

7653

# NEUROLOGJA

TOM I.  
1911.

# POLSKA

ZESZYT V.  
Marzec—Kwiecień

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY  
NEUROLOGIJI, PSYCHJATRJI I PSYCHOLOGIJI  
EKSPERYMENTALNEJ

WYDAWANY PRZY WSPÓŁDZIAŁE

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.

*Empiaryjancie -*



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

1911.



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.







# Sanatorium i Zakład Wodoleczniczy

D-ra L. Dydyńskiego

WARSZAWA. NOWOWIEJSKA 28. TEL. 42-48.

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

Opieka dwóch lekarzy stale w Zakładzie mieszkających.

## „AMELIN“ Sanatorium

D-ra S. Gościckiego

DLA

### nerwowo i umysłowo chorych kobiet

Warszawa-Mokotów, Nowo-Aleksandryjska 65. Telefon 99-54.



ZAKŁAD ZBUDOWANY I URZĄDZONY WEDŁUG OSTATNICH WSKAZAŃ PSYCHJATRJI. KANALIZACJA, WODA WARSZAWSKA, OŚWIETLENIE ELEKTRYCZNE. POKOJE WSPÓLNE I OD-

DZIELNE. OPŁATA DZIENNA 5—7 Rb. STAŁY LEKARZ ZAKŁADU D-r TAD. GEPNER, b. lekarz w Kochanówce pod Łodzią.

90370

# NEUROLOGJA □ □ □ □ □ POLSKA

TOM I. ZESZYT V. MARZEC — KWIECIEŃ. 1911.

---

---

## PORAŻENIE POPRZECZNE KURCZOWE POCHODZENIA ORGANICZNEGO Z PRZYKUR- CZENIAMI ZGINACZY I RUCHAMI MIMOWOLNYMI.

podał J. BABIŃSKI z Paryża.

---

W pracy ogłoszonej przed dziesięciu laty starałem się udowodnić, że istnieje postać odrębna porażenia poprzecznego kurczowego \*), którą cechują pewne objawy znamienne między innymi przykurczenie zginaczy i ruchy mimowolne, występujące zwłaszcza przy wyciąganiu biernem kończyn. Na zasadzie badań anatomicznych wypowiedziałem przypuszczenie, że ta postać porażenia poprzecznego zależy od zmian w układzie nerwowym ośrodkowym (stwardnienie rdzeniowe, nowotwory, wywierające ucisk na rdzeń lub opuszkę), zmian, które jednak nie prowadzą do zwyrodnienia wtórnego pęczków piramidowych.

Nowe spostrzeżenia skłaniają mnie do podania szczegółów, dotyczących się tej sprawy.

Chciałbym mianowicie wyodrębnić postać porażenia poprzecznego kurczowego, pochodzenia organicznego, postać, która

\*) Sur une forme de paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du système pyramidal — Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Année 1899, p. 342.

aka. 112-52-171



wyduje mi się dotychczas niedostatecznie znaną. Aby uwydatnić cechy tej postaci, przedstawię ją równoległe z typem klinicznym wyodrębnionym przez Erb'a pod nazwą porażenia poprzecznego kurczowego rdzeniowego i z drugiej strony z wiałdem kurczowym opisanym przez Charcot'a.

Nie wdając się tutaj w ocenę stanowiska, jakie wymienione zespoły kliniczne zajmować winny w nozologii, jest to bowiem sprawa odrębna \*), przypomnę tylko ich główne cechy: przykurczenie wyprostne kończyn dolnych, niezbyt wybitny niedowład tychże kończyn, silne wzmożenie odruchów ścięgowych z objawem stopowym i paluchowym. Dodać do tego należy, że w tych zespołach występują niekiedy przemijające i szybkie drgania mimowolne w mięśniach kończyn dolnych, drgania, które jednak zgięcia kończyn nie wywołują. Zauważę jeszcze, że podrażnienie skóry kończyn dolnych (szczypanie, przyłożenie przedmiotu zimnego, elektryzacja) nie sprowadza silnych ruchów odruchowych, przynajmniej w większości przypadków.

Zwróćmy się teraz do porażenia poprzecznego kurczowego, które zamierzamy wyodrębnić. Otóż położenie kończyn dolnych jest w niem zupełnie inne niż w wiałdzie kurczowym: mianowicie kończyny są zgięte w biodrach i kolanach w większym lub mniejszym stopniu i nie zawsze symetrycznie. Wprawdzie przykurczenie zginaczy było już opisywane dawno \*\*), lecz wyodrębnienia je w danym razie pewna cecha swoista, mianowicie, że jest ono zmienne w natężeniu dzięki przemijającym ruchom kurczowym nieraz bolesnym w kończynach dolnych. Ruchy te są już to wyprostne już też zginające, lecz napięcie zginaczy przeważa i zapewne wskutek tego kończyny okazują się coraz bardziej zgięte aż do stałego przykurczenia. Jeśli dodać, że ruchy te są powolne, to jeszcze bardziej uwydatni się, jak bardzo różnią się one od drgań mięśni w wiałdzie kurczowym.

Ruchy dowolne w zespole tym, o ile on jest wyraźnie zaznaczony, są w przeciwstawieniu do porażenia kurczowego rdze-

\*) Porównaj: Erb. *Über die spastische und die syphilitische Spinalparalyse und ihre Existenzberechtigung*. Deut. Zeit. f. Nervenheilk. XXIII.

\*\*\*) Porównaj pracę M. Noïca: „*Sur la contracture des membres inférieurs en flexion*“. *Revue Neurologique* 1909, St. 228.

niowego wielce upośledzone, u wielu chorych nawet zupełnie zniesione.

W większości przypadków, które spostrzegałem, odruchy ścięgnowe były przynajmniej w pewnym okresie cierpienia wzmożone; nie jest to jednak objaw stały, może go brakować zupełnie od początku do końca cierpienia; tak było na przykład w spostrzeżeniu I-em, w mej pracy dawniejszej przytoczonym; chora była badana wielokrotnie od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, to jest w okresie kiedy jeszcze chodzić mogła, aż do okresu końcowego, gdy przykurczenia zginaczy dosięgły najwyższego natężenia. Zdarza się, że odruchy ścięgnowe wydają się osłabionymi lub zniesionymi, pomimo że pobudliwość elektromotoryczna zmian żądnych nie przedstawia; widzimy to u chorej, którą przedstawiłem na posiedzeniu Tow. neurol. paryskiego w d. 11 stycznia r. b. — jest ona prawdopodobnie dotknięta stwardnieniem wieloogniskowym. Prawda, że mięśnie tej chorej są tak napięte i sztywne, że badanie odruchów ścięgowych jest niezmiernie utrudnione — ostatecznie więc można by było sądzić, że odruchy omawiane są tylko ukryte. Dodać jednak winienem, że ta sztywność chwilami przynajmniej w części ustępuje; miałem nawet sposobność badać te odruchy w uśpieniu chloroformowem, począwszy od pierwszych wzięwań chloroformu aż do okresu zupełnego zwolnienia mięśni, — za każdym razem otrzymać mogłem tylko lekki ruch wyprostny stopy przy uderzaniu ścięgna Achillesa i to po jednej tylko stronie.

Jestem więc przekonany, że zaburzenie to jest istotne, co tem bardziej zasługuje na uwagę, że owo zniesienie odruchów ścięgowych nastąpiło stopniowo, po bardzo silnym wzmożeniu tych odruchów wraz z objawem stopowym. Tak czy inaczej, nie ulega wątpliwości — a jest to punkt wielce doniosły — że przykurczenie omawiane nie jest tak bezwzględnie połączone z wzmożeniem odruchów ścięgowych jak to bywa w porażeniu kurczowym rdzeniowym.

Zwykle występuje również objaw paluchowy; wywołać go można u chorej z prawie zniesionymi odruchami ścięgowymi. Nie jest to jednak stałe — w spostrzeżeniu I-szem, przytoczonym w mojej poprzedniej pracy, przy nie wzmożonych odruchach ścięgowych odruch podeszwowy pozostawał ciągle prawi-

dłowym. Nie śmiem więc twierdzić, że jest to cecha różniczkowa w stosunku do wiądu kurczowego.

Odruchy jądrowe i brzuszne są niekiedy zniesione.

Co się tyczy odruchów skórnych, które niekiedy wywołać można przez podrażnienie skóry kończyn dolnych (szczypanie, zimno, elektryzacja), to są one zawsze znacznie wzmożone. Odruchy te zmieniają się w zależności od punktu podrażnienia i położenia kończyny\*), zwykle jednak przeważa zginanie kończyn w biodrze i kolanie. Ruchy te występują również, gdy biernie chcemy kończyny wyprostować. Są one podobne do ruchów mimowolnych, o których mówiłem wyżej. To wzmożenie odruchów skórnych stanowi zapewne najbardziej charakterystyczną cechę różniczkową omawianych dwóch postaci porażenia poprzecznego kurczowego.

Stosunek tego wzmożenia odruchów skórnych do przykurczenia jest taki, jakim bywa stosunek wzmożenia odruchów ścięgnowych do przykurczenia w wiądzie kurczowym; w obu postaciach chorobowych przykurczenie nie występuje bez wzmożenia odruchów. Lecz zarówno skórne, jak i ścięgnowe odruchy mogą być wzmożone pomimo braku przykurczenia.

W omawianem porażeniu poprzecznym kurczowym znieczulenia może nie być zupełnie; występuje ono jednak w pewnych przypadkach, zajmując kończyny dolne oraz mniejszą lub większą część tułowia, zależnie od umiejscowienia zmian chorobowych. O ile sądzić mogę z dotychczasowych moich spostrzeżeń, to w przypadkach bez znieczulenia przykurczenia zginaczy są silniejsze.

Prawie stałe powikłanie tych przykurczeń stanowią skrócenia ścięgien (*retractiones fibro-tendineae*).

Zaburzenia zwieraczy i odleżyny występują w większości przypadków, zwłaszcza w późniejszych okresach cierpienia.

W jakich warunkach powstaje omawiane porażenie poprzeczne kurczowe? Może ono wystąpić po porażeniu wiotkiem, zależnym od ostrego zapalenia rdzenia; przykurczenie

\*) Porównaj pracę moją wykonaną razem z kol. Jarkowskim: O możliwości określenia wysokości uszkodzenia w porażeniach poprzecznych rdzeniowych na podstawie pewnych zaburzeń odruchowych. *Neur. Polska. Zesz. I. Str. 25.*



zginaczy jest wówczas mało wyrażone. Najczęściej występuje ono jednak w przebiegu cierpień przewlekłych. Poprzedzają je zwykle objawy, składające się na zespół władu kurczowego, zespół, który jednak potrochu zmienia się i przeistacza. Niekiedy jednak, wprawdzie rzadko, brakuje objawów porażenia rdzeniowego kurczowego od początku cierpienia do końca — przypominam raz jeszcze spostrzeżenie z bardzo silnem przykurczeniem zginaczy i ruchami mimowolnymi, w którym odruch podeszwy był zawsze prawidłowy a odruchy ścięgnowe nigdy nie były wzmożone.

Od jakich zmian chorobowych zależeć może omawiany zespół? Wspomniałem już, że może on być wynikiem ostrego zapalenia rdzenia; wówczas nie występuje on jednak wybitnie.

Zwykle widzimy ten obraz chorobowy w stwardnieniu rdzenia rozsianem lub też w zmianach uciskowych rdzenia i opuszki wskutek nowotworu; zdaje się że i obustronne zmiany mózgowia uwarunkować mogą omawiany obraz.

Zwyrodnień wtórnych w pęczkach bocznych może nie być zupełnie, lub też mogą być one bardzo nieznaczne; jak dotąd stwierdziłem to we wszystkich przypadkach daleko posuniętego przykurczenia zginaczy; w przypadkach, gdy zwyrodnienia te istniały, przykurczenie było względnie nieznaczne.

Widzimy więc, że omawiane porażenie poprzeczne kurczowe nie stanowi wprawdzie jednostki nozologicznej ponieważ zależeć może od rozmaitych spraw anatomicznych, jest ono jednak typem klinicznym odrębnym; pod pewnymi względami można go przeciwstawić zespołowi znanemu pod nazwą „wład kurczowy”. Istnieje podstawa do przypuszczenia, że obydwie te postaci przykurczenia rozwijają się w sposób odmienny: przykurczenie wyprostne w władzie kurczowym powstać nie może bez wzmożenia odruchów ścięgowych — przykurczenie zginaczy z ruchami mimowolnymi wymaga niezbędnie wzmożenia odruchów skórnych \*) (właściwie odruchów obronnych).

---

\*) Rozumie się, że nie mówię tu o wszystkich odruchach skórnych dolnej połowy ciała; wspomniałem już, że odruch brzuszny, jądrowy, objaw paluchowy mogą być zniesione. Odruchy, które mam na myśli, za-

W zakończeniu raz jeszcze powtarzam, że w przypadkach, gdy to przykurczenie zginaczy jest bardzo wybitne a zmian czucia niema — lub są one bardzo nikłe — pęczki piramidowe zwyrodnieniu bądź nie ulegają, bądź też ulegają mu w nieznanym tylko stopniu. Być może, że nie jest to prawo, w każdym razie jest to prawidło o wyjątkach bardzo nielicznych.

---

---

leżą tylko od podrażnienia różnych punktów skóry, występują w postaci ruchów złożonych, słowem noszą cechy ruchów obronnych w znaczeniu fizjologii współczesnej.



## W KWESTJI JODBASEDOWA.

podał

S. GOLDFLAM.

---

Jeszcze w r. 1859 nakreślił Rilliet obraz ustrojowego jodyzmu, którego ze zwykłym jodyzmem (Acne, nieżyty błon śluzowych i t. d.) mięszac nie należy, a w którego ramy wchodzi zaburzenia nerwowe i psychiczne, cyrkulacyjne i odżywcze (pobudliwość nerwowa, niepokój, bezsenność, bicie serca, tachycardia, rozwolnienie, ogólne osłabienie, chudnięcie, niekiedy gorączka i t. d.). Wiedział on już o tem, że nawet najmniejsza dawka jodu może u osobników dotkniętych wolem te zaburzenia wywołać. To doświadczenie wszakże tylko powoli sobie drogę torowało. Niemal powszechnie przyjęta jest obecnie zasada niepodawania jodu w chorobie Basedowa; w miarę zwiększającego się doświadczenia stwierdzono, że wskazana jest pewna oględność przy stosowaniu jodu i w innych stanach chorobowych.

Jeszcze w r. 1903 zebrał Teodor Kocher swe doświadczenia o skuteczności kuracji jodowej w rozmaitych klinicznie dających się odróżnić postaciach wola<sup>\*)</sup>).

Albert Kocher<sup>\*\*)</sup> dowiódł, że podany organizmowi jod zostaje szybko wchłonięty przez wole, resp. gruczoł tarczowy, szybko też go opuszcza (u osobników bez gruczołu tarczowego dzieje się to nie w tym stopniu). Jeśli przytem nastąpiło zmniejszenie wola resp. gruczołu, wtedy ilość wydalonego jodu jest większa; w pewnych warunkach, przy znacznem zmniejszeniu wola, przewyższa ona nawet ilość podaną; a więc następuje pod wpływem jodu wzmożone wydalanie substancji gruczołowej.

W przeciwieństwie do powyższego, znalazł A. Kocher wola, które nie zmieniały swej wielkości pod wpływem dowozu jodu;

---

<sup>\*)</sup> Cyt. według Alberta Kochera w „Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Medic. u Chir. T. XIV. 1905. str. 407.

<sup>\*\*)</sup> 1. c. Str. 416.

w moczu odnośnych osobników jod wydzieliał się w daleko mniejszej ilości, a w ich wólach znajdowało się jodu więcej niż normalnie, słowem, część wprowadzonego jodu została zatrzymana w wolu — są to wola koloidalne. Czynność fizjologiczna gruczołu tarczowego jest więc tutaj zmniejszona, z czym zgadza się doświadczenie kliniczne T. Kochera, że właśnie w przypadkach tego rodzaju wola, o ile to ostatnie dochodzi do dużych rozmiarów i obejmuje cały gruczoł, spostrzega się objawy charłactwa. W przypadkach tu i owdzie spostrzeganych nagłego zmniejszenia się tego rodzaju wola pod wpływem dłuższego i intensywnego leczenia jodem obserwowano te same objawy tyreoidyzmu, co i w wólach prędko ulegających zmniejszeniu.

Według A. Kochera występuje tyreoidyzm wtedy, jeżeli wole, reagując na dowóz jodu zmniejszeniem się i wzmoczeniem wydzielania, wchłonęło zbyt wiele jodu, który następnie, prawdopodobnie nieprawidłowo przerobiony, dostaje się do krwiobiegu, wywołując tem przewlekłe, a przy ponownym dowozie jodu, ostre objawy tyreoidyzmu.

A. Kocher wyprowadza następnie ze swych spostrzeżeń pewne wskazania i przeciwskazania oraz metody stosowania jodu w odpowiednich postaciach choroby wola.

W bardzo ciekawym i wielce wartościowym odczycie, wygłoszonym na zeszłorocznym zjeździe niemieckiego towarzystwa chirurgów, podaje Teodor Kocher\*) pod znaczącym tytułem „o Jodbasedowie” swe najnowsze zapatrywania. Z okazji szczególnie jaskrawego przypadku wola koloidalnego, w którym po leczeniu jodem wystąpiły w silnym stopniu objawy Basedowa, zwraca T. Kocher uwagę na niebezpieczeństwo leczenia jodem w podobnych warunkach. Nie wchłonięcie jodu jako takiego i trujące działanie na rozmaite tkanki należy uważać za chorobotwórczą szkodliwość, lecz wydzielanie organicznie przerobionego w gruczole tarczowym jodu. Zdrowe gruczoły tarczowe wydzielają wchłonięty jod jako swoistą wydzielinę gruczołu tarczowego, i można wprowadzać do ustroju wysokie dawki jodu bez wywołania hyperthyreosis. Wola kol-

\*) Centr. f. Chir. 1910 N-r 31 Beilage S. 59. i Verh. d. Deutsch. Gesell. f. Chir. 1910. S. 396.



loidalne potrafią wchłonać i przechowywać duże ilości jodu, nie wydalając ich zaraz w postaci wydzieliny, dla tego też objawy Basedowa mogą się nie przyłączać. W praktyce jednak niepodobieństwem jest znaleźć różnicę między działaniem jodu przy zdrowym gruczole tarczowym a także przy wolu guzowatym, z obfitą zdrową tkanką łączną, gdzie duże dawki jodu bywają dobrze znoszone, a działaniem jodu przy wolu z wzmocnionym wydalaniem wydzieliny, gdzie tylko minimalne dawki są nieszkodliwe. Gruczoł Basedowa (nawet tam, gdzie się mało jodu w mięszu jego konstatuje) posiada względem jodu wzmoczoną zdolność wchłaniania, ale nie jest w stanie go zatrzymać, występuje wzmoczona sekrecja jod zawierającej wydzieliny — biegunka gruczołu tarczowego (Schilddrüsendiarhoea) i hyperthyreosis (jak przy bezpośrednim wprowadzeniu preparatu z gruczołu tarczowego); T. Kocher spostrzegał ciężkie objawy Basedowa po użyciu jodu w uderzająco małych dawkach.

Jod w nadmiarze wywołuje hypersekrecję gruczołu tarczowego. Przez obfity dowóz jodu zachodzą w gruczole tarczowym zmiany, które usposabiają do choroby Basedowa; lekkie przypadki tego cierpienia doznają pogorszenia od jodu; wreszcie przy chorym gruczole tarczowym mogą pod wpływem jodu występować objawy choroby Basedowa, nie różniące się od klasycznego obrazu tego cierpienia (wybitne szybkie wychudnięcie, podniecenie, niepokój, bezsenność, niecierpliwość, drżenie, tachykardja, zmiana składu krwi w kierunku leukopenji i limfocytozy). T. Kocher mówi o Jodbasedowie lub Jodhyperthyreosis.

Nie każda hyperthyreosis musi być patologiczna, jak np. hyperplazja gruczołu tarczowego podczas ciąży lub w okresie dojrzewania, wywołana przez wzmoczone ze strony ustroju zapotrzebowanie wydzieliny gruczołu tarczowego. Jest prawdopodobne, że ten fizjologiczny, kompensacyjny przerost spowodowany jest przez brak jodu i że w tych wypadkach małe dawki jodu stanowią najlepszą metodę leczenia; ale i ta fizjologiczna hyperthyreosis (zwana także forme fruste albo Basedowoid) może pod wpływem nieogłędnego użycia jodu spotęgować się do istotnej choroby Basedowa. Są więc przypadki wola z nieznacznymi objawami Basedowa, które się poprawiają od jodu (ale tylko w małych, centygramowych dawkach). W Basedowie pozostaje leczenie jodem mieczem obosiecznym i szkoda, jaką jod wyrządza we

wszystkich typowych i nietypowych przypadkach Basedowa i Basedowoidu, jest o wiele większa, niż korzyść; dla tego też nawet w przypadkach wtórnej choroby Basedowa (to jest z uprzedniem wolem) lepiej jest zastosować innego rodzaju leczenie. T. Kocher z naciskiem twierdzi, że pewna i to wcale nie mała ilość t. zw. „serc zmienionych przez wole” (Kropfherz) zależna jest od „konsekwentnego” stosowania jodu, zwłaszcza u chorych, którzy cierpią na duszność z powodu ucisku wewnątrz klatki piersiowej położonego wola.

T. Kocher obserwował wprawdzie przypadki Jodbasedowa, w których bardzo małe dawki jodu zdawały się wpływać pomyślnie, jak to i w klasycznej chorobie Basedowa przygodnie się spostrzega; naogół jednak więcej się szkodzi przez podawanie jodu, albowiem stosuje się dawki o wiele za duże. Ale wątpliwe jest, czy nawet mniejsze dawki mogą być wskazane w Jodbasedowie, albowiem jod pozostaje w wolu nagromadzonym.

Oto tylko kilka twierdzeń ze znakomitej pracy T. Kocher'a, nadającej się do szczegółowego studjum.

W innym swoim odczycie na zeszłorocznym zebraniu Brit. medic. Assoc. \*) „o operacyjnem leczeniu choroby Basedowa” potwierdza T. Kocher powyższe swe uwagi.

Jakby na poparcie i rozszerzenie tych najnowszych sądów najwybitniejszego badacza na polu wola i choroby Basedowa zjawil się głos ostrzegawczy Krehl'a \*\*). Wywodzi on, że spotyka się dość często ludzi z pewnemi zaburzeniami czynnościowemi, pochodzącemi niewątpliwie z gruczolu tarczowego, jakkolwiek badanie sposobami, będącymi w naszym rozporządzeniu, nie jest w stanie wykryć nic nieprawidłowego w rzeczonym gruczole \*\*\*). Rozeznanie, czy chory na wole zniesie jod dobrze, czy źle, jest najczęściej bardzo trudne, jeśli wogóle możliwe. Samoistne wystąpienie tyreotoksycznych objawów u chorych na długotrwałe

\*) Refer. w Münch. med. Woch. 1910 Str: 1913.

\*\*\*) Rat zur Vorsicht bei Gebrauch des Jods. Münch. med. Woch. 1910 N. r 47.

\*\*\*\*) F. von Müller (Harvey lecture New York 1907 cyt. wedle Th. Kochera) twierdzi, że rozpoznanie hyperthyreoidyzmu jako tła dla chorób serca może być dokonane przez podanie jodu, którego najmniejsza dawka wywołuje natychmiastowe pogorszenie.



wole—„zbasedowanie się” wola — z jednoczesnym niekiedy zmniejszeniem się, a nawet zniknięciem wola, jest zjawiskiem, według Krehla, bardzo znanem. Zupełnie to samo spostrzega się pod wpływem jodu, bądź to po kilku dawkach, bądź też dopiero po dłuższym użyciu. W nierzadkich przypadkach, twierdzi Krehl dalej, kilkoma małemi dawkami wywołuje się niepowstrzymanie postępującą sprawę, której niekiedy nie jesteśmy w stanie opanować.

Zupełnie podobnie układają się, według Krehla, stosunki u ludzi, u których najdokładniejsze badanie nie jest w stanie wykryć nic nieprawidłowego ze strony gruczołu tarczowego. Głównie dotyczy to chorych z stwardnieniem tętnic, u których bardzo często przekracza się pożyteczną miarę użycia jodu. Podobnie jak preparaty gruczołu tarczowego, sprowadza w pewnym stopniu wychudnięcie i jod, za pośrednictwem tego właśnie gruczołu. W te-reoidyzmie występują złożone obrazy chorobowe nierzadko jednak i nieskomplikowane, zwłaszcza często nerwowe podrażnienie i wychudnięcie. Tem powściągliwszym — twierdzi Krehl — należy być ze stosowaniem jodu u chorych na stwardnienie tętnic, którzy mają powiększony gruczoł tarczowy, a całkiem go zaniechać przy istnieniu jakichkolwiek tyreotoksycznych objawów.\*)

Przekonałem się, że ostrożność przy stosowaniu jodu zachowywać należy nie tylko u chorych na chorobę Basedowa, wole, lub takich, którzy, pomimo braku dającego się stwierdzić cierpienia gruczołu tarczowego, jednakże wykazują tyreotoksyczne objawy, nie tylko przy stwardnieniu tętnic, ale i u osobników z całkiem różnemi cierpieniami, nie mającemi żadnej styczności z rzezonymi stanami i zamieszkałymi w okolicach, gdzie cierpienie gruczołu tarczowego nie jest endemiczne. Widziałem mianowicie, jak się rozwinęły objawy choroby Basedowa u chorej na (Pseudo)tumor cerebri (Meningitis serosa? Hydrocephalus?),

\*) Te zapatrywania u Krehla są potwierdzone przez statystyczne dane zebrane przez Fleischmanna (Minch. med. Woch. 1911 N-r 4), wykazujące wzmogoną wrażliwość na jod mieszkańców Berna i Bazylei w porównaniu z Berlinem i że ta nadwrażliwość tyczy się tych stron, gdzie wole panuje i osobników z pozornie normalnymi gruczołami tarczowymi.

u innego pacjenta z poczynającym się wiałem rdzenia, u których to chorych stosowane były wstrzykiwania jodipiny (25%) w wysokiej dawce (nie przekraczającej wszakże zalecanych ilości).

Pannę M., 24 lat, widziałem w lipcu 1907 roku z powodu bólów głowy, trwających od kilku tygodni i często spać nie dających. Brak łaknienia. Od czasu do czasu podwójne widzenie. Przed 7 laty napady przypominające migrenę, które po kuracji w Kudowie już się więcej nie powtórzyły. Osobnik dość krzepki. Badanie wykryło jedynie wybitną neuritis optica z krwotokami, przy dobrej sile widzenia, bez upośledzenia pola widzenia. W moczu — w ciągu całego przebiegu — nic nieprawidłowego. 23.VIII.07. Niedowład lewego n. odwodzącego (z podwójnym widzeniem). Przelotny lewostronny niedowład kończyn z nieznacznymi afatyicznymi zaburzeniami. Bóle głowy niezmiernie silne. Zapalenie n. wzrokowego, potwierdzone przez specjalistę. Oddziaływanie źrenic dobre. Przyczyny stępienia słuchu, na które się chora uskarża, otjatra wykryć nie mógł. Chora utrzymuje, że schudła.

10.IX.07. Zrobiono 12 wcierań ung. cinerei à 2,0. Niewątpliwa poprawa; bóle głowy słabsze; widzenie podwójne prawie usta-piło, nawet zmiany na dnie oka mniej wybitne. Kilka dni przed wystąpieniem miesiączki zjawily się silne bóle w podbrzuszu i dolnej części klatki piersiowej, którym towarzyszyło podniesienie się ciepłoty do 38°; nieznaczna ta gorączka przetrwała wystąpienie miesiączki o dwa dni.

14.X.07. Zrobiono ogółem 40 wcierań. Od 2 tygodni bóle w tyle głowy po stronie lewej znów się wzmo-gły, sen gorszy; ubyło na wadze 3 funty. Szczególne, kilka minut trwające napady drętwienia i kurczu w prawej połowie twarzy, przyczem mięsień żwacz kurczy się tonicznie i drży, jednocześnie drętwienie w lewym przedramieniu. Tętno zazwyczaj około 90, ciepłota wieczorem niższa (około 36,5), niż zrana (37°).

7.III.08. Przed 7 tygodniami ukończono cykl wstrzykiwań ogółem 186,0 jodipiny (25%). Dopiero co wspomniane napady nie powtarzają się; czasem tylko zjawia się skurcz w twarzy, przypominający tic. Bóle głowy jeszcze trwają (przeciw czemu stała była przyjmowany pyramidon). Uderza obecnie wysoka cyfra 110 tętna, wystąpiło małe wole, wyraźne drżenie palców. Stan ogólny i podmiotowe poczucie zadawalające. Według opinii okulisty zapalenie n. wzrokowego ustępuje, nerwy wzrokowe odzyskują



swój normalny wygląd, jakkolwiek granice tarcz są jeszcze zarte, naczynia wąskie, o niejednakowym kalibrze.

Niestety, poprawa ta okazała się zwodniczą. Dowiedziałem się, że pacjentka wkrótce potem zmarła nagle przy objawach mózgowych.

Pomijam tu rozbiór interesujących szczegółów tej obserwacji (przelotne niedowłady, afazja, szczególne napady w obrębie prawej połowy twarzy, nagle zejście i t. d.), i tylko pokrótce zaznaczę trudności rozpoznawcze przypadku. Początkowo przypuszczałem guz mózgowia; gdy jednak po leczeniu mieszanem okazała się tak wybitna poprawa, gdy nawet zapalenie n. wzrokowego znacznie ustąpiło i nerwy wzrokowe zaczęły odzyskiwać swój wygląd normalny, skłonny byłem sądzić, że mam przed sobą guz wrzekomy resp. zapalenie opon mózgowych surowicze (hydrocephalus), z czym nie stoi w sprzeczności nagle, nieoczekiwane zejście śmiertelne.

U tej więc chorej rozwinęły się na kilka tygodni przed śmiercią pewne właściwe chorobie Basedowa objawy, jak wysoka liczba tętna (110), wole, drżenie rąk; z chorobą Basedowa niewątpliwie nie znajduje się tu w związku kilkodniowe przemijające podniesienie ciepłoty, które uważać trzeba za będące w zależności od miesiączki; zaznaczam to właśnie, albowiem w przebiegu choroby Basedowa przytrafia się nawet długotrwała hypertermia. Otóż tej chorej na kilka tygodni przed wystąpieniem rzeczonych objawów choroby Basedowa wstrzyknięto w ciągu paru tygodni 186,0 jodipiny (25%). Zanotować wypada, że objawy Basedowa nie były dla pacjentki uciążliwe, prawie że ich wcale nie odczuwała; wystąpiły one podczas zupełnej euforii, kiedy chora cieszyła się znaczną poprawą w zakresie objawów guza mózgowia. Śmierć, która tak szybko i nagle nastąpiła, nie pozwoliła stwierdzić, czy objawy, właściwe chorobie Basedowa, ustąpiłyby również po ukończeniu wydzielania się jodu z ustroju, jak to istotnie miało miejsce w następującym przypadku.

Pana S., lat 31, widziałem po raz pierwszy 7.VI.07. Syfisy przed 14 laty, systematycznie leczony w ciągu wielu lat. Dzieci zdrowe, żona nie roniła. Jedyłą skargę stanowią typowe bóle w nogach, trwające od 1½ roku i powracające w odstępach kilkodniowych. Objaw Argyll - Robertsona. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa zachowane. Charakterystyczne zmiany czucia na stopach. Priapismus. Namiętny palacz. Przepisałem z początku

wcierania szarej maści à 3,0, następnie, na początku 1908 roku, w ciągu kilku tygodni podskórnie 250,0 jodipiny (25%). Ponieważ środek ten, zdawało się, wywierał dobroczynny wpływ na bóle, więc po kilku miesiącach wstrzyknięto choremu ponownie 150,0 jodipiny (25%). W końcu tegoż roku, gdy pobyt w Nauheim nie przyniósł pożądanej poprawy, za radą zagranicznego lekarza stosowano wstrzykiwania enesołu.

W kwietniu 1909 roku nagle w nocy, bez wiadomego powodu, wystąpiła silna biegunka aż do stanu blizkiego omdlenia. Od tego czasu skłonność do rozwolnień pomimo ścisłej diety; prócz tego odbijania, niesmak, brak apetytu; znaczne wychudnięcie i wyczerpanie; tętno 120; drżenie rąk; badanie moczu wykrywa obecnie ślady białka i pojedyncze walczki.

Od tego czasu straciłem pacjenta z pod bezpośredniej obserwacji; zwrócono mu uwagę, że rzeczony przypadku były spowodowane wstrzykiwaniami jodipiny.

Mam jednak autentyczne wiadomości od opiekującego się nim lekarza, że powyższe objawy, a więc biegunka i inne przypadłości żołądkowe, wysoka cyfra — 120 tętna, drżenie palców rąk, zupełnie ustąpiły po odstawieniu jodu, że pacjent przybrał na wadze, że wogóle obecnie wolny jest od wszelkich objawów właściwych chorobie Basedowa, cierpi tylko nadal na swoje bóle wiądowe (przeciw którym stosuje się obecnie „606„ — z jakim wynikiem, nie daje się dotąd orzec). W każdym razie trzeba było dłuższego czasu, miesięcy, nim chory wrócił do stanu normalnego.

Gdy w pierwszym przypadku objawy Basedowa wystąpiły jako coś przypadkowego, przez chorą wcale nie zauważonego, to w drugim usunęły one właściwe wiądowe objawy na plan drugi, zwłaszcza uciążliwe były biegunka, wychudnięcie i uczucie osłabienia.

W obecnym stanie naszych wiadomości żadnej chyba wątpliwości nie ulega, że powyższe objawy Basedowa wywołane zostały przez użycie dużych dawek jodipiny (25%, ogółem 400,0). Najlepszym dowodem związku przyczynowego służyć może fakt, że po zaprzestaniu stosowania jodu i przypuszczalnem wydzieleniu się jego z ustroju objawy Basedowa znikły bez śladu. Nie przeczy temu ta okoliczność, że rzeczony objawy wystąpiły późno, bodaj w parę miesięcy po ukończeniu wstrzykiwań — nie mogę ściśle podać czasu, ponieważ pacjent z prowincji nie pozostawał



stale pod moją obserwacją — albowiem wydzielanie się wstrzykniętej jodipiny odbywa się tylko powoli; tak, Klingmüller mógł stwierdzić obecność w moczu jodu jeszcze w 4 miesiące po zastosowaniu 18 wstrzyknięć po 20,0 jodipiny (10%)\*). Feites stwierdził to samo po 402 dniach, Welander znalazł jod w moczu w 15 miesięcy po ostatniem wstrzyknięciu jodipiny. Th. Kocher znajduje objaśnienie faktu, że objawy Basedowa występują nierzadko po dłuższym czasie po odstawieniu jodu, w toksycznych i nieusuwalnych zmianach pewnych narządów (nerki, serce, wątroba). Z drugiej strony widział on znaczne pogorszenie po długiem odstawieniu jodowych preparatów tam, gdzie podziaływały takie czynniki jak wstrząśnienie moralne, choroby zakaźne, wpływ na czynność serca mechanicznych szkodliwości.

Zarzut stosowania w danym przypadku zbyt wysokich dawek jodipiny może być poniekąd słuszny; wszakże wskazać muszę na to, że zwolennicy tej metody leczenia stosowali jeszcze wyższe dawki i chwaliли je; tak, Potheau sądzi, że można bez szkody wprowadzić 500,0 jodipiny w ciągu 3 tygodni. Lustwerk\*\*) użył u jednego chorego z neuritis optica syphilitica et myocarditis w ciągu 3 miesięcy 450,0 jodipiny (25%), innemu zaś choremu z myelitis dorsalis transversa wstrzyknął w ciągu 8 tygodni około 980,0 jodipiny (25%)! Zaleta metody ma właśnie, według zachwaleń jej stronników, polegać na tem, że przy jej pomocy można bezkarnie wprowadzić do chorego ustroju większe ilości jodipiny, które stanowią niejako zbiornik, z którego jod stopniowo się odszczepia, i w ten sposób trzymać organizm pod stałym wpływem jodu in statu nascendi. I na to szczególnie zwracano uwagę, że jodipina, w przeciwieństwie do soli jodowych, wolna jest od wszelkich ubocznych nieprzyjemnych działań, że gdy jodek potasowy wywołać jest w stanie między innymi i cierpienie gruczołu tarczowego z zaburzeniami odżywiania, jodipina tego nie spowoduje, posuwano się nawet do twierdzenia, że jodipina może być i wtedy stosowana, gdy istnieją ciężkie objawy jodyzmu od jodku potasu. Jak-że bardzo należy sceptycznie odnosić się do tego rodzaju zachwaleń!

\*) Potheau: Über die antitox. Wirkungen des Jodipins. 1906. Tłom. niemieckie.

\*\*) Deuts. medic. Zeit. 1909 N-r 24.

Muszę zaznaczyć, że u obojga wyżej opisanych chorych poprzednio żadnych objawów, właściwych chorobie Basedowa, nie było, zarówno jak i żadnych objawów tyreotoksycznych, żadnego widocznego powiększenia gruczołu tarczowego, że objawy Basedowa wystąpiły u nich tylko przypadkowo, że tak powiem epizodycznie, i z chorobą zasadniczą (Pseudotumor cerebri, Tabes incipiens), w żadnym, najbardziej oddalonym związku nie pozostawały. Nie można też twierdzić, jakoby istniała u nich idjosynkrazja względem jodu, albowiem oboje początkowo, jak się zdawało, znakomicie znosili wstrzykiwania 25% jodipiny, nie było żadnych przypadłości zwykłego jodyzmu, a dopiero, gdy ustroj pozostawał przez dłuższy czas pod wpływem stopniowo odszczepiającego się ze zbiornika jodu, wtedy tylko wystąpiły na jaw objawy Basedowa. Na szczęście, przynajmniej co do drugiego przypadku, powiedzieć można, że trwalejszkody tem się nie przyczyniło.

Zdaniem Th. Kocher'a odznacza się następczy Basedow w postaci struma basedovificatum łagodnym przebiegiem, w przypadkach jednak zbyt intensywnego i długiego stosowania jodu nie ma zasadniczej różnicy w porównaniu z innymi postaciami Basedowa i rokowanie jest tu i tam równie złe. Nasze dwa przypadki, zwłaszcza 2-gi, zdają się przemawiać za tem, że rokowanie nie musi być niepomysłne tam, gdzie dowóz jodu był obfity, o ile nie było wola.

Muszę też zaznaczyć, że w tym samym czasie stosowałem podskórnie duże dawki 25% jodipiny i w innych przypadkach, które wówczas wydawały mi się odpowiednimi, bez wywołania objawów tyreotoksycznych lub choroby Basedowa. Tutaj, podobnie jak i przy innych związkach jodowych, nie sposób jest dotąd wykryć oznak, czy istnieje tolerancja względem jodu, czy też nie.

Spostrzeżenia powyższe dowodzą, że i przy stosowaniu jodipiny istnieje niebezpieczeństwo wywołania nie tyle niewinnego i szybko przemijającego jodyzmu, ile daleko poważniejszych przypadłości właściwych chorobie Basedowa, i że zaleconą być winna ostrożność przy stosowaniu jodu nie tylko u osobników z chorobą Basedowa, z wolem, stwardnieniem tętnic \*), jak to dotąd

\*) Ostatnio ogłasza Emmerich (Berlin, klin. Woch. 1910 N-r 44), że zdarzyło mu się wielokrotnie spostrzegać u arteriosklerotyków po dłuższem użyciu sajodiny stany bardzo poważnej natury, które nazywa „jodkache-



głoszono, (arteriosklerotycy zdają się być szczególnie wrażliwi na jod), ale też i u innych całkiem różnych chorych; zwłaszcza dotyczy to tak zachwalanych podskórnych wstrzykiwań dużych dawek 25% jodipiny. Należy poważnie postawić kwestję, czy zachwalane zalety i wyższość metody, nie dającej się jakoby zastąpić przez mniejsze dawki, są rzeczywiste, a jeśli tak było, czy w tej mierze, że przeważają ewentualne szkody. Co do mnie nie zaliczam siebie już do zwolenników tej metody. Również nie mogłem się przekonać o niezwykłych skutkach stosowania do wewnątrz ogromnych, tak chętnie przez syfilodologów przepisywanych, dawek soli jodowych; przyznaję, że inni badacze posiadają może w tym względzie większe doświadczenie i lepsze wyniki. W każdym bądź razie nie powinniśmy ani na chwilę spuszczać z oka głównej zasady naszego postępowania lekarskiego: *primum non nocere*.

Th. Kocher stosuje jako główny środek wewnętrznego leczenia Jodbasedowa fosforan sodu (*Natrum phosphoricum*) 2,0 dwa razy dziennie w mleku, ewent. zastrzykiwania wewnątrzmięśniowe roztworu glicerynowego fosforanu (po 1,0 dziennie). Protylina (połączenie fosforu z białkiem) po łyżeczce od kawy podczas obiadu podnosi w sposób godny uwagi, zdaniem tego badacza, ogólne odżywianie u tych chorych.

---

ksją" (znaczne, stopniowe wychudnięcie, ogólny upadek sił, ociężałość, zmęczenie, niekiedy bezsenność). Objawy te znikają stopniowo, po odstawieniu jodu. E. poleca podawanie jodu (0,01 *Natr. jodati*) z solami krwi *Truneczek'a* (zamiast trudno rozpuszczalnego wapnia daje on *Magn. citr. efferv.*) w postaci kołaczyków. Ja też widziałem ciężki przypadek choroby Basedowa z t-rami do 38,5°, który u 52 l. kobiety, dotkniętej od 20 lat woleń, rozwinął się w trakcie dłuższej kuracji sajodina (3 pastylki po 0,5 dziennie) i bromem, zaleconej przeciw epilepsia tarda, jakoby na gruncie arteriosklerozy od 7 lat powstałej.

Z oddziału dla chorych nerwowych D-ra med. Ed. Flatau  
w Szpitalu Żydowskim na Czystem.

## O MYOKLONJI OBJAWOWEJ W CIERPIENIACH ORGANICZNYCH OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U DZIECI.

podali

E. FLATAU i WL. STERLING.

---

Nowożytny postęp neurologji polega z jednej strony na wyodrębnianiu pewnych jednostek chorobowych, z drugiej zaś strony na analizie poszczególnych objawów, jako części składowych najrozmaitszych cierpień układu nerwowego. W historii rozwoju nauki o poszczególnych jednostkach chorobowych coraz częściej zdarza się fakt, że te cierpienia, które początkowo wydawały się czemś zupełnie samoistnem, przy bliższej analizie klinicznej zatraciły tę samoistność lub też, że nie stanowiły one pewnej ściśle wyodrębnionej jednostki chorobowej, lecz zdarzać się mogły jako charakterystyczny zespół w najrozmaitszych zupełnie odmiennych chorobach nerwowych. Do tej grupy zaliczyć musimy również myoklonje, które Unverricht wyodrębnił początkowo jako specjalną nerwicę, później okazało się jednak, że po za tymi przypadkami, w których myoklonja stanowiła wyłączną i odrębną postać chorobową, istnieje cały szereg cierpień o zupełnie innem podłożu, w których myoklonja może wystąpić tylko objawowo. W pracy niniejszej zwracamy szczególną uwagę na występowanie zespołu myoklonicznego w przebiegu rozlanych cierpień ośrodkowego układu nerwowego, a mianowicie z jednej strony w rozlanem zapaleniu opon mózgowych, względnie meningo-encephalitis, z drugiej zaś strony w idjotyzmie amaurotycznym czyli t. zw. chorobie Tay-Sachs'a. Zjawianie się tych częstokroć niewyjaśnionych zespołów chorobowych w cierpieniach organicznych może w wielu wypadkach wysświetlić genezę zjawisk, stanowiąc



wiących podłoże tych zespołów; zdarzyć się bowiem może fakt analogiczny do historii rozwoju naszych pojęć o padaczce typu Jackson'a: objaw ten, rozpatrywany początkowo jako jedna z postaci czynnościowej padaczki, znalazł swe wyjaśnienie dopiero od chwili, kiedy coraz częściej zaczęto go stwierdzać w najrozmaitszych cierpieniach mózgowych -- i dopiero te ostatnie wyświetliły w należyty sposób zarówno istotę, jak i mechanizm powstawania zespołu Jackson'a. Jakkolwiek dalecy jesteśmy od przypuszczenia, że przypadki przytoczone poniżej wraz z dołączonym do nich rozstrząsaniem teoretycznym są zdolne odkryć przyczynę zjawisk myoklonicznych, to sądzimy jednak, że ta droga dociekań klinicznych ma niewątpliwie swe uzasadnienie i może mieć coraz większą doniosłość, ponieważ wnioski, które możemy wyprowadzić z klinicznej analizy cierpień organicznych, wydają się nam przy dzisiejszych metodach badania bardziej ścisłymi, aniżeli hipotezy, osnute na analizie tych zespołów w cierpieniach czynnościowych.

Przypadek I. Meningo-encephalo-poliomyelitis infectiosus z myoclonia symptomatice. A. M., chłopiec 1½ roczny, zapisany na oddział dn. 30 paźd. 1907 r.

6 tygodni temu mamka upuściła dziecko z rąk na ziemię. Przy podniesieniu dziecka z ziemi nastąpiło ponowne uderzenie główki o kłamkę drzwi. Podobno przez trzy dni następne dziecko miało podniesioną ciepłotę (temperatury nie mierzono). Trzeciego dnia dziecko dostało nad ranem napadów ogólnych drgawek z pianą na ustach i z zupełną utratą przytomności. Napad ten trwał około 20 minut. Po napadzie dziecko spało około godziny. Nazajutrz w południe wystąpił powtórny słabszy napad drgawek. Tego samego dnia -- podniesienie ciepłoty ciała i lekarz stwierdził rozpoczynające się zapalenie płuc.

Stan gorączkowy oraz objawy płucne trwały przeszło 2 tygodnie i podczas tego okresu dziecko nie miało drgawek, ani też nie traciło przytomności. Tylko sen był niespokojny i chłopczyk często budził się ze strachem. Po ustąpieniu objawów ze strony płuc (mniej więcej przed 3 tygodniami), dziecko obudziło się nagle pewnej nocy z ochryplym krzykiem i lękiem i wtedy matka zauważyła po raz pierwszy drganie prawej powieki, prawej kończyny górnej i mięśni warg. Drganie to trwało ½ godziny, przy czym matka zaznacza, że dziecko było podczas tego przytomne, pytania rozumiało, jakkolwiek trudno mu było mówić. Następnego dnia drgań nie było, lecz w nocy dziecko obudziło się znów z krzykiem i wystąpiło drganie w obu powiekach, ustach, główce, w obu rączkach (tułów i nogi nie brały w tem podobno

udziału). Napad trwał tym razem około 2 godzin. W ciągu następnych 2 tygodni dziecko stale budziło się w nocy z krzykiem, występowało opisane powyżej drganie, które trwało godzinę lub więcej, następnie chłopczyk zasypiał. W ciągu dnia drganie powracało na jakieś 2 — 3 godziny. Wtenczas w drganiu brało już udział całe ciało.

Od 5 dni drganie stało się stałym, nie przechodząc podczas czuwania ani na chwilę i ustając zupełnie podczas snu. Drganiu temu od samego początku towarzyszyły rytmiczne, przerywane dźwięki głosowe. Od czasu niniejszego drgania dziecko, które przedtem zaczynało mówić, nie może wymówić ani jednego wyrazu. Pomimo to matka dziecka sądzi, że zachowało ono zupełnie inteligencję, że poznaje osoby bliskie, przedmioty użytku codziennego i zabawki. Starano się ujmować prawą (ciągle trzęsącą się) rączką podawane przedmioty i wymówić jakiś wyraz, a gdy mu się ani jedno, ani drugie nie udawało, zaczynało płakać. Zauważono tylko większą niż uprzednio lekliwość dziecka. Sen dobry. Napadu właściwych drgawek przez cały ten czas nie było. Mocz, ani kału dziecko nie oddawało pod siebie.

Przed cierpieniem obecnem dziecko żadnej choroby nie przechodziło. Z 5 dzieci pierwsze umarło w czwartym roku na zapalenie mózgu pourazie, czwarte zaś — umarło w czwartym miesiącu (pemphigus neonatorum?). Reszta rodzeństwa żyje. Ojciec zdrów (umiarkowany alkoholizm). Matka cierpi na napady bólów głowy. W rodzinie matki ani ojca nikt na choroby nerwowe nie cierpiał.

W domu po wystąpieniu drgania przystawiono dziecku na kark plaster hiszpański.

Stan obecny: (I.XI.1907). Najwybitniejszą i najbardziej charakterystyczną cechą kliniczną u chorego są drgania, ogarniające głowę, twarz i kończyny. Drżenie to występuje w 3 postaciach, mianowicie widać: 1) kurcze o dużej rozległości w mięśniach unoszących głowę, w mięśniach przedramion, ramion, ud i goleni. Ogólny charakter tych drgań przypomina najbardziej ruchy płasawicze, 2) ruchy w palcach dłoni, palcach stóp i języku o znacznie mniejszej rozległości i szybszem od poprzednich tempie, których charakter przypomina ruchy w drżące (paral. agitans), oraz 3) ruchy w mięśniach twarzy o niezmiernie drobnej rozległości i nadzwyczaj szybkim tempie, o wyraźnie klonicznym charakterze. Co do tych ostatnich ruchów, to dotyczą one wyłącznie mięśni, unerwianych przez oba nerwy twarzowe (górną i dolną gałązkę). Ani m. żwacz, ani m. unoszący powiekę górną żadnego udziału w ruchach tych nie biorą. Również i gałki oczne nie wykazują najmniejszego śladu drżenia. Wolne są również mięśnie szyi. Lewa połowa twarzy drga bardziej niż prawa. (Co się tyczy czoła, to wybitnej różnicy nie było). Siła kurczu nie jest we wszystkich mięśniach twarzy jednakowa, jest ona przy-



tem we wszystkich mięśniach niewielka. W niektórych mięśniach kurcz daje efekt ruchowy (mm. orbicularis oculi sin., corrugator superciliū, frontalis dext., levator anguli oris et labii sup. sin., orbicularis oris, levator menti), w innych znowu mięśniach właściwego efektu ruchowego nie otrzymuje się nigdy, widać tylko minimalne skurcze, podobne do tych, jakie powstają przy najsłabszych prądach elektrycznych przy szybkim zamykaniu i otwieraniu prądu (mm. frontalis sin., levator anguli et labii sup. dext.).

Pomimo dość znacznej symetrii kurczów w prawej i lewej połowie twarzy, nie są one izochroniczne. Najwybitniejszą cechą tych kurczów jest ich błyskawiczność. Uderza przytem: 1) niezmiernie drobna rozległość skurczów, 2) niesłychanie szybkie ich tempo i 3) prawie absolutna ciągłość skurczów i rozkurczów.

Co się tyczy przedewszystkiem rozległości, to jest ona w niektórych mięśniach np. w m. czołowym lew. tak drobna, że na pierwszy rzut oka otrzymujemy raczej wrażenie niesłychanie subtelnej wibracji lub falowania, aniżeli istotnego skurczu masy mięśniowej.

Szybkość tempa jest tak wielka, że w niektórych mięśniach jak np. w m. dźwigaczu kąta ust lew. udało się nam naliczyć około 180 skurczów na minutę. W innych mięśniach skurcze te są tak drobne i szybkie lub tak zamaskowane przez ciągły ruch mięśni okolicznych, że liczenie ich jest wprost niemożliwe.

Ta drobna rozległość skurczów i niezmierna ich szybkość składają się na to, że przy pobieżnem patrzeniu otrzymuje się wrażenie raczej jakiejś jednolitej galaretowatej trzęsącej się masy (na policzkach wargach i czole), aniżeli skurczów poszczególnych mięśni twarzy.

Kurcze te nie są jednak absolutnie ciągłe. Przy dokładnem wpatrzeniu się w jakiś poszczególnie drgający mięsień widać, że po całym szeregu drobnych skurczów następuje od czasu do czasu (w najrozmaitszych odstępach) króciutka przerwa, trwająca kilka sekund. Ponieważ jednak przerwy te są niezmiernie krótkie, rzadkie i nie występują w rozmaitych mięśniach synchronicznie, otrzymujemy przeto ogólne wrażenie nieustannego ruchu i nieustannej gry mięśni twarzowych. Zaznaczyć należy, że nieustanność ta, po za niewielu godzinami snu, kiedy kurcze zupełnie ustępują, trwa już bez przerwy od 7 dni.

Podkreślić dalej należy jeszcze dwie ważne cechy kurczów:

1) Drganie nie występuje w zbiorowych, skoordynowanych dla pewnego ruchu mimicznego grupach mięśniowych, lecz w poszczególnych jednostkach mięśniowych. Fakt ten ma swoje kliniczne znaczenie pod tym względem, że pomimo nieustannego ruchu i gry mięśni nigdy nie otrzymujemy tych karykaturalnych grymasów, jakie napotykamy w płasawicy lub w tikach. Twarz dziecka niema określonego wyrazu, ma raczej charakter

niewielko maskowaty i to pomimo owego nieustannego tańca mięśni; właściwej mimiki twarzy w ogóle nie widać. Według słów matki i naszej obserwacji dziecko od czasu choroby nie uśmiechało się, ani też nie zapłakało ani razu. Matka, która mimikę dziecka zna dobrze, utrzymuje, że poznaje po wyrazie oczu lub skrzywienia warg, że dziecko chce płakać, lecz nie może.

Na tle tego nieustannego tańca mięśni twarzy (policzków, warg, czoła) dziwne wrażenie sprawiają zupełnie normalne, spokojne, skoordynowane ruchy obu górnych powiek i obu gałek ocznych. Usta dziecko trzyma otwarte, od czasu do czasu miarowo je zamyka i otwiera, przypominając ruchy ust u manekinów. Język wykonywa bardzo nieznaczne ruchy w jamie ustnej (w tył, naprzód, zwijanie w trąbkę).

Ta miarowość ruchów żuchwy, o charakterze pewnej automatyczności, stoi w uderzającej sprzeczności z nieustanną myoklonją twarzy i ze spokojnymi i na pierwszy rzut oka jakby dowolnymi ruchami gałek ocznych, to w jedną to w drugą stronę.

2) Drugą cechą charakterystyczną owych kurczów mięśni twarzy stanowi fakt, że kurczy się cały mięsień, a nie jego poszczególne pęczki. Jest to właśnie jedna z przyczyn, że skurcze te czynią bardziej wrażenie ogólnego trzęsienia, aniżeli owych klawiaturowych drgań pęczkowych, jakie spostrzegamy np. w przewlekłych zanikach mięśniowych pochodzenia rdzeniowego.

Wszystkim tym ruchom towarzyszą stałe dźwięki przerywane, wyłącznie przy wydechaniu.

Przechodzimy do drugiej kategorii ruchów mimowolnych, a mianowicie do drżenia w odcinkach obwodowych wszystkich 4 kończyn. Ruchy te wykazują tempo wolniejsze od ruchów mięśni twarzy, są one także mniej częste, np. w palcach dłoni udało się naliczyć 120 skurczów na minutę, w palcach nóg szybkość jest mniej więcej taka sama. I tu i tam ruchy przypominają obraz, jaki napotykaamy w chorobie Parkinsona, t. j. ten sam stereotypowo-rytmiczny charakter, ten sam obraz zginania i rozginania oraz przewagę ruchów w palcach przy bardzo nieznacznych ruchach w stawach napiętkowych i skokowych. Palce obu dłoni znajdują się w stanie stałego zgięcia, przyczem napięcie zginaczy jest tak silne, że na wewnętrznej powierzchni trzeciego palca lewej dłoni powstała ranka od wpinającego się paznokcia dużego palca. Palce udaje się jednak rozgiąć, przyczem napotyka się na większy opór z lewej strony.

Wreszcie co do ostatniej kategorii ruchów w większych stawach kończyn, oraz w głowie, to mają one charakter ruchów bezcelowych i przypominają nieco ruchy płasawicze. W pozycji leżącej ruchy te cechuje pewna stereotypowość np. dziecko stale podnosi prawe ramię ku górze, zakłada je na tył główki, następ-



nie opuszcza je na kołderkę. W lewym ramieniu spostrzegamy, wprawdzie rzadziej, ruch analogiczny. Prócz tego dziecko wciąż podnosi obie kończyny dolne, zginając je silnie w stawach biodrowych i wykonywując niemi szereg ruchów bezcelowych w najrozmaitszych kierunkach o dość znacznej objętości i o dość wolnym tempie.

Jeżeli dziecko postawić na nóżki, to nie może się ono utrzymać w pozycji stojącej, przyczem ciągle podnosi i opuszcza nóżki, co czyni wrażenie, jak gdyby dziecko czyniło bezowocne próby chodzenia. Dziecko również nie może się utrzymać w pozycji siedzącej (opada natychmiast na łóżko). Przy podtrzymywaniu tułowia (w pozycji siedzącej) główki utrzymać nie może. Opada ona ku tyłowi, najczęściej w kierunku ramienia prawego. Ruch ten czyni jednak wrażenie raczej mimowolnego, aniżeli paretycznego opadania główki.

Oprócz opisanych powyżej ruchów dziecko wykonywa bar dziej złożone ruchy tułowiem oraz główką. Zaznaczyć należy, że dziecko bardzo rzadko i niechętnie leży w pozycji na wznak. Jeżeli go ułożyć w tej pozycji, to dziecko czyni forsowne usiłowania w celu przewrócenia się na prawy bok i po pewnym czasie udaje mu się to uczynić. Jeżeli je położyć na lewy bok, to czasem pozostaje w tej pozycji, najczęściej jednak przewraca się na prawy bok. Częstokroć przyjmuje podczas tych ruchów położenie jak najdziwaczniejsze i jak najniewygodniejsze, które czasami są podobne do tężca tylnego (opisthotonus): dziecko wygina kręgosłup łukowato, opierając się na piętach i na potylicy lub na twarzy. W pozycji tej dziecko czasami się dusi, twarz czerwienieje, sinieje i pęcznieją jeszcze bardziej już i bez tego obrzękle powieki.

#### B a d a n i e s o m a t y c z n e.

Czaszka dość duża, lecz nie widać objawów wodogłowia. Zrenice umiarkowanie szerokie, oddziaływanie na światło zachowane. Dziecko od czasu do czasu spogląda to na prawo, to na lewo, nigdy w górę lub nadół. Jeżeli pokazywać mu zegarek lub zapaloną świecę, to chwilami wydaje się, jakby dziecko śledziło za tymi przedmiotami, przy dłuższej jednak obserwacji dochodzi się do wniosku, że ruchy te są raczej przypadkowe aniżeli celowe. Podnoszenie i opuszczanie powiek — w normalnych rozmiarach. Na bardzo silne podniety słuchowe dziecko nie reaguje. Badanie wzornikowe: tarcze białawe, tętnice zwężone. Główki prosto utrzymać nie może.

Jakkolwiek badanie przedmiotowe siły mięśniowej w kończynach górnych i dolnych jest bardzo utrudnione, jednakże opór przy ruchach biernych wykazuje znaczną siłę mięśniową. Porażen nigdzie nie widać. Co do czucia, to dość silne ułknięcia w najroz-

maitszych okolicach ciała nie wywołują reakcji bólowej (dziecko ani nie odczuwa kłującej ręki, ani nie krzyczy).

Odruchy bardzo trudno wywołać z powodu ciągłych ruchów, niepokoju, przewracania się z boku na bok. Odruchy rzepkowe nie były wzmożone. Odruch podeszwowy niewyraźny. (Objawu Babińskiego nie było). Brzuszných ani mosznowych nie udaje się wywołać.

W płucach nic nienormalnego nie stwierdzono. Tętno 180. Brzuch nieco wypięty. Śledziona nieco powiększona. Nieznaczny obrzęk twarzy oraz wybitny — obu powiek górnych.

W moczu bardzo dużo białka. Duża ilość leukocytów, komórek nerkowych, czerwonych ciałek krwi oraz wałeczków hyalinowych, komórkowych i ziarnistych. Mocz oddaje bardzo mało. Stolec normalny.

Sen przez pierwsze dwa dni w szpitalu był dobry i ruchy ustawały. Następnie prawie, że nie spał i ruchy miał w dalszym ciągu.

#### P s y c h i k a.

Ogólnie powiedzieć można, że dziecko nie ma świadomości i że wszelkie ruchy wykonywa napółświadomie. Jakkolwiek matka utrzymuje, że dziecko ją poznaje, nie mogliśmy się o tem przekonać. Nigdy nie spostrzegliśmy przebłysku świadomości, nigdy — oznaki cierpienia lub radości. Dziecko nie reaguje na żadne bodźce zewnętrzne. Odruchu opisanego przez Oppenheim'a (ssanie palca włożonego do ust) niema.

7.XI. Mocz dziecko oddało więcej. W moczu białka, ani wałeczków niema; dużo białych ciałek, komórek nabłonkowych i bakterji. Obrzęk powiek mniejszy.

Badanie dna oka wykazało tak wybitne zwężenie tętnic, że nie były one widoczne (dojrzeć można tylko 2 żyły).

12.XI. Na grzbietowej powierzchni rąk z obu stron wybitny ciastowaty obrzęk. Na lewej dłoni powstał mały żółty ropień (od wspinającego się w ciało paznogcia). Na grzbietowej powierzchni stóp mniejszy, lecz również ciastowaty obrzęk. Na górnych powiekach obrzęk nieznaczny. Język nie obłożony. Mocz białka nie zawiera, lecz liczne kryształki szczawianu wapnia i b. nieliczne wałeczki szklistawe.

16.XI. Obrzęki prawie zupełnie znikły. Ruchy te same, co i uprzednio. Stałe dźwięki przerywane. Ruchy twarzy są być może nieco słabsze. Ukłucie dolnych kończyn wywołuje kurczenie się nóżek. Dziecko nic nie mówi. Jedzenie przyjmuje.

20.XI. Mocz normalny.

23.XI. Ruchy kloniczne mięśni twarzy znacznie słabsze (przeważnie w dziedzinie dolnej gałazki lewego n. twarzonego).



Prężenie ciała trwa dalej. Wyraźna chrypka. Dziecko wygląda przytomnie. Chętnie idzie na ręce do osoby, którą dobrze zna. Jeżeli je wziąć siłą, — płacze, przyczem wydaje dźwięki przerywane. W pozycji leżącej — niespokojne, przewraca się. Uspakaja się, jeżeli je wziąć na ręce. Ruchów w twarzy prawie że nie widać. Od czasu do czasu — ruchy dolnej szczęki.

26.XI. Stan bezgorączkowy. Mocz normalny. Dziecko zupełnie przytomne, mówi pojedyncze wyrazy, np. że chce iść do domu. Może o własnych siłach siedzieć. W kończynach widać jeszcze szereg ruchów bezcelowych o dużej rozległości. W palcach nie zdaje się dostrzedz żadnych ruchów; palce rąk są kurczowo zaciśnięte, tak że trudno jest otworzyć piąstkę. Palce nóg — w stanie krańcowego zgięcia. W twarzy drżenie jest mniejsze, lecz widać myokloniczne kurcze głównie w dziedzinie dolnej gałązki lewego n. twarzewego oraz w mniejszym daleko stopniu w innych mięśniach.

29.XI. Dziecko coraz bardziej przytomne. Rozgląda się po pokoju, krzyczy: niania, do domu. Jeżeli mu pokazać czekoladę, wyciąga prawą rączkę, utrzymać jej jednak w dłoni nie może. Rączki wciąż silnie zaciśnięte tak, że trzeba podkładać pod paluszki kawałek waty. Kończyny górne — zgięte w łokciu, dolne — w kolanach. Pes varus. Zlekka podtrzymywane może stanąć. Przebiera nóżkami, czyni to niechętnie i z płaczem. Przy ruchach dowolnych posługuje się stale prawą rączką. Po łokcie wyciąga stale tę właśnie rączkę. W kończynach dolnych różnicy tej nie widać. Od czasu do czasu — dźwięki przerywane. Główka przeważnie zlekka przechylona ku tyłowi.

9.XII. Dziecko stale się poprawia. Położone na łóżku nie wykonywa już owych licznych zgięć i skręceń. W twarzy widać jeszcze nieznaczne myokloniczne drgania przeważnie w dolnej wardze i w lewym policzku. Również pozostały nieznaczne drgania w obu dłoniach (palce stale zaciśnięte). Palce nóg stale zgięte.

11.XII. Dziecko od wczoraj chodzi po podłodze, o ile się je nieco podtrzymuje.

12.I.08. Wygląd znacznie lepszy. Dziecko widocznie utyło. Jeżeli je trzymać za rączkę, to chodzi wcale nieźle, zlekka chybocząc się. Jeżeli je puścić same, to przychodzi do matki. Wogóle dolne kończyny powróciły do stanu normalnego. Odruchy rzepkowe żywe. Odruchy ze ścięgna Achillesa wyraźne. Podeszwowe żywe. Mosznowe zachowane. Brzusznym nie udaje się wywołać (krzyk i napinanie brzucha). Co się tyczy kończyn górnych, to nie wróciły one jeszcze do stanu normalnego. Obie rączki są zlekka zaciśnięte, prawa bardziej niż lewa. Obie kończyny zlekka zgięte w stawie łokciowym. Dziecko używa rączek, lecz czyni to niezręcznie, specjalnie zaś palcami posługuje się z trudnością i powoli. Jeżeli mu dać cukierek, to bierze go

przeważnie lewą rączką, przyczem występuje drżenie, znaczniejsze w prawej kończynie. Przy czynnościach tych dziecko posługuje się zawsze całą kończyną (zarówno lewą, jak i prawą) en bloc. Brak jest normalnego harmonijnego rozczłonkowania i subtelności ruchów w stawach poszczególnych. Prawa kończyna górna wydaje się cała nieco cieńsza od lewej. Wymiary wykazały zcieńczenie prawego przedramienia (lewe przedramię w górnej części = 13,5 ctm., prawe = 13,0 ctm.). Wyrażonych odruchów z okostny nie otrzymano. Mowa dobra.

Przytomność i inteligencja dziecka normalne. Podczas płaczu i następnie przez pewien czas po płaczu słychać przerywaną wibrację głosu i widać drżenie warg. W spokoju drgań w twarzy nie widać.

Badanie elektryczne mięśni i nerwów kończyn górnych wykazało brak oddziaływania zarówno na prąd faradyczny, jak i galwaniczny ze strony m. rozginacza palców praw. (zawsze otrzymywano zgięcie dłoni i palców).

Dziecko wypisano ze szpitala.

Dnia 2 marca 1908 r. matka przyjechała do Warszawy, aby pokazać dziecko. Przez cały czas chłopczyk rozwijał się dobrze zarówno pod względem fizycznym, jak i intelektualnym; mówi dobrze.

Badanie elektryczne prądem przerywanym wykazało zmiany wyłącznie ze strony m. rozginacza palców praw. A mianowicie przy 70—0 R (odległości rolek) otrzymywano zawsze zgięcie dłoni i palców. Przy prądach silniejszych (60—0 R) następuje lekkie rozginanie palucha i mimowolne rozginanie pierwszych członków innych palców. Przy jeszcze silniejszych prądach dłoń rozgina się zlekka. Z n. promieniowego praw. otrzymuje się przy 65 — 0 R rozginanie z bardzo nieznacznym udziałem kiści.

Badanie prądem stałym wykazało normalny odczyn w lewym rozginaczu palców. Natomiast w prawym otrzymano zgięcie. Odczynu zwyrodnienia nie otrzymano.

Obwód prawego ramienia z obu stron jednakowy (15,0 ctm.). Obwód przedramienia prawego w górnej części 14,5 ctm., lewego — 15,0 ctm. Odruch z m. trójgłowego obustronnie zachowany. Żadnego drżenia w twarzy niema.

Płacz dziecka normalny, czasami tylko słychać ślad wibracji głosu. Chodzi bez cudzej pomocy niezłe, jakkolwiek nie tak dobrze, jak normalne dziecko (nierównymi kroczkami, rozstawiając zbyt nóżki, jednakowoż bez śladu bezładu).

Odruchy rzepkowe bardzo żywe. Odruchy ze ścięgna Achillea zachowane. Górnymi kończynami włada, posiłkując się przeważnie lewą rączką. Używa kończyn przeważnie en masse, bez subtelniejszego rozczłonkowania czynności. Specjalnie ruchy

palców pozostawiają wiele do życzenia, szczególnie w prawej ręce (przeważa zginanie palców, natomiast ruchy od — i doprowadzające są mało wyrobione, gra palców skąpa).

### Streszczenie.

U półtora rocznego dziecka występują w 3 dni po urazie główki ogólne drgawki, które się powtarzają dnia następnego. Jednocześnie stwierdzono gorączkę i zapalenie płuc, które trwało 2 tygodnie (bez drgawek) i minęło. Wkrótce potem dziecko obudziło się z krzykiem i wtedy zauważono drganie w twarzy i obu rączkach (z początku w prawej powiece i w prawej kończynie górnej). Napady te, trwające od 1 do 2 godzin, powtarzały się przez następne 2 tygodnie i przeszły ostatecznie w stałe drganie, które zniknęło tylko podczas snu. Wzmózona lęklivość dziecka. Stan (w 6 tygodni po urazie główki): Cechę najwybitniejszą stanowiły drgania, ogarniające głowę, twarz i kończyny. Drganie to występowało w 3 rozmaitych postaciach: 1) kurczów o dużej rozległości w mięśniach głowy, przedramienia, ramię, ud i goleni, przypominających jeszcze najbardziej ruchy płasawicze, 2) ruchów w palcach dłoni i stóp, w języku o charakterze stereotypowo - rytmicznym (3) nieustannych ruchów w mięśniach twarzy o niezmiernie drobnej rozległości, kolosalnie szybkim błyskawicznym tempie i wyraźnym klonicznym charakterze. Te ostatnie ruchy występowały wyłącznie w mięśniach unerwianych przez nerwy twarzowe (po stronie lewej wybitniej, niż po prawej). Drgania te nie występowały w zbiorowych skoordynowanych dla pewnego ruchu mimicznego grupach mięśniowych twarzy, lecz w poszczególnych jednostkach mięśniowych. Pomimo tego prawie absolutnie ciągłego myoklonicznego tańca mięśni twarzy, ta ostatnia miała wyraz jakby maskowaty. Z drugiej zaś strony dziwnie nie licowały z tem drganiem spokojne ruchy gałek ocznych, miarowe ruchy żuchwy i stałe przerywane dźwięki wydechowe. Dziecko nie mogło ani stać na nóżkach, ani siedzieć, ani też utrzymać główki. Dziecko następnie leżało na wznak i wszelkimi sposobami starało się przewrócić na prawy boczek. Świadomość zamroczona, dziecko nie reaguje zupełnie na żadne podniety zewnętrzne. Sen przerywany. Badanie wziernikowe wykazuje zwężenie tętnic. Porażeń nigdzie nie stwierdzono. Odruchy ścięgnowe nie wzmózone.



Obrzęk twarzy (szczególniej powiek). W moczu bardzo dużo białka, dużo wałeczków hyalinowych, komórkowych i ziarnistych. Stan gorączkowy. Po upływie tygodnia w moczu nie stwierdzono ani białka, ani wałeczków. Na grzbietowej powierzchni rąk i stóp wystąpił obrzęk ciastowaty. Następnie obrzęki te powoli ustępowały. Ruchy twarzy stawały się nieco mniejsze, przyczem zaznaczyła się pewna przewaga po stronie lewej. W 3 tygodnie po zapisaniu się do szpitala świadomość zaczęła wracać i w 4 tygodnie — dziecko było prawie przytomne, stan bezgorączkowy; zaczęło wymawiać pojedyncze wyrazy. W 6 tygodni po zapisaniu się do szpitala zaczęło już chodzić. Po upływie następnego miesiąca dziecko zostało wypisane z bardzo znaczną poprawą. Świadomość była zupełna. Mowa dobra. Ruchy kończyn dolnych dobre. Natomiast górne kończyny nie wróciły jeszcze do stanu normalnego, brak było jeszcze ruchów subtelniejszych, szczególniej w palcach, dziecko posługiwało się przeważnie lewą ręką. Stwierdzono ścieńczenie prawego przedramienia i brak odczynu elektrycznego ze strony prawego rozginacza palców. Widzieliśmy dziecko w 2 miesiące po wypisaniu się ze szpitala (a więc w  $5\frac{1}{4}$  miesięcy po rozpoczęciu się choroby). Badanie elektryczne wykazało jeszcze zmiany rozginaczy prawej ręki i palców, aczkolwiek w mniejszym stopniu. W kończynach górnych nie powróciły jeszcze ruchy subtelniejsze, szczególniej w palcach (w prawej ręce gorsze, aniżeli w lewej). Dziecko chodziło, jakkolwiek chód nie był jeszcze zupełnie normalny.

W przypadku tym rozpoznanie cierpienia było dla nas bardzo trudne, ponieważ po raz pierwszy widzieliśmy podobny zbiór objawów. Szczególniej dziwnem wydawało się owo połączenie rozmaitych rodzajów drgań mięśniowych w poszczególnych okolicach ciała.

Ruchy występujące w twarzy przypominały najbardziej typ drgań myoklonicznych. Unverricht opisuje je w sposób następujący: W mięśniach widać kurcze błyskawiczne, tak jak gdyby cały mięsień lub poszczególne jego pęczki były drażnione prądem elektrycznym. Widać przytem, że skurczom podlegają

nie pewne synergiczne grupy mięśniowe, jak to ma miejsce w płasawicy, lecz zupełnie dowolnie to ten, lub ów mięsień. Powstaje taniec mięśni i ścięgien, jak w stanach gorączkowych. Zjawisko to występuje nader charakterystycznie w twarzy, w której zupełnie nie widać grymasów, tak typowych dla płasawicy. Podczas snu ruchy te znikają. Za cechę najbardziej zasadniczą myoklonji Unverricht uważa występowanie kurczów nie w synergicznie funkcjonujących grupach mięśniowych, lecz w poszczególnych jednostkach mięśniowych lub nawet w ich częściach, które w sposób izolowany nie mogą być poruszane dowolnie. Unverricht sądzi wraz z Friedreich'em, że przyczynę choroby stanowią jakieś bliżej nam nieznanne zmiany w pierwszych obwodowych neuronach ruchowych rdzenia lub pnia mózgowego. Zwraca prócz tego autor ten uwagę na pewien związek tego cierpienia z padaczką.

Wollenberg w monografii swej o myoklonji podnosi również pierwszorzędną jej cechę, która się uwidacznia w kurczach poszczególnych mięśni lub ich pęczków. Sądzi on, że w niektórych stanach wyczerpania mogą powstawać kurcze stanowiące jakby wzmożone drgania włókienkowe i bardzo mało się różniące od ruchów myoklonicznych. Kurcze podobne do tych były spostrzegane również w t. zw. epilepsia continua.

Otóż ruchy, które występowały u chorego M., odpowiadały obrazowi klinicznemu myoklonji. Były to bardzo szybkie błyskawiczne ruchy kloniczne. Występowały nie w grupach mięśniowych, lecz w poszczególnych jednostkach mięśniowych. Na skutek tego kurcze nie wywoływały ruchów mimicznych i, pomimo ciągłego tańca myoklonicznego, twarz miała wyraz maski.

Jeżeli więc udało się nam podprowadzić ruchy twarzy pod pewną kategorię zjawisk, to rozpoznanie to pozostało tylko symptomatycznym, nie dotyczyło zaś patogenezy. Było dla nas widocznem, że nie może być mowy o myoklonji, jako o chorobie samoistnej. Cały obraz chorobowy, zaburzenia przytomności, gorączka, kombinacja ruchów myoklonicznych twarzy z miarowymi ruchami zuchwy, dźwiękami przerywanymi, ruchami rytmicznymi rąk i nóg oraz ruchami podobnymi do płasawicznych wykazywały, że mamy do czynienia z jakąś głęboką organiczną sprawą, nie zaś z myoklonją, którą dzisiaj zaliczamy do nerwic. Na tej samej podstawie wyłączyliśmy inne cierpienia nerwicowe,

przy których mogą istnieć stałe objawy podrażnienia ruchowego w postaci nieustających kurczów mięśniowych, a mianowicie t. zw. epilepsia continua, (Koschewnikow), epilepsia choreica (Bechterew), myokomia (Käy, Schultze), chorzea electrica (Dubini, Bergeron, Henoch) i rozmaite postaci t. zw. tików (drgań).

Podczas przedstawienia dziecka na posiedzeniu szpitalnem powstało pytanie, czy nie jest to eklampsja pochodzenia nerkowego. Mocz w rzeczy samej zawierał wtedy bardzo dużo białka, dużo wałeczków hyalinowych, komórkowych i ziarnistych, na grzbietowej powierzchni rąk i nóg wystąpił obrzęk ciastowaty. Nasuwało się więc pytanie, czy nie jest to mocznica, a to tembardziej, że w mocznicy mogą się zjawiać nie tylko drgawki toniczne lub kloniczne, lecz również drżenie podobne do drżenia w paralysis agitans (ruchy palców, rączek i nóżek u naszego chorego). Najważniejszym jest jednak ten fakt, że zarówno w ostrej jak i w przewlekłej mocznicy podrażnienie ruchowe występuje w postaci napadów drgawkowych, które u naszego pacjenta wprawdzie zapoczątkowały chorobę, następnie jednak znikły i ustąpiły miejsca stałym drganiom polimorficznym.

Inna była rzecz, czy cierpienie nerek nie komplikowało choroby podstawowej, którą, jak to poniżej wykazemy, była choroba mózgu. Otóż jeden z najbardziej zasłużonych badaczy chorób nerkowych, Senator zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze, które się następują w rozpoznawaniu gwałtownie występujących stanów śpiączkowych powikłanych drgawkami w cierpieniach nerek. Nawet stwierdzenie białka w moczu nie wiele nam pomódz może, ponieważ białkomocz zdarzyć się może również podczas drgawek (Cohen, Demme przyt. u Soltmann'a) i stanu śpiączkowego w udarze mózgowym, padaczce, zapaleniu opon, zatruciu wysokiem i t. d. Następnie cierpienia nerek mogą istnieć w połączeniu z tą lub inną chorobą i dopiero przebieg cierpienia może wykazać, co należy kłaść na karb nerek, co zaś na karb innej choroby. I w naszym przypadku dalszy przebieg, w połączeniu z wywiadami, wykazał, że cierpienie nerek było tylko przemijającą komplikacją zasadniczego cierpienia mózgowego. Objawów nerkowych nie stwierdzono na początku choroby zupełnie. Obrzęki wystąpiły w kilka tygodni po drgawkach i trwały krótko. Sądzić należy, że prawdopodobnie to samo zakażenie, które wywołało chorobę mózgową, wpłynęło również



przemijająco na nerki, które mogły być do tego usposobione zarówno przez ciągle drgawki, jak i być może przez plaster kantarydowy, który u dziecka zastosowano. Powtarzamy jednak, że samo cierpienie nerek, gdyby je nawet stwierdzono z samego początku, nie dałoby tego obrazu klinicznego, jaki spostrzegaliśmy u dziecka. Na jeden objaw musimy jednak zwrócić uwagę, a mianowicie na nadzwyczaj wybitne zżęzenie tętnic na dnie oka. Sądzymy, że objaw ten został spowodowany nie cierpieniem mózgu, lecz prawdopodobnie zatruciem na skutek cierpienia nerek. Obraz ten nie powstaje natomiast ani w zapaleniu opon mózgowych ani w zapaleniu mózgu (w jednym tylko przypadku Ziemssen'a stwierdzono w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych zżęzenie tętnic obok rozszerzonych żył i krwotoków tuż obok brodawki); na podstawie dużej kazuistyki dowiedli Uthoff, Heine, Wilbrand-Saenger, że w cierpieniach tych najczęściej (17 — 20%) powstaje zapalenie n. wzrokowego).

Całkowity obraz kliniczny, następnie przebieg cierpienia oraz zejście pomyślne wykazują, że mieliśmy do czynienia z ogólnym cierpieniem zakaźnym mózgu. Właściwie można było myśleć o dwóch cierpieniach, a mianowicie albo o zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych albo też o zapaleniu mózgu.

Zwracamy uwagę na ten fakt, że w roku ubiegłym spostrzegaliśmy zarówno na mieście, jak i w szpitalu dość liczne przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zarówno z wynikiem śmiertelnym, jak i z zakończeniem pomyślnym. Zapalenie płuc w wywiadach, napady drgawkowe z niezamroczoną z początku przytomnością, następnie bardzo ciężki stan ogólny z utratą przytomności, drgawkami różnopostaciowymi, ogólny niepokój, niemożność chodzenia, stan gorączkowy, trwający kilka tygodni, stopniowa poprawa i wyleczenie prawie zupełne — mogły niewątpliwie powstać na skutek stanu zapalnego opon. Zaznaczyć jednak zaraz musimy, że obraz ten pod wieloma względami odstępuje od przeciętnego typu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Heubner daje następujący zarys obrazu klinicznego cierpienia tego u dzieci: choroba ta przejawia się w postaci wybitnie wyrażonych objawów podrażnienia ruchowego i czuciowego, sztywności karku i kręgosłupa, dokuczliwych bólów głowy, bólów w plecach, częstych wymiotów. Przytomność bywa zacho-

waną przez długi okres choroby. Przebieg cierpienia ulega ciągłym wahaniom, przyczem cierpienie może trwać tygodnie lub miesiące, lecz nawet w tym przypadku może się zakończyć wyzdrowieniem. Wogóle wyzdrowienie tej postaci następuje znacznie częściej, aniżeli w jakimkolwiek innym zapaleniu opon. Heubner podkreśla z naciskiem taki objaw, jak zachowaną przytomność, uważa sztywność karku za objaw najstalszy i najtrwalszy. Otóż jeżeli porównać z tym opisem Heubner'a kazuistykę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego, którą podali np. Sørensen i Söffert, to przekonamy się, że żaden z tych jakoby objawów kardynalnych nie może być uważany za objaw patognomoniczny. W dużej kazuistyce Söffert'a zaledwie w połowie przypadków stwierdzono sztywność karku. Co zaś do zachowanej przytomności, to pośród 44 chorych dzieci tylko u 22 przytomność była zupełna, u innych zaś spostrzegano rozmaite stopnie zamroczenia. Od czasu odkrycia jakoby swoistego zarazka przez Weichselbaum'a i Jaeger'a sądzono, że badanie płynu mózgowo-rdzeniowego da nam ostatecznie pewny objaw rozpoznawczy (badanie cytologiczne i bakterjologiczne). Jakkolwiek płyn mózgowo-rdzeniowy w znakomitej większości przypadków jest mętny i wykazuje często olbrzymią leukocytozę, to jednak bywają przypadki, w których płyn bywa kryształowo przezroczysty. Podkreślają to tacy badacze, jak Schultze, Thiemich, Söffert i inni. Thiemich sądzi, że powstać to może na skutek ograniczenia się sprawy do mózgu i sklejenia się w okolicy otworu potylicznego. Co do badań bakterjologicznych, to od czasu Heubner'a badanie to stosowano często i to z wynikiem dodatnim, lecz i te badania mogą dać wynik ujemny (Oppenheim). Charakterystyczny jest przypadek Söffert'a, w którym badanie płynu mózgowo-rdzeniowego za życia dziecka dało 3 razy wynik ujemny, jakkolwiek sekcja wykazała ropne zapalenie opon.

Co do ciepłoty, to dość jest spojrzeć na nader liczne kryzysy, które Sørensen otrzymał podczas epidemji tego cierpienia w Kopenhadze, ażeby się przekonać jak rozmaity może być typ ciepłoty ciała. Z drugiej strony badacz tej miary, co Strümpell zwraca uwagę na to, że nawet ciężkie przypadki tej choroby mogą przebiegać zupełnie bez gorączki lub też z nader niewielkiem podniesieniem ciepłoty. Strümpell zwraca również uwagę na uderzającą zmienność intensywności objawów mózgowych (duże

zamroczenie przytomności, bardzo wybitną sztywność karku z jednej strony, z drugiej zaś stosunkowo zachowana przytomność i niezłe ruchy głowy).

Zatrzymaliśmy się umyślnie nieco dłużej na symptomatologii tej choroby, aby wykazać dziwną chwiejność jej objawów. Jeżeli się trzymać ściśle typu klasycznego, to przyznać należy, że u chorego chłopczyka brak było objawów „kardynalnych”, jak sztywność karku i innych. Jeżeli jednak uprzytomnić sobie zmienność i chwiejność objawów, to mając na uwadze całkowity przebieg cierpienia, jego pomyślne zejście, uważać musimy rozpoznanie to za najprawdopodobniejsze w naszym przypadku.

Omówić zaraz jednak należy, że z rozmaitych względów uznać musimy, że zapalenie nie ograniczyło się wyłącznie do opon, lecz że przeszło powierzchownie na tkankę nerwową (encephalitis), że więc mieliśmy do czynienia z zapaleniem opon i mózgu.

Po za objawami klinicznymi, o których pomówimy niżej, rozpoznanie to nasuwało się tem łatwiej, że jak to wykazali Eichhorst, Zappert i inni, kombinacja tych cierpień jest pod względem patologiczno-anatomicznym częsta, Eichhorst sądził nawet, że zapalenie mózgu rozwija się z pierwotnego zapalenia opon miękkich.

Co do obrazu klinicznego zapalenia mózgu, to z dwóch głównych jego postaci, a mianowicie — Encephalitis haemorrhagica acuta i Polienccephalitis haemorrh. acuta inferior może tutaj być mowa o pierwszej. (Druga postać Wernicke'go powstaje najczęściej na skutek zatrucia u ludzi dojrzałych i wykazuje w swej symptomatologii objawy ogniskowe, głównie zaś porażenia oczne).

Co się tyczy encephalitis haemorrhagica acuta, to okres wstępny choroby u naszego chłopczyka, głównie zaś szybki rozwój, zamroczenie przytomności, niepokój, gorączka — wszystko to przypominało obraz tego cierpienia. Dalszy jednak rozwój, głównie zaś owe polimorficzne kurcze mięśniowe odbiegały bardzo od zwykłego typu tego cierpienia. Specjalnie zaś zaznaczyć należy, że nie mieliśmy do czynienia, lub w każdym razie nie wyłącznie, z korową postacią zapalenia mózgu z powodu braku charakterystycznych porażień (porażenie jednej kończyny lub połowicze, afazja). Natomiast było możliwe, że sprawa zapalna dotknęła pnia mózgowego, co zdarza się niezbyt rzadko w tej po-



staci zapalenia mózgu (myelitis bulbi, poliencephalitis acuta inferior) i że ona to wywołała prawdopodobnie, jak to postaramy się wykazać, przez swą lokalizację w śródmózdku ów dziwny polimorfizm ruchowy, jaki spostrzegliśmy u naszego chorego.

Przypuszczamy więc, że mieliśmy do czynienia z meningo-encephalitis cerebrospinalis. Powstały u chorego zanik jednostronny rozginaczy przedramienia zaliczyć należy do objawów zapalenia rogów przednich rdzenia, które mogą komplikować obraz zapalenia mózgu nawet w tak ściśle ograniczonej postaci (Oppenheim). Całkowite więc rozpoznanie u naszego chorego brzmi — meningo-encephalopolio-myelitis.

Pozostaje jeszcze do rozważenia kwestja nader ważna, mianowicie wyjaśnienia obrazu klinicznego, głównie zaś opisanę szczegółowo kombinacji podrażnień ruchowych. Musimy rozpatrzyć tę sprawę z punktu widzenia czysto klinicznego i następnie teoretycznego.

Co do strony klinicznej, to przyznać należy, że pomimo skrętnych poszukiwań nie znaleźliśmy w dostępnej nam kasuistyce lub opisach zbiorowych całkowitego obrazu takiego, jaki spostrzegliśmy u naszego chorego. Natomiast poszczególne rodzaje owych ruchów były opisywane zarówno w zapaleniu opon, jak i w zapaleniu mózgu.

Schultze w rozdziale o mózgowych zmianach ruchowych w zapaleniu opon zwraca uwagę na ten fakt, że powstać w nich mogą zarówno drgawki ogólne, jak i ograniczone, zarówno kloniczne jak i toniczne. Najczęściej zjawiają się one u dzieci w najrozmaitszych okresach choroby, we wszelkiej postaci i stanowią czasami objaw najbardziej rzucający się w oczy, kurcze o rozmaitej częstości i napięcia zjawić się mogą zarówno w twarzy, jako też w oczach lub w kończynach. W rozmaitych członkach widać ruchy płasawicze, atetotyczne lub drżenie.

O ruchach automatycznych rąk (obok napadów drgawek) wspomina Sørensen. Spostrzegł on również u swych chorych drgania w twarzy, ziewanie, jęczenie. Nadzwyczaj wielką ruchliwość ogólną spostrzegł Söppert.

Przechodzimy obecnie do teoretycznego rozpatrzenia wskazanego powyżej zespołu objawów. Zachodzi pytanie, czy na podstawie obecnych wiadomości o rozmaitych rodzajach podrażnień ru-

chowych (padaczka, drgania rytmiczne, ruchy płasawicze, atetotyczne i in.) możemy umiejscowić sprawę chorobową w ustroju nerwowym, czyli czy dane z fizjologii i z anatomji nerwowej są pod tym względem wystarczające. Jest rzeczą zrozumiałą, że nie możemy szczegółowo rozpatrzyć całej tej niezmiernie zawilej kwestji, lecz musimy się ograniczyć do naszkicowania głównych zasadniczych danych.

Na wstępie już zaznaczyć musimy, że, zdaniem naszym, zachodzi różnica pomiędzy t. zw. drgawkami padaczkowymi i rozmaitemi rodzajami ruchów płasawicznych, atetotycznych, drżeniem w paralysis agitans i innych rytmicznych drgań w poszczególnych członkach ciała. Drgawki padaczkowe stanowią jakby eksplozje ruchowe, zjawiające się w postaci napadów z następczem wyczerpaniem i ogarniają grupy mięśniowe w pewnym porządku. Podczas tych napadów przytomność bywa prawie zawsze w większym lub mniejszym stopniu przyćmiona. Natomiast rozmaite powyżej zaznaczone ruchy niewystępują napadowo, lecz mają tendencję do pewnej stałości i nieprzerwalności drgań. Przytomność bywa przy tych ruchach nietknięta.

Otóż fizjologia daje nam pewne wyjaśnienie właściwie tylko co do pierwszej kategorii zjawisk podrażnienia ruchowego. Dawniej (Schröder, von der Kolk, Kussmaul, Tenner, Nothnagel) sądzono, że napady drgawek pozostają na skutek podrażnienia w okolicy mostu i rdzenia przedłużonego. Kussmaul i Tenner otrzymywali drgawki u królików, drażniąc pień nawet po odjęciu mózgu, z tyłu od wzgórz wzrokowych. Za tą lokalizacją drgawek przemawiał głównie Nothnagel, który sądził, że w moście leży specjalny „ośrodek drgawek”. Od czasu odkrycia Hitzig'a przekonywano się jednak coraz bardziej, że najważniejsza rola w wywoływaniu napadów drgawkowych przypada korze mózgowej (ośrodkom ruchowym). Rola ta jest tem wybitniejsza, im wyższy szczebel zajmuje dany gatunek zwierzęcia. U człowieka cały napad padaczkowy nie tylko powstaje w korze mózgowej, lecz prawdopodobnie rozwija się w niej (Lewandowsky). Badania jednak ściślejsze wykazały, że jakkolwiek kora mózgowa gra rolę największą w wywoływaniu napadów drgawek klonicznych, to jednak i inne części podkorowe muszą mieć pewne znaczenie, przedewszystkiem zaś wzgórze czworacze, szara istota mostu i rdzeń przedłużony. Ziehen sądzi np., że część kloniczna drga-

wiek zależy od kory, zaś część toniczna od ośrodków podkorowych. Niektórzy jak np. Luce przypisują nawet specjalne właściwości padaczkowe istocie szarej mostu.

Monakow na podstawie wszystkich tych faktów dochodzi do wniosku, że do właściwego powstania i dalszego rozwinięcia się raz rozpoczętych drgawek potrzebne są nie tylko „komponenty” kory mózgowej, lecz również — wzgórz wzrokowych, mostu, rdzenia przedłużonego i rdzenia kręgowego. Korze mózgowej przypada przytem w udziale rola przodownicza. Że tak jest w istocie, wykazują pomiędzy innymi doświadczenia Lewandowsky'ego, który stwierdził, że po odjęciu kory mózgowej u psów i drażnieniu torebki wewnętrznej nie zdołano już otrzymać skurczów, któreby zasadniczo przetrwały podrażnienie.

Co do szlaków, które przenoszą owe podniety ruchowe od kory mózgowej (i od części podkorowych) do mięśni, to rolę tę przyjmują szlaki piramidowe i pozapiramidowe (pęczek Monakowa, drogi idące od wzgórz czworaczych, od jądra Deiters'a i t. d. do rdzenia). Czem wyższy szczebel rozwojowy zajmuje zwierzę, tem większe znaczenie posiadają szlaki piramidowe i tem mniejsze — pozapiramidowe. Rolę niepoślednią w przewodnictwie owych podniet odgrywają również skupienia istoty szarej zarówno w śródmózdzu — mesencephalon (corpora quadrigemina), jak w międzymózdzu diencephalon (thalamus) i w tylnym mózgu — metencephalon (pons).

Dla patologji podrażnień ruchowych u człowieka wszystkie te fakty posiadają wartość właściwie tylko w sprawie „drgawek padaczkowych”. Co do tych przyjąć musimy, jak to wyżej przytoczyliśmy, rolę dominującą ośrodków ruchowych kory mózgowej.

Natomiast nie są nam wiadome dane z fizjologii, które by wyjaśniły dostatecznie owe bardziej stałe, niewyczerpujące się podrażnienia ruchowe, które przytem nie zatracają o dziedzinę świadomości.

Pewne światło rzucają na tę sprawę fakty patologji chorób nerwowych u człowieka.

Otóż mnożą się coraz bardziej fakty, które wskazują, że ruchy te (płasawicze, atetotyczne, drżenie rytmiczne) powstają w cierpieniach, umiejscowionych w okolicy thalamus opticus, corpora quadrigemina, pedunculus cerebri. Płasawica i atetozja poło-



lowicze bywały spostrzegane tak często w cierpieniach wzgórz wzrokowych, że neurologicy tej miary co Gowers, Nothnagel i inni uzależniali te objawy od zachorzeń thalami optici. Co zaś do właściwej przyczyny, która powoduje te ruchy, to najwięcej uznania zyskał pogląd Bonhoeffer'a, który sądzi, że ruchy te powstają na skutek podrażnienia szlaków, biegnących od mózdzka po przez górne ramię mózdzkowe i jądro czerwone do thalamus opticus. Pogląd ten zyskał potwierdzenie w pracach Muratow'a, Pineles'a, Hartman'a, Halban'a, Infeld'a i wielu innych. Ostatnio Muratow starał się nawet podać kilka typów owych ruchów zależnie od jeszcze ściślejszego umiejscowienia ognisk chorobowych.

Lecz nie tylko wzgórek wzrokowy może wywoływać podrażnienie ruchowe. Badania ściśle wykazały, że spowodować je może również sprawa chorobowa umiejscowiona w ciałach czworaczych. Klasycznym tego przykładem jest przypadek Eisenlohra, w którym kula rewolweru utkwiała w prawem ciele czworaczem i w następstwie zjawily się mimowolne ruchy rytmiczne, w lewym stawie napiętkowym i w palcach. Był to rodzaj drżenia, przypominający drżenie w drżączce (paralysis agitans). Następnie znikło drżenie w lewej ręce, zjawilo się natomiast w lewej nodze, w głowie i twarzy. Ponieważ badanie pośmiertne wykazało, że kora była nietkniętą, Eisenlohr sądził, że drżenie było spowodowane uszkodzeniem dróg piramidowych.

Kilka lat temu Sorgo ogłosił również przypadek, zbadany nader szczegółowo, w którym nowotwór ciał czworaczych spowodował stałe, nieprzerwane rytmiczne drgania kloniczne, przypominające po części drżenie w paralysis agitans, w przeciwległej połowie ciała łącznie z twarzą. Drgania te trwały bez przerwy przez kilka miesięcy (znikły podczas snu). Sorgo podkreśla więc ten fakt znamieny, że i ogniska i ośrodki podkorowe mogą powodować drgania izolowane poszczególnych grup mięśniowych i że od ośrodków tych mogą pochodzić drgawki, które przechodzą z jednej grupy mięśniowej na drugą, z jednego mięśnia na drugi i ostatecznie powodują nawet napad drgawek typu Jackson'a. Sorgo zwraca jednak uwagę, że przy podrażnieniu ośrodków kory powstają napady drgawkowe, które się rozpowszechniają według pewnego przypadku, gdy natomiast kurcze stałe (Dauerspazmen) ruchy płasawicze, atetotyczne, rozmaite rodzaje

drżenia zjawiają się nie na skutek podrażnienia korowego, lecz podkorowego (t. j. ruchowych układów podkorowych).

Na zjawienie się drżenia typu choroby Parkinsona zwracano już od dawna uwagę. Tak np. Blocq i Marinesco opisali przypadek nowotworu odnogi mózgowej z objawami porażenia n. okoruchowego i drżenia kończyn przeciwległych (zespół Benedikt'a) analogiczne spostrzeżenia podali Gilles de la Tourette, Charcot, Halban, Infeld i inni.

Wszystkie te spostrzeżenia przemawiają za tem, że sprawy chorobowe umiejscowione w okolicy wzgórkacza czworaczych mogą wywołać objawy podrażnienia ruchowego rozmaitego typu (drżenia rytmiczne, płasawicze, atetotyczne) we wszystkich okolicach ciała. Cechę charakterystyczną wszystkich tych ruchów stanowi: 1) ich skłonność do stałości, (znikają tylko podczas snu) nieprzerywalność i brak charakteru napadowego, 2) brak zaburzeń świadomości. Podłożem anatomicznym tych ruchów i drżeń stanowią prawdopodobnie szlaki biegnące od mózdzku poprzez ramiona do jąder czerwonych i do wzgórkacza. Poza tem odgrywają prawdopodobnie pewną rolę również skupienia istoty szarej, jak to utwór siatkowaty, środkowa istota szara w okolicy aquaeductus Sylvii, skupienie szare w moście Varola.

Czy sprawa chorobowa, gnieźdząc się w samym moście lub w rdzeniu przedłużonym, może wywołać wzmiankowane powyżej ruchy i drżenia, tego nie zdołano dotąd rozstrzygnąć z absolutną pewnością. Większość badaczy zachowuje się sceptycznie względem tego przypuszczenia. Osobiście możemy zaznaczyć, żeśmy w latach ostatnich obserwowali cały szereg przypadków, w których cierpienia (rozmiękczenia w rdzeniu przedłużonym na skutek cierpienia t. mózdkowej tylnej dolnej, ogniska zapalne w stwardnieniu wieloogniskowym, nowotwory) umiejscowione były w tej właśnie okolicy, a jednak nie spostrzeżliśmy nigdy owych stałych podrażnień ruchowych. Natomiast sprawy umiejscowione w okolicy szypulek mózgowych, wzgórkacza wzrokowego, dawały typowe drżenia rytmiczne i inne ruchy.

Zaznaczyć należy, że w t<sub>4</sub> zw. syndrome thalamique, na

który specjalną uwagę zwrócił Dejerine, spotykano również te drżenia.

Przypuszczenie o rozmaitem umiejscowieniu sprawy w napadach drgawkowych (w korze) i w „kurczach stałych” (w ośrodkach podkorowych) wymaga jednak pewnego omówienia.

Przedewszystkiem znane są przypadki, w których podrażnienie kory może wywołać nie napady drgawek, lecz kurcze stałe i umiejscowione. Do tych zaliczyć należy np. przypadek Oppenheim'a, który obserwował coraz to powracające drgania rytmiczne w palcach wskutek nowotworu w okolicy ośrodka nogi, również drgania kloniczne długotrwałe (jakkolwiek z pewnymi przerwami) w prawym ramieniu, w prawej połowie twarzy i w mięśniach zwracających gałki oczne na prawo wskutek nowotworu w lewym zrazie czołowym.

Podobne drgania stałe zależne od podrażnienia ośrodków korowych powstawać mogą również w porażeniu postępującem (Muratow). Niedawno ruchy anologiczne (stałe drgania myokloniczne w poszczególnych miejscach i grupach mięśniowych) opisywali Pariot i Nové w przypadku meningo-encephalo-myelitis chronica, w którym badanie pośmiertne stwierdziło nacieczenie drobnokomórkowe szczególniej bruzdy Rolanda.

Następnie Bruns opisał przypadek t. zw. epilepsia continua (Kozewnikow'a), w którym w okresach pozanapadowych padaczki widać było drgania mięśniowe, które występowały bez przerwy, to w tem, to znowu w drugim miejscu. Drgania te miały charakter błyskawiczny, prawie zupełnie nie dawały efektu ruchowego i były podobne do drżenia lub do drgań pęczkowych. Badanie pośmiertne kory wykazało rozlaną sprawę zapalną (zostały zbadane zakręt czołowy przedni i tylny i tylna część zakrętu czołowego górnego lewej półkuli).

W 1907 r. zjawiała się źródłowa monografia Choroszki o tej bardzo ciekawej postaci padaczki (epilepsia partialis continua Kozewnikowa albo jak ją autor nazywa polyclonia epileptoides continua), który na podstawie własnych spostrzeżeń i krytyki szczegółowej przypadków Kozewnikow'a, St. Orłowskiego i innych dochodzi do wniosku przeciwnego. Sądzi on mianowicie, że objawy stałego podrażnienia w epilepsia continua są powodowane bezpośrednio ogniskiem, znajdującem się w ośrodkach podkorowych (wzgórek , ciała czworaczce), że natomiast



dr g a w k i p a d a c z k o w a t e powstają na skutek przeniesienia się podrażnień na korę mózgową i na inne ośrodki podkorowe, lub też powstają, być może, w niektórych przypadkach nawet jako objaw miejscowy.

Jakkolwiek więc istnieje pewna drobna liczba spostrzeżeń, które wykazują, że drgania o typie stałym, nie napadowym mogą powstać również na skutek podrażnienia kory mózgowej, to jednakże nie zmniejsza to bynajmniej wartości podstawowej stawianej powyżej tezy.

Na skutek wszystkich tych rozumowań i przeglądu materiału faktycznego, skłonni jesteśmy mniemać, że w przypadku naszym sprawa zapalna oponowa umiejscowiona była głównie w okolicy, odpowiadającej najbardziej tym ośrodkom podkorowym, których podrażnienie najczęściej wywołuje owe charakterystyczne stałe kurcze w postaci ruchów i drżenia rytmicznego. Mamy więc na myśli okolicę szypulek mózgowych (pedunculi cerebri), względnie wzgóрка i ciał czworaczych. Wiadomą jest rzeczą, że w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych sprawa chorobowa umiejscawia się często właśnie na podstawie mózgu w przednich jej częściach.

Zrozumiałą jest rzeczą, że prócz tego mogły być zajęte i inne okolice mózgu, które spowodowały objawy ogólne, jak utrata przytomności i in.

W każdym bądź razie przypadek ten wykazuje, że istnieją u dzieci postaci kliniczne niektórych chorób mózgowych, odznaczające się poza objawami ogólnymi nadzwyczaj wybitną wielopostaciowością wyładowań ruchowych (dr g a w k i p a d a c z k o w e, ruchy rytmiczne podobne do drżenia w chorobie Parkinsona i w myoklonji) i które bez względu na swój długotrwały przebieg zakończyć się mogą wyzdrowieniem.

# BADANIA PORÓWNAWCZO - ANATOMICZNE I DOŚWIADCZALNE NAD ISTOTĄ SZARĄ MO- STU VAROLA I JEJ POŁĄCZENIAMI.

podał DR. STEFAN BOROWIECKI.

Asystent przy katedrze neurologji i psychjatrji uniw. Jagiellońskiego, by-  
ły asystent zakładów dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce  
(pod Łodzią) i Rheinau (w Kantonie Zurychskim).

(Dokończenie).

---

Niezależnie od wszystkich teorji i sposobów interpretacji, badania moje wykazały fakt bardzo ważny (Fig. 3), że grupa środkowa istoty szarej mostu, większą część grupy przyśrodkowej, dalej grupa brzuszna i ogonowo - boczny wyrostek grupy bocznej, wreszcie poczęści grupa grzbietowo - boczna żadnego bezpośredniego związku ani z korą mózgową, ani z mózdzkiem nie mają. Fakt ten który można było już na zasadzie wyników przecięcia ramienia, mostu czy też konaru mózgowego wywnioskować, został ostatecznie wyjaśniony — przez wyniki osiągnięte w doświadczeniu skombinowanem zdjęcia kory mózgowiej po jednej stronie i półkuli mózdzkowej po stronie przeciwległej.

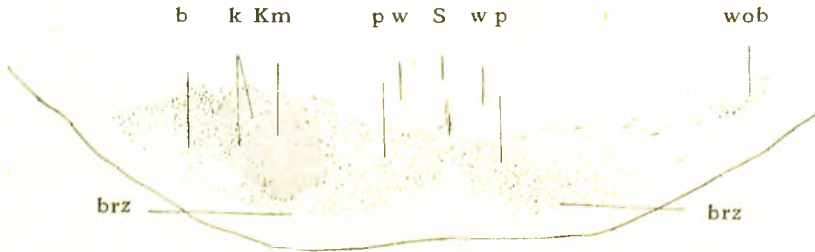
Poznawszy skupienia komórkowe, które pośredniczą w stosunkach pomiędzy płaszczem mózgowym a mózdzkiem, zwrócić się musimy teraz z kolei ku nowemu zadaniu poznania połączeń grup pozostałych istoty szarej mostu. Otóż w żadnem doświadczeniu nie udało mi się w tych odcinkach istoty szarej mostu od operacji na konarze mózgowym, czy na ramieniu mostu niezależnych stwierdzić wtórnego zniknięcia wyraźnie zarysowanych skupień komórkowych, uderzyło mnie natomiast u wszystkich zwierząt, którym zniszczone zostało wzgórze czy też okolica

podwzgórza (Thalamus opticus, Regio snlthalamica) przesunięcie się szwu, jakoteż grupy środkowej ku stronie przeciwległej.

Czy temu przesunięciu się szwu i zwięźeniu przestrzeni pomiędzy grupą środkową a wstęgą przyśrodkową odpowiadały pewne braki komórkowe, nie dało się w żadnym razie rozstrzygnąć w sposób pewny, jakkolwiek miało się wrażenie zmniejsze-

FIG. 3.

Przekrój poprzeczny przez tylną trzecią część podstawowego piętna mostu królika, któremu usunięto prawą półkulę mózgową i lewą półkulę mózdzkową. Konar mózgowy strony prawej uległ całkowitemu wessaniu, po tejże stronie znaczne braki komórkowe w istocie szarej mostu. Lewa półowa istoty szarej mostu, jako też lewy konar mózgowy zachowane zupełnie dobrze, natomiast ramię mostu strony lewej zwyrodniało (o tem ostatniem z preparatu niniejszego przekonać się nie można).



Km — konar mózgowy; w — wstęga przyśrodkowa; S—szew (Raphé); b—grupa boczna istoty szarej mostu; k—grupa konarowa; p—grupa przyśrodkowa; brz — grupa brzuszna; wob — wyrostek ogonowo-boczny grupy bocznej. Komórki nerwowe po stronie prawej mostu zachowane nie są bezpośrednio zależne ani od kory mózgowej, ani od mózdzka.

nia się ilości komórek w okolicy szwu i wstęgi przyśrodkowej, (w kącie utworzonym przez linię środkową ze wstęgą przyśrodkową). Jeśli zatem i były pewne braki komórkowe, nie tworzyły one wyraźnie odgraniczonej grupy, lecz kryły się wśród komórek innej wartościowości. Podobny wynik dały doświadczenia, w których zniszczona została w mniejszym lub większym stopniu istota szara mostu po jednej stronie: jakkolwiek wykazały one w jednym przypadku dość znaczne zwyrodnienie wtór-



ne komórek grupy przyśrodkowej, pozostawiły jednak wątpliwości co do tego, czy można je było za skutek uszkodzenia grupy przyśrodkowej po stronie przeciwnej uważać.

Z doświadczeń z uszkodzeniami jednostronnymi wzgórze, okolic podwzgórze, czy też wreszcie istoty szarej mostu widzimy zatem, że wprawdzie zależność grupy przyśrodkowej od nakrywki, jąder wzgórza i okolic podwzgórze z jednej strony i od grupy przyśrodkowej strony przeciwnej z drugiej leży w zakresie możliwości, nie da się ona ostatecznie dowieść na podstawie zwyrodnień komórkowych. W braku dość pewnych faktów zwyrodnienia istoty szarej nabiera pierwszorzędnej wagi w sprawie rozstrzygnięcia dróg, biegnących od tych środkowych odcinków istoty szarej mostu zachowanie się włókien.

Pęczki włókien, które do wyświetlenia znaczenia grupy przyśrodkowej przyczynić się mogą, stanowią: z jednej strony część nakrywkowa ramienia mostu, z drugiej — nakrywkowa włókien z istoty szarej mostu (*Fibrae rectae* Fig. 1). Istnienie tej ostatniej, dające się przypuszczać jedynie, na zasadzie danych normalno-anatomicznych, zostało niedawno stwierdzone doświadczalnie przez Karplusa, Spitzera i v. Monakowa. Zwyrodnienia wtórne zarówno pierwszego jak drugiego pęczka mogłem obserwować w sposób zstępujący, jako też wstępujący.

Część nakrywkowa ramienia mostu, wyrodnienie przede wszystkim po uszkodzeniach ramienia mostu: włókna jej ciągną się w ogonowej części mostu głównie w warstwie głębokiej pęczków poprzecznych, wstępują jako włókna prostopadłe ku nakrywce i przechodzą na stronę przeciwną do wstęgi przyśrodkowej i pola brzuszno nakrywki.

Badanie dokładniejsze preparatów z uszkodzeniem połowiczem podstawowej części mostu, w których włókna poprzeczne głębokie uwydatniają się w sposób o wiele jaśniejszy, skłania do przypuszczenia, że pomiędzy pojedynczymi włóknami części nakrywkowej ramienia mostu, a komórkami nerwowymi grupy środkowej i przyśrodkowej istnieje pewna łączność utrzymywana przez bocznicę (kollaterale).

Jak daleko w nakrywce (tegmentum) ku przodowi i tyłowi wyrodnieją wtórnie włókna ramienia mostu, stwierdzić na zasadzie doświadczeń ze zniszczeniem ramienia mostu się nie udało,

skutkiem uszkodzeń i zwyrodnień dodatkowych (ramię spajające, włókna srokowe nerwu trójdzielnego).

Włókna prostopadłe (*fibrae rectae*) z istoty szarej mostu (część nakrywkowa włókien z istoty szarej mostu) wyrodniały wtórnie wraz częścią nakrywkową ramienia mostu w doświadczeniu, w którym połowa mostu zniszczona została dokładnie aż do linii środkowej, gdzie jednak został choć wązki odcinek grupy przyśrodkowej zachowany, tam pozostawały włókna te w pokaźnej ilości nietknięte. Ponieważ uszkodzenie bocznej części istoty szarej mostu doprowadza do zwyrodnienia li tylko część nakrywkową ramienia, włókna zaś prostopadłe z istoty szarej pozostawia w całości, możemy stąd wnioskować o blizkich stosunkach wewnętrznych odcinków grupy przyśrodkowej i włókien prostopadłych, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy fakt, że włókna prostopadłe (*fibrae rectae*) giną doszczętnie tylko w razach zniszczenia podstawowej części mostu aż do linii środkowej.

Pytanie, jak daleko ku przodowi posuwają się w nakrywce (*tegumentum*) włókna prostopadłe z istoty szarej mostu, nie da się rozstrzygnąć na podstawie połowicznego jej zniszczenia w sposób pewny, również jak i miejsce zakończenia części nakrywkowej ramienia mostu po przecięciu tego ostatniego; przyczyną tego są uszkodzenia dodatkowe włókien środkowych nerwu trójdzielnego, ramienia spajającego, wstęgi przyśrodkowej i t. d. Jakkolwiek bądź, w doświadczeniu tem zwyrodnienie wtórne nakrywki mostu, ciągnące się aż do wzgórza (*thalamus opticus*), wydaje się nieco znaczniejszem niż zwyrodnienie wstęgi nerwu trójdzielnego, czy też wstęgi powrózków tylnych.

Dla pewnego i dokładnego stwierdzenia czołowego zakończenia nakrywkowej części ramienia, jakoteż części nakrywkowej włókien z istoty szarej mostu należało prześledzić zwyrodnienia wtórne tych pęczków w kierunku przeciwnym t. j. od strony wzgórza i podwzgórza ku włóknom prostopadłym.

Podjęte przezemnie poszukiwania w tym kierunku uwieńczone zostały skutkiem pomyślnym i wykazały, że we wszystkich mózgach z uszkodzeniami okolicy wzgórza i podwzgórza obydwie te pęczki zdradzają zmniejszenie ilości włókien.

We wszystkich doświadczeniach podobnych pomimo godnego uwagi zaniku włókien prostopadłych (części nakrywkowej ra-

mienia mostu, jako też włókien nakrywkowych z istoty szarej mostu) znaczna ich ilość jednak pozostawała nietknięta.

Streszczając wyniki naszych doświadczeń, w których część nakrywkowa ramienia i włókien z istoty szarej mostu uległy zwyrodnieniu, powiedzieć możemy co następuje:

1. Zarówno część nakrywkowa ramienia mostu, jako też liczne włókna z istoty szarej mostu ciągną się w postaci włókien prostodadłych do nakrywki (tegmentum, Haube), względnie wstęgi przyśrodkowej i istoty siatkowatej strony przeciwnej. Część nakrywkowa ramienia mostu powiększa prawdopodobnie ilość włókien prostopadłych dość znacznie przez bocznicę oddawane w okolicy szwu do środkowych części istoty szarej mostu.

2. Zarówno włókna ramienia mostu, jak i włókna z istoty szarej mostu rozpraszają się stopniowo w kierunku czołowym na swej drodze przez nakrywkę tak, że tylko stosunkowo nieznaczna ich część dochodzi do jąder wzgórza (thalamus).

3. Pochodzenia włókien części nakrywkowej ramienia mostu należy według wszelkiego prawdopodobieństwa szukać w mózdzku, pochodzenia reszty włókien prostopadłych w komórkach nerwowych środkowych odcinków istoty szarej mostu (środkowa część grupy przyśrodkowej, ewentualnie grupa środkowa).

Z pozostałych wyników moich badań zaznaczyć muszę przede wszystkim, że ramię mostu strony przeciwległej nie wyrodnieje całkowicie nawet wtedy, kiedy istota szarą mostu zniszczona zostaje po jednej stronie aż do linii środkowej. Doświadczenie podobne dowodzi, że włókna ramienia, biorące początek w istocie szarej mostu strony przeciwległej, jakoteż włókna części nakrywkowej ramienia mostu — nie stanowią bynajmniej jedynych składowych części tego ostatniego. Jakże to włókna tę resztkę ramienia mostu, pozostającą nawet po zniszczeniu połowicznym istoty szarej mostu, stanowią, czy są to włókna, biegnące ku tej samej stronie mostu, czy też włókna, ciągnące z konaru mózgowego do ramienia mostu strony nieoperowanej (Karpf i Spitzer, Economo) badania moje rozstrzygnąć nie zdołały.

W doświadczeniu powyższym zniszczenie połowicznego istoty szarej mostu z wąskiego odcinka grupy przyśrodkowej strony operowanej ciągnęły się nadto pojedyncze włókna poprzeczne ku stronie przeciwnej. Być może były to włókna łączące grupy przyśrodkowe obydwu stron między sobą.



Połączenia istoty szarej mostu z mózdzkiem, z korą mózgową, istotą siatkowatą nakrywki, podwzgórzem i jądrami wzgórza a ewentualnie i grup przyśrodkowych między sobą nie wyczerpują jednak wszystkich połączeń podstawowej części mostu. Już w normalnych stosunkach anatomicznych daje się stwierdzić istnienie włókien wznoszących się z bocznych odcinków istoty szarej mostu do nakrywki, włókien, które nazwałem tymczasowo — *Fibrae tegmento-pontiles*. W doświadczeniu, w którym brzeg boczny nakrywki przecięty został od płaszczyzny ogonowej wzgórka tylnego aż do wzgórka przedniego, zginęły one całkowicie. Włókna te odpowiadają bez wątpienia pęczkowi opisanemu po raz pierwszy przez *Münzera*, później przez *Pawłowa* i *Lewandowskiego* (tr. tecto-pontinus *Münzer'a*) — biorącemu początek we wzgórku przednim.

Co do innych stwierdzonych przezemnie (normalnie — anatomicznie) połączeń istoty szarej mostu jak np. włókien dążących w czołowej części mostu w kącie pomiędzy przekrojem poprzecznym konaru, a wstęgą przyśrodkową ku tej ostatniej (*Fibrae lemnisco-pontiles*), to wartość ich polega tymczasem jedynie na tem, że mogą one posłużyć za punkt wyjścia do dalszych poszukiwań.

Również nie wyjaśnionem pozostało znaczenie anatomiczne grupy brzusznej istoty szarej mostu, wyrostka ogonowobocznego grupy bocznej, i resztki grupy grzbietowo-bocznej; pozostaje jednak kwestja ważna wyłączenie ich z reszty istoty szarej mostu, jako skupień komórkowych ani od ramienia mostu ani też od konaru mózgowego nie zależnych.

Jeśli jednak wiele kwestji zostało jeszcze nie wyjaśnionych, to okoliczność ta w zestawieniu z tem, co o moście już dzisiaj wiemy, pozwala nam powiedzieć, że most *Varola* przedstawia się jako twór o b. zawięzłej budowie. Nieuzasadnionemi wydają nam się twierdzenia *Probst'a* i *Lewandowskiego*, którzy widzą w nim jedynie stację pośredniczącą w przewodniczeniu podniet ruchowych. Widzieliśmy, że istota szara mostu po połączeniach z korą mózgową i mózdzkiem pozostaje w związku z istotą siatkowatą, wzgórkiem przednim, ze wzgórzem i wstęgą przyśrodkową. W każdym razie powiedzieć zatem dzisiaj możemy, że istota szara mostu przedstawia przedewszystkiem, jak to przypuszczał jeszcze *Burdach*, jądro swoiste tyłomózgowia,

którego znaczenie anatomiczne i fizjologiczne przekracza zakres zwyczajnego pośrednictwa pomiędzy korą mózgową a mózdzkiem.

Na zakończenie niech mi wolno będzie rozpatrzyć choć wkrótce wyniki osiągnięte przezemnie odnośnie do stosunków istoty szarej mostu z korą mózgową i mózdzkiem z bardziej ogólnego stanowiska. Analiza podobna wydaje mi się konieczną, ponieważ fakt stwierdzony na podstawie moich badań, że jedna i te same komórki istoty szarej mostu mogą wyrodnieć wtórnie zarówno po przecięciu ramienia mostu jak i konaru mózgowego, sprzeczny jest ze znanymi dotychczas w sprawie zwyrodnienia wtórnego doświadczeniami, zdobytymi przy pomocy metody G u d d e n'a. Doświadczenia moje wykazują w sposób jasny różnicę w zachowaniu się istoty szarej w zależności od tego, czy uszkodzone włókna w niej biorą początek, czy też w nią swemi rozgałęzieniami końcowymi przenikają: w pierwszym przypadku wyrodnieją komórki nerwowe, w drugim istota międzykomórkowa. Otóż ostateczny wniosek, jaki wyciągnęliśmy z porównania doświadczeń z przecięciem już to ramienia mostu, już też konaru mózgowego lub operacji skombinowanych, polega na tem, że w istocie szarej mostu kryterja powyższe nie wystarczają. Komórka nerwowa posiada bowiem jedną wypustkę nerwową, a zatem po jednym tylko z uszkodzeń powyższych ta ostatnia naruszoną być może. Ponieważ zaś komórka ginie zarówno po uszkodzeniach ramienia mostu, jak i konaru mózgowego, stąd wyraziliśmy przypuszczenie, że zależy to może jedynie tylko od zwyrodnienia wtórnego „pośredniego”, przenoszącego się z „neuronu” sąsiedniego. Otóż to ostatnie twierdzenie wymaga bliższego rozejrzenia.

Nie będę się tu rozwodził nad licznymi badaniami dotyczącymi stopnia i charakteru zwyrodnienia wtórnego komórek nerwowych i ich licznymi uwarunkowaniami (wiek, rodzaj i bliskość uszkodzenia w układzie ośrodkowym czy obwodowym i t. d.), poprzestaną jedynie na zwróceniu uwagi na zawilość sprawy zwyrodnienia wtórnego, uwydatniającą się we wszystkich znanych jego odmianach i zбочeniach.

Na zasadzie licznych badań, dotyczących zmian wtórnych w jądrach ruchowych pnia mózgowego i rdzenia, powszechnie uznawane bywa, że zwyrodnienie wtórne jednego neuronu nie sięga po za niego. Fakty przemawiają natomiast za tem, że sprawa ta jest więcej złożoną, wobec czego zagadnienie zwyrodnienia wtórnego z punktu widzenia uszkodzenia pojedynczych neuronów rozwiązane być nie może. Niektóre nowsze badania wskazują w sposób zupełnie określony, że zmiany wtórne zauważyć się dają nie tylko w obrębie uszkodzonego neuronu. Tak np. znalazł Orestano, po usunięciu półkuli mózdkowej, chromatolizę w wielkich komórkach jądra nakrywki (nucleus ruber), Monakov spostrzegł chromatolizę w ciele kołankowatym bocznym po wycięciu gałki ocznej i wreszcie Bräuning, Wharington i Łapiński stwierdzili po przecięciu korzeni tylnych (przy jak najstaranniejszem oszczędzaniu korzeni przednich) chromatolizę nie tylko w komórkach słupów Clarke'a (drugi neuron systemu homologicznego — dośrodkowego), lecz nawet w komórkach rogów przednich (system heterologiczny — odśrodkowy). Zwyrodnienie podobne nazwano *transneuralem* albo *lepiej pośrednim*.

Zjawienie się chromatolizy nie przesądza jednak dalszych losów porażonych przez nią komórek. Zależnie od różnych, niezawsze jeszcze wyjaśnionych okoliczności stan chromatolizy przejść może albo do stanu normalnego, albo też prowadzi do nieuniknionej zaguby komórek, a nawet do zmian wtórnych, po za nie sięgających. Innemi słowy, proces zwyrodnienia wtórnego jest w swych pośrednich i bezpośrednich skutkach wielopostaciowy i od wielu czynników zależny. Jest jednak rzeczą pewną, że jako skutki trwale zaginięcia pewnych skupień komórkowych obserwowac się dają przy pewnych warunkach sprawy wtórne po za nie sięgające. Tak np. jeszcze przez v. Gudden'a, później przez Gansera i Monakow'a zaznaczony był zanik pasma wzrokowego (tractus opticus) tejże samej strony po wycięciu okolicy wzrokowej kory mózgowej. Gudden, mistrz metody doświadczalnej, zalecał ostrożność i wskazywał, że pozorny zanik wtórny polegać może na sprawach uciskowych, zapalnych, czy wreszcie przesunięciu tkanki. Forel wypowiedział się jednak po części przeciw tłumaczeniu v. Gudden'a, przypuszczając trojaka interpretację rozpatrywanego zjawiska: albo istnieją u wyższych



ssaków bezpośrednio włókna od kory mózgowej do pasma wzrokowego — albo też kurczenie się wtórne ciała kolanowego bocznego uciska w sposób tak silny włókienka końcowe nerwu wzrokowego, że te ostatnie wskutek tego zanikają — albo wreszcie brak czynności powoduje częściowy zanik pierwiastków nerwu wzrokowego. Zdaniem Monakowa, te pośrednie zmiany wtórne w postaci zmniejszenia objętości komórek i włókien nie należą wcale do rzadkości. Po za zanikiem pasma wzrokowego Monakow obserwował niejednokrotnie po zdjęciu kory mózgowej jednej półkuli zanik wstęgi przyśrodkowej, jąder pęczków tylnych i ramienia spajającego. Te zmniejszonej w swej objętości włókna i komórki mają nie przedstawiać nic innego jak tylko pierwiastki zatrzymane w swym wzroście skutkiem bezczynności.

Skoro zwrócimy się obecnie ku rozpatrywanej już sprawie stosunku pomiędzy mózgiem, istotą szarą mostu a mózdzkiem, to krótko mówiąc zauważyć mogliśmy różnicę bardzo istotną w charakterze zmian wtórnych zależnie od wieku operowanego zwierzęcia. Gdy zmiany wtórne po przecięciu ramienia mostu przedstawiały się, niezależnie od wieku, w postaci braków komórkowych, zniszczenie konaru mózgowego doprowadziło do takich braków jedynie tylko u zwierząt operowanych wkrótce po urodzeniu. Skoro zatem pewne skupienia komórkowe istoty szarej mostu ulegają zmianom wtórnym o wiele znaczniejszym ze strony ramienia mostu niż konaru mózgowego, narzuca się tu przypuszczenie, że zaginięcie komórek nerwowych po przecięciu konaru mózgowego u zwierząt operowanych zaraz po urodzeniu zależy od zwyrodnienia pośredniego neuronu i że zatem większa część dróg, biegnących pomiędzy korą mózgową a mózdzkiem, przebiega w sposób ośrodkowy w stosunku do kory mózgowej i dośrodkowy w stosunku do mózdzku.

Jak widzieliśmy, zmiana wtórna w postaci chromatolizy czy też wyczerpanego zaniku komórek nerwowych, nie dających początku uszkodzonym wypustkom nerwowym, nie należy do wielkich rzadkości, zwłaszcza w okresie ostrym. Nie wielkich rzadkości, zwłaszcza w okresie ostrym. Nie wiele zatem przeszkód znajdzie przypuszczenie, że istnieją w układzie nerwowym komórki nerwowe, które u zwierząt bardzo młodych reagują po uszkodzeniu włókien nerwowych, znajdujących koło nich swoje

rozgałęzienia końcowe, tak silnie, że zmiany chromatolityczne komórek przechodzą w nich w zwyrodnienie tak, że komórki te giną, ulegając wessaniu.

Ponieważ przypuszczenie to zwyrodnienia pośredniego zstępującego w pierwszej chwili wydawać się może nieco hipotetyczne, przypomnę tutaj nawiasowo, że dotychczas nie udało się w sposób niezawodny dowieść metodą Marchi'ego istnienia włókien dośrodkowych (przebiegających ku korze mózgowej) w konarze mózgowym (Probst, Lewandowski, Karplius, Economo i inni). Przypuszczenie zwyrodnienia pośredniego zawarte jest wreszcie bez podania wszelkich motywów w badaniach Mingazzini'ego, z którego wnioskami zresztą nie zupełnie zgodzić się mogę.

Jeśli zwracam tutaj tak wielką uwagę na zwyrodnienia pośrednie, robią to dla tego, że fakt ten zasadniczo jest bardzo ważny, chociażby z tego powodu, że przeciwnicy teorii neuronów w nim upatrują zarzut przeciwko tej teorii. Nauka o zwyrodnieniach wtórnych w układzie nerwowym ośrodkowym dostarcza, zdaniem większości autorów, najlepszych dowodów na korzyść teorii neuronów. Forel nie widzi w zwyrodnieniu pośrednim zarzutu słusznego przeciwko jego pojmowaniu komórki i wypustki nerwowe jak oddzielnej jednostki, Waldeyer zaś powstawanie zwyrodnienia pośredniego tłumaczy uciskiem, wywieranym przez wyrodniewającą istotę szarą na otoczenie i zanikiem skutkiem bezczynności. Innego zdania jest Nissl, który upatruje w zaniku drugiego neuronu wyraz nieznaney nam bliżej architektoniki układu nerwowego a zarazem dowód oczywisty przeciwko „jasno odgraniczonym polom zwyrodnieniowym” zwolenników teorii neuronów. Nie miejsce tutaj roztrząsać szczegółowo teorię neuronów i włókienek, w każdym bądź razie niech mi wolno będzie podnieść choć kilka punktów, wynikających z badań Held'a, które dla zrozumienia zwyrodnienia pośredniego mają znaczenie pierwszorzędne. Opisane przez Held'a „neurofibrillarne połączenie wielu neuronów” pomiędzy sobą przedstawia nowy szczegół histopatologiczny dotychczas w badaniach eksperymentalnych mało uwzględniany. Skoro komórka dojrzała nie stanowi jedności genetycznej, lecz genetyczną mnogość w tem znaczeniu, że bardzo wczesnie, jeszcze w siateczce ciała neuroblastu zachodzi połączenie produktów neurofibrillarnych różnych

neuroblastów, jest rzeczą łatwą do zrozumienia, że i skutki uszkodzenia jednego neuronu nie ograniczają się żadną miarą w sposób stały i niezmienny do tego tylko neuronu.

Gdy fakt rozmieszczenia włókienek, niezupełnie zgodnego z histologicznym pojęciem neuronu, może nam wytłumaczyć choć w części zwyrodnienia pośrednie, to wypowiedziane przez Held'a przypuszczenie istnienia „okolic włókienkotwórczych” (fibrillogene Zone), być może odpowiadających zakresowi działania zwyrodnienia wstecznego, nie odbiega nazbyt daleko od pojęcia neuronu, jako jednostki troficznej — pojęcia, które nie na histologicznych i embriologicznych obrazach się opiera, lecz w rezultatach doświadczalnych szuka swego uzasadnienia. Te ostatnie dowodzą niezbicie istnienia bliżej nie określonych spraw fizjologicznych, które dotychczas zmuszają do rozłożenia układu nerwowego na pojedyncze części składowe, chociażby nie miały się one zgadzać z wynikami badań histologicznych i histogenetycznych. W tem znaczeniu zamykam to streszczenie swych badań doświadczalnych słowami M o n a k o w a: „Przy bliższem rozejrzeniu okazują się nasze obecne poglądy na budowę układu nerwowego ośrodkowego oparte nie tyle na subtelnych stosunkach histologicznych pomiędzy komórką nerwową, siateczką włókienek i wypustką nerwową, jak na odgraniczeniach i ugrupowaniach, które się wyłaniają pod względem anatomicznym i fizjologicznym jako skutki naruszenia ciągłości w układzie nerwowym obwodowym czy ośrodkowym. Otóż należy pod tym względem przedewszystkiem wziąć pod uwagę i zbadać (dokładniej, niż to dotychczas miało miejsce) do jakich jednostek odżywczych dotrzemy i to mianowicie bez względu na pytanie, czy przy podobnej jednostce mamy do czynienia z jednostkami komórkowymi, czy też kombinacjami pierwiastków biologicznych, t. j. takimi jednostkami, na które się składa więcej niż jedna komórka”.



Z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Lwowskiego.

## PRZYPADEK ZADZIERŻNIENIA (STRAN- GULATIO) NERWU OKORUCHOWEGO

podał

J. HORNOWSKI.

Podaję krótką notatkę wraz z fotografią z przypadku sekcyjnego, któremu analogicznego nie znalazłem w piśmiennictwie lekarskiem. Dane kliniczne, z których przytaczam te tylko, które nas bezpośrednio obchodzą, zawdzięczam uprzejmości kol. Orzechowskiego, z którego oddziału chory pochodził.

Chory F. H., lat 56, wstąpił na oddział chorób nerwowych dnia 23/IX z następującymi objawami ze strony oczów: opadnięcie powieki lewej, brak odruchów rogówkowych, niemożność uniesienia lewej gałki ocznej do góry i bardzo utrudnione przesuwanie jej na zewnątrz; drżenie lewej gałki ocznej; źrenice równe, wąskie, nie oddziaływujące na światło; chory widzi 5 palców z odległości 3 metrów; niedowidzenia połowiczego niema; poza tem należy zaznaczyć, że wynik badania na odczyn Wassermana wypadł  $\pm$  —.

Wywiady wykazują: codzienne używanie od szeregu lat 2—3 kieliszków wódki i 2 — 3 kufli piwa dziennie; początek choroby odnosił chory do uczucia strzykania nad lewem okiem cztery tygodnie temu; od dwóch tygodni skarży się na ból głowy, osłabienie, ciągłą senność i brak pamięci; kilka dni temu wystąpiło nagle porażenie ręki prawej.

Na zasadzie szeregu innych jeszcze objawów, o których tutaj nie mówię, w związku z wyżej wymienionymi postawiono rozpoznanie przypuszczalne miażdżycowe stwardnienia tętnic na podstawie mózgu i jakiegoś ogniska w moście Varola, które mogło być kilakiem, bądź wylewem krwawym.

Chory zmarł w kilka dni potem, a na sekcji, którą wykonałem dnia 30/IX 10 w 8 godzin po śmierci, znalazłem: Ogólne miażdżycowe stwardnienie tętnic, szczególnie jednak silnie wyrażone w tętnicach na podstawie mózgu, a jednocześnie w tychże

PODSTAWA MÓZGU.



O — O<sub>2</sub> lewy nerw okoruchowy; O<sub>2</sub> jego część obwodowa;  
 O<sub>1</sub> — prawy nerw okoruchowy; Z — pasmo tkanki łącznej,  
 powodujące zadzierżgnięcie nerwu okoruchowego lewego;  
 X — pasmo tkanki łącznej, idącej od nerwu okoruchowego  
 prawego.

tętnicach *periarteriitis nodosa*, stwierdzona potem i przez badanie drobnovidzowe oraz widoczna i na fotografii. Poza tem znalazłem małe ognisko rozmiękczenia żółtego w kolanie i tylnej części torebki wewnętrznej lewej mózgu (*capsula interna*). Na podstawie zaś mózgu zgrubienie opon miękkich, a w okolicy lewego nerwu okoruchowego grube pasmo tkanki łącznej,

idące od zgrubiałych opon na moście *Varola* ze strony lewej, przez nerw okoruchowy lewy, i przyczepiające się do opon, również zgrubiałych w okolicy tętnicy *Sylwiusza*; pasmo to tak silnie uciskało nerw okoruchowy i tak go przewężyło, że, jak to widać na załączonej fotografii, część nerwu obwodowa wykazuje znacznego stopnia zanik i zcieńczenie.

Dodać tu muszę, że również i obwodowa część prawego nerwu okoruchowego wykazywała pewien stopień zaniku wskutek tego, że od torebki tegoż nerwu szło pasmo grubej tkanki łącznej w kierunku skrzyżowania nerwów ocznych, które to pasmo naciągało nerw okoruchowy prawy i zginało go pod kątem — na fotografii jednak zmiana ta nie wystąpiła wyraźnie.

Przypadek cały jest ciekawy ze względu na niezwykle przewężenie nerwu okoruchowego przez pasmo tkanki łącznej, a nie uciśnięcie jak zwykle wśród zgrubiałych opon miękkich, które w zespole z innymi objawami skierowało rozpoznanie kliniczne na wadliwą drogę.



## STANOWISKO PSYCHOLOGA.

opracował

R. RADZIWIŁŁOWICZ.

---

Przyjęto powszechnie określać każdą naukę w stosunku do przedmiotu jej badań; pogląd ten jest tak ogólny, iż ustaliło się twierdzenie, że nauka, której przedmiotu nie można określić, nie jest nauką. Otóż w tem trudnem położeniu znajduje się psychologia — niepodobna określić jej przedmiotu, wszystkie próby przedsiębrane w tym kierunku nie mogą ostać się wobec krytyki, chociaż trochę pogłębionej. Nie posiadamy określenia, któreby dokładnie obejmowało to, z czem ma do czynienia psycholog, a było jednocześnie zrozumiałe i ściśle — łączyło się bezpośrednio z zasobem umysłu niewdrożonego w tego rodzaju badania i nie wpadało w sprzeczność z faktami na całym obszarze dziedziny psychologicznej.

Najbardziej rozpowszechnione jest określenie, że psychologia stanowi naukę o życiu duchowem, jego objawach i warunkach, w których ono przebiega. Czy określenie to rzeczywiście oznacza przedmiot psychologii, czy ujmuje ono i ogranicza w rzeczy samej treść nauki? Czy nie jest tylko zdawkowym ogólnikiem, który starczyć może za pierwsze zbliżenie do przedmiotu, ale który przy pierwszym głębszem wejrzeniu odrazu traci całą treść i sens. Z czemże innem jak nie z objawami życia duchowego ma do czynienia każdy inny naukowy i nie naukowy badacz? Jest to oczywiste dla dziedziny nauk humanitarnych, ale nie inaczej rzecz się ma i w dziedzinie nauk przyrodniczych, gdzie każdy badacz ma do czynienia tylko z objawami życia duchowego i z niczem więcej, jak to naprzykład dla fizyki świetlnej wykazał Mach\*) w pracy specjalnej, poświęconej temu przedmiotowi; uwagi jego są jeszcze tem cenniejsze, że wyszły z pod pióra

---

\*) Ernest Mach. Sur le rapport de la physique avec la psychologie. Année psychologique 1906 T. XII p. 303.

nie filozofa i nie psychologa, lecz fizyka z zawodu. Znacznie ściślej jest określenie psychologii, które podaje w swym podręczniku psychologii fizjologicznej prof. J. G. Ladd; określa on ją jako naukę o stanach świadomości samych w sobie; ale czyż można uznać to za wystarczające bez bliższego omówienia, co oznaczają słowa „samych w sobie”, stanowiące „pièce de résistance” określenia, a przy tem i ono również nie określa przedmiotu psychologii, jego treści i granic, lecz uwydatnia tylko stosunek badacza do badanego przedmiotu.

Najlepsze jest może określenie James'a Ward'a podane w słynnym artykule o psychologii, umieszczonym w Encyklopedji Brytańskiej\*), gdzie określa on ją jako naukę o doświadczeniu wewnętrznym, o tem co zachodzi w czyjejs świadomości w odróżnieniu od tego, co zachodzi bez niej, poza nią. Oczywiście jest to określenie ściśle, ale również nie jest to określenie przedmiotu, lecz stanowiska, z którego przedmiot jest rozważany, przyczem zaznaczyć należy, że również nie jest ono do zrozumienia łatwe, że nazwa „doświadczenie wewnętrzne” nie posiada dla umysłu nieprzygotowanego treści dostatecznej, któraby pozwoliła, choć w przybliżeniu, ująć to, o co chodzi autorowi, że znaczenie terminu staje się dla czytelnika zrozumiałe dopiero po przeczytaniu całej pracy, a więc wtedy kiedy go już nie potrzebuje.

Dzieje się tak dlatego, że przedmiot psychologii nie jest czemś odrębnem, jej tylko właściwem, lecz jest rzeczą wspólną należącą do psychologii i do wielu innych nauk. Wskutek tego nie może on służyć za punkt oparcia do budowy określenia psychologii i wyodrębnienia jej od innych gałęzi wiedzy.

Kilka przykładów wystarczy dla uzasadnienia słuszności powyższego założenia.

Jeżeli weźmiemy na przykład takie zagadnienia jak przestrzeń i czas, to niewątpliwie, jako pojęcia należą one do dziedziny teorii poznania, ale jako postaci doświadczenia należą również i do psychologii; czyż psycholog niema obowiązku zdania sprawy sobie i innym z tego, w jaki sposób jednostka, człowiek, czy zwierzę, uczy się oceniać przestrzeń, mierzyć odległości,

\*) James Ward Encyclopaedia Britannica T. XX p. 3.

umiejscawiać wrażenia, określać jednym słowem to, czym jest przestrzeń w doświadczeniu konkretnym, zanim dojdzie do pojęcia przestrzeni jednej, niepodzielnej, trójwymiarowej i t. d., którego badanie dalsze należy już do dziedziny teorii poznania. Czyż nie jest obowiązkiem psychologa poddanie rozbirowi pytania na czym, na jakich danych doświadczenia opiera każdy z nas odróżnienie, które zawsze przychodzi mu czynić z taką łatwością, terazniejsze od przeszłego i przyszłego, czym jest w doświadczeniu doznawanie następstwa i trwania — co oczywiście wszystko razem nie jest niczem innym, jak psychologicznym rozbiorem doświadczenia czasu. Pojęcie czasu należy bezsprzecznie do teorii poznania, ale doświadczenie czasu do psychologii. Również przy czynowość naprzykład jako pojęcie jest sprawą czysto teoretyczno poznawczą — ale jako postać doświadczenia wchodzi w zakres zagadnień psychologicznych i na tej drodze z wielką korzyścią dla przedmiotu bywa rozbierana i rozwiązywana. Nie inaczej rzecz się ma z innymi zagadnieniami tego rodzaju, jak rzeczywistość, jedność, tożsamość, całość i t. d., które nabrały nowej i niewątpliwie cennej treści od chwili, kiedy zostały rozpatrzone ze stanowiska psychologicznego, jako postaci konkretnego doświadczenia, chociaż jako pojęcia całkowicie należą również do teorii poznania.

Psychologja myślenia dzieli przedmiot swych badań z logiką, psychologja uczucia z estetyką, psychologja usiłowania z etyką. Jedną rozważa każde z zagadnień w tej postaci, w jakiej przebiegają one w życiu rzeczywistym, w doświadczeniu jednostkowym, pozostałe usiłują nakreślić normę tych spraw, oznaczyć drogę, którą przebiegać one powinny w konstrukcji oderwanej, teoretycznie — ale przedmiot jest wspólny — mówią o tem samym, chociaż mówią z różnych stanowisk. Wzruszenie to niewątpliwie zagadnienie ściśle psychologiczne — ale czyż biologja nie rzuciła na nie ciekawego światła, od kiedy rozważyła je ze stanowiska prawa rozwoju jednostki i gatunku, przedstawiła jako postać przeżytku, który kiedyś miał sens i treść, obecnie istnieje tylko w formie cząstkowej, a jego znaczenie właściwe wtedy tylko może być zrozumiane, kiedy rzuci się na nie snop światła ewolucyjnego. — Tak zwana psychologja czuć należy właściwie w znacznej mierze do fizjologii zmysłów, chociaż tyle miejsca zajmuje w podręcznikach psychologii, bo i tutaj zachodzi duża wspólność przedmiotu



różnicę stanowi różnica stanowiska, z którego w każdej to samo zagadnienie jest rozważane.

Nie przedmiot zatem, ale stosunek badacza do przedmiotu, stanowisko, z którego przedmiot jest badany, stanowi cechę odróżniającą psychologię od innych nauk. W psychologii jest ono jedynym i dlatego ono, a nie co innego stanowi jej istotną cechę, najlepiej ją charakteryzuje, odróżnia i wyodrębnia od innych nauk. Stanowisko psychologa jest indywidualistyczne w przeciwstawieniu do uniwersalistycznego, zajmowanego przez każdego innego badacza. Znaczy to, że jeżeli we wszystkich innych dziedzinach wiedzy, podmiot, w którym badane zjawiska zachodzą, jest dla badającego niczem, to dla psychologa jest ono wszystkim; jeżeli w każdej innej dziedzinie zagadnienie podlega rozważaniu w oderwaniu od doznającego podmiotu, to w psychologii każda sprawa rozważana jest w tej postaci, w jakiej przebiega ona w rzeczywistym podmiocie, w konkretnym życiu jednostkowym; życie duchowe indywidualne, w rzeczy samej istniejące, całość kształt tego życia stanowi przedmiot badań psychologa, przy czem każdy objaw szczegółowy rozważany jest nie w oddzieleniu od tej całości, lecz w najściślejszym z nią związku. Psycholog ma zawsze do czynienia z żywą jednostką, a nie z oderwaną od niej pojęciową abstrakcją.

Każdy badacz w dziedzinie psychologicznej tak właściwie pojmuje swe zadanie, chociaż nie każdy zdaje sobie dokładnie sprawę z tego w równej mierze. Najlepiej zaznaczoną powyżej różnicę pomiędzy psychologicznym, a pozapsychologicznym stanowiskiem ujmuje J. Ward we wspomnianym powyżej artykule, z którego pozwałam sobie przytoczyć ustęp następujący:

„Zjawiskiem, jak to powszechnie przyjęto mniemać, jest to co objawia się, podpada pod zmysły, jest oczywiste, przyczem rozumie się samo przez się, że istnieją oczy do widzenia, uszy do słyszenia i t. d. innymi słowy, że zachodzi jakieś doznawanie podmiotowe — a gdzie tylko ta zachodzi to musimy uznać, że jest to dziedzina psychologii. Lecz mówiąc o zjawiskach fizycznych my do pewnego stopnia odrywamy się od tego faktu doznawania. Gdyby świadomość miała zniknąć, fizyk uważałby, że suma całkowita przedmiotów pozostałaby ta sama, pomarańcza nie przestałaby być okrągłą, żółtą i pachnącą, jaką była uprzednio, ponieważ fizyk świadomie czy bezwiednie zajął stano-

wisko, które w danej chwili można byłoby określić powiedzeniem, że dla niego zjawisko znaczy pojawienie się lub ujawnienie, czyli, jak możemy to lepiej określić, przedmiot nie dla jakiegoś konkretnego osobnika, lecz raczej dla tego, co Kant nazywa Bewusstsein überhaupt, albo, jak to niektórzy określają, dla świadomości przedmiotowej t. j. dla podmiotu urojonego, wolnego od wszystkich ograniczeń, którym podlegają rzeczywiste podmioty, wyjąwszy wrażliwość na doświadczenia materialne. Jakkolwiek to jeszcze nie wszystko, bo, jak zobaczymy zaraz, i psycholog zajmuje to samo stanowisko i jeśli tego stanowiska nie zajmuje, nauka jego nie jest nauką rzeczywistą. Lecz dalej fizyk spuszcza z oczu również fakty uwagi, uczucia i t. d., wszystko co zachodzi w rzeczywistym doznawaniu. Z psychologicznego punktu z drugiej strony usunięcie podmiotu usuwa nie tylko takie fakty jak uwaga i uczucie, lecz także wszelkie doznawanie i wszelka możliwość doznawania. Zapewne nazwanie jakiegoś przedmiotu — jeżeli oderwiemy się od jego doznawania — zjawiskiem materialnym, a nazwanie jakiegoś rzeczywistego doznawania przedmiotu zjawiskiem duchowym — to tylko niezręczny i pogmatwany sposób uwydatnienia różnicy pomiędzy tymi dwoma punktami widzenia. Terminy „materialny” i „duchowy” wydają się zawierać to, że oba te t. zw. zjawiska nie mają ze sobą nic wspólnego, chociaż w obu zawarty jest ten sam przedmiot, a termin „zjawisko” obejmuje to, że punkt widzenia w każdym z obu przypadków jest ten sam, kiedy w rzeczy samej to co podkreśla jeden, pomija drugi”. Zajęcie stanowiska indywidualistycznego, wysunięcie podmiotu jako przedmiotu bezpośredniego badań psychologicznych — nie zmniejsza w niczem przedmiotowego charakteru psychologii jako nauki ogólnej, której wyniki są również powszechne, jak wyniki innych nauk; znaczy to tylko, że psycholog ani na chwilę nie powinien zapominać, że ma zawsze do czynienia z konkretnym, rzeczywistym podmiotem, że „czy to próbujemy poddać rozbiorowi własną świadomość, czy usiłujemy wnioskować o świadomości raka, czy omawiamy kojarzenie wyobrażeń, czy objawy wzruszeń — istnieje zawsze jakiś duch indywidualny, jakaś jaźń, czy jakiś podmiot w danej sprawie”. „Niedostatecznie jest mówić o uczuciach lub

chceniach; to, co mamy na myśli, to to, że jakaś jednostka człowiek czy robak, czuje, chce, czyni to lub tamto" \*).

Jednocześnie znaczy to również, że wszystko, co zachodzi w jednostce jako postać jej doświadczenia wewnętrznego, może stać się przedmiotem psychologicznego badania i wyniki tego badania, jeżeli odpowiadają wymaganiom naukowej ścisłości, powinny być przyjęte bez względu na to, czy godzą się, czy nie godzą z istniejącymi teorjami filozoficznymi, teoretyczno-poznawczymi czy apriorycznymi psychologicznymi. Wyniki badań James'a nad przestrzenią, stwierdzenie faktu, że doznawania nowe posiadają charakter przestrzenności, objętościowości (*voluminositas*), winny być uznane za psychologicznie słuszne, chociaż przeczą założeniu teoretyczno-poznawczemu, że zjawiska psychiczne zachodzą tylko w czasie, a tylko zjawiska materialne zachodzą i w czasie i przestrzeni, bo odpowiadają doświadczeniu — są zgodne z wynikami obserwacji, mogą być przez każdego potwierdzone. W psychologii, jak w każdej nauce, obowiązuje zasada *contra experimentum nullum argumentum*, a słuszności jej nie zmniejsza fakt, że w tej dziedzinie doświadczenie jest wewnętrzne. — Nadaje to psychologii charakter nauki przyrodniczej — oddala od metafizyki i teorii poznania, ale uwalnia jednocześnie od więzów, które na nie to sąsiedztwo nakładało, a które kępowały tak bardzo dotychczasowy jej rozwój. Żadne teoretyczne nakazy i ograniczenia dla psychologa nie istnieją, ma on do czynienia tylko z tem, co może być poznane i sprawdzone drogą obserwacji, a doświadczenie własne, potwierdzone przez doświadczenie cudze, obala wszelką teorię, jeżeli ona się z niem nie zgadza. Zajęcie tego stanowiska w niczem innym nie ogranicza psychologa w wyborze drogi badania; jest on całkowicie wolny, pod tym względem może posługiwać się każdą metodą, jeżeli myśli, że doprowadzi go ona do wyników dodatnich. Oczywiście metoda introspekcyjna — metoda postrzegania własnych stanów świadomości odda mu usługi najpiękniejsze, jako najbardziej bezpośrednia — ale i inne metody: eksperymentalna, badań nad dziećmi, zwierzętami, antropologiczna, psychopatologiczna i t. d. mogą dostarczyć mu cennego materiału naukowego, chociaż nie są tak bez-

\*) J. Ward l. c.



pośrednie, jak introspekcja. Wszystkie metody są równouprawnione, żadna nie jest bardziej uprzywilejowana, każda musi być uznana za właściwą, jeżeli prowadzi do celu. To założenie czysto pragmatyczne musi być uznane za słuszne w zastosowaniu wogóle do wszystkich metod naukowych, w każdej dziedzinie wiedzy; w psychologii wynika z tego uprawnienie na równi z innymi metody okultystycznej — metody t. zw. wiedzy tajemnej (medjumizmu, telepatji i t. d., wogóle metapsychiki), ponieważ zastosowanie jej w pewnej dziedzinie zjawisk okazało się pożytecznym. Dość przytoczyć wyniki badań nad hipnotyzmem, sugestją, odczytywaniem myśli, co wszystko, jak wiemy, niedawno jeszcze należało do dziedziny wiedzy tajemniczej, z kądem je właśnie zastosowanie ścisłych metod naukowych wyprowadziło z wielką korzyścią dla nauki, ażeby przekonać się, jak dalece trzeba być ostrożnym w odrzucaniu jakiegos metody badania a limine jako pozorne nienaukowej. Nauka nie powinna cofać się przed żadną drogą poznania prawdy, tajemniczość, czy nawet śmieszność jakiegos zagadnienia nie może być przeszkodą do poddania go rozbirowi naukowemu — jest to prawda tak oczywista, że żadnej nie powinna ulegać wątpliwości, chociaż bywa niekiedy w odniesieniu do metapsychiki zapoznawana a nawet zaprzeczona. Psycholog nie jest glebae adscriptus jakiegos innej metody, i wszystkie drogi prowadzą do Rzymu.

Musi on pamiętać tylko o jednym — o tem ograniczeniu, które nakłada na niego jego stanowisko psychologiczne. Może on posługiwać się każdą metodą, ale oceniać wyniki otrzymane może tylko ze stanowiska, które zajmuje. Jeżeli wyniki z tego stanowiska są widoczne, to są one psychologiczne — jeżeli leżą po za jego widnokregiem — to są pozapsychologiczne. Dane fizjologiczne, biologiczne, antropologiczne, neurologiczne nawet anatomiczne mogą mu dostarczyć cennego materiału do psychologicznych dociekań, ale zdobyczami psychologicznymi stają się wtedy tylko, kiedy je z psychologicznego stanowiska można dostrzedz i ocenić; w przeciwnym razie należą do tej dziedziny, której metody on nadużył. Pod tym względem psycholog podobny jest do malarza, który, malując jakiś obraz, musi malować go z jednego punktu widzenia, z jednego punktu wykreślać perspektywę, rozkładać światła i cienie, ustosunkowywać barwy, chociaż podczas samego malowania nie musi ciągle stać na tym punk-

cie, może a nawet musi ciągle z niego schodzić, inaczej nie mógłby namalować obrazu; ale chcąc ocenić wartość każdego pociągnięcia pędzlem musi na stanowisko powracać albo mieć je ciągle na pamięci, kiedy dokonywa oceny wyników pracy. Psychologia jest jedna, nie ma żadnych oddzielnych psychologii: rozumowanej, eksperymentalnej, psychologii dziecka, zwierząt, psychopatologii etc. Rozczłonkowanie całokształtu wiedzy psychologicznej na umiejętności odrębne nie wydaje mi się słusznem; nie zachodzi tego potrzeba rzeczywista. Również pomiędzy temi oddzielnymi odłamami to nie różnice, wynikające z jakiejś odrębności charakterów tych dziedzin, to różnice wyłącznie metod, z których jedne znajdują większe zastosowanie w jednej dziedzinie, inne w drugich. Ale to nie daje podstawy do tworzenia nauk odrębnych. Każdy, poświęcający się badaniom psychologicznym w którymkolwiek dziale, powinien panować nad całą wiedzą. Dobra znajomość psychologii to najpierwsza i najbardziej podstawowa metoda wszelkiego badania psychologicznego, której nic zastąpić nie potrafi. Ani eksperymentator, ani badacz nad dziećmi, ani psychopatolog bez tego się nie obejdują; jeżeli nie są psychologami, nic nie robią; jeśli nawet najdokładniej posiadają metodę właściwą pewnej dziedzinie. Jest to najpewniejsza droga utrzymania się na poziomie wymagań naukowych uwolnienia od jednostronności i nie zacieśnienia swego widnokręgu myślowego. Każda inna metoda jest tylko narzędziem w rękę tej, zasadniczej.

Jako nauka o pewnej postaci życia—o życiu duchowem, jest psychologia poddziałem ogólnej wiedzy biologicznej w szerokiem rozumieniu słowa—biologią. Objawy życia osobniczego mogą być badane w ogólnem oświetleniu prawa rozwoju jednostki i gatunku — ewolucyjnie; stojąc na tem stanowisku, nie sprzeniewierzy się psycholog zasadzie indywidualistycznego traktowania spraw psychicznych, stanowisko jego nie przestanie być ściśle psychologicznem, w wyłączonej powyżej znaczeniu, jeżeli będzie dążył do grupowania postrzeganego materiału w porządku rozwojowym, będzie badał ewolucję każdego zjawiska, będzie odszukiwał formy wcześniejsze, prostsze, a następnie późniejsze, bardziej złożone i będzie widział w tym sposobie postępowania drogowskaz, wytyczną ogólną swych badań.

Jak zaznaczyłem powyżej, stanowisko psychologa jest jedy-

ne i tylko tej nauce właściwej nie może być rozszerzane na zagadnienia pozapsychologiczne. Wszelkie usiłowania czynione w tym kierunku okażą się zawodne. Poznanie świata zewnętrznego na zasadzie li tylko danych doświadczenia zewnętrznego jest niepodobieństwem. Prowadzi do mistycyzmu a w filozofji do ponownego zamknięcia jej w zaczarowem kole, z którego nie ma wyjścia w świat szeroki, do pustki jałowych spekulacji, hamujących raczej, niż pobudzających ogólny rozwój wiedzy. Podkreślenie grożącego z tej strony niebezpieczeństwa wydaje mi się posiadać w chwili obecnej znaczenie aktualne.

Stanowisko indywidualistyczne jest zasadne i słuszne, ale właściwe tylko psychologii i niczemu innemu.



## STRESZCZENIA.

---

### PIŚMIENICTWO POLSKIE.

H. HIGIER. W sprawie rokowania przy *Encephalitis i Polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum*.

Dokładny opis szeregu ciężkich przypadków ostrego i podostrego zapalenia, bądź to mózgowego, bądź też mózgowo-rdzeniowego pochodzenia, które zakończyły się wszystkie bez wyjątku i wszystkie niespodziewanie pomyślnie. W niektórych przeważał typ *Thomsen-Wernicke'ego*, w innych *Strümpell-Lichtensterna*, najrzadziej *Heine-Medinowski*. Z poszczególnych przypadków zasługują na uwagę niektóre. W pierwszych zapalenie ostre szarej substancji śród i tyłomózdzia po miesięcznej remisji dało niedowład prawej nogi, porażenie lewej połowy twarzy i *herpes zoster facio-cervico-auricularis*, jako objawy kliniczne zajęcia substancji szarej tylnych i przednich rogów rdzenia i opuszki. Drugi przypadek przebiegał jako *encephalitis subacuta diffusa*, naśladując przez czas dłuższy guz mózgowia i ostrą postać stwardnienia wieloogniskowego z przeważnym umiejscowieniem w substancji białej mostu *Varola*. W 3-im przypadku o cechach wstępnych zapalenia opon przeważały następnie — bezwład dolnej połowy ciała z zanikami, zaburzenia pęcherzowo-kiszkowe, niedowład mięśni brzusznych i skrzywienie kręgosłupa ku przodowi pochodzenia mięśniowego, 4-ty przypadek ciekawy jest z tego względu, że rozwinął się w kilka tygodni po silnym urazie w głowę i dawał zupełny obraz nowotworu mózdzka względnie ograniczonego zapalenia surowiczego opon mózgowych. 5-ty przypadek dotyczył mocno anemicznej, od matki gruźliczej pochodzącej osoby, u której *encephalitis acutissima* naśladowała przez pierwsze kilka dni mocznicę lub *status epilepticus*, a następnie zakrzep chlorotyczny zatok mózgowych oraz gruźliczą *meningite en plaques*. W toku choroby uderzała mowa dysfaryczna z cechami powolności, skandowania i eksplozywności, spotykanej w daleko posuniętem stwardnieniu wieloogniskowem.

Gazeta Lekarska 1910 N-r 32, 33.

H. HIGIER. Nawroty przy nowotworach wrzekomych mózgowia (Pseudotumor cerebri recidivans).

Opierając się na własnych przypadkach, zakończonych zupełnym wyzdrowieniem, autor omawia rzadką postać nowotworów wrzekomych Nonne'go. Co przypadki, opisane przez autora, czyni niezwykłymi, to są nawroty kilkakrotne. W pierwszym przypadku nawrót obrazu nowotworowego nastąpił po 13 latach, w drugim przypadku nawroty się pokazały po 7 i po 12 latach, trwając za każdym razem od 4 do 5 miesięcy. Bóle głowy, wymioty, drgawki, brodawka zastoinowa, dysfazja, bezład, porażenia mięśni ocznych dominowały w obrazie klinicznym. Rozpoznanie pozostaje niepewnym 1) jeżeli w wywiadach mamy pewne, mniej lub więcej ciężkie zakażenia i zatrucia, gruźlicę dziedziczną lub przymiot nabyty, ukryte ogniska ropne, uporczywą anemię lub charłactwo, urazy fizyczne lub moralne, 2) jeżeli w przebiegu choroby jest wzmianka o ostrym początku lub nagłym zejściu, o podwyższeniu ciepłoty, powiększeniu objętości czaszki, o częstych zwolnieniach lub przerwach, ciągłym wahaniu i zmienności w natężeniu objawów, o znacznym wzmożeniu ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego; 3) jeżeli nie upłynął dłuższy okres czasu — przynajmniej dwa lata — od początku poprawy i jeżeli ta nie jest zupełna; 4) jeżeli się przy interwencji operacyjnej zadawałamy stwierdzeniem pozornie normalnych stosunków na ograniczonej, dostępnej chirurgowi przestrzeni mózgu lub przy oględzinach pośmiertnych nie bada się drobnowidzowo opon mózgowych i wyściółki.

Gazeta Lekarska 1910. N-r 37 i 38.

M. RAPPEL. Przyczynek do kazuistyki dziecięcych porażen rdzeniowych z uwzględnieniem ich epidemiologii oraz patogenezy.

Autor opisuje w chronologicznym porządku rozwój poglądów na istotę cierpienia porażen zanikowych u dzieci i podaje wyniki badań, dokonanych na podstawie licznych obserwacji podczas epidemii ostatnich lat.

Istota cierpienia polega na przedostaniu się do ustroju zarazka, który poraża nie tylko rdzeń, lecz i inne części układu nerwowego, czem się tłumaczy niezwykle zmienny obraz klinicznych objawów. Niestalość obrazu klinicznego potęguje jeszcze względnie duża liczba przypadków poronnych (do 40%). Dalej okazuje się, że porażeniom rdzeniowym podlegają nie tylko dzieci w wieku od 1 — 4 lat, jak przypuszczano dawniej, lecz niemowlęta, młodzież, a nawet i osoby starsze. Największa liczba zaśląbnięć przypada na czas od sierpnia do listopada.

Chłopcy zapadają częściej, niż dziewczęta, przytem dzieci zdrowe i silnie zbudowane częściej, niż słabe.

Co się tyczy stosunku przebytych chorób zakaźnych do porażeń dziecięcych, to większość autorów podkreśla, że zazwyczaj dane cierpienie poprzedza odra.

Czy omawiana choroba należy do rzędu udzielających się, zdania różnych autorów są podzielone, większość jednak wyowiada się w kierunku twierdzącym. Poszukiwania bakteriologiczne ustaliły, że porażenia rdzeniowe należy uważać za chorobę zakaźną, że przyczyną choroby jest żywy zarazek, a nie krążące w ustroju toksyny. Jednakże obecnie istniejącymi sposobami nie udało się wyodrębnić żadnego swoistego zarazka. Jedni zaliczali takowy do rzędu roznózek (*Rhizopoda*), drudzy, jak Knöpfelmacher, uważają je za masy koagulacyjne, inni za pierwotniaki (*Protozoa*), niektórzy znajdowali gronkowce, a inni ziarenkowce. Stwierdzono tylko, że zarazek ów omija filtry, gdyż przesącz zawiesiny rdzeniowej okazał się również jadowitym. Wobec tego zarazek ten należy do rzędu tak zwanych mikroorganizmów niewidzialnych i powinien być zaliczony do rzędu t. zw. Chlamidozoa, jednakże w tkankach przy porażeniach zanikowych dotychczas nie wykryto tak zwanych ciałek wewnątrzkomórkowych, najbardziej charakterystycznych dla chlamidozoa. Dalej ustalono, że zarazek znajduje się jedynie w mózgu i rdzeniu zmarłych skutkiem porażenia i daje się przeszczepić małpom drogą wstrzykiwań do mózgu i otrzewny, a także przeprowadzić przez szereg pokoleń. Przebyte zakażenie pozostawia po pewnym czasie odporność. Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych, to zarazek, dostawszy się do rdzenia drogą krwiobiegu, umiejscawia się w rogach przednich, czemu ma sprzyjać tutaj silniejszy rozwój naczyń. W miejscach tych powstaje nacieczenie białemi i czerwonymi krążkami krwi, w następstwie czego następuje zanik komórek i włókien nerwowych, na miejscu których rozwija się neuroglja. Sprawa chorobowa przenosić się może na tylne rogi, na istotę białą i korzenie nerwowe, dalej na rdzeń przedłużony i opony mózgowie. Ztąd nazwa poliomyelitis anterior nie jest właściwą, i słusznie ostatnimi czasy cierpienie to zostało nazwane chorobą Heine—Medina — imieniem dwóch najbardziej zasłużonych badaczy w tym kierunku.

A. P.

#### Przegląd Pedjatriczny 1910. Tom II.

M. MICHAŁOWICZ. Pobudliwość galwaniczna nerwów obwodowych w przebiegu błonicy.

W ostatnich latach pojawił się cały szereg prac, poświęconych badaniu pobudliwości na prąd galwaniczny nerwów obwodowych u dzieci, przekonano się bowiem, iż zmiany w pobudliwości tej mogą mieć ważne znaczenie rozpoznawcze jako objaw,



wyprzedzający nieraz występowanie innych objawów chorobowych.

W pracy obecnej autor podaje wyniki badania pobudliwości galwanicznej n. strzałkowego u dzieci w przebiegu błonicy, posiadającej własności choroby szczególnie szkodliwej dla tkanki nerwowej.

Z badań tych wynika: 1) że w przebiegu błonicy nerwy obwodowe wykazują pobudliwość wzmożoną na prąd galwaniczny; 2) że pobudliwość wzmożona jest największą w pierwszych dniach choroby, zmniejszając się powoli w ciągu dni następnych; 3) że wzmożenie pobudliwości trwa długo, nawet w przypadkach lekkiej błonicy i świadczy, że działanie nawet stosunkowo niewielkiej ilości jadu nie pozostaje bez śladu na układ nerwowy.

A. P.

Przegl. Pedjatr. 1910. Tom. II.

## PISMIENICTWO OBCE.

### REVUE NEUROLOGIQUE 1910.

N-r 21. MEIGE. Les convulsions de la face. Une forme clinique de convulsion faciale bilatérale et médiane.

Autor najpierw podaje cechy kliniczne, odróżniające tiki twarzowe od kurczów twarzowych, które bywają zwykle jednostronne, wykazują falowanie włókien mięśniowych, trwają podczas snu, powodują zniekształcenie nosa, podbródka, ujawniają t. zw. synergię paradoksalną (np. kurcz mięśnia czołowego i okrężnego powiek w chwili zamykania oczu). Dalej autor opisuje drgawkowy kurcz twarzy o charakterze obwodowym, następnie charakteryzuje szczegółowo kurcz połowiczny twarzy w następstwie porażenia (*hemispasmus facialis postparalyticus*), opisuje kurcz połowiczny twarzy naprzemienny (*hemispasmus facialis alternans*), kurcz twarzy w następstwie podrażnień nerwu trójdzielnego, kurcz twarzy pochodzenia korowego, kurcz twarzy podwójny (*bispasmus facialis*), w końcu podaje opis nowej odmiany: kurcz twarzowy obustronny pośrodkowy, usprawiedliwia jego wyodrębnienie nozologiczne, uważa, iż jest on pochodzenia korowego i zaleca, jako zabieg leczniczy, reedukację psychiczną (*correctio psychomotrice*), środek stosowany przez tegoż autora z powodzeniem w przypadkach t. zw. *torticolis mentalis*.

N-r 22. SODERBERG. Faut-il attribuer à une perturbation cérébelleuse certains troubles moteurs du myxoedème?

Autor opisuje przypadek śluzozbrzęku bez zaburzeń psychicznych z pewnymi objawami mózdkowymi (adiadokokineza i katalapsja mózdkowa Babińskiego), które to objawy po leczeniu tyreoidyną zniknęły. Autor zaleca szczegółowe badanie objawów mózdkowych u chorych dotkniętych śluzozbrzękiem.

N-r 24. BARRAQUER. Etudes cliniques et experimentales de neurologie. Dégénération et régénération du système nerveux périphérique.

Autor opisuje szereg doświadczeń, polegających na przecinaniu i wycinaniu u królików mniejszych lub większych części nerwów obwodowych. Badając powtórnie okolice z operowanymi nerwami znalazł, iż nerwy obwodowe posiadają nadzwyczajną skłonność do odradzania się, co autor ilustruje fotografiami. Badając jednocześnie zmiany w uszkodzonych nerwach i mięśniach na prąd elektryczny, autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Pobudliwość na prąd elektryczny w przypadkach klinicznych zwyrodnień nerwowo-mięśniowych, zarówno jak i w przypadkach doświadczalnych, bynajmniej nie znika, jak to sądzono dotychczas. W drugim tygodniu od chwili uszkodzenia. W przypadkach eksperymentalnych znika ona przy końcu 6-go tygodnia, w przypadkach klinicznych rozmaicie, zwykle znacznie później, niż w drugim tygodniu;

2) objaw elektryczny zwyrodnienia — skurcz mięśni dowolny, robaczkowy, dają obydwie prądy;

3) objaw ten wyprzedza wygaśnięcie pobudliwości faradycznej przy bezpośrednim działaniu na nerw.

St. Kopczyński.

## THE JOURNAL OF NERV. AND MENT. DISEASE. 1910.

N-r 7. WILLIAM SPILLER. Friedreich's ataxia.

Autor podaje obraz kliniczny 2 przypadków choroby Friedreich'a, w których znalazł widoczne zaniki mięśni kończyn. Objaw ten dotychczas uważano za nienależący do obrazu wymienionego cierpienia.

Jeden z przypadków autor zbadał pod względem anatomicopatologicznym. Pierwsze objawy wystąpiły w 7-ym roku życia: było to chwanie się; do 18 lat chód był możliwy, aczkolwiek upośledzony, od tego zaś czasu — chory zupełnie nie chodził.

Czuciowych zmian—żadnych (poza bólami pod kolanami w ostatnim okresie cierpienia).

Przy badaniu stwierdzono drżenie gałek ocznych, mowę po wolną, upośledzenie psychiczne. Kończyny górne — pozornie dobrze rozwinięte, w rzeczywistości zaś okazały się bardzo słabe. Kończyny dolne zupełnie wiotkie, bezwładne, wychudzone. Brak odruchów ścięgowych, objaw Babińskiego—obustronnie. Kształt prawej stopy — charakterystyczny dla cierpienia, lewa tylko nieznacznie zniekształcona.

Przy badaniu anatomo-patologicznem stwierdzono, iż rdzeń przedłużony oraz rdzeń są niezmiernie cienkie, natomiast mózdzek zachował normalne rozmiary. Drobnowidz wykrył zwyrodnienie włókien nerwowych we wszystkich pęczkach (z wyjątkiem Gowers'a), zwyrodnienie to jednak nie wszędzie było jednakowo znaczne: w części lędźwiowej rdzenia głównie ucierpiały korzenie i słupy tylne; w części grzbietowej — korzenie i słupy tylne oraz drogi piramidowe boczne i drogi mózdkowe; w części szyjowej — zwyrodnienia znacznie mniej wybitne, dotyczą głównie pęczków Goll'a. W pęczkach względnie zachowanych widać „wiry” (tourbillons) — wyrostki osiowe nie biegną prostopadle, lecz pochyło lub poziomo. Jądra zębate zawierają mało komórek nerwowych i te przeważnie są pomarszczone. Szypułki mózdkowe górne — cieńsze niż zwykle. Pnie nerwowe — zwyrodniałe. Mięśnie — wybitnie zmienione w stanie zwyrodnienia szklistego. Zóję Gasser'a wykazuje zwyrodnienia czuciowych włókien, komórki są mało zmienione.

II przypadek dotyczy 41 letniego mężczyzny. Cierpienie zaczęło się w 15 r. życia od upośledzenia chodu. Po kilkunastu latach cierpienia wystąpiły zaniki mięśniowe. Przy badaniu stwierdzono drżenie gałek ocznych, zaniki mięśniowe, bezład, zniesienie odruchów ścięgowych, nieznaczne upośledzenie czucia dotykowego i mięśniowego.

Nieliczne są przypadki cierpienia Friedreich'a, w których stwierdzono zaniki mięśni i zwyrodnienie w pniach nerwowych. Niektórzy autorowie (Maas, Kollarits) przy rozpoznaniu różniczkowem wyłączają to cierpienie, jeśli znajdują zaniki mięśniowe.

Pochodzenie zaników mięśniowych tłumaczą już to zmianami w komórkach rogów przednich (Friedreich, Rüttimeyer, Baumlin), już też w nerwach obwodowych (Bing, Friedreich etc.), w przypadkach wreszcie, gdzie brak i tych i tamtych zmian zaniki spowodowane są jakoby beczynnością. Tłumaczenie to nie jest dostateczne, należy raczej przypuszczać, iż ma się tu do czynienia z dystrofią mięśni — cierpieniem również jak i choroba Friedreicha dziedzicznym (Bing). Według Jendrassika dziedziczne cierpienia ustroju nerwowego i mięśniowego kombinują się najrozmaiciej: dystrofia mięśni, bezład Marie'go, choroba Frie-



dreicha i porażenie rdzeniowe są jedynie rozmaitemi zgrupowaniami objawów jednego i tego samego cierpienia.

ALLEN STAR. Deafnes due to lesions in the brain.

U 42 letniej kobiety po drugim udarze mózgowym wystąpiło prawostronne porażenie twarzy i lewostronne kończyn. Prawe kończyny od tej chwili stały się również słabsze. Wystąpiło obniżenie czucia na wszystkie rodzaje podnieć po stronie lewej tułowia i prawej twarzy. Zmysł mięśniowy natomiast wykazywał zmiany we wszystkich czterech kończynach z przewagą po stronie lewej. Utrudnione były kanie i mowa oraz zupełna głuchota.

Przewodnictwo kostne zarówno jak i przez powietrze — zniesione. Dźwięki sprawiają jedynie wrażenie jakiejś przykrości. Przy badaniu dziedziny ruchowej okazuje się, iż chora ma obustronny bezład, wybitniejszy po stronie lewej. Mowa chorej zupełnie zniesiona, jak wskazuje badanie, na skutek wad artykulowania nie zaś niemoty duchowej.

W przypadku tym nie wykonano badania anatomo-patologicznego.

Objaw zupełnej głuchoty autor tłumaczy zniszczeniem obu pasem słuchowych, otaczających wstęgę (lemniscus). Bezład obustronny według niego każe przypuszczać, iż czuciowa wstęga obustronnie została uszkodzoną. Cały obraz da się wytłumaczyć zatkaniem gałązki tętnicy podstawnej (basilaris), idącej do prawej połowy mostu i do części jego środkowej.

Dla poparcia swego przypuszczenia autor przytacza przypadki, badane anatomo-patologicznie, w których zniszczenie mostu, czy to na skutek zmian naczyniowych czy nowotworowych, wywołało głuchotę jednostronną.

Głuchota może powstać również na skutek zniszczenia dróg słuchowych powyżej mostu. Weinland zebrał 13 przypadków, w których głuchota była wywołana zniszczeniem tylnych wzgórków czworaczych.

Na podstawie odpowiedniego piśmiennictwa autor przyszedł do wniosku, iż są cztery rodzaje głuchoty: 1) na skutek zmian w błędniku, przytem występują silne zawroty głowy; 2) na skutek zaniku nerwu słuchowego pierwotnego lub w wiąździe rdzenia; 3) na skutek zniszczenia pasma słuchowego, towarzyszą jej wtedy objawy mostowe lub szypułkowe; 4) wreszcie głuchota korowa zwykle w towarzystwie niemoty lub głuchoty duchowej.

N-r 8. R. FRY i SCHWAB. Laminectomy for postsyphilitic nerve root pain.

60 letni mężczyzna nagle zaczyna odczuwać mnóstwo pare-

steżki w całej lewej połowie ciała. Chory (lekarz) przypuszcza, iż ma wiać rdzenia. Zadnych objawów tego cierpienia nie udaje się stwierdzić. Po dwu miesiącach parestezje zniknęły natomiast zaczęły choremu dokuczać bardzo silne bóle w okolicy 5-go i 6-go odcinków grzbietowych. Otwarto oponę twardą na przestrzeni 3 — 5 kręgu grzbietowego, okazało się, iż piąty korzeń grzbietowy tylny był silnie zrośnięty, z oponą twardą. Po operacji stan chorego poprawił się, bóle minęły, jednak śmierć nastąpiła po kilku godzinach. Przypuszczalnie miało się do czynienia z kilowem zapaleniem opon rdzeniowych.

STERN. Kernig's sign: its presence and significance in general paresis and arteriocardillary fibrosis.

Objaw ten występuje w niektórych przypadkach stwardnienia naczyń i porażenia postępującego. Na 75 przypadków porażenia postępującego objaw Kerniga stwierdzono 63 razy (głównie w okresach końcowych cierpienia). Autor uważa, iż objaw ten zawsze wskazuje zajęcie opon. W większości tych przypadków znajdował on również objaw Brudzińskiego.

W. LANGDON. Radiculitis.

U 33 letniego mężczyzny rozwija się bardzo stopniowe osłabienie obu kończyn górnych i dolnych, nieruchomość karku, czasem utrudnione lykanie, bóle w karku. W lewej kończynie górnej miewa parestezje, po 11 zaś miesiącach kończyna ta traci zupełnie władzę w odcinkach ośrodkowych. W tym czasie lewa noga często drętwieje. Rok potem prawa kończyna górna słabnie wybitnie. Kończyny górne są wiotkie, widać w nich zaniki, ruchy palców lewej dłoni w najwyższym stopniu upośledzone.

W kończynach dolnych porażenie kurczowe, odruchy ścięgnowe — żywe, głównie po stronie lewej, odruch Babińskiego obustronny.

Czucie zlekką osłabione na lewej połowie klatki piersiowej, na prawej połowie brzucha i na obu dłoniowych powierzchniach rąk.

Najbardziej upośledzone są ruchy głowy: chory nie może wykonać ruchów bocznych głową, a to na skutek przeszkody, jaka pod postacią uwypukleń pomiędzy kręgami wyczuwa się na poziomie 3 — 5 kręgów.

Leczenie swoiste w krótkim czasie dało doskonałą poprawę.

Podobny przypadek autor opisał jako zewnętrzne zapalenie opony twardej (pachymeningitis spinalis externa). Kiłę należało wyłączyć, chory bowiem zaraził się po wyleczeniu zapalenia opony. Autor przypuszcza, iż sprawa zapalna w tych przypadkach

ma miejsce na zewnątrz opony twardej, a raczej w rozdwojeniu jej listków, które ma miejsce na poziomie 3-go szyjowego kręgu. Ztąd uwypuklenie wyczuwalne pomiędzy kręgami, trudność ruchów karku i brak wybitnych bólów, jakie zwykle towarzyszą zajęciu opon miękkich. (Przekłucie łądźwiowe nie było wykonane).

**DERCUM.** Sarcomatosis of the cervical dura suggesting hypertrophic cervical pachymeningitis.

52 letnia kobieta nagle poczuła drętwienie i ból w karku i ramionach. Ból ten powoli wzrastał się i zajął obie kończyny górne. Zjawiły się rozsiane zaniki mięśni, jak w zajęciu opony twardej. Grupa mięśni promieniowych była najbardziej upośledzona. Zmiany czuciowe pod postacią obniżenia wszystkich rodzajów czucia od szyi do linii sutkowej. Nieznaczna sztywność karku i pleców nie pozwala zgiąć chorej ku przodowi. Żrenice bez zmian chorobowych. Odruchy z mięśni trójgłowych — zniesione, kolanowe — osłabione, brak objawu Babińskiego. Przypuszczano istnienie przerostowego zapalenia opony twardej w części szyjnej. Na badaniu pośmiertnym stwierdzono mięso-kostniak (osteosarcoma) 7-go żebra i przerzut na oponę twardą w okolicy 4—5 kręgu szyjowego. Opona twarda zgrubiła na poziomie nowotworu oraz powyżej i poniżej jego. Korzenie przednie i tylne — uciśnięte i usiane nowotworowymi masami. Nacieczenie rdzenia na obwodzie, wzdłuż naczyń i przegród.

**DERCUM.** A report of three pre-frontal tumors.

I. 59 letni mężczyzna bardzo wątły i obarczony gruźlicą uległ silnemu urazowi w głowę. Chory stracił przytomność, z lewego ucha popłynęła krew. Po tygodniu nastąpiła poprawa aczkolwiek nie zupełna: pozostała pewna ospałość. Po 5 latach nagle lewe kończyny zaczęły drgać i następnie osłabły. Przy badaniu nie stwierdzono żadnego objawu, wskazującego cierpienie mózgu: ani w nerwach czaszkowych ani w kończynach. Brak skarg na ból głowy, brak wymiotów. Jedyny objaw — ospałość, dezorientacja w czasie. Chory często zapomina co ma robić, ubiera się niezmiernie długo, je wiele i chciwie, (przed chorobą jadał zbyt mało), zanieczyszcza się. Brak zupełnie poczucia choroby. Nieznaczne bóle głowy w części ciemieniowej. Przy braku objawów cielesnych i coraz większym zaniku władz umysłowych chory zmarł.

Znaleziono duży nowotwór (mięsak) w prawym płacie czołowym pod korą. Nie dotykał on jąder szarych ani torebki wewnętrznej.



II. 18 letnia dziewczyna dotąd zupełnie zdrowa dostała nagle bardzo silnych bólów głowy i wymiotów. Wkrótce zjawiał się ból w lewym przedramieniu i lewej kończynie dolnej. Chora stała się ospała. Z objawów można stwierdzić — objaw Romberga (chwieianie się w lewą stronę). Prawy policzek zlekka wygładzony, lewe kończyny nieco słabsze od prawych. Zupełny brak zmian w odruchach ścięgowych, brak objawu Babińskiego. Czuciowe zmiany każą przypuszczać współistnienie hysterji i polegają na wzmożonym odczuwaniu podniet na obu kończynach lewych i prawej dolnej, na obu sutkach. Dno oczu wykazuje obustronnie zastoinową tarczę. Psychika chorej zmieniona, chora jest apatyczna, ospała.

Z czasem zjawił się objaw Babińskiego (bez wzmożenia odruchów ścięgowych), wzrok osłabł, wszystkie mięśnie gałek ocznych zaczęły działać niedość sprawnie, wystąpiło porażenie obu nerwów odwodzących. Wykonano zabieg chirurgiczny, przypuszczając, iż nowotwór mieści się w prawym kącie mózgowo-mózdkowym.

Chora zmarła. Na sekcji znaleziono duży nowotwór w lewym płacie czołowym, uciskający jądra i torebkę wewnętrzną. Wszystkie objawy były więc objawami odległymi (osłabienie zaś lewych kończyn da się jedynie wytłumaczyć, jako objaw hysterji).

III. 32 letni mężczyzna dostaje nagle napadów padaczkowych. Władze umysłowe słabną, zjawia się wybitna ospałość i zanik pamięci. Często zaburzenia ze strony kiszki obwodowej i pęcherza. Przy badaniu lekarz stwierdził: zapalenie obu nerwów wzrokowych, wzmożenie odruchów ścięgowych (głównie lewego kolanowego i prawego Achillesa), powolne zgięcie podeszwowe palców lewej stopy, zwężenie lewej szpary ocznej; uwypuklenie prawej gałki ocznej. Przypuszczano istnienie nowotworu w części czołowej. Aby zmniejszyć ciśnienie wewnątrzczaszkowe wykonano trepanację w części skroniowej prawej. Po pewnym czasie przystąpiono do radykalnej operacji: usunięto w części czołowej po stronie prawej duży nowotwór, przylegający do podstawy czaszki i uciskający stronę lewą. Chory zmarł.

Zylberlastówna.

REVUE DE MÉDECINE. 1910 październik, listopad, grudzień.

A. SZCZERBAK. Contribution à l'étude du rôle pathologique du trichacéphale.

Autor na 13 przypadków dowodzi roli przyczynowej włosogłówki ludzkiej (trichocephalus dispar) w powstawaniu licznych zaburzeń czynnościowych układu nerwowego (hysterja, pa-

daczka, neurastenja, migrena, nerwice przewodu pokarmowego, meningismus). W celach leczniczych stosuje Sz. zgodnie z przepisem Bozzolo i Lutz'a tymol w dużych dawkach, u dorosłych 0,5 — 2,5, u dzieci 0,2 — 0,5 dziennie. Leczenie tymolem trwa tygodnie i miesiące z przerwami 5 — 6 dniami. Leczenie nie należy uważać za skończone, póki jajeczka pasorzyta znajdują się w kale. Przeciwwskazany jest tymol w chorobach żołądkowo-kiszczkowych. Nie należy też używać podczas leczenia płynów, rozpuszczających tymol (eter, wyskok, chloroform, gliceryna, oliwa). Wstęp historyczny i duży spis bibliograficzny, obejmujący 89 prac, załączone są do artykułu.

R. PETRÉN. Quelques observations sur le traitement de la sciatique et du morbus coxae senilis.

Autor na zasadzie większego materiału klinicznego przeczy Bernhardt'owi, jakoby rokowanie było naogół w rwie kuluszowej niepomyślne, a przypadki zupełnie wyleczone należały do rzadkości. P. wierzy w zupełną uleczalność i uznaje rwę przewlekłą, jedynie objawową. Systematycznie przeprowadzając swoją zwykłą metodę leczenia, osiąga w ciągu miesiąca ogromną poprawę, częstokroć wyleczenie zupełnie, tak że nie miał nigdy potrzeby uciekania się do nowszych metod wstrzykiwania płynów lub powietrza w nerw lub jego korzenie rdzeniowe. P. stosuje spokój absolutny w łóżku, ciepło miejscowo w różnych postaciach, aspirynę do 6 grm. dziennie w ciągu 2 tygodni; mięśnienie umiejętnie (uwaga sprawozdawcy: autor jest szwedem) zaczyna już po pierwszych 8 dniach; nieznaczne i bezbolesne wyciąganie nerwu (przez zginanie wyciągniętej kończyny w stawie biodrowym) dokonywa codziennie, doprowadzając stopniowo do zniknięcia objawu Lasegue'a. Elektryzację zaleca rzadko, środki odciągające i drażniące nigdy. Tą metodą z 50 przypadków wyleczył 37 w ciągu miesiąca, pozostałe trwały dłużej, przeciętnie nie dłużej nad 47 dni.

W pewnych bardzo uporczywych przypadkach znajdował towarzyszącą histerję lub też, co bywa u starszych osób nierzadko, morbus coxae senilis. I w tem cierpieniu P. nie stawia absolutnie złego rokowania. Umiejętne leczenie gimnastyczne, polegające wyłącznie na systematycznie przez długi czas wykonywanych biernych ruchach stawu biodrowego, daje dość dobre wyniki. Na potwierdzenie tego P. przytacza 9 własnych przypadków tego ostatniego cierpienia, z których wynika, że gimnastyka ta wbrew powszechnie panującym poglądom nie wywołuje silnych lub długotrwałych bólów.

H. de BRUN. Étude sur l'infantilisme palustre.

Autor wyraża zdziwienie, że w lepszych monografiach francuskich o infantyлизmie (Lorain, Lancereaux, Endlitz, Thibierge, Apert), niema wzmianki o tem, że przewlekła zimnica jest w stanie wywołać zatrzymanie w rozwoju cielesnym i duchowym, infantyлизmem zwane. Praktykując z górą 25 lat w Syrii B. przekonał się, że tak nie jest i na dowód tego przytacza 40 historii chorób własnych przypadków, dość obficie ilustrowanych. Autor dochodzi do przekonania, że w obrazie infantyлизmu zimniczego rozróżnić należy trzy zespoły symptomatologiczne. Drobnosc ciała, niedorozwój narządów płciowych, brak uwłosienia i oznak męzkości, zmiany radiograficzne w chrząstkach, głos dziecięcy i upośledzenie umysłu — są zależne od zimniczego uszkodzenia gruczołu tarczowego. Nerwowosc ogólna, przygnębienie, obojętnosc, osłabienie ogólne, melanodermia, obniżenie ciśnienia tętniczego, nieprawidłowosc tętna, brak odczynu naczynioruchowego skóry, napady gastralgiczne i rozwolnienia przypisuje przewlekłej niedomodze gruczołowej nadnercza. Złe odżywianie ogólne, wychudnienie kończyn, kontrastujące z wzdęciem i powiększeniem brzucha (obrzemienie śledziony i wątroby), brak tkanki tłuszczowej, wiotkowosc mięśni i wczesne zmarszczenie twarzy są zależne od wyniszczającego działania jadu zimniczego i towarzyszących mu zmian ciepłotnych.

G. CATOLA. Quelques recherches sur le système nerveux central d'enfants issus de parents en état morbide et quelques considérations sur la prédisposition morbide.

Na podstawie dokładnego zbadania pod względem anatomicznym 8 dzieci, pochodzących od matek dotkniętych zakażeniem przewlekłym (bezkrwistość złośliwa, mocznica, gruźlica, kiła) C. usiłuje dowieść słuszności swoich, jeszcze przed Raymondem wypowiedzianych poglądów o wczesnem starzeniu się pewnych narządów i tkanek. Nader ważną okoliczność stanowi zdaniem autora czas, podczas którego czynniki, hamujące i upośledzające na wzrost działające, ustrój dotknęły. Zatrzymanie w rozwoju może dotyczyć wyłącznie narządów, układów i tkanek, które jeszcze nie zupełnie dojrzały. Obraz upośledzenia jest przeto tem większy, czem mniej postąpiło różniczkowanie histologiczne, a zanik wtórny (pseudohyperplasia) danego układu, zahamowanego w rozwoju, nie zawsze odróżnić się daje od niedorozwoju samoistnego i wrodzonego. O ile wpływy hamujące i upośledzające są słabe lub krótkotrwałe, to tkanka zarodka lub płodu nie ulega zwyrodnieniu, lecz staje się mniej odporną i zdolną do życia. To zjawisko wczesnego starzenia się danej



tkanki, o ile uwarunkowane jest wewnątrzmacicznie i ze strony matki (*sénéscence précoce somatogénique*), może występować znacznie intensywniej, jeżeli tkanka już wskutek wrodzonej wadliwości (*sénéscence précoce ovo-spermogénique*) jest morfologicznie i czynnościowo upośledzoną. Dziedziczne uszkodzenie leży przeto w pierwiastkach zarodkowych, wrodzone natomiast dowodzi jedynie embrjonalnego powstania klinicznej hypostenji, fizjologicznej hypofunkcji i anatomicznej hypoplazji. Najdrobniejsze zaburzenie rozwojowe może tu i owdzie dać tło morfologiczne i podłoże dla usposobienia chorobowego. Usposobienie przeto jest zjawiskiem na wskroś nienormalnem, posiadającym swoją przyczynę, objawy i tło organiczne.

A. SZCZERBAK. *Hallucinations psychomotrices littérales et autres phénomènes dus à l'excitation des centres corticaux des lettres dans l'épilepsie jacksonienne.*

Halucynacje psychomotoryczne wyrazowe były już dawno znane i w różnych psychozach czynnościowych i organicznych opisywane. Tłumaczy się ich pochodzenie stanem podrażnienia patologicznego ośrodków mowy artykułowanej. Według Cramer'a poznanie złudzeń tych jest bardzo ważne dla nauki o innych stanach psychopatycznych (w rodzaju słyszenia własnych myśli — *Gedankenlautwerden*) i o patogenezie idei natrętnych. Pariot wyraża mniemanie, że złudzenia w dziedzinie wrażeń ruchowych mowy nie mogą się klinicznie zadokumentować inaczej jak przez objawy bądź to mowy wzmożonej (*logorrhoea*) bądź też uczucia ciągłej fonacji i artykulacji. Opisując przypadek złudzeń wyrazowych, autor dochodzi w wyniku swym do przekonania, że obok ogólnego rozlanego upośledzenia czynnościowego wyższych ośrodków korowych (zaburzenia w kojarzeniu narządów psychicznych) koniecznym jest stan podrażnienia specjalnego ośrodka. Jedno bez drugiego nie daje nigdy złudzeń jednostronnych, czyli objawów psychicznych ogniskowych. (Przypisek sprawozdawcy: wyrażając myśl autora przystępniej, wypada powiedzieć, że halucynacje psychomotoryczne wyrazowe, czyli obrazy psychiczne ogniskowe występują jedynie wtedy, gdy dane ognisko zostaje organicznie podrażnione u osoby do psychoz usposobionej — myśl, wypowiedziana o wiele wcześniej przez wielu autorów, między innymi przez sprawozdawcę przed kilkunastu laty w odczycie klinicznym; „o halucynacjach jednostronnych”).

H. Higier.

## REVIEW OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY

1911 N 1.

A. BRUCE and J. M. COTTERILL. Posterior basilar meningitis; acquired hydrocephalus; cured by drainage of the fourth ventricle.

Wiadomo, iż wodogłowie wewnętrzne może powstać na skutek zatkania foram. Magendie przez zrosty zapalne po meningitis basilaris posterior albo też po nagminnem zapaleniu opon mózgowych. Starano się rozmaitemi metodami chirurgicznymi usunąć ten zastój płynu; najradykałniejszą metodę przedstawia usunięcie zrostów i założenie drenu. Operację taką wykonywano uprzednio kilka razy jednak prawie zawsze z wynikiem niepomyślnym.

Przypadek autorów dotyczy 11-letniej dziewczynki; chora ta przechodziła nagminne zapalenie opon mózgowych, które trwało tylko parę dni i skończyło się wyzdrowieniem. Od tego jednak czasu chora miała w przeciągu roku stałe silne bóle głowy, czasem wymioty. Po roku od początku choroby stan znacznie się pogorszył, chora zaczęła odczuwać trudność w chodzeniu, miewała zawroty głowy, czasem nietrzymanie moczu i kału. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono obustronną tarczę zastoinową, zniesienie odruchów brzusznych po stronie lewej, obustronne wzmoczenie odruchów ścięgowych i obustronny objaw Babińskiego. Ze względu na stałe stopniowe pogarszanie się stanu chorej, na powiększenie się czaszki, na występujące coraz wyraźniej objawy psychiczne (otępienie, śpiączka i t. d.) oraz ze względu na wyraźne rozchodzenie się szwu wieńcowego (sutura coronalis) na czaszce (stwierdzone za pomocą promieni Röntgena) chorą poddano operacji. Pierwsza operacja — wypuszczenie około 5 uncji płynu mózgowo-rdzeniowego z komory bocznej uspokoiła chorą zaledwie na krótko i bardzo nieznacznie. Wobec tego 18 dni później wykonano drugą operację, mianowicie po dokonaniu trepanacji w okolicy kości potylicznej, podwiązano zatokę potyliczną, boczne zrazy mózdzku rozsunięto i w ten sposób można się było dostać do sklepienia 4-ej komory. W miejscu tem widoczny był pęcherzyk napełniony dość znaczną ilością płynu; po nakłuciu ścianki tego pęcherzyka wypłynęło dość dużo płynu mózgowo-rdzeniowego. Następnie ranę zaszyto.

Natychmiast po operacji nastąpiła poprawa, stopniowo (przeszło 2 miesiące po operacji) zupełne wyzdrowienie.

W. G. SPILLER. The differential diagnosis between hydrocephalus, without enlargement of the head and brain tumour by means of the X-rays.

W krótkim swoim doniesieniu autor zwraca uwagę na to, że przy trudnościach rozpoznawczych między nowotworem mózgu a wodogłowieciem wewnętrznym ważną rolę odgrywać może rentgenogram czaszki; mianowicie przy wodogłowieciu blaszka wewnętrzna czaszki podlega zanikowi w miejscach odpowiadających zrazom mózgowym.

D. W. CURRIE and EDWIN BRAMWELL. Suggestive observations in relation to the incubation period of acute anterior poliomyelitis.

Na zasadzie badań klinicznych podczas niewielkiej epidemii zapalenia rogów przednich rdzenia (5 przypadków w fermie, składającej się z 4-ch rodzin) autorzy przychodzą do następujących wniosków: 1) jest bardzo prawdopodobnem, że zapalenie rogów przednich jest chorobą zakaźną i okres wylęgania się zarazka trwa do 4-ch dni; 2) jest również bardzo możliwem, że zarażenie może być przeniesione przez osoby trzecie.

J. Handelsman.

BRAIN. October 1910. Part CXXX v. 33.

OTTO MAY and SIR VICTOR HORSLEY. The mesencephalic root of the fifth nerve.

Badania swoje autorzy przeprowadzili na małpach i na kochach metodą chromatolizy i metodą Marchiego. Wewnątrzmożgowo uszkodzona była droga V-go nerwu w kilku miejscach: I. 1) naprzeciw przestrzeni między wzgórkami, 2) naprzeciw środka tylnego wzgórka, i 3) za tylnym wzgórkem i tuż przed czwartym nerwem; II. przy wyjściu nerwu z mostu i zwoju półksiężycowatego (ganglion Gasseri); III. pierwsza i druga gałązka obwodowo od zwoju półksiężycowatego; IV. trzecia gałązka również obwodowo od zwoju półksiężycowatego: 1) przy dziurze owalnej (foramen ovale), i 2) nieco bardziej obwodowo. Oprócz tego dokonano badania zwyrodnień w jednym przypadku u człowieka, któremu usunięto zwój półksiężycowaty i który zmarł 6 tygodni po operacji na skutek zapalenia opłucny.

Badanie swoje autorzy streszczają jak następuje: 1) droga wewnątrzmożgowa V-go nerwu zawiera włókna i odśrodkowe i dośrodkowe; 2) włókna odśrodkowe stanowią wyrostki osiowe (axones) charakterystycznych komórek „globularnych”; 3) zazwyczaj wszystkie te osiowe włókna opuszczają most za pośrednictwem drogi ruchowej 5-go nerwu; 4) bardzo być może, że niektóre z nich kończą się w zwoju półksiężycowatym; 5) rozerwanie obwodowej gałązki dolnego podziału wywołuje chromatolizę charakterystycznych komórek, co świadczy, że te włókna osiowe



przebiegają w obwodowych gałązkach, chociaż metodą Marchi'ego nie udało się tego wykryć; 6) drogi opisane przez Probst'a i Lewandowskiego jako składające się z rozgałęzień, powstałych z wewnątrzmoźgowych włókien osiowych piątego nerwu, i mające jakoby połączenie z jądrem 8-go i 9-go nerwów czaszkowych nie należą do rozgałęzień 3-go nerwu; 7) dośrodkowe włókna wewnątrzmoźgowej drogi składają się z delikatnych włókienek osiowych, które w znacznej większości pochodzą z komórek zwoju półksiężycowatego; niektóre z nich jednak stanowią rozgałęzienia włókien osiowych odśrodkowych; 8) niema absolutnie danych, któreby wskazywały, że wewnątrzmoźgowa droga 5-go nerwu bierze udział w unerwieniu zewnętrznych mięśni gałki ocznej lub też w unerwieniu podniebienia.

HARVEY CUSHING. Strangulation of the nervi abducentes by lateral branches of the basilar artery incases of brain tumour.

W przypadkach nowotworów wewnątrzczaszkowych tak często występuje podwójne widzenie, że niemal ma się prawo włączyć objaw ten do objawów ogólnych, powstałych na skutek wzmoczenia ciśnienia. Porażenie nerwów okoruchowego lub odwodzącego oko mogą być objawami powstałymi na skutek ucisku ich ośrodków lub też samych nerwów podczas ich przebiegu wewnątrzczaszkowego.

Niezawsze jednak porażenia mięśni ocznych, bądź przemi-jające, bądź też stałe, mogą być objaśnione ze stanowiska dja-gnostyki topograficznej i wobec tego zalicza się je często do t. zw. objawów ogniskowych wrzekomych. Zwykle objaśniają pocho-dzenie porażenia nerwu odwodzącego tem, że ma on bardzo dłu-gi przebieg i łatwo może być uszkodzony przez ucisk na pod-stawie czaszki.

Autor zbadał około 40 mózgów z pośród 130 przypadków operowanych przez niego z rozpoznaniem nowotworu mózgu oraz około 40 mózgów od chorych zmarłych w szpitalu z powodu in-nych chorób mózgowych.

Autor zastrzykiwał do mózgu we wszystkich przypadkach przed sekcją formalinę przez tętnicę szyjną i dzięki temu mózg twardniał i utrwalała się topograficznie konfiguracja naczyń. Na-leży tu zwrócić uwagę na fakt, że rozgałęzienia tęć. podstawowej (a r t. b a s i l a r i s) przebiegają poprzecznie przez most w takim kierunku, że tworzy się kąt prosty, mniej lub więcej wyraźny w stosunku do przebiegu nerwu odwodzącego. Rozgałęzienia, mające bezpośredni związek z tym nerwem, są następujące: 1) a. cerebelli inferior anterior, która przechodzi poprzez odnogę mózdzku na zewnątrz i do tyłu i 2) a. auditiva in-

terna, która może powstać jako osobna odnoga, niezależna od głównej tętnicy podstawnej, lub też przez podział a. cereb. inf. ant.

Otóż w 59 mózgach (z tych 30 znajdował się nowotwór) nerw odwodzący obustronnie, prawie bez wyjątku, był tak objęty przez tętnice, że przy rozszerzeniu się pnia mózgowego, i jednoczesnem rozciągnięciu poprzecznie położonych tętnic może powstać ucisk nerwu.

Pozatem, w przypadkach nowotworu mózgu, w pniu mózgowym stwierdził Cushing prawie zawsze wgłębienia, zwłaszcza w moście, które tworzą się nie tylko przez te rozgałęzienia tętnicze, ale także przez samą tętn. podstawną i jej gałązki idące do mostu (rami ad pontem). Z pośród 59 mózgów dość znaczne wgłębienie widoczne było w 26-iu (w 25 przypadkach stwierdzono nowotwór mózgu). Dalej C. stwierdził, że owo wgłębienie tętnic spotyka się „stosunkowo rzadko w mózgach, w których nowotworu nie było i w mózgach z nowotworem częściej wtedy, jeżeli ognisko znajduje się w mózdzku, aniżeli, gdy leży w półkulach mózgowych”.

Uciskanie zatem nerwu odwodzącego przez owe tętnice może objaśnić nam tak często spostrzegane porażenie tego nerwu. Cushing stwierdził również, że przy dość znacznym ucisku na nerw na miejscu ucisku wytwarza się tkanka bliznowata i sam nerw ulega zwyrodnieniu. C. zauważył, że po operacjach (pomysłne usunięcie nowotworu mózdzku) objaw ten może zniknąć.

C. przypuszcza także, że i w innych stanach chorobowych (naprz. w zapaleniu ucha środkowego lub po znieczuleniach lędźwiowych), których występuje porażenie nerwu odwodzącego, można uważać jako przyczynę tego porażenia pewne obrzmienie pnia mózgowego powodującego następnie ucisk nerwu przez tętnice mózdzkowe.

J. Handelsman.

BRITISH MED. JOURNAL 1910, październik, listopad, grudz.

F. W. MOTT. The nervous system in chronic alcoholism.

Autor rozróżnia następujące grupy psychoz alkoholowych: 1) zaburzenia psychiczne, występujące na skutek alkoholizmu u osobników, mających dotychczas zdrowy mózg t. j. delirium tremens i psychoza Korsakowa; 2) zaburzenia psychiczne wywołane przez alkoholizm u jednostek umysłowo-chorych.

Co się tyczy pierwszej grupy, to autor rozpatruje psychozę alkoholową jako wywołaną tylko pośrednio przez alkohol, a właściwie bardziej zależną od toksyn bakteryjnych lub też od

zaburzeń w przemianie materji. Zdanie to opiera częściowo na podobieństwie tej psychozy z obłędem przy gorączce, oraz przy toksycznych psychozach, częściowo zaś na tem, że identyczne psychozy mogą być wywołane przez trucizny metaliczne.

Histologiczne zmiany polegają na: okołojądrowej chromatolizacji komórek psychomotorycznych i na powstawaniu krwotoków w korze (w przypadkach ostrych). Stwierdzić się daje brak zaniku zrazów mózgowych jak przy porażeniu postępującem, a płyn mózgowordzeniowy nie zawiera zwiększonej ilości białka ani limfocytów.

Co się tyczy drugiej grupy, to w przeważnej liczbie tych przypadków psychoz alkoholowych alkohol nie jest głównym czynnikiem, lecz mózg jest już przygotowany do powstania psychozy i w takich przypadkach nawet mała ilość alkoholu może wywołać psychozę.

E. W. HEY GROVES AND CECIL JOEL. Thyroid grafting and the surgical treatment of exophthalmic goitre.

Autorzy opisują przypadek choroby Basedowa, w którym po operacji (usunięcie znacznej części lewego zrazu gruczołu tarczowego) zjawily się objawy ciężkiej. Objawy te minęły pod wpływem leczenia wyciągiem gruczołu tarczowego, natomiast wystąpił hyperthyroidismus. Wobec tego autorzy przeszczepili mały kawałek gruczołu tarczowego usuniętego od chorego z wołem gruczolakowem (struma adenomatousum). Bardzo szybko zaczęła się ujawniać poprawa i wreszcie nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

THE LANCET, 1910, październik, listopad, grudzień.

N-r 16. WILIAM BOYD. A case of tumour of the pituitary body.

Autor opisuje przypadek nowotworu przysadki mózgowej, ciekawy z następujących powodów: 1<sup>o</sup>) z powodu niezwykle długiego trwania, pierwsze bowiem objawy choroby (ból głowy i objawy wzrokowe) wystąpiły 8 lat przed śmiercią, spowodowaną sprawą nowotworową; 2<sup>o</sup>) z powodu braku jakichkolwiek objawów akromegalji; 3<sup>o</sup>) z powodu wypływania płynu mózgowordzeniowego z nosa w przeciągu kilkunastu miesięcy przed śmiercią; 4<sup>o</sup>) z powodu wystąpienia bardzo wielkiej ilości albumin i kolosalnej limfocytozy w płynie mózgowordzeniowym (chory syfilisu nie przechodził) i wreszcie 5<sup>o</sup>) z powodu dużych rozmiarów guza (7,2 cm.  $\times$  3,3 cm.), który zniszczył w znacznym stopniu podstawę czaszki.

N-r 18. PERCY A. RODEN. On a case of chorea treated by thyroid extract.



Opis kliniczny jednego przypadku płasawicy u 10-letniej dziewczynki. Pomimo rozmaitych środków leczniczych, zwykle w takich przypadkach stosowanych, w przeciągu 3-ch lat poprawy albo wcale nie było widać, albo też występowała ona w bardzo nieznacznym stopniu. Autor (ze względu na to, że dwie siostry chorej miały wole), zaczął leczyć chorą wyciągiem z gruczołów tarczowych; wynik okazał się doskonały: już w pierwszym tygodniu leczenia nastąpiła wyraźna poprawa, a po pewnym czasie doszło do zupełnego wyzdrowienia. Dziecko to autor obserwował 9 miesięcy po wyzdrowieniu, nawrotów nie było.

N-r 22. H. CHARLTON BASTIAN. On thrombotic softening of the spinal cord as a cause of so-called „acute myelitis“.

W pracy tej autor stara się poprzeć swoje badania z przed 20 laty w kwestji t. zw. „myelitis acuta“ i „poliomyelitis acuta“, twierdząc, że w znacznej większości przypadków tych cierpień przyczyną jest nie zapalenie, lecz zator w niektórych naczyniach rdzenia, i że raczej ma się częściej do czynienia z rozmiękczeniem rdzenia na skutek zakrzepu, aniżeli z prawdziwym zapaleniem. Co się zaś tyczy t. zw. „myelitis chronica“, to takie zapalenie, zdaniem Bastian'a wogóle nie istnieje.

N-r 23. W. HALE WHITE. On the treatment and prognosis of exophthalmic goitre.

Autor przytacza dane statystyczne, dotyczące chorych dotkniętych chorobą Basedowa. Pośród 102 chorych (spostrzeganych w ciągu 20 lat), leczonych nie operacyjnie zmarło 15; nie było poprawy w 5 przypadkach, nieznaczna poprawa w 21 przyp., zupełne wyzdrowienie, lub też znaczna poprawa w 61 przyp. Pośród 11 operowanych chorych—czterech zmarło na skutek operacji (chorzy w wieku od 20 do 30 lat, śmierć następowała zawsze na drugi dzień po operacji). Z pozostałych siedmiu, w jednym przypadku nie było poprawy, w jednym poprawa nieznaczna, w 3-ch poprawa dość znaczna, a dwóch chorych wyzdrowiało (jeden z tych chorych w ciągu 16 lat od czasu operacji był zdrow i dopiero po 16 latach zaczęły znowu występować niektóre objawy choroby).

N-r 24. W. B. WARRINGTON. Note on tuberculous meningitis.

Autor opisuje w krótkości 5 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dorosłych; tylko w jednym z nich była stwierdzona poprzednio gruźlica. We wszystkich tych przypadkach choroba zaczynała się od tego, że w ciągu 3—4-ch pierwszych tygodni występowały ogólne objawy nerwowe (depresja, napady

o charakterze histerycznym); następnie nagle gwałtowna zmiana i po upływie zazwyczaj jednego tygodnia śmierć. Badanie płynu mózgowordzeniowego w przypadkach wątpliwych często ułatwia rozpoznanie.

Oprócz tych pięciu przypadków autor opisuje jeden przypadek — meningo — encephalitis tuberculosae circumscriptae.

J. Handelsman.

F. H. LEWY. Der Deiterssche Kern und das Deitero spinale Bündel. (Prace instytutu dla badania anatomji mózgu w Zurychu, 1910).

Jądro Deitersa uważano przez długi czas za należące do jąder nerwu słuchowego (Roller, Meynert, Dean, Clark, Stieda, Henle), dopiero fakt, stwierdzony przez Monakowa, że zanika ono prawie w zupełności po przecięciu rdzenia, zmusił autorów do wyłączenia jądra tego z bezpośredniej przynależności do nerwu słuchowego. Monakow a później Held stwierdzili, że z jądra tego powstaje pasmo dochodzące do rdzenia.

Jądro Deitersa, mało dotychczas znane, zbadał autor na serjach preparatów otrzymanych z mózgów myszy, psa, kota, królika, barana, konia, cielęcia, małpy i człowieka. Rozpoczyna się ono tuż przed końcem jąder sznurów tylnych, a ciągnie się ku przodowi aż do korzonków części ruchowej n. trójdzielnego. Leży w częściach doogonowych między powstającym ciałem powrózkowatym (corpus restiforme) i środkową szarą substancją. Powyżej układa się ono między ciałem powrózkowatym, jądrem trójkątnym, czyli głównym grzbietowym n. przedsionkowego (n. vestibularis) i prążkami słuchowymi (striae acusticae). Całą tę okolicę charakteryzuje sieć włókien pochodzących częściowo z n. przedsionkowego, częściowo zaś nieznanych z pochodzenia. Ta siatkowata budowa jądra charakteryzuje i część jądra ciągnącą się dalej do przodu. W części tylnej jądra znajdował autor komórki małe, obejmuje też je wszystkie nazwą dolnego małokomórkowego jądra systemu jądra Deitersa. Na wysokości przekroju poprzecznego, na której ciało powrózkowate osiąga swój największy wymiar, występują dopiero komórki bardzo wielkie, które stanowią właściwe jądro Deitersa. Układają się one tuż na powierzchni ciała powrózkowatego w bocznej części całej siateczkowatej masy, dla tego też obejmuje je autor nazwą bocznej części jądra Deitersa. Część komórek tych wsuwa się ku górze między włókna ciała powrózkowatego dochodzące do mózdzku, przyczem, zachowując typową budowę, ulegają spłaszczeniu; komórki te nazywa autor grzbietową częścią jądra Deitersa. W części jądra, leżącej bardziej do przodu od jądra n. odwodzącego, znajdujemy w jądrze Deitersa nowy typ komórek kulistych lub eliptycznych, które zajmują już całe jądro aż do końca jego, tuż po za wejściem części ruchowej

n. trójdzielnego. U człowieka układ jądra Deitersa jest słabo rozwinięty. Przeważają w niem komórki małe, tworzące silnie rozwinięte jądro brzuszne.

Drogę rdzeniową jądra Deitersa zbadał autor na serii preparatów barwionych karminem Granachera. Preparaty pochodziły od królika, b. młodego, którego Monakow poddał operacji, polegającej na połowicznym, jednostronnem przecięciu rdzenia szyjnego. Królik przeżył pół roku. Po stronie operacji jądro Deitersa prawie w całości zanikło. Po stronie nieoperowanej widać pasmo rdzeniowe, z jądra tego odchodzące. Włókna pasma rdzeniowego rozpoczynają się jako pęczki łukowate, zwracające się ku stronie brzusznej, po dojściu do grzbietowej strony jądra nerwu twarzonego zaginają się ku rdzeniowi, poczem przylegają od strony grzbietowo-bocznej do jądra dolnej oliwki. W rdzeniu układają się na powierzchni rogów przednich i bocznych z boku od korzonków przednich.

Komórki, które nie zanikły w jądrze Deitersa strony operowanej, łączy autor z włóknami, dochodzącymi z tego jądra do pęczka podłużnego tylnego, jako też do jąder i kory mózdzku.

A. Bochenek.

#### FOLIA NEUROBIOLOGICA, 1910. Tom IV.

Zes. 2-gi. G. SALA i G. CORTESE. Uber die im Rückenmark nach Ausreissung der Wurzeln eintretenden Erscheinungen.

Doświadczenia polegały na wrywaniu nerwu kulszowego królikom, kotom i psom. Zwierzęta były zabijane po upływie 48 godz. do 2 mies. Odpowiednie części rdzenia badano metodą Cajal'a. Zjawiska odradzania się w szarej substancji rogów przednich oraz w części śródrdzeniowej nerwu były bardzo liczne i różnorodne, przeważnie zaś analogiczne z opisywanymi przez autorów po uszkodzeniach nerwów obwodowych.

Jeżeli włókno osiowe zostało przerwane w pewnej odległości od komórki, można było stwierdzić po pewnym czasie charakterystyczny proces odradzania się jego. Proces ten opisał jeden z autorów (Sala) dla włókien osiowych komórek mózgowych.

Szczególnem bywało zachowanie się samego ciała komórkowego: u młodych kotów, po 2—7 dniach po uszkodzeniu, można było spostrzegać zgrubienie neurofibrill zarówno w niektórych miejscach jak i na całym obwodzie komórki. Neurofibrille zdawały się w tych miejscach występować nieco po za komórkę, tworzyły wskutek swego krętego przebiegu rodzaj sieci, które nieraz otaczały i przytrzymywały przesunięte ku obwodowi jądro danej komórki. Czasem zaś, a to przedewszystkiem w miejscach odchodzenia włókna osiowego lub wypustek protoplazmatycznych,



pojawiało się napęcznienie obwodowych części komórki, przyczem neurofibrille były ścieńczałe.

Zes. 5-ty. J. G. DUSSEY DE BARENNE. Die Wirkung des Strychnins auf die Reflextätigkeit der Intervertebralganglia.

W pracy swej z 1905 r. Baglioni wypowiedział zdanie, że działanie strychniny u rozmaitych zwierząt jest jednakowe, charakteryzuje się elektywnością w stosunku do ośrodkowych narządów czuciowych i polega na wzmożeniu pobudliwości z następczymi skurczami tężcowymi.

Zadaniem autora w pracy niniejszej było sprawdzenie tych danych. Wyszedłszy z założenia, że zwoje rdzeniowe mogą być uważane za istotę szarą układu ośrodkowego o działaniu specyficznem natury czuciowej, postanowił zbadać wpływ strychniny na te zwoje.

Wypreparowywał więc psom w uśpieniu (morfina i chloroform) zwoje, odpowiadające 6 i 7 nn. lędźwiowym, obustronnie i po ustąpieniu działania narkozy badał odnośne odruchy kończyn tylnych przed oraz po nakropleniu strychniny na zwój jednej strony. Ponieważ zmian żadnych w odruchach nie spostrzegł, przyszedł więc do wniosku, że pogląd Baglioni'ego jest mylny.

E. de VRIES. Bemerkungen zur Ontogenie und vergleichenden Anatomie des Claustrums.

Autor przeprowadził obszerne badania nad rozwojem ontogenetycznym przedmurza (Claustrum) u człowieka i anatomoporównawcze na całym szeregu zwierząt.

Z badań jego wynika, że przedmurze daje się odnaleźć u wszystkich niemal ssaków. U wyższych z nich charakteryzuje się ono jako twór samoistny istoty szarej, nie pozostający w łączności z korą (człowiek, goryl, pawjan, słoń, wół, pies i puma) lub też łączący się z nią tylko w obrębie dolnej swej części, w miejscu, gdzie neocortex przechodzi w korę węchową.

U człowieka na żadnym stopniu rozwoju embryologicznego nie można wykazać łączności przedmurza z korą. U kota również przedmurze embryonalne jest oddzielone od kory, do której przylega dopiero u dorosłego zwierzęcia.

Stosunki te są jeszcze prostsze u niższych ssących i jeżeli zgodnie z poglądem nowszej zoologii przyjmie się owadożerne zwierzęta za punkt wyjścia dla oceny rozwoju u ssaków, można stwierdzić, że przedmurze powstaje przez samoistny rozwój najwewnętrzniejszej warstwy kory neocortex, która na zewnętrznej ścianie półkuli graniczy z okolicami węchowemi mózgu (Rhinen-cephalon).

U większości zwierząt znajduje się pomiędzy neocortex i area praepyryformis wyraźna okolica przejściowa, której zewnętrzna

warstwa komórkowa nosi charakter najzewnętrzniejszej warstwy okolicy węchowej ale typem uwarstwowienia należy już do neocortex. Z najzewnętrzniejszej warstwy tej okolicy przejściowej różniczkuje się właśnie przedmurze.

Okolica ta niejednakowo u wszystkich zwierząt rozwinięta, zdaje się zanikać u wyższych ssących, gdzie przedmurze albo wcale albo tylko częściowo się z nią łączy; nie można już bowiem u nich wykazać tego warstwowania, które jeszcze u świnki morskiej jest wyraźne. U nietoperza już nawet zacierają się znamiona okolicy przejściowej. Przez pomnożenie się elementów komórkowych przedmurze może się znacznie powiększyć i przekroczyć granice okolicy przejściowej przez wsunięcie się w okolice węchową lub neocortex. Wrastanie do węchomózgowia spstrzegać się daje niemal u wszystkich niższych ssących, bardzo wybitnie występuje u zwierząt workowatych, podczas gdy u wyższych ssaków jest tylko zaznaczone. Rozrost przedmurza ku dołowi, zwłaszcza zaś jego łączność z korą ulega bardzo wybitnym zmianom u rozmaitych zwierząt. Najprymitywniejsze stosunki spotykamy u kreta, gdzie o samoistnym przedmurzu jeszcze mówić nie można; natomiast u torbaczy przedmurze stoi na bardzo wysokim rtopniu rozwoju i oddzielonem jest od kory za pomocą dość wyraźnej listewki istoty białej (Marklamelle).

U prymatów, gdzie okolica węchowa znajduje się w stanie zaniku, przedmurze ma kształt wydłużony, wstążkowaty, ponieważ zostaje pociągnięte ku dołowi wskutek zachowanej łączności z korą bruzdy węchowej (sulcus shinalis); koniec zaś jego górny leży jeszcze dość wysoko. Ponieważ zaś u człowieka i pawjana niema wcale łączności pomiędzy przedmurzem a korą, pozostaje ono przeto mniej dośrodkowo przesunięte.

W istocie białej okolicy węchowej znajdują się często jądra istoty szarej niewiadomego pochodzenia, które zostały dokładnie opisane przez Völsch'a u jeża i myszy. Od czasów zaś Calleja znane są t. z. wysepki węchowe, które powstały z kory wzgórka węchowego (Tuberculum olfactorium) przez odsznurowanie. Autor rzuca więc pytanie, czy podział przedmurza na wysepki, jak to spotykał u słonia, nie wskazuje na analogiczny proces oraz czy nie można byłoby przypuścić, że całe przedmurze w ten sam sposób przez odsznurowanie powstało.

Zes. 6-ty. G. BIONDI. Primäre Degenerationen der Nervenfasern des Gehirns und des Rückenmarkes nach einigen experimentellen Vergiftungen.

Po wstępie, w którym autor przypomina i omawia przyczyny i cechy charakteryzujące zwyrodnienie pierwotne i wtórne, przystępuje do opisu własnych badań, które polegały na zatrucaniu zwierząt (psów), za pomocą alkoholu lub bromku potasu. Wyniki B. opierają się na 10 doświadczeniach, dokładnie opisa-

nych w pracy. Bromek potasu podawany był per os, alkohol w silnym rozcieńczeniu wstrzykiwany podskórnie. Sekcje były robione w 3—4 godz. po zgonie.

Przy wykazywaniu zwyrodnień pierwotnych duże usługi oddała autorowi metoda Donaggio'ego ogłoszona w 1904 r.

Okazało się, że alkohol i bromek potasu wywołują mniej więcej jednakowe zmiany. Wcześniej i w silnym stopniu zostają uszkodzone włókna ciała trapezowego (corp. trapezoid.), spoidła wielkiego półkul (corp. callosum), wstęgi bocznej (lemniscus laterel.), oraz drogi czuciowe i ruchowe w rdzeniu,

Alkohol zdaje się wywoływać mniej wybitne zmiany niż bromek potasu.

S. Jeleńska-Macieszyna.

#### DEUT. MEDIC. WOCHENSCHR. 1910.

N-r 14. Prof. P. KRAUSE. Zur Aetiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung.

Autor, omówiwszy w zarysie piśmiennictwo przedmiotu, podaje dodatnie wyniki własnych badań nad szczepieniem zarazka ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia królikom i przeszczepianiem tego cierpienia z jednego królika na drugi. Dla celów badań doświadczalnych nadają się, zdaniem autora, nietylko wyciągi i emulsje z rdzenia i mózgu, wątroby, śledziony i wogóle narządów mięsnych dzieci zmarłych, lecz i materiał żywy—krew, płyn mózgowo-rdzeniowy; ta ostatnia okoliczność pozwoli, być może, rozpoznawać nietypowe przypadki dziecięcego porażenia. Zarazek jego zaliczyć należy do jądów, dających się przesączyć i nierozpuszczających się w glicerynie, po za tem posiada dużą wytrzymałość na zimno i wysychanie. Badania Krause'go nie zdołały jednak wykryć jakiegokolwiek postaci drobnoustroju, któryby uznać można było za zarazek dziecięcego porażenia.

Szczepić cierpienie można królikom i małpom, wprowadzając jad do otrzewny, do żył, pod oponę twardą i pod skórę; Flexuez i Lewis otrzymywali dodatnie wyniki szczepienia, podając w pokarmach małpom rdzeń i mózg dzieci zmarłych z powodu ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia. Badania Krause'go zgadzają się naogół z odpowiednimi spostrzeżeniami innych badaczy. Ujemne wyniki niektórych autorów Krause tłumaczy prawdopodobnymi brakami szczepionek, złym lub jednostronnym wyborem miejsca szczepienia (tylko pod oponę twardą), niedostateczną ilością wprowadzonej trucizny, a nadewszystko nieodpowiednim wyborem rasy królików, niektóre bowiem, jak holenderska, rosyjska, francuska i srebrzyste króliki nie nadają się zupełnie do badań; toż samo da się powiedzieć o królikach, które ważą więcej niż 1000 gr.



N-r 15. E. MEINICKE. Experimentelle Untersuchungen über akute epidemische Kinderlähmung.

Podane liczne spostrzeżenia nad szczepieniem jadu ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia małpom i królikom. Wskazane piśmiennictwo przedmiotu.

A. WULFF. Vergleichende Untersuchungen über Wassermansche Reaction, Lymphocytoze und Globulinreaction bei Erkrankungen des Nervensystems.

Badania autora potwierdzają naogół znane fakty. Ze szczegółów podkreślić należy, że pośród 9-iu przypadków kiły mózgowo-rdzeniowej, w dwóch Wulff wykrył w płynie mózgowo-rdzeniowym odczyn dodatni Wassermana. Spostrzeżenie to potwierdza mniemanie Apelt'a, Nonne'go, Plaut'a, Knoblauch'a i innych, że w kile mózgowej odczyn Wassermana z płynu mózgowo-rdzeniowego nie zawsze wypada ujemnie.

N-r 16. E. ROMBERG. Ueber Wesen und Behandlung der Hysterie.

Źródłem i tłem głównym histerji są, zdaniem autora, wrodzone patologiczne przeszkody w tworzeniu się skojarzeń. Z jednej bowiem strony skojarzenia już powstałe, spójne ze sobą, z łatwością się rozpadają, gdy z drugiej współczynne działanie mniejszej lub większej liczby skojarzeń ulega przerwie na czas dłuższy lub krótszy. Omawiając środki lecznicze i postępowanie, autor ostrzega przed nieogłędnem stosowaniem metody psychoanalitycznej Freuda w każdym poszczególnym przypadku histerji, przed doszukiwaniem się zawsze, jako jedyne go momentu wywołującego cierpienie, sennych marzeń erotycznych. Skłanianie do spowiedzi z najgłębszych tajemnic duszy, a szczególnie w jednym tylko kierunku przeżyć płciowych, może raczej pogorszyć stan zdrowia chorego i wywołać skutek niepożądany.

(Zrozumieć trudno, dlaczego autor uważa szkodę takiego jednostronnego rozbioru psychicznego szczególnie dla stosunków niemieckich.—przyp. sprawoz.).

N-r 18. C. BEHR. Ueber Hemianopsie.

Praca przedstawia treściwy a pouczający wykład o różnych postaciach niedowidzenia połowiczego, o warunkach ich powstania i znaczeniu rozpoznawczem. Wskazawszy najważniejsze szczegóły anatomiczne w układzie i przebiegu dróg wzrokowych, autor zwraca główną uwagę na rozpoznanie różniczkowe między niedowidzeniem połowiczem jednoimiennem, spowodowanem przez uszkodzenie pasma wzrokowego (tractus), a niedow. połowicz., wywołanem przez porażenie dróg wzrokowych w samym mózgo-

wiu (t. j. od kory do końca pasma wzrokowego, gdzie się odłączają i zbaczają ku corp. genicul. laterale włókna, zmierzające do ośrodków ruchowych śródmózgowia). Tak więc porażenie pasma wzrokowego jednej strony, prócz niedowidzenia połowiczego jednoimiennego, cechować będą: 1) połowiczna nieruchomość źrenicy (Wilbrand-Wernicke); 2) połowiczny brak nieświadomych ruchów, ustawiających gałkę oczną (badanie przy pomocy pryzmatu według Wilbranda); 3) w przebiegu dalszym cierpienia obustronne zanikowe zblednięcie brodawek (większe po stronie, odpowiadającej połowiczemu niedowidzeniu), czego prawie nigdy niema przy wewnątrzmożgowem uszkodzeniu dróg wzrokowych; 4) różnica w szerokości szpary ocznej na korzyść tej strony, która odpowiada jednoimiennemu połowiczemu zaniewidzeniu, wreszcie 5) gdy istnieje względne połowicz. niedowidz., t. j. gdy zanikła tylko zdolność rozpoznawania barw, autor spostrzegł b. osłabioną reakcję źrenic na przystowanie. Wszystkie wskazane w pp. 1, 2, 3 i 4-ym objawy występują wtedy, gdy istnieje zupełne uszkodzenie pasma wzrokowego. W rzeczywistości jednak uszkodzenie bywa zazwyczaj częściowe, wtedy niedowidz. połowicze jest albo względne, albo zupełne, gdy cała połowa ucierpiała, lub niezupełne, gdy część tylko w postaci sektora lub ćwiartki. Dlatego też, określając charakter niedowidz. połowiczego, należy zawsze prócz nazwy strony zaznaczyć jeszcze, czy jest ono absolutne, czy też względne lub zupełne.

N-r 19. J. HEVESI. Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenem Gliederstarre (Littlesche Krankheit) mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln (Foersterische Operation).

Po krótkim omówieniu podstaw fizjologicznych zabiegu Foerstera autor podaje szczegółowy opis przypadku choroby Littla (11-letnia dziewcz.) z ciężkimi objawami porażenia poprzecznego (parapleg. spast.), przykurczeniami i t. d. Po wykonaniu radiotomji (1909 r.) objawy kurczowe znacznie osłabły, już bezpośrednio bowiem po operacji ustąpiło niezwykle wzmoczone napięcie mięśniowe; objaw Babińskiego i prawostronny objaw rzepkowy pozostały jednak do końca pobytu chorej w klinice. O ile nie stały na przeszkodzie przykurczenia, zaczęto i ruchy bierne wykonywać bez oporu i prawie do wymiarów normalnych. Chora na żądanie zginała kolana i stawy skokowe, czego przed operacją robić nie mogła. W 7-ym tygodniu po operacji zaczęto stosować gimnastykę; pozwoliło to chorej o własnej sile wstawać, siadać i t. p.; po 7-iu tygodniach chora zaczęła robić pierwsze kroki. Inne zabiegi ortopedyczne, jak układanie chorej na noc w gips, miały na celu zmniejszenie przykurczeń i zniekształceń. Ze szczegółów technicznych podkreślmy, że wykonano operację

w uśpieniu eterowem (chloroform dodawano kroplami jedynie w chwilach niepokoju chorej). Główny zabieg wykonano w jednym tempie, choć Foerster, Chipault radzą, po odsłonięciu opony twardej, zakończyć operację następnego dnia; przecięciu uległy 2-gi, 3-ci, 5-ty korzenie lędźwiowe i 2-gi krzyżowy z lewej strony, z prawej zaś strony 2-gi, 4-ty lędźwiowe i 1-szy krzyżowy. Do następnego dnia pozostawiono jedynie zszycie opony twardej, złączenie mięśni i t. d. Znieczulenia lub bezładu po operacji nie spostrzeżono.

K. BIRNBAUM. Ueber psychische Ursachen geistiger Störungen.

Możliwość powstania choroby umysłowej jedynie pod wpływem mniejszego lub większego urazu psychicznego należy, jak sądzi autor, uznać za słuszne dla pewnej tylko grupy chorych umysłowych. Zaliczyć do niej trzeba ludzi ze szczególnie wrażliwym, chwiejnym zdrowiem psychicznym, a zwłaszcza jednostki dziedzicznie obciążone. Cierpienia, którym osobniki takie ulegają, tworzą właśnie te postaci zбочenia umysłowego, które wogóle, często bez wszelkich widocznych bodźców psychicznych, powstają na tle zwyrodnienia.

N-r 20. K. POLLACK. Zur Hirnpunktion.

Autor opisuje niezwykle dodatnie wyniki stosowania przekłucia mózgowego (Neisser) w celach rozpoznawczych i leczniczych; jest stronnikiem zachowania i posiłkowania się metodą operacyjną i narzędziami, których wyjątkową użyteczność stwierdziło doświadczenie Neissera i własne spostrzeżenia autora (wskazane piśmiennictwo). Szczególne znaczenie rozpoznawcze ma przekłucie mózgowie w przypadkach wodogłównia wewnętrznego, co potwierdzają trzy krótkie historie choroby. Niemniej doniosłem jest wykorzystanie przekłucia mózgowego, gdy idzie o wykrucie ograniczonych spraw zapalnych w oponach (z wtórnym nagromadzeniem surowiczego wysięku), następnie torbieli oponowych, zewnątrz i wewnątrzoponowych guzów krwawych oraz ropni. Szereg opisów klinicznych świadczy o słuszności zdania autora.

N-r 21. KUCHENDORF. Zwei Fälle von Basedowscher Krankheit durch Röntgenstrahlen sehr günstig beeinflusst.

Autor stosował promienie Roentgena w dwóch przypadkach choroby Basedowa. W jednym, dzięki zabiegowi, przyspieszono znacznie gojenie się rany, powstałej po uprzednim częściowym usunięciu wola. Prócz nasświetlania gruczołu tarczowego autor w przypadku drugim poddawał działaniu promieni również i oko-



licę serca, co wpłynęło na szybkie ujednostajnienie wzmożonego dotąd działania jego.

#### F. LOTS. Zur Therapie der Kongestion.

W pracy tej omówione zostały warunki fizjologiczne i patologiczne, sprzyjające powstawaniu t. zw. uderzenia krwi do mózgu — *Hyperämia cerebri chronica activa* — oraz zabiegi, które na zmniejszenie tego cierpienia wpływać mogą. Autor od szeregu lat stosował w zakładzie i zalecał systematyczne rozcieranie suchym szorstkim ręcznikiem; po za tem chory kilka razy dziennie po pół godziny przechadzał się boso po powierzchni, pokrytej zagrzany m małym miałem żwirowym (*Kieslaufen*). Liczne badania pletysmograficzne, wykonane w pracowni doświadczalnej Biswanger'a, ustaliły wpływ dodatni tych dwóch zabiegów na odprowadzanie nadmiaru krwi z mózgu i podniesienie napięcia, względnie sprężystości ścianek naczyń mózgowych.

#### N-r 22. W. ALEXANDER. Ueber das „Beinphänomen“ bei Tetanie.

Autor w dwóch przypadkach typowej tężyczki u dorosłych obserwował t. zw. „Beinphänomen” Schlesingera. Objaw ten polega na tem, że, gdy wyprostowaną kończynę dolną zgiąć do 90° (mniej więcej) w stawie biodrowym, to już po dwóch minutach występuje skurcz mięśni prostujących kolano wraz z jednoczesnem wybitnem odwracaniem na zewnątrz stopy. Objaw ten występuje również, gdy chory usiłuje usiąść na posłaniu, mając wyprostowane nogi lub gdy, stanawszy na wyprostowanych kończynach, pochyli następnie tułów do poziomu. Autor potrafił również z łatwością wywołać objaw Schlesingera przez ucisk na nerw kulszowy w głębi między guzem kości kulszowej (tub. ischii) i krętarzem wielkim; powstaniu objawu tego nie towarzyszyły ani zmiany w tętnie naczyń ani jakiegokolwiek inne objawy naczyniowe. To też autor podziela zdanie tych, którzy objaw Schlesingera, jak również i objaw Trousseau, uważają za wynik jedynie mechanicznego podrażnienia nerwu bez udziału wpływu naczyń. Ze się rzecz tak ma, stwierdziły badania doświadczalne Frankl-Hochwarta na zwierzętach. Objawu Schlesingera autor wywołać nie zdołał u dwóch osesków z tężyczką; brak jego tłumaczyć sobie należy, być może, normalnym bardzo słabym napięciem mięśni, dzięki czemu przy zginaniu kończyny w stawie biodrowym występuje brak dostatecznie silnego podrażnienia mechanicznego nerwu kulszowego, by odruchowo skurcz wywołać.

#### A. FICKLER. Atropinwahnsinn bei einem Asthmastiker.

Praca przedstawia opis ostrego obłądu z omami (ac. halluc.

paranoia), spowodowanego przez nadużycie atropiny, stosowanej przez lekarza przeciw dusznicy oskrzelowej. Pacjent otrzymał 0,098 atrop. w ciągu 6-iu tygodni z małemi przerwami. Gdy po raz 3-ci zjawił się po poradę, zdradzał już pierwsze objawy zatrucia; lekarz jednak wznowił przepis swój i kazał nawet zwiększyć o jedną pigułkę dawkę dzienną atropiny. Powstanie obłądu wyprzedził szereg objawów ogólnych: suchość w jamie ustnej, utrudnione polykanie, brak łaknienia, wymioty, zaparcia, osłabienie wzroku, rozszerzenie nadmierne źrenic, brak odczynu na światło, osłabienie tętna. Po dwóch dniach niezwyklego podniecenia wystąpiły nagle omamy w dziedzinie wszystkich zmysłów, a następnie niepokój, trwoga i urojenia; chory przedstawiał objawy jak przy zatruciu wyskokiem. Po 8-iu dniach omamy wzrokowe zniknąć zaczęły; pozostałe trwały dłużej; ustępując stopniowo, ku końcowi 11-go tygodnia znikły również zupełnie. Chory wyzdrowiał.

Julj. Rot.

#### MUNCHEN. MEDIC. WOCHENS. 1910.

Nr 47. PROF. ERB. Zur Klinik des intermittierenden Hinkens.

W pracy tej Erb jeszcze raz zaznacza jak wybitny wpływ na powstawanie chromania przestankowego wywiera nadużywanie nikotyny. Na 50 chorych, dotkniętych tem cierpieniem, których Erb w ostatnich czasach badał, 21 umiarkowanie paliło lub też nie paliło zupełnie, co stanowi — 42%; palących znaczniejsze ilości tytoniu było 22 t. j. 44% i niezwykle nadużywających 7 t. j. 14%, czyli ogółem 58% silnych palaczy. Dla porównania Erb w tymże czasie notował u wszystkich swoich ambulatoryjnych pacjentów odsetkę palących i znalazł (około 300 przypadków): umiarkowanie palących—77,5% (przy chrom. przest. 42%) b. dużo palących — 22,5% (przy chrom. 58%), a więc różnica bardzo wybitna. U 26% swoich chorych, dotkniętych chroman. przest., Erb uważa nadużycie nikotyną za jedyną przyczynę powstania tego cierpienia. Z innych przyczynowych momentów szczególnie zaznacza się silne przeziębienie. Erb zwraca jeszcze uwagę, że na 14 nadzwyczajnych palaczy, których wykrył wśród tych pacjentów, którzy badani byli w celach porównawczych, u 12 znalazł ogólne stwardnienie tętnic. W jednym przypadku chromania przest. nie można było wyczuć tętna na tętnicy biodrowej prawej, przez słuchawkę zaś, postawioną na tej tętnicy, wyraźnie słyhać było szmer skurczowy, na lewej tętno i szmer były bardzo silne.

W 6 przypadkach Erb wyraźnie stwierdził apokamnozę

Goldflama, zaznacza przytem, że nie miał jeszcze możności zbadania tego objawu u chorych, dotkniętych innemi cierpieniami nerwowemi.

C. GARRÉ. Zur Aetiologie des recidivirenden Gelenkhydrops der Gelenkneuralgie.

Nie tak rzadko, jak to zwykle przyjęto mniemać, umiejscawia się ostre zapalenie szpiku kostnego (osteomyelitis) w stawowych częściach kości, wskutek czego i staw ulega cierpieniu. Prócz ostrych ropnych form spostrzegamy podostre, które do ropienia nie doprowadzają, a wskutek powikłań sąsiedniego stawu objawy zapalenia szpiku kostnego usuwają się na plan dalszy, obraz zaś chorobowy przedstawia się pod postacią okresowego wysięku resp. nerwobólu stawowego. W pracy tej autor przytacza 3 własne spostrzeżenia. Jedno z nich miało przebieg następujący: 20 letni robotnik w listopadzie 1906 r. uderzył się w prawe kolano z wewnętrznej strony, uderzenie było nie zbyt silne; pracował dalej. Wieczorem poczuł bóle i dreszcze; następnego dnia obrzmienie kolana; po kilku dniach leczenia obrzmienie i bóle znikły. Przy robocie od czasu do czasu klucie w kolanie. 1907 r. późną jesienią tak silne bóle przy pracy w stojącej pozycji, że chory 6 tygodni leczył się. Prawie co 8 — 14 dni bóle nie pozwalały mu pracować, niekiedy kolano obrzmiewało. Pod wpływem okładów i spokoju następowała poprawa. W kwietniu 1909 r. wystąpiły objawy zapalenia okostny na guzowatości piszczeli o 5 ctm. poniżej stawu kolanowego. Röntgen wykazał na głębokości 3 ctm. od powierzchni, a na 1 ctm. poniżej stawu cień wielkości grochu. W maju 1910 r. operacja (do tego czasu trwały wyżej opisane objawy), która wykryła pod zgrubiałą okostną przetokę, idącą do jamy wielkości grochu, wypełnionej ziarniną — żadnego sekwestru. Badanie wykazało gronkowce. Jama została wyłyczekowana, wypełniona plombą jodoformową; rana zagojona per primam. Zupełne wyleczenie.

W drugim przypadku, zupełnie podobnym do powyżej opisanego, operacja wykryła także ognisko ziarninowe w kości (gronkowce); po operacji zupełne wyleczenie. W 3-im przypadku opatrunek Hessing'a, noszony w ciągu paru lat, doprowadził też do zupełnego wyleczenia. Dla wyświetlenia rozpoznania konieczną jest dobra fotografia roentgenowska.

CASSIRER und PROF. SCHMIEDEN. Ueber eine durch Operation geheilte Zyste des Kleinhirns.

Autorzy podają bardzo interesujący przypadek: 23 letnia kobieta, dotychczas zdrowa, więcej niż przed rokiem została uderzona pasem od maszyny w głowę, wskutek czego nastąpiła utrata



przytomności i krwotok z nosa. Od tego czasu bóle głowy. Od 4 — 5 tygodni ogólne osłabienie, wymioty po jedzeniu, zawrót głowy, seaność, sztywność głowy i stopniowo zwiększające się osłabienie wzroku; stwierdzono wtedy brak podniesienia ciepłoty, brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa. Silne bóle głowy chora umiejscawiała w okolicy prawej kości ciemieniowej. W ostatnich dniach objawy powyższe tak się wzmogły, że nie mogła się podnieść z łóżka. Przy badaniu w klinice berlińskiej chirurgicznej znaleziono stan następujący: pamięć, inteligencja bez zmian; najmniejszy ruch głową wywołuje silny ból, zawrót, bardzo silne przyspieszenie tętna, poczerwienienie twarzy i wymioty. Ucisk prawej kości ciemieniowej ma być bolesny, lecz nie bardzo; źrenice rozszerzone, dobrze oddziałują na światło i przystosowanie; przy spojrzeniu w lewo lekkie osłabienie mięśni ocznych; przy patrzeniu w obie strony drżenie gałek ocznych; obustronna brodawka zastoinowa. Czucie zachowane na twarzy w zupełności; odruch z rogówki normalny. Po paru dniach wystąpiło całkowite porażenie lewego nerwu twarzowego; żadnego porażenia kończyn; wyraźne osłabienie napięcia mięśniowego (hypotonia) wszystkich kończyn; brak odruchów ścięgowych; brak bezładu w pozycji leżącej; przy próbie chodzenia i stania chora, podtrzymywana z obu stron, wykazuje obraz asynergii cerebelleuse (Babiński).

Opierając się na powyższych objawach rozpoznano nowotwór środkowej części mózdzku; ze względu na dość szybki rozwój objawów ogniskowych przypuszczano torbiel; po części i urazowe pochodzenie cierpienia przemawiało za tem rozpoznaniem.

Operacja w zupełności potwierdziła rozpoznanie: znaleziono torbiel, którą opróżniono, następnie pozostawiono dren na 5 dni i ranę zaszyto. Przebieg pooperacyjny doskonały. Po 5 tygodniach chora wypisała się ze szpitala w dobrym stanie zdrowia; objawy stopniowo ustępowały. Badanie po 5 kwartałach wykazało stan chorej doskonały.

Nr 48. STÖSSNER. Ein Fall Myxödem im Anschlus an Gravidität. Relative Heilung.

30 letnia kobieta, nie obciążona dziedzicznie, poprzednio zawsze zdrowa, mająca 4 zdrowych dzieci, po ostatnim porodzie, który odbył się prawidłowo przed 5 laty, zaczęła zdradzać objawy stopniowo rozwijającego się obrzęku śluzowego. Autor przy badaniu 24.XII 1906 r. znalazł wszystkie typowe objawy obrzęku śluzowego; chorej zwłaszcza dokuczało osłabienie pamięci. Zastosowano kołaczki z gruczołu tarczowego firmy Freunda i Redlicha à 0,10, z początku 1 do 3 dziennie, potem stopniowo zwiększano dawkę do 3 razy dziennie po 0,30. Już 17.1.1907 r.

nastąpiła wybitna poprawa. 12.IV.07. znaleziono zupełnie normalną czynność układu nerwowego, miesiączkowanie normalne; włosy, paznokcie, jak przed zachorowaniem.

Polecono chorej przyjmować thyroidyne raz dziennie po 0,05, co też chora czyniła w ciągu 2 lat i przytem doskonale się czuła. Następnie chora dostała jakiś inny preparat gruczołu tarczowego i nastąpił nawrót objawów obrzęku śluzowego; zalecono wtedy 3 razy dziennie po 0,10 dawnego preparatu i znowu chora zupełnie wyzdrowiała. Ostatnie badanie w czerwcu 1909 r. wykazało stan zdrowia chorej doskonały przy stałej dawce dziennej 0,10 thyroidyne.

#### UIBELEISEN. Beitrag zur Behandlung der Ataxien.

U chorych, dotkniętych wiadem rdzenia, u których bezład dolnych kończyn występuje w tak silnym stopniu, iż chorzy nie mogą ani stać ani chodzić, zwykle rozpoczynamy ćwiczenia w pozycji leżącej, następnie zaś przechodzimy do ćwiczeń w pozycji stojącej. Autor, opierając się na spostrzeżeniu, że chorzy tacy w wodzie lepiej utrzymują równowagę, zbudował do ćwiczeń specjalną kąpiel, mianowicie basen 4½ metra długi, 1,20 m. głęboki i 0,68 szeroki; naokoło urządzono poręczę do trzymania i schodki do odpoczynku. Woda ma c. 32°C.; chorzy rozpoczynają ćwiczenia, mając wodę na dłoń powyżej pępka; w miarę poprawy bezładu obniżamy poziom wody. Podczas i tych ćwiczeń należy unikać przemęczenia. Wogóle autor zadowolniony jest z wyników przy tego rodzaju ćwiczeniach.

#### N-r 50. ERBEN. Facialislähmung bei Nahrungsmittelvergiftungen.

Autor przytacza przypadek, opisany przez Strauss'a, zatrucia wskutek spożycia sardynek w oliwie z pudełka, które pewien czas przed spożyciem było otwarte. W przypadku tym spostrzegano, prócz innych objawów zatrucia, porażenie n. twarzowego z początku po jednej stronie a potem i po stronie drugiej. Zdaniem Strauss'a, porażenia nerwu twarzowego nigdy nie spostrzegano po zatruciu produktami spożywczymi. Erben, powołując się na liczne opisy w piśmiennictwie, zwraca uwagę, że porażenie nerwu twarzowego w przypadkach otrucia kiełbasianego przytrafia się bardzo rzadko, po spożyciu zaś zepsutych ryb znacznie częściej. Kwestja, czy w tych przypadkach mamy do czynienia z porażeniem obwodowym czy ośrodkowym, dotychczas pozostaje nierozstrzygniętą.

#### N-r 51. PROF. BUMKE. Ueber die Pupillenstörungen bei der Dementia praecox.

Przed 7 laty autor ogłosił jako objaw charakterystyczny dla otępienia wczesnego brak odruchu psychicznego, niepokoju źrenic (Pupillenunruhe) i odruchowego rozszerzenia źrenicy na światło. W obecnej pracy Bumke krytycznie analizuje wyniki, do jakich doszli inni badacze (Weiler, Huebner, Sioli, Wassermeyer), którzy znajdowali objaw Bumke'go u 40% do 92% chorych na otępienie wczesne, i dochodzi do ostatecznego wniosku, że objaw ten jest patognomicznym dla otępienia wczesnego; gdy raz wystąpi trwa stale; spostrzegamy go często we wczesnych okresach cierpienia, więcej zaś niż w połowie przypadków na wysokości rozwoju choroby i prawie nigdy nie brak go u zupełnie otępiałych chorych, przyczem rozszerzanie się źrenicy na podrażnienia czuciowe później zanika, aniżeli niepokój źrenicy i odruch psychiczny. Rozpoznawcze znaczenie tego objawu polega na tem, że po za wczesnem otępieniem spotkać go jeszcze możemy tylko przy cierpieniach, uwarunkowanych przez organiczne zmiany w mózgu, nigdy zaś u zdrowych, przy psychozie maniakalno-depresyjnej lub innych czynnościowych chorobach psychicznych.

K. Stróżewski.

ARCHIV f. PSYCH. u. NERVENKR. 1910 T. 47. Z. 2-gi.

P. WEBER. Blutdruckmessungen bei Kranken mit Manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox.

Autor podaje wyniki mierzenia ciśnienia krwi u chorych na psychozę maniakalno-depresyjną i otępienie wczesne. Otępienie wczesne na ogół charakteryzują: mała częstość i niskie ciśnienie tętna, niskie ciśnienie rozkurczowe, nieznaczne napięcie układu naczyniowego, nieznaczna praca serca. W pewnej części przypadków pomiary wykazywały spadek niżej normalnej granicy. Tylko w bardzo małej części chorych znajdowały się zmiany w ciśnieniu krwi jak u maniakalno-depresyjnych.

Psychozę maniakalno-depresyjną naogół charakteryzują: zwiększona praca serca, częstość i wielkość uderzeń tętna oraz napięcie układu naczyniowego większe, ciśnienie rozkurczowe a w wyższym stopniu skurczowe wzmożone, dopływ krwi do narządów bogatszy. Spadek niżej normy nie był spostrzegany.

Różnice więc pomiędzy otępieniem wczesnem a psychozą maniakalno-depresyjną są istotne. Możliwość sądzić, iż ta różnica zależy od wieku lub że może wyższe cyfry u maniakalno-depresyjnych są w związku ze zwapnieniem naczyń starszego wieku. Tymczasem właśnie chorzy młodzi, u których zwapnienie naczyń było wyłączone, wskazywali największe ciśnienie. Możliwość



również przypuścić, że silny niepokój ruchowy wpływa na wzmożenie ciśnienia, jednak zwraca uwagę fakt, że w pewnej części chorych niespokojnych ciśnienie albo niewiele albo wcale nie jest zwiększone. Z drugiej strony chorzy depresyjni, bez ruchowego podniecenia, mają wysoko podniesione ciśnienie. Przyczyny tych zmian musimy szukać w stronie uczuciowej chorego. Żywe wzruszenia: lęk, przestrasz, gniew podnoszą napięcie naczyń i mogą, prawdopodobnie drogą nerwów przyspieszających, wywoływać wzmożoną pracę sercową. I tutaj mamy istotne różnice kliniczne w obu psychozach: obłąkaniu maniakalno-depresyjnym i otępieniu wczesnym.

Co do chorych depresyjnych i maniakalnych zwiększenie ciśnienia jest tego samego rodzaju u jednych i drugich, tylko u melancholików w wyższym stopniu. Da się to wytłomaczyć stanem uczuciowym chorych. Wyższe napięcie u melancholików ma za podstawę wzruszenie. Trzeba naturalnie mieć na uwadze, że przebieg choroby rzadko bywa czysto maniakalny lub czysto melancholijny, ale że objawy się łączą. Podobne zachowanie się ciśnienia krwi jest tylko wyrazem ścisłej przynależności obu postaci obłąkania maniakalno-depresyjnego.

**KARL PETREN.** Ueber die Bahnen der Sensibilität im Rückenmarke, besonders nach den Fällen von Stichverletzung studiert.

Badanie dróg czuciowych u człowieka może być przeprowadzone tylko drogą spostrzeżeń na samym człowieku, a nie drogą doświadczalną na zwierzętach. Za najlepszą metodę badania autor uważa analizę przypadków klinicznych i przypomina, że pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie ran ciętych rdzenia dla badania dróg czuciowych.

Autor zestawiał 93 przypadki ran ciętych rdzenia opisanych przez różnych autorów. Analiza tych przypadków doprowadziła autora do następujących wniosków:

Drogi czucia bólowego i cieplikowego przebiegają w skrzyżowanych słupach bocznych w ich części pobocznej. Czucie dotykowe rozporządza 2 drogami: jedna idzie w nieskrzyżowanym słupie tylnym; druga w skrzyżowanych słupach bocznych, prawdopodobnie tam, gdzie i inne drogi czuciowe skóry (ból i cieplikowe). Te dwie drogi czucia dotykowego mogą się zastępować tak, że wypadnięcie jednej naogół żadnego widocznego zaburzenia w zmysle dotyku nie spowoduje. Ten pogląd autora nie zgadza się z Rothmann'em, który utrzymuje, iż drogi czucia dotykowego należy umiejscowić w słupie przednim. Czucie mięśniowe rozporządza 2 drogami; obie są one nieskrzyżowane, mianowicie jedna w słupie tylnym, druga w mózdkowym; obie drogi mogą się wzajemnie zastępować: uszkodzenie jednej nie spro-

wadza zaburzeń czucia mięśniowego. Te wyniki autora zdają się przyczyniać do wyjaśnienia takich przypadków, gdzie jednostronne zachorowanie mózdzku często jest związane z jednostronnym bezładem. Autor jest w sprzeczności z poglądem Rothmann'a, że przewodniki zmysłu mięśniowego idą w słupach przednich.

ANT. HEVEROCH. Zur Theorie der Halluzinationen.

Nowsze przyczynki do teorii omamów, a zwłaszcza praca Goldsteina, zniewala autora do wypowiedzenia z punktu widzenia psychologicznego następujących uwag w tej sprawie:

1. Postrzeżenie i wyobrażenie są, ilościowo nie dające się porównać, dwa stany psychologiczne zupełnie różne, z których każdy posiada swój własny charakter psychologiczny.

2. W normalnym umyśle „kojarzenie” odbywa się od postrzeżenia lub wyobrażenia tylko do wyobrażenia.

3. W stanach psychopatologicznych kojarzenie oprócz tego odbywa się jeszcze w innym porządku: od postrzeżenia lub wyobrażenia do postrzeżenia.

4. W normalnym umyśle wszystkie sprawy psychiczne posiadają dla osobnika świadomość przynależności do własnej osobowości, do swego ja.

5. Podsunięte obce (unterschobene, allogene) — „autochtonne” Wernicke'go — idee są to idee lub wyobrażenia, które powstają w świadomości chorego bez udziału woli lub przeciw woli, przyczem chory niema świadomości tej czynności wyobrażeniowej.

6. W omamach kojarzenie odbywa się od idei (wyobrażenia) do postrzeżenia i temu kojarzeniu brak świadomości swego ja.

7. Każde postrzeżenie (z wyjątkiem tych, które są wywołane w naszej świadomości przez świadomą czynność psychiczną) łączy się z przeświadczeniem rzeczywistości, przedmiotowości. Dlatego dla chorego omamy wydają się rzeczywiste, przedmiotowe, prawdziwe.

8. Nie mamy pojęcia, jakie psychologiczne sprawy składają się na właściwy psychologiczny charakter postrzeżenia i wyobrażenia, nie wiemy dlaczego kojarzenie odbywa się w tym porządku ani z jakiego powodu porządek ten bywa odwrócony, ani dlaczego w pewnych poszczególnych sprawach świadomość swego ja się zatracza.

Wiemy, że cała sprawa omamów rozwija się w samym umyśle (po za korą). Objaśnienie omamów przez podrażnienie lub przeczulenie ośrodków zmysłowych opiera się, zdaniem autora, na psychologicznie błędnem przypuszczeniu, jest zasadniczo błędne i nie może wyjaśnić tych subtelnych psychicznych zaburzeń.

FROTSCHER. Ein Beitrag zum Krankheitsbild der Chorea chronica progressiva.

Opis 3 przypadków. Dwa pierwsze dotyczą dwóch braci dziedzicznie obarczonych ze strony matki, która w późnym wieku cierpiała na płasawicę. W trzecim przypadku dziedziczność nie mogła być ustalona; płasawica rozwinęła się wkrótce po ciężkim urazie głowy. Wśród objawów zwraca uwagę w przypadku 2-im szybko postępujące otępienie przy względnie małym natężeniu ruchów płasawicznych; w przypadku 3-im odwrotnie: nieznaczne otępienie, a bardzo silne ruchy. Oględziny pośmierne 1-go przypadku dały we wszystkich częściach mózgu wynik ujemny (makroskopowo). Nowsze badania zresztą zdają się wskazywać, iż sprawa chorobowa polega tu na zwyrodnieniu komórek zwojowych kory mózgowej.

ELMIGER. Beitrag zur pathologischen Anatomie hochgradiger Myosis mit Pupillenstarre.

Autor opisuje przypadek otępienia prześladowczego powikłanego władem rdzenia. U chorego, w przeciągu blisko 20 lat, źrenice były zwężone w wysokim stopniu i nieruchome. Nieruchomość źrenic dawała się wytłomaczyć zwyrodnieniem słupów tylnych rdzenia, stwierdzonem na oględzinach pośmiertnych. Wyjaśnienie zwężenia źrenic znalazł autor przy pomocy zbadania drobnowidzowego nerwu okoruchowego. Na przekroju poprzecznym nerwu okoruchowego znalazł obfity naciek komórkowy w pochewce włókien nerwowych. Autor przypuszcza, iż naciek tkanki wewnątrzczłkowej wywierał ciągłe podrażnienie na zwężające źrenice włókna nerwu okoruchowego, powodując zwężenie źrenic, a możliwe jest, iż tym sposobem współdziałał i ich nieruchomości.

St. Suszczyńska.

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

N-r 4. A. RACHMANOW. Izmienienja wnutrennich organow pri dystrophia muscularis progressiva.

Na podstawie danych z piśmiennictwa i jednego zbadanego przypadku, autor wypowiada zdanie, że przerost wrzekomy mięśni (dystrophia musculorum progressiva), należy uważać za chorobę przemiany materji: tłuszcze niedostatecznie spalają się, a w pewnych przypadkach nawet ma miejsce nadmierne wydzielanie się tłuszczu, który gromadzi się we wszystkich tkankach



i narządach. Tłuszcz gromadzi się nie tylko w tkance śródmiąższowej, lecz i w samym mięszu i w ten sposób powoduje upośledzenie czynności mięśni.

**M. ŻUKOWSKIJ.** O padoszwiennie palcewom sgibatielnom fenomenie.

Autor opisuje nowy odruch, który występuje tylko w porażeniach kurczowych, zarówno mózgowego jak i rdzeniowego pochodzenia. Odruch zasadza się na tem, że jeżeli uderzyć młotkiem w sam środek podeszwy, to występuje zginanie wszystkich palców. Jeżeli objawy kurczowe są bardzo silnie wyrażone, to zgina się cała stopa. Odruch ten niema nic wspólnego z odruchem Mendel-Bechterewa, występuje równocześnie z objawem Babińskiego i Mendel-Bechterewa, lecz mocniej i wyraźniej, niż dwa ostatnie.

**W. BECHTEREW i P. OSTANKOW.** O kondiłach u ispytujemych i duszewno bolnych arestantow.

Autorzy są zdania, że: 1) w obrębie szpitali dla umysłowo chorych nie należy rozstawiać straży, 2) umysłowo chorego aresztanta, od chwili jego zachorowania, należy uważać li tylko za chorego, 3) przysłani na badanie powinni mieć taką samą opiekę, jak chorzy umysłowo, 4) dla „niebezpiecznych” umysłowo-chorych arestantów i dla przysłanych dla zbadania należy urządzić specjalne sądowo-psychiatryczne oddziały. Póki takie oddziały nie istnieją, nie można zobowiązywać ogólne psychiatryczne szpitale do trzymania takich chorych bez szkody dla tych ostatnich, 5) sądowo-psychiatryczne oddziały nie powinny niczem innem odróżniać się od zwykłych szpitali dla umysłowo chorych, oprócz wzmocnionego dozoru, 6) obecność kajdan na badanym wyłącza możność bezstronnego i prawdziwie naukowego badania, a w razie prawdziwej choroby aresztanta może wyrządzić mu znaczną szkodę, 7) kajdany powinny być usuwane na progu szpitala psychiatrycznego: nie można ani badać, ani leczyć, nie usunawszy wszystkiego co może szkodzić samemu choremu lub jego otoczeniu, 8) kwestję symulacji powinien rozstrzygać tylko lekarz specjalista.

**E. PRZYCHODCKIJ.** Organizm czelowieka, kak istocznik elektrieskich izłuczenij.

Autor zbudował aparat bardzo czuły, wykazujący istnienie specjalnych prądów elektro-magnetycznych w ustroju ludzkim. Strzałka przyrządu wykazuje różne ruchy, zależnie od tego czy przysuwamy, czy też oddalamy rękę; prawa ręka działa inaczej, niż lewa.

Autor sądzi, że komórki, całe narządy, a zwłaszcza nerwowo-mięśniowy układ i gruczoły w czasie czynności wyładowują ele-

ktryczność galwaniczną. Wewnętrzne te prądy, dostawszy się na powierzchnię ciała, mogą działać przez indukcję na otaczające przedmioty, wywołując w nich efekty dynamiczne—ruchy, zależne od zmian zaszyłych w rozmieszczeniu elektryczności na ich powierzchni.

Przyrząd, zbudowany przez siebie, autor nazywa receptorem—indicatorem skórnych promieniowań elektryczności.

N-r 5. A. NAUMAN. K w o p r o s u o k l i n i c z e s k o m z n a c z e n i u l i t k o w o - l i c e w o w o r e f l e k s a .

Odruch muszlowo-twarzowy lub inaczej słuchowo-twarzowy (acustico-facialis) zasadza się na zamykaniu powiek pod wpływem podrażnienia słuchowego. Ten sam odruch Bechterew nazywa krótko słuchowym. Badanie odruchu odbywa się w następujący sposób: sadzamy chorego na krześle, każemy mu głowę cokolwiek przechylić ku tyłowi i patrzeć na sufit, stajemy z tyłu chorego i klaszczemy w dłonie w bliskości ucha, w ten jednak sposób, żeby chory nie widział ruchu rąk. Bezpośrednio po klasnięciu w dłonie występuje zamykanie powiek.

W normalnych warunkach początkowo zamykanie powiek bywa obustronne, po upływie pewnego czasu zamykanie staje się niezupełnym, później powieki zamykają się tylko po stronie drażnionego ucha, a w końcu powieki zupełnie przestają zamykać się.

Najczęściej brak słuchowo-twarzowego odruchu przy obwodowym porażeniu nerwu twarzowego. Obecność tego odruchu pozwoliła autorowi w jednym przypadku—przypadek przytoczony—wykryć symulację. Odruch słuchowo-twarzowy ma znaczenie przy różniczkowaniu obwodowego porażenia od ośrodkowego, gdyż przy tem ostatniemu odruch jest stale zachowany, odruch ten jest zachowany również w histerji. W chorobie Basedowa wspomniany odruch bywa znacznie osłabiony lub zupełnie zniesiony.

N-r 6. W. LIUSTRICKIJ. O p i e n j i d u s z e w n o b o l n y c h .

Na zasadzie piśmiennictwa i własnych przypadków, autor ustanawia następujące cechy charakterystyczne zdolności muzycznych w różnych chorobach umysłowych: 1) idjoci mogą mieć znacznie rozwinięte zdolności muzyczne, które nie odpowiadają ogólnemu niskiemu poziomowi umysłowemu; 2) w otępieniu (dementia) zdolności muzyczne zachowują się najdłużej i najlepiej: chorzy mogą grać z nut jeszcze wtedy, gdy mowa prawie zupełnie znikła; 3) chorzy dotknięci porażeniem postępującem wczesnie tracą słuch i mocno przeceniają swoje zdolności muzyczne. Chętnie zajmują się muzyką, lecz fałszują i nie dostrzegają ani swoich, ani cudzych omyłek; 4) w przebiegu padaczki zdarzają się stany równoważne (aequivalentes), w czasie których

chorzy śpiewają; niekiedy bywa aura, składająca się ze słuchowych omamów; 5) dla hebefrenji charakterystycznym jest karykaturalny śpiew; 6) dla katatonji — powtarzanie przez dłuższy czas pierwszych taktów jednego motywu.

E. WENDEROWICZ. O makrotomiowaniu głowy nowo mózga człowieka w swiazi s systematycznym izuczeniem swieżich przewodnikowych pereróżdenji po metodu Marchi-Buscha.

Technika rozkładania mózgu na kawałki  $\frac{1}{2}$  centymetrowej grubości jest następująca: 1) mózg 3 tygodnie lub dłużej trzymać w 5% roztworze formaliny, lub 6 dni w płynie Kaiserling'a N-r 1 (dno trzeciej komory należy przed tem przekłuć!); 2) osuszyć mózg bibułą, wypukłą powierzchnię mózgu zdjąć cięciem równoległym do cięcia Flechsig'a, powierzchnię przecięcia opłukać eterem etylowym i pozwolić temu ostatniemu ulotnić się; 3) na powierzchnię stolika mikrotonowego nalać cokolwiek spirytusu, zapalić go, żeby ogrzać powierzchnię stolika. Gdy tylko zgaśnie spirytus, nalać na stolik roztopionej parafiny (47—48°) w ten sposób, żeby parafina pokryła go cienką warstwą; 4) po kilku minutach, gdy parafina ostygnie, położyć na nią mózg gładką powierzchnią nadół. Na około preparatu nalać płynnej parafiny, ogrzanej do 70—80°; preparat powinna otaczać warstwa parafiny grubości 1 ctm.; 5) po upływie pół godziny gdy parafina dostatecznie ostygnie, można przystąpić do krajania.

Kawałki  $\frac{1}{2}$  centymetrowej grubości można zabarwić według metody Marchiego, pozbawić wody, zalać w celloidynę i złożyć w całość, tak że otrzymamy cały mózg, z którego łatwo udaje się przygotować zwykłym sposobem serję skrawków grubości 50—70 mikronów.

Z. Messing.



# TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

## TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

### POSIEDZENIA NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNE.

POSIEDZENIE D. 22 WRZEŚNIA 1910 r.

ST. PECHKRANC wygłosił referat p. t.: „Obecny stan wiedzy o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną”.

Po krótkich uwagach historycznych referent przedstawił w ogólnych zarysach wyniki ostatnich prac, dotyczące budowy histologicznej i embriologii gruczołów. Szczególnie badania histologiczne przysadki mózgowej oraz badania embriologiczne i anatomo-patologiczne nadnerczy przyniosły bogaty plon. Jeśli co do znaczenia rozmaitych komórek nabłonkowych, wchodzących w skład gruczołów, zdania autorów dotychczas rozchodzą się, to odnośnie pojmowania nadnerczy i ich homologów, jako członków 2 niezależnych od siebie, autonomicznych układów ciała kręgowców, ustaliła się jednomyślność, przyczem ostatecznie wyjaśnione zostało stanowisko nadnerczy w planie budowy zwierząt.

Referent dalej omawiał produkty wydzielnicze rozmaitych gruczołów, ich cechy drobnowidzowe oraz skład chemiczny, zastanawiając się głównie nad koloidami, tłuszczami i lipidami i osobno rozpatrując jedyny dotąd dobrze zbadany i wyodrębniony wytwór gruczołowy, a mianowicie adrenalinę. Badania histologiczne wykazują często w sposób b. wyraźny mechanizm wydalania produktów sekrecji do naczyń krwionośnych lub chłonnych. Przechodząc do omówienia ogólnej fizjologii gruczołów z wydzieliną wewnętrzną, referent przedstawił istniejące obecnie metody badania funkcji gruczołów oraz sposoby wywoływania wzmoczonej i osłabionej czynności narządów gruczołowych, przyczem zastanawiał się nad uzasadnieniem, histologicznym i klinicznym, pojęcia zboczonej czynności (dysfunkctio). Przy badaniu czynności większej części gruczołów dochodzimy do wniosku, że właściwie o istocie normalnej funkcji tych narządów nic nie wiemy, znamy zaś tylko zaburzenia, zboczenia od normy.

Następnie referent omawiał wpływ gruczołów z w. w. na wzrost ciała, na układ nerwowy, układ krążenia. przemianę materji i t. d., jak

również antytoksyczne własności gruczołów na mocy wyników badań Guerrini'ego, Thaon'a i innych.

Przytoczywszy dalej ogólną charakterystykę zmian patologicznych gruczołów oraz ogólną etiologję chorób tych narządów, referent przeszedł do omawiania wzajemnego stosunku czynnościowego gruczołów z w. w., t. zw. korelacji histo-chemicznych, która to kwestja zajmuje w fizjopatologii gruczołów stanowisko pierwszorzędne. Referent usiłuje tu dowieść, że teoria współdziałania (synergji) gruczołów i wzajemnego ich zastępowania się jest zbyt jednostronna i nie tłumaczy nam wielu spostrzeganych w klinice zjawisk. Sam fakt współdziałania nie da się zaprzeczyć, ale w wielu razach znaczenie tego faktu bywa przeceniane. Obok współdziałania często wyraźnie występuje współzawodnictwo (antagonizm), które to zjawisko niejednokrotnie daje nam możność zdania sobie sprawy z zaszłych w ustroju zmian. Teoria współzawodnictwa gruczołów, która ostatnimi czasy znalazła tak świetne potwierdzenie w badaniu Falta'y i innych, ma wielkie znaczenie dla semjotyki, djagnostyki i terapii chorób dystroficznych pochodzenia gruczołowego, co referent na przykładach wykazał.

W dalszym ciągu referent omawiał niektóre zjawiska, pozostające w związku z korelacją, rozwodząc się bardziej szczegółowo nad wielogruczołowością większości chorób dystroficznych. Badania anatomo-kliniczne ostatnich lat wykazały, że w większości chorób, powstających wskutek zaburzeń w sekrecji gruczołów, znajdujemy zmiany nie w jednym, lecz w całym szeregu gruczołów. Fakt ten posiada wielkie znaczenie dla kliniki, gdyż każe nam odmiennie, niż dotychczas, zapatrywać się na patogenezę wielu zespołów dystroficznych. W związku ze zjawiskiem korelacji pozostaje także częstość połączeń dwu i więcej zespołów chorobowych u jednego osobnika (kombin. akromegalji ze śluzozobrzękiem, akromegalji z Basedow'em, Basedow'a z Addison'em i t. d.), na co klinicyści w ostatnich czasach bacznie zwracają uwagę. Fakt wielogruczołowości większości syndromów chorobowych ma znaczenie także dla leczenia, gdyż w wielu razach zmuszeni jesteśmy stosować opoterapię złożoną.

Na tem referent zakończył ogólne uwagi, dotyczące gruczołów z w. w., poczem przeszedł do rozpatrzenia zdobyczy, osiągniętych w ostatnich latach w zakresie każdego gruczołu z osobna. Ta część referatu wskutek mnóstwa nagromadzonego materiału nie nadaje się do krótkiego streszczenia.

#### POSIEDZENIE D. 22 PAŹDZIERNIKA 1910 R.

1. Jaroszyński. Przypadek hysterji ludowej.
2. Higier. Przypadek samoistnego wylęwu krwawego do stożka rdzeniowego.
3. Bornstein M. Przypadek zapalenia opon mózgowych surowiczego (?) z objawami psychotycznymi.

4. Sterling.
  - a) Przypadek samogwałtu napadowego jako rzadkiego równoważnika padaczki.
  - b) Przypadek chromania przestankowego obwodowego i ośrodkowego.
5. Higier. Hindus Smaun Sing Hpoo, gimnasta zawodowy, dotknięty infantyлизmem cielesnym i umysłowym.

1. T. JAROSZYŃSKI przedstawił i omówił — przypadek histerji.

Chłopiec lat 15, pochodzi z prostej rodziny z ludu, ma rodziców i braci pod względem psychicznym zdrowych. W dzieciństwie, w 3-cim r. życia dostał drgawek, które jakoby (według słów ojca) trwały 12 godzin. Po raz drugi drgawki powtórzyły się w 5-ym r. życia i wtedy „rzucano nim trzy godziny bez przerwy”. Od tego czasu miał konwulsje co kilka mies., z przerwami czasem półrocznymi aż do czasu dzisiejszego. Zeszłej zimy nastąpiło pogorszenie (jakoby po pigułkach od znachora), wtedy „rzucanie” było co chwila, bez przerwy i przytem udawał wtedy pianie koguta i szczekanie psa; chwilami naśladował psa i ruchami ciała, czółgając się na rękach, siedząc pod łóżkiem; w tym czasie też używał różnych przewisł, zwracając się do matki i ojca, co obecnie pamięta i, jak mówi, używał ich „wbrew woli”. W lecie r. b. był z matką w Częstochowie i po powrocie na razie stan jego poprawił się, potem jednak zaczął „zamyślać się, mówić o głosach świętych, które słyszy i które radzą mu, aby się modlił do Boga, to wyzdrowieje”. W ostatnich czasach już tych głosów nie słyszy, ale drgawki powtarzają się od czasu do czasu. Nie pracuje wskutek tego od roku.

B a d a n i e p r z e d m. nie wykazuje żadnych zmian organicznych w układzie nerwowym. W szczególności niema żadnych piętn historycznych ani somatycznych objawów zwyrodnienia. Inteligencja niewielka, jednak odpowiednia do sfery, z której pochodzi; specjalnych zaburzeń psychicznych brak.

Drgawki u chorego można wywołać łatwo za pomocą sugestji (np. wstawianiem podczas elektryzacji, że drgawki zaraz powstaną, czy zaraz ustąpią) albo hipnozy. Podobnież chory pod wpływem sugestji pieje, jak kogut, szczeka, jak pies, odtwarzając odnośny objaw ze swej choroby.

Jakkolwiek pewne dane z wywiadów, podawanych przez ojca i matkę, nasuwają podejrzenie drgawek padaczkowych (czasem jakoby szła pianą z ust, czasem oddawał mocz pod siebie, po napadach bywał senny i t. d.),—to jednak ten fakt, że te drgawki są wywołalne i usuwalne przez sugestję, stwierdza bez żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z histerją.

Jest to, zdaniem prelegenta, przypadek histerji ludowej, analogicznej do specjalnej postaci histerji, opisywanej przez autorów zwłaszcza rosyjskich. Zespół objawów drgawek wraz z powtarzaniem dźwięków z otoczenia (echolalia) był obserwowany przez Dr. Gana na Syberji w postaci epidemji i opisany jako „mieraczenie” (na wyspie Jawie podobne epi-



demje nazywają „Sanik-Latar”, na wyspach Malajskich „Latha”). Podobnie inni autorzy, jak Płatonow, Riabkow opisywali takie epidemie, które są znane w Rosji pod ogólną nazwą „klikuszesstwa”; objawy tego cierpienia są nast.: drgawki wrzekomo padaczkowe, koprofalja, udawanie głosów zwierząt, czkawka epidemiczna, głośne okrzyki, urojenia o treści opętania przez diabła lub „rzucenie uroku”.

Większość autorów rosyjskich uważa te epidemie za wyraz specjalnego rodzaju hysterji ludowej, która może powstawać tylko wśród wielkiej ciemnoty i przesądów religijnych. Geneza tych objawów — to suggestja, jak to widać z tego, że objawy te są wywołalne za jej pomocą, (jak w przedst. przypadku) oraz z tego, że mają one skłonność do epidemji, t. j. do udzielania się przez naśladownictwo. Suggestja i naśladownictwo — są to cechy pokrewne, w jednej bowiem i w drugim widzimy fakt automatycznego przetwarzania się w czyn wyobrażenia, wprowadzonego do świadomości. Skłonność do naśladownictwa jest właściwie suggestywnością ludzi o niższej inteligencji. Dlatego też właśnie u wieśniaków hysterja przybiera postać taką, jak w przypadku przedstawionym oraz w epidemjach rosyjskiego „klikuszesstwa”, gdzie naśladownictwo otoczenia odgrywa główną rolę (Ferrieu w swej pracy „o hysterji ludowej we Francji” również przypisuje pierwszorzędne znaczenie naśladownictwu).

Prelegent podnosi znaczenie metody Babińskiego (wywoływanie i usuwanie objawów za pomocą suggestji), pozwalającej w przypadkach zawilszych, o niedokładnych wywiadach, stawiać pewne rozpoznanie. W szczególności co do drgawek padaczkowych, to przypadek powyższy dowodziłby że nietrzymanie moczu podczas drgawek nie wyłącza jeszcze hysterji, w danym bowiem przypadku objaw ten również można wywołać za pomocą suggestji.

(Streścił mówca).

W dyskusji Higier zaznacza, że to, co chory zaprodukował ze sfery ruchowej (drgawki, pianie, szczekanie), kwalifikuje się do działu hysterji. Nie zgadza się atoli z twierdzeniem prelegenta, że epidemiczne klikuszesstwo w Rosji wschodniej i meriaczenie Syberji należą też do hysterji. Epidemie te, zarówno jak *jumping amerykański* i *imubacco japoński*, stanowią niewątpliwie odmianę *maladie des tics Gilles de la Tourette'a*, cechującej się drgawkami mimowolnymi i ideami natrętnymi, zwłaszcza echolalją, echokinezą, komprolalją i t. d., słowem, szeregiem natrętnych ruchów, wyobrażeń i czynności (*tics convulsifs et impulsifs*). Ciekawą jest epidemia psychiczna — *biło*, — opisana niedawno przez misjonarzy francuskich, a grasująca w południowej części Madagaskaru. Napad, przypominający demonomanję, zaczyna się krzykami, tańcami i naśladowaniem ruchów i dźwięków zwierząt, a kończy się ekstazą i omdleniem, z którego wyczerpani budzą się po trąbieniu głośnem w uszy. Epidemia ta, rzeczywiście identyczna z średniowieczną hysterją masową, dotyczy wyłącznie tuziemców: ztąd masowe przejście pogan na katolicyzm bez współdziałania misjonarzy.

Fłatau zgadza się z tem, że niewątpliwie istnieją przypadki, w których padaczka wikła się przez hysterję, lecz jest przeciwny twierdzeniu

mówcy, jakoby drogą wywoływania napadów można było z całą stanowczością wyrokować o ich charakterze.

Sterling nie sądzi, ażeby rozmaite wydawane przez chorego dźwięki (pianie i t. d.) można było tłumaczyć przez zwykłe naśladownictwo; prawdopodobnie mechanizm psychologiczny powstawania tych objawów jest daleko bardziej skomplikowany i tu właśnie metoda psychoanalityczna mogła by przyczynić się do ich wyjaśnienia. Po za tem niewytłomaczonym pozostaje, dlaczego chory naśladuje właśnie pewną kategorię dźwięków, a nie jakkolwiek inną równie łatwo nasuwającą się jego postrzeganiu. Jakkolwiek obecnie obserwowane napady mają cechy niewątpliwie historyczne, jednakże na zasadzie wywiadów niepodobna wyłączyć, czy dawne serje napadów nie były w związku z padaczką. Bratz i Fackenberg wykazali, że napady padaczkowe, powtarzające się przez czas dłuższy, skłonne są do wywoływania w następstwie napadów historycznych i to właśnie zjawisko, które istotnie spostrzegać daje się wcale nie rzadko, wykazuje, że w mechanizmie powstawania tych napadów zasadniczą rolę odgrywa nie suggestja lub naśladownictwo, lecz uraz wzruszeniowy.

Brudziński podnosi, iż przypadek przedstawiony przez Jaroszyńskiego przypomina bardzo to, co za Henochem nazywamy chorea electrica. Przypadek taki B. przedstawiał kilka lat temu w Tow. Lek. i podówczas, zgodnie z przeważającym co do tła przypadków chorea electrica zdaniem, kwalifikował drgawki te, jako historycznego pochodzenia. Dalsza obserwacja paroletnia skłoniła jednak do zakwalifikowania przypadku tego, jako padaczki, wystąpiły bowiem oprócz tych, dla padaczki zupełnie nie charakterystycznych, drgawek inne objawy, wskazujące bezsprzecznie na padaczkę.

Jaroszyński odpowiada, że tylko niektórzy autorzy rosyjscy uważają „klikuszesstwo” za wyraz „maladie des tics”, większość przeciwnie twierdzą, że jest to histerja, zdaniem J. słusznie, gdyż tiki nie występują epidemicznie. Metoda Babińskiego, polegająca na kwalifikowaniu objawów, wywoływanych i usuwanych przez suggestję, do histerji ma wielkie znaczenie rozpoznawcze i pozwala ona z pewnością twierdzić, że ten objaw, który podlega wpływowi suggestji, jest historyczny (to oczywiście nie przesądza kwestji, czy u chorego nie istnieje po za tem padaczka lub inne cierpienie). Psychoanaliza ze względu na małą inteligencję chorego nie była przeprowadzona i zdaniem mówcy nie przyczyniłaby się do wyjaśnienia sprawy. Główną bowiem rolę w powstawaniu objawów odgrywało bez wątpienia naśladownictwo.

II. H. HIGIER przedstawił przypadek — samoistnego wylewu krwiawego do stożka rdzeniowego (haematomyelia conimedullaris).

S. B., lat 50, zachorował w r. 1898, jak sam podaje, przelątszy się szczurów podczas butelkowania w piwnicy. W ciągu kilkunastu godzin rozwinęło się znaczne osłabienie nóg, zatrzymanie moczu i kału, zaburzenia sfery płciowej. Chorób żadnych nie przechodził. Do syfilisu nie przynajnie się. Nadużyć wyskokowych nie było.

Pierwsze badanie, dokonano w maju 1903 r., wykazało, co następuje: niedowład kończyn dolnych z zaburzeniami czuciowymi, zanik nieznaczny lewej łydki, jednostronny ból opasujący — lewy — niżej więza Pouparta, objaw Romberga w słabym stopniu, brak odruchu odbyticy (Analflex), żywe odruchy kolanowe i Achillesa, objaw Babińskiego obustronny. Obok ogólnego osłabienia czucia, sięgającego linii bólu opasującego, stwierdzić się dają poważniejsze zaburzenia czucia po stronie lewej: zniesienie czucia bólowego i ciepłotnego przy istniejącem stałem drętwieniu na całym pośladku, tylnej powierzchni uda, zewnętrznej powierzchni podudzia i stopy oraz na 3 ostatnich palcach nogi. Znieczulenie obejmuje też z lewej strony: okolicę odbytu, kości ogonowej, krocza, moszny i prącia. Jądra normalnie wrażliwe na ucisk. Zmysł mięśniowy palców lewej nogi nieco upośledzony. Zatrzymanie moczu i kału, częściowe nietrzymanie kału, brak wytryskiwania nasienia przy stosunku płciowym, na ogół nieco osłabionym. Porażenie mięśni krocza i zwieracza odbytnicy.

Badanie w październiku r. 1910 stwierdziło w głównych zarysach poprzedni stan, znikł jedynie ból opasujący, zmniejszyły się zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, osłabło drętwienie znieczulonych odcinków skóry, chód stał się pewniejszy, odruch odbytnicy wrócił.

Analizując bliżej udział głównie zajętych przez sprawę chorobową mięśni (mm. transversi perinei, sphincter urethrae, ischiocavernosus, bulbo-cavernosus, levator ani, sphincter ani ext., coccygeus, soleus) i nerwów (nn. cutaneus femoris posterior, peroneus, pudendo-haemorrhoidalis, anococcygei), Higier rozpoznaje zajęcie dolnego odcinka rdzenia lub otaczających go korzeni. Brak wybitnych bólów, rozszczępienie czucia bólowo-ciepłotne, opasanie jednostronne wskazują raczej na zajęcie rdzenia, przyczem początek nagły po przestrażu i prawdopodobnie wykonanym wskutek tego bardzo energicznym ruchu rozginania krzyża w pozycji mocno zgiętej tułowia przemawiają za wylewem krwawym. Objawy tłumaczymy najlepiej, lokalizując tę, pozornie samoistną, nieurazową hematomyelię w lewej połowie stożka rdzeniowego. Początkowy niedowład obu kończyn, pozostałe wychudnienie lewej łydki i objaw paluchowy dowodzą, że obszar, zajęty przez wylew i oboczne zaburzenia w krwiobiegu lub reakcyjno-zapalne, był nieco większy i obejmował też dolne odcinki zgrubienia łądźwiowego.

(Streścił mówca).

III. BORNSTEIN M. przedstawił chorą lat 30-u; 4 tyg. temu podczas perjodu wystąpiły u chorej silne bóle głowy, poczem straciła przytomność mniej więcej na przeciąg doby. Drgawek nie było; wymiotowała kilkakrotnie. Oprzytomniała dopiero w szpitalu, dokąd ją przewieźli tego samego dnia. W oddziale kol. Bregmana stwierdzono dnia następnego, że chora gorączkuje (38.0), że jest przytomna, żadnych ogniskowych objawów w układzie nerwowym nie zauważono, oprócz wzmożenia odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych, zaś z ogólnych — bóle głowy, od czasu do czasu wymioty. Wziernikowanie zmian nie wykryło. 4-go dnia pobytu chorej w szpitalu wystąpiła na tułowiu jakaś wysypka, a że ciepłota



podniosła się do 38,6, więc, przypuszczając jakąś chorobę zakaźną, przeniesiono chorą do oddziału zakaźnego. Tu kol. Luxemburg stwierdził na brzuchu istotnie różowy wykwit, który jednak na drugi czy trzeci dzień znikł zupełnie, przyczem śledziona nie była powiększona, ciepłota zaś spadła do normy. Natomiast stwierdzono w czasie pobytu chorej w oddziale zakaźnym parokrotne wymioty, od jedzenia niezależne, o charakterze mózgowym, zaś chora po za temi wymiotami oraz bólami głowy o natężeniu zmiennem, skarżyła się na cierpięcie w prawej kończynie górnej, zwłaszcza w dłoni i palcach. 3 października, t. j. 8-go dnia pobytu w oddziale zakaźnym, chora zaczęła zdradzać nienormalny stan psychiczny i mówiła do lekarza w tonie śpiewającym, jakby odmawiała modlitwę, nie spała w nocy; 5-go dnia z rana po niespokojnej nocy przeniesiono chorą do oddziału psychiatrycznego prelegenta.

Przy badaniu tego samego dnia okazało się, że chora opowiada o swojej chorobie dokładnie (jak później stwierdzono przez porównanie z relacją ojca), ale jest niespokojna, przerywa co chwila rozmowę, jakby nasłuchując czegoś, woła na jakiegoś Dawida, ażeby przestał i nie męczył jej, matkę prosi, ażeby Dawida zabrała; twierdzi, że Dawid „tu stoi przy drzwiach”, patrzy się w kąt i odpędza kogoś czy coś, poczem znowu odpowiada na ostatnie pytanie lekarza zupełnie poprawnie; że rozmawia z lekarzem zdaje sobie sprawę, natomiast nie wie zupełnie, gdzie się znajduje; sądzi, że jest w domu u siebie, to znów, że jest naprzeciwko swego mieszkania, że matka zaraz przyjdzie i przyniesie jej spudnicę, a wtedy pójdzie do siebie. Słowem, stwierdzono stan zamroczenia z zupełną dezorientacją i omamami słuchowymi oraz po części i wzrokowymi. Dalej stwierdzono tętno nieco przyspieszone, powyżej 100, ciepłota powyżej nieco 37°; ze strony układu nerwowego stwierdzono: źrenice równe, oddziaływują na światło i nastawianie, obustronną tarczę zastoinową, silniej wyrażoną po stronie prawej; ogniskowych objawów po za wzmożeniem odruchów ścięgowych, — przyczem po lewej stronie były żywsze — nie stwierdzono. Stan psychiczny, opisany powyżej, trwał przez dzień cały — do wieczora. Nazajutrz chora wykazała zupełną niepamięć (amnezję) w stosunku do wszystkiego tego, co się działo dnia poprzedniego, lecz już orjentowała się co do miejsca i halucynacji nie wykazywała. Od tego czasu stan psychiczny jest zupełnie normalny; na dniu oka stwierdzono przy wielokrotnem wzernikowaniu obustronną tarczę zastoinową, przyczem uwypuklenie tarczy było przed paru dniami większe (około 4 D), zaś po stronie lewej wybitną wybroczynę krwawą. Przez kilka dni chora zdradzała chód chwiejny, zataczający się, co również obecnie znikło zupełnie; pozostało wzmożenie odruchów ścięgowych na kończynach dolnych, przyczem lewe wydają się trochę żywsiemi. Po za tem odruchy brzuszne zachowane bez wyraźnej różnicy; odruch stopowy słaby, ale o normalnym charakterze.

Z wywiadów okazuje się jeszcze co następuje: Chora na 2½ miesiąca przed chorobą otrzymała uderzenie laską po głowie; po uderzeniu miała silny ból głowy, który minął jednak po paru dniach. W ostatnich tygodniach przed chorobą miała oprócz tego dużo zmartwień związanych z wysłaniem 13-letniego syna do Ameryki. Zawsze była zdrowa; jedynie od

15-go roku życia cierpiała i cierpi dotąd na bóle głowy z wymiotami o charakterze migrenowym, które zjawiały się w okresie perjodu i trwały zwykle dzień.

Istniejące u chorej objawy (ból głowy, wymioty, tarcza zastoinowa) wskazują na istnienie wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego. Wobec urazu fizycznego i psychicznego w wywiadach, ostrego początku, wreszcie braku objawów ogniskowych B. skłonny jest przypuszczać w danym przypadku raczej meningitis serosa, aniżeli nowotwór mózgu. Całą sprawę B. tłumaczy sobie w ten sposób, że pod wpływem owych urazów oraz jakiegoś zakażenia (na co wskazuje gorączka w początkach choroby) nastąpił stan zapalny w komorach mózgu z wzmożeniem wydzielaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego do tychże komór, co dało obraz kliniczny, jaki widzimy w zależności od wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego.

Objawy psychotyczne, jakie wystąpiły u chorej, B. kwalifikuje jako stan zamroczenia (Dämmerzustand) i uzależnia je od organicznej sprawy mózgowej. Objawy psychotyczne w nowotworach mózgu były już wielokrotnie opisywane, poświęcone im już nawet specjalne monografie (w Niemczech — Schuster, u nas Sterling); w obrazie klinicznym zapalenia opon mózgowych surowiczego objawy psychotyczne są jak dotąd rzadkością. W przypadku Sterlinga, gdzie prawdopodobnie również mieliśmy do czynienia z meningitis serosa (autor kwalifikował go, jako pseudotumor), obraz psychiatryczny był odmienny: tam był stan wybitnego splątania myślowego z halucynacjami, urojeniami depresyjnymi i prześladowcami, silnym podnieceniem ruchowym, lękiem i t. d.

Na jeszcze jeden, zdaniem prelegenta, ważny punkt chciałby B. zwrócić uwagę, t. j. na związek tej ostrej sprawy organicznej z migreną. Wydaje się prawdopodobnem, że związek ten istnieje. U chorej przedstawionej migrena występowała stale w okresie perjodu, t. j. w okresie wybitnych zmian w krążeniu krwi; można przypuścić, że pod wpływem urazu fizycznego i psychicznego oraz zakażenia owe zaburzenia w krążeniu krwi mózgowej w danym przypadku spotęgowały się do tego stopnia, że wystąpiło znacznie większe wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego do komór. B. przypomina tu o teorii migreny Spitzer'a, który uzależniał napady migreny od okresowego powiększenia się ilości płynu mózgowo-rdzeniowego w komorach mózgowych przez zatkanie foramina Magendie.

(Streścił mówca).

W dyskusji K o p c z y ń s k i St., powołując się na przedstawioną przez siebie w sekcji w maju przypadek ostrego wodogłowia z psychozą zaznacza, iż w podobnych razach trudno odróżnić zaburzenia psychiczne z halucynacjami wzrokowymi zależne od wzmagającego się ciśnienia wewnątrzczaszkowego od tych, których podłożem jest zanikający nerw oczny. Dodaje, że i w jego przypadku na dzień oka stwierdzono wybroczyny krwawe, co zdaje się stwierdzać fakt, że objaw ten w meningitis serosa nie należy do rzadkich.

F l a t a u uważa przypadek za trudny do rozpoznania i nie wyłączałby nowotworu, tembardziej, że cofanie się objawów nie jest wyraźne.

Chora bowiem i obecnie miewa jeszcze napady nudności i bólów głowy. Napady psychozy podczas migreny do rzadkości nie należą.

Wurzelman zaznacza brak objawów ogniskowych i nie wyłącza by ropnia mózgu.

Koelichen nadmienia, że wogóle różnego rodzaju zaburzenia psychiczne przy zapaleniu opon surowiczym nie są rzadkością. Co się tyczy wylewów krwawych na dnie oczów, to Aruske uważa je za charakterystyczne dla zapalenia surowiczego opon we wczesnych okresach zastoiny na dnie oka.

Sterlingowi zależność zaburzeń psychicznych w przypadku niniejszym od równolegle istniejącego cierpienia mózgowego nie wydaje się absolutnie pewną. Zasadniczym kryterjum byłoby tu, gdyby równocześnie z przejściem sprawy mózgowej przeszły i objawy psychiczne — tymczasem w przypadku niniejszym objawy psychiczne przeszły, zaś choroba mózgowa trwa w dalszym ciągu (tarcza zastoinowa, bóle głowy).

Łapiński T. wobec krótkotrwałości zaburzeń umysłowych, wobec zupełnej dezorientacji, wobec omamów zastraszających i następcej amnezji rozpoznaje w przypadku, przedstawionym przez koł. B., psychozę padaczkową. W dalszym ciągu mówca kładzie nacisk na fakt, że chora od lat 15 zapada w czasie perjodu na silne bóle głowy; omawiane zaburzenia umysłowe również zjawily się w czasie perjodu. Świadczy to według Ł. o pokrewieństwie 2-ech tych cierpień w danym przypadku. Istnieje cały szereg autorów, którzy uzależniają migrenę i padaczkę od jednej i tej samej przyczyny. Mówca nie zgadza się na uzależnianie danych zaburzeń umysłowych od zapalenia opon mózgowych surowiczego już choćby dlatego, że meningitis serosa zwykle zajmuje w mózgu zbyt niewielki obszar, by mogło spowodować poważniejsze zaburzenia umysłowe. Przypuszczenie Steolinga, że mamy tutaj do czynienia z psychozą zakaźną, upada wobec braku momentów wyczerpujących: gorączka trwała niedługo, była niewielką i być może, jak to się często zdarza przy padaczce, zależała od zaburzeń czynnościowych; zresztą obraz kliniczny psychoz zakaźnych cechuje się przede wszystkim stanem amencyjnym, amnezji zwykle nie bywa.

Bornstein w odpowiedzi Kopczyńskiemu podkreśla różnicę między halucynacjami, występującymi, jako objaw podrażnienia gałązek zanikającego nerwu wzrokowego a temi halucynacjami, jakie były u przedstawionej chorej. Sterlingowi odpowiada, że objawy psychotyczne uzależnić wypada od sprawy mózgowej, zaś nie od jakiejś intoksykacji, albowiem najwybitniej zaznaczyły się owe objawy psychotyczne wtedy, kiedy ciepłota już była opadła. Koelichenowi przyznaje, że objawy psychotyczne w obrazie meningitidis serosae są dość częste; B. zaznaczył tylko, że stany zamroczenia nie były, o ile mu wiadomo, dotąd notowane. Łapińskiemu odpowiada, że przypuszczenie w danym przypadku padaczki jest zgoła na niczem nie oparte.

IV. STERLING przedstawił: a) przypadek samogwałtu na padowego (t. zw. „omanie paroxistique”) jako rzadkiego równoważnika padaczki.



Chory 21-letni student filozofji pochodzi z rodziny obarczonej neuropatycznie, matka między innymi cierpiała na wybitnie wyrażoną histerję oraz na częste bardzo napady typowej migreny. Chory w dzieciństwie przechodził dwukrotnie zapalenie płuc, w 15-ym roku życia zapalenie ślepej kiszki, zaś w 16-ym tyfus brzuszny. Pomiedzy 13-ym a 14-ym rokiem życia uprawiał samogwałt, jakkolwiek nie często,— od tego czasu zupełnie nałóg ten minął. Rozwijał się pod względem umysłowym prawidłowo, uczył się dużo i chętnie, odznaczał się zawsze doskonałą pamięcią i dużymi zdolnościami do matematyki. Drgawek podobno nigdy nie miał, przytomności do ostatnich czasów nigdy nie tracił. Mniej więcej półtora roku temu wystąpiły perjodyczne bóle głowy bądź połowiczne bądź obustronne, umiejscowione najczęściej w okolicy oczodołu częściej lewego niż prawego, w okolicy czołowej nad oczodołem oraz poczęści w skroni: bólem tym, które trwają od kilku do kilkunastu godzin, towarzyszą zawsze mdłości, często zaś wymioty, ogólne rozdrażnienie, światłowstręt. Napady te bólów głowy występowały początkowo mniej więcej co półtora miesiąca, następnie co 3 — 4 tygodnie, wreszcie w ostatnich czasach coraz częściej— także zdarzały się i okresy zaledwie kilkunastu przerwa pomiędzy napadami. Napadom tym od samego początku ich trwania towarzyszyły wybitnie rozwinięte objawy świetlne, nie tylko w postaci t. zw. „błyszczących skotomatów” (purpurowych punktów, błyszczących zygzaków), lecz co najczęściej, iluzji wzrokowych, umieszczonych w bocznych odcinkach pola widzenia w postaci długich słupów czarnych lub czerwonych, które czasem nabierają charakteru zupełnie realnego istnienia i przy powierzchownej analizie sprawiają wrażenie halucynacji. Prócz tego w okresie bólu głowy miewa chory czasem objaw t. zw. widzenia następczego a mianowicie zupełnie wyraźnego widzenia przedmiotów, na które patrzył przed chwilą. Kilkakrotnie również w takich okresach istniały istotne halucynacje: chory widział wyraźnie po drugiej stronie ulicy osoby, których w rzeczywistości tam nie było.

Kilkakrotnie miewał chory chwile krótkiego odrętwienia psychicznego, uczucia „jakgdyby niejasności w głowie” oraz „obcości otoczenia”; S. sam miał sposobność obserwowania raz jeden chorego w tego rodzaju stanie, który niewątpliwie należy zakwalifikować jako „petit mal”.

Mniej więcej od półtora roku czyli współrzędnie z wystąpieniem napadów migreny, lecz w czasie nie zawsze z nimi zbieżne — i najczęściej od nich niezależne miewa chory od czasu do czasu napady pewnego szczególnego automatyzmu ruchowego, których przebieg przedstawia się zazwyczaj w następujących zarysach: bywa to najczęściej podczas pracy, zazwyczaj przed południem, nigdy w nocy po położeniu się spać — chory podczas czytania lub nauki, kiedy myśl jego jest zupełnie zaabsorbowana przedmiotem pracy — nagle automatycznie wstaje i dokonywa aktu samogwałtu. Charakterystyczne jest jednak, że większa część tego aktu dokonywana bywa w stanie nieświadomym: chory mianowicie, począwszy od momentu, gdy wstaje od stołu, przy którym pracuje, aż do momentu wytrysku nasienia, jest absolutnie nieprzytomny. W świadomości następczej i pamięci chorego pozostaje tylko chwila, kiedy jakaś nieprzeparata

siła zmusza go do wstania od stołu, oraz ostateczny moment do wytrysku nasienia, kiedy chory w sposób zupełnie dla siebie nieoczekiwany znajduje się na łóżku. Cały okres środkowy (akt chodzenia, kładzenia się na łóżku, erekcji) zachodzi zupełnie automatycznie i nieprzytomnie. Czasem chory powraca do przytomności jeszcze przed wytryskiem nasienia, tuż przed samym momentem wytryskiwania nasienia. Kiedy rozpoczyna się naprężenie prącia, na to chory nie może dać odpowiedzi, w każdym razie w chwili, kiedy chory impulsywnie i automatycznie wstaje od pracy—wtenczas erekcja jeszcze nie zachodzi. Wciągu całego takiego napadu nie doznaje chory zupełnie uczucia libido *sexu alis*; nie doznaje go równie bezpośrednio przed napadem. Napady takie zdarzają się zazwyczaj w okresach 4-0, 5-0 lub 6-tygodniowych, ostatnio miał ich jednak chory 3, w przeciągu 2 miesięcy.

Pod względem psychicznym zmienił się chory o tyle, że stał się w ostatnich czasach bardziej roztargnionym, podobno również pamięć uległa pogorszeniu. Chory jak dawniej, tak i teraz jest usposobienia łagodnego, nie wybucha gniewem, nie miewa okresów depresji. Nie pija, nie pali. Stosunki z kobietami miewa rzadko.

Badanie przedmiotowe wykryło nacieczenie prawego wierzchołka, stępienie, oddech zaostrozony, nieliczne drobne wilgotne rzęzenia po kaszlu. Granice serca normalne, natomiast drugi ton tętnicy płucnej akcentowany, u wierzchołka szmer systoliczny,  $t = 84$ , brak objawów dyskompensacji, ciepłota normalna.

Badanie układu nerwowego nie wykryło jakichkolwiek organicznych objawów ogniskowych: nieznaczna rozlana bolesność czaszki przy opukiwaniu, bardzo żywe odruchy ścięgnowe i wybitne objawy naczynioruchowe. Badanie psychiki chorego nie wykryło wyraźnych braków, specjalnie pamięć nie wykazuje luk, również doświadczałne badanie kojarzeń nie wykryło nienormalnego typu reprodukowania.

Że w przypadku niniejszym mieliśmy do czynienia z typowymi napadami migreny — nie wymaga to dłuższego uzasadnienia. Na uwagę zasługują tu liczne objawy świetlne migrenowe — niektóre tak wybitne, że na pierwszy rzut oka sprawiają wrażenie halucynacji. Prócz tego istnieją — o ile się zdaje, istotne halucynacje wzrokowe, które również odnieść należy na karb migreny. Nie da się dalej zaprzeczyć, że objawy chwilowego zamroczenia, jakim chory podlega, są w związku z istniejącą współzależnie padaczką, która nie dała dotychczas ani jednego napadu drgawek, nie doprowadziła do głębszych zmian psychiki, lecz przejawia się pomiędzy innymi w postaci niezmiernie ciekawych i rzadkich równoważników ruchowych które Féré po raz pierwszy opisał jako t. zw. „onanie paroxistique”. Podkreślić jednak trzeba, że pomimo niewątpliwego głębokiego zaćmienia świadomości, jakie napadom tym towarzyszy, nie są one padaczkowymi stanami zamroczenia („Dämmerzustände”), nie są psychicznymi w szerszym znaczeniu tego słowa, lecz ruchowymi równoważnikami padaczki, skomplikowanymi automatyzmami padaczkowymi, które należy postawić w jednym rzędzie z opisanymi przez S an e t e d e S a n e t i s ' a napadami „muzycznymi” w postaci nieprzytomnego śpiewania oraz z t. zw. „epilepsia pro-

cursiva", której jeden przypadek S. przedstawiał na jednym z zeszytów rocznych posiedzeń sekcji. (Streścił mówca).

b) przypadek chromania przestankowego obwodowego i ośrodkowego.

Chory, 52-letni kupiec, uskarża się, że 5 miesięcy temu nagle wystąpił ból prawej stopy i znieczulenie II-go i III-go palca tej stopy. Podobno zupełnie równocześnie z tem znieczuleniem opadła choremu prawa powieka, nie zakrywając jednak gałki ocznej. W ciągu kilku dni wzmiankowane znieczulenie przesunęło się na grzbiet stopy — wzdłuż zewnętrznego brzegu, tak że chory odtąd miejsca te, jak twierdzi, odczuwa „jakby zaspane”. Twierdzi również, że znieczulenie to utrudnia mu przy chodzeniu ruchy stopą, a w pozycji siedzącej lub leżącej ruchy palcami. Bólów ani w stopie ani w łydce podobno nie miewał ani w spokoju ani podczas chodzenia, tylko po dłuższem chodzeniu mniej więcej od roku doznaje uczucia jakgdyby prawa łydka „była czemś szczególnie obciążoną”. Od czasu do czasu miewa również ból w prawem i lewem kolanie. Na bóle głowy przedtem nigdy nie cierpiał. Napadów migreny nigdy nie miewał. Przed 32 laty rzeżączka. Syfilisu nie przechodził. Nie pijał. Palił oddawna po 20 — 30 papierosów dziennie. Ma 4 dzieci, żona nie ronila.

Badanie przedmiotowe: tętno dość twarde, = 84, drugi ton aorty dzwiecznawy, Riva-Rocci = 150, Ar. p e d i e a z prawej strony nie wyczuwa się zupełnie, z lewej wyczuwa się minimalne nitkowane tętnienie. Inne tętnice (a. poplitea, a. tibialis postica i grubsze pnie tętnicze) tętnią wyraźnie. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Nieznaczne opuszczenie prawej powieki. Oddziaływanie źrenic i ruchy gałek ocznych prawidłowe. Czucie na twarzy i owłosionej części głowy w obrębie wszystkich gałązek nerwu trójdzielnego dokładnie zachowane. Siła mięśniowa w kończynach górnych i lewej dolnej normalna. W prawej kończynie dolnej nieznaczne osłabienie siły mięśniowej en masse bez wyraźnego typu. Ruchy stopą i palcami są nieco powolniejsze, aniżeli odpowiednie ruchy z lewej strony. Myastenicznych objawów w prawej kończynie dolnej niema: przy zginaniu i rozginaniu prawej stopy kilkadziesiąt razy występuje ściąganie w prawej łydce, z lewej strony nie ma tego objawu. Odruchy z mięśnia trójgłowego obustronnie słabe, okostnowe z promienia nie występują. Odruchy kolanowe zachowane, z ścięgna Achillesa bardzo słabe, prawy słabszy. Odruchów brzusznych brak, mosznowe słabe, odruch podszwowy normalny. Czucie we wszystkich postaciach wszędzie dokładnie zachowane po za II, III, IV i po części V palcem oraz środkową częścią grzbietu prawej stopy, gdzie chory zarówno dotyk, jak ukłucie i zimno odczuwa daleko słabiej niż w innych miejscach: ciepła w wzmiankowanej okolicy nie odczuwa zupełnie. Brak bezładów. Dno oka normalne. Chód nie wykazuje cech patologicznych. Mocz bez białka. Brak zmian w oddziaływaniu elektrycznym mięśni kończyn dolnych.

Podczas trzymiesięcznego pobytu chorego w szpitalu w okresie pomiędzy lipcem a wrześniem r. b. na tle wyżej zaznaczonych objawów stałych spostrzegano dwukrotnie szczególne napady w obrębie nerwów czasz-



kowych raz w końcu lipca, drugi raz w połowie września. Chory mianowicie dostał nagle bardzo gwałtownego bólu w okolicy prawej skroniowej i prawego oczodołu (bez mdłości, wymiotów, światłowstrętu, jakichkolwiek skotomatów i wzmożonej wrażliwości); następnego dnia zwykle nieznaczne opuszczenie prawej powieki uległo tak znacznemu nasileniu, że opuszczona powieka zakrywała całą niemal rogówkę z wyjątkiem wąskiego dolnego odcinka. Powieka była przytem wyraźnie obrzmiała bez jakiegokolwiek zaczerwienienia. Tegoż dnia chory uskarżał się prócz bardzo silnego bólu w prawej czołowej okolicy i w okolicy prawego oczodołu na zupełne znieczulenie prawej połowy owłosionej części głowy, prawej połowy twarzy i nosa, prawej górnej i w mniejszym stopniu prawej dolnej powieki. Przedmiotowo istotnie stwierdzić można było wtedy zupełne znieczulenie na dotyk, ból, ciepło i zimno w obrębie I a części i II gałązki prawego nerwu trójdzielnego; tylko na dolnej powiece znieczulenie nie było zupełne, lecz chory odczuwał słabiej niż po stronie lewej. Na wargach, języku i błonie śluzowej policzka czucie było zachowane. Po dwóch dniach opuszczenie prawej powieki zmniejszyło się. Tegoż dnia można było już stwierdzić tylko hypestezię, hypalgezię i hypotermję w zaznaczonych okolicach nerwu trójdzielnego, zaś czwartego dnia minęły zupełnie i te zaburzenia czuciowe, pozostał tylko ból w okolicy prawego oczodołu, który przeszedł dopiero po tygodniu. Takież sam napad obostrzenia prawostronnej ptozy wraz z bólem głowy i znieczuleniem w obrębie n. trójdzielnego, jakkolwiek w stopniu znacznie słabszym, przeszedł chory po raz drugi w połowie września r. b.

Zakwalifikowanie objawów ze strony prawej kończyny dolnej nie naręcza poważniejszych trudności: brak tętnienia a. dorsalis pedis jest tu objawem rozstrzygającym. Jakkolwiek nie mamy tak charakterystycznych dla chromania przestankowego objawów bólowych po dłuższem chodzeniu, istnieje jednak objaw z kategorii czuciowej, który może być uważany za równoważnik tych objawów, a mianowicie występujące po dłuższem chodzeniu uczucie „jakgdyby łydka była czemś szczególnie obciążoną“. Również występujące w przypadku niniejszym podmiotowe i przedmiotowe zaburzenia czuciowe w obrębie prawego n. strzałkowego głębokiego, jakkolwiek w przebiegu chromania przestankowego należą do rzadkości, jednakże nie przemawiają przeciwko temu zapoznaniu; zwrócił na nie po raz pierwszy uwagę Schlessinger przy ostro powstałej niedrożności tętnic; również daje się je wywołać w sposób doświadczalny. Na uwagę z objawów klinicznych zasługuje brak objawów apokamnozy w kończynach dolnych oraz wybitny nikotynizm w wywiadach.

Daleko trudniejsza jest ocena objawów ze strony prawego nerwu okoruchowego i trójdzielnego. O ile pominiemy objawy ze strony kończyn, to napady bólów w okolicy prawej czołowej i prawego oczodołu w połączeniu z wybitnem opuszczeniem prawej powieki składają się na obraz zupełnie zbliżony do t. zw. „migraine ophthalmoplegique“ Charcot'a resp. „nawrotowego porażenia nerwu okoruchowego“ niemieckich autorów (periodische Oculomotoriuslähmung). Nie przemawiałyby przeciwko temu przypuszczeniu nawet występujące równorzędnie zaburzenia czu-

ciowe w obrębie nerwu trójdzielnego, gdyż w rzadkich bardzo przypadkach spostrzegano je i przy „migraine ophtalmoplégique“ (przypadek *Vissering'a*), nie przemawiałby przeciwko temu przypuszczeniu również i fakt, że opuszczenie powieki w postaci zaczątkowej istniało i w okresie międzypadowym, gdyż odpowiadałoby to postaci migreny ocznej, którą wyodrębnił Senator pod nazwą „*periodisch exacerbirende*“. Natomiast daleko ważniejszy jest fakt, że chory nigdy na migrenę nie cierpiał i byłoby rzeczą zupełnie niezwykłą wystąpienie migreny w wieku starym; najważniejsza zaś jest okoliczność, że opuszczenie powieki wystąpiło zupełnie nagle na kilka miesięcy przed jakimkolwiek bólami głowy i że wystąpiło zupełnie r ó w n o c z e ś n i e z objawami naczyniowymi w prawej kończynie dolnej. Nie możemy przeto w przypadku niniejszym przyjąć migreny istotnej, możemy mówić co najwyżej o migrenie symptomatycznej oraz przypuścić, że jak w migrenie zwykłej objawy powstają na tle czynnościowego zwięzienia światła w naczyniach, tak tu powstały one na tle organicznych zmian w naczyniach, jako objaw t. zw. „*claudication cerebrale*“. Z zachorzeniem jakich właściwie naczyń mamy tu do czynienia jest to rzecz trudna do rozstrzygnięcia — może to być sprawa zarówno w obrębie jąder, jak i korzeni, najprawdopodobniejsze są jednak zmiany naczyniowe na podstawie czaszki. W każdym razie na podkreślenie zasługuje tu kombinacja objawów chromania przestankowego w obrębie naczyń obwodowych i mózgowych.

(Streścił mówca).

V. H. HIGIER. Hindus Smaun Sing Hpoo, gimnasta zawodowy, dotknięty infantylizmem cielesnym i umysłowym.

Hpoo, młody wyznawca Buddy, pochodzi z rodziny zdrowej, urodzonej w Burmie, angielskiej kolonii wschodnio-indyjskiej. Liliputem też była starsza jego siostra Fatma, produkująca się razem z nim w cyrkach, która zmarła nagle od wrodzonej wady serca na scenie w Texas. Pozostałe liczne rodzeństwo jest zbudowane prawidłowo. Prócz zapalenia opłucny Hpoo nie przechodził żadnych chorób. Do 10 lat rósł bardzo powolnie, tak że w 11-ym roku życia miał długość 54 ctm., a wagę niecałych 8 funtów. Następne 10 lat szybko rósł w górę, tak że w 20-m roku życia, gdy był demonstrowany przez Virchowa w Berl. Tow. Antropologicznem, miał wysokość nie o wiele mniejszą od obecnej. W ostatnich latach wypadają mu zęby bez bólów i ropienia, tak iż zmuszony był wprawić sobie lilipuci garnitur zębów sztucznych. Płciowo od kilku lat jest dojrziałym i wykonywać potrafi stosunek płciowy, dość zgrabnie i niezbyt rzadko.

Hpoo, mając lat 28, robi wrażenie chłopca 7 letniego. Długość wynosi 94 ctm., waga 33 funty, obwód czaszki 42 ctm., ramienia 44, голени 26, brzucha 47 ctm.

Z uchyleń od normy zasługuje na uwagę: spłaszczenie nieznaczne potylicy, zez lewego oka i przyrośnięcie małżowiny usznej. Budowa kośćca i układu mięśniowego zupełnie normalna. Muskulatura znakomicie rozwinięta, mięśnie ramienia i podudzia podczas kurczenia się przypomi-

nają muskulaturę atletyczną. Hppo mówi wyraźnie wysokim dziecięcym dyszkantem. Jada i pija nie o wiele mniej od dorosłego. Narządy płciowe dobrze rozwinięte. Tarczycza niewyczuwalna. Gimnastykuje się na trapezie i podnosi ciężary znakomicie, ślizga się na łyżwach i rolkach, roweruje i tańczy świetnie, strzela celnie.



Psychika mimo zapewnień impressarja jest znacznie upośledzona. Usposobienie łagodne, pociąg do czystości i elegancji, posiada ucho muzyczne, zna łatwe gry karciane, uczy się łatwo gimnastyki, lubi się bawić jak dziecko, chętnie uczęszcza co wieczór do cyrku, w którym sam się produkuje, przypatrując się temuż programowi. Włada słabo trzema językami, jest analfabetą mimo nauki kilkomiesięcznej, nie umie nic liczyć i obli-



zczać, nie pamięta, ile tygodni znajduje się w Warszawie. Obcy mu jest zmysł współczucia i altruistyczny kierunek myślenia. Wzruszenia są zazwyczaj krótkotrwałe. Suggestywność znacznie wzmożona, impuls naśladowczy wybitnie zaznaczony. Skoncentrowanie dłuższe uwagi dowolnej udaje się z trudnością.

Higier, analizując bliżej H p p o, rozpoznaje kombinację t. zw. infantylnizmu cielesnego z duchowym. Pierwszy jest widoczny, nie bacząc na to, że układ mięśniowy jest niezwykle rozwinięty. Co do drugiego, to należy pamiętać, że zбочzenia w życiu psychicznem są zazwyczaj u nich natury ilościowej. Głupowatość jest nie tylko psychiczną minjaturą człowieka normalnego, lecz również karykaturą psychiki normalnej, zбочzeniem patologicznem typu ludzkiego. Przy infantylnizmie przeciwnie osobniki nie są dotknięte chorobliwym rozwojem, lecz przedwczesnem zatrzymaniem się rozwoju duchowego. Przy tem zaburzeniu rozwojowem cały ustrój zachowuje typ dziecięcy lub młodzieńczy i osobnik w znaczeniu rodzajowem rozwijać się nie może. Infantylnizm ten przedstawia rodzaj anaf lub heterochronizmu: ten i ów liliput, nie okazując postępującego osłabienia psychicznego, pozostaje pod względem duchowym przez całe życie duchowym dzieckiem (*infantylismus*) lub młodzieńcem (*juvenilismus*). W przeciwieństwie do głupowatości (*imbecillitas*), która przedstawia odmienny typ rodzajowy, w infantylnizmie występuje dziecięcy mechanizm psychiczny, lecz mechanizm rodzajowy, właściwy stanowi normalnemu.

H p p o pod względem gracji i symetrii w budowie ciała lilipuciego stanowi też rzadki okaz nader wybitnego czystego infantylnizmu cielesnego.

Co z nowoczesnych badań w tej dziedzinie zasługuje szczególnie na uwagę, to są następujące fakty: a) infantylnizm somatyczny rzadko przebiega bez jednoczesnego psychicznego; b) infantylnizm bywa ogólny i częściowy; c) obok infantylnizmu wrodzonego istnieje rzadka postać nabytego po urazach głowy i po ciężkich chorobach w dzieciństwie; d) wśród licznych momentów przyczynowych pierwszorzędną rolę odgrywają zaburzenia rozwojowe w gruczolach o wydzielaniu wewnętrznem (tarczycza, trzustka, nadnercze, przysadka i t. d.); e) w wielu przypadkach infantylnizm jest wytworem wrodzonej *insuffisanca polyglandularis*; f) infantylnizm bywa czasem rodzinny.

(Streścił mówca).

Sekretarz S t. K o p c z y ń s k i.

## LISTY Z LONDYNU.

---

### I.

Cała działalność neurologiczna naukowa w Londynie grupuje się właściwie koło dwóch głównych ognisk: szpitala National hospital for the paralysed and epileptic oraz szpitala dla umysłowo chorych Claybury Asylum, ponieważ prawie wszyscy pracujący naukowo neurologi (z kilkoma wyjątkami) w Londynie, jeżeli nawet pracują w innych szpitalach lub pracowniach, główne prace wykonywują w tym pierwszym lub w drugim; również i materiał kliniczny przeważnie zostaje przysyłany do tych dwóch instytucji. National hospital for the paralysed and epileptic (w skróceniu nazywany poprostu National hospital) nie jest szpitalem, jakby to można sądzić z tytułu, tylko dla epileptyków i paralityków lecz dla wszystkich chorych nerwowych; szpital ten pomieszczony niemal w środku miasta został przed kilku laty rozszerzony i posiada przeszło 160 miejsc, oddział elektro i hydroterapeutyczny i specjalny oddział chirurgiczny. Do szpitala należy również ambulatorjum dla chorych z miasta; frekwencja chorych w ambulatorjum jest bardzo duża (codziennie kilkadziesiąt przypadków), materiał bardzo ciekawy. Szpital ma po części i znaczenie pedagogiczne, ponieważ odbywają się w nim wykłady dla lekarzy i dla starszych studentów. Wykłady są czterech rodzajów: po pierwsze dwa razy na tydzień odbywają się wykłady publiczne na jakiś specjalny temat, za każdym razem przez innego lekarza szpitala (z ciekawszych odczytów wygłoszone były dotychczas odczyty Sargenta o żebrze szyjnym, Risien Russell'a na temat „paraplegia”, Wilson'a o zanikach mięśniowych w wiądzie rdzenia; ten ostatni podał wyniki badania anatomo-patologicznego w przypadku wiądu ze zmianami w rogach przednich rdzenia, typowemi dla rdzeniowej postaci zaników mięśniowych (inne zmiany w rdzeniu były charakterystyczne dla wiądu). Po drugie — cztery razy tygodniowo odbywa się wykład w ambulatorjum przy badaniu nowoprzybywających chorych (t. zw. outpatient teaching); materiał ambulatoryjny jest niezmiernie ciekawy i różnorodny; niestety jednak z powodu wielkiego napływu chorych (w przeciągu 2 godzin przyjmują około 15 chorych) badanie bardzo rzadko jest dostateczne, zazwyczaj zwracają uwagę tylko na główne objawy choroby. Po trzecie trzy razy na ty-

dzień odbywa się wykład przy łóżku chorego (t. zw. in patient teaching). Po czwarte, wreszcie, w każdym semestrze odbywają się trzy specjalne kursy z niektórych działów neurologji; kursy te są przede wszystkim przeznaczone dla starszych studentów i zawierają mało nowych wiadomości.

Przechodząc do wewnętrznej działalności szpitala należy zwrócić przede wszystkim uwagę na bardzo rozszerzone granice leczenia chirurgicznego, które stosują prawie we wszystkich przypadkach meningitidis chronicae spinalis i cerebrealis, nowotworów układu nerwowego ośrodkowego, neuralgji nerwu trójdzielnego, wreszcie w przypadkach padaczki Jacksona, dzięki głównemu chirurgowi szpitala Horsley'owi oraz dwóm innym chirurgom a mianowicie Sargent i Armourom.

Co się tyczy meningitidis chronicae spinalis, to Horsley postępuje w następujący sposób: wykonywa laminectomię, rozcina oponę twardą i przemywa ją wewnątrz gorącym (około  $120^{\circ}\text{F} = 48^{\circ}\text{C}$ ) roztworem sublimatu; nie należy obawiać się zbyt mocnych roztworów, tak że można dojść do 1:500<sup>\*)</sup> (wykazano to tu w 2-ach przypadkach z dobrym wynikiem), zazwyczaj jednak wystarcza roztwór 1:2000 — 1000. Po przemyciu, opony twardej nie zeszywa się; skóra powinna być zaszyta, drenów nie wstawia się. Co się tyczy kwestji zeszywania opony twardej, to dawniej zeszywano ją z tego względu, żeby powstrzymać wypływanie płynu mózgowo-rdzeniowego do rany, w ostatnich jednak latach niemal we wszystkich przypadkach opona twarda zostaje otwarta, ponieważ okazało się, że rana goi się również szybko jak i po zaszyciu opony, po za tem wypływa zazwyczaj nie zbyt wielka ilość płynu. Zabieg ten jest połączony często z bólami głowy i biciem serca, co zresztą przy laminectomji zdarza się niezbyt rzadko. Z drugiej znów strony można przypuszczać, że pozwalając na ujście płynu mózgowo-rdzeniowego w przeciągu krótkiego czasu, — kilku dni, w ten sposób po części usuwa się niepotrzebny zastój płynu. Sama rana pozostaje zupełnie sucha i płyn uchodzi nie przez ranę, lecz prawdopodobnie bywa wessany przez naczynia limfatyczne. Ponieważ w znacznej większości przypadków (około 90%) przyczyną zapalenia jest przymiot, należy więc przeprowadzić po dokonanej operacji energiczne leczenie swoiste. Horsley przypuszcza, że prawdopodobnie bardzo wiele przypadków tak zwanej myelitis acuta jest w rzeczywistości pochodzenia oponowego i że wobec tego laminectomia z przemyciem przestrzeni podoponowej mogłaby bardzo często wstrzymać cały przebieg zmian następczych

\*) Brit. med. Journ. 1909. Horsley.



głębszych w istocie rdzenia. Wogóle operacji takich H. wykonał około 140 z bardzo dobrym wynikiem podobno bez zejść śmiertelnych.

Wyniki operacji przypadków z objawami nowotworów mózgu niestety nie przedstawiają się równie zachęcająco; odsetek kompletnego wyleczenia jest stosunkowo bardzo niewielki, i główny zastęp chorych przedstawiają ci, którym operacja przedłużyła życie zaledwie na kilka miesięcy i dała ulgę podmiotową. Wogóle jednak operują tutaj chorych z objawami nowotworu mózgu bardzo często, przytem trzymają się następujących wskazań. W przypadkach padaczki Jacksona i wobec innych objawów nasuwających przypuszczenie cierpienia nowotworowego mózgu, należy przeprowadzić leczenie środkami wewnętrznymi lecz nie dłużej jak 6 — 8 tygodni, i to tylko wtedy, o ile objawy nie są zbyt ostre (naprz. szybko postępujące zapalenie n. wzrokowego). Jeżeli po takim leczeniu niema wyraźnej poprawy należy wykonać operację. Operacje paljatywne wykonywane są częściej niż tak zw. operacje lecznicze t. j. z usunięciem nowotworu. W razie postępującej tarczy zastoinowej należy niezwłocznie operować; często już po pierwszej części operacji, polegającej tylko na usunięciu kości czaszki, może nastąpić poprawa, jednak należy rozciąć również i oponę twardą, co wykonywa się w parę dni po pierwszej operacji. O ile zmiany na dnie oka polegały wyłącznie na tarczy zastoinowej (naprz. bez wylewów krwawych do siatkówki), wtedy zawsze następuje nie tylko poprawa wzroku, lecz czasem i zupełne wyzdrowienie. Co się tyczy znaczenia tarczy zastoinowej dla umiejscowienia nowotworu (a więc i dla kwestji, z której strony czaszki należy wykonać dekompresję), to panują tu dwie teorie; przedstawicielem jednej z nich jest P a t o n, okulista National hospital\*), przedstawicielem drugiej H o r s l e y, który specjalnie zaznacza, że zastoina tarczy jest prawie zawsze „ipsolateral” t. j. występuje naprzód po stronie nowotworu\*\*), a w stanach późniejszych, kiedy zajęta jest tarcza i w drugim oku, to w każdym razie zmiany są większe po stronie nowotworu; oczywiście wyniki badania są tem pewniejsze, im wcześniej badanie następuje, tak że zazwyczaj u chorych szpitalnych, na których opiera teorię przeciwną P a t o n, objaw ten nie występuje tak jaskrawo. H. przeprowadził ostatnio dokładne badanie w 18 własnych przypadkach nowotworu mózgu, sprawdzonych operacyjnie; we wszystkich tych przy-

\*) Brain. 1909, a także odczyt w National Hospital, listopad 1910 r.

\*\*) Sprawozdanie ze zjazdu British Medical Association 1909 r.

padkach za wyjątkiem trzech — tarcza zastoinowa była „ipsolateral”; co się zaś tyczy tych 3 przypadków, to tylko w jednym były wyraźnie większe zmiany po stronie przeciwnej nowotworu. H. zwraca uwagę jeszcze i na to, że jeżeli przyczyną zastoiny jest zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, to zazwyczaj zmiany rozpoczynają się w górnej części tarczy, a wobec tego i zwężenie pola widzenia przedewszystkiem występuje w dolnym odcinku.

W niektórych przypadkach glejaków mózgu, których nie można było usunąć podczas operacji, stwierdzono ciekawe zjawisko, mianowicie glejaki zamiast się rozrastać (po operacji tylko paliatywnej t. j. dekompresyjnej) zaczynają ulegać zanikowi. Przypadków takich obserwowano już kilka i po śmierci, która w dwóch przypadkach nastąpiła w kilka lat po operacji na skutek innej choroby, na sekcji stwierdzono bliznowate zagojenie.

Zarówno przy operacjach nowotworów mózgu, jak i przy innych operacjach mózgowych postępowanie operacyjne jest nie tylko aseptyczne, ale i słabo antyseptyczne, mianowicie prawie przez cały czas operacji irygują pole operacyjne gorącym (p. wyżej) roztworem sublimatu (1 : 10000 do 2000).

Do bardzo częstych operacji należy również usunięcie zwoju półksiężycowatego (ganglion Gasseri) metodą Krausego. Jeżeli po krótkotrwałym leczeniu środkami wewnętrznymi, lub po jedno lub czasem kilkakrotnem wstrzyknięciu alkoholu do nerwu nie następuje *w y l e c z e n i e*, przystępują do operacji; najlepsze wyniki po wstrzyknięciu alkoholu można obserwować w tych przypadkach, w których zajęta jest tylko jedna gałązka nerwu trójdzielnego. Horsley wykonał około 160 operacji (inni chirurdzy szpitala również dosyć często wycinają ganglion Gasseri) z 7% śmiertelności; umierali chorzy starsi, powyżej lat 50, u chorych poniżej lat 50 nie było przypadku śmierci. Przyczyną śmierci raz była posocznica, w pozostałych zwapnienie naczyń. Po operacji bóle przechodzą dosyć szybko i oczywiście nigdy nawrotów niema.

Jeżeli przejdziemy obecnie do opisu prac laboratoryjnych lekarzy grupujących się w szpitalu National Hospital, to większość prac wykonaną zostaje bądź w pracowni szpitala, bądź też w pracowni H o r s l e y'a w University College. W szpitalu, jak wogóle w większości szpitali angielskich, nie wolno dokonywać wiwisekcji, i z powodu tego z pracowni szpitalnej wychodzą tylko prace histo-patologiczne, prace eksperymentalne natomiast z pracowni Horsley'a.

Z prac w laboratorium szpitalnem na specjalną uwagę zasługują prace W i l s o n a: 1) wyżej wspomniana praca o zaniakach mięśniowych w władze rdzenia i 2) ciekawe badanie trzech przypadków bardzo rzadkiej choroby rodzinnej, polegającej

na wyłącznem obustronnem rozmięczeniu ciała prążkowanego (corpus striatum) i jednoczesnej marskości wątroby. Choroba ta rozpoczyna się około 20-go roku życia i przejawia się w stopniowo zwiększającym się drżeniu kończyn górnych i dolnych, drżeniu przypominającym paralysis agitans, hipertonji mięśni kończyn i zaniku inteligencji. Przebieg jest albo bardzo szybki — w przeciągu kilku tygodni albo miesięcy następuje śmierć, lub też przewlekły — (do 12 lat); zmiany w mózgu i w wątrobie prawdopodobnie wywołane są przez jedne i te same toksyny; zmiany w naczyniach krwionośnych są bardzo nieznaczne, nie ma ani zwapnienia naczyń ani też zmian syfilitycznych. Podobne przypadki opisano zaledwie kilka razy, ostatnio zdaje się, Homén w r. 1892 (Arch. f. Psych. str. 191).

Z innych lekarzy szpitala najwięcej pracuje laboratoryjnie Gordon Holmes, który ogłosił ostatnio swoje badania nad zmianami przy myotonia congenita, Fr. Batten, który specjalnie interesuje się kwestją zaników mięśniowych i kilku innych. Naogół nie widać tu żadnego wyraźnego planu, praca laboratoryjna w szpitalu robi wrażenie raczej zależnej od przypadku i dorywczej; wybitni kierownicy neurologji angielskiej Bastian (liczy obecnie lat 73), Jackson (przeszło 70 lat) nie pracują już naukowo od kilku lat, a Gowers odsunął się od pracy około 8 miesięcy temu, i przychodzą oni do szpitala tylko bardzo rzadko — raz na kilka miesięcy.

Natomiast praca w laboratorium Horsley'a w University College jest daleko bardziej usystematyzowana i planowa. Jak wiadomo, od wielu już lat wykonywane są tam badania nad ośrodkami ruchowymi w korze mózgu, a w ostatnich latach nad zwyrodnieniami dróg mózgowych, a zwłaszcza nad drogami, idącymi do i od mózdzku. Jądra mózdzku u psów, kotów i małp są małe, głęboko położone i trudno dostępne dla doświadczzeń tylko nad nimi; tymczasem jest to oczywiste, że, by otrzymać wyniki bez zarzutu za pomocą metody Marchiego, należy zniszczyć tylko jądro, albo nawet tylko część jego, w ten sposób, żeby otaczająca tkanka uległa tylko minimalnemu uszkodzeniu, ponieważ wszystkie dodatkowe kombinacje utrudniają rozpoznanie zwyrodnień właściwych dróg. Tego nie można dokonać ani za pomocą najdelikatniejszego nawet noża, ani galwanokaustyką ani też przypalaniem grzającymi kwasami, ponieważ zawsze przytem otrzymuje się dość znaczne uszkodzenie tkanki przylegającej. Aby usunąć, albo przynajmniej zmniejszyć to zło Clarke w laboratorium Horsley'a obmyślił specjalny stereotaktyczny przyrząd, za pomocą którego można przy pewnej sprawności i uprzedniem wykonaniu wymiarów na czaszkach zwierząt zabitych dokonywać niszczenia lub podrażnienia nie tylko jąder mózdzku, lecz również jakiegokolwiek części mózgu z nadzwyczaj-



ną dokładnością i z bardzo małymi omyłkami. Zasady, na mocy których został przyrząd ten skontruowany są następujące: „1) każde nieregularne stałe ciało może być podzielone trzema płaszczyznami w trzech wymiarach na 8 segmentów, z których w każdym trzy wewnętrzne powierzchnie będą powierzchniami sześcianu; 2) w każdym stałym ciele, w którym punkt stały może być określony na płaszczyźnie powierzchni, wyobrażających trzy wymiary sześcianu, może być utożsamiony przez trzy prostopadłe odpowiedniej długości, zależnej od tych powierzchni, i jest tylko jedynym punktem, w którym te prostopadłe mogą się spotkać; 3) igła może zastępować którąkolwiek z tych trzech prostopadłych, a w tym celu, żeby mogła być kierowana mechanicznie do któregośkolwiek żadanego punktu jednego z tych segmentów, niezbędny jest przyrząd, który mógłby ją wprowadzić w kierunku prostopadłym do jednej powierzchni, a tem samem — równoległym do dwu drugich, a przytem i w pożądaney odległości od pierwszej powierzchni i dwu drugich t. j. powinno się mieć możliwość kierowania igłą w trzech wymiarach”.

Otóż czaszkę podzielić można płaszczyznami — strzałkową, czołową i poziomą (podział na żywym zwierzęciu musi być oczywiście dokonany w wyobraźni); środek przewodu słuchowego zewnętrznego i środek dolnego brzegu oczodołu obustronnie można przyjmując dla określenia płaszczyzny poziomej; cięcie płaszczyzny czołowej może być pionowe do tej poziomej i przechodzić przez środek obu przewodów słuchowych; strzałkowa płaszczyzna będzie przecinać czaszkę pionowo do dwu poprzednich. Wymiary czaszki u jednego i tego samego rodzaju zwierzęcia (np. *Macacus rhesus*) nie bardzo się różnią i po wykonaniu wymiarów kilku czaszek można znaleźć średnie przeciętne liczby; z powodu jednak, że prawie każda czaszka ma pewne nieznaczne nienormalności, należało przyrząd skonstruować tak, żeby go można było nieco rozsuwać lub zwaćać. Punkty oparcia przyrządu na czaszce są oczodoły, oba przewody słuchowe zewnętrzne oraz potylicą. Igła, odpowiedniej długości (dla małpy *rhesus* 10 — 12 cm.), którą łączy się z prądem elektrycznym, wykonana jest z irydoplatyny (o średnicy 0,22 milim.) i pomieszczona jest w włóskowatej szklanej rurce (o średnicy od 0,35 — 0,70 milim.). Igłą tą można dokonać bądź elektrolizy lub też podrażnienia ośrodków w mózgu\*). Miałem sposobność być świadkiem kilku doświadczeń dokonanych za pomocą tego przyrządu (elektroliza

\*) Dokładny opis całego stereotaktycznego przyrządu wymagałby zbyt wiele miejsca; w ostatecznej udoskonalonej formie opisany jest przez Horsley'a i Clarke'a w „Brain” 1908 r.

thalami optici, nuclei lentiformis, nuclei caudati), i widziałem, z jaką dokładnością można, przy odpowiedniej umiejętności, operować tym instrumentem, przyczem otaczająca tkanka ze względu na bardzo ciekłą igłę ulega b. nieznacznemu uszkodzeniu. W ostatnich kilku latach większość doświadczeń dokonywa się tym właśnie przyrządem \*).

J. Handelsman.

Londyn, 5 grudnia, 1910 r.

---

SPROSTOWANIE. W pracy J. Hornowskiego „Przypadek zadzierżnienia nerwu okoruchowego” na str. 52 wydrukowano: „postawiono rozpoznanie przypuszczalne miażdżycowe stwardnienia tętnic na podstawie mózgu i jakiegoś ogniska w moście Varola i t. d.”, powinno zaś być: „postawiono rozpoznanie przypuszczalne miażdżycowego stwardnienia tętnic na podstawie mózgu i jakiegoś ogniska w szypułce mózgowej (pedunculus cerebri)..., na str. 54 wydrukowano „pasma tkanki łącznej, idące od zgrubiałych opon na moście Varola i t. d.”, powinno zaś być: „pasma tkanki łącznej, idące od zgrubiałych opon na szypułce mózgowej...”

---

\*) Z pośród prac ważniejszych wymienić należy: 1) Note on the existence of Reissner's fibre in higher vertebrates. Brain 1908; 2) On the cervical spino-bulbar and spino-cerebellar tracts and on the question of topographical representation in the cerebellum. Brain 1909; 3) On the structure and functional relations of the optic thalamus. Brain 1909; 4) The mesencephalic root of the fifth nerve. Brain 1910.

## TREŚĆ ZESZYTU V TOMU I.

### PRACE ORYGINALNE.

J. Babiński. Porażenie poprzeczne kurczowe pochodzenia organicznego z przykurczeniami zginaczy i ruchami mimowolnymi. . . . .	1
S. Goldflam. W kwestji Jodbasedowa . . . . .	7
E. Flatau i Wł. Sterling. O myoklonji objawowej w cierpieniach ograniczonych ośrodkowego układu nerwowego u dzieci . . . . .	18
S. Borowiecki. Badania porównawczo-anatomiczne i doświadczalne nad istotą szarą mostu Varola i jej połączeniami (dokończenie) . . . . .	41
J. Hornowski. Przypadek zadzierzgnięcia (strangulatio) nerwu okoruchowego . . . . .	52
R. Radziwiłłowicz. Stanowisko psychologa . . . . .	55
STRESZCZENIA . . . . .	63

### NEUROLOGJA.

**ANATOMJA. FIZJOLOGJA.** May i Horsley. Droga wewnątrzmożgowa piątego nerwu str. 78. Lewy. Jądro Deitersa i pasmo jego str. 83. Sala i Cortese. O objawach powstających w rdzeniu po wrywaniu korzeni str. 84. Barenne. O działaniu strychniny na pobudliwość zwojów międzykręgowych str. 85. Vries. Uwagi w sprawie rozwoju ontogenetycznego i anatomji porównawczej przedmurza str. 85. Biondi. Doświadczenia nad zwyrodnieniami pierwotnymi włókien nerwowych mózgu i rdzenia po zatruciach str. 86. Petřén. O drogach czuciowych w rdzeniu badanych w przypadkach ran ciętych rdzenia str. 97. Elmiger. Przyczynek do anatomji patologicznej zwężenia źrenic z nieruchomością str. 99. Wenderowicz. O rozcinaniu mózgu człowieka na kawałki str. 102.

**SYMPTOMATOLOGJA.** Michałowicz\*. Pobudliwość galwaniczna nerwów obwodowych w przebiegu błonicy str. 66. Stern. Objaw Kerniga; jego obecność i znaczenie w porażeniu postępującem i stwardnieniu tętnic str. 71. Wulff. Badania porównawcze nad reakcją Wassermanna, limfocytozą i reakcją globulinową w cierpieniach układu nerwowego str. 88. Behr. O niedowidzeniu połowiczem str. 88. Alexander. O „objawie nożnym” w tężycie str. 91. Żukowskij. O objawie podeszwowo-palcowym str. 100. Nauman. O znaczeniu klinicznym odruchu muszlowo-twarzowego str. 101.

**CIERPIENIA OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH.** Dercum. Sarkomatoza opony twardej mózgowej, naśladująca zapalenie przerostowe opony twardej rdzeniowej str. 72. Bruce i Cotterill. Zapalenie



opon tylnej części podstawy mózgu; wodogłowie nabyte; wyleczenie przez nakłucie komory czwartej str. 77. Warrington. O gruźliczem zapaleniu opon mózgowych str. 82.

**CIERPIENIA MÓZGU.** Higier<sup>s</sup>. W sprawie rokowania przy Encephalitis i Polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum str. 64. Higier<sup>s</sup>. Nawroty przy nowotworach wrzekomych mózgowia str. 65. Dercum. Trzy przypadki guzów w płacie czołowym str. 72. Spiller. Rozpoznanie różniczkowe za pomocą promieni X pomiędzy wodogłowiem wewnętrznym i guzem mózgowia str. 77. Cushing. Ucisk n. odwodzącego przez gałęzie boczne tętnicy podstawnej w przypadku guza mózgowia str. 79. Boyd. Przypadek nowotworu przysadki mózgowej str. 81. Cassirer i Schmieden. Przypadek torbieli mózdzku operowanej str. 93. Star. Głuchota wskutek zmian w mózgu str. 70. Pollack. W sprawie przekucia mózgowego str. 90. Lots. W sprawie leczenia uderzeń krwi do mózgu. str. 91. Szerbak. Omamy psychomotoryczne wyrazowe i inne objawy zależne od podrażnienia ośrodków korowych mowy w padacze Jacksona str. 76.

**CIERPIENIA RDZENIA.** Rappel<sup>s</sup>. Przyczynek do kazuistyki dziecięcych porażań rdzeniowych z uwzględnieniem ich epidemiologii oraz patogenety str. 65. Currie i Bramwell. Spostrzeżenia dotyczące okresu wylegania w ostrym zapaleniu rogów rdzenia przednich str. 78. Krause. W sprawie etjologii porażenia dziecięcego str. 87. Meinicke. Badania doświadczalne nad ostrym porażeniem dziecięcym str. 88. Fry i Schwab. Laminektomia wskutek bólów korzeniowych pochodzenia syfilitycznego str. 70. Langdon. Radiculitis str. 71. Uibeleisen. W sprawie leczenia bezładu str. 95. Bastian. Zator w naczyniach rdzenia jako przyczyna powstawania ostrego zapalenia rdzenia str. 82.

**CIERPIENIA NERWÓW.** Barraquer. Zwyródnienie i odradzanie się w układzie nerwowym obwodowym str. 68. Petré. Kilka uwag o leczeniu nerwobólu kulszowego i zapalenia starczego stawu biodrowego str. 74. Erben. Porażenie n. twarzowego po zatruciach produktami spożywczymi str. 95.

**CHOROBA BASEDOWA. PŁASAWICA. HISTERJA.** Groves i Joel. Objawy tężyczki w przypadku choroby Basedowa str. 81. White. W sprawie leczenia i rokowania w chorobie Basedowa str. 82. Kuchendorf. Dwa przypadki choroby Basedowa z poprawą na skutek stosowania promieni Roentgena str. 90. Roden. Przypadek płasawicy wyleczony wyciągiem z gruczołów tarczowych str. 81. Frotsher. Przyczynek do obrazu klinicznego płasawicy przewlekłej str. 99. Romberg. O istocie i leczeniu histerji str. 88.

**VARIA.** Meige. Kurcze twarzy; postać kliniczna kurczu twarzowego obustronnego pośrodkowego str. 67. Soderberg. Czy można przypisywać niektóre zaburzenia ruchowe w śluzobrzęku zmianom w mózdzku? str. 68. Stössner. Przypadek śluzobrzęku w zwią-

ku z ciążą str. 94. Spiller. Bezład Friedreicha str. 68. Szerbak. Przyczynek do nauki o znaczeniu chorobotwórczem włosogłówki str. 73. Brun. O infantyлизmie pochodzenia zimniczego str. 75. Catola. Badania nad układem nerwowym dzieci pochodzących od rodziców chorych; kilka uwag o usposobieniu chorobowym str. 75. Hevesi. Przyczynek do operacyjnego leczenia choroby Littla za pomocą wycinania tylnych korzeni str. 89. Erb. O chromaniu przestankowem str. 92. Rachmanow. Zmiany w narządach wewnętrznych w przeroście mięśni wrzekomym str. 99. Przychodzki. Ustrój ludzki jako źródło wyładowań elektrycznych str. 100.

### PSYCHJATRJA.

Birnbaum. O powstawaniu chorób umysłowych pod wpływem urazów psychicznych str. 90. Weber. Wyniki mierzenia ciśnienia krwi u chorych na psychozę manjakkalno-depresyjną i ośpienie wczesne str. 96. Liustrickij. O zdolnościach muzykalnych umysłowo-chorych str. 101. Heveroch. Przyczynek do teorii omamów str. 98. Mott. O psychozach alkoholowych str. 80. Fickler. Przypadek obłądu ostrego po zatruciu atropiną str. 91. Bumke. O zaburzeniach źrenicowych w ośpieniu wczesnem str. 95.

### TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia neurologiczno-psychjatryczne:

d. 18 Września 1910 r. . . . .	103
d. 22 Października 1910 r. . . . .	104

Listy z Londynu. J. Handelsman. . . . . 119

---

Redaktor i wydawca: DR. LUDWIK DYDYŃSKI.

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





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 radjografii i radjoterapii.

Urządzenia nowego typu bez cewki dla zdjęć rentgenowskich momentalnych.

Urządzenia rentgenowskie przenośne i przewoźne.

Przyrządy uniwersalne do galwanizacji, faradyzacji (sinusoidalnej), galw. faradyzacji, kaustyki, masażu i endoskopji.

Przyrządy do arsonwalizacji i fulguracji.

Przyrządy do elektrotranstermji.

Ozonizatory i ozonowentylatory.

Przyrządy do leczenia światłem żarowym i łukowym i ultrafioletowym.

Przyrządy rejestrujące do zapisywania 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 przewodnictwa moczu.

Oscylografiy do badania głosu.

Rurki Röntgena na składzie.

W SOSNOWCU WŁASNE BIURO TECHNICZNE.

Reprezentacje: W Łodzi, pp. HORLICZKA I STAMIROWSKI.

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

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



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



## Laboratorjum 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.

## 3 Grands Prix

Na Wszechświatowej Wystawie w Brukseli

W GRUPACH

MEDYCYNY i CHIRURGJI

INSTRUMENTÓW NAUKOWYCH

RÓŻNYCH ZASTOSOWAŃ ELEKTRYCZNOŚCI

OTRZYMAŁA FIRMA

**Tow. Akc. Reiniger, Gebert i Schall**

FABRYKA APARATÓW ELEKTROMEDYCZNYCH

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. =====



## „Lwowski Tygodnik Lekarski”

WYCHODZI CO CZWARTEK

pod redakcją Docenta Doktora ADAMA BEDNARSKIEGO.

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

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

## „Gazeta Lekarska”

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich, wychodzi  
w Warszawie pod redakcją

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

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

Wydawca Dr. W. SZUMLANSKI.

Adres Administracji: ul. ZIELNA № 11.

## „PRZEGLĄD PEDIATRYCZNY”

KWARTALNIK

Wychodzi od Nowego Roku w Warszawie pod redakcją

d-ra Ludwika ANDERSA i d-ra Józefa BRUDZIŃSKIEGO

Przedpłata wynosi rocznie rb. 4; dla prenumeratorów „Gazety Lekarskiej” w Warszawie rocznie rubli 2, z przysyłką rub. 2.40.

Adres Administracji: ZIELNA 11.

Adres Redakcji: WŁODZIMIERSKA 9.

## „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.

# 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<sup>o</sup> 5 DU VOL. I.

#### TRAVAUX ORYGINAUX.

J. BABIŃSKI. Paraplegie spasmodique organique avec contracture en flexion et contractions musculaires involontaires . . . . .	1
S. GOLDFLAM. Symptomes basedowiens produits par l'iode . . . . .	7
E. FLATAU et W. STERLING. Myoclonie symptomatique dans les affections organiques du névraxe central chez les enfants . . . . .	18
S. BOROWIECKI. Etude experimentale et d'anatomie comparée sur la substance grise de la protubérance annulaire et sur ses connexions	41
J. HORNOWSKI. Strangulation du nerf moteur oculaire commun . . . . .	52
R. RADZIWIŁŁOWICZ. La position du Psychologue . . . . .	55

#### ANALYSES.

Société médicale de Varsovie. Section de Neurologie et de Psychiatrie: Séances du 18 Septembre . . . . .	103
Séances du 22 Octobre . . . . .	104

LETTRES DE LONDRES. J. Handelsman . . . . .	119
---	-----

### WARUNKI PRENUMERATY:

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

---

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

---

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

---