

9653.

# NEUROLOGJA

TOM I.

1910.

# POLSKA

ZESZYT I.

Lipiec—Sierpień.

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY

NEUROPATHOLOGII, PSYCHIATRII I PSYCHOLOGII  
EKSPERYMENTALNEJ

WYDAWANY PRZY WSPÓŁDZIALE

Dr. J. BABINSKIEGO (Paryż), Dr. F. CHŁAPOWSKIEGO (Poznań),  
prof. H. HALBANA (Lwów), prof. W. HEINRICHA (Kraków),  
prof. J. PILTZA (Kraków), prof. K. TWARDOWSKIEGO (Lwów)

przez następujący komitet redakcyjny:

Dr. M. BORNSTEIN, Dr. L. BREGMAN, Wł. DAWID,  
Dr. E. FLATAU, Dr. W. GAJKIEWICZ, Dr. S. GOLDFLAM,  
Dr. St. KOPCZYŃSKI, Dr. W. MĘCZKOWSKI, Dr. St. OR-  
ŁOWSKI, J. SEGAŁ, Dr. W. STERLING, Dr. A. WIZEL.

REDAKTOR i WYDAWCA:

Dr. LUDWIK DYDYŃSKI.



CZCIONKAMI TŁOZNI L. BILIŃSKIEGO I W. MA-  
ŚLANKIEWICZA, WARSZAWA, NOWOGRODZKA 17.

1910.

A P T E K A  
E. GESSNERA

w Warszawie

POLECA WŁASNEGO WYROBU:

**Injectiones sterilisatae in ampullis à 1, 2, 5, 10, 50 C. C.** wszelkich środków używanych w leczeniu do podskórnych wstrzykiwań;

**Dragées** (pigułki powlekane cukrem) et **Granulae** środków więcej używanych;

**Haematogen** płynny, w pigułkach à 0,2, tabletkach à 0,2, w czekoladzie à 0,5;

„**Zymina**” (drożdże suche lecznicze) w proszku, tabletkach à 0,5, pałeczkach (*bacilli vaginales, urethrales, ad uterum*);

**Kefir, Pastyłki kefirowe** do wyrobu domowego kefiru;

**Pastyłki kefirowe z żelazem** oraz wiele innych środków objętych specjalnym cennikiem.

NA POWYŻSZE ŚRODKI OSOBNE CENNIKI

GRATIS I FRANCO.



# Sanatorjum i Zakład Wodoleczniczy

D-ra L. Dydyńskiego

WARSZAWA. NOWOWIEJSKA 28. TEL. 42-48.

Specjalnie zbudowany gmach z wszelkimi nowoczesnymi urządzeniami (ogrzewanie centralne, wentylacja centralna, oświetlenie elektryczne, winda osobowa). Sala do hydroterapii. Kąpiele świetlne, kwasowęglowe, elektryczne, piaskowe, parowe, błotne (Fango). Przyrządy do elektroterapii, d' arsonwalizacji, masażu wibracyjnego i gimnastyki leczniczej.

Opieka dwóch lekarzy stale w Zakładzie mieszkających.

## SANATORJUM

dla nerwowo i umysłowo chorych

D-rów OLECHNOWICZA I ZABŁOCKIEJ

w Czerwonym Dworze przy st. Pustelnik Dr. Ż. Markowskiej.  
St. poczt. i telegr. Marki Warszawskie. Telefon z Warszawą.

Zakład posiada 22 pokoje odpowiednio urządzone w dwóch osobnych pawilonach położonych wśród parku i obszernych sadów. o o o o

## Zakład Leczniczy

SPADKOBIERCÓW \* \* \*

D-ra CHOMENTOWSKIEGO

DLA NERWOWO I UMYSŁOWO CHORYCH

W WARSZAWIE, MARSZAŁKOWSKA 27,

POD KIEROWNICTWEM ORDYNATORA SZPITALA Ś-go JANA BOŻEGO

D-ra med. STANISŁAWA ORŁOWSKIEGO.

LEKARZ MIEJSCOWY Dr. T. JAROSZYŃSKI.

DUŻY OGRÓD, ŚWIATŁO ELEKTRYCZNE.

Telefon 56-26.

## M I C I N

ZAKŁAD PRYWATNY WYŁĄCZNIE DLA KOBIET DOTKNIĘTYCH CHOROZAMI UMYSŁOWEMI I NERWOWEMI

EGZYSTUJE OD 1895 R.

2 wiorsty od stacji dr. ż. War. Wied. Pruszków. Połączenie telefoniczne z Warszawą. Zakład oświetlony elektrycznością. Wodociąg i kanalizacja. Lekarze: Dr. JÓZEF PRACKI i Dr. WACŁAW KNOFF. Opłata miesięczna od 75 do 120 rb. Adres dla depesz i listów: CZAJKOWSKA, Pruszków, Micin.

Telefon Nr. 50.06, miejscowy Nr. 14.

# NEUROLOGJA □ □ □ □ □ POLSKA

TOM I. ZESZYT I. LIPIEC—SIERPIEŃ. 1910.

---

---

## OD REDAKCJI.

---

Neurologja, pojmowana w najobszerniejszem znaczeniu tego wyrazu, obejmująca zatem naukę o wszelkich fizjologicznych i patologicznych przejawach czynności układu nerwowego, rozwinęła się w ciągu ostatnich kilkunastu lat w osobną potężną gałąź wiedzy lekarskiej, która dla licznego szeregu badaczy stała się ulubionem polem poszukiwań naukowych. Dość jest przyrzeć się choć pobieżnie piśmiennictwu lekarskiemu wszystkich krajów, ażeby dostrzedz tę uderzającą przewagę, jaką posiadają w niem prace neurologiczne. Ramy pism ogólnolekarskich okazują się dla prac tych zbyt szczupłymi i wszędzie, gdzie nauka postępuje szybszym krokiem, tworzą dla nich specjalne czasopisma, często wyłącznie tylko poświęcone pewnym odłamom wiedzy neurologicznej.

W ostatnim czasie i u nas neurologja staje się coraz więcej tym magnesem, który przyciąga ku sobie coraz liczniejszy zastęp badaczy, o czem świadczyć może znaczna liczba prac w naszych ogólnolekarskich pismach zamieszczanych. Prace te jednak, jako zbyt rozproszone, z jednej strony nie dają dokładnego obrazu rozwoju tej gałęzi wiedzy u nas, z drugiej zaś dla pracowników na tem polu rozproszenie takie utrudnia niewątpliwie korzystanie



z swojskiego materiału neurologicznego. To też względy powyższe skłoniły pierwszy Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, odbyty w Październiku r. 1909, do powzięcia uchwały założenia u nas specjalnego pisma poświęconego neurologji, psychjatrji i psychologii doświadczalnej. Uchwała ta obecnie urzeczywistnioną zostaje dzięki sekcji neurologicznej Warszaws. Towarz. Lekarsk., która wybrała z łona swego Komitet redakcyjny i jemu wspólnie z dwoma przedstawicielami Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie prowadzenie pisma powierzyła. Wybrany Komitet redakcyjny dążyć będzie wszelkimi siłami ku temu, ażeby ten nowy organ zespolił wszystkie siły naukowe, dążące do rozwoju neurologji u nas, i był należytym i stałym wskaźnikiem postępów jej w Polsce. Zakreślono w tym celu dla pisma program bardzo obszerny tak, ażeby czytelnik miał dokładne sprawozdanie o wszystkim, co w dziedzinie neurologji, psychjatrji i psychologii doświadczalnej działo się w Polsce, i ażeby jednocześnie był możliwie dokładnie poinformowany o ruchu naukowym w tych dziedzinach zagranicą.

Ta okoliczność, iż odezwa Komitetu redakcyjnego z prośbą o materialne i moralne poparcie nowego pisma znalazła u nas gorący oddźwięk, dowodzi z jednej strony, iż pismo to odpowiada rzeczywistej potrzebie chwili, z drugiej zaś daje nadzieję trwałej jego egzystencji na pożytek nauki polskiej.

---

---

# O zmniejszaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego za pomocą kraniektomji

podał

PROF. DR. J. BABIŃSKI Z PARYŻA.

---

Wiadomo, że w większości przypadków nowotworów wewnątrzczaszkowych rozporządzamy jedynym środkiem leczniczym a mianowicie kraniektomją, i że zabieg ten dał już w wielu razach wyniki dodatnie. Jednakże zebrane dotychczas spostrzeżenia wskazują, że wyleczenie zupełne rzadko osiągnąć się tą drogą udaje, co zresztą jest zrozumiałe wobec całego szeregu warunków niezbędnych do osiągnięcia powrotu do stanu normalnego. Potrzeba więc, by nowotwór był właściwie rozpoznany i ściśle umiejscowiony, dalej, by nowotwór ten był z rzędu dobrotliwych, znajdował się w miejscu dostępnem, by wyluszczenie jego nie pociągało za sobą poważnych zaburzeń czynnościowych, by nie spowodowało ono wreszcie wstrząsu śmiertelnego, którego nawet najzręczniejszy chirurg nie zawsze uniknąć może. Tak częste na tem polu niepowodzenia wybitnych neurologów i doświadczonych chirurgów wyjaśniają zupełnie uprzedzenie do podobnych zabiegów ze strony lekarzy praktyków, nieobeznanych dokładnie z subtelnościami neurologji i chirurgji czaszkowej.

O ile jednak otwarcie czaszki w celu odnalezienia nowotworu jest zabiegiem niepewnym i często niebezpiecznym, jeżeli usiłujemy nowotwór wyluszczyć, o tyle zabieg ten staje się zwykle skutecznym i stosunkowo mało niebezpiecznym, jeżeli ograniczamy się jedynie do zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Samo zmniejszenie ciśnienia zwykle łagodzi, nieraz zupełnie usuwa bóle głowy, wymioty i zaburzenia psychiczne; zastosowane we właściwym czasie, zabezpiecza ono od ślepoty, wstrzymując rozwój brodawki zastoinowej.

Nawet w przypadkach nowotworów, rosnących nieustannie.

niechybnie śmiertelnych, zabieg ten okazuje się pożytecznym i łagodzi on cierpienia ostatniego okresu życia, przedłuża wreszcie to życie o miesiące, rok — czasem nawet więcej.

Wyniki zabiegu są znacznie wydajniejsze, gdy chodzi o nowotwór, który w rozwoju swoim wstrzymać się może, zanim wystąpią zniszczenia bezpowrotne, np. ślepotą; oczywista w tych razach jest wartość środka, mogącego usunąć zastoinę brodawki nerwu wzrokowego i zapobiedz rozwojowi zaburzeń wzrokowych. Stosuje się to tem więcej do t. zw. guzów mózgowych rzekomych, w których obrzęk tarczy, doprowadziwszy do zupełnej utraty wzroku, może się zmniejszyć a nawet zniknąć; zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego staje się wówczas zabiegiem wprost leczniczym. Fakty te ustalone zostały przedewszystkiem dzięki znakomitym pracom Horsley'a i w szeregu własnych spostrzeżeń przekonałem się o ich ścisłości; tymczasem wśród szerokiego ogółu lekarskiego wiadomość o nich dostatecznie rozpowszechniona nie jest.

By uniknąć nieporozumienia zaznaczę przedewszystkiem, że niekiedy, bez względu na niebezpieczeństwo zabiegu, wskazana jest najwyraźniej po otwarciu czaszki właśnie próba usunięcia nowotworu. Zabieg ten, o ile go wykonać można, daje wyniki, które z wynikami zwykłego zmniejszenia ciśnienia porównać trudno. Daleki jestem od systematycznego odrzucania tego zabiegu, utrzymuję jedynie, że otwarcie czaszki w celu zmniejszenia ciśnienia, jako łatwiejsze do wykonania, rzadko śmiertelne, dające najczęściej dobre wyniki paljatywne, niekiedy nawet lecznicze ma pole do zastosowania znacznie obszerniejsze. Skutecznym jednak ten zabieg może być o tyle, o ile będzie wykonywany we właściwym czasie, tymczasem najczęściej sprawa interwencji chirurgicznej bywa podnoszona zbyt późno. Zwykły przebieg rzeczy bywa następujący: w pierwszym okresie cierpienia u chorego ze skargami na ciężar i ból w głowie, na osłabienie ogólne, rozpoznaje się neurastenję, hysterję lub niestrawność; objawy wzmagają się, i w tym drugim okresie, gdy poważny charakter cierpienia nie ulega wątpliwości, rozpoznanie jednak pozostaje błędnem, zaburzenia chorobowe bywają przypisywane zwąpnieniu tętnic lub porażeniu postępującemu. Pewnego dnia wreszcie uwydatnia się osłabienie wzroku — badanie wziernikowe stwierdza istnienie brodawki zastoinowej i wówczas dopiero



rozpoznanie przesuwają się na tory właściwe. Poddaje się w tym razie chorego leczeniu ręciami pod różnymi postaciami i stosuje to leczenie tem gorliwiej, że nieraz, jak to bywa zresztą nawet w przypadkach nowotworu nie syfilitycznego, stan chorego pozornie poprawia się nieco. W końcu jednak ustala się przekonanie, że wysiłki lecznicze były bezowocne — powstaje myśl o zabiegu chirurgicznym, lecz wzrok chorego osłabł znacznie i korzyści z operacji już są wielce ograniczone.

Często bywałem świadkiem podobnych zdarzeń i musiałem żałować za błędy i zwleknięcia kolegów zbyt bojaźliwych lub niedostatecznie obeznanych z tą dziedziną.

Lecz z drugiej strony nie należy również wpadać w inną ostateczność i przystępować do kraniektomji zaraz po rozpoznaniu nowotworu wewnątrzczaskowego i stwierdzeniu brodawki zastoinowej. Trudno w samej rzeczy zaprzeczyć, że leczenie ręciami może usunąć nowotwory syfilityczne. Należy również mieć na względzie, że przekłucie łądźwiowe wywiera w niektórych przypadkach wpływ dodatni na zastoinę w brodawkach nerwu wzrokowego; podobne spostrzeżenia podawali Druault, Dupuy — Dutemps, de Lapersonne i Abadie. Ja sam opisałem z Chaillous przypadki tego rodzaju, szczególnie przekonywające; chorzy z podstawowymi objawami nowotworu mózgowego (silne bóle głowy, wymioty, brodawka zastoinowa) byli zupełnie wyleczeni dzięki jedno lub parokrotnemu przekłuciu łądźwiowemu w połączeniu z leczeniem ręciami. Przy tej sposobności chciałbym zaznaczyć, że poglądy na niebezpieczeństwo przekłucia łądźwiowego w nowotworach mózgowych wydają mi się znacznie przesadzonemi. Wprawdzie opisano kilka przypadków z zejściem śmiertelnem, ale są to wyjątki wobec wielkiej liczby przypadków obrzęku mózgowego, w których przekłucie łądźwiowe było zastosowane; być może wreszcie, że niekiedy był to tylko przypadkowy zbieg okoliczności, ponieważ u chorych omawianych, zwłaszcza gdy nowotwór znajduje się w sąsiedztwie opuszki, nagłe zejście śmiertelne nie należy do rzadkości. Co do mnie nie miałem nigdy podobnych wypadków; być może dla tego, że mam zwyczaj w takich razach układać chorego do przekłucia poziomo, wypuszczam płyn bardzo powoli z przerwami i na raz jedynie niewielką ilość.

W całej tej sprawie są dwa szkopy do ominięcia: strzedz

się należy i zbyt pośpiesznego operowania i zbyt długiego zwlekania. W miarę możliwości należy uczynić zadość dwum następującym warunkom: nie przystępować do otwarcia czaszki, zanim się nie przekonamy o niedostateczności prostych sposobów leczenia, z drugiej jednak strony wykonać zabieg w tym właśnie okresie czasu, gdy przynieść on może najwięcej korzyści choremu, t. j. gdy siła wzroku nie jest jeszcze naruszona, lub nieznacznie tylko upośledzona. Zadanie to nie byłoby tak trudne do rozwiązania, gdyby ogół lekarzy znał jego doniosłość, dziś jednak rzecz się ma inaczej.

Wspomniałem już, że zaburzenia wzroku poprzedza najczęściej okres, nieraz bardzo długi, zaburzeń li tylko podmiotowych, jak bóle głowy i osłabienie sprawności umysłowej, zaburzeń przypisywanych neurastenji.

Jest to błąd bardzo rozpowszechniony, nie mniej jak np. uważanie za zwykłych neurasteników chorych na wzmoczenie ciśnienia tętniczego lub na rozlane zapalenie opon i mózgu. Otóż w tym pierwszym okresie cierpienia mamy dość czasu do wypróbowania leczenia podwójnego rtęcią i jodem. Jeżeli po leczeniu tem stwierdzimy jednak wystąpienie brodawki zastoinowej, wiemy wówczas, że leki omawiane są nieskuteczne, lub że same przez się nie mogą one usunąć sprawy chorobowej.

Kiedy zjawily się już pierwsze objawy obrzęku brodawki nerwu wzrokowego, położenie ze względu na stan wzroku nie jest jeszcze zatrważające. W samej rzeczy brodawka zastoinowa przez zmiany obrazu wziernikowego jakby zapowiada upośledzenie siły wzroku na wiele tygodni a nawet miesięcy naprzód. Wówczas wskazane jest wykonanie jednego lub kilku przekłuć lędźwiowych. Niebezpieczeństwo tego zabiegu, jak już wspomniałem, wydaje mi się bardzo przesadzonem, jakkolwiek go nie zaprzeczam, w każdym bądź razie niebezpieczeństwo to jest mniejsze, niż przy otwarciu czaszki. Jeżeli wyniki leczenia rtęcią i jodem nie są jeszcze wtedy dostatecznie wyświełłone, to w omawianym okresie cierpienia nie ma przeszkód do dalszego stosowania tych środków; ich więc skuteczność może być oceniona zanim wzrok ulegnie widocznemu osłabieniu. Jeżeli jednak leczenie to nie dało wyników dodatnich, tem bardziej, jeżeli do brodawki zastoinowej przyłączyły się inne poważne zaburzenia (silne bóle głowy, częste wymioty, zamroczenie świadomości), wówczas zabieg chirurgiczny jest wskazany niezwłocznie.

Przypuśćmy teraz, że obraz wziernikowy nie uległ zmianie, lecz że siła wzroku pozostała normalną, a zaburzenia podmiotowe zmniejszyły się. W tych warunkach można ostatecznie odłożyć operację z tem zastrzeżeniem, że później siłę wzroku należy sprawdzać często i w razie, gdyby się zaczęła obniżać, z zabiegiem nie zwlekać.

Trzymając się powyższych zasad rozwiązujemy postawione zagadnienie: otwarcie czaszki powinno być zastosowane tylko w razie konieczności i w takich warunkach, które dać mogą najkorzystniejsze tego zabiegu wyniki.

Na nieszczęście, z powodów, które powyżej wyłuszczyłem w początkach cierpienia bywają często popełniane omyłki lub zaniedbania. Przypuśćmy więc, co zdarza się bynajmniej nie rzadko, że mamy przed sobą chorego ze znacznem upośledzeniem wzroku np. o połowę, chorego nie leczonego rtęcią i jodem, wreszcie nie ładanego za pomocą przekłucia łądzwiowego. Zwykle ma się w tych razach do czynienia z osobnikiem, który utrzymuje, że nie przechodził syfilisu i który istotnie widocznych śladów tego zakażenia nie przedstawia. Co robić w podobnym wypadku? Przedewszystkiem zrobić przekłucie łądzwiowe i otrzymany płyn zbadać na odczyn Wassermana. Jeżeli wynik badania okaże się dodatni, leczenie swoiste jest wskazane, lecz przy tem należy mieć się na baczności i, gdy osłabienie siły wzroku wzrasta, zwłaszcza szybko, nie można wahać się z propozycją kraniektomji nawet przed upływem terminu potrzebnego do wypróbowania innych środków leczniczych. Pamiętać bowiem należy, że brodawka zastoinowa niezawsze rozwija się wolno, że może ona w przeciągu kilku tygodni spowodować utratę wzroku oraz, że w takim przeciągu czasu nawet silne leczenie swoiste nie zawsze zatrzymuje rozwój brodawki zastoinowej choćby zależnej od nowotworu syfilitycznego.

Przypuśćmy wreszcie, że mamy do czynienia z chorym w podobnych warunkach, jak wyżej, lecz z bardzo silnem upośledzeniem wzroku. Zważywszy, że wszelkie zwlekanie w tych razach naraża na utratę wzroku zupełną i zważywszy również, że w obręku mózgu wogóle zniknięcie brodawki zastoinowej pod wpływem wyżej wymienionych środków leczniczych należy do wyjątków, po kraniektomji natomiast jest ona prawidłem, — przystąpić należy niezwłocznie do tej kraniektomji.

Po zdecydowaniu operacji pozostaje wybrać miejsce, gdzie ją wykonać. Jeżeli rozpoznanie nowotworu jest pewne i umiejscowienie jego dokładne, najwłaściwiej będzie operować w przypuszczalnym obrębie nowotworu, zwłaszcza jeżeli sądzimy, że nowotwór jest powierzchowny, było by bowiem niesłusznem z góry wyrzekać się myśli o usunięciu guza. Jeżeli nie jesteśmy w stanie określić miejsca nowotworu, a tembardziej, jeżeli nie jesteśmy pewni, czy to właśnie nowotwór jest przyczyną obrzęku mózgu, czaszkę otwierać należy w prawej okolicy skroniowej, o ile nie mamy do czynienia z mańkudem (Cushing). Operacja, dokonana w innem miejscu, ma następujące złe strony: przepuklina mózgowa, która się zwykle tworzy po przecięciu opony opony twardej, w okolicy czołowej jest przykrem zniekształceniem, w okolicy brzozy Rolanda pociąga za sobą często porażenie połowicze, w okolicy zaś potylicowej powoduje hemianopsję. Okolica mózdkowa wydaje się na pozór bardzo wygodną do operacji, gdyż zaburzenia z powodu przepukliny w tem miejscu są stosunkowo nieznaczne i przemijające, lecz operowanie w jamie mózdkowej jest bardzo uciążliwe. Operacja w okolicy skroniowej jest łatwa do wykonania, jest dobrze znoszona, przytem otwór w czaszce daje się zasłonić przez mięsień skroniowy.

Pomijając szczegóły techniki operacyjnej zaznaczę jedynie, że lekarze, doświadczeni w chirurgii mózgowej, aczkolwiek nie wszyscy używają jednakowych narzędzi, zgodni są jednak co do tego, że należy unikać dłuta i młotka.

Otwarcie czaszki w celu usunięcia guza bywa zwykle dokonywane w dwóch zabiegach z przerwą kilkunastodniową. Za pierwszym razem otwiera się jedynie czaszkę, nie tykając opon mózgowych, za drugim razem przecina się oponę twardą i poszukuje nowotworu.

Czy otwarcie czaszki, mające na celu jedynie zmniejszenie ciśnienia, powinno być również wykonywane w dwóch zabiegach? Na to pytanie odpowiem w następujący sposób. Zwykle wycięcie części sklepienia czaszkowego, zwłaszcza na dużej przestrzeni, może wystarczyć do usunięcia brodawki zastoinowej i innych zaburzeń, wywołanych przez obrzęk mózgu.

Ogłaszano już takie spostrzeżenia i sam widywałem podobne przypadki.

Otóż przykre następstwa otwarcia czaszki bywają niezaprzeczenie mniejsze, jeżeli opona twarda pozostaje nietkniętą, słusznem więc jest ograniczyć się do pierwszej części operacji, o ile brodawka zastoinowa znika w przeciągu 10 do 15 dni. W przeciwnym razie na drugim posiedzeniu przystępujemy do przecięcia opony twardej, poczem występuje większa lub mniejsza przepuklina mózgowa, która przybiera czasem ogromne rozmiary. Nie można zresztą uważać tej przepukliny za powikłanie pooperacyjne, gdyż grożące z powodu obrzęku mózgu niebezpieczeństwo bywa dzięki niej po części zażegnane.

Wogóle usługi, które oddać może otwarcie czaszki wykonane w celu usunięcia ucisku, są znacznie większe, aniżeli niebezpieczeństwo, na które ten zabieg naraża. Wielkiej jest doniosłości poznać wskazania do tego zabiegu i postawić się w możności wykonania go we właściwym czasie, ażeby osiągnąć zeń wszystkie możliwe korzyści. Wiadomości te ze względu na ich znaczenie praktyczne powinny być rozpowszechnione pośród wszystkich lekarzy.

---

Z ambulatorjum kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierownictwem Prof. D-ra J. Piltza.

## PRZYPADEK OBUSTRONNEGO PORAŻENIA NERWU ODWODZĄCEGO OKA PO ZNIECZU- LENIU ŁĘDŹWIOWEM TROPOKOKAINĄ

podała

J. JELEŃSKA-MACIESZYNA.

Porażenie nerwu odwodzącego oka, jako następstwo znieczulenia łądźwiowego jest faktem ogólnie dziś znanym. Około 40 przypadków analogicznych znajdujemy w piśmiennictwie\*).— Środkami używanymi do znieczuleń były przeważnie stowaina i nowokaina oraz w ostatnich czasach tropokokaina, którą w wielu klinikach stosować zaczęto w przeświadczeniu, iż jest ona o wiele mniej trującym przetworem kokainy.

Za tym poglądem, opartym przedewszystkiem na doświadczeniu klinicznym (Th orbecke, Strauss i inni), przemawiać się zdawały i wyniki badań doświadczalnych na zwierzętach (H. Klose i H. Vogt), które wykazały, że tropokokaina jest wydalana z ustroju najszybciej (tropakokaina po 20-tu, nowokaina po 40-tu godzinach, stowaina zaś dopiero po upływie dwóch dni) oraz badania histologiczne, wykonane przez Wossidlo, który spostrzegł, że zmiany komórek rdzeniowych po znieczuleniach tropokokainą znikają wcześniej, aniżeli analogiczne zmiany, wywołane stowainą, alypiną lub nowokainą.

Znaną jest jednak rzeczą, że i tropokokaina pomimo mniejszej jadowitości powodować może cały szereg objawów ubocznych, następczych. Zapaść, porażenia poprzeczne były niejednokrotnie spostrzegane (Meyer, Goldschwend), a i porażenia

\*) Feilchenfeld, Mühsam, Loeser, Adam Parhon i Goldstein, Lang, Landow, Henking, Hauber, Gontermann, Roeder, Heymann, Ricchi, Oelsner, Wolff, Ach, Gross, Sandmann, Bondy.

nerwu odwodzącego oka już kilka razy opisane zostały (Hauber, Ach, Gontermann). — We wszystkich przypadkach porażenia nerwu odwodzącego wyleczenie nastąpiło samo przez się lub też pod wpływem elektryzacji.

Uważając ogłoszenie niniejszego przypadku porażenia nerwów odwodzących oka ze względów statystycznych za wskazane, podaję poniżej krótkie streszczenie przebiegu choroby. Sądę bowiem, że tylko na podstawie sumiennie zebranych obserwacji i ich zestawieniu można będzie określić przeciwwskazania dla stosowania znieczuleń lędźwiowych.

Przypadek nasz pozatem zasługuje na uwagę i z tego względu, że porażenie było *obustronne*, co *po raz pierwszy* spotyka się po znieczuleniu *tropokokainą*, a wogóle jest zjawiskiem rzadkiem, gdyż opisane było tylko w dwóch przypadkach po znieczuleniu lędźwiowym *nowokainą* (Landow, Lang).

Chora M. S. lat 40, służąca, operowana była w klinice położniczej U. J. dnia 19/III 09 r. z powodu włókniaka podsurowiczego, przy zastosowaniu znieczulenia lędźwiowego. Wstrzyknięto *tropokokainę* 2%, 0.09 i *skopolaminę* 0.00075. Znieczulenie było zupełne, bez powikłań, operacja trwała min. 18.

W dniu operacji pojawił się ból głowy i wymioty, dnia następnego wzdęcie miernego stopnia. Wymioty i wzdęcie utrzymywały się przez dni kilka; na ból głowy zaś chora uskarżała się jeszcze po upływie trzech miesięcy.

Na 9-ty dzień po operacji wystąpił ból w oku lewym a wkrótce potem podwójne widzenie.

Rana pooperacyjna zagoiła się prawidłowo, chora wstała na 14-y dzień.

Dnia 5/IV przesłaną została do kliniki ocznej, gdzie rozpoznano: *paralysis n. abducentis dextri. paresis n. abducentis sin. paresis accomodationis o. u.*; celem zbadania układu nerwowego chora skierowaną została do ambulatorjum kliniki chorób nerwowych, gdzie przeszło 3 miesiące pozostawała w leczeniu.

Z wywiadów wynika, że chora nigdy zupełnie zdrową nie była. W dzieciństwie cierpiała często na bóle głowy, ciekło z uszu, uchodziła zawsze za małokrwistą, łatwo się pracą męczyła, a po większych wysiłkach fizycznych niejednokrotnie miała wymioty.

Przed rokiem po raz pierwszy zauważyła obrzęk nóg, który po pewnym czasie ustąpił, a na parę miesięcy przed operacją się ponowił.

Pierwsza miesiączka w 19 r. ż., następne prawidłowe i niebolesne.

Co do obarczenia dziedzicznego stwierdzić jedynie było można, że brat przyrodni chorej, z drugiego małżeństwa matki, jest upośledzony umysłowo, do pracy niezdolny.

Skargi obecne: silny, nieustający ból głowy, umiejscowiony w czole, częste zawroty głowy, osłabienie ogólne i ból w dolnych kończynach, przeważnie w prawej, wzmagający się podczas chodzenia; parcie na mocz i czucie pieczenia przy oddawaniu moczu. Najuciążliwsze jest podwójne widzenie wszystkich otaczających przedmiotów bez względu na ich odległość od chorej.



20.IV.1909 Paral. nn. abduc. post tropococainam.

Badanie przedmiotowe: chora miernie odżywiona, o wyglądzie niedokrwistym, głowę trzyma pochyloną, oczy ma przymknięte, przysłania je ręką.

Czaszka w okolicy kości ciemieniowych wrażliwa nieco na ucisk, zresztą przy opukiwaniu i przy ucisku niebolesna.

Wszystkie nerwy mózgowe z wyjątkiem VI-ej pary bez zmian.

Ruchy gałek ocznych ku górze, na dół i do wewnątrz zachowane dobrze. Ruch zbieżny upośledzony.

W spokoju oko prawe zbacza nieco na wewnątrz, przy patrzeniu w prawo, pomimo największego wysiłku, nie przekracza linii środkowej; ruch oka lewego

nazewnątrz wydatniejszy nieco, ale również bardzo upośledzony. Podwójne widzenie po obu stronach występuje już w najbliższej odległości od oczu. Obrazy podwójne, nie skrzyżowane, leżą na tej samej wysokości, oddalają się od siebie przy przesuwaniu przedmiotu nazewnątrz.

Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają.

Oprócz bardzo żywych odruchów kolanowych i obustronnego drgania rzepki wrzekomego (clonus patellae spurius) przedmiotowych zmian zarówno w kończynach górnych, jak dolnych stwierdzić nie można.

Przy biernym i czynnym podnoszeniu nóg do góry w po-



zycji leżącej oraz podczas chodzenia chora skarży się na ból w kończynie dolnej prawej.

Zaburzeń czucia brak.

Mocz mętny, cuchnący, oddziaływanie wybitnie zasadowe, białko w niewielkiej ilości, cukru nie zawiera.

Jako leczenie zastosowano codzienną elektryzację prądem stałym.

Przerwano leczenie dn. 15/VII 1909 r. wskutek zamknięcia ambulatorjum.

Przez cały ten czas chora znajdowała się w klinice położniczej, gdzie w miarę potrzeby stosowano ogólne leczenie.

20/IV i 1/V 1909 r. — Stan jednakowy, jedynie parcie na mocz i palenie przy oddawaniu mniejsze.

Drgania rzepki nie udało się już wywołać.

17/VI 1909. Oko prawe zbacza jeszcze do wewnątrz. W odległości 38 cm. od nasady nosa chora widzi pojedynczo przy przesuwaniu przedmiotu w lewo; przy mijaniu zaś linii środkowej oka prawego podaje najczęściej, że widzi podwójnie. W większej odległości po obu stronach powstają obrazy podwójne.

Porażenie więc prawego i niedowład lewego n. odwodzącego utrzymuje się, aczkolwiek stwierdzić można nieznaczną poprawę.

Bóle głowy stałe, ale mniej nieco natężone. Bóle w kończynach utrzymują się.

15/VII.09. Obrazy podwójne powstają dopiero w odległości 4—5 m. i utrzymują się tylko przy przesuwaniu przedmiotu w prawo. Przy ruchu nazewnątrz oko prawe przekracza trochę linię środkową. Pozostał więc jeszcze niedowład prawego n. odwodzącego, lewy zaś działa prawidłowo.



20.IV.1909 Paral. nn. abduc. post tropococainam.

Podmiotowo stan się nie zmienił, chora mocno rozdrażniona, skłonność do agrawacji.

Mocz o wyglądzie i oddziaływaniu normalnem, białka nie zawiera. Dolegliwości pęcherza ustąpiły.

— Grudzień 1909. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Podwójnego widzenia niema. Chora skarży się na bóle w oczach, w rękach, nogach i bóle głowy, silnie rozdrażniona.

Zaznaczyć należy, że na bóle w kończynach dolnych chora skarżyła się jeszcze przed operacją, o czym świadczy odpowiednia wzmianka w wywiadach, zebranych w klinice położniczej, łaskawie nam przez prof. Rosnera udzielona. Charakter nieokreślony bólów, skłonność do agrawacji, brak przedmiotowych zmian, z wyjątkiem rzekomego drgania rzepki, świadczącego li tylko o wzmożonej pobudliwości układu nerwowego, — nie uprawniają do przyjęcia przyczyny organicznej owych bólów, a przemawiają raczej za sprawą czynnościową.

Czy zapalenie pęcherza moczowego uważać należy jako następstwo znieczulenia lędźwiowego, czy sześciodniowego cewnikowania z powodu zatrzymania moczu po operacji, rozstrzygnąć trudno. Faktem jest, że zapalenie pęcherza i podrażnienie nerek bywały spostrzegane po znieczuleniach lędźwiowych.

Wymioty i bóle głowy należą do następstw częstych po znieczuleniach lędźwiowych; ustępują stosunkowo prędko, od 1—7 dni mniej więcej.

Przyczyny tak uporczywego bólu głowy naszej chorej, utrzymującego się jeszcze przez kilka miesięcy po ustaniu wymiotów, szukać należy przede wszystkim w ustroju neuropatycznym chorej; na spotęgowanie ich bezsprzecznie wpłynąć też mogło podwójne widzenie.

Co się tyczy porażenia nerwów odwodzących oka udawanie bezpośredniości związku, jaki zachodzi pomiędzy porażeniem a znieczuleniem lędźwiowym, zdaje się zbyt czynnem, sprawa ta bowiem jest nieomal przesądzona. Nawet spór o naturę porażenia zdaje się być zakończony, gdyż większość autorów szuka przyczyny w działaniu toksycznym środka znieczulającego.

Pogląd A d a m'a, który przypuszczał, że porażenie jest następstwem krwotoku w jądrze n. VI wskutek obniżonego ciśnienia w kanale mózgowo-rdzeniowym, niema prawie zwolenników

podobnie jak i hipoteza Müllera o następczym zapaleniu nerwu pod wpływem wzmózonego ciśnienia. Spielmeyer oraz Wossidlo doświadczalnie wykazali, że wstrzykiwanie płynów obojętnych do kanału mózgowo-rdzeniowego u zwierząt ani klinicznie stwierdzić się dających ani histologicznych zmian nie wywołuje.

Natomiast pytania, czy porażenie jest pochodzenia osrodkowego czy też obwodowego, oraz dlaczego n. VI tak wyjątkową posiada wrażliwość na środek znieczulający, zajmują w dalszym ciągu umysły, ale dotychczas brak zadawalniających odpowiedzi.

Ach, Lang, Gontermann, Ricchi i inni wypowiadali się za porażeniem obwodowym. Uwzględniając warunki anatomiczne, Ach uważa przedostanie się płynu wstrzykniętego do komory IV za nieprawdopodobne.

Według Bichin'a porażenie jest osrodkowe: „środek znieczulający może wywołać zmiany wewnętrznego ucha, które następnie, za pośrednictwem jądra Deitersa, powodują porażenie nerwu VI-go”.

Perna z Bolonii tłumaczy szczególną wrażliwość nerwu VI-go przebiegiem jego w zatoce jamistej oraz tem, że, zdaniem niektórych autorów, posiada on pochewkę chłonną, wskutek czego wessanie środka znieczulającego mogłoby być znacznie większe, aniżeli ze strony innych nerwów.

Wszystko to są jednak hipotezy, polegające na mniej lub więcej trafnych przypuszczeniach, nie poparte jednak dowodami przedmiotowymi. Donioślejszemi przeto zdają się być wyniki badań doświadczalnych i histologicznych wykonane na zwierzętach (v. Lier, Wossidlo, Klose i Vogt, Spielmeyer), ludziach (Spielmeyer, Ogata i Fujimura), bo aczkolwiek i one ostatecznych wyjaśnień nie dały, to jednak tylko na tej drodze spodziewać się ich możemy.

Spielmeyer zbadał mózgi i rdzenie w 16 przypadkach u ludzi, którzy byli operowani przy znieczuleniu lędźwiowym stowainą. Doświadczenia dokonał na 5-iu zwierzętach: 3-ch małpach i 2-ch psach.

Badał metodami: Nissl'a, Bielschowsky'ego i Marchi'ego.

W większości przypadków u ludzi nie znalazł zmian, któreby można było uznać za następstwo zatrucia stowainą, w kilku przypadkach jednak spotkał zmiany swoiste dużych ruchowych

komórek przednich rogów rdzenia; zmienione komórki te były nierównomiernie w różnych wysokościach rdzenia spotykane i bądź pojedynczo, bądź w grupki ułożone. W jednym przypadku parę komórek w jądrze n. III także zmiany wykazywały.

Autor zwraca uwagę na fakt, że zmiany komórek, polegające na pęcznieniu, zaniku substancji chromatynowej oraz przesunięciu jądra, nosiły charakter zmian wtórnych, wstecznych a nie pierwotnych („einfache Chromolyse”), które się po różnych zatruciach i zakażeniach spotyka, oraz że komórki te najliczniejsze były w tych miejscach, gdzie i w korzeniach przednich stwierdzić się dało zmiany.

Inni autorowie jak v. Lier, Wossidlo, Ogata i Fujimura nie różniczkowali tak ściśle, a opis zmian w komórkach przez nich podany, nie tylko w rogach przednich, lecz i w tylnych (Wossidlo) odpowiada raczej zmianom pierwotnym (einfache Chromolyse); Spielmeyer spostrzegał je niejednokrotnie, lecz nie uważał za bezpośrednie następstwo środka znieczulającego, ponieważ i inne stany patologiczne, nawet agonia powodować je może.

Godne zaznaczenia jest, że zmiany analogiczne ze zmianami komórek ruchowych u ludzi spostrzegli Spielmeyer oraz Klose i Wogt u wszystkich badanych zwierząt, przyczem nadmienić wypada, że u zwierząt, po za zmianami opisanymi, wyżej wspomniany autorowie spotykali stale rozległe nieraz zwyrodnienie słupów tylnych od najniższych odcinków rdzenia aż do jąder w rdzeniu przedłużonym. Częste również było zwyrodnienie włókien zewnętrznych rdzenia, „Randdegeneration”, jak Spielmeyer określa. Charakterystyczne jest, że ani u ludzi, ani u zwierząt, u których histologicznie zmiany powyższe w rdzeniu znaleziono, nie można było żadnych zmian klinicznie wykazać. Tłumaczy się to chyba tylko tem, że ilość komórek, która schorzeniu uległa, była stosunkowo mała. Z badań wspomnianych autorów wynika, że komórki ruchowe zarówno rdzenia, jak i wyżej położonych części układu nerwowego, np. jąder nerwów ruchowych są szczególnie wrażliwe na zatrucie stowainą. Porażenia nerwu odwodzącego oka spostrzegane są częściej, aniżeli porażenia innych nerwów, prawdopodobnie dzięki li tylko stosunkom anatomicznym; podczas gdy zanik niewielkiej ilości komórek w jądrze n. odwodzącego sprowadza wybitne zmiany, klinicznie

stwierdzić się dające, to natomiast zanik takiejże ilości komórek w rdzeniu pozostać może bez następstw.

Prof. dr. J. Piltzowi za zachętę do ogłoszenia niniejszego przypadku składam serdeczne podziękowanie.

### PIŚMIENICTWO.

- Adam. Münch. Med. Woch. 1906 № 8.  
 Ach. Ibid. 1907 № 33.  
 Bondy. Gynäkol. Rundschau J. IV H. 3 Ref. M. Med. Woch. 1910 № 10.  
 Feichenfeld. Zentralbl. f. prakt. Augenh. 1906 S. 118.  
 Goldschwend. Wien. Klin. Woch. 1907 № 37.  
 Gontermann. Berl. Klin. Wochenschr. 1908 № 33.  
 Gross. Ibid. 1909 № 32. Verein deutsch. Ärzte. Sitz 14/V-09.  
 Henking. Münch. Med. Woch. 1906 № 50.  
 Hauber. Langenbecks Arch. B. LXXXI H. 2. ref. im Ctblt. f. Chir. 1907 № 10.  
 Heymann. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 26. Ber. Med. Gesellsch. Sitz. am 13/VI 1906.  
 Klose u. Vogt. Münch. Med. Woch. 1906 № 23.  
 Lang. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 35.  
 Landow. Münch. Med. Woch. 1906 № 30.  
 Loeser. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 2.  
 V. Lier. Beiträge Z. Klin. Chirurg. B. LIII S. 413 ref. Ctblt. f. Chir. 1907.  
 Münhsam. Deutsch. Med. Woch. 1906 № 35.  
 Meyer. Mediz. Klin. 1907 S. 175.  
 Müller. Archiv. f. Augenk. B. LX H. 2 i 3.  
 Oelsner. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. B. 90.  
 J. Ogata u. J. Fujimura. Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie B. XV H. 2.  
 Parhon u. Goldstein. Spitalul 1907 № 11 — 12 ref. w Fol. Neurob. 1907.  
 Péchin. Cyt. wedł. Ricchi.  
 Perna. Cyt. wedł. Ricchi.  
 Ricchi. Recueil. d'Ophtalmologie 1909 № 2.  
 Roeder. Munch. Med. Woch. 1906 № 23.  
 Sandmann. Ibid. № 34. Demonstr. in d. Mediz. Ges. in. Magdeb.  
 Spielmeyer. a) Münch. Med. Woch. 1908 № 31. b) Neurolog. Ctblt. 1909 № 2.  
 Thorbecke. Med. Klin. 1907 p. 384 ref. i. Ctblt. f. Chir.  
 Wolf. Berl. Klin. Woch. 1907 № 41.  
 Wossidlo. Archiv f. Klin. Chirurgie 1908 B. 86.

## PRZYRODA OMAMU ZMYSŁOWEGO.

(Notatka psychologiczna)

podał

R. RADZIWIŁŁOWICZ.

---

Czy omam zmysłowy jest w rzeczy samej wzmocnieniem w swem natężeniu wyobrażeniem, jak to powszechnie przyjęto mniemać, czy nie jest on raczej psychologicznie i fizjologicznie postacią postrzegania, chociaż twierdzenie takie wydaje się na pierwszy rzut oka uderzającym, oczywistym paradoksem?

Sądzę, że istnieją dostateczne dane, przedewszystkiem psychologiczne, a także i pewne fizjologiczne, że twierdzenie to jest tylko paradoksalne pozornie, jest w rzeczy samej słuszne, odpowiada doświadczeniu.

Przyjrzyjmy się przedewszystkiem psychologicznej stronie sprawy i spróbujmy odpowiedzieć na pytanie: na jakich danych doświadczenia opieramy to rozróżnienie postrzegania od wyobrażenia, jakie z taką łatwością czynić nam przychodzi, kiedy obie te sprawy współcześnie zajdą w naszej świadomości?

Wszak możemy postrzegać jedno, a wyobrażać sobie drugie, a nigdy obie sprawy nie zleją się tak, ażeby rozróżnienie pomiędzy niemi natrafiło na jakiegokolwiek trudności. Mamy zatem w doświadczeniu własnem niewątpliwe dane, odróżniające to, co postrzegamy, od tego, co sobie tylko wyobrażamy; rozbiór psychologiczny pozwala nam ustalić te dane z całą ścisłością.

Od czasów Hume'a przyjęto twierdzić, że zasadnicza różnica obu tych spraw polega na większej sile, na większem natężeniu tego, co postrzegamy w przeciwstawieniu do znacznie słabszego natężenia obrazu wyobrażanego; na tym fakcie głównie opieram twierdzenie, że omam zmysłowy dla tego przybiera postać postrzeżeniową, że jest chorobliwie wzmocnieniem wyobrażeniem.

Otóż, czy tak jest rzeczywiście — czy to, co bierzemy za różnicę natężenia doznawania, jest w istocie samą tylko różnicą natężenia?

Wszak możemy postrzegać bardzo słabe natężenie światła — brzask, świt, a wyobrażać jego mocne natężenie — silny blask, światło słoneczne w południe; czyż rzeczywiście istniejąca w tym wypadku różnica natężenia doznawania wypada na korzyść postrzegania? Oczywiście nie. Niewątpliwie w postrzeganiu istnieć muszą jeszcze jakieś inne sprawy, których niema w wyobrażeniu, a które my bierzemy za wzmoczenie natężenia i temu przypisujemy fakt, że postrzeganie wydaje się nam być zawsze mocniejszym w natężeniu, niż wyobrażenie. Jest ono tylko żywsze, a żywość swą zawdzięcza większej złożoności samej sprawy postrzeżenia, w przeciwstawieniu do stosunkowego ubóstwa wyobrażenia. W postrzeganiu obok zespołu doznań częściowych (partial presentations autorów angielskich) barwy, jasności dźwięku, smaku etc. istnieje cały szereg czuć ustrojowych, zwykle nie doznawanych w wyobrażeniach, obok szeregu czuć ruchowych, powstałych wskutek nastawiania narządów zmysłowych; czuć tych niema w wyobrażeniu i one stanowią źródło tej żywości doznawania, jaka cechuje sprawę postrzegania.

Oprócz tego postrzeżenie posiada zwykle wyraźną stałość — przeciwną do zmienności i migawkowości, jakie charakteryzują każde wyobrażenie. Wyobrażenie przesuwa się przez pole świadomości z kalejdoskopową szybkością, zatrzymanie najżywszego obrazu wyobrażeniowego przez czas dłuższy jest trudne, a nawet niepodobne — natomiast postrzeżenie nawet najsłabsze, skoro tylko posiada natężenie dostateczne do zwrócenia na siebie uwagi, utrzymuje się w polu świadomości nieporuszone. Przyczyny tego szukać należy w sprawie umiejscowienia wrażenia, istniejącego w postrzeganiu, nieistniejącego w wyobrażeniu — w tym fakcie, że w każdej chwili postrzegania zdajemy sobie dokładną sprawę, że oto oko, a oto narząd słuchowy jest czynny, że stwierdzamy nie tylko sam fakt pobudzenia narządu zmysłowego, ale możemy dokładną zdać sobie sprawę, jaka część tego narządu została pobudzona, jaka okolica pola widzenia albo uciskowego odbiera dane wrażenie, że jesteśmy, jak się to mówi, „przy zmysłach”, ale przedewszystkiem, że istnieje nastawienie narządu zmysłowego, które utrzymuje narząd w położeniu, zapewniając mu największą sprawność czynnościową w odbieraniu pobudzeń świata zewnętrznego, a ztąd ustala samą sprawę postrzegania, zapewnia niezmiennosc postrzeżeniowego doznawania.

Stosunek uwagi w obu sprawach jest również różny, inny w sprawie postrzegania, a inny w sprawie wyobrażenia. W postrzeganiu uwaga skupia się na umiejscowieniu wrażenia i na nastawianiu zmysłowem, w wyobrażaniu jakby odbiega od zmysłów, skupia się wyłącznie na wyobraźniowym obrazie; staramy się wtedy zawiesić czynność odbierania wrażeń, zmniejszyć sprawność odbiorczego narządu zmysłowego, bo, wdzierając się do świadomości, wrażenia rozpraszają uwagę, odciągają, przeszkadzają jej skupieniu na samem tylko wyobrażeniu.

W ten sposób obok umiejscowienia wrażeń — nastawianie narządów zmysłowych — doznawanie obu tych spraw stanowi zasadniczy rys, odróżniający doświadczenie postrzegania od doświadczenia wyobrażenia.

Znaczenie szczególnie tej drugiej strony sprawy jest albo zupełnie zapoznawane w psychologii, albo niedoceniane, a tymczasem stanowi ona jej rys najistotniejszy.

Mówiąc o nastawianiu, mamy zwykle na myśli fakt nastawiania oka, możność zmieniania krzywizny przedniej powierzchni soczewki w zależności od odległości źródła promieni świetlnych od oka. Oczywiście jest to rozumienie zupełnie nie ścisłe; już w samym narządzie wzrokowym nastawianie ma znaczenie znacznie szersze, a przytem nie ogranicza się ono tylko do oka, lecz istnieje w dziedzinie wszystkich zmysłów. Pod nastawianiem narządu zmysłowego należy rozumieć wszelki ruch mięśniowy, dążący do zapewnienia narządowi zmysłowemu największej sprawności czynnościowej w zależności od warunków doświadczenia. Do faktu nastawiania narządu wzrokowego należą oprócz wspomnianego zmieniania krzywizny soczewki przez skurcz mięśnia rzęskowego i poruszenia mięśni gałek ocznych w celu skrzyżowania osi wzrokowych na przedmiocie, na który patrzy się, i ruchy głowy, szyi, tułowia, o ile przyczyniają się one do zapewnienia narządowi wzrokowemu większej sprawności pod tym względem.

W narządzie słuchowym mamy również do czynienia z faktami nastawiania zmysłu; jeżeli nie możemy strzydz uszami i kierować muszlą uszną w stronę, z kąd przychodzą dźwięki, to możemy ustawić głowę tak, ażeby fale dźwiękowe, zbierane przez muszlę, wpadały do przepustu w sposób najodpowiedniejszy, t. j. uderzały prostopadle w bębenek, bo to stanowi warunek najlepszego działania tego narządu.



Dalej w samym uchu środkowym mamy dwa mięśnie, służące wyłącznie sprawie nastawiania zmysłu słuchowego: naprężacz bębena i mięsień strzemienny. Pierwszy rozciąga lub rozluźnia bębenek, czyni go podatniejszym do przyjmowania dźwięków wysokich, względnie niskich; drugi, skracając lub wydłużając jedno z ramion dźwigni, przenoszącej drganie błony bębenkowej na narządy ucha wewnętrznego, zmniejsza lub zwiększa siłę, z jaką strzemię uderza w okno owalne, zmieniając w ten sposób działanie narządu zmysłowego zależnie od warunków doświadczenia.

Smakując coś, staramy się rozcierać językiem zawartość jamy ustnej o podniebienie, posiłkujemy się narządem mięśniowym języka, ażeby wydobyć, że tak powiem, cały smak, jaki wydobyć można z płynu, który probujemy, ażeby podziałał on i na koniec języka i na grzbiet i boki, wiemy bowiem, że koniec wrażliwy jest na słodycz i słoność, brzegi na kwaśność, a grzbiet na gorycz; dopomagamy więc sobie mięśniami języka, ażeby narządowi zmysłu smakowego — kubkom smakowym — zapewnić jaknajwiększą czynnościową sprawność.

Kiedy chcemy zdać sobie dokładną sprawę z zapachu, jakiego doświadczamy — wąchamy, t. j. wciągamy mocniej w płuca powietrze, w którym jest zawieszona substancja wonna, wiemy bowiem, że powonienie działa tylko wtedy, kiedy wchodzące do jamy nosowej powietrze uderza o błonę śluzową jamy z pewną siłą, im siła ta jest większa, tem mocniejsze pobudzenie, — znowu więc posiłkujemy się narządem mięśniowym dla zapewnienia narządowi odbiorczemu największej czynnościowej sprawności.

W zakresie czuć skórnych mamy również do czynienia z faktami analogicznymi; spotykamy je we wszystkich postaciach tych czuć: ucisku, ciepła, zimna i bólu, ale najwidoczniej występują one w dziedzinie czucia uciskowego. Żeby coś ująć dobrze przy pomocy czucia uciskowego, dotykamy, macamy — dążymy do odebrania czucia tą okolicą ciała, która jest na tę postać czucia najwrażliwszą — końcami palców, t. j. do czuć zmysłowych dodajemy w doświadczeniu czucia ruchowe, czyniąc w ten sposób wynik postrzegania dokładniejszym.

Mamy zatem w dziedzinie wszystkich zmysłów stałe spółdziałanie czuć ruchowych, powstałych wskutek nasawiania narządu zmysłowego, spółdziałanie, istniejące tylko w postrzeganiu, nie istniejące w wyobrażeniu i stanowiące obok umiejscowienia wrażenia najistotniejszy czynnik postrzegania.

Otóż wszystkie te cechy, które w sposób tak wyraźny odróżniają w doświadczeniu wewnętrznym postrzeganie od wyobrażania, istnieją i w omamie zmysłowym; ztąd wynika prawo do twierdzenia, że omam zmysłowy jest, psychologicznie rzecz biorąc, postacią postrzegania, a nie wyobrażania.

Trzeba tylko przy ocenie tej sprawy stanąć na stanowisku chorego, który tych stanów omamowych doświadcza, t. j. trzeba zająć wobec faktu stanowisko ściśle psychologiczne.

Chory, kiedy podlega omamowi zmysłowemu, zdaje sobie dokładnie sprawę z umiejscowienia wrażenia. Wie on dobrze, że oto ucho, a oto oko, jest źródłem tego doznawania, wyraźnie zdaje sobie sprawę, jaka część pola wzrokowego albo uciskowego, odbiera to, czy inne podrażnienie.

Tak samo ma się rzecz i z nastawianiem zmysłów — chory słucha, patrzy, smakuje, wącha, dotyka, t. j. czyni wszystko, ażeby zapewnić odbiorczym narządom zmysłowym największą czynnościową sprawność — wykonywa wszystkie potrzebne po temu ruchy. Te wykonywane przez niego ruchy stanowią właśnie owe charakterystyczne zjawiska, jakie zwykle postrzegamy w omamie zmysłowym, — nazywamy je przedmiotowymi cechami omamu.

Chory w doświadczeniu własnym w omamie zmysłowym ujmuje niewątpliwą dla siebie rzeczywistość, to, czego on doznaje, ma dla niego oczywistą postać postrzegania, wszystkie dane podmiotowe przemawiają zatem; ażeby je sprawdzić chory musi wyjść poza granice *własnego* doświadczenia i w doświadczeniu innych szukać potwierdzenia lub zaprzeczenia słuszności swego doświadczenia.

To, że inni nie widzą i nie słyszą tego, co on widzi i słyszy, to jedyny dla niego sprawdzian, że to, czego on doświadcza, nie jest przedmiotową rzeczywistością, istnieje tylko w jego świadomości, nie poza nią, ale jego własne doświadczenie daje mu wszystkie dane po temu, że to, co on widzi lub słyszy, jest rzeczywiste, a nie urojone i istnieje w świecie konkretnym.

Paradoksalność twierdzenia, że omam zmysłowy jest psychologicznie postacią postrzegania, a nie wyobrażania — jest pozorną, wynika z niedostatecznie ścisłego zdawania sobie sprawy ze stanowiska, z jakiego te rzeczy winny być rozważane.

Zwykle stanowisko nasze jest fizyczne, zarówno w życiu co-

dziennem, jak i w naukach przedmiotowych. Nikt nie zadaje sobie pytania, jak widzi, lecz patrzy, jak postrzega, lecz postrzega; tylko psycholog zaprzęta myśl swoją i innych pytaniami, co zachodzi w świadomości jednostki, kiedy ona widzi lub postrzega, i te dane obserwacji to jedyne dane, na których ma on prawo budować swe wnioski. Czy wyniki jego postrzeżeń godzą się z twierdzeniami logiki, epistemologii, a nawet i istniejących teorii psychologicznych, to go nie zajmuje, obchodzi go jedynie sam fakt doświadczenia, sposób, w jaki ono przebiega w rzeczy samej. Otóż przebieg faktu doświadczenia w omamie zmysłowym rozstrzyga ostatecznie na rzecz twierdzenia, że omam psychologiczny jest postacią postrzeżenia. Zaprzeczyć temu może epistemolog — bo w tym wypadku doświadczenie podmiotowe nie odpowiada przedmiotowej rzeczywistości, ale musi przyjąć je psycholog, dla którego istnieje tylko podmiotowe doświadczenie i ono o wszystkim rozstrzyga.

Wydaje mi się, że istnieją dane, które pozwalają twierdzić, że i fizjologicznie omam zmysłowy jest postacią postrzeżenia, t. j. że tutaj w rzeczy samej zachodzi pobudzenie obwodowego narządu zmysłowego, odmienna jest tylko droga samego pobudzenia. W postrzeganiu zwykłym droga ta jest dośrodkowa, ksobna—w omamie odśrodkowa, odsiebna. Pobudzeniu ulega obwodowy narząd zmysłowy nie wskutek uderzania weń podniet, przychodzących ze świata zewnętrznego, lecz wskutek tego, że do jego komórek nerwowych dostają się bodźce, krążące po układzie nerwowym ośrodkowym i wprowadzają je w stan czynny. Wiemy, że w obwodowych drogach nerwowych obok włókien, dążących od obwołu ku osi mózgowo-rdzeniowej, istnieją włókna o kierunku odwrotnym, których komórki leżą wewnątrz układu mózgowo-rdzeniowego ośrodkowego, a których zakończenia rozkrzewiają się ostatecznie u komórek nerwowych obwodowych narządów zmysłowych. Drogi te zostały dokładnie zbadane w narządzie wzrokowym — komórki, które dają im początek, leżą we wzgórkach czworaczych, a kończą się owe drogi w zwojowych komórkach siatkówki. Istnienie podobnych dróg stwierdzono również w narządach obwodowych węchowych i czucia skórnoego. Wydaje się, jakgdybyśmy mieli do czynienia z przejawem jakiegoś ogólniejszego prawa, wspólnego wszystkim zmysłom, prawa, że oprócz narządów głównych, dopro-

wadzających bodziec do układu ośrodkowego, istnieją jeszcze i narządy dodatkowe, pobudzające narządy obwodowe w kierunku odsiebnym, przenoszące bodźce nerwowe, powstałe w układzie ośrodkowym, na obwodowe narządy zmysłowe.

Otóż najprawdopodobniej w omamie zmysłowym mamy do czynienia z chorobliwie wzmożoną czynnością tych komórek: obwodowy narząd zmysłowy ulega u tych chorych rzeczywistemu pobudzeniu, doprowadzonemu do nich od ośrodka za pośrednictwem tych dróg odsiebnych. To pobudzenie obwodowego narządu zmysłowego wywołuje wszystkie te sprawy, jakie zachodzą w układzie ośrodkowym, kiedy obwodowy narząd zmysłowy bywa pobudzony, t. j. w zwykłym postrzeganiu i dlatego widzimy tutaj i przyłączające się czucia ustrojowe i umiejscowienie wrażenia i nastawienie zmysłu.

Roztrzygnięcie omawianego zagadnienia co do przyrody omamu zmysłowego, roztrzygnięcie, jaką stanowi on postać psychologiczną, czy jest postrzeżeniem, czy wyobrażeniem, posiada mojem zdaniem, nietylko teoretyczne znaczenie.

Dla neurologa i psychiatry-praktyka jest sprawą pierwszorzędnej wagi dokładne zdanie sobie sprawy z tego, z czym ma do czynienia w danej chwili: z urojeniem czy omamem? Otóż psychologiczny rozbiór sprawy ułatwi mu zorientowanie się pod tym względem.

Jak w każdej sprawie biologicznej — a życie duchowe jest przecież postacią życia, więc i biologiczny stosunek do niego jest jedynie zasadny — pomiędzy oddzielnymi postaciami przejawów życia duchowego niema ścisłych, wyraźnie wytkniętych granic; jedna postać przechodzi w drugą, pomiędzy jedną wyraźną postacią, a drugą istnieje zawsze cały szereg ogniw pośrednich, stanów przejściowych, w których stopniowo zanikają jedne cechy, a pojawiają się drugie i zorientowanie się w tych sprawach bez posiadania jakichś wyraźnych wytycznych bywa nieraz bardzo trudne. Otóż psychologja teoretyczna dostarcza neurologowi i psychiatrze tych wytycznych, po których pozna on i odróżni to, co stanowi omam, a co urojenie.

Trzeba tylko, ażeby umiał on w stosunku do badanego faktu zająć stanowisko ściśle psychologiczne, a sędzę, że zdobycie tej umiejętności jest obowiązkiem każdego, kto przy łóżku chorego ma do czynienia z objawami psychologicznymi.

---

# O MOŻNOŚCI OKREŚLANIA WYSOKOŚCI USZKODZENIA W PORAŻENIACH POPRZECZ- NYCH RDZENIOWYCH NA PODSTAWIE PE- WNYCH ZABURZEŃ ODRUCHOWYCH

podali

PROF. DR. J. BABIŃSKI i DR. J. JARKOWSKI Z PARYŻA.

---

U niektórych zwierząt (np. u świnki morskiej, u królika) przecięcie rdzenia wywołuje wystąpienie lub wzmoczenie odruchów w części ciała poniżej przecięcia, przytem obręb odruchów wzmoczonych odpowiada obrębowi znieczulenia. Jeśli jednak zamiast zwykłego przecięcia zniszczy się rdzeń na pewnej długości, to znieczulenie i wzmoczenie odruchów dosięgają różnych poziomów i pierwsze odpowiada granicy górnej, drugie zaś granicy dolnej uszkodzenia.

Nasze doświadczenia potwierdziły te fakty i dowiodły zarazem, że uszkodzenie rdzenia częściowe, zbyt słabe, aby wywołać porażenie i znieczulenie zupełne, może jednak pociągnąć za sobą zaburzenia w dziedzinie odruchowej, bynajmniej nie różniące się od zaburzeń po przerwie rdzenia zupełnej.

Oprócz tego spostrzeżenia anatomo-kliniczne przekonały nas, że powyższe dane eksperymentalne zastosować można do patologji ludzkiej.

Podajemy tu w streszczeniu trzy spostrzeżenia, zaznaczając w nich jedynie to, co się dotyczy omawianej sprawy.

Spostrz. I. Chora, dotknięta porażeniem poprzecznem dolnem o cechach kurczowych. W kończynach dolnych przykurczenia i kurcze; ruchy czynne w lewej zniesione zupełnie, w prawej wielce ograniczone. Zaburzenia rozmaitych rodzajów czucia po stronie prawej: na kończynie dolnej czucie zniesione prawie zupełnie z wyjątkiem obrębu korzeni krzyżowych, na brzuchu osłabienie czucia do poziomu XI odcinka grzbietowego. Po lewej stronie czucie obniżone w tym samym obrębie i do tej sa-

mej granicy, co i po prawej, lecz w znacznie mniejszym stopniu. Zwieracze w porządku, zaburzeń odżywczych niema. Odruchy ścięgnowe na kończynach dolnych bardzo wzmożone, obustronnie wybitny odruch stopy drgawkowy i objaw paluchowy (Babińskiego). Odruch odbytu zachowany, również jak górny brzuszny, natomiast brzuszny dolny zniesiony.

Podrażnienie skóry na kończynach dolnych (np. ułknięcie szpilką, przyłożenie przedmiotu zimnego, elektryzacja) wywołuje ruch podrażnionej kończyny, ruch, co do siły i postaci zależny od miejsca podrażnienia: w jednych razach otrzymuje się ruch wyprostny, w innych zgięcie kończyny, już to w kolanie, już też w biodrze. Podobnego rodzaju ruchy odruchowe, co do natężenia jednak słabsze, otrzymać można przez podrażnienie skóry brzucha, aż do górnej granicy znieczulenia.

Podrażnienie skóry ponad wskazaną granicą żadnych tego rodzaju ruchów odruchowych nie wywołuje. Linja graniczna jest najzupełniej wyraźna.

Laminektomia wykazała pod oponą twardą nowotwór, postaci owalnej, długości około trzech cm., nowotwór z umiejscowieniem takim, jakie wskazywały zaburzenia czucia.

Spostrz. II. Chory, dotknięty porażeniem poprzecznym dolnym; ruchy czynne zniesione niemal zupełnie; co chwila ruchy kurczowe w udach i goleniach. Lekkie zaburzenia ze strony zwieraczy, znaczne osłabienie czucia na kończynach dolnych, z wyjątkiem obrębów korzeni krzyżowych; obniżenie czucia zajmuje i tułów, aż do linii, przechodzącej na dwa palce poniżej sutek — w górnej jednak części obrębu czucie upośledzone jest w znacznie mniejszym stopniu. Odruchy kolanowe żywe, ze ścięgna Achillesa z prawej strony żywy, objaw paluchowy po tej samej stronie, (lewa goleń odjęta). Odruchy brzuszne zniesione.

Pod wpływem podrażnienia skóry występują ruchy odruchowe, podobnie jak w spostrzeżeniu I, tylko zajmują one obręb większy, o granicach mniej wyraźnych. Wywołać je można z łatwością poniżej linii poprzecznej, przechodzącej o pięć palców powyżej pępka; powyżej linii, przechodzącej na cztery palce pod sutkami, podrażnienie skóry ruchów takich nie wywołuje, — wreszcie na przestrzeni pomiędzy obu wymienionymi linjami podrażnienie wywołuje ruchy odruchowe tylko niekiedy.

Sekcja wykazała zapalenie opony twardej gruźlicze na przestrzeni od 2-go do 6-go odcinka grzbietowego. Granica górna tych zmian odpowiada granicy górnej znieczulenia, — dolna jest do pewnego stopnia w związku z granicą górną obrębu, w którym podrażnienie skóry wwoływało ruchy odruchowe.

Spostrz. III\*). Chory, dotknięty porażeniem poprzecznym dolnym, z lekkim wzmożeniem napięcia mięśniowego. Ruchy czynne zniesione zupełnie. Zaburzenia zwieraczy, odleżyny. Znieczulenie, obejmujące kończyny dolne, brzuch, klatkę piersiową prawie do poziomu sutek. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa — średniego natężenia. Objaw paluchowy obustronny, odruchy skórne zniesione.

Ruchy odruchowe, podobne jak w poprzednich dwóch spostrzeżeniach. Granica ich przechodzi na pięć — sześć palców poprzecznych ponad poziomem pępka. Na sekcji stwierdzono zajęcie kręgów wraz ze zmianami gruźliczemi w rdzeniu na przestrzeni od 4-go do 8-go odcinka grzbietowego.

Trzy powyższe spostrzeżenia anatomo-kliniczne przemawiają za tem, że na podstawie omówionych ruchów odruchowych u człowieka określić można granicę dolną uszkodzenia rdzenia oraz długość tego uszkodzenia, jeżeli inne objawy wskazują granicę górną.

Czy w przypadkach porażenia poprzecznego kurczowego bez znieczulenia — te ruchy odruchowe mogą określić wysokość uszkodzenia? Niektóre dane kliniczne skłaniają nas do takiego przypuszczenia, lecz twierdzić tego napewno nie możemy.

W zakończeniu dodać należy, że przy badaniu tych odruchów nietrudno wpaść w błąd, można nie zauważyć ich istnienia, gdyż u niektórych chorych natężenie ich jest wielce zmienne; można wziąć za nie ruchy kurczowe samoistne, lub współruchy — w tych razach granica obrębu, w którym te ruchy wywołać można, określona będzie zbyt nisko, lub zbyt wysoko. Szczególniej pamiętać należy, że skóra na kończynach dolnych

---

\*) Spostrzeżenie to ogłoszone będzie in extenso przez pp.: Barré i Jarkowskiego.

jest wogóle bardzo pobudliwa, na tułowiu zaś znacznie mniej. Widzieliśmy chorych, u których zajęta była niewątpliwe górna część rdzenia grzbietowego, tymczasem podrażnienie skóry brzucha ruchów odruchowych nie wywoływało, występowały one natomiast bardzo silnie przy podrażnieniu kończyn dolnych. Z tego też względu sądzimy, że w sprawie określenia wysokości zmian chorobowych w rdzeniu brać pod uwagę należy tylko te przypadki, w których obręb omawianych ruchów odruchowych obejmuje nie tylko kończyny dolne, lecz przechodzi i na tułów.

---

---



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

## O KOSTNIAKACH KRĘGOSŁUPA, POWODU- JĄCYCH UCISK RDZENIA

podali

M. BORNSTEIN i WŁ. STERLING.

Jak wiadomo ucisk rdzenia powodowany bywa zazwyczaj przez nowotwory zewnątrzrdzeniowe, próchnienie kości kręgow, przewlekłe stany zapalne opon (*pachymeningitis cervicalis hypertrophica*, *meningitis serosa spinalis*) oraz opisane ostatnio przez Krause'go przewlekłe zapalne zgrubienia opony miękkiej i pajęczynowatej (*Schwartenbildung*). Z nowotworów samego kręgosłupa, powodujących ucisk rdzenia, najczęstsze są guzy złośliwe (rak, mięsak). Natomiast do niezmiernych rzadkości klinicznych należy ucisk rdzenia, powodowany przez kostniaki kręgosłupa. W piśmiennictwie zdołaliśmy odnaleźć zaledwie kilka odnośnych przypadków.

Cloquet (1823) opisuje sekcję mężczyzny, który zmarł przy objawach bezwładu kończyn dolnych. Jako przyczynę choroby stwierdzono wyrośl kostną X-go kręgu grzbietowego. Twardy guz wielkości kuli karabinowej wypełniał kanał kręgowy i do tego stopnia uciskał odpowiedni odcinek rdzenia, że prócz opon nie wiele z niego pozostało.

W przypadku Reid'a (London and Edinb. Journ. of med. Science, March. 1843) istniała wyrośl kostna stożkowata; wychodziła ona z tylnej części wyrostka zębatego drugiego kręgu szyjowego, powodując ucisk i rozmiękczenie rdzenia.

Analogiczny jest przypadek Pereyr'a (Gaz. med. de Paris 1841 № 16): 6 miesięcy przed śmiercią wystąpiły gwałtowne bóle w szyi i w głowie, następnie zawrót głowy i trudność utrzymania się w pozycji stojącej. Później przyłączyło się drętwienie i mrowienie w obu kończynach górnych. Na sekcji znaleziono również wyrośl kostną wyrostka zębatego.

Przypadek Vogl'a (Deutsche Klinik 1851 Bd. III S. 408—410), dotyczy 16-letniej dziewczyny, dotkniętej bezwładem górnych kończyn oraz tułowia. W 15-ym roku życia wystąpiło wybitne osłabienie kończyn, które zmusiło chorą do przerwania pracy. Osłabienie to wkrótce przeszło w bezwład, który kolejno rozszerzał się na lewą górną, prawą górną kończynę, potem na mięśnie tułowia, wreszcie na lewą i prawą dolne kończyny. Badanie przedmiotowe, dokonane na krótki czas przed śmiercią, nie wykazało zaburzeń w obrębie nerwów czaszkowych, ruchy głową zachowane, bezwład 4 kończyn. Odruchy na kończynach dolnych zachowane, choć słabe, na kończynach górnych zupełnie zniesione. W historii choroby brak jakichkolwiek danych, dotyczących napięcia mięśniowego oraz odruchów skórnych. Gwałtowne bóle w kończynach, dotkniętych bezwładem, zwłaszcza w tych odcinkach, które przy leżeniu były uciśnięte. Czucie cieplikowe zmniejszone nieznacznie na kończynach górnych, obniżone wybitnie na dolnych. Wybitne zaparcie stolca, oraz zaburzenia w oddawaniu moczu. Brak zaburzeń w oddychaniu. Śmierć naskutek nagłego obrzęku płuc, dla którego autor nie umie wynaleźć przyczyny.

Na sekcji prócz zrostów opłucny, rozedmy płuc, czerwonego zwłóknienia licznych obrębków obu płuc i ropnego zapalenia oskrzeli w innych narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Po wyjęciu rdzenia znaleziono w okolicy od III-go do V-go kręgu szyjowego guz wielkości dużego migdała, który wychodził z ciał kręgowych i wdrażał się do kanału kręgowego. Guz ten na podobieństwo pestki daktyla przedzielony był na dwie części płytką bruzdą podłużną. Rdzeń w okolicy IV-go i V-go kręgu szyjowego był przez guz ten uciśnięty z przodu ku tyłowi i wykazywał na tej wysokości na przedniej powierzchni wyraźne wklęsnięcie. Opona twarda z zewnątrz była zrosnięta z guzem, natomiast jej powierzchnia wewnętrzna była zupełnie gładka. Strzałkowy przekrój kręgosłupa w części szyjowej wykazał, że przednia wdrażająca się w światło kanału kręgowego i zrosnięta z oponą twardą część guza składa się z tkanki włóknistej zgrubiałej okostny, natomiast część wewnętrzna z miękkiej gąbczastej substancji kostnej, która bezpośrednio przechodzi z substancji IV-go kręgu. Na przedniej powierzchni IV-go kręgu szyjowego znajdował się podobny, jakkolwiek znacznie mniejszy, guz kostny.

Bruns w dziele swoim „O nowotworach układu nerwowe-

go", w krótkości tylko wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku, w którym wyrosł kostna znajdowała się w kości krzyżowej i uciskała koniec rdzenia.

Również Gowers przytacza w podręczniku własny przypadek, w którym obok licznych kostniaków stwierdzono również wyrosł kostną w lędźwiowej części kręgosłupa z uciskiem na koniec rdzenia.

W podanym przez Schlesinger'a przypadku Eberth'a (którego nie udało nam się odnaleźć w oryginale), kanał kręgowy był prawie zupełnie zamknięty przez kostniak wielkości pięści (?), wychodzący z VII, VIII i IX kręgu grzbietowego.

Caselli (X Congrès de la Societé ital. de Chirurgie 1893—referat w *Semaine medicale*" z tegoż roku)—opisuje przypadek ucisku rdzenia przez kostniak. W przypadku tym po wycięciu kilku łuków grzbietowych nastąpiło wyleczenie.

Schlesinger w dziele swoim „*Beiträge zur Klinik Rückenmarks—und Wirbeltumoren*” (1897 r.) podaje historję choroby 18-letniego chłopca, który od 2½ lat cierpiał na stałe bóle i sztywność karku, na 7 miesięcy przed śmiercią wystąpiło osłabienie, zaś na 6 miesięcy przed śmiercią bóle w kończynach górnych i osłabienie kończyn dolnych. W przeciągu 4-miesięcznego pobytu chorego w szpitalu wystąpił bezwład kończyn, nietrzymanie moczu, wybitne rozszerzenie obu źrenic, znaczne przykurczenia kończyn dolnych, mniej zaś wybitne górnych, *zupełne zniesienie uczucia bólowego i cieplikowego od dołu do linii sutkowej przy zachowanem czuciu dotykowem*, wzmożenie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achileśa (drżenie stóp), których jednakże w chwilach silniejszego przykurczenia nie udawało się wcale wywołać, odleżyny na lewym krętarzu i na kości krzyżowej, duszność. Na sekcji okazał się kostniak, wychodzący z łuku III-go, IV-go i V-go kręgu szyjowego z znacznym zwężeniem kanału kręgowego i uciskiem rdzenia w okolicy III-go, IV-go i V-go kręgu szyjowego. W całym rdzeniu—głównie zaś w uciśniętych odcinkach—liczne komórki tłuszczowo-ziarniste („*Fettkörnchenzellen*”).

Bielschowsky (Neurolog. Centralblatt 1904) opisuje przypadek, dotyczący 51-letniej kobiety, dziedzicznie nie obarczonej; choroba rozpoczęła się w lutym 1896 r. od uczucia drętwienia w podszwach, podginania się kolan przy chodzeniu, chwiania się oraz zawrotu głowy. Stan chorej stale się pogarszał, nogi

stawały się coraz sztywniejsze, chód coraz trudniejszy. Ku końcowi maja 1897 r. chora nie była już w stanie zupełnie chodzić. Na jesieni tegoż roku wystąpiły stałe przykurczenia kończyn (kolana zgięte, uda odwiedzione). Bólów nie było, tylko mrowienie w okolicy kolan. Prawa noga w początku choroby była bardziej zajęta niż lewa, później jednak pod tym względem nastąpiły wahania. W ostatnich miesiącach wystąpiły błyskawiczne kurcze w kończynach dolnych, zaparcie stolca. Wychudzenie kończyn dolnych. W okolicy żołądka uczucie, jakgdyby ją uciskał kamień. Uczucie opasywania pod piersiami. Przy badaniu zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych, jak również i w kończynach górnych nie znaleziono. Kręgosłup przy opukiwaniu wykazywał bolesność w części grzbietowej — najwybitniej na wysokości V-go kręgu grzbietowego. Kończyny dolne silnie przykurczone, przyczem w stawie biodrowym kąt wynosi  $130^{\circ}$ , w kolanowych  $75^{\circ}$ , mniejszy stopień przykurczenia w stawach skokowych. Wybitne przykurczenie mięśni przywodzących, kolana silnie przyciśnięte do siebie. Ruchów biernych w kończynach dolnych nie udaje się otrzymać nawet przy użyciu znacznej siły. Ogólne wychudnięcie kończyn dolnych, lecz brak umiejscowionych zaników. Ruchy dowolne w kończynach dolnych zupełnie zniesione. Odruchów kolanowych po obu stronach niepodobna otrzymać naskutek silnych kurczów. Odruch stopy drgawkowy obustronnie. Odruchy brzuszne zniesione. Brak odleżyn. Zaburzenia czucia początkowo nieznaczne, później stały się wybitne — mianowicie chora bardzo niedokładnie odróżnia ostre od tępego na całej dolnej połowie tułowia, przyczem górna granica zarysowuje się zupełnie ostro, odpowiadając z przodu z lewej strony przebiegowi II-go żebra, z prawej o jedną przestrzeń międzyżebrową niżej. W historii choroby brak jakiegokolwiek wzmianki o zaburzeniach czucia ciepłikowego i mięśniowego. Za życia rozpoznano ucisk rdzenia przez nowotwór na wysokości V-go kręgu grzbietowego (badanie promieniami Roentgen'a wykazało zaćmienie na miejscu tego kręgu).

Przy operacji (*Israel*) na miejscu oczekiwanego nowotworu znaleziono równomierne wielkości wiśni uwypuklenie ciała kręgu w kierunku kanału kręgowego. Nowotworu wewnątrzoponowego nie znaleziono. Rdzeń, który przed otwarciem opony twardej nie tętniał, po jej przecięciu i wypływie umiarkowanej

ilości płynu mózgowordzeniowego zaczął wyraźnie tętnić. Powierzchnia wewnętrzna opony twardej i opony miękkie miały wygląd normalny. Rdzeń był nieco spłaszczony i ścięczały. Wypiłowano kawałek wspomnianej wyrosli kosnej. Wkrótce po operacji chora zmarła. Oględziny pośmiertne potwierdziły w zupełności dane, spostrzegane podczas operacji. Rdzeń w miejscu ucisku zmniejszony był do  $\frac{1}{3}$  swej normalnej objętości—konsystencja jego w miejscu tem była tak miękka, że substancja rdzenia o żółtawo-brunatnem zabarwieniu wypływała z powierzchni przekroju. Opony rdzeniowe na miejscu ucisku nie były ze sobą zrosnięte. Badanie drobnowidzowe odpiłowanego kawałka wyrosli wykazało gąbczastą substancję kostną, która nie różniła się zasadniczo od normalnej substancji gąbczastej kręgu, tylko okostna wykazała w tem miejscu włókniste zgrubienie. Był to więc tylko rozrost ciała kręgu, który należy zaliczyć do zwykłych wyrosli kostnych.

Badanie drobnowidzowe rdzenia w miejscu ucisku wykazało silny rozpad mięszu substancji białej wraz z licznymi komórkami tłuszczowo-ziarnistemi („Fettkörnchenzellen“), naczynia wypełnione ciałkami białymi, nowotworzenie się naczyń, częstość w postaci opisanych przez Bruns'a skupień, liczne krwotoki—zwłaszcza z naczyń włoskowatych i mniejszych żył—słowem, typowy obraz t. zw. „żółtego rozmiękczenia“. Autor podkreśla w przypadku tym *nierównomierność pomiędzy wysokim stopniem zmian rdzeniowych a nieznaczną wielkością uciskającego guza* (który nie przekraczał ziarnka bobu). Dowodem bezpośredniej zależności tych głębokich zmian rdzeniowych od stosunkowo małego ucisku były zmiany rdzeniowe w miejscu ucisku, brak zmian w oponach, brak drobnoustrojów, zjawienie się tętnienia rdzenia przy operacji po przecięciu opony twardej.

Wobec charakteru uciskającego nowotworu wyłączyć należy możliwość oddziaływania na rdzeń toksyn. Autor odrzuca przypuszczenie o zapalnym charakterze zmian w danym przypadku, opierając się na badaniach doświadczalnych Kahlera—Picka, drobnowidzowych Bruns'a i własnych. Zgadza się jedynie na określenie sprawy, jako t. zw. *zapalenia reakcyjnego*, będącego wyrazem wzmoczonego wchłaniania obumarłej tkanki (*Schmaus*). Jako ciekawy wynik badania drobnowidzowego w danym przypadku podnieść należy między innymi stwierdzoną przez Bielscho

wsky'ego obecność w rowku podłużnym przednim i w błonie zewnętrznej naczyń osrodkowych nietypowych pęczków włókien nerwowych; autor, wbrew pogładowi Fichte'r'a, który takie pęczki opisał, uważa je nie za przejaw odradzania się włókien rdzenia, lecz za anomalję anatomiczną w postaci pęczków, odłączonych od przednich pęczków piramidowych lub za niezwykle długi pęczek spoidłowy („Ein langes Commissuralbündel”).

H e r m e s (Inaugural-Dissert. Giessen 1905 r.) opisał przypadek, dotyczący 21-letniego robotnika, pochodzącego z rodziny obarczzonej gruźlicą, który na 2 lata mniej więcej przed śmiercią zapadł na biegunkę i bóle brzucha. W 3 miesiące potem wystąpiło stale wzmagające się osłabienie prawej kończyny dolnej, bez bólów, lecz z drętwieniem. Zaburzeń w oddawaniu moczu w owym czasie jeszcze nie było. W kilka miesięcy potem dokonane badanie chorego wykryło osłabienie obu kończyn dolnych ze znacznym wzmożeniem napięcia mięśniowego. Zupełne zniesienie czucia, począwszy od IV-go kręgu lędźwiowego aż do kości ogonowej, wzmożenie odruchów ścięgowych na kończynach dolnych. Mniej więcej w rok potem wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu, nietrzymanie kału, obrzęki nóg oraz rwące bóle w kończynach dolnych—zwłaszcza w prawej. Badanie przedmiotowe wykryło wtenczas w obrębie lędźwiowej części kręgosłupa skrzywienie ku przodowi prawie pod kątem ostrym. Kończyny dolne były zupełnie bezwładne, czucie z tyłu zniesione zupełnie aż do IV-go kręgu lędźwiowego, granica z przodu odpowiada więzowi P u p a r t a. Bliższych danych co do zajęcia poszczególnych rodzajów czucia w historii choroby nie znajdujemy. Odruchów kolanowych prawie że wywołać nie można. W obu kończynach dolnych przykurczenia. Brak odruchu drgawkowego stopy. Choroba przebiegała bez podniesienia ciepłoty; po wielokrotnem spuszczeniu moczu przez zgłębnik wystąpiło początkowo cieczenie moczu kroplami, potem nietrzymanie moczu zupełne. Nietrzymanie kału. Wreszcie rozwinęły się odleżyny na kości krzyżowej, zapalenie pęcherza, charłactwo i śmierć po kilkodniowym konaniu.

Rozpoznanie kliniczne próchnicy kręgów nie potwierdziło się na oględzinach pośmiertnych. Stwierdzono: zapalenie płuc aspiracyjne, przewlekłe zapalenie oskrzeli, świeże włóknikowe zapalenie opłucny, ropne zapalenie pęcherza i zwyrodnienie tłuszczowe wą-

troby, nerek i mięśnia sercowego, nie znaleziono jednak w narządach wewnętrznych żadnych zmian swoiście gruczliczych. Kręgosłup natomiast wykazywał wybitne zniekształcenie. Na wysokości X-go i XI-go kręgu grzbietowego był on w nieznacznym stopniu wklęsły, poczynając zaś od środka XII-go kręgu szyjowego zaczynało się uwypuklenie ku przodowi, które widoczne było wzdłuż ku dołowi aż do wzgórka. Z wyrostka ciernistego X-go kręgu grzbietowego wychodził guz, który zwężał kanał kręgowy od tyłu i uciskał rdzeń. Guz ten postacią swoją przypominał piramidę, której podstawa zwrócona była w kierunku ogromnie zwężonego kanału kręgowego, zaś stępiony wierzchołek wychodził z ciernistego wyrostka kręgu. Ściany boczne wytworzone były z prawej i lewej strony przez wygórowania nowotworu. Guz składał się, jak to wykazało badanie drobnowidzowe, z okostny, beleczek kostnych i szpiku kostnego, a więc wyłącznie tkanek substancji kostnej. Była to wyrośl kostna, którą na podstawie badania drobnowidzowego określa autor, jako kostniak gąbczasty, ponieważ substancja kostna i szpikowa w jednakowej mierze w skład jej wchodziły. Wielkim brakiem tych zresztą sumiennych i dokładnych badań w danym przypadku jest zupełne pominięcie opisu zmian w rdzeniu zarówno dostrzegalnych gołym okiem jak i drobnowidzowych.

Przypadek nasz dotyczy 75-letniego starca, M. D., który zapisał się na oddział w marcu 1907 r. Historia choroby przedstawia się jak następuje:

Przed laty 10-u chory zaczął doznawać bólu w prawym boku poniżej żeber i jednocześnie zaczął kuleć na prawą nogę. Z początku ból ten występował po dłuższem chodzeniu, później nawet i przy siedzeniu, tak że chory mógł siedzieć tylko z wyciągniętą prawą nogą. Gdy objawy te wzmagaly się, chory zapisał się do szpitala żydowskiego na Pokornej, gdzie przeleżał 8 — 9 miesięcy. W szpitalu chodził o kiju i wypisał się bez poprawy. Taki stan trwał przez kilka lat. Półtora roku temu osłabła i przykurczyła mu się prawa ręka, zaś lewe kończyny były osłabione, ale chory mógł jeszcze wykonywać niemi rozmaite ruchy. Chory opowiada np., że noga była jeszcze wtedy na tyle silna, że mógł, opierając się nią o łóżko, unosić ku górze całe ciało, zaś lewą ręką mógł ocierać nos, drapać się w głowę, trzymać przedmioty i t. d. Tak było do ostatnich czasów. 5 — 6 tygodni temu chory wypadł z wózka, w którym wożono go po ulicach. Podobno potłukł się dotkliwie i przewieziony został do szpitala żydowskiego; tu zauważył dopiero, że już lewa ręka i lewa noga

również są przykurczone i nieruchome. Obecnie chory zupełnie ruszać się nie może; lewa kończyna dolna podobno sama się prostuje, ażeby po pewnym czasie znowu niezależnie od woli chorego skurczyć się w kolanie.

Dawniej był zawsze zdrow; tylko podobno, jako młody chłopiec, cierpiał na bóle głowy. Dzieci zdrowe. Żona nigdy nie roniła. Przymiot zaprzecza. Alkoholizmu nie wypiera się. Kilka lat temu przechodził leczenie rtęciowe (igły),

**Stan obecny.** Chory wzrostu średniego, odżywianie średnie. Obręzków, ani wyraźnych zaników mięśniowych niema; na prawym pośladku odleżyna. Głowa ruchoma na wszystkie strony zarówno czynnie, jak i biernie; przy ruchach biernych nigdzie chory bólu nie odczuwa.

**Żrenice:** prawa trochę szersza od lewej; lewa wielkości łepka od szpilki; obie na światło oddziałują bardzo słabo; odruch na przystosowanie zachowany. Pozostałe nerwy mózgowie bez zmian.

**Kończyny górne:**

**Prawa** kończyna górna w stałym przykurczeniu, zgięta w stawie łokciowym, dłoń wyprostowana, zlekka zwrócona ku wewnątrz, palce również przykurczone, przyczem zaznaczyć należy, że wszystkie palce oprócz dużego zgięte są w pierwszych stawach i wyprostowane w dwóch ostatnich. **Lewa** kończyna górna przeważnie spoczywa równolegle z tułowiem, w stawie łokciowym jest wyprostowana. Przykurczenia w dłoni i palcach są znacznie mniej wybitne, niż w prawej.

**Ruchy bierne.** Unoszenie prawej kończyny górnej możliwe jest tylko do linii poziomej, poczem natrafia się na opór nieprzewyciężony w stawie barkowym. Przykurczenie w stawie łokciowym można przewyciężyć z wielkim trudem i kończynę całą wyprostować (przytem chory bólu nie odczuwa). W stawie napiętkowym trudno również przewyciężyć przykurczenie. Podczas tego ruchu rozchodzą się i wyprostowują bierne palce. Przy wyprostowywaniu palców w stawach śródreżczynopalcowych natrafia się na dość silny opór. W kończynie lewej trudno przewyciężyć przykurczenie mięśni wyprostnych przedramienia, tak że z trudem zaledwie można zgiąć kończynę w łokciu; po za tem przemódz można również wybitne przykurczenia wyprostne w dłoni, przyczem tak samo, jak i w prawej dłoni, przy zginaniu występuje wolne wyprostowanie i rozchodzenie się palców.

**Ruchy dowolne.** Możliwe jest tylko bardzo nieznaczne unoszenie ramienia ku górze, doprowadzenie kończyny do tułowia i lekkie zginanie w łokciu; dłoń i palce są absolutnie nieruchome. Przy tych ruchach występują ruchy towarzyszące w głowie i (nieznaczne) w lewej kończynie. W lewej kończynie górnej możliwe jest tylko bardzo nieznaczne unoszenie w ramieniu, odprowadzanie całej kończyny w bardzo niewielkim stopniu ku zewnątrz i bardzo powolne zginanie kończyny w łokciu, przyczem chory jakby dopomaga sobie całym tułowiem; ruchowi temu towarzyszą również zginanie zgiętej kończyny prawej i ruchy głową ku przodowi i tyłowi.

**Odruchy.** Po stronie prawej bardzo żywy odruch z m. trójgłowego i z okostny promienia; przy opukiwaniu okostnej kości łokcio-



wej występuje ruch nawrotny dłoni. Po stronie lewej: bardzo żywy drgawkowy odruch z m. trójgłowego; przy opukiwaniu okostny promienia otrzymuje się czasami zamiast zgięcia w łokciu, wyprostowanie dłoni, innym razem znowu zwykły żywy odruch okostnowy. Czasami otrzymuje się przy próbie wyprostowania palców lewej ręki szereg drobnych drgawkowych ruchów w palcach. Z okostny k. łokciowej otrzymuje się również bardzo żywy odruch o charakterze drgawkowym.

#### Kończyny dolne.

Prawa kończyna stale przykurczona w zgięciu zarówno w stawie biodrowym, jak i w kolanowym i przechylona cała ku linii środkowej. Na prawej stopie opiera się zazwyczaj lewa kończyna, wyciągnięta, wyprostowana w stawie kolanowym, w ten sposób, że na podbiciu prawej stopy opiera się dolna  $\frac{1}{3}$  część uda lewego i jama podkolanowa lewa. Pięta lewa opiera się o łóżko, a stopa jest zgięta i zwrócona ku wewnątrz (pes equinovarus).

Ruchy dowolne. Prawą kończyną chory nie może wykonać żadnego ruchu. W lewej kończynie możliwe są słabe ruchy palcami, a przy bardzo wielkim wysiłku lekkie zginanie w kolanie.

Ruchy bierne. Przykurczenie kolanowe prawej kończyny przemódz można tylko do połowy, t. j. można rozgiąć kolano do kąta prostego; dalej występuje nieprzewyciężony opór i ból. To samo dotyczy mięśni przywodzących uda. W stopie i palcach ruchy bierne są swobodne. W lewej kończynie dolnej wyprostowanej opór podczas zginania jest bardzo nieznaczny, natomiast napięcie mięśniowe jest wzmożone przy wyprostowywaniu zgiętej uprzednio w kolanie kończyny. W mięśniach przywodzących lewej kończyny jest wzmożone napięcie mięśniowe, choć w stopniu mniejszym, niż po stronie prawej. W stopie i palcach napięcie mięśniowe przy ruchach biernych nie jest wzmożone.

Ruchy mimowolne. Chory skarży się na zgięcie i wyprostowanie mimowolne lewej nogi. Dalej, kiedy chory stara się z wysiłkiem zgiąć lewą kończynę górną, towarzyszy temu ruchowi kurcz prawej kończyny w łokciu.

Odruchy. Po stronie prawej: Odruch kolanowy bardzo żywy. Po tej samej stronie skurcz m. przywodzącego uda, po drugiej stronie nie ma skurczu. Odruch ze ścięgna Achillesa zniesiony. Podeszwowy w postaci odruchu Babińskiego; bardzo silne ruchy obronne przy drażnieniu podeszwy i kłuciu stóp wogóle. Po stronie lewej: kolanowy b. żywy z takim samym dodatkiem ze strony m. przywodzących co po stronie prawej; ze ścięgna Achillesa zniesiony; odruch Babińskiego. Ruchy obronne.

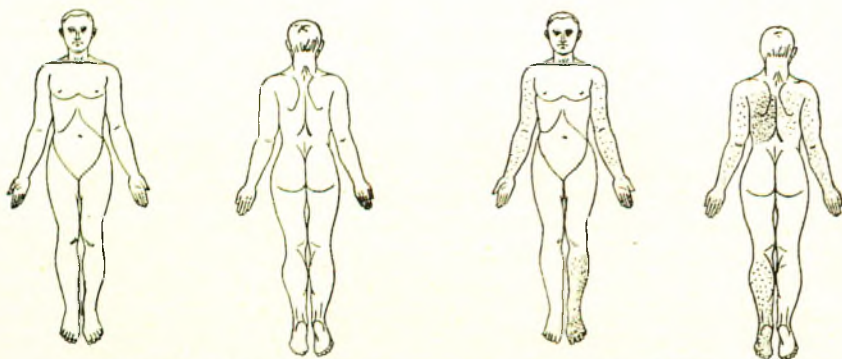
Tułów. Chory sam nie może wykonać tułowiem żadnego ruchu; ani przewrócić się z boku na bok, ani tem mniej podnieść się albo usiąść.

Odruch brzuszny i jądrowy zniesiony.

Pęcherz i odbytnica: nietrzymanie moczu i kału do pewnego stopnia (kiedy choremu zaraz nie podać naczyń, oddaje pod siebie, chociaż za każdym razem czuje potrzebę).

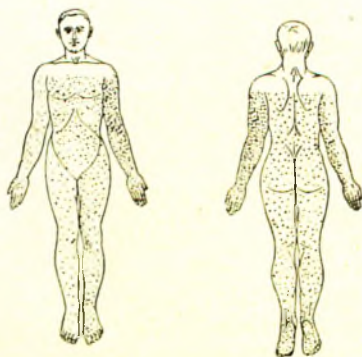
Czucie wykazuje poważne zaburzenia we wszystkich rodzajach, zwłaszcza czucie ciepłotne, które zniesione jest prawie na całym ciele, z przodu mniej więcej do II-jej przestrzeni międzyżebrowej, z tyłu do środka łopatek; na lewej kończynie górnej zaburzenia czucia ciepłotnego są większe niż na prawej, gdzie czasami odróżnia chory ciepło od zimna. Najślab-

#### SCHEMATY ZABURZEŃ CZUCIOWYCH.



Czucie dotykowe.

Czucie bólu.



Czucie ciepła i zimna.

sze zaburzenia dotyczą czucia dotykowego, które zniesione jest tylko na palcach kończyny górnej i na palcach obu kończyn dolnych; w innych obrębach dotyk zachowany. To samo odnosi się do czucia mięśniowego. Pośrednie miejsce zajmują zaburzenia czucia bólowego, które dotyczą głównie lewej strony tułowia i lewej kończyny górnej oraz dolnej. (Patrz schematy).

## BADANIE ELEKTRYCZNE.

	Pr. przerywany.	Pr. stały
M. Międzykostny II lewy	65	4MA.K>A. skurcz szybki
M. wyprostny palców wspólny	65	
M. kłębu lewego	60	
„      prawego	70	2 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> MA.K>A „ „
M. kłębuszka prawego	60	4 MA.K>A „ „
„      lewego	60	„ „ „
M. czterogłowy uda lewy	60	16 MA.K>A „ „
M. piszczelowy przedni prawy	60	10 MA.K>A „ „
N. strzałkowy lewy	55	
N. łokciowy prawy	50	

Tablica powyższa wykazuje tylko ilościowe osłabienie oddziaływania mięśni, zwłaszcza w m. piszczelowym przednim prawym; jakościowych zmian niema.

W ciągu dwu miesięcy chory wziął 40 wcierań rtęciowych bez widocznej zmiany w stanie zdrowia.

30.VI wystąpiła nagle wysoka gorączka i zaczerwienienie oraz obrzmienie na grzbiecie lewej stopy. Stwierdzono różę i przeniesiono chorego na oddział chorób zakaźnych, skąd 15.VII, wyleczony z róży, wrócił na oddział chorób nerwowych bez zmian zasadniczych pod względem nerwowym.

Historja choroby w streszczeniu przedstawia się jak następuje. 75-letni starzec choruje od lat 10-iu. Skarży się w chwili obecnej na zupełny bezwład we wszystkich kończynach, kurcze w lewej kończynie dolnej, którym towarzyszą zwykle skurcze w innych kończynach, w tułowiu i w głowie, po zatem na nieznaczne zaburzenia w oddawaniu moczu i kału.

Choroba zaczęła się od bólu w okolicy prawego pasa biodrowego i krzyża, który przeszedł później na kończyny dolne. Chory zaczął kuleć na prawą nogę i doznawać parestezji w obu kończynach dolnych; w półtora roku później prawa noga i prawa ręka były już porażone, przykurczone i występowały w nich kurcze. Lewa ręka i lewa noga były już wtedy również osłabione, zaś dopiero 6 tygodni przed wstąpieniem na oddział, na skutek upadku z wózka, wystąpiło nagle wybitne pogorszenie w kończynach lewych: zupełne porażenie i silne wzmożenie napięcia mięśniowego. Badanie przedmiotowe wykazało: zupełne porażenie wszystkich 4-ech kończyn. Wybitne przykurczenie zginaczy po stronie pra-

wej i bardzo wzmożone napięcie tych mięśni ze strony lewej.

Zrenice: Prawa trochę szersza od lewej — obie zwężone, bardzo słabo oddziałują na światło. Inne nerwy móżgowe bez zmian widocznych.

Wybitne zaburzenia czucia na całym ciele, zwłaszcza czucia ciepłotnego i bólowego; czucie mięśniowe wykazuje zaburzenia tylko w palcach prawej kończyny górnej i obu kończyn dolnych; czucie dotykowe prawie zupełnie zachowane.

Badanie elektryczne wykazuje tylko zmiany ilościowe; zaników mięśniowych nigdzie niema.

Odruchy. Na kończynach górnych chorobowo wzmożone z m. trójgłowego i z okostny promienia. Na kończynach dolnych kolano we z obu stron b. wzmożone, ze ścięgna Achillesa z obu stron zniesione (czasami z lewej strony można otrzymać cień jakiegoś leniwego zginania stopy). Obustronny objaw Babińskiego.

Brzuszných ani jądrowych odruchów nie udaje się wywołać.

Po 7-miesięcznym pobycie w szpitalu chory bez wyraźnych zmian w obrazie chorobowym wypisany został ze szpitala 15 października.

W parę tygodni później zmarł w areszcie policyjnym w ratuszu. Ciało przewiezione zostało do prosektorjum, gdzie dokonano sekcji i wyjęto do zbadania rdzeń i mózg.

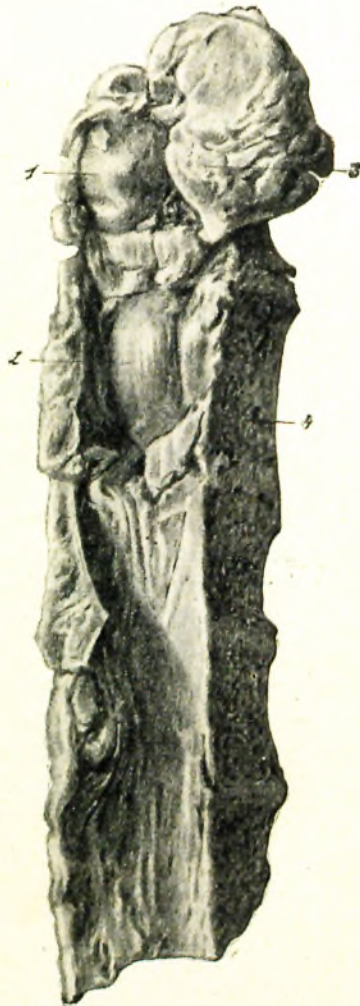
#### PROTOKÓŁ SEKCJI (7. XI. 1907).

Rdzeń jest na całej rozciągłości szyjowej i górnej części grzbietowej wybitnie spłaszczony w kierunku tylnoprzednim. Po rozcięciu opony twardej przedstawia się on w tej okolicy nie w zwykłej swej postaci okrągławej, lecz jak spłaszczona szeroka i gruba taśma, przyczem na przedniej powierzchni rdzenia widać za równo gołym okiem, jak, szczególnie przesuwając, palcem dużą ilość zagłębień w postaci płaskich gniazd. Zagłębienia te są bardziej zaznaczone to po prawej, to po lewej stronie rdzenia, przyczem jednocześnie tylne korzenie uległy dość silnemu uciskowi. Zagłębienia te odpowiadają wyrostkom kostnym, które stwierdzono na tylnej powierzchni trzonów kręgowych.

Zmiany bardziej szczegółowe makroskopowe są następujące. Największemu ścięczeniu uległ rdzeń na przestrzeni odpowia-

jącej II-mu i III-mu odcinkowi szyjowemu; rdzeń jest w tej okolicy, a szczególnie prawa jego połowa tak ścięczały, że jeżeli trzymać go pod światło, to prawa połowa rdzenia prześwieca i na skutek tego widać tutaj wyraźne rozgałęzienie drobnych naczyń. Zaznaczyć należy, iż przy wyjmowaniu rdzenia stwierdzono w środkowej okolicy szyjowej zrośnięcie opony twardej z tylną powierzchnią trzonów kręgów na przestrzeni przeszło 1 cm. Otóż okazuje się, że górna granica owego zgrubienia opony twardej odpowiada IV korzeniowi szyjowemu, t. j., że tuż ponad nią rozpoczyna się najwybitniejsze ścięczenie rdzenia. Owe zgrubienie opony twardej znajduje się wyłącznie na przedniej powierzchni rdzenia i posyła tutaj po stronie prawej cienki wyrostek ku górze (okolica III i II szyjowego odcinka), natomiast tylna powierzchnia rdzenia nie wykazuje w tej okolicy żadnych zmian makroskopowych w oponie twardej.

Zagłębienia, o których wspominaliśmy powyżej, odpowiadają następującym odcinkom: jedno duże zagłębienie znajdujemy w okolicy V, VI, VII-go korzeni szyjowych; są tutaj wybitnie uciśnięte oba tylne słupy, prawa połowa rdzenia i prawe korzenie, gdy natomiast lewa połowa rdzenia jest jakby przesunięta w bok. Następne wyżłobienie znacznie mniejsze—odpowiada I korzeniowi grzbietowemu, wyżłobienie to odpowiada obu tylnym słupom i przylegającej części zarówno prawej,



1, 2. Kostniaki. 3. Łuk kręgu.  
4. Przecięcie ciała kręgu.

jak i lewej połowy rdzenia z pewną przewagą ucisku po stronie prawej.

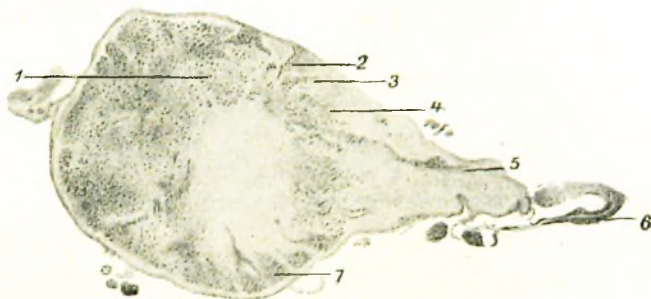
Następne wyźłobienie odpowiada II-mu korzeniowi grzbietowemu: jest tutaj wybitna przewaga ucisku prawej połowy rdzenia i prawego korzenia tylnego, podczas gdy lewa połowa rdzenia i lewy korzeń pozostają makroskopowo nietknięte. Następne wyźłobienie odpowiada przestrzeni pomiędzy IV i V-ym tylnym korzeniem grzbietowym: jest ono mniej głębokie—dotyczy części zewnętrznej prawej połowy rdzenia z uciskiem na górne nerwy V korzenia tylnego. Poniżej ani w rdzeniu grzbietowym, ani w lędźwiowo-krzyżowym nie widać makroskopowo żadnych zagłębień. Opony, z wyjątkiem wskazanej powyżej okolicy, są wszędzie normalne.

Rdzeń przechowany zrazu w formalinie, później przeniesiony został do płynu Müllera. Skrawki z różnych wysokości zabarwiono rozmaitemi metodami (metoda Weigerta, haemat. i eozy-na, v. Giesona, Nissla).

#### BADANIE DROBNOWIDZOWE.

Na skrawkach, barwionych metodą Weigerta, widać co następujące: najgłębsze uszkodzenie rdzenia dotyczy 2—4 odcinków szyjowych. Skrawek, pochodzący z drugiego odcinka szyjowego, potwierdza fakty, stwierdzone już przy oględzinach makroskopowych rdzenia; a mianowicie: wyjątkowe ścięnczenie całej prawej połowy rdzenia; zniekształcenie zewnętrzne, jak i zmiana zarysów przekroju są posunięte tak daleko, że na pierwszy rzut oka trudno jest wogóle odróżnić pojedyncze składowe części istoty szarej i białej. Dopiero przy dłuższem wpatrywaniu się i odnajdowaniu cech charakterystycznych, udaje się odcyfrować tę gmatwaninę istoty szarej i białej. Widać tedy, że lewa połowa rdzenia zachowana jest znacznie lepiej od prawej; w lewej połowie odróżnić jeszcze można przedni róg, w którym siatka myelinowa i grupy komórkowe są nader ubogie, natomiast rogu tylnego odróżnić tutaj niepodobna. W słupach przedniobocznych widać zupełnie nieregularne zwyrodnienie w najrozmaitszych okolicach; najlepiej zabarwiona jest grupa włókien wzdłuż rowku podłużnego przedniego, pozatem dość szerokie pasmo, otaczające przedni róg od przodu i z boku; nieźle jest również zachowana okolica bocznej drogi piramidowej i okolica słupa Gowers'a; w tylnym

słupie spustoszenia są jeszcze większe, a mianowicie część przednia i środkowa wskazują stwardnienie i tylko od tyłu są zachowane nieprawidłowe pasma, które językowato wdrażają się wgłąb słupa tylnego. Zauważyć przytem należy, że kierunek włókien jest nieprawidłowy: w bardzo wielu miejscach włókna nie wskazują normalnego przekroju poprzecznego, lecz przebiegają w po-



1. Lewy róg przedni. 2. Przednia brózda podłużna. 3. Prawy słup przedni. 4. Prawy róg przedni. 5. Prawy słup boczny. 6. Korzeń. 7. Prawy słup tylny.



staci grajczarkowatych i najdziwaczniej powyginanych pasem. Najwięcej włókien poprzecznych znajdujemy jeszcze w słupie tylnym i miejscami na obwodzie słupów przedniobocznych. Poszczególne włókna myelinowe wykazują prócz tego cechy zwyrodnienia (zgrubienie, ścięnczenie).

W *prawej* połowie rdzenia zmiany są znacznie głębsze; ta połowa rdzenia jest wyciągnięta w kierunku bocznym w postaci językowatego, stającego się coraz cieńszym, wyrostka; z wyjątkiem

resztek przedniego rogu niepodobna tu zupełnie odróżnić istoty szarej; w słupach przedniobocznych pozostały tu i owdzie nieprawidłowe kępkki istoty białej, w słupie bocznym przednia połowa nie wykazuje prawie zupełnie włókien myelinowych, w części zaś środkowej widać większe skupienie pęczków istoty białej na obwodzie, które się łączą wązkim pasemkiem włókien z przednim rogiem, w tylnej części słupa bocznego widać resztki poobrywanych, zwyrodniałych włókien myelinowych. Prawy słup tylny wskazuje zmiany analogiczne do lewego: mianowicie widać tutaj tylko na obwodzie wysświetlone pęczki myelinowe, które niedaleko od obwodu obrywają się, albo też językowato wdrażają w stwardniałą tkankę. Korzenie zarówno tylne, jak i przednie są dobrze zachowane, prawy korzeń przedni wykazuje od przodu pewne zwyrodnienie.

W 4-y m odcinku szyjowym rdzeń przedstawia się w postaci poprzecznego pasma, po stronie lewej szerszego, zaś węższego po stronie prawej. Zarysy przekroju są znacznie lepiej zachowane; istota szara wykazuje wprawdzie figurę H, jest jednakże w wysokim stopniu wysświetlona (nadzwyczajnie uboga siatka myelinowa); najlepiej są zachowane słupy tylne, szczególnie zaś słup Goll'a; słupy Burdach'a wykazują rozlane stwardnienie, przeważnie po stronie lewej, słupy przednioboczne wykazują również bardzo wybitne zmiany w postaci rozlanego zwyrodnienia lub też ognisk stwardnienia. I tutaj również widać najdziwniejsze kombinacje tych zwyrodnień i nie mniej dziwny przebieg zygzakowaty poszczególnych pasem; korzenie tylne wykazują z obu stron wyraźne zwyrodnienie, włókna myelinowe trafione podłużnie, przedstawiają się w postaci bladych, paciorkowatych łańcuszków. Na przekroju uderza prócz tego bardzo wybitne zgrubienie opony twardej z przodu.

Zaczynając od tych najbardziej zmienionych odcinków rdzenia, stwierdzono w kierunku wstępującym i zstępującym zmiany następujące:

W pierwszym odcinku szyjowym widać bardzo wyraźnie wzajemny stosunek istoty szarej do białej, natomiast zewnętrzne zarysy wykazują zmiany wybitne, mianowicie: otrzymuje się takie wrażenie, jak gdyby rdzeń był z boku spłaszczony, przyczem lewa jego połowa została znacznie bardziej przesunięta ku przodowi, aniżeli prawa. Lewa połowa jest znacznie węższa od prawej, dotyczy to zarówno istoty szarej, jak i białej. Istota szara wyka-



zuje pozatem normalną siatkę myelinową. W istocie białej widać wyraźne stwardnienie w tylnych słupach, mianowicie w słupach Goll'a i w sąsiadujących z nimi częściach słupów Burdach'a, lecz i w tych miejscach pozostały jeszcze zachowane wąziutkie językowate pasemka, idące od obwodu w głąb słupów. Widać również zachowane, jakkolwiek zlekka zwyrodniałe, pasmo, idące wzdłuż spoidła szarego i przednich części rogów tylnych. W słupach bocznych widać po stronie prawej wybitne zwyrodnienie na obwodzie, po stronie lewej zwyrodnienie to jest znacznie słabsze; w słupach przednich widać rozlane lekkie stwardnienie bez wyraźniejszych ognisk zwyrodnienia; podkreślić prócz tego należy fakt, że we wszystkich słupach kierunek włókien uległ tak zasadniczej zmianie, że prawie nigdzie nie widać włókien poprzecznych, że natomiast włókna myelinowe przebiegają podłużnie, tak jak to ma miejsce np. w opuszcze. Co do charakteru tych zmian, to uważamy je w słupach tylnych i słupach bocznych przynajmniej częściowo jako zwyrodnienie wtórne.

W kierunku zstępującym stwierdzono zarówno w dolnych odcinkach szyjowych, jak i w górnych i środkowych odcinkach grzbietowych, zmiany w zewnętrznych zarysach rdzenia w postaci najrozmaitszych spłaszczeń w kierunku tylnoprzodnym lub bocznym i przesuwania się to do jednej, to drugiej połowy ku przodowi lub ku tyłowi i wyźłobień w postaci mniejszych lub większych gniazd na obwodzie. Prócz tego, ogólnie biorąc, wyraźne wyrodnienie zstępujące w obydwu szlakach piramidowych bocznych i przednich; natomiast nie stwierdzono wyraźnych zwyrodnień zstępujących w słupach tylnych; po za temi bardziej się odznaczającymi zwyrodnieniami wtórnymi widać było zależne od tego lub innego umiejscowienia kostniaków w odpowiednich miejscach przekroju większe lub mniejsze rozlane stwardnienie. Zwyrodnienie wtórne danych szlaków piramidowych można było stwierdzić jeszcze w rdzeniu lędźwiowym i krzyżowym; natomiast zwyrodnienie przednich szlaków piramidowych stopniowo zacierało się w dolnych odcinkach grzbietowych. Oprócz tych zmian, które stwierdzono na skrawkach, barw. metodą Weigerta, we włóknach myelinowych spostrzegano już przy tej metodzie w miejscach ucisku nadzwyczaj wybitne zwiększenie liczby naczyń rozszerzonych i szczelnie wypełnionych krwią. Zjawisko to wyraźniej występuje na skraw-

kach, barwionych hematoks. i eozyną. I tutaj również największe zmiany wystąpiły na najbardziej uciśniętych górnych odcinkach szyjowych. Po za zmianami konfiguracyjnymi, o których wspomniano powyżej, widać tutaj na całym obwodzie rdzenia, głównie zaś wzdłuż ścięzkałej prawej jego połowy, zgrubiałe opony miękkie, które przypominają budową swą naczyńiówkę mózgu. Na przekroju uderza nadzwyczajna ilość naczyń i również, szczególnie w niektórych miejscach, ogromna ilość jąder; głębszych zmian w naczyniach nie widać, są one tylko b. rozszerzone, wypełnione szczelnie krwią, ściany miejscami nieco zgrubiałe; ponieważ niektórym naczyniom towarzyszą zgrubiałe przegródki opony miękkiej, czerwone więc pasma tych ostatnich biegną w rozmaitych kierunkach od obwodu w głąb, lub też występują w postaci poprzecznie, lub skośnie przeciętych, często dziwacznie powyginanych figur.

Liczba naczyń niewątpliwie jest powiększona, skrawki zaś, barwione tioniną, wykazują wyraźnie, że mamy tu do czynienia nie tylko z rozszerzonymi naczyniami włosowatymi, lecz i z nowoutworzonymi naczyniami.

Widać prócz tego rozrzucone ciała skrobiowate; liczba ich jest jednak większa np. w odcinku mniej zmienionym — 3-im; w odcinku tym rozsiane są one zarówno w białej, jak i szarej istocie, największa ich liczba odpowiada słupom tylnym.

Powiększenie liczby naczyń i jąder występuje i w innych okolicach rdzenia, uciśniętych przez kostniaki, w mniejszym jednak stopniu, niż w najbardziej uciśniętym odcinku 2-im szyjowym.

Na skrawkach barwionych metodą v. Giesona stwierdzić można ogromnie powiększoną liczbę naczyń (zwłaszcza w 2-im i 3-im odcinkach szyjowych). Naczynia są przeważnie rozszerzone, często wypełnione krwią, zaś ściany zgrubiałe. Nigdzie nacieczeń drobnokomórkowych nie stwierdzono.

Należy podkreślić, że na wszystkich przekrojach barwionych metodą v. Giesona stwierdzono istnienie wyrostków osiowych; są one nawet zachowane w najbardziej skądinąd zmienionych odcinkach 2-im i 3-im szyjowym; tu tylko wykazują one pewien stopień spęcznienia.

Na preparatach Nissl'a (tioninowych) z 2-go odcinka szyjowego komórek nerwowych prawie zupełnie niema, — gdzieniegdzie zauważyć można zanikłą w najwyższym stopniu komórkę nerwową

wybladłą, bez wyrostków osiowych, z resztkami rozpadłych bladych ciałek Nissl'a. Badanie jąder za pomocą immersji wykazało, że mamy tu do czynienia nietylko z jądrami gleju, lecz i z komórkami, znajdującymi się niewątpliwie w związku z naczyniami (przeważnie komórki śródbłonkowe), występuje tutaj mianowicie bardzo wyraźnie nowotworzenie się naczyń, widać więc w najrozmaitszych miejscach przekroju, jak owe komórki układają się podłużnie, okrążając cienki kanał krwionośny; w innych znowu miejscach komórki te skupiają się widocznie w tym samym celu, niepodobna jednak rozpoznać pomiędzy nimi ciałek krwi. Prócz tego komórki tego samego typu leżą oddzielnie i częstokroć przypominają „Stäbchenzellen” Nissl'a. Co do komórek nerwowych z innych okolic rdzenia, to wykazują one większe lub mniejsze zmiany o charakterze zanikowym: tak np. na skrawkach, pochodzących z III odcinka szyjowego, stwierdzić można, że liczba komórek jest zmniejszona i że prawie wszystkie komórki przednich rogów uległy większym lub mniejszym zmianom. Zmiany te polegają na tem, że komórki są zmniejszone, zaokrąglone, częstokroć pozbawione zupełnie wyrostków, lub też wykazują jeden wyrostek, który zaraz się urywa. Ciałka Nissl'a istnieją wprawdzie, widać jednak wyraźną chromatolizę. Jądro przeważnie nie odcina się ostro od ciała; jąderko zmian nie wykazuje; barwnik przeważnie w ilości normalnej.

d. n.

---

## STRESZCZENIA.

---

REVUE NEUROLOGIQUE R. 1910. N-r 1 — 6.

N-r 1. GUILLAIN i LAROCHE. Astéréognosie spasmodique juvenile.

Autorzy opisują przypadek kliniczny, dotyczący chłopca lat 19, który w 18 r. życia nagle zaczął doznawać drętwienia we wszystkich kończynach, a następnie utracił zupełnie zdolność rozpoznawania przedmiotów dotykiem bez pomocy wzroku. Badanie przedmiotowe wykazało: astereognozę zupełną w obu rękach w połączeniu z zaburzeniami zmysłu mięśniowego i kostnego w palcach, przy braku zaburzeń czucia powierzchownego; wzmoczenie wszystkich odruchów ścięgowych z objawem obustronnym Babińskiego; brak porażień, objawów mózdkowych, ocznych i psychicznych. Autorzy przypuszczają cierpienie korowe i pragną wyodrębnić osobną jednostkę chorobową: astéréognosie spasmodique juvenile.

LONG. Sur l'absence fréquente de la contraction permanente dans l'hémiplégie infantile.

Autor opisuje 4 przypadki porażień połowicznych mózgowych dziecięcych, nie tylko bez przykurczeń, lecz nawet z pewnym zwiotczeniem mięśni. Autor analizuje ruchy u podobnych dzieci, odpowiedzi jednak, objaśniających te zjawiska kliniczne, nie daje.

N-r 2. ROUX. Hémiplégie oculaire double, abolition de tous les mouvements volontaires avec conservation des mouvements sensorio-reflexes. Autor opisuje przypadek obustronnego porażenia połowicznego z objawami wrzekomo-opuszkowymi, ze zniesieniem wszystkich ruchów dowolnych obu gałek ocznych z zachowaniem niektórych odruchów. W danym przypadku autor przyjmuje podwójny krwotok w obu ciałach prążkowanych (przypadek bez sekcji). Szczegółowo rozpatruje ośrodek czuciowo-ruchowy dla ruchów dowolnych gałek ocznych, umiejscawiając go u podstawy drugiego zakrętu czołowego i ośrodek zmysłowo-ruchowy, przypuszczalnie umiejscowiony w zakręcie kątowym (gyrus angularis).

NOICA i V. DUMITRESCU. Sur le relachement des muscles dans l'hémiplégie organique.

Autorzy rozpatrują dwa rodzaje porażień połowicznych z wrzekomą hyper—i hypotonią, którym dają inne objaśnienie, a mianowicie: w przypadkach porażień połowicznych ze wzmoczeniem odruchów ścięgowych i z pewnym stopniem przykurczeń, kiedy

kąt, wytworzony przez zgięte przedramię i ramię, jest mniejszy po stronie chorej, niż po zdrowej, mamy do czynienia nie z osłabieniem napięciem (hypotonią) mięśni, lecz z porażeniem głębszym mięśni. Porażenia owe powodują brak wszelkich przykurczeń ze strony mięśnia trójkłowego. Przeciwnie, kiedy wspomniany wyżej kąt jest większy, zależy to od mniejszego porażenia mięśni, od większego stopnia ich przykurczeń, a zwłaszcza od przykurczenia mięśnia trójkłowego.

N-r 3. DUFOUR i COTTENOT. Des vomissements incoercibles de la grossesse dans leurs rapports avec les lésions du système nerveux.

Na mocy dwóch własnych przypadków i czterech z piśmiennictwa autorzy przychodzą do wniosku, że wiań rdzenia może stanowić pierwotną przyczynę nieustannych wymiotów w ciąży. Napady żołądkowe, dające obraz kliniczny nieustannych wymiotów, spotykanych w ciąży, zwykle choć z mniejszą siłą trwają i po wywołaniu poronienia. Dalej, opierając się na 14 spostrzeżeniach klinicznych, zebranych przez P u g o, dotyczących zapalenia wielonerwowego w przebiegu ciąży, autorzy przypisują wielką rolę w nieustannych wymiotach w ciąży schorzeniu nerwu błędnego. Autorzy zalecają dokładne badanie stanu nerwowego w przypadkach nieustannych wymiotów w ciąży. Wywołanie poronienia zwykle bywa w tych razach nieuniknione.

FROMENT i MAZEL. Aphasie motrice, coexistence du signe de Lichtheim-Dejerine et de paraphasie en écrivant, troubles latents de l'intelligence.

27 letni mężczyzna po urazie dostał zaburzeń mowy, polegających na niemożności nazywania rozmaitych przedmiotów i powtarzania wyrazów, przy zachowaniu zdolności dokładnego określania, z ilu sylab i liter składa się wyraz, oznaczający nazwę danego przedmiotu (objaw Lichtheim'a i Dejerine'a); w pisaniu wybitna paragafia, ani śladu głuchoty i ślepoty wyrazowej. Inteligencja niemal zachowana. Autorzy uważają przypadek swój za pośredni pomiędzy niemotą ruchową czystą, a niemotą Broca, i odrzucają podział niemoty na korową i na podkorową, jako nie wytrzymujący ścisłej krytyki.

N-r 4. LONG. Deux observations anatomocliniques de syndrome thalamique.

Przypadek I. Chory lat 70. Przed 3-ma laty porażenie połowicze lewe. Objawy ruchowe wkrótce zupełnie niemal ustąpiły, nie zostawiając po sobie ani śladu stanu kurczowego. Brak drżenia stopy, brak objawu Babińskiego. Natomiast stwierdzono zaburzenia wszystkich rodzajów czucia po stronie lewej, oprócz tego po tej samej stronie — bezład i astereognozę. Chory skarży się na bóle napadowe w lewej połowie ciała. Brak hemianopsji, brak zaburzeń ocznych. Klinicznie rozpoznano „zespół

wzgórkowy" (*syndrome thalamique*), uwarunkowany cierpieniem dolno-zewnętrznej części wzgórka czworaczego.

Sekcja stwierdziła: jedno ognisko, położone w odcinku tylno-soczewicowym torebki wewnętrznej, sięgające do części tylnej jądra zewnętrznego wzgórka wzrokowego i części środkowej poduszki (*pulvinaris*). Drugie ognisko zajmowało istotę białą w zakręcie nadbrzeżnym (*gyrus supramarginalis*).

Przypadek II. Porażenie połowicze prawe lekkie z objawem Babińskiego w ciągu 2-ch dni, potem z brakiem tego objawu. Znieczulenie połowicze powierzchowne i głębokie, bezład połowiczny, hemianopsja. Bóle w prawej ręce. W końcu choroby hemianopsja obustronna i zaburzenia równowagi. Anatomicznie: liczne ogniska rozmiękczenia w obu płatach potylicowych, w części ośrodkowej lewej półkuli i w mózdku. Zespół wzgórkowy zależny był od ogniska, zajmującego jądro wewnętrzne wzgórka wzrokowego i poduszki i ciągnącego się w górnej części okolicy wzgórkowej do t. zw. okolicy podwzgórkowej; tylny odcinek torebki wewnętrznej był nietknięty zupełnie; włókna rzutowe, wychodzące z tej okolicy, zostały uszkodzone wyżej jako wieniec promienisty, niżej w szypułce mózgowej i w moście.

Autor podnosi, że hemianopsja nie jest koniecznym objawem zespołu wzgórkowego, jak tego dowodzi 1-szy przypadek.

ROUX. De la myotonie dans la maladie de Parkinson.

Autor opisuje przypadek choroby Parkinsona z objawami myotonicznymi, występującymi przy chodzeniu w mięśniach tułowia. Jako tło patologiczne tej sprawy autor uważa schorzenia anatomiczne i fizjologiczne sarkoplazmy mięśni. Anatomicznie autor przypuszcza stwardnienie mózgu wysepkowe w okolicy podwzgórkowej (*cerebro-sclerosis lacunaris in regione subthalamica*).

N-r 5. RICALDONI. Paralyse associée bilatérale de la VI et de la VII paire à évolution successive ou serpiginieuse, hemispasme facial résiduel.

Autor opisuje przypadek, dotyczący 32 letniej kobiety, u której stopniowo i kolejno rozwijały się porażenia nerwu VII i VI po stronie prawej, potem w porządku odwrotnym, a więc VI i VII, po stronie lewej; lekki kurcz twarzowy połowiczny lewy był jedyną pozostałością po tem porażeniu.

Autor rozpatruje szczegółowo najrozmaitsze t. zw. skojarzone porażenia nerwów czaszkowych.

PARISOT. Le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie de l'acromégalie.

Autor na mocy rozbioru spostrzeżeń obcych i własnych przychodzi do wniosku, że nie mamy prawa twierdzić, iż nadmierna lub niedostateczna czynność samej przysadki jest przyczyną akromegalji; uszkodzenie przysadki jest warunkiem nie-

zbędnym, lecz niedostatecznym do wywołania zespołu, właściwego temu cierpieniu, chodzi tu raczej o cierpienie jednoczesne gruczołów płciowych, tarczycy i przysadki.

N-r 6. BOUCHAND. Un cas de dysarthrie avec cécité verbale, hémianopsie, agraphie, aphasie amnésique et accès de pleurer et de rire spasmodiques. Ramollissement cérébral.

60 letni mężczyzna za życia przedstawiał objawy dyzartrii, ślepoty słownej, hemianopsji, agrafji, afazji amnestycznej, napadów kurczowego płaczu i śmiechu. Sekcja wykazała liczne ogniska rozmiękczenia, dotyczące nawet ośrodków głuchoty wyrazowej i znieczulenia połowiczego, czego za życia nie stwierdzono. — Przypadek nie wyzyskany należycie.

DUMOLARD i FLOTTES. Syndrome de Landry à forme de méningo-myélite aiguë diffuse évoluant chez un malade paludien et saturnin. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Guérison rapide en quelques jours.

Przypadek dotyczył 36 letniego mężczyzny z Algieru, mającego do czynienia z ołowiem; w przebiegu gorączki błotnej dostał on porażenia wstępującego o charakterze rdzeniowym z zaburzeniami czucia, z zanikiem odruchów ścięgowych i z objawem obustronnym Babińskiego; w płynie mózgowo-rdzeniowym wybitna limfocytoza. Po paru dniach wszystkie te objawy zniknęły. Chory zupełnie wyzdrowiał. Autor podnosi etiologję cierpienia.

St. Kopczyński.

## JOURNAL DE NEUROLOGIE 1910 r.

N-r 1. RODIET ET PANSIER. Rétrécissement du champ visuel et troubles de la vision des couleurs chez les paralytiques généraux.

Autorowie badali 30 chorych, dotkniętych porażeniem postępującem, i przyszli do następujących wniosków. Zaburzenia wzrokowe nie są w tem cierpieniu częste, zwykle rozwijają się bardzo powoli i trudno je stwierdzić z powodu stanu umysłowego chorych. Zwężenie pola widzenia może istnieć w pierwszym okresie choroby wtedy nawet, gdy wzniernik nie wykazuje żadnych zmian. Prawie zawsze takie zwężenie pola widzenia zależy od zatrucia, najczęściej alkoholem, lub od przymiotu; ślepotą na barwy, zdarzająca się zresztą w porażeniu postępującem bardzo rzadko, nie przedstawia żadnych cech charakterystycznych.

N-r 2. J. HAMEL. Contribution à l'étude du syn-

drome confusionnel considéré comme premier stade de la démence précoce. Evolution de ces états sur un terrain diathésique particulier. Essai du traitement.

Choroby umysłowe są tylko przejawami pewnej skazy ustrojowej (moczanowej, żółzowej, żółciowej i t. p.); przyczyny ogólnego charakteru wywołują to lub inne cierpienie zależnie od podłoża. Autor twierdzi, że przedwczesne ośpienie zależy od swoistej skazy, usposabiającej chorych do ośpienia umysłowego w samozatruciach różnego pochodzenia. Chorzy tacy są skłonni do gruźlicy. Skaza ustrojowa polega na niedostatecznej ilości soli mineralnych i ma dużo wspólnego ze skazą limfatyczną. Wzmoczona utrata soli mineralnych usposabia do zakażeń, które czasami wywołują stany pomieszania umysłowego, mogące przejść w ośpienie przedwczesne. Podawanie soli mineralnych według Ferrier i Letulle dało autorowi w podobnych przypadkach bardzo dobre wyniki zarówno co do stanu psychicznego, jak i co do stanu ogólnego.

Zygmunt Messing.

## LA SEMAINE MEDICALE R. 1910.

N-r 3. J. LHERMITTE et H. SCHAEFFER. Les phénomènes réactionnels du ramollissement cérébral aseptique, leurs caractères différentiels d'avec l'encéphalite compliquée de ramollissement.

Praca doświadczalna i histologiczna; omawia ona szczegółowo różne objawy fagocytozy w tkance nerwowej, ulegającej rozmiękczeniu bezgnilnemu. Rolę fagocytozy wypełniać mogą zarówno białe ciała krwi, jak elementy blaszki zarodkowej środkowej, pochodzące z opon, z przestrzeni okołonaczyniowych i środbłonka; wreszcie wybitną czynność fagocytarną pełnią też komórki gleju. Autorowie podają szereg szczegółów o stopniowym rozwoju przeobrażeń histologicznych, którym ulega tkanka nerwowa, pozbawiona dopływu krwi, zestawiają wyniki swych badań doświadczalnych z danymi badaczy współczesnych, poddają je ocenie krytycznej. — Wskazane piśmiennictwo.

N-r 11. LHERMITTE. De quelques signes nouveaux de l'hémiplégie organique.

Autor omawia wartość rozpoznawczą niektórych nowych objawów klinicznych, które Souques, Klippel i Weit, Reimist, Neri i Claude spostrzegali w przypadkach bezwładu połowiczego pochodzenia organicznego. Podane piśmiennictwo.

N-r 13. PIERRE BOVERI. De la nevrite hypertrophique familiale (type Pierre Marie).



Autor kreśli szczegółowy obraz rodzinnego cierpienia, które P. Marie w 1906 r. po raz pierwszy wyodrębnił i opisał pod nazwą: „Une forme spéciale de nevrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance”. Postać tę należy odróżniać od cierpienia, opisanego w 1893 r. przez Dejerine'a i Sottas'a: „Nevrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance”, z wybitnie rozwiniętymi objawami władu, których w postaci Mariego brak zupełnie. W obrazie klinicznym omawianej postaci na plan przedni wysuwają się: zniekształcenie stopy (pied creux), i w mniejszym stopniu dłoni (main creuse), mowa skandowana, drżenie zamiarowe, wysadzenie gałek ocznych, wybitnie rozwinięte skrzywienie kręgosłupa tylnoboczne, dający się wyczuć przerost nerwów obwodowych (niebolesnych na ucisk), ograniczone zaniki mięśni w poszczególnych tylko grupach mięśniowych lub oddzielnych mięśniach kończyn dolnych, na górnych zaś tylko w mięśniach dłoni. Histopatologiczne zmiany każą również odróżniać te dwie postaci chorobowe. Przedewszystkiem przerost łączno-tkankowy w nerwach obwodowych dotyczy w chorobie Mariego jedynie prawie otoczki Schwanna; przerostu w tkance okołonерwowej oraz wewnątrzpęczkowej brak. Naczynia są stwardniałe. Jeżeli są objawy przerostu w ogonie końskim, to bardzo małe, gdy w postaci Dejerine'a i Sottas'a znaczne. W korzeniach, w nerwach czaszkowych, zwojach międzykręgowych przerostu brak. W rdzeniu są zmiany nietylko w słupach tylnych (w pęczkach Golla), lecz również w torach piramidowych, w pęczkach przedniobocznych, w drogach mózdkowych i niektóre inne. Zapowiedziane przez Boveriego szczegółowe opracowanie badania anatomopatologicznego uwydatni jeszcze bardziej różnice histologiczne obu cierpień przerostowych nerwów obwodowych.

Jul. Rot.

## REVUE DE MÉDECINE N<sup>o</sup> 3. 1910.

KLIPPEL et CHABROL. Le nanisme mitral myxoedémateux.

Francuzi rozróżniają, jak wiadomo, infantyлизм rzeczywisty pochodzenia tarczycowego, opisany dokładnie przez Brissaud'a, i infantyлизм wrzekomy (anangioplastyczny) pochodzenia naczyniowego typu Lorain'a. Opisują też typ mieszany (type hybride), w którym śluzozbrętek rozwija się na tle infantylizmu wrzekomego. W r. 1910 Gilbert i Rather opisali szczególną odmianę niedorozwoju układu naczyniowo-sercowego z dystrofią ogólną: nanisme mitral. Autorzy stawiają sobie pytanie: jaki jest udział zaburzeń gruczołu tarczowego

w zespole kliniczno-patologicznym, charakteryzującym się przez karłowatość ogólną i zwężenie zastawki dwudzielnej. Przypadek dotyczy 16-letniej nie gruźliczej panny, o objawach klinicznych niedokurczenia się serca i infantylnemu tarczowemu; anatomicznie: niedorozwój układu tętniczego i zwężenie zastawki dwudzielnej obok stwardnienia gruczołu tarczowego; inne gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym normalne. W wywiadach liczne zakażenia w wieku dziecięcym. Autorzy rozbiegają, nie rozstrzygając sprawy ostatecznie, trzy istniejące hipotezy: 1) Potain-Teissier'a, dowodząca, że zmiany odżywcze są pierwotne, a zwężenie zastawki wtórne, 2) Huchard-Brissaud'a, dowodząca odwrotnego stosunku i 3) twierdząca, że oba zespoły są skojarzone.

Z pracy omawianej, zdaje się, wynika, że upośledzenie gruczołu tarczowego towarzyszy zarówno infantylnemu typowi Lorrain'a jak i karłowatości z wadą zastawki dwudzielnej.

E. JOB et J. FROMENT. La poliomyélite aigue. Etude epidemiologique.

Autorzy przeprowadzają przegląd krytyczny wiadomości bakteriologicznych, doświadczalnych, historycznych i etiologicznych, zebranych podczas epidemii dawniejszych Europy północnej, Szwecji i Norwegii i nowszych w Europie środkowej.

Druga część pracy ma nastąpić.

HAURY. La psychiatrie dans l'armée.

Lekarz wojskowy Haury rozpoznaje porównawczo we wstępie postanowienia, dotyczące obłąkanych w armji, przedsięwzięte po odczytach Challan de Belleval'a i Régis'a w r. 1895 na zjeździe w Bordeaux oraz po referatach odnośnych Taty'ego z r. 1899 na zjeździe w Marsylii. Ostatnie uchwały ze zjazdu neurologów i psychiatrów francuskich w Nantes (w Lipcu 1909 r.) posuwają sprawę klasyfikacji i opieki nad chorymi umysłowo wojskowymi, zdaniem Haury'ego, o wielki krok naprzód.

W. MESTREZAT. Analyse du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cerebro spinale à meningocoques.

Na zasadzie 3 przypadków autor wyprowadza wnioski, ułatwiające jakoby znacznie rozpoznanie różniczkowe między epidemiczną postacią zapalenia opon z jednej, a licznymi innymi postaciami z drugiej strony. W pierwszej postaci: ilość białka przewyższa  $3\%_{00}$ , ilość cukru wynosi  $0,12-0,25\%_{00}$ , ilość chlorków -  $6-7\%_{00}$ , ilość wyciągu przewyższa  $13\%_{00}$ , punkt zamarzania  $\Delta$  jest nieco niższy od normalnego, przepuszczalność względem azotanów waha się między 45 a 55 miligramów na litr płynu.

(Przypisek sprawozdawcy: Szkoda że autor nie podaje fizyczno-chemicznych własności normalnego płynu mózgowordzeniowego. Odnośne wyczerpujące dane znajdują się w dużej nowszej

pracy Rehm'a, ogłoszonej z rysunkami Alzheimer'a, w 3-im tomie Nissla „histologische Arbeiten“).

SALEBERT et THUBERT. Du syndrome urinaire paradoxal de la méningite cerebro-spinale épidémique.

Autorzy potwierdzają w głównych zarysach skonstatowaną przez Loeper'a i Sourand'a w r. 1905 odwrotną formułkę urologiczną (crise paradoxale). Wbrew temu, co obowiązuje wszystkie ostre choroby zakaźne, zespół urologiczny w nagminem zapaleniu opon jest odwrotny; w okresie rozkwitu choroby zwiększenie ilości wydzielanego moczu (poly-, azot- i fosfaturja), w okresie zaś powrotu do zdrowia zmniejszenie ilości moczu i stałych jego składników.

LAFFORGUE. Deux cas de syndrome cérébelleux par hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Autor, lekarz wojskowy, opisuje u 2 żołnierzy obraz kliniczny, naśladujący chorobę mózdzku, a powstały prawie ostro z gorączką, bólami głowy, nieprzytomnością, bezładem, zataczeniem się i t. d. W jednym przypadku brak zupełnie czynników etiologicznych, w drugim pacjent był poniekąd alkoholikiem i przechodził świnkę kilka dni przed chorobą mózgową. Kilkakrotne przekucie lędźwiowe wyleczyło obu chorych, sprowadzając za każdym razem wyraźną, acz przemijającą ulgę. Obraz ten spostrzega się w mocznicy, zatruciu wyskokiem i samozatruciu pochodzenia żołądkowego. Szczególnie uderza zupełny brak elementów morfotycznych w płynie mózgowordzeniowym o znacznie wzmożonym ciśnieniu. Autor mówi o „hypertension sereuse“ lub „hyperhydrose cérébro spinale“, nie chcąc wobec braku odczynu cytologicznego używać nazwy meningitis serosa (Przypisek sprawozdawcy: Sprawy obrzęku mózgowego Reichard'a i wrzekomy guz Nonne'go zdają się być obce autorowi.)

H. Higier.

## THE JOURNAL OF NERV. AND MENTAL DISEASES 1910 r.

№ 1. SAUTHARD. A study of errors in the diagnosis of general paresis.

Autor w 41 przypadkach klinicznie rozpoznał porażenie postępujące. Z tych 6 przypadków, zbadanych anatomo-patologicznie, nie potwierdziły rozpoznania, zaś 35 (czyli 85%) dały wyniki zgodne z kliniką.

Z 6 przypadków, mylnie rozpoznanych, w jednym okazał się wiał rdzenia i zmiany wybitne w tkance mózgowej na tle zwapnienia tętnic. W drugim przypadku był wiał rdzenia i lek-

kie zaniki płatów: czołowego, ciemieniowego i skroniowego. W trzecim—stwardnienie mózgu (sclerosis cerebri). W czwartym—małe torbiele naskutek rozmiękania tkanki nerwowej w obu jądrach zębatach mózdzku i rozlane zaniki zakrętów mózgowych zapewne naskutek spraw naczyniowych. W piątym—również zwapnienie naczyń w okolicy jąder zębatach mózdzku, zakrętów czołowych i prawego wzgórku wzrokowego. Wreszcie w 6-yim przypadku było zapalenie rdzenia i opon, rozlane zaniki mózgu i ogniskowe rozmięczenia mózgu.

W żadnym z tych przypadków nie znaleziono komórek plazmatycznych w tkance nerwowej, we wszystkich jednak były stwierdzone zmiany anatomo-patologiczne tej tkanki.

Autor uznaje, że niedostatecznie korzystał z tak ważnego środka klinicznego, w celach rozpoznawczych, jak przekłucie łądźwiowe, wykonał je bowiem tylko w dwu przypadkach. W jednym z nich (zwapnienie naczyń, jądra zębata z ogniskami rozmięczenia) oprócz zwiększonej ilości elementów morfologicznych, wykryto jakoby komórki plazmatyczne w płynie mózgowordzeniowym, w tkance nerwowej jednak ich nie było.

CAMP. Type and distribution of sensory disturbances due to cerebral lesion.

40-letni mężczyzna uległ urazowi: w prawej połowie głowy utknął mu kawałek stali. Wystąpiło lewostronne porażenie. Po wyjęciu stali nastąpiła poprawa. Badanie czucia u chorego dało niezmiernie ciekawe wyniki: obniżenie czucia dotykowego wystąpiło na lewej połowie ciała, głównie dotyczyło to dłoni i stopy (granica nie odpowiada ściśle środkowej linii ciała) Bardzo upośledzone było umiejscowienie dotknięć.

Zmiany odczuwania bólowych podniet były niezwykle: oto górna część klatki piersiowej oraz wewnętrzna część przedramienia zachowały normalne czucie bólowe (w obrębie od 1—5 odcinka grzbietowego), pozatem lewa strona ciała wadliwie odczuwała ból (ukłucie jako jakieś przykre nieokreślone wrażenie bólowe), i wreszcie dłoń lewa, zewnętrzna strona kończyny górnej oraz stopa nieodczuwały zupełnie ukłuc.

Gorąca i zimna nie odróżniał chory na całej lewej połowie ciała, granica ściśle odpowiadała linii środkowej.

Zmysł mięśniowy zniesiony w palcach dłoni i stopy, w stawach napiętkowym i skokowym.

Czucie wibracyjne—zupełnie zniesione w kłykcii kości udowej, w rzepce i kostce goleniowej, zlekka upośledzone w kości ramieniowej i promieniowej, normalne—w pozostałych kościach.

Ucisłk na mięśnie sprawiał choremu ból.

Chory nie umiał określić przedmiotów, umieszczonych w lewej dłoni.

**ZENNER.** Two cases of tumors of pons.

I przyp. 5-letni chłopiec nagle zaczął zezować, dostał bólów głowy, wymiotów. Objaw niedowładu lewego mięśnia odwodzącego to znikał, to powracał, wreszcie utrwalił się. Chłopiec stał się smutny, zmęczony, ziewał często. Tętno 60. Wystąpiło zachłystywanie się podczas przyjmowania płynów. Prawe kończyny osłabione. Podczas snu zaczęły występować kurcze drgawkowe w lewej, a czasem i w prawej połowie ciała. Zatrzymanie moczu.

Przy badaniu wykrywa się niezręczne i zlekka osłabione ruchy prawych kończyn; zbaczanie języka na prawo; objaw Babińskiego prawostronny. Co do nerwu twarzowego—nic pewnego nie można zaznaczyć. Obustronne zapalenie n. wzrokowego z wybroczynami. Czucie zachowane.

Zwolna wszystkie objawy coraz bardziej zaznaczają się. Zjawia się brodawka zastoinowa obustronnie. Znika odruch z lewej rogówki. Wzrok w lewym oku słabnie. Chory nie może utrzymać głowy. Rozpoznano nowotwór w lewej półkuli mózdkowej. Operacja. Nowotworu nie znaleziono. Zejście śmiertelne.

Przy badaniu anatomicznem znaleziono nowotwór (glejak) w środku mostu. Nowotwór zniszczył głównie lewą połowę mostu i przechodził do odnóg mózdkowych. Prawa połowa mostu również ucierpiała.

II przyp. (bez badania anatomo-patologicznego) dotyczy 20-letniego mężczyzny, u którego nagle wystąpiło porażenie lewego nerwu odwodzącego i bardzo słaby stopień prawostronnego niedowładu. Ani bólów głowy, ani brodawki zastoinowej nie było. Wkrótce zjawilo się porażenie lewego nerwu twarzowego, prawego n. odwodzącego, prawego n. twarzowego, lewych kończyn i wreszcie na kilka dni przed śmiercią lewego n. słuchowego. Całe cierpienie trwało 10 tygodni. Leczenie swoiste nie dało żadnej poprawy. Autor rozpoznał nowotwór mostu z zajęciem odpowiednich nerwów.

**№ 2. KNAP.** The reflexes in hysteria.

Babiński twierdzi, iż w hysterji niema wzmożenia odruchów ścięgnowych; tylko objawy, powstające naskutek sugestji i znikające pod wpływem przekonywania, należy zaliczyć do rzędu histerycznych.

Aby sprawę tę rozstrzygnąć, autor badał odruchy u 100 osobników histerycznych. W 86 przypadkach znalazł on wzmożenie odruchów kolanowych, przyczem wzmożenie tylko nieznacznie przewyższało to, co się spostrzega u ludzi zdrowych, lecz silnie zdenerwowanych. W 7 przypadkach widział odruch stopy drgawkowy czynnościowy, lecz nigdy istotny; nigdy również nie było zniesienia odruchów.

Normalnie niema różnicy pomiędzy odruchami prawej i lewej połowy ciała, u histeryków zaś autor w 57 przypadkach stwierdził ten objaw. W 38 przyp. było wzmożenie odruchów

po stronie czuciowo upośledzonej, w 19 zaś — po stronie przeciwnej.

Odruchy skórne również były niejednakowe obustronnie: w 47 przyp. po stronie, czuciowo upośledzonej, odruchy skórne były słabsze lub brakowało ich zupełnie.

Wbrew więc twierdzeniu Babińskiego autor znalazł w histerji nietylko objawy pitjatywne.

BARRETT. A case of pure word-deafness with autopsy.

Chory 45 l. nagle na krótki przeciąg czasu stracił władzę w kończynach dolnych. W 52 roku życia wystąpiły wybitne zaburzenia psychiczne. W 67 roku stan jego znacznie pogorszył się i wreszcie chory nagle stracił mowę. Powoli mowa poprawiła się w znacznym stopniu.

Badanie chorego wykazało niedowład oraz bezład kończyn dolnych, brak odruchów kolanowych, nierówność źrenic.

Mowa dowolna chorego względnie dobrze zachowana, choć wykazuje często cechy parafazji. Pisanie dowolne i rysowanie dobrze zachowane. Przepisywanie — zachowane. Drukowane oraz pisane pismo czyta nieźle i rozumie treść jego. Natomiast chory zupełnie nie rozumie co się do niego mówi. Słyszy słowa, lecz powtórzyć ich nie może. Nie jest w stanie również napisać dyktowanych mu słów. O ile daje się wnioskować z rozmaitych prób mowa wewnętrzna jest zachowana.

Chory nie wykazuje żadnej apraksji; przedmioty poznaje dobrze zarówno, jak i barwy; dobrze również nazywa przedmioty, umieszczone w rękę (oczy ma przytem zamknięte).

Jest to przypadek czystej podkorowej afazji zmysłowej.

Badanie pośmiertne wykazało stare ogniska rozmiękczenia tkanki nerwowej w 1 i 2 zakrętach skroniowych w obu półkulach mózgowych. W okolicach tych była zniszczona kora mózgowa oraz włókna, z kory idące.

TAYLOR. Periosteal cyst formation. An unusual effect of intracranial pressure.

35-letni mężczyzna od 8 lat cierpi na napady padaczki. Ostatnio dopiero wystąpiła brodawka zastoinowa obustronnie. Rozpoznano nowotwór mózgu o nieznanem umiejscowieniu. Wykonano otwarcie czaszki w okolicy lewego płatu czołowego. Wzmózone ciśnienie wewnątrzmożgowe spowodowało wypięcie tkanki mózgowej po za otwór kostny. Ranę zaszyto. Przez pozostałych kilka miesięcy życia chory w okolicy operowanej miał torbiel sprężystą, czasem mniej, czasem więcej napiętą. Duchowa niemota, jakiej chory uległ natychmiast po operacji, zwiększała się w okresie wzmózonego napięcia torbieli.

Badanie pośmiertne wykazało pod skórą czaszki torbiel, której zewnętrzna ściana była utworzona przez okostną. Wnętrze

torbieli łączyło się z przednim rogiem komory bocznej. Boczne ściany torbieli były wysłane zniszczoną tkanką mózgową. Na podstawie mózgu znaleziono dość duży nowotwór (mięsak), otaczający nerw trójdzielny.

Niezwykły w przypadku tym jest brak objawów nowotworu mózgu w przeciągu 3 lat istnienia nowotworu. Ze strony nerwu trójdzielnego, otoczonego zupełnie nowotworem, również nie było żadnych objawów podmiotowych, przedmiotowo zaś sprawność jego nie była sprawdzana.

Po operacji, wykonanej w okolicy ośrodka prawej kończyny górnej, żadne porażenie nie wystąpiło, natomiast chory dostał afazji ruchowej, aczkolwiek ośrodek Broca był nietknięty. Afazję należy tłumaczyć nadwężeniem włókien, wiodących do ośrodka, wskutek gwałtownego wypchnięcia mózgu w otwór kostny; tworząca się następnie torbiel nie pozwoliła choremu odzyskać zdolności mowy.

Zylberlastówna.

#### THE LANCET, 1910, STYCZEŃ, LUTY, MARZEC.

N-r 1. ELLIOT SMITH. On some problems relating to the evolution of the brain. Lancet, 1, 3, 4.

W pracy tej streszcza autor badania swoje nad rozwojem i anatomją mózgu u niektórych gatunków zwierząt (workowatych, jednoodchodowych, ssących).

N-r 2. HARVEY CUSHING. On recent observations on tumours of the brain and their surgical treatment.

W przeciągu 10 miesięcy autor wykonał 84 operacji w 64 przypadkach; operacja była bądź radykalna (wyluszczenie nowotworu), bądź też paliatywna w tych przypadkach, gdy nowotwory były niedostępne dla noża, lub też dokładne umiejscowienie okazywało się niemożliwym. Z pośród 23 przypadków operacji radykalnej w 16 nastąpiło wyzdrowienie lub znaczna poprawa, w 3 — zejście śmiertelne naskutek zbyt wielkich rozmiarów nowotworów, w pozostałych także zejście z innych powodów. Paliatywną operację autor wykonał w 41 przypadkach; polegała ona na zmniejszeniu ciśnienia „podskroniowego” (subtemporal) lub „podpotylicowego” (suboccipit.); w 5 — śmierć nastąpiła bezpośrednio po operacji, w 15 — chorzy żyli krótko, w 21 — nastąpiła poprawa, niekiedy tak znaczna, że chorzy mogli po-

wrócić do zwykłych zajęć. Co się tyczy operacji mózdkowych, to autor radzi wykonać operację tak, żeby były widoczne obie półkule mózdkowe i tylna część dziury potylicowej. W zakończeniu autor podaje kilka rad ogólnych przy postępowaniu operacyjnym i wyraża życzenie, żeby uczniowie przyszłej szkoły neurologicznej tak się wydoskonalili w technice chirurgicznej w tej dziedzinie, aby sami mogli wykonywać operacje.

N-r 3. ROWLEY MOODY. Friedreich's Ataxia.

Moody opisuje typowy przypadek choroby Friedreicha u dziewczyny, u której cierpienie rozpoczęło się w 21-ym roku życia. Z pośród 8-ga rodzeństwa 2 siostry i jeden brat przedstawiali objawy tej samej choroby; podobno również babka matki dotknięta była analogicznym cierpieniem. U swojej chorej autor stosował leczenie wyciągiem z gruczołu tarczowego i zalecił noszenie gorsetu. Poprawy widocznej nie było, po 11 jednak latach od początku choroby stan prawie nie uległ pogorszeniu.

N-r 4. PRATT JOHNSON. A case of acute cerebro-spinal meningitis with several choreiform movements.

Autor opisuje przypadek ostrego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z szybkim rozwojem; nakłucie lędźwiowe wykazało ziarenkowce Weichselbauma. Po 60 godzinach od początku choroby nastąpiła śmierć. Autor zwraca szczególną uwagę na stały, bez przerwy, niepokój ruchowy we wszystkich kończynach; ruchy te najbardziej, zdaniem autora, przypominały ruchy płasawicze.

Na sekcji stwierdzono ropne zapalenie opon mózgu, zwłaszcza na półkulach; najsilniejsze zapalenie autor stwierdził w okolicy górnej części brzozy Rolanda obustronnie i tem objaśnia ruchy płasawicze w kończynach.—W oponach rdzenia nie stwierdzono ropy, było tylko wybitne nacieczenie naczyń.

N-r 5. LEONARD LEY. A case of spinal meningocele; operation when forty hours old; recovery.

Opis przypadku meningocele (nie myelomeningocele); guz zawierający oponę rdzenia był wielkości piłki tenisowej; ze względu na niebezpieczeństwo, grożące życiu dziecka, zdecydowano się na wykonanie operacji na trzeci dzień po urodzeniu się dziecka. Operację wykonano z dobrym wynikiem.

Autor obserwował dziecko to 2½ miesiąca po operacji.

P. HERRINGHAM and C. M. HINDS HOWELL. A case of pontine tumour producing dissociated hemianaesthesia.

U chorego lat 36 na rok przed śmiercią wystąpiło porażenie lewego nerwu twarowego; w jakiś czas potem przyłączyło się do tego dwojenie przy patrzeniu w lewo (paresis n. abdu-



centis sin.); nierówność źrenic. Od tego czasu chory miał częste zawroty głowy. Kilka tygodni przed śmiercią chory zaczął cierpieć na stały ból głowy; kilkakrotnie wymiotował.

Przy badaniu przedmiotowym autorzy stwierdzili, że wzrok był dobry, pole widzenia nie zwężone, dno oka normalne (dopiero 2 tygodnie przed śmiercią stwierdzono tarczę zastoinową). Siła kończyn górnych i dolnych obustronnie jednakowa. Przy staniu i przy chodzeniu chwiejnie. Prawa źrenica szersza od lewej. Porażenie lewego nerwu twarzowego i lewego nerwu wodzącego. Drżenie gałek ocznych; dwojenie się w oczach przy patrzeniu na lewo; osłabienie lewego żwacza. Podniebienie miękkie i struny głosowe zachowują się normalnie. Odruchy ścięgnowe po stronie prawej wzmożone (z prawej strony odruch stopy drgawkowy). Czucie bólowe i ciepłotne zupełnie zniesione na całej prawej połowie ciała (także i na twarzy); czucie dotykowe zachowane. Oprócz tego zniesienie czucia dotykowego na lewej połowie twarzy od brwi aż do podbródka, na słuzówce nosa i policzka, na podniebieniu i na języku po stronie lewej; czucie bólowe i ciepłikowe było tutaj zachowane.

Rozpoznanie za życia nie można było postawić. Na sekcji znaleziono 2 nowotwory: pierwszy, wielkości około 3 ctm., wychodził z błony śluzowej nosa, nie wrastał jednak do mózgu; nowotwór ten uciskał V prawy i VI lewy nerwy; skrzyżowanie i pasmo wzrokowe nie uległy uciskowi; drugi nowotwór znajdował się w lewej połowie mostu i składał się z 2-ch części: z torbieli i z części zbitej; część zbita nowotworu uciskała lewe nerwy VII i VIII, zlekka IX, X i XI; VI i XII nie uległy uciskowi. Badanie histologiczne wykazało rozlane zwyrodnienie w moście, w śródmózgowiu i w zwojach podstawy mózgu, a także w lewej środkowej szypułce mózgowej. Przypadek ten stwierdza, że włókna czuciowe dla bólu, ciepła i zimna, przebiegają w moście osobno od dróg czuciowych dla dotyku tak, jak i w rdzeniu.

N-r 6. JAMES TAYLOR. Some points in the diagnosis and treatment of certain nervous affections.

W pierwszej części swojej pracy autor omawia niektóre trudności w rozpoznaniu władu rdzenia, zawrotów głowy, myastenji i padaczki; w krótkości podaje najważniejsze objawy tych cierpień. W drugiej części mówi o leczeniu tych chorób. Praca nie przynosi nic nowego.

N-r 7. K. BREMER. The variability of the lesions in polioencephalomyelitis.

W pracy tej autor przedstawia statystycznie, jakie spostrzegł porażenia w 171 przypadkach zapalenia substancji szarej rdzenia i mózgu.

ODERY SYMES. A fatal case af acute anterior poliomyelitis.

Przypadek zasługiwał, zdaniem autora, na ogłoszenie po pierwsze z powodu ostrego napadu gorączkowego, trwającego tylko jeden dzień, na tydzień przed wybuchem cierpienia; dowodzi to pochodzenia zakaźnego choroby. Po drugie z powodu wystąpienia w czasie choroby niedowładu nerwu twarzowego, co zresztą w przebiegu omawianego cierpienia było notowane kilkakrotnie; dowodzi to, że w t. zw. porażeniu rdzeniowem ogniska występować mogą w rozmaitych częściach układu nerwowego. Najprawdopodobniej jad chorobotwórczy ma szczególne upodobanie do szarej substancji całego układu nerwowego ośrodkowego; dzięki temu w chorobie tej przeważają bądź objawy mózgowo, bądź rdzeniowe, niekiedy nawet objawy zajęcia nerwów obwodowych.

N-r 8. RICHARD ROPER. A case of spinal meningitis resembling tumour of spinal cord; laminectomy; recovery.

Cierpienie rozpoczęło się od bólów w kończynach górnych; po 6 miesiącach zaczęły słabnąć kończyny dolne i później górne. Zaburzenia w oddawaniu moczu, z początku zatrzymanie, pod koniec nietrzymanie. Badanie przedmiotowe w rok od początku choroby wykazało: w nerwach czaszkowych żadnych zmian, osłabienie kończyn górnych, porażenie zupełne dolnych, napięcie mięśniowe w kończynach dolnych wzmożone; odruchy ścięgnowe z kończyn dolnych bardzo żywe, obustronnie objaw drgawkowy stopy i rzepki, obustronnie objaw Babińskiego, odruchów brzusznych nie można wywołać, żadnych zmian odżywczych. Zupełne zniesienie czucia w całej dolnej połowie ciała, począwszy od linii, przechodzącej 2 palce powyżej linii sutkowej.

Wobec tego, że leczenie swoiste było bez skutku i objawy ucisku rdzenia wciąż wzrastały, zdecydowano się na wykonanie laminiektomji. Usunięto łuki pierwszych czterech kręgów grzbietowych; nowotworu nie znaleziono, przecięto oponę twardą i pod nią również nie stwierdzono guza zgłębnikiem; między oponami były w tym miejscu nieznaczne zrosty.

Po operacji tego samego dnia znikły bóle (które trwały dotychczas prawie bez przerwy przez cały rok); stopniowo i powoli następowała poprawa, tak że po 4-ch miesiącach chory mógł już sam chodzić.

N-r 9. CHARLES MERCIER. A demonstration on cases of mental disorder.

Krótki opis 5-iu przypadków, z których zasługuje na wzmiankę następujący: u 8-letniego chłopca z objawami nowotworu mózgu autor przypuszczał guz serowaty (*tuberculum solitare*) i zastosował leczenie tuberkuliną (nie podano w ja-

kiej postaci); już po pierwszym miesiącu leczenia była znaczna poprawa; poprawa trwa 18 miesięcy.

N-r 10. BYROM BRAMWELL. A case of intracranial tumour with alterations in the colour fields.

4 miesiące przed śmiercią chory lat 56 dostał nagle napadu drgawek w lewej kończynie dolnej i bólu w lewej łydce; napad ten trwał godzinę. Od tego czasu chory miał co kilka tygodni podobne napady, ale już z utratą przytomności. Po 5-ym napadzie wystąpiło porażenie lewej kończyny dolnej. Po kilku tygodniach rozwinęło się stopniowo porażenie i lewej kończyny górnej. Bólów głowy nie było, wymioty były raz jeden. W płynie mózgowo-rdzeniowym wybitna limfocytoza. Na dnie oka tarczy zastoinowa; od czasu stwierdzenia tarczy zastoinowej wybitne zwężenie pola widzenia, zwłaszcza dla barw żółtej i niebieskiej. Objawy ciśnienia wewnątrzczaszkowego stopniowo zwiększały się; zdecydowano się na operację, przypuszczając nowotwór w ośrodku korowym lewych kończyn. Nowotworu nie znaleziono; chory zmarł w kilka dni po operacji na skutek ropnego zapalenia opon i mózgu (zerwał w nocy opatrunek). Na sekcji stwierdzono duży podkorowy nowotwór (glejak) w okolicy ruchowej z prawej strony; nowotwór ten dosięgał bocznej komory i spoidła wielkiego.

Oprócz tego przypadku autor w krótkości podaje opis 3 przypadków nowotworu mózgu ze zwężeniem pola widzenia na wszystkie barwy.

Józef Handelsman.

## NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT 1910.

N-r 1. S. GOLDFLAM. Zur Frage des intermittirenden Hinkens.

Praca drukowana w Medycynie 1910 r. N-r 1 i 2.

ED. MÜLLER. Ueber sensible Reizerscheinungen bei beginnender multipler Sklerose.

Na podstawie 90-iu własnych nowych spostrzeżeń stwardnienia rozsianego autor zwraca uwagę na wczesne objawy podrażnienia w tym cierpieniu, a mianowicie: najrozmaitsze parestezje, bóle „palące“ w plecach, „błyskawiczne“ w kończynach i pasie, bóle stawowe i mięśniowe, przyjmowane często za gośćcowe, nie wzmagające się jednak wskutek ucisku na mięsień, bóle przebiegające pod postacią rwy kulszowej, wreszcie zwężenie oraz palenie w kanale moczowym podczas oddawania moczu. Za ośrodkowym pochodzeniem bólów i parestezji przemawiają: ich występowanie udarowe, częsty ich typ połowiczny, oraz umiejscowienie często rozlane w całej kończynie.

CARL LENNHOFF. Beitrag zur Histotechnik des Centralnervensystems. Praca nie nadaje się do streszczenia.

N-r 2. AL. SAENGER. Ueber die Areflexie der Cornea.

Autor uważa badanie odruchu z rogówki za ważny czynnik rozpoznawczy w rozmaitych cierpieniach mózgu. Odruch ten występuje przy współdziałaniu n. trójdzielnego i n. twarzowego. Oppenheim pierwszy zwrócił uwagę na brak odruchu z rogówki w nowotworach tylnej jamy czaszkowej po stronie guza. Toż samo stwierdził autor w pięciu przypadkach podobnych nowotworów, przyczem niekiedy brak powyższego odruchu występował obustronnie; zdarzały się jednak przypadki, że objawu tego nie można było wykazać. W szeregu innych przytoczonych w pracy przypadkach (udary mózgowe, ogniska rozmiękczenia w mózgu, guz krwawy podoponowy, ropnie mózgowe, nowotwory) stwierdził autor również obecność jedno lub obustronnego braku powyższego odruchu, lub też osłabienie jego w sprawach chorobowych, nie zwiększających ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W nowotworach mózgu autor spostrzegał niekiedy brak odruchu z rogówki po stronie przeciwległej guzowi.

A. ULRICH. Ueber die praktische Verwendung des Kochsalzes in der Behandlung der Epilepsie.

Autor przytacza prace doświadczalne H. v. Wyssa, który, podając zwierzętom w nadmiarze przetwory bromowe, wywoływał zubożenie krwi w chlorki z następnymi objawami zatrucia bromowego (beźład, porażenia i t. d.). Objawy te znikwały, skoro wznawiano podawanie zwierzętom soli kuchennej. Opierając się na powyższych pracach, autor w dwóch przypadkach bromizmu u ludzi podawał ze skutkiem jako odtrutkę sól kuchenną.

W myśl stwierdzonego antagonizmu w działaniu na ustrój soli bromowych i chlorków autor experimenti causa przez podawanie 20–30 grm. soli kuchennej na dobę wywoływał napady w 12-stu przypadkach padaczki swoistej oraz Jackson'owskiej. Wszyscy ci chorzy byli uprzednio leczeni bromem, przyczem napady występowały bardzo rzadko.

N-r 3. H. OPPENHEIM. Kurze Mitteilung zur Lehre vom Einfluss der Kopfhaltung auf Hirnsymptome.

Wiadomo, że istnieją objawy mózgowe (zawroty, bóle głowy, wymioty, zmiany w tętnie), których występowanie u osobników, dotkniętych sprawą nowotworową w tylnej jamie czaszkowej, zależne jest od trzymania głowy i ułożenia tułowia. Autor przytacza przypadek nowotworu mózdkowego, w którym udawało mu się wywołać drżenie gałek ocznych tylko wówczas, gdy chory, leżąc na prawym boku, starał się patrzeć w lewo.

Podobne przypadki przytaczają Bárányi i Casirer; ten ostatni wywoływał w przypadkach nowotworu mózdzku drzenie gałek przez trzykrotne obrócenie chorego. Podobnież w dwóch przypadkach nowotworu w tylnej jamie czaszkowej autor otrzymywał wyraźny brak odruchu z rogówki po stronie guza, skoro tylko chory kładł się na bok przeciwległy guzowi. Objawy te występują jednak nie we wszystkich przypadkach nowotworów mózdkowych. Istnieją najrozmaitsze metody badania dla wykazania bezładu mózdkowego, który podczas zwykłego stania i chodzenia pozostaje ukrytym. Autor poleca w tym celu odmianę zabiegu Romberg'a, polegającą na tem, że chory z zestawianiem nogami i zamkniętymi oczyma kilkakrotnie nachyla się i wyprostowywa; wówczas uwydatnia się chwieianie.

J. BAUER i P. BIACH. Ueber die Ermüdbarkeit des Babiński'schen Zehenphänomens und seine Beeinflussung durch den Patellarsehnenreflex.

Odruchy skórne wyczerpują się szybciej, aniżeli ścięgnowe. Co do odruchu Babińskiego, to odruch ten, wyczerpany wielokrotnie wywoływaniem, można wywołać nanowo, jeżeli zmienić kierunek podrażnień skórnych: w poprzek stopy zamiast wzdłuż. Zmiana miejsca podrażnienia tak samo wpływa i na wyczerpany odruch jądrowy. Autorowie przypuszczają, że łatwe wyczerpywanie się odruchów skórnych zależy od wyczerpywania się obwodowych narządów czuciowych.

Aby zbadać wpływ odruchu kolanowego na odruch podezwowy (wzgl. odruch Babińskiego), autorowie jednocześnie wywoływali obydwa te odruchy na tej samej kończynie, przyczem zauważyli, że u jednych osób odruchy te nie wpływały wzajemnie na siebie, u innych odruch kolanowy hamował, jeszcze u innych wzmagał odruch Babińskiego. Ponieważ powyższe wzajemne oddziaływanie nie może zależeć od działania mięśni przeciwnicznych (obydwa te odruchy bowiem są wyprostne), autorowie przypisują więc główną rolę w powstawaniu tego zjawiska wpływowi sąsiednich ośrodków odruchowych rdzenia. Odruchy ścięgnowe z górnej kończyny nie okazywały żadnego wpływu na występowanie odruchu Babińskiego.

A. BOETTIGER. Ein neues Hilfsmittel zum Nachweise schwächster Sehnenreflexe.

W przypadkach, gdzie osłabienie lub zniknięcie odruchu kolanowego jest pochodzenia czynnościowego, autorowi udawało się wywoływać nieobecny lub wzmacniać osłabiony odruch kolanowy w sposób następujący: pacjent siada na czterobiegunowym stole Winternitz'a („Vierpoliger Elektrodentisch") w ten sposób, że każda z nóg połączona jest z odnośnymi biegunami, a obydwie ręce z trzecim biegunem; poczem przepuszcza się prąd zmienny umiarkowanej siły. Podczas działania prądu dają się wywo-

łać wyraźnie odruchy, a po przerwaniu prądu odruchy kolanowe pozostają przez pewien czas normalne lub przynajmniej można je wywołać sposobem Jendrassik'a. Powyższy zabieg autor nazwał „Wechselstrom-kriterium” i uważa go za niezawodny.

W cierpieniach organicznych, gdzie ciągłość łuku odruchowego w rdzeniu zostaje naruszona,—sposób wymieniony zastosowania niema.

E. TOBIAS. Zur Kasuistik der Hemihyperidrosis unilateralis.

Autor zaznacza, że nadmierna potliwość spostrzega się częściej, aniżeli brak potu, że ten ostatni objaw zdarza się wskutek uszkodzenia ośrodków rdzeniowych wydzielania potu i występuje w postaci odcinkowej jedno lub obustronnie; może to być zresztą nieprawidłowość wrodzona wskutek braku gruczołów potowych. Autor wylicza następnie różne rodzaje nadmiernej potliwości w nerwicach, chorobie Basedow'a, w zależności od cierpienia n. współczulnego (nieraz w postaci połowicznej), w migrenie, cierpieniach rdzenia oraz chorobach zakaźnych. Wreszcie opisuje swój przypadek lewostronnej nadmiernej potliwości twarzy i lewej górnej kończyny u 17-letniej dziewczyny wskutek nerwicy nerwu współczulnego na tle zwyrodnienia; rozpoznawanie to autor popiera obecnością piętn zwyrodnienia u chorej (wazkie podniebienie, odstające uszy i t. d.).

N-r 4. M. BERNHARDT. Ueber Medianuslähmung als Spätfolge einer Ellenbogengelenkverletzung.

Autor opisuje rzadki przypadek późnego zanikowego porażenia w dziedzinie n. pośrodkowego z przeważającym udziałem mięśni wielkiego palca i zaburzeniami czucia w obrębie tegoż nerwu oraz bezwładem n. łokciowego tejże strony. Objawy te wystąpiły w 30 lat po urazie.

E. MULLER. Ueber Querschnittslähmungen durch latente Aortenaneurysmen.

Autor opisuje przypadek tętniaka aorty u 54-letniego mężczyzny z objawami nowotworu w górnej grzbietowej części rdzenia (ból w okolicy łopatki, górnej części kręgosłupa, zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, porażenie dolnych kończyn, utrata wszystkich rodzajów czucia aż do linii sutkowej, wzmożenie napięcia mięśniowego i odruchów ścięgnowych i t. d.) Ścisłe badanie kliniczne początkowo nie wykazywało istnienia objawów tętniaka aorty, dopiero później ukośne ustawienie krtańni ku stronie prawej oraz chrypka (niedowład n. krtaniowego dolnego) i nierówność źrenic naprowadziły na domysł, że sprawa, rdzeń uciskająca, rozwija się w śródpiersiu. Badanie promieniami Roentgen'a wykazało istnienie tętniaka łuku aorty i części aorty piersiowej z uszkodzeniem 2-go i 3-go kręgów grzbietowych.

A. SARBO. Klinische Beiträge zur Frage, auf welchem anatomischen Wege der Achillessehnenreflex zu stande kommt, sowie ein Beitrag zur klinischen Wertung dieses Reflexes.

Autor na podstawie dokładnych spostrzeżeń nad chorymi, dotkniętymi cierpieniem końca rdzenia (cauda equina), porażeniem n. strzałkowego, oraz rwą kulszową, dochodzi do wniosku, że w każdym przypadku osłabienia lub zniknięcia odruchu ze ścięgna Achillesa daje się zauważyć zaburzenie czucia na zewnętrznej powierzchni stawu skokowego. Pozwala to na przypuszczenie, że nerw, unerwiający tę okolice, przyjmuje ważny udział w powstawaniu odruchu ze ścięgna Achillesa. Okolica ta otrzymuje unerwienie z części piszczelowej n. łydkowego (n. suralis). Ponieważ według L. R. Müllera nerwy tej okolicy wychodzą z rdzenia na wysokości 2-go korzenia krzyżowego, nasuwa się więc wniosek, że na tej wysokości znajduje się w rdzeniu ośrodek dla odruchu ze ścięgna Achillesa.

H. HIGIER. Die Hautreflexe bei cerebraler Apoplexie. Praca drukowana w Medycynie 1909 N-r 50.

N-r 5. O. KÖLPIN. Hysterische Schlaf- und Dämmerzustände mit eigenartigen Augenstörungen.

Autor spostrzegł u młodej dziewczyny wystąpienie obłądu historycznego z zaburzeniami świadomości, które zjawiały się po części jako stany letargiczne, po części jako stany zamroczenia z bredzeniem. W dziedzinie cielesnej autor zaznacza: znieczulenie połowicze zmysłowo-cuciowe, zaburzenia oddechu, zwięźnienie pola widzenia oraz stany kurczowe mięśni ocznych — zez zbieżny, podwójne widzenie, makro—i mikropsia.

R. TETZNER. Neurasthenia querulatoria durch Unfallgesetz.

Autor przytacza cztery przypadki neurastenji i obłądu pieśniackiego, które się rozwinęły po upływie dłuższego okresu czasu po urazie, przytem, zdaniem autora, nie wskutek urazu, lecz dzięki wzruszeniom, wywołanym przez długie zabiegania w sądzie o odszkodowanie po urazie.

R. STEIN. Ein passageres Phänomen der Säuglingshemiplegie.

Autor u trojga dzieci w wieku dwóch i trzech lat, dotkniętych bezwładem połowicznym, spostrzegł, że podczas płaczu porażona kończyna dolna okazywała się silnie zgiętą i odwiedzioną w biodrze oraz zgiętą w kolanie. Gdy płaczące dziecko uspakajało się, kończyna wyprostowywała się. Objaw ten autor uważa za charakterystyczny dla porażenia połowiczego w okresie pierwszych lat życia. Skoro dziecko zacznie ćwiczyć się w chodzeniu, objaw znika.

Nr 6. E. MALONE. Über die Kerne des menschlichen Diencephalon.

Autor wychodzi z założenia, że dawny podział wzgórka wzrokowego na pięć głównych jąder nie odpowiada już obecnie nowszym poglądom na układ włókien. Cały szereg badaczy (Monakow, Nissl, Vogt, Bianchi i inni) próbował dokonać nowego ugrupowania tych jąder. Wszystkim tym próbom ugrupowania można postawić zarzut, że opierają się one tylko na podstawie anatomiczno-topograficznej, nie zaś fizjologicznej.

Autor przeciwstawia temu podziałowi nowy, który ma odpowiadać wymaganiom fizjologii. Podstawę jego podziału stanowi podobieństwo w budowie wewnętrznej poszczególnych komórek, które posiadają jednakową budowę histologiczną, bez względu na to, czy komórki te zbliżone są do siebie na pewnej ograniczonej przestrzeni lub też są rozsiiane na większymuczastku wzgórka wzrokowego. Ugrupowanie komórek, ich gęstość, wielkość, nawet kształt — słowem to wszystko, co nazywamy tektoniką obrazu anatomicznego, — nie zostało uwzględnione w podziale autora.

St. Konwerski.

#### ARCHIV f. PSYCHIATRIE U. NERVENKRANKHEITEN.

Tom 46. Zes. 3-ci, 1910 r.

E. MEYER. Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahns mit Bemerkungen zur Paranoiafrage.

Szereg spostrzeżeń obłądu zazdrości, zwłaszcza pochodzenia nie wyskokowego, nasunął autorowi myśl o bliskim związku niektórych przypadków tego rodzaju z obłąkaniem pierwotnym. Sprawa jest tembardziej interesująca, że w ostatnich czasach istnienie obłąkania pierwotnego (paranoji) jako odrębnej jednostki chorobowej zostało podane w wątpliwość. Specht np. widzi w niej tylko szczególną postać psychozy manjakałno-depresyjnej.

Autor przytacza przedewszystkiem kilka przypadków obłądu zazdrości wskutek zatrucia wyskokowego. Częstość tego właśnie obłądu uzależnia autor od szczególnego działania trucizny na dziedzinę płciową: wyskok wywołuje w niej podniecenie, a jednocześnie obniża zdolność płciową, co prowadzi do zazdrości. Ze spostrzeżeń autora wynika, iż w zatruciu wyskokowem idee zazdrości są zwykle ogólne, nie usystematyzowane.

Dalej autor podaje ciekawy przypadek chorego, który przechodził kilkakrotnie kolkę ołowianą; po napadach kolki występowały idee zazdrości. W końcu rozwinęły się cechy pomieszania umysłu ogólnego.



Dwa przypadki t. zw. starczego obłądzenia zazdrości odznaczały się niezwykle nedorzecznością i bezwstydem idei zazdrości. Tutaj również obniżenie zdolności płciowej i jednocześnie zwiększenie pobudzenia sprzyja powstawaniu obłądzenia zazdrości. Przyczyny, dlaczego w otępieniu starczym już to występują idee prześladowcze, już też idee zazdrości, należy, zdaniem autora, szukać w indywidualnym usposobieniu chorego. W przypadkach obłądzenia zazdrości w okresie przekwitania większą rolę, zdaniem autora, odgrywa również usposobienie; w licznych psychozach, związanych z tym okresem, obłądzenie zazdrości spostregano się stosunkowo rzadko.

Następnie w 3 przypadkach chore przedstawiały cechy niewątpliwie otępienia przedwczesnego, napady zazdrości miały tylko znaczenie objawowe. Wogóle autor uważa obłądzenie zazdrości, występujące w zatruciach, otępieniu starczym i przedwczesnym, tylko jako objaw w przebiegu powyższych cierpień.

Jako chorobę *sui generis*, postać usystematyzowaną, którą chciałby nazwać obłąkaniem zazdrości (*Eifersuchtsparanoia*), autor uważa takie przypadki, w których obłądzenie zazdrości przebiega podobnie do typu obłąkania pierwotnego. Ciekawe spostrzeżenia, przytoczone przez autora, wykazują wielkie podobieństwo do obłądzenia pieniackiego. Chorzy tacy wnioskuje o zdradzie małżeńskiej z tysiąca rzeczy, nie mając ani jednego dowodu, robią sceny przed dziećmi i krewnymi, znajdują, tak jak i paranoicy, ludzi, którzy im wierzą, podniecają się łatwo, przechodzą do czynów, wymyślają, grożą. Są oni zupełnie odporni na przedstawienia, mające na celu sprostowanie błędów; wzmożone samopoczucie, wielka drażliwość jest im również właściwa, jak i paranoikom.

Co do psychozy manjakałno-depresyjnej, to w cierpieniu tym uczucie przyjemne lub nieprzyjemne panuje nad ogólną treścią wyobrażeń, podczas kiedy w obłąkaniu pierwotnym wzruszenie stosuje się do wyobrażeń. Wahania w natężeniu idei zazdrości, które mogły być uważane jako objawy manjakałno-depresyjne, są to mniej lub więcej okresowe nasilenia, spostregane we wszystkich zaburzeniach psychicznych. Dlatego też włączanie obłąkania pierwotnego do psychozy manjakałno-depresyjnej (Specht) nie zdaje się autorowi uzasadnionym.

E. MALAISÉ. Studien über Wesen und Grundlagen seniler Gehstörungen.

Autor opiera się na bardzo obfitym materiale. Oprócz starców z zaburzeniami chodu autor badał znaczną liczbę starców bez zmian w układzie nerwowym, w stawach i t. d., zmian, które by mogły spowodować zaburzenia chodu.

I. Zwykły chód starców. W normalnej starości chód staje się mniej sprężystym, długość kroków zmniejsza się. Utrzymanie równowagi jest utrudnione, stąd dążenie do rozszerzenia podstawy: wielu starców nie może się obejść bez kija, lub stawia nogi szeroko. Zwraca jeszcze uwagę trudność oderwania wzroku od ziemi: starzec, zmuszony w czasie chodzenia spojrzeć w górę lub w bok, przystaje. Siła oporu jest znacznie osłabiona: lekkie pchnięcia ku tyłowi wywołuje szybkie cofanie się, a nawet upadek. Przy pchnięciu z boku lub w plecy starzec stawia opór normalny. Chód starców wymaga większej uwagi, zwroty wykonywane są powoli i ostrożnie; odgrywa tu rolę stan umysłu: pewne otępienie utrudnia chodzenie, natomiast starcy z żywym umysłem zachowują większą sprawność ruchową. Autor spostrzegł u tych starców zwąpanienie naczyń, często wzmoczenie, rzadziej osłabienie odruchu kolanowego; odruchy ze ścięgna Achillesa i skórne często zniesione. Czucie najczęściej niezmienione; niekiedy przeczulenie w dolnych kończynach.

II. Zaburzenia chodu. 1. Brachybasia, chód małymi kroczkami (*demarche à petits pas*) jest to najczęstsze zaburzenie chodu u starców.

Charakterystyczną cechą stanowi zmniejszenie długości kroków do 15, 10 cm. Taki chory skracając fazę podpory na jednej nodze, przedłuża podporę na obu nogach; ruchy te muszą być uważane jako próby wyrównawcze w celu utrzymania równowagi. Osłabienie równowagi występuje zwłaszcza przy obracaniu się; pewien stopień braku kojarzenia odgrywa tu rolę. Przytem należy zaznaczyć u tych chorych postępujące otępienie umysłowe.

Badanie układu nerwowego takich chorych wykazało w mózgu liczne małe ogniska, które P. Marie nazywał jamkami — „lacunes“. W przypadkach autora jamki te rozsiane były dwustronnie. Drogi piramidowe nie we wszystkich przypadkach były dotknięte; drogi mózdzku do mózgu odgrywają prawdopodobnie rolę w powstawaniu „*demarche à petits pas*“, ale nie chodzi tu o ciężkie zachorowanie tych dróg, tylko o zaburzenie w ich połączeniach z wyższymi ośrodkami. Nigdy autor nie spostrzegł przypadku chodu małymi krokami bez jamek w mózgu.

2. Zaburzenie chodu „typu Petren'a“.

Dla tej postaci charakterystyczny jest również chód małymi krokami, ale występują tu jeszcze inne cechy, które pozwoliły Petren'owi wyodrębnić omawianą postać i wykazać, że w tych przypadkach ma się do czynienia ze zmianami organicznymi w mózgu.

Choremu tego typu trudno zacząć chodzić, chodzi on małymi krokami i przystaje często, motywując, że „nie może iść dalej“. Ćwiczenia miały tylko wpływ przemijający.

### 3. Zaburzenie chodu starcze mózdkowe.

Chory chodzi również małymi krokami, ale nogi stawia szeroko i stale się chwieje; pomimo podpierania się kijem często pada. W przypadku, spostrzeganym przez autora, w mózdku w niektórych zakrętach był zupełny brak komórek Purkinjego, w innych komórki te były zanikłe, miały wygląd marski.

### 4. Zaburzenie chodu w starczem wodogłowiu wewnętrznym.

Symptomatologia tego cierpienia należy do rozdziałów mało opracowanych chorób starczych. W przypadkach autora chory 80 letni nie mógł stać bez pomocy, chodził małymi krokami, stawiając nogi szeroko, wlokąc je. Wyraźne chwanie się wstecz. Stan chorego rozwijał się stopniowo. Nie było ani utraty przytomności ani porażenia połowiczego. Sekcja wykazała ogromne wodogłowie, mózdek nie był zmniejszony, komórki Purkinjego dobrze zachowane.

Autor jeszcze wspomina o starczych zaburzeniach chodu czynnościowych, uważając je za niezmiernie rzadkie. Starcze zaburzenia chodu wywołane są zwykle przez zmiany mózgu organiczne.

### JOSEF BERZE. Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen.

Uwagi autora wywołane zostały przez pracę Goldsteina: przyczynek do teorii omamów. Nie zgadzając się z Goldsteinem, autor przychodzi do następujących wniosków:

1. We wszystkich omamach ma miejsce podrażnienie tych elementów postrzegania, które stanowią składniki zmysłowe.

2. To podrażnienie niezawsze zależy od bodźców, pochodzących z obwodu, lub podniety w samych ośrodkach zmysłowych, ale może powstać samoistnie w wyższych ośrodkach mózgowych, jeżeli w mechanizmie ich czynności zachodzą zmiany chorobowe.

3. Stany podrażnienia, pochodzące czy to z obwodu, czy też z ośrodków zmysłowych, prowadzą do omamów postrzeżeń (percepcyjnych), o treści pierwotnej.

4. Dzięki złudzeniom następuje przerobienie treści pierwotnej — z omamów postrzeżeń powstają omamy zmysłowe z treścią znacznie bogatszą.

5. Wskutek podrażnienia wyższych ośrodków mózgowych powstają omamy wyobrazeniowe (repercepcyjne). Te omamy nie są więc „pracą jedynie ośrodków zmysłowych“ (Goldstein), ale więcej pracą narządu kojarzeniowego i apercepcji. Każde wyobrażenie może być ich treścią.

6. Jakie zmiany w wyższych ośrodkach są podstawą omamów wyobrazeniowych, nie jest jeszcze ustalone. Najczęściej

głównym czynnikiem zdaje się bywa zwężenie pola świadomości wskutek obniżenia czynności narządu kojarzenia.

7. Omamy postrzeżeniowe i omamy wyobrazeniowe są w dwóch kierunkach przeciwstawne: a) omamy postrzeżeniowe powstają w ośrodkach zmysłowych, podrażnienie wyższych ośrodków jest wtórne; omamy wyobrazeniowe powstają w narządzie kojarzenia, podrażnienie postrzeżenia jest wtórne; b) omamy postrzeżeniowe są objawem podrażnienia, omamy wyobrazeniowe są objawem z ubytku (Ausfallserscheinung).

8. Zwiększenie pobudzalności ośrodka słuchowego może ułatwić powstanie wyobrazeniowych omamów wyrazowych, nawet wówczas, gdy niema zwężenia pola świadomości, lub też jest ono nieznaczne. T. zw. głośne myślenie, być może, powstaje w ten sposób.

#### A. DÖBLIN. Zur Wahnbildung im Senium.

Autor opisuje 2 przypadki, w których powstanie choroby w podeszłym wieku, przebieg przewlekły, ubóstwo idei obłądnych wskazują, że mamy tu do czynienia z cierpieniem starczym, z tak zw. Senium. Rozwój sprawy otępienia znajduje w starości szczególnie dobre warunki bez względu na to, czy zachodzą zmiany organiczne, czy nie. Otępienie to jednak, zdaniem autora, nie ma związku tak ścisłego ze starością, ażeby je uważać za swoistą sprawę starczą. „Psychoza starcza“ jest to nazwa postaci chorobowej, którą spotyka się w starości, ale której istota i etiologia nie są znane; nazwa samoistnego otępienia starczego jest tylko tymczasowa.

#### K. GOLDSTEIN. Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox.

Autor na wstępie daje krótki przegląd badań współczesnych nad anatomią patologiczną otępienia wczesnego. Następnie opisuje swój przypadek: chory 31 l., ze zdrowej rodziny, do 21 roku pracował. Potem stał się apatyczny, pracę porzucił, nawet nie umiał się sam ubrać. Na pytania nie odpowiadał, zleceń nie wykonywał, przedstawiał obraz osłupienia katatonicznego. W ciągu krótkiego czasu (dwóch dni) wystąpiło osłabienie ogólne, tętno nieprawidłowe, drobne, wreszcie zejście śmiertelne.

Sekcja wykazała: na wewnętrznej stronie węgłębienia, opona twarda napięta, niezrośnięta z czaszką. Opona miękka mętna, galaretowata, zawiera dużo płynu. W miejscu, odpowiadającym węgłębieniu czaszki, w oponie miękkiej torbiel. Komory nie powiększone, natomiast komora przegrody przezroczystej (septum pellucidum) tworzy dużą jamę, napelnioną płynem. W wewnętrznych narządach przyczyny śmierci nie wykryto. Badanie drobnowidzowe: opona miękka znacznie rozszerzona, naczynia szerokie, dużo barwnika. W korze komórki piramidowe ułożone nieprawidłowo w mniejszej ilości niż normalnie, mar-

skie, ciemno-zabarwione, ciała Nissla w tych komórkach odsunięte do brzegu. W około komórki liczne jądra gleju. Oprócz tego w niektórych komórkach zmiany innego rodzaju: komórki są powiększone, okrągłe, jasne, wyglądają jak nabrziałe, ciała Nissla prawie rozpuszczone, jądro duże, jasne, przemieszczone. W preparacie włókienkowym widać rozpad włókienek, ciało komórki zawiera tylko bardzo delikatne włókienka, tworzące siatkę o szerokich okach. Włókienka wypustek nerwowych są dobrze zachowane. Niektóre komórki zawierają ogromne ilości barwnika. Komórki gleju w całej korze są znacznie liczniejsze, większe ich grupy gęsto otaczają komórki nerwowe. Często daje się zauważyć w komórkach gleju marskość, ciemniejsze zabarwienie, rozpad jądra.

Naczynia odznaczają się nacieczeniem komórek i złoгами barwnika w ścianach. W mózdzku zmiany. W rdzeniu wyraźne zwyrodnienie w komórkach słupów Clark'a.

Co do patogenetyki tych zmian w katatonji autor sądzi, iż chodzi tu o zwykłe zwyrodnienia, a nie o stan zapalny. Czy zwyrodnienie elementów nerwowych jest pierwotne, a bujanie gleju wtórne, czy też bujanie gleju prowadzi do uszkodzenia komórek nerwowych, tymczasem nie da się rozstrzygnąć. Bardzo być może, iż zmiany drobnowidzowe są wtórne, że są one wynikiem sprawy chorobowej, która histologicznie nie da się dowieść, lecz jest natury mikrochemicznej. Podobne zmiany znajdują się w różnych psychozach, czyli, że rozmaite przyczyny mogą prowadzić do podobnych wyników w korze. Jest to oddziaływanie kory na uszkodzenia natury przewlekłej, a nie reakcja, zależna od jakiegoś określonego czynnika szkodliwego. Zmiany w tych komórkach, które są duże, jasne, jakby obrznięte, pozostają, według autora, w związku z szybką śmiercią omawianego chorego. Takie zmiany były opisywane przez autorów (Alzheimer, Meyer, Cramer i inni) w psychozach, ostro przebiegających. Autor skłonny jest do przypuszczenia, że zejście śmiertelne nastąpiło w danym razie wskutek obrzęku, względnie torbieli opony miękkiej, co spowodowało ostry ucisk mózgu.

#### GABRIEL HEINER. Epilepsie und Gliom.

Autor opisuje ciekawy przypadek, który klinicznie przedstawiał się jako padaczka samoistna z typowo wyrażonym otępieniem. Sekcja wykazała: nad lewym hipokampem, znacznie cieńszym od prawego, w ścianie rogu dolnego kilka guzowatości nieprawidłowego kształtu. Badanie drobnowidzowe stwierdziło, iż był to glejak włóknisty z współśrodkowo uwarstwionymi złoгами wapiennymi. W pobliżu guza i dalej kora mózgowa przedstawiała znaczne bujanie gleju.

Za życia chorego nie było żadnych objawów ucisku mózgu (np. tarczy zastoinowej), sekcja też nie wykazała oznak ucisku. Wobec tego autor nie uważa bujania gleju za zjawisko wtórne,

zależne od guza, lecz utrzymuje, iż w tym przypadku tworzenie się glejaka i bujanie gęju zostały wywołane przez jedną przyczynę. Tej należy szukać w dziedzicznym usposobieniu zwyrodniającem.

W. PLÖNIES. Das Vorkommen und die ursächlichen Beziehungen der psychischen Störungen, besonders der Zwangsvorstellungen und Halluzinationen bei Magenkrankheiten.

Autor podaje wyniki swoich długoletnich spostrzeżeń u wielkiej liczby chorych na żołądek, u których wystąpiły zaburzenia psychiczne. Zupełna łączność tych zaburzeń ze stopniem i trwaniem cierpienia żołądkowego, znikanie ich przy odpowiednim leczeniu, nawrót przy pogorszeniu cierpienia żołądkowego—wskazują, że właściwą przyczyną zaburzeń psychicznych w tych przypadkach jest cierpienie żołądka, właściwiej zatrucie ustroju wskutek tego cierpienia. Od stopnia zatrucia zależy natężenie zaburzeń psychicznych; do najcięższych należą idee natrętne i omamy.

St. Suszczyńska.

#### ALLGEMEINE ZEITS. F. PSYCHIATRIE. 1910.

Zesz. 1-szy. W. MORGENTHALER. Blutdruckmessungen an Geisteskranken.

Autor wykonywał doświadczenia z pomocą przyrządu Riva-Rocci, zmienionego według Sahli'ego, i doszedł do wniosku, iż obrazy kliniczne chorób umysłowych nie dają się odróżnić na mocy ciśnienia krwi. Wyniki co do poszczególnych chorób, są następujące.

I) Zaduma: a) wysokie ciśnienie krwi nie jest stałym objawem zadumy (w znaczeniu Kraepelina), b) w przypadkach z przygnębieniem, zwłaszcza gdy towarzyszy mu zahamowanie, brak zwiększenia ciśnienia krwi, c) ciśnienie krwi zwiększa się, gdy do zwyczajnego przygnębienia przyłącza się rozdrażnienie lub niepokój.

II) Psychoza manjakałno-depresyjna: w przypadkach swoich autor ani razu nie zauważył, aby w okresie podniecenia zmniejszało się ciśnienie krwi, a w okresie przygnębienia zwiększało, jak to dotąd przyjmowano.

III) Padaczka: w czasie napadu ciśnienie krwi prawdopodobnie bardzo wysokie; następnie spada ono, lecz pozostaje wyższem od przeciętnego i stopniowo wraca do normy.

IV) Porażenie postępujące: w okresie końcowym ciśnienie po większej części niskie. Wogóle ciśnienie w tem cierpieniu jest bardzo zmienne. Bardzo wysokie jest ono w okresach podbndzenia.

V) Alkoholizm: po przejściu napadu obłądu opilczego (*delirium tremens*) otrzymuje się zwykle niskie ciśnienie. Przewlekły alkoholizm wykazuje normalne, częściej zaś nieco niższe ciśnienie.

VI) Ołepienie wczesne również nie wykazuje nic charakterystycznego co do ciśnienia krwi.

VI) W histerji ciśnienie krwi u jednej i tej samej osoby może bardzo często zmieniać się, jest ono również rozmaite u różnych osobników. Nic stałego pod tym względem niema.

P. NITSCHÉ. Über chronisch-manische Zustände.

Podawszy zarys poglądów współczesnych na istotę przewlekłych stanów manjakałnych oraz opisawszy dokładnie 12 własnych spostrzeżeń, autor wypowiada w końcu pracy własne na tę sprawę poglądy.

Według Nitsche'go stany manjakałne przewlekłe podzielić można na 4 kategorie.

Do pierwszej autor zalicza przypadki stanów hypomanjakałnych, trwających od młodości i pod względem klinicznym niczem nie różniących się od fazy hypomanjakałnej obłądu manjakałno-depresyjnego; postać tę autor nazywa *hypomania originaria*.

Do drugiej kategorii autor odnosi te przypadki, w których u osobników, od wczesnej młodości sangwinicznych, zarozumiałych, przedsiębiorczych, w 3-cim lub 4-tym dziesiątku lat rozwija się lekkie pobudzenie; pobudzenie to około 50-go roku życia przechodzi w wyraźną psychozę hypomanjakałną, która z różnymi wahaniami w natężeniu objawów klinicznych trwa lata całe (chorzy, będący w obserwacji autora, cierpią na nią już od kilkunastu lat). Postać tę autor nazywa manjakałną konstytucją postępującą.

Do trzeciej kategorii należą przypadki, w których stan hypomanjakałny o niezmiernie długim trwaniu jest wydłużoną fazą obłądu manjakałno-depresyjnego.

Do czwartej wreszcie kategorii należą przypadki podniecenia konstytucyjnego, o objawach jaknajślabszego pobudzenia manjakałnego. Wszelako w przebiegu tej sprawy bywają wahania, niekiedy występuje nawet ostre przelotne podniecenie.

Wspólna cecha charakterystyczna wszystkich przypadków podniecenia konstytucyjnego polega na ich niezmiernie długim trwaniu, jakiego nie widzimy w zwykłych stanach manjakałnych. Co się tycze istoty tych klinicznych przypadków, to autor dopatruje się w nich pokrewieństwa z przypadkami cyklotymii i konstytucyjnego przygnębienia (*konstitutionelle Verstinmung Kraepelina*) i wszystkie te postaci zalicza do grupy manjakałno-depresyjnej konstytucji.

**W. PLASKUDA.** *Über Dementia praecox auf dem Boden der Imbezillität.*

Autor opisuje 15 przypadków otępienia wczesnego, w których choroba ta rozwinęła się na tle głupowatości. Dotąd w piśmiennictwie znane są 6 podobnych przypadków, opisanych przez Weygandta. Ten ostatni zaprzecza zdaniu Kraepelina, jakoby w tych razach już w wieku dziecięcym zaczynało rozwijać się otępienie. Prawie u wszystkich chorych głupowatość przeszła w otępienie w wieku od 20—30 lat, a u jednej chorej w 37 roku życia. Przebieg cierpienia jest zwykły, jakkolwiek ciężki, i niczem się nie różni od przebiegu innych przypadków otępienia wczesnego. Prawie wszystkie przypadki autor zalicza do postaci hebefrenicznej i katatonicznej. Co się tyczy rokowania, to autor twierdzi, że, o ile w otępieniu wczesnym jest ono wogóle wątpliwe, o tyle w tych razach jest ono bardzo niepomysłne. Zdaniem autora, opisane przypadki stanowią grupę odrębną i nie mają nic wspólnego z wczesnymi postaciami obłądu młodzieńczego.

**GERLACH.** *Trauma, Dementia paralytica und Unfallrente.*

Na zasadzie własnych i cudzych spostrzeżeń, dokładnie w pracy opisanych, autor przychodzi do wniosków następujących:

Porażenie, występujące bezpośrednio po urazie, stanowi jedynie nagłe pogorszenie sprawy chorobowej, która istniała jeszcze przed urazem, choćby nawet przedtem chory nie wykazywał żadnych objawów cierpienia. Jeśli zaś objawy porażenia okażą się w następstwie urazu dopiero po dłuższym przeciągu czasu, to możnaby sądzić, iż przyczyną choroby w tych razach jest uraz; lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa uraz tylko wówczas może wywołać porażenie postępujące, jeśli zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym rozpoczęły się jeszcze przed urazem. Jeśli domniemane porażenie urazowe pozbawia poszkodowanego zdolności do pracy, to, dla otrzymania prawa do renty należy dowieść, iż uraz był rzeczywiście jedną z działających przyczyn choroby. Fakt, że cierpienie rozpoczęło się jeszcze przed urazem, nie pozbawia chorego prawa do odszkodowania, o ile tylko do wiadzone będzie, że uraz miał znaczny wpływ na stan chorego i przyspieszył rozwój choroby.

**Zesz. 2-gi. P. NACKE.** *Über atypische Paralysen.*

W ostatnich czasach badacze poczęli zwracać szczególną uwagę na t. zw. nietypowe postaci porażenia postępującego. Według autora, postaci te możnaby podzielić na 3 kategorie: 1) na grupę przypadków, które, jakkolwiek są całkowicie podobne do porażenia, porażeniem jednak nie są, przemawiają bowiem przeciw temu rozpoznaniu dane serodjagnostyczne i histologiczne. Przypadki te są właściwymi porażeniami rzekomymi (pochodzenia alkoholowego, urazowego, ołowianego i syfilitycznego),



2) na grupę przypadków, które przedstawiają tylko pewne podobieństwo porażenia, ale jako takie nie mogłyby być rozpoznane bez badania surowicy. Jest to wielka grupa tak zwanych porażeń rzekomych, 3) na grupę wreszcie przypadków, które przebiegają pod postacią zupełnie innych psychoz, i tylko badanie serodjagnostyczne lub pośmiertne wykazuje rzeczywistą naturę cierpienia.

(Z powodu tej klasyfikacji sprawozd. pozwala sobie zauważyć, iż autor niesłusznie zalicza pierwszą grupę do porażenia nietypowego. Mianem tem należy, zdaniem sprawozd., nazywać tylko takie przypadki, które mimo mniej lub więcej nietypowego obrazu klinicznego są jednak porażeniem).

Ponieważ rozpoznanie porażenia, ze względu na częstość przypadków nietypowych, bywa niekiedy bardzo trudne, konieczne więc jest posługiwanie się rozmaitemi pomocniczymi metodami badania, — a mianowicie badaniem pośmiertnem zmian anatomicznych i histologicznych w mózgu oraz badaniem cyto- i serodjagnostycznym za życia.

Co się tycze tych różnych badań, to autor utrzymuje, iż: 1) ze zmian makroskopowych nie zawsze można pewne wnioski wyciągnąć, 2) opisane w ostatnich czasach przez Alzheimera komórki plasmatyczne nie zawsze dają się wykryć, jak to zresztą sam Alzheimer stwierdza, z drugiej strony też same komórki wykryć można w innych psychozach, skutkiem czego odkrycie Alzheimera niema bezwzględnie pewnego znaczenia pod względem rozpoznawczym, 3) pleocytoza i zwiększenie ilości białka w płynie mózgowordzeniowym nie są przekonywające i niekiedy brak ich zupełnie, 4) próba Wassermanna nie zawsze wypada dodatnio; są przypadki niewątpliwego porażenia z syfilisem w wywiadach, które odczynu Wassermanna nie dają; w każdym razie badanie płynu mózgowordzeniowego w porażeniu daje pewniejsze wyniki, niż badanie krwi.

W dalszym ciągu pracy swej autor zastanawia się nad kwestją stosunku porażenia do syfilisu. Wbrew popularnemu w psychjatrii niemieckiej pogładowi, iż bez syfilisu niema porażenia, autor utrzymuje, iż, jakkolwiek w większości przypadków, cierpienie omawiane powstaje na skutek syfilisu, to jednak w niektórych przypadkach mogą być inne zewnątrz—lub wewnątrzpochodne przyczyny. Pod tym względem autor przyłącza się do poglądów, przeważających w psychjatrii francuzkiej i wypowiada nawet pogląd niektórych autorów francuzkich, utrzymujących, iż porażenie postępujące, jako jednostka chorobowa, nie istnieje, że istnieją natomiast liczne porażenia albo raczej „zespół porażny”, występujący w przebiegu rozmaitych wewnątrz- i zewnątrzpochodnych zatruc, najczęściej wszakże w następstwie syfilisu. Autor idzie jeszcze dalej i dowodzi, że prócz przyczyn zewnątrz- i wewnątrzpochodnych dla powstania porażenia potrzeba koniecznie

swoistego, zazwyczaj wrodzonego, rzadziej nabytego usposobienia mózgu. Autor wogóle przywiązuje ogromne znaczenie do wrodzonej skazy mózgu, jako podłoża wszelakich psychoz, i uważa za konieczne zwrócić badania w tym kierunku.

Dla ilustracji poglądów swych autor podaje 5 przypadków porażenia nietypowego.

K. HALBEY. Einflüsse meteorologischer Erscheinungen auf epileptische Kranke.

Autor na podstawie spostrzeżeń nad dziesięcioma chorymi doszedł do następujących wniosków: 1) Skład powietrza, ciepło, światło, słońce, obłoki, wilgoć powietrza, opady—nie mają żadnego wpływu ani na padaczkę, ani na częstość napadów. 2) Wahań w ciśnieniu powietrza, występujące nagle, zdają się mieć ścisłą łączność z pojawieniem się i częstością napadów. Wysokość i głębokość ciśnienia powietrza nie mają żadnego wpływu. Być może, że podstawy pierwszego zjawiska należy szukać w niedostatecznym przystosowaniu się układu naczyniowego do wahań barometrycznych. 3) Być może, iż elektryczność atmosferyczna wpływa również na padaczkę, lecz obecnie nic pewnego o tem powiedzieć nie można.

JULIANO MOREIRA. Geistesstörung bei Leprakranken.

Na zasadzie cudzych oraz 9-ciu własnych spostrzeżeń autor przychodzi do następujących wniosków. 1) U chorych trędowatych nie spotykamy żadnej swoistej choroby umysłowej; jednakże w przebiegu zapalenia wielonerwowego trądowego zdarza się czasami zespół Korsakowa. 2) W trądzie spostrzegać można, jakkolwiek nie bardzo często, prawie wszystkie postaci chorób umysłowych. 3) Wszelkiego rodzaju powikłania trądu (gruźlica, zwężenie naczyń i t. d.) mogą wywołać cierpienie umysłowe. 4) Zwyczajny stan psychiczny trądowatych bywa rozmaity i znajduje się w zależności od obciążenia dziedzicznego, wychowania, tudzież od postaci klinicznej choroby.

A. W.

## OBOZRIENIE PSYCHIATRJI, NEWROLOGJI, EKSPERIMENTALNOJ PSICHOLOGJI. 1910.

N-r 1. SZCZERBAK. K etiologii amiotroficzeskawo bokowowo skleroza.

Na zasadzie przypadku stwardnienia słupów bocznych rdzenia z zanikiem mięśni u 54-letniego mężczyzny, który nadużywał gimnastyki i pracy fizycznej, autor zwraca uwagę na możli-

wość rozwoju tego cierpienia od nieumiarkowanego stosowania gimnastyki leczniczej.

**ASTWOCATUROFF.** O pseudotabes gliomatoza i ob izmieniach sósudow pri siringomielji.

Autor opisuje przypadek wrzekomego wiádu glejakowego, który rozwinął sié u 56-letniego robotnika po urazie. Klinicznie typowy obraz wiádu rdzenia. Mikroskop wykazał rozrost gleju w środkowej części szarej istoty rdzenia i zmiany w tylnych słupach. Te ostatnie cokolwiek różniły sié od tego, co spostrzegamy w wiądzie (nadmierny rozrost tkanki łącznej i naczyń, nietypowe umiejscowienie sprawy chorobowej w „owalnym pęczku“ i w „przednim polu“, przewaga natężenia sprawy chorobowej w części grzbietowej rdzenia, brak zwyrodnienia słupów Clarke'a).

Na podstawie swego przypadku i odnośnego piśmiennictwa, autor przychodzi do następujących wniosków. 1) W pewnych postaciach syringomyelji występuje nowotworzenie naczyń; nowotworzone naczynia są miażdżycowo zmienione; równocześnie z nowotworzeniem naczyń rozwija sié tkanka łączna, która przenika do otaczającej tkanki nerwowej. 2) Wspomniane zmiany naczyń rozwijają sié nie tylko w szarej, lecz i w białej istocie rdzenia, często równocześnie, a czasami wcześniej przed rozrostem gleju i tworzeniem sié jam. 3) Gdy sprawa chorobowa umiejscawia sié przeważnie w słupach tylnych, to występuje zbiór objawów, naśladujący wiád rdzenia (pseudotabes gliomatosi). 4) Rozwój objawów wiádu bezpośrednio po urazie i brak przytomu w wywiadach powinny wzbudzać podejrzenie o wrzekomym glejakowym wiądzie rdzenia.

**A. GUTMAN.** Maniakalno-depressiwnyj psychoz i charakter asociacji pri niem.

W pierwszej części swej pracy autor omawia historjé rozwoju pojęcia psychozy maniakalno-depresyjnej Kraepelina. Do badań sprawy kojarzenia autor używał odmiany sposobu Aschaffenburga, mianowicie, autor nie zadawał nié jedną odpowiedziá chorego, lecz pozwalał mu swobodnie kojarzyć jeszcze w ciągu minuty. Autor krytykuje klasyfikacjé kojarzeń Aschaffenburg-Jung'a. Autor uprościł wspomnianą klasyfikacjé i dzieli kojarzenia tylko na 3 grupy: do pierwszej zalicza kojarzenia według podobieństwa wewnętrznego, do drugiej — według podobieństwa zewnętrznego, do trzeciej — oddziaływanie całemi zdaniem. W zadumie kojarzenie jest powolne, większość kojarzeń odbywa sié według podobieństwa wewnętrznego i zwykle kojarzenia trzymają sié jednego pojęcia, często atoli zbaczają nieoczekiwanie na inne pojęcie, nie mające związku z poprzednim; czasami następuje powtarzanie pytania.

W manji kojarzenie jest bardziej powierzchowne, nié u zdrowych (kojarzenie według podobieństwa dźwiękowego, alli-

teracja, oddziaływanie całemi zdania), odznacza się prędkimi i nieoczekiwanymi przejściami od jednego przedmiotu do drugiego, częstem powtarzaniem pytania, egocentryzmem. Co do szybkości kojarzenia, to w zadumie jest ono znacznie zwolnione, w manji zwykle cokolwiek zwolnione, czasami tylko przyspieszone. Niemożność skupienia uwagi w manji wywołuje zwolnienie sprawy kojarzeniowej; gdzie zaś chory jest w stanie skupić się, tam kojarzenie odbywa się szybciej, niż u zdrowych.

Według zdania autora, doświadczenia z kojarzeniem wyobrażeń mogą mieć wielkie znaczenie w rozpoznawaniu chorób umysłowych, lecz tylko w związku z innymi metodami badań.

N-r 2. RADIONOFF. K a u t o - i n t o k s i k a c j o n n y m p s y c h o z a m p r i z a b o l i e w a n j i p o d p o c z e c z n i k o w .

Sprawa gruczlica nadnerczy i przejście sprawy zapalnej na otaczające sploty nerwowe stanowi podłoże anatomiczne choroby Adissona. Zajęcie nadnerczy bez rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej na tkankę przyległą nie daje objawów choroby Adissona, lecz powoduje zaburzenia umysłowe. Wskutek zajęcia nadnerczy Laignel-Lavostine rozróżnia następujące odmiany cierpienia mózgowego: tężycową, padaczkową, myokloniczną, z bredzeniem i ze śpiączką, a Sergeni dodaje jeszcze postać wrzekomoponową.

Autor podaje opis przypadku, gdzie na sekcji był stwierdzony rak obu nadnerczy, lecz nie całe nadnercze było zniszczone. U tego chorego po krótkotrwałej chorobie zakaźnej nagle wystąpiła utrata świadomości i szal, później bredzenie prześladowcze; idee niedorzeczne miały charakter urywkowy, samowiedza była przyćmiona, występowały omamy słuchowe. Autor sądzi, że w podobnych przypadkach zaburzenia psychiczne zależą od samozatrucia z powodu zniszczenia nadnerczy, a rodzaj zakażenia nie odgrywa tutaj roli.

M. NIKITIN. Słuczaj atrofji w oblasti rozwielwienia I-oj wietwi trojnicznowo nierwa.

Autor opisuje i podaje fotografię chorej, u której w 8 roku życia w ciągu 1½ miesiąca było niewielkie ropienie w okolicy prawego ciemienia, następnie na tym miejscu rozwinęła się sprawa zanikowa skóry, a może i części, głębiej leżących. Topografia zaniku odpowiada rozgałęzieniom I gałęzi nerwu trójdzielnego. Innych zaburzeń ze strony wymienionego nerwu, jak również zaburzeń ze strony nerwu współczulnego brak. Ojciec chorej przechodził przymiot. Autor stawia rozpoznanie nadczołowego zaniku Bechterewa. Sprawa chorobowa bardzo przypomina twardzinę skóry i jest spokrewniona z tą ostatnią.

A. JUSZCZENKO. Katatonicznesko podobnyje simptomu u sobak, liszennych szczytowidnoj żelezy.

Autor obserwował u psów, którym wyciął gruczoł tarczowy, sztywność mięśni, drżenie, mimowolne proste i złożone ruchy,

ślinotok, obniżenie ciepłoty ciała, zupełną apatię i obojętność na otoczenie, zahamowanie działalności psychicznej. Autor widzi tutaj duże podobieństwo do katatonji i przedwczesnego ośpienia. Mamy tu do czynienia z samozatruciem wskutek zniesienia działalności gruczołu tarczowego, czego dowodzi większa jadowitość moczu i surowicy takich psów. W tych samozatruciach bardzo pomaga djeta mleczna i opróżnienie kiszki. Gruczoł tarczowy składa się z tyreoglobuliny, zawierającej jod i stanowiącej 10—25% tkanki gruczołowej, i z nukleoproteidu, nie zawierającego jodu, lecz fosfor. Tyreoglobulina ma własności swoiste gruczołu tarczowego, poddana hydrolizie lub trawieniu, przechodzi w jodothyrynę. Oprócz dwóch wspomnianych ciał białkowych nie dawno został wydzielony alkaloid — thyreoantitoksyna, która u operowanych kotów usuwała, względnie zapobiegała powstawaniu drgawek. A jednak żaden z tych przetworów nie jest w stanie zupełnie zastąpić usunięty gruczoł tarczowy. Dalej autor omawia czynność gruczołu, między innymi zwraca uwagę na związek gruczołu ze zjawiskami odporności: usunięcie gruczołu osłabia rozszczepiającą tłuszcz własność surowicy i zmniejsza katalityczne i utleniające działanie krwi i narządów wewnętrznych.

Z. Messing.

# TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

---

---

## TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

---

### POSIEDZENIA SEKCJI NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNEJ.

POSIEDZENIE D. 22 STYCZNIA 1910 r.

1. K o p c z y ń s k i S t. i J a r o s z y ń s k i T. Przyczynek do teorii pitjatyizmu (z pokazem chorego).
2. H i g i e r. Dwa przypadki obustronnego porażenia mózgowego dziecięcego (diplegia cerebrealis).
3. S t e r l i n g. Dwa przypadki zmian odżywczych w kończynach.
4. B y c h o w s k i. Przypadek porażenia wrzekomo-opuszkowego.
5. Ł a p i ń s k i. Przypadek psychozy pochodzenia padaczkowego(?).
6. K n a p p e. Przypadek twardzieli skóry.
7. W u r c e l m a n. a) Przypadek choroby Parkinson'a. b) Przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym przebiegu.
8. T u m p o w s k i. Przypadek rozsianego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powikłanej przymiotem.
9. F l a t a u. Przypadek nowotworu mózgu o szybkim przebiegu (z pokazami preparatów).

1) S. K o p c z y ń s k i i T. J a r o s z y ń s k i. Przyczynek do teorii pitjatyizmu (z pokazem chorego).

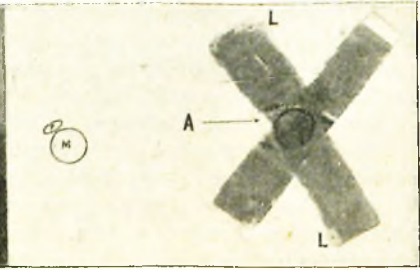
Punktem najbardziej spornym w teorii pitjatyizmu jest sprawa zaburzeń naczynioruchowych, odżywczych, wydzielniczych, termicznych etc., które, zdaniem jednych mogą, wchodzić w obraz hysterji, zdaniem zaś twórcy teorii, Babińskiego, jest to niemożliwe, gdyż objawy te nie mogą być wywołane ani usunięte przez suggestję. Pragnąc dać przyczynek do tej kwestji, referenci dokonali szeregu doświadczeń na chorym, cierpiącym na wybitną hysterję od lat wielu; u chorego tego już nieraz jakoby były wywoływane zaburzenia naczynioruchowe w hipnozie. Od lat 10 chory miewa napady nerwowe o charakterze padaczkowym. Podczas jednego z nich przed 8 laty dostał połowicznego bezwładu, uznanego w klinice wiedeńskiej za organiczny i usuniętego mimo to przez D-ra K. w ciągu kilku seansów hipnozy. Wybitne cechy skłonności do włóczęgostwa i zwyrodnienia psychicznego. Skłonność do pijaństwa. Żadnych piętn hysterji przedmiotowych, jednak wybitna podatność na hipnozę.

Pierwsze doświadczenie polegało na wywołaniu za pomocą sugestji bąbeli na ręku. Gdy poddano w hipnozie, że na rękę w określonym miejscu wystąpi bąbel, nazajutrz istotnie bąbel występował: wielkości ziarnka grochu, owalny, z białą cieczą pod naskórkiem, naokoło nieznaczne zaczerwienienie. Doświadczenia dokonywano kilkakrotnie w różnych warunkach: bąbel występował zawsze po upływie 20—24 godzin, przytem tylko wtedy, gdy ręka pozostawała otwartą; gdy przeciwnie, rękę obwinęto bandażem i opieczętowano, — objawu tego nie było. Wówczas eksperyment wykonano w takich warunkach, aby można było u chorego stwierdzić symulację: na tylną część dłoni przyłożono monetę, zaklejono ją dwoma cienkimi paskami plastra lepkiego i rękę obwinęto bandażem bez pieczęci (zwoje bandaża i kierunek ich zapisano). Nazajutrz po zdjęciu opatrunku znaleziono bąbel pod plasterem z boku monety, na plastrze zaś znak wyraźny dotknięcia czemś gorącym, gdyż plaster w tem miejscu był roztopiony, a brzeg monety zasmolony (patrz rys. 1 i 2-gi). Tak więc niewątpliwie stwierdzono w tym przypadku symulację, prawdopodobnie bezwiedną, jak to wskazuje ogólne zachowanie się chorego.

Inne doświadczenia: 1) Poddawano w hipnozie przyspieszenie tętna i otrzymano w ten sposób 92 uderzeń na minutę zamiast 70—72; wynik ten jednak był krótkotrwały: po minucie liczba wynosiła 86. Większej cyfry ponad 90 nie otrzymano też wówczas, gdy chciano wywołać przyspieszenie tętna drogą pośrednią, przez poddawanie uczucia strachu, zmęczenia przy wejściu na 4 piętro i t. d. 2) Wywoływanie za pomocą sugestji w y p r ó z n i e ń udawało się tylko jednorazowo, t. j. stolec występował w pół godziny po obudzeniu ze snu hipnotycznego, ale tylko raz jeden — gdy znowu po chwili uśpiono i poddano tenże objaw po raz drugi, już stolec tego dnia nie występował. 3) Kilkakrotnie próbowano wywołać za pomocą sugestji podniesienie ciepłoty ciała, oddawanie zwiększonej ilości moczu, występowanie potu (wprost i bezpośrednio za pomocą wywoływania wzruszenia strachu, gniewu i t. d.), jednak zawsze bez wyniku. Wywoływanie w hipnozie łez udawało się bardzo łatwo. 4) Choremu poddano, że po przebudzeniu się będzie miał połowiczne porażenie wraz ze znieczuleniem, — istotnie po przebudzeniu chorey nie mógł podnieść ręki, powłóczył nogą, język i twarz zbaczały w stronę porażenia, oraz wszystkie rodzaje czucia były po tej stronie zniesione; przyczem stan odruchów nie zmienił się, odruchy ścięgnowe były jednakowo żywe po obu stronach, odruchy skórne (podeszwowe, brzuszne) były słabsze po stronie znieczulenia, widoczne jednak było, że to zależało od dowolnego powstrzymywania ruchów mięśniowych; objaw Babińskiego „flexion combinée de la cuisse sur le tronc” nie miał miejsca, t. j. chorey przy siadaniu z pozycji leżącej nie podnosił ani jednej ani drugiej nogi do góry (odwrotnie jak bywa w porażeniu połowiczem organicznem). 5) U chorego wywoływano w hipnozie szereg stanów uczuciowych, jak strachu, gniewu, pogardy, bólu fizycznego, smutku, wesołości i t. d. i jednocześnie badano tętno. Okazuje się, że jakkolwiek twarz i cała postać chorego nader udatnie wyrażały stan uczuciowy (np. podczas smutku lzy ciekły po policzku, podczas strachu przerażenie malowało



Rys 1.



Rys. 2.

P — pęcherz, który wystąpił na drugi dzień po sugestji hipnotycznej.

P<sub>2</sub> — blizna po pęcherzu, który się utworzył tydzień przedtem.

L—L. Dwa paski plastra lepkiego, pokrywające monetę, pod którą miał wystąpić pęcherz na skórze

(w miejscu, odpowiadającym M na rys.)

A — miejsce, w którym plaster na drugi dzień po sugestji był roztopiony i które odpowiadało miejscu P—gdzie właśnie obok monety wytworzył się pęcherz.



Rys. 3.

Twarz normalna (w spokoju).



Rys. 4.

Poddanie wesołości.



Rys. 5.

Poddanie smutku.



Rys. 6.

Poddanie przestrochu.



Rys. 7.

Poddanie gniewu.



Rys. 8.

Poddanie bólu fizycznego.



Rys. 9.

Poddanie uczucia błogości.



Rys. 10.

Poddanie gorzkiego smaku.



się na twarzy w całej pełni i t. d.),— mimo to tętno wcale nie zmieniało się, co poniekąd dowodzi, że chory właściwie tych stanów wzruszeniowych nie odczuwa, tylko sztucznie, pod wpływem sugestji, nadaje twarzy i postaci zewnętrzny wygląd, pozorujący odczuwanie wzruszenia (patrz rys. 3 — 10).

Na zasadzie badań powyższych referenci dochodzą do wniosków: 1) Zaburzenia naczynioruchowe, odżywcze, wydzielnicze, termiczne nie mogą być wywołane drogą sugestji; u chorego, posiadającego suggestyjność wprost w stopniu niesłychanym, nie można było tych zaburzeń wywołać, o ile zaś niektóre (jak np. bąble) występowały, to tylko dzięki symulacji, t. j. były wywoływane sztucznie.

Ta okoliczność, że u chorego, u którego wielu lekarzy kilka lat temu wywoływało w hipnozie zaburzenia te (np. obrzęki, bąble) i przyjmowało to za fakt, — w końcu stwierdzono symulację przy dokonaniu doświadczeń w ściśle skontrolowanych warunkach—jest bardzo znamienna, pozwala bowiem przypuszczać, że i w wielu innych doświadczeniach tego rodzaju dopuszczono się jakiegokolwiek niedopatrzania. Nigdzie w piśmiennictwie nie znajdujemy wzmianki, aby zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze i t. d. występowały pod wpływem sugestji w o c z a c h l e k a r z a. wszędzie zaś podaje się pewien okres czasu (kilka, kilkanaście godzin), podczas których chorzy zwykle nie podlegali ścisłej obserwacji, tak że symulacja z ich strony nie była wyłączona \*).

2) Wobec tego wydaje się słusznem twierdzenie Babińskiego, który utrzymuje, że z obrazu hysterji należy wyłączyć objawy naczynioruchowe, odżywcze, termiczne i t. d., gdyż są one albo powikłaniem innej natury (np. gorączka wskutek niedopatrzanej innej choroby, zaniki mięśniowe, jako objaw wtórny wskutek długotrwałego porażenia, szybko przemijające obrzęki angioneurotycznego, nie zaś histerycznego pochodzenia i t. d.), albo świadomą czy nieświadomą symulacją (przypadek „wrzodów histerycznych” Brissaud, w którym chora wywoływała ropienie igłą dla zwrócenia na siebie uwagi lekarza, przypadek „zgorzeli histerycznej” Dieulafoy, w którym chory świadomie dla otrzymania odszkodowania wywoływał zgorzel i trzykrotnie dawał sobie amputować rękę i wiele in.)

3) Za pomocą sugestji możemy w minimalnym stopniu wywołać objawy wzruszeniowe; chory wzruszenie poddane „udaje”, t. j. zachowuje się tak pod względem zewnętrznym, jakby je odczuwał, jednak tętno się nie zmienia, co dowodzi, że w istocie nie jest on tem uczuciem przejęty. Podobnie rola wzruszenia w hysterji wydaje się być niewielką i przez wielu autorów przesadzoną; w hysterji większą rolę odgrywa automatyzm

---

\*) Względnie w krytycznych warunkach dokonane spostrzeżenie ogłosił Dr. Heller (Münch. Med. Woch. N-r 41, 1909) — u chorego wystąpiły bąble pod bandażem w kilka godzin po poddaniu — jednak i w tym razie, sądząc z opisu, nie wyłączona była możliwość symulacji. Przytem Heller dokonał doświadczenia tylko raz jeden, co nie jest wystarczające, ani przekonywające.

(Janet) i suggestja (Babiński), niż wzruszenie. Chorzy na histerję zachowują się z obojętnością względem swoich cierpień i zwykle raczej chcą przerazić i przejąć otoczenie (np. w napadach nerwowych), niż sami są przerażeni — przejęci. Pomiędzy suggestją i wzruszeniem jest ta różnica pod względem klinicznym, że gdy za pomocą suggestji możemy każdy objaw „dozować”, t. j. dowolnie zmieniać jego miejsce, natężenie i trwanie (np. możemy wywołać porażenie w tem lub innym miejscu, o silniejszym lub słabszem natężeniu), — to przeciwnie, gdy pewien objaw powstaje pod wpływem wzruszenia (np. drżenie, zarumienienie się, zblednięcie), to gdy raz już objaw ten wystąpił, już od tej chwili usuwa się z pod naszej kontroli; stanowi on rodzaj reakcji ustroju na pewien bodziec zewnętrzny, nie podlegającej wpływowi woli osobnika. Za pomocą suggestji możemy objaw wywołać, dowolnie nim modulować i w każdej chwili usunąć, objaw zaś wzruszeniowy możemy najwyżej, i to nie zawsze, wywołać, potem zaś wymyka się on z pod naszej kontroli. Otóż objawy histeryczne mają charakter raczej pierwszego rodzaju, t. j. pitjatyyczny, wszelkie bowiem objawy, wchodzące w obraz histerji, jak porażenia, przykurczenia, znieczulenia i t. d., możemy dowolnie wywoływać i usuwać oraz określać ich miejsce, natężenie i trwanie.

Ogół lekarzy dlatego jest skłonny przypisywać wybitną rolę wzruszeniu w histerji, że powszechnie do histerji zalicza się cały szereg stanów nerwowych pokrewnych, niewiele wspólnego z histerją właściwą mających. Do nich należą przedewszystkiem stany neurasteniczne, mylnie uważane przez niektórych za chorobę, właściwą tylko płci męskiej, dalej stany lękowe, wyodrębnione w ostatnich czasach przez wielu autorów w oddzielną jednostkę chorobową, „nerwicę lękową” (Angstneurose), wreszcie stany należące do nerwic urazowych (névrose traumatique), w których wzruszenie właśnie odgrywa rolę pierwszorzędną i które zbliżają się raczej do grupy neurastenji, niż histerji. Po 1) bowiem uraz w tych nerwicach jest zwykle świadomy w psychice chorego, nie zaś ukryty w podświadomości, jak to ma miejsce w histerji, po 2) zaś objawy cielesne (jak np. drżenie, objawy naczynioruchowe i t. d.) mają tu charakter trwałe, nie ustępują pod wpływem suggestji i są raczej wyrazem przewlekłej reakcji ustroju na pierwotne wzruszenie, z urazem połączone (Babiński proponuje nerwicę urazową nazywać „névrose émotive”). Właściwa histerja — to nerwica z objawami, wyrażającymi brak lub nadmiar pewnych czynności ustrojowych, zależnych bezpośrednio od aktu woli (zniesienie czynności: porażenia, znieczulenia, amnezja i t. d., nadmiar czynności: drgawki, napady nerwowe, przykurczenia i t. d.), a więc możliwych do odтворzenia przez suggestję lub naśladownictwo (czyli i możliwych do symulowania); zależność tych objawów od wzruszenia jest pozorna — i pod tym względem lekarz i otoczenie są wprowadzani w błąd przez chorych, skłonnych do przesady i symulacji, pragnących otoczenie za wszelką cenę zadziwić i wzruszyć swoją chorobą.

(Streścił mówca).

1) W dyskusji Sterling zaznacza, iż obserwował chorego przed 8 laty na oddziale Dunina i wtedy, pomimo niezmiernej łatwości, z jaką chory poddawał się hipnozie, nie udawało się otrzymywać w hipnozie tych objawów odżywczych, które kol. Kop. przedstawiał w Tow. Lekarskiem. Stwierdzenie symulacji w danym przypadku nie może rościć sobie pretensji do potwierdzenia teorii pitjatyizmu. Tak jak stwierdzenie symulacji nie może negować istnienie zjawisk medjumicznych — tak samo nie wyłącza ono możliwości istnienia objawów odżywczych w hysterji — gdyż jeden przypadek pozytywny będzie miał tu większą siłę przekonującą, niż dziesiątki i setki negatywnych. Ale gdyby nawet z całą naukową ścisłością wyłączono możliwość istnienia zaburzeń odżywczych w hysterji, czemu jednostronnie zbyt wielką wagę przypisuje Babiński, to pozostanie cały szereg objawów, niezależnych od woli i niedających się usunąć za pomocą sugestji; w ostatnich czasach zostały one niewątpliwie stwierdzone w hysterji choćby w dziedzinie odruchów: przemijające znikanie odruchów kolanowych (Nonne i Stoertz), nieruchomość źrenic (Willmanns). Pitjatyizm nie jest to zresztą żadna teoria, jak się to niesłusznie mówi, lecz sprawa czysto dowolnej umowy, określenie najzupełniej aprioryczne, dowolne i niedowiedzione — tak zresztą jak zupełnie dowolne jest określenie przez Babińskiego samej sugestji. Pitjatyizm i poddawanie się działaniu sugestji nie jest bynajmniej swoistym atrybutem hysterji, lecz najrozmaitszych innych stanów czynnościowych (neurastenja), nawet organicznych (alkoholizm, porażenie postępujące) a przede wszystkim wieku dziecięcego. Współczynnik czasu, na który powołuje się Babiński i jego zwolennicy, polegający na tem, że zjawiska historyczne mogą być usunięte drogą sugestji prędszej aniżeli neurasteniczne i im podobne — nie może posiadać wartości rozstrzygającej. A zresztą fakt, że za pomocą sugestji usuwamy rozmaite objawy historyczne, nie dowodzi bynajmniej, ażeby sugestja usuwała samą hysterję.

(Streszczenie własne).

Pręgowski również jest zdania, że jeden ten dowód nie przekonał go, że hysterja nie jest w stanie wywoływać rozpatrywanych objawów.

Sterlingowi Jaroszyński odpowiada:

Przypadek opisany stanowi tylko przyczynek do sprawy istnienia zaburzeń naczynioruchowych, wydzielniczych i t. d. w hysterji i wykrycie w nim udawania ze strony chorego jest bądź co bądź znamienne, gdyż wykazuje bezsilność chorego, obdarzonego tak wybitną sugestyjnością, w kierunku wywołania tych zaburzeń na drodze czysto psychicznej. Fakt ten rzuca światło na inne doświadczenia podobne, dokonane w warunkach mniej krytycznie skontrolowanych, i pozwala wątpić o ich wiarygodności. Jest rzeczą bardzo pożądaną, aby ci z członków Towarzystwa, którzy przypuszczają możliwość wywoływania tych objawów za pomocą sugestji, starali się tego krytycznie dowieść, jak dotychczas jednak w piśmiennictwie spotykamy tylko mnóstwo spostrzeżeń, w których wykryto udawanie i podstęp ze strony chorych. Obserwacje zaś wielu au-

torów, przyznających możliwość tych objawów w obrazie hysterji (odruchy źreniczne — Redlich, gorączka — Oppenheim, zmiany na skórze — Gordon i t. d.), zazwyczaj nie wytrzymują krytyki z tego powodu, że objawy te spostrzegano u chorych na hysterję i w żadnym przypadku nie zostało dowiedzionem, czy to hysterja była tych zaburzeń przyczyną, — przeciwnie częstokroć okazało się później, że przyczyna była organicznej natury (np. chora przedstawiana przez Raymond'a, jako przykład możliwości objawu stopowego w hysterji, na oddziale Ballet'a zmarła i okazał się nowotwór rdzenia). Autorzy ci bowiem nie mają żadnej metody, za pomocą której mogliby dowieść, że zaburzenia te są charakteru historycznego. Metodę tę podał tylko Babiński, utrzymujący, że to tylko może być historycznym, co jest pitjatyczne, t. j. co da się wywołać i usunąć za pomocą sugestji, — i pod tym względem możemy z wielkiem prawdopodobieństwem utrzymywać, że takie objawy, jak zmiany ze strony źrenic, ciepłoty, odruchów, zaburzeń naczynioruchowych i t. d. — wpływowi sugestji nie podlegają. Dalsze pogłębienie tego zagadnienia będzie polegało na wyjaśnieniu, czy pojęcie hysterji jest równoznaczne z pitjatyzmem, t. j. z objawami, wywołalnymi za pomocą sugestji, czy też jest pojęciem szerszem, t. j. w obraz hysterji prócz objawów pitjatycznych mogą wchodzić i inne objawy, nie podległe wpływowi sugestji — i tego właśnie powinni dowieść przeciwnicy teorii Babińskiego. Jeśli nikt nie wykaże, że istnieją objawy, wchodzące w zakres hysterji, nie mające jednocześnie cechy pitjatyizmu, to wówczas określenie hysterji przez Babińskiego, mające w swem założeniu pozory aprjoryzmu, jednakże okaże się słusznem. — Zarzut, postawiony podczas dyskusji, że sugestyjność odgrywa rolę i w innych chorobach (alkoholizm, neurestenja, porażenie postęp.) nie wytrzymuje krytyki, mowa tu bowiem o sugestyjności t. zw. fizjologicznej, spotykanej i u ludzi normalnych (sugestja w życiu codziennem, w prasie, reklamie i t. d.), podczas gdy sugestja w hysterji nosi cechy patologiczne, doprowadza bowiem do t. zw. wypadnięć lub nadmiaru funkcji (porażenia, przykurczenia, znieczulenia, drgawki) albo do rozdwojenia psychiki (podatność na hipnozę głęboką, napady nerwowe), czego nie bywa w żadnej innej chorobie.

(Streścił mówca).

2) Higier przedstawił dwóch chorych i omówił dwa następujące przypadki:

Przypadek pierwszy: Diplegia cerebrealis infantilis post poliencephalitem.

16-letni chłopiec, z rodziny zdrowej. Poród prawidłowy, nie przedwczesny. W 7 tygodniu życia 10-dniowa choroba gorączkowa z drgawkami. Od tego czasu osłabienie ruchów. Stan choroby się poprawiał stopniowo. Od roku zaczęło się postępujące pogorszenie.

St. obecny. Niedowłady i niezgrabność wszystkich kończyn, wyraźniejsze w lewej połowie ciała. Chód niezwykły, noszący cechy kurczowo-

niedowładowego ze znaczną domieszką zaburzeń, pochodzących z napaadowego kurczu poszczególnych grup mięśni, z nierównomiernego rozkładu napięcia mięśni (chód dystoniczny). Obserwując tułów i kończyny, widzi się często mimowolne kurcze w mm. piersiowych, naprężaczu powięzi szrokowej i udowych. Nierzadkie współruchy, zwłaszcza w lewej kończynie dolnej przy ruchach zamiarowych w górnych kończynach. Na obu stopach paluchy nadmiernie wyprostowane, pozostałe palce nadmiernie zgięte. Przemijające kurcze i współruchy uniemożliwiają dłuższe siedzenie na miejscu, podnoszenie się, przyjmowanie pokarmów i wypróżnianie. Nadwicznienie niektórych palców. Gdziekolwiek ruchy atetotyczne w większych i drobniejszych mięśniach. Przemijający kurcz w mięśniach powiek chwilami uniemożliwia zamykanie oczu. Asymetria twarzy. Mowa powolna, zartata, nosowa. Mimowolny śmiech. Ledwie dostrzegalne zaburzenia w połknięciu i fonacji. Niedorozwój umysłowy: pomimo wieloletniej nauki chory ledwie umie sylabizować, na pamięć umie modlitwę hebrajską, nie rozumiejąc jej, obliczenia arytmetyczne niepowikłane rozwiązuje znośnie, o ile są natury konkretnej, nie potrafi natomiast dodawać lub odejmować najmniejszych liczb oderwanych. Napady przemijającego pobudzenia ogólnego, podczas których łączy rodziców, krzyczy, płacze, ucieka nago i bosy. Napady te trwają minut kilkanaście i nie są połączone z utratą przytomności.

Higier rozpoznaje diplegię mózgową na tle przebytej poliencephalitis infantilis. Godne uwagi są: stopniowe pogorszenie, od roku trwające, niezwykle chód chorego, współruchy i ruchy atetotyczne oraz zaburzenia wrzekomo-opuszkowe. Anatomicopatologicznie należy przypuszczać rozlaną sprawę zwyrodnienia pozapalnego w obu półkulach mózgowych.

Przypadek drugi. Poliencephalitis diffusa z następującą diplegią mózgową — płasawiczozatetotyczną.

35-letni mężczyzna, z rodziny zdrowej, w 8 dniu życia zachorował gorączkując i mając drgawki około miesiąca. Chory zaczął chodzić i mówić w 3-im roku życia. Naogół stan choroby się poprawiał od dzieciństwa do ostatnich lat. Drgawki znikły zupełnie i wróciły dopiero w 20-ym roku życia, powtarzając się od tego czasu co 2—3 miesiące w postaci lekkiego napadu padaczkowego.

Stan obecny: Niezgrabność ruchów wszystkich kończyn bez wyraźnych objawów porażenia. Ciągłe ruchy mimowolne w mięśniach twarzy, języka i kończyn. Kurcze przemijające w różnych mięśniach rąk i nóg, co naśladuje prawie stałą stopę szpotawo-końską, nadmierne wyprostowanie obu paluchów, częste zginanie ramion w stawie łokciowym i znaczne skrzywienie kręgosłupa boczne w części grzbietowej. Ruchy atetotyczne i płasawicze rąk i nóg. Chód niezwykle, noszący cechy nierównomiernego napięcia mięśni (chód dystoniczny), przy szybkim tempie chodzenia chory potrafi przeskakiwać po 2—3 schodki, podnosząc się w górę. Współruchy nóg, zwłaszcza lewego uda, podczas najróżnorodniejszych czynności, zwłaszcza podczas mowy. Mowa wybuchowa, nosowa. Częste

zбочenie skojarzone oczu i głowy. Wszystkie ruchy mimowolne i współruchy wzmagają się przy wzruszeniu. Niedorozwój umysłowy znaczny: nie umie liczyć, czytać, na pamięć powtarza modlitwę hebrajską, nie rozumiejąc treści jej.

Higier rozpoznaje diplegię mózgową o typie mieszanym płasawicz-atetotycznym, która się rozwinęła prawdopodobnie na tle przebytej we wczesnym dzieciństwie poliencephalitis diffusa. Zasługuje na uwagę: brak czynników dziedzicznych, niezwykły chód przy bardzo nieznacznym niedowładzie i ledwie wzmożonem napięciu mięśni, brak objawów zwyrodnienia piramid. Rozlana sprawa zwyrodnieniowa kory mózgowej jest prawdopodobnie podłożem anatomo-patologicznem omawianego cierpienia.

(Streścił mówca).

3. Sterling przedstawił 2 przypadki zmian odżywczych w kończynach.

Przypadek I. Choroba rozpoczęła się przed 16 laty od bólów w obydwóch dużych palcach obu stóp, bólów stałych, wzmagających się podczas chodzenia oraz w nocy. Po 1½-rocznem trwaniu tych bólów na dużych palcach stóp ukazały się czarne plamki, stopniowo powiększające się, następnie przeszły one w niegójące się ranki. Prof. Kosiński wtenczas amputował te 2 palce i rany amputacyjne zagoiły się po paru miesiącach. Po 3-letnim okresie względnego zdrowia na miejscu amputacji dużego palca lewej stopy powstała czarna plamka i rana, które stopniowo powiększały się i zajęły całą piętę. Rana nie zagoiła się w przeciągu 2 lat, przyczem sprawiała choremu bóle o niezmiernie silnem natężeniu; wtedy dokonano mu amputacji голени poniżej kolana (gojenie się rany pooperacyjnej trwało 1½ roku). Po 5-letnim bezbolesnym okresie wystąpiły bóle w II i III palcu prawej dłoni, wkrótce zaś potem w II i III palcu lewej dłoni, na ostatnich członkach palców wytworzyły się ropiejące ranki, które zagoiły się w przeciągu 2 miesięcy, poczem wystąpił gwałtowny ból w V palcu lewej dłoni i coraz bardziej powiększające się ropiejące owrzodzenie, wobec czego choremu amputowano ten palec. Nastąpił znowu 3-letni okres względnego zdrowia, poczem 2 lata temu wystąpił gwałtowny ból w V palcu prawej stopy, następnie zaś w pozostałych palcach tej samej stopy — oraz ranki pomiędzy palcami, które powiększały się i nie goiły; wówczas przeszedł leczenie w Busku (24 kąpiele i 24 wcierania), które wprowadziło usmierzycie mu nieco bóle, lecz nie wpłynęło na zagojenie się owrzodzeń. 1½ roku temu chory, obudzwszy się rano, zauważył osłabienie lewej kończyny górnej, jednocześnie wtedy przez kilka dni mowa była utrudniona. Podobno od 2 lat doznaje pewnego utrudnienia w oddawaniu moczu. Pamięć podobno nie uległa zmianie, wystąpiła tylko płacliwość, którą chory sam podkreśla. Przed dwudziestu kilku laty — rzeźączka. Pozatem nigdy nie chorował. Przymiot zaprzecza. Nie pił Palic

zaczął bardzo wcześnie i palił bardzo dużo (do 50—60 papierosów dziennie). Brak danych dziedziczno-neuropatycznych.

Przedmiotowo w narządach wewnętrznych brak zmian wyraźnych, w moczku ślady białka, brak cukru. Tętno=92, Riva-Rocci z prawej strony = 135. T. ramienne tętnią obustronnie, promieniowa prawa tętni wyraźnie, w lewej tętnienie jest niezmiernie słabe, ledwie wyczuwalne, tętnice udowe tętnią obustronnie, tętnica podkolanowa nie wyczuwa się, również nie wyczuwa się prawa t. grzbietowa stopy. Mowa nie wykazuje zmian wyraźnych. Żrenice równe, oddziaływanie na światło zachowane. Osłabienie dolnej gałazki lewego n. twarzowego. Przy zamykaniu i podnoszeniu powiek oraz przy ruchach wargami występują towarzyszące ruchy głowy. Wybitne osłabienie lewej kończyny górnej: w stawie barkowym przykurczenie, którego nie można przemódz, w stawie łokciowym przykurczenie w zgięciu; najmniej ograniczone i osłabione są ruchy w stawie napięstkowym i w palcach. Przykurczenie w stawie łokciowym udaje się przemódz biernie. Drżenie prawej dłoni i palców głównie przy ruchach. Siła mięśniowa w obrębie lewego stawu biodrowego wydaje się niezmiernie osłabiona. Odruchy z m. trójgłowego i okostnowe z promienia lewego patologicznie wzmożone. Odruch kolanowy lewy bardzo wzmożony, brzuszne słabe, mosznowy prawy zachowany, lewego brak. Prawe kolano jest stale zgięte pod kątem prawie prostym i nie o wiele więcej chory może je wyprostować. Z lewej strony żadnych przykurczeń w mięśniach zginających kolano niema. Czucie dotykowe, bólowe i ciepłikowe dokładnie zachowane, nieznaczne zaburzenia czucia mięśniowego w palcach lewej dłoni, dość znaczne zaburzenia zmysłu stereognostycznego w tejże dłoni.

Na dłoniach występują wybitne zmiany odżywcze, dotyczące końcowych członków palców i paznokci: na p r a w e j dłoni tylko I palec zmian nie wykazuje z wyjątkiem pewnego spłaszczenia paznokcia. Również i V palec wykazuje zmiany nieznaczne: sinicę i szponowatość paznokcia. Największe zmiany występują na II i III palcu: na II palcu paznokieć wyrasta nie w kierunku prostym, lecz w bok w kierunku do I palca, jest on zniekształcony; z III członka pozostał tylko szczątek, zmieniony jest również i II członek i skóra na nim wygładzona. Na III palcu pozostał również szczątek końcowego członka, z którego wyrasta gruby (5 mm.) stożkowaty paznokieć i on również zwrócony jest nieco na bok, II członek zlepką ścięziony (g l o s s y - s k e a n). Mniejsze zmiany widać w IV palcu prawej dłoni — paznokieć nie wykazuje znacznego zgrubienia (szponowatość, zatarcie macierzy, zmiana koloru).

Na lewej dłoni zmiany odżywcze są mniej wybitne: na I palcu tylko spłaszczenie i szponowatość, na II wybitna szponowatość; nieznaczny zanik III członka. Największe zmiany w III palcu: znaczna szponowatość, przyczem paznokieć jest nieco zgrubiały na końcu i znacznie zgrubiały w środku i u podstawy (wybitne prążkowanie i załamywanie się) tak, że pomiędzy przednią i środkową  $\frac{1}{3}$  tworzy się głęboka szczelina. Na IV palcu wybitna szponowatość bez wyraźnego zaniku III członka.

Mówca, sprowadzając wszystkie objawy kliniczne niniejszego przypadku do zmian miażdżycowych w tętnicach, podkreśla w nim: 1) połączenie objawów stwardnienia naczyń obwodowych ze stwardnieniem naczyń mózgowych (niedowład lewostronny w 14 lat po wystąpieniu objawów obwodowych), 2) połączenie objawów bólowych i odżywczych w kończynach górnych i dolnych, 3) występowanie niezmiernie wybitnych zmian odżywczych w ostatnich członkach palców obu dłoni, 4) przykurczenie w zginaczach prawego kolana (po stronie nieporażonej), powstałe prawdopodobnie wtórnie naskutek bólu i ciągłego zginania oraz 5) wybitny nikotynizm w wywiadach przy braku innych etiologicznych czynników.

**P r z y p a d e k II.** Chory, lat 40, przed 8 laty podczas pogromu w Kiszyniowie uderzony został żelazem w lewą stopę, w 2—3 tygodnie potem wystąpiło drętwienie i bóle w okolicy dużego palca prawej stopy, potem ropienie, następnie zaś zczernienie tegoż palca, który zupełnie odpadł; wkrótce analogiczna sprawa nastąpiła w pozostałych palcach prawej stopy, które zmartwiały i odpadły bez szczególnych bólów w przeciągu kilku tygodni, zaś rana zupełnie zagoiła się. W pół roku po urazie w zupełnie identyczny sposób zmartwiały i odpadły wszystkie palce prawej stopy, przyczem również rozpoczęło się od bólów i parestezji w wielkim palcu. Brak przedtem jakichkolwiek objawów chromania przestankowego bądź w kończynach dolnych, bądź w górnych—bóle nigdy nie były silne. Mniej więcej w rok po urazie wystąpił nieznaczny ból i drętwienie w drugim palcu prawej dłoni — i tutaj początkowo wystąpiło ropienie, poczem skóra zczerniała — i ostatni członek odpadł zupełnie bez bólu. Od kilku miesięcy wytworzyły się inne owrzodzenia na tylnej powierzchni obu goleni. 2 miesiące temu wystąpiło drętwienie w IV i V palcu lewej dłoni oraz wzdłuż jej łokciowej powierzchni (uczucie „zaspania”); wkrótce potem analogiczne uczucia w symetrycznych miejscach prawej dłoni. Od kilku tygodni znaczne osłabienie całej lewej kończyny górnej, głównie dłoni i palców, w mniejszym stopniu w stawie łokciowym i barkowym — w jeszcze mniejszym stopniu w prawej kończynie górnej. W ostatnich czasach głównie w nocy mimowolne kurczenie się nóg. Stolec, oddawanie moczu bez zmian. Przymiot, alkoholizm zaprzecza. Chory zaczął palić w bardzo młodym wieku i palił bardzo dużo. W narządach wewnętrznych brak zmian przedmiotowych. T. promieniowa lewa nie wyczuwa się, w prawej minimalne tętnienie (84), t. t. ramienne tętnią wyraźnie, również łokciowe i udowe; t. t. podkolanowe, gołeniowe tylne oraz stopowe nie wyczuwają się. W p r a w e j kończynie górnej siła ruchów w stawie barkowym normalna, w stawie łokciowym zginanie dość dobre, rozginanie niezmiernie osłabione. W l e w e j kończynie górnej osłabienie siły mięśniowej jest jeszcze wybitniejsze—przyczem zajmuje symetryczne grupy mięśniowe. Wybitne zaniki m. trójgłowego i ramiennopromieniowego lewej strony, zaniki m. wyprostnych i w mniejszym stopniu zginaczy przedramienia, wybitne spłaszczenie kłębuszka, w mniejszym stopniu lewego kłębu. Odruch z mięśnia



trójgłowego prawy słaby, z lewej strony otrzymuje się tylko zginanie łokcia. Odruchy kolanowe bardzo żywe, z ścięgna Achillesa prawy zachowany, lewego nie udaje się wywołać. Mosznowe żywe. Brzuszne — zachowane, słabe, łatwo wyczerpujące się. Wszystkie rodzaje czucia zachowane. Na dużym palcu prawej dłoni brak ostatniego członka. Na obu stopach brak wszystkich palców. Na grzbiecie prawej i lewej stopy bliżej zewnętrznego brzegu wielkie symetrycznie położone pokryte ziarniną owrzodzenie. Na paznokciach palców dłoni (głównie II i III) szponowatość i żółtawe zabarwienie. Chód normalny. — Wybitne zmiany w oddziaływaniu elektrycznym mięśni przedramion i dłoni: m. ramienno-promieniowy lewy na prąd przerywany zupełnie nie odpowiada, przy drażnieniu prądem stałym skurcz powolny, w mięśniach kłębu i kłębuszka obu stron, oraz w II i IV międzykostnych prawej dłoni wyraźny odczyn z wyrodnienia.

Przypadek niniejszy nastęrcza poważne trudności rozpoznawcze z powodu zespołu zaburzeń odżywczych, zmian w naczyniach obwodowych, zaników mięśniowych z wyraźnym odczynem zwyrodnienia oraz wzmożeniem odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych. Ogólny obraz kliniczny oraz cały przebieg choroby (powstawanie ropiejących owrzodzeń na palcach, bezbolesne ich odpadanie oraz następcze wystąpienie zaników mięśniowych) nasuwa — jako najbliższe — przypuszczenie t. zw. choroby Morvan'a, jednakże trudno jest zatrzymać się na niem z powodu braku jakichkolwiek zaburzeń czucia (zwłaszcza bólowego i ciepłikowego), nieodzownych dla rozpoznania syringomyelji. Z drugiej strony niepodobna całego obrazu objaśnić wyłącznie zmianami w naczyniach obwodowych z powodu braku wyraźnych objawów bólowych, braku poprzedzającego okresu chromania przestankowego oraz istnienia wyraźnych zaników mięśniowych z odczynem zwyrodnienia. Uzależnienie zaników mięśni przedramion i dłoni od zmian w nerwach obwodowych (*neuritis periaxillaris*), powstałych na tle niedostatecznego odżywiania nerwu wydaje się nieprawdopodobne, gdyż zmiany w naczyniach kończyn dolnych nie są bynajmniej mniejsze, a jednak nie spostrzegamy tam zaników, natomiast patologicznie wzmożone odruchy ścięgnowe. Najbardziej prawdopodobne więc w przypadku tym jest bądź co bądź istnienie jakiejś sprawy rdzeniowej, której charakteru bliżej nie możemy określić. Stosunek tego cierpienia rdzeniowego do spostrzeganych współcześnie zmian w naczyniach może być w danym przypadku trojaki: 1) albo sprawa rdzeniowa istnieje współzależnie i niezależnie od zmian w naczyniach (t. zw. usposobienie angjopatyczne? nikotyzizm?), co wydaje się najmniej prawdopodobne, 2) albo zmiany naczyniowe nie ograniczają się do naczyń obwodowych, lecz zajmują i naczynia rdzenia, na którym to tle powstało cierpienie rdzeniowe albo, 3) co najprawdopodobniejsze — zmiany w naczyniach obwodowych są takim samym odżywczem zaburzeniem pochodzenia rdzeniowego, jak ewentualnie zaniki mięśniowe, ropiejące owrzodzenie i martwica palców.

(Streścił mówca).

W dyskusji Higier zaznacza, że w przypadkach współistnienia zmian naczyniowych i rozlanych zaników mięśni możliwe są następujące ewentualności: 1) zmiany w naczyniach i zmiany w nerwach są współrzędne i zależą obie od wrodzonych zaburzeń w poszczególnych układach (*dispositio angio-et neuropathica*); 2) zmiany w naczyniach zależą od miażdżycy zacieśniającej (*endarteriitis obliterans*) a zaniki mięśni są wewnątrzpochodne, t. j. zależne od przypadkowego upośledzenia (np. zapalenia wielonerwowego zakaźnego); 3) zmiany naczyniowe są wtórne i zależne od zaburzeń w nerwach (Łapiński), gdyż wiadomo, że w zapaleniu nerwu napięcie unerwianego przezeń naczynia obniża się, elastyczność naczynia zmniejsza się, komórki ściany naczyniowej zanikają i t. d. 4) wreszcie — co w danym przypadku zdaje się mieć miejsce — t. j. pierwotne zmiany naczyniowe z wtórnym uszkodzeniem odpowiednich nerwów. Tego rodzaju zapalenie nerwów różni się od zwykłych postaci (*neuritis parenchymatosa et interstitialis*), gdyż zniszczenia włókien, otoczek i t. d. niema, a istnieje jedynie, wskutek niedostatecznego dopływu krwi przez zwężone naczynie — obrzęk i niedokrwienie nerwu. Postać ta, zwana zapaleniem nerwu pochodzenia naczyniowego (*nevrite d'origine vasculaire* czyli *periaxiale*), odznacza się tem, że pozbawiona naczyń tkanka okołonerwowa pozostaje nietknięta, a cierpią jedynie — i to w nieznacznym stopniu — pochewka nerwu zewnętrzna i tkanka wewnątrz-pęczkowa. Wiadomo wreszcie, że tętnica łokciowa zaopatruje swojemi bocznemi drobnemi gałązkami n. pośrodkowy i łokciowy, które w danym przypadku są najbardziej dotknięte. Rozpoznanie sprawy rdzeniowej pierwotnej tłumaczyłoby jedynie zaburzenia odżywcze rąk i nóg, nigdy zaś ciężkiej miażdżycy zacieśniającej.

Sterling odpowiada, że przeciw obwodowej sprawie w 1-ym przypadku przemawia brak bólu i wzmoczenie odruchów.

Flatau zwraca uwagę na to, że w danym przypadku nie było zmian w naczyniach, nie może więc być mowy o miażdżycy jako o przyczynie cierpienia. Absolutny brak bólów przemawia również przeciw tej etiologii. Wyłączyć również należy zapalenie nerwów obwodowych (brak ich bolesności, zaniki mięśni nie tylko w mięśniach dalszych, jak to w drobnych mięśniach dłoni, lecz również i w m. trójgłowym). Najprawdopodobniej mamy do czynienia z cierpieniem pochodzenia rdzeniowego, przyczem grupa komórek współczulnych (w rogu bocznym) przeważnie uległa zmianom (objawy naczynioruchowe w kończynach górnych i dolnych!).

4) Bychowski przedstawił przypadek porażenia wrzekomopuzzkowego. Chory, 50 letni zegarmistrz, przed 3½ r. podczas pogromu w Siedlcach był naocznym świadkiem okrutnej śmierci matki, syna i wnuczki. Już kilka dni po pogromie mowa chorego stała się powolną. Wybitnych zaburzeń jednakże wtedy jeszcze prawdopodobnie nie było, skoro wkrótce potem wyemigrował do Ameryki. Po krótkim jednakże tam pobycie mowa stała się coraz mniej wyraźną. Od 2-eh

lat jest mniej więcej taka jak obecnie. Przed rokiem B. znalazł maskowaty wygląd twarzy z pewną skłonnością do płaczu, wzmożone odruchy ścięgnowe na górnych i dolnych kończynach, po lewej stronie czasami dodatni objaw Babińskiego. Podniebienie miękkie nie zawsze się kurczyło. Po 5 miesiącach stan mowy bez zmian; na lewej stopie dodatni objaw Babińskiego już stały, na prawej pod znakiem zapytania.

Obecnie górują przedewszystkiem zaburzenia mowy. Przy wielkim wysiłku można, i to nie zawsze, rozumieć chorego. Głos jest pozbawiony wszelkiej barwy, sylaby się zlewają, otrzymując wybitny nosowy przydźwięk. Natomiast niema żadnych zaburzeń ściśle afatycznych. Budowa zdania i poszczególnych wyrazów zupełnie nie zmieniona. Oddzielne litery prawie wszystkie chory wymawia zrozumiale ze swoistem zabarwieniem matowo-nosowem. Łykanie, żucie, oddychanie zupełnie bez zarzutu. Wargi nieco bełdadne, niż dawniej. Uczynić ich zupełnie sztywnymi nie może. Pali papierosa sprawnie, język wysuwa dosyć dobrze, ruchy boczne zachowane, zagiąć go do góry i uczynić go zupełnie sztywnym nie może. Zewnętrzny brzeg prawej połowy nieco wyszczerbiony. Włókienkowe kurcze na języku. Podniebienie miękkie prawie nieruchome, kurczy się tylko przy podrażnieniu gardzieli. Porażenia strun głosowych niema, lecz podczas fonacji nie mogą się one długo utrzymać w jednej pozycji, wykonywują beładne ruchy. Tak samo i nadgłośnia podczas fonacji od czasu do czasu opuszcza się i zakrywa krtani. Zmian elektrycznych ani jakościowych, ani ilościowych w mięśniach podniebienia miękkiego i języka niema. Niema ich też na lewej dłoni, na którą chory narzeka, że od kilku miesięcy nie jest tak zgrabna przy jego subtelnej robocie, jak dawniej. Na lewej dłoni przestrzenie międzykostne wyraźniejsze, niż na prawej, również i ścięgna zginaczy palców na lewej dłoni więcej się uwydatniają. Odruchy ścięgnowe i okostnowe na górnych kończynach wzmożone, na dolnych kończynach odruchy ścięgnowe i podeszwowe żywe. Objaw Babińskiego z lewej strony dodatni, z prawej—wątpliwy. Z lewej strony odruch stopy drgawkowy. Odruchy brzuszne żywe.

Biorąc pod uwagę cały przebieg cierpienia, B. rozpoznaje porażenie wrzekomo-opuszkowe. Jakkolwiek teraz są pewne objawy, które można byłoby uzależnić od zmian w samych jądrach odnośnych nerwów (drgania włókienkowe i zaniki w języku), ale należy pamiętać, że zmiana mowy już trwa od 2-ch lat, a zwłaszcza upośledzenie jej datuje od przeszło 3-ch, i że przed rokiem, kiedy mowa była już tak mało rozumiała, jak i obecnie, wszystkich tych zmian w narządach wykonawczych (język, wargi) nie było. Zupełnie prawidłowe oddziaływanie elektryczne też przemawia przeciwko porażeniu opuszkowemu. Zresztą, i tę okoliczność B. pragnąłby szczególnie podkreślić, nie mamy tu wogóle żadnych porażań ani niedowładów w odnośnych mięśniach wykonawczych, bo przy innych zbiorowych czynnościach, jak żucie, łykanie i t. p., nie wykazują one zaburzeń. Z tego wnioskować należy, że mamy tu do czynienia nie z upośledzeniem czynności tego lub owego mięśnia, lecz z upośledzeniem całych zespołów. Za punkt wyjścia sprawy patologicznej nie można tu uważać jąder odnośnych

nerwów, lecz dotąd jeszcze bliżej nie określone ośrodki podkorowe, zarządzające kojarzeniem odnośnych narządów podczas mowy artykułowanej. Wobec braku wszelkich objawów t. zw. korowo-ogniskowych—należy przypuścić, że sama kora tu nie jest zajęta. Mamy więc prawdopodobnie do czynienia z jakąś sprawą, umiejscowioną gdzieś między korą a opuszką, więc podkorową lub nadjądrową.

Zasługują też na uwagę wzmożone odruchy ścięgnowe u chorego, dowodzące wraz z dodatnim objawem Babińskiego na jednej, wględnie na obu stopach, istnienia zaburzeń w czynnościach szlaków piramidowych; zaburzenia te zaczęły się już przynajmniej przed rokiem. I tu w szlakach tych właściwie dotknięta jest nie ich zdolność przewodnictwa bodźców ruchowych (chód chorego i ruchy dłoni nie przedstawiają nic do życzenia)—lecz przeważnie ich zdolność hamowania odruchów rdzeniowych. I ta okoliczność przemawia za ogniskiem podkorowym, a nie opuszkowym. Wobec wzmożonej odruchowości rdzeniowej i objawów opuszkowych mogła by powstać myśl, że mamy tu do czynienia z chorobą Charcota—stwardnieniem bocznym z zanikiem mięśni, B. jednakże to rozpoznanie nie wydaje się trafnym. Dalej w chorobie tej jako pierwotnem cierpieniu obwodowego neuronu ruchowego mielibyśmy niezawodnie już—w przeciągu 2—3 lat—wyraźne zaniki i porażenia w kończynach, zmiany jakościowe w oddziaływaniu elektrycznym. Braki, które od niedawna dopiero wystąpiły w czynności drobnych mięśni lewej dłoni, są zbyt niewielkie i zbyt świeże, żeby można było je genetycznie połączyć z istniejącymi już od 2—3-ch lat zaburzeniami artykulacji. I nagły początek po niezwykle silnym urazie psychicznym więcej przemawia za jakąś sprawą podkorową—wskutek niewielkich wylewów i t. p.—niż za układowem, zwykle stopniowo i symetrycznie rozwijającym się cierpieniem, jakim jest stwardnienie boczne z zanikami mięśni.

#### Dyskusja.

Sterling uważa przypadek powyższy za porażenie opuszkowe istotne—a nie wrzekome; zaburzenia w dziedzinie złożonych zespołów ruchowych mogłyby przemawiać tylko za sprawą mózgową, w danym zaś przypadku różniczkować można tylko z porażeniem ponadjądrowem (brak napadów udarowych, brak zmian psychicznych). Brak w oddziaływaniu elektrycznym nie może być rozstrzygającym wobec wyraźnych zaników i drgań włókienkowych. Elektrywny charakter zmian opuszkowych w danym przypadku nie jest czemś dla porażen opuszkowych niezwykłym (przypadki zajęcia tętnicy mózdkowej dolnej).

Borstein jest zdania, że mamy tu do czynienia z cierpieniem opuszkowym, zaś nie z wrzekomo-opuszkowym, jak tego chce prelegent. Przemawia za cierpieniem opuszkowym szereg faktów, z których najważniejszy to drżenie włókienkowe języka i poczynający się zanik, dalej brak w wywiadach danych co do napadów udarowych obustronnych, które dawać mogą w rezultacie t. zw. objawy wrzekomo-opuszkowe. Dalej B. sądzi, że porażenie opuszki nie jest w tym przypadku samodzielnem cierpieniem w sensie klinicznej postaci Duchenne'a, ale początkiem stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni nietypowej postaci, gdzie choroba rozpoczyna

się od objawów opuszkowych, zaś później dopiero przechodzi na kończyny, jak to opisują autorowie angielscy. Zresztą już i tu mamy zaniki w mięśniach dłoni.

Gajkiewicz podnosi obecność drgań włókienkowych i skłania się do przyjęcia stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni.

Kopczyński St. zaznacza, iż rozpoczynanie się stwardnienia bocznego od porażenia opuszkowego do rzadkości nie należy, jak tego dowodzą jego własne spostrzeżenia.

W odpowiedzi na uwagi Sterlinga i Bornsteina B. zaznacza, że w danym przypadku w rozpoznaniu należy się liczyć nie tylko ze stanem chorego w chwili obecnej, lecz z całym rozwojem tej sprawy; przed rokiem, kiedy już były wszystkie obecne zaburzenia w artykulacji, stanowczo żadnych zaników nie było. Gdyby tu była pierwotna jądrowa sprawa, jak przypuszczają oponenci, to przed rokiem, kiedy zaburzenia artykulacji już trwały od 1—2 lat, zapewne były by już i objawy zaniku i zwyrodnienia. Wszak cierpienie, które S. i Bor. rozpoznają nazywa się postępującem i zwykle w przeciągu 3 lat doprowadza do śmierci. Niedostatecznie też, według B., oponenci sobie zdają sprawę z tej okoliczności, że inne czynności, które też są zależne od języka, nosa, podniebienia, policzków i nagłośni, jak łykanie, żucie i t. p., są w danym przypadku zupełnie zachowane, co, zdaje się, byłoby niemożliwe w prawdziwym postępującem porażeniu opuszkowem, wzgl. w stwardnieniu bocznem z zanikiem mięśni.

Bregman zwraca uwagę na to, że w stwardnieniu bocznem z zanikiem mięśni sprawa chorobowa w pniu mózgu, tak samo jak w rdzeniu, dotyka nie tylko jądra nerwów mózgowych, ale i tory nadjądrowe tych nerwów, które są dla nich tem samem, czem pęczki piramidowe są dla nerwów rdzeniowych. Możliwą jest rzeczą, że w niektórych przypadkach tory te najpierw zwyrodnieniu ulegają i dlatego obraz kliniczny jak np. w przypadku prelegenta, nosi cechy porażenia nadjądrowego; jest to jednakże niewątpliwy przypadek stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni. Co się tyczy niejednakowego zachowania się czynności opuszkowych w przedstawianym przypadku, Bregman sądzi, że nie jest to powód dostateczny, żeby odrzucić sprawę opuszkową. W przypadku ostrego porażenia opuszkowego na tle zatoru w tętnicy mózdzku tylnej dolnej mówca spostrzegł niedawno zupełną niemożność łykania przy braku jakichkolwiek zaburzeń mowy. Niewątpliwie ośrodki są w opuszcze topograficznie rozgraniczne, choć dokładne umiejscowienie ich nie jest jeszcze ustalone. Co jest możliwe w sprawie ostrej, możliwe jest i w sprawie przewlekłej; zatem i w stwardnieniu bocznem z zanikiem mięśni ośrodki opuszkowe mogą być oddzielnie naruszone.

5) T. Łapiński przedstawił przypadek psychozy przypuszczalnie padaczkowego pochodzenia.

Z. 51 l. były obywatel, ostatnio urzędnik kolei; wysoko nie nadużywał; syfilisu nie przechodził. Matka i siostra cierpią na migrenę; najmłodszy brat miewa drgawki ogólne; najstarszy od kilkunastu lat dotknięty jest chorobą umysłową. Pacjent przedstawiony miewał kilkakrotnie jakieżś omdlenia; cierpi przytem na migrenę; drgawek ogólnych jakoby nie mie-

wał; mówi wogóle o tem niechętnie. Na jesieni r. 1876 był 4 tygodnie podniecony; w 1877 r. przebywał miesiąc w szpitalu Jana Bożego, również wskutek napadu podniecenia; w sierpniu 1879 r. przybywa znów do tegoż szpitala, szybko się uspokaja; w roku 1883 spędza 6 miesięcy w prywatnym zakładzie; we wrześniu 1886 r. trafia po raz trzeci do szpitala Jana Bożego z osłabieniem pamięci, krótkotrwałymi napadami podniecenia; w 1894 r. umieszczony w Tworkach, przebywa tam do lipca 1897 r.; we wrześniu 1907 r. z powodu ogólnego zdenerwowania jedzie do Ojcowa, stamtąd udaje się do Drewnicy, a 2 listopada 1909 roku umieszczony zostaje po raz 4 w szpitalu Jana Bożego. Po za stanami podrażnienia Z. podlegał napadom przygnębienia. 17 listopada 1909 r. stojąc u ściany zaczął się ślaniać, wreszcie osunął się na podłogę i zasnął.

Obecnie badanie przedmiotowe wykazuje stępienie w prawym wierzchołku, tony serca głuche, zniesienie odruchów spojówkowego, gardzielowego i brzusznych.

Chory orientuje się w czasie, przestrzeni i otoczeniu; nie zdaje sobie sprawy dlaczego umieszczony został w szpitalu, nie myśli o tem wcale. Pytany, odpowiada szybko, działania arytmetyczne wykonywa jako tako; zasób wiadomości niewielki; z pojęciami oderwanymi nie daje sobie rady. Widoczne ubóstwo kojarzeń; w odpowiedzi na słowo drażniące powtarza to słowo, lub tłumaczy na język niemiecki i rosyjski, rzadko zaś ucieka się do opisu. Mówi dużo, przeskakuje z jednego przedmiotu na drugi. Pamięć, zdolność zapamiętywania upośledzona; zbytnia odwracalność uwagi. O sobie Z. jest najlepszego zdania, wad wcale nie posiada, skarży się na wszystkich; częstokroć bywa podrażniony. Do lekarzy mówi zwykle głosem słodkim, uniżonym, całuje po rękach, zwłaszcza gdy chodzi mu o otrzymanie czegoś. Pobyt w szpitalu mu nie ciąży, jest mu tutaj bardzo dobrze, radby zostać urzędnikiem w szpitalu; innego znowu dnia opowiada, że zostanie zakonnikiem. Pragnienia Z. po za obręb urlopu nie przekraczają; na żądaniach swych zbytnio nie nastaje. Stroi głowę lub nogi w brudne szmaty; w nocy wypróżnia się obok łóżka; na spacerze zbiera kawałki szkła, drzewa i t. p.

Wobec istnienia u rodzeństwa migreny, drgawek ogólnych, a u samego Z. omdleń, migreny, wobec braku właściwego podniecenia, wobec ubóstwa kojarzeń i krótkotrwałości stanów podrażnienia, wobec zachowania się Z. i jego egocentryzmu, wreszcie wobec otępienia—przypuszczam u Z. psychozę pochodzenia padaczkowego.

(Streścić mówca).

W dyskusji Bornstein zastrzega się, że na podstawie referatu, bez badania i obserwacji chorego, trudno jest powiedzieć coś stanowczego. Jednak na zasadzie tego, co usłyszeliśmy od referenta, nie wydaje się pewnem jego rozpoznanie. Niema, o ile się zdaje, owych typowych cech psychiki padaczkowej, jak pedanterja, rozwlekłość mowy, szerokie omawianie szczegółów, nie mających znaczenia, dalej brak wyraźnych danych co do stanów zamroczeń o charakterze padaczkowym. Na B. robi ta psychoza wrażenie zwyrodnieniowej.

Sterling nie uważa danych klinicznych w niniejszym przypadku za wystarczające do rozpoznania psychozy padaczkowej, brak tu swoistych cech, właściwych padaczce psychicznej z wyjątkiem jedynego może objawu napadów podrażnienia, które zresztą zdarzać się mogą i w rozmaitych innych stanach zwyrodnienia. S. nie wyłączyłby tu psychozy manjakałnej pomimo istnienia nieznacznego otępienia.

Pręgowski rozpoznaje w danym przypadku psychozę zwyrodnieniową i zarzuca prelegentowi brak należytej demonstracji.

Na zarzuty Bornsteina, że rozpoznanie w danym przypadku było mało uzasadnione, gdyż nie było objawów charakterystycznych padaczki Ł. przypomina, że u chorego bywały omdlenia, że bywał on słodki i unижony z wyższymi i brutalny z niższymi, że podrażnienie trwało zwykle bardzo krótko i cechowało się ubóstwem kojarzeń. Wszystkie te objawy według Ł. uprawomocniają do rozpoznania psychozy padaczkowego pochodzenia. W istnienie odrębnej psychozy zwyrodnieniowej Ł. nie wierzy. Istniejące otępienie samo przez się zbija zarzut Sterlinga, który przypuszcza w danym razie psychozę manjakałno-depresyjną. Faktem jest bowiem, że cierpienie to otępieniem się nie kończy (Kraepelin). W razie wystąpienia otępienia należy przypuszczać, iż miało się do czynienia z jakąś inną postacią chorobową, najprawdopodobniej z otępieniem wczesnym, psychozą padaczkową, lub też że otępienie było przejściowe. Tylko w ostatnim razie rozpoznanie psychozy manjakałno-depresyjnej jest możliwe.

6) W. Knappe przedstawił przypadek twardzieli skóry (sclerodermia). Chora, lat 22, posługaczka szpitala w Grodnie, przybyła na oddział d-ra O. Hewelkego w szpitalu ś-go Rocha.

Chora uskarża się na zmiany w skórze twarzy, kończyn i tułowia, na swędzenie skóry głównie na udach, uczucie chłodu, utrudnienie ruchów w kończynach górnych, zwłaszcza palców. Początku choroby dokładnie co do daty nie zauważyła, jak również nie może podać przyczyny choroby; spostrzegła jedynie, że od 3 lat palce u rąk zaczęły drętwieć i sinieć pod wpływem chłodu, nawet po umyciu zimną wodą; sinica palców trwała dotąd, dopóki się chora nie ogrzała przy piecu lub w wodzie cieplej. Latem i w ciepłe sinica nie występowała. Wkrótce palce i ręce zaczęły sztywnieć, a od roku doznaje bólu w palcach, w członkach paznokciowych, które zaczęły się kurczyć i grubieć. Stopniowo występowały zmiany skóry na twarzy, ramionach i udach; zmiany dokoła kolan zauważyła dopiero od miesiąca. Stopy są zdrowe, chodzić może. Pracować nie jest w stanie z powodu sztywności palców. Na twarzy chora ma uczucie ucisku jakby od maski; uskarża się na suchość w gardle, na szum w uszach i chwilowe zawroty głowy; od dłuższego czasu zupełnie się nie poci, przeciwnie, ciągle ma uczucie zimna i trudno jest jej się ogrzać.

Poprzednio nigdy nie chorowała; w szczególności krwią nie pluła, zapaleń płucnych nie przechodziła; jest panną (badanie ginekologiczne: virgo intacta); miesiączkuje nieprawidłowo: perjod wstrzymał się przez 3 miesiące, niedawno zjawił się znowu, trwał 3 dni, był natężenia średniego.

Ojca zupełnie nie pamięta. Matka ma lat 60, choruje od dłuższego czasu na nogi („reumatyzm lub artretyzm“); brat i dwie siostry są zdro-

wi; nikogo z rodzeństwa nie straciła; nikt w rodzinie podobnej choroby jak pacjentka nie ma.

Stan obecny. Chora budowy i odżywiania średniego. Na szyi po stronie lewej wyczuwają się w głębi drobne gruczoły chłonne; w innych miejscach gruczoły się nie wyczuwają. Pojemność klatki piersiowej od 83—87 cm. Zmian chorobowych w płucach nie wykryto.

Serce nie powiększone; tory nieco głuche. Tętno rytmiczne, słabe, po stronie prawej na tętnicy promieniowej z powodu zgrubienia skóry niewyczuwalne.

Skóra twarzy, klatki piersiowej, ramion, przedramienia, końci — lśniąca, wygładzona, obciągnięta; nie może być uniesiona ku górze. Na klatce piersiowej i przedramionach, oraz miejscami na szyi lśniąca biała smuga na podobieństwo blizn po oparzelinach powierzchniowych. Pozatem skóra na szyi niezmienniona. Skóra brzucha i ud zgrubiała, mało sprężysta, lecz ruchoma; na udach liczne ślady zdrapania naskórka.

Skutkiem zmian skóry utrudnione są ruchy mimiczne twarzy. Zginanie w stawach łokciowych do połowy ograniczone. Koście nieruchome skutkiem naciągniętej skóry, jak wskutek blizn po głębokich oparzelinach. Członki palców paznokciowe u rąk zagięte, skurczone, kolbkowato rozszerzone; paznokcie pozaginane, poprzeczne prążkowane. Stopy są wolne, jedynie paznokcie są pozaginane, poprzecznie prążkowane. Włosy miękkie, suche; wychodzą ze skóry głowy; pod pachami owłosienie jest bardzo liche, na wzgórku łonowym rzadkie, mało zmienione.

Układ nerwowy co do rodzajów czucia skórniego (dotykowego, bólowego, termicznego), czucia mięśniowo-stawowego, odruchów ścięgnowych, dziedziny ruchowej, narządów zmysłów—zmian nie przedstawia. Chora ma czucie skórne bardzo wysubtelnione; podmiotowo uskarża się na swędzenie i uczucie chłodu.

Z badań szczegółowych podnieść należy: dodatni wynik próby Cammidge'a (mikroskopowo) w moczu przy braku jakichkolwiek innych zmian chemicznych i w osadzie. Badanie krwi wykazało znaczną leukocytozę (12,800) przy prawidłowym niemal stosunku poszczególnych postaci krążków białych (77% wielokształtno-jądrowych: neutrofilów, eozynofilów i bazofilów i 23% jednojądrowych: limfocytów, przejściowych myelocytów). Ciężar gatunkowy krwi nieco niższy (1041), liczba krążków czerwonych i odsetek hemoglobiny—prawidłowy.

Próba tuberkulinowa Pirqueta (10%) dała wynik dodatni, bardzo wyraźny; zabarwienie po nacieczeniu widoczne w 2 tygodnie po próbie (gruźlica ustrojowa).

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rozległą zmiany skóry (sclerodermia diffusa), które rozwinęły się, o ile sądzić można z wywiadów, niezwykle szybko. Na skórze chorej znajdują się zmiany charakterystyczne dla każdego z okresów rozwoju choroby według Kaposiego (stadium elevatum na brzuchu, udach; indurativum: na twarzy, kończynach górnych i tułowiu, oraz atrophicum: na palcach rąk, miejscami tułowia i przedramionach). Ulubione miejsce choroby—szyja—stosunkowo mało zmieniona. Nieprawidłowe zabarwienie znajduje-





my na skórze przedramion i twarzy. Nadto zmiany, jak to często bywa, dotyczą części głębszych: mięśni, stawów i kości: zanik na kłębie i kłębuszku po stronie lewej (brak odruchów jedynie w tem miejscu); nieruchomość stawów palcowych, oraz zmiany w kościach członków paznokciowych. „Sclerodactylia“ w tym przypadku jest nietypowa ze względu na kolbkowate zgrubienie członków palców (Trommelschlägelfinger). Ze zmian naczynioruchowych uwydatnia się rozszerzenie naczyń na twarzy (twarz czerwona) oraz często występująca sinica na palcach przy zetknięciu z zimnymi przedmiotami.

Powikłań (porażeń, napadów padaczkowych, przygnębienia) niema; niema również jak dotąd oznak innych pokrewnych chorób (Basedow'a, Adisson'a, Raynaud'a, hemiatrophia etc.). Jednak zauważyć należy, że wynik dodatni próby Cammidge'a nasuwa podejrzenie na zachorzenie gruczołów wewnątrznych, jeżeli nie trzustki, to może nadnerczy, a próba Pirqueta — na możliwość gruźliczego podłoża sprawy.

Pod względem etjologicznym przypadek jest ciemny, jak i wszystkie dotąd ogłoszone przypadki.

Leczenie polega na stosowaniu do wewnątrz salicylu (jak dotąd z dobrym skutkiem: napięcie skóry się zmniejsza, ruchy w stawach łokciowych wolniejsze, powróciło pocenie!), jodu à 0,5, ogrzewań ogólnych i miejscowych przyrządami Biera, kąpielach ciepłych. Nadto rozpoczęcie się zastrzykiwanie Thiosinaminy (Fibrolysyny) według zaleceń Hebry.

Rokowanie ze względu na szybki przebieg cierpienia i rozległość zmian jest poważne; nie wyłączona jest jednak możliwość poprawy. Ogólnie sprawy podobne kończą się charłactwem lub wyniszczeniem skutkiem połączenia z innymi chorobami (Adisson'a, Basedow'a).

(Streścił mówca).

B i r o uważa przypadek kol. Knappego za interesujący ze względu na postać, na zmiany w narządach wewnętrznych i leczenie. — W twardzieli końce palców są najczęściej ścieniałe; chora kol. K. ma palce o kształcie pałeczek do bębna (Trommelfinger). Takie palce bywają w zaburzeniach krążenia, a więc w niektórych wadach serca, oraz w cierpieniach płuc z dużymi jamami. B. ma i obecnie w obserwacji pacjentkę z twardzielą oraz pewnymi zmianami w płucach i w sercu. Niektórzy wiążą twardziel z gruźlicą oraz z zaburzeniami krążenia. Zmiany, jakie B. widywał, są zbyt małe, by uważać je można było za tło dużych zmian twardzielowych. Raczej woli B. przypuścić, że są to zaburzenia w narządach wewnętrznych na tle twardzieli lub w pewnym z nią związku. rzeczy z nią współzrędne. Jeśli chodzi o postać twardzieli, to trzeba każdej postaci nadawać pewne znaczenie, bo różne postaci mają różny przebieg i dają rozmaite rokowanie. Najłagodniejsza jest „sclerodermie en bandes“ — twardziel w postaci pasm. W tych razach nie zajmuje ona dużych obszarów pomimo długiego trwania. Niedawno widział B. pacjenta 25 letniego, który od kilku lat miał placek twardzielowy długości 10 cm., szerokości 4 cm. na czole i takież na podbródku po tej że stronie. Sprawa trwała lata, miejscowo była daleko posunięta, bo doprowadziła do zaniku skóry i części kości,

w których pozostało wyźłobienie, a powierzchni większych nie zajęła. Naj-uporczywszą postacią jest twardziel palców (sclerodactylia), złośliwsza od twardzieli ogólnej. Rokowanie jest w związku z przebiegiem. B. obserwował przed rokiem przypadek twardzieli ogólnej z niezwykle szybkim przebiegiem, zakończony wyzdrowieniem. W 2 — 3 miesiące cierpienie zajęło całą powierzchnię ciała; w tyleż miesięcy ustąpiło. Cotanie się objawów szło w kierunku odwrotnym, niż ich powstawanie. Ze środków leczniczych nadaje B. dużą rolę ciepłu i pewne znaczenie elektryzacji, jako środkowi, służącemu do gymnastyki oddzielnych części ciała w celu uchronienia ich od unieruchomienia.

L a n d a u Anastazy zwraca uwagę, iż palców bębnekowych w przypadku kol. Knappego nie można kłaść na karb przypuszczalnej gruźlicy, występują one bowiem wyłącznie w gruźlicy rozpadowej z tworzenia się jam; wogóle zdaniem L. rozpoznanie gruźlicy płuc w danym razie nie jest zupełnie pewne, gdyż dodatni wynik próby Pirquet'a, na którym opiera się kol. Knappe, nie jest miarodajny. O ile zachwyt po pierwszych spostrzeżeniach, dotyczących prób rozpoznawczych z tuberkuliną, był wielki, o tyle przykre było późniejsze rozczarowanie; okazało się mianowicie, iż wszystkie próby tuberkulinowe, a zwłaszcza Pirquet'a, mają znaczenie bardziej anatomopatologiczne. Próby Pirquet'a znajdowano u osobników, u których sekcja wykrywała stare zwapniałe ogniska gruźlicze a zatem u ludzi, którzy z punktu widzenia klinicznego uważani być muszą za zdrowych.

7) W u r c e l m a n przedstawił:

a) Przypadek choroby Parkinsona. Chora ma obecnie 23 lata, zapisała się na oddział d-ra Bregmana w dn. 17/XII 1909. Choruje blisko 2 lata. W początku objawy ogólnego osłabienia, po  $\frac{1}{2}$  roku drżenie w prawej kończynie górnej, następnie w lewej, w końcu w kończynach dolnych, lecz w słabszym stopniu. Przed pół r. zauważyła trudność przy ruchach i chodzie. Zachorowała po śmierci jednej siostry (gruźlica) i chorobie drugiej (histerja). St. o b e c n y. Objawy zwyrodnienia. Pro-retro-lateropulsio. Napięcie wszystkich mięśni znacznie wzmożone. Postawa, twarz, ułożenie kończyn, zwłaszcza dłoni charakterystyczne dla choroby Parkinsona. Drżenie o dużej amplitudzie, przy wzruszeniu i ruchach większe, z prawej strony większe, niż z lewej. Odruchy i czucie normalne.

Jest to niewątpliwy i typowy przypadek choroby Parkinsona. Dotychczas opisanych jest 5 przypadków tej choroby w młodym wieku, tak iż obecny przypadek należy do rzadko spotykanych.

b) Przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym przebiegu.

Chora ma 29 lat, w dn. 14/XII 1909 r. wstąpiła na oddział d-ra Bregmana. Choruje od 4 mies. Nagle wystąpiły ogólne dreszcze, poczem zjawily się parestezje w kończynach dolnych, później bóle, również i w krzyżu, wzmagające się przy ruchach. Po paru dniach zaburzenia w oddawaniu moczu, zaparcie stolca, zaprzestała chodzić, po 3 tyg. parestezje i drżenie przy ruchach w kończynach górnych, po 4 tyg. zaburzenia łykania i mowy. Zawrotów, bólów głowy, wymiotów nie ma. Etiologia niewiadoma.

St. obecny. Stać, chodzić nie może. Niedowład kończyn dolnych, zwłaszcza lewej, napięcie mięśni wzmożone, odruch drgawkowy, rzepki i stopy, odruch Babińskiego z obu stron. Nieznaczny niedowład lewej, drżenie zamiarowe w obu kończynach górnych. Odruchy brzuszne zniesione. Drżenie gałek ocznych. Mowa skandowana, zwolniona. Mimo-wolny śmiech. Lekkie zaburzenia łykania. Dno oka bez zmian. Psychika normalna. Próba Wassermana ujemna. Czucie mięśniowe mocno naruszone w kończynach dolnych, mniej w górnych; w prawych kończynach silniej. Niedorozwój układu krwionośnego. Tętno słabe. Tętno serca czyste, słabe.

Mamy tutaj wszystkie objawy klasyczne stwardnienia o nadzwyczaj szybkim przebiegu. W ciągu paru tygodni sprawa dosięgła tego stopnia, jaki zwykle widzimy dopiero po wielu latach. Na uwagę zasługuje wczesne wystąpienie objawów opuszkowych, które spostrzegano także w innych, tak nielicznych jeszcze spostrzeżeniach ostrego stwardnienia wieloogniskowego.

(Streścił mówca).

8) T u m p o w s k i przedstawił przypadek rozsianego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powikłanej przymiotem.

U 50-letniej chorej, cierpiącej od 12 lat na moczówkę cukrową, w maju 1909 r. zjawilo się owrzodzenie na paluchu lewej stopy z następczą zgorzelą i odpadnięciem palucha; powierzchowne owrzodzenie, szybko zagojone, na paluchu prawej stopy; wreszcie owrzodzenie na tyle prawej stopy, które przyjęło kierunek drażący i przenikło na podszewę; wszystkie te sprawy przebiegały bez żadnego bólu. Przed 3 mies. nastąpiło opadnięcie lewej powieki, które przeminęło po 2 mies. Od pół roku osłabienie obu kończyn dolnych, od 3 mies. zupełnie nie chodzi. W kończynach dolnych odczuwanie podmiotowe zimna i kłucia, w stopach drętwienie. Chora nadużywała wyskoku; miała jedno dziecko, zmarłe w 2-im roku, dwa poronienia. Badanie przedmiotowe: wychudnięcie ogólne, miażdżycza tętnic, 3 — 4 litrów moczu dziennie, cukru 5 $\frac{1}{2}$ %; wyczuwa się gruczołki chłonne na karku, szyi, w okolicy łokci, pachwin. Nerwy czaszkowe, dno oka, psychika bez żadnych zmian. Kończyny górne przedstawiają się normalnie. W kończynach dolnych zanik tkanki mięśniowej ogólny, większy w lewej. Nieznaczny ból przy ucisku lewej łydki i przy biernych ruchach lewej kończyny dolnej. Ruchy czynne wszystkie bardzo osłabione, w lewej kończynie znacznie, przywodzenie lewego uda zupełnie niemożliwe; względnie najlepiej zachowane ruchy stóp i palców. Brak odruchów kolanowych i stopowych po obu stronach. Objawu Babińskiego, Romberga, bezład, zmian zucia niema. Badanie elektryczne: brak oddziaływania w obu nerwach zaśłonowych, w mięśniach doprowadzających uda skurcz robaczkowy, Ka. przeważa nad An.; w lewym mięśniu prostym skurcz przy 10 MA, Ka. przeważa nad An. Chora nie może chodzić, ani unieść się z pozycji leżącej bez pomocy. Podczas pobytu w szpitalu (stosowano leczenie swoiste i djetę przeciwcukrzycową) stan chorej poprawił się: ilość moczu doszła

do 1500 z 1 $\frac{1}{2}$ % cukru, chora czuła się silniejszą, była w stanie chodzić bez pomocy. Wykonana próba Wasermana dała wynik dodatni, badanie cytodjagnostyczne limfocytozy nie wykazało.

Rozpoznanie: chora dotknięta jest cukrzycą, na której tle rozwinęło się zapalenie nerwów rozsiiane (polineuritis diabetica, paraplegia diabetica). O obwodowym pochodzeniu porażenia świadczy nierównomierność w zajęciu mięśni, zaniki, zaburzenia oddziaływania elektrycznego. Prócz tego mamy u chorej szereg zaburzeń (porażenie mięśni ocznych, brak odruchów kończyn dolnych, bezbolesne zgorzele, objaw Wasermana), które mogą się rozwijać na tle przymiotu układu nerwowego, wzgl. władu rdzenia, przypuszczenie jednak tej sprawy trudne jest do udowodnienia wobec tego, iż wszyskie te objawy mogą występować i w cukrzycy.

(Streścił mówca).

Landau zaznacza, iż obraz rozsianego zapalenia nerwów nie jest w danym razie typowy dla cukrzycy. W przypadku tym sprawa chorobowa dotyczy głównie nerwów zasłonowych, gdy w cukrzycy poza nerwem kulszowym dotknięty bywa zazwyczaj nerw udowy cały lub niektóre jego gałązki. Co się tyczy objawów zgorzelinowych na stopach, to one wobec drożnych tętnic zależą prawdopodobnie od zmian rdzeniowych. W końcu Landau rozpatruje sprawę związku przyczynowego między kiłą a cukrzycą i dowodzi, iż bywa on dwojaki, zależny od rdzenia przedłużonego lub też od trzustki.

Biro podnosi stosunek zapalenia nerwów do moczówki cukrowej. W pracy swej „Wład rdzenia i cierpienie nerwu kulszowego“ wskazał B., że w moczówce cukrowej zachodzą zaburzenia odruchów i że często pierwszym objawem zmian w nerwach w tem cierpieniu jest brak odruchu ze ścięgna Achillesa. Jakkolwiek zaburzenia odruchów w tych razach dowodzą w pewnym stopniu stanu zapalnego nerwów, twierdzi B., że zapalenie nerwów w moczówce cukrowej różni się od zapalenia nerwów innego pochodzenia. Nigdy w tych razach nie widuje się zaburzeń odruchów, zaburzeń czucia, zaników mięśni oraz zmian oddziaływania elektrycznego, lecz niektóre tylko z tych objawów, najczęściej tylko zniesienie odruchów ścięgnowych, czyli że w moczówce cukrowej zachodzą zapalenia nerwów w postaci poronnej, niedokształconej.

Tumpowski uważa powstanie ośrodkowe cukromoczu u chorej za nieprawdopodobne wobec braku zwykłych w tych przypadkach zaburzeń opuszkowych. Nie odrzucając możliwości władu u chorej, T. wskazuje jedynie na brak dostatecznych danych dla wykazania tej sprawy. Tętno w naczyniach w obu kończynach dolnych było zachowane i prawidłowe.

9) Flatau. O nowotworach mózgu o ostrym, śmiertelnym przebiegu.

Przypadek dotyczył chorej 26 letniej, u której pierwsze objawy chorobowe powstały na 3 miesiące przed śmiercią. Skarżyła się mianowicie z początku na gwałtowny zawrót głowy; ból powyżej czoła. Ból ten powtarzał się perjodycznie w okolicy czołowej i potylicowej, trwał po kilka godzin, towarzyszyły mu wymioty. Podczas bólu głowy chodzić nie

mogła, chwiała się. Urazu nie było. Dawniej nigdy na bóle głowy nie cierpiała. Virgo intacta.

Stan (na miesiąc przed śmiercią). Bolesność czaszki w części potylicowej. Żadnych zmian miejscowych z wyjątkiem pewnego wzmocnienia lewego odruchu kolanowego. Dno oka: z prawej strony przekrwienie, z lewej wyraźne krwotoki wzdłuż naczyń około tarczy u dołu. Sama tarcza lewa wykazuje początkowy okres zastoiny, wzgl. zapalenia nerwu. Wzrok z prawej strony  $\frac{1}{2}$ , z lewej  $\frac{1}{6}$ . Chora przez cały czas pobytu w szpitalu miała od czasu do czasu (prawie codziennie) napady szalonych bólów głowy z wymiotami. Podczas tych napadów jęczała i krzyczała w niebogłosy. Nawet morfina nieznacznie tylko uśmierzała bóle. Podczas tych bólów traciła przytomność i bredziła. W przeddzień śmierci poczuła się niedobrze, straciła przytomność, źrenica lewa była znacznie szersza od prawej, szczękoscisk. Następnego dnia chora była również nieprzytomna. Na ukłucia oddziaływała bardzo słabo (ruchy w prawych kończynach). Oczy zupełnie nieruchome, zlekka zwrócone w prawą stronę. Obustronny objaw Babińskiego (z lewej stopy występował szybciej).

Sekcja wykazała nowotwór w lewej półkuli mózgowej, w okolicy dotykającej górnej powierzchni mózdzku, głównie w zakręcie wrzecionowatym (gyrus fusiformis). Nowotwór mało wystawał poza powierzchnię mózgu. Kolor—ciemno-brunatny. Widać, że guz uciskał mózdzek i wywołał wyraźne spłaszczenie lewej półkuli mózdzkowej. Mikroskopowo nowotwór okazał się nadnerczakiem (hypernephroma). F. zwraca uwagę na specjalną postać nowotworów mózgowych, które odznaczają się niezmiernie szybkim przebiegiem, kończącym się śmiercią. W praktyce prywatnej F. spostrzegł kilka takich przypadków, w których śmierć następowała w ciągu kilku tygodni. Charakterystycznymi objawami tych przypadków są: 1) występowanie bólów głowy tak silnych, że chorzy jęczą z bólu, biją głową o ściany, wyrrywają włosy. Na bóle te nawet morfina okazuje wpływ niewystarczający. Bóle te zjawiają się napadowo i towarzyszą im często wymioty; 2) chorzy ci często zaznaczają, że dotąd na bóle głowy nie cierpieli; 3) brak objawów ogniskowych (niedowładów połowicznych, objawów mózdzkowych, ze strony nerwów czaszkowych i t. d.); 4) wczesne występowanie zmian na dnie oka; 5) śmierć w ciągu 1—2—3 miesięcy.

Sekretarz St. Kopczyński.

#### POSIEDZENIE DNIA 19 LUTEGO 1910 r.

- 1) Wurcelman. Przypadek tęcza głowy.
- 2) Pechkranc. Przypadek dystrofji gruczołowej.
- 3) Skłodowski. Przypadek nerwicy odżywczej.

- 4) Jakubowicz. Przypadek guza w kącie mózdzko-mostowym. (?)  
 5) Sterling i Handelsman. Dwa przypadki niemoty ruchowej.  
 6) Kopczyński St. Przypadek aleksji (pokaz preparatu).

1) Wurcelman przedstawił przypadek tęcza głowy.

Chora lat 30. Od 7 tygodni obrzęk prawej połowy twarzy i ból zębów. W początku zaburzenia łykania, tego dnia szczękościsk. Jednocześnie dreszcze, obfite pocenie (ciepłota?). Stan w przeciągu 3 tygodni jednakowy, kończyny normalne, chodzić może. Ogólne osłabienie. Urazu nie było, ranki nie miała. Tętno 126, drobne. Tony serca czyste, słabe. Stan ogólny dość ciężki. Szpary oczne zmniejszone, prawa więcej; lekki kurcz innych gałęzi obu nerwów twarzowych, zwłaszcza z prawej strony. Szczękościsk. Silny kurcz mięśni jamy dna ust. Zaburzenia łykania. Mowa zachowana. III, IV, VI nerwy—normalne. Ruchy głową i kończynami wolne, napięcie mięśni nie wzmożone. Odruchy i czucie normalne. Obfite pocenie na twarzy i na głowie. Objawy opukowe i wysłuchowe w wierzchołkach płuc. Objawy zapalenia okostny zębodołu na miejscu pierwszego trzonowego zęba dolnego z prawej strony.

Zmiany w płucach są charakteru gruźliczego. Objawy kurczowe mm. twarzy, żwaczy, dna jamy ustnej i gardła, ciężki stan, zmiany tętna, pocenie przemawiają za tęzczem. Punktem wyjścia choroby prawdopodobnie była sprawa zapalna w okostnie zębodołu. Tęzec głowy należy do chorób rzadko spotykanych.

Po paratygoniowem leczeniu w szpitalu stan chorej poprawił się znacznie, a przypuszczenie kurczu odruchowego upaść musi wobec objawów ogólnych.

(Streścił mówca).

2) St. Pechkranc przedstawił przypadek dystrofji pochodzenia gruczołowego („Insuffisance pluriglandulaire“).

Chory, lat 50 mający, dotknięty jest od lat blisko 4-ch zmianami odżywczemi w skórze i jej pochodnych (włosach, paznokciach) oraz tkance podskórnej. Zachorował około 4 lat temu wśród objawów ogólnego osłabienia, apatii, parestezji w skórze. Wkrótce do tego przyłączyły się rozległe obrzęki na twarzy, tułowiu, kończynach, oraz przesięki do jam surowicznych. Pewnej nocy wypadły mu prawie wszystkie włosy z brody. Po 6—8 tygodniach nastąpiła poprawa: obrzęki znacznie zmniejszyły się, włosy na brodzie poczęły nanowo odrastać, stan sił się polepszył, i chory powrócił do pracy. Pracował około 3 lat. Około 5 miesięcy temu wystąpiło znów osłabienie ogólne, niechęć do pracy, uczucia podmiotowe w skórze, ziębienie, bóle głowy, a do tego znów przyłączyły się silne obrzęki — przy braku białkomoczu, zaburzeń ze strony serca oraz wodnistości krwi. W tym stanie chory zapisał się do szpitala. Przy badaniu znajdujemy na stopach i gołeniach, na których przed paru laty były gęste włosy, prawie zupełny brak uwłosienia. Sama skóra w tych okolicach jest gładka, lśniąca, chłodna na dotyk, zgrubiała, sucha, silnie przylegająca do głębiej leżących tkanek i bardzo mało przesuwalna. Bardzo ską-

pe uwłosienie znajdujemy także na udach, brzuchu, w okolicy pośladków, łądźwi i grzbiecie, gdzie dawniej również było obfite uwłosienie. Upośledzone jest uwłosienie na wzgórku łonowym, brodzie, brwiach i pod pachami. Skóra w okolicy grzbiecie i łądźwi jest również zgrubiała i przy ujmowaniu w fałdę bardzo bolesna. Paznokcie są znacznie miększe, niż normalnie, przy wyrastaniu zaginają się ku powierzchni grzbiecovej, a nadto okazują poprzeczne prążki blade i żywo czerwone. Paznokcie na palcach u nóg są bardzo kruche. Prócz tego znajdujemy nierównomierne rozmieszczenie tłuszczu podskórnego, a mianowicie silniejszy jego rozwój na wzgórku łonowym, w dolnej części brzucha i grzbiecie, oraz na tylnej powierzchni szyi tuż pod potylicą. Chory stale doznaje czucia ziębienia: trudno mu się rozgrzać, i podczas największych nawet upałów się nie poci.

Od kilku lat osłabienie płciowe, a od 1½ roku zupełne zniesienie i popędu i siły płciowej. Wyraźny niedorozwój jąder, zwłaszcza prawego.

Krew nosi wyraźne cechy patologiczne: zwiększona krzepliwość, anizocytoza, leukopenia, oraz zmieniony wzajemny stosunek rozmaitych rodzajów leukocytów. Ciśnienie krwi normalne. Mocz bez białka i cukru, nie zawiera w osadzie składników charakterystycznych dla zapalenia nerek. Ze strony przewodu pokarmowego brak łaknienia, zupełny brak pragnienia. Przy badaniu zawartości żołądka stwierdzono brak soku żołądkowego. Przewlekła biegunka i lienterja.

Ze strony układu nerwowego: osłabienie ogólne, apatja, bóle w kończynach i niekiedy w klatce piersiowej, bóle głowy niesilne i bez wymiotów. Brak wszelkich objawów wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Tarcze normalne. Widzenia połowiczego niema. Radiografja jeszcze nie dokonana. Ze strony nerwów czaszki, tułowia i kończyn zmian niema. Inteligencja chorego bez zmian, ale spostrzegamy wyraźne osłabienie pamięci. Bezsensowność od kilku lat.

Szczegółowy rozbiór spostrzeganych objawów oraz uwzględnienie odnośnego piśmiennictwa doprowadziły prelegenta do przekonania, że mamy w obecnym przypadku do czynienia z zaburzeniem czynności wydzielniczej gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, jako to: przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego, jąder, oraz, być może, jeszcze innych gruczołów. Zaburzenie to ma charakter niedomogi wydzielniczej (hypofunkcji). Skutkiem tego prelegent kwalifikuje swój przypadek, jako *niedomogę wielogruczową*, „*insuffisance pluriglandulaire*“, pod którą to nazwą został 2 lata temu opisano pierwszy przypadek tego rodzaju przez Claude'a i Gougerot'a. W tym przypadku oględziny pośmiertne wykazały zmiany zanikowe i gruźlicze w całym szeregu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

W swoim przypadku prelegent stosuje obecnie proszek z przysadki do wewnątrz i zamierza wkrótce zastosować połączone leczenie opoteracyjne.

(Streścił mówca).

W dyskusji B y c h o w s k i zaznacza, że jego własne spostrzeżenia zmuszają go do przypuszczenia istnienia postaci chorobowych, jako objawu

schorzenia jednoczesnego kilku gruczołów o wydzielinie wewnętrznej; B. podnosi ważność fotografowania promieniami czaszki.

K o p c z y ń s k i podkreśla wybitne uczucie ziębnięcia u przedstawionego chorego, objaw, zależny zapewne od nieprawidłowej przemiany materji; objaw ten K. spostrzegął w przypadku śluzoobrzęku; ustąpił on pod wpływem leczenia pastylkami tyrooidyny; K. zaznacza, iż za przykład równoczesnego schorzenia kilku gruczołów o wydzielinie wewnętrznej służyć może przedstawiony przez niego przypadek infantylizmu śluzoobrzękowego, gdzie cierpiał gruczoł tarczowy i przysadka mózgu.

H i g i e r zwraca uwagę na pewne ciekawe zwolnienia i okresowość w przebiegu choroby u pacjenta. Ścisły związek historyczny uniemożliwia rozstrzygnięcie pytania, który gruczoł o wydzielaniu wewnętrznym pierwotnie ucierpiał, a który wtórnie. W danym przypadku pomimo braku hemianopsji, niedowidzenia i bólów głowy zdaje się być pewnem, że przysadka najwcześniej i najsilniej dotkniętą została. Radiogram prawdopodobnie nie wiele patologicznego wykaże w siodle tureckim.

S t e r l i n g przytacza własne spostrzeżenie, dotyczące starszej kobiety, u której poza bardzo silnymi bólami głowy, wypadaniem włosów, niezmierną suchością i zgrubieniami skóry istniały wyraźne objawy tężyczki. W przypadku tym przypuszczał równoczesne zajęcie: przysadki, gruczołu tarczowego i przytarczowego.

B r e g m a n przypuszcza, że guzy przysadki, rosnące w kierunku górnym wewnątrz istoty mózgu, nie uciskają skrzyżowania nerwów ocznych, nie dają objawów wzrokowych, pomimo więc braku tych objawów cierpienie przysadki nie jest wyłączone; fotografia czaszki jest niezbędna.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że w zupełności zgadza się z tem, że, aczkolwiek brak w danym przypadku objawów wzmożenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego oraz oznak ucisku skrzyżowania nerwów wzrokowych, to jednak należy zdjąć z czaszki radiogramy; jeśli to dotychczas nie zostało dokonane, to ze względów czysto zewnętrznych. Co się zaś tyczy pytania, który z gruczołów w danym przypadku pierwszy zaczął cierpieć, to odpowiedzi stanowczej dać nie można; prawdopodobnie mamy tu do czynienia z jednoczesnem zachorzeniem całego szeregu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym z przeważnym jednak udziałem przysadki mózkowej. W niektórych analogicznych przypadkach rozstrzygnięcie tego pytania jest łatwiejsze, jeśli chronologicznie na pierwszy plan w stopniowym rozwoju obrazu klinicznego wysuwają się objawy, które można uzależnić od zakłóconej czynności jednego z omawianych gruczołów.

3) S k ł o d o w s k i przedstawił przypadek nerwicy odżywczej (e r y t r o m e l j i).

Według F. M a l i n o w s k i e g o, który u nas kilka przypadków tej choroby spostrzegął i ogłosił drukiem, pierwszy opisał ją dokładnie B u c h w a l d w roku 1883 pod nazwą samoistnego rozlanego zaniku skóry (atrophia cutis diff. idiopatica). W roku zaś 1895 mianem erytromelji ochrzcił P i c k nową zupełnie, zdaniem jego, postać kliniczną, którą jednak wielu autorów utożsamia z zanikiem idjopatycznym, podczas gdy inni bronią, mniej lub więcej stanowczo, jej



samodzielnego stanowiska. Krótkie określenie kliniczne Picka brzmi w sposób następujący: jest to symetryczne, bezbolesne występowanie sinego zaczerwienienia skóry, mniej lub więcej ograniczonego, postępującego od obwodu ku ośrodkowi, na wyprostnych powierzchniach kończyn, z coraz to wyraźniejszym rozszerzeniem żył, bez innych zmian w zajętych częściach skóry. Dalej zresztą przyznaje Pick, że mogą dołączać się objawy zaniku skóry, wobec czego granica pomiędzy erytremelją, a zanikiem idjopatycznym skóry zaciera się niemal zupełnie.

W przypadku przedstawionym choroba rozpoczęła się przed 8 laty od zjawienia się niewielkiej plamki różowej na grzbiecie dłoni lewej, tuż powyżej 4 palca. W ciągu lat 3 plamka ta, rozszerzając się powoli, zajęła nasadę wszystkich palców, w ciągu zaś następnych lat 5 rozszerzyła się do obecnych rozmiarów. Zabarwienie z biegiem czasu stawało się coraz silniejsze, przechodząc w odcień sinoczerwony, okresowo jednak na pewien czas niekiedy bladło. Od lat mniej więcej 5 rozpoczęła się ta sama sprawa na lewej stopie, a następnie na prawej i stopniowo rozszerzyła się na golenie. Rozwojowi choroby nie towarzyszył nigdy ból, swędzenie lub parestezje. Wyjątek w tym względzie stanowi jedynie dłoniowa powierzchnia przedramienia w pobliżu ręki, gdzie dopiero od roku występuje czasem lekkie swędzenie. Kończyny dolne przy chodzeniu, zwłaszcza w lecie, dość znacznie brzękną i tylko wtedy występuje w nich uczucie bolesne. Na stopień zabarwienia kończyny górnej wpływa niekorzystnie zetknięcie z wodą, np. przy praniu; wtedy ręka sinieje mocniej i nieco brzęknie. Stałe zgrubienie zajętej części kończyny górnej rozwinęło się powoli i niepostrzeżenie razem ze zmianą barwy.

W wywiadach zasługuje na wzmiankę zapalenie nerek przed 5 laty, a więc już po rozpoczęciu choroby na kończynie górnej. Rozszerzenie grubych żył na kończynach dolnych jest natomiast dawniejsze, aniżeli choroba skóry i rozwinęło się podczas przebywanych ciąży. Dane rodzinne żadnego zgoła światła na etiologię choroby nie rzucają. Syfilisu nie przechodziła.

Ogólny stan chorej jest zupełnie zadawalający. Gruczoły nigdzie nie powiększone. Badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian nie wykrywa. Podobnież i w układzie nerwowym żadnych poważniejszych zmian wykazać nie można. Jedyne zjawisko nieprawidłowe polega na zjawianiu się u chorej przy wysiłku kurczów tężcowych w niektórych mięśniach, przeważnie w dwugłowych ramienia i w zginaczach goleni. Kurcz jest niebolesny, trwa niekiedy około minuty. Badanie prądem elektrycznym (kol. Koelichen) żadnych zmian nie wykazało. Wszystkie rodzaje czucia są dobrze zachowane, zarówno na zdrowych, jak i na zajętych miejscach skóry.

Najważniejszym, a właściwie prawie jedynym, objawem choroby są zmiany ze strony skóry. Na grzbietowej powierzchni lewej dłoni i palców, z wyjątkiem ostatnich członków, na znacznej powierzchni lewego przedramienia, na stopach ma ona zabarwienie sinoczerwone, które zwiększa się przy opuszczeniu kończyny, a zmniejsza przy jej uniesieniu. Pod uciskiem palca zabarwienie czerwone znika, pozostaje jednak na skórze wyraźny odcień brunatno-żółtawy. Skóra jest w wielu miejscach, zwłaszcza

na dłoni wyraźnie ścieńczała, zlekką się tłuszczu, podskórne żyły przeświecają przez nią wyraźniej, niż w innych miejscach, aczkolwiek nie są widocznie rozszerzone. Objawem, na który pragnąłbym zwrócić szczególną uwagę, jest rozlane zgrubienie kończyny górnej lewej, zwłaszcza w okolicy napięstka, gdzie różnica ze stroną prawą wynosi 2 centymetry. Stanowi ono szczególny kontrast ze ścieńczeniem samej skóry. Ujmując części miękkie w fałdę czujemy wyraźnie, że tkanka podskórna jest mocno zgrubiała, otrzymuje się też wrażenie, jakoby i mięśnie po stronie chorej były grubsze i twardsze. Sądziłem początkowo, że i kości są grubsze, ale zdjęcie rentgenograficzne zaprzeczyło temu przypuszczeniu. — O podobnym zgrubieniu inne opisy nie wspominają.

(Streścił mówca).

W dyskusji Flatau mówił o bliskim pokrewieństwie chorób skórnych z nerwowymi, powoływał się na takie cierpienia, jak półpasiec (*herpes zoster*), brodawki (*naevi*), których ugrupowanie według unerwienia odcinkowego rdzenia dziś z całą dokładnością zostało stwierdzone. Na uwagę Bychowskiego, że brodawki zwykle nie przechodzą po za linię środkową, Flatau odpowiada, iż nerwy z jednej połowy ciała zachodzą i na drugą połowę.

Higier zwraca uwagę na brak bólów i okresowych napadów, odróżniających erytromelję Pick'a od erytromelalgji Weir-Mitchel'a i na nieobecność zabarwienia dłoni i stopy, swoistą dla erytromelji.

4. H. Jakubowicz przedstawił przypadek nowotworu w kącie mózdko-mostowym (?)

Chora, lat 52, pochodzi ze zdrowej rodziny, 9 razy rodziła; 6-rodzeńcy żyje i cieszy się dobrem zdrowiem, troje zmarło w pierwszych latach życia na choroby zakaźne. Poronienia nigdy nie było, na przymiot nie cierpiała. Z chorób dawniejszych podkreślić należy cierpienie gruczołów chłonnych lewej jamy podpachowej; zaczęło się ono przed kilku laty; przed 2-ma laty wykonano operację, przyczem stwierdzono nacieczenie gruczołów chłonnych komórkami nowotworowymi; przed 8 miesiącami, wskutek nawrotu cierpienia, znów nastąpił zabieg operacyjny. Dwa tygodnie temu chora przybyła do mnie, uskarżając się na chód chwiejny, zataczanie się w stronę prawą, na utratę słuchu z prawej strony oraz niedomykalność prawej powieki. Prócz tego chora doznaje zawrotów i bólów głowy. Te ostatnie nie są zbyt silne, występują samoistnie w wielu miejscach czaszki, zwłaszcza na granicy pomiędzy prawą ciemieniową a potylicową kością, przy opukiwaniu li tylko w tem ostatniem miejscu. Objawy te stopniowo wzmogły się znacznie. Chronologicznie pierwsze wystąpiły zaburzenia równowagi (przed 9 tygodniami), następnie słuchu.

Stan obecny. Chora, chodząc, zatacza się, jak pijana, w prawą stronę (chód mózdkowy), siadając wykazuje również duży stopień bezładu. Bezład kończyn górnych, jest wybitny, zwłaszcza po stronie prawej, bezład połączony tu jest z drżeniem. Bezład w kończynach dolnych jest nieznaczny. Innych objawów mózdkowych, jak adiadokokinezji i katalęp-

sji mózdkowej, niema. Odruchy ścięgnowe są wzmożone, pomimo ogólnego zmniejszenia napięcia mięśni.

Odruch gardzieliowy jest zachowany, łącznicowy nieco osłabiony z prawej strony, brzuszno niema z obu stron.

Z nerwów czaszkowych porażony jest przedewszystkiem n. słuchowy. O porażeniu n. przedsionkowego była mowa powyżej (zaburzenia równowagi). Słuch jest bardzo upośledzony z prawej strony; mowę szepetaną chora słyszy na przestrzeni kilku centymetrów. Odczynu na zimną i gorącą wodę przez przewód słuchowy niema. Brak samoistnego drżenia gałek ocznych. Objawy te przy niezupełnej utracie słuchu przemawiają przeciwko cierpieniu błędnika i wskazują, że przyczyna choroby leży w układzie nerwowym.

Po za tem dotknięty jest porażeniem typu obwodowego prawy n. twarzowy; porażenie to w ciągu ostatnich dni kilku wzmogło się w znacznym stopniu. Nerw i mięśnie oddziałują dobrze na prąd przerywany, na stały zaś — nerw odpowiada żywo, przy zamykaniu prądu działanie katody przeważa. Podkreślić należy znaczny zanik mięśni, unerwianych przez dolną gałązkę n. twarzowego, pomimo niedługiego trwania cierpienia i braku odczynu zwyrodnienia. N. trójdzielny jest porażony w stopniu względnie niewielkim: chora wykazuje z prawej strony twarzy nieznaczne osłabienie czucia dotykowego i bólowego.

Należy zaznaczyć, że na prawej kończynie górnej i na prawej stronie tułowia stwierdzić można również pewne osłabienie czucia. Objawy ogólne występują w słabym stopniu. Brodawki zastoinowej niema.

Na zasadzie powyższych objawów sprawę chorobową należy umiejscowić w prawym kącie mózdko-mostowym. Jaka jest ta sprawa? Zapalenie opon pochodzenia gruźliczego i przymiotowego należy wyliczyć dla braku wszelkich danych. Przeciwno stwierdzeniu wieloogniskowemu przemawia wiek chorej i brak takich objawów, jak wzmożenie napięcia mięśniowego, objaw stopowy, objaw Babińskiego, brak zaburzeń ze strony pęcherza, odbytnicy, mowy skandowanej i t. d.

Pozostaje tylko jedno rozpoznanie — guz, za czem przemawia również cierpienie jamy podpachowej. Nowotwór jest tu przerzutowy i złośliwy. Brakuje wprawdzie brodawki zastoinowej, nieznaczne występują też objawy ogólne, nie należy jednak zapominać, że mamy tu do czynienia z okresem choroby początkowym. Co do leczenia, to pozostaje jeden środek: zabieg operacyjny. Miejsce, gdzie w danym przypadku znajduje się nowotwór, jest względnie dostępne dla zabiegów operacyjnych. Za przeciwwskazanie do pewnego stopnia przyjąć należy przypuszczalny złośliwy charakter nowotworu.

(Streścił mówca).

W dyskusji Flatau wypowiedzi się przeciw operacji z powodu istnienia w danym przypadku głuchoty obustronnej, braku wyraźnych ogólnych objawów, braku jednoimiennego beztładu mózdkowego i dobrze nieznaney natury guza.

Męczkowski twierdzi, że obustronna głuchota i brak połowicze-

go bezładu nie przeczy rozpoznaniu mówcy. Jest przeciwny operacji wobec przypuszczalnej złośliwości nowotworu.

Bychowski jest przeciwny operowaniu, gdyż niema tu nagłych ogólnych objawów, podkreśla brak zmian w oddziaływaniu elektrycznym ze strony nerwu twarzowego pomimo obwodowego zajęcia tego nerwu i zaznacza, że porażenie tego nerwu uniemożliwia sprawdzenie wrażliwości łącznicy.

Higier ze względu na szybki przebieg bez bólów, na głośność zupełną obustronną, na brak uciskowych objawów, na zachowanie się pobudliwości elektrycznej mięśni twarzy, na znieczulenie prawej ręki, na zachowany odruch rogówki i t. d. wyłącza guz, zwłaszcza przerzut rakowy w prawym kącie mózdzko-mostowym.

Jakubowicz odpowiada, że jednak wyłuszczenie przypuszczalnego nowotworu zabezpieczyć może od dalszego rozwoju tej sprawy w układzie nerwowym.

5. Sterling i Handelsman przedstawili dwa przypadki afazji ruchowej.

Przypadek I. *Aphasia motoria corticalis.*

Chora, lat 65, zeszęgo roku nagle straciła mowę i w przeciągu jednej godziny nie mogła wymówić wyraźnie ani jednego słowa. Później mowa normalna wróciła i dopiero 9 tygodni temu znowu straciła zdolność dobrej wymowy. W przeciągu 9 tygodni mowa poprawiła się w nieznacznym stopniu.

Bólów ani zawrotów głowy nie miała; żadnych porażeń nie było. Syfilisu nie przyznaje.

Chora, małego wzrostu, miernego odżywiania. W sercu wyraźne zmiany miażdżycowe.

Ze strony nerwów czaszkowych żadnych zmian niema. Asymetrii twarzy niema; hemianopsji niema. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, gałki nie drżą. Kończyny górne i dolne pod względem ruchowym i siły zupełnie dobre, obustronnie bez różnicy. Czucie (dotykowe, bólowe, ciepłkowe, stereognostyczne) i zmysł mięśniowy zachowane.

Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostny k. łokciowej słabe, obustronnie bez różnicy, odruchy kolanowe umiarkowane, być może prawy nieco żywszy, odruchy z ścięgna Achillesa umiarkowane, bez różnicy, podeszwowe — obustronnie zgięcie podeszwowe.

Mowa. Chora rozumie wszystko co się do niej mówi; sama dzielnie wymawia wyrazy, jakby jękając się, przestawiając zgłoski (np. włosy — wołsy, lekarstwo — leterstwo, bułka — bułtwa i t. p.). Przy opowiadaniu dłuższymi zdaniami chora wymawia gorzej. Chora sama wie, kiedy wymawia dobrze, a kiedy źle; wymawiając źle, powiada, że ciężko jej wypowiedzieć. Jeżeli jaki wyraz wymawia źle, to przy powtarzaniu także nie udaje się go wymówić; jednakowoż po kilkakrotnym ciągłym powtarzaniu następuje pewna poprawa, tak że może dojść do mniej więcej dokładnego wymówienia wyrazu; na ogół można powiedzieć, że powtarzanie wyrazów jest nieco lepsze, aniżeli samoistne wymawianie.

Podczas wymawiania wyrazów nie widać jakichkolwiek zaburzeń artykulatoryjnych, a mnesticzne są bardzo mało wyrażone, lub wcale ich niema.

Przy czytaniu chora każdą literę z osobna czyta, przy czytaniu zaś wyrazów napotyka na ogromne trudności, zarówno w krótszych, jak i dłuższych wyrazach, i nie może odczytać całego wyrazu. Zaznaczyć jednak należy, że cyfry poznaje i po złożeniu kilku cyfr (19, 21, 121) chora odczytuje je dobrze.

Pisanie na skutek złego wzroku (zmiany w gałkach ocznych po jaglicy) chora zarzuciła od kilku lat, obecnie nie widzi tego, co pisze; zamiast liter pisze niewyraźne znaczki, nie mające nic wspólnego z literami, liczby zaś pisze względnie wyraźnie.

Apraksyjnych objawów niema zupełnie. Pod względem psychiki niema żadnych zmian; chora jest usposobienia pogodnego, na swój stan chorobowy zapatruje się dosyć krytycznie; pamięć jest doskonała, zdolność zapamiętywania zupełnie dobra. Badanie inteligencji, wykonane rozmaitemi metodami, nie wykazało żadnych zaburzeń.

W danym przypadku po za niemotą niema żadnych zmian w układzie nerwowym. Co się zaś tyczy niemoty, to niema tu ani parafazji, zależnej od zaburzeń zmysłowych, niema zaburzeń amnestycznych; różnica przy wymawianiu wyrazów samoistnie i przy powtarzaniu jest niewielka; brak zaburzeń psychicznych.

Przypadek więc nasz przedstawia czystą postać ruchowej niemoty korowej.

#### Przypadek II. Hemiparesis dextra. Aphasia motoria transcorticalis.

Chory—mężczyzna 60-letni zachorował przed 8 miesiącami: bezpośrednio po wzięciu gorącej łaźni zasnął, a gdy się obudził zauważył, że nie czuje prawej dłoni i że zupełnie nie może poruszać ani prawą dłoń ani palcami. Tego samego dnia przed łaźnią i poprzednio czuł się zupełnie dobrze, na bóle głowy nigdy nie cierpiał, parestezji w twarzy ani w prawych kończynach nigdy nie doznawał, przytomności nie tracił, drgawek nie miał. Stopniowo zupełne porażenie w obrębie odcinka obwodowego prawej kończyny górnej zaczęło się poprawiać, chory zaczął wykonywać nieznaczne ruchy w prawym stawie napiętkowym i w palcach prawej dłoni, lecz i dzisiaj jeszcze ruchy te są znacznie osłabione. Podobno prawa kończyna dolna nie uległa wtedy żadnemu osłabieniu. Mniej więcej 8 tygodni temu zauważył chory pewne utrudnienie w mowie, które stopniowo zwiększało się, trudno mu było mianowicie wymawiać poszczególne wyrazy, zaś niektórych mu brakowało, natomiast rozumiał zupełnie dokładnie, co do niego mówiono. Zauważył przytem również od tego czasu, że trudno mu jest czytać zarówno na głos, jak i pocichu, zaś pisanie stało się prawie zupełnie niemożliwe. Pozatem brak innych skarg. Oddawanie moczu i stolca w porządku. Na bóle głowy ani obecnie, ani przedtem nigdy nie cierpiał. Przed 13 laty rzeżączka. Z pierwszą żoną miał 5 dzieci—nie roniła. Z drugą dzieci nie miał. Umiarkowany alkoholizm.

Przedmiotowo brak wyraźnych zmian w narządach wewnętrznych  
Tętno = 84, niezbyt wysokiego napięcia.

Czaszka przy opukiwaniu nie bolesna. Źrenice równe, oddziałują nieźle na światło, nastawienie i zbieżność. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Górne gałązki nerwów twarzowych nie wykazują w sile ruchów wyraźnej różnicy; w dolnych dość wyraźna asymetria głównie podczas spokoju na niekorzyść prawej strony — mianowicie prawa fałda nosowargowa jest zupełnie wygładzona. Podczas ruchów różnica jest bardzo nieznaczna. Język wysuwa w lini prostą. Żucie, połykanie, fonacja bez zmian.

Siła mięśniowa lewej kończyny górnej zupełnie normalna. W prawej kończynie górnej osłabienie stwierdzić można wyłącznie w odcinku obwodowym. W obrębie stawów barkowego i łokciowego rozmiary ruchów są zupełnie normalne. Siła dobra. Natomiast już odwracanie i zwłaszcza nawracanie przedramienia jest osłabione. Jeszcze bardziej osłabione są ruchy w stawie napiętkowym, które przytem są bardzo ograniczone. Chory nie jest w stanie wykonywać ruchów tych odosobnionych: zawsze towarzyszy im odwodzenie barku oraz zginanie łokcia, często przytem występują ruchy głowy oraz przymrużanie oczu. Uścisk prawej dłoni jest niezmiernie osłabiony. Zginanie dłoni zarówno grzbietowe, jak i dłoniowe bardzo słabe. Rozmiary ruchów palcami prawej dłoni również są ograniczone; przeciwstawienie dużego palca do V-go zupełnie niemożliwe, do IV-go bardzo utrudnione, do pozostałych możliwe; zbliżanie i oddalanie 3 pierwszych palców dość dobre, ostatnich dwóch — niezmiernie słabe. Wogóle ruchy palcami (przebieranie niemi, ujmowanie przedmiotów w palce) są powolne, bardzo niezręczne i brak im subtelnego rozczłonkowania. Nawracanie i odwracanie prawego przedramienia niezręczne i daleko powolniejsze, niż lewego. W prawej kończynie dolnej osłabienie siły mięśniowej jest bardzo nieznaczne; tutaj dotyczy ono prawie wyłącznie najbardziej obwodowego odcinka, ruchy w stawie biodrowym i kolanowym co do rozmiarów są normalne, co do siły prawie nie różnią się od odpowiednich ruchów w lewej kończynie dolnej. Natomiast ruchy prawej stopy są wyraźnie osłabione w porównaniu z ruchami lewej, jakkolwiek i tutaj osłabienie jest nieznaczne.

Odruchy z m. trójgłowego i okostnowe z promienia słabe — bez wyraźnej różnicy pomiędzy prawą i lewą stroną. Odruchy kolanowe obustronnie żywe bez wyraźnej różnicy. Odruch ze ścięgna Achillesa lewy dość żywy, prawy żywszy z odcieniem drgawkowym. Brzuszny lewy żywy, prawy — bardzo słaby. Mosznowy lewy żywy, prawy — słabszy. Podszwowy lewy żywy — skrócenie kończyny, prawy — słabszy. Objawu Babńskiego nie ma. Brak objawów apraksyjnych. Czucie dotyku, bólu, ciepłoty, ucisku, mięśniowe dokładnie zachowane. Tylko na prawej dłoni i palcach nieznacznie upośledzone jest umiejscowienie wrażeń bólowych. W prawej dłoni nieznaczne zaburzenia czucia stereognostycznego.

Mowa. Rozumienie mowy ustnej jest dokładnie zachowane: chory wykonywa natychmiast zlecenia zadawane tonem zupełnie obojętnym

i bez żadnej gestykulacji, nawet cały szereg zleceń, wydanych bezpośrednio jedno po drugim, wykonywa chory dość dokładnie, czasem tylko zmieniając ich porządek lub opuszczając jedno lub drugie. Na pytania, zadawane również tonem obojętnym, bez mimiki i gestykulacji, odpowiada a przynajmniej stara się odpowiedzieć odrazu, odpowiedź następuje natychmiast — jeżeli nie w postaci całego zdania—to w każdym razie w postaci wyrazu lub części zdania — tak, że widoczne jest z niej zawsze w sposób niewątpliwy, że chory pytanie dokładnie zrozumiał.

Zupełnie inaczej przedstawia się część ruchowa mowy — jeżeli chodzi o mowę samoistną. Chory wogóle mówi mało, sam nie zachęcony do rozmowy nigdy jej nie rozpoczyna, przy rozmowie z nim nie widać ani śladu wielomówności ani nadmiernego dobierania poszczególnych określeń. Przy wymawianiu poszczególnych liter i sylab nie widać wyraźnych zaburzeń artykulacyjnych, natomiast już przy wymawianiu poszczególnych wyrazów widać często wyraźne zahaczanie się i drżące zacinanie się na poszczególnych sylabach. Zahaczanie się i zacinanie się to zresztą zależne jest od stanu zmęczenia, w jakim chory się znajduje; często początkowo wymówi jaki wyraz zupełnie dobrze, a po krótszej lub dłuższej rozmowie wymówić go zupełnie nie może. Przy demonstrowaniu całego szeregu przedmiotów, dobrze znanych choremu (ołówki, papier, książka, szczyrek, portmonetka, kałamarz, pióro) chory często momentalnie określa je trafną nazwą (to samo przy wizerunkach obrazkowych rozmaitych przedmiotów), często jednakże dla niektórych przedmiotów nie może znaleźć odpowiedniej nazwy (szczoteczka, klucze) i wtedy najdłuższe namyślanie się nie doprowadza do celu. Na poddawanie błędnej nazwy odpowiedniego przedmiotu prawie zawsze odpowiada przecząco, na poddawanie trafne przeważnie potakuje z zadowoleniem. Często zdarza się, że dla przedmiotu, dobrze i szybko nazwanego przy pierwszym przedstawieniu—już przy następnym chory nie może znaleźć nazwy. Czasem zdarza się zarówno przy mowie samoistnej, jak i przy nazywaniu pokazywanych przedmiotów lub ich wizerunków, że chory część wyrazu wymawia dobrze, zaś końcówki dodaje błędnie albo w ten sposób, że tworzy nowy podobny wyraz o tym samym źródłosłowie i innej końcówce albo tworzy zupełnie nieistniejący wyraz.

Zaznaczyć trzeba przytem, że chory zarówno wyrazy jak i krótkie zdania powtarza zupełnie dobrze, płynnie i bez najmniejszego zahaczania się. Dotyczy to nawet takich wyrazów, które bezpośrednio przedtem samoistnie wymówił źle albo nazw przedmiotów, których sam wynaleźć nie mógł.

Czytanie. Pojedyncze litery alfabetu (rosyjskiego) przeważnie poznaje i nazywa dobrze. Pojedyncze wyrazy dwu — a nawet trzysylabowe często odczytuje szybko i dobrze, przytem ważną rolę odgrywa tu wielkość druku: wyrazów drobnym drukiem przeważnie nie może odczytać. Przy odczytaniu wyrazów występuje to samo zjawisko, co i przy samodzielnym ich wymawianiu, a mianowicie: jeżeli chory odrazu nie przeczyta dobrze wyrazu, to najbardziej usilne próby nie doprowadzają do celu. Jeżeli przy ujemnej próbie odczytania wyrazu podać mu inny—błędny, to przeważnie zaprzecza, jednakże otrzymano cały szereg reakcji,

kiedy chory na sugestję opaczną odpowiedział potakująco; przy podawaniu trafnem zawsze potakuje z zadowoleniem. Przy odczytywaniu wyrazów dłuższych i bardziej złożonych często zdarza się, że początek wyrazu odczytany zostaje dobrze, końcówki zaś zmienione — tak że często otrzymuje się wrażenie, jak gdyby chory część zgadywał. Odczytywanie zdań krótkich lub też początku dłuższego zdania często czasem udaje się choremu dość płynnie, przeważnie jednak czytanie ogranicza się do jednego lub dwóch wyrazów. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że pomiędzy czytaniem na głos a czytaniem pocichu — o ile się zdaje — niema wyraźnej różnicy: nigdy nie udało się otrzymać dowodu, że chory wewnątrznie przeczytał jakiegokolwiek zdanie, że zrozumiał jego treść. Dodać należy, że przy każdej próbie wewnętrznego czytania (t. zw. „lecture mentale“) chory stale wykonywa cały szereg odpowiednich ruchów wargami — objaw, którego znaczenie omówimy przy roztrząsaniu niniejszego przypadku.

**Pisanie.** Pisać prawą ręką zupełnie nie może z powodu osłabienia, niezręczności i niemożności ujęcia w palce pióra ani ołówka — próby robione były z lewą ręką. Samodzielnie lub pod dyktando pisze zazwyczaj w ten sposób, że zaczyna pisać tylko początek wyrazu, dokończając szereg liter bez związku; wyjątek stanowią niektóre wyrazy, jak np. własne nazwisko, które pisze prawie dobrze. Daleko lepiej przedstawia się **kopjowanie**, które przy wyrazach krótszych jest prawie bez zarzutu — kopjowanie nie ma przytem niewolniczego charakteru naśladowania kształtów, co widoczne jest choćby z charakterystycznego szczegółu, że przy kopjowaniu wyrazów, w których znajduje się litera m, chory samodzielnie dodaje kreskę u góry, której nie było w pierwotnym wyrazie, może przytem, kopjując, przekształcać alfabet drukowany na pisany i odwrotnie.

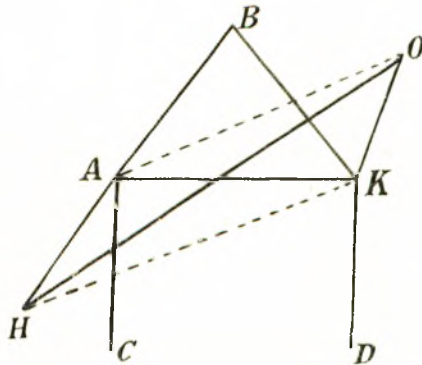
**Psychika chorego**, badana bardzo dokładnie za pomocą całego szeregu metod (postrzeganie, pamięć, kojarzenie, wnioskowanie, sądzenie, dziedzina psychomotoryczna i uczuciowa), zestawionych po raz pierwszy przy badaniu afazji ruchowej przez Lotmar'a i Montet'a nie wykazała absolutnie żadnych braków. Zmniejszone zainteresowanie się chorego tem, co się dookoła niego dzieje — wpływa niewątpliwie nie z upadku umysłowego, lecz z poczucia własnej nieudolności porozumienia się z otoczeniem. Pozatem nastrój chorego zupełnie odpowiada sytuacji.

Że zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku mamy do czynienia z ruchową postacią afazji — nie wymaga to dłuższego uzasadnienia. Jak w pierwszym tak i w drugim przypadku pojmowanie mowy ustnej zachowane jest z tak subtelną dokładnością, że wszelkie ślady afazji czuciowej można wyłączyć z całą stanowczością, — są to więc zupełnie czyste przypadki afazji ruchowej. Po za zaburzeniami pisania, które u pierwszej chorej zamaskowane są zmianami w zewnętrznym narządzie wzrokowym — zasadniczą różnicę pomiędzy pierwszym przypadkiem a drugim stanowi zachowana zdolność dokładnego powtórzenia mowy ustnej, która w pierwszym przypadku jest zniesiona. Upoważnia nas to



do przypuszczania, że w przypadku pierwszym zajęty jest sam ośrodek Broca w III-tm zakręcie czołowym, podczas gdy w drugim ośrodek ten musi być nietknięty, natomiast zajęte muszą być drogi prowadzące do niego. Podajemy tutaj znany schemat Wernicke'go dla dokładniejszego wyjaśnienia umiejscowienia.

Że w drugim z przedstawionych przypadków nie mamy do czynienia z afazją podkorową, dowodzi fakt, że powtarzanie nie jest zniesione, oraz że pisanie dowolne jest zniesione, że więc droga AC nie może być przerwana. Mamy więc w przypadku tym do czynienia z czystą ruchową transkorykalną afazją w sensie Wernicke'go, którą niektórzy badacze uważają za okres następujący afazji ruchowej korowej — inni zaś z Heilbronnerem uważają ją, co słuszniejsze, za postać samo-



A odpowiada ośrodkowi Broca, K = ośrodkowi Wernicke'go, B = domniemanemu ośrodkowi pojęciowemu, O = dziedzinnie wzrokowej, H = oznacza ośrodek cheirokeinestetyczny, C = ośrodek mięśni ruchowych mowy, D = dziedzina słuchowa.

istną. Dodać należy, że jak w pierwszym tak i w drugim przypadku mamy do czynienia z t. zw. przez autorów francuskich „*aphasie de Broca*“ (= afazja ruchowa + agrafia + aleksja) w odróżnieniu od t. zw. „*aphasie motrice pure*“, która prócz niemoty ruchowej nie wykazuje żadnych objawów w dziedzinie czytania i pisania. Przy dzisiejszym stanie anatomii patologicznej afazji nie jesteśmy w stanie jeszcze zróżniczkować umiejscowienia tych 2 postaci afazji ruchowej.

Na szczególne zaznaczenie w przypadku drugim zasługuje fakt, że chory nie tylko nie może czytać dłuższych zdań na głos, lecz nie może ich przeczytać i po cichu i że, przebiegając je oczyma, nie potrafi uchwycić ich sensu, że więc zniesiona jest również zdolność „czytania wewnętrznego“ („*lecture mentale*“ francuskich autorów). Nie podzielamy opinii Dejerin'e'a, jakoby w większości przypadków afazji Broca czytanie wewnętrzne

musiało być upośledzone, spostrzegaliśmy na równi z innymi autorami (Monakow, Lieppmann, Duprè) przypadki, gdzie zdolność ta w afazji Broca była dokładnie zachowana, sądzymy raczej, że zaburzenie to charakterystyczne jest dla afazji czuciowej. Objaw ten u chorego naszego da się objaśnić zarówno na tle psychicznego pojmowania sprawy afazji, jak i na zasadzie klasycznego schematu Wernicke'go. Dziedzina wzrokowa (O), jak wiadomo, prawdopodobnie połączona jest bezpośrednio z ośrodkiem Wernickego (K), to też zazwyczaj czytanie zachodzi drogą: OKB lub też, gdy czyta się na głos, drogą: OKBA. Tak bywa u większości ludzi o mieszanym typie wyobraźniowym. U niektórych jednak osobników, wykazujących typ wyobraźniowy przeważnie ruchowy, istnieje prawdopodobnie bezpośrednie połączenie sfery optycznej z ośrodkiem Broca (OA)—ludzie ci przetwarzają bezpośrednio swe obrazy wzrokowe w obrazy ruchowe mowy i pojmują to, co czytają, dopiero wtedy, gdy wymawiają: sprawa czytania przebiega u nich najprawdopodobniej po drodze: OAB z zupełnym pominięciem ośrodka Wernicke'go. Łatwo zrozumieć, że u chorego naszego, u którego, jak przypuszczamy, przerwana jest droga AB—upośledzone jest nie tylko czytanie na głos (OKBA), lecz i czytanie wewnętrzne (OAB); że zaś chory ten jest zdeklarowanym typem „ruchowym“, tego dowodzi między innymi fakt, że przy próbach czytania po cichu dopomaga sobie bezwiednie ruchami warg. Przypadek ten jest do pewnego stopnia negatywem klinicznym tych rzadkich przypadków afazji zmysłowej, w których zdolność czytania głośnego i wewnętrznego została zachowana (Sem i Meyer, Kopyński), a które objaśnić się dadzą tylko na tle pewnego typu psychologicznego.

Podobnie jak z aleksją, której wyjaśnienie nie wymaga w przypadku drugim hipotezy zajęcia zakrętu kąтового, rzecz się ma w przypadku tym i z agrafią, która da się objaśnić tem samym korowem ogniskiem, uszkadzającym drogę: AB. Jak wiadomo specjalny ośrodek, od którego uzależnia Bastian powstawanie agrafji—nie został uznany przez innych badaczy: Dejerine zwalczą możliwość istnienia ośrodka wyobrażeń cheirokinestetycznych między innymi na zasadzie faktu, że pisać możemy nie tylko ręką, ale i rozmaitemi częściami ciała (np. podczas ślizgania się). W danym przypadku niemożność pisania samoistnego znajduje dostateczne wyjaśnienie w przerwaniu drogi AB, gdyż impulsy pojęciowe nie mogą obudzić odpowiednich impulsów ruchowych w ośrodku Broca, zaś zachowane kopjowanie tłumaczy się dostatecznie istniejącym i nieuszkodzonym połączeniem dziedziny optycznej z ośrodkiem Broca (AO), przyczem przypuścić należy, że już w obrębie tego ostatniego obrazy ruchowe mowy przekształcają się w obrazy cheirokinestetyczne. Fakt, że chory, kopjując, nie przerysowuje niewolniczo i mechanicznie, ale dodaje samodzielnie szczegóły i może zamienić litery drukowane na pisane („imprimé en manuscrit“) przemawia zasadniczo za motorycznym charakterem zaburzeń afatycznych (Dejerine).

Poza znaczeniem względnej rzadkości, jakie przedstawiają niniejsze dwa przypadki (czysta postać afazji ruchowej korowej i czysta postać afazji ruchowej transkortykałnej), przypadki te posiadają zna-

czenie ogólniejsze, gdyż pozwalają zająć pewne stanowisko wobec rewolucyjnych, lecz niezbyt pewnie ugruntowanych nowych teorii Marie'go. Jak wiadomo przyczynę afazji upatruje Marie w „znacznym upośledzeniu ogólnych władz umysłowych“, które widzi jak w afazji zmysłowej, tak i ruchowej. W przypadku pierwszym przy zajęciu obrębu Wernicke'go obraz kliniczny wypełniony jest według Marie'go wyłącznie zaburzeniami umysłowymi, zależnymi od zajęcia tego ośrodka, uważanego przez Marie'go za swoisty ośrodek umysłowy, nie zaś za ośrodek umysłowych obrazów mowy, których to obrazów autor ten zupełnie nie uznaje. W przypadku drugim do zajęcia ośrodka Wernicke'go dołącza się zajęcie jądra soczewicowatego (według późniejszego określenia Marie'go t. zw. „quadrilatère lenticulaire“), zaś afazja Broca jest niczem innym jak afazją zmysłową z dodatkiem anartrji, a „trzeci zakręt czołowy nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu mowy“. Sprawa zaburzeń umysłowych w afazji należy do najtrudniejszych zagadnień patologji mózgu: nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w większości przypadków afazji jak ruchowej tak i czuciowej—zaburzenia te istnieją, lecz, zdaniem naszym, należy odnieść je nie na karb zajęcia odpowiednich ośrodków, lecz ogólnych rozlanych zmian mózgowia, zależnych od sprawy zasadniczej, powodującej cierpienie (stwardnienie tętnic, przymiot, rozlane zmiany mózgu w nowotworach). Natomiast miarodajne i rozstrzygające mogą być tylko te bardzo rzadkie przypadki, jak Lotmar'a i Montet'a lub nasze dwa, gdzie przy istniejącej afazji najdokładniejsze badania psychiatryczne absolutnie żadnych braków w dziedzinie umysłowej nie wykryły—i takie właśnie przypadki zasadniczo twierdzenia Marie'go zbijają. Te same dwa nasze przypadki wykazują jednocześnie dobitnie, jak dalece nieuzasadnione i przedwczesne jest uogólnienie Marie'go, jakoby afazja Broca była tylko afazją Wernicke'go z anartrją, gdyż przede wszystkim w obu tych przypadkach rozumienie mowy mówionej zachowane było z subtelną dokładnością; a nawet w tych przypadkach, gdzie nie jest ono tak dokładnie zachowane, jak w naszych, zaburzenia należy odnieść na karb upośledzonego zapamiętywania, a nie afazji zmysłowej, jak to wykazał Lipmann, powtóre zaś ani w jednym ani w drugim przypadku nie mieliśmy do czynienia z zaburzeniami dyzartrycznymi w znaczeniu ściślejszem. Lecz gdyby się nawet zgodzić z Marie'm, że pewne zahaczanie i zacinań przy wymawianiu trudniejszych wyrazów w drugim przypadku naszym nie jest zaburzeniem w kojarzeniu obrazów ruchowych mowy, nie jest utrudnieniem w wywoływaniu wyrazu, lecz jest anartrją, a więc zaburzeniem rzutu nerwo-mięśniowego, to pozostaje zupełnie niezrozumiałym fakt — dlaczego dyzartrja ta odrazu znika, gdy wchodzi w grę powtarzanie tego samego wyrazu. Sądzymy tedy, że zmiany w ruchowym mechanizmie mowy w obu naszych przypadkach śmiało można położyć na karb ośrodka Broca, nie wymagając zajęcia „quadrilatère lenticulaire“ Marie'go, gdyż niema dotychczas w piśmiennictwie ani jednego sekcyjnego przypadku afazji ruchowej, w którym stwierdzonoby zmiany wyłącznie w jądrze soczewicowatem. Sądzymy też, że przypadki nasze wymownie przemawiają za utrzymaniem klasycznej nauki dualistycznej w afazji ruchowej wskutek ognisk w zakręcie Broca lub prowadzących do niego dro-

gach i afazji czuciowej—wskutek ognisk w obrębie *Wernicke'go* wbrew nowszym twierdzeniom *Marie'go*, gdyż przytaczane w monografii ucznia i wyznawcy *Marie'go*—*Moutier'a* przypadki zupełnego zniszczenia zakrętu *Broca* bez afazji ruchowej za życia dowodzą niedokładnego lub spóźnionego badania klinicznego albo ambidekstrii, zaś przypadki braku zajęcia zakrętu *Broca* w stwierdzonej za życia afazji ruchowej oparte są, jak tego dowiodła *Dejerine—Klumpe*, na niedostatecznym badaniu na serjach cięć odpowiedniego materiału mózgowego (zajęcie włókien rzutowych).

(Streścił mówca).

W dyskusji *Kopczyński St.* zaznacza, że 1) dla rozstrzygnięcia sporu, toczącego się dziś w *Wpisiennictwie*, zwłaszcza francuskim, co do umiejscowienia ośrodków mowy posiadają znaczenie jedynie przypadki badane sekcyjnie, 2) niemota słuchowa nie zawsze kojarzy się aleksją, czego dowodzi również przypadek *Kopczyńskiego*, przedstawiony na posiedzeniu i badany następnie po śmierci, 3) że osoby, dotknięte niemotą, często braków inteligencji nie wykazują i pod względem sędowo-psychiatrycznym powinny być uważane za jednostki poczytalne.

*Łapiński* stwierdza u przedstawionych chorych osłabienie władz umysłowych, odwracalność uwagi, stan podniecenia i nie uważa ich za psychicznie normalnych.

*Higier* podkreśla różnice, zachodzące w afazji i aleksji w zrozmieniu lub wymawianiu litery, sylaby, wyrazu i zdania. Zaburzenia w pojmowaniu u afatyka mogą dotyczyć: dźwięku wyrazu, treści wyrazu i treści zdania. Mowa wewnętrzna i czytanie wewnętrzne (*lecture mentale*) zachowują się czasem bardzo ciekawie w afazji u ruchowców, gdyż mięśnie wargowe, fonacyjne, artykulacyjne i oddechowe zostają nieraz widocznie pobudzone, jak to miało miejsce w niemocie ruchowej u pacjentki *Higiera*, dotkniętej przewlekłą rozedmą płuc i niezłym krtani: przy każdej wysiłkowej próbie mówienia lub czytania stale występował kaszel z krztuszeniem się.

*Fłata* u przeczy istnieniu zaburzeń w dziedzinie umysłowej u przedstawionych chorych, podnosi istnienie u dotkniętych afazją pewnego niepokoju, chęci poprawiania się w mowie, zwłaszcza kiedy istnieje parafazja, skąd t. zw. *logorrhea*; również nie zdradzają przedstawieni chorzy braku pamięci w tym sensie, jak to bywa u osób, dotkniętych otępieniem, słowem chorzy ci, i podobni do nich, powinni być uważani pod względem lekarskim za poczytalnych.

*Wizel* również przeciwny jest twierdzeniu *Łapińskiego*.

*Sterling* odpowiada *Kopczyńskiemu*, iż sam zwracał uwagę na niezwykłość zniesienia możliwości czytania wewnętrznego w przedstawianych przypadkach, które jest do pewnego stopnia negatywem klinicznym tych przypadków afazji zmysłowej, gdzie zdolność czytania tego była zachowana. I w jednym i w drugim przypadku objawy te dadzą się objaśnić tylko na tle wybitnej przewagi pewnego określonego psychologicznego typu wyobraźniowego.

W odpowiedzi *Higierowi* zaznacza, iż, przedstawiając chorego—

podczas próby czytania po cichu—podkreślał jego normalne ruchy wargami, które dowodzą, że jest on typem ruchowca.

Nie zgadza się z Łapińskim, jakoby w przypadkach przedstawionych istniały jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne. Oba przypadki były badane niezmiernie szczegółowo rozmaitemi metodami współczesnymi pod względem psychjatrycznym—i wynik badania był zupełnie ujemny. Fakt ten, że chory w przypadku drugim nie pamięta okoliczności zewnętrznych, w jakich wystąpiło jego porażenie kończyny górnej, daje się bardzo łatwo objaśnić tem, że porażenie wystąpiło podczas snu. O podnieceniu manjakałnem w przypadku pierwszym nie może być nawet mowy.

Kopczyński St. przedstawił preparat mózgu, pochodzący z przypadku aleksji.

Chory lat 52, leśnik, prowadzący rachunkowość leśną, kawaler, w Styczniu r. 1909 nagle, siedząc przy stole, dostał zawrotu głowy, zanieმოił, nie upadł. Kiedy po pewnym czasie przyszedł do siebie, otoczenie zauważyło, że źle mówi, niezręcznie włada ręką, do pracy swej nie jest zdolny. Chory pił i palił umiarkowanie, przymiotu nie przechodził.

Badanie przedmiotowe, dokonane w 6 miesięcy po napadzie, wykazało co następuje. Tętno 64, nieco twarde. Stan bezgorączkowy. Lekki przerost lewej komory serca. W moczu 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> białka. Chory chodzi swobodnie. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Siła ruchowa w prawej ręce zlekka osłabiona, zresztą zaburzeń nie przedstawia. Odruchy ścięgnowe po stronie prawej nieco żywsze, niż po lewej, skórne nieco słabsze. Objaw Babińskiego na prawej stronie niewyraźny. Wszystkie rodzaje czucia (dotyk, ból, ciepło i zimno) po stronie prawej nieco osłabione. Zmysł stereognostyczny w prawej ręce wyraźnie upośledzony. Hemianopsja obustronna, prawostronna, jednoimienna. Chory wykazuje następujące zaburzenia mowy. Dowolnie mówi płynnie, dość dobrze, zrzadka parafatycznie, to jest wstawia niewłaściwe wyrazy lub sylaby. Powtarza nawet złożone wyrazy naogół dobrze. Rozumienie wyrazów nieco upośledzone: chory np. nie wykonywa bardziej złożonych zleceń, prostsze rozumie i wykonywa poprawnie. Pisanie dowolne wyraźnie upośledzone. Chory np. podpisuje się, lecz opuszcza lub przestawia litery, żadnych zdań większych nie pisze. Pod dyktando pisze bardzo źle: przekręca wyrazy. Kopjuje dość dobrze, przy czem druk jako pismo. Cyfry rozpoznaje prawidłowo, również obrazki, rysunki.

Największe zaburzenia chory wykazuje w umiejętności czytania. Jeszcze z biedą rozpoznaje litery, jednak złożyć nawet prostych wyrazów nie jest w stanie. O czytaniu płynnem mowy nawet niema. Niekiedy skoro kilkakrotnie odsylabizuje z trudnością jakiś prosty wyraz i kilkakrotnie go wymówi, wtedy jest w stanie go zrozumieć. Bez wymawiania litery są dla niego hieroglifami (*alexia verbalis*).

Pozatem chory rozpoznaje dobrze przedmioty, orientuje się co do wykonywania czynności nawet złożonych (brak agnozji i apraksji), wogóle braków inteligencji nie wykazuje. Podczas 3 miesięcznej obserwacji zaszły zmiany następujące: zaburzenia ruchu i czucia w prawej ręce, hemianopsja, niemota słuchowa—znikły niemal zupełnie, chory dowolnie coraz lepiej mó-

wił bez przestawiania sylab, coraz lepiej rozumiał nawet złożone zdania, począł pisać dowolnie bez błędów, z trudem zaczął pisać pod dyktando, powtarzając głośno dyktowane wyrazy dla ułatwienia sobie pisania; jako najstalszy i najsilniejszy objaw pozostał brak zdolności czytania. Chory na kilka tygodni przed śmiercią zaczął doznawać objawów zapaści, na tle przypuszczalnego stwardnienia tętnic wieńcowych serca. Podczas jednej z takich zapaści chory zmarł. Na sekcję poszedł z rozpoznaniem rozmiękczenia lewego zakrętu kąowego. Sekcja w zupełności rozpoznanie to potwierdziła. Na granicy pomiędzy płatem ciemieniowym a potylicowym w zrazie, okalającym tylny górny brzeg szczeliny skroniowej górnej, a więc w okolicy t. zw. zakrętu kąowego — widać wklęsnięcie istoty mózgu, na przestrzeni wielkości jaja kurzego, opony w tem miejscu są mocno pomarszczone, wciągnięte, cała ta okolica ma wygląd żółtawo-szarawy. Przecięć poprzecznych zaniechano, gdyż mózg będzie następnie badany mikroskopowo.

Mówca podnosi rzadkość przypadku odosobnionej, aleksji, ścisłość rozpoznania i umiejscowienia. Zniknięcie hemianopsji tłumaczy tem, że szlak wzrokowy, leżący głębiej i bardziej ku wewnątrz, cierpiał tu tylko wtórnie, gdy pasemko podłużne dolne, leżące bardziej ku zewnątrz, a łączące płat potylicowy i zakręt kąowy z płatem skroniowym, t. j. z ośrodkami mowy i stanowiący, jak przypuszczają, podkład anatomiczny dla prawidłowej czynności czytania, ucierpiało tu najbardziej. Przypadki sekcyjne izolowanej aleksji należą do wielkich rzadkości.

(Spraw. własne).

Sekretarz St. Kopczyński.

## Z TOWARZ. LEKARSKICH NIEMIECKICH.

---

Reich przedstawił w Berl. Tow. psychjatr.-neurol. mózg 52-letniej kobiety gruźliczej, u której w ostatnich dniach życia wystąpiły przy zachowanej przytomności napady padaczki Jacksonowskiej. Drgawki umiejscawiały się głównie w mięśniach zewnętrznych lewej połowy krtani, rzadziej w mięśniach języka, szyi (wraz z podskórnym) tejże strony. Notowano wyraźną bolesność opukową okolicy prawej skroni, 7 ctm. nad wejściem do zewnętrznego przewodu słuchowego, w miejscu, odpowiadającym nakrywce mózgowej (operculum). Przy oględzinach pośmiertnych znalazł się bąblowiec, uciskający okolicę prawej nakrywki mózgowej, prawego zrazu skroniowego i częściowo wysepkę Reila. Jak wiadomo, Ferrer na zasadzie doświadczeń na psach umiejscawia ośrodek krtani w dolnej części zakrętu ośrodkowego, Munk w zrazie czołowym. Krause, wycinając u psów zakręt przedkrzyżowy (gyrus praecruciatatus), wywoływał porażenie krtani oraz zwyrodnienie wtórne torów, prowadzących do rdzenia przedłużonego. Grünbaum i Sherrington rozróżniają u małpy w dolnej części przedniego zrazu środkowego oddzielne ośrodki dla zwieraczy i rozwieraczy krtani. I autor skłonny jest na zasadzie swojego przypadku umiejscawiać ośrodek krtaniowy w tejże okolicy, zwłaszcza w bliskości nakrywki.

---

Oppenheim w Berl. Tow. Neur.-psychjatr. omawiał bliżej sprawę nowotworów mostowo-mózdzkowych, przedstawiając mózg zmarłego po operacji 46-letniego mężczyzny. W przypadku tym wynik dodatni próby Wassermana i znakomity rezultat leczenia swoistego kazały przypuszczać guz syfilityczny, znalazł się natomiast zwykły włókniak n. słuchowego. Objawy uciskowe były tego rodzaju, że nowotwór przyparł przeciwległą połowę opuszki do kości, wywołując upośledzenie piramidy i czepka przeciwnej strony t. j. niedowład i zniesienie czucia skrzyżowane. W innych przypadkach autora występowały jedynie przy bocznym leżeniu brak odruchu rogówkowego (guz n. słuchowego) oraz drżenie gałek ocznych i porażenie mięśni oka (guz robaka móżdżku).

---

Halbey na posiedzeniu Tow. neurol.-psychjatr. w Szczecinie przedstawiał liczne tablice, krzywe i djagramy, z których wynika, że wybitny wpływ na częstość napadów drgawkowych w padaczce wywierają zmiany meteorologiczne, zwłaszcza nagły spadek ciśnienia atmosferycznego.

Systematyczne spostrzeżenia dokonane zostały w ciągu roku na dotkniętych padaczką z zakładu w Ueckerman.

Liepmann w Berlińsk. Tow. Neuroi.-psychj. przedstawił mózg chorego, dotkniętego od szeregu lat prawostronnym bezwładem, mimowolnym płaczem oraz dyspraksją lewą, dowolną i naśladowczą. Przy dobrze zachowanym rozumieniu mowy towarzyszyła zaburzeniem ruchowym zupełna niemota ruchowa z agrafią. Sekcja wykazała zajęcie części nakrywkowej 3-go zakrętu czołowego, części trójkątnej a zwłaszcza wyspy Reila. Zniszczenie zrazu czołowego przy nieznacznym uszkodzeniu jąder podkorowych przemawia na korzyść teorii afazji Broca.

Rothmann przedstawił w Berl. Tow. neur.-psychj. małpy, na których wykonywał w laboratorjum fizjologicznym prof. Ziehen a w Charité doświadczenia, mające potwierdzić wyniki dawnych jego badań nad mózdzkiem u psów. Chodziło o to, aby stwierdzić nader ważne dawne wyniki u zwierząt, wyższe stanowisko w hierarchii zoologicznej zajmujących. I na małpach, stojących bliżej człowieka, okazało się, że zrazik mózdzku czworokątny stanowi ośrodek mózdkowy dla górnej, a zrazik półksiężycowaty dla dolnej kończyny. Zniszczenie tych ośrodków wywołuje bezład z drżeniem odpowiednich kończyn bez porażeń i zmian czucia dotykowego, a natomiast z upośledzeniem czucia głębokiego. Objawy te warto sprawdzić w djagnostyce lokalizacyjnej chorób mózdkowych u ludzi.

Ziehen, przedstawiając w Berl. Tow. psychjatrów chłopca 15 letniego, dotkniętego „moral insanity“, omawiał bliżej ten dział socjologii patologicznej. W wywiadach znalazł się obok usposobienia dziedzicznego uraz głowy w dzieciństwie. Autor zwraca uwagę na tę postać młodzieńczą, w której pierwsze objawy występują dopiero po 10-m roku życia lub jeszcze później. Różnią się one od hebefrenji brakiem zaburzeń we wnioskowaniu i otępieniem w dziedzinie uczuciowej. Uraz głowy odgrywa też ważną rolę. W odpowiednim otoczeniu dzieci takie wychodzą czasem na ludzi normalnych.

Forster w Berl. Tow. psychjatrów pokazuje 2 chorych z mową natrętną. Pierwszy, z ojca pijaka zrodzony, od lat wielu cierpi na stany lęku i wyobrażenia prześladowcze, które po silnych wzruszeniach potęgują się okresowo. Druga chora jest hipochondryczką, mającą obok mowy mimowolnej napady strachu. U pierwszego często bywa czkawka, u drugiej kurcz pisarski. Tików nie wykazuje żaden. Pierwszy wyrzuca od czasu do czasu po czkawce i z pewnym uczuciem lęku



i przygnębienia wyrazy „drogi“ i „księża“, druga z temże uczuciem zmuszona jest ciągle myśleć o najnieprzyzwoitszych wyrazach, a czasem posługiwać się nimi w mowie potocznej, mając wprawdzie skromny nader repertuar, składający się z 5—10 dobranych wyrazów.

K o t r i n s k i w B e r l i n i e p s y c h j a t r ó w p r e d s t a w i a 29-letnią, dziedzicznie obciążoną dziewczynę, która już dawniej miała pewne objawy psychiczne, w dzieciństwie drgawki, a w 17 roku życia wymioty nerwowe. Od roku zmieniła się nagle, wmawiając sobie, że ma 14-ty rok, bawiąc się chętnie dziecinnie lalkami i czytając bajki i powiastki dla dzieci. Brak piętń histerycznych. Nie okłamuje, nie przesadza, nie jest kapryśna, nie jest zmienna w usposobieniu. Wzruszeń i przejść moralnych było kilka w ostatnich latach. Zaburzeń umysłowych w klinice nie stwierdzono. Pobudzenie i podniecenie następuje jedynie, gdy się ją zmusza do pracy cięższej poważniejszej lub gdy się wyraża powątpiewanie co do jej wieku. K. rozpoznaje histeryczny infantylizm wrzekomy.

M a r b u r g, przedstawiając 2 chorych z nowotworem mostowo-mózdkowym w Wiedeńsk. Tow. neurol.-psychjat., omawia bliżej rozpoznanie i wskazanie do operacji. Charakterystyczna jest niewspółmierność między bólem głowy a wymiotami. Nerwy X, XI i XII rzadko cierpią. Wewnątrzmożgowe guzy różnią się od omawianych brakiem wczesnej tarczy zastoinowej i odruchów brzusznych. Głuchota przemawia za zajęciem n. ślimaka, drżenie gałek ocznych, zawroty, zataczanie się i brak reakcji ciepłotnej błędniaka za zajęciem n. przedstonka. Objawy mózdkowe znajdują się w górnej kończynie po stronie dotkniętej. Odczyn W a s s e r m a n n a nie jest pewny w tych wypadkach. W razie zajęcia n. błędnego i znacznego osłabienia siły widzenia nie należy namawiać do operacji.

R. M ü l l e r w M o n a c h i j s k i e m T o w. l e k. demonstrował na mikrofotogramach udział układu współczulnego w unerwieniu głowy. Budowa dendrytów, specjalną metodą barwionych, jest nader charakterystyczna i dla każdego ze zwojów czaszkowych swoista (G a n g l i o n s p h e n o p a l a t i n u m, c i l i a r e, o t i c u m, s u b m a x i l l a r e). Związek ich z nerwami czaszkowymi jest nader złożony. Nie ulega również wątpliwości wpływ psychiki na czynność układu współczulnego, zwłaszcza jego włókien wydzielniczych, naczynio i włosoruchowych.

M a r k u s omawiał temat powstania układu współczulnego z anatomicznego punktu widzenia w M o n a c h i j s k i e m

Tow. morfologiczno-fizjologiczne m. Pochodzenie swe zawdzięczają włókna sympatyczne nie zwojom rdzeniowym ani też połączeniu przedniego i tylnego korzenia, jak to powszechnie przypuszczają. Najwyżej leżące nn. rdzeniowe, nie posiadające korzeni tylnych, posiadają też zwoje współczulne, pochodzące jedynie z korzenia ruchowego przedniego. N. współczulny jest przeto z pochodzenia swego raczej nerwem ruchowym, niż czuciowym. Im więcej wznosimy się w hierarchji zwierząt, tem silniej rozwinięty jest układ n. współczulnego kosztem n. błędnego.

L. J a c o b s o h n przedstawił w Ber l. Tow. l e k a r s k i e m 46-letnią chorą na wiał z napadami żołądkowymi; od czasu do czasu dostaje ona n a p a d u o m d ł e w a n i a z zupełną utratą przytomności, połączonego z sinicą i następczemi drgawkami, po których wraca stan zupełnie normalny. Zdaniem autora, P a l pierwszy opisał te napady w wiałdzie rdzenia. (Napady te oddawna znane były C h a r c o t'owi, według którego zaczynają się od łechtania w krtani i następczego kurczu zwieraczy krtani, a kończą się utratą przytomności: i c t u s s. c r i s e l a r y n g é e. Przyp. sprawozdawcy).

P l a t e na posiedzeniu Tow. L e k. w H a m b u r g u przedstawił przypadek zapalenia zniekształcającego stawów kręgowych (s p o n d y l i t i s d e f o r m a n s B e c h t e r e w a). U 25 letniego mężczyzny po ciężkim urazie rozwinęły się uporczywe bóle kręgosłupa, wzmagające się zwłaszcza podczas chodzenia, siedzenia i obciążenia. Radiograficznie przekonano się o zapaleniu zniekształcającem w obrębie stawów międzykręgowych. W następstwie leczenia systematycznego bóle zupełnie ustały i powróciły ruchy i podatność w kręgosłupie. Leczenie polegało na zastosowaniu gorsetu ortopedycznego i ciepła miejscowego w postaci lampek żarowych i rozpylania na okolicę kręgosłupa nasion rzepaku lub maku za pomocą przyrządu, zbudowanego w tym celu przez autora.

H. Higier.

## W SPRAWIE PRACOWNI PSYCHOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Odbyty w Październiku ubiegłego roku pierwszy Zjazd polskich neurologów, psychiatrów i psychologów wytknął jako pierwszą potrzebę naszego ruchu naukowego w chwili obecnej sprawę utworzenia w Warszawie pracowni psychologicznej. Komitet organizacyjny, któremu Zjazd polecił wykonanie powziętej w tej mierze uchwały, zwrócił się do trzech Towarzystw: Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Towarzystwa badań nad dziećmi i Sekcji neurologiczno-psychiatrycznej przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim o delegowanie po trzech ze swych członków dla utworzenia specjalnej komisji, która zajęłaby się wcielaniem w życie uchwały Zjazdu.

Wybrana komisja w składzie PP.: Karpińskiej, Segala i Weryhy z ramienia Tow. Psych., Rzętkowskiej, Sterlinga i SzycoŹny z Tow. bad. nad dziećmi, Flataua, Męczkowskiego i Radziwiłłowicza od Sekcji Neurolog.—opracowała projekt organizacji pracowni, określiła jej kosztorys i budżet i zakrzętnęła się około zbierania potrzebnych na ten cel funduszuw.

Pierwszą ofiarę w ilości 300 rb. złożył Zjazd z przewyżki przychodu nad wydatkami, następnie jeden z uczestników Zjazdu p. Wiktor Skibniewski, obywatel z Podola, zgłosił swą gotowość wnoszenia w ciągu trzech lat sumy 1000 rb. rocznie na potrzeby pracowni. Dr. Edward Zieliński ofiarował na ten cel 100 rb., Tow. badań nad dziećmi złożyło 50 rb., jako dochód z odczytu. Panna Józefa Tuhanowska obywatelka z Litwy zgłosiła gotowość ofiarowania 10000 rb. na rzecz pracowni.

Poprzednie dary były bezwarunkowe, dar P. Tuhanowskiej przewidywał szereg następujących warunków do przyjęcia.

Pracownia jest własnością Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i korzysta z jego ustawy jako osoby prawnej. Gdyby dla jakichkolwiek względów Towarzystwo to istnieć przestało, pracownia przechodzi na własność Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Zarząd pracowni składa się z 6 osób — trzech imiennych, mianowicie kaźdorazowych przewodniczących Towarzystw: psychologicznego. badań nad dziećmi, sekcji neurologicznej, ewentualnie Towarzystwa Neurologiczno-Psychiatrycznego, gdyby takie miało powstać z obecnie istniejącej sekcji i — trzech członków stałych: D-ra Massoniusa, D-ra Radziwiłłowicza i D-ra Zielińskiego; w razie ustąpienia którego z nich, pozostali przez kooptację wybierają jego następcę.

Przewodniczy w Zarządzie kaźdorazowy prezes Towarzystwa Psychologicznego.

Zarząd czuwa nad naukowym charakterem pracowni, mianuje kierownika i pracowników płatnych, zarządza funduszami

pracowni, składa coroczne sprawozdanie z działalności pracowni Zarządowi Tow. Psych. i za jego pośrednictwem podaje je do wiadomości ogólnej.

Komisja rewizyjna Tow. Psych. jest jednocześnie komisją rewizyjną pracowni. Komisja organizacyjna postanowiła zapis P. Tuhanowskiej przyjąć i przedstawić decyzję swoją do zatwierdzenia zebrani ogólnych Towarzystw, wskazanych w zapisie. Towarzystwa te na posiedzeniach, odbytych w ciągu miesiąca Maja, powzięły uchwały zgodne z postanowieniem komisji. W ten sposób przyszła pracownia psychologiczna posiada obecnie fundusz, wystarczający na jej założenie i prowadzenie w przeciągu jakich lat trzech. Wobec tego komisja organizacyjna uznała zadanie swe za spełnione i przekazała dalszą pieczę nad losami pracowni Zarządowi w myśl zapisu P. Tuhanowskiej, przyjętego i zatwierdzonego przez zainteresowane Towarzystwa. Oczywiście zebrany dotychczas fundusz pozwala utworzyć pracownię i zapewnić jej pierwsze początki, ale nie zapewnia jej dalszego bytu. Wobec tego komisja organizacyjna powzięła projekt, którego wykonanie przekazała Zarządowi, zwrócenia się do szerszego ogółu o poparcie w celu dalszego utrzymania pracowni drogą zobowiązania się do wnoszenia chociażby niewielkich, rocznych składek na rzecz pracowni.

Od poparcia zatem szerszego zależy przyszłość instytucji, tak ważnej w naszym życiu naukowym, a której początki, dzięki hojnym ofiarom dotychczasowym, zapowiadają się tak pięknie. Ofiary i zobowiązania skierowywać należy pod adresem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Smolna 15 z nagłówkiem „Pracownia Psychologiczna“.

---

W chwili, kiedy druk pierwszego zeszytu „Neurologji Polskiej” został już ukończony, opuściła prasę praca D-ra med. L. Bregmana p. t. *Dyagnostyka chorób nerwowych* — podręcznik dla lekarzy i studentów (str. 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami). W przedmowie do dzieła autor pisze, iż „postawił sobie za zadanie przedstawić w sposób możliwie treściwy, ale bez uszczerbku dla dokładności i jasności wykładu, najważniejsze dane kliniczne, niezbędne przy badaniu i rozpoznawaniu chorób nerwowych”.

Witając z uznaniem zjawienie się pierwszego w języku polskim dzieła tego rodzaju, opartego na spostrzeżeniach i doświadczeniu własnem autora, zaznaczamy, iż szczegółową ocenę książki podamy w następnym zeszycie pisma.

---

## TREŚĆ ZESZYTU I TOMU I.

OD REDAKCJI . . . . .	1
<b>PRACE ORYGINALNE.</b>	
J. Babiński. O zmniejszaniu ciśnienia wewnątrz-czaszkowego za pomocą kraniektomji . . . . .	3
J. Jeleńska - Macieszyna. Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego oka po znieczuleniu łądźwiowem tropokokainą . . . . .	10
R. Radziwiłłowicz. Przyroda omamu zmysłowego . . . . .	18
J. Babiński i J. Jarkowski. O możliwości określania wysokości uszkodzenia w porażeniach poprzecznych rdzeniowych na podstawie pewnych zaburzeń odruchowych . . . . .	25
M. Bornstein i Wł. Sterling. O kostniakach kręgosłupa, powodujących ucisk rdzenia . . . . .	29
<b>STRESZCZENIA . . . . .</b>	<b>48</b>
<b>TOWARZYSTWA LEKARSKIE.</b>	
Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia sekcji neurologiczno-psychiatrycznej:	
d. 22 Stycznia 1910 r. . . . .	72
d. 19 Lutego 1910 r. . . . .	105
Towarzystwa Lekarskie Niemieckie . . . . .	123
<b>WIADOMOŚCI BIEŻĄCE . . . . .</b>	<b>127</b>

## Streszczenia.

### NEUROLOGJA.

- ANATOMJA.** Elliot Smith. Badania nad rozwojem mózgu str. 59. E. Malome. O jądrach wzgórka wzrokowego str. 68.
- SYMPTOMATOLOGJA.** Saenger. O braku odruchu z rogówki str. 64. Oppenheim. Krótka notatka w sprawie wpływu trzymania głowy na występowanie objawów mózgowych str. 64. Bauer i Biach. O wyczerpywaniu się odruchu Babińskiego i o wpływie odruchu kolanowego na odruch podeszwy str. 65. Boettiger. Nowy sposób wykazywania słabych odruchów ścięgowych str. 65. Tobias. Przyczynek do kazuistyki nadmiernej potliwości połowicznej str. 66. Sarbo. Przyczynek kliniczny do sprawy powstawania odruchu ze ścięgna Achillesa na drodze anatomicznej str. 67. Malaise. Badanie nad istotą i podstawami starczych zaburzeń chodu str. 69.
- CIERPIENIA OPON MOZGOWO - RDZENIOWYCH.** Mestrezat. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w zapaleniu opon rdzenio-mózgowych z ziarenkowcami str. 54. Salebert i Thubert. Zespół urologiczny w zapaleniu nagminnem opon mózgowo-rdzeniowych str. 55. Pratt Johnson. Przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z ruchami płaszczykowymi str. 60. Leonard Ley. Przypadek przepukliny oponowej rdzenia (meningocele), operowanej 40 godzin po narodzeniu się dziecka; wyzdrowienie str. 60. Roper. Przypadek zapalenia surowiczego opon rdzeniowych, naśladujący nowotwór rdzenia; laminektomja; wyleczenie str. 62. Dumolard

- i Flottes. Zespół objawów Landry'ego w postaci ostrego zapalenia opon rdzenia u dotkniętego zimnicą i zatruciem ołowiem str. 51.
- CIERPIENIA MÓZGU.** Guillaïn i Laroche. Astereognozja kurczowa młodzieńcza str. 48. Long. O często spostrzeganym braku przykurczeń stałych w porażeniu połowiczem dziecięcym str. 48. Roux. Porażenie połowicze oczne obustronne ze zniesieniem ruchów dowolnych i zachowaniem ruchów odruchowo-zmysłowych str. 48. Noica i Dumitrescu. O zwiótczeniu mięśni w porażeniu połowiczem organicznem str. 48. Froment i Mazel. Afazja ruchowa; objaw Lichtheim'a i Dejerine'a jednocześnie z paragrafją; brak widocznych zaburzeń inteligencji str. 49. Long. Dwa spostrzeżenia anatomo-kliniczne zespołu wzgórkowego str. 49. Ricaldoni. Porażenie skojarzone obustronne VI i VII nerwów czaszkowych o rozwoju powolnym str. 50. Bouchand. Przypadek dyzartrii ze ślepotą wyrazową, hemianopsją, agrafją, afazją, napadami płaczu i śmiechu kurczowego. Rozmiękczenie mózgu str. 51. Lhermitte i Schaeffer. Przejawy rozmiękczenia mózgowego bezgnilnego, rozróżnienie tych zmian od zapalenia mózgu powikłanego rozmiękczeniem str. 52. Lafforgue. Dwa przypadki zespołu mózdkowego wskutek wzmózonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego str. 55. Camp. Typ zaburzeń czuciowych w porażeniach mózgowych str. 56. Barrett. Przypadek czystej duchowej głuchoty z badaniem drobnowidzowem str. 58. Mercier. Przedstawienie kilku przypadków chorób mózgu str. 62. Stein. O pewnym objawie przemijającym w porażeniach połowicznych wieku dziecięcego str. 67.
- NOWOTWORY MOZGU.** Zenner. Dwa przypadki nowotworu mostu, str. 57. Taylor. Torbiel okostny jako niezwykły wynik wzmózonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, str. 58. Harvey Cushing. O chirurgicznem leczeniu guzów mózgu na podstawie nowych spostrzeżeń, str. 59. Herringham i Hinds Howell. Przypadek nowotworu z połowiczem rozszczepieniem czucia, str. 60. Bramwell. Przypadek nowotworu wewnątrzczaszkowego ze zmianami w polu widzenia, str. 63.
- CIERPIENIA RDZENIA.** Odery Symes. Przypadek ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia, zakończony śmiercią, str. 62. Job i Froment. Badania nad ostrem zapaleniem rogów przednich rdzenia, str. 54. Müller. O porażeniach poprzecznych, powodowanych przez tętniaki aorty, str. 66. Szczerbak. W sprawie etjologii stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni, str. 78. Dufour i Cottenot. O związku nieustannych wymiotów w ciąży ze zmianami w układzie nerwowym, str. 49. Rowley Moody. Choroba Friedreich'a, str. 60. Astwocaturoff. O władzie wrzekomym glejakowym i o zmianach naczyniowych w syringomyelji, str. 79.
- CIERPIENIA NERWÓW.** Bernhardt. Przypadek porażenia n. pośrodkowego jako późne następstwo uszkodzenia stawu łokciowego, str. 66. Boveri. O zapaleniu nerwów przerostowem rodzinnem, str. 52. Nikitin. Przypadek zaniku w obrębie rozgałęzień I-ej gałązki n. trójdzielnego, str. 80.
- HISTERJA. PADACZKA.** Knap. Odruchy w hysterji, str. 57. Kölpin. Niezwykłe zaburzenia oczne w przypadku hysterji ze stanami letargicznymi, str. 67. Ulrich. O stosowaniu soli kuchennej w leczeniu padaczki, str. 64. Steiner. Padaczka i glejak, str. 73. Halbey. O wpływie zjawisk meteorologicznych na dotkniętych padaczką, str. 78.

VARIA. James Taylor. O rozpoznawaniu i leczeniu niektórych chorób nerwowych, str. 61. Müller. O zuciowych objawach podrażnienia w poczynającym się stwardnieniu wielogniskowem, str. 43. Parisot. Rola przysadki w powstawaniu akromegalji, str. 50. Roux. Myotonja w chorobie Parkinson'a, str. 60.

---

## PSYCHJATRJA.

Haury. Psychjatrja w wojsku, str. 54. Morgenthaler. Pomiary ciśnienia krwi u umysłowo chorych, str. 74. Berse. Uwagi dotyczące teorii omamów, str. 71.

---

Southard. Pomyłki przy rozpoznawaniu bezwładu postępującego, str. 55. Radiet i Pansier. Zwężenie pola widzenia i ślepotą na barwy w porażeniu postępującem, str. 51. Gerlach. Uraz, porażenie postępujące i prawo do odszkodowania, str. 76. Näcke. Nietypowe postaci porażenia postępującego, str. 76.

---

Hamel. Przyczynek do nauki o pomieszaniu, jako o pierwszym objawie otępienia wczesnego, str. 51. Goldstein. Przyczynek do anatomji patologicznej otępienia wczesnego, str. 72. Plaskuda. O wczesnem otępieniu na tle głupowatości, str. 76.

---

Nitsche. O przewlekłych stanach manjakałnych, str. 75. Gutman. O psychozie manjakałno-depresyjnej i o charakterze kojarzeń w tem cierpieniu, str. 79.

---

Radionoff. Przyczynek do powstawania psychoz z samozatrucia w cierpieniach nadnerczy, str. 80. Juszczenko. Objawy naśladowujące katatonję u psów pozbawionych gruczołu tarczowego, str. 80. Plonies. Powstawanie i związek przyczynowy zaburzeń psychicznych w cierpieniach żołądka, str. 74. Moreira. Zaburzenia psychiczne u trędowatych, str. 78. Klippel i Chabrol. Karłowatość śluzozbrękowa na tle wady zastawki dwudzielnej, str. 53.

---

Meyer. Przyczynek do nauki o obłądźcie zazdrości i uwagi co do sprawy obłąkania pierwotnego, str. 68. Döblin. Przyczynek do powstawania idei obłądźnych w cierpieniach starczych, str. 72.

---



# Neurologie Polonaise

JOURNAL DE NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE,  
PSYCHOLOGIE EXPERIMENTALE.

Paraissant 6 fois par an sous la rédaction du Dr. L. Dydyński.  
Rédaction et Administration du journal: Varsovie, 28 Novowiejska.

## Sommaire du Nr. 1 du Vol. I.

### TRAVAUX ORIGINAUX.

J. Babiński. De la craniectomie décompressive . . . . .	3
J. Jeleńska-Macieszyna. Paralyse bilatérale du moteur oculaire externe après l'anesthésie médullaire par la tropococaine . . . . .	10
R. Radziwiłłowicz. Nature de l'hallucination sensorielle. . . . .	18
J. Babinski et J. Jarkowski. Sur la possibilité de déterminer la hauteur de la lésion dans les paraplégies d'origine spinale par certaines perturbations des réflexes . . . . .	25
M. Bornstein et W. Sterling. Osteomes de la colonne vertébrale comprimant la moëlle épinière. . . . .	29

### ANALYSES.

#### SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Société médicale de Varsovie. Section de Neurologie et de Psychiatrie.	
Séances du 22 Janvier . . . . .	72
Séances du 19 Février . . . . .	105
Sociétés médicales allemandes . . . . .	123



TOW. AKC. ZAKŁADÓW ELEKTROTECHNICZNYCH

# SIEMENS & HALSKE

Oddział Warszawski — Foksal 18 — Telefony 2916, 2440, 6040.

WYKONYWA WSZELKIE URZĄDZENIA WCHODZĄCE W ZAKRES  
o o o ELEKTROTECHNIKI I INSTALACJE ELEKTROMEDYCZNE: o o o

Urządzenia rentgenowskie dla rad-  
jografii i radjoterapii.

Urządzenia nowego typu bez cewki  
dla zdjęć rentgenowskich momen-  
talnych.

Urządzenia rentgenowskie przenoś-  
ne i przewoźne.

Przyrządy uniwersalne do galwani-  
zacji, faradyzacji (sinusoidalnej),  
galw.-f. radyzacji, kaustyki, masa-  
żu i endoskopji.

Przyrządy do arsonwalizacji i fulgu-  
racji.

Przyrządy do elektrotransermji.

Ozonizatory i ozonowentylatory.

Przyrządy do leczenia światłem żaro-  
wem i łukowem i ultrafioletowem.  
Przyrządy rejestrujące do zapisywa-  
nia temperatury ciała.

Przyrządy rejestrujące do obsługi  
chorych.

Przyrządy do grzania, sterylizacji i t.p.  
Termometry elektr. centralne do  
kontroli na odległość temperatury  
w salach dla chorych.

Przyrządy do elektr. określania prze-  
wodnictwa moczu.

Oscylografiy do badania głosu.

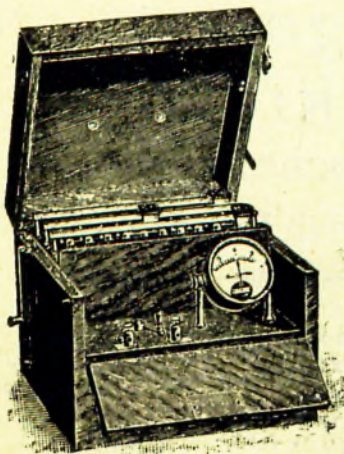
Rurki Röntgena na składzie.

W SOSNOWCU WŁASNE BIURO TECHNICZNE.

Reprezentacje: W Łodzi, pp. HORLICZKA I STAMIROWSKI.

W Lublinie p. CZ. RAKOWSKI. o o o o o

## PIERWSZA KRAJOWA FABRYKA i SKŁAD " APARATÓW ELEKTRO-MEDYCZNYCH. "



NAGRODZONA WIELKIM MEDALEM  
SREBRNYM NA WYSTAWIE w WAR-  
SZAWIE w 1903 r. i ŻŁOTYM 1908 r.

Poleca W. W. P. Doktorom:

Aparaty galwaniczne, faradyczne,  
D'Arsonwala, masaż wibracyjny,  
wanny elektryczne całkowite  
cztero-komorowe, świetlane i t. p.

o o o o o CENY NISKIE. o o o o o

o o WYNAJĘCIE APARATÓW. o o

## WŁ. MAKOWSKI

WARSZAWA, Aleje Jerozolimskie Nr. 25. Tel. 27-17.



ROK XXI

## „Nowiny Lekarskie“

Organ Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.  
MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA-PRAKTYKA.

Redaktor główny: **Dr. St. Łazarewicz**, Poznań, ul. Berlińska 19.

Administrator: **Dr. Fr. Zakrzewski**, Poznań, ul. Buddego 18.

Przedpłata roczna w Królestwie Polskiem i Rossyi 8 rubli.

## „Lwowski Tygodnik Lekarski“

WYCHODZI CO CZWARTEK

pod redakcją Docenta Doktora **ADAMA BEDNARSKIEGO**.

Redakcja: ul. Akademicka 5. — Administracja: Sykstuska 8.

Przedpłata wynosi: rocznie 16 koron = 7 rs. = 14 mk. = 20 fr. = 4 dol.

## „Gazeta Lekarska“

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich, wychodzi  
w Warszawie pod redakcją

**Dr. A. Puławskiego** i **Dr. W. Starkiewicza**.

Oплата roczna w Warszawie rb. 7, z przesyłką pocztową rb. 8.

Wydawca **Dr. W. SZUMLANSKI**.

Adres Administracji: ul. ZIELNA № 11.

## „PRZEGLĄD LEKARSKI“

wychodzi 48-my rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej

2 arkuszy druku.

Redaktor główny: Prof. Dr. **STANISŁAW CIECHANOWSKI**.

Cena prenumeraty wraz z przesyłką pocztową rubli 7 rocznie.

## Medycyna i Kronika Lekarska

Pismo tygodniowe poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich, wychodzi w Warszawie.

pod redakcją D-ra Med. **M. Sadowskiego** i D-ra **J. Zawadzkiego**.

Wydawca **Dr. Z. GURANOWSKI**.

Adres Redakcji i Administracji Niecała 7.

## Reiniger, Gebert i Schall

SPECJALNE FABRYKI ELEKTROMEDYCZNYCH APARATÓW

Oddział Warszawski. Ul. Moniuszki 11— Gmach Tow. „ROSSYA“.

===== BOGATO ZAOPATRZONY SKŁAD. =====

===== KURSY TERAPEUTYCZNE i ROENTGENA. =====

MIASTA KRÓLESTWA POLSKIEGO OBJEŻDŻAJĄ NASI INŻYNIEROWIE.

===== NA ŻYCZENIE WYSYŁAMY MONTERA. =====

===== Warsztat reperacyjny na miejscu. =====

Opuściła prasę:

L. E. BREGMAN

## Dyagnostyka chorób nerwowych.

Podręcznik dla lekarzy i studentów (stron 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście).

===== CENA W OPRAWIE Rb. 4. =====

Skład główny E. WENDE i S-ka (T. Hiż i A. Turkuł)  
w Warszawie.

===== NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH. =====

### WARUNKI PRENUMERATY:

Rocznie rb. 6, z przesyłką pocztową rb. 7. Zeszyt pojedynczy rb. 2.  
Zeszyt okazowy darmo i opłatnie.

ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI: Warszawa, Nowowiejska  
Nr. 28. Telef. Nr. 42-48.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz dwułamowy drobnem pismem przed  
tekstem kop. 30, za tekstem kop. 25. Przy ogłoszeniach rocznych  
stosowny rabat.