

7653.

Zeszyt nr 11

NEUROLOGJA

TOM I.
1910.

POLSKA

ZESZYT II.
Wrzesień — Październik.

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
NEUROLOGII, PSYCHJATRJI I PSYCHOLOGII
EKSPERYMENTALNEJ

WYDAWANY PRZY WSPÓŁDZIALE

D-ra J. BABIŃSKIEGO (Paryż), D-ra 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. SEGAL, Dr. W. STERLING, Dr. A. WIZEL.

REDAKTOR i WYDAWCA:

Dr. LUDWIK DYDYŃSKI.



CZCIONKAMI TŁOCZNI 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 lecznictwie 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.

przewlekłe zapalenie opon swoiste u małżonków jest sprawą daleko częstszą, niż to myślano dawniej. Można było stwierdzić obecność objawów wiałowych u kobiet, które uważały się za zupełnie zdrowe i tylko rzeczony objawy wskazywały, że były one zakażone.

Jeśli zważymy, że, ogólnie biorąc, przewlekłe zapalenie opon swoiste jest sprawą rzadką w porównaniu do częstości przymiotu, to można by było sądzić, że przypadki tego cierpienia u małżonków są wyjątkami w stosunku do liczby przypadków przymiotu małżeńskiego. Tymczasem wykazaliśmy niezbicie, że zapalenie opon przewlekłe swoiste u małżonków nie należy do rzadkości, mamy zatem prawo przypuścić, że i przymiot małżeński jest sprawą dość pospolitą. W każdym razie jest to przypuszczenie, które obecnie dzięki metodzie Wassermana skontrolować o wiele łatwiej, niż było to dawniej.

Oto pierwsze wyniki naszych badań nad przymiotem rodzinnym za pomocą metody serodjagnostycznej*).

Spostrz. I. Pani Wi... Mąż dotknięty porażeniem postępującem. Odczyn Wassermana dodatni.

U żony nie daje się stwierdzić żadnych oznak ani przymiotu ani cierpienia nerwowego organicznego; na skórze lub błonach śluzowych nie zauważyła nigdy nic podejrzanego. Dwoje dzieci urodziło się nieżywe, jedno poronienie. Odczyn Wassermana dodatni. Poddaną została leczeniu swoistemu, po szóstym zastrzyknięciu kalomelu surowicę krwi zbadano powtórnie i wówczas próba Wassermana dała wynik ujemny.

Spostrz. II. Pani V. U męża objaw Argyll'a, w płynie mózgowo-rdzeniowym obfita limfocytoza, próba Wassermana o wyniku dodatnim.

U p. V. niema żadnych oznak przymiotu; zdaniem jej, nigdy go nie przechodziła. Żadnych oznak cierpienia organicznego. Odczyn Wassermana dodatni. Miała jedno dziecko donoszone, zmarło jednak wcześniej z oznakami przymiotu.

Spostrz. III i IV. Pani A. z dzieckiem. Mąż cierpi na wiał rdzenia typowy. Żona i dziecko pozornie zupełnie zdrowe,

*) Badania dokonywane były sposobem Bauera i tylko, gdy surowica była samorzutnie „odporna“, uciekano się do pierwotnej metody Wassermana.

bez oznak przymiotu. Mimo to u wszystkich: ojca, matki i dziecka, próba Wassermana daje wynik dodatni.

Spostrz. V. Pan U. P. Matka chora na porażenie postępujące (limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym, odczyn Wassermana dodatni). Ma czterech braci z niewątpliwymi objawami przedmiotowymi przymiotu dziedzicznego i próbą Wassermana dodatnią.

Sam on nie przedstawia żadnych objawów przymiotu, a ponieważ jest dzieckiem najstarszem, zatem można było przypuszczać, że matka została zakażona już po jego przyjściu na świat. Mimo to odczyn Wassermana dodatni*).

Spostrz. VI. Pani B. Mąż chory na wiał rdzenia zupełnie wyraźny.

Żona ma pięcioletnie dziecko, u którego próba Wassermana dała wynik ujemny. Sama niema żadnych oznak przymiotu ani zaburzeń parasyfilitycznych. Odczyn Wassermana dodatni.

Spostrz. VII. Dziecko w wieku lat 2. Matka dotknięta wiałem: cierpi na bóle strzelające, ma objaw Argyll'a, odruchy ze ścięgna Achillesa zniesione; próba Wassermana z wynikiem dodatnim.

Dziecko pozornie zupełnie zdrowe; żadnych oznak przymiotu dziedzicznego. Odczyn Wassermana dodatni.

Spostrz. VIII. Pani Val... Skarży się na uporczywe bóle głowy, pozatem niema żadnych zaburzeń ze strony układu nerwowego oraz żadnych oznak przymiotu. Odczyn Wassermana dodatni.

Mąż cierpi na bóle, jednak przedmiotowo nie wykazuje żadnych oznak nerwowych; przyznaje się, że przechodził przymiot na 6 lat przed ożenieniem się.

Spostrz. IX. Pani G. Mąż dotknięty wiałem. U żony nie daje się stwierdzić żadnych objawów syfilitycznych lub parasyfilitycznych. Odczyn Wassermana dodatni.

Spostrz. X. Pani Gay... Mąż cierpi na porażenie postępujące. Sama pozornie zupełnie zdrowa. Odczyn Wassermana z wynikiem ujemnym.

*) Całkowita historia tej rodziny, cierpiącej na przymiot dziedziczny, będzie ogłoszona wkrótce w „Presse médicale“ przez d-rów Barré i Gastinel.

Spostrz. XI. Pani C... Mąż cierpi na porażenie postępujące. Ona sama żadnych zaburzeń chorobowych nie przedstawia. Odczyn Wassermana z wynikiem ujemnym.

Spostrz. XII. Pani X... Mąż dotknięty porażeniem postępującem, ona wydaje się zupełnie zdrową. Odczyn Wassermana z wynikiem ujemnym.

Jeśli przyjąć pod uwagę te pierwsze spostrzeżenia, to można byłoby uważać, że częstość przymiotu małżeńskiego jest nader znaczna. Jednak do wytworzenia ścisłego i pewnego poglądu na tę sprawę potrzebna jest większa liczba przypadków – wobec tego jest do życzenia, aby spostrzeżenia w tym kierunku były czynione przez wielu lekarzy.

Jako zasadę należałoby postawić, że jeśli jedno z małżonków przyznaje się do przebytego zakażenia syfilitycznego albo też przedstawia objawy tego zakażenia, to drugie z małżonków oraz dzieci powinny być poddane próbie serodjagnostycznej.

Byłoby również ciekawe wiedzieć w przypadkach przymiotu małżeńskiego, na ile czasu przed ślubem miało miejsce zakażenie pierwotne. Niestety, z przytoczonych przypadków tylko w jednym można było otrzymać pewne pod tym względem wiadomości.

Rozległa ankieta według wskazań powyższych mogłaby dać wyniki doniosłe pod względem praktycznym. W szczególności dałoby to możliwość określić ściślej niż dotąd okres czasu, po za którym przymiot już nie może być przeniesiony na inną osobę.

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.

(Dokończenie).

Reasumując wyniki badania drobnowidzowego, można na-
ogół i pokrótce powiedzieć, co następuje:

Największe zmiany drobnowidzowe odpowiadają miejscu
największego ucisku, t. j. 2—4 odcinkom szyjowym, gdzie rdzeń
po za zupełnem zniekształceniem zewnętrznem wykazuje ogromne
zniszczenie zarówno w szarej, jak i w białej istocie; zwłaszcza do-
tyczy to 2-ego odcinka szyjowego, gdzie z trudem rozpoznać mo-
żna oddzielne szlaki w białej istocie, której myelina uległa w zna-
cznej mierze po za częścią słupów przedniobocznych wybitnym
zmianom (zupełny prawie zanik lub jej rozpad — metoda Weiger-
ta). Dalej ogromne powiększenie liczby naczyń, ich rozszerzenie,
wypełnienie szczelnie krwią i zgrubienie niektórych ścian oraz
mnóstwo jąder, których większość stanowią jądra gleju, zaś po-
części komórki śródbłonkowe, znajdujące się niewątpliwie w zwią-
zku z naczyniami (metoda hematoksylinowa i thioninowa). Po
zatem ta ostatnia metoda wykazuje co do istoty szarej w 2-im
odcinku szyjowym prawie zupełny zanik komórek rogów przed-
nich, zaś w 3-im odcinku szyjowym znaczne ich zmiany (zmniej-
szenie, zaokrąglenie, brak wyrostków i t. d.).

Powyżej i poniżej tych miejsc najbardziej zmienionych, me-
toda Weigerta wykazuje w istocie białej zmiany, najbardziej zbli-
żone co do charakteru swego do zwyrodnień wtórnych. W 1-szym
szyjowym odcinku po za zniekształceniem zewnętrznem rdzenia
widzimy zwyrodnienia wstępujące w słupach tylnych (Goll'a i po
części Burdach'a) oraz również także zwyrodnienie w słupach
bocznych (zwłaszcza po stronie prawej).

W dolnych odcinkach szyjowych, w odcinkach grzbietowych, a po części również w lędźwiowych i krzyżowych widać wyraźne zwyrodnienie zstępujące w szlakach piramidowych bocznych i przednich; w tych ostatnich tylko do dolnej części grzbietowej rdzenia. Zstępujących zwyrodnień w słupach tylnych nie zauważono. Wszystkie te zmiany anatomopatologiczne mają niewątpliwie charakter zanikowy; zmian zapalnych stwierdzić nie było można: wokoło naczyń nie znaleziono żadnych nacieczeń drobno-komórkowych, same naczynia były tylko rozszerzone, w niektórych tylko ściany były zgrubiałe; zmiany te w naczyniach uważać należy za wtórne, jako reakcję na zanik istoty białej i rozrost gleju. Istnienie wybitnych zwyrodnień wtórnych dowodzi niewątpliwie znacznego zniszczenia nie tylko otoczek myelinowych, ale i wyrostków osiowych.

Opis kości i kręgu (dr. med. Dmochowski). Na tylnej powierzchni trzonu trzeciego kręgu szyjowego znajduje się guz z tkanki kostnej, wypuklający się do jamy kręgosłupa, guz długości $1\frac{1}{2}$ ctm., szerokości $\frac{1}{2}$ ctm. U obwodu guz oddzielony jest od kręgu przez okostną tak, że łączy się jakby szypułą z kręgiem.

Na następnym kręgu ku dołowi również w kierunku światła kanału kręgowego wyrasta kilka drobnych guzów, dochodzących do wielkości ziarnka konopi; guzy te warunkują nierówną, guzowatą powierzchnię przedniej ściany kanału kręgosłupa.

Cięcie strzałkowe przez kręgi wykazuje normalną istotę gąbczastą kości, wzajemna odległość beleczek zmian nie przedstawia; szpik zabarwiony na kolor czerwony.

Kształt kręgu normalny.

Rozrosty kostne na powierzchni przekroju nie zawierają wcale istoty gąbczastej.

Jeżeli teraz zestawić wyniki badania klinicznego z wynikami sekcji—to należy przyjść do wniosku, że zarówno ściśle rozpoznanie sprawy chorobowej, jak i ściśle umiejscowienie jej za życia przekraczało granice możliwości. Jakkolwiek przy zestawieniu początkowego okresu choroby z końcowymi widzimy znaczną różnicę i postęp sprawy—jednakże samego przebiegu choroby niepodobna jest uznać za ściśle postępujący. Choroba rozwijała się raczej etapami, przyczem ostatnie wybitne pogorszenie (zupełne porażenie lewej kończyny górnej i dolnej), wystąpiło

zupelnie nagle po urazie. Krótkotrwały okres bólowy mógł wprawdzie nasunąć przypuszczenie zewnątrzrdzeniowej sprawy nowotworowej, ale 18-letnie trwanie choroby oraz jej przebieg nietypowy (chory zmarł z przyczyny przypadkowej) zdawały się przypuszczenie to wyłączać. O ile tedy w rozstrząsaniach różniczkowo-rozpoznawczych brana była w rachubę sprawa nowotworowa, to raczej dobrotliwa wewnątrzrdzeniowa w postaci przypuszczalnej gliozy, z czem zgadzały się również i zaniki mięśniowe, przykurczenie i typowe rozszczepienie czucia. I na tem rozpoznaniu jednakże trudno było się zatrzymać wobec przebiegu sprawy, która wystąpiła początkowo jako niedowład połowiczny prawostronny, do którego po kilku latach dopiero dołączył się niedowład lewostronny, wobec czego jedno ognisko nie objaśniało całkowitego zespołu objawów; wątpliwości owe potęgował jeszcze fakt, że zanikom mięśniowym nie towarzyszyły zmiany jakościowe w oddziaływaniu elektrycznym mięśni. Wobec tych wszystkich wątpliwości powstało jeszcze jedno przypuszczenie, z którym należało się liczyć: mianowicie rozsianej sprawy zapalnej rdzeniowej o przewlekłym charakterze—z przeważnem umiejscowieniem w szyjowej części rdzenia. I oto rozpoznanie sekcyjne, stwierdzając dane niezmiernie rzadkie i niezwykle, zadało najwięcej kłamu — przypuszczeniu, które zdawało się mieć najwięcej cech prawdopodobieństwa — a mianowicie rozpoznaniu syringomyelji. Co się tyczy pozostałych przypuszczeń to ostało się wobec sprawdzianu sekcji—tylko jedno—i to częściowo — mianowicie przypuszczenie sprawy rozsianej—jednakże nie rdzeniowej, jak sądziliśmy, lecz zewnątrzrdzeniowej; i istotnie liczne kostniaki, wychodzące z kręgosłupa, dawały na rozmaitej wysokości rdzenia wgłębienia; największy jednak z nich w części szyjowej powodował tak zupełne zniszczenie przekroju rdzenia, że dostatecznie tłumaczył kliniczne objawy zajęcia poprzecznego rdzenia, które spostrzegano w ostatnim okresie choroby — i które maskowały wpływ pozostałych, niżej położonych, wychodzących z kręgosłupa kostniaków. Rozpoznanie sprawy kręgowej wobec braku jakiegokolwiek bolesności i braku wyraźnego tyłozgięcia było zupełnie niemożliwe—charakter jednak nowotworu (kostniak, wychodzący z trzonu kręgu) dostatecznie tłumaczy nam możliwość braku bolesności i braku zmian w statyce kręgosłupa, jakkolwiek zaznaczyć należy, że w innych przypadkach (Bielschowsky'ego, Hermes'a) kostniak powodował i bolesność i garb.

Z objawów klinicznych na szczególne zaznaczenie zasługują zaburzenia czucia, które nosiły cechę wybitnego rozszczepienia. Rozróżniamy, jak wiadomo, w cierpieniach rdzenia dwie zasadnicze kategorie zaburzeń czuciowych: mianowicie, t. zw. typ pęczka tylnego, który daje zaburzenia czucia dotykowego i głębokiego oraz t. zw. typ rogu tylnego, przejawiający się w postaci zaburzeń czucia bólowego i cieplikowego. Za typ zaburzeń czucia pierwszej kategorii może służyć między innymi wiad rdzenia, za typ drugiej kategorii syringomyelja. W przypadku naszym jak w tym ostatnim typie zaburzeń czuciowych mieliśmy pewne rozszczepienie — mianowicie przy dość słabo zaznaczonych zaburzeniach czucia bólowego — zupełne zniesienie czucia cieplikowego od dołu do II-ego żebra z przodu i grzebienia łopatki z tyłu. Nie wchodząc bliżej w patogenezę tych zaburzeń, które znajdują dostateczne wyjaśnienie w wybitnem zniszczeniu rogów tylnych II—IV odcinka szyjowego — pragnęlibyśmy tylko zwrócić uwagę na zwodniczość objawu rozszczepienia czucia, który niejednokrotnie prowadzi do błędnego rozpoznania syringomyelji. W przypadku Schlessinger'a spotykamy zupełnie niemal jednakowe rozszczepienie czucia, jak i w naszym. Przypadek ten, w którym najwyższe umiejscowienie ucisku ze strony kostniaka kręgosłupa również dotyczyło górnych odcinków szyjowych rdzenia, przedstawiał zresztą i pod innymi względami dokładną niemal kopję kliniczną naszego przypadku (porażenie 4-ch kończyn, zmiany źrenicowe, wybitne zaniki, wybitne przykurczenia kończyn dolnych). Przypadek niniejszy wyraźnie wskazuje, że i w uciskowych sprawach zewnątrzrdzeniowych możliwe jest typowe rozszczepienie syringomyelityczne. Jeszcze wybitniej zjawisko to występowało w innym przypadku, spostrzeganym na naszym oddziale, gdzie pomimo typowych za życia objawów syringomyelji (rozszczepienie czucia, zaniki mięśniowe i t. d.) sekcja wykazała zapalenie kręgów szyjowych gruzlicze.

Dodać należy, że spostrzeżenia nasze nie są odosobnione. Alquier pod nazwą „mal de Pott à forme syringomyelique“ opisał cały szereg przypadków sekcyjnych takiego zapalenia kręgów gruzliczego, przebiegających za życia pod postacią syringomyelji.

Na specjalną uwagę zasługuje następnie zachowanie się źre-

nić w naszym przypadku: przy zachowaniem mianowicie oddziaływaniu na nastawienie i zbieżność oddziaływanie na światło było minimalne, przyczem źrenice były nierówne, słowem objaw Argyl-Robertson'a — jakkolwiek niezupełny. Wobec braku jakichkolwiek objawów mózgowych w naszym przypadku, wobec braku jakichkolwiek innych objawów zajęcia jąder nerwu okoruchowego, wobec faktu niewątpliwego, że sprawa — z natury dobrotliwa — ograniczała się jedynie do ucisku rdzenia ze strony kręgosłupa, wobec faktu wreszcie, że ucisk ten najwybitniejszy był w części szyjowej rdzenia i że zniszczone były właśnie te odcinki, w których pewna grupa autorów umiejscawia ośrodek rdzeniowy odruchu źrenicy na światło — przypadek niniejszy stanowić może cenny przyczynek do sprawy umiejscowienia rdzeniowego odruchu źrenicowego.

Jak wiadomo, sprawa umiejscowienia ośrodka odruchu źrenicy na światło dotychczas w nauce jest sporna. Z nowszych, spornych i mało prawdopodobnych teorii przypomniny tylko teorię, umiejscawiającą ośrodek źrenicowy w mózgu, oraz teorię Marin'y, który go umieszcza w zwoju rzęskowym. Jedność panuje tylko co do istnienia w okolicy wzgórków czuciowych zamkniętego łuku odruchowego, pozostało jednak nie rozstrzygnięte, czy przyczyny nieruchomości źrenic należy doszukiwać się wewnątrz tego łuku odruchowego, czy też w głębiej leżących odcinkach mózgu lub rdzenia. Teoria rdzeniowa zbudowana była w r. 1881 przez Rieger'a i Forster'a jako przeciwwaga ogólnie dotychczas przyjętemu w nauce pogładowi, jakoby objawy oczne w wadzie rdzenia zawsze musiały mieć swe anatomiczne umiejscowienie w mózgu. Badacze ci doszukiwali się w górnej szyjowej części rdzenia tego zachorzenia, które bezpośrednio oddziałuje na ośrodek, zwążający źrenicę, stopniowo niszcząc wpływ bodźców przeciwnicznych, rozszerzających; ostateczna przyczyna nieruchomości źrenicy jest, według autorów tych, porażenie rozszerzających źrenicę włókien współczulnych, co bynajmniej nie zgadza się z wynikami nowszych badań doświadczalnych (Bumke). Bach i Meyer odcinali zwierzętom głowę na rozmaitych wysokościach szyi i stwierdzili, że nie wpływało to na odruch źrenicowy, który znikał dopiero wtedy, gdy przecięty był rdzeń przedłużony u rdzeniowego końca dołu równoległobocznego — (*fossa rhomboidea*). Podrażnienie

rdzenia przedłużonego wywołuje osłabienie odruchu świetlnego lub zupełną nieruchomość wraz z zwięzieniem źrenicy, które przechodzą natychmiast w żywy odruch, jeżeli przeprowadzić cięcie przez dół równoległoboczny lub powyżej. Bach wyprowadza stąd wniosek, że blisko linii środkowej u rdzeniowego końca wspomnianego dołu znajduje się ośrodek świetlny źrenicy, a w jego bliskości ośrodek hamujący podnieć, rozszerzających źrenicę, zaś w kierunku ośrodkowym w okolicy wzgórków czuciowych znajduje się jeszcze jeden ośrodek świetlny źrenicy — drugiego rzędu; nieruchomość źrenic zależy, według Bach'a, na przerwaniu drogi pomiędzy wzgórzem czworaczem a rdzeniem przedłużonym lub też, co rzadziej, na przemijającym podrażnieniu położonego tam ośrodka hamującego. Wobec tego jednak, że cięcia, które przeprowadzał Bach w swych doświadczeniach, trafiały nie sam rdzeń szyjowy, lecz miejsce tuż przy rdzeniu przedłużonym, że więc odłączony był cały rdzeń szyjowy od przedłużonego — przeto, według słusznych wywodów Bumke'go, doświadczenia Bach'a nie mogą być uważane za eksperymentalne potwierdzenie teorii rdzeniowej, jak na to powołują się jej zwolennicy (Wolff, Reichardt, Dreyfuss i inni).

Inaczej rozumuje Kreuzfuchs: starał on się dowieść, że istnieje odruchowe rozszerzenie źrenicy pod wpływem ciemności; łuk odruchowy przechodzi przez nerw trójdzielny do ośrodka rozszerzającego w rdzeniu szyjowym, teorii tej jednak przeczy fakt, że usunięcie bodźców rozszerzających, nawet drogą zupełnego zniszczenia odpowiednich włókien współczulnych, nigdy nie wywołuje odruchowej nieruchomości źrenic.

Dodać należy, że Trendelenburg i Bumke, powtarzając doświadczenie Bach'a i Meyer'a doszli do wręcz odmiennych wyników, zaś Bumke wypowiada zdanie, że zmiany materjalne, wywołujące nieruchomość źrenicy, nie są umiejscowione ani w rdzeniu szyjowym ani w rdzeniu przedłużonym, lecz zależne są od przerwy łuku odruchowego pomiędzy pierwotnym ośrodkiem wzrokowym a jądrem nerwu okoruchowego i że jednolitej przyczyny objawu Argyl-Robertson'a najprawdopodobniej wcale niema.

Wbrew jednakże opinii tej istnieje cały szereg faktów klinicznych, które nie pozwalają a limine odrzucić teorii rdzeniowej. Badanie Gaupp'a i Wolff'a wykazały mianowicie

że nieruchomość źrenic w wiądowych postaciach porażenia postępującego jest objawem bardzo częstym, w kurczowych natomiast bardzo rzadkim. Badacze ci oraz później Reichardt wykazali, że w przypadkach porażenia postępującego z nieruchomością źrenic istnieje zawsze zwyrodnienie pęczków tylnych. Reichardt próbował nawet dowieść, że odruchowa nieruchomość źrenic ma za swą podstawę anatomiczną zwyrodnienie wewnątrzpochodne t. zw. „pasa Bechterewa“ (Bechterew'sche Zwischenzone) w jego odcinku ośrodkowym na wysokości od II-go do VI-go odcinka szyjowego — najwybitniejsze w III-im odcinku; w okolicy tej przebiegają włókna zewnątrzpochodne zstępujące i wstępujące, oraz włókna wewnątrzpochodne, mające, według Reichardt'a, w całości lub częściowo związek z odruchem źrenicy na światło.

Za teorią tą przemawiałoby istotnie wiele, gdyby nie fakt, że istnieją w piśmiennictwie, co prawda bardzo nieliczne, przypadki wiądu rdzenia (Fürstner'a, Kinisch i Naka, Cassirer'a i Strauss'a i trzy Bumke'go), w których mimo odosobnionej nieruchomości źrenic badanie pośmiertne nie wykryło żadnych zmian w pęczkach tylnych części szyjowej rdzenia.

Pozostaje wreszcie jeszcze jedna — i, zdaniem naszym, najważniejsza kategoria przypadków, w których zupełnie przypadkowo umieszczona w rdzeniu szyjowym sprawa nowotworowa, próchnica, rana i t. d., wywołała odruchową nieruchomość źrenic na światło. Przypadki takie są bardzo nieliczne (Reichardt, Dreyfuss, Wolff, Schlesinger, Bumke) i nie wszystkie są pod tym względem miarodajne, gdyż w niektórych odruchowa nieruchomość źrenic nie była stwierdzona z dostateczną pewnością, w innych stwierdzona została podczas agonji, która sama przez się często powoduje nieruchomość źrenic bez żadnej określonej przyczyny w układzie nerwowym (Dreyfuss), w innych wreszcie ani dane kliniczne ani dokładne badanie anatomiczne nie wyłączało zmian mózgowych (przypadek Wolff'a). Bądź co bądź jednak przypadki takie istnieją i nie można odmawiać im znaczenia. Do tej właśnie kategorii należy opisany przez nas przypadek; jakkolwiek dokładne badanie anatomiczne dotyczyło tylko rdzenia, jednakże brak jakichkolwiek objawów klinicznych, brak objawów okoruchowych,

pozwała w nim wyłączyć sprawę pozardzeniową; pozatem sam charakter sprawy patologicznej, wywołującej zmiany w rdzeniu, jest tego rodzaju, że z całą pewnością wyłączyć można zajęcie nerwów okoruchowych. Zaburzenia więc w oddziaływaniu źrenic w naszym przypadku zależne są prawdopodobnie od zmian w rdzeniu. Jeżeli zaś tak jest istotnie, to uderzający jest fakt, że w przypadku prawie zupełnej nie wiądowej i nie porażeniowej nieruchomości odruchowej źrenic — zniszczone były przez ucisk kostniaka właśnie ten sam obręb, w którym niektórzy badacze umiejscawiają przyczynę nieruchomości źrenic. Jest to tak uderzające, że przekracza granice przypadkowości i poważnie przemawia za możliwością umiejscowienia rdzeniowego ośrodka odruchu świetlnego źrenicy. Dalecy jesteśmy od przypisywania przypadkowi naszemu znaczenia rozstrzygającego, to tylko wynika z niego, że przy doszukiwaniu się ośrodka odruchu świetlnego źrenicy należy, w myśl hipotezy Rieger'a i Forster'a oraz teorii Reichardt'a, górnemu odcinkowi szyjowemu poświęcać szczególną uwagę.

Pozostaje nam jeszcze do wyjaśnienia brak odruchów zścięgien Achilles'a, który spostrzegaliśmy przez cały czas trwania obserwacji. Badanie anatomiczne nie wykryło żadnych zmian w zakresie samego łuku odruchowego, nie mamy też żadnych danych, ażeby tłumaczyć powstawanie tego objawu na tle ogólnego charactwa, gdyż odruchy kolanowe były równocześnie wybitnie wzmożone. Przypadki analogiczne próbowano w ostatnich czasach tłumaczyć sobie w myśl teorii Bastian—Bruns'a. Jak wiadomo wbrew dawniejszej regule, głoszącej, że sprawy rozlane umiejscowione w ponadłędźwiowych odcinkach rdzenia prowadzą zawsze do porażenia kurczowego ze wzmożonymi odruchami ścięgnowymi, wyprowadził i uogólnił Bastian na zasadzie swych badań wnioski, że niezupełne przerwanie ciągłości rdzenia w części szyjowej i górnej grzbietowej wywołuje u człowieka wzmożenie odruchów ścięgnowych, zaś zupełne zniszczenie przekroju — zniesienie tych odruchów łącznie z porażeniami wiotkimi.

Ta hipoteza Bastian'a po ogłoszeniu przez Bruns'a przypadku, do którego dawała się zastosować we wszystkich punktach, została uznana przez większość badaczy (Dèjèrine, Marinesco, van Gehuchten, Bruns, Senator, Hoche, Winter, Sternberg, Nonne i inni), jakkolwiek

stała ona w sprzeczności z doświadczeniami na zwierzętach. Doświadczenia jednego z nas, dokonane na psach — jak zresztą i eksperymenty innych badaczy — wykazały, że przy wysokiem przecięciu rdzenia odruchy znikają tylko przejściowo, natomiast następczo występowały w sposób wzmożony. Wprawdzie i wyniki doświadczeń na zwierzętach, dokonanych przez rozmaitych badaczy — nie zawsze wypadają jednobrzmiąco, zgadzają się natomiast z sobą na tym punkcie, że zniesienie odruchów było tylko przemijające (Sherrington, Margulies, Kron, Łapiński).

Zjawiły się zresztą wkrótce i spostrzeżenia z patologii ludzkiej, które nie dają pogodzić się z hipotezą Bastian'a. Stwierdzono mianowicie, że odruchy ścięgnowe mogą być zniesione i przy niezupełnym zniszczeniu przekroju rdzenia. Z drugiej strony istnieją przypadki, wprawdzie podawane w wątpliwość przez zwolenników teorii Bastian'a, gdzie odruchy ścięgnowe były zachowane pomimo zupełnego przecięcia rdzenia w górnych odcinkach (Senator, Gerhardt, Bruner i inni). Kausch ogłosił przypadek, w którym podczas operacji doszło do zupełnego przecięcia rdzenia na wysokość VI-VIII-go odcinka grzbietowego, zaś odruchy ścięgnowe nietylko nie znikły, lecz przeciwnie były wzmożone.

Wszystkie tego rodzaju spostrzeżenia silnie zachwiały teoretycznem uzasadnieniem hipotezy Bastian'a. W przypadku naszym nie stosowaliśmy metody Bielschowsky'ego, nie możemy więc z całą stanowczością twierdzić, że przekrój był zupełnie zniszczony. Otóż klinicznie stwierdzono, przy zniesionych odruchach ze ścięgien Achillesa, wybitnie wzmożone odruchy kolanowe. Sądzimy, że zanik odruchów ze ścięgna Achillesa w przypadku naszym tłumaczyć sobie należy jako objaw uciskowy na tle wzmożonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego; na ucisk ten właśnie łuk odruchowy dla ścięgna Achillesa jest najbardziej czułym odczynnikiem (zanik tych odruchów stały lub przejściowy w nowotworach tylnej jamy czaszkowej).

Rozbiór kliniczny niniejszego przypadku w zestawieniu z innymi analogicznymi w piśmiennictwie — doprowadził nas do wniosku, że rozpoznanie kostniaków kręgosłupa, uciskających rdzeń jako takich — przekracza granice klinicznej możliwości. Nie ma dostatecznie pewnych objawów, któreby pozwoliły odróżnić typ ten kliniczny ani od próchnicy kręgów (przypadek Herme-

sa) ani od nowotworu zewnątrzrdzeniowego (przypadek Bielschowsky'ego) ani nawet od rozlanych cierpień rdzenia natury przewlekłej (przypadek nasz).

Czy pewna charakterystyczna kombinacja początkowych objawów bólowych — z następczym rozszczepieniem czucia, porażeniem czterech, wzgl. dwóch kończyn, a co najważniejsza wybitnymi objawami przykurczenia zwłaszcza w mięśniach doprowadzających uda, powtarzająca się stereotypowo w kilku przypadkach (Schlesinger'a, Bielschowsky'ego, Hermesa, naszym) — może stanowić pewną wskazówkę rozpoznawczą — na to odpowiedzieć może dopiero przyszły bogatszy liczebnie materiał kliniczny. Tymczasem budować na zespole tym rozpoznanie byłoby rzeczą przedwczesną i ryzykowną.

D-rowsi Edwardowi Flatauowi składamy na miejscu tem serdeczne podziękowanie za pomoc i wskazówki w opracowaniu niniejszego przypadku.



Ze szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka” pod Łodzią.

Psychozy kiłowe pod względem klinicznym *)

podał W. CHODŹKO

lekarz naczelny szpitala „Kochanówka”.

Sprawa psychoz kiłowych jako samoistnej grupy patologicznej została poruszona po raz pierwszy przez Wille'go w roku 1872 i od tego czasu nie schodzi już ani na chwilę z porządku dziennego obrad naukowych. Zajmuje się nią cały szereg wybitnych klinicystów, zaciekawia ona bowiem zarówno psychiatrów, jak i syfilidologów, o tyleż Krafft—Ebbinga, Kraepelina, Korsakowa, Erlickiego, Ziehen, Kleina, Wickela i innych, o ile Fournier'a i Lancereaux. Zdania różnych autorów co do samodzielnego stanowiska klinicznego psychoz kiłowych są b. rozmaite — spór o nie toczy się przeważnie łącznie ze sporem o pochodzenie kiłowe porażenia postępującego. Większość autorów przechyla się na stronę wyodrębnienia klinicznego psychoz kiłowych z pomiędzy postaci i odmian porażenia postępującego—do mniejszości, przeciwnej temu wyodrębnieniu, należy, między innymi, Erlicki. W ostatnich czasach Plaut, zaciekły zwolennik patogeny kiłowej porażenia postępującego, na zjeździe dorocznym Związku Psychiatrów Bawarskich (w Monachium 1. VI.—1909 r.) wygłosił obszerny odczyt o psychozach kiłowych; jakkolwiek wskazuje (zresztą b. słusznie) cały szereg poważnych trudności w rozpoznawaniu różniczkowym psychoz kiłowych i porażenia postępującego, trudności, których niejednokrotnie wyjaśnić całkowicie nie mogą ani próba Wassermana, ani badania chemiczne i cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, jakkolwiek posuwa się nawet do twierdzenia (w jednym z poprzednich swoich od-

*) Rzecz przeznaczona na II Zjazd neurologów i psychiatrów w Kochanówce w dn. 16 maja 1910 r. przejrzana i uzupełniona.

czytów: „Lues—Paralyse Frage“), że zmiany anatomiczne w porażeniu postępującem są wprost zmianami kiłowemi, że porażenie postępujące nie jest sprawą meta-syfilityczną, ale jedynie pod działaniem cierpień kiłowych mózgu, to jednak uważa za konieczne, ze względów praktycznych, wyodrębnić psychozy kiłowe z pośród innych psychoz organicznych. Niezwykle mała ilość anatomicznie zbadanych przypadków psychoz kiłowych utrudnia niezmiernie ustalenie ich odrębnego charakteru. Jeżeli jednak uprzętomnimy sobie, że poważne prace anatomiczne Alzheimera, Fischera i innych, jak również świeżo ogłoszona ciekawa praca Spielmeyera (przypadek porażenia postępującego o bardzo krótkim—4 tygodniowym przebiegu u dotkniętej wiałdem) stwierdziły z całą stanowczością typowy obraz anatomiczny porażenia postępującego, polegający na istnieniu w mózgu dwu równoległych spraw chorobowych, t. j. zmian nacieczeniowych w oponach i naczyniach obok jednoczesnych i niezależnych od pierwszych zmian zwyrodniających w obrębie komórek i włókien kory, że dowiodły (w przypadku Spielmeyera) możliwości istnienia wybitnych zmian zwyrodniających tkanki mózgowej w tych okolicach kory, gdzie absolutnie wykryć nie można jakichkolwiek spraw nacieczenia—musimy się zgodzić, że obraz anatomiczny kiły mózgowej i psychoz kiłowych jest zasadniczo od porażenia postępującego odmienny.

Alzheimer twierdzi kategorycznie, że zmiany tkanki korowej w przypadkach kiły mózgowej idą zupełnie równolegle ze zmianami zapalnymi w oponach miękkich i w naczyniach mózgowia, że ubytki tkanki nerwowej są ściśle zależne od sprawy chorobowej w naczyniach i oponach odpowiednich i że nie znajdujemy tu takich masowych zaników włókien, jakie są właściwe porażeniu postępującemu. Ta bardzo ważna okoliczność, którą klinicyści podkreślają dotąd zbyt słabo, powinna stać się punktem wyjścia dla zwolenników całkowitej samodzielności klinicznej psychoz kiłowych.

Duże nadzieje na ułatwienie rozpoznawania psychoz kiłowych oraz różniczkowania między niemi a porażeniem postępującem obudziły nowe sposoby rozpoznawcze — badanie cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, badanie serodjagnostyczne sposobem Wassermanna, wreszcie badanie chemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego sposobem Nonnego (odczyn globulino-

wy—okres. I); tym więc badaniom i wartości ich dla zajmującej nas sprawy musimy słów parę poświęcić.

Powiększenie ilości limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzić można zarówno w kile mózgowej, jako i w porażeniu postępującem, zjawisko to służyć zatem może tylko do odróżniania spraw syfilitycznych i meta-syfilitycznych w układzie nerwowym ośrodkowym od spraw innych. Z drugiej strony musimy pamiętać, że w przypadkach kiły mózgowej z przeważającym zajęciem naczyń ilość limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym może nie być zwiększona, a pozatem wiemy, że 40% wszystkich syfilityków okazuje zwiększoną ilość komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym bez żadnych wyraźnych zmian, klinicznie stwierdzonych w układzie nerwowym ośrodkowym (P l a u t) — wobec tego powinniśmy oceniać wyniki badania cytologicznego z pewną ostrożnością.

Badanie krwi metodą Wassermanna daje odczyn dodatni tak w porażeniu postępującem, jak i w kile mózgowej — odczyn dodatni we krwi zresztą może dowodzić tylko, że dany osobnik przebył kiłę; dla różniczkowania więc ma wartość przedewszystkiem odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jak wiadomo, podczas gdy płyn mózgowo-rdzeniowy dotkniętych porażeniem postępującem daje odczyn dodatni, w przypadkach kiły mózgowej odczyn Wassermanna wypada ujemnie. Z drugiej strony wiemy, że istnieje około 10% przypadków porażenia postępującego, w których badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna daje wynik ujemny, że, jak twierdzi N ä c k e, „w przypadkach klinicznie ustalonego porażenia postępującego, ze stwierdzoną kiłą w wywiadach i przy technice badania bez zarzutu odczyn Wassermanna wypada naogół ujemnie, jakkolwiek w każdym razie wypadki takie są niezwykle rzadkie.“ Dyskusja, wywołana przez odczyt d-ra T o b y C o h n a („Kritische Bemerkungen zur praktischen Verwertung des Wassermannschen Verfahrens“) w Berlińskim Towarzystwie Neurologiczno-Psychjatrycznym na posiedzeniu w d. 13 czerwca 1910 r. dała dobitny wyraz pewnemu rozczarowaniu co do wartości rozpoznawczej odczynu Wassermanna: L e w a n d o w s k y zaznacza, że doświadczeni badacze, np. Citron, otrzymywali dodatnie wyniki próby Wassermanna w przypadkach nowotworów złośliwych, kiedy kiła mogła być absolutnie wyłączona; w zakoń-

czeniu swego przemówienia wygłasza zdanie, że w stanie obecnym odczyn Wassermanna, obok wielu swoich zalet, wprowadza jednak do djagnostyki neurologicznej pewne znaczne trudności. Oppenheim parokrotnie zabiera głos w dyskusji i podnosi z naciskiem, że w przypadkach syfilisu mózgowego i mózgowordzeniowego odczyn Wassermanna niierzadko wypada ujemnie; tożsamo potwierdza Peritz i po części Ziehen.

Pod tym względem ciekawy jest przypadek, podany przez Plauta (w jego odczynie o psychozach kiłowych), w którym rozpoznano za życia kiłak mózgu, na sekcji zaś stwierdzono w odpowiednim miejscu glejak, a obok tego zapalenie kiłowe opon rdzenia—odczyn Wassermanna we krwi był ujemny! Wobec tak sprzecznych wyników badania metodą Wassermanna napozór przesadne zdanie Hoche'go, który w jednym ze swoich przemówień wyraził radość, że „mało zadawalniające wyniki badań krwi i płynu mózgowordzeniowego skłoniły do staranniejszej oceny stanowiska klinicznego”—zawiera niewątpliwie w sobie dużo słuszności; jest rzecz oczywista, że metoda ta nie zawsze może nam pozwolić na postawienie stanowczego rozpoznania w przypadkach wątpliwych.

Odczyn globulinowy Nonne'go (t. zw. Faza I) w płynie mózgowordzeniowym pozwala na odróżnienie rozpoczynającego się porażenia postępującego i wiądu od neurastenji z kiłą w wywiadach, ale nie różniczuje rozpoznania między porażeniem postępującem i kiłą mózgu—wogóle, jak twierdzi Apeit, może być użytkowany dla rozpoznania tylko w związku z całością obrazu chorobowego—pojedynczo wzięty, nie rozstrzyga wątpliwości.

Świeżo ogłoszony przez Hauptmanna nowy odczyn biologiczny (metoda saponinowa), który daje zahamowanie hemolizy z płynem mózgowordzeniowym chorych na kiłę, wypada zaś ujemnie u chorych z porażeniem postępującem, mógłby przyczynić się do należytego postawienia sprawy rozpoznania różniczkowego obu tych spraw chorobowych, jest to jednak metoda jeszcze niedostatecznie sprawdzona.

Nicolas, Favre, Gautier i Charlet ogłosili niedawno wyniki swoich badań djagnostycznych nad szczepieniem śródskórnem wyciągu glicerynowego wątroby kiłowej syfitytkom w rozmaitych okresach choroby: odczyn skórny okazał

się najwybitniejszym w późnych okresach kiły—trzecio i czwartorzędnym—może więc stać się dzielnym środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu kiły mózgowej.

Sezary i Paillard podali (w N. 9 „Semaine médicale“ z 1910 r.) pierwszy przypadek wykrycia za pomocą ultramikroskopu krętków białych w płynie mózgowo-rdzeniowym u chorej lat 33, która za życia przebyła kiłę z objawami ze strony układu nerwowego — porażenie połowiczne, objaw Babińskiego, — stwierdzonemi w 6—12 miesięcy po zarażeniu.

Z powyższego krótkiego przeglądu dotychczasowych przedmiotowych sposobów badania wynika, że i nadal jednak postrzeganie kliniczne jest rzeczą nieodzowną i że dopiero łączenie ścisłego postrzegania klinicznego z przedmiotowymi sposobami badania może nam zapewnić dokładność w rozpoznawaniu i leczeniu psychoz kiłowych.

Wobec tego pozwalam sobie przedstawić ten materiał kliniczny przypadków psychoz kiłowych, jaki obserwowaliśmy, nasi poprzednicy i my, za cały czas istnienia Kochanówki, t. j., od września 1902 r. do maja 1910 r. Nie we wszystkich tych przypadkach, rzecz oczywista, mogliśmy posilkować się nowocześniejszymi metodami rozpoznawczymi, niemniej jednak, w przypadkach, pochodzących z czasów ostatnich, staraliśmy się, w miarę możliwości, zastosować te metody; przypadki dawniejsze zostały rozpoznane na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wieloletniej obserwacji i wywiadów następczych.

Materiał kazuistyczny.

Za czas istnienia Kochanówki (od 17.IX. 1902 r. do 1. V. 1910 r.) zdołałem zebrać 14 przypadków psychoz kiłowych, które tu przytaczam w streszczeniu.*)

Przypadek I. Chory Leon B., lat 21, robotnik odlewni, katolik, — przyjęty do Kochanówki 10 lipca 1903 r.; obciążenia dziedzicznego niema, do kiły się nie przyznaje; na 4 lata

*) Przytaczane poniżej wyniki badania inteligencji niektórych chorych zostały opracowane według schematu Bernsteina przez starszego ordynatora szpitala kol. Kopcińskiego; badania metodą Wassermann'a oraz badania cytologiczne były dokonywane w pracowni szpitalnej przez ordynatora szpitala kol. Sokółowskiego. — Część badań krwi metodą Wassermann'a została dokonana w pracowni d-ra Serkowskiego w Warszawie i d-ra Silberstroma w Łodzi dzięki uprzejmości ich kierowników.

przed przybyciem do Kochanówki uraz głowy z utratą przytomności i następczym wyciekami ropnym z ucha. Choroba umysłowa rozpoczęła się na 1½ miesiąca przed przybyciem do szpitala: chory był podniecony, mało sypiał, mało jadł, uciekał z domu. Przywieziony do Kochanówki 10. VII. 1903 r. związany, w stanie gwałtownego podniecenia: zupełna dezorientacja (nie poznaje najbliższej rodziny), wyraz twarzy wystraszony i bolesny, silne podniecenie ruchowe, bezład myślowy, ciepłota wzmożona (do 37,6°); źrenice maksymalnie rozszerzone, równe, z upośledzonym oddziaływaniem na światło; — odruchy kolanowe wzmożone, obustronny objaw stopowy. W pierwszym tygodniu pobytu w szpitalu chory się zanieczyszczał, cierpiał na uporczywą bezsenność; w ciągu następnych tygodni — stałe podniecenie, bezład myślowy oraz b. silne bóle głowy; do 30. VII 1903 r. podniesienie ciepłoty, nie przekraczające 38°. W dniu 29. VIII 1903 r. wystąpiły silnie powiększone gruczoły pachwinowe, uciskające żyły obu kończyn dolnych — zastosowano leczenie swoiste mięszone; po paru dniach gruczoły zmniejszyły się, stan psychiczny zaczął się poprawiać. Pod koniec września 1903 r. nastąpiło zupełne uspokojenie, powróciła orientacja i krytycyzm; chory uskarża się na bóle głowy, bóle krzyża, palenie i drętwienie we wszystkich kończynach, szczególnie prawostronnych, na bóle w końcach palców, silniejsze na prawej ręce, niedokładne odczuwanie przedmiotów i niemożność odróżniania przedmiotów zimnych od gorących. Przedmiotowo stwierdzono: rozszczepienie czucia w prawej kończynie górnej, odruchy kolanowe wzmożone, objawu stopowego niema; źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, na światło oddziałują niedostatecznie. Chory zajął się pracą, pozostając w szpitalu — pracował chętnie i zrećnie, jako tapicer i introligator. W ciągu 1905 r. kilkakrotne napady kolki wątrobianej; w lipcu 1905 r. wystąpiły bóle i drętwienia w prawej ręce; czucie skórne zachowane, źrenice nierówne, słabo oddziałują na światło. W ciągu 1906, 1907 i 1908 r. chory pozostawał w szpitalu, nie okazując żadnych poważniejszych zmian psychicznych. Wykonana w d. 18. I. 1909 r. reakcja Wassermanna wypadła we krwi dodatnio (w pracowni dra Serkowskiiego w Warszawie). Chory z przestankami bierze jod i otrzymuje co pewien czas serje wcierań maści szarej; dość często uskarża się na bezsenność i osłabienie ogólne, jest wogóle łatwo pobudliwy. Badanie 16. VII 1910 r. wykazało: źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, oddziałują na światło, przytem prawa słabiej, niż lewa; niedowład prawego nerwu twarzowego; odruch z kości promieniowej silniejszy po stronie prawej; odruchy kolanowe obustronnie wzmożone; odruchy podeszwowe: po stronie

prawej nieruchomość palucha, po lewej — zgięcie. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina (2. VIII. 1910 r.) wykazało: postrzeganie, pojmowanie, uogólnianie oraz zdolności kombinacyjne zupełnie zachowane; krytyka i zdolność zapamiętywania cokolwiek upośledzone, uwaga — osłabiona, kojarzenia — ubogie, reakcja ruchowa nieco zwolniona; inteligencja zatem naogół nieznacznie upośledzona.

W chwili obecnej (sierpień 1910) chory w dalszym ciągu znajduje się w Kochanówce; od dłuższego już czasu zajmuje stanowisko magazyniera szpitalnego i wywiązuje się dobrze ze swoich dość złożonych obowiązków.

Rozpoznanie psychiatryczne: Psychosis luetica, status amemicus; anatomiczne prawdopodobnie: Meningitis basilaris et spinalis luetica subacuta. Zasługuje na podkreślenie postrzegana w przebiegu cierpienia zmienność w zachowaniu się źrenic. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny.

Przypadek II. Antoni Kl., lat 51, rymarz, katolik, przyjęty do Kochanówki 17 czerwca 1905 r.; obciążenia dziedzicznego niema; przechodził kiłę, był leczony. Na 2 lata przed przybyciem do Kochanówki zaczął cierpieć na bóle głowy, wzrok osłabł, usposobienie stało się przygnębione; przyjęty do szpitala fabrycznego Towarzystwa Akc. „K. Scheibler“ w Łodzi w dniu 9. II. 1905 r. w stanie „nieprzytomnym”, mówił z trudnością, zaledwie mógł stąpać — w szpitalu stwierdzono zmiany na dnie ocznym („rozszerzenie żył”), bóle głowy, zawroty głowy, wymioty, tętno 56; zastosowano zastrzykiwania podskórne rtęci i jodu do wewnątrz; stan chorego szybko się poprawił, przybyło mu 10 funtów na wadze, 28. III. 1905 r. wypisał się „prawie zdrowy”; w dn. 20. V. tegoż roku znowu powrócił do szpitala Scheiblerowskiego, z kąd przewieziono go do Kochanówki. 20. VI. 1905 r. Chory uskarża się na ból głowy i „mgłę” przed oczyma; w sytuacji swojej orientuje się słabo, nie wie, gdzie się znajduje obecnie; ruchy gałki ocznej lewej w stronę lewą zniesione (porażenie n. odwodzącego), mowa powolna z odcieniem nosowym, niedowład lewej ręki i nogi, odruch kolanowy lewy silniejszy, niż prawy. 22. VI. 1905 r. chory uskarża się na dwojenie w oczach. Dalszy przebieg choroby nie notowany. Chory zmarł w Kochanówce 1 lipca 1907 r. Wynik badania pośmiertnego nie znotowany.

Rozpoznanie prawdopodobne: psychiatryczne — Psychosis luetica — status amemicus; anatomiczne — Meningitis basilaris luetica.

Przypadek III. Chory Hieronim W., lat 31, robotnik fabryczny, katolik, przyjęty do Kochanówki 29 lipca 1905 r. Ojciec chorego — pijak nałogowy; chory przebył kiłę na 4 lata

przed przybyciem do szpitala, leczony był niedokładnie; choroba umysłowa rozpoczęła się w kwietniu 1905 r. — bóle i zawroty głowy, osłabienie pamięci, osłabienie ogólne, senność; w maju 1905 r. napad silnego podniecenia: chory rozbierał się do naga, gonił ludzi po podwórzu — podniecenie to trwało jeden dzień, potem znowu wystąpiły zawroty głowy i senność. W dniu 11. VIII. 1905 r. (w Kochanówce) — wieczorem wymioty, nazajutrz rano ciepłota 38,2^o, świadomość przyćmiona, na pytania nie odpowiada, przewraca się na łóżku z boku na bok, zanieczyszcza się.

13. VIII. 1905 r. znaczne osłabienie, chód bezwładny, odruchy kolanowe wzmożone, obustronny objaw stopowy, objaw Romberga; 14. VIII nietrzymanie moczu; od 6. VIII do 12. VIII pierwsza serja wcierań szarej maści; 15. VIII. nie zanieczyszcza się, chodzi lepiej, odruchy kolanowe wzmożone, objawu stopowego niema; 25. VIII chory nie wie, gdzie się znajduje, jaki jest rok, jaki miesiąc, jaka pora roku, nie wie, co następuje po wiosnie, w jakiej fabryce pracował, nie może trafić do swojego łóżka, do ustępu, zanieczyszcza się. W ciągu roku 1906 i 1907 przebieg choroby nie notowany. W ciągu całego roku 1908 chory zachowywał się zupełnie spokojnie, był apatyczny, sypiał dobrze, orjentował się dobrze; sporadycznie męczyły chorego bóle i zawroty głowy, czasami z towarzyszeniem wymiotów, które trwały całymi tygodniami i nie dawały się opanować zwykłymi środkami przeciwwymiotnymi; co kilka miesięcy zjawiały się napady czkawki, trwające po kilka dni zrzędu i silnie wyczerpujące chorego. Próba Wassermanna we krwi, wykonana w d. 18. I. 1909 roku w pracowni d-ra Serkowskiego, dała odczyn dodatni. Badanie dnia 29. I. 1909 r.: źrenice nierówne, lewa szersza od prawej, oddziaływiają słabo na światło, odruchy kolanowe wzmożone, objaw Romberga, chód bezładny. Wypisany 31. I. 1909 r. z poprawą.

Nie mogąc znaleźć zajęcia w Łodzi, chory wkrótce po wypisaniu zgłosił się do Kochanówki i prosił o przyjęcie go do roboty przy szpitalu; w obecnej chwili chory pracuje w ogrodzie szpitalnym.

Badanie w lipcu 1909 r.: źrenice — lewa szersza od prawej, oddziaływiają żywo na światło; odruchy kolanowe znacznie wzmożone, objaw Romberga, objaw Babinskiego po stronie lewej, objaw mostkowy obustronny, silniejszy po stronie lewej; odruch brzuszny lewy słabszy od prawego. Jesienią 1909 r. chory przez parę tygodni znajdował się w stanie znacznego przygnębienia, leżał w łóżku, ujawniał bredzenie przesładowcze, zachowywał się nieufnie względem lekarzy.

Badanie 16 lipca 1910 r.: źrenice wąskie, nierówne, lewa szersza od prawej, na światło oddziaływiają dobrze, odruchy kolanowe wzmożone.

Badanie inteligencji według schematu Bernsteina (28. VII.

1910 r.) wykazało: odpoznawanie, postrzeganie, pojmowanie i uogólnianie dobre, zdolności kombinacyjne nieco upośledzone, zdolności krytyczne zachowane, uwaga — słaba, zapamiętywanie dobre, kojarzenia bardzo ubogie, reakcja ruchowa zwolniona — inteligencja zatem naogół nieznacznie upośledzona.

R o z p o z n a n i e: psychiatryczne — Psychosis luetica, status amemicus, status paranoides; anatomiczne — Meningitis basilaris et Meningitis convexitatis luetica chronica.

Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

P r z y p a d e k IV. Aniela Th., lat 48, mężatka, katoliczka, przyjęta do Kochanówki 1 lutego 1906 r. Matka chorej sparaliżowana; przed 16 laty u chorej wystąpiły objawy kiły — chora odbyła czterokrotną kurację swoistą w Busku. W początkach marca 1905 r. wystąpiły bóle głowy — po zastosowaniu elektryzacji pojawiły się lekkie bredzenia prześladowcze; w maju 1905 r. podniecenie, bezład myślowy, omamy; w ciągu 2 następnych miesięcy rozwinęły się bredzenia wielkości: chora twierdziła, że jest świętą, Matką Boską, że poczęła za pośrednictwem Ducha św., jednocześnie uskarżała się, że jest oszukiwaną, okradaną; wystąpiły omamy słuchowe i węchowe.

W Kochanówce (3. II. 1906 r.) chora ujawnia bredzenia wielkości i prześladowcze ze skłonnością do systematyzacji obok zupełnie krytycznego poglądu na początek swojej choroby umysłowej. Swoje bredzenia wielkości chora często cofa; mówi np. do lekarza: „jeżeli jestem Matką Boską, to nie należy o tem wcale mówić i zachować to trzeba w tajemnicy, gdyż ludzie tego nie uszanują i Pan może to zlekceważyć albo i zażartować z tej tajemnicy, a jeżeli nie jestem Matką Boską, to również niema co o tem wspominać”; chora czuje się zmęczoną dłuższem badaniem i prosi o odłożenie go. 7. III. 1906. Chora opowiada dokładnie o początkach swojej choroby, pobycie w zakładzie d-ra Chomętowskiego, swoje przeczucia co do cudownego poczęcia nazywa chorobliwemi: jest to takie samo „plecenie”, jak tu czasem plotą inne chore. 8. III. 1906 r. chora opowiada, że ma tu zawziętych wrogów, czyhających na jej życie, ale jest pewną, że starszy lekarz nie pozwoli, aby ją tu zabito, albo otruto; zresztą nic jej się stać nie może, gdyż ma nad sobą „wyższą opiekę” na niebie i na ziemi. 12. III. 1906. Omamy słuchowe. 30. III. 1906. Chora umiarkowanie wesoła, wyraża zadowolenie ze szpitala i wdzięczność lekarzom za jej wyleczenie; w zachowaniu się i w rozmowach nie zdradza nic wybitnie chorobliwego, razi jedynie wyniosłość, z jaką traktuje wszystkich. Chora została wypisana z Kochanówki 30. III. 1906 r. w stanie znacznej poprawy. Przyjęta do Kochanówki powtórnie 5 lipca 1908 r. Badanie: źrenice jednakowej szerokości, oddziałują żywo na

światło; mowa bez zboczeń; lekki objaw Romberga; odruch z mięśnia trójgłowego i odruch promieniowy po stronie lewej zniesione; odruch ze ścięgna Achillesa po stronie lewej zniesiony. Przebieg: usposobienie chorej zmienne, — raz jest bardzo uprzejmą dla lekarza wizytującego, to znowu wymyśla na niego w sposób najnieprzyzwoitszy, grozi oblaniem go wodą, albo moczem; innym razem milczy uporczywie, jak gdyby obrażona; wypowiada bredzenia prześladowcze: otoczenie całe krzywdzi ją i dokucza, lekarz szczepi wszystkim chorym choroby zaraźliwe, jakaś rodzina P. w niezrozumiały dla chorej sposób szpiegują ją, aby mieć materiał do plotek; obok tego występują dość oryginalne bredzenia wielkości: chora twierdzi np., że, jeżeli wyrwie sobie włoszek z nosa, to wszystkie chore na sali zaraz się uspakajają. 14. VIII. 1908 r. chora, zwracając się do lekarza, tytułuje go „Pani“ albo „siostrą“, słyszy głosy ptaków, które jej mówią, że lekarz jest kobietą; po dłuższym rozpytywaniu chora oświadcza: „małoż to głosów dochodzi z korytarza? otóż ja słyszę, że tam mówią o Panu, że Pan jest pani“. 22. IX—5. X. 1908 r. Chora wypowiada dużo bredzeń, dość stałych, ale nie usystematyzowanych: cierpi za grzechy swoich sióstr, ktoś stale się nią opiekuje, każdy jej krok jest obserwowany zdaleka przy pomocy ptaków; rozmaite osoby rzucają na nią coś w rodzaju uroków; wymyślenia innych chorych wchodzi w nią przez usta i nos; 18. I. 1909 r. próba Wassermana we krwi wypadła prawie dodatnio (+) — w pracowni d-ra Serkowskiego; 24. V. 1909 r. Chora pozwala się zbadać: źrenice oddziały wują na światło, odruchy kolanowe żywe, objawu Romberga niema; zachowanie się i usposobienie chorej zmienne, bredzenia, jak poprzednio. W czerwcu 1909 r.: chora twierdzi, że lekarz i dozorczyńni chcą jej wejść do żołądka, okradają ją ze wszystkiego, nawet z inteligencji, ale będą za to ukarani, bo jest opieka, która czuwa nad nią zdaleka, widzi i słyszy wszystko przez ściany; wyraźne omamy słuchowe; chora stale wyrывa sobie włosy na głowie i ciele — czyni to, jak twierdzi, dla dobra ludzkości, gdyż w ten sposób dodaje zdrowia rozmaitym osobom; chora o sobie mówi zawsze w trzeciej osobie, dodając zaraz: „ona albo ja“; lekarzy prawie stale tytułuje „pani“, albo „siostrą“; jednocześnie stwierdzić można, że chora doskonale orientuje się w sytuacji, posiada chwilami poczucie choroby i pamięć ma doskonale zachowaną. W marcu 1910 r. lekki napad udarowy z utratą mowy w ciągu jednego dnia (bez utraty przytomności). Badanie inteligencji według schematu Bernsteina (28. IV. 1910) wykazało: postrzeganie dobre, pojmowanie znacznie upośledzone, uogólnianie — dobre, zdolności kombinacyjne, krytyka, uwaga i zapamiętywanie — upośledzone, kojarzenia dość ubogie, reakcji ruchowej zbadać nie udaje się — inteligencja chorej wykazuje zatem znaczne upośledzenie. Próba Wassermana we krwi, wykonana w pracowni szpitalnej 28. IV.

1910 r., wypadła ujemnie — nakłucia lędźwiowego chora nie pozwoliła wykonać. Badania cielesnego chorej również nie daje się przeprowadzić. W ciągu powtórnego pobytu chorej w Kochanówce zastosowane zostało leczenie swoiste, które jednak nie wywarło wpływu na stan psychiczny chorej.

Rozpoznanie: psychiatryczne — Psychosis luetica, status status amenticus, status paranoides; anatomiczne (prawdopodobne) — Meningitis convexitatis luetica chron. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek V. Chory Otto D., lat 22, buchalter, ewangelik, przyjęty do Kochanówki 23 lutego 1905 r. Ojciec chorego zwyrodniały; chory przechodził kiłę na 1½ roku przed przybyciem do Kochanówki i był leczony wcieraniami maści szarej oraz zastrzykiwaniami; choroba umysłowa rozpoczęła się w sierpniu 1904 r. od silnego podniecenia i podwyższenia ciepłoty (39,4°); gorączka trwała jakoby przez 12 tygodni i nie przekraczała 38°; gwałtowne podniecenie trwało w ciągu 5 dni w początkach choroby, a po spadku ciepłoty — przez jeden dzień; w czasie choroby pacjent jakoby orientował się dobrze, ale był apatyczny, mocz i kał oddawał pod siebie i okazywał znaczne osłabienie wszystkich kończyn; w dwa tygodnie po spadku ciepłoty zauważono porażenie prawego nerwu twarzowego, wystąpiły bredzenia; w grudniu 1904 r. gwałtowne podniecenie: chory widział w kościele Pana Boga. Utrzymuje, że jest bardzo bogaty, wybiera się w podróż do Japonii, twierdząc, że przyczyni się do zwycięstwa Rosjan. Przebieg choroby nie notowany; chory został wypisany z Kochanówki 26 kwietnia 1905 r. z poprawą — rozpoznanie brzmiało: „paralysis progressiva”. Po wypisaniu chory pracował nieco w domu, ale z dużymi przerwami, wpadał często w rozdrażnienie, bił chorego, przykutego do fotela, brata, wymyślał matce, ciągle planował ożenienie się.

Przyjęty do Kochanówki powtórnie 17 września 1907 roku. Badanie: źrenice równe, lewa o nieprawidłowych zarysach, oddziałują na światło; oddziaływanie źrenic szybko się wyczerpuje; wyrazy próbne wymawia z pewną trudnością, za trzecim, czwartym powtórzeniem wymawia zupełnie dobrze; objaw Romberga; nieznaczna niezborność kończyn górnych; odruchy kolanowe zachowane; język zbacza napravo, prawa fałda noso-wargowa nie zaznacza się. Orientacja dobra, pamięć dobra, poczucie choroby jest. Bredzenia: — chory mówi: „zdaje mi się, że po mojej śmierci świat się odrodzi, jak po śmierci Chrystusa. Jak bliżej pomyślę, to mi się zdaje, że to nie może być, jednakże wszystko jest w woli Boga. Nie wiem napewno, czy mnie przesładują, ale mi się zdaje, że dr. L. (jeden z chorych) nie jest w szpitalu z powodu edilepsji, lecz obserwuje mnie i bada, w jaki to sposób będzie

ze mnie Mesjasz". Bredzenia wielkości o charakterze religijnym są niestałe, trwają zaledwie po kilka dni, potem chory ich się zupełnie wypiera; po jakimś czasie bredzenia wyplływają znowu w zmienionej nieco postaci; swoje urojenia prześladowcze odnosi chory do lekarzy, do swojej rodziny i do niektórych najbliższych sąsiadów na sali — są one również zmienne, ale powracają dość często. Poczucie choroby jest równie zmienne — często sam przyznaje, że jest chory i powinien się leczyć, uskarża się, że niema dla niego lekarstwa, to znowu twierdzi, że wcale nie jest chory, a lekarze trzymają go w Kochanówce jako okaz, którym mogliby się pochwalić; chory jest przekonany, że w obecnym stanie zdrowia może się żenić, oświadcza się oficjalistkom szpitalnym, pomimo tego, że, jak twierdzi, ma narzeczoną w Łodzi. Naogół zachowuje się spokojnie, czyta dużo, przeważnie książki religijne, psalmy, ewangelje; 2—3 razy na miesiąc wpada w podniecenia, wymyśla lekarzom, nazajutrz jednak uroczyście ich przeprasza. Chory stale się onanizuje, martwi się, że nie może się oprzeć temu nalogowi, jednocześnie zaś przejawia wzmógłony popęd płciowy. Przyjmuje chętny i żywy udział we wszystkich zabawach szpitalnych, prowadzi b. dobrze tańce, śpiewa dowcipne kuplety i piosenki, występuje w przedstawieniach amatorskich. Otrzymawszy pewną swobodę ruchów, pracuje przez kilka miesięcy w ogrodzie, następnie nagle porzuca pracę, motywując to nieotrzymaniem pensji od szpitala i wyzyskiem jego pracy ze strony lekarzy; korzystając z wolnego wyjścia, wpada do mieszkań prywatnych i rzuca się na kobiety z personelu służbowego w celach gwałtu. W dn. 18. I. 1909 r. wykonana próba Wassermana we krwi (pracownia d-ra Serkowskiego) dała wynik nieokreślony (±). Badanie w dn. 31. I. 1909 r. Odruchy kolanowe: lewy słaby, prawy zniesiony; niewyraźny objaw Babińskiego po stronie prawej; odruch z mięśnia trójgłowego i odruch promieniowy — zniesione; kończyny prawe słabsze, niż lewe. 15. V. 1909 r. Chory otrzymał 30 zastrzyknięć atoksylu po 0,2 — odruchy kolanowe występują obustronnie, lewy nieco silniejszy od prawego, objawu Babińskiego niema; źrenice rozszerzone, równe, oddziaływiają żywo na światło. Chory uważa się za powołanego do nauczania ludzi w duchu religijnym, prosi o udzielenie mu sali na wygłoszenie kazania do chorych, obawia się jednak, aby go nie zrobiono Mesjaszem i nie ukrzyżowano; podejrzewa lekarzy o intrygi w tym kierunku; wpada często w rozdrażnienie. Chory prosił kilkakrotnie o wykonanie na nim kastracji, gdyż podniecenie płciowe, zmayı nocne i onanizm męczą go, — bardzo szybko jednak odstępuje od tego projektu. 1. IX. 1909 r. Będąc na urlopie u matki, chory wystarał się o posadę w biurze asekuracyjnym w Kaliszu i przez miesiąc pełnił tamże z powodzeniem czynności kancelisty; wskutek ciągłego zaczepiania kobiet na ulicach chory został odesłany do Kochanówki.

25. IX. 1909 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina wykazało: postrzeganie, pojmowanie, uogólnianie, zdolności kombinacyjne, krytyka zupełnie zachowane, uwaga, upośledzona, zdolność zapamiętywania — prawidłowa, kojarzenia — dość obszerne, reakcja ruchowa — prawidłowa (6 sekund), inteligencja zatem naogół nieupośledzona. Zrenice nierówne, prawa szersza od lewej, oddziałują żywo na światło; odruchy kolanowe wzmożone; odruchy podeszwowe: z prawej strony nieokreślony, z lewej — zgięcie palców; język zbacza wprawo, niedowład prawego nerwu twarzowego, objaw mostkowy występuje po stronie prawej. 4. VI. 1909 r. badanie metodą Wassermann wykazało we krwi odczyn dodatni, w płynie mózgowo-rdzeniowym — odczyn ujemny; 1 mm³ płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdzono 40 limfocytów. W końcu listopada 1909 r. wystąpiło podniecenie i bredzenia prześladowcze. 23. XII. 1909 r. Bredzenia chorego o charakterze prześladowczym są coraz gwałtowniejsze, są one przeważnie treści religijnej, — występują również bredzenia interpretacyjne, wybitny egocentryzm; jednocześnie podniecenie płciowe wzmagają się. 6. II. 1910 r. Chory zupełnie się uspokoił, bredzenie wypowiada rzadko i oględnie; w czasie dorocznej zabawy kostjumowej z ożywieniem prowadzi tańce, przebiera się za murzyna, jest wesoly, dowcipny. 26. III. 1910 r. Chory w Wielką Srodę był u proboszcza katolickiego w pobliskim miasteczku i proponował mu rozpoczęcie wspólnej propagandy nowej religii, któraby pozwalała księżom żenić się; wszystkie istniejące religie nie zadawalniają go; chory zachowuje się zupełnie spokojnie. 16. VII. 1910 r. Zrenice nierówne, lewa szersza od prawej, na światło oddziałują żywo; odruchy kolanowe zachowane. Chory jest zupełnie spokojny, bierze chętny i czynny udział w próbach teatru amatorskiego; chory nadzwyczaj żywo interesuje się nowym preparatem Ehrlicha, („606“) i prosi o jaknajszybsze rozpoczęcie leczenia tym środkiem. Rozpoczęto stosowanie wcierań szarej maści (à 3,0). 26. VII. 1910 r. badanie metodą Wassermann wykazało we krwi odczyn dodatni (+). Chory w dalszym ciągu znajduje się w Kochanówce, czyta dość dużo, grywa na cytrze, zajmuje się stale podlewaniem kwiatów naokoło pawilonu.

Rozpoznanie psychiatryczne: Psychosis luetica — status amenticus, (w początkach choroby), status paranoides; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica.

Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny (pierwotnie) i irytacyjny.

Przypadek VI. Chory Waclaw B., lat 29, urzędnik kolejowy, katolik, przyjęty do Kochanówki 5 stycznia 1906 r.; dane dziedziczne niewiadome; chory przed 6 laty przebył kiłę,

źle leczoną; nadużycia płciowe i pijaństwo; skłonność do perwersji płciowej; od 3 lat zauważono u chorego zdenerwowanie, roztrągnięcie, zamyślenia. Badanie 5. I. 1906 r. Zrenice równe, oddziaływiają na światło słabo; drżenia niema; w mowie nieprawidłowości niema; odruchy ścięgnowe zachowane, zaburzeń czucia niema; na prawej wardze górnej owrzodzenie (jakoby kiłowe), nie gojące się. Chory zupełnie spokojny, łagodny i uległy; mówi, że doprowadził się do ciężkiej choroby przez lekkomyślne życie, wie, że z tej choroby już nie wyjdzie, bo ma „paraliż mózgu”, nie dowierza pocieszaniom lekarza i dziwi się, że lekarze nie trują takich nieuleczalnych, jak on, chorych; rozpacza, że siostra, mieszkająca w Kijowie, zmartwi się niesłychanie wiadomością o jego pobycie w Kochanówce. 8. I. 1906 r. Zaczęto stosowanie wcierań szarej maści — chory prosi o przyspieszenie leczenia i wypowiada mniej rozpaczliwe poglądy na stan swojego zdrowia. 20. I. 1906. Sypia dobrze, czuje się dobrze, pozostaje na wolnej stopie, mieszka po za pawilonem. 11. II. 1906. Uskarża się na bóle głowy. 14. II. 1906. Bezsensowność, rozdrażnienie; chory płacze, wątpi o swoim wyzdrowieniu, rozpacza nad losem siostry, daje się zauważyć bezład myślowy. 15. II. 1906. Zrenice nierówne, lewa o połowę szersza od prawej, oddziaływiają b. słabo na światło, dobrze na nastawienie, język zbacza na prawo, prawa fałda noso-wargowa zniesiona; drżenia warg, języka i rąk niema; odruchy ścięgnowe zachowane, zaburzeń czucia niema; na twarzy, głowie, szyi i górnej połowie tułowia drobna wysypka krwiotoczna. W nocy chory zanieczyścił się, był bardzo podniecony, rzucił się gwałtownie w łóżku siatkowym, nie orjentował się zupełnie; od czasu do czasu wykrzykuje tonem oburzenia, jak gdyby słyszał jakieś zniewagi: „coo? coo?“, mówi dalej: „zginęła cała ludzkość, moja choroba jest już nieuleczalna, najlepiej dać mi suchą wannę, jeżeli to nie będzie bolało“; „panie doktorze, ja już mam konwulsje“ — przytem zatrzymuje oddech i zaczyna potrząsać głową, ale przestaje zaraz, jak mu się powie, że źle udaje; mówiąc o siostrze, albo o swojej chorobie, płacze, zalamuje ręce, chowa głowę w poduszkę; orientacja co do czasu i miejsca niedostateczna. 16. II. 1906 r. bezład myślowy potęguje się, wysypka blednie. 21. II. 1906 r. deklamuje powłosku, mówi jakieś niezrozumiałe wyrazy, nie rozumie najprostszyc pytań; odwiedzającej go siostry i kolegi nie poznaje, jednakże zaczyna płakać i, płacząc, deklamuje. 28. X. 1906 r. Chory domaga się wypisania ze szpitala, jest już zdrów, wyleczony. 2. VIII. 1907 r. wypisany w stanie zdrowia (rozpoznanie pierwotne — zwolnienie w porażeniu postępującem). Po wypisaniu z Kochanówki chory powrócił do zajęcia na kolei. Pod datą 14. VII. 1910 r. otrzymaliśmy od niego list, zadawalniający tak pod względem stylu, jak i ortografji, w którym pisze: „po wyjściu z zakładu odpoczy-

wałem jeszcze pół roku, a później, wyjechawszy do Warszawy, czując się zupełnie dobrze i czując nieprzeparłą chęć do pracy, otrzymałem posadę w biurze Wydziału... Drogi Żelaznej..., gdzie do chwili obecnej pracuję, wokonywając obowiązki bez zarzutu; jednym słowem, czuję się zupełnie dobrze, lecz może to zawdzięczając niepaleniu i nieużywaniu trunków, a także wogóle higienicznemu postępowaniu“.

Rozpoznanie: psychiatryczne — Psychosis luetica, status amenticus, paranoides, hypochondricus; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica subacuta.

Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek VII. Chory Józef W., lat 39, b. maszynista fabryczny, katolik, przyjęty do Kochanówki 31 sierpnia 1902 r. z rozpoznaniem „Melancholia agitata“ — historia choroby zaginęła; wypisany ze znaczną poprawą 14 czerwca 1905 r. — rozpoznanie przy wypisaniu brzmiało: „paralysis progressiva“. Po powrocie do domu chory zajmował się ogrodnictwem; zachowywał się naogół spokojnie, choć halucynował, (słyszał „głosy“), sypiał źle. Od wiosny 1907 r. zaczął się podniecać, rzucił się na matkę, posądzając ją, że głosy słyszane od niej pochodzą, bił często żonę; wódki nie pił, palił b. dużo papierosów. Przyjęty do Kochanówki powtórnie 14 października 1907 r. Badanie 26.II 1908 r. źrenice równe, oddziały wują na światło; odruchy kolanowe wzmoczone; odruchy podeszwowe: prawy prawidłowy, lewy — okazuje niewyraźny ruch wyprostny palucha; drżenie języka; zaburzeń mowy niema; na podniebieniu, po obu stronach linii środkowej, dwie niewielkie, owalne, głęboko wciągnięte blizny; obszerne niegojące się owrzodzenie na przedniej powierzchni goleni prawej pochodzenia kiłowego (Dr Gołc). Chory uskarża się na ból w nodze prawej; dawniej, jak mówi, bolała go często głowa. Orientacja i pamięć naogół dobra; prostsze rachunki wykonywa dobrze. 27.VII 1908 r. źrenice nierówne — prawa nieco szersza od lewej, zarysy źrenic nieprawidłowe, źrenice oddziały wują żywo na światło; odruchy kolanowe żywe; niewyraźny objaw Babińskiego z lewej strony; słabe drżenie języka i rąk; w mowie zбочzeń niema. 18.VIII 1908 r. poczucie choroby niedostateczne; niejasne bredzenia prześladowcze; bredzenia wielkości nieokreślone: „sam jestem Bóg“ — potem dodaje: „my tu wszyscy bogi jesteśmy, bo tu Pan Bóg chodzi“. Chory widział w Kochanówce Chrystusa na krzyżu; pewnego razu nad ranem chory słyszał, jak dyżurny pielęgniarz w myśli obrzucał wyzwiskami cesarza: z tego powodu chory cały dzień był bardzo podniecony.

Chory naogół zachowuje się spokojnie; czasami podnieca się bez wyraźnego powodu, albo też, usłyszawszy jakiś przypadkowo przez kogokolwiek wymówiony wyraz np.: „kościół“, „post“, zaczyna się gniewać i chce bić otaczających; pamięć i zdolność odtwarzania świeżych wrażeń dobra, wiadomości szkolne, w granicach szczerzej wiedzy chorego, zachowane dobrze. 1.X 1908 r. Chory otrzymał 24 wcierania maści szarej i jod, leczenie to jednak nie wywarło żadnego wpływu na stan psychiczny i na gojenie się owrzodzenia na goleni. 5.III 1909 r. chory wyszedł w białiznie przez niedomknięte okno, ale przekonawszy się, że na dworze jest za zimno, sam powrócił do pawilonu. 25.IX 1909 r. Zachowuje się spokojnie, stan naogół bez zmiany; czasami dopomina się o wypisanie ze szpitala, ale bez zbytniego nacisku; otrzymał 50 wcierań szarej maści, co jednakże nie wywarło żadnego wpływu na gojenie się owrzodzenia — chory leczy je sam, polewając własnym moczem. 24.XII 1909 r. pracuje chętnie, pomaga przy uprzątku sal; miał wymioty — twierdzi, że mu dano trucizny i gniewa się na lekarza, potem jednak zgadza się przyjąć środek czyszczący. 15.IV 1910 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina: postrzeganie — dobre, odtwarzanie nieco upośledzone, pojmowanie — głęboko upośledzone (występuje zmęczenie), uogólnianie — głęboko upośledzone, zdolności kombinacyjne — głęboko upośledzone, krytyka — upośledzona; uwagi, zdolności zapamiętywania, kojarzeń i reakcji ruchowej zbadać nie można wskutek oporu chorego; inteligencja okazuje zatem głębokie upośledzenie. Badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego nie mogły być wykonane wskutek oporu chorego. 16.VII 1910 r. Zrenice nierówne — prawa nieco szersza od lewej, oddziaływiają żywo na światło; odruchy kolanowe wzmożone niewyraźny objaw Babińskiego po stronie lewej. Chory w dalszym ciągu pozostaje w szpitalu — stan psychiczny nie uległ zmianie.

Rozpoznanie: psychiatryczne — Psychosis luetica, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica.

Objawy psychopatologiczne mają charakter irytacyjny.

Przypadek VIII. Chory Karol H., lat 46, agent handlowy, ewangelik; przyjęty do Kochanówki 7 października 1907 r.; ojciec i matka chorego zmarli na udar mózgowy; najstarszy brat chorego zmarł z pijaństwa. Chory przeżył kilę przed 10 laty; pił umiarkowanie; u żony jedno poronienie. Choroba umysłowa rozpoczęła się przed 7 laty: chory nagle rzucił się na jakiegoś człowieka, wchodzącego do kantoru, i chciał go zabić nożyczkami, uważając go za sprawcę swoich kłopotów finansowych; chory miał silne napady podniecenia; bił żonę i dzieci, uważał siostrę i resztę rodziny za swoich wrogów; od 4 lat źle

sypia; nie strzyże się, obawiając się, że włosy jego rozlecą się po świecie i wtedy straci rozum; z tego samego powodu nie podaje nikomu ręki. Zrenice: na prawej rogówce plamka, lewa źrenica oddziałuje na światło żywiej, niż prawa; odruchy kolanowe zachowane; ze ścięgni Achillesa odruch żywszy po stronie prawej; objaw Babińskiego po stronie prawej; drżenie prawej kończyny górnej; mowa i pismo bez zboczeń, chód prawidłowy. Orientacja i pamięć naogół zachowane; poczucia choroby niema; chory we dnie i w nocy słyszy rozmaite głosy, ale nie zawsze może je dokładnie rozróżnić; czasami głosy dochodzą zdaleka; najczęściej słyszy wyraz: „niederträchtig“, ale nie wie, skąd głos pochodzi i do siebie go nie stosuje; zadania arytmetyczne i algebraiczne chory rozwiązuje szybko i dobrze; całe tygodnie chory spędza zupełnie beczynnym, leżąc na łóżku i namiętnie paląc papierosy — bardzo często chory pali jednocześnie po 2 papierosy. Czasami chory wykonywa rozmaite b. złożone i oryginalne ruchy, skoki, przybiera dziwaczne pozy — zapytany o przyczynę, tłumaczy je względami higienicznymi. Wypisany z Kochanówki 1.X 1908 z poprawą. Podczas pobytu w domu (w ciągu 1 roku i 3 miesięcy) chory zachowywał się względnie spokojnie; w ostatnich 2 tygodniach nowo zaczęło się podniecenie: chory chciał zabić żonę i dzieci; wobec tego został odwieziony do Kochanówki i przyjęty powtórnie 21 marca 1910 r. Badanie: źrenice nierówne — prawa szersza od lewej, prawa oddziałuje na światło słabiej, niż lewa; w mowie zboczeń niema; słabe drżenie rąk; odruchy kolanowe zachowane; ze ścięgni Achillesa — żywe, prawostronny objaw stopowy, prawostronny objaw Babińskiego; chory zachowuje się spokojnie, orientuje się dobrze, pracuje fizycznie chętnie; wobec lekarzy zachowuje się podejrzliwie, niechętnie podaje rękę; okazuje skłonność do dziwacznych ruchów i gestów; poczucia choroby nie ma. 2.IV 1910 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina: postrzeganie, odtwarzanie, pojmowanie, uogólnianie, zdolności kombinacyjne, krytyka — w zupełności zachowane, uwaga — nieco upośledzona, zapamiętywanie — nieco upośledzone, kojarzenia — ubogie, inteligencja zatem naogół b. nieznacznie upośledzona. 16.VII 1909 r. Zrenice nierówne, prawa szersza od lewej, oddziałują żywo na światło; odruchy kolanowe wzmożone. 26.VII 1910. Próba Wassermanna we krwi dała wynik ujemny.

Chory w dalszym ciągu pozostaje w szpitalu, stan psychiczny bez zmiany.

Rozpoznanie: psychiatryczne — Psychosis luetica, status amemicus, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek IX. Chory Paweł Emil P., lat 38, nauczyciel ludowy, katolik, przyjęty do Kochanówki 31 stycznia 1908 r. Oboje rodzice chorego wybitni alkoholicy. Chory przebył przed 17 laty kilę, niedbale leczoną; do picia się nie przyznaje. Pracowity, b. zdolny i b. muzykalny osobnik. W roku 1900 chory leczyl się w szpitalu w Tworkach w ciągu 5 miesięcy; w tym czasie był bardzo podniecony; po powrocie z Tworek pracował jako nauczyciel do czerwca 1907 r. Podczas lata 1907 roku chory zdradzał silny niepokój, leżał w łóżku, jęczał, nie chciał mówić, źle jadał, zanieczyszczał się; po 3 miesiącach choroby nastąpiła pewna poprawa, powróciła orientacja, przestał się zanieczyszczać, zaczął jadać lepiej; w październiku 1907 r. odbył leczenie mieszane, po którym czuł się lepiej; chwilami jednakże chory wpadał w rozdrażnienie, wypowiadał bredzenia prześladowcze w stosunku do rodziny, nie chciał jadać, brał się do bicia. 31. I. 1908 r. Żrenice nierówne, prawa szersza od lewej, zarys lewej żrenicy nieprawidłowe, obie oddziaływiają na światło. Mowa: w zdaniu próbnym chory zaczyna się na jednej sylabie, przedstawiania sylab niema. Pismo prawidłowe bez śladów drżenia; objaw Romberga; odruchy kolanowe żywe. Pamięć naogół dobra, orientacja niedostateczna; uderza np. następujące określenie Kochanówki: „zakład pożyteczny dla ludzi wątpliwych, którzy może są szkodliwi dla społeczeństwa“; chory uważa Kochanówkę za zakład karny i poprawczy. Poczucia choroby całkowitego niema; chory uważa siebie za wielkiego wynalazcę (rzeczywiście obmyślił parę drobnych ulepszeń rozmaitych instrumentów, przyborów szkolnych i narzędzi), uskarża się na prześladowania od dzieciństwa ze strony rodziców i rodzeństwa, ze strony kolegów, nauczycieli i całego społeczeństwa. Uspodobienie chorego przygnębione; zachowuje się zupełnie spokojnie, grywa często innym chorym na zbudowanej przez niego ulepszonej harmonji, chętnie też popisuje się swoją grą na zabawach szpitalnych; na pobyt w szpitalu nie uskarża się, narzeka tylko, że światło elektryczne w zajmowanym przez niego pokoiku jest dla niego szkodliwe. W ciągu marca i kwietnia 1908 r. chory mieszka po za pawilonem i korzysta z zupełnej swobody ruchów; wypisany z poprawą 8 maja 1908 r. W sierpniu 1908 r. chory ogłosił w czasopiśmie „Lodzer Zeitung“ odezwę do ludzi dobroczynnych i instytucji sądowych z prośbą zaopiekowania się nim i umieszczenie go w przytułku pisze tam między innymi („Lodzer Zeitung Nr. 227 z d. 20 sierpnia 1908 r.): „moje rodzeństwo i inne osoby, znajdujące się z niem w porozumieniu, poddawszy mi rozmaite choroby w jedzeniu i napojach i zatrąwszy mi w ten sposób całą krew i organizm, zrobiły mnie kaleką, okradły mnie z moich wynalazków i zapomocą dobrze powiadomionych złodziei, przez kradzież moich pieniędzy i książeczek kasy oszczędności doprowadziły do kija zebra-

czego. Sprowadziły również moją dymisję z posady nauczyciela szkół początkowych po 20-letniej mojej działalności za pomocą ciągłego przeszkadzania mi w wykonywaniu moich obowiązków zawodowych i tajnych agitacji między uczniami i ich rodzicami". W Nr. 232 tegoż czasopisma, z 25 sierpnia 1908 r.) ogłosił długą odezwę w języku rosyjskim, w której wylicza swoje wynalazki w 13 długich pozycjach, wypowiada cały szereg pretensji do swojej rodziny, do społeczeństwa i do kolegów; rodzinie, między innymi, zarzuca, że ma do niego pretensje o pożyczone mu pieniądze, a nie liczy sobie za nic „pisanie próśb o powiększenie im (rodzinie) pensji i zapomóg, mojej osobistej pomocy w ich zajęciach, pozbawienia mnie zdrowia i doprowadzenia do kalectwa”; o swoich kolegach pisze: „niektórzy ogłosili mnie nawet za obłąkanego, do czego doprowadzili mnie na czas krótki napadem nocnym przy pomocy podrobionego klucza z zastosowaniem chloroformu i jakiegoś przyrządu elektrycznego. Odesłanie mnie do Tworek do umysłowo chorych żydów, a w roku bieżącym do Kochanówki, utrzymywanej również przez żydów, nie wiem na jakiej nastąpiło zasadzie. Obecnie, dla podtrzymania życia, potrzebuję tylko zdrowych niezatrutych potraw i napojów, niezbędnego spokoju i t. p.” W powyższych dwu ogłoszeniach urojenia prześladowcze i wielkości chorego wystąpiły w całej okazałości; są tu też wskazówki na omamy (węchowe i czucia skórne).

Rozpoznanie: psychjatryczne—Psychosis luetica—status amenticus, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek X. Chory Mieczysław O., lat 32, inżynier, katolik, przyjęty do Kochanówki 27 lutego 1909 r.; ojciec chorego usposobienia despotycznego, gwałtowny, „oryginal”. Chory przebył przed 10 laty kiłę, leczoną; 2 lata temu znaczne osłabienie i bóle w krzyżu i kończynach, przygnębiecie; przed rokiem napad silnego podniecenia, które przeszło w parę miesięcy po leczeniu; od połowy stycznia 1909 r. zaczęło się znowu podniecenie, jednakże chory mógł pracować jeszcze do lutego 1909 r.; na dwa dni przed przybyciem do Kochanówki napad gwałtownego podniecenia z utratą orientacji. 28. II. 1909 r. Żrenice równe, oddziałują wują na światło; w mowie zboczeń nie ma; drżenie rąk; odruchy kolanowe wzmożone. Orientacja co do czasu i miejsca oraz pamięć naogół zachowana; zapytany o otaczających chorych, mówi: „to są wszystko moi koledzy, przyjaciele z czasów strajku”; chory nie uważa się za umysłowo chorego, ale jedynie za osłabionego i potrzebującego wypoczynku. Silne podniecenie ruchowe: drze bieliznę, wybija szyby, chodzi na czworakach, krzyczy, skacze po łózkach, udając lokomotywę;

usposobienie zmienne, najczęściej jednak wesołe; chory bardzo łatwo wpada w gniew, gwałtownie protestuje przeciw trzymaniu go w szpitalu dla obłąkanych. Wybitna gonitwa wyobrażeń, mówi bez przerwy, bezładnie. Bredzenia wielkości wyraźne: chory uważa się za b. zdolnego, pochodzi od Kazimierza Wielkiego, chwali się swoim herbem; dokona wielkich wynalazków technicznych, zbuduje przyrząd, który, po przystawieniu go do pępka i wypompowaniu z niego powietrza, pozwoli człowiekowi latać po powietrzu. Bredzenia prześladowcze: krewni umieścili go w Kochanówce umyślnie, aby go się pozbyć, szwagier chce go rozłączyć z żoną, żona również bierze udział w intrygach przeciw niemu, dlatego z nią się rozwiedzie; oznak otępienia umysłowego niema. 12.III 1909 r. Ciężkość wieczorna — 37,5°. 18.III.09 r. Silnie podniecony, popchnął i opluł lekarza (nazajutrz go za to przeprosza), zaczepia i bije innych chorych; złudzenie wzrokowe: chory w niektórych chorych poznaje swoich znajomych, kolegów, robotników; podwyższenie ciepłoty trwa — dochodzi do 37,8°. 23.III—24.III.09 r. Chory zanieczyścił ściany w swoim pokoju kałem i śliną, rozpruł siennik, wysypał słomę; silnie podniecony; twierdzi, że widział swoje dzieci na dziedzińcu szpitalnym. 27.III.09. Próba Wassermanna we krwi dała wynik dodatni. 29.III.09 rozpoczęto wcierania szarej maści (po 3,0) i podawanie jodu do wewnątrz. 3.IV.09. Zrenice nierówne, lewa szersza od prawej na światło oddziaływały; wszystkie odruchy ścięgnowe wzmożone. 12.IV.09. Chory silnie podniecony, powybijał masę szyb, oderwał listwę od podłogi, jednocześnie płacze. 18.IV.09 względnie spokojny, tworzy rozmaite fantazyjne projekty na przyszłość, w czasie rozmowy z lekarzem płacze. 20.IV.09. Opowiada, że przed przyjazdem do Kochanówki krewni zrobili mu tak, że słyszał szelest skrzydeł ducha, słyszał, jak ktoś powiedział o nim: „mantis“; widocznie chciano tak zrobić, ażeby on myślał, że jest prorokiem; tym wydarzeniom chory przypisuje swoje umieszczenie w Kochanówce. 4.V.09. Podniecenie wzmaga się. Chory pisze masę listów i odezw do żony, do rodziny, do naczelników swoich. 7.V.09. Znacznie spokojniejszy, wychodzi na długie przechadzki. 13.V.09. Podniecenie ustąpiło, zjawiają się chwile przygnębienia; chory gwałtownie dopomina się o wypisanie z Kochanówki. Występuje pewien krytyczny pogląd na poprzednie postępowanie; jednocześnie chory wypowiada podejrzenie, że szwagier ma zamiar wykonać na jego żonie operację kastracji, twierdzi, że szwagier miał dawniej stosunki ze swojemi siostrami, w tej liczbie i z żoną chorego; sądzi, że i teraz to samo się dzieje, dlatego ma zamiar wy badać żonę w tym kierunku po spowiedzi w Częstochowie przed ołtarzem. Zrenice nierówne: lewa szersza od prawej, zarysy źrenic nieprawidłowe, lewa oddziaływała na światło wolniej, niż prawa. Chory

otrzymał 37 wcierań szarej maści — przeniesiony na pawilon dla spokojnych chorych. 15.V.09. Silne podniecenie płciowe. 18.V.09. Wizyta żony — chory gwałtownie dopomina się, aby go natychmiast zabrano ze szpitala — na co żona chorego zdecydować się nie mogła. W nocy z d. 18 na 19-ty maja 1909 r. chory uciekł z pawilonu przez okno, zabrawszy ze sobą tort i sardynki, przywiezione tegoż dnia przez żonę. Ażeby uniknąć pościgu, chory nie poszedł do Łodzi, ani do stacji kolejowej, ale pieszo dostał się do Łęczycy do znajomego lekarza, uciekł ztamtąd przed przybyciem służby szpitalnej i pieszo, nie niepokojony przez nikogo (był bez paszportu) doszedł do Warszawy do domu. Z listu żony dowiedzieliśmy się, że zachowywał się w domu zupełnie poprawnie. Wkrótce powrócił do swoich zajęć i dotąd z powodzeniem pracuje. W zimie 1910 r. przebył podobno w domu lekki udar mózgowy z przejściową utratą mowy.

R o z p o z n a n i e: psychiatryczne — Psychosis luetica —, status amemicus, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris et convexitatis luetica subacuta. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

P r z y p a d e k X I. Chory Robert T., lat 43, buchalter, ewangelik, przyjęty do Kochanówki 21 czerwca 1907 r. Obciążenia dziedzicznego niema; do alkoholizmu się nie przyznaje. Kiła bardzo prawdopodobna, gdyż, według słów żony, chory leczył się wcieraniami szarej maści. Przed 7 laty udar mózgowy z porażeniem prawostronnem i krótkotrwałą utratą mowy — objawy porażenia znikły po upływie tygodnia, pozostało osłabienie ogólne, chory wkrótce powrócił do pracy. W ciągu ostatnich 7 lat co roku chory przechodził lekki udar, podczas którego przedmioty nagle wypadły mu z ręki, stawał się nawpół przytomny; napady takie pojawiały się bez żadnego zewnętrznego powodu, chory nie pamiętał o nich. Przed 2 laty wystąpiło widzenie podwójne — po 4 tygodniach wzrok się poprawił. Przed 2 tygodniami w nocy udar mózgowy z porażeniem lewej strony ciała bez zaburzeń mowy; chory wykazuje zaburzenia psychiczne: rozpoznaje ludzi, ale imion ich nie pamięta, mówi, że nie jest w Łodzi, ale w Hamburgu, albo w Petersburgu; nie pamięta najświeższych wydarzeń, konfabuluje. 24.VII.07 r. Zrenice nierówne, lewa szersza od prawej, zarysy źrenic bardzo nieprawidłowe, źrenice oddziały wują na światło b. opieszale; niedowład lewego nerwu twarzowego, język zbacza w lewo, drży „en masse“; odruchy na kończynach górnych wzmożone po stronie lewej, odruchy silniejsze dolne silniejsze po stronie prawej; odruch jądrowy wzmożony po stronie prawej; odruchy kolanowe wzmożone, lewy silniejszy niż prawy; objaw Babińskiego po stronie lewej; siłomierz: 5.VII.07 r. ręka lewa 75, prawa -- 115 — 24.VII.07 ręka lewa — 90, pra-

wa — 125. Zaburzeń mowy niema. Chory zachowuje się spokojnie, apatycznie; pamięć dawniejszych wydarzeń dobra; wiadomości o sobie podaje dobrze. Poczucia choroby niema. Orientacja co do czasu i miejsca niedostateczna; mówi: „Kochanówka był to zakład dla umysłowo chorych, który spalił się na jesieni roku zeszłego“. Chory, jak twierdzi znajduje się obecnie w wagonie, nazywającym się Kochanówka, który go wiezie do Rygi (z początku chory utrzymywał, że wagon ten idzie do Łodzi od wczoraj popołudniu; wskutek zwróconej mu uwagi, że tak długo do Łodzi się nie jedzie, chory zmienił kierunek drogi); chory, wchodząc do wagonu, zauważył na nim napis: „Kochanówka“ (na budynkach szpitalnych w rzeczywistości żadnego napisu niema) i tor kolejowy; nazewnątrz wagonu posiano rozmaite rośliny i drzewa i te poruszają się razem z pociągiem; obecnie wagon ten przechodzi przez Estonię i znajduje się pod stacją Wiesenberg; z chorym razem jedzie masa znajomych, między innymi niejaki p. Karol Schultz (chorego tego nazwiska naówczas nie było w Kochanówce), który właśnie powiedział mu, że to jest wagon „Kochanówka“; lekarzy poznaje, twierdzi, że i w pociągach lekarze badają chorych. Rachunki arytmetyczne chory wykonywa szybko i trafnie. Chory otrzymał serię wcierań szarej maści i jod do wewnątrz. Wypisany z Kochanówki z b. nieznaczną poprawą, niezdolny do pracy 1 lutego 1908 r.

Rozpoznanie: Psychiatryczne — Psychosis luetica — zespół Korsakowa; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris luetica chronica + Endarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter defektywny (ubytkowy).

Przypadek XII. Chory Kazimierz T., lat 40, konduktor kolejowy, katolik, przyjęty do Kochanówki 10 czerwca 1908 r. Obciążenia dziedzicznego niema. Czy przechodził kiłę, niewiadomo. Na 4 tygodnie przed przybyciem do Kochanówki chory był „zamedytowany“; przed 10 dniami chory przestał zupełnie mówić: w dniu, w którym stracił mowę, wypełniał swoje czynności nie wydając głosu, witał się ze znajomymi milcząco; na drugi dzień nie poszedł do pracy, włóczył się tylko po stacji; pokarmy płynne jadł wprost ustami, bez łyżki; po 2 dniach mowa wróciła; następnych dni był senny, nie poznawał otoczenia; przez cały czas zachowywał się spokojnie; 10.VI.08 r. napad podniecenia, trwający około godziny: biegał, wymyślał, rzucał się na ludzi. 20.VI.08 r. Żrenice silnie zwężone, nierówne, lewa szersza od prawej, na światło oddziaływują, przytem lewa nieco słabiej, niż prawa; język zbacza naprawo, drży włókienkowato; lekka dyzartria, porażenie prawego nerwu twarzowego, lekka nieźborność, szczególnie w ręce lewej; odruchy kolanowe wzmożone, objaw stopowy po stronie prawej, słabo zaznaczony po lewej; odruchy brzuszne gór-

ne i dolne silniejsze po stronie lewej; w okolicy lewego stawu łokciowego na skórze kilkanaście blizn okrągłych. Chory zachowuje się spokojnie; wiadomości o sobie podaje dobrze; inne pytania:

który rok teraz mamy?	„909
jaki miesiąc?	„9-ty
który dzień miesiąca?	„a nie wiem właściwie, pobłądziłem w dacie.
jaki dzień tygodnia?	„właśnie też zapomniałem.
jak dawno Pan tu jest?	„od pewnego czasu, od czasu pobytu.
jak się nazywa ta miejscowość?	„nieokreślałem.
co to za dom?	„to jest dom zabudowany jakąś budową.
kto są ludzie otaczający?	„ja nie wiem.
kto ja jestem?	„pan doktor.
gdzie Pan był przed tygodniem?	„ja nie wiem, bo zdenerwowany byłem.
czy Pan smutny?	„smutny ma się rozumieć (chory śmieje się).
czy Pan chory?	„nie, obecnie czuję się lepiej.
wyliczyć dnie tygodnia?	„na taki debat jeszcze zawczęśnie, jeszcze jestem chory.

Dat ze swojego życia chory nie pamięta, bredzeń, ani omamów nie ujawnia; na zadania liczbowe odpowiada szybko, ale przeważnie źle; po pewnym szeregu pytań chory na dalsze odmawia odpowiedzi, mówiąc: „jeszcze jestem osłabiony“, „szumi mi w głowie“, „to już nie zdobędę się“, „pan mnie marudzi, czego się mam debatować“, — wreszcie wpada w rozdrażnienie i przestaje zupełnie odpowiadać. Przy badaniu kojarzeń chory odpowiada bezpośrednio, stale powtarzając poddawany mu wyraz; niepodobna mu wytłomaczyć, aby nie powtarzał poddawanych wyrazów. W piśmie, po za prawidłowym napisaniem własnego nazwiska, chory ujawnia paragrafię (20.VI.1908 — 2.VII.1908 r.); badanie pisma późniejsze (11.VII.08 r.) okazuje znaczną poprawę. Uspokobienie chorego apatyczne; chory chwilami twierdzi, że nie wie, gdzie się znajduje, to znowu mówi, że jest „u warjatorów“, dziwi się temu, ale nie protestuje przeciw pobytowi w szpitalu dla umysłowo chorych; w rozmowie powtarza bezmyślnie ostatnie wyrazy skierowanego do siebie zapytania, często śmieje się bez żadnego powodu. Chory otrzymał serję wcierań maści szarej i jod do wewnątrz. Wypisany z Kochanówki 13 września 1908 r. z b. nieznaczną poprawą. Z powodu niezdolności do pracy otrzymał dymisję z kolei.

R o z p o z n a n i e: psychiatryczne: Psychosis luetica, status amemicus, otępienie; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis

basilaris luetica subacuta + Endoarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny (w początkach choroby) i defektywny.

Przypadek XIII. Chory Kazimierz P., lat 34, kancelista prywatny, katolik, przyjęty do Schroniska przy domu starców i kalek w Łodzi 29 października 1899 r., z kąd przewieziony do Kochanówki 17 września 1902 r. Obciążenia dziedzicznego niema; chory przechodził w 21-ym roku życia kiłę, źle leczoną; 10 stycznia 1898 r. udar mózgowy z porażeniem prawostronnem i zaburzeniami mowy; jednocześnie wystąpiło gwałtowne podniecenie, bredzenia prześladowcze: chory groził ojcu zastrzeleniem, rzucał się na otaczających — objawy te rozwinęły się stopniowo. 7. VII. 1902 r. Zrenice oddziaływiają na światło powolnie, na nastawienie bardzo słabo; fałda nosowargowa lewa zniesiona; niedowład wszystkich gałazek lewego nerwu twarzowego; język zbacza na lewo; niedowład kończyn po stronie prawej; odruch z mięśnia trójgłowego i odruch kolanowy po stronie prawej znacznie silniejsze, niż po lewej; zmian czucia niema; lekkie zaburzenia mowy. Chory jest wesoło usposobiony, zadowolony z siebie i ze swego położenia — może siedzieć w Schronisku z przyjemnością, bo, jak twierdzi, otrzyma za to „grube pieniądze” — wytoczy bowiem proces Komitetowi Schroniska i ojcu za nieprawne zamknięcie go i matkę wpakuje do więzienia z tego samego powodu. Orientacja i pamięć chorego dobre; moralne poczucie i krytycyzm obniżone; omamów słuchowych niema. 5. VI. 1903 r. Na wiadomość o śmierci ojca chory śmieje się wesoło i cieszy się, że będzie miał o jednego wroga mniej na świecie — z równą wesołością przyjął poprzednio wiadomość o śmierci żony; pamięć zachowana niezłe; tablica mnożenia bez omyłki; wiadomości szkolne okazują b. znaczne braki. Chory jest zadowolony z pobytu w Kochanówce, bo mu za to Komitet Kochanówki będzie musiał wypłacić odszkodowanie w wysokości pół miliona rubli. 7. 9. 10. VI. 1905 r. Zrenice normalnej szerokości, równe, na światło oddziaływiają żywo, na nastawienie niedostatecznie; w mowie słaby stopień dyzartrii (np. „altyrelja“ zam. artylerja“); przekręcanie wyrazów w czasie czytania; niemożność nazywania przedmiotów powszednich, zapominanie powszednich wyrazów np. imion własnych; odcień mowy — nosowy; przy przepisywaniu i pisaniu za dyktandem chory szybko się męczy, pisze b. wolno i popełnia dużo błędów ortograficznych; siła mięśniowa kończyn po stronie prawej mniejsza, niż po lewej; odruchy ścięgnowe wzmożone po stronie prawej; prawostronny objaw stopowy. Siłomierz: ręka prawa—85, ręka lewa—125. Zaburzeń czucia niema. Fałda nosowargowa zniesiona po stronie lewej; niedomykalność lewej powieki; lewy kąt ust opuszczony, wycieka przez niego ślina; ję-

zyk przechyla się na lewo. Chory uskarża się na drętwienie i łamanie w obu kończynach dolnych. Orientacja doskonała; pamięć dobra; chory uważa się za umysłowo zdrowego—został pokrzywdzony przez umieszczenie go w Kochanówce i ma prawo żądać za to od Komitetu szpitalnego odszkodowania w wysokości 1½ miliona rubli wraz z odsetkami za cały czas pobytu w szpitalu i sumę powyższą uważa za bardzo umiarkowanie obliczoną; przeważna większość pensjonarzy „warjatami“ nie jest, udają tylko obłęd i siedzą tu po to, ażeby go śledzić i drażnić, mieć powód do ogłoszenia go za umysłowo chorego. Chory zawsze zachowuje się spokojnie i grzecznie, aby nie dawać wrogom bronii przeciw sobie; wymyśla tylko na rodzinę. Chory zamierza ożenić się ze znajomą panną, jak tylko sąd przyzna mu odszkodowanie. Bredzenia chorego okazują tendencję do systematyzacji (?); omamów i złudzeń zmysłowych niema. 14. VII. 1907. Żrenice równe, słabo oddziałują na światło, lewa żywiej, niż prawa, na nastawienie oddziałują również słabo; niedowład lewego nerwu twarzowego typu obwodowego; język zbacza wyraźnie na lewo. Siła mięśniowa prawej kończyny dolnej mniejsza, niż lewej; w sile kończyn górnych wyraźnej różnicy niema; odruchy kolanowe żywe, prawy znacznie silniejszy, niż lewy; prawostronny objaw stopowy; odruchy kończyn górnych silniejsze po stronie prawej; odruchy brzuszne z prawej strony nie dają się wywołać, z lewej występują wyraźnie; zaburzeń czucia niema. Chód kurczowo-niedowładowy; chory pociąga prawą nogą. Siłomierz: ręka prawa — 120, ręka lewa—120. Chory orientuje się dobrze co do miejsca, czasu i otoczenia, pamięć naogół dobrze zachowana; wyliczenia wykonywa dość słabo. Chory twierdzi, że znajduje się w szpitalu zupełnie niepotrzebnie — umieścił go tu ojciec przy pomocy przekupionych lekarzy, obecnie zaś trzyma go Komitet szpitalny, który będzie zmuszony wypłacić mu za to 2 miliony rubli odszkodowania; jeżeli zaś sprawa pójdzie do sądu, to sąd przyzna mu 8 milionów rubli odszkodowania za nieprawne trzymanie w szpitalu; twierdzenia chorego nie są należycie umotywowane. Obecnie chory zamierza ożenić się z panną J. i pisuje do niej często listy z oświadczeniami. 10. II. 1908 r. Chory został przeniesiony do szpitala św. Jana Bożego w Warszawie w stanie niezmiennym.

R o z p o z n a n i e: psychiatryczne: Psychosis luetica, status amenticus (w początkach choroby). ołepienie umysłowe wyraźne; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris luetica subacuta + endoarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny (w początkach choroby) i defektywny.

P r z y p a d e k XIV. Chory Edward Pl., lat 41, kupiec, katolik, przyjęty do Kochanówki 15 marca 1909 r. Obciążenia

dziedzicznego niema. Chory przechodził kilę przed 12 laty, leczony dwukrotnie; od 8 lat uskarżał się na bóle głowy; 3 lata temu porażenie prawostronne z osłabieniem mowy; od 2 lat wystąpiły idee samobójcze, od 3 miesięcy omamy zmysłowe przestraszającego charakteru. Chory często podniecał się—rok temu rzucił się z nożem na żonę; na tydzień przed przybyciem do szpitala usiłował otruć żonę kwasem szczawikowym; starał się o brzytwę, ażeby żonie poderżnąć gardło; mówił, że po jego śmierci żona nie powinna żyć, że nie będzie mogła zapracować na życie, że mu djabeł każe zabić żonę; chory w ostatnich czasach źle sypia. 16. III. 1909 r. Żrenice równe, zarysy żrenic prawidłowe, oddziaływanie na światło dobre; prawa fałda noso-wargowa zniesiona; mowa ma odcień nosowy; chory jąka się, mówi prędko i niewyraźnie; drżenia warg niema; lekkie drżenie rąk; odruchy kolanowe: prawy silniejszy, niż lewy. Orientacja i pamięć zachowane, poczucie choroby umysłowej jest; proste wyliczenia chory wykonywa z błędami. Omamów niema. Chory podejrzewa żonę o niewierność, mówi, że ją zabije (o tem zamierzonym zabójstwie chory mówi zupełnie obojętnie, jak gdyby o jakimś niewiele znaczącym drobiazgu). 22. III. 1909 r. Rozpoczęto wcierania szarej maści (po 3,0) i podawanie jodku potasu do wewnątrz. 27. III. 1909 r. Próba Wassermannna we krwi dała wynik dodatni. 18. V. 1909 r. Chory otrzymał 42 wcierania, kali jod. do 8,0 dziennie. Bredzeń nie ujawnia, chętnie pracuje przy robotach ziemnych; żrenice równe, o nieprawidłowych zarysach, oddziaływują dobrze na światło, nie oddziaływują na nastawienie. Odruchy kolanowe nierówne — prawy żywszy od lewego; odruchy kończyn górnych żywsze po stronie prawej; odruchy brzuszne słabsze po stronie prawej; siła mięśniowa prawych kończyn mniejsza, niż lewych; niedowład prawego nerwu twarzowego. 15. VII. 1909 r. Język zbacza naprawo, objaw mostkowy obustronny, występuje jednak wyraźniej po stronie lewej, odruchy kolanowe wzmożone, równe; odruchy brzuszne: prawy silniejszy niż lewy; objaw stopowy wyraźny po stronie prawej, słabo zaznaczony po lewej. 15. X. 1909 r. Sypia nie dobrze; podejrzewa żonę o niewierność małżeńską. 22. XI. 1909 r. uskarża się na ogólne osłabienie i ból nóg. 5. IV. 1910 r. chory opowiada o żonie (która zmarła w Łodzi przed 9 tygodniami), że miała wielu kawalerów; nie przypomina sobie, ażeby chciał ją zabić; przeciwnie, twierdzi, że ci właśnie kawalerowie namawiali jego żonę, aby go zgładziła; chory sam słyszał, jak mówili do niej: „masz nóż, zabij go“. Chory wykonywa dobrze prostsze wyliczenia; poczucie choroby jest; chory uskarża się, że ma „nogi słabe i mowę“ (chory wyraźnie utyka na prawą nogę); żrenice równe, oddziaływują dobrze na światło; w mowie—jąkanie, jak poprzednio; odruchy kolanowe—prawy silniejszy, niż lewy; obustronny

objaw stopowy, słabo zaznaczony; nieznaczne drżenie rąk. 22. IV. 1910 r. Chory zachowuje się spokojnie, korzysta z wolnego wyjścia, trochę pracuje; uskarża się na osłabienie ogólne. 16. VII. 1910 r. źrenice nierówne, prawa nieco szersza od lewej, prawa źrenica o zarysach nieprawidłowych, jest owalna, stoi pionowo nieco skośnie; odruchy kolanowe równe, wzmożone. 28. VII. 1910 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina wykazało: postrzeganie dobre, odtwarzanie—nieco upośledzone, pojmowanie bardzo upośledzone, uogólnianie — upośledzone, zdolności kombinacyjne — bardzo upośledzone, krytyka—upośledzona, uwaga—upośledzona, zapamiętywanie—bardzo upośledzone, kojarzenia—ubogie, reakcja ruchowa—zwolniona, inteligencja zatem znacznie upośledzona — wyraźne otępienie umysłowe. Chory w dalszym ciągu pozostaje w szpitalu.

Rozpoznanie: psychiczne — Psychosis luetica, depressio, status paranoides, dementia; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica + Endoarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter irytacyjny i defektywny.

Dok. nast.

STRESZCZENIA.

PISMIENICTWO POLSKIE.

A. KROKIEWICZ. Niezwykły przebieg kiły rdzenia kręgowego.

Niezwykłość przypadku, który zakończył się śmiercią 49 letniego chorego, polegała na tem, że sprawa kiłowa rozwijała się w tylnem śródpiersiu od dłuższego czasu, lecz tak powoli i bez wybitniejszych objawów, iż lekarz ordynujący nie mógł wykryć zmian chorobowych w kręgach ani rdzeniu. Dopiero w ostatnich 6-ciu dniach choroba przybrała naraz przebieg groźny i śmiertelny. Zjawilo się drętwienie najwpierv w prawej, potem w lewej stopie; następnie częściowy niedowład kończyn dolnych, który po trzech dniach przeszedł w stan wiotkiego bezwładu. W ostatnich 3-ach dniach zauważono porażenie mięśni tułowia, brzucha i kończyn górnych, utrudnione oddawanie moczu i mimowolne — stolca. Ciepłota wahała się od 36.4°C — 37.6°C. Zniesienie odruchów kolanowych, stopowych, skórnych, brak odruchu Babińskiego, upośledzenie czucia. Oględziny pośmiertne wykazały sprawę kiłową w tylnem śródpiersiu w okolicy trzonu 5-go kręgu piersiowego, sprawę, która wywołała zniszczenie trzonu kręgowego, zmiany chorobowe na sąsiednich oponach rdzenia kręgowego i w samym rdzeniu, tudzież przebiecie tylnej ściany przelyku.

J. D.

(Przegląd Lekarski 1910 r. N-r 2).

JAN MAZURKIEWICZ. O zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej.

Poszukiwać czynniki, których działalność zanika w stanach gonitwy myślowej, można na drodze: 1) badań przedmiotowych (klinicznych, doświadczalnych, anatomicznych) lub 2) na wnioskowaniu psychologicznem, wychodzącem z pewnych założeń.

Autor stosuje kolejno do przykładu klinicznego gonitwy myślowej i przykładu myślenia prawidłowego obydwie metody. Wykazuje, jak na zasadzie wniosków psychologicznych łatwo zauważyć w stanach gonitwy myślowej znikanie hierarchicznego układu wyobrażeń, przeceniania jednych i niedoceniania innych; brak nici przewodniej — wyobrażenia, któreby panowało nad nad wszystkimi innymi i łączyło je w jedną organiczną całość

myślową. Następuje zatem tak zwane wyrównanie wartości wyobrażeń.

Rozbierając przykład powyższy doświadczalnie, autor stwierdza przedewszystkiem, że chora wypowiedziała do lekarza pewne wyrazy i zdania. Gdy zestawia je z odpowiedzią tej samej osoby w okresie zdrowia, widzi, że chora w obu tych przypadkach używa symbolów wyrazowych w różny sposób. W czasie choroby mianowicie jej bezładna odpowiedź zdradzała wyrównanie się wartości „symbolów“ analogicznie do zachowania się „wyobrażeń“, wykazanych poprzednią metodą. Zmienił się nie tylko stosunek wzajemny symbolów, lecz i realny stosunek chorej do otoczenia uległ zasadniczej zmianie, zarówno w najżywotniejszych sprawach, jak i w rzeczach drugorzędnej wagi. Osoba, o której mowa, pomimo obarczenia dziedzicznego, posiadała sprawnie działający układ nerwowy. Dopiero niebezpieczna choroba dziecka wytrąciła ją ze zwykłych warunków, układ nerwowy zawiesił nagle swą dotychczasową czynność pośredniczenia pomiędzy ustrojem a otoczeniem, kojarzenia symbolów stały się tak samo bezładne, jak późniejsze zachowanie się chorej.

W dwóch następnych przykładach autor zestawia kojarzenia myślowe we śnie i gonitwie myślowej. Fizjologiczne urojeńnia senne są krótkotrwałe w przeciwstawieniu do bezładnej gonitwy chorobowej; zjawiają się, gdy spostrzeganie świata zewnętrznego jest całkowicie, albo prawie całkowicie zniesione, narząd zaś ruchowy chorego pozostaje w spoczynku. Pokrewność tych dwóch stanów przejawia się w sposobie kojarzenia wyrazów i wspomnień, braku myśli przewodniej, wszelkich zahamowań, wreszcie w bezładnej hypermnezji.

Porównanie sposobu kojarzeń w gonitwie myślowej wysokiego stopnia ze sposobem kojarzeń 25-miesięcznego zdrowego dziecka wykazuje również szereg cech pokrewnych (brak nici przewodniej, brak hierarchicznego układu kojarzonych wrażeń), ale także i bardzo wybitne różnice: mniejszy daleko zasób dawnego materiału wrażeńowego u dziecka, lecz mimo to większy wpływ tego ostatniego na sposób zachowania się w stosunku do otoczenia, niż u osoby dotkniętej gonitwą myślową.

J. D.

(Przegląd Lekarski 1910. N-r 8 i 9).

Dr. MATYŁDA LATEINER. O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych za pomocą surowicy swoistej.

Autorka omawia własności i sposoby otrzymywania różnego rodzaju surowic, stosowanych przeciw zapaleniu nagminnemu opon mózgowych, zatrzymuje się dłużej nad surowicą wiedeńską (Kraus'a i Dörr'a), którą w przypadkach swoich stosowała.

Ogółem w przeciągu ostatnich 3 lat L. obserwowała w szpi-

tału dziecięcym w Wiedniu 50 dzieci z nagminnym zapaleniem opon, przyczem rozpoznanie stawiane było zawsze na podstawie badania bakterjologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego. Z tych 50 przypadków 20 leczonych było surowicą wiedeńską, którą w ilości 20 cm.³ wstrzykiwano zaraz po nakłuciu łądźwiowem do worka rdzeniowego; w pozostałych przypadkach posługiwano się w celach leczniczych nakłuciem łądźwiowem w szerokim bardzo zakresie.

Wyniki, otrzymane przy stosowaniu surowicy, były następujące: 1) znaczne obniżenie odsetki śmiertelności — 70% śmiertelności przy leczeniu tylko nakłuciami, 40% przy zastrzykiwaniach surowicy; zmiany w natężeniu epidemji na statystykę tę nie wpływały, przypadki bowiem leczone i nie leczone surowicą nie różniły się ani nasileniem objawów oponowych, ani też ciężkością ogólnego stanu; 2) wybitny wpływ dodatni wstrzykiwań na objawy oponowe, na ciepłotę, na stan podmiotowy.

L. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1910 r. N-r 7 i 8).

R. QUEST. Badania nad etiologją tężyczki u dzieci. Autor był pierwszym badaczem, który w roku 1904 wykazał, iż powstanie tężyczki zależy od nieprawidłowej przemiany wapnia w ustroju. Twierdzenie swe oparł wtedy na wynikach: 1) badań swych nad ilością wapnia w mózgach 3 dzieci zmarłych wśród objawów tężyczki; w mózgach tych znalazł on wapnia znacznie mniej, niż w mózgach dzieci, będących w równym wieku, a zmarłych z powodu innych chorób, 2) doświadczeń na psach, u których otrzymywał wzmoczoną pobudliwość układu nerwowego za pomocą stosowania diety bez wapnia. Badania, prowadzone następnie przez innych autorów w tym samym kierunku, potwierdziły prawdziwość tej teorii.

W obecnej pracy swej autor podaje wyniki doświadczeń swych, których celem było określenie pobudliwości układu nerwowego przy zwiększonej zawartości wapnia w ustroju. Wstrzykując podskórnie roztwór chlorku wapnia psom, żywionym przez cały przebieg doświadczeń tym samym pokarmem (mamałyga i mleko), autor przekonał się, iż za pomocą zwiększenia zawartości wapnia w sokach ustroju otrzymać można obniżenie pobudliwości nerwów na prąd elektryczny.

Z całego szeregu dotychczasowych badań, do których impuls dała pierwsza praca autora, wynika, że główną rolę w występowaniu tężyczki odgrywa brak wapnia w ustroju. Autor twierdzi, iż ten brak wapnia w ustroju wywołany zostaje przede wszystkim przez nieodpowiednie karmienie dzieci mlekiem niezbieżanem, tłuszcz bowiem mleczny, jak wykazały doświadczenia kliniczne Rothberga i Birka, powoduje niedostateczne za-

trzymywanie się wapnia w ustroju prawdopodobnie wskutek tworzenia się w przewodzie pokarmowym mydeł wapniowych.

Na podstawie doświadczeń, podanych w pracy niniejszej, autor zaleca leczenie tężyczki zastrzykiwaniem podskórnym rozтворów soli wapniowych.

L. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1910 r. N-r 15 i 16).

E. BIERNACKI. W sprawie terapii padaczki.

Otrzymałszy wyniki zachęcające leczenia wodami karlsbadskimi w dwóch przypadkach cierpień wewnętrznych, powikłanych padaczką, autor zaleca stosować to leczenie i w samej padaczce.

Z jednej strony wychodząc z założenia, iż padaczka w istocie swej jest zaburzeniem przemiany materji, działaniem wytworów nieprawidłowej przemiany materji na korę mózgową, z drugiej zaś strony opierając się na stwierdzonych przez obserwację lekarską danych złagodzenia częstości i trwania napadów padaczki przy djeicie jarskiej, małosolnej, mlecznej, autor proponuje stosować wodę karlsbadską:

1) w przypadkach łączności klinicznej migreny z padaczką;

2) w przypadkach padaczki z wyraźnymi zmianami nieprawidłowej przemiany materji (oxalurja, skaza moczanowa, zaburzenia trawienia i t. d.)

Autor podkreśla, że w dwóch spostrzeganych przez niego przypadkach nastąpiła istotna poprawa po długi szereg lat stosowaniem bezskutecznie leczeniu bromowem i wypowiada myśl, że obecność chorób nerwowych czynnościowych w pierwszym rzędzie padaczki przy innych zaburzeniach, które z pożytkiem bywają leczone w Karlsbadzie, nigdy nie powinna być przeciwwskazaniem w zalecaniu tego rodzaju leczenia.

A. Patocki.

(Gazeta Lekarska 1910 r. N-r 1).

A. WIZEL. Uwag kilka o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego.

Autor dzieli niemoc płciową pochodzenia nerwowego na dwie postaci kliniczne: na neurasteniczną lub nerwową w ścisłym znaczeniu tego słowa i na czysto psychiczną.

Do pierwszej kategorii zalicza przypadki, stanowiące przejaw kliniczny t. zwanej słabej pobudliwości ośrodków płciowych rdzenia i jako przyczynę wymienia częste i nienormalne podrażnienia rdzenia, idące od obwodu, jako to: samogwałt, nadużycia płciowe, „coitus interruptus“ i rzeżączkę przewlekłą. Wymienione podniety w następstwie swoim sprowadzają przekrwienie lub nieżyt błony śluzowej części krokowej cewki i wzgórnika nasien-

nego—miejsc, gdzie mają zakończenia swoje nerwy obwodowe, idące do ośrodka wzwodowego w rdzeniu. Nieustanne podrażnienia tych miejsc przenoszą się dośrodkowo na rdzeń. W następstwie w rdzeniu rozwija się z początku pobudliwość wzmożona, a w następnym okresie i osłabienie ośrodka wzwodowego. Ztąd niemoc płciowa nerwowa jest nerwicą części lędźwiowej rdzenia, czyli jednym z poszczególnych przejawów neurastenii rdzeniowej.

Co się tyczy niemocy płciowej pochodzenia psychicznego, to patogeneza i istota tego cierpienia tkwi w dziedzinie psychicznej chorego, a nie w chorobliwym stanie ośrodków płciowych jego rdzenia. Podobne zaburzenia zdarzać się mogą zarówno u neurasteników, jak i u osobników zupełnie zdrowych pod względem nerwowym.

Niemoc płciowa psychiczna powstaje w trojaki sposób i, zależnie od patogenezy, autor rozróżnia 3 rodzaje tego cierpienia.

1) Niemoc płciowa powstała u osobników zupełnie zdrowych wskutek zahamowania odruchu wzwodowego pod wpływem chwilowego przemijającego wzruszenia, np. przed stosunkiem obawa zapłodnienia, zarażenia się i t. d. Podobne przypadki autor nazywa niemocą fizjologiczną.

2) Niemoc płciowa powstała wskutek pewnego chorobliwego wzruszenia niczem nieumotywowanego, wewnątrzpochodnego, identycznego z najróżnorodniejszymi patologicznymi obawami, jak obawa przestrzeni, obawa śmierci i t. d. Tego rodzaju niemoc płciową autor nazywa „coitophobia“ i zalicza zaburzenie to do rzędu t. zw. stanów natrętnych, jednego z licznych przejawów zwyrodnienia psychicznego.

3) Niemoc płciowa powstała na skutek pewnej chorobliwej idei. Do tej kategorii autor zalicza przypadki, które powstają na drodze autosugestji.

W końcu autor wyodrębnia również postać mieszaną neurasteniczno-psychiczną, w której obydwie te czynniki wikłają się z sobą w różnym stopniu.

Ta postać jest najczęstsza.

Co się tyczy symptomatologii, to osobniki z niemocą nerwową odczuwają popęd normalny, lecz na skutek nadmiernej drażliwości ośrodków nerwowych ich rdzenia zbyt łatwo powstaje u nich naprężenie prąca przy jednocześnie szybkim wytrysku nasienia—co bywa w pierwszym okresie choroby, — a następnie zjawia się zbyt słabe naprężenie przy zbyt szybkim, a nawet przedwczesnym wytrysku nasienia, co bywa w drugim okresie choroby.

W niemocy psychicznej chorzy również miewają prawidłowy popęd i zupełnie dobre naprężenie, które jednak przy każdej próbie spółkowania natychmiast ustaje. Jednakże rozpoznawanie oddzielnych postaci niemocy na zasadzie tylko klinicznych danych jest nadzwyczaj trudne i dlatego należy oprócz obrazu kliniczne-

go zwracać uwagę na cały szereg innych objawów choroby. Ścisłe wywiady w każdym przypadku, rozbiór nerwowego i psychicznego stanu chorego, patogeniza danego przypadku pozwolą z pewnem prawdopodobieństwem orzec, z jaką postacią cierpienia mamy do czynienia.

Z powyższego wynika i sprawa leczenia. Tam, gdzie mamy do czynienia z postacią cierpienia czysto nerwową, najzupełniej wskazane jest miejscowe leczenie fizykalne. Autor podkreśla jednak nadużywanie przez lekarzy stosowania tej metody bez uwzględniania psychiki chorego w przypadkach mieszanych i czysto psychicznych. W tych razach wynik leczenia fizykalnego bywa żaden lub bardzo nieznaczny, gdyż leczenie winno być prowadzone w kierunku psychicznym. Słuszność powyższych uwag autor potwierdza szeregiem własnych spostrzeżeń.

A. Patocki.

(Gazeta Lekarska 1910, N-r 4, 5, 6).

PIŚMIENICTWO OBCE.

REVUE NEUROLOGIQUE R. 1910 N-r 8—12.

N-r 8. MOSNY et BARAT. Tabes et amyotrophie au cours d'une méningo-encéphalo-myélite syphilitique.

U 39 letniego mężczyzny, który przechodził przymiot, w ciągu 20 miesięcy rozwinęły się liczne objawy władu rdzenia, zanik mięśni, zwłaszcza na obu kończynach górnych i na tułowiu typu Aran-Duchenne'a, pozatem obustronne porażenie III, IV, V, VI i XI pary nerwów czaszkowych, jednostronne VII i XII pary. Autor podkreśla szybkość i rozległość rozwoju sprawy chorobowej i uważa wład rdzenia i zanik mięśni za cierpienia w danym przypadku współrzędne na tle przymiotu.

PASTINE. Deux cas d'amyotrophie chronique consecutive à la paralysie spinale dont l'un avec examen anatomique.

W pierwszym przypadku w 17 lat, w drugim aż w 75 lat po przebyciu ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia rozwinęły się objawy postępującego zaniku mięśni o typie Aran-Duchenne'a. Sekcja w drugim przypadku wykazała przewlekłe zapalenie rogów przednich. Autor jest zdania, 1) że przebyte w dzieciństwie ostre zapalenie rogów przednich rdzenia usposabia do postępującego zaniku mięśni o typie rdzeniowym; 2) że t.zw. postępujący zanik mięśni typu Aran-Duchenne'a należy uważać jedynie za zespół objawów, który w przypadkach czystych ma za tło anatomiczne przewlekłe zapalenie rogów przednich.

N-r 9. RAUZIER et ROGER. Hemiparaplegie flasque et douloureuse avec anesthésie du type radiculaire. Compression de la IV racine lombaire par un cancer du rachis. Affaissement de la IV vertèbre lombaire décilé par la radiographie.

U chorej 50 letniej rozwinęło się stopniowo wiotkie bolesne porażenie prawej kończyny dolnej z pasem znieczulenia, odpowiadającym rozgałęzieniu IV korzenia lędźwiowego. Wobec tego że chorej przed 3 laty odjęto piersz z powodu raka, autorzy przypuszczają przerzut rakowaty do kręgosłupa. Na rentgenogramie widać zsuniecie IV kręgu lędźwiowego na V. Autorzy podnoszą rzadkość zaburzeń czucia korzeniowych w rakach kręgosłupa zwłaszcza w części lędźwiowej i uzależniają je od zajęcia przez nowotwór opon i samych korzeni.

(Objaśnianie porażenia kończyny przez ucisk rdzenia na tej wysokości chyba tłumaczyć można pomyłką autorów. Refer.).

LÉRI et BOUDET. Hémiplégie d'origine bulbo-médullaire chez un tabétique (Contribution à l'étude des paralysies du spinal dans le tabes).

Chory z niewątpliwymi oznakami władu rdzenia został nagle dotknięty, bez utraty przytomności i bez wyraźnych zaburzeń mowy, porażeniem prawych kończyn i porażeniem kilku nerwów czaszkowych: X, XI, XII, porażeniem górnych nerwów szyjowych po tej samej stronie. Autorzy przypuszczają ognisko rozmiękczenia w rdzeniu przedłużonym w okolicy jąder wspomnianych nerwów i zaznaczają, że, aczkolwiek porażenie n. XI w przebiegu władu rdzenia najczęściej bywa pochodzenia obwodowego, to jednak, jak to ich przypadek wykazuje, może być również pochodzenia ośrodkowego.

N-r 10. MASSARY et CHATELIN. Ménningomyélite méningococcique à localisation exclusivement dorso-lombaire et simulant la myélite transverse.

28 letni mężczyzna bez wiadomej przyczyny dostaje objawów poprzecznego uszkodzenia rdzenia. Przekłócie lędźwiowe wykazało w mętnym płynie obecność dwoinek Weichselbauma. 6-go dnia chory przy silnej gorączce umiera. Sekcja wykazała nacieczenie ropne wszystkich opon w części lędźwiowej, poniekąd w części grzbietowej rdzenia i zmiany zapalne w samej istocie rdzenia. Autorzy podnoszą etiologię cierpienia i potrzebę badań drobnowidzowych rdzenia, które jedynie może wykazać, czy obok zajęcia opon rdzeniowych i sam rdzeń dotknięty jest sprawą chorobową. Często t. zw. pozostałości po nagminnym zapaleniu opon to ślady udziału rdzenia w chorobie, zwłaszcza zajęcia rogów przednich.

SAINTON. De l'identité du signe nouveau décrit par V. Néri dans l'hémiplégie organique et du signe de Kernig.

Néri zauważył, że jeżeli osobnikowi, dotkniętemu niezbyt ciężkim porażeniem połowiczem, polecimy w pozycji stojącej z rozstawionymi nogami i rękoma skrzyżowanymi na piersiach zgiąć tułów ku przodowi, to wówczas, kiedy tułów dochodzi prawie do linii poziomej, noga, dotknięta niedowładem, nieco się zgina, noga zdrowa pozostaje sztywną. Według Néri objaw ten zależy od nadmiernego napięcia zginaczy nóg. Zdaniem Sainton'a jest to objaw identyczny z objawem Kerniga pod względem tła fizjo-patologicznego, jedynie wywołany w warunkach nieco odmiennych, bo w pozycji stojącej.

N-r 11. BAUDOIN et PARTURIER. Sur les complications nerveuses de leucémies.

W przypadku białaczki szpikowej u mężczyzny 64 letniego, który na 6 dni przed śmiercią dostał porażenia wiotkiego kończyn dolnych, po śmierci znaleziono przy badaniu drobnowidzowym na znacznej przestrzeni rdzenia kręgowego zwyrodnienie szkliste naczyń, zmiany w komórkach ruchowych, obrzmienie wielu włókien osiowych, a w VI odcinku grzbietowym ognisko rozmiękczenia. Autorzy opisują znane w piśmiennictwie najrozmaitsze postaci schorzenia układu nerwowego w przypadkach białaczki (wybroczyny krwawe, nacieczenia białaczkowe, zwyrodnienie różnych pęczków w rdzeniu i t. p).

GOLDSTEIN et COBILOVICI. Un cas de paralysie agitante chez une ancienne basedovienne.

U kobiety 45 letniej, dotkniętej chorobą Basedowa, objawy tego cierpienia po kilku latach zmniejszyły się, natomiast wystąpiły objawy choroby Parkinsona. Gruczoł tarczowy pozostał wybitnie powiększony. Autorzy rozpatrują krytycznie patogenezę tych dwóch chorób i dowodzą, że współzależne ich istnienie świadczy o pewnym związku pomiędzy różnymi gruczołami o wydzielinie wewnętrznej, a zwłaszcza pomiędzy tarczycą a przytarczycami.

N-r 12. SICARD et FOIX. Méningite cérébro-spinale avec séquelles poliomyéelitiques pures.

40 letni mężczyzna wśród objawów gorączkowych, nudności i wymiotów po trzech dniach choroby dostaje porażenia wiotkiego dolnych kończyn. W płynie mózgowo-rdzeniowym znaleziono liczne ziarenkowce. Po paru tygodniach jako jedyne następstwo całej choroby pozostało wiotkie porażenie z zanikami na jednej kończynie. Druga wróciła niemal do normy. Autorzy rozpoznają ostre ograniczone zapalenie rogów przednich, towarzyszące zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.

St. Kopczyński.

L'ENCÉPHALE. 1910.

N-r 1. CLAUDE H. et LÉVY-VALENSI. Syphilis cérébrale avec lésions multiples. Gonunes du corps calleux.

Dwa przypadki kilaków spoidła wielkiego. W pierwszym było wogóle sześć kilaków w mózgu, zaś jeden umiejscowiony był w kolanie spoidła wielkiego; w drugim było kilaków dwa: jeden w prawym płacie czołowym, drugi zaś w płacie spoidła wielkiego. Pierwszy przypadek dotyczył 36 letniej kobiety, u której w 6 lat po zarażeniu się kilą wystąpiły objawy mózgowe w postaci bardzo silnych bólów głowy, lewostronnego niedowładu kończyn, (niedowład zrazu po leczeniu swoistem przeminął, później jednak powrócił i przetrwał do końca), prawostronnego, zaś później i lewostronnego opuszczenia powieki (ptosis dextra et sinistra), drżenia rąk, przymusowego płaczu i śmiechu oraz wyraźnego upadku władz umysłowych. Na autopsji stwierdzono szereg nowotworów w jednej i drugiej półkuli mózgowej, między innymi w prawej odnodze mózgowej, w lewym jądrze soczewicowatym oraz w spoidle wielkiem. Badanie drobnovidzowe potwierdziło istnienie nowotworów oraz wykazało poza tem ogniska rozmiękczenia i zmiany zwyrodnieniowe. Ogniska rozmiękczenia znaleziono w płacie czołowym lewej półkuli, w jądrze soczewicowatym z jednej i drugiej strony, w jądrze ogoniastym po stronie prawej oraz u podstawy odnogi mózgowej po stronie prawej. W moście Varola, w rdzeniu przedłużonym oraz w kręgowym na całej jego wysokości stwierdzono zwyrodnienie szlaku piramidowego, odpowiadające zmianom prawej odnogi mózgowej. Szlaki tylne uległy zwyrodnieniu w części szyjowej i grzbietowej.

W tym przypadku zasługuje na uwagę fakt, że pomimo zmian wyraźnych w lewym jądrze soczewicowatym, które było uciśnięte przez nowotwór oraz przedzielone przez dwa ogniska rozmiękczenia, nie spostrzegano żadnych zaburzeń mowy (ob. teorię niemoty ruchowej Mariégo. Przyp. ref.).

Drugi przypadek dotyczył 44-letniego mężczyzny, o usposobieniu milczącym i ponurem, który od lat dwu wykazywał większą jeszcze apatię i obojętność na wszystko, niż zwykle. 2 miesiące przed wstąpieniem do szpitala przechodził grypę z zapaleniem oskrzeli, poczem wystąpiły objawy wybitnego upośledzenia pamięci, artykulacyjne zaburzenia mowy, zachowanie się dziwaczne, często zdradzające zupełne otepienie lub brak orientacji. Żadnych urojeń, żadnego podniecenia chory nie wykazywał.

Z objawów cielesnych zanotować należy drżenie języka, obustronny objaw Argyll-Robertsona (na dnie oka żadnych zmian).

W płynie mózgowo-rdzeniowym wybitna limfocytoza. Chory stopniowo stawał się coraz bardziej zamroczony, wreszcie wpadł w stan komatyczny i nastąpiła śmierć.

Najwybitniejsze objawy psychiczne były następujące: senność, utrata pamięci, postępujące zniedołężnienie umysłowe; zaś z cielesnych występowały na plan pierwszy: drżenie języka, zaburzenia artykulacyjne mowy, objaw Argyll-Robertsona oraz wybitna limfocytoza. Obraz kliniczny upoważniał do rozpoznania bezwładu postępującego. Okazało się jednak przy autopsji, że zarówno opony mózgowe, jak i kora były zupełnie nietknięte, natomiast znaleziono dwa kilaki, z których jeden zniszczył część płatu spoidła wielkiego, zaś drugi umiejscowiony był w lewym płacie czołowym. Objawy wspomniane odnoszą autorzy w tym przypadku raczej do kilaka w spoidle, niż do drugiego nowotworu.

Nawiązując do swych przypadków autorzy omawiają pokrótce symptomatologję nowotworów spoidła wielkiego. Za najbardziej zasadniczy w tym względzie uważają autorzy zespół objawów psychicznych, sformułowany przez Raymond'a: brak spójności w myśleniu, dziwaczność w zachowaniu się, zaburzenia pamięci, głównie zdolności zapamiętywania, wreszcie zmiana w usposobieniu: zmienność drażliwość wybitna; pozatem: brak właściwych porażeń oraz nieznaczne natężenie albo brak ogólnych objawów mózgowych (ból głowy, wymioty, zmiany na dnie oka).

Ten zespół objawowy odpowiada prawie zupełnie obrazowi klinicznemu, jaki przedstawiał przypadek drugi autorów.

Pod koniec pracy autorzy wspominają o apraksji po stronie lewej, objawie, opisanym przez Liepmanna, Hartmana, i t. d. i uważanym przez tych autorów jako objaw niemal ogniskowy dla spoidła wielkiego. Tego objawu autorzy w swoich przypadkach nie stwierdzili, przypuszczają jednak, że istniał.

Autorzy stwierdzają, że niema dotąd przypadku, gdzie stwierdzonoby w spoidle wielkiem kilaki, jak to miało miejsce w ich własnych przypadkach.

DAVIDENKOFF SERGE. Contribution à l'étude de l'ataxie aiguë cérébrale.

W pierwszej części pracy autor omawia dzisiejsze poglądy na klinikę i anatomję patologiczną ostrego bezwładu mózgowego.

Pod względem klinicznym choroba ta uważana jest za rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia (myeloencephalitis disseminata) powstające na skutek jakiegoś zakażenia; objawowo zbliża się ona w wielu punktach do stwardnienia rozsianego. Pod względem anatomopatologicznym Oppenheim i Leyden umiejscawiają całą sprawę w pniu mózgowym, Dinkler i Lütje w mózgu, zaś Dejerine i Egger twierdzą, że wszystkie przypadki ostrego bez-

ładu są pochodzenia obwodowego. Autor, wyodrębniając bezład mózdkowy, jako zespół swoisty, sądzi, że reszta przypadków bezładu ostrego ma swe podłoże anatomiczne w mózgowiu; brak wszelkich objawów opuszkowych przemawia przeciw umiejscowieniu sprawy w rdzeniu przedłużonym. Stosunek sprawy anatomicznej do stwardnienia rozsianego nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Jedni, jak np. Pick, sądzą, że cierpienie omawiane może przeobrazić się w stwardnienie rozsiane, inni uważają bezład ostry za sprawę odrębną.

Przypadek autora dotyczył 19 letniego młodzieńca, który zachorował na zapalenie płuc; w związku z tą chorobą wystąpiły nagle zaburzenia nerwowe: wybitny bezład wszystkich mięśni, od woli zależnych, włączając mięśnie warg, języka i mimiczne; wzmoczenie odruchów ścięgowych wraz z objawem stopowym i kolanowym. Później wystąpiło drżenie rąk i głowy; drżenie głowy zjawiało się i podczas spokoju, okresowo, w pewnych odstępach czasu. Żadnych objawów ogniskowych nie było; siła mięśniowa oraz czucie nie wykazywały żadnych zaburzeń; to samo powiedzieć można o odczynie elektrycznym, o działaniu zwieraczy, o dnie oka; w źrenicach zauważono tylko nierówność. Świadomość zupełnie zachowana. Zaburzenia ruchowe oraz zaburzenia mowy stopniowo słabły.

W 2 miesiące po wystąpieniu pierwszych objawów chory zmarł wskutek nawrotu zapalenia płuc. Autopsja wykazała zmiany, które autor dzieli na 2 kategorie: przewlekłe i ostre. Pierwsze polegały na zgrubieniu kości czaszkowych, zrostach między kośćmi czaszki i oponą twardą mózgu. Badanie drobnowidzowe wykryło stwardnienie tętnicy podstawowej (art. basilaris), oraz małych tętnic mózgowych; autor również zalicza je do kategorii zmian przewlekłych wskutek zatrucia przewlekłego np. kiły dziedzicznej. Wszystkie inne zmiany, stwierdzone przez badanie drobnowidzowe, autor odnosi do ostrej sprawy toksycznej w układzie nerwowym.

Zwyrodnienie komórek nerwowych (chromatoliza okółających jądra) w jądrach opuszkowych i komórek kory mózgowej, zwiększona liczba jąder gleju dookoła naczyń włosowatych, lekki stopień zwyrodnienia obrębów korzeniowych w rdzeniu, zjawienie się w większej liczbie komórek, zawierających tłuszcz w przestrzyniach okołonaczyniowych — wszystkie te zmiany autor objaśnia sprawą toksemiczną. To samo sądzi autor o całej serji zmian obrzękowych, jak rozrzedzenie tkanki mózgowej, zwłaszcza wokoło naczyń, zbliżone do t. zw. „état criblé“. Naogół autor stwierdza brak wyraźnych cech stanu zapalnego w tkance mózgowej i podkreśla głównie brak nacieczeń w ściankach naczyń mózgowych, jak również brak zmian zapalnych w rdzeniu i nerwach obwodowych. Na tej zasadzie autor przychodzi do wniosku, że obraz kliniczny bezładu ostrego w danym przypadku powstał na podłożu rozlanych zmian toksemicznych mózgowia;

licznych ognisk zapalnych ograniczonych t. j. zapalenia rozsianego mózgu i rdzenia (myeloencephalitis disseminata) w ściślejszym znaczeniu nigdzie stwierdzić nie zdołano.

N-r 2. H. NOUËT et L. TREPSAT. Des contractures et rétractions tendineuses dans la démence précoce catatonique.

Autorzy opisują trzy przypadki typowej katatonji; choroba w każdym przypadku trwała po lat kilkanaście i dłużej. W okresach końcowych spostrzegali autorzy przykurczenia w kończynach górnych z zanikami mięśniowymi w dłoniach i przedramieniu. Przykurczenia te były stałe i wywoływały zmiany następcze na skórze dłoni od wpijania się paznokci. W kończynach dolnych przykurczeń takich autorzy nie widywali. Objaw ten autorzy uważają za bezwiedny, automatyczny i źródło jego upatrują w negatywizmie.

(Ref. spostrzegł przypadek katatonji, gdzie przykurczenia i zaniki dotyczyły przeważnie kończyn górnych, a zwłaszcza dłoni, jak u autorów, gdzie jednak również, choć w stopniu mniejszym, stwierdzono przykurczenia w stawach kolanowych).

M. Bornstein.

BRAIN PART IV 1909 MARCH 1910 P. 327.

CHARTON BASTIAN. The functions of the kinaesthetic area of the brain.

Rozważając czynności t. zw. okolicy czuciowo-ruchowej mózgu, autor przytacza trzy zasadnicze poglądy na tę sprawę: 1) Ferrier'a, że zakręty tej okolicy zawierają istotne ośrodki ruchowe ruchów dowolnych; 2) Munka i swój, że t. zw. ośrodki ruchowe są w rzeczywistości ośrodkami czuciowymi, odbierającymi zespoły czuć, wywołanych przez ruchy (kinästhetic) i wreszcie 3) Hurlings-Jackson'a, przyjęty przez Horsley'a, że czynność tych zakrętów nie jest ani wyłącznie ruchowa, ani wyłącznie czuciowa, lecz czuciowo-ruchowa.

Szczegółowy i pouczający rozbiór tego zagadnienia doprowadza autora do wniosku, że należy odrzucić poglądy: pierwszy i trzeci, przyjąć zaś drugi. Według tego poglądu t. zw. okolica czucioworuchowa w rzeczy samej stanowi skupienie ośrodków czysto czuciowych. Włókna korowo-opuszkowe i korowo-rdzeniowe, wychodzące z komórek piramidowych zakrętu przedśrodkowego (praecentralis) są to włókna łącznikowe*) (internuncjal),

*) Autor nazywa włókna te łącznikowemi (internuncjal) dla odróżnienia ich od spoidłowych (commissural), łączących ze sobą te same ośrodki t.j. czuciowe z czuciowymi lub ruchowe z ruchowymi.

doprowadzające bodźce do właściwych ośrodków ruchowych w opuszce i rdzeniu.

Bodźce, idące od ośrodków czuciowych do ośrodków ruchowych, muszą przejść przez włókna łącznikowe i w ten sposób każdy ośrodek czuciowy, leżący czy to w mózgowiu, czy też w rdzeniu, musi być połączony nie tylko z drogami ksobnymi (afferent) lecz i odsiebnymi (efferent). Co się zaś tyczy ośrodków, leżących w t. zw. okolicy czuciowo-ruchowej, to są one siedliskiem zespołów czuć, powstałych wskutek ruchów ciała i idących od mięśni, ścięgien, więzów, powierzchni stawowych i skóry; czucia te, razem wzięte, mogą być nazwane czuciami ruchowymi (kinästhetic). Ośrodki te muszą posiadać połączenia czynnościowe nie tylko z ośrodkami słuchowymi i wzrokowymi, ale i ze wszystkimi innymi; natomiast mechanizm nerwowy, wchodzący w grę przy wykonywaniu związanych z temi czuciami ruchów dowolnych, znajduje się w opuszce i rdzeniu.

(Biorąc rzecz psychologicznie, jest to pogląd jedynie słuszny, jedynie dający się pogodzić z wynikami doświadczenia wewnętrznego — jedyna możliwość pogodzenia danych fizjologicznych z psychologicznymi. Ruch w świadomości nie może pojawiać się inaczej jak tylko w postaci pewnego doznawania, jako czucie, wywołane przez ruchy ciała wskutek podnieć, powstałych w mięśniach, stawach i ścięgnach. W świadomości pojawiają się one jako doznawanie ruchu, z którego drogą eksperymentu albo wskutek pewnych zmian chorobowych mogą być wyodrębnione oddzielne postaci tego ogólnego czucia ruchowego: czucia mięśniowe, czucia stawowe i czucia ścięgnowe. Ale zwykle w świadomości te oddzielne postaci nie istnieją, istnieje tylko ogólne doświadczenie dokonanego ruchu — i nazwa czucia ruchowego albo czucia ruchu jest dla tej postaci doświadczenia najzupełniej usprawiedliwiona. W psychologii utarła się ona najzupełniej, jako nazwa, i ustaliła, jako pojęcie — należy również jedno i drugie wprowadzić i do fizjologii. Przyp. sprawozd.).

R. Radziwiłłowicz.

THE JOURNAL OF NERV. AND MENTAL DISEASE. 1910.

N-r 3. PUTNAM i SOUTHARD. Observations on a case of protracted cerebrospinal syphilis with striking intermittency of symptoms: attempt at correlation with ascending meningomyelitis, cranial neuritis, subcortical encephalitis and focal encephalomalacia found at autopsy.

Przypadek dotyczy chorej, obarczonej dziedzicznie: ojciec umarł na „rozmiękczenie mózgu“, matka — w zakładzie dla umysłowo chorych. U chorej przed obecnym cierpieniem notowano

ciężką histerję oraz napady migreny z parafazją i drętwieniem palców prawej dłoni.

W 23 roku zaraziła się przymiotem. W 5 lat potem do migrenowych bólów głowy przyłączyły się bardzo silne bóle w potylicy. Zaczęła gorzej chodzić, prawa noga wykazywała objawy kurczowe. Do tego przyłączyły się bóle i parestezje klatki piersiowej. Swoiste leczenie dało poprawę wybitną.

Po kilku miesiącach wystąpiła przemijająca utrata słuchu i wzroku oraz kilka napadów padaczkowych. Po 3 latach — zupełna utrata słuchu. Porażenie mięśni gałek ocznych to poprawiało się, to pogarszało. Wreszcie po 16 latach od początku choroby wystąpiło zupełne porażenie kończyn dolnych, odleżyny i zejście śmiertelne.

Przy badaniu pośmiertnem układu nerwowego wykryto: zanik kory mózgowej i mózdkowej; zapalenie opony miękkiej mózgu i rdzenia; sprawa zapalna i zanik obu ciał prążkowanych i przednich odcinków torebki wewnętrznej; zaniki w lewej półkuli mózdkowej; nerwy czaszkowe w stanie zaniku (III-i i VI-y nerw po stronie prawej, VII i VIII-y po stronie lewej oraz czuciowa gałązka V-ego lewego); zwyrodnienie szare długich dróg rdzeniowych; ogniska zapalne w przednich rogach lędźwiowej części rdzenia; zanik włókien ogona końskiego.

Autor chciałby z obrazu anatomo-patologicznego wyciągnąć wniosek praktyczny co do leczenia przymiotu układu nerwowego. Zmiany zapalne świeże powinny ustępować przy stosowaniu coraz większych dawek środków swoistych. Nadchodzi jednak okres, gdy zmiany są tak daleko posunięte, że żadne leczenie nie zniweczy wpływu, jaki miał jad przymiotu na odżywianie tkanki nerwowej. I w danym przypadku po 11 latach od początku choroby nerwowej były jeszcze ogniska, nadające się do leczenia swoistego.

HOWLAND. The spasmodic type of syringomyelia.

Postać kurczowa syringomyelji opisana przez Marie-Guillain w 1900 r. Najbardziej charakterystyczna jest pozycja chorego: pierś silnie wysunięta naprzód, zniekształcenie kręgosłupa, ręce przyciągnięte do tułowia, dłonie nadmiernie rozgięte oraz palce ułożone tak, iż tworzą „szczytce“.

Znamiennym dla cierpienia jest fakt, że mięśnie przykurczone są słabsze od przeciwnicznych.

Zmiany odżywcze w mięśniach nie są wybitne, tak iż nie ma właściwego zaniku mięśni, aczkolwiek autor stwierdził drgania włókienkowe w mięśniu trójkątym. Badanie za pomocą prądu elektrycznego również nie wykrywa odczynu zwyrodnienia. Ten właśnie brak zmian elektrycznych i względnie dobrze zachowane mięśnie przy wybitnie wyrażonych objawach kurczowych charakteryzują dane cierpienie.

Czucie w danym przypadku wykazywało nieznaczne upośledzenie: chory nie odczuwał ciepła w okolicy pasa po stronie prawej oraz często dawał opóźnione odpowiedzi.

Cierpienie wystąpiło w 5-ym roku życia, rozpoczęło się od bólów w tyle głowy i skrzywienia kręgosłupa. Postępowało bardzo powoli: po 5 latach objawy kurczowe ogarnęły kończyny dolne, a ostatnio (po 11 latach) wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu.

N-r 4. MAILHOUSE. Some observations on an isolated case of family periodic paralysis.

Przypadek dotyczy 13 letniego chopca, obarczonego dziedzicznie, słabo rozwiniętego fizycznie i nieracjonalnie odżywianego (spożywał nadmiernie dużo mięsa). Po dłuższem leżeniu na mokrej trawie obudził się około 4-ej godz. nad ranem i zauważył, że nie może poruszyć kończynami. Porażenie trwało kilka godzin. Napady podobne zaczęły się powtarzać w odstępach czasu: od kilku dni do 3 miesięcy. Trwanie ich również zmieniało się: od 6 godzin do 36 godzin. Czasem było zupełne porażenie, innym razem tylko niedowład kończyn. Mięśnie karku niekiedy przyjmowały udział w porażeniu i chory nie mógł unosić głowy z poduszek. O druchy zależnie od stopnia bezwładu znikwały lub jedynie słabły. To samo z odczynem elektrycznym: w zupełnem porażeniu niemożna było otrzymać skurczu mięśni, w niedowładzie — należało użyć bardzo silnego prądu.

Zdarzało się, że tylko odcinki kończyn były porażone: stopy lub dłonie. Podczas jednego napadu mięśnie, zależne od nerwu łokciowego, pozostały nietknięte. Innym razem tylko mm. piszczelowe przednie nie odpowiadały na prąd elektryczny. Można by przypuszczać, że cała sprawa umiejscawia się na obwodzie, nie zaś w ośrodkach, wtedy bowiem porażone by były raczej grupy mięśni zrzeszonych czynnościami. Matka chorego wiąże napady z niezachowaniem diety lub zbytaniem zmęczeniem. Środki przeczyszczające jakoby mogły powstrzymać napad w okresie zwiastunym.

Badanie nad przemianą materji u chorego wykazało, że ustrój wydziela bardzo małą ilość soli wapnia i magnezu. Na tym fakcie autor opiera swą hipotezę powstawania danego cierpienia: sole wapnia i magnezu, jak wiadomo, znoszą przewodnictwo nerwowe—otóż zbytne ich nagromadzenie we krwi lub w mięśniach wpływa na pnie nerwowe.

W danym przypadku i w jednym Mitchell'a znaleziono, że krew niezmiernie szybko się ścinała, co również należy objaśnić zwiększoną ilością soli wapnia.

BAILEY. Anesthesia and the lack of in the diagnosis of spinal cord tumors.

Zaburzenia czucia są ważnym czynnikiem rozpoznawczym nowotworów rdzenia. Autor twierdzi na podstawie osobistego doświadczenia, że rozszczepienie czucia spotyka się i w nowotworach zewnątrzrdzeniowych i w próchnicy kręgosłupa, że z drugiej strony bywają przypadki nowotworów wewnątrzrdzeniowych ze zniesieniem wszystkich rodzajów czucia lub z zachowaniem czucia bólowego i cieplikowego i ze zniesieniem dotykowego.

W przypadkach, gdzie zaburzeń czucia niema wcale, należy odrzucić rozpoznanie nowotworu rdzenia, choćby się ono nasuwało z innych względów. Dla ilustracji przytacza 3 przypadki, z których każdy naśladował nowotwór rdzenia. Wszystkie 3 bez zabiegu chirurgicznego poprawiły się doskonale.

W I-ym były niezmiernie silne bóle w lewej kończynie dolnej, zniesienie odruchu kolanowego. Siła mięśniowa i ruchy zachowane, aczkolwiek — zanik mięśni i zmniejszenie obwodu łydki. Wkrótce i prawy odruch kolanowy znikł. Pod skórą wyczuwano drobne guziczki bolesne. Przepuszczano, iż jest to neuro-fibromatoza opony. Nagle bóle zaczęły ustępować i wszystko powróciło do normalnego stanu oprócz odruchu kolanowego prawego, który się już nie zjawił.

W II-im przypadku były silne bóle i zmniejszenie objętości lewego uda. Zniesienie lewego odruchu kolanowego. Mięśnie leniwie odpowiadały na prąd galwaniczny. Powoli zaczęła występować poprawa i zniknięcie wszystkich objawów (oprócz zaniku uda).

W żadnym z tych przypadków autor przy rozpoznaniu różniczkowym nie uwzględnił zapalenia nerwów.

W III-im przypadku bóle bardzo silne umiejscowiły się wokoło odbytnicy. W mięśniach pośladków zauważyć można było drganie włókienkowe, w obu kończynach dolnych — zniesienie odruchu kolanowego. I tutaj bóle nagle ustąpiły w zupełności.

KRAUSS. Three cases of spinal cord tumor observed within a period of ten days; observations on the behavior of the cerebro-spinal fluid.

Obszerny opis 3 przypadków nowotworu rdzenia. Jeden z nich zasługuje na specjalną uwagę: pomimo istnienia nowotworu wewnątrz rdzenia (tuberculoma) nie było rozszczepienia, lecz wszystkie rodzaje czucia zniesione do jednej granicy.

W 3-im przypadku nowotworu zewnątrzrdzeniowego części szyjowej — znikły odruchy ścięgnowe w kończynach dolnych i objaw Babińskiego w końcowym okresie cierpienia.

HEARD i DILLER. Ankle clonus in a case of major hysteria.

Przypadek niniejszy ma jakoby rozstrzygnąć czy w hysterji może być odruch stopy drgawkowy. 19 letnia dziewczyna bardzo nerwowa miewa napady drgawek natury histerycznej, które wystąpiły po raz pierwszy po uderzeniu w głowę. U chorej tej wywołać można odruch stopy drgawkowy. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia wszystkie te objawy ustąpiły.

Zylberlastówna.

THE LANCET. Kwiecień, maj, czerwiec 1910 r.

N-r 14. PETER PATERSON. A case of tetanus treated with subcutaneous injections of magnesium sulphate; recovery.

Przypadek dotyczy chorego lat 21, u którego 2 tygodnie po otrzymaniu małego powierzchownego zadrażnienia na kończynie górnej, wystąpiły wszystkie objawy tężca. Tydzień potem sprowadzono chorego do szpitala w bardzo ciężkim stanie (sztywność karku, szczękościsk, kurcze prawie we wszystkich mięśniach co 5 minut i częścicj; zupełna bezsenność). Na drugi dzień chory otrzymał pierwsze podskórne wstrzyknięcie siarczanu magnezu; wstrzyknięto 10⁰ wyjałowiony roztwór w ilości 10 centym. sz.; po 5 cent. sz. w dwóch miejscach. Natychmiast po wstrzyknięciu chory po raz pierwszy od 48 godzin spał całą godzinę. Wstrzykiwania takie powtarzano co 4 godziny i w dzień i w nocy w przeciągu dwóch dni. Już po dwóch dniach nastąpiła znaczna poprawa, bóle były mniejsze, kurcze powtarzały się rzadziej (mniej więcej raz na dwie lub 3 godziny). Następnie zaczęto wstrzykiwać po 20 centym. sz. co 4 godziny w przeciągu 4 dni. Sztywność mięśni znacznie się zmniejszyła i chory był w stanie sam się ubrać i mógł chodzić; 5 tygodni po sprowadzeniu do szpitala chory był wypisany i wrócił do pracy.

N-r 16. STIRLING LANDON. Lumbar puncture in meningitis and allied conditions.

Badania swe autor przeprowadził nad dziećmi, wykonał mianowicie nakłucie lędźwiowe w 4 przypadkach zapalenia rogów przednich, 4—chronicznego wodogłowia i w 50 przypadkach zapalenia opon mózgo-rdzeniowych (23 przypadki gruźliczego pochodzenia, 10 przypadków zapal. opon na podstawie mózgu, 7 — z dwóinkami płucnymi, po jednym przypadku zakażenia prątkami Friedländera, gronkowcami, paciorkowcami, jeden przypadek surowiczego zapalenia i 6 przypadków niewiadomej etiologii). Przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego autor zwracał uwagę na ciśnienie, ilość białka, liczbę limfocytów i leukocytów oraz badał płyn bakterjologicznie. Autor podaje w krótkości opis kilku rzadszych przypadków zapalenia opon mózgo-

wych, w których rozpoznanie postawione było dzięki nakłuciu lędźwiowemu i przychodzi do następujących wniosków. Wynik ujemny nakłucia lędźwiowego ma małe znaczenie, natomiast wynik dodatni często jest bardzo ważny przy rozpoznaniu. Lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego jest, jak dotychczas, nieznaczące; w każdym razie należy dokonywać w niektórych przypadkach częstego nakłucia.

Przy objawach zajęcia opon mózgowych należy dawać uropinę, którą już w pół godziny lub w godzinę po zażyciu stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym chorego (Crowe).

N-r 16. I. I. WEAVER. A case of epidemic cerebro-spinal meningitis, treated by Flexner and Jobling's serum; recovery.

16-letnia dziewczyna dostaje nagle gorączki, wymiotów, bólów głowy i bólów w kończynach. Z dnia na dzień bóle zwiększają się, występuje niepokój, sztywność karku. Na 7-y dzień od początku choroby wykonano nakłucie lędźwiowe i otrzymano ropny płyn mózgowo-rdzeniowy z ziarenkowcami. Tegoż samego dnia wstrzyknięto do kanału kręgowego surowicę Flexnera i Joblinga; następne cztery dni wypuszczano codziennie płyn mózgo-rdzeniowy i wstrzykiwano 15 cent. sz. surowicy; następnie wstrzykiwano surowicę co 2-gi dzień w przeciągu 6 dni. Już po pierwszych wstrzykiwaniach nastąpiła wyraźna poprawa; po miesiącu wyzdrowienie.

W tymże artykule Percy Marsh podaje statystykę śmiertelności w nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych przed wprowadzeniem surowicy Flexnera i później: na 223 chorych bez surowicy zmarło 94 t. j. 42,1⁰/₁₀₀, na 241, którym wstrzykiwano surowicę, zmarło 61 t. j. 25,3⁰/₁₀₀.

N-r 19. JAMES HARPEP. Cerebellar abscess and acute suppurative labyrinthitis; differential diagnosis.

Autor omawia częstość zajęcia mózdzku w zapaleniach ropnych ucha wewnętrznego i podaje w pracy swej, przeznaczonej dla chirurgów, najważniejsze sposoby różniczkowania między cierpieniem mózdzku i błędniaka. Szczególną uwagę autor poświęca trzem metodom badania drżenia gałek ocznych, metodom, doкладnie opisanym przez prof. B a r a n y'ego z Wiednia, mianowicie: 1) badanie na krześle wirującym, 2) badanie prądem galwanicznym, (jedna elektroda zostaje przyłożona do wyrostka sutkowego) i 3) najważniejsze badanie t. zw. „kaloryczne“ przez wlewanie do ucha wody o rozmaitej ciepłocie.

N-r 20. A. I. HUTCHISON. Intracranial complications of middle-ear disease.

Najczęstsze powikłania ropnego zapalenia ucha wewnętrznego są: 1) zapalenie opon, 2) ropień wewnątrz-mózgowy, 3) zapalenie zatok żylnych ropne. Na 973 przypadki rozmaitych autorów w 362 było zapalenie opon mózgowych, w 355 ropień i w 256 zapalenie zatok żylnych. Autor opisuje cztery przypadki ropnego zapalenia ucha wewnętrznego, powikłanego cierpieniem ropnym mózgu: 1) dwa razy ropień w okolicy klinowo-skroniowej; jeden z tych przypadków był rozpoznany za życia, operowany i skończył się śmiercią na skutek zapalenia mózgu gnilnego; drugi przypadek nie był rozpoznany za życia; 2) jeden przypadek ropnia zewnątrzoponowego i 3) jeden przypadek zarzrepu zatoki żylny. Ten ostatni był operowany pomyślnie.

N-r 20. C. V. KEBBELL. A case of cephalic tetanus (Kopf tetanus of Rose).

Historja choroby 5-letniego chłopca, który skaleczył się w głowę. 7 dni po skaleczeniu wystąpiło osłabienie nerwu twarzowego po jednej stronie, a następnie stopniowo przyłączały się wszystkie inne objawy tężca głowy, a mianowicie kurcze i sztywność w mięśniach szczęki, nieznaczna sztywność mięśni karku; w kończynach sztywność minimalna. Osłabienie nerwu twarzowego przeszło stopniowo w porażenie zupełne. Po miesiącu dopiero minęły najcięższe objawy, a trzy miesiące od początku choroby pozostała jeszcze pewna sztywność szczęki, wskutek czego chory miał jeszcze trudność przy jedzeniu.

N-r 23. JOHN MACEWEN. Encapsulated cerebral abscess.

Opis przypadku ropnia mózdkowego, bardzo dużego i trwającego dłużej przeciąg czasu, zajmującego zraz klinowoskroniowy, wyspę Reila i komory boczne. Objawy były stosunkowo nieznaczne. Operacja z zejściem śmiertelnym.

N-r 24. GEORGE A. GORDON. A fatal case of gastric tetanus.

Krótką notatką kliniczną przypadku tężca pochodzenia żołądkowego (?) o bardzo szybkim przebiegu (autor obserwował chorą tylko jedną dobę) i zakończonego śmiercią.

N-r 25. FR. BALLEN. Influenza meningitis.

Zapalenie opon mózgowych grypowe jest cierpieniem bardzo rzadkiem; prawdopodobnie jednak rzadkość tego cierpienia należy poczęści położyć na karb tego, iż szukano niedostatecznie drobnoustrojów grypy. Autor podaje, iż do listopada 1908 r. w szpitalu dla chorych dzieci w Londynie nie było ani jednego

przypadku tego cierpienia, a od tego czasu — 5 przypadków, w których tylko jeden chory wyzdrowiał, a 4-ch zmarło.

Objawy tego cierpienia są bardzo podobne do zapalenia opon z ziarenkowcami i trudno byłoby na zasadzie samych objawów klinicznych postawić podobne rozpoznanie; możliwe to jest tylko po dokładnem bakterjologicznem zbadaniu płynu mózgowo-rdzeniowego. W celach leczniczych należy dokonywać częstych nakłuć lędźwiowych, jednak często bez skutku; w jednym przypadku autor stosował, podług rady Crowe'a, urotropinę i w tym jednym przypadku nastąpiło wyleczenie.

N-r 25. CROSSFIELD STEVENS. Four cases of sporadic cretinism in one family.

Praca ta jest ciekawa z następujących powodów. Po — 1) 4 przypadki sporadycznego kretynizmu w jednej rodzinie nie były dotychczas opisywane, a po 2) we wszystkich 4-ch przypadkach było powiększenie gruczołu tarczowego. Rodzice tych dzieci byli zdrowi, żadnych wyraźnych danych dziedzicznych nie było; oprócz tych czworga dzieci ojciec miał tylko jedno zdrowe dziecko z pierwszą żoną.

Z pośród tych czworga troje starszych — chłopcy, najmłodsza — dziewczynka. Wszystkie te dzieci są znacznie niższe niż normalne; pod względem psychicznym drugie z rzędu wykazuje największy zanik inteligencji, najmłodsze jest jeszcze stosunkowo najbardziej rozwinięte; wogóle wszystkie 4 dzieci nie mogą się uczyć; najstarszy jest w stanie wykonać tylko najprostsze zadania arytmetyczne, drugi z rzędu umie zaledwie bardzo słabo czytać, trzeci nie umie odróżniać liter. Autor dzieli kretynizm na trzy formy: 1) z brakiem gruczołu tarczowego, 2) z zanikiem gruczołu tarczowego i 3) z przerostem gruczołu; jego przypadki należą do trzeciej grupy.

Leczenie gruczołem tarczowym nie przyniosło jak dotychczas wyników dodatnich.

J. Handelsman.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT 1910.

N-r 8. A. WALLENBERG. Beitrag zur Lehre vom Ursprung des Levator palpebrae superioris und seinen angeblichen Beziehungen zur Grosshirnrinde.

Autor podaje wyniki badania anatomo-patologicznego w przypadku, w którym za życia prócz bezwładu połowiczego prawostronnego istniało zupełne porażenie m. unoszącego powiekę górną. Badanie wykazało w lewej półkuli mózgu ognisko roz-

miękczenia, które od przodu sięgało do płata czołowego, od tyłu do płata potylicznego, zajmując głównie dolny płat ciemieniowy.

Potwierdzałoby to poniekąd przypuszczenie Landouzy'ego i Grasset'a, wypowiedziane przez nich w r. 1876, a zaprzeczane następnie przez wielu późniejszych badaczy, iż ośrodek ruchowy dla mięśnia unoszącego powiekę górną znajduje się w dolnym zakręcie ciemieniowym lub też w zakręcie brzeżnym (gyrus marginalis). Okazało się jednak przy szczegółowym badaniu, iż po za wspomnianem ogniskiem istniało w danym przypadku jeszcze drugie bardzo nieznaczne, bo obejmujące na przekroju poprzecznym przestrzeń 3 mm., ognisko rozmiękczenia w obrębie jądra n. okoruchowego w części ogonowej.

To ostatnie więc ognisko należy uważać, zgodnie z istniejącym obecnie poglądem, za ośrodek dla m. unoszącego powiekę górną.

G. MINGAZZINI. Über die Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln bei der Tabes.

Autor powołuje się na to, iż przed 10 laty na posied. Tow. Lek. w Rzymie zaproponował dokonywanie wycięcia korzeni tylnych krzyżowo-lędźwiowych w tych przypadkach władu rdzenia, gdzie uporczywe bóle niczem zwalczyć się nie dają. Wówczas propozycja ta została sceptycznie przyjęta. Później dopiero Förster zaproponował podobny zabieg, który obecnie nosi jego miano, w przypadkach ciężkich napadów żołądkowych w władze rdzenia. Dodatnie wyniki takiej operacji w kilku przypadkach zostały już ogłoszone, między innymi Bruns'a i Sauerbruch'a (Mitt. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XXI. 1909.)

C. HUDOVERNIG. Zur Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit.

Wiadomo, iż przy odróżnianiu prawdziwej bolesności na ucisk od rzekomej w przypadkach symulacji posiłkować się możemy t. zw. objawem Mannkopf'a, polegającym na tem, iż tam, gdzie ucisk powoduje rzeczywisty ból, następuje przyspieszenie uderzeń tętna, czego niema przy bólu symulowanym. Spostrzeżenia Mannkopf'a dotyczą jednak tych przypadków, gdzie bolesność przy ucisku zależy od zaburzeń czynnościowych (histerja, neurastenja). Autor zaś poddał badaniu te przypadki, w których ból przy ucisku występował wskutek sprawy organicznej (blizny po operacjach lub uszkodzeniach, sprawy zapalne), przyczem żadnych objawów nerwicy nie dostrzegano. Otóż okazało się, iż pośród 35 takich przypadków tylko w 3 wrażliwość na ucisk przejawiała się w przyspieszeniu tętna, w pozostałych zaś 32 przy ucisku, powodującym ból, występowało zmniejszenie liczby

tętna, dochodzące nieraz do 20 na minutę, przeciętnie wynoszące 14 uderzeń na minutę.

Zwrócić należy uwagę, iż to zwolnienie tętna trwało bardzo krótko w ciągu jednej lub dwóch minut od chwili wywierania ucisku, poczem tętno wracało zawsze do poprzedniej normy. Zdaniem autora objaw powyższy zwolnienia tętna służyć może do odróżniania wrażliwości na ucisk zależnej od zaburzeń czynnościowych od takiejże wrażliwości, powodowanej przez zmiany organiczne.

M. FRIEDMANN. Über lokalisierte Rückenwirbelempfindlichkeit bei Herzneurosen.

Autor zauważył, iż u wielu bardzo osób, dotkniętych nerwicą serca, istnieje wybitna bolesność przy ucisku wyrostka ościstego 3-ciego kręgu grzbietowego i sądzi, iż bolesność ta do pewnego stopnia poczytywana być może za cechę przedmiotową nerwicy serca. Dla uzasadnienia swego przypuszczenia powołuje się na prace Head'a, który dowodzi, iż cierpieniom narządów wewnętrznych odpowiadają na skórze pewne obręby nadczułości.

N-r 9. E. MEYER. Totale Hemiatrophie.

Autor opisał przypadek lewostronnego połowiczego niedowład, powikłanego połowicznym zanikiem, który dotknął przeważnie mięśnie, a w znacznie mniejszym stopniu skórę, tkankę podskórną i kości. Co do szczegółów zaznaczyć należy iż objawy kurczowe wyrażone były w kończynach dotkniętych w stopniu niezbyt wybitnym, mięśnie, będące w stanie silnego zaniku, nie wykazywały zmian pobudliwości elektrycznej, po stronie porażonej występowały zaburzenia naczynio-ruchowe (brak potliwości i ziębienia po tej stronie), wreszcie istniały zaburzenia czuciowe—połowicze lewostronne osłabienie czucia oraz utrata wszelkich rodzajów czucia w obrębie od 1 do 4 korzeni szyjowych, pozatem podmiotowo bóle w kończynach. Wszystkie te objawy rozwinęły się powoli w ciągu szeregu lat. W niezwykłym tym i ciemnym bardzo przypadku autor upatruje z jednej strony cechy zaników mięśniowych, spotykanych w porażeniach połowicznych, z drugiej zaś strony widzi również objawy zaburzeń nerwowych odżywczych (Trophoneurose).

H. HAENEL. Ein neues Symptom bei Tabes dorsalis.

Opisany przez autora objaw, spostrzegany przez niego wyłącznie prawie u chorych, dotkniętych wiałdem rdzenia, polega na zniesieniu lub znacznem osłabieniu uczucia bolesności, jakie występuje zawsze u osobników zdrowych przy uciskaniu gałek ocznych w kierunku ku podstawie jamy ocznej. Ucisk najlepiej wykonywać za pomocą jednego lub dwóch palców. Rodzaj odczuwanego przy ucisku tym bólu porównać można z tem bole-

snem uczuciem, jakie się otrzymuje przy ucisku na jądra. W połowie spostrzeganych przez autora przypadków wiądu rdzenia bolesności tej wywołać nie można było przy silnym nawet ucisku na gałki oczne; czasami objaw ten występował w jednej tylko gałce ocznej.

Objaw powyższy, nazwany przez autora „Bulbussymptom“, wskazuje, zdaniem autora, na zajęcie sprawą chorobową n. współczulnego. Zależność objawu tego od n. trójdzielnego autor uważa za nieprawdopodobne, gdyż w kilku przypadkach cierpienia tego nerwu, jak również w dwóch przypadkach wycięcia zwoju półksiężycowatego (ganglion Gasseri), spostrzeganych przez autora, objawu tego nie było, natomiast występował on bardzo wybitnie w dwóch przypadkach niewątpliwego zajęcia sprawą chorobową n. współczulnego szyjowego.

R. LAUDENHEIMER. Zur Behandlung und Theorie der Bromismus.

Z powodu opisanych przez Ulricha (patrz Neurol. Polska zes. I streszczenie str. 64) dwóch przypadków klinicznych wyleczenia bromizmu zapomocą soli kuchennej autor przede wszystkim zaznacza, że już przed 13 laty na podstawie badań swych nad przemianą materji doszedł on do wniosku, iż przez wprowadzenie do ustroju soli kuchennej możemy wzmóżyć wydzielanie z moczem bromu, i że następnie w 1901 r. na zjeździe niemieckich neurologów w Baden-Baden przedstawił szereg przypadków klinicznych, wykazujących, iż przez podawanie dużych dawek soli kuchennej (do 20 grm. pro die) skutecznie i szybko zwalczać możemy objawy zatrucia bromem.

Obecnie autor opisuje nowe spostrzeżenia nad działaniem leczniczem soli kuchennej. Dotyczą one czterech przypadków padaczki, w których podawanie bromu w dawkach od 6—10 grm. pro die trwało przez czas dłuższy, co w dwóch przypadkach doprowadziło do wyraźnych objawów bromizmu. U wszystkich tych chorych dokonywane były badania przemiany materji, przy czem okazało się, że przy podawaniu NaCl w dawkach od 15—20 grm. pro die wydzielanie z moczem bromu wzrosło w dwójnasób, a w dwóch przypadkach bromizmu objawy zatrucia bromem ustąpiły zupełnie po 3 dniach przyjmowania NaCl. We wszystkich tych przypadkach podawanie bromu nie przerywano.

Wynik leczniczy podawania soli kuchennej w przypadkach bromizmu zależy, zdaniem autora, nietylko od usunięcia z ustroju nagromadzonych w nim ilości bromu, lecz również od wzbogacenia ustroju w NaCl, którego ilość w ustroju zmniejsza się znacznie przy przyjmowaniu bromu, jak to wykazały badania autora i innych. Dowodem tego służyć może ten jeszcze fakt, iż u osób niedokrwistych, u których ilość chlorków w moczu stale okazuje się zmniejszoną, objawy bromizmu występują

najłatwiej i szybko bardzo ustępują przy podawaniu im soli kuchennej.

L. D.

DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT. 1910.

N-r. 1. G. VOSS. Zur Frage der Entartung und Entartungsirreseins.

Autor ocenia współczesne metody badań, stosowanych w celu wykrycia cech dziedzicznych i zwyrodnienia u przodków chorych nerwowo i umysłowo; wskazuje brak racjonalnej metody określenia praw dziedziczenia. Wpływ obarczenia dziedzicznego na powstawanie cierpień układu nerwowego należy jednak bezwzględnie uznać. Niektóre postaci chorobowe wysuwają się pod tym względem na plan pierwszy; wśród psychoz przedewszystkiem obłąd maniakalno-depresyjny. Ztąd wciąż odradzająca się potrzeba wielu autorów tworzenia oddzielnej grupy psychoz dziedzicznych, wyodrębnienia z pośród uznanych dzisiaj jednostek chorobowych, np. otępienia wczesnego, tych postaci, które łącznie utworzyłyby grupę t. zw. obłąkania na tle zwyrodnienia (Entartungsirresein). Ścisłej granicy między wewnątrzpochodnymi i zewnątrzpochodnymi psychozami wskazać jednak niepodobna. Należy też pamiętać o wpływie otoczenia, wychowania, co znów wysuwa na plan przedni sprawę praktyczną: zapobieganie powstaniu choroby umysłowej.

ARTUR v. SARBO. Ueber einen operierten Fall von Leptomeningitis chronica circumscripta der Centralregion.

Autor omawia przypadek przewlekłego ograniczonego zapalenia opon miękkich w obrębie ośrodków ruchowych lewej półkuli. Z dzieciństwa chorego podkreślić należy: spóźniony okres rozwoju mowy i niedorozwój umysłowy, co autor uzależnia od przypuszczalnego zapalenia opon wewnątrzmacicznego. W 19-ym roku życia udar; po nim kilka tygodni prawostronny bezwład połowiczny z afazją. Po kilku latach osłabienie prawej kończyny górnej, stopniowo nawrót bezwładu połowicznego, lecz już o cechach kurczowych z objawem Babińskiego i osłabieniem czucia dotykowego i bólowego na obwodzie kończyn prawych. Po roku napad padaczki; zahamowanie, obawy obłądu, zamiary samobójcze, okres zastoju umysłowego. Operacja (Krause) stwierdza rozpoznanie kliniczne: zapalenie opony miękkiej na lewym zakręcie ośrodkowym z obrzękiem. Znaczna poprawa objawów psychicznych, chodu; zamiast objawów kurczowych bezwład wiotki; kilkakrotne napady padaczki. Autor zaleca możliwie wczesne operowanie; przeprowadza analogję między ograniczonym zapale-

niem surowiczem opon rdzenia a przypadkiem swoim. Wczesna bardzo sprawa oponowa może długie lata być w ukryciu, by w warunkach sprzyjających wybuchnąć w postaci określonego zespołu objawów klinicznych, powodując często padaczkę objawową.

N-r 2. HAUS BETHGE. Ein Beitrag zur Behandlung der Meningokokkenträger.

Autor daje wskazówki praktyczne, jak zapobiegać szerzeniu się nagminnego zapalenia opon mózgowych i przerywać epidemję drętwy karku. Najważniejszą rzeczą jest odosobnienie chorych; następnie wszyscy mieszkańcy danej miejscowości, u których wykryto w jamie nosowej i w ustach ziarenkowce oponowe (meningokokki), podlegają leczeniu zapobiegawczemu, mianowicie racjonalnemu odkazaniu nosa i ust. Ze środków, stosowanych w tym celu, na pierwszym miejscu wymienić należy Perhydrol z warunkiem uprzedniego oczyszczenia jamy nosa i ust 1% rozczyntem soli kuchennej.

H. OPPENHEIM u. M. BORCHARDT. Zur Meningitis chronica serosa circumscripta (cystica) der Gehirns.

Oppenheim opisuje przypadek cierpienia mózgowego po urazie, rozpoznane jako nowotwór lub torbiel (mening. ser. circumscr. cystica) w prawej tylnej jamie potylicowej. Niektóre objawy kliniczne ustępowały pod wpływem leczenia rtęcią i jodem, wracały jednak, tworząc coraz bardziej wyraźny zespół objawów uciskowych: zastoinę tarcz, zanik prawego nerwu wzrokowego, adiadokokinezę prawej ręki, szmer w prawej tylnej okolicy potylicowej i t. d. Operacja (Borchardt), wykonana w trzech odstępach, wykryła torbiel w oponach miękkich u podstawy prawej półkuli mózdkowej. Po operacji stopniowo ogólne wyzdrowienie z pewnymi brakami, jak nprz. zanik prawego nerwu wzrokowego, w części i lewego. Tworzenie się torbieli, jak sądzą autorowie, zależne jest od nagromadzenia płynu w miejscach niegdyś zapalnych, odłączonych dzięki zrostom od dróg chłonnych. W drugim przypadku, podanym przez Borchardta, a operowanym również z dobrym wynikiem, wykryto w okolicy nerwów słuchowego i twarzowego torbiel. Rozpoznanie kliniczne wahało się między zapaleniem surowiczem i nowotworem prawej półkuli mózdkowej. Tylną okolicę jamy czaszkowej należy uznać za miejsce, najbardziej sprzyjające tworzeniu się torbieli w oponach miękkich.

N-r 3. F. EICHELBERG. Ueber spinale Kinderlähmung.

Autor omawia właściwości pierwszej dużej epidemji porażenia dziecięcego rdzeniowego w Niemczech. Z bogatego zbioru

szczegółów klinicznych podkreślić należy: ujemny zawsze wynik badania bakteriologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego oraz brak wyraźnie zaznaczonej limfocytozy w tym płynie.

N-r 6. G. ANTON. Ueber krankhafte moralische Abartung im Kindesalter.

Autor porusza żywotną kwestję moralnego niedorozwoju dzieci, streszcza zmiany w poglądach na t. zw. moral insanity; zgodny zresztą jest pogląd, że niedorozwój moralny i braki w dziedzinie uczuciowej nie zawsze idą równolegle z zaburzeniami dziedziny umysłowej. Istnieje szereg cierpień psychicznych, w których przemijają lub przez dłuższy okres czasu występują objawy zwyrodnienia moralnego. Mogą one być nabyte, lecz częściej zjawiają się już we wczesnym dzieciństwie, a najbardziej w okresie dojrzewania płciowego; wtedy trwać mogą przez całe życie. W szeregu postaci zwyrodnienia moralnego należy stawiać rozmaite rokowanie. Wyodrębnianie poszczególnych postaci zmniejsza wprawdzie grupę t. zw. wrodzonego otepienia moralnego, termin jednak moral insanity utrzymać należy, stwierdza on bowiem istnienie spraw chorobowych i zaburzeń rozwojowych, które wpływają ujemnie przede wszystkim na dziedzinę czuciową i moralną osobnika.

N. ROTH. Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii.

Badania autora potwierdzają wykryte po raz pierwszy przez Kochera zmiany w krwi osób, cierpiących na chorobę Basedowa. Autor spostrzegł je w większości swoich przypadków. Charakterystyczną cechą tych zmian jest zmniejszenie ilości hemoglobiny, limfocytoza i mononukleozą obok zmniejszenia liczby białych ciałek krwi. Sprawy gorączkowe nie wpływają na mononukleozę, natomiast usuwają limfocytozę, a ilość białych ciałek krwi się zwiększa. W postaciach poronnych badanie ilościowe krwi ma więc wybitne znaczenie. Podane piśmiennictwo przedmiotu.

N-r 8. R. KREFTING. Leichensera und Wassermansche Syphilisreaktion.

Badania eksperymentalne przekonały autora o słuszności zdania Brucka, że odczyn kiłowy jest właśnie przejawem żywego swoistego odczynu biologicznego. Nie przeczą takiemu twierdzeniu niektóre dodatnie wyniki próby Wassermanna w surowicy zmarłych; pamiętać należy, że odczyn ten dają również surowice ludzi, zmarłych z powodu takich cierpień, jak rak, gruźlicze zapalenie opon mózgowych, zakażenia i inne.

MAX RAETHER. Mitteilung über einen Fall von Psychose nach Fleischvergiftung.

Podany przypadek zatrucia zepsutem mięsem końskim.

Równoległe do objawów ostrych kiszkowych rozwinęły się objawy nerwowe (ptoza, niedowład nerwów twarzowych, zez, zniesienie odruchów ścięgniowych i t. d.) i psychiczne—zamroczenie, zahamowanie myślowe, osłabienie pamięci. Wszystkie objawy ustąpiły powoli w przeciągu miesiąca. Autor najchętniej zaliczyłby swój przypadek do kategorii tych, które Kraepelin łączy pod nazwą obłądu z zatrucia (Vergiftungsdelirium).

N-r 10. O. NORDMANN. Hysterischer und spastischer Darmverschluss.

Autor-chirurg przychodzi na podstawie swego klinicznego doświadczenia do następujących wniosków. Histerja i niektóre inne cierpienia układu nerwowego mogą przez kurcz mięśni wywołać objawy właściwe zadzierżgnięciu jelit lub wogóle niedrożności jelit. Zarówno operacja, jak i autopsja często nie pozwalają wyjaśnić ukrytej przyczyny kurczu. Leczenie zachowawcze jest wskazane, o ile stan ogólny nie grozi niebezpieczeństwem utraty życia; w przeciwnym razie należy wykonać przetokę jelitową (Enterostomia). Rokowanie jest dobre, o ile jednocześnie z kurczami mięśni nie rozwijało się osłabienie kiszek, które leczeniu poddaje się z trudnością.

J. JAQUET. Ueber die Meningitis tuberculosa bei älteren Individuen.

Badania kliniczne autora świadczą, że zapalenie gruźlicze opon mózgowych w wieku ponad 40 lat nie jest tak rzadkie, jak się wydaje. Z 16 przypadków tego cierpienia 7 zdarzyło się w wieku od 41—68 lat. Autor podaje opis kliniczny i anatomo-patologiczny tych przypadków; przychodzi do wniosku, że obraz kliniczny cierpienia w wieku dojrzałym nie posiada nigdy tak jaskrawo zarysowanego zespołu objawów, jak u dzieci lub w wieku młodzieńczym; cierpienie kończy się śmiercią znacznie prędzej, wreszcie zmiany histopatologiczne niekiedy nie są bardzo wyraźne. To też zapalenie opon gruźlicze u ludzi starszych, jako powikłanie innego cierpienia, może z łatwością zostać niepostrzeżonym.

N-r 11. FR. ENGELS. Kasuistische Beiträge zur Segmentdiagnose des Rückenmarks.

Autor szczegółowo omawia przypadek operowanego nowotworu rdzenia (piaszczak opony twardej). Umiejscowienie sprawy uciskowej wskazywała górna granica zmian czucia (4—5 odcinek grzbiet.), z poprawką według prawa Sherringtona o udziale kilku sąsiednich odcinków rdzenia w unerwianiu poszczególnych obrębów skóry. Drugi przypadek dotyczy urazowego cierpienia rdzenia na skutek wklucia ostrego pilnika, rzuconego z odległości 10 metr. W obrazie klinicznym było porażenie rucho-

we pewnych tylko grup mięśniowych i zniesienie lub osłabienie wszystkich postaci czucia prawej kończyny dolnej. Brak zespołu objawów Brown-Séquarda skłania autora do przypuszczenia, że pilnik wbił się w pęczki Golla i Burdacha prawej strony, przeszedł przez neuron ośrodkowy słupów przedniobocznych w istocie szarej przed skrzyżowaniem dróg czuciowych i dosięgnął prawego rogu przedniego.

Nr 12. M. SUGAR. Ueber abnorme Temperaturempfindungen. Ein neuer klinischer Symptom.

Autor spostrzegł w 25 przypadkach stwardnienia wieloogniskowego następujący objaw: gdy dotykał się do poszczególnych obrębów skóry dwoma próbkami, jedną z wodą zimną (0°), a drugą z gorącą (50°), przytem każdą próbką oddzielnie, to chorzy rozpoznawali i zimno i ciepło; jeżeli zaś zbliżał próbki i dotknął się ciała obu jednocześnie, to chorzy doznawali jedynie wrażenia bardzo silnego gorąca. W innych cierpieniach układu nerwowego, a także u ludzi zdrowych objawu tego Sugar nie spostrzegł. Dalsze badania wskażą, o ile objaw omówiony będzie mógł służyć dla różniczkowego rozpoznania stwardnienia wieloogniskowego.

H. BOUHOFF. Zur Aetiologie der Heine-Medinschen Krankheit.

Autor badał histopatologicznie dwa przypadki ostrego porażenia dziecięcego rdzeniowego. Prócz zmian, właściwych temu cierpieniu, spostrzegł on w obu przypadkach ciała obce w jądrach gleju zarówno w istocie szarej, jak i białej. Czy są to drobnoustroje, wywołujące cierpienie, czy też tylko wytwory podrażnienia substancji jąder przez drobnoustroje, autor nie rozstrzyga. Nie są to jednak bynajmniej jąderka, gdyż, popierwsze, ilość omawianych ciałek obcych jest w niektórych jądrach bardzo liczna, powtórne, i co najważniejsze, wewnątrz pewnej liczby tych ciałek udaje się spostrzedz jakieś twory. By otrzymać wskazane obrazy histopatologiczne należy jako płyn utrwalający używać nasycony roztwór sublimatu (100,0) + wyskok czysty (50,0) lub 4% formalinę, a barwić płynem Manna, zmienionym przez Leutza.

Nr 13. TILMANN. Diagnose und Behandlung der Hirnverletzungen.

Przedmiotem artykułu jest, z jednej strony, ocena krytyczna symptomatologii cierpień chirurgicznych mózgu, z drugiej, wskazania do tych lub innych zabiegów w wymienionych cierpieniach. Postępowanie w przypadkach porażenia czaszki, względnie mózgu, winno być wogóle wyczekujące, zachowawcze; gdy nastąpiło znaczne uszkodzenie, wskazane jest najostrożniejsze opatrzenie rany; wykonać trepanację należy, gdy wzrastają objawy ucisku nasku-

tek krwawienia lub nieustają napady padaczki objawowej. — Wśród szeregu niezwykle cennych uwag chirurgicznych znajdujemy niemniej ciekawe, a liczne wskazówki, jak tłumaczyć różne objawy nerwowe, wywołane przez urazy czaszki lub mózgu.
Julj. Rot.

DEUTSCHE ZEITSCHR. f. NERVENHEILK 1910. Zeszyt 3/4

Prace na 3-im Zjeździe Towarzystwa
neurologów niemieckich w Wiedniu
d. 17—19 Września 1909 r. odczytane.

1. E. ROMBERG. Die Lehre von den Herz-
neurosen.

Autor określa nerwicę serca jako zaburzenie unerwienia, nie wywołujące poważniejszych zmian w krążeniu ogólnym, połączone natomiast z nienormalnymi czuciami, oraz zaburzeniami ruchowymi ze strony serca i naczyń. Objawów, właściwych wyłącznie nerwicom serca i pozwalających na stanowcze odróżnienie ich od cierpień organicznych, a zwłaszcza lekkich zmian mięśnia sercowego, mamy bardzo mało. Należą do nich niektóre zaburzenia tętna, a mianowicie t. zw. niemiarkowość oddechowa (przyspieszenie tętna podczas wdechu, zwolnienie podczas wydechu) oraz niemiarkowość dziecięca, gdy paury rozmaitej wielkości dzielą jednakowej siły uderzenia tętna.

Najczęstsza pozaskurczowa postać niemiarkowości (arytmia extrasystolica) zjawia się zarówno w cierpieniach organicznych, jak i w nerwicach serca. Dobrze zcharakteryzowaną postać nerwicy sercowej stanowi przyspieszenie tętna napadowe (tachycardia paroxysmalis), uważane za równoważnik napadu padaczkowego lub migrenowego.

Nerwowa postać duszniczy bolesnej (angina pectoris vasomotoria) nie posiada żadnych swoistych objawów, pozwalających na stanowcze odróżnienie napadu nerwowego od napadu rzeczywistej duszniczy zwłaszcza, iż ogólny „wygląd“ nerwowy napotykaný jest w obu postaciach; decyduje o sprawie głównie dalszy jej przebieg. W ogólności dojść należy do wniosku, iż najpewniejszy sprawdzian rozpoznawczy stanowi ogólny stan krążenia: znaczne jego pogorszenie dowodzi sprawy organicznej. W przypadkach natomiast, gdzie sprawa organiczna słabo rozwinięta nie wywołała jeszcze poważniejszych zaburzeń krążenia, przeważnie musimy kierować się wywiadami, rodzajem skarg chorego i t. p. Odróżnić należy wreszcie przypadki, w których objawom, zależnym od sprawy organicznej, towarzyszą rozwijające się na tem tle objawy czynnościowe; zadanie rozpo-

znania polega wówczas na wyodrębnieniu w obrazie klinicznym każdego z tych dwu czynników.

2. A. HOFFMANN. Die Lehre von den Herzneurosen (Symptome und Therapie der Herzneurosen).

Jako zaburzenia serca czynnościowe, autor określa, po pierwsze, objawy występujące w takich cierpieniach serca, w których niewątpliwie brak wszelkich zmian organicznych tego narządu, i powtórnie takie objawy, które występują i w sprawach organicznych sercowych, przyczem jednak przy ich braku sama sprawa organiczna żadnej zmianie nie ulega. Rozbierając objawy podmiotowe, których najwyższy stopień stanowi rzeźkoma dusznica bolesna, wskazuje H. na towarzyszącą jej nadciśnienie skóry w okolicy serca i wewnętrznej powierzchni lewego ramienia, t. j. w okolicy, odpowiadającej 1 — 4 odcinkom grzbietowemu rdzenia. W dziedzinie zaburzeń ruchowych H. zwraca uwagę na badania Eppingera i Hessa nad *sympathico — ivagotropizmem*, sądząc, że ta metoda badania może się przyczynić do wyjaśnienia zbroczeń ruchowych w nerwicach serca. Powiększenie wymiarów serca, nie będąc objawem właściwym tym cierpieniom, może występować jako następstwo długotrwałej wzmożonej działalności np. w przyspieszeniu tętna napadowem. Szmerzy sercowe, często napotymane w nerwicach, mają zawsze charakter t. zw. szmerów nie organicznych. Nerwice serca mogą występować i u osobników nie dotkniętych nerwicą ogólną, cierpienie ogranicza się wówczas wyłącznie do układu nerwowego serca np. wskutek zatrucia niektórymi jadami wewnątrz — i zewnątrz ustrojowymi. W dziedzinie terapii nerwic serca autor nic nowego nie podaje.

3. FR. SCHULTZE. Chronisch-organische Hirn und Rückenmarkaffektionen nach Trauma.

Rozbierając wszelkie możliwe sposoby powstawania przewlekłych cierpień organicznych układu nerwowego ośrodkowego po urazie, autor nie uważa za dowiedzione, aby uraz psychiczny sam przez się mógł je wywołać. Również nie jest dowiedzione, jakkolwiek prawdopodobne i możliwe, aby uraz fizyczny na obwodzie mógł drogą zapalenia nerwu i tkanki okołonerwowej działanie swe bezpośrednio na rdzeń i mózg przenieść. Przy powstawaniu wiađu rdzenia, porażenia postępującego i rozsianego zapalenia mózgowo-rdzeniowego rola urazu ogranicza się do roli czynnika wywołującego lub przyspieszającego rozwój cierpienia. Wskazując częstość urazów w etiologii syringomyelji, autor sądzi, iż czynnik ten może być rzeczywistą przyczyną powstawania cierpienia w tych przy-

padkach, w których nie ma danych do przypuszczenia wrodzonej anomalji układu nerwowego. Powstawanie stwardnienia naczyń mózgowych po urazie autor tłumaczy działaniem urazu bezpośredniem. Za niewątpliwie uważa autor powstawanie po urazie stanów zapalnych mózgowia (również t. zw. Randgliose) oraz ropni mózgowia. Wreszcie, nie będąc bezpośrednią przyczyną nowotworów mózgowia, wytwarza uraz nieznanie nam bliżej warunki, sprzyjające ich rozwojowi.

4. FEDOR KRAUSE. Hirnphysiologisches im Anschluss an operative Erfahrungen.

Podczas operacji padaczki Jacksona Kr. określał za pomocą prądu przerywanego 38 ognisk w okolicy przedniego zawoju ośrodkowego, których drażnienie wywoływało skurcze określonych grup mięśniowych różnych okolic ciała. W guzach okolicy środkowej nie otrzymywano skurczów z okolicy, zajętej przez guz, w jednym atoli przypadku guza podkorowego udawało się wywołać skurcz mięśni porażonych. Warto zaznaczyć zupełną nieczułość mózgu podczas tych zabiegów. Wycięcie odpowiednich ognisk wywoływało nie tylko porażenia, ale i sztywność mięśni, wzmoczenie odruchów ścięgnowych, okostnowych i skórnych oraz zaburzenia wszelkich rodzajów czucia. Wszystkie zaburzenia miały w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy. Kr. stwierdził, iż przy obustronnej hemianopsji ośrodkowa część pola widzenia bywa zachowana. Wreszcie wskazuje autor, iż po operacjach mózgowych bywa niekiedy podwyższenie ciepłoty z częstym tętnem, lecz bez innych objawów gorączki (hypertemja mózgowia).

5. ZAPPERT. Über Poliomyelitis (Heine-Medinscher Krankheit).

Autor na zasadzie obserwacji epidemji choroby Heine-Medina w Austrii Dolnej przychodzi do wniosku, że prawdopodobnie był to wybuch stałej endemji, wyrazem której są sporadyczne wypadki tej choroby. Z. przypuszcza możliwość przenoszenia choroby drogą zetknięcia; przemawiają za tem zaśląbnienia wielu osób w jednej rodzinie, w sąsiednich domach lub w mieszkaniach, w których o rok wcześniej byli chorzy na omawiane cierpienie. Nie jest jeszcze dowiedzione, czy zarazek może przetrwać przez zimę na przedmiotach, otaczających chorego, lub w ustroju osobników, którzy przebyli poronną postać choroby (Zwischenträger).

6. M. NONNE. Weitere Erfahrungen über die Bedeutung der „vier Reaktionen (Pleocytose, Phase I, Wassermann — Reaktion) für die Dia-

gnosz der syphiligen Hirn und Rückenmarks-krankheiten.

Na zasadzie materiału, składającego się z 400 przypadków, autor dochodzi do następujących wniosków: 1) W porażeniu postępującem wszystkie cztery odczyny wypadają dodatnio. 2) W wiądzie pleocytoza i faza I dają wynik dodatni, odczyn Wassermana we krwi w 60% jest dodatni, w płynie mózgowordzeniowym ujemny. 3) W przymiocie układu nerwowego limfocytoza i faza I są dodatnie, odczyn Wassermana daje z surowicą wynik dodatni częściej, niż w wiądzie, z płynem mózgowordzeniowym wynik ujemny. 4) W stwardnieniu rozsianem limfocytoza i faza I mogą być dodatnie, lecz najczęściej wyrażone słabo, niekiedy tylko silnie; odczyn Wassermana dodatni otrzymuje się z surowicą krwi wyjątkowo, z płynem mózgowordzeniowym nigdy. 5) W guzach mózgowia mogą być spostrzegane w słabym stopniu limfocytoza i faza I; odczyn Wassermana zarówno z krwią jak i z płynem mózgowordzeniowym ujemny. 6) W padaczkę wszystkie cztery odczyny dają wynik ujemny.

7. FRANKL - HOCHWART. Über Diagnose der Zirbeldrüsentumoren.

Autor przytacza przypadek, w którym za życia postawił rozpoznanie guza ciała szyszkowatego, rozpoznanie, potwierdzone sekcyjnie. Opierając się na tym przypadku oraz spostrzeżeniach innych autorów. F.—H. dochodzi do wniosku, iż należy przypuszczać guz ciała szyszkowatego, gdy u bardzo młodego osobnika (chłopca) obok objawów guza ciała czworaczego (porażenie mięśni ocznych skojarzone, niezborność) zjawia się nadmierna wybujałość wzrostu i owłosienia, otłuszczenie, senność, przedwczesny rozwój narządów i czynności płciowych, niekiedy przedwczesny rozwój umysłowy. Na zasadzie swego spostrzeżenia F. H. wypowiada przypuszczenie, iż ciało szyszkowate wywiera wpływ hamujący na rozwój płciowy i dlatego w razie jego zajęcia następuje przerost układu płciowego. Czynność omawianego ciała jest zatem do pewnego stopnia przeciwniczą z czynnością przysadki mózgowej, której zajęcie wywołuje niedorozwój narządów płciowych.

8. ALFRED FUCHS — Myelodysplasia.

Pod nazwą Myelodysplazji opisuje autor wrodzone zaczątkowe postaci tarczki dwudzielnej (spinae bifidae, ocutae), zdaniem jego, znacznie częstsze niż to jest ogólnie przyjęte. Rozpoznanie za życia możliwe jest dzięki szeregowi objawów, mianowicie: 1) osłabienie zwieraczy, 2) zniekształcenie stopy i zrosty pletnowate palców (Schwimhautbildungen), 3) osłabienie czucia cieplotnego na palcach, 4) zaburzenia odruchów, 5) szczeliny

i inne zniekształcenia kości krzyżowej widoczne w obrazie rentgenograficznym. Na zasadzie spostrzeżeń swoich F. dochodzi do wniosku, iż w razie niewyraźnych objawów zajęcia dolnych odcinków rdzenia oraz w razie nietrzymania moczu nocnego u dorosłych należy przypuszczać myelodysplazję i prowadzić badanie w tym kierunku.

A. Tumpowski.

ALLGEMEINE ZEITS. f. PSYCHIATRIE 1910 r. Zesz. 3-ci.

R. KUTNER. *Über katatonische Zustandbilder bei Degenerierten.*

Stara nauka o psychozach degeneracyjnych zdawała się być całkowicie przez Kraepelina i jego szkołę pogrzebaną. Alіści w ostatnich latach zaczynają się coraz częściej pojawiać prace mające na celu rehabilitację dawnej nauki, do czego, jak wiadomo, dał impuls psychiatra niemiecki Bonhöffer. Praca Kutnera, z której zdajemy poniżej sprawę, jest właśnie jednym z najnowszych przyczynków do nauki o stanach psychotycznych u zwyrodniałych.

Autor opisuje trzy przypadki ciężkiego zwyrodnienia, w których wystąpiły epizodycznie objawy katatoniczne tak ludzko podobne do obrazu klinicznego prawdziwej katatonii, że we wszystkich tych przypadkach rozpoznawano mylnie postać katatoniczną otepienia wczesnego, a jednak nie była to katatonja.

Dla rozpoznania psychozy degeneracyjnej z zespołem katatonicznym i odróżnienia jej od prawdziwej katatonji Kutner podaje następujące dane różniczkowe: 1) zespół katatoniczny u zwyrodniałych rozwija się niezmiernie szybko. — po krótkim okresie wstępnym, cechującym się zwyczajnem podnieceniem lub splątaniem bredzeniowem, zjawia się nagle i odrazu dochodzi do najwyższego natężenia zespół katatoniczny; 2) pod względem objawowym zespół katatoniczny u zwyrodniałych mało się różni od prawdziwej katatonji, — autor nie zauważył tylko ani razu *flexibilitas cerea*; prócz tego chorzy mają wyraz twarzy zaspany, co odbija rażąco od naprężonej muskulatury twarzy prawdziwych katatoników; 3) podobnie jak początek choroby również i zejście jej u zwyrodniałych odbywa się niezmiernie szybko: w jednym z przypadków Kutnera przejście od najgłębszego osłupienia do zupełnej jasności i swobody ruchów było nagle; 4) po ustąpieniu objawów katatonicznych wraca dawna osobowość degeneranta bez żadnych zmian w sferze uczuciowej lub i intelektualnej, chociażby stan katatoniczny trwał u niego lata całe. — pozostaje tylko skłonność do nawrotów pojedynczych objawów

katatonicznych; 5) w wywiadach degeneranta dają się stwierdzić różne degeneracyjno-psychotyczne stany.

JULIUS DONATH. Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nucleinsäure-Injektionen.

Oddawna wiadomo, iż przypadkowe sprawy ropne i choroby gorączkowe działają niekiedy pomyślnie na przebieg bezwładu postępującego; wychodząc z tej zasady wywoływano u paralityków sztuczne ropienie za pomocą drażniących maści, zastrzykiwań terpentyny i t. p. Jednakże głównym czynnikiem, działającym w takich razach, jest hypertermia i wzmożona leukocytoza, zaś ropienie nie jest zgoła potrzebne. I dlatego-to autor w celach leczniczych począł stosować u paralityków zastrzykiwania kwasu nukleinowego.

Kwas nukleinowy stanowi produkt rozkładu zawartej w jądrach komórek, wysoce złożonej substancji, nukleoproteidy, która przy działaniu zasady rozpada się na kwas nukleinowy i na białko. — Do zastrzykiwań autor używał formuły następującej:

Rp. Natrii nucleinic.

Natrii chlorati aa 2.0

Solve in aqu. destil. sterilis. 100.0

S. Do 1—2 zastrzykiwań podskórnych.—

Oczywiście zastrzykiwania należy stosować z zachowaniem wszelkich ostrożności aseptycznych. Pod wpływem tych zastrzykiwań ciepłota się podnosi, — może dojść do 40.5°, — a ilość białek ciałek krwi znacznie się powiększa, — może dojść do 61.000.

Autor przeprowadził badania w 21 przypadkach, bardzo dokładnie spostrzeganych. Wynik stosowania leczenia nukleinowego był następujący. W 10 przypadkach, a zatem prawie że w połowie przypadków, otrzymano tak znakomitą poprawę, iż chorzy z bezwładem postępującym odzyskali z powrotem zdolność do pracy i do zarobkowania. W 5 przypadkach poprawa, zarówno subiektywna, jak i obiektywna była tak znaczna, iż chorzy nie potrzebowali więcej szpitala, jednakże dawnej sprawności umysłowej nie odzyskali. A zatem w 70% przypadków osiągnięto poprawę, — i tylko w 6 przypadkach nie było żadnej poprawy.

Ze przy bezwładzie postępującym może nastąpić remisja samodzielnie, bez żadnej z naszej strony interwencji, — o tem wie każdy klinicysta, — remisje te jednak są względnie rzadkie, w danym zaś wypadku zastanawia ta nadzwyczajna częstość remisji. I dlatego leczenie, proponowane przez Donatha, wydaje

być się godne uwzględnienia i wysoce zasługujące na sprawdzenie. Szczegóły stosowania metody Donatha należy przeczytać woryginał.

A. Wizeł.

ZURNAL NEWROPATOLOGJI I PSYCHIATRJI IMIENI

S. S. KORSAKOWA. 1910. Zeszyt 1-szy.

W. CHOROSZKO. Wtoricznijja piererożdzenia w woschodiaszczem naprawlenji pri spinno-mozgowych porażeniach.

Badanie drobnowidzowe dwóch przypadków uciśnięcia, wzgl. zgniecenia rdzenia; w pierwszym — miało miejsce złamanie kręgosłupa, w drugim ucisk wskutek nowotworu (angiosarcoma piae matris). Autor zwrócił główną uwagę na zwyrodnienia wtórne i przyszedł do następujących wniosków:

1) Pęczek Gowersa w rdzeniu przedłużonym leży w kącie między oliwą dolną i ciałem powrózkowatym; wyżej część jego włókien wchodzi do mózdzku (wraz z ciałem powrózkowatym a także przez żagiel mózdkowy przedni). Spora jednak liczba włókien tego pęczka idzie dalej przez szypułę mózgową do zwojów podstawy (n. lenticularis), być może, i do kory mózgowej. Po drodze pęczek Gowersa oddaje włókna pętli środkowej, pętli bocznej, ciałom czworaczym, ciałku kolankowatemu wewnętrznemu i dolnej części wzgórka wzrokowego. Czy pęczek Gowersa ma związek z czarną substancją Soemeringa, tego autor nie mógł stwierdzić z pewnością.

2) Dalej autor potwierdza wiadome dane co do przebiegu włókien w tylnym pęczku podłużnym: włókna, biorące początek w komórkach spoidłowych rdzenia, przechodzą przez spoidło przednie na drugą stronę i biegną dalej w słupach przednich rdzenia, w rdzeniu przedłużonym są one rozrzucone; wyżej łączą się one w omawiany pęczek podłużny tylny, dający włókna poboczne jądom nerwu podjęzykowego, odwodzącego, bloczkowego, okoruchowego i t. d.; część włókien kończy się około jądra nerwu okoruchowego tej samej strony, a pozostałe idą przez spoidło tylne do jąder przeciwnej strony.

3) Rozsiane zwyrodnienie w torach piramidowych autor objaśnia istnieniem tutaj długich włókien wstępujących, w kierunku od rdzenia ku korze mózgowej. Myśl swoją potwierdza danymi z piśmiennictwa.

W pierwszym przypadku autor znalazł jamy w rogach tylnych, wypełnione ciałkami ropnemi, co nazywa „piomyetją“.

L. ROZENSZTEJN. Eksperymentalnoje izsledowanie sposobnosti k zapominaniu u alkoholikow.

Autor badał zdolność zapamiętywania u zdrowych i alkoholików. Badania autor dokonywał według metody Bernsteina. Choremu daje się na 30 sekund do rąk ramkę, zawierającą 9 różnych figur geometrycznych, i poleca się choremu, żeby dobrze ją obejrzał i zapamiętał figury. Następnie chory dostaje tablicę, na której oprócz wspomnianych 9 figur znajduje się jeszcze 16 innych; na tej tablicy chory ma odnaleźć i wskazać figury widziane w ramce.

Autor doszedł do następujących wniosków:

1) W danym razie jak i przy wszelkich innych badaniach doświadczalno-psychologicznych ma przewagę urządzenie laboratoryjne.

2) Indywidualne właściwości badanego (brak uwagi, wzruszenie) mogą naśladować brak zdolności zapamiętywania.

3) Na zapamiętywanie i odtwarzanie może wpływać czuciowe zabarwienie obrazów.

4) Wpływ skojarzeń pobocznych zewnętrznych nie może być zupełnie wyłączony.

5) Wynik liczbowy nie jest w danym razie wskaźnikiem wogóle zdolności zapamiętywania osobnika, raczej wskaźnikiem zapamiętywania pokazanych figur w danej chwili.

6) U alkoholików zdolność zapamiętywania jest zmniejszona w porównaniu ze zdrowymi, co potęguje się zmniejszoną uwagą i mniejszym zainteresowaniem się doświadczeniem.

K. PLATONOW. Istericzeskija echokinezja i echolalja.

Echokinezja i echolalja (chorobowe naśladowanie ruchów i chorobowe powtarzanie cudzych słów) spotykają się rzadko. Autor zwraca uwagę na przypadki wymienionych zaburzeń we wschodniej Syberji, na wyspie Jawie, na wyspach Malajskich, gdzie noszą one odrębne, miejscowe nazwy. Oprócz tych samoistnie występujących „przedrzeźniań“, objawy takie mogą być wywoływane sztucznie przez hipnozę, zwłaszcza w hysterji. Przedrzeźnianie takie ma charakter odbicia w lustrze (imitatron spéculaire). Samoistnego występowania tego objawu w hysterji dotąd nie spostrzegano, pierwszy taki przypadek podaje autor.

Dotyczył on 18-letniej dziedzicznie obarczonej chorej, która w 14 roku życia pod wpływem seansu spirytystycznego dostała napadu histerycznego. Napady te powtarzały się później dosyć często. Jedną z faz tych napadów było przedrzeźnianie ruchów innych osób, zwierząt, nawet przedmiotów.

Autor powstaje przeciwko zaliczaniu „przedrzeźniania“ do „maladie des tics convulsifs“, uważa je raczej za przejaw hysterji, nie przesądżając jednak sprawy stanowczo.

I. PETERSENN. Metod Heilbronner'a i jego znaczenie.

Metoda badania zdolności spostrzegania według Heilbronner'a zasadza się na tem, że choremu pokazuje się po kolei serję rysunków, stanowiących stopniowy rozwój jednego jakiegoś pojęcia, i zadaje pytania: „co to jest“, „co to przypomina“, „czem się różni dany rysunek od poprzedniego“?

Autor zbadał według tej metody 12 różnych chorych umysłowych. Zawsze pokazywał wszystkie rysunki wszystkich serji, pokazywał je w porządku serji, określał czas od chwili zaczęcia oglądania rysunku do początku reakcji słownej.

Na zasadzie swych badań autor przychodzi do następujących wniosków: 1) metoda Heilbronnera doskonale nadaje się do badań nad zdolnością spostrzegania i znacznie przewyższa metodę Bornsteina i jej różne odmiany; 2) metoda ta daje doskonałe pojęcie o działalności kojarzeniowej u chorych; 3) daje dostateczne wskazówki co do stanu upośledzenia umysłowego chorych (otępienie).

Z. Messing.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA SEKCJI NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNEJ.

POSIEDZENIE D. 19 MARCA 1910 r.

- 1) Zylinderlastówna. Dwa przypadki przypuszczalnego nowotworu rdzenia.
- 2) Sterling. a) Przypadek postępującego połowiczego zaniku twarzy.
b) Przypadek wodogłowia wewnętrznego, powikłanego zaburzeniami psychicznymi.
- 3) Koelichen. Przypadek przypuszczalnej rozlanej sarkomatozy układu nerwowego ośrodkowego.
- 4) Jarecki. Przypadek t. zw. górnego wiądu rdzenia.
- 5) Kopczyński St. Przypadek *ophtalmoplegiae chronicae progressivae externaе*.
- 6) Higier. Przypadek wylewu krwawego do rdzenia.
- 7) Neugebauer i Higier. Zboczenie rozwojowe w układzie nerwowym w przypadku przewrotności płciowej.
- 8) Jaroszyński. Przyczynek do psychoanalizy idei natrętnych.

I. ZYLBERLASTÓWNA przedstawiła dwa przypadki przypuszczalnego nowotworu rdzenia.

a) Chora F. M. ma lat 40. Od roku zaczęła odczuwać osłabienie kończyn dolnych: od czasu do czasu nogi zupełnie odmawiały posłuszeństwa i chora na ulicy padała. Jednocześnie wystąpiły rozmaite parestezje w nogach bez wyraźnych bólów.

Przed 3 miesiącami chorej usunięto śluzowato zwyrodniałe mięśniak macy. Natychmiast po operacji nastąpiło znaczne pogorszenie w stanie kończyn dolnych: stały się one zupełnie bezwładne i chora od tej chwili leży w łóżku. Podczas całego przebiegu cierpienia nie zanotowano nawet krótkiego okresu wyraźnych bólów.

Badanie wykazuje zniesienie czucia bólowego i ciepłikowego na kończynach dolnych i na brzuchu do linii pępkowej, natomiast dotyk i zmysł mięśniowy pozostały zachowane.

Kończyny dolne bezwładne we wszystkich odcinkach. Odruch z rze-

pki obustronnie bardzo żywy, z objawem kolanowym. Odruch ze ścięgna Achillesa średnio żywy bez objawu stopowego. Obustronny odruch Babińskiego. Odruchy brzuszne górne zachowane, dolne — zniesione.

Chora odczuwa czasem jakby prąd elektryczny, przebiegający kończyny, skarży się również na szereg rozmaitych niebolesnych parestezji.

Cały przebieg cierpienia przemawia za sprawą nowotworową. Brak jakichkolwiek bólów oraz zachowanie dotyku i zmysłu mięśniowego wskazują, że słupy i korzenie tylne są nienaruszone. Wziąwszy pod uwagę, że w obrazie klinicznym nowotworów zewnątrz-rdzeniowych przeważają zwykle (z bardzo małymi wyjątkami) bóle, możemy twierdzić z dużym prawdopodobieństwem, iż nowotwór mieści się wewnątrz rdzenia. Granice nieczulenia dochodziły do 10 odcinka grzbietowego, a więc nowotworu należy szukać według prawa Sherringtona na poziomie 8 — 9 odcinka grzbietowego. Wobec przypuszczenia, iż nowotwór jest wewnątrz-rdzeniowy z zabiegiem operacyjnym należy się wstrzymać.

b) 65-letnia C. F. Przed 2 laty odczuwała ból w krzyżu, który wkrótce minął zupełnie.

Od 2 mies. ból ten wznowił się, stał się wyraźnie opasującym, siedł od krzyża ku przodowi do dolnej części brzucha.

Powoli ból ogarnął prawą kończynę dolną, wreszcie i lewą. Jednocześnie wystąpiło osłabienie kończyn dolnych, które powoli wzmagало się do zupełnego bezwładu.

Zaburzenia w oddawaniu moczu oraz zaparcie stolca.

Przy badaniu okazało się, że czucie bólowe i ciepłikowe zniesione do poziomu 8 żebra po stronie lewej.

Dotyk względnie dobrze zachowany (wyjątek stanowiła okolica prawej dolnej części brzucha), zmysł mięśniowy wykazywał duże zmiany w palcach obu stóp.

Odruchy rzepkowe bardzo żywe obustronne z objawem kolanowym. Odruch ze ścięgna Achillesa — prawy z odcieniem drgawkowym, lewy — bardzo żywy. Objaw Babińskiego obustronnie wyraźny. Odruchy brzuszne — obustronnie zniesione. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało, iż białe ciała są w ilości normalnej, natomiast białko w ilości zwiększonej (faza I Nonne'go).

Co do rozpoznania, to zdaje się, że cały przebieg cierpienia i obraz kliniczny przemawia za istnieniem nowotworu zewnątrz-rdzeniowego. Według prawa Sherrington'a należy go szukać na wysokości 7 — 8 odcinka grzbietowego.

W dyskusji Higier zabiera głos w sprawie pierwszego przypadku, który zna dokładnie od chwili operowania mięsaka macicy. Rozpoznawszy jeszcze w pierwszych dniach Stycznia przy pierwszym badaniu sprawę nowotworową rdzenia, Higier uzależniał kwestję zabiegu chirurgicznego od natury i umiejscowienia guza rdzeniowego. Czy ten ostatni drogą naczyniową, względnie limfatyczną przedostał się do rdzenia bezpośrednio z ogniska pierwotnego, czy też stanowi on przerzut zwykły, czy jest identycznym guzem, samoistnie w rdzeniu powstałym, jak to by-

wa w nowotworach mnogich (np. nerwiakach), czy też wreszcie jest niezależny zupełnie od mięsaka macicy i przypadkowo tylko ujawnił się jednocześnie? Są to pytania ze stanowiska czysto praktycznego nader ważne. Pamiętać należy, że przerzuty nawet śluzowe zwyrodniałych mięśniaków są rzadkie, że umiejscawiają się one zazwyczaj w kręgach lub oponach, dając zniekształcenia, bolesność przy ruchach, przy ucisku i nieznosne bóle samoistne, czego wszystkiego tutaj niema. Znakomita poprawa stanu ogólnego również daje wiele do myślenia. Znieczulenie według typu rogu tylnego również nie rozstrzyga ostatecznie umiejscowienia wewnątrzrdzeniowego lub zewnątrzrdzeniowego. Brak bólów nierzadko spotyka się przy siedlisku międzykorzeniowym guza. Higier z powyższych powodów uważa dalszą obserwację do rozstrzygnięcia wspomnianych pytań za konieczną.

Flatau zaznacza, że pierwsza chora przedstawia przypadek ciemny. Mięśniaki bowiem przerzutów do rdzenia zwykle nie dają, śluzaki dawać mogą. Tu jednak ciągłości nowotworu nie podejrzewamy, aczkolwiek rozpoznanie nowotworu jest niemal pewne. Należy jeszcze myśleć o zapaleniu rdzenia toksycznym. Trudniej rozstrzygnąć pytanie, czy nowotwór rośnie z wewnątrz czy z zewnątrz rdzenia. Brak bólów nie wyłącza nowotworu zewnątrzrdzeniowego, jak również zachowanie czucia dotyku i zmysłu mięśniowego, nowotwór bowiem może rosnać z przodu. Wobec nieposuwania się objawów ze strony rdzenia F. radzi przeczekać z operacją i w dalszym ciągu stosować rtęć, którą chora dobrze znosi.

W drugim przypadku nie jest wyłączony nowotwór, idący z trzonów kręgowych, co u osób starszych spotykamy względnie częściej.

II. STERLING przedstawił a) przypadek zaniku twarzy połowiczego postępującego.

Chora 16-letnia dziewczyna zauważyła przed 4 miesiącami nieznaczne wklęśnięcie i zapadnięcie poniżej prawej okolicy skroniowej; wystąpienia wklęśnięcia tego nie poprzedzały żadne objawy ani miejscowe, ani ogólne (brak urazu fizycznego lub psychicznego, sprawy zapalnej miejscowej, choroby zakaźnej, nerwobólów, parestezji w dziedzinie nerwu trójdzielnego), natomiast wkrótce po wystąpieniu wklęśnięcia — przemijające klucie w odpowiedniej okolicy; po kilku tygodniach w tem samym miejscu zmiana zabarwienia (kolejno barwa błękitna, żółta, brunatna). Z biegiem czasu wklęśnięcie twarzy powoli, lecz stale postępowało, wydłużając się w linii pionowej i zajmując coraz to niższe części prawej połowy twarzy. Chora ścięćczenia warg, języka nie zauważyła, innych skarg nie wypowiada. Pochodzi z rodziny, u której brak jakiegokolwiek obciążenia neuropatycznego; urodziła się normalnie, w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodziła, rozwijała się dobrze pod względem fizycznym i umysłowym. Perjod w 14-ym roku życia.

Brak zmian przedmiotowych w narządach wewnętrznych. Wzrost dość duży, budowa i odżywianie dobre. Mocz bez białka i cukru. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Czaszka nie bolesna. Szpary oczne jednakowej szerokości. Żrenice równe, oddziaływanie na światło i zbieżność za-

chowane. Przy patrzeniu ku górze obie gałki ustawiają się w górno-wewnętrznych kątach szpary ocznej. W dziedzinie nerwów twarzowych brak porażenia i asymetrii. Punkty nerwu trójdzielnego nie są bolesne. Język nie zanikły, przy wysuwaniu nie zbacza. Czucie na twarzy dokładnie zachowane. W kończynach siła ruchowa normalna, brak zaników i jakichkolwiek zmian odżywczych skóry, tkanki podskórnej lub kości. Odruchy ścięgnowe i skórne wszystkie zachowane, lecz słabe. Brak objawu Babinski'ego. Czucie na tułowiu i kończynach we wszystkich postaciach dokładnie zachowane. Odczyn Wasserman'a we krwi wypadł ujemnie.

Zmiany twarzy. Zmiany dotyczą wyłącznie prawej połowy twarzy, która w górnej połowie jest w porównaniu z lewą stroną spłaszczona i częściowo zapadnięta. Zapadnięcie to nie dotyczy całkowitej po-



wierzchni prawej połowy twarzy, lecz jej środkowej części — zwłaszcza jeżeli spojrzeć na twarz chorej en face pod światło — wtedy wyraźnie widoczny jest długi pionowo przebiegający rowek szerokości $1\frac{1}{2}$ palca, rozpoczynający się na 2 palce powyżej kości licowej i nie dochodzący na jakies 3 palce do zstępującej części żuchwy. Skóra, pokrywająca tę zapadniętą część policzka, jak i część, przylegającą do opisanego rowka, wydaje się nieco ścieńczała — to samo dotyczy tkanki podskórnej; sama powierzchnia naskórka nie wykazuje jednak żadnych zmian. Brwi i rzęsy są obustronnie rozwinięte jednakowo i ani zabarwienie ich, ani grubość włosów nie wykazuje z prawej strony żadnych zmian. To samo dotyczy włosów na głowie. Ani na prawej ani na lewej połowie twarzy nie widać wzmoczonego pocenia się, ciepłota skóry jest obustronnie jednakowa. Połysk skóry jest normalny, nie jest ona nadmiernie sucha, ani nie bywa nigdy po-

kryta wzmoczoną wydzieliną gruczołów tłuszczowych. Co się tyczy kości twarzy to zarówno przy wyczuwaniu, jak i oglądaniu widoczne jest wyraźne zapadnięcie w okolicy kości licowej zarówno w środkowej części policzka, jak w mniejszym stopniu i w wyrostku licowym, przyjmującym udział w połączeniu z zewnętrzną ścianą oczodołu. Dokonany rentgenogram wykazał wyraźnie zmiany w kośćcu prawej połowy twarzy oraz zwężenie prawego przewodu nosowego. Badanie elektryczne nie wykryło żadnych zmian w oddziaływaniu mięśni twarzowych ani zmian w przewodnictwie elektrycznym skóry.

S. podkreśla w przypadku niniejszym wystąpienie choroby w okresie dojrzewania płciowego, brak jakichkolwiek objawów zajęcia nerwów trójdzielnego i współczulnego. Skłaniając się do teorii, upatrujących przyczynę postępującego połowiczego zaniku twarzy w przewlekłych stanach zapalnych w rdzeniu przedłużonym i moście Varola (Brissaud, Calmette-Pagès, Claude i Sézary). S. zaznacza, że tłem nie mogła być w danym razie sprawa przymiotowa (jak to miało miejsce w przypadkach Claude'a i Sézary'ego oraz Rosenberga), gdyż próba Wasserman'a wypadła tu ujemnie.

W dyskusji Kopczyński powołuje się na własne 5 przypadków postępującego połowiczego zaniku twarzy, przedstawione na Zjeździe, krytykuje teorię nerwu trójdzielnego i nerwu współczulnego, z którą niektórzy chcą łączyć dane cierpienie i podnosi teorię Brissaud — według której cierpienie to zależy od wrodzonych zmian w substancji szarej, otaczającej wyściółkę 4-ej komory.

STERLING przedstawił b) przypadek wodogłowia nabytego (meningitis serosa), powikłanego zaburzeniami psychicznymi.

Chora 46-letnia przed 4 laty po raz pierwszy zapadła na bóle głowy („jakby coś rozsadzało czaszkę“) prawie stałe, jednocześnie wystąpił nastrój przygnębiony. Chora miała przytem uczucie, jakby coś ją pchało naprzód, nie mogła sobie znaleźć miejsca, ciągle wybiegała na ulicę i t. d. Bólom głowy towarzyszyły wtedy nieustanne mdłości, prócz tego od czasu do czasu występowały wymioty (czasem po kilka razy dziennie). Jeszcze podobno na krótki czas przed wystąpieniem bólów głowy zauważyła chora, że słabnie jej wzrok równocześnie na prawe i lewe oko; osłabienie wzroku stopniowo, lecz stale postępowało, tak że obecnie, jak twierdzi, rozpoznaje na dalszej, niż długość ręki odległości tylko zarysy przedmiotów, dla rozpoznania szczegółów musi przedmiot przybliżyć tuż do oka. Od 2 miesięcy chodzenie po ulicy stało się zupełnie niemożliwe z powodu osłabienia wzroku i zapadania na prawe udo. Od kilku miesięcy chora mdłości i wymiotów nie miała, bóle głowy występują napadowo prawie codzień, są jednak mniej gwałtowne, niż dawniej; umiejscowione są, według słów chorej, wyłącznie w prawej połowie głowy; oprócz tego doznaje chora często uczucia palenia w prawej połowie twarzy, wewnątrz jamy ustnej z prawej strony oraz w prawej połowie nosa. Drgawek, utraty przytomności nigdy nie było, mowa nie uległa zmianie. Według słów otoczenia chorej, która dotąd pod

względem umysłowym była zupełnie normalna, od czasu choroby zmieniła się psychicznie—z początku była niespokojna i przygnębiona, potem stała się nieumotywowanie i dziecinnie wesoła. Brak obarczenia neuropatycznego w rodzinie, brak zakażenia syfilitycznego, alkoholizmu.

Przedmiotowo brak zmian w narządach wewnętrznych. Wybitne otłuszczenie (przy ujmowaniu skóry w fałdę skarży się na silny ból). Wyrażna bolesność czaszki, wybitniejsza z prawej strony, jednak bez wyraźnego umiejscowienia. Żrenice obie wąskie o nieprawidłowych zarysach, oddziaływanie na zbieżność zachowane, na światło minimalne. Ruchy gałek ocznych ku górze i ku dołowi zachowane dokładnie, przy ruchach bocznych ani na prawo, ani na lewo gałki nie dochodzą do zewnętrznego kąta szpary ocznej, przyczem odległość z lewej strony jest większa, niż z prawej. Drżenia gałek ani w spokoju, ani przy ruchach nie widać. Prawem okiem odróżnia zarysy przedmiotów na odległość 15 cm. od oka, lewem na odległość 2 metrów. Nerwy VII i XII bez zmian. Badanie wzornikowe: obustronny zanik tarcz po zastoinie. Słuch, smak, węch normalne. W kończynach górnych i dolnych wyraźnych porażań nie widać. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achille'a umiarkowane, obustronnie jednakowe; brzuszne zachowane, podszwowe prawidłowe. Brak objawów bezładu, brak adiadokokinezji. Wszystkie rodzaje czucia dokładnie zachowane. Chód nie wykazuje cech wyraźnie patologicznych, ma on tylko charakter sztywno-żołnierski z zbytecznym uderzeniem obcasem o podłogę.

Stan psychiczny chorej podczas pobytu w szpitalu był dość zmienny — wogóle jednak po za okresami gwałtownych bólów głowy, podczas których była apatyczna—chora wykazywała stale pewien zupełnie nieumotywowany ani okolicznościami ani stanem zdrowia dziecinnie głupkowaty wesoły nastrój. Przy opowiadaniu o swojej chorobie śmiała się często bez powodu, podczas nieobecności lekarzy wstawała z łóżka i obejmowała sąsiednie chore wespół i tańczyła z nimi, śpiewała często jakieś piosenki, przekręcając słowa i melodię. Na zapytanie, dlaczego to robi — odpowiadała, że chce zyskać sobie w ten sposób sympatię otoczenia. Innym znów razem przeciwnie kłóciła się z chorem na sali, dokuczała im, następnie zaś śmiała się, znajdując jakby dziecinnie zadowolenie w złości innych. Zaczepki swoje uzasadnia zupełnie błahymi motywami: sąsiadka jej nie używa chustki do nosa i t. p. Na oświadczenie chorych na sali, że jest warjatką, reaguje głupkowatym śmiechem, prosząc o dowody, nie widać było przytem żadnej reakcji wzruszeniowej. Przez cały czas pobytu w szpitalu chora wykazywała patologiczną żarłoczność. Badanie inteligencji wykryło wcale niezłe zachowaną orientację auto- i somatopsychiczną (poczucie choroby trafne), gorzej nieco zachowana orientacja allopsychiczna. W czasie orientuje się zupełnie źle, w przestrzeni lepiej. Łatwiejsze zadania arytmetyczne rozwiązuje dość dobrze, przy trudniejszych popełnia grube pomyłki. Kojarzenie wsteczne nie wykazuje wybitnych braków. Zdolność zapamiętywania zachowana jest uderzająco dobrze: 6 przedstawionych przedmiotów odtwarza po 3, 5, 10 minutach doskonale, nie zmieniając porządku, to samo liczbami 3- i 4-cyfrowymi. Stwierdzono natomiast wybitne braki w dziedzinie wnioskowania i sądzenia (nie potrafi np. obja-

ścić różnicy pomiędzy koniem a krową). Badanie doświadczalne kojarzeń (zmodyfikowaną metodą Jung'a i Ricklin'a) wykrywa niezmiernie ich ubóstwo, przedłużenie czasu reakcji oraz sposób reagowania właściwy stanom otępienia (branie wyrazu sygnałowego za zapytanie, określanie celu, miejsca i t. d., wyjaśnienie, uwidocznienie tautologiczne). Objawów konfabulacyjnych ani wzmoczonej sugestyjności u chorej nie zauważono.

Pod względem neurologicznym rozpoznanie w niniejszym przypadku wobec takich objawów, jak gwałtowne bóle głowy z wymiotami oraz zanik tarcz wzrokowych po zastoinie—wahać się może tylko między nowotworem mózgu a wodogłowieciem nabytym (meningitis serosa). Przeciwno nowotworowi mózgu przemawia 4-letnie trwanie choroby bez objawów ogólnego charłactwa, należy przeto zatrzymać się na drugim rozpoznaniu. Podkreślić należy zmiany psychiczne w niniejszym przypadku, których zespół (dziecinny, nieumotywowany wesoły nastrój na tle pewnego otępienia umysłowego) odpowiada mniej więcej temu obrazowi, które Jastrowicz w nowotworach mózgu opisywał jako moria. Podkreślić należy fakt, że moria w przypadku tym występuje bez manji dowcipkowania (t. zw. „Witzelsucht“ Oppenheim'a), że więc, wbrew zdaniu Oppenheim'a, nie są to stany identyczne.

III. KOELICHEN przedstawił chorą z przypuszczalną sarkomatozą układu nerwowego ośrodkowego.

Chora J. D. lat 19, służąca. Pod względem psychicznym chora zachowuje się jak rozpieszczone małe dziecko, na wszystkie pytania odpowiada stereotypowo „nie wiem“, nawet własnego nazwiska, ani miejsca poprzedniego pobytu wymienić nie może, jednak nieraz po szeregu pytań udaje się od niej otrzymać prawidłową odpowiedź. Okazuje się przytem, że chora orientuje się dobrze, co do miejsca i osób, które ją otaczają, niewątpliwie jednak ma wybitne zaburzenia pamięci.

Źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, obie na światło nie oddziałują zupełnie. Na dnie oczów zanik brodawek nerwów wzrokowych wybitniejszy po stronie lewej; prawem okiem chora rozróżnia jeszcze zarysy przedmiotów, lewem zaledwie odróżnia światło. Skierowywanie oczów na prawo i lewo zupełnie niemożliwe, przy patrzeniu na prawo prawa gałka oczna odchyła się cokolwiek ku zewnętrznemu kąтови oka, lecz natychmiast wraca do położenia środkowego. Ku górze lewa gałka oczna unosi się nieźle, prawa tylko cokolwiek. Ku dołowi chora skierowuje oczy zupełnie dobrze. W obrębie wszystkich gałęzi lewego nerwu twarzowego wyraźny niedowład. Na prawej połowie twarzy czucie bólowe osłabione.

Odruch rogówkowy na prawem oku słaby, na lewem zupełnie zniesiony. Mowa monotonna nosowa nieco dyzartryczna i skandowana. Łykankie upośledzone. Głowa chorej przy uniesieniu tułowia zwisa bezwładnie, ruchy głową bardzo ograniczone. Prawą kończyną górną i dolną chora wszystkie ruchy wykonywa w dostatecznym rozmiarze i z niezłą siłą, ruchy te są jednak wyraźnie beładne. Lewa kończyna górną i dolną zupełnie bezwładne, napięcie mięśni w kończynach tych wzmoczone. Odruchy ścięgnowe na kończynach górnych i dolnych bardzo żywe, na lewych

kończynach wyraźnie żywsze, aniżeli na prawych. Odruchów brzusznych wywołać nie można; obustronny objaw B a b i ń s k i e g o. Czucie dotykowe bólowe i ciepłotne na tułowiu i kończynach zachowane z wyjątkiem prawej kończyny dolnej, gdzie jest ono nieco osłabione. Czucie położenia i ruchów na wszystkich kończynach zachowane. Nietrzymanie moczu i kału.

Cierpienie chorej rozwijało się w następujący sposób. W początkach Listopada 1909 r. chora, jak utrzymuje, zaziębiła się przy praniu i dostała gorączki oraz bólów w całej lewej połowie ciała; jednocześnie osłabił jej wzrok na prawem oku, po paru dniach zjawily się nadzwyczaj silne bóle głowy, wzrok na prawem oku poprawił się, natomiast znacznie osłabił w lewem oku. Gorączka trwała parę dni. W ciągu kilku miesięcy szalone bóle głowy i osłabienie wzroku były jedynym objawem cierpienia. W Styczniu b. r. przy badaniu stwierdzono jedynie brak w lewem oku odruchu obronnego, osłabienie w obu oczach odruchów rogówkowych i bładość tarcz nerwów wzrokowych. Dopiero w końcu Lutego zaczęły stopniowo występować inne objawy, najprzód zez zbieżny, następnie osłabienie lewych kończyn i pozostałe objawy. Nadmienić przytem należy, że objawy te były bardzo zmienne, zwłaszcza osłabienie kończyn, zjawiało się ono to po lewej, to po prawej stronie, wzrok bywał również to bardziej, to mniej osłabiony. Silne bóle głowy nie opuszczały chorej przez cały czas cierpienia. Wymiotów nigdy nie było.

Zastanawiając się nad istotą danego cierpienia, musimy rozpatrzyć kilka przypuszczeń. Przedewszystkiem nasuwa się podejrzenie, że mamy tu do czynienia z syfilisem mózgowo-rdzeniowym, jednakże za tem zakażeniem nic nie przemawia; chora jest *virgo intacta*, śladów sprawy syfilitycznej nigdzie na ciele nie znajdujemy, wreszcie badanie płynu mózgowordzeniowego nie wykryło w nim ani pleocytozy, ani zwiększonej ilości białka, próba *Wassermana* wypadła ujemnie. Następnie nasuwać się może przypuszczenie zapalenia rdzenia i mózgowia rozsianego, jednakże przeczą temu wybitne bóle głowy, stanowiące przez tak długi okres czasu jedyny objaw cierpienia. Najbardziej odpowiada przebiegowi i obrazowi klinicznemu cierpienia przypuszczenie rozsianej sarkomatozy układu nerwowego ośrodkowego. Cierpienie to polega na nacieczeniu opony miękkiej mózgu i rdzenia komórkami mięsakowemi, przyczem punktem wyjścia może być ograniczony nowotwór mózgu lub też nacieczenie mięsakowe zjawia się pierwotnie. Pod względem klinicznym obraz bywa rozmaity, przeważać mogą objawy rdzeniowe lub mózgowie. Charakterystyczna bywa zwykle duża zmienność objawów i młody wiek zapadających na to cierpienie osobników.

W dyskusji B r e g m a n zaznacza, że w znanych w piśmiennictwie przypadkach ogólnej sarkomatozy układu nerwowego w płynie mózgowordzeniowym znajdowano specjalne komórki, czego tu nie stwierdzono, jak również nie stwierdzono żółtego zabarwienia płynu. Nie wyłaczyłby tu rozlanego zapalenia mózgu, w którym bóle głowy być mogą. B. powołuje się na własny przypadek opisaną przez niego ogólną sarkomatozę rdzenia.

Higier, uważając dany przypadek za niepewny pod względem rozpoznawczym, zwraca uwagę na jeden objaw, często notowany w sarkomatozie opon rozlanej, stwierdzonej na sekcji. Jest to żółte zabarwienie płynu mózgowo-rdzeniowego, zależne od częstych drobnych wynaczynień w mięsakach ziarenkowych opon miękkich. Przekłucie łądźwiowe powinno tę sprawę rozstrzygnąć. Mniejszą wartość różniczkowo-rozpoznawczą ma posiadać zwiększenie ilości białka lub morfotycznych elementów — z wyjątkiem komórek mięsakowych — w płynie mózgowordzeniowym.

Lipstadt zapytuje, czy nie ucierpiało tu ogólne odżywianie. Odpowiedź twierdząca przemawiałaby za nowotworem rozsianym L. nie wyłączyłby tu jednak gruźlicy rozsianej opon miękkich.

Rozental powołuje się na opisany przez niego w r. 1878 przypadek nowotworu mięsakowatego, którym był usiany cały układ nerwowy ośrodkowy.

Kopczyński zaznacza, że widział żółte zabarwienie płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadku, przebiegającym jako przymiot rdzenia.

W odpowiedzi Koelichen zaznacza, że przeciw rozsianemu zapaleniu mózgu i rdzenia przemawiają b. silne bóle, a przeciw rozpoznaniu gruźlicy zbyt długi okres trwania choroby.

IV JARECKI WŁ. przedstawił i omówił: „Przypadek górnego wiądu rdzenia.

N. N. lat 29, z zawodu kelner, zgłosił się dnia 1 marca r. b. do szpitala św. Ducha na oddział chorób nerwowych dra St. Kopczyńskiego, skarżąc się na uczucie jakoby maski na twarzy oraz na trudności, jakich doznaje podczas mówienia i jedzenia.

Od lat 2 ogólne osłabienie, zaburzenia w oddawaniu moczu, zaparcie stolca; od roku bóle strzelające, chód chwiejny, kaszel suchy, połączony z dusznością, od pół roku opadnięcie górnej powieki prawej i dwojenie się w oczach. Od 5 miesięcy zaczęła się utrata czucia na twarzy, po 3 miesiącach zajęta była cała twarz i przednia część języka, od tego czasu datuje ślinotok, upośledzenie mowy, trudność przy żuciu pokarmów oraz napady duszności, trwające po kilka sekund i więcej nieco. 3 lata temu miał wrzód twardej nie leczony doraźnie, dopiero w półtrzecia roku po zakażeniu wziął 30 wcierań i wypił około 100 gramów jodku potasu.

8 lat temu rzeżączka, w dzieciństwie zapalenie nerek. Nadużycia pfciove i wyskoku. Żonaty od paru lat; bezdzietny. Matka zmarła na jakąś chorobę nerwową, połączoną z porażeniem.

Stan obecny. Żle odżywiony, niedokrewny. Ciągłe porusza wargami i często wysuwa koniec języka, wargi trochę obwisłe i przeważnie trąbkowato zwinięte jakby do gwizdania. Oddech w szczytach płuc zaostrozony, tony serca słabe, tętno prawidłowe 84, łatwo zmienne; przy ruchach ciała dochodzi do 135. Objaw Romberga. Chód bezładny. Siła ruchowa, ogólnie biorąc, bez zmian. Wszystkie odruchy ścięgnowe zniesione. Zaburzenia czucia, zwłaszcza bólowego bardzo rozległe na tułowiu i kończynach dolnych. Siła wzroku zachowana; dwojenie się w oczach.

Powieka górna prawa opuszczona, zasłania $\frac{1}{3}$ górną część źrenicy. Prawa źrenica szersza, niż lewa. Obie nie oddziałują na światło, czynność nastawcza prawej zniesiona, lewej opieszła. Ruchliwość gałki ocznej lewej prawidłowa—prawej znacznie upośledzona: możliwy jest tylko ruch w kierunku ku zewnątrz. Aby przeciwdziałać opadaniu powieki chory marszczy czoło i podnosi prawą brew. Na całej twarzy chorego daje się stwierdzić zniesienie lub obniżenie wszystkich rodzajów czucia. To samo się odnosi do języka, dziąseł, warg, podniebienia, oraz ścian jamy ustnej. W dziedzinie ruchowej nerwu trójdzielnego stwierdzono: 1. niemożność szerokiego otwierania jamy ustnej; 2. szybkie męczenie się przy żuciu; 3. niemożność żucia twardszych pokarmów; 4. niemożność zamknięcia ust nawet przy słabym oporze; 5. zniesienie odruchu ze żwacza oraz brak oddziaływania tegoż na prąd elektryczny. Smak nieco upośledzony: dobrze odczuwa słone, źle—kwas i gorycz, najgorzej słodkie. Odruch z podniebienia miękkiego i lewej części gardzieli zniesiony, ruchy gardzieli prawidłowe. Ułożenie głosi—prawidłowe, przy wydawaniu głosu struny rozszerzają się powoli i niedokładnie (niedowład mięśni pierścieniowo-nalewkowych tylnych). Chory często doznaje napadów kaszlu z męczącym, świszczącym wydłużonym oddechem (napady krtaniowe), i napadów duszności szczególniej częstych przy picciu chłodnych napojów. Mamy więc tu zajęcie prawostronne n. III, IV, oraz obustronne n. V, IX, X, XI.

Mocz oddaje bardzo wolno.

Zajęcie całego szeregu nerwów czaszkowych mogłoby nasuwać w danym przypadku myśl o kiłowym schorzeniu układu nerwowego, jednakże, biorąc pod uwagę cały przebieg cierpienia oraz zupełny brak bólów głowy, rozpoznajemy wiađ rdzenia z wybitnem zajęciem górnego odcinka układu nerwowego. Uderza niezwykle prędkie wystąpienie objawów wiađu, bo w rok po zakażeniu, tudzież rozległe zmiany w układzie nerwowym. T. zw. maska wiađowa spotyka się stosunkowo rzadko, na 150 przypadków wiađu, zebranych przez dra Kópczyńskiego, tylko 4 chorych cierpiało na znieczulenie twarzy, to jest 2,6%. W danym przypadku należy szczególniej podkreślić te następstwa, jakie pociąga za sobą porażenie n. trójdzielnego. Chory z trudnością się odżywia, kęs pokarmu wprost błąka się po jamie ustnej i często nie przeżuty wpada do przelyku, samo żucie jest znaczenie upośledzone. Mowa chorego jest niewyraźna, szczególniej wymawianie spółgłosek, wymagające pewnego skojarzenia ruchów warg i języka, jest znacznie upośledzone, często zupełnie wadliwe.

W dyskusji Sterling zapytuje o wyniki nakłucia łądźwiowego i leczenia swoistego, nie wyłącza możliwości, iż część objawów ze strony nerwów czaszkowych zależna jest od istniejącej współrzędnie z wiađem rdzenia sprawy syfilitycznej.

Bychowski zaznacza niezwykłość przypadku z powodu zajęcia nerwów trójdzielnych i przypomina o badaniach Exnera i Pinelesa, nad przecinaniem gałązek czuciowych nerwów trójdzielnych u osłów, które w następstwie tego, wskutek utraty zdolności jedzenia, przeżuwania i połykania, zdychały z głodu.

Flatau, nie odrzucając rozpoznania, zaznacza potrzebę zbadania w danym przypadku płynu mózgowordzeniowego i podnosi ważność ustalenia daty zakażenia przymiotowego, które, sądząc ze słów mówcy, bardzo szybko, bo po roku wywołałoby tu wiał rdzenia.

Bornstein przypuszcza, że jako rzadkość znane są w piśmiennictwie przypadki, w których już po roku od chwili zakażenia przymiotem występowały objawy wiału.

Kopczyński wbrew Sterlingowi, dowodzi, że rozpoznanie przymiotu mózgowo-rdzeniowego pod postacią nacieczenia opon i zajęcia tyłu nerwów czaszkowych upada choćby dla braku bólów głowy. Nie wdając się w obszerną sprawę stosunku przymiotu do wiału, który poruszył w osobnej pracy statystycznej, podkreśla, że w wyjątkowych przypadkach, zdaniem jego, jak i zdaniem innych neurologów, wrzód miękki wystarcza do wywołania wiału rdzenia, że widywał przypadki, w których wiał rdzenia rozwijał się w rok po zakażeniu przymiotem, co dowodzi, że zakażenie przymiotowe jest nie jedynym, lecz jednym z bardzo wielu czynników powstania tej choroby.

V. KOPCZYŃSKI. ST. przedstawił przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae externae*.

Chory B. lat 35, kupiec, skarży się na niemożność unoszenia powiek ku górze. Choroba rozpoczęła się przed 13 laty. Oprócz stopniowego opuszczania się powiek chory zauważył, iż, chcąc spojrzeć w bok lub do góry i na dół, musi całą głowę w tym kierunku poruszać. Dwojenia w oczach nigdy nie doznawał. Niekiedy tylko po parogodzinnem czytaniu książki wiersze mu się krzywią i mienia, jak twierdzi od zmęczenia. Oprócz grypy, którą przeżył 9 lat temu, na żadną inną chorobę, nawet na dziecięce wysypkowe nie chorował. Po za tem czuje się zupełnie zdrow. Od lat 10 już żonaty, ma dwoje zdrowych dzieci; siostry i bracia chorego zdrowi. Ojciec zmarł po operacji nowotworu na szyi, matka żyje, zdrowa. Nikt w rodzinie na choroby oczne, na zeza nie chorował. Jak podaje chory, od dzieciństwa ma wypukłone obie gałki oczne. Na owo opuszczanie się powiek chory przed 3 laty zasięgał porady u prof. Hirszberga w Berlinie, i z polecenia jego wziął 200 wcierań szaruchy bezskutecznie. Po za tem nie leczył się wcale. Żadnych chorób wenerycznych nie przechodził. Nie pije. Umiarkowanie pali.

— Mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiany. W narządach wewnętrznych żadnych zmian. Z zaburzeń w układzie nerwowym stwierdzo no tylko, co następuje: obie brwi uniesione łukowato ku górze (zastępczo, w celu unoszenia powiek), liczba zmarszczek na czole zwiększona. Wybitne obustronne wysadzenie gałek, powieki górne mocno opuszczone: przy patrzeniu przed siebie prawa zakrywa górne $\frac{3}{4}$ części źrenicy, lewa połowę. Ruchy gałek ocznych po obu stronach do minimum ograniczone; środek źrenicy przesuwają się od linii obrotu osi gałki ocznej we wszystkich kierunkach nie więcej nad $\frac{1}{2}$ milimetra. Źrenice umiarkowanie szerokie. Na światło i na przystosowanie oddziałują prawidłowo. Siła widzenia, refrakcja, dno oka i pole widzenia prawidłowe.

Mówca rozpoznaje w danym przypadku przewlekłe postępujące porażenie jąder nerwów okoruchowych, cierpienie, które w r. 1858 Graefe wyodrębnił jako oddzielną jednostkę chorobową o ciemnej etiologii.

Przy sposobności mówca przedstawił drugiego chorego, demonstrowanego już raz w sekcji przed dwoma laty z tem samem rozpoznaniem: u chorego po latach 40 trwania choroby wystąpił zanik mięśni na kończynach i na stopach o charakterze zaniku rdzeniowego, a w ostatnich czasach występuje objaw Babińskiego. Mówca podkreśla istnienie w danej chorobie specjalnej wrodzonej skłonności do wyczerpywania się czynności komórek ruchowych w pniu mózgowo-rdzeniowym.

W dyskusji Sterling podkreśla fakt, że w przedstawionym przypadku nie było dwojenia, jak i w większości odpowiednich przypadków: brak dwojenia uważa za jeden z najbardziej charakterystycznych objawów *ophthalmoplegiae chronicae progressivae* w odróżnieniu od innych porażenń ocznych. Wbrew przemówieniu Higiera zaznacza, że dwojenia brak nawet w takich przypadkach *ophth. chron. progr.* gdzie objawy porażeniowe rozwinięte są w obu oczach nierównomiernie (np. w przedstawionym w sekcji przez S. przypadku.)

Biro zastanawia się, dlaczego upośledzenie ruchów gałek ocznych w pewnych kierunkach jest większe, w innych mniejsze.

Bregman rozpoznawałby w drugim przypadku zapalenie substancji szarej mózgu i rdzenia przewlekłe. Wysadzenie gałek w 1-y m przypadku wskazuje na wrodzone osłabienie mięśni.

Kopczyński odpowiada, że pole widzenia u obu chorych jest zupełnie normalne na obu oczach, że na podwójne widzenie istotnie chorzy się nie skarżą. Wbrew twierdzeniu Bregmana rozpoznanie u drugiego chorego zapalenia substancji szarej upada, gdyż oftalmoplegia u niego istnieje od 20-go roku życia, to jest od lat 40, gdy zaniki mięśni na kończynach i stopach od lat 3-ich, i od tego dopiero czasu przestał on pracować. Mamy tu więc powikłanie oftalmoplegii zanikami mięśni typu rdzeniowego, co świadczy o jakiejś wrodzonej skłonności do wyczerpywania się czynności komórek ruchowych.

Higier uważa dwojenie w ostrej oftalmoplegii za prawidłowo w przewlekłej za rzadki wyjątek. W ostrej oftalmoplegii dwojenie stopniowo znika — nawet przy niewielkiej poprawie ze strony porażonych mięśni, — gdyż powstają nowe mechanizmy, ruchy synergiczne, celowe przechylenie głowy i kierowanie gałek ocznych przy wpatrywaniu się, słowem wytwarza się przystosowanie zupełne. W oftalmoplegii przewlekłej nie ma to miejsca jedynie przez to, że porażenia powstają bardzo stopniowo w ciągu wielu lat, obejmują jednocześnie mięśnie obu gałęzi, są nietylko symetryczne, ale i jednakowego natężenia z obu stron. Wyjątek stanowi nierównomierność ptozy obu oczu. Oftalmoplegia zupełna jest o wiele rzadsza od oftalmoplegii zewnętrznej: jedna i druga stanowi zupełną analogię do porażenia opuszkowego i do choroby Duchenne-Arana. W przypadku, przez Higiera przed kilkunastu laty opisanym, zewnętrzna oftalmoplegia stopniowo przeszła w porażenie opuszkowe i rdzeniowe, pogorszywszy się znacznie po zapaleniu

wielonerwowym połogowym. Czy zwężenie pola widzenia często towarzyszy oftalmoplegii przewlekłej, zasługuje na bliższe zbadanie.

VI. H. HIGIER, przedstawił przypadek wylewu krwawego (Haematomyelia spontanea) w części grzbietowo-lędźwiowej rdzenia.

Chory lat 45, wyglądający na lat 65, człowiek zupełnie zdrowy, dobrze odżywiany i ciężko pracujący, zachorował przed 9 tygodniami na silne bóle nóg, do czego się przyłączyły w ciągu kilku dni przemijające obrzmienie stóp, drętwienie, mrowienie oraz uczucie zimna w stopach. W domu mimo kąpeli, wcierań salicylatów i licznych zabiegów napotnych, chory nic się nie poprawił i gościec—jak go miejscowi lekarze rozpoznali—pozostał umiejscowionym w mięśniach kończyn dolnych.

Przy pierwszym, względnie pobieżnym badaniu Higier, licząc się z powyższymi wywiadami i uzupełniwszy je okolicznością, że chory od szeregu lat wypijał po kieliszku wysokoju 2 razy dziennie, rozpoznał ostre zapalenie nerwów, prawdopodobnie na tle wysokowym powstałe. Upoważniły do tego następujące, przy badaniu stwierdzone dane: lekki niedowład wiotki dolnych kończyn, osłabienie wszelkich rodzajów czucia, wybitna bolesność mięśni na ucisk, przemijające zaburzenia naczynioruchowe i brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa. Po bliższym atoli zbadaniu i dokładniejszym zbieraniu danych podmiotowych, o których chory sam nie wspominał i mało wiedział, należało cofnąć to, skądinąd bardzo prawdopodobne rozpoznanie i po rozpatrzeniu poważnych czynników różniczkowo-rozpoznawczych przechylić się do przyjęcia ostrego cierpienia rdzeniowego. Okazało się przedewszystkiem: 1) że choroba rozpoczęła się prawie nagle, gdyż bóle nóg pojawiły się zrana podczas ubierania się, potęgując się nieznacznie w ciągu następnych kilku dni. 2) że bóle, oszczędzające pnie nerwowe, obejmują nie tylko nogi, ale pośladki, krzyż i brzuch do wysokości 8 żebra. 3) że drętwienie i osłabienie czucia dochodzą do tejże linii, opasującej tułów, 4) że chory od początku choroby cierpi na zaparcie stolca i zatrzymanie moczu, które mu wprawdzie tak mało dokuczają, że o nich nie wspominał, 5) że stosunek piciowy, od kilku tygodni znacznie osłabiony, oddawanie moczu i stolca kończą się w ostatnich czasach silnym bólem kurczowym w odbycie i kroczu, 6) że dolna połowa ciała poci się znacznie mniej od górnej. Dokładne badanie przedmiotowe uzupełniło też obraz kliniczny na korzyść rozpoznania ośrodkowego. Okazało się, że utrudnienie chodu i ruchów wogóle zależne jest przedewszystkiem od bólu mięśniowego, występującego przy kurczeniu się mięśni, że brak jest zupełny bezładu i zaburzeń w pobudliwości elektromięśniowej, że w minimalnym stopniu dotknięte jest czucie dotykowe i stereognostyczne, że skóra i tkanka tłuszczowa są na ucisk bardzo mało wrażliwe, pomimo znacznej bolesności uciskowej mięśni nóg, pośladków, brzucha i krocza, że bolesna też jest kość krzyżowa, że odruchy brzuszne, górne i dolne są zniesione przy zachowanych odruchach ze strony podszew i dźwigaczy jąder.

Przy tym zespole objawów należało rozpoznać: wylew krwawy do

rdzenia. Przemawiało za tem nagłe powstanie przy wkładaniu butów, nadużycia wyskowe i starczy wygląd 45-letniego mężczyzny. Zastępują na uwagę: 1) bolesność wszystkich mięśni, włączając mięśnie powłok brzusznych, zwieraczy i krocza przy spólkowaniu, 2) osłabienie czucia powierzchownych tkanek przy nadczułości głębokich, 3) brak zupełny odruchów ścięgowych, 4) zaburzenia naczynioruchowe i potowydzielnicze dolnej połowy ciała. Górna granica wylewu dochodzi do 8-go odcinka grzbietowego lub nieco wyżej, dolna do 2-go krzyżowego lub nieco niżej. Dotknięta jest głównie tylna-boczna symetryczna część substancji szarej. Wylew rurkowaty (*haematomyelia tubularis*, *Röhrenblutung*) pozostawił nieuszkodzonemi: przednie rogi (odżywcze), tylne pęczki (dotykowe), boczne tory (kojarzoniowe). Brak zupełny odruchów ścięgowych przemawia za zniszczeniem odnośnych łuków odruchowych w obrębie substancji szarej, bolesność mięśni dowodzi odosobnionego wewnątrz-rdzeniowego umiejscowienia włókien czuciowych dla mięśni, znajdujących się w danym przypadku w stanie podrażnienia uciskowego. Poważnych danych dla rozpoznania towarzyszącego wylewu międzypopowego (*haematorrhachis*) niema.

W dyskusji Flatau nie zgadza się zupełnie z rozpoznaniem wylewu krwi do rdzenia, lecz rozpoznaje w danym przypadku rozsiane zapalenie nerwów, a to dlatego, że 1) wylew krwi do rdzenia, powstały samorzutnie, bez urazu, należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich, 2) wobec obustronnego zajęcia tylnych rogów na znacznej przestrzeni byłyby u chorego objawy zaburzeń ze strony stolca i pęcherza, 3) zaburzenia potowydzielnicze bywają i w zapaleniu wielonerwowem, 4) bolesności mas mięśniowych nie spotykamy nigdy w wylewie rdzeniowym, o analogji z bólami pochodzenia ośrodkowego nie możemy mówić, chodzi tu bowiem o nadczułość neuronu obwodowego, 5) zapalenie wielonerwowe przebiegać może ostro.

Higier w odpowiedzi Flatauowi podkreśla te momenty z historii choroby, które go skłoniły do zarzucenia pierwotnego rozpoznania „zapalenia wielonerwowego“. Do rozpoznania „wylewu krwawego w rdzeniu“ zmuszają: 1) początek nagły, 2) zajęcie równomierne kończyn i okolicy brzucha do wyrostka mięczykowatego (zaburzenia czuciowe, naczynioruchowe i swoiste potowydzielnicze), 3) bolesność krzyża i opasujący ból na wysokości 7—8 żeber, 4) zaburzenia przy wytrysku nasienia, oddawaniu moczu i kału, 5) zniesienie odruchów brzusznych z obu stron oraz 6) brak porażen, bezładu i zaburzeń pobudliwości elektrycznej. Umiejscowienie wspomniane — wylew rurkowaty nieznaczny, ośrodkowo położony, tuż za kanałem środkowym i obejmujący symetrycznie tylna-boczną część substancji szarej—dosyć dobrze tłumaczy cały obraz kliniczny. Hypotezę o odosobnionym przebiegu dróg czuciowych dla muskulatury Higier wypowiada w celu tłumaczenia niezwykłego dla wylewu krwi do rdzenia objawu: t. j. bolesności mięśni. Niezależnie od słuszności tej hipotezy rozpoznanie sprawy rdzeniowej wydaje się prelegentowi bardziej uzasadnione od zapalenia wielonerwowego ostrego, wymagającego conajmniej kilku dni do rozwoju swego i mającego zazwyczaj typ obwodowy.

VII. HIGIER i NEUGEBAUER. Zboczenie rozwojowe w układzie nerwowym w przypadku przewrotności płciowej.

Pokaz preparatu (ze zbiorów goszczącego chwilowo w Warszawie muzeum Thoineta preparatów woskowych i moulages), przedstawiającego okolicę pośladków, odbytu i narządów płciowych mężczyzny, dotkniętego przewrotnością płciową w postaci zawodowej pederastji. Główne nerwy czuciowe, które w warunkach prawidłowych zaopatrują narząd płciowy, na danym preparacie zbierają się w okolicy odbytu. Preparat ten, uderzający pięknem obrobieniem, wykonany został przez artystę — anatoma Paula w Dreźnie i modelowany podobno z oryginału prof. Krafft-Ebbing'a. Biorąc pod uwagę dane z piśmiennictwa lekarskiego, nie wspominającego nic o opacznym unerwieniu obwodowym u homoseksualistów, należy, zdaniem Higiera, preparat ów uważać za falsyfikat, wprowadzający w błąd nieświadomych rzeczy.

VIII. JAROSZYŃSKI. Przyczynek do psychoanalizy idei natrętnych.

Zdaniem Freuda, te zespoły wyobrażeń („kompleksy“), które skutkiem urazu nabierają zabarwienia ujemnego pod względem wzruszeniowym, wyosobniają się od reszty świadomości, jako niemożliwe do zniesienia (un erträglich), czyli podlegają stłumieniu (Verdrängung). Ten wyparty ze świadomości zespół, czyli wzruszenie uwięzione może się wyładowywać w dwojaki sposób:

1) albo drogą przetwarzania się w unerwienie cielesne (konwersja), powodując napady nerwowe, porażenia, przykurczenia etc.—czyli tą drogą powstaje histerya.

2) albo przyczepia się do innych wyobrażeń obojętnych, przechodząc na poziomie świadomości (transpozycja) do innych wyobrażeń, które nabierają wskutek tego siły natręctwa i tą drogą powstaje nerwica przymusowa (Zwangsneurose).

Siła stłumienia przechodzi w siłę natręctwa. Energia ukryta, związana wskutek siły tłumienia z pewnymi wyobrażeniami, może się od nich odłączyć i działać poniekąd in statu nascendi, nabierając siły „energji wyzwolonej“, nadającej siłę natręctwa innym wyobrażeniom.

Przykład najczęstszy: neurastenia u onanisty. Skargi hipochondryczne zaczynają się zwykle po przeczytaniu broszurki, traktującej o szkodliwości samogwałtu dla zdrowia lub po wizycie lekarza, który nieopatrznie nastraszy pacjenta, pragnąc ułatwić mu odzwyczajenia się od nałogu. Gdy pod tymi wpływami onanizujący się pragnie pozbyć się swego przyzwyczajenia, wówczas po pewnym czasie takiego „tłumienia“, powstają idee natrętne, dotyczące stanu zdrowia: wydaje mu się, że traci pamięć, że traci wzrok i t. d. Siła tłumienia przenosi się na wyobrażenia, użyte do tego tłumienia, t. j. myśli o szkodliwości nałogu dla zdrowia i nadaje im siłę natręctwa. Dlatego onaniści lekkomyślni, nie mający wyrzutów sumienia z powodu oddawania się samogwałtowi, ani ci, którzy nie porzucili

nałogu odrazu albo po jego zaprzestaniu przeszli do stosunków płciowych normalnych—rzadziej cierpią na neurastenię t. zw. seksualną.

Podobne rozumowanie można przeprowadzić w 3-ch poniższych przypadkach idei natrętnych, objaśnianych i analizowanych z punktu widzenia teorii Freud'a.

1) Uczeń l. 17. Zdolny, chętny do nauki. W 13 r. życia samogwałt, uprawiany do r. 15, potem nagle zaprzestał. Od tego czasu polucje. W 16 roku życia wstąpił do zakładu katolickiego w Chyrowie pod Lwowem, gdzie począł podlegać wpływowi religijnemu ze strony jezuitów. Jeden ze spowiedników, pragnąc, aby się odzwyczaił od onanizmu, począł mu wpajać myśl, że to grzech, że musi tego zaprzestać. Pod tym wpływem odzwyczaił się rzeczywiście. Powoli zaczęły się rozwijać idee natrętne grzeszności — mianowicie wszystko, mogące dać powód do zdrożnych myśli, wydawało mu się grzechem, jakkolwiek w głębi przekonany był, że tak nie jest. Więc np. przy ubieraniu rannem „spieszył się, aby nie widzieć, jak sąsiad się ubiera, bo to mogłoby być grzechem śmiertelnym“, „bał się spojrzeć na spodnie kolegi, bo to by mogło być okazją...“, w kaplicy bał się siąść blisko kolegi, bo „to mógł być nowy grzech“, „uczy się np. historii:—ten zabił tego i tego—ale mam słabą pamięć—może jest inaczej—posądzenie niesłuszne jest grzechem“ (wyjątki z listu do rodziców). Podczas zajęcia w klasie siedział niespokojny, aby nie widzieć nogi, buta kolegi i t. d., kolega dmuchnął—powietrze może dolecieć do jego twarzy — nowa okazja do grzechu.

Rozbierając ten przypadek, widzimy: 1) seksualność, rozbudzoną w kierunku zboczenia (onanizm), 2) seksualność, stłumioną drogą wpływu hamującego ze strony religii, 3) siła stłumienia seksualności uległa przemieszczeniu w siłę natrętności grzeszności. Czyli seksualność, uległszy przez wpływ religijny stłumieniu, zaczęła powracać do świadomości pod inną postacią, mianowicie pod postacią tych wyobrażeń, które zostały użyte dla stłumienia — t. j. idei grzeszności; tą drogą powstały chorobliwe objawy ciągłego grzeszenia.

2) Słuchacz teologii w Krakowie l. 24 (obserwowany w ambulat. prof. Piltza), pochodzi z rodziny nieco obciążonej (brat cierpi na padaczkę). Od 12 roku życia przedwczesne pobudzenie płciowe: onanizm i stosunki z kobietą (niezpełne, w celu zapobiegawczym). Od 4 lat ucześniejsza na teologię, od tego czasu pod wpływem religijnym stara się zapomnieć o życiu płciowym. Zrazu udaje mu się to w zupełności: w ciągu roku czuł się bardzo dobrze, nie miał nawet polucji. Stopniowo jednak rozwinęły się obawy przed ciągłym grzeszeniem: spojrzenie na kobietę począł uważać za grzech, podobnie odczuwanie sympatii do jednego kolegi większej, niż do drugiego. Z powodu tych „skrupułów grzeszności“ (jak sam je nazywa w pamiętniku, z którego wszystkie szczegóły historii choroby zostały zaczerpnięte) chodził ciągle do spowiedzi, co go jednak tylko na krótki czas uspakajało. Od roku zaczęły go dręczyć sny—zjawiały mu się np. nagie kobiety, które go prześladowały. Starając się od tych myśli uwolnić, począł, leżąc w łóżku, wstrzymywać oddech i zaciskać pięści—by wywołać ból fizyczny i tym sposobem odwrócić uwagę od dręczących go obrazów

Od tego czasu i na jawie począł zwracać uwagę na płuca, serce (zdawało mu się, że jest chory na suchoty, na wadę serca), oraz zaczął wykonywać niespokojne ruchy rękoma. Z temi właśnie skargami przyszedł do ambulatorjum — dopiero analiza pamiętnika wykryła ogniwa pośrednie. Mamy tu do czynienia, jak i w przypadku poprzednim: 1) z seksualnością, przedwcześnie rozbudzoną, 2) następnie uległą stłumieniu pod wpływem religijnym, 3) przemieszczeniem w obawy grzeszności, jak w przyp. pierwszym, 4) powrót wyobrażeń stłumionych w snach i znowu przejście drogą przemieszczenia na idee hypochondryczne sposobem omówionym: te wyobrażenia i fakty, które zostały użyte dla stłumienia, stały się z kolei natrętnymi (ruchy rąk), albo stały się dominującymi w świadomości (stąd skargi hypochondryczne, dotyczące płuc, serca). Czyli i w tym przypadku siła stłumienia przeszła w siłę natręctwa. Chory po przeprowadzeniu analizy i wytłomaczeniu mu genezy jego cierpień, poczuł wybitną poprawę i z czasem pozbył się swych dolegliwości.

3) Mężczyzna l. 33, cierpi od lat 7-miu na idee natrętne dotyczące niewygody ubrania. Gdy siedzi, nagle doznaje niepokoju — „ciśnię go“ — musi odpiąć guzik od szelek, gdy jest sam, chętnie zrzuca ubranie zwierzchnie. pozostaje w kamizelce, albo koszuli, lub też kładzie inne, stare, do którego się przyzwyczał. Z początku nie wiedział, że to są idee chorobliwe, wydawało mu się, że w istocie ubranie jest niewygodne i dlatego ciągle zamawiał nowe garnitury, zmieniał ciągle krawców i t. d. Dopiero po roku zrozumiał, że jest to natręctwo myśli i począł się leczyć bezskutecznie. Najlepiej mu zrobiły kąpiele powietrzne, i teraz chętnie kilka razy dziennie używa ich, rozbiera się do naga np. po obiedzie, gdyż wówczas bez ubrania czuje się najlepiej, ma ruchy najbardziej swobodne i sprawne (dlatego np. zawsze jest zupełnie bez ubrania podczas pakowania rzeczy i t. d.).

Wynik psychoanalizy: 7 lat temu podczas powstania idei natrętnych mieszkał w Szwajcarji, jako student. Z początku natręctwo dotyczyło tylko jednego ubrania, mianowicie określonego tużurka; gdy był weń ubrany, czuł niepokój, potęgujący się zwłaszcza, gdy znajdował się w towarzystwie kobiet. Dalej psychoanaliza wykryła, że zajęty był wówczas pewną mężatką, u której bywał codziennie; do stosunków jednak nie dochodziło, a to z powodu, że miał w tym czasie rzeżączkę. Tak trwało kilka miesięcy — widywał się z nią ciągle, oboje byli silnie podnieceni pod względem płciowym, wizyty u niej denerwowały go bardzo. Chodził do niej zawsze w tużurku, a to dlatego, by łatwiej mógł się zabezpieczyć przed wzrokiem kogokolwiek, ktoby mógł nagle wejść do pokoju (miewał czasami ubranie rozpięte); był to właśnie ten tużurek, który pierwszy zaczął go denerwować i od którego zaczęło się natręctwo niewygody ubrania, od czasu gdy zerwał ten dręczący go stosunek.

Mamy zatem w danym przypadku: 1) seksualność, podnieconą w kierunku nienormalnym, 2) seksualność, stłumioną wskutek specjalnych okoliczności (rzeżączki), 3) przejście siły tłumienia w siłę natręctwa drogą symbolizacji na te wyobrażenia i przedmioty, które były użyte do tłumienia. Przejście na natręctwo niewygody ubrania mogło w danym

przypadku nastąpić z łatwością, a to z powodów: 1) ubranie jest wogóle przeszkodą do wyładowania podniecenia płciowego, 2) w danym razie tużurek był użyty do zakrywania rozpiętych części ubrania.

Po kilku seansach leczenia psychicznego chory doznał wyraźnej poprawy.

Wnioski ogólne: 1) Niektóre idee natrętne mają niewątpliwie podkład seksualny, za przykład czego mogą służyć przypadki przytoczone, tem więcej przekonywujące, że pierwsze dwa poddano psychoanalizie piśmiennej, t. j. na zasadzie listów lub pamiętnika, wyłączającej możliwość bezwiednej autosugestji lub naciągania faktów ze strony badającego.

2. Zależność natręctwa idei od siły stłumienia (Verdrängung) seksualnego da się najracjonalniej, zdaniem naszym, sformułować w prawie znajdującem zastosowanie w podanych przypadkach: energia seksualności, podlegającej stłumieniu, nadaje siłę natręctwa tym wyobrażeniom i aktom, które zostały użyte do tłumienia.

3) Fakt skuteczności leczniczej psychoanalizy w ideach natrętnych miałby donieść znaczenie pod względem praktycznym, gdyż natręctwo myślowe dotychczas było uważane za mało nadające się do leczenia psychicznego.

4) Zasługuje na podniesienie strona pedagogiczna pierwszego przypadku i po części drugiego: wychowywanie w przesadnie religijnej atmosferze może być często szkodliwe dla zdrowia psychicznego.

W dyskusji Sterling sądzi, że jak w pierwszym, tak zwłaszcza w drugim przypadku J. nie mamy bynajmniej do czynienia z ideami natrętnymi; fakt, że chorego trapią pewne określone objawy somatyczne, nie może być zakwalifikowany, jako idea natrętne (przypadek drugi), w przypadku pierwszym obserwacja jest zbyt krótka, ażeby uważać wyleczenie za trwałe.

Bornstein zaznacza, że w ideach natrętnych chory zdaje sobie sprawę co do bezsensowności idei. B. krytykuje Freuda, który wszędzie doszukuje się pobudek płciowych.

Higier nie we wszystkich omawianych przypadkach rozpoznabył idee natrętne, a zwłaszcza związek przyczynowy z dziedzina płciową. Trudno sobie przedstawić podkreślony przez pacjenta-teologa wpływ hamujący zatrzymywanego oddechu i mocnego zginania pięści na zjawianie się w fantazji zawodowego onanisty sprośnych scen kobiecych lub przeistaczanie się tych dowolnych i przemijających ruchów w mimowolne i stałe tiki patologiczne. Freud niewątpliwie przyczynił się wielce swoją psychoanalizą do wyswietlenia niektórych zagadek w dziedzinie hysterji i neurastenii, ale przesada wielu jego zwolenników dochodzi do kompletnego absurdu, uniemożliwiającego poważną dyskusję. Wystarczy przeczytać ostatnią elukubrację o „Analerotik und Analecharakter“ Sadger'a, lekarza skądinąd bardzo światłego, znanego patografa kilku znakomitości niemieckich, aby się przekonać do jakich niedozwolonych niedorzeczności domorośli psychoanalitycy dochodzą. Dość powiedzieć, że znajdują przewrotność płciową w 1-ym roku życia, psychoanalizą sięgają do erotyki z pierwszych miesięcy życia, że „nadmierny pociąg do czystości w gospo-

darstwie“ oraz „zbytnią oszczędność“ uważają za cechy rozpoznawcze erotyzmu odbytu (Analerotic). Higier proponuje poświęcić specjalny wieczór dyskusyjny aktualnej tej sprawie.

W odpowiedzi Jaroszyński zaznacza, iż obawy grzeszności, czyli „skrupuły“ należą niewątpliwie do idei natrętnych, nie zaś obłądnych, jak uważa kol. Sterling, chory bowiem zdaje sobie sprawę, że nie mają one racjonalnej podstawy, a mimo to prześladują go one ciągle; w ideach obłądnych samo „ja“ krytyczne podlega chorobliwemu urojeniu, co cechuje chorobę umysłową. Co do zarzutów względem teorii Freuda, to bezwątpienia jest ona pod wielu względami przesadna, jednak zawiera też wiele słuszných spostrzeżeń; dlatego też nie należy potępiać jej całkowicie, przeciwnie, wysyskać dla celów praktycznych to, co jest w niej wartościowego. Powyżej podana analiza trzech przypadków jest próbą zastosowania pojęć Freuda w skich do kilku idei natrętnych, przyczem starano się możliwie uniknąć suggestjonowania się; zresztą w naszej analizie zależność psychologiczna natręctwa od tłumienia seksualności jest dość jasna i prosta, tak że o naciąganie faktów można nas posądzić o wiele mniej, niż samego Freuda w wielu jego pracach.

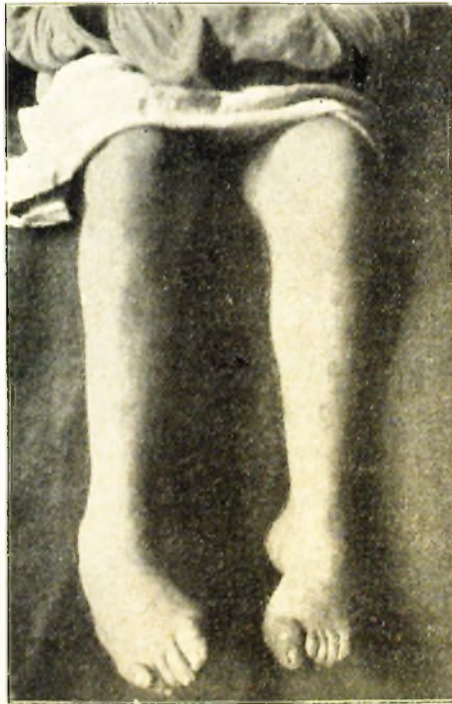
Sekretarz St. Kopczyński.

POSIEDZENIE DNIA 16 KWIETNIA 1910 r.

- 1) Handelsman. Przypadek dystrofji mięśniowej typu Marie-Tooth.
- 2) Bychowski. Przypadek hysterji z koprofalją.
- 3) Kopczyński St. i Jaroszyński. Dwa przypadki kurczu szyi (torticollis.)
- 4) Rotstadt. Przypadek oftalmoplegji pochodzenia urazowego.
- 5) Koelichen i Sterling. Przypadek przypuszczalnego stwardnienia wieloogniskowego z zaburzeniami mowy o charakterze zamiarowym.
- 6) Pechkranc. a) Przypadek dystrofji układu kostnego.
b) Przypadek białaczki z objawami mózgowymi.
- 7) Higier. Trzy przypadki rodzinnej postaci moral insanity.

I. HANDELSMAN J. przedstawił przypadek dystrofji mięśniowej typu Marie-Tooth. Przypadek dotyczy chorego, mającego obecnie lat 40. W 8-ym roku życia zachorował on nagle: dostał silnych bólów w kończynach i podobno nie mógł wykonać najmniejszego ruchu bez wywołania bólu; gorączki ani drgawek ogólnych nie było. Ruchy mięśni twarzowych były zachowane i nie bolesne. Po paru tygodniach bolesność ruchów znacznie się zmniejszyła, chory jednak nie mógł wstać z łóżka; ruchy rękami i głową znacznie się poprawiły. Po 3-ich latach chory zaczął chodzić. Od tego czasu ruchy rękami były zupełnie dobre, chodził bez pomocy kija, stopy jednak były trochę zgięte w sta-

wach skokowych. Stan taki trwał 26 lat; dopiero 3 lata temu zachorował znowu nagle: po przeziębieniu ból w lewym podżebrzu, następnie w obu kończynach dolnych i górnych, tak że znowu nie mógł nimi poruszać. Po roku bóle minęły zupełnie i wtedy chory stwierdził, że znacznie trudniej mu chodzić; może tylko chodzić, opierając się na kij; stawianie stóp znacznie gorsze, niż poprzednio. Jednocześnie zaczęło występować zniekształcenie palców rąk i nóg, palce piąte kończyn górnych zaczęły się przykurczać.



Nie przyznaje się do syfilisu ani do opilstwa. Żadnych danych dziedzicznych.

Stan obecny. Chory małego wzrostu, miernego odżywiania. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono zmian. Inteligencja mała. Żrenice nierówne, oddziaływanie na światło i na nastawienie słabe, zwłaszcza z lewej strony. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, drżenia nie ma. Szpary oczne wąskie; lekkie opadnięcie prawej powieki. Nos ma formę siodełkową. Ruchy mięśni twarzowych prawidłowe; mimika twarzy nieznaczna, tak iż twarz robi wrażenie maski, podczas mowy zaś i mi-

miki uczuciowej czyni wrażenie twarzy z gumy. Mowa ma lekki przydźwięk nosowy i jest nieco drżąca.

Kończyny górne: w obu kończynach przykurczenie piątych palców, z lewej strony silniejsze, chory sam nie jest w stanie wyprostować tego palca; bierne wyprostowanie jest bardzo utrudnione i niezupełne. Ruchy dowolne w stawach barkowych, łokciowych i napiętkowych zupełnie dobre i siła tych ruchów dosyć duża; jest jednak pewne osłabienie wyprostowania dłoni, zwłaszcza lewej; ruchy palców są powolne; obustronnie przywodzenie i odwodzenie palców upośledzone, z lewej strony bardziej, niż z prawej, przeciwstawienie dużego palca powolne i osłabione. Wyprostowanie małego palca z prawej strony jest o tyle niedostateczne, że drugi członek nawet przy największym wysiłku tworzy z pierwszym kąt rozwarty, z lewej strony prosty; bierne wyprostowanie z prawej strony mało ograniczone w pierwszym stawie



międzyczłonkowym, z lewej zaś strony bardzo ograniczone, tak że przy największym wysiłku pozostaje w stawach członkowych kąt nieco większy niż prosty; przy nadmiernym wyprostowaniu czuje się naprężone ścięgna zginaczy, prócz tego objawy analogiczne stwierdzić się dają w 4-ym palcu i w nieznacznym stopniu w 3-im palcu lewej ręki. Zanik mięśni międzypalczowych, kłębu i kłębuszka i mięśni przedramienia.

Czucie zachowane. Odruchy z ścięgna trójgłowego słabe, odruchy z okostny dosyć żywe. Odruchy brzuszne dosyć żywe. Odruch mosznowy prawy bardzo słaby, lewy żywszy.

Kończyny dolne: w leżącej pozycji nogi są wyprostowane w kolanach, obie zaś stopy zbliżone i zwrócone ku wewnątrz. Wogóle zmiany są większe w prawej stopie. Stopa ta jest zgięta prawie pod kątem prostym. Palce są krótkie, stłoczone jeden obok drugiego. Stopy przedstawiają tu bardzo wybitny typ szpotawo-koński. Przy ruchach

biernych można w lewym stawie skokowym wykonać bardzo nieznaczne wyprostowanie; przy biernym zgięciu podszwawem opór jest mniejszy. Po stronie prawej przy zgięciu grzbietowym wyczuwa się silny opór, rozmiar tego ruchu przy największym wysiłku jest minimalny; zgięcie podszwawo można wykonać w większym rozmiarze. Obie stopy są chłodne i sinawe. Zanik mięśni grupy strzałkowej. Ruchy dowolne w leżącej pozycji w stawach skokowych są wybitnie upośledzone, po stronie prawej więcej, niż po stronie lewej, zgięcie grzbietowe jest gorsze, niż podszwawo; chory w prawym stawie skokowym wykonywa wyprostowanie minimalne; przy zgięciu podszwawem cały zewnętrzny brzeg stopy opuszcza się ku dołowi i ku wewnątrz. Przy stawianiu oporu wyraźne osłabienie siły tego ruchu; ruchy palcami są nieznaczne (pod względem rozmiarów).

Chodzenie bez kija niemożliwe, chód powolny, kaczkowaty; przy chodzeniu stawia stopy ich zewnętrznym brzegiem. Czucie zachowane.

Odruchy kolanowe żywe; odruchy ze ścięgna Achillesa słabe, podszwawo prawidłowe.

Nakłucie łądźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty w I mm³ (według metody Fuchsa-Rosenthala)— $2\frac{2}{3}$ limfocyty; białka (faza I Nonnego) niema.

Badanie elektryczne wykazuje tylko zmiany ilościowe w m. m. kłębu, kłębuszka, międzykostnych i strzałkowych.

Przeciw rozpoznaniu zapalenia wielonerwowego (a mianowicie polineuritis chronica Oppenheima) przemawia bardzo powolny rozwój, brak zaburzeń czuciowych, brak bolesności, objawy żrenicowe; przeciw syringomyelji — brak rozszczepienia czucia, brak odruchu Babińskiego i objawów kurczowych i t. p. Z pośród zaników mięśni postępujących odrzucić można przypuszczenie: 1) dystrofji mięśniowej postępującej, t. j. postaci myopatycznej, oraz 2) postaci rdzeniowej zaników mięśniowych (t. j. postaci Duchenne-Aran'a i Werdnig-Hoffmanna). Pozostaje przypuszczenie postaci trzeciej, t. zw. neuralnej a raczej rdzeniowo-obwodowej.

Przypadków tej postaci opisano jak dotychczas przeszło 300 (Kügelgen, Archiv. f. Psychiatrie 45. R. 1909). Rozróżniają 4 typy: 1) typ strzałkowy—(Sainton, Soca); typ ten jest dosyć częsty; 2) typ przedramieniowy (Hänel), spotykany bardzo rzadko; 3) typ Déjerine-Sottas (objawy wiadowe w połączeniu z zapaleniem nerwów przerostowem); 4) typ przedramieniowo-strzałkowy (Charcot-Marie, Tooth, Hoffmann). Ten ostatni typ spotrzegany bywa najczęściej. Zazwyczaj występuje rodzinnie (opisywano 30 przypadków jednej rodziny w 6 pokoleniach); dosyć jednak często spotyka się osobne przypadki; sprawa rozwija się powoli i ogranicza się do zaniku mięśni w obwodowych odcinkach wszystkich czterech kończyn; odruchy bywają bądź zupełnie zniesione lub też osłabione; bardzo rzadko odruchy kolanowe są żywe (Sainton).

Musimy rozważyć także możliwość rozpoznania zapalenia rogów przednich rdzenia. Przeciwno niemu przemawiają jednak objawy żrenicowe, mowa z charakterem nosowym, zajęcie mięśni symetrycznie we wszystkich czterech kończynach tylko w częściach obwodowych—powolny,

stopniowy rozwój. Pozostaje więc najprawdopodobniejszym rozpoznaniem postaci Charcot-Marie-Tooth.

Dla porównania pozwolę sobie przytoczyć analogiczny przypadek, opisany ostatnio przez Westphal'a w *Archiv f. Psychiatrie* 1909 r. 45 tom 3 zeszyt. U chorego, w rodzinie którego nie było chorób nerwowych ani mięśniowych, były jednak przypadki chorób umysłowych, w 12-ym roku życia wystąpiło podobno nagle osłabienie przy objawach drgawkowych, zanik obu goleni; osłabienie stopniowo wzrastało, później przyłączyło się do tego także osłabienie zanikowe w częściach obwodowych kończyn górnych. Później rozwój tego cierpienia zatrzymuje się i przez długie lata stan chorego pozostaje bez zmiany.

W roku 1904 można stwierdzić u 45-letniego chorego osłabienie i zaniki w odcinkach obwodowych wszystkich czterech kończyn, odruchy ścięgnowe są słabe. Czucie zachowane. Wyraz twarzy maskowaty i mowa z przydźwiękiem nosowym.

Westphal rozpoznał wtedy zapalenie rogów przednich i po paru latach chory umarł; na sekcji stwierdzono zmiany, jakie się spotyka w rdzeniowo-obwodowej postaci zaników mięśniowych t. j. zwyrodnienia w nerwach obwodowych, zwyrodnienia w słupach tylnych rdzenia, a także zanik komórek zwojowych przednich rogów i komórek słupów Clarke'go.

(Streścił mówca).

W dyskusji Higier uważa dany przypadek za niezupełnie jasny ze względu na początek niezwykle (porażenie zupełne kilkomiesięczne), nawrot po szeregu lat, umiejscowienie niezupełnie typowe, brak czynnika dziedziczno-rodzinnego i t. d. Każdy z wspomnianych czynników może się zdarzyć w dystrofji typu Marie-Tooth, ale zespół takich wyjątków czyni rozpoznanie wątpliwem. W sprawie różniczkowego rozpoznania między wspomnianą przez prelegenta „myopatią“ Déjérine-Sottas'a, Higier tej ostatniej postaci nie zalicza do myopatji, lecz ze względu na zaburzenia czuciowe, zgrubienie nerwów, oraz zanik nerwów wzrokowych uważa ją wbrew mniemaniu niemieckich autorów za „névrite interstitielle hypertrophiante familiale“.

Flatau podnosi trudności rozpoznawcze przypadku. Przeciw zapaleniu rogów przednich rdzenia świadczą dawne zaburzenia ze strony żrenic, zaburzenia mowy, twarz jak maska, co często spotykamy w dystrofji. Powstrzymanie rozwoju choroby i brak czynnika rodzinnego w wywiadach nie przeczy rozpoznaniu, co potwierdzają sekcyjne przypadki Westphal'a.

II. BYCHOWSKI przedstawił 18-letniego chłopca dotkniętego chorobą tików (*Maladie des tics*). Pochodzi on z rodziny zdrowej i sam nigdy nie chorował. Skończył szkołę miejską i był zawsze grzeczny i pilny. Przeszło rok temu znajdował się na statku podczas burzy morskiej. „Rzuciło go na statku“. Wkrótce potem na twarzy wystąpiły rozmaite „grymasy“, a po pewnym czasie i mimowolne ruchy w prawem ręku. Pierwszy pobyt w szpitalu przyniósł podobno znaczną

ulgę, która nie długo trwała. Następny zaś pobyt w szpitalu był zupełnie bezskuteczny. Owszem, oprócz ruchów w twarzy i pr. ręki chory zaczął jeszcze często wykrzykiwać „holla“ i „pardon“. B. poraz pierwszy widział chorego przed 2-ma mies. W twarzy występowały co minutę i częściej kurcze tężcowe bądź to w mięśniach dolnego prawego n. twarzowego, bądź to całego nerwu, rzadziej lewego n. twarzowego albo jednocześnie obydwóch nerwów twarzowych, niekiedy z wysuwaniem języka. Na twarzy czasami wtedy rysuje się wyraz pogardy lub chęci drażnienia kogoś. Niezależnie od tych ruchów chory często (1—2 min.) wykonywa żywe ruchy wyłącznie prawie tylko prawą górną kończyną. Wyrzuca rękę naprzód z zaciśniętą pięścią albo szybko zgina ją w łokciu. Można by te ruchy porównać z ruchami obrony lub groźby. Podczas rozmowy często wykrzykiwał „holla“, „pardon“. Ze strony psychiki, uczucia, odruchów i ruchów dowolnych żadnych zaburzeń nie było. Podczas wykonywania figur gimnastycznych górnymi kończynami, również podczas pisania ruchów prawie wcale nie było. Głośne czytanie lub liczenie nie zostawało prawie przerywane mimowolnymi wykrzykami. Przy leczeniu suggestyjnem ambulatoryjnym nastąpiła z początku wybitna poprawa co do ruchów w rękę. Ale poprawa ta nie była długotrwała. Owszem repertuar jego mimowolnych słów powiększył się jeszcze o szereg wyrazów sprośnych. Obecny stan chorego nie różni się od wyżej opisanego. Chory jest zupełnie świadom całej niewłaściwości swego zachowania się, bywa przez to często narażany na rozmaite przykrości i zatargi na ulicy, w tramwaju i t. p., tembardziej, że przy obcych ruchy się wzmagają i wyrazy stają się częstszymi. Tylko przy odwróceniu własnej uwagi, a właściwie mówiąc, przy nadawaniu uwadze pewnego określonego kierunku (gimnastyka, głośne czytanie i t. p.) występuje wyraźna zmiana ku lepszemu. Obraz kliniczny jest taki dobitny, że B. uważa wszelkie bliższe umotywowanie swego rozpoznania za zbyteczne.

(Streścił mówca).

W dyskusji nad przypadkiem *Bychowskiego Sterling* uważa przypadek za jeden z najczystszych i najrzadszych przykładów t. zw. *maladie des tics*. Przeciwno histerji poza całym zespołem klinicznym przemawia i stan wybitnie obronny ruchów przymusowych, przy których wchodzą w grę te same konstelacje inercyjne, które utrwały się w samym momencie urazu psychicznego. Podkreśla długą przerwę pomiędzy tym urazem a wystąpieniem objawów tiku (kilka miesięcy). Podkreśla kombinacje echolalji z koprolalją (echokoprolalje), którą wykazuje chory, a która dotychczas nie była opisywana.

T. Łapiński widzi w przypadku kol. *Bychowskiego* natrętne czyni: chory wbrew swej woli wymawia brzydkie słowa i wykonywa nieumotywowane ruchy, wogóle dopuszcza się czynów, przeciwnych zdrowemu rozsądkowi, uznaje ich całą nielogiczność. Przypadki podobne *Wernicke* zalicza do natrętnych psychoz. Uraz psychiczny w takich przypadkach odgrywa rolę pierwszorzędną.

Bornstein sądzi, że nie należy tego przypadku zaliczać do

psychoz, że jednak niewątpliwie istnieje tutaj psychiczny element natręstwa. Jest to wyjątkowy przypadek ze względu na całokształt objawów, odpowiadający temu, co opisywał Gille de la Tourette pod nazwą: „*Maladie des tics convulsifs et impulsifs*“.

Przypadek ten nadaje się bezwarunkowo do leczenia metodą psychoanalizy Freud'a.

Higier zwraca uwagę, że, o ile prelegent cofa rozpoznanie histeryj, a uważa swój przypadek za *maladie des tics Gilles de la Tourette'a*, to zarówno ruchy mimowolne jak i kopolalię, czyli wymawianie sprośnych wyrazów, należy uważać za czynności natrętne w dziedzinie ruchu i myśli, czyli za *tics convulsifs i impulsifs*. Pod postacią epidemii psychicznej choroba ta znana jest w Ameryce pod nazwą *jumping*, a w Japonii—*imubacca*. W Syberii wschodniej przed kilkunastu laty psychiatrzy rosyjscy opisali to pod nazwą syberyjską: *meriaczenie*.

Jaroszyński zaznacza, że wyodrębnienie „*maladie des tics convulsifs*“ Gille de la Tourette, jako odrębnej jednostki klinicznej nie można uważać za racjonalne, gdyż mamy tu do czynienia z uporczywymi i rozlanymi tikami, które należy uważać za wyraz nerwicy natręstwa. Tik jest ruchem natrętnym, jak „obsesja“ jest myślą natrętną i oba te objawy cechują chorobę, zwaną psychastenią, która w „*maladie des tics*“ ma specjalnie silny wyraz w dziedzinie ruchowej.

III. KOPCZYŃSKI ST. i JAROSZYŃSKI T. przedstawili dwa przypadki *torticollis mentalis*.

Przypadek I. K. lat 43, urzędnik kolejowy, pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie przechodził drgawki, zresztą żadnej innej choroby nie przechodził. Żonaty. Ma 6 zdrowych dzieci. W r. 1906 po silnych wstrząśnieniach moralnych zauważył, że niekiedy unosi mu się prawa łopadka do góry. W r. 1908 jeździł dużo koleją, narażał się na przeciągi. Wówczas zauważył, że głowa zaczyna mu się od czasu do czasu skręcać wprawo. Jednocześnie występują bóle w okolicy prawej łopadki. To kurczowe skręcanie głowy wprawo zaczęło mu coraz bardziej dokuczać, występując zwłaszcza podczas niepokoju, chodzenia, pisania; w nocy ustawało. Chory pomagał sobie, zlekka podtrzymując brodę palcami. W roku 1909 poddawał się różnym zabiegom leczniczym, różnym metodom elektryzacji, nawet przez pewien czas stosował metodę reedukacyjną, lecz bezskutecznie. Od paru tygodni czuje się lepiej, być może po okładach z fango, które stosuje na noc.

Przedmiotowo: osobnik dobrze zbudowany, dobrze odżywiany. Inteligentny, niesugestywny. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Przy oględzinach widać, iż w spokoju głowa zlekka skręcona jest wprawo, podbródek uniesiony ku górze. Skoro chory poczyni isć, występuje rytmiczne skręcanie głowy wprawo, najpierw nagłe, zależne od kurczu drgawkowego lewego m. mostko-sutko-objczykowego, potem stałe. Głowa dochodzi do maksymalnego skręcenia wprawo. Wówczas chory przemocą świadomie skręca głowę nalewo, naprężając mięśnie przeciwnicze lub też

zlekką dotykając palcem podbródka, lub, uciskając lewą dłońią lewą stronę szyi, usuwa ten kurcz. Wystarcza nawet, gdy ktoś obcy dotykał palcem jego podbródka, by skręcenie głowy ustępowało. Niepokój chorego potęguje te kurcze. Mięśnie barkowe wyraźnego udziału w tym skręcaniu głowy nie biorą. Przy obmacywaniu wyczuwa się, iż lewy mięsień mostkowo-obojęzykowy jest kilkakrotnie grubszy od prawego, prawy mięsień gnykowojęzykowy napina się pod podbródkiem wyraźniej, niż lewy, włókna prawego m. szerokiego szyi zarysowują się dodatniej, niż lewego. Co się tyczy mięśni pasów barkowych, to lewy m. kapturowy wydaje się nieco grubszy, prawe mięśnie łopatkowe nieco bolesne przy ucisku. Zresztą czucie, odruchy, siła ruchowa zmian u chorego nie przedstawiają.

P r z y p a d e k II. Chora I. 39, pochodzi z rodziny mało obciążonej (ojciec pił). Bóle głowy od 15 r. życia, błędnicą. Przed rokiem zauważyła, że przy leżeniu w łóżku na prawym boku jakby głowa podnosiła się do góry, tak że z czasem zaczęła sobie przytrzymywać głowę z lewej strony ręką; po paru tygodniach głowa poczęła się wykręcać to w prawą, to w lewą stronę, przy leżeniu i chodzeniu. Po miesiącu natrętne ruchy głowy wzmogły się do tego stopnia, że przestała sypiać; pojawiły się nadto ruchy w ramieniu, twarzy, oczach. Od paru miesięcy poprawa.

Badanie przedmiotowe: P. 80. Narządy wewnętrzne bez zmian. Organicznych zmian w układzie nerwowym niema. Odruchy ścięgnowe żywe. Badanie ruchów głowy: ruchy mimowolne, o charakterze drgawkowo-tępcowym, mało rytmiczne; ruchy głową to naprzód, to na prawo, to skręcenie na prawo (broda w lewą stronę). Gdy chora wykonywa „gest przeciwdziałający—mian. przykładą lewą rękę do skroni“, wówczas głowa porusza się w mniejszym stopniu, za to bierze udział ramię prawe: lekko unosi się ono do góry, to przywodzi lub rozgina. Przy oględzinach ruchów mięśniowych widzimy działanie m. mostkowo-obojęzykowego prawego, łopatkowo-gnykowych, pochyłych, czworobocznego prawych, po części lewych. Gdy chora znajduje się w pozycji leżącej, z oparciem głowy o poręcz — wówczas ruchy wyraźnie słabną, podobnie prawie nikną, gdy lekarz kładzie obie ręce pod brodę i stanowczo utrzymuje, że ruchy głowy zaprzestaną. Przy odwróceniu uwagi — np. przy wyciągnięciu rąk przed siebie i rachowaniu 1, 3, 6, 9, 12 — ruchów prawie niema. Ruchy dowolne głową możliwe we wszystkich kierunkach. Powstrzymywanie siłą woli ruchów mało się udaje — najlepiej to się udaje przy ruchach przeciwnych (przyciskanie ręki do lewej skroni, zakładanie rąk za tył głowy).

Utrzymywanie głowy w pewnej pozycji ruchu dowolnego możliwe; najłatwiej może utrzymać głowę przy pochylaniu naprzód oraz przy przechylaniu w prawą i lewą stronę; przy skręcaniu w prawo i w lewo utrzymać może głowę tylko w ciągu kilku sekund; przechylania w tył nie może utrzymać — nawet w ciągu sekundy. Zaników, ani przerostów mięśni szyjowych stwierdzić nie można.

W obu przypadkach mamy do czynienia z kurczem mięśni szyjowych, t. zw. torticollis; nasuwa się tylko kwestja, czy jest to sprawa natury organicznej, analogiczna do spazmu francuskich auto-

rów, czy też natury czynnościowej, analogiczna do t i k ó w. Brissaud, Meige oraz Feindel ustalili cały szereg cech rozpoznawczych pomiędzy obydwojma cierpieniami: w k u r c z u właściwym („spasme“) mamy do czynienia z podrażnieniem pewnej gałązki nerwu ruchowego, względnie jego jąder lub też podrażnieniem części czuciowej łuku odruchowego (Brissaud — np. hemispasmus facialis post conjunctivitidem); dlatego też drgania zachodzą ściśle w granicach unerwionych przez jeden nerw, zwykle są jednostronne, mają charakter włókienkowy (contractions fasciculaires); drgania te wysiłkiem woli nie mogą być powstrzymane i zwykle trwają we śnie; sam charakter kurczu jest nieraz paradoksalny („synergie paradoxale“ Babińskiego) np. m. szeroki szyi się kurczy, a jednocześnie warga unosi się do góry, albo kurczy się m. okrężny oka, a skóra na brwi jednocześnie idzie do góry; przeciwnie, tik ma charakter psychiczny, bierze w nim bowiem udział zazwyczaj kilka mięśni, skojarzonych zwykle w akcie woli, który ulega w t i k u skarykaturowaniu; charakter kurczu jest przeważnie błyskawiczny; powstaje on wskutek powtarzania pewnej czynności od przyzwyczajenia (np. mruganie, wrzuszanie ramionami), albo też na skutek chęci wyzwolenia się ze stanu niepokoju (ruchy szyją—przy wysokim kołnierzyku, ruchy rękoma—przy niewygodnych rękawach, tik na twarzy podczas zapalenia łącznicy oka). Tiki mają charakter „asymétrie fonctionnelle“, t. j. nie trzymają się obrębu jednego nerwu, przeciwnie, często przechodzą z jednych mięśni na drugie, unerwione przez inne nerwy. Wysiłkiem woli tik udaje się powstrzymać; we śnie tiki giną; wogóle zależność od wzruszeń i odpoczynku jest widoczna. Charakterystycznym jest, że tik znika przy „ruchach przeciwnicznych“ (geste antagoniste), które pod względem mechanicznym nie przedstawiają wystarczającej siły odpornej (np. lekkie dotknięcie palcem do brody wystarcza do zatrzymania ruchu kręcenia głową, wykonywanego przez szereg mięśni szyjowych). Charakterystyczne jest również znikanie tych ruchów przy odwróceniu uwagi (np. liczenie, zajęcie innych mięśni pracą), — pod tym względem istnieje tu analogja do jąkania się (niektórzy pozbywają się jąkania na czas krótki, gdy np. ściskają pięści lub gdy w kieszeni uciskają palcem na nogę etc.) oraz do niektórych lęków (np. nieraz cierpiący na obawę przestrzeni nie może przejść przez pokój bez pomocy, a gdy trzyma krzesło w ręku, wówczas, zajmując uwagę swoją tą pracą, obawy nie doznaje). Słowem, tiki należą do dziedziny t. zw. ruchów natrętnych, stanowiąc jeden z objawów nerwicy, zwanej psychastenją; mylnie przez niektórych zaliczano je do hysterji: tiki nie podlegają wpływowi suggestji prawie wcale; ruchy rytmiczne w hysterji — np. płasawica rytmiczna zwykle są symbolem pewnej czynności — np. szycia nogą na maszynie, i wówczas przy odwróceniu uwagi nie znikają, a przeciwnie, potęgują się, jak wogóle wszelkie ruchy o charakterze automatycznym.

W danych dwóch przypadkach, a w szczególności w pierwszym, mamy do czynienia z „torticolis mental“, t. j. z tikiem mięśni szyjowych; widzimy tu wszystkie cechy charakterystyczne dla ruchów mięśniowych o charakterze czynnościowym: możliwość powstrzymania wysiłkiem woli, wpływ odwrócenia uwagi, znikanie we śnie, wyraźny wpływ gestu przeciwniczego, wzmaganie się pod wpływem wzruszenia, brak umiejscowienia

ruchów w obrębie jednej grupy mięśniowej. W drugim przypadku jednak widzimy pewne cechy, właściwe kurczom organicznym: kurcze mięśniowe na szyi są włókienkowe lub pęczkowe, — nieraz widać jak się kurczą odrazu różne mięśnie, należące do różnych grup (np. pochyłe, łopatkowognykowe, mostkoobojczykosutkowe), tak że o odtworzeniu tych złożonych kurczów mięśniowych przez akt woli nie może być mowy. Ta okoliczność zresztą nie przeczy faktom dawniej spostrzeganym: Meige utrzymuje, że „torticollis“ nie jest ani czystym tikiem ani czystym kurczem, lecz czemś pośrednim; Babiński w kilku przypadkach „torticollis mental“ spostrzegał objawy organiczne układu nerwowego — np. wzmożenie jednostronne odruchów, odruch Babińskiego i dlatego zaleca leczenie tego objawu drogą chirurgiczną, mian. wycięcia kawałka n. dodatkowego, nie zaś drogą zmudnej reedukacji psychicznej, zalecanej przez Brissaud-Meige. Drugi z przedstawionych przyp. będzie poddany tej reedukacji, a w razie wyniku ujemnego, będzie próbowany zabieg operacyjny (wycięcie odcinka n. XI, idącego do mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego).

(Streścił mówca).

Sterling nie sądzi, ażeby każdy przypadek torticollis można było zaliczyć do grupy tików, niektóre przypadki niewątpliwie należą do hysterji. Wydzielenie przez Brissaud'a grupy t. zw. torticollis mental uważa za nieporozumienie kliniczne, gdyż, pomijając zgruba mechanicznie uwarunkowane przypadki (wskutek zajęcia szyjowej części kręgosłupa, porażenia jednego m. mostko-obojczykowo-sutkowego), każdy torticollis jest mental, t. j. pochodzenia psychogenego. Różniczkowanie tików od t. zw. kurczów jest zestawieniem wartości klinicznych zgoła niewymiernych, gdyż tik stanowi zespół kliniczny o zupełnie określonej postaci, zaś kurcz jest to tylko poszczególny objaw (rozmaicie przytem pojmowany), mogący zdarzać się w najrozmaitszych sprawach bądź to natury organicznej, bądź czynnościowej. Nie zgadza się ze zdaniem mówców, jakoby kurcz zawsze był wyrazem sprawy organicznej: sam spostrzegał przypadki kurczu twarzy połowiczego natury czysto czynnościowej (przypadków takich w piśmiennictwie znajdujemy cały szereg), również dobrze znane są przypadki kurczów czynnościowych w innych dziedzinach mięśniowych (kurcz odźwiernika, przełyku, kurcze mięśni bolesne).

Gajkiewicz opowiada o dwóch przypadkach własnych torticollis, które leczono na drodze operacyjnej (wycięcie n. dodatkowego Willisii). W jednym z nich wystąpił nawrót, w drugim stwierdzono poprawę.

Fiatu podnosi, iż przypadki podobne są częste i ciężkie. Od różnianie tików od kurczów to sprawa nietylko literacka, lecz i praktycznego znaczenia. Często np. porażenie nerwu twarzowego przechodzi w kurcz organiczny tego nerwu. Neurastenicy często miewają różne sensacje w różnych częściach ciała, w skórze i w mięśniach, tak iż kurcz sprawia im ulgę. Zwłaszcza dotyczy to osób, skłonnych do tików. F. zaleca więc leczenie miejscowe (okłady ciepłe np. z fango), ogólne tonizujące i psychiczne.

K o p c z y ń s k i, wbrew twierdzeniom S t e r l i n g a, dowodzi, że nerwice ruchowe często nie mają nic wspólnego z histerją.

J a r o s z y ń s k i wbrew S t e r l i n g o w i nie przypuszcza, by typowe kurcze (spazmy) mogły być pochodzenia czynnościowego. Potwierdza to kilka klasycznych prac Babińskiego, w szczególności „Hemispasme facial périphérique“ (Société de Neurologie de Paris, 6 avr. 1905), w których przytacza on szereg cech różniczkowych dla kurczu połowicznego twarzy; jeden z tych przypadków był sekcyjny i znaleziono zajęcie jądra n. twarzowego. Zaliczanie typowych przypadków torticollis do histerji nie jest racjonalne, gdyż psychiczna geneza tych spraw jest zupełnie inna, leczenie zaś trudne; podatność na działanie sugestji jest minimalna.

IV. ROTSTADT przedstawił dziewczynkę z częściowym porażeniem zewnętrznym mięśni oczu (Ophtalmoplegia externa partialis) i lewego nerwu twarzowego pochodzenia urazowego.

Chorą uderzono porcelanową główką lalki; uderzenie nie wywołało zewnętrznych śladów urazu. Dziewczynka nie straciła przytomności, nie miała krwawienia z ucha lub z nosa. Bezpośrednio po urazie bóle głowy; ku wieczorowi kilkakrotnie wymioty. Po nocy, z silnym bólem głowy, spostrzeżono porażenie lew. nerwu twarzowego, upośledzone ruchy boczne oczu; wystąpiło dwojenie się w oczach. Badanie na oddziale dr. Flataua wykazało: 1) bezwład lew. nerw. twarzowego, 2) brak zupełny skojarzonego ruchu bocznego oczu wlewo (paralysis m. rect. inter. dextr. i m. rect. extr. sin.) oraz 3) niedowład bocznego ruchu skojarzonego gałek wprawo (paralysis m. rect. intern. sin. et paresis m. rect. extr. dextr.). Przy ruchach ku górze i nadół drgania gałek. Ruchy zbieżne; wszelkie inne oraz zdolność przystosowania zachowane. Częściowy odczyn zwyrodnienia w lewym m. unoszącym bródkę. Odczyn z rogówki i spojówki, czucie na głowie i twarzy normalne. Kończyny górne i dolne zdrowe. W moczu nic patologicznego. Płyn mózgowo-rdzeniowy normalny, bez domieszki krwi lub śladów rozpadu z krwawienia. Ciężota ciała w granicach normy; tętno dobre. W przebiegu dalszym stopniowa i zupełna poprawa sprawności bocznych ruchów gałek ku wewnętrznemu kątowni szpar ocznych. Z zespołu początkowych objawów klinicznych pozostały: 1) bezwład lewego nerwu odwodzącego i twarzowego, 2) widzenie zdwojone w całym polu, znikające, gdy zbliżyć przedmioty na odległość 15 ctm. Dno oka normalne. Przed powstaniem nagłym wyżej wskazanego zespołu porażen dziewczynka była zupełnie zdrowa, musimy więc wiązać nagłe zjawienie się jej obecnego cierpienia z urazem. Ten był jednak niezbyt silny, nie zaznaczył się zupełnie zewnętrznymi śladami, wywołał raczej wstrząśnienie mózgu, które wzmogło się, być może, naskutek odruchowego nagłego ruchu obronnego głową. Uraz taki nie mógł być spowodować krwawienia lub jakiego uszkodzenia u podstawy mózgu względnie czaszki, brakło bowiem, z jednej strony, cięższych i trwałych objawów ogólnych mózgowych, a z drugiej, śladów krwawienia w płynie mózgowo-rdzeniowym. Pozatem trudno byłoby wytłomaczyć urazowe uszkodzenie u podstawy, które, powodując bezwład lew. nerwu odwodzącego i twarzowego i częściowe nerwu okorucho-

wego (m. m. recti interni) ominęło zupełnie nerw trójdzielny. Przypuszczeniu takiemu przeczyłoby wreszcie porażenie z całych pni nerwów okoruchowych jedynie pęczków, skierowanych do mięśni prostych wewnętrznych.

Przeciw umiejscowieniu sprawy patologicznej w moście, w miejscach przejścia włókien nerw. odwodzącego i twarzowego, poniżej ich ośrodków, ku podstawie, przemawia brak jakichkolwiek połowicznych objawów porażenia lub niedowładu, jak to ma miejsce w t. zw. porażeniu połowiczem naprzemiennem. O sprawie jedynie ponadjądrowej trudno mówić wobec częściowego odczynu zwyrodnienia w m. unoszącym bródkę. Tak więc najprawdopodobniejsze będzie przypuszczenie, że uraz — wstrząśnienie spowodował był wybroczyny do ośrodka lew. nerwu twarzowego i ośrodków nerwów odwodzących, porażając częściowo w tej samej płaszczyźnie poprzecznej i na tym samym poziomie pęczek podłużny tylny. Takie umiejscowienie sprawy anatomo-patologicznej łatwo tłumaczy wyodrębnione porażenie sprawności obu mięśni prostych wewnętrznych jedynie przy skojarzonych ruchach bocznych, gdy uprzytomni sobie, jaką rolę dla ruchów tych odgrywają włókna, przebiegające w pęczku podłużnym tylnym i łączące ośrodki nerwów odwodzących z temi ośrodkami nerwów okoruchowych, które dają włókna dla mięśni prostych wewnętrznych.

(Streścił mówca).

W dyskusji G a j k i e w i c z podnosi niewłaściwość nazwy „oftalmoplegji“, bo i nerw twarzowy bierze w porażeniu udział.

F l a t a u zaznacza, iż wobec ograniczonego miejsca uszkodzenia mózgu tylko wskazane przez prelegenta miejsce należy przyjąć za umiejscowienie cierpienia, tam bowiem pęczek podłużny tylny oddaje włókna kojarzeniowe.

H i g i e r zwraca uwagę na stronę sądowo-lekarską takich, w kilka dni po uderzeniu powstałych, porażen ocznych ze stałymi zaburzeniami, zmniejszającymi zdolność do pracy. Sam spostrzegał po uderzeniu raz hemianopsję, raz porażenie n. odwodzącego, a przed rokiem przedstawione w sekcji nieuleczalne porażenie n. bloczkowego.

V. KOELICHEN i STERLING przedstawili przypadek stwierdzenia wieloogniskowego z niezwykłymi zaburzeniami mowy.

Chory 42-letni przed 6 laty zauważył rozpoczynające się osłabienie kończyn dolnych oraz utrudnienie mowy bez jakichkolwiek zaburzeń natury afatycznej. Osłabienie nóg i utrudnienie mowy stopniowo, lecz nieustannie, zwiększały się bez wahań i zwolnień. Obecnie prócz osłabienia nóg w odcinkach obwodowych wystąpiła pewna sztywność, znaczne utrudnienie chodzenia, mowa zaś stała się tak niewyraźna, że otoczenie z trudnością może chorego zrozumieć. Bólów, zawrotów głowy, drgawek, utraty przytomności, zaburzeń w oddawaniu moczu, połykaniu, żuciu nigdy nie miał. Żonaty od 14 lat, 4 zdrowych dzieci, żona nie ronila; nie pił, nie palił, przymiotu nie przechodził. Przedtem nigdy nie chorował. Brak danych dziedziczno neuropatycznych.

Przedmiotowo brak zmian w narządach wewnętrznych. Odruch źrenicy na światło i zbieżność zachowany; ruchy gałek ku górze i ku dołowi zachowane; przy ruchach ocznych obie gałki nie dochodzą na jakieś 2—3 mm. do kąta szpary ocznej. Przy ruchach nalewo występuje w lewej gałce nieznaczne drżenie w płaszczyźnie poziomej. Prawa szpara oczna nieco mniejsza od lewej. Prawa fałda nosowargowa w spokoju jest nieco wygładzona. Podczas ruchów wyraźnej asymetrii nie widać. Brak zaników mięśni twarzy, warg, języka. Ruchy mimiczne twarzy zachowane. Gwizdanie niemożliwe. Wzrok, słuch, smak, węch — zachowane. Czuć na twarzy bez zmian. Odruch z rogówki i z łącznicy obustronnie jednakowo żywy. Podniebienie miękkie przy fonacji prawej zupełnie się nie porusza. Odruch gardzieliowy zupełnie zniesiony. Żucie, potykanie pokarmów twardych i płynnych normalne. Brak objawów myastenicznych. Mowa bardzo niewyraźna, monotonna, nieco skandowana, wybuchowa, głos ma charakter zlekka ochrypły, przydźwięk nosowy. Podczas mówienia widać znaczny wysiłek, naprężenie się mięśni szyi, twarzy, tułowia, unoszenie ramion itd. wogóle chory mówi tak, jak człowiek, który się dusi, im dłuższy wyraz, tem wybitniej występuje utrudnienie mowy. Brak zmian wznirkowych w krtani. W ośrodkowych odcinkach kończyn górnych ruchy dowolne i siła mięśniowa normalne. Ruchy nawracające i odwracające przedramion wykonywa dość powolnie. Ruchy palcami dłoni są powolne i niezręczne. Przy próbie palcososowej występuje obustronnie nieznaczne drżenie o charakterze bezwładowym, z prawej strony silniejsze. Odruchy z mięśni trójgłowego i okostnowe z promienia żywe. W kończynach dolnych stwierdzić można bardzo nieznaczne osłabienie siły mięśniowej, głównie w obrębie stawów biodrowych. Odruchy kolanowe oba żywe, z ścięgien Achillesa bardzo żywe (z odcieniem drgawkowym). Wyraźny objaw Babinskigo obustronnie. Mięśniowe słabe, brzuszne obustronnie zniesione. Brak wzmożenia napięcia mięśniowego w kończynach. Stopy sine i zimne. Pewne zniekształcenie stopy. Czuć dotyku, bólu i temperatury na tułowiu i kończynach zachowane, przy przejściu od dotyku do ułkucia często odczuwane następcze. Czuć stereognostyczne bez zmian. Bardzo nieznaczne zaburzenia czucia mięśniowego w palcach nóg. Wybitny bezład przy próbie piętokolanowej, z prawej strony znacznie silniejszy. Objaw Romberga w słabym stopniu. Chód niedowładowy, drżący, niezręczny, zlekka chwiejący się; zaznaczono t. zw. chód posągu z odcieniem sprężynowatym i ze zbyt czernem przechyleniem kolan w tył. Brak objawów asynergji podczas chodzenia. Naktucie łądźwiowe nie wykazało limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym. Próba Wassermanna we krwi wypadła ujemnie, w płynie mózgowo-rdzeniowym dokonana dwa razy — wypadła za pierwszym razem dodatnio, za drugim ujemnie.

Mówcy rozpoznają w przypadku niniejszym rzadką postać stwardnienia wieloogniskowego o charakterze opuszkowym z niezwykle zaburzeniami mowy o typie opuszkowo-zamiarowym. Przeciwko wykrywanej przez Cattolę i Bechterewa postaci stwardnienia wieloogniskowego na tle przymiotu przemawia pomimo jednokrotnego dodatniego wyniku próby Wassermanna w płynie mózgowo-rdzenio-

wym—brak danych w wywiadach, bezskuteczność leczenia swoistego, brak wahań w przebiegu oraz brak limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym. Na specjalną uwagę w przypadku niniejszym zasługuje bezład, który niema tu cech mózdkowych, lecz wyraźnie rdzeniowe, przypominające bezład wiądowy, wobec czego należy przypuścić obecność blaszek stwardnienia również i w tylnych słupach rdzenia. Kombinacja zaburzeń opuszkowych w połączeniu z objawami bezładu w kończynach przy bardzo słabo zaznaczonych objawach porażeniowych składa się na bardzo rzadki typ kliniczny stwardnienia wieloogniskowego, którego jeden przypadek przedstawiany był przez Sterlinga na jednym z zeszłorocznych posiedzeń sekcji neurologicznej.

(Spraw. własne).

W dyskusji K o p c z y ń s k i zaznacza, iż zaburzenia mowy w stwardnieniu wieloogniskowym mogą być różnorodne, zależne od umiejscowienia ognisk. Przy znacznej liczbie blaszek w korze mózgowej, mowa może nosić charakter dyzartryczny, przypominający mowę dotkniętych porażeniem postępującem.

Higier przypomina, że w przedstawionym przezeń przed rokiem przypadku wyleczonego zapalenia mózgu korowego zaburzenie mowy było zupełnie identyczne, acz z odcieniem wybuchowości i mowy zwolnionej. Ciekawem jest, że prof. B o n h ö f f e r z Wrocławia u chorego z taką mową skonstatował cierpienie półkuli mózdkowej z następczym zanikiem ramienia łączącego (*brahii conjunctivi*) tejże strony. Nie bez słuszności podkreśla on regulacyjny wpływ mózdku na szybkość w kolejności podnieć nerwowych. Tenże wpływ mózdek posiada prawdopodobnie na ruchy artykulacyjno-fonacyjne. Ciekawem jest uzupełnienie przedmówcy, że chód był bezładny u chorego i *adiadokokineza* występowała—coby również przemawiało za pierwotnem cierpieniem mózdku lub ogniska stwardnienia w tymże.

F l a t a u nie wyłącza udziału mózdku, lecz całego obrazu cierpienia mózdku by nie dało (obustronny objaw Babińskiego, brak odruchów brzusznych).

Sterling w odpowiedzi Higierowi nie zgadza się, ażeby można było zaburzenia mowy w niniejszym przypadku łączyć ze zmianami w mózdku: wywody B o n h o e f f e r'a, jak i jego przypadek, nie są pod tym względem przekonujące. W przypadkach Anglad'y t. zw. starczego stwardnienia mózdkowego, w których zajęty był cały mózdek, nigdzie nie notowano analogicznych ani wogóle jakichkolwiek zaburzeń mowy. W tak rozlanej sprawie, jaką jest stwardnienie wieloogniskowe, niepodobna jest wyłączyć umiejscowienia ognisk również i w mózdku, zaznaczyć jednak trzeba, że klinicznie niema żadnych objawów, wskazujących z pewnością na to umiejscowienie, brak jakichkolwiek objawów asynergii, zaś bezład nosi wyraźne cechy zajęcia słupów tylnych.

VI. ST. PECHKRANC przedstawił a) przypadek nabytego, postępującego przerostu kości i miękkich części z przewagą po stronie lewej.

J. S., lat 18 mający, dotknięty jest gruzlicą płuc, gruczołów około-

oskrzelowych (rentgenogram) i gruczołów chłonnych jamy brzusznej od kilku lat. Biegunka, do 5—6 i więcej razy dziennie, trwa już od 5—6 lat. W dzieciństwie był zupełnie zdrow. Ani on sam, ani matka nie zauważyli nigdy żadnego zniekształcenia lub zgrubienia ani na kończynach, ani w innej okolicy ciała. Biegał, bawił się na równi z innymi dziećmi. Nie uczuwając ani zmęczenia, ani bólu w nogach. Tak trwało do 14 roku życia, gdy chory zaczął doznawać bólu w nogach (w okolicy kostek i kolan) przy chodzeniu, przyczem zauważył, że nogi (golenie) zaczynają się powiększać w objętości. Zauważyła to także matka chorego. Zmiany te rozwijały się stale, tak że chory miał dużo kłopotów z obuwiem, które uwiierało go w kostkach i po krótkim czasie w tym miejscu pękało. Żadnych spraw zapalnych na kończynach dolnych, róży, owrzodzeń, obrzęków chory nigdy nie miał.

Badanie przedmiotowe wykazało zgrubienie kości (trzonów i nasad) na goleniach i udach z powiększeniem objętości części miękkich przeważnie po stronie lewej. Przekonywają o tem także liczne pomiary, jak również porównywanie grubości kości na wielu zdjętych z rozmaitych okolic ciała rentgenogramach (kliszach) z grubością kości (na kliszach) osób dorosłych z dobrze rozwiniętym kośćcem. Zdjęcia rengenograficzne pozwalają także ustalić zupełnie normalną budowę kości w istocie gąbczastej i zbitiej, zarówno na trzonach, jako też na nasadach. Obie stopy są także powiększone w objętości. Lewa kończyna dolna jest nietylko grubsza od prawej, lecz także dłuższa—prawie o 3 ctm. Zgrubienie kości znajdujemy także na miednicy, szczęcie dołnej. Obydwa łuki licowe są znacznie wydłużone, również więcej na lewej stronie (rentgenografja). Twarz asymetryczna: lewa połowa większa od prawej. Ciepłota i pocenie się silniej wyrażone z lewej strony.

Po wyłączeniu wszystkich znanych obecnie cierpień dystroficznych kości autor uważa, że obecny przypadek przedstawia najwięcej podobieństwa do nabytego przerostu połowy ciała, albo oddzielnych części po jednej stronie ciała. Takich przypadków znajdujemy w piśmiennictwie zaledwie parę. Na podstawie przytoczonych w tych przypadkach czynników etjologicznych możnaby przypuścić, że przerost oddzielnych okolic lub całej połowy ciała jest pochodzenia ośrodkowego, przyczem zaburzenia w ośrodkach nerwowych, zawiadujących odżywianiem, wywołane zostały prawdopodobnie przez zatrucie lub zakażenie. Obecny przypadek różni się od opisanych dotychczas tem, że przerost nie ograniczył się do jednej połowy ciała, lecz zajął obie strony—z wyraźną przewagą po jednej (lewej) stronie.

b) Przypadek białaczki myeloblastowej z obustronną tarczą zastoinową.

Chory, lat 24 mający, od kilku miesięcy cierpi na ogólne osłabienie i objawy gośńca wielostawowego z rozległymi zanikami mięśni oraz przykurczeniem mięśni w okolicy prawego stawu łokciowego. Na skórze twarzy, tułowia i kończyn liczne drobne guziki, niektóre z sinawem zabarwieniem, a prócz nich na prawym policzku duży, twardy guz, pokryty czar-

nym strupem. Gruczoły chłonne powiększone, również śledziona i wątroba. Przy badaniu krwi znaleziono około 2 mil. czerwonych krążków, 400,000 leukocytów. Między leukocytami przeważają myeloblasty, których jest około 60%, prócz tego postaci przejściowe między myeloblastami i myelocytami, około 8% myelocytów, około 19% wielojądrowych neutrofilowych komórek, b. mało limfocytów, eozynofików i bazofilowych komórek. Nadto spotykamy normoblasty i megaloblasty. Rozpoznano białaczkę myeloblastową, mającą przebieg podostry, gorączkowy. Istnieje przytem podejrzenie mięsaka zielonawego (chloroma). W płucach nieznaczne zmiany w szczytach. Mocz białka nie zawiera. Przy badaniu dna oczu stwierdzono silnie wyrażoną tarczę zastoinową z obu stron, wybroczyny krwawe zwłaszcza w okolicy plamki żółtej. Pozatem chory nie ma żadnych objawów mózgowych: przytomność zachowana, siła widzenia nieco osłabiona, pole widzenia nieco ograniczone, nieczęste bóle głowy umiarkowanego napięcia, brak wymiotów. Należy przypuszczać t. zw. przerzut białaczkowy, t. j. nacieczenie leukemiczne, usadowione w oponie twardej lub okostnie na podstawie czaszki w bliskości skrzyżowania nerwów wzrokowych.

(Streścił mówca).

Bychowski przez dłuższy czas miał na swym oddziale 20 letniego chłopca podobnego do przedstawionego chorego; prawa noga i stopa jego były przynajmniej $1\frac{1}{2}$ — 2 razy grubsze niż lewa, też nieco powiększona. Skóra prawej nogi była cała usiana ogromnemi ograniczonymi rozszerzeniami żył z dużymi (jak kurze jajko) kamieniami żylnymi. Rentgenizacja wykazała, oprócz powiększenia miękkich części, wyraźne zgrubienie kości (na pr. nodze). Chory ten cierpiał jeszcze na gruźlicę płuc i częste napady padaczki swoistej.

Higier uważa różnice między jedną a drugą nogą w wydzielaniu potu, ciepocie, ciśnieniu krwi i rozszerzeniu naczyń za zależne nie od jakichś swoistych zmian odżywczych, lecz za skutek przerostu wszystkich tkanek tejże strony, nie wyłączając naczyń, gruczołów potowych etc. Tak też było w przypadku przerostu połowiczego Higiera, którego fotografię przed rokiem w szeregu przerostów akromegalicznych pokazywał.

VII. H. HIGIER przedstawił: 1) Przypadek obłądzenia moralnego po ostrej chorobie zakaźnej.

Dziewczyna lat 9-u, w 5-m roku życia przechodziła ciężką płonicę z powikłaniem (otitis, nephritis). Choroba ta zakończyła się bardzo poważnymi objawami psychicznymi (delirium acutum), które przeciągały się kilka tygodni. Po chorobie, która nie zostawiła żadnych widocznych śladów cierpienia organicznego, zmieniło się bardzo wybitnie usposobienie i zachowanie dziecka. Pacjentka, z rodziny zdrowej, psycho- i neuropatycznie nie usposobionej, alkoholizmem i bliskim pokrewieństwem rodziców niedotkniętej, wykazuje poważne braki charakteru, których do choroby nie posiadała. Dziewczyna, przed chorobą bardzo do rodziców przywiązana, stała się kapryśną, złą, nieposłuszną, kłótliwą, płacz-

liwą. Nie daje się ująć ani dobrocią, łagodnością i pieszczotą, ani wymyślaniem i biciem. Dzika, skryta, kłamliwa, podstępnie wyrafinowana i brutalna, stała się w swych czynach niepohamowaną, bezwzględną, samolubną i ambitną. Rodziców i bliskich sąsiadów przeklina, bije i męczy, nie wykazując im ani należnego szacunku, ani zwykłego współczucia. W szkole była plagą powszechną, uciekały przed nią współtowarzyszki, unikały jej nauczycielki, ledwie nauczyła się abecadła i początków sylabizowania. Ostatnio po kilkotygodniowym niewidzeniu się z matką, obłożnie chorą w szpitalu, córka jedynaczka przywitała ją dość czule, atoli w pół godziny później już ją traktowała po dawnemu, przezywając ładacznicą i złodziejką oraz żałując, że nie zmarła w szpitalu. Pozatem jest jak na swój wiek dość inteligentna, rozumna, czysta, gospodarna. Znamion zwrodnienia chora nie przedstawia. Drgawek nigdy nie było. Od czasu do czasu zamroczenia (absence), przyczem staje nieruchoma, wytrzeszczając oczy.

W ciągu 3-ech ostatnich lat obserwacji lekarskiej stan psychiczny chorej nie zmienił się w niczem.

Higier, w zastosowaniu do danego przypadku moralinsanity, rozbiiera jednostronny pogląd na tę sprawę włoskiej szkoły kryminalistyki antropologicznej z jej zbrodniarzem urodzonym (delinquente nato). Nie tylko dziedziczne i wrodzone wady rozwojowe (urodzony przestępca), nie tylko otoczenie i wychowanie (zawodowy i przypadkowy przestępca) tworzą obłąd moralny, lecz, jak w danym przypadku, również i ciężkie choroby zakaźne, przebiegające z objawami mózgowymi, są w stanie (jako przyczyna zewnątrzpochodna) wywołać swoisty stan mózgu, który cechuje to cierpienie. Z wywiadów, w ostatnim roku zebranych, zasługują na wzmiankę: 1) że środowisko, otaczające chorą, było i jest pod względem etyczno-moralnym bez zarzutu, 2) że stan choroby przez szereg lat nie poprawia się, a raczej pogarsza i 3) że przyłączyły się w ostatnich latach chwile przemijającego zamroczenia świadomości (absence). Uważać atoli całą sprawę za zależną od ukrytej padaczki niema poważnych danych. Westphali i Mendel uważają padaczkę i petit mal za bardzo częsty objaw, towarzyszący obłądowi moralnemu. Pojedyncze wyniki pomyślnie zabiegów operacyjnych (craniectomia), opisane w tem cierpieniu, dotyczą być może przypadków — w rodzaju niniejszego t. j. ostro powstałych i przedstawiających prawdopodobnie zrosty opon z korą mózgową.

Higier zamierza wykonać kraniektomię, o ile pobyt dłuższy w zakładzie poprawczym nie da wyników pomyślnych.

2) Przypadek rodzinnej postaci obłąd moralnego.

Chłopiec lat 14-tu Przechodził w dzieciństwie krzywicę bez drgawek. Pochodzi z rodziny psychopatycznie ze strony matki upośledzonej. Od 10-go roku życia rodzina i bliższe otoczenie uważają chłopca za chorego. Ani w chederze ani też w szkółce ludowej nie chciał uważać podczas lekcji i uczyć się. Ledwie się nauczył czytania hebrajskiego i sylabizowania polskiego. Inteligencja na ogół nie mniejsza od przeciętnej. Nie szanuje

starszych, nie poważa rodziców, tyranizuje starsze siostry, maltretuje rówieśników. Nie dba o czystość, o wygląd zewnętrzny, chodzi też obdarty, obszarpany, brudny. Uparty, żarłoczny, bezwstydy, niszczycielski, złośliwy. W szkole kradł książki, u majstra kradł pieniądze, sprzedawał pierścionek, własne buty i kapotę za bezcen. Biję i przeklina rodziców, nieraz groził matce nożem i siekierą. Raz w złości chciał się rzucić z piętra na bruk.

Terminatorem był u 4-ch pudełkarzy, kilku zegarmistrzów i w składach mebli. Nigdzie się nie trzymał dłużej, uciekał, zostawiając należność za czas przesłużony. Kilkakrotnie już miał zatargi z policją (raz z powodu sprzeczki gwałtownej z matką). Kłamie bez celu, przysięgając się przytem na wszystkie świętości, fantazjuje i konfabuluje dość misternie, upierając się beczelnie przy prawdziwości opowiadań. Starsze dzieci z rodzeństwa musiały opuścić przez niego dom rodzicielski, sympatyzuje edynie z młodszą 8 letnią siostrzyczką, psychopatką i obłudą moralnym dotkniętą. Kładzie się często do niej do łóżka, dusząc ją i wykonywując ruchy, przypominające akt spółkowania. Onanizuje się od szeregu lat w obecności matki i usiłując zmuszać ją do ruchów masturbacyjnych. Ekshibicjonista od najmłodszych lat demonstruje chętnie wobec dziewcząt narządy płciowe w stanie erekcji lub zwiotczenia. Kilka razy w ostatnich latach po przestraszeniu lub siłnem zmartwieniu miał napady utraty przytomności z chrapaniem, drgawkami i następczą utratą pamięci. Raz drgawki umiejscowione były w prawej połowie ciała. Obudzenie nagłe w nocy wywołuje czasem taki napad lub zdenerwowanie siłne z bredzeniem i przywidzeniami. Do 12-go r. życia drgawek nie było. Otoczenie chorego było względnie dobre.

W przypadku tym uderza obecność napadów padaczkowych, brak znamion zwyrodnienia i obecność teje psychozy u siostry. Zasługuje na uwagę, że obłud moralny znacznie poprzedzał pierwszy napad utraty przytomności i że te napady stale występują po zmartwieniu lub przestraszeniu. Uważać sprawę całą za padaczkę niema przeważnych danych. I tutaj na pierwszy plan występuje brak zmysłu etycznego i instynktu społecznego. Brak tych głównych warunków współżycia czyni chłopca antyspołecznym i kwalifikuje go do zakładu poprawczego pedagogiczno-wychowawczego.

3) Postać rodzinna obłędu moralnego u dziewczyny ośmioletniej.

Dziewczyna lat 8-iu pochodzi z rodziny nerwowej. Krewny i ciotka umyślowo chorzy, starszy brat dotknięty obłędem moralnym. Podobno zmieniło się jej normalne usposobienie dopiero od roku. Dawniej była posłuszna, czysta, sama się ubierała, rozbierała i czesała, kładła się spać o zmierzchu, zasypiała łatwo i spała spokojnie. Obecnie sama nie załatwia wszystkich tych czynności, boi się wszystkiego, zasypia często z płaczem półgodzinnym, wyskakując czasem z łóżka na podłogę, stół, krzesła, fika koziołki, tańczy, nie pamiętając nic o tem. Po zmartwieniu lub przestraszeniu miewa napady utraty przytomności, przypominające wielce padaczkę

i hysterję. Do szkół chodziła, ale nauczyła się bardzo niewiele, była postrachem dla nauczycielek i rówieśnic klasowych. Karano ją ciągle w szkole. Nieposłuszna, uparta, zła, bezwstydną, kłamliwą. Rodziców nie szanuje, starszych nie poważa. Matkę bije, grozi jej siekierą, zrywa z jej głowy czepek, nazywa ją złodziejem i t. d. Ani śladu przywiązania do domu i współczucia oraz szacunku do rodziców. Często grozi, że sobie życie odbierze, że się rzuci pod tramwaj. Wódka i piwo w małej ilości działają na nią bardzo podniecająco. Pod względem płciowym nie wykazuje anomalji, aczkolwiek lubi bardzo towarzystwo starszego brata w łóżku. Umieszczona na 2 tygodnie w szpitalu dziecięcym dla obserwacji maltretowała wszystkie posługaczki, przeklinała felczera, biła dzieci, kłuła je, przezywając młodsze od siebie dzieci od „francowatych, choler, złodziejów“ i t. p. Raz wykradła z szatni szpitalnej ubranie swoje, usiłując zbiedz do domu, pomimo że się w szpitalu czuła zupełnie dobrze, a w domu miewała ciągle starcia z rodzeństwem, z których stale wychodziła pobita, pokonaną. I w szpitalu okazała się w swych czynach niepohamowaną, bezwstydną, samolubną i bezambitną, „dzieckiem wyjątkowo niesforem, jakiego posługaczki nie przypominają sobie“. Bliższe i dalsze otoczenie domu i ulicy przezywa ją „warjatką“ ze względu na nieznośny i brutalny charakter. W dziedzinie inteligencji trudno się doszukać poważnych zaburzeń. Wychowanie i kształcenie otrzymała nie gorsze od swoich normalnych starszych siostr.

Zastanawia w spostrzeżeniu tem brak znamion zwyrodnienia, napady zamroczenia umysłu historyczne, względnie padaczkowe i obecność tejże choroby u starszego brata. Dziewczyna ta, gdy podrośnie, będzie niewątpliwie w ciągłym zatargu z prawem. Braki moralne uwydatniają się dopiero, gdy życie stawia większe wymagania etycznej wydolności osobnika, gdy konieczność samodzielnej egzystencji i ciężkiej walki o byt stopniowo się wyłania. Samoistność choroby i niezależność jej od towarzyszącej nerwicy (histerja lub padaczka) są oczywiste. Zakład dla idiotów i głuptaków jest nieodpowiedni dla tego rodzaju chorych, zakład dla przestępców szkodliwy.

Wskazane są t. zw. szkoły pomocnicze i pedagogja lekarskie, istniejące w niewielkiej liczbie w Niemczech.

(Streścił mówca).

W dyskusji Łapiński zaznacza: postrzegane w przypadkach kol. Higiery napady świadczą o istnieniu u danych dzieci zwyrodnienia padaczkowego, według zdania Łapińskiego i stosownie do orzeczenia i samego mówcy. Ciężkie to zwyrodnienie już samo przez się tłumaczy te wszystkie zбочenia charakteru, jakie widzieliśmy u pokazanych nam tutaj dzieci. Zbyteczną jest przeto rzeczą rozpoznawać w danych przypadkach poza padaczką jeszcze i objędy moralny. Nie sposób mówić o tem cierpieniu u małych dzieci. Niewiadomo bowiem, co się w przyszłości rozwinie z wybryków dzieciennych.

Badanie kojarzeń u dotkniętych padaczką nie dało Ł. charakterystycznych objawów.

Spotykany u chorych tego rodzaju egocentryzm zależy według Łapińskiego od wrodzonego usposobienia nie zaś od rodzaju choroby.

Sterling nie sądzi, ażeby objawy obłądu moralnego w pierwszym z przedstawionych przypadków można było uzależnić od padaczki: nawet same napady tak wyraźnie zależne od wzruszeń — zaliczyć należy nie do padaczki, lecz do t. zw. „Affektepilepsie Bratz'a“ lub psychastenicznych drgawek Oppenheim'a. Nie sądzi, ażeby inteligencja przedstawionych dzieci była zupełnie normalna, prawdopodobnie zastosowanie subtelných metod psychologicznych zdołałoby wykryć w niej pewne braki. Wogóle pewne choćby bardzo nieznaczne braki inteligencji (w dziedzinie wnioskowania i sądzenia) S. uważa za nieodzowne zarówno dla klinicznego rozpoznania obłądu moralnego, jak i dla sądowo-kryminalnej procedury wobec tego rodzaju osobników w okresach późniejszych — w przeciwnym bowiem razie pojęcie obłądu moralnego zlewałoby się z nieokreślonym i niedostatecznie ugruntowanym naukowo pojęciem urodzonego przestępcy „Lombroso'a“.

Flatau we własnych przypadkach obłądu moralnego u dzieci widział zawsze łączność z padaczką, podnosi egocentryzm u dzieci i zaleca szczegółowe badanie u nich inteligencji.

Higier w odpowiedzi oponentom bliżej określa pojęcia „inteligencji“ i „moralności“, dowodząc że i braki w etyce indywidualnej również do zaburzeń intelektualnych zaliczyć można. Angielskie moral insanity najlepiej oddaje tłumaczenie niemieckie: Gefüllsirresein. Higier nie sądzi, aby metody psychologii doświadczalnej — nauki skądinąd nader dla psychiatrii ważnej — mogły rozstrzygnąć z pomocą mierzenia szybkości i charakteru kojarzeń sprawę od lat 75-ciu w psychiatrii aktualną, sprawę ogromnych zaburzeń etycznych obok nieznacznego upośledzenia inteligencji w obłądzie moralnym.

Bornstein streszcza przypadki obłądu moralnego, spostrzegane przez niego samego, i sądzi, że nie należy uważać wszędzie w tem cierpieniu padaczki za podłoże. Dalej sądzi co do inteligencji takich chorych, że może ona być zupełnie nietknięta, że wszystko rozgrywa się w dziedzinie uczuciowej raczej, niż umysłowej.

Sekretarz St. Kopczyński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE LWOWSKIE.

POSIEDZENIE DNIA 11 STYCZNIA 1910 r.

WALLACH przedstawił 18 letnią chorą, u której rozpoznaje postać poronną choroby Reynaud'a.

U chorej przed 2 laty wystąpiła sinica obu rąk, która to zniknęła, to znowu zjawiała się bez widocznego powodu. Wkrótce potem powstały zupełnie samoistnie, bez żadnego uszkodzenia, na opuszkach palców u rąk ranki, które goiły się bardzo źle. Bólów nigdy nie miała, jedynie parestezje w palcach. Badanie wykazało: nieznaczne wysadzenie gałek ocznych, ni

znaczne przyspieszenie tętna, wybitne wole; palce u obu rąk lekko obrzmiałe, sine, chłodne, suche; palce stopy prawej również nieco sine i na dotyk chłodniejsze, niż lewej. Brak zaburzeń czucia. Odruchy prawidłowe.

Lukasiewicz uważa przypadek ten nie za chorobę Raynaud'a, lecz za odmrożenie.

Orzechowski zgadza się z rozpoznaniem prelegenta i przytacza wyniki doświadczeń swych z adrenaliną u chorej tej, jak również w innym jeszcze przypadku choroby Raynaud'a. Okazało się, iż w obu tych przypadkach znaczna nawet dawka adrenaliny (1 mgr.), wstrzyknięta podskórnie, wywoływała oddziaływanie na jad ten o wiele słabsze, niż normalnie. Zdaniem O. doświadczenia te dowodzą obniżenia pobudliwości układu współczulnego.

ORZECHOWSKI przedstawił przypadek tętniaka mózgu.

Cierpienie u chorej datuje się od 9 lat; wówczas wystąpiły silne bóle głowy z nudnościami i wymiotami, ponawiające się z czasem coraz częściej. Od lat 7 dołącza się w chwili bólu głowy uczucie gorąca, a potem drętwienia, idące do palca dużego lewej nogi i rozprzestrzeniające się na lewą kończynę górną. Uczucie to trwa kilka minut, poczem wśród wymiotów ustaje wraz z bólem głowy. Bóle głowy i parestezje lewostronne ustawały zawsze w czasie ciąży. Z końcem ostatniej ciąży chora miała jakiś napad z utratą przytomności, po którym nastąpiła czynność porodowa. W 9 tygodni potem dostała chora po raz pierwszy bólów o charakterze neuralgicznym w prawej połowie twarzy, połączone z uczuciem wysadzenia zębów, cierpienia języka i ze znieczuleniem twarzy i języka. Chora zauważyła, że przy bólach głowy jakby coś tętniło i przelewało się w tyłogłowie, słyszy szmer turkotania w prawym uchu. Od pół roku chora gorzej widzi. Chora wielokrotnie roniła w 7-ym miesiącu ciąży.

Przedmiotowo stwierdzono: wybitną bolesność czaszki przy opukiwaniu po stronie prawej, przeważnie w miejscu, odpowiadającym mniej więcej przebiegowi górnej części bruzdy Rolanda; na obu skroniach, wyrażonej jednak po stronie prawej, wysłuchuje się szmer tętniący; tarcza zastoinowa na obu oczach; znaczne współśrodkowe zwężenie pola widzenia; węch zniesiony obustronnie; obniżenie czucia dotykowego i bólowego po stronie prawej twarzy; żyły na skroniach zwłaszcza prawej rozszerzone, prawa powieka górna nieco obrzęknięta; niedowład i bezład lewej ręki; odruchy brzuszne po stronie lewej ledwie zaznaczone; odruch rzępkowy lewy znacznie silniejszy od prawego.

Chora poddana została leczeniu swoistemu szaruchą, po którym prelegent był w stanie stwierdzić przedmiotowo i podmiotowo polepszenie.

W rozpoznaniu różniczkowym O. uwzględnia guz unaczyniony i wodogłowie przewlekłe, skłania się jednak do rozpoznania tętniaka, umiejscowionego przypuszczalnie blisko odejścia z koła tętniczego Willizjusza przedniej tętnicy mózgowej, która zaopatruje górną trzecią część zakrętów środkowych, co, zdaniem prelegenta, tłumaczyłoby, dlaczego napady lewostronne zaczynały się od nogi a oszczędzały twarz i język.

W dyskusji Łukasiewicz wyraża zdanie, iż tętniak prawdopodobnie powstał na tle syfilitycznym.

Dybuś-Jaworski zaznacza nader rzadkie występowanie tarczy zastoinowej w tętniakach naczyń mózgowych.

A. Głuziński odrzuca rozpoznanie tętniaka, przypuszczając raczej jakąś sprawę na podstawie czaszki, która, zajmując n. wzrokowy i trójdzielny, jednocześnie zwęża naczynia i tem powoduje zaburzenia w krążeniu, co mogło być źródłem słyszanego w głowie szmeru; sprawą tą zaś może być zapalenie opon mózgowych na tle syfilitycznym. Zdaniem G. złagodzenie objawów podczas ciąży przemawia również przeciw tętniakowi, gdyż wtedy wobec podniesionego ciśnienia krwi objawy powinny by się wzmacniać.

MAZURKIEWICZ wygłosił rzecz p. t. „Szpitalnictwo dla umysłowo chorych“.

Prelegent zaznacza, iż w Galicji na 4700 ludności przypada jedno łóżko dla umysłowo chorego, gdy tymczasem w Poznańskim 1 na 760, w Austrii Dolnej 1 na 570, w niektórych kantonach Szwajcarii 1 na 100 ludności; w Królestwie jest pod tym względem znacznie gorzej, gdyż tam przypada jedno łóżko na 5700 ludności. Liczba umysłowo chorych wynosi w Galicji 12000, z nich 4000 wymaga umieszczenia w zakładach, a w kraju jest na to tylko 1600 łóżek. Budowa zatem zakładu w Kobierzynie, którego plan i urządzenia wewnętrzne prelegent szczegółowo omawia, nie usuwa jeszcze tego braku.

POSIEDZENIE DN. 28 STYCZNIA 1910 r.

PROGULSKI przedstawił dwuletnie dziecko z objawami płasawicy oraz powiększonym sercem i szmerem skurczowym u wierzchołka. Opisawszy dokładnie przebieg choroby prelegent zaznacza rzadkość tego przypadku ze względu na wiek dziecka; w przypadku tym prelegent widzi potwierdzenie poglądu o wspólności gościca i płasawicy u dzieci.

W dyskusji Pisek mówi o zmianach na osierdziu w płasawicy i o t. zw. sercu płasawiczym, które charakteryzuje się bardzo delikatnymi złogami na zastawkach. Ta łagodność zmian anatomicznych wyróżnia, zdaniem P., tę postać od zwyczajnego zapalenia wsierdza brodawkowego i sprzyja właśnie łatwiejszemu znikaniu, wessaniu tych złogów, odznaczających się szczególną wiotkością.

A. Głuziński nie uznaje powinowactwa gościca stawowego do płasawicy. Gościec, spotykany w przypadkach płasawicy u dzieci, nie jest gościcem zwykłym, lecz jest on wyrazem jakiegoś zakażenia, które bądź działa na układ nerwowy ośrodkowy, bądź na wsierdzie, bądź na stawy. Mówca radzi ostrożność w rozpoznawaniu zapalenia wsierdza, które łatwo można pomylić z zapaleniem nasierdza i słyszalnym wtedy tarciem. Znikanie istniejących przez szereg lat szmerów G. tłumaczy tem, że wraz z sercem, które rośnie, rosną również jego zastawki i dopasowują się w ten sposób, że wytworzona wada serca zanika.

Hornowski wątpi, ażeby z punktu anatomo-patologicznego można było wyróżniać zapalenie wsierdzia, zależne od płasawicy, jako odrębną postać.

MATYLDA LATEINERÓWNA wygłosiła rzecz p. t. „O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowych za pomocą surowicy swoistej“. Praca ta wydrukowana została w Lwowskim Tyg. Lek. N-r 7 i 8 r. 1910 (patrz streszcz. w Zesz. II Neur. Polskiej).

POSIEDZENIE DNIA 18 LUTEGO 1910 r.

RYDYGIER (jun.) przedstawił trzech chorych operowanych metodą Bramanna (nakłucie spoidła wielkiego mózgu). W dwóch przypadkach nastąpiła pewna choć nieznaczna poprawa wzroku, w przypadku trzecim ustąpiły po tym zabiegu bóle głowy, zawroty i wymioty. Zabieg sam uważa R. za mało niebezpieczny i nie dający śmierci wskutek operacji.

Orzechowski omawia wskazania do punkcji Bramanna. Przez nakłucie spoidła wielkiego wytwarza się sztuczne połączenie między komorą trzecią a przestrzenią, leżącą pod oponą twardą. W przypadkach wodogłowa wewnętrznego płyn mózgowo-rdzeniowy może po takim nakłuciu odpływać z komory trzeciej do wspomnianej przestrzeni, stąd spływać do jamy rdzeniowej a z niej do przestrzeni chłonnych otoczek nerwów, poczynających się z rdzenia. Dzięki temu nakłuciu zostaje więc przywrócony normalny obieg płynu mózgowo-rdzeniowego i usuwa się zgubne, rozpierające działanie nadmiernie zebranego płynu na całe mózgowie. Wskazania obejmują: a) wodogłowie wewnętrzne samoistne i w następstwie zapaleń oponowych, b) guzy mózgu, w których metoda ta może oddać większe usługi, niż trepanacja dekompresyjna, c) guzy rzekome.

Pośród przypadków, obserwowanych przez mówcę, najpomyślniejsze wyniki osiągnięto u chorego, który przed dwoma laty przechodził ostre zapalenie opon mózgowych, po którym ociemniał. Po nakłuciu wszystkie objawy podmiotowe ustąpiły. Następnie u chorej z objawami ostro powstałego wodogłowa po nakłuciu wzrok się polepszył, a natomiast wystąpiły bardzo wyraźne objawy guza mózdzku po stronie prawej. Przypadek ten dowodzi korzyści praktycznej wczesnego nakłucia w przypadkach guza, nie dającego się umiejscowić. U trzeciej chorej, u której rozpoznanie waha się między guzem rzekomym a guzem z niewiadomem umiejscowieniem, po nakłuciu wszystkie podmiotowe objawy prócz nieznacznych zawrotów głowy ustąpiły, a zapalenie n. wzrokowego zmniejszyło się. W jednym tylko przypadku z rozpoznaniem guza z niewiadomem umiejscowieniem po nakłuciu wystąpiło porażenie lewostronne połowicze. O. sądzi, iż w przypadku tym guz usadowiony był właśnie w miejscu nakłutem i obrażenie guza wywołało to pogorszenie.

R y d y g i e r nie uważa operacji tej za trudną i sądzi, iż obawy o wejście za głęboko przy przebijaniu spoidła są niesłuszne, w wodogło-

wiu bowiem komory są znacznie rozszerzone, pod spoidłem zatem znajduje się duża wolna przestrzeń.

Barącz i Bednarski — podnoszą również wartość tej operacji.

POSIEDZENIE DN. 25 LUTEGO 1910 r.

SOŁOMOWICZ przedstawił: 1) przypadek guza mózgu u 13-letniego chłopca. Choroba rozpoczęła się od bólów głowy w części czołowej, które z początku niezbyt silne po roku wzmogły się znacznie, zaczęły występować codziennie, przyczem dołączyły się do nich wymioty. Po 1½ roku upośledzenie wzroku. Badanie wykazało: w przedniej części czaszki pas szeroki na 3—4 palce idący poprzecznie, gdzie opuk jest wyraźnie bębnekowy z wybitnym bruit de pot fêlé; obustronną tarczę zastoinową, przechodzącą w zanik nerwu; trudność utrzymania gałek ocznych w skrajnych ustawieniach; żywe odruchy ścięgnowe na dolnej kończynie lewej. Röntgenogram wykazał rozsznienie siodła tureckiego we wszystkich rozmiarach i obniżenie wierzchniej ściany jamy klinowej.

2) przypadek zapalenia wielonerwowego u 18 letniej dziewczyny o niejasnej etiologii.

QUEST wygłosił rzecz p. t.: „O etiologii tężyczki u dzieci”, drukowaną w Lwowskim Tow. Lek. N-r. 15, 16 r. 1910 (patrz stresz. w Zesz. 2-gim Neur. Pol.).

POSIEDZENIE DN. 18 MARCA 1910 r.

LATEINERÓWNA przedstawiła przypadek połowiczego kurczowego porażenia po odrze. U 11-letniej dziewczyny wystąpił trzeciego dnia wysypki odrowej o lekkim przebiegu niedowład górnej kończyny lewej, który w przeciągu dwóch dni przeniósł się na kończynę dolną, przechodząc w porażenie zupełne. Badanie w dwa tygodnie potem wykazało: zupełny lewostronny bezwład połowiczny z zajęciem dolnej gałązki nerwu twarzonego i n. podjęzykowego; po stronie lewej — wzmoczenie odruchów ścięgnowych, brak odruchów skórnych, odruch Babinskiego; pozatem — zupełny zanik n. wzrokowego prawego.

W kilka tygodni po wystąpieniu porażenia objawy chorobowe zaczęły ustępować.

Prelegentka skłania się najwięcej ku rozpoznaniu w danym przypadku zapalenia mózgu, przypuszczając istnienie dwóch ognisk zapalnych — jednego w torze wewnętrznej, a drugiego około n. wzrokowego; nie odrzuca również możliwości powstania zakrzepu tętnicy bruzdy Sylwiusza, zaznacza jednak, że zakrzepy naczyń po odrze nie były dotąd opisywane.

L. D.

(Lwowski Tyg. Lek.).

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZEŃ TOW. NEUR. W AMERYCE.

(3 dniowy Zjazd w New-Yorku w maju 1909 r.).

WEISENBURG i INGHAM omówili przypadek pierwotnego zwyrodnienia mostu, odnóg mózgowych, rdzenia przedłużonego i w słabszym stopniu mózdzku z pierwotnymi zwyrodnieniami dróg rdzeniowo-mózgowych.

U 32-letniego osobnika, nie obciążonego dziedzicznie, wystąpiło drżenie całego ciała, niepewny chód, bóle głowy i objawy kurczowe w dolnych, a następnie i w górnych kończynach, objaw Babińskiego obustronnie; zaburzenia łykania, przymusowy płacz i śmiech. Żadnych zaników mięśni. Badanie pośmiertne wykazało pierwotne zwyrodnienie mostu, odnóg mózgowych, rdzenia przedłużonego i mózdzku.

SIDNEY, SCHWAB i ALLISON omawiali leczenie objawów kurczowych i atetozy.

Prelegenci wolą zastrzykiwać wyskok do odpowiednich nerwów, niż przecinać je.

Onuf na podstawie przypuszczenia, jak powstaje atetoza, stara się wyprowadzić metodę leczenia jej: atetoza bywa wyłącznie u młodych osobników, zapewne naskutek oddzielenia ośrodków rdzeniowych jakiejś grupy mięśni od ich ośrodków korowych; te pierwsze zdobywają niezależność czynnościową, należy więc odzwyczaić ich od tej samodzielności, obezwładniając mięśnie na przeciąg jakichś 6-ciu miesięcy.

Schwab chce wstrzymać nietylko podniety ruchowe, lecz i czuciowe, obawia się bowiem, że te ostatnie odgrywają dużą rolę w powstawaniu ruchów atetotycznych.

FRANK omówił przypadek, w którym dokonano laminektomji w celu usunięcia bólów, zależnych od syfilitycznego cierpienia korzeni.

Bardzo silne bóle. Zdecydowano wykonać operację, by przeciąć korzenie czuciowe. Przy operacji okazało się, że tylne korzenie były przyrośnięte do opony twardej. Chory zmarł po operacji.

TERRIBERY przedstawił niezwykle przypadek zapalenia rogów przednich rdzenia.

Dziewczynka 1 roczna jakoby naskutek zapalenia rogów przednich

rdzenia dotknięta była zupełnym bezgłosem oraz porażeniem mięśni brzusznych. Jedna kończyna dolna przedstawiała cechy porażenia kurczowego (z objawem Babińskiego), druga zaś była wiotka.

RUSK przedstawił przypadek stwardnienia rozsianego w połączeniu z porażeniem postępującym.

Porażenie poprzeczne kurczowe z zaburzeniami czucia z jednej strony oraz zmiany psychiczne i cielesne, charakterystyczne dla porażenia postępującego, każą postawić w danym przypadku rozpoznanie obu tych cierpień.

Hunt widział taką kombinację, stwierdzoną następnie sekcyjnie.

CLARK i TAYLOR zakomunikowali: „doniesienie tymczasowe o leczeniu objawów kurczowych”.

10 letni chłopiec z kurczową diplegją, operowany według metody Foerster'a. Podczas operacji usunięto 6 tylnych korzeni po stronie lewej (jeden grzbietowy i 5 ledźwiowych). Nastąpiła znaczna poprawa pod względem ruchowym w lewej kończynie dolnej. Zmian czuciowych nie było! Prawa noga pozostała w stanie poprzednim.

Technika operacji jest prosta. T. otwiera kręgosłup z jednej jakiegokolwiek strony, przeciwległe korzenie przecina przez tenże otwór, przyciągając je ku sobie.

Sachs nie pochwała tej metody: opiera się ona na przypuszczeniu, że bodźce czuciowe odgrywają dużą rolę w powstawaniu objawów kurczowych. Według S. możliwe to jest w początku cierpienia, nie zaś później. Ciekawy i ważny jest brak zmian czuciowych pomimo zniszczenia 6-ciu korzeni czuciowych. Fakt ten przeczy istniejącym teorjom.

Strauss poddaje w wątpliwość rozpoznanie w tym przypadku możliwe, iż było to zapalenie rdzenia z objawami kurczowymi.

Clark wspomina o najnowszych operacjach Foerstera w porażeniach połowicznych i w stwardnieniu rozsianem. Foerster, opierając się na prawie Sherrington'a, nie radzi przecinać 3 następujących po sobie korzeni, najwyżej 2.

STRAUSS i HUNTEON wygłosili odczyt p. t.: przyczynek do badań nad ostrem zapaleniem rogów rdzenia przednich.

Na podstawie badań nad zwierzętami S. i H. twierdzą, iż 1) cierpienie to jest zakaźne; 2) wywołane zapewne nie przez laseczniki, zmiany histologiczne podobne do zmian we wścieklicznie; 3) można to cierpienie zaszczepić tylko małpie; 4) w chwili, gdy obraz kliniczny jest wyraźny, zarazek już nie znajduje się we krwi; 5) w płynie mózgowo-rdzeniowym nie zawsze można znaleźć zarazek; 6) gdy cierpienie daje się rozpoznać wyraźnie, zarazek jest w rdzeniu.

LLOYD omówił przypadek krwotoku mózgowego, przypominającego zapalenie opon.

Przypadek rozpoczął się powoli, z początku wystąpiły bóle głowy, gorączka, następnie ból karku. Na 4-ty dzień chory stracił przytomność głowa odciągnęła się w tył, kark napięty i bolesny. Przypuszczano sprawę zapalną opon. Przekłucie lędźwiowe dało płyn mózgowo-rdzeniowy zabarwiony krwią. Bakterji nie wykryto. Żadnych porażeń, zniesienie odruchów kolanowych. 2 gie przekłucie lędźwiowe również nie dało dodatniego wyniku pod względem bakterjologicznym. 3-cie przekłucie dało płyn pomarańczowy. Zejście śmiertelne po 5 tygodniach od początku choroby, Badanie pośmiertne wykazało rozległy krwotok mózgowy do bocznych komór, do wodociągu Sylwjusza, do 4-ej komory i wzdłuż całego rdzenia.

M. C a r t h y przypuszcza, iż był to przypadek zakażenia opon z krwotokiem. Podobne przypadki krwotocznego zapalenia opon u podstawy mózgu widywał on w ostrej gruźlicy mózgowo-rdzeniowej.

(The Jour. of. Nerv. and Ment. Disease N-r. 1. 2. 1910).

Z y l b e r l a s t ó w n a.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFJA.

DR. MED. L. E. BREGMAN. *Dyagnostyka chorób nerwowych*. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Z 143 rysunkami i 2-ma tablicami. Warszawa. 1910 r. Wende i S-ka. Cena rb. 4.

Do ostatniej niemal chwili literatura polska neurologiczna nie posiadała ani jednego podręcznika bądź to oryginalnie napisanego, bądź też tłumaczonego z literatury obcej. Dopiero w ostatnich latach brak ten, tak dotkliwie odczuwać się dający zarówno uczącej się młodzieży, jak i tym lekarzom, którzy z dziedziną neurologji bliżej zapoznać się pragnęli, usunięty został przez pojawienie się kilku podręczników oryginalnych. I tak przed 4 laty kol. St. Orłowski wydał pierwszy polski podręcznik o cierpieniach układu nerwowego, obejmujący choroby nerwów obwodowych i rdzenia, a następnie wydana w Krakowie patologia szczegółowa objęła również dział chorób mózgu, opracowany przez prof. Domańskiego i Prusa. Brakowało jeszcze podręcznika djaagnostyki chorób nerwowych, ale i tę poważną lukę w ostatnim czasie wypełnił kol. Bregman wydaniem swego dzieła.

Obecnie więc posiadamy podręczniki polskie, oryginalnie napisane, obejmujące cały dział neurologji. Służyć one mają poważnym celom pedagogicznym i zastąpić podręczniki obce. Czy zadaniu temu w stopniu dostatecznym sprostać są w stanie, to w swoim czasie co do podręczników poprzednio wydanych wypowiedziane zostało w prasie lekarskiej. Obecnie przypadła kolej poddać ocenie świeżo wydane dzieło Dr. Med. L. Bregmana, zatytułowane „Dyagnostyka chorób nerwowych — podręcznik dla lekarzy i studentów“.

Zadanie, którego podjął się autor, nie należy do łatwych. Jeżeli opracowanie każdej djaagnostyki chorób przedstawia trudności znaczne, to trudności te potęgują się jeszcze, jeżeli przedmiot opracowania stanowią cierpienia nerwowe. W patologji układu nerwowego spotykamy nie tylko większą aniżeli gdzieś indziej liczbę poszczególnych objawów chorobowych, ale również większe skomplikowanie w zespołach tych objawów; spotykamy nieraz tak złożone obrazy chorobowe, iż postawienie dokładnego rozpoznania nawet dla doświadczonego klinicysty przedstawia trudności znaczne. To wszystko sprawia, iż napisanie dobrego podręcznika djaagnostyki chorób nerwowych, któryby nie tylko lekarzowi, ale i studentowi ułatwił orjentowanie się w tych najrozmaitszych kombinacjach objawów chorobowych, stanowi zadanie tak trudne, iż nawet mało który podręcznik z bogatej literatury obcej odpowiada wszystkim wymaganiom, stawianym

tego rodzaju dziełom. Zobaczymy, w jakim stopniu trudności te pokonał podręcznik kol. Bregmana.

Każdy podręcznik dajagnostyki ma dwa zadania do spełnienia — przedewszystkiem zapoznać czytelnika z całym szeregiem zaburzeń ze strony danego narządu czyli t. zw. symptomatologią spraw chorobowych i metodyką ich badania a następnie podać wskazówki dajagnostyczne, któremi kierować się należy przy rozpoznawaniu postaci chorobowych na podstawie szeregu danych zaburzeń. Są to części odrębne, które też oddzielnie traktować będziemy przy ocenie książki kol. Bregmana.

W podręczniku kol. Bregmana strona semjologiczna dzieła, mająca za cel omówienie wszystkich objawów patologicznych ze strony układu nerwowego i metodyki badania tych objawów, opracowaną została bardzo starannie. Autor podzielił książkę na 16 rozdziałów, a każdy rozdział omawia albo jeden rodzaj zaburzeń, albo całą kategorię pokrewnych sobie zaburzeń. Tak więc pierwsze 5 rozdziałów poświęcone zostały zaburzeniom ruchowym (porażenia ruchowe, bezład, współruchy, drżenie, objawy pobudzenia ruchowego), dalej idą zaburzenia czuciowe (rozd. 6), odruchów (rozd. 7), źreniczne (rozd. 8), w narządach zmysłów (rozd. 9), mowy (rozd. 10), umysłowe (rozd. 11), naczynioruchowe, ciepłoty ciała, odżywcze i potowydzielnicze (rozd. 12), przy oddawaniu moczu i stolca (rozd. 13), sercowe, oddechowe, żołądkowo-kiszczkowe i moczowe (rozd. 14). W dwóch ostatnich rozdziałach autor omawia badanie czaszki i kręgosłupa, wreszcie nakłucie łądźwiowe.

Jak widzimy z powyższego wyliczenia wszystkich rozdziałów autor nie pominął ani jednej grupy objawów patologicznych, znamionujących cierpienia układu nerwowego. Każdy objaw został wszechstronnie opisany, podane zostały wszystkie stosowane w klinice sposoby jego badania, — jednym słowem uwzględnione zostały wszystkie najnowsze zdobycze obserwacji klinicznej. Przytem, czytając każdy z tych rozdziałów, widzi się, iż autor korzystał w opracowaniu ich nietylko źródeł książkowych, lecz w dużej mierze i z wyników własnej obserwacji klinicznej.

Opracowanie strony dajagnostycznej podręcznika, tej, która ma za cel nauczanie rozpoznawania chorób nerwowych, nie pozbawione jest pewnych wad. Zarzut, jaki autorowi postawić tu można, dotyczy sposobu opracowania tego przedmiotu. Zdaniem naszym dział ten powinien być zawsze traktowany oddzielnie od symptomatogji i metodyki badania, a poprzedzać go powinny odpowiednio zestawione wiadomości z dziedziny anatomji i fizjologii układu nerwowego. Jest to najwłaściwszy sposób ujęcia całego materiału, przy którym uczący się przystępuje do rozwiązywania zadania trudnego — rozpoznawania choroby, rozpoznawszy się uprzednio z podstawowemi zasadniczemi danemi.

Kol. Bregman w opracowaniu przedmiotu trzymał się planu odmiennego, który w przedmowie do swego dzieła skreślił w słowach następujących. „Aby zachować możliwą jednolitość w opracowaniu przedmiotu i uniknąć powtarzań, uznałem za rzecz najodpowiedniejszą ugrupować materiał na podstawie symptomatologicznej, rozpatrując w poszczególnych rozdziałach objawy chorób nerwowych oddzielnymi grupami, odpowiednio do tego, jak je zwykle w klinice badamy. Nie poprzestając jednak na samym opisie zaburzeń, starałem się wyjaśnić ich znaczenie rozpoznawcze, przyczem podaję w każdej grupie treściwą wiadomość o chorobach, w których rozpatrywane objawy występują na plan pierwszy“.

Już z powyższych słów widzimy, iż sposób opracowania przedmiotu w podręczniku kol. Bregmana jest odmienny od tego, jaki w większości podręczników, traktujących o dżagnostyce chorób nerwowych, spotykamy, i że odmienność ta polega na tem, iż w dziele autora patologia różnorodnych postaci chorobowych omówioną została jednocześnie z semjologją układu nerwowego. Taki jednak układ w podręczniku, mającym za cel nauczanie rozpoznawania chorób, pod względem pedagogicznym nie jest dobry, prowadzi bowiem do szeregu usterek, które w książce autora występują na jaw. Jedną z nich, polega na tem, iż czytelnik, nie obeznany jeszcze z całą symptomatologją chorób nerwowych, lecz zaledwie z szeregiem pewnych tylko zaburzeń, wprowadzony zostaje odrazu do patologji układu nerwowego i zmuszony do orjentowania się w złożonych obrazach chorobowych. Ażeby o tem przekonać się, wystarczy rozejrzeć się choćby w pierwszych kilku rozdziałach podręcznika, w których omówione zostały tylko zaburzenia ruchowe. Część symptomatologiczna tych rozdziałów zapoznaje czytelnika z objawami zaników mięśniowych, porażen ruchowych, zaburzeniami w napięciu mięśniowym i jednocześnie z metodyką badania tych objawów. W tych że samych jednak rozdziałach, w związku z jednym tylko objawem — porażenie ruchowe, rozpatrzony zostaje cały szereg postaci chorobowych, w których wprawdzie porażenie ruchowe jest objawem dominującym, lecz w których nie brak jednocześnie i całego szeregu innych jeszcze zaburzeń. I tak np. między innymi spotykamy w rozdziale 3-im dział, zatytułowany — porażenie w cierpieniach rdzenia, — w którym omówiona zostaje w krótkim zarysie anatomja rdzenia, a następnie opisane są najpierw cierpienia układowe rogów przednich (zapalenie istoty szarej przedniej rdzenia, porażenie wstępujące (Landry), zanik mięśni postępujący rdzeniowy), potem cierpienia układowe pęczków piramidowych (stwardnienie boczne, połączone cierpienia układowe, porażenia spastyczne przymiotowe, stwardnienie boczne z zanikiem mięśni) wreszcie cierpienia nieukładowe rdzenia. Czytelnik, nie obezna-

ny jeszcze z patologią układu nerwowego lub obeznany z nią bardzo pobieżnie, nie łatwo orjentować się będzie w symptomatologii tych wszystkich postaci chorobowych, głównie właśnie dla tego, że postaci te omówione zostały po zapoznaniu czytelnika dopiero z jednym tylko rodzajem występujących w nich zaburzeń — mianowicie ruchowych, gdy tymczasem wszystkie inne spotykane w nich zaburzenia omówione zostały w następnych rozdziałach.

Druga strona ujemna polega na tem, iż przy tej metodzie wykładu dżagnostyki chorób nerwowych, jakiej trzymał się autor, z jednej strony nie zostały należycie uwidyatnione te zespoły objawów, które charakteryzują zajęcie sprawą chorobową pewnych obrębów układu nerwowego — a więc układu obwodowego, rdzenia kręgowego, rdzenia przedłużonego, mostu i t. d. z drugiej zaś nie zostały ujęte w jedną całość cechy charakterystyczne wielu postaci chorobowych. Wynika to głównie ztąd, iż cechy przeważnej części chorób nerwowych omawiane zostały w różnych miejscach książki w związku z temi lub innemi zaburzeniami. Tak np. o cechach charakterystycznych dla wiałdu rdzenia czytelnik może sobie zdać sprawę tylko wtedy, jeżeli uprzytomni sobie szereg wiadomości o tej chorobie, rozrzuconych aż w kilkunastu miejscach książki.

Zdaniem naszym tych wszystkich zarzutów uniknął by autor, gdyby nauczanie o rozpoznawaniu chorób nerwowych oparł nie na podstawie symptomatologicznej, lecz anatomo-fizjologicznej.

Wobec tego wszystkiego, cośmy o książce autora powiedzieli, dzieło to uważać możemy za doskonały podręcznik symptomatologii układu nerwowego, mniej zaś za dżagnostykę chorób nerwowych. Jako podręcznik symptomatologii książka kol. Bregmana ma dużą wartość, w niej bowiem zebrany został i uporządkowany cały dorobek wiedzy neurologicznej, traktujący o objawach cierpień nerwowych i metodyce ich badań. Uwzględniony został tu także i nasz dorobek naukowy, często bowiem spotykamy się w książce autora z nazwiskami lekarzy polaków.

Co się tyczy języka, to jest on naogół zupełnie poprawny. Wykład odznacza się jasnością i jędrnością, co uwidocznia się najlepiej w trudniejszych do opracowania działach książki, do jakich zaliczyć musimy rozdziały, traktujące o zaburzeniach w narządach zmysłów i o zaburzeniach mowy. Ta jasność wykładu wpływa i ztąd, iż książkę pisał wybitny klinicysta i doskonały obserwator.

To też wdzięczni musimy być kol. Bregmanowi za opracowanie dzieła, które wypełnia dotkliwie odczuwać się dająca lukę w naszej literaturze lekarskiej i stanowi, pomimo czynionych przez nas zarzutów, dotyczących zresztą tylko samego układu dzieła, cenny nabytek dla lekarza-praktyka.

Pod względem zewnętrznym podręcznik kol. Bregmana

wcześniejszym okresie rozwojowym mózgu. Z morfologicznych badań swoich wyprowadza Naecke wniosek, że mózg dotkniętych porażeniem postępującym jest już w życiu płodowym upośledzony, że przedstawia liczne anomalje rozwojowe, uchylenia od normalnego kształtu i budowy na wzór zewnętrznych piętń zwyrodnienia.

Zarzuciłbym autorowi, że nie wspomina, mówiąc o historii przedmiotu, że francuzi (Béchet) przed laty badali już warunki dziedziczno-rodzinne dotkniętych porażeniem, że prace ostatnich lat kilku (Thürsler, Trape, Rondoni) wykazały u młodzieńców — dotkniętych porażeniem liczne zmiany rozwojowe wrodzone mózgu i mózdzku. Zaslugą Naecke'go jest w każdym razie ta okoliczność, że on pierwszy systematycznie badał mózgi umysłowo chorych z morfologicznego punktu widzenia. Szkoda tylko, że zbyt mało znamy normę, aby określić, gdzie się kończy postać fizjologiczna, a zaczynają odmiany patologiczne, przezco rzecz cała traci nieco na ścisłości naukowej. Trudno wreszcie rozróżnić cechy osobnicze i rodzajowe zwłaszcza w podkreślonej przez autora anomalji bruzdy małpiej i zawoju lejkowatego. Mimowoli czytelnik tu i owdzie jest pod przygnębiającym wrażeniem, że Flechsig w przedmowie sam nie takie posiada zaufanie do materiału Naecke'go, jakie wzbudzić usiłuje w przeciętnym czytelniku. Atlas, imponujący ogromnym nakładem pracy i świadczący o iście benedyktyńskiej pilności autora, wymaga studjowania bardzo mozolnego i dokładnej znajomości nowoczesnej morfologii mózgu. Z terminologii korzystał autor przeważnie tej, którą dał w swoim klasycznym dziele (Vergleichende Anatomie der Gehirnoberfläche) przed laty Benedikt.

H. Higier.

WILLIAM JAMES.

W d. 28 Sierpnia r. b. w miejscowości Cheorna w New Hampshire w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej umarł w 68 roku życia William James, najwybitniejszy współczesny psycholog i filozof amerykański.

James był lekarzem. Nie jest to wcale rzeczą przypadku, że dwaj najwybitniejsi koryfeusze psychologii współczesnej William James i Wilhelm Wundt — to lekarze. Przyszli oni do nauki psychologicznej jako już wyrobieni przyrodnicy, z umysłem, wyszkolonym w dziedzinie doświadczalnej, i przeobrazili psychologię z nauki spekulacyjnej w naukę ścisłą empiryczną, przyrodniczą. Obaj poszli różnymi drogami. Wundt zajął się przedewszystkiem dziedziną doświadczenia zewnętrznego, znajdując w metodzie eksperymentalnej najwłaściwsze narzędzie badań. Założył w r. 1879 pierwszą pracownię psychologiczną, znacząc tem nowy etap w rozwoju psychologii. James zwrócił badania swe w kierunku doświadczenia wewnętrznego, za najwłaściwsze narzędzie swych badań naukowych uznał metodę introspekcyjną — metodę postrzegania własnych stanów świadomości, — lecz całość kształt tych badań utrzymał na ściśle doświadczalnym gruncie, wolnym od wszelkiej spekulacji metafizycznej.

Rozszerzył w ten sposób znacznie zakres granic wiedzy psychologicznej, nie uszczuplając w niczem jej przyrodniczego charakteru. Jako empiryk stanął on na gruncie ścisłego doświadczenia z naczelną zasadą — *contra experimentum nullum argumentum*, wypowiedział nieubłaganą walkę nie tylko spekulacji metafizycznej czy teologicznej, lecz wszelkiej teorii psychologicznej, powziętej z góry, nie opartej na doświadczeniu.

Do zagadnień naukowych zbliżył się jako analityk, który nie przesądza z góry, czem jest zjawisko jakieś w swojej istocie, nawet istoty tej zupełnie nie bada, który tylko postrzega, opisuje postrzegane fakty, systematyzuje je i rozbiera t. j. stara się rzeczy bardziej złożone rozłożyć na prostsze, ale niczego nie buduje, nie tworzy. Wystąpił jako zdecydowany krytyk asocjacyjnego kierunku w psychologii, wykazując całą aprioryczność teorii istnienia jakichś elementów psychicznych, z których, jak ciała chemiczne z atomów, składać się miały złożone sprawy psychiczne, całą niezgodność tej teorii z wynikami doświadczenia, które jedynie obowiązuje psychologa-przyrodnika. Stanął wobec zagadnień psychologicznych na stanowisku biologa, rozumując słusznie, że zjawiska duchowe — to pewna postać życia i że stosunek biologiczny do nich wskutek tego jest jedynie zasadny. Badał nie to, czem jest zjawisko psychiczne samo w sobie, lecz jak przedstawia się ono jako pewna postać życia, jak

rozwijają się i jakie przybiera kształty. Widział w zjawisku psychicznym nie jakiś konglomerat oddzielnych, indywidualnie odrębnych składników psychicznych, lecz pewną organizację biologiczną, której rozwój może być raczej porównywany do wzrostu kwiatu z nasienia, organizmu z zarodka, a nie jakiegoś ciała złożonego, którego wzrost polega na łączeniu oddzielnych elementów — składników duchowych, czuć w wyobrażenia, wyobrażenia w pojęcia. Widział w zjawisku psychicznym pewną całość, która jest całością odrazu i nigdy nie przestaje być jednolitą niepodzielną całością. Dopatrzył w każdym momencie życia duchowego kolejności dwóch jego faz czy trybów — odbiorczej i oddawczej; przyczem zasadniczą wartość przyznał — tej drugiej oddawczej.

Myśli i uczucia posiadają tylko o tyle znaczenie, o ile są one czynnikami, warunkującymi czyn — to ich właściwy sens psychologiczny i biologiczna wartość. Świadomość według James'a nie jest jakimś epiphenomenon w rozwoju jednostki i gatunku, nie jest swistkiem na parowozie biegu ewolucji, za co poczytywał ją Huxley, lecz jest niewątpliwym czynnikiem ewolucyjnym, bez której udziału rozwój byłby nie do pomyślenia.

Jego badania nad przyzwyczajaniem, nad instynktem, wzruszeniem — to nie tylko samodzielne i twórcze przyczynki do ścisłej psychologii, to także nie mniej ciekawe karty biologii, tyle w nich nowego i ciekawego, ewolucyjnego światła.

James poświęcił dużo pracy rozważeniu zagadnień, należących do pogranicza pomiędzy psychologią i epistemologią, potrafił utrzymać przytem ściśle psychologiczny, przyrodniczy punkt widzenia i wykazał, ile nowego i cennego światła ten stosunek do zagadnień tego rodzaju może na nie rzucić. Badania jego nad rzeczywistością, przestrzenią, czasem, jawnia to szereg nowych zupełnie rozwikłań tych zagadnień, rozważanych nie jako pojęcia, jako suma stałych cech, objętych każdą z tych nazw, lecz jako postaci doświadczenia, jako zjawiska konkretne.

We wszystkich tych badaniach nie przestał być James ani na chwilę empirykiem, nie dał się uwikłać w żadne metafizyczne spekulacje, oparł się naciskowi apriorycznych teorii psychologicznych, potrafił utrzymać rozbiór każdego zagadnienia w granicach samego doświadczenia.

Swe prace psychologiczne zawarł James w szeregu artykułów, umieszczonych w specjalnych czasopismach amerykańskich i angielskich. Zebrał je w jednolitą całość w dużym dwutomowym dziele „Principles of Psychology“ London Macmillan and Co 1891, z którego później zrobił skrót Textbook (wydany w zeszłym roku w dobrym przekładzie francuskim, a dawniej w nieszczęśliwym przekładzie rosyjskim). Streszczenie swych poglądów wydał w postaci popularnych gawęd o psychologii, — jak je nazwał, w szeregu wykładów na kursach wakacyjnych dla

nauczycieli ludowych; istnieją one w tłumaczeniu polskiem I. Moszczeńskiej. Właściwem źródłem do poznania jego dorobku naukowego są oczywiście jego „Principles“.

Spopularyzowały imię James'a i nadały mu wszechświatowy rozgłos prace jego z dziedziny filozofji religji: *The varieties of religions experience. A study in human nature Gifford Lectures delivered at Edinburgh in 1901 — 1902* 8" New-York, London, Bombay and Calcutta Longmans, Green et Co 1902. *The Will to believe and other essays in popular philosophy* 12. New-York London, Bombay and Calcutta Longmans, Green et Co 1897. *Human immortality: Two supposed objections to the doctrine* 16-mo Boston: Houghton, Mifflin and Co 1898. Odnośnie tych zagadnień stanął James również na ściśle psychologicznem stanowisku; zagadnienia religji, wiary rozważał również jako postaci doświadczenia, usiłował zdać sobie sprawę z tego, czego doświadczają ludzie, kiedy mówią, że wierzą.

Największą sławę zjednały mu jego prace ściśle filozoficzne, w których stanął jako twórca nowego kierunku filozoficznego — pragmatyzmu. Tytuł jego dzieła: *Pragmatism, a new name for some old ways of thinking* — London, New-York, Bombay and Calcutta Longmans, Green and Co 1908.

I tutaj również nie sprzeniewierzył się James swemu psychologicznemu stanowisku. Jego system filozoficzny — to tylko rozwinięcie dalsze, uogólnienie psychologicznych założeń. Wysłunawszy na czoło zjawiska psychicznego czyn, nie mógł nie nadać jemu decydującego znaczenia i w systemie filozoficznym. Pragmatyzm ma w swym źródłosłowie *πραγμα* — czyn, ten sam pierwiastek, który istnieje w wyrazach praktyka, praktyk, praktyczny. Jako konieczny wymagalnik prawdy postawił stwierdzenie jej użyteczności w życiu, jej przydatności w przeobrażaniu życia w kierunku jego doskonalenia. Obok jej sprawdzianu logicznego — zgodności wewnętrznej w twierdzeniu, obok sprawdzianu epistemologicznego zgodności z rzeczywistością, wprowadził sprawdzian trzeci pragmatyczny — wydajności prawdy w życiu. Ewolucjonizm przynika wszystkie myśli, jak woda gąbkę. Nie jest on ani optymistą ani pesymistą, jak sam o sobie powiada — jest meljorystą. Świat nie jest doskonały, ale również nie jest on jeszcze skończony — lecz rozwija się ciągle i doskonali, a czynnikiem tego doskonalenia jest niespożyty, wolny duch ludzki.

R. Radziwiłłowicz.

NEKROLOGJA.

Dr. Aleksander Tumpowski.

Przed niedawnym czasem z szeregu neurologów naszych ubył dzielny pracownik, z grona kolegów jeden z najsympatyczniejszych ludzi. Dnia 30 Czerwca r. b. zmarł w Wiedniu w 41 roku życia Dr. Aleksander Tumpowski. Urodzony w Warszawie tu skończył gimnazjum i uniwersytet. Po kilkoletniej pracy w szpitalach i poliklinice d-ra Goldflama w Warszawie przeniósł się do Łodzi i tam pracował przy szpitalu św. Aleksandra. Już w pierwszych latach zawodu lekarskiego dał się poznać, jako zdolny i niezwykle sumienny lekarz. Warunki zmusiły go do przeniesienia się na Syberję, do Irkucka. Tam wkrótce zjednał sobie sympatję ogółu, a dom jego stał się ogniskiem dla zagagnanych na Wschód Daleki polaków. Po 8 latach powrócił do kraju i objął kierownictwo zakładu dla umysłowo chorych w Otwocku. Po latach dwóch opuścił to stanowisko i osiadł na stałe w Warszawie, powracając na nowo do pracy szpitalnej, ostatnio w szpitalu Starozakonnych na Czystem.

Tumpowski, cichy, skromny pracownik, z zamiłowaniem oddawał się pracy naukowej, specjalnie w dziale chorób nerwowych, i pracy tej pomimo ciężkiej choroby do ostatniej prawie chwili nie opuszczał; nakrótko jeszcze przed śmiercią przygotował streszczenia z szeregu prac neurologicznych niemieckich dla Neurologji Polskiej. Pozostał po nim szereg prac naukowych, obejmujących bądź to ciekawe spostrzeżenia kazuistyczne, bądź też wyniki systematycznych badań klinicznych.

Cześć pamięci zacnemu człowiekowi, zdolnemu lekarzowi, pracowitemu neurologowi!

Spis prac A. Tumpowskiego, drukiem ogłoszonych.

1. Przypadek nerwicy urazowej oraz kilka uwag o znaczeniu praktycznem tego cierpienia. *Medycyna* 1897 N-r 51.
2. Z kazuistyki chorób nerwowych. *Medycyna*. 1898 N-r 12.
3. Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych oraz ich udawaniu (symulacji). *Medycyna* 1898. N-r 45, 46, 47.
4. Dwa przypadki porażenia nerwu strzałkowego. *Czasop. Lekar.* 1899 N-r 19.
5. Przypadek beziądu ruchowego ostrego (ataxia acuta) po ostrem cierpieniu zakaźnem. *Medycyna* 1899. N-r 34.
6. Przyczynek do oceny wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego. *Medycyna* 1900. N-r 23.

7. Zakłady lecznicze dla niezamożnych chorych nerwowych, Czasop. Lek. 1900 N-r 4.
8. Przypadek dystrophia musculorum progressiva. Czasop. Lek. 1900 N-r 8.
9. Przypadek encephalitis foetalis czy porencephaliae. Czasop. Lek. 1900. N-r 8.
10. Przypadek porażenia prawego splotu barkowego po zwichnięciu. Czas. Lek. 1900. N-r 7.
11. O porażeniach kończyny górnej po zwichnięciu główki kości ramiennej. Medycyna 1901. N-r 3.
12. Kilka słów o leczeniu przymusowem alkoholików. Medycyna 1902. N-r 31.
13. Przypadek płasawicy przewlekłej dziedzicznej. Medycyna 1903. N-r 35.
14. Przypadek porażenia spastycznego z atetozą. Czas.Lek. 1904. N-r 2.
15. Przypadek stwardnienia wielogniskowego z wybitnem zajęciem nerwu trójdzielnego. Gazeta Lek. 1910.

Maksymiljan Biro.



TREŚĆ ZESZYTU II TOMU I.

PRACE ORYGINALNE.

J. Babiński i A. Barré. Przyczynek do sprawy przymiotu rodzinnego	1
M. Bornstein i Wł. Sterling. O kostniakach kręgosłupa, powodujących ucisk rdzenia (dokończenie).	4
W. Chodźko. Psychozy kiłowe pod względem klinicznym	15
STRESZCZENIA.	42

NEUROLOGJA.

ANATOMJA. FIZJOLOGJA. Wallenberg. Przyczynek do nauki o ośrodku m. unoszącego powiekę górną str. 61. Choroszko. Wtórne zwyrodnienia wstępujące w porażeniach rdzeniowych str. 76. Bastian. Czynności okolicy czuciowo-ruchowej mózgu str. 53. Krause. Doświadczenia nad fizjologją mózgu, dokonywane podczas operacji str. 72.

SYMPTOMATOLOGJA. Sainton. O tożsamości nowego objawu, opisanego przez Neri w porażeniu połowiczem organicznem, i objawu Kerniga str. 49. Hudovernig. W sprawie odróżniania wrażliwości na ucisk czynnościowej od powodowanej przez sprawy organiczne str. 62. Friedman. O ograniczonej wrażliwości na ucisk kręgosłupa w nerwicach serca str. 63. Sugar. O nienormalnem odczuwaniu wrażeń ciepłikowych. Nowy objaw kliniczny str. 69. Krefting. Surowice zmarłych i odczyn kiłowy Wassermanna str. 67.

CIERPIENIA OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH. Lateiner^{*)}. O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zapomocą surowicy swoistej str. 43. Bethge. W sprawie zwalczania epidemji, wywołanych ziarenkowcami oponowymi str. 66. Landon. Naktucie lędźwiowe w zapaleniu opon str. 58. Weaver. Przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wyleczonego zapomocą surowicy Flexnera i Joblinga str. 59. Balten. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych grypowe str. 60. Sarbo. Przypadek chronicznego ograniczonego zapalenia opony miękkiej okolicy środkowej mózgu, operowany str. 65. Sicard i Foix. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z pozostałością w postaci organicznych zmian w rogach przednich str. 49. Oppenheim i Borchardt. W sprawie chronicznego ograniczonego zapalenia surowiczego opon mózgowych str. 66. Jaquet. O zapaleniu opon mózgowych grucliczem u osobników starszych str. 68.

CIERPIENIA MÓZGU. Mosny i Barat. Wiad i zaniki mięśni w przebiegu syfilitycznego zapalenia mózgowia, rdzenia oraz ich opon

^{*)} * oznacza autorów polaków.

str. 74. Claude i Levy-Valensi. Przymiot mózgu wieloogniskowy. Kilaki spoidła wielkiego str. 50. Putman i Southard. Przypadek rozległego przymiotu mózgu i rdzenia z niezwykłym wahaniami się objawów str. 54. Harper. Rozpoznanie różniczkowe między ropniem mózdzku a ostrym ropnem zapaleniem labiryntu str. 59. Hutchison. Powikłania wewnątrzczaszkowe przy cierpieniach ucha wewnętrznego str. 59. Macewen. Popień mózdzkowy otorbiony str. 60. Tilman. Rozpoznanie i leczenie uszkodzeń mózgu str. 69. Schultze. O przewlekłych cierpieniach mózgu i rdzenia po urazie str. 71. Nonne. O znaczeniu dgiagnostycznym „czterech odczynów“ w cierpieniach syfilitycznych mózgu i rdzenia str. 72. Frankl-Hochwart. O rozpoznawaniu guzów ciała szyszkowatego str. 73. Davidenkoff. Przyczynek do nauki o bezładzie ostrym pochodzenia mózgowego str. 51.

CIERPIENIA RDZENIA. Krokiewicz*). Niezwykły przebieg kiły rdzenia kręgowego str. 42. Pastine Dwa przypadki zaników mięśni przewlekłych, następujących po porażeniu dziecięcym; jeden z badaniem anatomicznym str. 47. Eichelberg. O porażeniu dziecięcym rdzeniowym str. 66. Bouhoff. W sprawie etjologii ostrego porażenia dziecięcego str. 69. Zappert. O chorobie Heine-Medina str. 72. Bailey. Znaczenie zaburzeń czucia w rozpoznawaniu nowotworów rdzenia str. 57. Krauss. Trzy przypadki nowotworów rdzenia str. 57. Mingazini. O przecinaniu tylnych korzeni w wiąździe rdzenia str. 62. Haenel. Nowy objaw w wiąździe rdzenia str. 63. Léri i Boudet. Porażenie połowicze pochodzenia opuszkowordzeniowego u dotkniętego wiadem str. 48. Raugier i Royer. Porażenie poprzeczne połowicze wiotkie i bolesne ze znieczuleniem typu korzeniowego. Ucisk IV korzenia lędźwiowego przez raka kręgosłupa; zapadnięcie trzonu IV kręgu lędźwiowego, wykazane zapomocą radjografji str. 48. Massary i Chatelin. Zapalenie opon i rdzenia ziarenkowcowe, umiejscowione wyłącznie w części grzbietowo-lędźwiowej i naśladujące zapalenie rdzenia poprzeczne str. 48. Engels. Przyczynki kazuistyczne do sprawy dokładnego umiejscowienia ogniska chorobowego w rdzeniu str. 68.

NEURASTENJA. HISTERJA. PADACZKA. Wizeł*. Uwag kilka o istocie i leczeniu niemocy pćiowej pochodzenia nerwowego str. 45. Romberg. Nauka o nerwicach serca str. 70. Hoffmann. Objawy i leczenie nerwic serca str. 71. Heard i Diller. Odruch stopy drgawkowy w przypadku histerji str. 57. Nordmann. Niedrożność jelit pochodzenia histerycznego i kurczowego str. 68. Piatonoff. Echokiniezja i eholalja histeryczne str. 77. Biernacki*. W sprawie leczenia padaczki str. 45. Landenheimer. W sprawie leczenia bromizmu.

TEŻEC. TEŻYCZKA. Quest*). Badania nad etjologją teżyczki u dzieci str. 44. Paterson. Przypadek teżca, wyleczonego podskórnymi wstrzykiwaniami siarczanu magnezu str. 58. Kebbell. Przypadek

tężca głowy str. 60. Gordon. Przypadek tężca pochodzenia żołądkowego str. 60.

VARIA. Howland. Pastać kurczowa syringomyelji str. 55. Mailhouse. Przypadek okresowego porażenia rodzinnego str. 56. Meyer. Całkowity zanik połowiczny str. 63. Baudoin i Parturier. O powikłaniach nerwowych białaczki str. 49. Goldstejn i Cobilovici. Przypadek drżączki u dotkniętej chorobą Basedowa str. 40. Roth. Badania krwi w chorobie Basedowa str. 67.

PSYCHJATRJA.

Mazurkiewicz*. O zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej str. 42. Petersenn. Metoda Heilbronner'a i jej znaczenie str. 78. Rozensztejn. Eksperymentalne badania nad zdolnością zapamiętywania u alkoholików str. 77.

Voss. W sprawie zwyrodnienia i obłądu na tle zwyrodnienia str. 65. Anton. O moralnem niedorozwoju dzieci str. 67. Stewens. Cztery przypadki kretynizmu w jednej rodzinie str. 61.

Nauët i Trepsat. O przykurczeniach i skróceniach ścięgien w otępieniu wczesnem katatonicznym str. 53. Kutner. O stanach katatonicznych u zwyrodniałych str. 74.

Raether. Przypadek obłądu, powstały wskutek zatrucia zepsutem mięsem str. 67. Donath. Leczenie bezwładu postępującego zastrzykami kwasu nukleinowego. str. 75.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia sekcji neurologiczno-psychjatrycznej:

d. 19 Marca 1910 r.	79
d. 16 kwietnia 1910 r.	97
Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.	116
Towarzystwo neurologiczne w Ameryce	121

BIBLIOGRAFJA. 124

William James 131

NEKROLOGJA. 134

Neurologja Polska.

(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 Nowowiejska.

Sommaire du N^o 2 du Vol. I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

- J. Babiński et A. Barré. Contribution à l'étude de la syphilis familiale.
M. Bornstein et W. Sterling. Osteomes de la colonne vertébrale comprimant la moëlle épinière.
W. Chodzko. Etude clinique de psychoses syphilitiques.

ANALYSES.

Sociétés médicales.

Société médicale de Varsovie. Section de Neurologie et de Psychiatrie.

Séances du 19 Mars 1910.

Séances du 17 Avril 1910.

Société médicale de Léopold.

BIBLIOGRAPHIE.

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 elektrotranstermji.

Ozonizatory i ozonowentylatory.

Przyrządy do leczenia światłem żaro-
wym i łukowym i ultrafioletowym.

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.

Oscylografy do badania głosu.

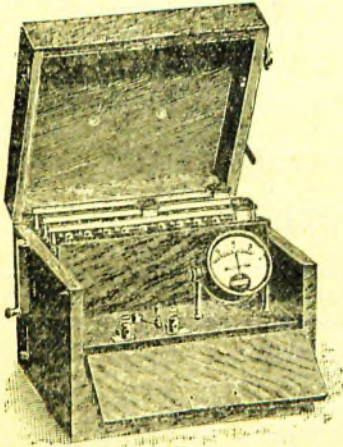
Rurki Röntgena na składzie.

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 ZŁOTYM 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.

Laboratorium Chemiczno-Farmaceutyczne
przy Aptece F. KUCIŃSKIEGO.

Marszałkowska N-r. 49.

Poleca:

FERROGLICEROFOSFAT (ziarnisty) doskonały środek leczniczo-odżywczy sodowo-wapienno-żelazisty w chorobach nerwowych i dziecinnych.

GLICEROFOSFAT (ziarnisty) chemicznie czyste fosfogliceraty wapna i sody.

PERTUSSYNA znakomity środek leczniczy w kokluszu i nieżytach oskrzelowych.

SIROLINA wyborny środek leczniczy w suchotach płucnych, kokluszu i nieżytach oskrzelowych.

SIRUPUS JODO-TANNICUS-PHOSPHORICUS (w miejsce tranu).

ZYMINA w proszku i w pastylkach (drożdże suche).

Wszelkie wstrzykiwania podskórne w ampulkach.

WYDAWNICTWA DRUKARNI

L. Bilińskiego
i W. Maślankiewicza

WARSZAWA, NOWOGRODZKA 17.

Do nabycia we wszystkich księgarniach:

SZYMON TOKARZEWSKI: pamiętniki z więzień,
robót ciężkich i wygnania. —————
Siedem lat katorgi z trzema portretami — str. 228 1.—
Ciernistym szlakiem z ilustracjami — str. 252 . 1.20
Bez paszportu z ilustracjami — 60

PRAŻMOWSKA T. Dzieje trzech rozbiorów Pol-
ski oraz ruchu narodowego w XIX w. Dla do-
rastającej młodzieży — str. 308. Część I 1.20
" II 0.35

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**.

Opłata roczna w Warszawie rb. 7, z przysyłką 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 przysyłką pocztową rubli 7 rubli.

Medycyna i Kronika Lekarska

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

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

Wydawca **Dr. Z. GURANOWSKI**.

Adres Redakcji i Administracji **Niecała 6**.



ne

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 OBJEŻDZAJĄ NASI INŻYNIEROWIE.

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

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

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 drobnym pismem przed
tekstem kop. 30, za tekstem kop. 25. Przy ogłoszeniach rocznych
stosowny rabat.