländer (15) i Kast (20).

Część autorów (Lancéreaux (22, 23 i 24), Ollivier (31), Mayer (27), Eisenlohr (11), mówi o równoczesnem cierpieniu

mięśni i nerwów obwodowych, niektórzy (Vulpian (49), Friedländer (15), Déjérine (6 i 7) i Minor (29)), przypisują duże znaczenie zmianom w korzeniach przednich.

Przytoczone dane anatomo-patologiczne na zasadzie odnośnego piśmiennictwa wykazują jasno, że patogeniza porażień ołowicznych nie jest dotychczas wyjaśnioną należycie. Dalsze więc badania w tym kierunku powinny być prowadzone i dlatego uważam za pożądane podać opis przypadku porażenia ołowiczego, spostrzeganego przeze mnie w klinice chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego, tembardziej, że przypadek ten został dokładnie zbadany zarówno klinicznie, jak i sekcyjnie i drobnowidzowo.

51-letnia wdowa ze wsi Mogiłnicy w gubernji warszawskiej wstąpiła dnia 10 listopada 1912 roku do kliniki wraz z synem swoim. U obu stwierdzono zupełnie identyczny obraz choroby.

Chorzy zajmowali się w ciągu wielu lat polewaniem garnków glinianych. W skład polewy wchodziła glejta (PbO). W czasie przygotowywania polewy tworzyło się dużo kurzu, zawierającego ołów, którym chorzy oddychali.

Matka zachorowała 2 tygodnie przed wstąpieniem do kliniki. Tak, jak obecnie, chorowała już przed 5-ciu laty. W ciągu ostatnich 5-ciu lat często miewała kolki ołowicze i bardzo uporczywe zaparcie. Po porażeniu, które miało miejsce 5 lat temu, zupełnie nie wyzdrowiała, gdyż, według słów chorej, pozostało jednak nieznaczne osłabienie kończyn.

Obecnie porażenie kończyn górnych rozwinęło się stosunkowo szybko, w ciągu kilku dni; bólów żadnych chora nie odczuwała.

Na nic przedtem nie chorowała; sporo piła.

Stan zdrowia z dnia 11.XI 1912 r.

Chora—wysoka, wyniszczona, prawidłowej budowy kobieta. Skóra i białkówki zabarwione na żółto. Język obłożony białym nalotem. Na brzegu dziąseł obwódka ołowicza. Tętno—104 na minutę, prawidłowe, twarde, napięte. Serce bez wybitnych zmian, tony—bez szmerów. Płuca nie wykazują zmian chorobowych. Wątroba wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego, niebolesna, twarda. Śledziona nie wyczuwa się. Brzuch umiarkowanie wzdęty. W moczu ślady białka; ciężar gatunkowy 1008, odczyn kwaśny; w osadzie nieliczne komórki płaskie, białe ciała krwi (1—2 w 5—6 polach widzenia) i nieliczne wałki szkliste (1—2 w preparacie).

Chora mówi szeptem, co, zdaje się, zależy od porażenia strun głosowych (chorej wziernikiem krtaniowym nie badano). Zresztą nerwy czaszkowe były bez zmian.

Ruchy kończyn górnych—znacznie ograniczone. W stawach barkowych ruchy zupełnie zniesione, w łokciowych możliwe jest nieznaczne zginanie i odwracanie nazewnątrz, w stawach zaś napiętkowych—zginanie palców i dłoni.

Mięśnie górnych kończyn znajdują się w stanie zaniku, szczególnie wychudzone są rozginacze przedramion. W tych ostatnich miejscami stwierdzono zupełny odczyn zwyrodnienia, miejscami częściowy, zarówno na prąd galwaniczny jak i fadyczny.

Odruchów głębokich na górnych kończynach—brak zupełny. Czucie skórne—zachowane. Mięśnie i pnie nerwowe nie wrażliwe na ucisk.

Na dolnych kończynach—osłabienie siły ruchowej en masse. Ani zaników, ani zaburzeń czucia i zmian odruchów tutaj nie było.

Również i na tułowiu czucie było zachowane. Mięśnie tułowia osłabione: chora nie była w stanie usiąść bez pomocy. Pęcherz działa prawidłowo. Wypróżnień nie było od kilku dni.

Chora wykazuje zaburzenia psychiczne i nie orientuje się w czasie i przestrzeni, nieznane osoby przyjmuje za znajomych, ma omamy słuchu, naprz., słyszy głos syna, znajdującego się na innym piętrze.

Stan psychiczny i nerwowy był bez zmiany przez cały czas pobytu chorej w klinice. Chora zmarła po 5-ciu dniach wśród objawów osłabienia czynności serca.

Badanie zwłok wykazało: sclerosis aortae et valvularum cordis, cirrhosis pulmonum, degeneratio caseosa glandulae peribronchialis, cirrhosis lienis et perisplenitis, cirrhosis hepatis et perihepatitis, cirrhosis mesenterii, cirrhosis pancreatis, nephritis chronica interstitialis, cirrhosis cystidis urinae, uteri et ovariorum, struma colloides.

Drobnowidzowo zostały zbadane narządy wewnętrzne, nerwy obwodowe, mięśnie, rdzeń i pewne części kory mózgowej.

Narządy wewnętrzne. W płucach stwierdzono przekrwienie, rozedmę, miejscami obrzęk i wszędzie ogromną ilość starej tkanki łącznej.

Mięsień serca przekrwiony; rzucała się w oczy nierównomierność zabarwienia włókien mięśniowych. Wątroba przekrwiona, ilość tkanki łącznej powiększona, naczynia nacieczone. Otoczką tkankową była ogromnie zgrubiała. Granice między komórkami i same komórki występowały niewyraźnie.

W trzustce powiększona ilość tkanki łącznej.

Gruczoł tarczowy—koloidowo zwyrodniały.

Nerki przekrwione. Niektóre naczynia znacznie rozszerzone

i przepelnione krwią, przekrwienie nie wszędzie równomierne; kłębki przyjmowały niewielki udział w przekrwieniu. Tu i ówdzie drobnokomórkowe nacieczenie. Również i nabłonek zmieniony, miejscami rozpad zupełny. Dużo ziarnistych i szklistych wałków. Kłębki gdzieś podlegały zwyrodnieniu szklistemu. Tam, gdzie miąższ zupełnie zniknął, rozrastała się tkanka łączna.

M ó z g. Zbadano drobnowidzowo kawałki przeważnie z okolic czołowych. Barwiono hematoxyliną i eozyną i wielobarwnym błękitem.

Naczynia opony miękkiej przepelnione krwią. Kora mózgowa przekrwiona. Ściany naczyń korowych nacieczone drobnymi, okrągłymi komórkami. W przestrzeniach chłonnych wielu komórek zwojowych zbierają się drobne, okrągłe komórki. Liczba tych ostatnich jest znaczna, komórki zwojowe są całkowicie niemi oblepione. Zauważyć się to daje przeważnie w głębszych warstwach kory, nacieczenie zaś naczyń najwyraźniej występuje w istocie białej na granicy między istotą białą i szarą. W budowie komórek nerwowych wybitnych zmian nie znaleziono.

Rdzeń przedłużony i pień mózgowy bez zmian widocznych.

R d z e ń. Na skrawkach, barwionych według sposobu Pal-Weigerta, nie stwierdzono innych zmian oprócz bardzo niezna- cznego wyświeetlenia okolicy pęczka Golla.

Na skrawkach, barwionych sposobem Nissla, zwróciłem specjalną uwagę na część szyjną i górną grzbietową, t. j. te miejsca, gdzie znajdują się komórki ruchowe mięśni kończyn górnych.

Komórki przeważnie były napęczniałe, zawierały dużo żółtego barwnika, jądro często było przesunięte ku obwodowi komórki. Ziarnistość Nissla po większej części była zachowana, rzadko komórki były w stanie tygrolizy. Naczynia w przednich rogach były rozszerzone i przepelnione krwią.

Nerwy obwodowe barwiono według Unny, Manna, Bielschowskiego, thioniną, kwasem osmowym, safraniną i szkarłatem (Scharlach R.). Były zbadane nerwy kończyn górnych i dolnych. Wszędzie zmiany miały jednakowy charakter, najwyraźniej występowały w nerwach promieniowych, wybitne były również i w drobnych gałązkach innych nerwów.

Preparaty, barwione wielobarwnym błękitem według Unny, wykazywały bujanie komórek otoczek nerwu i ścian naczyń. Niekiedy naokoło tych ostatnich zbierały się różne komórki, między innymi—dużo tucznych. Na tych że preparatach wyraźnie występował rozrost zarodki komórek Schwanna, wewnątrz której leżało bardzo dużo ziarenek Reicha.

Co do stanu otoczki myelinowej mogłem orientować się na preparatach, barwionych kwasem osmowym i po części na preparatach, przygotowanych według sposobu Manna. Myelina miej-

scami pęczniała i barwiła się bardzo mocno na czarno, niekiedy zaś zupełnie rozpadała się na kawałeczki lub krople. Część włókien była w stanie zupełnego rozpadu, jak w zwyrodnieniu Wallera. W nerwach promieniowych było dużo włókien, pozbawionych myeliny.

Preparaty, barwione według Manna, jak i preparaty, barwione sposobem Unny, wykazywały powiększenie ilości zarodki komórek Schwanna. To ostatnie nie było jednak nadzwyczaj wybitne.

Preparaty, barwione według Bielschowskiego, Ramon y Cajala i Manna, pozwalały orientować się co do stanu włókienek osiowych. Wogóle zmiany we włókienkach osiowych były niewielkie. Czasami zarysy ich były nieprawidłowe, gdzieniegdzie włókienka osiowe rozpadały się zupełnie.

W wielu nerwach spotykałem zupełnie zniszczone włókna (zwyrodnienie Wallera), czasami zaś bardzo wyraźnie występował odcinkowy charakter sprawy.

W nerwach promieniowych sposobem Herxheimera wykryłem tłuszcz zarówno w elementach nerwowych (komórkach Schwanna), jak i w komórkach mezodermy.

Mięśnie były barwione hematoxyliną i eozyną oraz błękitem wielobarwnym według Unny. Mięsień trójgłowy ramienia prawego. Obraz pstry: między prawidłowo zbudowanymi pęczkami mięsnymi znajdują się mniej lub więcej zmienione. W tych ostatnich rzuca się w oczy różnorodność rozmiarów włókien mięśniowych. Oprócz włókien średniej wielkości widzimy napęczniałe i zupełnie małe. Napęczniałe włókna barwiły się bardzo mocno eozyną (zwyrodnienie woskowe?) i zatraciły swe prążkowanie. Napęczniałe włókna często dzielą się. Liczba jąder powiększona przeważnie naokoło włókien ściętych, jądra ułożone pasmami. W ścianach naczyń komórki napęczniałe i ilość ich zwiększona. Około naczyń gdzieniegdzie limfocyty i tuczne komórki.

Mięsień odwracający krótki lewy. Również pstry obraz. Różne pęczki przedstawiają się nie tylko nie jednakowo, lecz nawet części jednego i tego samego pęczka mięśniowego nie zawsze mają jednolity charakter. Rzuca się w oczy wszędzie mniej lub więcej wyraźne powiększenie liczby jąder. Najwięcej ich jest tam, gdzie włókna ściętych. Wogóle rozmiary włókien mięśniowych są różnorodne. Obok włókien względnie prawidłowej wielkości spotykamy włókna bardzo grube lub bardzo cienkie. Pierwsze są ziarnisto lub szklisto zwyrodniałe, drugie zwykle mają wygląd prawidłowy, czasami jednak są nieco ziarniste. Miejscami ilość jąder jest tak powiększona, że tworzą się wrzekome komórki olbrzymie. Tu i ówdzie widzimy luki, zależne od tego, że chorobowo zmienione włókna wypadały.

Naczynia mają zgrubiałe ścianki, a około naczyń włoskowatych w przestrzeniach chłonnych zbierają się limfocyty i komórki tłuszczne. Tych ostatnich jest bardzo dużo między włóknami mięśniowymi w miejscach silniej zmienionych.

Mięsień prostujący palec ogólny prawy. Ogromne zmiany. Niezmienionych włókien niema wcale: wszystkie nadzwyczaj ścięczałe, a liczba jąder niepomiarowo zwiększona; miejscami włókna łamią się. W wielu miejscach zamiast tkanki mięśniowej spotykamy tkankę tłuszczową lub łączną. Liczba naczyń jest powiększona. Naczynia rozszerzone i przepelnione krwią, a ściany ich zgrubiałe, przeważnie błona zewnętrzna. W ścianach drobniejszych naczyń bujanie komórek.

Mięsień przywodzący wielki prawy. Zmian niema.

Mięsień spodni łydkowy lewy. Jąder bardzo dużo. Ściany naczyń — nacieczone i zgrubiałe. Gdzieniedzie pojedyncze woskowo zwyrodniałe włókna mięśniowe,

Zestawiając wyniki badania drobnowidzowego w naszym przypadku, widzimy, że z całego układu nerwowo-mięśniowego największe zmiany były w mięśniach wyprostnych kończyn górnych. Charakterystyczne jest dla sprawy w mięśniach w naszym przypadku to, że zmianom ulega nierównomiernie cały mięsień, lecz tylko pojedyncze włókna mięśniowe i do tego nie zawsze w jednakowym stopniu.

Oprócz tkanki mięsnej w sprawie brały udział naczynia i tkanka łączna. W ścianach naczyń komórki pęczniały, liczba była powiększona; oprócz tego, miało miejsce nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Sądzę, że mamy tutaj do czynienia z bardzo przewlekłym zapaleniem, które zajmuje przeważnie miąższ mięśni (*myositis chronica parenchymatosa*).

Daleko mniejsze zmiany znaleziono w nerwach obwodowych i w komórkach ruchowych rdzenia.

W nerwach obwodowych, przeważnie w promieniowych, stwierdzono przewlekły stan zapalny. Naczynia występowały bardzo wyraźnie. Komórki ścian naczyń barwiły się bardzo mocno, były napęczniałe, a liczba ich była większa niż normalnie. Gdzieniedzie około naczyń zbierały się komórki mezodermy. Komórki tkankolącznych otoczek nerwów (*epi—, peri—, i endoneurium*) były w stanie bujania. Elementy nerwowe (*myelina, komórki Schwanna i włókienka osiowe*) podlegały mniej lub więcej wybitnym zmianom. Przeważnie dawał się zauważyć rozrost zarodki komórek Schwanna i początkowy okres

rozpadu myeliny, włókienka osiowe zaś uległy nieznacznym zmianom. Niektóre jednak włókna zupełnie rozpadały się (zwyrodnienie Wallera).

Zmiany w rdzeniu polegały na przekrwieniu rogów przednich części szycznej, napęcznieniu komórek ruchowych, przemieszczeniu w nich jądra ku obwodowi i na obecności dużej ilości żółtego barwnika.

W korze mózgowej spostrzegano wyraźne nacieczenie naczyń limfocytami i przepełnienie temi ostatniemi chłonnych przestrzeni okołokomórkowych.

We wszystkich narządach wewnętrznych stwierdzono mniej lub więcej wybitne zapalenie śródmiąższowe przewlekłe ze znacznymi zmianami w naczyniach i tkance łącznej.

Podkreślić należy fakt, że chociaż najczęściej zmienione były mięśnie wyprostne kończyn górnych i nerwy promieniowe, jednak i inne mięśnie i nerwy nie były zupełnie wolne od zmian.

Nacieczenie drobnokomórkowe naczyń i nacieczenie przestrzeni chłonnych okołokomórkowych w korze mózgowej tłumaczą zaburzenia psychiczne, spostrzegane u naszej chorej za życia.

Z opisu zmian, wykrytych w naszym przypadku, wynika, że cierpiał cały ustroj, gdyż nie było narządu, który byłby wolny od zmian. Nawet w narządach najmniej zmienionych znajdowano zawsze zmiany w naczyniach, skąd należałoby wnosić, że pierwotne zmiany dotyczą naczyń krwionośnych, co stwierdzają zresztą nasze poprzednie badania doświadczalne (28).

Z różnych części układu nerwowomięśniowego największe zmiany w przypadku omówionym stwierdzono w niektórych mięśniach.

Dla łatwiejszego zorientowania się uważam za pożądane zrobić krótki przegląd zmian drobnowidzowych w przypadkach otrucia ołowiem, opisanych w dostępnej mi literaturze.

1. Lancereaux 1862.

Objawy kliniczne. 37-letnia malarka, choruje od 23 lat. Kolki ołowicze. Arthralgia. Paralysis extensorum extremitatum super. Paraplegia inferior. Amaurosis. Nephritis interstitialis.

Układ nerwowy ośrodkowy. Zmiany zanikowe w komórkach zgrubienia szycznego. Zanik korzeni.

Nerwy obwodowe. Ziarnisty rozpad myeliny i rozrost tkanki łącznej w nerwie promieniowym (zanik).

Mięśnie. Zwyrrodnienie. Nierównomierność natężenia sprawy, aż do zupełnego znikania tkanki mięśniowej.

2. Lancereaux 1863.

Objawy kliniczne. 36-letni zecer. Paralysis saturnina.
 Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń i mózg bez zmian.
 Nerwy obwodowe. Zwyrrodnienie gałązek nerwu promieniowego.
 Mięśnie. Zwyrrodnienie mięśni (rozpad ziarnisty).

3. Lancereaux 1871.

Objawy kliniczne. 43-letni malarz.
 Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń i korzenie bez zmian.
 Nerwy obwodowe. Zwyrrodnienie gałązek nerwu promieniowego.
 Mięśnie. Zanik mięśni. Powiększenie liczby jąder.

4. Kussmaul i Maier 1872.

Objawy kliniczne. 37-letni malarz. Kolki ołowicze.
 Narządy wewnętrzne. Zanik śluzówki w żołądku i kiszkiach i rozrost tkanki łącznej (nieżyt przewłokły). Tłuszczowe zwyrrodnienie mięśnia sercowego.
 Układ nerwowy ośrodkowy. Tylko zgrubienie ścian naczyń.
 Nerwy obwodowe. Skleroza zwojów współczulnych kiszek.

5. Gomblaut 1873.

Objawy kliniczne. 48-letnia malarka. Nephritis interstitialis.
 Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń i korzenie bez zmian.
 Nerwy obwodowe. Zwyrrodnienie nerwów promieniowych: rozrost tkanki łącznej, puste otoczki Schwanna, włókienka zaś osiowe nie przerywają się.
 Mięśnie. Prosty zanik. Pęcznienie i dzielenie się włókien mięśniowych, rozmnażanie jąder i rozrost tkanki łącznej.

6. Bernhardt 1874.

Objawy kliniczne. 47-letni malarz. 2 lata trwające porażenie górnych kończyn.
 Układ nerwowy ośrodkowy. Zgrubienie i zwapnienie opony twardej. Zmętnienie opony miękkiej mózgu. Stwardnienie naczyń mózgu. Przedni róg szczyjnej części rdzenia po stronie porażenia przekrwiony i powiększony.
 Mięśnie. Prądkowanie wazkie lub zupełnie zniesione. Liczba jąder powiększona. Dużo falistej tkanki łącznej.

7. Westphal 1874.

Objawy kliniczne. Ten sam przypadek, co wyżej u Bernhardta.
 Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń bez zmian (?), korzenie również.
 Nerwy obwodowe. Dużo cienkich pozbawionych myeliny włókien w nerwach promieniowych.

8. Tiburtius 1876.

Objawy kliniczne. Paralysis saturnina et epilepsia.

Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń bez zmian.

Nerwy obwodowe. W pniu nerwów promieniowych—grupy cienkich pozbawionych myeliny włókien. Drobne gałązki wspomnianych nerwów—zwyrodniałe.

Mięśnie. „Zwykłe“ (zanikowe?) zmiany w mięśniach wyprostnych.

9. Goldflam 1877.

Objawy kliniczne. 19-letnia robotnica z fabryki czcionek. Kolki ołowicze. Porażenie wszystkich kończyn.

Narządy wewnętrzne. Pneumonia crouposa. Pleuritis purulenta. Myodegeneratio adiposa cordis. Nephritis.

Układ nerwowy ośrodkowy. Zanik komórek rogów przednich części szyjnej rdzenia. Zanik siatki myelinowej, rozrost gleju i rozrost naczyń, małe wybroczyny. Rozlana sprawa w istocie białej. Zwyrrodnienie korzeni. W części lędźwiowej rdzenia tylko zanik komórek rogów przednich.

Nerwy obwodowe. Zwyrrodnienie myeliny lub zupełny zanik tej ostatniej. Brak zmian naczyniowych. Sprawa chorobowa zajmuje nie cały pęczek nerwowy, lecz tylko pojedyncze włókna.

Mięśnie. Sprawa zwyrodniająca w mięśniach.

10. Vulpian 1879.

Układ nerwowy ośrodkowy. Poliomyelitis (zwyrodnienie koloidalne lub zanik komórek, powiększenie liczby jąder), sklerotyczne ogniska w korzeniach.

11. Friedländer 1879.

Objawy kliniczne. 59-letni malarz, chorował 4 lata. Kolki ołowicze. Paralysis saturnina.

Układ nerwowy ośrodkowy. Makroskopowo rdzeń i korzenie bez zmian.

Nerwy obwodowe. Zwyrrodnienie gałązek nerwowych, rozgałęziających się w mięśniach.

Mięśnie. Zanik mięśni, powiększenie liczby jąder, rozrost tkanki łącznej.

12. Eisenlohr. 1880.

Objawy kliniczne. 36-letni mężczyzna. Pierwszy napad kolek 10 lat przed śmiercią. Paralysis extensorum antibrachiorum et musculorum peroneorum. Adynamia cordis.

Narządy wewnętrzne. Wązka aorta. Przerost ścian komór serca. Pneumonia crouposa. Perisplenitis, induratio lienis. Nephritis interstitialis chronica. Perihepatitis.

Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń i jego opony bez zmian.

Nerwy obwodowe. Sprawa zanikowa w nerwach, rozrost tkanki łącznej.

Mięśnie. Zanik mięśni, rozrost komórek omięsnej (perimysium).

13. Zunker 1880.

Objawy kliniczne. 36-letni malarz. Kilka napadów kolek i porażeń. Gruźlica płuc. Nephritis chronica. Paralysis extensorum et peroneorum.

Układ nerwowy ośrodkowy. Ogniska zanikowe w istocie szarej. Zanik komórek ruchowych.

Nerwy obwodowe. Rozpad myeliny, powiększenie liczby jąder, rozrost tkanki łącznej. (Neuritis).

Mięśnie. Obraz pstry: Niektóre włókna ścięczałe, inne w stanie ziarnistego rozpadu, inne—szklisto zwyrodniałe. Wszędzie powiększenie liczby jąder. Miejscami tkanka mięsna została zastąpiona przez tkankę łączną. (Myositis).

14. Charteris 1881.

Objawy kliniczne. Epilepsia. Paralysis saturnina. 16-letni garniarz.

Mięśnie. Ścieńczenie włókien, koloidowe zwyrodnienie, powiększenie liczby jąder.

15. Minor 1881.

Objawy kliniczne. Porażenie wszystkich kończyn.

Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń bez zmian. Zmiany w korzeniach przednich.

Nerwy obwodowe. Nerwy bez zmian.

Mięśnie. Zanik zwyrodniający.

16. Duplaix et Lejard 1883.

Nerwy obwodowe. Nerwy zwyrodniałe.

Mięśnie. Zanik i zwyrodnienie.

17. Oeller 1883.

Objawy kliniczne. Kolki ciowicze. Od 5 miesięcy paralysis saturnina.

Narządy wewnętrzne. Anasarca. Hydrops. Oedema pulmonum. Cor bovinum. Nephritis interstitialis.

Układ nerwowy ośrodkowy. W szczyjnej części rdzenia wybroczyny i rozmiękczenia w istocie szarej, zwyrodnienie komórek, skleroza naczyń.

Mięśnie. Zanik skutkiem nieczynności.

18. Oppenheim 1885.

Objawy kliniczne. 33-letni robotnik. Paralysis saturnina.

Narządy wewnętrzne. Hypertrophia cordis. Bronchopneumonia et gangraena pulmonum. Nephritis interstitialis.

Układ nerwowy ośrodkowy. Przekrwienie rogów przednich szwnej części i ogniska sklerotyczne. W mózgu wybroczyna i stara torbiel po wylewie krwawym.

Nerwy obwodowe. Cienkie włókna w n. gołeniowym tylnym. N. pośrodkowy i czuciowa gałązka n. promieniowego mało zmienione. Silne zwyrodnienie gałązek śródmięśniowych.

Mięśnie. Znaczne zwyrodnienie.

19. Robinson 1885.

Nerwy obwodowe. Zanik i zwyrodnienie.

Mięśnie. Zanik i zwyrodnienie.

20. Schultze 1885.

Objawy kliniczne. Paralysis saturnina. Nephritis interstitialis.

Narządy wewnętrzne. Zmiany w naczyniach narządów wewnętrznych. Enteritis et colitis.

Układ nerwowy ośrodkowy. Nie było zmian w rdzeniu.

Nerwy obwodowe. Zwyrodnienie nerwów promieniowych. W splecie ramieniowym znaczna liczba cienkich włókien i powiększenie liczby jąder.

Mięśnie. Zwyrodnienie.

21. Putnam 1887.

Układ nerwowy ośrodkowy. Zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym.

Nerwy obwodowe. Zmiany w nerwach.

22. Vierordt 1887.

Objawy kliniczne. Paralysis saturnina od 11-tu miesięcy.

Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń i korzenie przednie zdrowe.

Nerwy obwodowe. Zwyrodnienie nn. promieniowego, pośrodkowego i łokciowego(?).

Mięśnie. Zwyrodnienie mięśni.

23. Dèjérine-Klumpke 1889.

Objawy kliniczne. 42 letni malarz pokojowy. Ma do czynienia z ołowiem od 15 lat. 9 lat temu pierwszy napad kolki ołowiczej. Paralysis saturnina (prawie wszystkie mięśnie górnych kończyn). Vitium cordis. Nephritis.

Narządy wewnętrzne. Emphysema et oedema pulmonum. Hypertrophia et dilatatio cordis. Stenosis mitralis et aortae. Myocarditis. Hepar muscatum. Nephritis interstitialis.

Układ nerwowy ośrodkowy. Rdzeń utrwalony w solach chromowych, bez zmian, z wyjątkiem zgrubienia przegród tkankowych. Korzenie przednie zdrowe.

Nerwy obwodowe. Największe zmiany w drobnych śródmięśniowych gałązkach. Rozpad myeliny, czasami o odcinkowym charakterze. Dużo cienkich, młodych, odradzających się (?) włókien. Najwięcej ucierpiałły nerwy promieniowe.

Mięśnie. Nierównomierna sprawa rozlana zanikowa. Słaby stopień zapalenia mięśni śródmięszkowego. Endo—et periarteriitis słabo wyrażone.

24. Eichhorst 1890.

Objawy kliniczne. Od 2 lat kolki. Od 7 dni porażenie mięśni wyprostnych, zaburzenia czucia i zaniki drobnych mięśni. Zaburzenia przytomności. Drgawki.

Narządy wewnętrzne. Oedema pulmonum. Atrophia pigmentosa cordis. Tumor lienis.

Układ nerwowy ośrodkowy. Oedema cerebri. Leptomenigitis chronica. Rdzeń bez zmian.

Nerwy obwodowe. Zmiany w nerwach promieniowych: puste otoczki Schwanna, powiększenie liczby jąder i zmiany w naczyniach.

Mięśnie. Mięśnie zdrowe.

25. Ceni 1897.

Objawy kliniczne. Paralysis saturnina u 46-letniego robotnika.

Układ nerwowy ośrodkowy. Zmiany w komórkach zwojowych mózgu. Sklerotyczne ogniska pochodzenia zapalnego. Mózdzek bez zmian. W rdzeniu zwyrodnienie komórek i nacieczenie ścianek naczyń.

Nerwy obwodowe. Największe zmiany w nn. promieniowym i pośredkowym. Rozpad myeliny, rozrost komórek Schwanna i zmiany we włóknach osiowych, które jednak nigdzie nie przerywają się. Rozrost tkanki łącznej.

Mięśnie. Przerost i tuż obok zanik włókien mięśniowych. Woskowe, ziarniste i szkliste zwyrodnienie. Powiększenie liczby jąder. Bujanie tkanki łącznej.

26. Philippe et Gothard 1903.

Objawy kliniczne. Paralysis saturnina u 37-letniego malarza na szkle. Encephalopathia.

Układ nerwowy ośrodkowy. Poliomyelitis anterior chronica.

Nerwy obwodowe. Wtórne zwyrodnienie nerwów.

27. Spiller 1903/1904.

Układ nerwowy ośrodkowy. Rozrost śródbłonka na powierzchni mózgu i w przestrzeniach chłonnych okołokomórkowych. Zmiany w oponie miękkiej mózgu, w komórkach rogów przednich rdzenia i w zwojach mózgowo-rdzeniowych.

Nerwy obwodowe. Zwyrodnienie.

Mięśnie. Zwyrodnienie.

28. Cadwalader 1912.

Objawy kliniczne. I. 53-letni malarz. Kolki ołowicze. Porażenie. Układ nerwowy ośrodkowy. Wybitne zmiany w komórkach rogów przednich, słabe zwyrodnienie słupów bocznych.

29. Cadwalader 1912.

Objawy kliniczne. II. 30-letni robotnik. Porażenie i zanik drobnych mięśni rąk. Śmierć z powodu udaru mózgowego. Układ nerwowy ośrodkowy. Zgrubienie i rozrost opony miękkiej. Wybroczyny krwawe pod oponą. Rdzeń nie badany.

Analizując przypadki, zbadane dokładniej, przekonywamy się, że w wielu razach miały miejsce zmiany w całym układzie nerwowo-mięśniowym (przypadki Lancereaux I (22) Bernhardta (2), Goldflama (16), Zunkera (51), Oppenheima (32), Cenięgo (3), Philippe et Gotharda (33) i Spillera (44). W niektórych przypadkach (II (23) i III (24) Lancéreaux, Gomblauta (47), Tiburtiusa (47), Eisenlohra (11), Minora (29), Schultzego (43), Vierordta (48) i Eichhorsta (10) rdzeń lub wogóle układ nerwowy ośrodkowy przy badaniu drobnowidzowem okazał się bez zmian. Naturalnie, o niezmienionych ośrodkach nerwowych nie może być mowy tam, gdzie one nie były badane, lub badane były niedostatecznie (przypadki Friedländera (15), Duplaix i Lejarda (9) Robinsona (40), Déjérine-Klumpke (5). Znamienną jest rzeczą, że mięśnie były zmienione we wszystkich przypadkach, w których badano mięśnie drobnowidzowo, z wyjątkiem jedyne go przypadku Eichhorsta (10). Co do natężenia zmian nie można podać ścisłych danych, albowiem w wielu przypadkach danych co do tego w opisie nie znajdujemy. Gdzie jednak był podany dokładniejszy opis, tam widzimy, że sprawa chorobowa w mięśniach była bardzo posunięta, a w bardzo wielu przypadkach daleko silniej była wyrażona w mięśniach, niż w innych częściach układu nerwowo-mięśniowego. Toż samo miało miejsce i w przypadku, spostrzeganym przezemnie.

Pozwolę sobie dłużej zatrzymać się na wyjaśnieniu, z jaką sprawą chorobową w mięśniach mamy do czynienia w porażeniach ołowicznych. W moim przypadku (22), również i w wielu innych (Lancereaux (4), Zunker (51), Déjérine-Klumpke (5), Ceni (3)], jako cecha charakterystyczna występuje różnorodność obrazu drobnowidzowego: tuż obok ścięćczyłych włókien mięśniowych znajdowały się włókna przerośnięte, obok włókien

w stanie zwykłego zaniku—włókna zwyrodniałe szklisto, ziarnisto lub koloidowo. Taka różnorodność przejawów sprawy chorobowej przemawia przeciwko biernemu charakterowi sprawy, przeciwko zanikowi wskutek nieczynności lub zanikowi z powodu przerwania funkcji nerwu obwodowego. Udział zaś naczyń i tkanki łącznej naprowadza na myśl o zapaleniu mięszowym przewłokiem.

Na zasadzie danych z piśmiennictwa oraz na podstawie spostrzeganego przeze mnie przypadku dochodzimy do następujących wniosków:

1) W zatruciu ołowiem znajdujemy zmiany w całym ustroju. Sprawa zaczyna się od zmian w drobnych naczyniach, z powodu czego zajęty jest mięsz narządów, wtórnie zaś rozrasta się tkanka łączna, w rezultacie powstaje marskość wszystkich narządów.

2) W tych przypadkach, gdzie klinicznie były spostrzeganе porażenia, zwykle dokładne badania drobnowidzowe wykazywało zmiany w całym układzie nerwowo-mięśniowym.

3) Biorąc pod uwagę najczęstsze i najwybitniejsze występowanie zmian w mięśniach, nawet wtedy, gdy w innych częściach układu nerwowo-mięśniowego zmiany były bardzo nieznaczne, przypuszczać należy, że najwcześniej ulegają zmianom mięśnie.

4) Sprawę chorobową tak w mięśniach, jak i w nerwach obwodowych określić możemy jako zapalenie mięszowe przewłokłe (*Myositis et neuritis parenchymatosa degenerativa chronica*).

PIŚMIENNICTWO.

1) Adamkiewicz. Zwei Parallelfälle: Poliomyelitis—Bleilähmung. *Charité Anal.* 1879. IV.

2) Bernhardt. Zur Pathologie der Radialisparalysen. *Arch. f. Psych.* Bd. IV. H. 3. 1874.

3) Ceni. Ueber die Pathogenese der Bleilähmung. *Arch. f. Psych.* Bd. 29. 1897. S. 566.

4) Cadwalader. Thy amyotrophy of lead poisoning with increased reflexes. *Jour. of nerv. and ment. dis.* 1912. N. 3.

- 5) **Charteris**. Case of lead poisoning ending in convulsions and death. *Lancet*. 1881. Febr. 26. p. 331 (cyt. według *Jahrb. Virch.* XVI. S. 417).
- 6) **Déjérine-Klumpke**. Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier. Paris. 1889.
- 7) **Déjérine**. L'existence d'altération des racines antérieurs dans la paralysie saturnine. *Progrés méd.* 1879. N. 7.
- 8) **Déjérine**. Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie saturnine. *Gaz. méd. de Paris*. 1879. N. 12.
- 9) **Doinikow**. Beiträge zur Histologie und Histopathologie des peripheren Nerven. *Histolog. u. Histopathol. Arbeiten von Nissl u. Alzheimer*. 1911. Bd. IV. H. 3.
- 10) **Duploix et Lejard**. Note sur un cas d'atrophie saturnine. *Arch. génér. de méd.* 1883. II. Nov.
- 11) **Eichhorst**. Ueber Bleilähmung. *Virch. Arch.* 1890. H. 1.
- 12) **Eisenlohr**. Ein Fall von Bleilähmung nebst Bemerkungen über generalisirte parenchymatöse Neuritis. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1880. XXVI. H. 5—6.
- 13) **Erb**. Bleilähmung der Unterextremitäten. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1868. IV.
- 14) **Erb**. Ein Fall von Bleilähmung. *Arch. f. Psych.* 1875. V.
- 15) **Fischer**. Lead poisoning with special reference to the spinal cord and peripheral nerve lesions. *Ancer. Journ.* July. 1892. p. 51 (cyt. według *Jahrb. Virch.* XXVII. S. 371).
- 16) **Friedländer**. Anatomische Untersuchung eines Falles von Bleilähmung nebst Begründung der myopatischen Natur dieser Affection. *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* 1879. LXXV.
- 17) **Goldflam**. Ein Fall von Bleilähmung. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhlk.* Bd. III. S. 343. 1877.
- 18) **Gomblaut**. Contribution à l'histoire anatomique de l'atrophie musculaire saturnine. *Arch. de Physiol. norm. et pathol.* 1873.
- 19) **Gomblaut**. Contribution à l'étude anatomique de la névrite parenchymateuse subaigue et chronique. Névrite semgantaire periaxiale. *Arch. de Neurol.* 1880. Vol. I.
- 20) **Harnack**. Ueber die Wirkung des Bleies auf den thierischen Organismus. *Arch. f. exp. Pathol. und Pharmak.* 1878. Bd. 9.
- 21) **Kast**. Notizen zur Bleilähmung. *Centrbl. f. Nerheilk.* 1880 N. 8 (cyt. według Rybakowa).
- 22) **Kussmaul und Maier**. Zur pathologischen Anatomie des chronischen Saturnismus. *Arch. f. klin. Med.* 1872. Bd. 9. S. 285.
- 23) **Lancereaux**. Saturnisme chronique. *Gaz. méd. de Paris*. 1862. N. 70.
- 24) **Lancereaux**. De l'altération des reins dans l'intoxication saturnine. *L'Union médicale*. 1863 N. 150.
- 25) **Lancereaux**. Saturnisme chronique avec accès de gouttes et arthrites uratiques. *Gaz. méd. de Paris*. 1871. p. 385.
- 26) **Leyden**. Ein Fall von Bleivergiftung. *Pathologische Anatomie*

der Bleilähmung. Deut. med. Wochenschr. 1883. IX. (cyt. według Rybakowa).

27) R. Maier. Experimentelle Studien über Bleivergiftung. Virch. Arch. 1882. Bd. 90. S. 455.

28) Mayer. Lésions des nerfs intramusculaires dans un cas de paralysie saturnine. Gaz. méd. de Paris. 1877. N. 19 (wedł. Eichhorsta).

29) Messing. Zmianienia wó wnutriennich organach pri swincowom otrawieniu i żywotnych. Medicinskoje Obozrenje. 1912. (Praca ta będzie ogłoszona drukiem w Przeglądzie lekarskim).

30) Minor. K uczeniu o swincowom paralicze. Wojenno-medicin. žurn. 1881.

31) Oeller. Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. Deutsch. med. Wochenschr. 1883. N. 6.

32) Ollivier. Des atrophies musculaires. Thèse. Paris. 1869.

33) Oppenheim. Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. Arch. f. Psych. 1885. Bd. 16.

34) Philippe et Gothard. Beiträge zum Studium des zentralen Ursprunges der Bleilähmungen. Soc. de neuroł de Paris. 15. I. 1903. Neurol. Centrbl. 1903. S. 889.

35) Popow. Ueber die Veränderungen im Rückenmarke nach Vergiftung mit Arsen, Blei und Quecksilber. Virch. Arch. 1893. Bd. 93. S. 351.

36) Prevost et Binet. Recherches experiment. sur l'intoxication saturnine. Révue médic. de la Suisse Rom. 1889. (cyt. według Jahrb. Virch. XXIV).

37) Putnam. On the frequency with which lead is found in the urine and on certain points in the symptomatology of chronic lead poisoning Boston med. and surg. Journ. 1887. July (cyt. według Jahrb. Virch. XXII. S. 386).

38) Remak. Zur Pathogese der Bleilähmungen. Arch. f. Psych. 1875. Bd. VI.

39) Renault. Sur l'intoxication saturnine chronique. Thèse 1875.

40) Renault. Remarques anatomiques et cliniques sur deux points particuliers de l'intoxication saturnine chronique. Gaz. méd. de Paris. 1878. N. 32.

41) Robinson. On the nervous lesions produced by leadpoisoning. Brain. 1885. Januar.

42) Rybakow. Eksperimentalnyje matierjały k uczeniu o swincowych paraliczach. Moskwa. 1899.

43) Schaffer. Ueber Veränderungen der Nervenzellen bei experimentellen chronischen Blei-, Arsen- und Antimonvergiftungen. Ungar. Arch. f. Medicin. 1893. (według Rybakowa).

44) Schultze. Ueber Bleilähmung. Arch. f. Psych. 1885. Bd. 16.

45) Spiller. S. W. Pathology of Nervous System in a case of lead poisoning. Journ. Med. Research. 1903/1904. Vol. 5. (cyt. według Erg. d. allg. Pathol. Lubarsch und Oestertag. XII. S. 365).

46) Stieglitz. Eine experimentelle Untersuchung über Bleivergi-

ftung mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen am Nervensystem. Arch. f. Psych. 1892. Bd. 24. H. 1. S. 1.

47) **Stransky**. Ueber diskontinuirliche Zerfallsprozesse an der peripheren Nervenfasern. Journ. f. Psychol. und Neurol. 1902. Bd. I. S. 169.

48) **Tiburtius**. Die Extensorenlähmung bei chronischen Bleivergiftung. I. D. Zürich. 1876. (cyt. według Cenięgo).

49) **Vierordt**. Zur Frage vom Wesen der Bleilähmung. Arch. f. Psych. 1887. Bd. 18. S. 48.

50) **Vulpian**. Atrophie musculaire progressive chez un saturnin. Clin. méd. de la Charité. 1878. (cyt. według Rybakowa).

51) **Westphal**. Ueber eine Veränderung des Nervus radialis bei Bleilähmung. Arch. f. Psych. 1874. Bd. IV.

52) **Zunker**. Zur Pathologie der Bleilähmung. Zeitschr. f. klin. Med. 1880. Bd. I.

Warszawa, dnia 18 października 1913 r.

Z pracowni szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“
pod Łodzią.

ODCZYN HEMOLIZYNOWY (WEILA i KAFKI) W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM.

podał

STANISŁAW WIĘCKOWSKI.

Ordynator szpitala.

Wyniki badań nad zmianą przepuszczalności naczyń opon w przebiegu ostrych i przewlekłych schorzeń opon mózgowo-rdzeniowych są dziełem dopiero lat ostatnich. Wiadomo, że w zdrowych oponach przepuszczalność naczyń jest minimalną zarówno dla substancji, normalnie w krwi znajdujących się, jak i dla sztucznie wprowadzonych do ustroju. Nie mówimy tu naturalnie o przypadkach przeładowania krwi wytworami chorobotwórczymi przemiany materji (diabetes mel., uraemia) lub środkami leczniczymi jak brom, chloroform przy bardzo forsownej kuracji. Tu zmiany ciśnienia osmotycznego powoduje chwilowe przedostawanie się substancji tych ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego. Jest to jednak zjawisko chwilowe i nie stojące w związku ze schorzeniem opon. Dopiero zmiany patologiczne w oponach wywołują wzmogoną ich przepuszczalność. Wykorzystanie tych stosunków dla celów rozpoznawczych jest zasługą Weila i Kafki, którzy w pracy z r. 1911 podają reakcję, nazwaną przez nich hemolizynową, a mającą być charakterystyczną dla ostrego zapalenia opon, bez względu na etiologję, i dla porażenia postępującego. Opierając się na wynikach badań Salus'a i Migaschita, którzy wykryli w przedniej komorze oka u zwierząt uodpornionych niweczniki tylko w ilościach około 1000 razy mniejszych, niż w surowicy krwi, i na analogji warunków przenikania płynu do prze-

dniej komory z przenikaniem do przestrzeni mózgowo-rdzeniowej—Weil i Kafka postanowili zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy na zawartość już nie drogą sztuczną powstających niweczników, lecz normalnie w surowicy krwi ludzkiej znajdującego się dwuchwytnika dla krwinek barana. Ażeby uczulić na działanie dopełniacza 1 cm.³ 5% zawiesiny ciałek krwi barana w roztworze fizjologicznym chlorku sodu, potrzebna jest ilość dwuchwytnika, zawarta w 0,1 cm.³ surowicy. Gdyby surowicę zastąpić płynem mózgowo-rdzeniowym, to dla uczulenia należałoby, teoretycznie wyliczając, wziąć około 1000 razy więcej, a więc około 100 cm.³ płynu. Badania Weila i Kafki wykazały, że w przebiegu porażenia postępującego już $\frac{7}{10}$ tej ilości płynu wystarczy zazwyczaj by uczulić 1 cm.³ 5% zawiesiny ciałek krwi, a w przebiegu ostrych spraw zapalnych opon mózgowych—wywołać zupełną ich hemolizę. Widzimy ztąd, że ilość dwuchwytnika dla krwinek barana w płynie mózgowo-rdzeniowym musi być w przypadkach porażenia postępującego przynajmniej 10-0 krotnie podwyższona⁴ a w ostrych sprawach zapalnych opon—obok zwiększonej zawartości dwuchwytnika, płyn m.-rdz. zawierać musi także i dopełniacz stosunkowo w znacznej ilości. Obecność w płynie m.-rdz. składników, jakie w nim nie znajdują się wcale albo też tylko w minimalnych ilościach, a które normalnie istnieją w surowicy krwi, dowodzi wzmożonej przepuszczalności naczyń oponowych, umożliwiającej obfitsze przedostawanie się tych substancji z krwi do płynu m.-rdz.

Dlaczego w porażeniu postępującem napotykamy w płynie tylko dwuchwytnik, a w ostrych zapaleniach opon mózgowych także i dopełniacz w zwiększonej ilości—na to Weil i Kafka odpowiadają dwiema możliwościami: 1) albo przyczyną tu jest zmniejszona ilość dopełniacza w surowicy krwi paralityków, 2) albo też w obu omawianych cierpieniach mamy do czynienia z różnemi ilościowo lub jakościowo sprawami patologicznemi naczyń oponowych. Tę ostatnią możliwość tem częściej należy brać pod uwagę, że zmniejszenie się ilości lub brak zupełny dopełniacza w płynie paralityków nie przez wszystkich badaczy był spostrzegany jednakowo często. Eljasberg stwierdzał ten objaw u większej części badanych paralityków, Rössle u 4-ch na 13-tu badanych, Boas i Neve—u 20-tu na 75-iu paralityków i u 11-tu z pośród 103-ch badanych nieparalityków.

Podane w 3-ch pracach z r. 1911 i 1912 r. badania nad odczynem hemolizynowym, dokonane przez Weila i Kafkę na materjale, składającym się z przypadków zarówno porażenia postępującego i ostrego zapalenia opon m.-rdz., jak i innych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego lub wreszcie z osobników wolnych od tych schorzeń—dały następujące wyniki. Z pośród 15-tu przypadków zapalenia opon mózgowych ostrego, wszystkie dały dodatnią reakcję hemolizynową w płynie m.-rdz., w 14-tu z nich obok dwóchwytnika dla krwinek barana znaleziony był w płynie także i dopełniacz. Ze 109-iu badanych paralityków 87% wykazało obecność dwóchwytnika dla krwinek barana w płynie m.-rdz. W 9-iu przypadkach obok dwóchwytnika był znaleziony dopełniacz. Z pośród ujemnie reagujących, a więc nie wykazujących hemolizy przypadków, większa część nie posiadała dwóchwytnika także i w surowicy krwi, co naturalnie uniemożliwiało wykrycie go w płynie m.-rdz. Z pośród opisanych przez Weila i Kafkę przypadków szczególnie interesujące są t. zw. przypadki przejściowe, gdzie pomimo pewnych objawów somatycznych (Argyll Robertson, niedowłady mięśni ocznych, zaburzenia w odruchach) po przebytej kile nie występują na razie żadne objawy psychiczne. Z pośród 6-iu takich chorych u 3-ch znaleźli Weil i Kafka wyraźnie dodatni odczyn hemolizynowy w płynie, co zdaniem ich w rokowaniu traktować należy jako *signum mali ominis*.

Z pośród 72-ch przypadków, służących do kontroli, a między nimi obok innych psychoz były też psychozy pochodzenia syfilitycznego i metasyfilitycznego (wiad rdzenia i kiła mózgowa), ani jeden nie wykazał obecności dwóchwytnika w płynie m.-rdz.

Opierając się na wynikach swych doświadczeń, Weil i Kafka chcą widzieć w reakcji hemolizynowej czynnik, który, obok dużej wartości dyagnostycznej, rzuca pewne światło na patogenezę porażenia postępującego, jako wyrazu ciężkiego ogólnego schorzenia naczyń, powstającego na tle syfilitycznem. Wzmożona przepuszczalność naczyń dozwala na przenikanie ze krwi krążących w niej szkodliwych substancji do płynu m.-rdz., a nawet bezpośrednio do tkanki mózgowej i na wywieranie tutaj swego niszczącego wpływu.

Wczesne występowanie odczynu hemolizynowego, poprze-

dzające często objawy kliniczne porażenia, posiada wreszcie poważne znaczenie praktyczne.

Wyniki, ogłoszone przez Weila i Kafkę, skłoniły szereg badaczy do powtórzenia ich doświadczeń. Aż do ostatnich czasów we wszystkich pracach zgodnie uznawano tę reakcję (o ile nie brać pod uwagę przypadków ostrego zapalenia opon mózgowo-rdź.) za swoistą dla porażenia postępującego. Nonne z pośród 12-tu badanych paralityków znalazł u 6-iu dodatni odczyn hemolizynowy, u dwóch — niepewny. Eichelberg 9 razy na 15 przypadków znalazł reakcję dodatnią, podczas gdy z 50-iu chorych nie paralityków ani jeden dodatnio nie reagował. Boas i Neve w pracy, ogłoszonej w roku zeszłym, oświadczają, że na 49 przypadków kontrolnych, między którymi było 17 syfilityków i 1 przypadek władu rdzenia — ani razu nie mogli stwierdzić dodatniego odczynu hemolizynowego w płynie m.-rdź. Chorych na ostre zapalenie opon mózgowych badali 9-iu; z tych 2-ch wykazywało reakcję ujemną, u 5-iu znaleziono w płynie zarówno dwuchwytnik dla krwinek barana jak i dopełniacz, wreszcie 2-ch pacjentów wykazywało reakcję taką, jak w porażeniu postępującem, a więc stwierdzono tu w płynie jedynie dwuchwytnik. W porażeniu postępującem z pośród 42-ch przypadków znaleźli dwuchwytnik u 28-iu. Sześciu, z reagujących ujemnie, nie wykazało dwuchwytnika dla krwinek baranich również i w surowicy krwi; otrzymali przeto u 78% paralityków z zawartością w surowicy dwuchwytnika — dodatni odczyn hemolizynowy, co wynosi 67% wszystkich badanych przez nich paralityków. Zgodnie z Weilem i Kafką — Boas i Neve stwierdzają zależność między zawartością dwuchwytnika dla krwinek baranich w surowicy krwi i w płynie m.-rdź. Spostrzegane były jednak przez nich przypadki, gdzie obok miernej zawartości dwuchwytnika w surowicy — płyn m.-rdź. dawał wybitnie dodatni odczyn. Wytłomaczenie zjawiska tego chcą widzieć wymienieni autorowie w osłabieniu dwuchwytnika przy inaktywowaniu surowicy, które poprzedzać musi miareczkowanie w niej zawartości dwuchwytnika dla krwinek barana. Dodatkowo reakcji w płynie m.-rdź. bez zawartości dwuchwytnika w surowicy — autorowie ci nie stwierdzili. Przypadek taki opisuje Hauptmann, którego badania stwierdziły istnienie odczynu hemolizynowego u 77% paralityków. W jednym z tych przypadków przy

dotatniej reakcji, a więc stwierdzeniu dwuchwytnika w płynie m.-rdz. — w surowicy krwi chorego nie mógł go Hauptmann wykazać. Ciekawy był także drugi przypadek, w którym Hauptmann znalazł dodatnią reakcję hemolizynową w próchnicy kręgowów gruźliczej.

Zarówno Boas i Neve, jak przedtem jeszcze Weil i Kafka, miareczkowali reakcję t. j. próbowali uczulić do hemolizy 1 cm.³ krwinek barana za pomocą mniejszych niż zazwyczaj ilości płynu m.-rdz. i otrzymywali w daleko posuniętych wypadkach lub też w świeżych, ale szybko postępujących, wyniki dodatnie; dwa razy otrzymali oni odczyn hemolizynowy już z 0,25 cm.³ płynu m.-rdz., a więc z $\frac{1}{40}$ normalnie używanej dawki.

W kwietniu r. b. ukazała się druga o tym przedmiocie praca Boasa i Neve. Potwierdza ona naogół wyniki badań poprzednich co do czystości występowania odczynu u paralityków. Na 75 badanych przypadków u 7-u autorzy nie stwierdzili dwuchwytnika dla krwinek barana ani w surowicy, ani w płynie m.-rdz.; u 13-tu z zawartością dwuchwytnika w surowicy — w płynie nie można go było stwierdzić. Dodatnią reakcję otrzymano tu zatem w 73% wszystkich przypadków, a w 81% paralityków z zawartością dwuchwytnika w surowicy krwi. — Jednocześnie praca ta stwierdza nie notowane dotychczas w piśmiennictwie przypadki występowania odczynu hemolizynowego u dotkniętych więdem—w 3-ch przypadkach na 4 badane, przy jednocześnie dodatniej reakcji Wassermanna w płynie m.-rdz., i u syfilityków w okresie II-gim w 5-u przypadkach na 19 badanych, przyczem w 2-ch stwierdzono obok reakcji hemolizynowej dodatni odczyn Wassermanna i niezwykłą pleocytozę w płynie (768 i 720 limfocytów w 1 mm.³). Po przeprowadzeniu energicznego leczenia rtęciowego w przypadkach drugorzędowej kiły reakcja Wassermanna osłabła, hemolizynowa ustąpiła całkowicie. W ujawnionej tu patologicznej przepuszczalności naczyń oponowych Boas i Neve chcą widzieć wynik teoretycznie zrozumiałego procesu przy zmianach syfilitycznych drugorzędowych na oponach, które po przeprowadzeniu kuracji swoistej ustąpić mogą.— Jednocześnie nieomal ogłoszona praca Załozieckiego usiłuje sprowadzić występowanie reakcji hemolizynowej do zwiększonej ilości białka w płynie m.-rdz. i podkreśla występowanie odczynu w innych shorzeniach ośrodkowego układu nerwowego.

Przeprowadziwszy doświadczenia na materiale szpitala Kochanowieckiego doszliśmy do wyników, naogół zbliżonych do tych, jakie wykryli dotychczasowi eksperymentatorzy. Statystyka nasza obejmuje naogół 46 przypadków, z których 24 należy traktować jako klinicznie pewne porażenie postępujące, stwierdzone (z nielicznymi wyjątkami) dodatnią reakcją Wassermanna, pleocytozą i dodatnią próbą Nonne-Appelta w płynie m.-rdź. i 19 przypadków kontrolnych, między którymi 2 przypadki syfilisu mózgu, 1 syfilis urodzony z głupowatością (imbecillitas) i wreszcie 3 przypadki niepewnego porażenia, w których rozpoznanie wahać się musi między porażeniem postępującem z jednej strony, a kiłą mózgową z drugiej. Przy wykonywaniu reakcji trzymamy się dokładnie techniki, jaką podali Weil i Kafka z uwzględnieniem późniejszych ich modyfikacji.

Do 10 cm.³ wolnego od krwi i nie inaktywowanego płynu m.-rdź. dodajemy 1 cm.³ 5% zawiesiny trzykrotnie przemytych ciałek krwi barana w roztworze fizjologicznym chlorku sodu. Mieszanie wstawiamy na 2 godziny do ciepłarki przy 38°, by dwuchwytnik znajdujący się w płynie m.-rdź. mógł przy dłuższem zetknięciu się z krwinkami uczulić je do hemolizy. Co pewien czas (20—30 minut) wstrząsamy zawartość probówek. Po 2-ch godzinach wyjmujemy z ciepłarki, wirujemy płyn, odlewamy możliwie dokładnie pipetą i dodajemy do pozostałego osadu krwinek fizjologicznego roztworu soli do łącznej objętości 1 cm.³. Mieszamy, odlewamy do drugiej probówki 0,5 cm.³ zawartości i dodajemy do jednej probówki taką ilość dopełniacza (surowicy krwi świnki morskiej), która sama z 0,5 cm.³ 5% zawiesiny krwinek barana daje zaledwie ślad hemolizy, a do drugiej — połowę tej ilości. Dodajemy do każdej probówki fizjologicznego roztworu chlorku sodu do łącznej objętości 1 cm.³ Wstawiamy do ciepłarki (38°) wraz z probówkami kontroli. W czasie przebywania w ciepłarce probówki powinny być co pewien czas wstrząsane. Hemoliza często już po upływie $\frac{1}{2}$ godziny bywa widoczna zwłaszcza w przypadkach szybko posuwającego się porażenia postępującego. Przerywamy reakcję po 3-ch godzinach i wtedy według stopnia hemolizy krwinek, odczytujemy rezultat.

Do kontroli bierzemy 0,5 cm.³ 5% zawiesiny krwinek barana, do której dodajemy taką samą ilość dopełniacza, jaka była

użyta do płynów badanych, wreszcie dopełniamy fizjologicznym roztworem NaCl do objętości 1 cm.³

Przed każdą reakcją należy wykonać próbę, polegającą na wymiareczkowaniu siły dopełniacza t. j. określeniu tej ilości jego, jaka ma być użytą do reakcji. W tym celu do szeregu probówek wlewamy po 0,5 cm.³ zawiesiny trzykrotnie przemytych krwinek barana, dalej, jako dopełniacz, surowicę świnki morskiej w dawkach stopniowo zmniejszających się: 0,25; 0,2; 0,15; 0,1; 0,05 cm.³ Dopełniamy zawartość probówek roztworem soli do objętości 1 cm.³ Wstawiamy na 2 godziny do ciepłarki przy 38°. Po 2-ch godzinach określamy przy jakiej ilości dopełniacza tylko widoczny jest lekki ślad hemolizy. Wtedy tę odnalezioną ilość dopełniacza i dwukrotnie mniejszą używamy do reakcji. Sposób wykonywania poprzedzającej próby wyjaśnia tablica I.

Tablica I.

Dopełniacz	0,25	0,2	0,15	0,01	0,05
5% zawiesina krwinek barana	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Rozczyn fizjologiczny Na Cl	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45
Wynik	zupelna hemol.	zupelna hemol.	częścio- wa hem.	śląd he- molizy	całkowity brak hem.

Z pośród 24 zbadanych paralityków 15 dało wyniki wybitnie dodatnie, 1 po upływie 2-ch godzin dał lekką hemolizę w probówce z większą ilością dopełniacza, u 8-u wreszcie otrzymaliśmy zupełnie ujemne wyniki. — Rezultat podaje tablica II (patrz str. 623) z uwzględnieniem wyników reakcji Wassermana, próby Nonne Appelta i pleocytozy.

Dodatni wynik reakcji określamy za pomocą „+“ „+++“ „++++“ zależnie od stopnia i szybkości dokonania hemolizy.

Z omawianych przypadków tylko jeden (10-y) wykazał w płynie m.-rdz. obok dwóchwytnika i dopełniacz. Po 2-ch godzinach traktowania krwinek płynem w ciepłarce otrzymaliśmy płyn czerwony klarowny: krwinki tutaj uległy całkowitej hemolizie. Płyny chorych Nr 7 i Nr 18 były badane dwukrotnie: przed zastosowaniem leczenia rtęciowego i po niem. W obu ra-

Tablica II.

Numer	Nazwisko	Wynik	Was-ser:		Nonne Appelti.	Pleocytoza	Numer	Nazwisko	Wynik	Was-ser.		Nonne Appelti	Pleocytoza
			Surow.	Płyn.						Surow.	Płyn.		
1	Kow.	+++	+	+		13	Kam.	—	+	+	+	13	
2	Szt.	+++	+	+	+	4	14 Jaf.	—	+	+			
3	Krz.	+++	+	+		15	Ro.	+++	+	+	+	36	
4	Ol.	++	+	+	+	46	16 Biel.	++	+	+			
5	Faj.	—	+			17	Jas.	+++	+	+			
6	Ko.	—	+	+	+	22	18 We.	++	+	+	+	83	
7	Ag.	+++	+	+	+	36	19 En.	+++	+	+	+	52	
8	Pał.	—	+	+		20	Hi.	+++	+	+	+	55	
9	Musz.	—	+	+		21	Ba.	+	+	+	+	9	
10	Sze.	+—	+	+	+	42	22 Rad.	+++	+	+	+	24	
11	Mil.	—	+			23	Pal.	+++	—	+	+	76	
12	Mik.	—	+			24	Łac.	+	+	+	+		

zach po przeprowadzeniu kuracji reakcja wystąpiła o wiele słabiej niż poprzednio.

Wszystkie przypadki porażenia postępującego, dające ujemną reakcję Weila-Kafki, a także niektóre z pośród dodatnio reagujących, zbadaliśmy na zawartość dwóchwytnika dla krwinek barana w surowicy krwi. W tym celu dla wywołania hemolizy używaliśmy dopełniacz w stałej ilości—0,05 cm.³ surowicy świnki morskiej, a—zamiast drogą sztuczną przygotowanego dwóchwytnika—surowicę badaną w ilościach stopniowo zmniejszających się: 0,25 cm.³; 0,1 cm.³; 0,05 cm.³ Rezultat podaje tablica III, (patrz str. 624).

N.N. od 1-go do 14-go włącznie oznaczają w obu tablicach (II i III) jednych i tych samych chorych; N.N. 15, 16, 17, 18 tablicy III odnoszą się do badanych w tym kierunku chorych nieparalityków.

Porównując obie tablice, dochodzimy do wniosku, że płyn m.-rdz. chorych, których surowica zawiera mniej dwóchwytnika, reaguje zazwyczaj słabiej. Chociaż ta równoległość nie jest całkowita, to jednak w doświadczeniach naszych nie znaleźliśmy przypadku, aby przy braku zupełnym lub bardzo małej ilości dwóchwytnika w surowicy—płyn m.-rdz. dawał dodatni odczyn he-

T a b l i c a III.

Hemoliza po 2-eh godzinach

Hemoliza po 2-eh godzinach.

N.	Nazwisko	0,25	0,1	0,05	N.	Nazwisko	0,25	0,1	0,05
1	Kow.	kompletna	wyrazna	wyrazna	10	Sze.	wyrazna	słaba	0
2	Szt.	kompletna	wyrazna	wyrazna	11	Mil.	kompl.	wyrazna	wyrazna
3	Krz.	kompletna	słaba	0	12	Mik.	0	0	0
4	Ob.	kompletna	wyrazna	ślad	13	Karn.	wyrazna	słaba	ślad
5	Fa.	kompletna	kompl.	wyrazna	14	Jaf.	0	0	0
6	Ko.	słaba	słaba	0	15	Bar.	wyrazna	słaba	słaba
7	Ag.	kompletna	wyrazna	wyrazna	16	Arn.	wyrazna	słaba	słaba
8	Pal.	0	0	0	17	Ke.	kompl.	kompl.	kompl.
9	Musz.	kompletna	słaba	słaba	18	Eas.	kompl.	kompl.	kompl.

molizynowy. Naodwrot—z 8-u przypadków ujemnie reagujących 3 należy do chorych, którzy w surowicy wcale dwuchwytnika dla krwinek barana nie posiadają (N.N. 8, 11, 14).

Wyłączając te 3 przypadki, otrzymamy tylko 5 ujemnie reagujących; 1 niepewny i 15 dodatnich, czyli w 71,4% paralityków, posiadających dwuchwytnik dla krwinek barana w surowicy, a w 62,5% wszystkich badanych przez nas paralityków udało się stwierdzić występowanie odczynu hemolizynowego.

Omawiane dotychczas przypadki należą do kategorii tych, w których porażenie postępujące zostało stwierdzone klinicznie. Niezależnie od nich, z 3-ch przypadków wątpliwych, gdzie można było tylko podejrzewać istnienie porażenia postępującego, jeden dał nam dodatnią reakcję Weila i Kafki a dwóch ujemną. Przypadki te w streszczeniu przedstawiają się następująco.

1) Chory Kam. Przymiot przed 13-tu laty, chory czwarty rok; początkowo zmiana usposobienia, rozrzutność, później nieдорzeczne urojenia wielkości (chory jest lepszym śpiewakiem od Myszugi i przyjaźni się z Zawiszą, który walczył pod Grünwaldem i t. p.), bredzenia prześladowcze, omamy słuchowe i wzrokowe przestraszającego charakteru, oraz omamy czucia ogólnego. Często występuje wybitne podniecenie psychoruchowe. Zaburzenia cielesne: drżenie rąk, nierówność źrenic, objaw Argyll-Robertsona, lewostronny objaw Babińskiego, niedowład n. podjęzykowego lew., brak odruchów mosznowych. Reakcja Wassermanna w krwi dodatnia, w płynie ujemna. Rozpoznanie różniczkowe: paralysis progressiva — Lues cerebri.

2) Chora Sza. Bez wywiadów, w szpitalu od 2-ch lat, początkowo napady lęku, niepokój ruchowy, zaburzenia przy przełykaniu, później lekki stopień otępienia przy pogodnym zazwyczaj usposobieniu. Chora nie chce opuścić szpitala, utrzymuje, że jej tu dobrze, stale pracuje. Urojeń ani omamów nie zdradza. Somatycznie: nierówność źrenic, objaw Argyll-Robertsona, drżenie rąk, niedowład n. podjęzykowego lew. Reakcja Wassermanna dodatnia we krwi i w płynie. Rozpoznanie różniczkowe: Par. progr.—Lues cerebri.

3) Dro. Chory od 2-ch lat, okresy podniecenia, połączone z agresywnym zachowaniem się względem otoczenia, coraz częściej powtarzające się, później niemożność orientowania się w otoczeniu. Upośledzenie zdolności zapamiętywania wrażeń

zwłaszcza najświeższych. W zakładzie od 3-ch miesięcy. Samopoczucie choroby istnieje, urojeń, omawów brak. O tępienie miernego stopnia. Somatycznie: chód nieco beładny, drżenie włókienkowe języka, żywość i nierówność odruchów kolanowych, brak brzusznych i mosznowych. Lewa źrenica zniekształcona, nie oddziałuje na światło, prawa oddziałuje b. wolno. Reakcja na akomodację zachowana. Niedowład środkowej i dolnej gałżek n. twarzowego prawego. Znaczne upośledzenie słuchu obu-stronne, wybitniejsze po stronie prawej. Odczyn Erlicha w moczu ujemny. Reakcja Wassermanna w surowicy krwi dodatnia, w płynie m.-rdz. ujemna, próba Nonne-Appelta ujemna. Rozpoznanie różniczkowe: Par. progr. — Lues cerebri — Arteriosclerosis cerebri.

Z tych 3-ch przypadków w pierwszym i drugim badanie płynu m.-rdz. na odczyn hemolizynowy. dało wynik ujemny, w trzecim—dodatni. Co do racjonalności wyników tych jedynie dalsza obserwacja będzie je mogła ustalić.

Z pośród zbadanych przez nas 19-u chorych, wolnych od porażenia postępującego, ani u jednego nie zdołaliśmy stwierdzić występowania odczynu hemolizynowego w płynie m.-rdz.

Zestawiając cyfry i wyniki, ogłoszone w piśmiennictwie, z temi, jakie zostały stwierdzone w pracowni naszego szpitala, musimy dojść do wniosku, że odczyn Weila-Katki posiada wybitną wartość dla kliniki psychiatrycznej. Z jednej strony często bardzo ułatwić on może rozpoznanie porażenia postępującego zwłaszcza w przypadkach świeżych, tembardziej, że mimo wykorzystywania kilku reakcji dla rozpoznania tego cierpienia żadna z nich nie jest niezawodną; dodatni odczyn hemolizynowy spostrzegamy zaś u niewątpliwych paralityków i wtedy, gdy reakcja Wassermanna w płynie m.-rdz. zawodzi, co już zostało ustalone przez Boasa i Neve. Z drugiej strony wartość odczynu polega na jego charakterze swoistym dla porażenia postępującego, ewentualnie dla tych zmian w naczyniach oponowych, jakie z pośród przewlekłych schorzeń zachodzą jedynie w tem cierpieniu. Ogłoszone w ostatnich czasach fakty występowania odczynu hemolizynowego u dotkniętych wiałdem, o ile w dalszych badaniach znajdą potwierdzenie, wpłyną niewątpliwie na ograniczenie co do zastosowania reakcji dla celów rozpoznawczych. Z drugiej jednak strony trudno zgodzić się z twierdzeniem Załozieckiego, że reakcja hemolizy-

nowa występuje wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia ze wzmożeniem przenikaniem białka do płynu m.-rdź. Nie znajduje ono należytego uzasadnienia ani w teoretycznym rozumowaniu autora, opartem na niesprawdzonym zgoła utożsamianiu warunków przenikania do płynu m.-rdź. hemolizyn z warunkami przenikania tam większej ilości białka, ani nawet w ogłoszonych wynikach badań. Występowanie bowiem reakcji w innych schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, o ile łączą się one ze świeżem zajęciem opon, bez względu na etiologię sprawy zapalnej w oponach—a więc i na tle przymiotowem także — nie zaprzecza bynajmniej zdaniu autorów reakcji o warunkach jej powstawania; natomiast po wylewach krwawych, gdy płyn m.-rdź. nie jest wolny od krwi, reakcja nie może mieć żadnego zastosowania, gdyż jej dodatni wynik jest wtedy bez znaczenia. Dodać też należy, że Załoziecki wprowadził do techniki zmiany, jakie, według Weila i Kafki, kwestjonują wogóle wartość wyników reakcji. To też przypuszczać należy, że pomimo odzywających się obecnie głosów krytyki nawet przy konieczności wprowadzenia pewnych ograniczeń w zastosowaniu, odczyn hemolizynowy utrzyma jednak to poważne miejsce w rozpoznawaniu porażenia postępującego, jakie mu jego autorowie przypisują.

PIŚMIENICTWO.

Boas i Neve. Untersuchungen über die Weil-Kafkasche Hämolyse-reaktion in der Spinalflüssigkeit (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912. X Bd. 607).

Boas i Neve. Weitere Untersuchungen über die Weil-Kafkasche Hämolyse-reaktion in der Spinalflüssigkeit (Zeitschrift f. d. ges. Neur. und Psych. 1913. XV Bd. 528).

Chodźko. Wartość rozpoznawcza płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych (Neurologja Polska 1912 T. II zesz. 5).

Hauptmann. 37 Wandervers. d. Südwestdeut. Neurolog. u. Irrenärzte in Baden Baden 9 Juni 1912 — (ref. Archiv f. Psych. u. Nervenkrank. 50 B. 2 H. 1912).

Eichelberg. Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit (Jahresversaml. d. Deutsch. Ver. f. Psych. zu Kiel am 30 Mai 1912 — refer. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69. 1912).

Rössle. Untersuchungen über den Komplementgehalt des Blutes von Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 14 4/5 1913.

Weil-Kafka. Ueber die Durchgängigkeit der Meningen besonders bei der progressiven Paralyse (Wiener Klin. Wochenschr. N. 10 1911).

Weil-Kafka. Weitere Untersuchungen über den Hämolysegehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei akuter Meningitis und progressiver Paralyse (Med. Klin. N. 34. 1911).

Założecki. Zur Frage der „Permeabilität der Meningen insbesondere Immunstoffen gegenüber (Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde B. 46 H. 3—1913).

Polemika między Założeckim a Weilem i Kafką (Deuts. Zeitschr. f. Nervenheilk. B. 46 H. 4—5 1913).

Przed oddaniem do druku niniejszej pracy ukazała się praca H. Mertensa p. t. „Klinische und serologische Untersuchungen über die diagnostische Bedeutung der Weil-Kafkaschen Hämolyse-reaction im Liquor cerebrospinalis“ (Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 49. 3. 1913). Potwierdza ona naogół wyniki badań autorów reakcji: w porażeniu postępującem łącznie z tabo-paralysis stwierdzono w 81% dodatni odczyn hemolizynowy, z pośród 10-u badanych tabetyków jeden tylko reagował dodatnio.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNE.

POSIEDZENIE DN. 27 KWIETNIA 1913 r. w szpitalu na Czystem na oddziale chorób umysłowych kol. Bornsteina *).

I. BORNSTEIN MAURYCY przedstawia przypadek t. zw. presbyop hrenii.

72-letnia staruszka zachorowała przed 2 laty. Leżała wtedy przez 9 miesięcy w łóżku z zamkniętymi oczyma, nic nie mówiła, bardzo mało jadła, oddawała pod siebie mocz i kał. Taki stan, co do którego wyjaśnień bliższych od rodziny zdobyć nie było można, ustąpił po 9 miesiącach miejsca całkiem innemu obrazowi klinicznemu: chora wstawała z łóżka, ale zachowywała się w najwyższym stopniu niepoprawnie: była podniecona, krzyczała, płakała, wciąż chciała gdzieś uciekać, zbierała rozmaite przedmioty, jak łyżki, noże, widelce, ubranie i chowała je do siebie pod poduszkę; nie orjentowała się dostatecznie co do miejsca, czasu i otoczenia, nie poznawała najbliższych, brała dzieci swoje za wnuków i odwrotnie; wszystko zapominała natychmiast, nie pamiętała np., że jadła niedawno i domagała się gwałtownie jedzenia, twierdząc, że nic nie jadła jeszcze. Podniecenie specjalnie silnie występowało w nocy: przeważnie nie sypiała, krzyczała, chciała wyjść, stukała we drzwi i t. d. Taki stan trwał z krótszemi lub dłuższemi przerwami do ostatnich czasów. W szpitalu chora jest od 2 tygodni i wykazuje objawy następujące. Jest przystępna, rozmowna, dobrotliwa, wzrusza się prędko, często płacze, a raczej rozrzewnia się nad swoim stanem. Głównie skarży się na to, że nie widzi na

*) Sekcja Neurologiczno-Psychjatryczna przy W. T. L. na jednym z posiedzeń tegorocznych uchwaliła urządzać specjalne posiedzenia psychjatrów na Oddziałach Szpitali Warszawskich. Pierwsze takie posiedzenie odbyło się 27 IV r. b.

prawie oko i nieustannie dopytuje się, czy będzie można coś na to poradzić; wie również, że pamięć jej osłabła, że nic teraz „nie bacz” (nie pamięta), a dawniej wszystko wiedziała, umiała pisać, czytać, wszystko pamiętała. Orientacja chorej co do miejsca, czasu i otoczenia jest bardzo upośledzona. Chora nie wie dobrze, czy jest w Warszawie, czy na wsi, czy to szpital, czy co innego—wciąż o to się dopytuje i kiedy otrzymuje odpowiedź, dziękuje za nią, zadawała się na chwilę, po to, ażeby w następnej chwili znów wyrazić swe wątpliwości co do tego, czy to istotnie jest szpital. Nie wie również z kogo składa się jej otoczenie, kto są te kobiety, które kręcą się po sali, leżą w łóżkach; nie wie, kto one są, „zwyyczajne kobiety, może która szalona”. Jak długo tu jest, nie wie, niedługo, może kilka dni, a może dłużej. Trzeba jej przypominać, że teraz jest Wielkanoc, choć pod pazuchą ma schowaną macę i mówi o tem; nie wie, czy to początek świąt, czy też koniec (święta trwają tydzień). Wie, że rozmawia z lekarzem; dziś do 2 tygodniach pobytu w szpitalu po wielokrotnem powtarzaniu nazwiska lekarza, pamięta je, ale wypowiada je z wahaniem, z dodatkiem „zdaje się” i za każdym razem dodaje również zapytanie, czy to nie pan Gutwein (lekarz, u którego kiedyś dawniej się leczyła). Dezorientacja chorej, jak widać z badania, jest bezpośrednio następstwem upośledzonej wybitnie zdolności zapamiętywania. Chora natychmiast zapomina wszystko, co sama mówiła, co słyszała, co jej dano wyraźnie do zapamiętania. Może ona w ciągu kilku minut powtórzyć jedno pytanie wielokrotnie, nie pamiętając, że przed chwilą pytała o to samo i otrzymała odpowiedź; podczas badania chorej zadaje się jej kilkakrotnie w ciągu kilku minut jedno i to samo pytanie, chora zaś twierdzi, że po raz pierwszy dzisiaj pyta ją o to lekarz, nie pamięta, żeby ją o to już dzisiaj pytano. Jedną liczbę, z trzech a nawet dwu cyfr złożoną, zapomina po kilku minutach; dwucyfrową liczbę pokazaną na piśmie, pamięta przez kwadrans i dłużej. Nazwiska lekarza, obecnego przy badaniu, nie umie powtórzyć po paru minutach. Dowodów tych starczy, ażeby wykazać wybitne upośledzenie zdolności zapamiętywania. Natomiast, jeżeli chodzi o pamięć rzeczy dawniejszych, chora pamięta wszystko dość dobrze; opowiada, gdzie mieszkała, ile miała zagonów, ile krów; pamięta imiona wszystkich dzieci, czem się każde zajmuje, ile lat miała, kiedy zamąż wyszła, że syn najstarszy jest tylko o 15 lat od niej młodszy. Ile lat ma sama nie wie; twierdzi, że nie ma jeszcze 50-u i nie widzi niemożliwości, że jedna z córek ma już około 40-u. Powyższe zaburzenia w zdolności zapamiętywania oraz dezorientacja co do miejsca, czasu i otoczenia powodują, że widnokrąg umysłowy chorej jest niezmiernie zwężony: chora jedynie i wyłącznie interesuje się swoją osobą (a zwłaszcza, czy będzie jeszcze widziała na oko), nic ją nie obchodzi, co się dzieje dokoła, o czem się mówi przy niej (choć słuch ma niezły), o ile to nie dotyczy jej samej. Po za tem jednak drobne rachunki arytmetyczne wykonywa niezle, jak również ma niezle jeszcze zachowane pojęcie ogólne („co to są sądy?” „do czego służy policja?”, „dlaczego żelazo tonie, a drzewo wypływa?”) oraz władzę sądownia („co się z nią stanie?”—chciałabym być zdrowa i pójść do domu).

Mamy tu niewątpliwie do czynienia z obrazem klinicznym, który najbardziej odpowiada temu, co Wernicke radził wyodrębnić z pośród psychoz starczych pod nazwą presbyophrenia. Nie występuje tu wprawdzie jeszcze wyraźnie często napotykaną w tej postaci objaw, ściśle złączony z upośledzeniem zdolności zapamiętywania, a mianowicie konfabulacje, ale są one jednak zaznaczone (kiedy chorą np. zapytałem, kiedy była u niej córka, chora zrazu odpowiedziała, że nie pamięta, a kiedy jej przypomniano, że córka była wszak wczoraj, chora, chcąc pokryć tę lukę pamięciową, opowiedziała całą zmyśloną historję, jak to ona wtedy spała, więc nie chciano jej budzić, żeby się z córką zobaczyła). W każdym razie powiedzieć można z całą stanowczością, że na pierwszy plan obrazu klinicznego w chwili obecnej wysuwa się zespół amnestyczny, stanowiący wobec wieku chorej, braku innych objawów psychotycznych, jak urojenia, omamy i t. d., zupełnej przystępności i jowialności chorej — dostateczną rację dla rozpoznania presbyophrenii. Nie wydaje się jednak słusznem wyodrębnienie tej postaci, jako odrębnej formy nozologicznej. Ten przypadek właśnie, który w anamnezie wskazuje wyraźne stany delirium starczego, które minęło, pozostawiając tylko zespół amnestyczny i dezorientację, wydaje się potwierdzać zdanie Fischera (z Pragi), że granice między t. zw. presbyophrenią a otępieniem starczem właściwem (dementia senilis), są płynne. Fischer sądzi zarówno na zasadzie klinicznych spostrzeżeń, jak i na zasadzie badań anatomopatologicznych, że mamy tu do czynienia z jedną i tą samą chorobą, w której obrazie klinicznym zachodzić mogą rozmaite kombinacje zespołów lub też jeden jakiś zespół może wysunąć się na plan pierwszy, zaś inne mogą być przemijające lub nie występować wcale. Jeżeli na plan pierwszy wysuną się deliria z omamami, urojenia prześladowcze przy wyraźnych zaburzeniach pamięci, będziemy mieli do czynienia z obrazem klinicznym, zwanym obecnie dementia senilis; jeżeli zaś urojenia, halucynacje, stany bredzenia nie będą na razie panowały nad obrazem, ale na plan pierwszy wysunie się zaburzenie w zdolności zapamiętywania i konfabulacje—będzie to obraz odpowiadający presbyophrenii Wernicke'go. F. radzi wszystko razem objąć jednym mianem demencji presbyofrenicznej.

Higier zwraca uwagę, że nie zupełnie jasno wynika z demonstracji chorej, czy obok niewątpliwej amnésie anterograde, tłomaczącej się poważnem upośledzeniem t. zw. Merkfähigkeit, istnieje też amnésie retrograde, obejmująca okres, poprzedzający początek psychozy. Tej ostatniej zdaje się nie być, co upoważnia do rozpoznania zespołu amnestycznego Korsakowa, tembardziej że i ślady konfabulacji są pewne u chorej. Zarówno otępienie starcze, jak presbyofrenia lub zespół Korsakowa u starców powstają wszystkie prawdopodobnie na tle arteriosklerozy u osobników z usposobieniem psychopatycznym lub u których występują objawy samozatrucia. Rozpoznanie różniczkowe w okresie otępienia jest częstokroć bardzo trudne między wspomnianemi wyżej cierpieniami a chorobą Alzheimer'a i katatonją późnego wieku.

Radziwiłłowicza uderza u chorej doskonałe zachowanie pamięci wydarzeń dawnych.

II BORNSTEIN MAURZYCY demonstruje przypadek t. zw. choroby Alzheimera.

50-letnia kobieta zachorowała przed rokiem nagle prawie bezpośrednio po pożarze, jaki wydarzył się w miasteczku, gdzie mieszkała. Tej samej nocy wystąpił stan depresyjny z lękiem i urojeniami depresyjnymi: lękała się wciąż, że przyjdzie ktoś po nią, że ją zabierze, zabije, że wszystko jej odbiorą; płakała, zawodziła. Stan taki trwał bez wielkich zmian przez parę tygodni, poczem zaczęły się powoli zaburzenia w mowie i występować zaczęły wyraźne objawy osłabienia pamięci i wogóle upośledzenie władz umysłowych, które stale postępuje. Dawniej nigdy nie chorowała, była zawsze pracowita, rozumna i dzielna kupcowa, ma 8-ro zdrowych dzieci; pochodzi z rodziny zdrowej.

Stan chorej podczas 2-u miesięcznego pobytu chorej w szpitalu nie zmienił się zasadniczo, jest tylko o tyle gorszy, niż był przy wstąpieniu chorej na oddział, że chora sama dziś mówi mniej i częściej bywa niespokojna. Naogół zaś kardynalne objawy pozostały te same.

Chora nie orientuje się ani co do miejsca, ani co do czasu, ani co do otoczenia. Mówi bardzo mało, a to, co mówi, jest często niezrozumiałe, przytem występuje objaw charakterystyczny, że chora powtarza po 2 lub kilka razy jeden wyraz lub zgłoskę jednego wyrazu. Dalej, chora najczęściej nie rozumie, co się do niej mówi i poleceń danych nie spełnia, tak że na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie chorej, dotkniętej niemotą czuciową. Jeżeli jednak nie zadowolili się pierwszym wrażeniem i badać dalej, to można uchwycić niejeden moment, kiedy chora zrozumie polecenie i jakby zaczyna je wykonywać, ale po to tylko, ażeby po sekundzie już jakby zapomnieć, o co chodziło i zacząć wykonywać ruchy zupełnie niepotrzebne, jak ściąganie rękawa, gładzenie ręką sukni, ruchy, nie mające nic wspólnego z danym poleceniem. Są nawet i takie chwile, kiedy rozumie zupełnie dokładnie pytanie i odpowie rozumnie, w następnej zaś na wszelkie pytanie lub polecenie zareaguje zaledwie jakimś „tak, tak“ lub niepotrzebnym ruchem ręki lub podniesieniem się z krzesła,—albo też nic nie odpowie, wcale się nie poruszy i robi wtedy wrażenie głuchej i ślepej osoby. Ta pozorna ślepotą uwydatnia się zwłaszcza wtedy, kiedy chorej pokazywać przedmioty, podawać rękę i t. d. Chora jakby ich wcale nie widziała, rękę wysuwa w kierunku nieodpowiednim bądź wyżej, bądź niżej, a kiedy wreszcie krążąc dookoła weźmie przedmiot (klucz, pudełko zapalek, srebrnego rubla) do ręki, to trzyma go, ale ani nazwać nie umie, ani nie wie, co z nim począć. Chora wykazuje wtedy objaw t. zw. ślepoty duchowej czyli zupełnej agnozji w dziedzinie wzrokowego. Zdarza się jednak i tutaj, że chora rozpozna wreszcie jakiś przedmiot, co stwierdzić można przez odezwanie się chorej w odnośnym momencie (przy pudełku zapalek i po danym poleceniu wyjęcia zapalniczki i zapalenia jej chora mówi coś o ogniu, nie wymieniając nazwy „zapalniczki“).

ale i wtedy chora nie umie wykonać danego polecenia, t. j. nie wyjmuje zapałki i nie zapala jej, a kręci niezręcznie pudełko we wszystkie strony, trze nim po kolanach, ustawia je rozmaicie, ale nie idzie dalej. To należy już złożyć częściowo przynajmniej na karb apraksji ideacyjnej. Ten sam objaw stwierdzić można przy manipulowaniu monetą np.

Krótko streszczając obraz kliniczny, mamy przed sobą 50-letnią kobietę, która zachorowała przed rokiem z objawami depresji z lękiem i urojeniami, do czego po pewnym czasie przyłączyły się zaburzenia mowy, wyraźne osłabienie pamięci i wciąż postępujące upośledzenie władz umysłowych z dezorientacją ogólną.

Z tego ogólnego tła demencyjnego wyłowić jednak można przy ściślejszym badaniu objawy niejako ogniskowe, przypominające głuchotę na słowa i ślepotę duchową, jako objawy agnostyczne oraz objaw, napotykanym w rozlanych sprawach mózgowych t. zw. apraksję ideacyjną. Co do mowy podkreślić należy ubóstwo wyrazowe, upośledzenie mowy samodzielnej oraz powtarzanie oddzielnych wyrazów lub zgłosek poszczególnych wyrazów. Obraz, powyżej naszkicowany, odpowiada najbardziej temu, co opisał po raz pierwszy w r. 1906 Alzheimer i co w ostatnim podręczniku swym Kraepelin proponuje nazywać „chorobą Alzheimer’a”. Przypadków takich opisanych jest dotąd w literaturze bardzo niewiele: 2 przypadki Alzheimer’a, 4 przypadki Perusini’ego, 1 przypadek Bielschowsky’ego, 1 przypadek Kraepelin’a, 2 przypadki Hakebuscha i Gajer’a (po rosyjsku), oraz 2 niepewne zresztą przypadki Bontiglia i LaFory. Jako podłoże anatomiczne tej choroby uważał pierwotnie Alzheimer specyficzne zmiany w włóknkach nerwowych komórek kory mózgowej obok t. zw. blaszek starczych, charakterystycznych dla otępienia starczego i sądził, że dzięki swoistemu obrazowi klinicznemu i swoistym zmianom anatomicznym, wyodrębnić należy tę chorobę jako specjalną postać chorobową w okresie przedstarczym. Kiedy się jednak okazało później, że w drugim przypadku swoim, za życia rozpoznanym, swoistych zmian w neurofibrillach komórkowych Alzheimer sam odnaleźć nie mógł, ale znalazł jedynie blaszki starcze, że z drugiej strony owe zmiany rzekomo swoiste znajduwane były w zwykłym otępieniu starczym, Alzheimer sam odstąpił od myśli pierwotnej, a za nim i inni autorowie, i dzisiaj sprawa stoi w ten sposób, że t. zw. chorobą Alzheimer’a uważać należy nie za zupełnie odrębną postać chorobową, ale za jedną z postaci otępienia starczego, które rozpoczynają się wcześniej, niż to bywa zazwyczaj i prawdopodobnie dzięki innemu, niż w zwykłym otępieniu starczym, umiejscowieniu zmian anatomicznych (bądź tylko blaszek starczych, bądź tylko zmian w neurofibrillach, bądź jednej i drugiej zmiany) wykazuje specjalne objawy kliniczne (agnozja, apraksja), nie napotykane w zwykłym otępieniu starczym.

Knappe zwraca uwagę na potrzebę daleko szczegółowszego badania serca i naczyń, a zwłaszcza ciśnienia tętniczego.

Frenkiewicz przypomina, że podobne zaburzenia mowy opisują autorowie francuscy pod nazwą palilalie.

R a d z i w i ł o w i c z zgodnie z uwagą Knappego podkreśla potrzebę szczegółowszego badania narządów krwioobiegu, przeprowadzanego dziś dość powierzchownie.

III. W końcu posiedzenia Bornstein M. demonstruje i omawia przyrząd Fischera do karmienia chorych umysłowych.

W I. J a r e c k i.

POSIEDZENIE DN. 20 WRZEŚNIA 1913 R.

I BREGMAN przedstawia: 2) 12-letnią dziewczynkę, cierpiącą na k u r c z e t o r s y j n e.

Przed 4 lata bez wiadomej przyczyny kurcze mięśni szyjnych, skręcanie głowy wtył; w 2 miesiące potem kurcze m. kadłuba. Kurcze te trwały w ciągu $\frac{1}{2}$ roku.

Po 3 miesięcznej przerwie ponowiły się (po przestraszu) w m. szyi, kadłuba, prawej kończyny górnej, a wkrótce potem także w kończynie dolnej. Od tego czasu nie chodzi. Od $\frac{1}{2}$ roku kurcze przeszły także na l. kończynę dolną. W przebiegu choroby bywały krótkie intermisje, kurcze zmniejszały się, chora raz nawet mogła wstać. Momentu etiologicznego nie wykryto.

Chora fizycznie i psychicznie dobrze rozwinięta. Obwód głowy duży (56,5 cm.). Stałe, na jawie nie ustające kurcze toniczne, o zmiennem umiejscowieniu i nasileniu. Głowa zwykle przechylona wtył i na prawo; kadłub przechylony na prawo i przytem zupełnie skręcony (torsio), miednica leży skośnie od góry i prawa ku dołowi i na lewo. Prawa k. g. najczęściej zgięta w łokciu i przywiedziona, ręka w pronacji, palce zgięte. Kurcze najbardziej w stawie barkowym (odwiedzenie w stronę i ku przodowi), rzadko w łokciowym, wcale nie w napiętkowym i palcach. Często drżenie k. g., przyczem palce oparte o głowę lub ucho jakby drapią te części. Kurcz k. d. bardziej zmienny: często obie są wyprostowane, stopa końska, palce zgięte; niekiedy odwiedzenie jednej lub obu kończyn, silne zginanie w biodrze przy wyprostowaniu lub zgięciu kolan, odwiedzenie drugiej kończyny. Ruchy kurczowe ograniczają się do bioder i kolan, w stopach i palcach kurcz jest stały. W prawej k. d. kurcze większe niż w lewej. Lewa k. g. wolna.

Niekiedy przy silnych kurczach szyi prawy kąt ust ściąga się na prawo i na dół (platysma), ale i szpara oczna zmniejsza się.

Kurcze zwiększają się przy badaniu, wzruszeniu; zrana są mniejsze, w nocy ustają.

Ruchy czynne i bierne są możliwe, o ile kurcze nie stają im na przeszkodzie. Chora kładzie się na wznak, ale kadłub pozostaje skręcony wklęsłością na prawo, m. brzucha z prawej strony są skurczone, biodra pozostają zgięte. Siada sama.

Odruch kolanowy prawy minimalny, lewy ma często charakter toniczny (jak w płasawicy); odruch ze ścięgna Achillesa prawy również mi-

nimalny, lewy słaby, niekiedy także toniczny; podeszwowy prawy nie występuje, lewy słaby.

Żadnych innych objawów ze strony układu nerwowego, zwłaszcza żadnych objawów hysterji. Owłosienie normalne, także na mons veneris. Miesiączki jeszcze nie miała.

Jestto cierpienie znane p. n. kurczów torsyjnych lub Dystonia musculorum deformans. Postać torsyjna kurczów jest tu b. wybitna. Charakterystyczne jest umiejscowienie kurczów: najbardziej są zajęte proksymalne odcinki kończyn i m. karku. Brak atonii, resp. hypotonii mięśni, brak porażen. Przypadek wyróżnia się: 1) początkiem cierpienia w m. szyjnych, 2) umiejscowieniem kurczów głównie w prawej połowie ciała, 3) tem, że w przebiegu cierpienia spostrzegano krótkie re- resp. intermisje, 4) udziałem m. twarzy, 5) tonicznymi odruchami ścięgowymi w kończynach dolnych i myotonicznym odczynem niektórych mięśni przy badaniu elektrycznym. Umiejscowienie połowicze, udział twarzy i napadowe występowanie kurczów B. spostrzegał także w jednym poprzednio już opisanym przypadku.

(Streścił mówca).

Higier, opierając się wyłącznie na przedstawionym przypadku, analizuje bliżej patogenzę tego ciekawego cierpienia, co do którego rozchodzą się jeszcze bardzo zasadniczo zdania kompetentnych autorów, tak dalece, że Ziehen uważa opisaną przez się chorobę za nerwicę, Oppenheim za organopatję; Ziehen widzi pokrewieństwo bliskie między skurczem torsyjnym a postacią toniczną Tic générale, Oppenheim między kurczem torsyjnym a atetozą obustronną, zaliczając, nawiasem mówiąc, pierwsze przez Ziehena i Schwalbe'go opisane przypadki do zwykłej atetozy. Należałoby z grupy kurczu torsyjnego przedewszystkiem wyłączyć te spostrzeżenia, które dają się z niemniejszym prawdopodobieństwem zaliczyć do kategorii cierpień organicznych, dawno znanych i uznawanych.

Z przypadku przedstawionego Higier wnioskuje o bliskim pokrewieństwie pewnej postaci kurczu torsyjnego z diplegią względnie hemiplegią mózgową, a mianowicie z tą rzadką odmianą, w której składnik porażenny schodzi na plan drugi, ustępując miejsca składnikowi skurczowemu. W przypadku B. widoczną jest obecność kurczów — stałych i zmiennych — we wszystkich kończynach, a zwłaszcza prawej strony. I typ tych kurczów przypomina w lokalizacji swojej to, co znamy z dziedziny hemiplegji. Uderza jedynie, że bardzo wybitny udział biorą mięśnie tułowia, brzucha, szyi i twarzy, które zazwyczaj mniej uczestniczą od muskulatury kończyn. Główne siedlisko kurczów w częściach obwodowych również odpowiada typowi. Trudności wywołania odruchów ścięgowych i skórnych (brzuszných) po stronie skurczonej, lewej, też należy do prawidła. I przemijające zwolnienie spazmów w nocy, w ciepłe równomierne i w spokoju zupełnym stanowi fakt, spotykany często w hemi- i diplegji. Również potęgowanie się kurczów przy ruchach — co podkreśla

O p p e n h e i m, — jest rzeczą zwykłą w dziedzinie diplegji i towarzyszących jej skurczów i współruchów tonicznych. Zastanawiają jedynie początek powolny, charakter postępujący i krótkotrwałe remisje, o których opowiada chory, a których lekarz skontrolować nie mógł.

Mielibyśmy przeto w przypadku tym, albo mówiąc ogólniej w jednostronnym kurczu torsyjnym, z osobliwą postacią endogenetycznie i samoistnie rozwijających się cierpień systemowych, — wrodzonych, a może i rodzinnych, — umiejscowionych w układzie ruchowym — tor piramidowy lub tor, łączący mózdzek z *brachia conjunctiva*, — postacią, przypominającą najbardziej diplegję spastyczną z przewagą składnika kurczowego nad porażennym. Równoważnikiem ostrym tej *par excellence* przewlekłej odmiany byłaby *hemitonía apoplectiformis* **Bechterewa**, w której też przeważają znakomicie komponent spastyczny oraz *spasmus mobilis* wprawdzie bez cech torsyjnych, nb. nie zawsze dominujących w chorobie **Ziehen-Oppenheim**a. **Higier** bliżej uzasadniał swoje stanowisko w tej sprawie, demonstrując w r. 1911 przypadek „*dystoniae musculorum deformantis*“, a w r. 1912 przypadek „*hemitoníae apoplectiformis*“.

Pamiętać jedynie należy, że połowicość kurczów może być czysto przypadkowa, gdyż w zupełnie typowych przypadkach kurczu torsyjnego kurcz lokalizuje się czasem w jednej, dwu i trzech kończynach.

Sterling uważa dany przypadek za typowe kurcze torsyjne.

Bregman zaznacza, że kurcze są tu obustronne, a więc o hemitonii mowy nie ma.

b) przypadek zoperowanego nowotworu rdzenia.

Chora, lat 57; od 4 lat miewa bóle w prawym boku, powiększające się przy kaszlu, kichaniu, ruchach; uczucie opasywania pod żebrami. Od 2 lat parestezje w palcach prawej, potem lewej nogi, niekiedy uczucie gorąca od stóp do pasa. Stopniowo osłabienie prawej, potem lewej kończyny dolnej. Od ½ roku przestała chodzić. Zaburzenia moczu.

Nosiła od wielu lat na plecach duże ciężary i przebywała z nimi duże przestrzenie. Na krótko przed wystąpieniem pierwszych objawów silne uderzenie kijem w plecy. Wdowa, rodziła 10 dzieci; 1 poronienie. Brak danych dla przyniotu i gruźlicy.

Badanie (31/7 1912) wykazało: spastyczne porażenie kończyn dolnych z wzmocnieniem odruchów ścięgnowych, obustronnym objawem **Babińskiego**. Zmniejszenie czucia aż do łuku żebrowego, m. w. do ½ odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem: stosunkowo najbardziej naruszone czucie dotykowe; czucie bólowe i ciepłikowe na l. stronie bardziej naruszone niż na prawej. Odruchy brzuszne zniesione. Od czasu do czasu umiarkowane i bezwiedne oddawanie moczu. Zaparcie stolca.

Przy naciskaniu na wyrostki cierniste bolesne 1—2, 4—6 i 11—12 wyrostki grzbietowe. Nakłucie łądźwiowe wykazało płyn przezroczysty, nie zawierający komórek. Odczyn **Wassermana** z płynu zarówno jak ze

krwi ujemny. Pobudliwość elektryczna m. skośnego brzucha zewnętrzna na prawej stronie zmniejszona.

Badanie w październiku 1912 r. wykazało: ogólny stan bez zmiany; chora stale siedzi, opierając się rękoma. Może leżeć tylko na wznak. Na bokach leżeć nie może. Zaburzenia czucia sięgają do tej samej wysokości, co i przedtem, ale zaburzenia czucia bólowego i cieplikowego wydatniejsze, zwł. na l. stronie (na udzie i brzuchu). Czucie położenia w kończynach dolnych zniesione. Bolesność wyrostków ciernistych, poczawszy od 6-go grzbietowego do 1-go grzbietowego (najbardziej 1—3). W ostatnich czasach bóle i parestezje w prawej łopatce, zwł. przy ruchach up. przy czesaniu; przedmiotowych zmian brak.

Rozpoznanie: cierpienie poprzeczne rdzenia na wysokości 7—8 odcinków grzbietowych (górną granicą zaburzeń czucia odpowiadała 9—10 korzeniom); prawdopodobnie nowotwór zewnętrzno-rdzeniowy, uciskający rdzeń ze strony prawej. Za nowotworem zewnątrzrdzeniowym przemawiały: 1) postępujący przebieg choroby (bez remisji); 2) początkowy okres bólowy; 3) porażenie najpierw prawej, potem lewej kończyny dolnej; 4) bolesność kręgów przy naciskaniu; 5) rozwój objawów, wskazujący na coraz większe zajęcie przekroju rdzenia, nie zaś na postępowanie sprawy wzdłuż rdzenia.

Bolesność kręgów wskazywała na umiejscowienie wyższe, co, być może, było spowodowane nagromadzeniem się płynu ponad nowotworem. Od tej samej przyczyny, ale być może także od opierania się ciąglego na prawej ręce zależne były bóle w łopatce.

15/X Laminektomia (kol. H. O d e r f e l d): wyjęto łuki 4—7 kręgów grzbietowych. Znalaziono nowotwór zewnątrzrdzeniowy, uciskający rdzeń z prawej strony, łatwo wyluszczalny (b. unaczyniony mięsak).

Po operacji napięcie mięśni w k. d. było na razie niezmiennione, po kilku dniach dopiero zaczęło się zmniejszać; odruchy ścięgnowe na razie żywe, po kilku dniach zmniejszyły się, po 10 dniach prawie znikły. Ale już w kilka dni później powróciły, również jak hipertonia k. d. Mimowolne oddawanie moczu; decubitus gangraenosus na krzyżu.

Dopiero w 2 miesiące po operacji minimalne ruchy palców lewych, potem prawych, poprawa czucia i oddawania moczu. Postęp sprawy niezmiernie wolny. Obecnie (rok po operacji): znaczny niedowład spastyczny k. d.; chora siedzi bez oparcia, obraca się dobrze. Dość rozległe ruchy w k. d. l., mniejsze w k. d. pr. Zaburzenia czucia do tej samej granicy: dotykowe zmniejszone na pr. k. d. (głównie w odcinkach proksymalnych), bólowe i cieplikowe na l. k. d. (głównie na obwodzie). Mocz oddaje dowolnie. Tak powolna poprawa tłumaczy się: 1) długotrwałym uciskiem rdzenia (4 l. od pierwszych objawów); 2) w pewnej, acz niewielkiej, mierze przyczynić się mogła odleżyna zgorzelinowa z wysoką gorączką i ciężkim stanem ogólnym. Że rdzeń przy operacji nie był zmaltretowany, dowodzi ta okoliczność, iż hipertonia pozostała. Hypertonia, która wystąpiła póź-

niej, spowodowana była zmianami zapalnymi wtórnymi. B. uważa za możliwe, że jeszcze w 2-im roku stan chorej się poprawi.

(Streścił mówca).

Bychowski przypuszcza, że mamy w danym przypadku zgrubienie opony twardej, skutkiem czego wystąpiły u chorej objawy kurczowe.

II. BYCHOWSKI przedstawia: a) 25-letniego inżyniera, dotkniętego padaczką Jacksonowską.

W 2-im roku życia w ciągu kilku godzin drgawki, które żadnych widocznych śladów po sobie nie pozostawiły. Do 15 roku był zupełnie zdrow. W owym czasie dostał pewnego razu nagle podczas lekcji w szkole drgawek w jednej połowie twarzy, jednocześnie głowa wykręciła się. Przytomności przy tem nie stracił. Takie napady, zawsze po jednej i tej samej stronie, jak się choremu zdaje — po lewej, zaczynają od tego czasu nawiedzać go co parę tygodni i częściej, zawsze w dzień, bez utraty przytomności i bez rozprzestrzenienia się na kończyny. Przed 5-ciu laty, kiedy pacjent już był studentem politechniki, obudził się w nocy z uczuciem, że nadchodzi zwykły jego napad, ale wnet stracił przytomność i obudził się dopiero nazajutrz mocno wyczerpany. Od tego czasu — od pięciu więc lat — miewa znowu co parę tygodni i częściej napady nocne. Budzi się z uczuciem drętwienia i kurczu w lewej połowie twarzy. Nieraz słyszy jeszcze własne chrapanie, miewa też przytem wrażenie jakby ciało zostało na linii środkowej przepołowione, potem zaś następuje utrata przytomności. Bywało, że podczas napadu oddał moc w łóżku, a raz nazajutrz po napadzie leżał na ziemi obok łóżka. Nazajutrz po napadzie twarz zwykle bywa jakby pokropiona drobnymi wybroczynami krwawymi. Kilka razy też znalazł po napadzie krew na poduszce i koszuli. Przed kilkoma tygodniami brat pacjenta — student medycyny — miał sposobność spostrzeżenia takiego napadu nad ranem i stanowczo twierdzi, że kurczyła się lewa połowa twarzy. Kilka dni potem jeszcze B. znalazł na twarzy mnóstwo drobnych wybroczyn krwawych. Pozatem pacjent, który w zeszłym roku skończył wyższy zakład naukowy, na nic nie narzeka. Ostatnio tylko zdaje mu się, że pamięć nie dopisuje.

Radził się wielu neurologów, brał dużo bromków, aczkolwiek nie zawsze systematycznie, ale bez wpływu na napady. Pod względem dziedzicznym i rodzinnym obarczony nie jest. Prowadzi życie spokojne. Chorób płciowych nie przechodził.

Dokładne badanie prawidłowo zbudowanego pacjenta, o wyglądzie kwitnącym, żadnych zmian nie wykazało. Roentgenogram wykazuje w prawej półkuli, mniej więcej w górnej części okolicy czuciowo-ruchowej, konglomerat większych i mniejszych zwapnień.

Przypadek ten zasługuje na uwagę przede wszystkim ze względu na sam obraz kliniczny. Okoliczność, że trwające w przeciągu lat 10 napady drgawek, które w dodatku rozpoczęły się właśnie w tak niebezpiecznym dla padaczki okresie rozwoju płciowego, nie spowodowały żadnych obja-

wów t. zw. ogólnego zwyrodnienia padaczkowego (pac. skończył przed rokiem wyższy zakład naukowy), przemawia za tem, że nie mamy tu do czynienia z t. zw. swoistą padaczką, lecz objawową, zależną od jakichś grubych anatomicznych zmian w korze mózgowej. Wskazuje na to również i stereotypowo jednostajny charakter napadów, rozpoczynających się zawsze w jednej i tej samej grupie mięśniowej bez domieszki jakichkolwiek bądź innych napadów padaczkowych. Opierając się na licznych własnych i wielu innych spostrzeżeniach, B. przyszedł do przekonania, że w przypadkach t. zw. swoistej długotrwałej padaczki prawie zawsze bywa wielokształtność napadów, t. j. częściowe napady drgawkowe naprzemian z ogólnymi i t. zw. małymi napadami oraz innymi równoważnikami padaczkowymi. W danym przypadku badanie promieniami Roentgena potwierdziło do pewnego stopnia rozpoznanie padaczki objawowej. Pod jednym jednak względem badanie to nie odpowiada obrazowi klinicznemu: należałoby się spodziewać istnienia ognisk zwapnienia, które oczywiście wystarczają do wywoływania napadów drgawkowych, daleko niżej, — a mianowicie w okolicy, odpowiadającej ośrodkowi twarzy.

Takie niespodzianki pod względem umiejscowienia zdarzają się zresztą i w innych sprawach np. nowotworach mózgowych. Można by jeszcze przypuścić, że oprócz tego widocznego ogniska zwapnienia znajduje się jeszcze jedno ognisko w ośrodku twarzy, nie zostało ono jednak uwydatnione na kliszy z tego względu, że kość w tej okolicy jest znacznie grubsza. Nie jest również wyłączone, że ta sama sprawa, która dała początek ognisku zwapnienia w górnej części okolicy czuciowo ruchowej, a mianowicie, jak teraz powszechnie uważają, zapalenie kory mózgowej (encephalitis), odbywała się także i niżej i że właśnie ośrodek twarzy jako delikatniej zróżniczkowany pręcej na małe już uszkodzenia reaguje. Są to zresztą teoretyczne tylko przypuszczenia. Praktycznie zaś B. uważa, że należy pacjentowi zalecić trepanację. A wobec tego, że niema żadnych objawów wzmożonego wewnątrzczaszkowego ciśnienia i niema przez to obawy wypadnięcia mózgu, można usunąć dość duży płat kostny, co pozwoli lepiej anatomicznie się orientować.

Ciekawy jest ten przypadek i z tego jeszcze względu, że dowodzi on jak w miarę rozszerzenia się naszych metod badania coraz więcej przypadków przechodzi z mistycznej krainy swoistej padaczki w dziedzinę t. z. objawowej, anatomicznie umotywowanej. (Streścił mówca).

Higier, uważając przypadek za klasyczną postać padaczki Jacksonowskiej, nie ulegającej żadnej wątpliwości, namawiałby gorąco do trepanacji i dziwi się, dlaczego specjaliści, którzy dotychczas rozpoznali to cierpienie, nie przekonywali pacjenta o potrzebie interwencji. Higier radzi jedynie trzymać się dawno, od czasów Jacksona i Charcota przyjętej zasady uważania za punkt wyjścia napadu tę grupę mięśni, w której się zaczyna aura, jak w danym wypadku, muskulaturę twarzy i szyi. Czy cień radiograficzny w okolicy ośrodka nogi, znacznie odległego od ośrodka twarzy, zależy od kostniaka opony czy od zwapnienia niepewnego

ogniska encefalitycznego, to absolutnie postaci rzeczy ze stanowiska chirurgicznego zmieniać nie powinno.

b) 11-letniego chłopca, który przed 6-iu mies. poddany został trepanacji (Dr. Sołowiejczyk) z powodu ograniczonego ropnego zapalenia miękkiej opony mózgowej (*Leptomeningitis purulenta circumscripta*).

Na początku stycznia chłopiec uderzony został w głowę. Od tego dnia bóle głowy, które po 2-ch tyg. znacznie się wzmożyły. Wkrótce potem podniesienie ciepłoty ciała, dochodzące do 39°. Wystąpiły nieustające prawie drgawki kloniczne w dłoni a następnie i dolnej kończynie. Przytomność przez cały czas zachowana. Wymiotów nie było.

B. widział chorego w marcu w stanie wycieńczenia, z podniesioną ciepłotą ciała, przy zupełnej przytomności. Dowolne i nawet bierne ruchy głową niemożliwe wskutek silnego bólu. Opukiwanie lewej okolicy ciemieniowej bardzo bolesne. Nerwy czaszkowe (i dno oczu) bez zmian. Niedowład prawych kończyn ze wzmożonymi odruchami ścięgnowemi bez objawu Babińskiego i bez zmian czucia. Nieustające prawie kloniczne drgawki w prawej dłoni i prawej dolnej kończynie (przeważnie w obrębie stawu kolanowego). Wobec braku utraty przytomności, pomimo 6-cio tygodniowej gorączki, umiejscowionej bolesności głowy i umiejscowionych w przeciągu 5-ciu tygodni drgawek B. wyłączył rozlaną sprawę zapalną i przypuścił raczej ograniczoną sprawę korową. Brak objawu Babińskiego pomimo niedowładu dolnej kończyny jeszcze bardziej przemawiał za tem, że sprawa odbywa się powierzchownie. Ze względu na brak objawów wzmożonego wewnątrzczaszkowego ciśnienia ropień mózgu też wydawał się mało prawdopodobnym. B. sądził raczej, iż wskutek urazu powstał krwiak podołonowy, który być może przeszedł w ropienie. Ze względu na ogólny, bardzo ciężki stan chorego B. uważał za wskazaną, natychmiastową trepanację w lewej okolicy ciemieniowej. Trepanacja ta została wykonana przez d-ra A. Sołowiejczyka w jego zakładzie. Przy otwarciu czaszki twarda opona była niezmienniona i wyraźnie tętniła. Przy otwarciu zaś twardej opony znaleziono mniej więcej w środkowej części okolicy czuciowo-ruchowej zmętniałej zgrubiałą, miękką oponę, pokrytą włóknikiem, wśród którego przeświecały drobne wysepki ropne. Chirurg usunął włóknik, a po części i miękką oponę, przekonawszy się poprzednio za pomocą próbnych przekłuć, że w mózgu niema ropnia. Rany nie zamknięto na glucho, lecz zostawiono cienkie pasemka gazy między mózgiem a twardą oponą oraz między tą ostatnią i skórą. Przebieg był niezwykle dobry. Po kilku dniach ustąpiła gorączka. Drgawki już nazajutrz po operacji były mniejsze, a po kilku dniach zupełnie znikły. W trzydzieści kilka dni po operacji chory opuścił zakład bez wszelkich objawów chorobnych. Taki stan trwa i dotychczas.

Przypadek ten powiększa nieznacznie liczbę przypadków analogicznych, leczonych chirurgicznie z dodatnim wynikiem. Teoretycznie jest

oczywiście zupełnie zrozumiałem, że mogą być ograniczone sprawy ropne na miękkiej oponie (podobne do ograniczonych zapalnych spraw otrzewnej—peritonitis circumscripta), i że usuwając je, można otrzymać wyzdrowienie.

(Streścił autor).

Sołowiejczyk dorzuca kilka informacji o technice operacyjnej oraz o przebiegu gojenia się rany.

III. ZIENKIEWICZ omawia przypadek cierpienia mostu. Chory, 61 l., alkoholik, wracając ze spaceru, nagle dostał zawrotu głowy i upadł. Po tygodniu został przywieziony do szpitala. Przy badaniu znaleziono: źrenice wąskie, na światło oddziałują minimalnie, konwergencja, zdaje się, zniżsiona (chory nawpół przytomny), prawostronny niedowład połowiczny, porażenie wejrzenia na lewo, zniesienie wszystkich rodzajów czucia na prawym policzku i całej prawej połowie ciała, zaburzenia połknięcia, mowa wybuchowa, niezrozumiała, zatrzymanie moczu i stolca. Chory prawie nieprzytomny, krzyczy, wymyśla, szuka czegoś w łóżku, łapie coś rękami, słyszy jakieś głosy, rozmawia z ludźmi, których przy nim niema. Poza tem na dnie oczu, wybitniej w lewym, objawy zanikowe (atrophia post neuritidem retrobulbarem) dawnego pochodzenia.

Przed 2 miesiącami był podobny napad, tylko lżejszy: chory na ulicy upadł, lecz wkrótce podniósł się i mógł dojść do dorożki. Większych śladów napad ten nie pozostawił.

Po 2 tygodniach zmiana w porażeniu wejrzenia: przy patrzeniu na lewo lewa gałka nieruchoma, prawa nieco porusza się kuwewnątrż (m. rec. int. zaczął nieco działać). Również poprawa wystąpiła w niedowładzie kończyn, w łykaniu i w mowie. Zaburzenia czucia i inne objawy bez zmiany.

Mamy tu więc porażenie typu naprzemiennego (porażenie ruchowe i czuciowe prawostronne, nerw twarzowy lewy).

Co się tyczy umiejscowienia sprawy, to wylew musiał nastąpić w górnej części mostu przed skrzyżowaniem nerwu trójdzielnego, zając nerw twarzowy i nerw odwodzący lewej strony, a także neurony asocjacyjne, łączące n. odwodzący z włóknami n. okoruchowego (m. rec. int.) drugiej strony.

Opisany zespół objawów nie odpowiada żadnemu z opisanych dotychczas „syndromów”. Najwięcej cech wspólnych posiada z „syndromem protubérantiel supérieur de Reymond-Cestan”, od którego różni się zajęciem nerwu trójdzielnego i brakiem drżenia i bezładu po stronie porażenia.

Co do postaci klinicznej, to możnaby przypadek powyższy odnieść do typu poliencephalitis acuta haemorrhagica superior Wernicke'go ze względu na moment etiologiczny (abusus in Baccho) i stan psychiczny, przypominający delirium tremens.

(Streścił mówca).

Kopczyński Stan. zgadza się z mówcą co do umiejscowienia sprawy w górnym pięttrze lewej połowy mostu Varola, dalej ze względu na zajęcie obu mięśni wewnętrznych prostych nie wyłączyłby lekkiego uszkodzenia części, leżących poza linią środkową i podnosi, iż wylewy krwawe do mostu Varola w tej okolicy najczęściej prowadzą do zejścia śmiertelnego.

Bregman sądzi, iż rozpoznanie choroby Wernickego, w której porażenie mięśni ocznych stoi na pierwszym planie i przebieg jest odmienny, jest w danym przypadku nieusprawiedliwione. Mamy tu ognisko rozmiękczenia w moście Varola, powstałe na tle stwardnienia tętnic.

IV. HIGIER przedstawia: a) przypadek wrzekomego nowotworu mózdzku. 10-letnia dziewczyna pochodzi z rodziny zdrowej. Urazu i chorób zakaźnych w ostatnich miesiącach, poprzedzających cierpienie, nie przechodziła. Przymiotu w rodzinie nie było.

Na wiosnę 1911 r. zaczęły się zjawiać bóle głowy, po kilku tygodniach wymioty i stale postępujące osłabienie ogólne. Pierwsze dokładne badanie miało miejsce w rok później i dało, co następuje. Przytomność zachowana, bóle głowy uporczywe, apatja, wymioty rzadkie, drżenie rąk przy ruchach dowolnych, niedowład prawej połowy ciała, bezład wybitny przy siedzeniu, staniu i chodzeniu, asynergia mięśni tułowia z ciągiem przechylaniem się w tył. Odruchy rzekome patologicznie wzmożone, objaw stopowy i Babińskiego obustronny. Osłabienie wzroku bardzo znaczne: chora ledwie rozpoznaje ruchy palcami. Żrenice szerokie, leniwie oddziałujące na światło. Tarcze wzrokowe zatarte, żyły znacznie rozszerzone, wylewów nie widać.

Rozpoznanie brzmiało: cierpienie organiczne mózgu, najprawdopodobniej guz tylnej jamy czaszkowej względnie mózdzku. Ponieważ rodzice nie zgadzali się na wykonanie trepanacji, przekłucia spoidła lub zwykłego nakłucia lędźwiowego, to zastosowano jedynie leczenie swoiste, które nie dało na razie absolutnie żadnej poprawy. W mniej więcej 5 miesięcy później, czyli ku końcowi r. 1912, zaczął się rozpaczliwy stan chorej stopniowo poprawiać o tyle, że obecnie w 2½ roku po wybuchu choroby i 1½ roku po pierwszym dokładnym badaniu szpitalnym dziewczyna uważa się za zupełnie zdrową i za taką też poczytuje ją otoczenie. Jedyne, co pozostało, to jest, niestety, zupełna ślepotą. Badanie lekarskie stwierdza z dawnego, obfitującego w objawy patologiczne obrazu obiektywnie: znaczne osłabienie odruchów kolanowych, brak reakcji świetlnej żrenic rozszerzonych i zanik n.n. wzrokowych, robiący obecnie, zdaniem okulisty, wrażenie poniekąd *atrophiae simplicis*.

Z czym się miało do czynienia, niełatwo określić. Faktem jest, że rozpoznanie, stawiane przez większość obserwujących ją lekarzy—nowotworu mózgu lub mózdzku, było błędnem wobec trwającej rok cały poprawy zupełnej. Brak przymiotu w wywiadach, wahań wybitnych i zmienności w przebiegu oraz brak wpływu leczniczego jodu i rtęci czynią mało prawdopodobnym rozpoznanie syfilisu. Brak w wywiadach zakażeń, zatruc,

gruźlicy dziedzicznej, ognisk ropnych, urazów, uporczywej anemii, wzmianki o ostrym początku, o gorączce, o częstych remisjach lub intermisjach nie bardzo przemawia za meningitis serosa chronica, naogół nader trudnem do rozpoznania w przebiegu przewlekłym.

W każdym razie faktem pozostaje, że w porę wykonana trepanacja paliatywna lub przekłucie spoidła (Anton-Bramana) mogłaby uratować wzrok chorej, dotkniętej nowotworem wrzekomym mózdzku. Cierpienie to czasem (Higier) daje nawroty po latach.

(Streścił mówca).

Bychowski analizuje dany przypadek i dochodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z nowotworem mózdzku.

Bregman zaznacza, iż nowotwór wrzekomy rozpoznać można, gdy badanie pośmiertne nie wykazuje zmian lub gdy nastąpiło wyzdrowienie i wszystkie objawy znikły. W danym przypadku pozostał zanik n. wzrokowych. Jeśli dalszy przebieg nie wykaże nowotworu, należy rozpoznać surowicze zapalenie opon mózgowych.

Bornstein jest za rozpoznaniem wodogłowia, przyczem powołuje się na swój przypadek.

Biro również jest tego zdania, gdyż meningitis serosa może dawać objawy mózdkowe.

Flatau podkreśla fakt, że odruchy kolanowe są zachowane.

Higier, rozpoznając pseudotumor cerebelli, nie chce bynajmniej eo ipso aprobować prawa obywatelstwa grupy nowotworów wrzekomych, uważa jedynie, że przebieg i zejście nie przemawiają ani za guzem ani też za sprawą przymiotową, a początek, par excellence przewlekły, i trwanie choroby blisko 1½ roczne cierpienia również nie zgadzają się ze zwykłym obrazem meningitidis serosae, klinicznie bliżej nam znanym jedynie w swojej postaci ostrej i podostrej, o wiele mniej natomiast w postaci przewlekłej. Przewaga objawów połowicznych lub mózdkowych bynajmniej nie wyłącza zapalenia opon surowiczego. Co do stanowiska swego względem grupy nowotworów wrzekomych Nonnego, Higier może się jedynie powołać na to, co wypowiedział przed 4 laty, demonstrując przypadek trzykrotnych nawrotów nowotworu wrzekomego mózgowia i opisując go następnie w Gaz. Lekarskiej: „Stawiamy rozpoznanie nowotworu wrzekomego możliwie rzadko i strzeżmy się, aby rozpoznanie „pseudotumor“ nie stało się powodem do stawiania pseudodjagnozy“. Zestawienia Nonnego i Finkelnburga stwierdzają, że ani zaniki nn. wzrokowych ze ślepotą, ani zejście śmiertelne nie upoważniają jeszcze bynajmniej do odrzucenia rozpoznania pseudotumoris.

b) Przypadek stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni (sclerosis lateralis amyotrophica) ze stanowiska sądowno-lekarskiego.

Tkacz, lat 38. Pracuje 11 lat po 10 do 12 godzin dziennie rękami,

nadwyrężając rozginacze palców, zwłaszcza ostatnich 3 palców ręki lewej. Chorób nerwowych i porażań w rodzinie nie było. Urazów chorey sobie nie przypomina, chorób zakaźnych i wenerycznych nie przechodził, alkoholizm od szeregu lat uprawiał. Od 8 miesięcy stopniowo postępujące bezbolesne osłabienie obu rąk, czyniące go coraz mniej zdolnym do pracy zawodowej.

Status praesens. Żadnych oznak zwyrodnienia cielesnego lub duchowego. Ruchy kończyn górnych i dolnych zupełnie zachowane z wyjątkiem okolicy kiści i przedramienia, gdzie się też umiejscawiają pewne zaniki mięśni i wtórne od niedowładu zależne zniekształcenia w układzie dłoni i palców. Ręce lekko zgięte w stawie napiętkowym, mocniej w stawie napiętkowo-palcowym 3 ostatnich palców, częściowo i wskazującego palca prawej ręki. W obrębie stawu napiętkowego lekkie obrzmienie grzbietu. Duży palec obu rąk zbliżony do palca wskazującego i jednocześnie nadmiernie rozgięty.

Nieznaczny zanik mięśni rozginaczy na przedramieniu (mm. *extensor carpi radialis, carpi ulnaris, digitorum communis, indicis*), wybitniejszy zanik głównych mięśni kłęba palucha (mm. *opponens, abductor, flexor longus pollicis*). Unoszenie czynne dłoni nieco, 3-ich ostatnich palców bardzo utrudnione, również upośledzone są ruchy palucha addukcyjne i opozycyjne. Odwodzenie i dowodzenie palców możliwe, o ile się biernie usuwa zgięcie patologiczne palców. Drganie włókienkowe w mięśniach łopatkowych i drobnych mięśniach palucha, idiomuskularny kurcz mięśni przedramienia. Mięśnie palucha ledwie oddziałują na bardzo silne bodźce elektryczne, to samo odnosi się do grupy rozginaczy na przedramieniu. Odczynu zwyrodnienia niema. Przykurczeń i bezładu niema, zmian odżywczych skóry nie widać. Czucie zachowane. Nadwrażliwości mięśni i skóry niema. Odruchy ze ścięgien i z okostny są na dolnych kończynach znacznie, na górnych mniej wybitnie wzmożone. Żrenice, czynności pęcherzowo - odbytnicze i nerwy opuszkowe są nietknięte.

Przez brak bólów, parestezji, znieczuleń i kurczów, przez wybitną elekcyjność porażań i zupełną symetrię zniekształceń wyłączyć należy syringomyelię, pachymeningitis hypertrophica cervicalis potatorum, sprawę obwodową (zapalną, toksyczną, zawodową) w nerwach pomimo przepracowania stałego rąk przy uciążliwej wieloletniej pracy tkackiej, pomimo alkoholizmu i pomimo umiejscowienia porażań w rozginaczach, zazwyczaj spotykanych u tkaczy i alkoholików. Higier rozpoznaje sprawę rdzeniową przewlekłą, amyotrofię postępującą. Szybkość rozwoju zaników, żywość odruchów ścięgowych i okostnych—wprawdzie nie patologiczna—i brak typu amyotrofji klasycznej Duchenne-Arana każe przypuszczać rozwijającą się sclerosis lateralis amyotrophica z głównym zajęciem przednich rogów, odpowiadających 7-mu i 8-mu odcinkowi szyjnemu rdzenia. Rozpoznanie to decyduje jednocześnie o związku przyczynowym między chorobą a zajęciem pacjenta,—związku wielce nieprawdopodobnym. Możliwym jest, że przepracowanie rozginaczy i alkoholizm w myśl teorii Edingera

(Aufbruchstheorie) ustaliły typ i umiejscowienie zaników, ale bynajmniej nie wywołały cierpienia. W nielicznych przypadkach, gdzie powstawanie choroby uzależnione zostało od warunków zewnętrznych (przypadki Erb a, Ottendorfa), poprzedzone zostało wystąpienie zaników przez wybitny, jednorazowy uraz lub nieludzki, choćby krótkotrwały, wysiłek mięśniowy. Spostrzeżeń takich, ze stanowiska sądowno-lekarskiego przekonywających, piśmiennictwo posiada nader mało. Zebrali je ostatnio S c h u l t z e (1911) i Erb (1913).

(Streścić mówca).

L u x e n b u r g oświadcza, że badania doświadczalne anatomiczne czynią nieprawdopodobnem przypuszczenie, żeby uraz mógł wywołać systemowe lub ogniskowe cierpienie w zdrowym mleczu. Na to trzeba wrodzonego (zboczenia rozwojowe) lub nabytego (choroby, nadużycia) usposobienia. Wtedy odpowiedni uraz kręgosłupa (resp. mlecza) lub na obwodzie może sprzyjać powstawaniu cierpienia lub ujawnić dłuższy czas w ukryciu będące.

W tych warunkach miejsce urazu bywa siedliskiem najwcześniejszych objawów, jak naprzykład—pierwsze objawy sclerosis lateralis w ramieniu w 2 miesiące po urazie łokcia (przyp. Giese'go) lub pierwsze objawy w kończynie dolnej po upadku na staw biodrowy tejże strony (przyp. Seiffer'a).

Między urazem a pierwszymi objawami konieczny jest związek w czasie—od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Wpływ zawodu—w danym razie tkackiego — nie da się pod powyższy punkt widzenia podciągnąć. Wśród licznych rzesz tkaczy nie widzimy przypadków omawianego cierpienia, które wogóle nie jest częste. Zresztą zajęcie to nie naraża na szczególną pracę wyłącznie mięśni wyprostnych przedramienia, od których u przedstawionego chorego zaczęła się sprawa. Dlatego związek przyczynowy zdaje się być pozbawionym dostatecznych w tym razie motywów.

B r e g m a n na zasadzie własnego doświadczenia sądzi, że uraz może być przyczyną powstania stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni. Co się tyczy wpływu urazu na umiejscowienie sprawy, to B. wpływ ten stwierdził w przypadku dystrofii mięśniowej.

V. JARECKI przedstawia chorą, 24-letnią nauczycielkę, która kilkanaście dni temu zapisała się na oddział d-ra Męczkowskiego ze skargami na wadliwe wymawianie niektórych spółgłosek. To upośledzenie mowy trwa już około 6 miesięcy, początek był powolny; odczuwała wtedy bóle w lewej połowie ciała oraz suchość języka. Do objawów tych przyłączyło się uczucie kłucia w języku, które trwa do dziś dnia. Jako powód danego cierpienia, chora podaje silne przejście moralne, które wtedy (w marcu) bardzo odczuła. Chora wogóle jest b. nerwowa od lat kilku, od czasu śmierci ojca miewa czasem napady nerwowe, sztywnieje wtedy cała na przeciąg

$\frac{1}{2}$ —2 godzin. Pozatem skłoną jest do zapalenia gardła i krtani, 7 lat temu lekarze jakoby stwierdzili zapalenie błonicze.

Miesiączkowanie regularne, bolesne.

Matka cierpi na nerwicę serca, ojciec umarł na serce, reszta rodziny zdrowa.

Chora jest wychudzona; badanie laryngologiczne (kol. Pieniążek) wykazuje nieżyt nosa, krtani i gardzieli, tętno=96. Szmer skurczowy u wiezchołka serca. W nerwach czaszkowych przedmiotowo zmian niema. Odruch ze spojówki prawej znacznie słabszy niż po str. lewej. Przy badaniu czucia chora zaznacza, że uklucie w lewym policzku odczuwa nieco słabiej. Odruch z podniebienia miękkiego żywy, z tylnej ściany gardzieli nie daje się wywołać. Zaburzenie mowy u chorej przedstawia rodzaj seplenienia, są tu wadliwie wymawiane dwie spółgłoski r, s oraz cały szereg złożonych: sz, cz, dz i t. d. zwłaszcza jeśli jedną jest r lub s. Język przy wymawianiu tych dźwięków płącze się w ustach, zajmując miejsce nieodpowiednie: zazwyczaj wsuwa się wtedy pomiędzy uchylone zęby a nawet wysuwa z ust. Dla ułatwienia mowy pacjentka kładzie do ust jakiś twardy przedmiot np. pestkę śliwki, którą podczas mówienia trzyma za zębami, co udurodnia językowi wysuwanie się na zewnątrz.

W sferze ruchowej i czuciowej żadnych zmian niema. Odruchy ścięgnowe żywe, podeszwowy lewy żywszy nieco od prawego. Prześwietlanie okolicy szyi dało zupełnie ujemny wynik. Stan chorej w szpitalu jest wogóle bez zmiany choć dają się zauważyć w zależności od chwilowego wzruszenia lub zdenerwowania krótkotrwałe pogorszenia stanu wymowy. Rozpoznanie różniczkowe danego zбочzenia jest b. trudne, wnioskowanie na podstawie jednego objawu: wadliwego wymawiania kilku spółgłosek i zaliczanie go do tej lub innej grupy cierpień zawsze nie będzie posiadało trwałej podstawy. Opierając się na wywiadach i ogólnej nerwowości chorej, trudno jest oprzeć się wrażeniu, że mamy do czynienia ze sprawą czynnościową. Świadczą za tem ataki nerwowe, przytrafiające się podczas rozmaitych przejść moralnych, wystąpienie choroby wkrótce po zerwaniu z narzeczonym, ogólne zachowanie się pacjentki. Mimo to wszystko J. nie zatrzymuje się na tem rozpoznaniu: podobna dyzartria należy do nadzwyczajnych rzadkości, trwanie danego zaburzenia jest zbyt długie, mimo stosowania różnych środków i zabiegów leczniczych. Nie można również zgodzić się na rozpoznanie rozpoczynającego się porażenia opuszkowego i rozpoznanie to wyłączyć można na podstawie stosunkowo dłuższego trwania objawów bez zmian, tudzież wieku młodego. Myasthenji i stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni nie bierzemy tu nawet pod uwagę. Jednostronne porażenie obwodowe n. podjęzykowego spotyka się rzadko. Opisane są spostrzeżenia, gdzie n. podjęzykowy ulegał porażeniu wskutek ucisku ze strony powiększonych gruczołów chłonnych szyi po częstych zapaleniach gardła. Według Dinklera, cytowanego przez Bregmana i Oppenheima, takie porażenie może nie dawać wybitnych zmian: ruchy są zachowane zupełnie i jedynie w mowie dają się zauważyć pewne zaburzenia, mianowicie wadliwe wymawianie niektórych spółgłosek zwłaszcza x i sz.

Biorąc pod uwagę częste zapalenia gardła u chorej oraz możliwe w tych warunkach powiększenie gruczołów chłonnych na szyi, moglibyśmy przypuścić możliwość takiego porażenia, za czem przemawia jeszcze klucie, jakie chora odczuwa w języku.

(Streścił mówca).

B r e g m a n zaznacza, iż mamy tu kurcze mięśni, biorących udział przy mówieniu, w pierwszej linii m. języka. Kurcze te powstały na tle ogólnego usposobienia neuropatycznego; ze względu na zawód chorej i na to, że kurcze zjawiają się tylko przy mówieniu, uważać je można za kurcze profesjonalne.

B o r n s t e i n badał chorą już uprzednio, nie wątpi, że cała sprawa jest psychopochodną, wynikłą na tle silnych wzruszeń ujemnych, uważa że należy tu stosować metodę analityczną.

F l a t a u, opierając się na krótkotrwałej obserwacji chorej, rozpoznaje płasawicę, radzi przeprowadzić odpowiednie leczenie arsenikowe.

B r e g m a n nie zgadza się na rozpoznanie płasawicy. Kurcze języka spostrzega się w płasawicy li tylko w przypadkach cięższych i odosobnionej płasawicy języka nie spostrzegano dotąd.

S t e r l i n g uważa zaburzenia mowy za czynnościowe, o charakterze kurczowym. Podobne cierpienie było przedstawione przez Meige'a na jednym z ostatnich posiedzeń lekarskich w Paryżu.

H i g i e r zwraca uwagę, że wszelkie zaburzenia mowy, zaczynając od jąkania, a kończąc na różnych odmianach jego w postaci sigmatyzmu i lambdacyzmu, mogą być symulowane przez histerję. Niemieckie piśmiennictwo lekarskie zna te sprawy o wiele mniej od francuskiego. Przypadek H i g i e r a, opisany przed laty kilkunastu jako jąkanie histeryczne, wielce przypomina demonstrowane zaburzenia. Tło funkcjonalne jest pewne, podłoże histeryczne albo, ogólnie wyrażając się, psychogenne, jest wielce prawdopodobne u tego osobnika, neuropatycznie usposobionego. Czystej izolowanej płasawicy języka H i g i e r nie zna, jak również skurczu zawodowego u mówców lub nauczycieli.

Wł. Jarecki.

POSIEDZENIE DN. 4 PAŹDZIERNIKA 1913 R.

I. H. HIGIER i L. PASZKIEWICZ przedstawiają preparat torbieli półkuli mózdkowej, naśladującej nowotwór kąta mostowego.

22 letni szewc. Dawniej alkoholik. Chorób nie przechodził. Od roku stale postępujące bóle głowy, w ostatnich miesiącach silne zawroty głowy, zmuszające go do leżenia w łóżku. W ostatnim miesiącu 3 razy drgawki po 10—15 minut z zupełną utratą przytomności. Przy badaniu danych na przebyty przymiot nie znajduje się, aczkolwiek próba Wassermana wypada wybitnie dodatnio. Mocz bez białka i cukru. Bóle głowy, zwięsz-

cza czołowe lub potyliczne. Chód pijanego z asynergią tułowia i zataczaniem się w lewą stronę. Ciągłe zawroty głowy i ciemnienie w oczach przy zmianie pozycji. Dzwonienie i szum w lewym uchu. Leżenie na prawym boku potęguje ból głowy; drętwienie rąk, największe przy leżeniu na wznak, znika na lewym boku. Dwojenie, przemijające przy patrzeniu przed siebie. Badanie błędnika metodą Bárány'ego wskutek silnych zawrotów głowy niemożliwe, próba palca wskazującego (Bárány'ego Vorbeiz-eigen) ujemna. Lekkie drżenie gałek ocznych przy patrzeniu w prawo. Czucie twarzy zachowane, lewej gałki osłabione. *Areflexia corneae utriusque* i tarcza zastoinowa obustronna. Tu i owdzie słabo wzmożona ciepłota dochodzi do 37,6. Wahań i zwolnień w przebiegu choroby nie było. Podczas leczenia specyficznego chory nagle, unosząc się z łóżka, zmarł. Rozpoznano za życia nowotwór tylnej jamy czaszkowej, najprawdopodobniej nie przymiotowej natury, umiejscowiony bądź w lewej półkuli mózdzku, bądź też w lewym kącie mostowo-mózdzkowym.

Ogłędziny pośmiertne stwierdziły zupełnie prawidłowy mózg bez śladów sprawy syfilitycznej, a w lewej półkuli mózdzkowej torbiel bardzo znacznych rozmiarów (mandarynki), zajmującą całą długość i szerokość tejże półkuli, na powierzchni niezmienionej, wrastającą przednią, najbardziej ścięczałą ścianą swoją, w kąt mostu Warola. Torbiel, wypełniona przezroczystym bezbarwnym płynem, nie komunikuje się ani z jamą czaszkową, ani z komorami. Wewnętrzna powierzchnia torbieli wysłana jednowarstwowym spłaszczonym nabłonkiem. Od substancji mózgowej oddziela nabłonek wazjiutki pas luźnej tkanki łącznej. Tkanki nowotworowej nie stwierdza się.

Jeżeli wraz z F. Krausem rozróżniać torbiele urazowe, pooperacyjne, pajęczynowe, nowotworowe, hydrocefaliczno-surowicze i rzeczywiste glejowe, to opisaną torbiel wypadnie zaliczyć do tej ostatniej grupy torbieli, względnie najrzadszych, o których Bruns powiada, że pochodzenia są ciemnego, a Lichtheim i Scholz, że stanowią anomalję wrodzoną, uchyłek workowaty IV-ej komory. Torbiel, stanowiąca uchyłek komory, może przy rozrastaniu się posuwać od robaka ku tyłowi i zajmować, jak w demonstrowanym przypadku, obszar całej półkuli. Tu i owdzie nie udaje się (Tietze) stwierdzić komunikacji z komorą. Torbiele siedzą nie zawsze w głębi półkuli, często przeświecają poprzez opony. Prawie wszystkie operacje, dokonywane na torbielach glejowych mózdzku (Bergmann, Garré, Auerbach, Tietze, Hamburger, Wilms, Dahlgren, Eisberg, Cassirer, Eiselsberg, Digaspero) zakończyły się pomyślnie pomimo smutnej naogół statystyki rękoczynów w tylnej jamie czaszkowej.

W danym przypadku, niestety, spóźniono się z operacją dobrze za życia zlokalizowanej sprawy chorobowej, a to dzięki stosowaniu leczenia swoistego, wskazanego przez dodatnią próbę Wassermana u osobnika, nie dotkniętego przymiotem.

(Streścił mówca).

II. MĘCZKOWSKI przedstawia a) preparat promienicy mózgu.

23-letni dorożkarz przybył 20 VIII 13 na oddział ze skargami na osłabienie lewej kończyny górnej. Przed 2 dniami, gdy jechał dorożką, zaczął mu kurczyć lewą rękę, poczem spadł na bruk. W marcu 1913 r. chorował na zapalenie płuc. W lipcu 1913 miał na lewym boku wrzodźkę, którą mu lekarz przecinał. Zresztą był zdrow. Przy badaniu znaleziono: Lewa żrenica nieco szersza, oddziaływanie na światło obu słabe, porażenie niezupełne dolnej gałęzi n. twarzowego lewego i lewej kończyny górnej. W narządach wewn., specjalnie w płucach, wyraźnych zmian niema. Na dnie oczu wybitne przekrwienie tarcz wzrokowych. 27 i 28 VIII 13 drgawki (epil. Jacks.) w lewej kończynie górnej. 2 IX 13 silne bóle głowy, osłabienie lewej kończyny dolnej. Później wystąpiła stopniowo ociężałość i zamknięcie przytomności oraz zupełne porażenie lewych kończyn. 15 IX 13 wystąpiły objawy pneumon. dextrae. 19 IX 13—śmierć.

Dodać należy, że po paru pierwszych dniach pobytu na oddziale wystąpił stan podgorączkowy, a od 15 IX 13 ciepłota znacznie się podniosła. Rozpoznano: Tumor cerebri region. motor. dextr. przyczem przypuszczano zajęcie korowe lub podkorowe, a nie kapsularne. Jednakże ogólny obraz cierpienia, niezmiernie szybki przebieg, wreszcie stan podgorączkowy wszystko to nasuwało z góry wątpliwości co do nowotworu i dlatego w rozpoznaniu M. użył terminu: guz. Badanie pośmiertne dało niespodzianki nie tyle co do umiejscowienia cierpienia (które było słusznem), ile co do charakteru. Mianowicie znaleziono w prawej półkuli, w istocie podkorowej, dużej pojemności ropień podkorowy; pozatem znaleziono ropnie promienicowe w nerkach zwł. lewej i w lewym płucu oraz zrosty lewej opłucnej, wreszcie zapalenie płuca prawego. Dodać należy, że na lewym boku, pod lewą pachą znajdowała się mała przetoka, z kąd sączyła się ropa promienicowa.

(Streścił mówca).

Bełkowski podnosi ogromną rzadkość promienicy mózgu. W piśmiennictwie obcem ogłoszono tego rodzaju przypadków około 12, w piśmiennictwie polskiem tylko 2.

Higier zapytuje, w jakim porządku chronologicznym rozwijały się objawy choroby, zwłaszcza objawy płucne i mózgowe, i czy ognisko promienicze skóry klatki piersiowej było pierwotnem, czy też ognisko w narządzie oddechowym wywołało przedziurawienie opłucnej i przejście następcze per continuitatem na mięśnie i skórę. Najprawdopodobniej punktem wyjścia choroby jest płuco lub przylegający krąg, a ognisko promienicze w półkuli mózgowej jest przerzutem z płuc, nie zaś z wrzodu promieniczego skóry. Ropnie przerzutowe mózgu przy czyrakach lub promienicy skóry zdają się należeć mimo twierdzenia angielskich klinicystów do rzadkich wyjątków.

b) preparat nowotworu mózgu.

22-letni kupiec przybył na oddział 8 V 13 z powodu porażenia po-

łowiczego lewostronnego. Chory opowiada, że 6 IV 13 nagle stracił przytomność, poczem wystąpiło lewostronne porażenie (incl. policzek); w styczniu dwukrotnie coś mu się zrobiło w lewej nodze: jakies drżenie krótkotrwałe, noga się „podwinęła“; dawniej zawsze zdrow, lues negatur. Przy badaniu znaleziono: szmer skurczowy na mostku, wzmożenie drugiego tonu na t. płucnej, ictus cordis rozlany, spastyczne porażenie lewostronne in: l. facialis dolny).

Rozpoznano: Insuffic. v. mitralis, hemiplegia sin. post emboliam. Na oddziale zaczął się b. szybko poprawiać i po 7 tygodniach został wypisany ze znaczną poprawą: ruchy w kończynach wróciły, chodził niezłe, pozostały objawy spastyczne. Na bóle głowy nie uskarżał się nigdy. 30 VII 13 przybył ponownie na oddział i opowiedział, że od 15 VII 13 wystąpiło znaczne pogorszenie: bóle głowy z wymiotami, zwiększenie osłabienia kończyn lewych. Przy badaniu znaleziono: objawy ze strony serca jak przedtem, porażenie niepełne kończyn lewych, wybitniejsze niż poprzednio; przy nakłuciu lędźwiowem wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, zastoina na dnie oczu. Ze względu na szybko posuwającą się zastoinę i ogólny stan (bóle głowy i wymioty, zaćmienie przytomności) został skierowany na operację. 22 VIII 13 porażenie prawego n. odwodzącego, 23 VIII 13 trepanacja dekompr. (kol. Leśniowski). 25/VIII 13 śmierć. Badanie pośmiertne wykazało: glioma molle hemisph. dextr. encephali regionis zonae motoricae. Haemorrhagia in gliomate. Ramollitio circa glioma. Haemorrhagia sub galea aponeurotica. Hydrocephalus int. Wybitne zwężenie aorty (jak u małego dziecka) — hypoplasia aorty.

Okazuje się, że hypoplasia aorty maskowała wadę serca, skutkiem czego powstało fałszywe przypuszczenie zatoru naczynia mózgowego. Godnym podkreślenia jest fakt, że nowotwór długi czas nie dawał żadnych objawów ogólnych mózgowych i że w tem porażeniu nastąpiła szybka i znaczna poprawa. Wreszcie podkreślić należy, że niejasne opowiadanie chorego o objawach w styczniu 1913 świadczy o pierwszych zaburzeniach ruchowych (drgawki?), zależnych od mózgu.

(Streścił mówca).

Leśniowski omawia szczegóły zabiegu operacyjnego w danym przypadku i wyraża powątpiewanie co do powodzenia podobnych zabiegów.

Jarecki obserwował chorego przez czas dłuższy, uderza go to, że na oddziale nigdy chory nie miał drgawek, drgawki, jakie podawano w wywiadach, są b. wątpliwe. U chorego J. ani razu nie stwierdził objawu Bańskiego.

Gajkiewicz w odpowiedzi Leśniowskiemu zaznacza, że wielkość danego guza nie mogła być przeciwskazaniem dla zabiegu operacyjnego.

Knapp zaznacza, iż w przypadku przedstawionym szmer na mostku stał się powodem mylnego rozpoznania (endoaortitis valvularis, embolia cerebri). Szmer na mostku nie zawsze upoważnia do rozpoznania wady zastawkowej aorty, jak to już wypływa z przypadku przedstawionego, w którym zamiast zmian na zastawkach, znaleziono wąskość całej aorty. Przypadki niedorozwoju aorty, na który zwrócił już uwagę Vir-

chow w swej klasycznej rozprawie o blednicy, należą do zjawisk dość częstych. Od dłuższego czasu mówca mierzy obwód aorty we wszystkich przypadkach sekcyjnych i porównywa go z obwodem arterji płucnej; przy czem okazało się, że obwód aorty u osobników wątych, a zwłaszcza zmarłych w młodszym wieku, jest stałe równy, a nawet mniejszy od obwodu tętnicy płucnej; za życia w większości tych przypadków wysłuchiwało szmer u podstawy serca, nieraz wyraźny, a nieraz uchwytny dopiero w pozycji leżącej i po głębokim wydechu. Wrodzona wąskość aorty prócz szmeru daje również kompensacyjny przerost lewego serca, co tembardziej utrudnia rozpoznanie. W celu uniknięcia błędów rozpoznawczych należy brać pod uwagę wywiady, brak chorób infekcyjnych, które mogłyby wywołać wadę zastawkową, a głównie ogólną budowę chorego: osobniki z wąską aortą (hypoplasia aorty) są wogóle niedorozwinięci, mizerni, o drobnej, wątej budowie, wąskiej klatce piersiowej i sprawiają wrażenie osobników niedokrwistych przy normalnym składzie krwi (hypoplastycy).

Higier podkreśla uwagę kol. Jareckiego, że w ciągu obserwacji kilkotygodniowej nie spostrzegano ani razu objawu Babińskiego ze strony palucha u chorego. Stanowi to poniekąd przyczynek do nierozstrzygniętej dotychczas sprawy, poruszanej wielokrotnie w piśmiennictwie lekarskiem, u nas przez kol. Bychowskiego, stałej obecności *extension d'orteil* w chorobach mózgu głębszych a nieobecności w powierzchniowych — korowych i oponowych. W danym wypadku widzimy wbrew tej hipotezie stałą nieobecność objawu Babińskiego przy ogromnym guzie mózgu, sięgającym wgląd prawie do komory bocznej, siedzącym w pasie ruchowym i dającym poważne objawy podrażnienia.

Według Gajkiewicza pewną wskazówkę co do rozpoznania nowotworu mogło dać to, że na początku choroby podobno były drgawki, czego w zatorze nie ma nigdy.

III. JAROSZYŃSKI przedstawia przypadek nowotworu w tylnej jamie czaszkowej.

Chora l. 30, zameżna od 12 lat, dzieci 6-ro, z których 4-ro żyje zdrowych. Ostatni poród przed 3 miesiącami. Już w końcu ciąży chora zaczęła często wymiotować i chwiejnie chodzić. Główne jednak objawy wystąpiły w kilka dni po porodzie, mianowicie dostała bólu głowy, szumu w uszach dzwonięcia; w kilka dni potem znowu ból głowy z wymiotami, pociemnienie w oczach. Od tego czasu bóle głowy coraz częstsze, nieraz z wymiotami, oraz stopniowa utrata wzroku. Od 4-ch tygodni chora zupełnie nie widzi okiem prawem, od 2-ch tygodni — okiem lewym. Z innych objawów, podawanych przez chorą: uczucie zdrętwienia prawej połowy twarzy oraz prawej ręki, które wystąpiło zaraz po porodzie; utrudnienie mowy, która stała się wolniejsza; stopniowe pogorszenie się chodzenia; dzwonięcie i szum w uchu prawem.

Przedmiotowo: Tętno 104. Narządy wewnętrzne bez zmian. Układ nerwowy — Nerwy czaszkowe. Żrenica prawa szersza od lewej. Na światło obie nie oddziałują. Zupełna ślepotą obustronna. Przy konwer-

gencji wyraźne zwięzanie się źrenic. Prawa szpara oczna węższa, lewostronny lagophtalmus. Obie gałki oczne nie dochodzą przy ruchach bocznych do kątów zewnętrznych (porażenie n. abducentis obustronne). Zupełne porażenie lewego n. twarzewego—wszystkich gałązek. Głuchota lewostronna. Język stale skręcony na prawo, prawostronny wyraźny zanik. Mowa nosowa monotonna, zlekka skandowana. Odruchy łącznicowe obustronnie zniesione. Czucie na twarzy upośledzone na wszystkie rodzaje na prawej połowie twarzy, dolnej gałązce. Ruchy bierne głową ograniczone na lewo i w tył,—przy ruchach tych występuje ból w karku. Ruchy czynne również ograniczone w tych kierunkach. Siła w kończynach niewielka, bez porażen. Ślad ataksji w kończynie górnej lewej. Ślad adiachokinesii w ręce lewej. Odruchy kolanowe trudno wywołalne. Babińskiego, clonus brak. Chód — wybitnie ataktyczny, zataczanie się na prawo. Czucie na kończynach i tułowiu zachowane. W moczu ślady białka.

Dno oka (dr. Beni). Na obu oczach wybitna tarcza zastoinowa; prawa tarcza na 3 mmil. wystaje ponad poziom siatkówki: z 3-ch stron w około tarczy pierścieniowaty wylew krwawy. W macula lutea błyszczące ogniska szarobiałe, jak w retinitis albuminurica, jednak nie w kształcie promienistej figury.

Badanie uszu (dr. Pieniążek). Uchem prawem słyszy szept i głos, lewem słyszy głos w odległ. 2—4 metrów. Badanie wziernikowe—obustronnie uszy normalne. Badanie ciepłikowe (Barany) — na lewym uchu—brak oczopłasu (niewrażliwość n. vestibularis); na prawem uchu reakcja westibularna istnieje: oczopłasu poziomy i pionowy.

Słowem mamy do czynienia z objawami ogólnomózgowymi i zajęciem szeregu n. czaszkowych, zwłaszcza położonych w tylnej jamie czaszkowej, więc prócz obustronnego n. VI—z prawej strony n. V, XII, z lewej—n. VII i VIII. Umiejscowienie sprawy chorobowej nastęrcza pewne trudności z uwagi na zajęcie nerwów czaszkowych nie po jednej stronie. Jednostronne porażenie wielu nn. czaszkowych zdarza się w nowotworach, idących na podstawie czaszki, obejmujących pochewki korzonkowe (przerzuty z nowotworów szyjnych); w danym wypadku przemawiałoby za tem uczucie zdrętwienia w prawej kończynie górnej (zajęcie części plexus brachialis) oraz utrudnienie biernych ruchów głową (zajęcie korzeni szyjnych w kanale kręgowym). Jednak objaw ten ze strony ruchów biernych głową zdarza się nader często i w nowotworach mózdzku, przytem nowotwory na podstawie czaszki, jako przerzuty z nowotworów szyjnych, są to zwykle drobne guziki, nie dające takich silnych objawów ogólnomózgowych.

Możnaby było myśleć w danym przypadku o nowotworze w kącie mózdzkowo-mostowym—przemawiają za tem objawy uszne, wczesne zajęcie n. trigemini, udział n. facialis. Jednak i tą sprawę wyłączyć można na zasadzie dwustronności objawów, braku fibromatosis ogólnej, wybitnej tarczy zastoinowej, objawów ataktycznych ze strony kończyn.

Wreszcie co do nowotworu mózdzku, to przemawia za tem szybkie wystąpienie objawów ogólnomózgowych wraz ze ślepotą oraz zajęcie n. twarzewego, słuchowego i trójdzielnego. Obustronne zajęcie n. odwodzące-

go łatwo wytłumaczyć, gdyż objaw ten zdarza się przy wszelkich nowotworach. Trudniej objaśnić zajęcie n. językowego, jednak tłumaczyć to może oddalone działanie nowotworu. Za nowotworem mózdzku przemawiają też objawy bezładu w lewej kończynie górnej. Tenże objaw wskazuje, że sprawa nowotworowa zajmuje raczej lewą półkulę mózdzku — potwierdza to zajęcie lewego n. facialis et acustici. Bądź co bądź, rozpoznanie nowotworu mózdzku nie może być pewne z uwagi na obustronne zajęcie wielu nerwów czaszkowych i nader złożony obraz chorobowy.

(Streścić mówca).

Gajkiewicz dowiaduje się, że nie była robiona próba Wassermana, wobec czego możliwe jest rozpoznanie meningitis basilaris luetica, zwłaszcza wobec braku odruchów kolanowych. Mówca powołuje się na swój przypadek, gdzie energiczne stosowanie rtęci dało znaczną poprawę.

Męczkowski odrzuca rozpoznanie kiły, biorąc pod uwagę, że przy sprawie oponowej zastoina nie może się wytworzyć tak szybko. Co do braku odr. kolanowych to znanem jest, że w nowotworach mózdzku może ich nie być.

Kopczyński Stan. podkreśla szybkie wystąpienie objawów ogólnomózgowych, co zdaniem K. przemawia za nowotworem w tylnej jamie czaszkowej, a nie za przymiotem na podstawie czaszki. Najtrudniej objaśnić porażenie nerwu XII po stronie prawej, t. j. po stronie przeciwległej przypuszczalnej lokalizacji nowotworu, bo co się tyczy nerwu prawego V i obu nerwów odwodzących, to te nerwy cierpią często przy objawach ogólnych wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego bez względu na umiejscowienie nowotworu.

Wł. Jarecki.

BIBLIOGRAFJA.

A. WIZEL. Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego. Studium kliniczne i psychologiczne. Str. 165. Warszawa 1914.

We wszystkich dotychczasowych pracach, traktujących nerwowe zaburzenia płciowe, panuje według autora dziwny chaos i brak ścisłej klasyfikacji i większość przypadków, bez względu na etiologię i patogenezę, zalicza się ryczałtowo do dziedziny „neurastenji seksualnej“. Usiłując wnieść ład do tej tylokrotnie omawianej dziedziny, autor na samym wstępie analizuje bliżej zdobycze francuskich klinicystów w nauce o t. zw. psycho-neurozach.

Dzieląc zaburzenia płciowe na wzór innych zaburzeń ustrojowych na somatogenne z podstawą materialną i psychogenne z podstawą duchową, W. zajmuje się wyłącznie temi ostatniemi, do których należą przedewszystkiem: niemoc, zmyły nocne i nasieniotok.

Z różnych odmian niemocy wyróżniać należy: 1) niemoc z braku popędu, 2) rzekomą, 3) psychasteniczną i 4) neurasteniczną.

Niemoc z braku lub osłabienia popędu, najmniej znana ogółowi lekarzy, bywa zupełna i częściowa, wrodzona i nabyta, absolutna i względna. Analizując dokładniej znamiona charakterystyczne psychoseksualnej organizacji mężczyzn i kobiet, widzi się, jak częstą jest względna niemoc płciowa, t. j. anestezja psychiczna w stosunku do pewnych osób i jak często ona staje się źródłem poważnych nieporozumień i konfliktów.

Przypadków niemocy wrzekomej nie należy uważać za chorobowe, stanowią one wynik fizjologicznej reakcji wzruszeniowej, dają obraz przemijającego zakłócenia czynności pod wpływem całkiem przypadkowego afektu.

O ile postać przewlekłej niemocy wrzekomej uważałbym za bardzo rzadką i zlewającą się tu i owdzie z neurasteniczną, o tyle częstą i neurologom nie obcą wydaje mi się być podgrupa niemocy psychastenicznej, po raz pierwszy ściślej przez W. zdefiniowana. Jest ona wynikiem chorobliwych lęków i opętań swojego rodzaju obawą spółkowania, miksofobią z kategorii Janet'owskich phobies des situations sociales.

W patogenecie niemocy neurastenicznej autor aprobeuje w zupełności stanowisko Déjérine'a i Gaucklera, wypowiedziane w ich klasycznym dziele „Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses“ (patrz referaty Higiera i Wi-

zła w Neurol. Polsk. 1912). U impotentia-neurastenika zawsze doszukiwać się można wstrząsu wzruszeniowego, stającego się powodem preokupacji i opętań hypochondrycznych. Jedno — lub kilkorazowe niepowodzenie u neurastenika wpływa wstrząsająco na psychikę i wytwarza grunt odpowiedni do zrodzenia się lęków i preokupacji. Agent provocateur może być zarówno afekt przemijający jak i przewlekła zmiana lokalna w aparacie płciowym, zazwyczaj urethritis posterior, skutkiem rzeźączki przewlekłej, nadużyć płciowych, samogwałtu i stosunków przerywanych. Zdaje mi się, że i w niemocy neurastenicznej mniejszą rolę odgrywają istotne zmiany anatomiczne, wywołane przez wspomniane czynniki etiologiczne, a większą przypisywany im przez neurastenika wpływ szkodliwy na czynności seksualne.

Słusznie autor zarzuca specjalistom chorób moczopłciowych, że absolutnie się nie liczą z momentem psychicznym niemocy, wikłającym chorobę w przypadkach dawno przebytej rzeźączki, samogwałtu i nadużyć in Venere. Zgodzi się z tym zarzutem zwłaszcza praktyk neurolog, który na każdym kroku spotyka się z takąż polypragmazją specjalistów, leczących kosztownymi rękoczynami i sztucznie hodowaną autosuggestją cierpienia miejscowe w dziedzinie gardzieli, krtani, żołądka, kiszek, macicy i t. d.

W dziale fizjologii niemocy W. rozpatruje rozmaite przejawy kliniczne impotencji w stosunku do erekcji i wytrysku (brak obu lub brak jednego przy obecności drugiego) i tłumaczy je zgodnie z poglądem Fingera, który utrzymuje, że każdą z wspomnianych czynności rządzi swoisty ośrodek rdzeniowy, posiadający autonomję i że każdy z tych ośrodków może być, niezależnie od drugiego, pod wpływem mózgu pobudzony lub hamowany w funkcji swojej. Psychopochodnym może być i wytrysk przedwczesny. Tu autor przeprowadza analogję, nb. nie zupełnie przekonującą, pomiędzy procesem urynowania i wytryskiem i wykazuje, że, jak incontinentia urinae, tak samo i ejaculatio praecox bywa często następstwem preokupacji. Niezrozumiałą tylko pozostaje, zdaniem mojem, okoliczność, dla czego funkcjonalna ejaculatio praecox jest zjawiskiem codziennem a incontinentia urinae nader wyjątkowem.

Akt spółkowania w stanie normalnym jest i być musi automatycznie odbywającym się odruchem psychicznym. Sparaliżowanym on zostaje, ilekroć wchodzi w grę rozważa i świadomość. I tutaj znowu dodać według mnie wypadałoby, że największemi wrogami są rozważa i świadomość podczas spółkowania jedynie u impotentów-psychików, gdyż wiemy bardzo dobre, że dziesiątki tysięcy ludzi, wykonywujących latami całemi przy zupełnej potencji coitus interruptus i reservatus, pracują

właśnie z najzupełniejszą precyzją i rozważą oraz wielce spotęgowaną świadomością. Zmazy nocne i nasieniotoek natury psychogennej są o tyle jedynie patologiczne, o ile nie są następstwem wzmożonego erotyzmu i częstych snów lubieżnych, lecz wynikiem psychoneurotycznych lęków i preokupacji. A takimi mogą być niewątpliwie (D'éjérine, Rohleder, Naecke) i pollucje dzienne i nasieniotoek.

W dziale terapii W. gorąco popiera zdanie Dubois i D'éjérine'a, którzy nie uznają wogóle leczenia innego psychoneuroz, jak tylko leczenie psychiczne, ściśle indywidualizujące i do patogenyzy poszczególnego przypadku zastosowane. Co się tyczy kwestji leczenia miejscowego, to W. akcentuje zdanie znakomitych znawców tej kwestji (Eulenburga, Fürbingera, Fingera), którzy dowodzą, iż terapia miejscowa wyrządza w tych razach choremu jaknajwiększą szkodę i jest wręcz przeciwwskazana. Co zaś do ogólnych zabiegów fizykalnych, to W. uważa je za dopuszczalne, gdyż ogólnie działają tonizująco i wzmacniająco na układ nerwowy. Jeżeli jednak autor uważa je za dopuszczalne już choćby z tego względu, iż działają dodatnio, jako „zamaskowana suggestja“, to rozumie się, że z niemniejszym prawem powie to samo wenerolog lub urolog, przypalający impotentowi tygodniami nieszczęsny *colliculus seminalis*, masujący mu zanikły lub przerosły gruczoł krokowy, wywołujący za pomocą rozrzedzających powietrze aparatów sztuczne przekrwienie moszny lub bierną erekcję prącia.

Autor leczenia psychicznego szczegółowo nie rozpatruje, podkreślając jedynie, z czem się znowu zgodzi każdy racjonalnie myślący lekarz, że walczyć należy z przyczyną cierpienia, nie zaś z jego przypadkowemi objawami. O freudyzmie, jako o metodzie leczenia, dotychczas przez naukę oficjalną naogół nieuznawanej, W. wspomina tylko mimochodem.

Książka napisana jest barwnie i potoczyście, czyta się z łatwością i przeznaczoną zdaje się być nie wyłącznie dla lekarzy, czem się tłumaczy tu i owdzie zbytne popularyzowanie niektórych powszechnie przyjętych poglądów naukowych.

H. Higier.

P. JOLLY. Kurzer Leitfaden der Psychiatrie. Bonn 1914 str. 240.

Młoda firma wydawnicza Marcus-Webera w Bonn wydała drukiem jednocześnie obok bardzo dużego i wyczerpującego „Podręcznika psychjatrii sądowej“ Hübnera dość skromny i mniejszych rozmiarów „Szkic psychjatrii“ P. Jolly'ego. Autor na wstępie uważa za stosowne tłumaczyć się, że kierowała nim

przedewszystkiem chęć wydania szkicu dla lekarzy i studentów, zajmującego poniekąd miejsce pośrednie pomiędzy dużemi, kilkotomowymi podręcznikami a krótkim kompendjum psychjatrii. Szkic ciekawy jest między innymi z tego względu, że go opracował b. asystent kliniki Siemerlinga w Kilonji, a obecny docent kliniki Antona w Halli. W poglądach swoich nie odzwierciadla przeto książka zbyt przynależności do tej lub owej szkoły panującej (Kraepelina, Ziehen, Bleulera i t. d.) zwłaszcza w sprawach, od lat wielu spornych, w rodzaju katatonji, schizofrenii, paranoi, maniakalno-depresyjnej psychozy, chorób umysłowych przedstarzyczych. Zresztą autor już we wstępie zaznacza, że w krótkim podręczniku miejsca niema na rozstrząsanie teorii, niezupełnie jeszcze ustalonych, hipotez nie zupełnie jeszcze dojrzałych. Naogół książka, o 250 blisko stronicach, wprowadza lekarza nie specjalistę odrazu in medias res, dając dość dokładne pojęcie o obecnym stanie psychjatrii, dodajmy, psychjatrii wyłącznie niemieckiej.

W pierwszej części wypadł najlepiej dział djaagnostyki ogólnej, traktujący symptomatologię, anamnezę, stan somatyczny i badanie psychiczne chorych umysłowych, w części drugiej — rozdziały o katatonji, paranoi i psychozach toksycznych.

W części ogólnej J. rozpatruje po kolei zaburzenia spostrzegania (świadomość, uwaga), zaburzenia w powiązaniu wyobrażeń (upośledzenie czynności myślenia, pamięci i orientacji, wyobrażenia natrętne, znużenie psychiczne), zaburzenia w sferze uczuciowej, zaburzenia woli i postępowania. Nader szczupłe i skąpe, prawie w stylu depeš zredagowane są wiadomości z anatomji patologicznej psychoz.

W części szczegółowej autor zaczyna przegląd oddzielnych postaci od wrodzonego upośledzenia umysłu (idjotyzm, głuptactwo) i zaburzeń tarczopochodnych (kretynizm, śluzoobrzęk, choroba Basedowa), po których następują grupy: katatoniczna (otępienie wczesne, hebefrenia, katatonja i dementia paranoidea), maniakalno-melancholijna (mania, melancholia, psychozy perjodyczne i cykliczne) i paranoiczna (obłąkanie ostre, przewlekłe i udzielanie czyli folie à deux). Do kategorii bredzenia zakaźnego J. włącza psychozy połogowe, delirium acutum, amentia Niemców czyli confusion mentale francuzów. Racjonalny jest przegląd kolejny psychoz arterjosklerotycznych, otępienia starczego i psychoz przedstarzyczych, do których zalicza nie bez narażania się na poważne zarzuty katatonję późną, chorobę Alzheimera i Beeinträchtigungswahn Kraepelina. Obok siebie stawia bez wyraźnego uzasadnienia paraliż postępujący i psychozy tabetyczne, raczej do paranoicznych należące. Krótko acz wyczerpująco traktowane są zaburzenia duchowe w przebiegu kiły, stwardnienia wieloogniskowego, płasawicy i no-

wotworów mózgu. W rzędzie psychoz toksycznych, omawiającym obok morfinizmu i kokainizmu różne inne zatrucia organiczne i nieorganiczne (ołów, pellagra, ergotynizm, tlenek węgla, hyoscyna), naczelnie miejsce słusznie zajmuje alkoholizm we wszelkich jego odmianach (ostre zatrucie wyskokiem, alkoholizm nawykowy, zamroczenie alkoholowe, zwane *pathologischer Rausch*, *delirium tremens*, obłąkanie pijaków, zwane *Eifersuchtswahn*, psychoza Korsakowa, rzekomy paraliż postępujący, *dipsomania*). Po nerwicach i psychozach urazowych następują zaburzenia psychiczne u histeryków, epileptyków, neurasteników i psychasteników.

W zakończeniu części ogólnej J. przytacza 23 głównych paragrafów z prawodawstwa niemieckiego, bardzo ważnych ze stanowiska sądowno-lekarskiego dla lekarza eksperta. H. Higier.

W. PETERS. *Die Beziehungen der Psychologie zur Medicin*. Würzburg 1913.

Młody docent wüzburgski omawia bliżej stosunek psychologii do medycyny, sprawę nader aktualną obecnie w Niemczech, Anglii i Ameryce, jak tego dowodzą liczne prace odnośne z r. 1912, aby wspomnieć tylko o podstawowych: Külpe'go: *Psychologie und Medizin*, Marbe'go *Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen*, Wundta: *Die Psychologie im Kampf ums Dasein* i zbiorowy referat znanych psychiatrów i psychologów amerykańskich — Southarda, Meyera, Watsona, Franca i Morton Princea: *The Relations of Psychology and Medical Education*.

Autor dowodzi, że lekarz nowoczesny na każdym polu działalności musi być obznajmiony z psychologią teoretyczną i doświadczalną. W dziedzinie fizjologii trudno mu bez tego zrozumieć czynności narządów zmysłowych, sprawę omamów i złudzeń, a nawet zachowanie zwykłego czucia bólowego organicznego i czynnościowego. Cała sprawa lokalizacji mózgowej z afazją, apraksją, agramatyzmem, ślepotą i głuchotą duchową na czele, zaburzenia woli, myślenia i inteligencji wogóle są bardzo trudno przystępne lekarzowi bez danych psychologii normalnej. Farmakologia nowoczesna studjuje wpływ licznych środków leczniczych, zwłaszcza pobudzających i usypiających, na czynności psychiczne (zapamiętywanie, liczenie, pisanie, emocyjność, sądzenie, kojarzenie). Toż samo ma miejsce z higieną szkolną, mierzącą na drodze psychofizjologicznej z jednej strony stan obiektywnego wyczerpania sił czyli zmęczenia, z drugiej stan znużenia, będącego subiektywnem uczuciem niemocy wychowañców szkoły, normalnych i upośledzonych intelektualnie.

Psychjatra nie rozumie wielu chorób, jak np. psychozy Korsakowa, Alzheimerera, t. zw. *mnemastenii* (Gregor), histerycznej *amnezji antéro—i retrograde*, nie

potrafi zbadać doświadczalnie chorego bez znajomości metodyki i techniki odnośnej. Wszelkie sporne dotąd problemy teorii hysterji i psychoneuroz *Freuda* stanowią wyłącznie problemy psychologiczne. Internista bez znajomości psychologii nie zorientuje się należycie w klasycznych doświadczeniach *Pawłowa*, w jego zjawisku łaknienia (*Appetitphänomen*), stanowiącym względny odruch wydzielniczy w przeciwieństwie do istotnego odruchu sekrecyjnego gruczołów ślinowych, żołądka, wątroby.

Lekarz-psycholog krytyczniej oceni wpływ psychiczny porażenia istotnego na astenię następczą psychopochodną w tymże obrębie nerwowym oraz znaczenie psycho-suggestyjne klimato- i balneoterapii u w iększości chorych z cierpieniami organicznymi. Pedjatra tu i owdzie odczuwa braki swoje, nie znając metodyki badania inteligencji i podstaw oraz cech psychicznych konstytucji psychopatycznej dzieci. Wreszcie ogromny dział psychoterapii, obejmujący choroby lękowe, nerwowe zaburzenia sercowe, bezsenność, niestrawność, bóle rozsiane i t. p., obowiązuje nie tylko neurologa, ale każdego lekarza-praktyka, spotykającego się z temi skargami na każdym kroku. Lekarz sądowy i lekarz szkolny nie określi należycie wpływu i znaczenia afektu, gniewu, strachu, lęku i innych anomalji sfery wzruszeniowej bez znajomości podstawy psychologicznej tych stanów.

Jeżeli więc lekarz istotnie ma do czynienia z człowiekiem całym, z fizycznymi i psychicznymi przejawami jego życia, to nie wolno mu nie poznawać całości. Z tego wynika, że psychologia, winna obowiązywać jako przedmiot wykładowy propedeutyczny, poprzedzający klinikę. Niektóre uniwersytety amerykańskie już to zrozumiały i wprowadziły roczny wykład psychologii teoretycznej i praktycznej oraz egzamin z psychofizjologii, obowiązkowy dla wszystkich słuchaczy medycyny. W tym też duchu przemawia *Peters*, powołując się między innymi na usilną agitację za oceanem *America Psychological Association*, posiadającego w swoim gronie nietylko psychologów z zawodu ale bardzo wielu poważnych i wybitnych przedstawicieli medycyny praktycznej.

H. Higier.

Prof. HUGO MÜNSTERBERG. *Psychologie und Pathologie*. Prof. S. KÜLPE. *Psychologie und Medicin. Zeitschrift für Pathopsychologie* T. I Lipsk.

Ktokolwiek z nas miał kiedy sposobność dokładnego zbadania chorego ze skomplikowaną niemotą ruchową lub apraksją, a zwłaszcza z agnozą w jakiejkolwiek jej postaci klinicznej, bądź to aleksji wyrazowej lub afazji optycznej, — ten się niewątpliwie zastanawiać musiał, czemu dziedzina ta leży tak zupełnie odło-

giem dla psychologa par excellence. Wszak istotnie uczo-
ny, nawet znakomicie obeznany z psychologią normalną, teore-
tyczną i eksperymentalną, musi chyba na każdym kroku od-
czuwać braki swoje, właśnie z braku materiału patologicznego
wynikające. A jednak nic tak nie pouczy technika o mechaniz-
mie aparatu jak rozejrzenie się w starej podniszczonej, rozebra-
nej na części składowe maszynie. Wszak żadne badanie pamięci
normalnej nie nauczy psychologa tyle, co jeden chory z amnezją
polyneurtyczną Korsakowa, obserwowany dokładnie przez
cały czas choroby od chwili wystąpienia pierwszych zaburzeń do
tragicznej chwili zanikania prawie zupełnego pamięci aktualnej
lub zdolności postrzegania. To samo znaczy w psychologii mowy
badanie afatyka-alektyka, a już cały skarbiec niewyczerpany
mieści się dla psychologa choćby w dawnej literaturze ślepoty
duchowej. Osobiście mam to przekonanie, że jeszcze żaden psy-
cholog czystej krwi tyle ciekawego nie wypowiedział o istocie po-
strzegania, poznawania i rozróżniania, co lekarze nie psychologdy
z zawodu—w rodzaju Wilbranda, Lissauera, F. Müllera i Graenouwa—w swoich dawnych dokładnych opisach
pacjentów, dotkniętych częściową lub całkowitą ślepotą duchową.
Leży tu formalnie ogrom materiału nader ciekawego, klasycznie
opracowanego, dotychczas przez psychologów niewyzyskanego
i nieużytkowanego, a który nigdy na wartości naukowej stracić
nie może. A czy mało zawdzięcza teoria psychologiczna barw
obserwacjom lekarzy nad daltonizmem, teoria uczuć—spostrze-
żeniom psychjatrów nad manią i melancholią, psychologia mowy—
badaniom głuchoniemych i niewidomych od urodzenia, psycho-
logia jaźni i podświadomości—badaniom lekarzy hypnotyzerów
i psychoanalityków. Wprawdzie chodzi tu zawsze nie o przeży-
wanie tego lub owego stanu psychicznego przez własne ja, lecz
o wnikanie w cudzą jaźń, o wtargnięcie się do obcej duszy.

A czyż istotnie ta metoda obserwowania osobników pato-
logicznych, stale przez psychologów zaniedbywana, obiecuje im
mniej od psychologii ludów pierwotnych, psychologii dziecka lub
psychologii zwierząt?

Myśli powyższe stale mi się z natręctwem narzucają ilekroć
spotykam się u lekarza z oryginalną nawskroś pracą z dziedziny
psychologii, w rodzaju Wernicke'go „aphasischer Symptomen-
komplex“ lub dawnej monografji Freuda „o agnozji“, a póź-
niejszej „o psychoanalizie“, lub dawnej monografji Liepmanna
„o gonitwie myśli“, a późniejszej „o apraksji“. Wprawdzie
tu i owdzie uprawiają sprawy psychologiczno-lekarskie pedago-
dzy i nowocześni pedolodzy (!), ale są to przeważnie kompilato-
rzy dyletanci, którym obcą jest fizjologia a nawet metodologia
psychologii eksperymentalnej lub w najlepszym razie dyrektorzy
zakładów wychowawczych, pro domo sua rozpawiający sans

gêne z jednakowym impetem o moral insanity i głupactwie, co o psychoanalizie i istocie hysterji lub neurastenji. A pisma, wspólne dla lekarzy i psychologów, czytowane są dotychczas i zapelniane artykułami przeważnie przez lekarzy! Nie wspominam o rzadkich wyjątkach, potwierdzających jedynie regułę, a powtarzających się co 10 lat, kiedy istotnie poważny psycholog—w rodzaju G. E. Müllera lub Claparède'a—porusza ze znajomością rzeczy temat z pogranicza psychologii i medycyny.

Z wielkim przeto zaciekawieniem zabrałem się do I tomu nowego wydawnictwa Zeitschrift für Pathopsychologie, widząc na okładce poważną firmę nakładcy lipskiego Engelmana, rokującą pismu dłuższy żywot, a w tekście dwa poważne programowe artykuły dwóch najbardziej poważnych psychologów-eksperymentatorów Europy: Külpe'go i Münsterberga. O pierwszym nie mam potrzeby mówić, gdyż lepsze jego prace zostały tłumaczone na języki polski i rosyjski. Mniej może znanym jest neurologom prof. berliński Münsterberg, który ścisłością badań ustępuje Külpe'mu, przewyższając go natomiast polotem myśli i szerokim horyzontem światopoglądu. Najpoważniejsze jego dzieło kilkotomowe z psychologii doświadczalnej odnosi się do lat 1890—1900 z czasów docentury we Freiburgu, Cambridge i Bostonie, stanowiące kamień węgielny w historii tej nauki.

Münsterberg w artykule „Psychologia i patologia“ porusza niektóre sprawy natury ogólniejszej, toż samo czyni Külpe w traktacie „Psychologia i medycyna“, dołączając jednak do części ogólnej część specjalną, dla lekarza-neurologa dość ponętą, świadczącą o tem, że przemawia z trybuny do lekarzy psycholog, nie nowicjusz i dyletant w sprawach pogranicza między psychologią a kliniką, lecz człowiek, na samym wstępie imponujący dokładną znajomością odnośnego piśmiennictwa lekarskiego i krytycznym poglądem na nie.

Münsterberg we wstępie określa i uzasadnia tytuł wydawnictwa, podkreślając różnicę między dawną psychopatologią a nowoczesną patopsychologią i tłumacząc, dlaczego jedna stanowi część składową patologji, druga psychologii. Ta ostatnia, korzystając z patologji jako z metody badania, znajduje się na równych prawach co psychologia eksperymentalna w pracowni. Na przykładach z dziedziny pamięci, uwagi, czucia, woli, wzruszeń i snu bliżej określa stanowisko patopsychologa. Wprawdzie pedagog stosuje dane z psychologii przy wychowaniu dziecka, prawnik—przy analizie zawikłanej sprawy kryminalnej, przemysłowiec przy jednaniu sobie nabywców, artysta—dla wydobywania subtelności estetycznych, lekarz — dla swojej czynności psychoterapeutycznej. We wszystkich tych przypadkach mamy atoli do czynienia z psychologią stosowaną, która tak się ma do psy-

chologii teoretycznej jak wiedza techniczna inżyniera do fizyki teoretycznej. Patopsychologia natomiast niema być psychologią stosowaną, również jak nią nie jest psychologia religii, mytów, kultury, obyczajów, mowy. Znaczenie tego działu psychologii wpływa z całej nauki o uczuciach bólu, towarzyszących cierpieniom organicznym i czynnościowym, o stanach podświadomych, o rozszczepieniu jaźni w hysterji, o terapii suggestyjnej. Psychopatologia, patopsychologia, psychodjagnostyka, psychofarmakologia i psychoterapia stanowią dziedziny pokrewne, lecz nie identyczne, operujące wspólnie metodami obserwacyjnymi, doświadczalnymi i niedoświadczalnymi.

Pamiętać należy, że stawianie pytań zasadniczych o podświadomej jaźni, wolności woli, paralelizmie między cielesnem a duchowem, istocie jednostek i stopni świadomości i t. p. nie stanowi i stanowić nie powinna treści psychologii w jakiegokolwiek jej formie. Pytania te, które tu i owdzie wysuwają lekarze-psychologowie, należą wyłącznie do filozofji. Spodziewać się na nie odpowiedzi od psychologa znaczy to samo, co żądać od fizyka rozwiązania pytań natury transcendentalnej o istocie czasu lub przestrzeni.

Biolog-lekarz często zapomina, pytając np. o istnieniu pamięci lub świadomości u zwierzęcia, że taż sama czynność w języku teorii psychologicznej zwie się pamięcią, w języku teorii fizjologicznej reprodukcją dawnych pobudzeń organicznych.

Külpe, omawiając w bardzo błyskotliwej acz ciężkiej formie wzajemny stosunek medyka do psychologa i korzyść, którą obie strony z wspólnej pracy odnieść mogą, porusza praktyczną kwestję metodyki badania, biorąc asumpt do dawniejszych danych psychopatologii doświadczalnej *Sommersa*, a nowszych *Gregora*. Słusznie powstaje w jednym miejscu przeciw porównywaniu lub utożsamianiu pod względem duchowym starszego głuptaka z dzieckiem młodszego wieku, jakby się chciało karła uważać za zatrzymane w rozwoju cielesnym dziecko. Błąd ten, jak wiemy, popełniali francuscy uczeni tej miary co *Binet* i *Simon*.

W innym miejscu zarzuca *Lipmannowi*, że w klasycznych swych pracach nie uwzględniła należycie różnicy między „pojęciem“ a „wyobrażeniem“. Poznanie przedmiotu nie jest bynajmniej równoznacznem ze zdolnością wywołania przezeń wyobrażeń w świadomości. Ścisły związek między aprakcją i agnozą wynika już z analizy starych przypadków *Picka*. Aprakcję ideacyjną można sprowadzić do znanych zaburzeń pamięci, uwagi i pojmowania. Kto jak *Lipmann* widzi i pojmuje zasadnicze braki dawnej asocjacyjnej *Schulpsychologie*, ten winien mieć odwagę zerwania z zabobonem, jakoby w duszy naszej obok czuć i uczuć gościły jeszcze wyobrażenia. Błędem jest uzależnianie ślepoty duchowej od zaburzenia w powstawaniu obrazów pa-

mięciowych lub w przerwie komunikacyjnej między polem spostrzegania a wspomniania. Wychodząc z błędnego założenia, że przystąpienie wyobrażenia do bodźca zmysłowego już umożliwia poznanie tego ostatniego, nikt z autorów, którzy obserwowali przypadki *cécité psychique*, nie badał, czy upośledzonym też było poznanie wyobrażeń samych. Dotychczas doświadczenie nie potwierdziło przypuszczenia apriorystycznego, że poznanie jedynie na reprodukowaniu obrazów pamięciowych polega. Wielką rolę przy poznaniu (*Wiedererkennen-niemców*) odgrywa niewątpliwie strona wzruszeniowa: obecność lub nieobecność towarzyszącego afektu. Przy badaniu ślepoty korowej samo uwzględnianie pojęcia pierwotnej i wtórnej identyfikacji obrazów bynajmniej nie wystarcza.

Program, podany przez K. do badania ślepoty duchowej, jest tak wyczerpujący, że obejmuje prawie wszystkie czynności życia duchowego, a lekarza niewątpliwie narazi na pracę kilkumiesięczną, o ile tenże zechce dać odpowiedzi na wszystkie nadsuwające się kwestje i wypełnić ściśle wszystkie rubryki szematu. Główne punkty obejmują badanie zmysłu wzrokowego, zdolności spostrzegania, wyobrażania, myślenia i poznawania.

Metodyka, zalecana przez K^{ülpe}'go *mutatis mutandis* dałaby się zastosować w głuchocie i anestezji duchowej, nie nadając się jedynie w tej formie do badania agnozji ogólnej lub asymbolii.

W końcu swej głębokiej, w myśli obfitującej pracy, którą za otrzymany tytuł doktora medycyny *honoris causa* poświęca wszechnicy Giessen'skiej, K. głosuje za urządzeniem w Niemczech specjalnych katedr psychologii eksperymentalnej, dowodząc, że nastał czas oddzielenia jej od psychologii filozoficznej, która winna zawsze w ścisłym pozostać związku genetycznym z każdą poszczególną gałęzią psychologii szczegółowej.

H. Higier.

W SPRAWIE NASZYCH NAZW PSYCHJATRYCZNYCH.

Notatka terminologiczna

podał

Dr. Med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Nasza terminologia psychjatryczna należy do najbardziej nieuporządkowanych zarówno pod względem lingwistycznym jak i lekarskim. Słownik psychologiczny, opracowywany obecnie, który obejmie i dział psychopatologiczny, wprowadzi zapewne jakiś ład do tej dziedziny, leżącej dotychczas odłogiem. Już terminologia psychologiczna, również nieustalona i grzesząca brakiem ścisłości, przewyższa jednak psychopatologiczną, bo jednakże mamy szereg przyczynków, zmierzających do uściślenia nazw, przynajmniej najczęściej używanych, mamy nawet obszerniejszą pracę J. K. Potockiego, ogłoszoną w pierwszych dwóch zeszytach Przeglądu Filozoficznego, a usiłującą wprowadzić na całym obszarze wiedzy psychologicznej pewien ład i porządek. Tylko niwy psychjatrycznej nie orał dotychczas żaden plug ani językoznawcy, ani lekarza. Jest tak, jak nastęrczało życie, dorywcze potrzeby naukowe, mowa potoczna; rozbiorowi systematycznemu utarte terminy nie ulegały, przyswajano je wprost z języków obcych głównie niemieckiego, nie dbając bardzo ani o poprawność językową, ani o ścisłość naukową. Nie mam oczywiście zamiaru w tej dorywczej notatce dokonywać przeglądu całokształtu terminologii psychjatrycznej, chciałbym tylko przeświecić krytycznie niektóre z terminów najbardziej używanych, uściślić je i o ile można ustalić.

Pierwszą wątpliwość nastęrcza nazwa, obejmująca samą treść psychjatrji, t. j. termin choroba umysłowa — czy jest nazwą dość ścisłą i czy w rzeczy samej obejmuje to wszystko, co powszechnie jest pod nią rozumiane. Oczywiście nie. Rzeczownik umysł odpowiada temu w psychologii, co obejmuje także nazwą intelektu t. j. dotyczy tylko tej dziedziny, w której materiały myślowy, dostarczany nam przez zmysły, uległ przeróbce, prowadzącej do uogólnień, pojęć oderwanych i nadaje im ten charakter odrębny, który go odróżnia od materiału zmysłowego — stanowi o różnicy pomiędzy „zmysłowaniem” i „umysłowaniem”. A więc

z pojęcia choroby umysłowej należy wyłączyć całą dziedzinę zaburzeń w sferze czucia, postrzegania, bo tam już wchodzi w grę zmysły i stanowią istotę sprawy, wyłączyć zatem należy całą dziedzinę złudzeń i omamów zmysłowych, bo są to formy par excellence zmysłowe. W granicach dziedziny choroby umysłowej pozostałyby tylko choroby, dotyczące wyłącznie zaburzeń myślenia, bo już nawet zaburzenia wyobrażenia następczyłyby wątpliwości, czy można je zaliczyć do dziedziny umysłowej; mojem zdaniem naprzykład nie, bo wyobrażenia zawsze posiadają mniej lub więcej stałą formę zmysłową, intuicyjną i tem różnią się zasadniczo od pojęć, które tej formy nie posiadają, które ją tracą, stając się pojęciami, t. j. wkraczając w dziedzinę umysłową. Jak widać z rozważań powyższych, zakres, objęty terminem „choroba umysłowa”, jest tak ciasny i ograniczony, jak tego z pewnością nie wyobraża sobie ten, kto nazwy tej używa i mniema, że mówi ściśle i nazywa po imieniu to, co chce nazwać. Widzimy zatem, że już ograniczywszy się tylko do dziedziny doznawczej, musimy stwierdzić całkowitą nieodpowiedniość terminu jako nazwy, obejmującej cały obszar doznawania. A cóż będzie, jeżeli uprzytomnimy sobie, że tembardziej musimy wyłączyć z tej nazwy całe obszary uczuwania i usiłowania. Wszystkie ogromne zakresy spraw czysto uczuciowych, jak np. zaduma, czy wzruszeniowych, jak wszystkie stany lękowe, całą dziedzinę postępowania, wszystko co dotyczy samowiedzy i jaźni, np. zmiany osobowości, wszystko to oczywiście żadną miarą nie da się wtłoczyć w ciasne ramy, objęte przymiotnikiem—umysłowy, bez grubego naruszenia jakiejś takiej ścisłości logicznej, obowiązującej przeciw każdego badacza, który chce, ażeby jego myśli posiadały charakter naukowy, nie wpadały na każdym kroku w sprzeczność wewnętrzną i oddawały to, co on chce oddać. Jak zastąpić tę nazwę. Oczywiście choroba psychiczna, jako obejmująca całości zjawisk czy faktów, czy spraw psychicznych jest już lepsza, ale grzeszy niepoprawnością lingwistyczną, bo oczywiście nazwa rdzennie polska byłaby lepsza. Najwłaściwiej byłoby utworzyć przymiotnik od tego rzeczownika, który obejmuje całość zjawisk duchowych, jest polskim odpowiednikiem greckiego psyche, czy utworzonego z niego psychika. Ale czy termin duchowy nie wyda się obcym, niewłaściwym, bo następczającym zbyt łatwo myśl o duchu w znaczeniu upioru francuskiego „revenant”, ztąd nadającym nazwie naukowej pewien charakter trywjalny. Mnie osobiście nazwa ta nie razi, użyczam jej chętnie w piśmie i mowie w wykładach psychologii i nie mam wrażenia, ażeby zaciężył na niej odcień trywialności. Ale jest to sprawa sporna, rozumiem zupełnie podstawność zarzutów, które mogą być przeciw niej podniesione i nie będę upierał się przy niej, jeżeli ktoś podda mi lepszą. Na razie żadnej lepszej

nie mam i trwam przy niej jako najodpowiedniejszej donec probatur contrarium przez wynalezienie właściwszej.

Druga nazwa, posiadająca charakter praktyczny, a związana z poprzednią, to jak nazwać zakład, w którym są leczeni chorzy, dotknięci cierpieniem duchowem. Tutaj również utarła się nazwa, że jest to zakład dla umysłowochorych — oczywiście spotykana czasami nazwa—chory umysłowy jest już takim błędem, że o tem dyskutować nie można. Ale czy sama nazwa zakład dla umysłowo chorych rzeczywiście oddaje treść, o którą chodzi, czy w rzeczy samej wydobywa cechę najistotniejszą przedmiotu i tę mianuje. Że w zakładzie takim mogą być leczeni chorzy, u których dziedzina umysłowa zupełnie nie jest dotknięta, wynika z rozważań powyższych. Melancholik sine delirio jest zupełnie wolny od cech choroby umysłowej, a jednakże dla niego przede wszystkim zakład taki jest konieczny. A czy nie mamy w zakładach otwartych dla t. zw. nerwowo chorych najczystszych psychoz w najściślejszem rozumieniu słowa. Czy histerja np. nie jest chorobą przede wszystkim psychiczną, a czy nie dostarcza ona największego kontyngensu mieszkańek tego rodzaju zakładów. A wszystkie stany neurasteniczne, czy to także nie choroby, w których chodzi przede wszystkim o zjawisko psychiczne, w których zjawiska fizyczne posiadają znaczenie drugorzędne. Więc nie fakt istnienia lub nie istnienia zaburzeń psychicznych stanowi o charakterze obu rodzajów tych zakładów, lecz coś zupełnie innego stanowi cechy, odróżniające jedne od drugich. Cechą tą jest fakt, że jedne są otwarte a inne są zamknięte i to stanowi o różnicy między niemi. Chory zostaje umieszczony w zakładzie zamkniętym nie dla tego, że w cierpieniu jego objawy psychiczne wysuwają się na pierwszy plan, lecz dlatego, że cierpienie jego jest tego rodzaju, że czyni zamknięcie go i oddanie pod czujny nadzór koniecznem. Z drugiej znow strony chory jest leczony w zakładzie otwartym nie dla tego, że cierpienie jego nie dotyczy wcale sfery psychicznej, lecz dla tego, że stan jego jest tego rodzaju, że nie wymaga ani zamknięcia, ani czynnego nadzoru, swobodne warunki zakładu otwartego wystarczają i sprzyjają przebiegowi leczenia. Przyroda choroby w swej istocie może nie ulegać zmianie, a chory może przechodzić z jednego zakładu do drugiego, bo przebieg oddzielnych okresów może być tego rodzaju, że w pewnych chwilach zachodzi potrzeba jednego rodzaju leczenia a w innych drugiego, chociaż charakter psychiczny, sam w sobie, nie uległ żadnej zasadniczej zmianie. A zatem nie zakład dla umysłowo chorych jako przeciwstawny zakładowi dla nerwowo chorych, ale zakład zamknięty jako przeciwstawny otwartemu, bo tylko te terminy obejmują różnicę istotną, o którą chodzi tym, którzy tej nazwy ze zrozumieniem jej treści używają. Oba są dla „nerwowo chorych” w tem konwencjonalnem

rozumieniu, że ten myślowy skrót nerwowo-chory oznacza osobę, dotkniętą cierpieniem układu nerwowego (a nie jest przecież czemś innym nawet choroba umysłowa)—bo tylko ta cała długa nazwa oddawałaby właściwą treść, o którą chodzi, a my ją tylko sobie w sposób umówiony skracamy dla oszczędności czasu i miejsca. Jest jeszcze jeden wzgląd, który przemawia za przyjęciem i ustaleniem tej nazwy—to wzgląd humanitarny.

Nazwa umysłowo chory posiada niewątpliwie charakter piętna ujemnego, które przylega do chorego. Le choroba jest taka sama, jak każda inna, o tem nikt z nas nie wątpi, ale wątpi ogół nietylko nie myślący, ale nawet i myślący i obowiązkiem naszym jest walczyć z tem uprzedzeniem powszechnem i przeciwdziałać mu na każdym kroku. Żaden lekarz nie użyje już słowa warjat, a nawet obłąkany dla określenia psychicznie chorego, odrzuciliśmy i wyrugowaliśmy te nazwy jako nie humanitarne, trzeba zrobić to także i z nazwą umysłowo chory, bo w rzeczy samej ta właśnie dziedzina intelektu stanowi o piętnie ujemnem choroby psychicznej. Nikogo stan lękowy albo depresyjny nie piętnuje, piętnuje tylko dementia. Otóż trzeba tę nazwę „choroba umysłowa“ wyprowadzić całkowicie z obiegu, trzeba ją wyrzucić z książek i prac naukowych jako nieścisle, trzeba ją wykreślić z mowy potocznej jako niehumanitarną, wymazać z ogłoszeń, blankietów, regulaminów i t. d., bo krzywdzi ona ludzi i tak już dostatecznie nieszczęśliwych, a faktu pokrzywdzenia nie zmniejsza ta okoliczność, że wynika on z niedostatecznego uświadomienia zarówno treści naukowej samej nazwy jak i doniosłości ogólnoludzkiej, którą ona w sobie zawiera. Trzeba tę ostatnią wartość mierzyć nie intencją tego, kto nazwy używa, ale stanem uczuciowym, który przeżywa ten, kogo ona dotyczy. A więc zakład zamknięty dla nerwowo chorych, zamiast utartego zakład dla umysłowo chorych, bo to jedyna nazwa właściwa—ścisle pod względem naukowym i sprawiedliwa pod względem ogólnoludzkim.

Na rozbiórce tych dwóch wyrazów, jako najważniejszych i posiadających największe znaczenie praktyczne, chciałbym zamknąć, na razie, tę notatkę terminologiczną; jeżeli nie znudziłem zbyt wielu czytelników tym sporem, będącym dla niejednego może sporem de lana caprina, pragnąłbym powrócić jeszcze do tego samego tematu i poruszyć szereg wątpliwości lingwistycznych z zakresu psychiatrii i psychologii ogólnej, jeżeli szanowna Redakcja Neurologji Polskiej zechce i nadal udzielić mi gościny na swych łamach.

TREŚĆ ZESZYTU VI TOMU III.

PRACE ORYGINALNE.

W. Łuniewski. O gonitwie wyobrażeń w przypadku porażenia postępującego	581
Z. Messing. Przyczynek do anatomji patologicznej porażen ołowicznych	596
St. Więckowski. Odczyn hemolizynowy (Weila i Kafki) w płynie mózgowo-rdzeniowym	616

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Posiedzenia neurologiczno-psychiatryczne.	
d. 27 kwietnia 1913 (Posiedzenie w szpitalu na Czystem)	629
d. 20 września 1913	634
d. 4 października 1913	647

BIBLIOGRAFJA.

A. Wizel. Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego (ocenił H. Higier)	654
P. Jolly. Kurzer Leitfaden der Psychiatrie.	656
W. Peters. Die Beziehungen der Psychologie zur Medizin	658
H. Münsterberg. Psychologie und Pathologie	659
S. Külpe. Psychologie und Medizin.	659
ref. H. Higier.	

ODCINEK.

R. Radziwiłłowicz. W sprawie naszych nazw psychiatrycznych. Notatka terminologiczna	664
---	-----

Do zeszytu niniejszego dołącza się: Dziewiąte sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ (pod Łodzią). Opracował W. Chodźko.

Redaktor DR. LUDWIK DYDYŃSKI.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka № 17.

DZIEWIĄTE (ZA ROK 1911) SPRAWOZDANIE ROCZNE Z CZYNNOSCI SZPITALA DLA UMY- SŁOWO I NERWOWO CHORYCH „KOCHA- NÓWKA“ (POD ŁODZIĄ).

Opracował

W. CHODŹKO, lekarz naczelny szpitala.

Przegląd czynności naukowych naszego szpitala w r. 1911, którym otwieramy niniejsze sprawozdanie, wskutek licznych zmian osobistych w personelu lekarskim, jakie zaszły w tym roku, nie może się pochwalić równie obfitym dorobkiem prac, jak ten, jaki nam przekazał rok poprzedni; niemniej i w r. 1911 Kochanówka dostarczyła nieco przyczynków do psychiatrii ojczystej. Na uprzejme zaproszenie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego Kochanówka wzięła udział w doniosłym I-ym Zjeździe lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego, urządzonym przez pomienione Towarzystwo z okazji dwudziestopięciolecia jego istnienia (4—5 czerwca 1911 r. w Łodzi): w sekcji medycyny wewnętrznej ordynator naszego szpitala, dr St. K o p c i ń s k i, wygłosił odczyt p. t. „O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób umysłowych“, zaś w sekcji medycyny publicznej C h o d Ź k o referował rzecz p. t. „Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem“, opartą na danych, zebranych drogą ankiety, i objaśnioną tablicami; wnioski tej ostatniej pracy uchwalono przekazać komisjom stałym Zjazdów lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego oraz Zjazdów neurologów, psychiatrów i psychologów polskich do uwzględnienia. W d. 5 czerwca 1911 r. Kochanówka miała zaszyt podejmowania w swoich murach grona uczestników zjazdu, z czcigodnym nestorem lekarzy naszych drem Wład. Biegańskim i prof. drem St. Ciechanowskim na czele: goście nasi zwiedzili szpital szczegółowo, żywo interesując się jego organizacją oraz systemem leczenia i pielęgnowania chorych.

Na zaproszenie sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, C h o d Ź k o opracował i wygłosił na posiedzeniu tejże sekcji w d. 16 grudnia 1911 r. w Warszawie odczyt p. t. „Wartość rozpoznawcza płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych“, uwzględniający w znacznej mierze materiał Kochanowiecki. Prace lekarzy Kochanowieckich, ogłoszone w r. 1910 na łamach „Neurologji Pol-

skiej", których wykaz podaliśmy w sprawozdaniu zeszłorocznym, zostały zebrane w jedną całość i wydane, jako tom I „Prac” szpitala „Kochanówka“.

W październiku 1911 r. lekarz naczelny został wydelegowany przez Komitet szpitala na wystawę higieniczną międzynarodową do Drezna, co z uznaniem na tem miejscu podkreślamy: niezwykle interesująca pod względem naukowym wystawa ta w dziale szpitalnictwa i urządzeń szpitalnych nie dała jednak żadnych nowości; dział psychiatryczny był dość ubogi.

Uzupełnianie biblioteki i czytelnicy lekarskiej oraz pracowni szpitalnej, wobec szczupłości asygnowanych funduszy, stanowiło stały przedmiot naszej troski, mimo to jednakże zdołaliśmy powiększyć ilość książek i dodać do poprzednio wypisywanych następujące czasopisma: „Neurologja Polska”, „Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie”, „Münchener medizin. Wochenschrift”, „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung”. Dzięki ofiarności prezesa komitetu, p. E. Eiserta, pracownia szpitalna otrzymała mikroskop Zeissa wielkiego najnowszego modelu (w ten sposób pracownia nasza rozporządza obecnie dwoma mikroskopami Zeissa); sprowadzoną została lampa Nernsta do prac z mikroskopem, wymagających używania imersji. Pan prezes E. Eisert przyrzekł uprzejmie asygnować corocznie z własnych funduszy po rb. 300 na potrzeby pracowni szpitalnej, za co na tem miejscu pozwalamy sobie wyrazić Mu serdeczne podziękowanie; wyrazy wysokiego uznania winniśmy również panu prezesowi Zarządu Łódzkiego Chrz. Towarzystwa Dobroczynności, X. pastorowi R. Gundelachowi, za żywe i skuteczne popieranie działalności naukowej naszego szpitala i stałe podkreślanie doniosłości tej strony życia szpitalnego w swych przemówieniach publicznych.

Wzorem lat poprzednich w miesiącach zimowych i wiosennych 1911 r. prowadziliśmy pogadanki z dziedziny pielęgniarstwa dla służby szpitalnej; wykładów było 21, trwały od 6 lutego do 18 maja; frekwencja służby była b. słabą.

W ciągu roku sprawozdawczego zaszły poważne zmiany w składzie personelu lekarskiego, a mianowicie: opuścił Kochanówkę dr Stefan Kopciński, przenosząc się do Warszawy; z powodu choroby wyjechali: dr Olgierd Sokołowski i dr Zofja Krzyżanowska. Na miejsca wakuujące przybyli: dr Artur Starzyński i dr Stanisław Więckowski, w charakterze zastępców pracowali w szpitalu koledzy: Dłutek, Nakonieczny i Orzechowski.

W maju 1911 r. na skutek podania się do dymisji wielce zasłużonego prezesa komitetu szpitalnego, p. Władysława Weila, nastąpiły znaczne zmiany osobiste w całym składzie dotychczasowym komitetu; do nowoutworzonego komitetu weszli: prezes komitetu p. E. Eisert, wiceprezes p. L. Kaiserbrecht, członkowie

pp. R. Bennich, K. T. Buhle, Wł. Horodyński, K. Jannasz, A. Kindermann, A. Kröning, dr Mittelstaedt, H. Steinert, E. Stephanus, Wład. Weil, z urzędu lekarz naczelny szpitala, jako sekretarz. Nowy komitet, dzięki pozyskaniu świeżych źródeł ofiarności na rzecz Kochanówki, mógł rozwinąć ożywioną działalność i podjąć projekty nowych wielkich budowli szpitalnych, o czem niżej.

W wydziale administracyjnym szpital nasz pozyskał ważne uzupełnienie przez utworzenie stanowiska sekretarza i buchaltera; objął je p. Władysław Pągowski, wychowaniec Akademji Handlowej w Lipsku; jednocześnie, dzięki inicjatywie i ofiarnej pracy członka komitetu, p. K. Jannasza, rachunkowość szpitala naszego opartą została na racjonalnych i ścisłych zasadach księgowania.

Budżet szpitala w r. 1911 (według urzędowego sprawozdania Zarządu Łódzkiego Chrz. Towarzystwa Dobroczyńności) przedstawiał się, jak następuje: w dochodach—rb. 105,905 k. 78, w wydatkach—rb. 102,380 k. 75. Pozycje budżetu:

Dochody:

Pozostałość z 31 grudnia 1910 roku	Rb.	5,679	k.	93
Za kurację i utrzymanie chorych	„	93,725	„	68
Ofiary	„	2,814	„	46
Składki członkowskie	„	2,811	„	75
Różne wpływy	„	873	„	96
	<u>Rb.</u>	<u>105,905</u>	<u>k.</u>	<u>78</u>

Wydatki.

Administracja	Rb.	27,892	k.	40
Artykuły spożywcze	„	39,819	„	21
Opał i światło	„	8,277	„	82
Łóżka, bielizna, meble	„	4,307	„	20
Różne renowacje	„	3,099	„	50
Utrzymanie 29 chorych (na patronage'u)	„	1,676	„	—
Zwrot opłaty chorym, wypisanym ze szpitala	„	1,574	„	66
Owies, słoma i siano	„	1,192	„	05
Lekarstwa i materiały apteczne	„	914	„	58
Pranie bielizny	„	767	„	03
Utrzymanie 2 stróżów	„	702	„	62
Gratyfikacja gwiazdkowa dla administracji i służby	„	656	„	—
Drenowanie terenu szpitalnego	„	540	„	—
Laboratorjum i instrumenty chirurgiczne	„	480	„	14
Biblioteka	„	470	„	64
Wydatki kancelaryjne	„	610	„	45

Nabycie obuwia i reparacja	Rb.	422 k. 15
Telefon	"	405 " —
Koszta pogrzebowe	"	202 " 33
Roboty kowalskie	"	190 " 32
„ rymarskie	"	122 " 95
„ garncarskie	"	103 " 20
„ stolarskie	"	90 " 10
Podatki	"	116 " 81
Asekuracja	"	80 " 58
Różne wydatki	"	7,667 " 01
		Rb. 102,380 k. 75

Pozostałość w d. 31 grudnia 1911 r. — rb. 3,525 k. 03.

W rubryce dochodów pozycja opłat za leczenie chorych podniosła się i wynosiła rb. 93,725 kop. 68—wysoka ta stosunkowo cyfra i stała, choć powolne, podnoszenie się jej wskazuje na trwałość podstaw finansowych naszego szpitala (ta rubryka dochodu stanowi 89% ogólnej sumy dochodu); słabą, niestety, stroną tego rozdziału naszego budżetu stanowi to, że 1) opłaty za leczenie chorych klasy III-ej są zbyt wysokie (36 rb. miesięcznie), 2) suma, wykazana w powyższej wysokości, jest więcej pozycją papierową buchalterji szpitalnej, niż siłą realną wobec tego, że najpoważniejszy nasz dłużnik, magistrat m. Łodzi, stale zalega w uiszczaniu należności za leczenie chorych, przysyłanych do Kochanówki przez miasto, i zaległości te dochodzą do wysokości 30,000 rubli. Starania komitetu szpitalnego, próśby, nawoływania i upomnienia w prasie rozbijają się o niewzruszone i twarde, jak gład, procedury biurokratyczne magistratury miejskiej. Jakie trudności dla prawidłowego funkcjonowania maszyny szpitalnej stwarza tego rodzaju luka w dochodach, łatwo sobie wyobrazić.

Liczby, dotyczące ruchu chorych w Kochanówce w ciągu 1911 r., podane poniżej, wskazują na dalszy przyrost, a mianowicie: w dniu 1 stycznia 1911 r. znajdowało się w Kochanówce 262 chorych, w d. 1 stycznia 1912 r. mieliśmy 278 chorych; w ciągu roku sprawozdawczego leczyło się ogółem 441 chorych (w r. 1910—398 chorych). Nagły znaczny wzrost liczby chorych, leczonych w ciągu roku, wywołał bardzo dotkliwe przepełnienie szpitala i pogorszył ogromnie jego warunki sanitarne: ztąd nowe podwyższenie odsetka śmiertelności, który doszedł w r. 1911 do 9.75% (w r. 1910 — 8.29%). Wśród 43 chorych, zmarłych w r. 1911, znajdujemy 22 przypadki porażenia postępującego, co stanowi 51,2% ogólnej liczby zgonów; choroby zakaźne były przyczyną śmierci w 17 przypadkach (w tem 10 przypadków gruźlicy płuc), co stanowi 39.9% ogólnej liczby zgonów —

odsetek śmiertelności z gruźlicy płuc wyniósł 23.3% (w r. 1910—3%); włóknikowe zapalenie płuc było przyczyną śmierci w 4-ch przypadkach. Ogromny wzrost liczby zgonów z powodu gruźlicy płuc stanowi dobitną ilustrację wpływu przepełnienia szpitala na wzrost śmiertelności. W drugiej połowie roku sprawozdawczego pojawił się w szpitalu szkorbut, szczególnie uporczywy i najdotkliwiej dający się we znaki na najsilniej przepełnionym oddziale dla spokojnych kobiet; wobec niemożliwości zapewnienia naszym chorym dostatecznej ilości powietrza, walka z tą plagą naszego szpitala była b. trudną.

Zadnych wypadków, ani katastrof szpitalnych nie notujemy, na szczęście, w roku sprawozdawczym. Wszystkie ucieczki miały przebieg spokojny i nie wywołały złych następstw dla chorych.

Niezdrowe warunki higieniczne szpitala, spowodowane gwałtownym jego przepełnieniem, zmusiły nas do wyszukania jakiegokolwiek sposobu zmniejszenia złego. Rozszerzenie naszego swoistego „patronage'u” rodzinnego było jedyną narazie drogą — w d. 1 czerwca 1911 r. przenieśliśmy więc 6 chorych poza granicę szpitala pod opiekę jednego z naszych byłych pielęgniarzy, w październiku tegoż roku umieściliśmy w tejże rodzinie 6 mężczyzn, a w listopadzie jeszcze 5 mężczyzn, w rodzinie zaś innego pielęgniarza jeszcze 5 mężczyzn. Tym sposobem w grudniu roku sprawozdawczego mieliśmy łącznie z poprzednio istniejącym patronage'em, urządzonym u kolonisty, 28 chorych—6 kobiet i 22 mężczyzn poza szpitalem. Zaledwie nieznaczne część tych chorych mogła być zużytkowaną do pracy—większość spędzała czas beczynnie. Nieprodukcyjność naszych chorych patronażowych wpływała zarówno z braku odpowiednich do pracy warunków u gospodarzy, jak i dlatego, że na jedną rodzinę opiekuńczą wypadało zbyt wiele chorych, oraz że odsyłaliśmy z konieczności do patronażów chorych zniedołężniałych i długim pobytem w murach szpitala od pracy odzwyczajonych. Chociaż urządzenie, powyżej opisane, stanowi spaczenie właściwej idei „opieki rodzinnej”, to jednakże, zapewniając chorym naszym zupełną swobodę ruchów, pewne urozmaicenie życia i możliwość ciągłego nieomal przebywania na świeżym powietrzu, jest pożądanym ulepszeniem ich monotonnej egzystencji. To też, nie mogąc ani zalecać, ani stawiać jako wzór tego rodzaju „patronage'u”, musimy jednak przyznać, że w trudnych warunkach miejscowych stanowi on narazie jedyną możliwą do zastosowania postać utrzymywania pozaszpitalnego chorych naszych. Szpital płaci rodzinom opiekuńczym po 14 rb. miesięcznie od chorego, za co otrzymuje on mieszkanie, opał, światło i całodzienne pożywienie; szpital daje od siebie umeblowanie, bieliznę, pościel i ubranie; chorzy są regularnie co miesiąc ważeni, a co tydzień

otrzymują w szpitalu kąpiel dla czystości; wizyta lekarska odbywa się 4 razy tygodniowo, codziennie rano obchodzi patronaże dozorca szpitalny. Ucieczki chorych z patronażów były b. rzadkie; jeden z chorych (Godfryd Schachs... — dementia paranoides), od szeregu lat znajdujący się w Kochanówce, przeniesiony do „patronażu”, zbiegł po paru miesiącach pobytu i zgórą przez 2 miesiące wędrował po okolicy, do szpitala odwozła go policja; na dłuższą, parę tygodni trwającą wycieczkę, wybrała się również jedna z chorych (Dzierż., — paralysis progressiva), którą jednakże odnalazła w Łodzi służba szpitalna. Skarg ze strony chorych na ich gospodarzy nie mieliśmy, nawet skargi na jedzenie były względnie rzadkie; wypadków złego obejścia się z chorymi nie stwierdziliśmy.

Jak i lat poprzednich, nie mogliśmy zorganizować systematycznej pracy dla chorych mężczyzn z powodu braku warsztatów; kobiety natomiast pracowały prawie stale nad szyciem i reparacją bielizny szpitalnej, — niektórzy chorzy otrzymywali za swoją pracę wynagrodzenie. Istniejąca w Kochanówce oddzielna kasa, zwana „kasą pracy i zabaw chorych”, miała następujące obroty pieniężne: dochód z ofiar jednorazowych, złożonych w roku 1911, wynosił rb. 61 k. 95, pozostałość z r. 1910—rb. 55 k. 63, czyli dochód łącznie rb. 117 k. 58; wydano na urządzenie obchodu Szopenowskiego, balu kostjumowego, majówki dla chorych, na pokrycie części należności za kinematograf i na płyty do gramofonu rb. 110 k. 48, — pozostało w kasie na rok 1912 rb. 7 k. 10.

W roku sprawozdawczym urządziliśmy zwykle niedzielne zabawy taneczne, oprócz tego zaś odbył się doroczny bal kostjumowy dla chorych w ostatki oraz w pierwszych dniach stycznia jubileuszowy obchód Szopenowski dla chorych i służby, złożony z odczytu wstępnego (p. Anna Chodźkowa), deklamacji (p. dr. Kopciński, p. Musiałówna), muzyki (fortepian i skrzypce—p. dr. Sokołowski, p. Otmarstein), śpiewu chóralnego i żywych obrazów („polonez”, „kołysanka”, „mazurek szynkareczka”, apoteoza Szopena); w d. 1 sierpnia urządziliśmy dla stu zgórą chorych wycieczkę zbiorową do lasu, jak zawsze, mile przez chorych witaną.

L i c z b y.

I. W d. 1 stycznia 1911 r. znajdowało się w szpitalu „Kochanówka” 262 chorych, w tej liczbie 150 mężczyzn i 112 kobiet. W ciągu roku sprawozdawczego przybyło 179 chorych, a mianowicie 111 mężczyzn i 68 kobiet, leczycie się zatem ogółem 441 chorych (mężczyzn 261, kobiet 180). Na 1 stycznia 1912 r. pozostało w szpitalu 278 chorych, w tej liczbie 151 mężczyzn i 127 kobiet. W porównaniu z rokiem 1910 liczba cho-

rych, leczonych w szpitalu w ciągu roku, wzrosła o 43, z rokiem 1909—o 57, z r. 1908—o 75, z r. 1907—o 105, z r. 1906—o 128, z r. 1905—o 187, z r. 1904—o 224, z 1903—o 244. Przyrost w r. 1911 stanowił 64,38% pozostałości, w r. 1910—61,78%, w r. 1909—77,42%, w r. 1908—74,76%, w r. 1907—76,42%, w r. 1906—112%, w r. 1905—118%; odsetek przyrostu utrzymuje się nadal na niskim poziomie, na który dość gwałtownie spadł w r. 1910—dowodzi to, że przepełnienie szpitala chorymi chronicznymi trwa nadal.

II. Z ogólnej liczby 441 chorych, leczonych w ciągu 1910 r., Łódź dostarczyła do Kochanówki 358 chorych, gub. piotrkowska—48, Warszawa—13, gub. warszawska—6, gub. kaliska—5, gub. kielecka—4, gub. płocka—2, gub. lubelska—1, Galicja, Litwa i Ruś—4. Chorzy, przybyli z Łodzi, stanowią 81,1% ogólnej liczby leczonych, pochodzący z Łodzi oraz innych okolic gubernji piotrkowskiej—91,9%; wynikałoby z liczb powyższych, że Łódź w coraz większym stopniu zaspakaja swoje zapotrzebowanie pomocy psychiatrycznej w Kochanówce (w r. 1909—72,2%, w roku 1910—79,1%, w r. 1911—81,1%). W związku z coraz większym napływem chorych z Łodzi, zapelniających wszystkie wolne miejsca, znajduje się spadek liczby chorych, przysyłanych z Warszawy oraz chorych klasowych, którym zmuszeni byliśmy ustawicznie odmawiać przyjęcia do szpitala. Ze stan taki musiał się odbić niekorzystnie i na finansach Kochanówki, jest jasnym, dlatego też jest pożądaną budowa pawilonu dla chorych klasy I i II-iej, pożądaną zarówno dla szpitala, jak i dla chorych.

III. Opłatę za leczenie chorych w r. 1911 ponosiły następujące osoby, instytucje i przedsiębiorstwa:

1. Rodziny	opłacali za 147 chorych
2. Fabryki	„ „ 52 „
3. Miasto Łódź	„ „ 151 „
4. Łódzkie Chr. Tow. Dobroczynn.	„ „ 66 „
5. Miasto Pabjanice	„ „ 1 „
6. „ Zgierz	„ „ 4 „
7. Gmina Radogoszcz	„ „ 2 „
8. „ Rszew	„ „ 1 „
9. Tow. Gazowni Łódzkich	„ „ 1 „
10. Kolej elektryczna Łódzka	„ „ 1 „
11. Droga Żel. Fabr. Łódzka	„ „ 1 „
12. Zarząd Policji m. Łodzi	„ „ 1 „
13. Stowarz. Obywateli Niemieckich .	„ „ 1 „
14. Piotrkowski Sąd Okręgowy	„ „ 1 „
15. Zgierskie Tow. Dobroczynności . .	„ „ 1 „
16. Kochanówka utrzymywała bezpłat.	„ „ 10 „

Udział poszczególnych płatników według lat uwidocznia tabela na str. 9.

IV. Według rodzaju zajęcia chorzy dzielą się na grupy następujące:

1. Przy rodzinie (zajęcie domowe albo brak określonego zajęcia)	130 osób
2. Robotników i robotnic fabrycznych	83 „
3. Rzemieślników	83 „
4. Urzędników prywatnych i rządowych	18 „
5. Kupców i handlowców	29 „
6. Nauczycieli i nauczycielek	6 „
7. Inżynierów i techników	2 „
8. Lekarzy	1 „
9. Akuszerok	1 „
10. Talmudystów	2 „
11. Obywateli ziemskich i rolników	5 „
12. Właścicieli fabryk	2 „
13. Studentów i studentek	6 „
14. Uczniów i uczenic szkół średnich	5 „
15. Kapitalistów	2 „
16. Aptekarzy	2 „
17. Właścicieli domów	2 „
18. Gorzelanych	1 „
19. Szwaczek	9 „
20. Fryzjerów	1 „
25. Stróżów	2 „
22. Służących	18 „
23. Zakrystjanów	1 „
24. Wojskowych	2 „
25. Niewiadomego zajęcia i środków utrzymania	28 „

V. Stan rodzinny chorych:

W stanie małżeńskim pozostawało	188 osób
„ bezżennym „	189 „
Wdów i wdowców było	15 „
Rozwódka „	1 „
Niewiadomego stanu „	48 „

VI. Pod względem wyznaniowym dzielą się jak następuje.

1. Katolików	245 (55,6 ₀ %)
2. Ewangelików	103 (23,2 ₀ %)
3. Prawosławnych	10 (2,3 ₀ %)
4. Baptysta	1 (0,2 ₀ %)
5. Wyznania mojżeszowego	59 (13,4 ₀ %)
6. Niewiadomego wyznania	23 (5,3 ₀ %)

po raz szósty u	1	chorych
„ siódmy	1	„
„ ósmy	1	„
niewiadomo o	46	„

XI. Czas pobytu w szpitalu podaje wykaz następujący:

mniej, niż 1 miesiąc	pozostawało w szpitalu	43	chorych
od 1 mies. do 3 miesięcy	„	60	„
„ 3 „ „ 6 „	„	59	„
„ 6 „ „ 1 roku	„	48	„
„ 1 roku „ 2 lat	„	49	„
„ 2 lat „ 6 „	„	120	„
„ 6 „ „ 10 „	„	45	„
„ powyżej 10 „	„	17	„

Liczba chorych, którzy pozostawali w szpitalu powyżej jednego roku, wynosiła w r. 1911—231, a zatem 52,4% ogólnej liczby leczonych.

XII. Z ogólnej liczby 441 chorych (mężczyzn 261, kobiet 180), leczonych w ciągu 1911 r., ubyło w ciągu tegoż roku 163 (mężczyzn 110, kobiet 53), w tej liczbie:

wyzdrowiało	29	osób (14 mężczyzn, 15 kobiet)
wypisało się z polepszeniem	39	„ (24 „ 15 „)
„ bez polepszenia	52	„ (34 „ 18 „)
zmarło	43	„ (38 „ 5 „)

Odsetek wyzdrowień wynosi 6,57% (w r. 1910—5,02%, w roku 1909—5,97%, w r. 1908—6,53%, w r. 1907—3,85%). Odsetek śmiertelności wynosi 9,75%.

XIII. Liczba dni szpitalnych, spędzonych przez chorych w ciągu 1911 r., wyniosła 98,863; na jednego chorego przypada przeciętnie 224,2 dnia. W roku 1910 liczba dni szpitalnych wynosiła 92,697, na jednego chorego przeciętnie 232,9 dnia.

XIV. Według rozpoznania choroby chorzy, leczeni w roku 1911, dzielą się na grupy następujące:

		chorych	w tem	
			męż.	kob.
1.	Psychozy melancholijno-manjakałne	38	14	24
2.	„ neurasteniczne	2	1	1
3.	„ histeryczne	21	5	16
4.	„ padaczkowe	47	27	20
5.	„ degeneracyjne	2	2	—

	chorych	w tem	
		męż.	kob.
6. Ołepienie wczesne (<i>Dementia praecox</i>)	142	76	66
w szczególności			
<i>Dementia hebe-</i>	93	42	51
<i>phren. et kataton.</i>			
<i>Dementia para-</i>	49	34	15
<i>noides</i>			
7. Ołabkanie pierwotne (<i>Paranoia</i>) . .	8	4	4
8. Ołepienie wtórne (<i>Dementia secun-</i>			
<i>daria</i>)	5	—	5
9. Psychozy pologowe	2	—	2
10. „ zakaźne	9	2	7
11. „ kiłowe (<i>Psych. lueticae</i>) . .	25	19	6
12. „ pijackie (<i>Psych. alcoholicae</i>)	25	22	3
13. Porażenie postępujące (<i>Paralysis pro-</i>			
<i>gress.</i>)	53	44	9
14. Ołepienie starcze (<i>Dementia senilis</i>)	4	3	1
15. Psychozy miażdżycowe (<i>Psych. arte-</i>			
<i>riosclerot.</i>)	5	4	1
16. Ołepienie organiczne (<i>Dementia ex</i>			
<i>laesione cerebri circumscripta</i>) . .	1	1	—
17. Psychozy pourazowe	8	7	1
18. Braki umysłowe wrodzone (<i>Idiotis-</i>			
<i>mus, Imbecillitas</i>)	30	20	10
19. <i>Syringomyelia c. psychosi</i>	1	1	—
20. Drżączka porażenna (<i>Paralysis agitans</i>)	1	—	1
21. Płaszawica przewlekła (<i>Chorea minor.</i>)	1	—	1
22. Wiąd rdzenia (<i>Tabes dorsalis</i>) . .	2	2	—
23. Stwardnienie wieloogniskowe (<i>Scle-</i>			
<i>rosis muliplex</i>)	1	1	—
24. Nerwica urazowa (<i>Neurosis trauma-</i>			
<i>tica</i>)	1	1	—
25. Na obserwacji	7	5	2
	Chorych 441	w tem 261	180
		męż.	kob.

XV. Z wywiadów zacerpnęliśmy następujące dane co do przyczyn wystąpienia cierpień umysłowych (u 352 chorych) — (patrz tablicę str. 13).

Obciążenie dziedziczne występuje u 58,6% w wywiadach chorych, przytem zaznaczyć należy, że obarczenie to występuje u 52% mężczyzn, u kobiet zaś w stosunku 69,5%, wynikałoby stąd, że czynniki zewnętrzne odgrywają mniejszą rolę w powstawaniu psychoz u kobiet (alkohol, kiła, uraz!). Alkoholizm, jako przyczyna pośrednia albo bezpośrednia cierpień umysłowych, wystę-

puje u 44,6% w wywiadach chorych: obarczenie: pijackie znajdujemy u 36,4% chorych, pijaństwo samego chorego — u 8,2%. Zatem pijak ściąga przedewszystkiem nieszczęście i przekleństwo choroby umysłowej na głowy swoich dzieci, a nawet i wnuków, sobie samemu szkodzi w znacznie mniejszym stopniu.

PRZYCZYNA CHOROBY	Napewno u		Prawdopodobnie u		Obok in- nych czyn- ników głównych u		Suma		Ogólna liczba chorych
	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	
1. Pijaństwo ojca . . .	48	46	4	1	3	—	55	47	102
2. „ matki . . .	2	—	—	—	—	—	2	—	2
3. „ obojga ro- dziców . . .	8	7	—	—	1	—	9	7	16
4. „ dziadków . . .	3	4	1	—	—	—	4	4	8
5. Kiła rodziców . . .	—	—	1	1	—	—	1	1	2
6. Choroba umysłowa ojca	8	4	2	—	—	—	10	4	14
7. Choroba umysłowa matki.	9	6	—	1	—	—	9	7	16
8. Choroby umysłowe i nerwowe dziad- ków	1	2	4	5	—	—	5	7	12
9. Choroby nerwowe rodziców	2	1	5	1	—	—	7	2	9
10. Choroby umysłowe i nerwowe dal- szych krewnych .	—	—	12	12	1	—	13	12	25
Ogółem różnego ro- dzaju dziedziczności u .							115	91	206 chorych
11. Padaczka w dzieciń- ciństwie	—	—	1	—	—	—	1	—	1
12. Kiła nabyta	37	7	1	—	—	—	38	7	45
13. Pijaństwo chorego .	7	—	15	2	4	1	26	3	29
14. Uraz fizyczny	2	—	9	3	8	2	19	5	24
15. Uraz psychiczny . . .	—	—	—	—	6	13	6	13	19
16. Choroby zakaźne o- stre	4	2	8	5	—	—	12	7	19
17. Wycieńczenie (ina- nitio)	—	—	—	—	4	1	4	1	5
18. Uraz porodowy	—	—	—	3	—	—	—	3	3
19. Laktacja (?).	—	—	—	—	—	1	—	1	1
							221	131	352 chorych

XVI. Przyczyny zejść śmiertelnych w r. 1911 uwidoczni-
no poniżej:

Chorzy	Wiek lat	Pozostawali w szpitalu	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
1. Karol Maur.	37	2 mies. 16 dni	Paralysis progres- siva	Cierpienie zasad- nicze
2. Ignacy Marcz.	37	4 lata 6 m. 6 dni	Alcohol. chron. Paranoia alcohol.	Tbc. pulmon. Ne- phritis parench.
3. Ludwik Sobol.	51	4 „ 4 „ 9 „	Psychosis trau- matica	Tubercul. pulmo- num
4. Ludwik Bitt.	56	4 „ 7 „ 17 „	Tabes dorsalis	Tubercul. pulm. Enteritis tbc.
5. Augusta Weis.	52	4 „ 5 „ 11 „	Dementia para- noides	Typhus abdomi- nalis
6. Kazim Przez.	46	3 „ 9 „ 30 „	Paralysis progres- siva	Pneumonia croup. dextra
7. Leopold Gu- staw Br.	41	4 „ — „ 7 „	Pseudoparalysis alcoholica	Ictus apoplecticus
8. Wilh. Teich.	33	3 „ 7 „ 16 „	Dementia praecox	Tubercul. pul- monum
9. Michał Olejn.	38	3 „ 8 „ 19 „	Dementia para- noides	Meningitis tuberc. Tuberculosis pul- monum
10. Antoni Kurk.	39	2 „ 10 „ 23 „	Paral. progressiva	Cierp. zasadnicze
11. Karol Kow.†	52	2 „ 11 „ 16 „	„ „	„ „
12. Aleksan. Zwin.	41	2 „ 4 „ 6 „	„ „	„ „
13. Edward Dan.	40	2 „ 1 „ 26 „	Tabo-paralysis	Pneumonia croup. Hemorrhagia in gland. supraren- nali dextra
14. Otto Degen.	48	1 „ 2 „ 16 „	Psychos. luetica (?)	Typhus abdomin.
15. Tomasz Sob.	51	1 „ 6 „ 8 „	Tabo-paralysis	Cierp. zasadnicze
16. Józef Kozł.	39	1 „ 2 „ 17 „	Paral. progressiva	Sepsis
17. Antoni Kęp.	36	— „ 6 „ 16 „	„ „	Cierp. zasadnicze
18. Grzegorz Dek.	36	— „ 6 „ — „	„ „	„ „
19. Nowiadomy (Franc. Now.)	?	1 „ 3 „ 7 „	Pseudosclerosis (?) c. dementia	Tubercul. „ pulmo- num
20. Herman St.	44	— „ 6 „ 16 „	Imbecillitas	Nephritis chronica
21. Karol Be.	44	— „ 11 „ 12 „	Paral. progressiva	Cierp. zasadnicze
22. Karol Młl.	43	— „ 5 „ 27 „	„ „	„ „
23. Wincenty Gał.	24	4 „ 11 „ — „	Epilepsia c. de- mentia	Status epilepticus
24. Witold Wer.	31	— „ 2 „ 15 „	Paral. progressiva	Cierp. zasadnicze
25. Pessa Chaja Wid.	19	— „ — „ 24 „	Psychosis infec- tiosa	Angina diphteri- tica
26. Ewald Po.	43	— „ 9 „ 18 „	{ Paral. progress. Ankylosis col. vertebralis	Tubercul. pulmo- num
27. Adela Her.	56	— „ — „ 5 „	Melancholia agi- tata	Aneurysma aorte Embolia art. sub- claviae dextrae Gangraena brachii dextri.
28. Ferdyn. Buch.	43	— „ 1 „ 11 „	Paral. progressiva	Cierp. zasadnicze

Chorzy	Wiek lat	Pozostawali w szpitalu	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
29. Edward Mań.	41	— lat 5 m.— dni	Paral. progressiva	Cierp. zagadnicze
30. Benjamin Kl.	33	— „ 3 „— „	Dementia paranoides (?)	Syncope
31. Ferdyn. Gri.	47	— „ 3½ „— „	Paral. progressiva	Cierp. zasadnicze
32. Ludomir Zar.	62	— „ — „ 18 „	Lues cerebri	Ictus apoplecticus
33. Emilja Rud.	37	— „ 1 „ 5 „	Paral. progressiva	Pneumonia croup. sin.
34. Karol Iter.	48	— „ 3 „ 10 „	„ „	Cierp. zasadnicze
35. Niewiadomy	?	— „ 1 „ 10 „	Dementia ex laesione cerebri	Haemorrh. in gland. supraren.
36. Piotr Kotl.	46	— „ 4 „ 13 „	Paral. progressiva	Cierp. zasadnicze
37. Stanisł. Kow.	39	— „ 4 „ 17 „	„ „	„ „
38. Karol Hartw.	22	— „ — „ 1 „	Epilepsia. Gliomatosis symmetr. cerebri	Delirium acutum
39. Bronisł. Kwiat.	36	— „ 1 „ — „	Lues cerebri. Syndrom. Korsakoff	Ictus apoplecticus
40. Anieła Małk.	25	— „ 1 „ 10 „	Psychosis infectiosa	Tubercul. pulmonum
41. Tomasz Czar.	59	— „ 3 „ 3 „	Arterioscl. cerebri. Syndrom. Korsakoffa	Tubercul. pulmonum
42. Oskar Ka.	33	— „ — „ 21 „	Dementia praecox kataton.	Tubercul. pulmonum
43. Józef Wojc.	39	— „ — „ 11 „	Paralysis progressiva fulm.	Delirium acutum

Choroby zakaźne były przyczyną śmierci w 17 przypadkach (w tem 10 przypadków gruźlicy), co stanowi 39,5% ogólnej liczby zgonów w r. 1911; odsetek gruźlicy wynosi 23,3%. Na porażenie postępujące przypada 22 zgony, co stanowi 51,2% ogólnej liczby zejść. Na uwagę zasługuje przypadek, oznaczony Nr. 5 (Augusta Weis...), w którym nastąpiła śmierć od duru brzuszego u chorej, znajdującej się w szpitalu od 4 lat zgórą—chora ta nigdy nie opuszczała terytorjum szpitala przez cały ten okres czasu, a nawet rzadko wychodziła na przechadzki; pojawienie się u niej duru można sobie wytłumaczyć tylko w ten sposób, że była ona „nosicielką“ prątków durowych. Na szczęście przypadek ten pozostał odosobnionym na oddziale, na którym przebywała stale chora. Równie sporadycznym pozostał inny przypadek duru (Nr. 14, Otto Degen.), który zaszedł na oddziale męskim; i tu, ze względu na długi stosunkowo pobyt chorego w Kochanówce (zgórą rok) przypuszczać należy, że chory ten był nosicielem prątków.

XVII. Rozkład wypadków śmierci w. 1911 według miesięcy i płci przedstawia się, jak następuje:

Rok 1911:	styczeń	zmarło mężczyzn	3	kobiet	—
	luty	„	5	„	2

marzec	zmarło	mężczyzn	2	kobiet	—
kwiecień	„	„	6	„	—
maj	„	„	2	„	—
czerwiec	„	„	—	„	1
lipiec	„	„	4	„	—
sierpień	„	„	4	„	—
wrzesień	„	„	3	„	1
październik	„	„	1	„	1
listopad	„	„	5	„	—
grudzień	„	„	3	„	—

Ogółem zmarło mężczyzn 38 kobiet 5

Ulepszenia zdrowotne i techniczne, dokonane w szpitalu w r. 1911.

Nowoobрани w pierwszej połowie 1911 r. komitet opiekuńczy szpitala, odszukawszy i pozyskawszy świeże źródła ofiarności publicznej na rzecz Kochanówki, zdołał rozpocząć dzieło wielkiej dla instytucji naszej doniosłości, które zajmowało miejsce naczelne w programach działalności wszystkich naszych poprzednich Komitetów: w lipcu 1911 r. przystąpiono do budowy wielkiego gmachu gospodarczego, mającego pomieścić kuchnię parową, pralnię, maszynownię i kotłownię, wieżę ciśnień, spiżarnię, składy i magazyny, mieszkania dla dozorczyń i służby; budynek, oddany do wykonania firmie „Paweł Holc” w Łodzi był pod dachem w grudniu. Wobec konieczności zburzenia starych drewnianych zabudowań, w których znajdowała się kuchnia i pralnia, wzniesiono murowany budynek parterowy typu fabrycznego dla tymczasowego umieszczenia kuchni i pralni, przeznaczony w przyszłości na warsztaty tkackie.

Rozpoczęcie budowy pomyślanego na szeroką skalę pawilonu gospodarczego stanowi doniosły fakt, oraz niezmiernie ważny czynnik dla dalszego rozwoju naszego szpitala i winno być zapisane na dobro nowego komitetu opiekuńczego szpitala jako jego niespożyta zasługa.

Z pomniejszych ulepszeń, dokonanych w roku sprawozdawczym, zaznaczyć należy zdrenowanie ogrodu szpitalnego oraz ułożenie drenów naokoło will szpitalnych w celu osuszenia ścian; w ten sposób sieć drenów w Kochanówce rozszerzyła się znacznie i jest nadzieja, że i reszta terenu naszego zdrenowaną zostanie niebawem: jest to jedno z najpilniejszych zadań, jakie komitetowi szpitalnemu nasuwają się obecnie. W najbliższej przyszłości przystąpić mamy do budowy nowego pawilonu z fundacji pani Anny Geyerowej.

Przyznać musimy, że ze względu na b. poważne zapoczątkowania rok 1911 dobrze zapisał się w historii Kochanówki.