

# ROCZNIK LEKARSKI

WYDAWANY PRZEZ WYDZIAŁ LEKARSKI  
UNIwersytetu Jagiellońskiego  
I Towarzystwo Lekarskie Krakowskie

POD REDAKCYĄ

PROF. DRA STANISŁAWA CIECHANOWSKIEGO

TOM III. — ZESZYT I.

CENA 3 KORONY.

KRAKÓW 1913 ROKU CZCIONKAMI DRUKARNI UNIwersytetu  
Jagiellońskiego, POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.



Z oddziału neurologicznego (Prof. Dr. A. Bochenek) zakładu anatomii opisowej (Prof. Dr. K. Kostanecki) i kliniki okulistycznej (R. Dw. Prof. Dr. B. Wicherkiewicz) Uniw. Jag. w Krakowie.

## BADANIA NAD ROZWOJEM NERWU WZROKOWEGO

PODAŁ

DR. T. KLECZKOWSKI

ASYSTENT KLINIKI OKULISTYCZNEJ UNIW. JAG.

(Z tablicą I—VIII).

Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego zajmowały od dawna licznych badaczy, sprawy tej jednak dotychczas w szczególności nie zdołano ostatecznie rozwiązać.

Możemy pominąć dawniejsze jeszcze spostrzeżenia, zakończone w 1828 r. przez Baera, a przynoszące zasadnicze stwierdzenie bezpośredniej łączności rozwojowej narządu wzrokowego z układem nerwowym środkowym.

Od pracy Baera z r. 1828 wiadomo, że siatkówka i warstwa komórek barwikowych zw. »tapetum nigrum« powstaje z wypuklenia ścian zarodkowego układu nerwowego i że warstwy te stoją w łączności z układem nerwowym centralnym za pośrednictwem krótkiej szypuły, posiadającej światło. — Ta szypuła, to pierwszy zawiązek nerwu wzrokowego; światło jej łączy światło pierwotnych pęcherzyków mózgowych z przestrzenią, znajdującą się między temi warstwami gałki ocznej, które wypukliły się z układu nerwowego centralnego.

Aczkolwiek następnym badaczom wiadomem było, że szypuła, łącząca gałkę oczną z mózgiem, przemienia się z biegiem

rozwoju w lity nerw wzrokowy, posiadający wszystkie późniejsze składowe elementa, to jednak poglądy na sposób, w jaki się to dzieje, były częściowo niejasne, częścią zaś błędne (Huschke<sup>1</sup>), Schöler<sup>2</sup>), Remak<sup>3</sup>), Müller<sup>4</sup>).

Zapatrywania na tę sprawę zaczęły się dopiero wyjaśniać od r. 1868, dzięki badaniom, ogłoszonym przez Hisa<sup>5</sup>).

Wyniki poszukiwań Hisa stwierdziły, że komórki nabłonkowe, wyścielające szypułę pęcherzyka wzrokowego, wytwarzają jedynie tylko tkankę podstawową, nie biorą zaś udziału w powstawaniu włókien nerwowych.

Stwierdzenie tego ważnego faktu stało się początkiem drugiego okresu poszukiwań nad rozwojem nerwu. Z wyjątkiem nielicznych autorów, niezgadających się z wynikami badań Hisa (Lieberkühn<sup>6</sup>), Manz<sup>7</sup>), zapatrywania jego ogólnie się przyjęły, a następnii badacze tej sprawy zajęli się głównie pytaniem, skąd włókna nerwu wzrokowego biorą swój początek.

Pierwotnie głoszone twierdzenie, że włókna nerwowe wyrastają z układu nerwowego centralnego (Falchi<sup>8</sup>), Michalcowics<sup>9</sup>), Bergmeister<sup>20</sup>) upadło, następnie natomiast utrwaliło się przypuszczenie Müllera (l. c.), że znacznie przeważająca większość włókien nerwowych nerwu wzrokowego rozwija się jako włókna osiowe komórek siatkówki (Keibel<sup>21</sup>), His<sup>23</sup>), Cajal<sup>13</sup>), Froriep<sup>14</sup>), Assheton<sup>15</sup>), Robinson<sup>16</sup>).

W ten sposób zgodzono się zasadniczo co do miejsca, skąd włókna nerwu wzrokowego wyrastają. Sposób jednak ich wzrostu wzdłuż nerwu wzrokowego, tak jak sposób wyrastania innych włókien nerwowych, jest jeszcze dotychczas przedmiotem różnych i sprzecznych zapatrywań.

Pierwotnej teorii wyrastania włókien nerwowych, podanej przez Schwanna, następnie podniesionej przez Balfoura, Bohra i wielu innych autorów, a w ostatnich czasach podniesionej znowu przez Apathyego, Bethego, C. Schuttzego, teorii, głoszącej, że włókno nerwowe jest wytworem łańcucha komórek, które wytwarzają włókienka nerwowe, fibrille, tak jak komórki mięsne wytwarzają włókienka kurczliwe, nie można było zastosować do nerwu wzrokowego, gdyż w nerwie tym nie widać zupełnie tworzenia się podobnych łańcuchów. Dlatego też badacze, zajmujący się sprawą nerwu wzrokowego, są wszyscy zwolennikami albo teorii Hisa<sup>17</sup>), albo jej modyfikacji, podanej przez Hensena<sup>18</sup>).

Według Hisa (l. c.) włókna nerwowe rosną jako wypustki komórki nerwowej, które przerastają przez wolne przestrzenie międzykomórkowe. Hensen (l. c.) zaś twierdzi, że włókna nerwowe przerastają przez mostki międzykomórkowe, łączące pierwotne komórki ustroju.

Zwolennikami teorii Hisa są Froriep (l. c.), Robinson (l. c.), Studnicka<sup>19)</sup>, Harrison<sup>20)</sup>.

Teoria Hensena poparta została przez badania Helda<sup>21)</sup>, Krückmanna<sup>22)</sup>, Wlassaka<sup>23)</sup>, Pesa<sup>24)</sup> i Seefeldera<sup>25)</sup>.

W ten sposób przedstawia się obecnie sprawa pytania, skąd i w jaki sposób powstają włókna nerwu wzrokowego.

Drugim elementem składowym tego nerwu jest jego tkanka podstawowa, t. j. glej (neuroglia). Sprawa rozwoju i pochodzenia gleju nerwu wzrokowego była zawsze pytaniem, ściśle złączonym z pytaniem, skąd pochodzi glej całego układu nerwowego środkowego.

Z jakiego podłoża rozwojowego pochodzą komórki gleju, pozostawało długo nie jasnym. W r. 1861 podniósł wprawdzie Mauthner<sup>26)</sup>, że komórki tkanki podstawowej wychodzą z nabłonka zarodkowego układu nerwowego i że zostają w łączności z włóknami opony miękkiej rdzenia.

To twierdzenie o ektodermalnem pochodzeniu gleju podniesione zostało również przez Hisa<sup>27)</sup> w pierwotnych jego badaniach z r. 1865. Na podstawie tych badań Hisa glej okazał się elementem o zupełnie swoistym charakterze, elementem, który nigdzie nie łączy się ani z oponami, ani z wychodzącymi z nich naczyniami krwionośnymi, który zatem należy oddzielić całkowicie od tkanki łącznej. Tak histologicznie, jak i rozwojowo glej jest zdaniem Hisa tkanką, różną od tkanki łącznej. W dalszych swych badaniach z r. 1883, opisał His dokładnie sposób powstania komórek gleju. Powstają one zdaniem jego z komórek nabłonka kanału rdzeniowego, które są komórkami macierzystymi późniejszego gleju (spongioblasty). Te komórki wysyłają szereg wypustek, tworzących rusztowanie (myelospongium), w którym leżą później włókna nerwowe. W tej pracy zmodyfikował jednak His w pewnym stopniu swe zapatrywania pierwotne. Podniósł bowiem, że tylko we wczesnych okresach glej jest czysto ektodermalnego pochodzenia, że jednak do tej pierwotnej tkanki podścieliskowej dołącza się potem wtórna jej część, pochodząca z komórek tkanki

łącznej, wrastających w obręb układu nerwowego razem z naczy-  
niami krwionośnymi.

W następnej pracy z r. 1889 powrócił His do swego pierwotnego twierdzenia, że komórki tkanki łącznej prawdopodobnie nie przyczyniają się zupełnie do powstania gleju. Vignal<sup>28)</sup>, Gierke<sup>29)</sup>, Nansen<sup>30)</sup>, wypowiedzieli się również za ektodermalnem pochodzeniem gleju.

Wprowadzenie metody Golgiego, która impregnowała tak elementy nerwowe, jak i elementy gleju, pozwoliło szeregowi badaczy podać szereg nowych faktów, przemawiających za ektodermalnem pochodzeniem gleja.

Podobnie stwierdził Golgi (1894<sup>31)</sup> na zarodkach kury, że komórki nabłonkowe, ektodermalne, stanowiące elementy pierwotnej budowy ścian układu nerwowego centralnego, są jedynym materiałem, z którego rozwija się glej. Golgi podniósł również szereg chemicznych i histologicznych szczegółów, które przemawiały jego zdaniem za czysto ektodermalnem pochodzeniem gleju.

Podobne zdanie wygłosił również Lenhossek<sup>32)</sup>, opierając się na badaniach rozwoju gleju u płodów ludzkich. Z innych badaczy (Kölliker<sup>33)</sup>, Gehuchten<sup>34)</sup>, Retzius<sup>35)</sup> i Cl. Sala y Pons<sup>36)</sup>, badając różne okresy rozwojowe układu nerwowego u różnych grup zwierząt kręgowych, przyłączyli się również do tego twierdzenia.

Ramon y Cajal<sup>37)</sup> (1890), badając metodą Golgiego rozwój tkanki podstawowej rdzenia u królika, psa i kota, spostrzegł pierwszy przemianę komórek ependymy w typowe gwiazdkowate komórki Deitersa. Podobnie Golgi (1894).

W ostatnich kilku latach sprawą budowy gleju w jego stanach definitywnych i sprawą jego rozwoju zajął się Held (l. c.) w szeregu gruntownych i mozolnych prac. W sprawie rozwoju gleju stoi Held na stanowisku przeważnej części badaczy, stwierdzając jego czysto ektodermalne pochodzenie.

To ektodermalne jego pochodzenie ma być zdaniem Helda tem wybitniej zaznaczone, że od najwcześniejszych okresów rozwojowych ma glej tworzyć wszędzie na obwodzie układu nerwowego błony ciągłe, zwane przez Helda «membr. limitans superficialis», błony, które oddzielają zupełnie układ nerwowy pochodzenia ektodermalnego od błon otaczających go, powstałych z mezodermy. W chwilach, gdy naczynia krwionośne powstałe w bło-

nach mezodermalnych, otaczających układ nerwowy, zaczynają wrastać w obręb układu nerwowego, ma »mebr. limitans superficialis« tworzyć dookoła nich osłonki »membr. limitans perivascularis« Helda, które mezodermalne naczynia mają oddzielać zupełnie ściśle od ektodermalnych elementów układu nerwowego.

Te błony graniczne mają zdaniem Helda przeszkadzać wniknięciu w obręb układu nerwowego elementów mezodermalnych.

W epoce wyrastania włókien nerwowych z obrębu systemu nerwowego centralnego ciągłość »membr. limitans superficialis« musi ulegać przerwie; zdawało się Heldowi możliwem, że w tym okresie mogłyby komórki mezodermy wrastać w obręb układu nerwowego w miejscach, gdzie »limitans superf.« zostaje naruszona. Ponieważ jednak dokładniejsze badanie tych właśnie miejsc w odpowiednich okresach nie wykazało zupełnie wnikania mezodermy w obręb układu nerwowego centralnego, przeto Held przyjmuje za zupełnie pewną rzecz pochodzenie gleju czysto ektodermalne. Zapytać jednak należy zaraz, dlaczego Held nie zbadał jednak w tym kierunku raczej miejsc wrastania korzonków tylnych, gdzie raczej wzdłuż wrastających włókien nerwowych mogłyby wrastać i komórki mezodermalne. Zresztą pod tym względem można zawsze zastosować i do badań Helda zarzut, który on czyni Küremu, gdy ten oświadcza się za ektodermalnem pochodzeniem gleju: »Es liesse sich anwenden, dass zu irgend einer Zeit ein Durchbruch vom mesodermalen Gewebe erfolgen könne. Dies auszuschliessen — besondere embryologische Beobachtungen notwendig«.

Za ektodermalnem pochodzeniem gleju oświadczyła się przeważna część badaczy, kilku jednak stwierdza znowu w ostatnich latach udział mezodermy w rozwoju gleju. Możliwość tę przypuszczali pierwotnie His (l. c.) i Cajal (l. c.), którzy jednak ostatecznie wypowiedzieli się za ektodermalnem pochodzeniem gleju.

Z nowszych badaczy pierwszym, który stwierdził częściowo mezodermalne pochodzenie gleju, był Lacchi<sup>38)</sup>. — Według Lacchiego w pierwszych 7-9 dniach rozwoju zarodków kury, rdzeń posiada glej, składający się z komórek nabłonkowych pochodzenia czysto ektodermalnego. W 8-9. dniu rozpoczyna się drugi okres rozwojowy gleju, który trwa aż do czasu urodzenia się zarodka. W okresie tym bierze udział w powstawaniu gleju i mezoderma. W tym okresie widział on komórki mezodermalne wni-

kające z utkania opony miękkiej do rdzenia. Z chwilą wyklucia się kurczenia rozpoczyna się według Lacchiego trzeci okres rozwojowy, w którym komórki gleju wrastają w obręb układu nerwowego z naczyń krwionośnych. Komórkami macierzystymi gleju w tym okresie mają być leukocyty, które wyszły z naczyń i komórki śródbłonkowe naczyń krwionośnych.

W podobny sposób przedstawia rozwój gleju Valenti<sup>39)</sup>. Badania Valentiego wykonane zostały na zarodkach ryb kostnoszkieletowych. We wczesnych okresach ich rozwoju, ściany kanału środkowego rdzenia utworzone są według Valentiego z nabłonka o komórkach regularnych, ustawionych rozbieżnie ku obwodowi rdzenia. Rdzeń oddzielony jest od otaczającej go tkanki błoną graniczną. Gdy kanał rdzeniowy zaczyna się zamykać, ułożenie komórek, tworzących ściany rdzenia, staje się mniej regularne. Komórki w warstwie powierzchniowej rdzenia przybierają postać bardziej okrągłą, mniej silnie się barwią, a protoplazma ich staje się delikatnie ziarnistą. W miarę wytwarzania się płaszczki obwodowego, zewnętrzna błona graniczna rdzenia ulega stopniowo zanikowi, wskutek czego pierwotne komórki gleju pochodzenia ektodermalnego dostają się w bezpośrednie sąsiedztwo komórek mezodermalnych, otaczających rdzeń od zewnątrz. Co do dalszego rozwoju gleju, to badania Valentiego potwierdzają wyniki Lacchiego (l. c.), że komórki gleju powstają częściowo z leukocytów, które wywędrowały z naczyń krwionośnych, częściowo zaś z komórek, tworzących oponę miękką rdzenia.

Według badań nad rozwojem rdzenia u ssaków i ptaków, wykonanych przez Capobianco i Fragnito<sup>40)</sup>, wrastają w okresie wnikania naczyń krwionośnych w obręb rdzenia, również i komórki mezodermy. Dalsze badania Capobianco, odnoszące się do rozwoju mózgu u myszy, stwierdziły ścisłą łączność komórek mezoblastycznych między sobą, oraz obecność błony granicznej zewnętrznej. W tym samym okresie rozwoju spostrzegł jednak ten autor obfite wnikanie komórek mezodermy w obręb układu nerwowego. Obok komórek już wnikających widoczne były komórki mezodermalne, które leżały w przestrzeniach wolnych między tkanką mezodermalną, a zewnętrzną ścianą pęcherzyków mózgowych. Z położenia i ustawienia tych komórek wnosić było można, że wnikną w tkankę nerwową mózgu. W tym samym okresie widoczne były liczne wrastające naczynia krwionośne.

Rezultaty badań Lacchiego (l. c.) i Valentiego (l. c.), stwierdzające w tworzeniu się gleju udział nie tylko komórek mezo-dermy, który zresztą i inni badacze uważali za możliwy, ale i leukocytów, których udział w tworzeniu się gleju jest bardzo mało prawdopodobny, mało zyskały uznania i mojem też zdaniem muszą być podane w wątpliwość. Natomiast zwrócić musi uwagę na siebie krótka, ale niezmiernie przedmiotowa i ciekawa praca Hatai<sup>41)</sup>.

Hatai (l. c.) widział, że w późniejszych okresach rozwoju układu nerwowego centralnego szczurów i myszy, wysuwają się ze związku śródbłonna naczyń krwionośnych komórki, które leżą następnie wśród utkrania nerwowego, niezależnie od naczyń. Te komórki tworzyć mają komórki gleju, różniące się od innych komórek tego utkrania odmienną wielkością i odmienną budową jądra.

Held (l. c.) w szeregu prac, ogłoszonych w ostatnich latach, podniósł, jako nową cechę charakterystyczną gleju, że tworzy on błony, oddzielające układ nerwowy tak od opon układu nerwowego, jak i od naczyń, które w obręb układu nerwowego wchodzi.

Z pojęciem błony, ograniczającej układ nerwowy, spotykamy się już u wielu dawniejszych badaczy; pojęcie to u nich nie jest dość dokładnie skryształizowane. — Przytem jedni mówią o błonach, powstałych z elementów układu nerwowego, inni o błonach pochodzenia łączno-tkankowego, należących do opon.

Pierwszą wzmiankę o błonach granicznych spotkać można w pracach Virchowa z r. 1851, następnie wspomina o nich His l. c. w pracy z r. 1865, podnosząc, że glej nigdzie nie stoi w łączności ani z oponą miękką, ani z wychodzącymi z niej naczyniami krwionośnymi.

Szerzej zajmuje się His (l. c.) sprawą tą w pracy z r. 1883. W tej pracy stwierdza on u zarodka ludzkiego układ promienisto przebiegających włókien, które ciągną się przez całą szerokość ścian rdzenia i tworzą na jego powierzchni »samoistną« (selbstständige) warstwę okładzinową (Belegschicht). Warstwa ta jest zaczątkiem białej substancji rdzenia. Na powierzchni tej warstwy promieniste włókna mają wytwarzać »rodzaj błony granicznej« (membrana limitans medullaris). Błona ta zdaniem Hisa (l. c.) nie jest ciągłą. Odróżnić ją należy od »membr. limitans meningea«, błony, wytworzonej przez płaskie, gwiazdkowate komórki



tkanki łącznej, przylegającej bezpośrednio do układu nerwowego.

O istnieniu błony, pokrywającej powierzchnię systemu nerwowego, wspomina także Hensen (l. c.) w r. 1876. Błonę tę nazywa on »membr. prima medullae«.

W r. 1885 opisał Gierke tak nazwaną przez siebie śródbłonkową błonę okołonaczyniową (Endothelmembran). Ma ona być bezpostaciową, składa się z płaskich komórek, stojących w łączności z komórkami gleju zapomocą licznych delikatnych wypustek. Gierke uważa tę błonę za okołonaczyniowe przedłużenie opony miękkiej.

O błonach kołonaczyniowych, utworzonych przez glej, wspomniał po raz pierwszy Golgi (l. c.) w r. 1885. W drugiej pracy z r. 1894 opisuje tenże autor dokładniej włókna gleju, które kończą się na naczyniach krwionośnych.

Wyraźniej o błonie granicznej pisze Schaffer<sup>42)</sup> (1894); stwierdza on, że błona ta odgranicza substancję nerwową od powierzchni opony miękkiej i od warstwy zewnętrznej (adventitia) naczyń krwionośnych.

W szeregu prac Helda (l. c.), który istnienie błon powierzchniowych i kołonaczyniowych stwierdził, niejasne dotychczas o tych błonach pojęcia uległy krytyce, same zaś błony zostały dokładniej opisane. W pracy swej z r. 1904 stwierdza Held (l. c.), że »płaszcz obwodowy» gleju (»Randschleier« Hisa), otoczony jest delikatną, ciągłą błoną, którą należy uważać za stały wytwór obwodowych powierzchni komórek nabłonkowych zarodkowego kanału rdzeniowego. Błonę tę nazwał Held mianem »membr. limitans medullaris superficialis«. Na przekrojach, na których błona ta rozłożona jest na płasko, widać, że składa się ona z całego szeregu obok siebie leżących pól, z których każde odpowiada przyczepowi jednego włókienka gleju; jest więc zdaniem Helda podobna do t. zw. »membr. limit. medialis« Hisa. Tak samo zbudowane mają być błony okołonaczyniowe (membr. perivascularis).

Rok 1909 przyniósł dalszą obszerną pracę Helda (l. c.), potwierdzającą dawniejsze jego zapatrywania co do błon powierzchniowych rdzenia, ale przynoszącą nowe szczegóły, dotyczące się błon kołonaczyniowych.

W tej pracy stwierdza Held (l. c.) oprócz istnienia błony granicznej okołonaczyniowej również obecność »błony granicznej dodatkowej« (membr. limitans accessoria), która w odróżnieniu od

pierwszej, utworzonej przez glej, a więc ektodermalnej, ma być natury łącznotkankowej. Obie te błony leżą dookoła naczyń i przylegają ściśle do siebie, tak, że błonę dodatkową tylko wtedy można widzieć dokładnie, gdy błona gleju miejscami pęcherzowato się odcepi. W zakresie tej nowo opisanej »membr. limitans accessoria« spostrzegał Held (l. c.) zmienną, lecz wogóle małą ilość komórek tkanki łącznej. Między błoną dodatkową a ścianą naczyń krwionośnych widział Held (l. c.) rozpięte włókienka tkanki łącznej; pomiędzy włókienkami leżały czasem komórki.

»Memb. limit. accessoria perivascularis« przechodzi na powierzchni układu nerwowego w odpowiadającą jej, najbliższą układu nerwowego warstewkę opony miękkiej, zw. »intima piaie« a opisaną przez Axel Keya i Retziusa.

Wyniki badań Helda (l. c.) poparte następnie zostały przez Krückmanna (l. c.) na podstawie stwierdzenia obecności błon granicznych gleju w siatkówce i w nerwie wzrokowym (1905) i przez Seefeldera (l. c.), pracującego nad tym samym przedmiotem, co Krückmann (l. c.), oraz w obszernej pracy Ficandta<sup>43)</sup> (1910) nad glejem w mózgu psów.

Szereg jednak badaczy przeczy istnieniu błon granicznych Helda (l. c.): Nissl<sup>44)</sup> (1904), Spielmeyer<sup>45)</sup>, Eisath<sup>46)</sup> i Merzbacher<sup>47)</sup>.

Nissl (l. c.) oparł swoje zarzuty na podstawie obrazów, dowodzących, że poszczególne włókna gleju przerastają przez oponę miękką. Spielmeyer (l. c.) przyłączył się do twierdzenia Nissla, podniósł dalej, że błony okołonaczyniowe można spotkać jedynie tylko »gdzieniegdzie«. Eisath (l. c.) w r. 1906 nic nie wspomina o błonach granicznych, a Merzbacher (l. c.) zupełnie się o ich obecności nie mógł przekonać. C. da Fano<sup>48)</sup> wreszcie, podobnie jak i Bonome<sup>49)</sup>, stwierdzili jedynie obecność »membr. superf. medullae«, o istnieniu jednak błon okołonaczyniowych nie mogli się przekonać.

Z dotychczasowego przeglądu bardzo licznych prac nad rozwojem gleju w układzie nerwowym środkowym i mniej licznych badań nad rozwojem nerwu wzrokowego wynika, że sprawa rozwoju tkanki podstawowej nerwu wzrokowego nie została w dawniejszych pracach dokładnie opracowana. Nerw wzrokowy jest jednak niezwykle korzystnym materiałem dla badań nad rozwojem gleju, gdyż w nim, jak to słusznie podniósł Held (l. c.), brak innych komórek ułatwia niezmiernie badanie losów gleju (Held,

1904, str. 248: »insofern zum Unterschied von anderen Abschnitten des embryonalen Gehirnrohrs keine Beimischung von Nervenzellen die Deutung der Zellverschiebungen erschweren kann«).

Z faktów, stwierdzonych przez dawniejsze badania rozwoju gleju w nerwie wzrokowym, podnieść należy ogólnie uznany fakt, że wszystkie komórki, tworzące ściany szypuły pęcherzyka wzrokowego przemieniają się w glej nerwu wzrokowego (His 1868) i że rozmnażanie się elementu gleju odbywa się drogą karyokinety (Falchi 1888).

W ostatnich czasach dopiero zaczęto się sprawą tą żywiej zajmować, czego dowodem są prace Helda (l. c.) (w r. 1904, 1905, 1909), Krückmanna (l. c.) (1906) i Seefeldera (l. c.) (1910).

Held w obszernych swoich badaniach nad rozwojem gleju w układzie nerwowym środkowym, badał również i nerwy wzrokowe, a to u żaby (*rana temporaria*), kaczki (*anas domestica*<sup>1)</sup> i myszy (*mus musculus*). W badaniach tych posługiwał się Held (l. c.) swoim sposobem barwienia hematoksyliną molybdenową.

Badaniom Krückmanna (l. c.) służyły za podstawę z jednej strony preparaty Helda, z drugiej zaś dwa nerwy wzrokowe zarodków ludzkich z drugiej połowy ciąży.

Ostatnią wreszcie pracą, zajmującą się tą sprawą, jest praca Seefeldera (l. c.) Badania tego autora oparte zostały na stosunkowo najliczniejszym materiale, pochodzącym z płodów ludzkich. Seefelderowi, który z prof. Bachem zajmuje się opracowaniem dokładnej embryologii oka i nerwu wzrokowego, służył za podstawę do badań liczny szereg zarodków ludzkich, który w seryach zabarwionych dostarczyli mu różni badacze niemieccy. Materiał ten naturalnie nie przedstawia jednolitości co do zabarwienia i o ile wnosić można z różnych wyjaśnień, jakie pod tym względem daje Seefelder (l. c.), był barwiony zwykłymi metodami, t. j. karminem lub hematoksyliną. Nie referuję też tu tych prac najnowszych, gdyż przy roztrząsaniu pojedynczych punktów wyników moich badań będę miał często sposobność wyniki tych prac omawiać.

Badania moje nad sprawą rozwoju gleju i nerwu wzrokowego, które rozpocząłem jeszcze przed ukazaniem się pracy Seefel-

<sup>1)</sup> Podnieść należy, że Held w pracach swoich, mówiąc o kaczce, której łacińska nazwa jest *anas (atis)*, pisze stale *ansa*. *Ansa* zaś znaczy pętla. (str. 98. *Abh. d. kg. Sachs. Ges. d. Wiss.* 1904 i str. 11 *Entw. d. Nervengen.* 1909).

dera (l. c.), miały przede wszystkim oprzeć się na jak najbardziej ciągłym materiale zarodkowym jakiegoś zwierzęcia ssącego, barwionego jakąś metodą, któraby dozwoliła dokładnie śledzić zmiany nawet subtelne, zachodzące w budowie gleju w czasie rozwoju. Niniejsza praca jest wynikiem tych badań.

### Badania własne<sup>1)</sup>.

W badaniach nad rozwojem nerwu wzrokowego posługiwałem się przede wszystkim zarodkami świń, w mniejszej ilości zarodkami ludzkimi.

Materyał z zarodków świń miałem obfity i rozwojowo ciągły. Najmłodsze zarodki mierzyły 5 mm., najstarsze 20 cm. Między temi dwoma długościami krańcowymi miałem cały szereg zarodków pośredniej długości, tak, że w najmłodszych okresach miałem stadya, różniące się o 2 lub 3 mm. długości; w późniejszych różnice wynosiły po 5 mm., w najstarszych zaś zarodkach po 1 cm.

Jakkolwiek miałem do rozporządzenia materyał z jednego zarodka ludzkiego, mniej więcej 3-tygodniowego i jednego z końca 1. miesiąca życia płodowego, nie korzystałem z nich, gdyż brak mi było stadyów pośrednich, natomiast miałem szereg preparatów z nerwu wzrokowego z drugiej połowy ciąży.

Materyał utrzymywałem albo w roztworze nasyconym sublimatu z dodatkiem kwasu octowego (potem barwienie metodą Haidenheina), albo w 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> formolu (do metody Bandy). Po przeprowadzeniu w zwyczajny sposób przez alkohole, zatapiałem w parafinie. Najmłodsze zarodki (do 2 cm. dług.) zatapiałem w parafinie w całości, względnie zatopione zostały tylko same główki. U starszych zarodków wypreparowywałem gałkę oczną z nerwem wzrokowym, poczem zatapiałem tylny mały odcinek gałki ocznej z odchodzącym od niego nerwem wzrokowym. — Młodsze zarodki kroiłem na 5  $\mu$ ., starsze na 7.5—10  $\mu$ .. Ze wszystkich zarodków układałem nieprzerwane serye. Barwiłem hematoksyliną żelazową Haidenheina i metodą Bandy.

<sup>1)</sup> Ukazały się już w Biuletynie Akademii Umiejętności w Krakowie w czerwcu 1912.

Tak jednakże metoda Bandy, jak i inne metody, barwiące swoiście gład, mogą dać wyniki dobre tylko wtedy, kiedy gład jest już chemicznie zróżnicowany, a więc u zarodków starszych (u świń, od 7 cm.). U zarodków młodszych, gdzie gład nie jest jeszcze zróżnicowany, metoda Haidenheina dawała najkorzystniejsze obrazy.

Zajmując się w obecnej pracy rozwojem gładu nerwu wzrokowego, nie poruszam w niej zupełnie ciekawego pytania przetransformacji włókien nerwowych przez nerw. Ta sprawa dałaby się rozstrzygnąć przez badanie seryi nerwów, zabarwionych metodami, barwiącymi specjalnie włókna nerwowe, a więc nową metodą srebrną Cajala lub metodą Bielschowskyego.

#### Zarodki świń 5 i 8 mm. długości.

W tych stadyach gałki oczne znajdują się w okresie wtórnego pęcherzyka wzrokowego. Nerw wzrokowy przedstawia się jako krótka szypuła, w środku posiadająca światło.

Światło nerwu wzrokowego, przechodzące bezpośrednio w światło komory trzeciej mózgu, przedstawia się na przekrojach poprzecznych nerwu w postaci półksiężyca. Ograniczone jest dwiema ścianami, z których jedna, grzbietna, ku górze jest wypukła, druga zaś, brzuszna, od dołu wklęsła. Grubość obu ścian nie jest jednakowa. Ściana grzbietna jest znacznie grubsza od ściany brzusznej. Następstwem tej różnej grubości ścian jest mimośrodkowe ułożenie światła.

Ściany nerwu wzrokowego składają się z dużych komórek nabłonkowych, leżących w jednym szeregu. Komórki te zwracają się jedną podstawą do światła nerwu, drugą zaś dochodzą aż do jego powierzchni. Jądra komórek duże o wyraźnej budowie chromatynowej, aczkolwiek nie tak wybitnej, jak w późniejszych okresach rozwojowych, posiadają zazwyczaj 4—5 jąderek, a leżą one w różnej wysokości ciała komórkowego.

To położenie jąder na różnej wysokości jest powodem, że nabłonek, tworzący nerw, wydaje się wielowarstwowym.

W ścianie nerwu, aczkolwiek składa ona się z jednego szeregu komórek, uwidoczniają się trzy odmienne pasy; pas wewnętrzny, środkowy i obwodowy. W pasie wewnętrznym, utworzonym przez część protoplazmatyczną komórek, zwróconą do światła

nerwu, widzimy nieliczne, będące w różnych okresach podziału mitotycznego. W tym też pasie napotykamy w niektórych komórkach odmienną budowę protoplazmy. Komórki te, nie różniące się od innych zewnętrznymi kształtami, zawierają w protoplazmie znaczną ilość kulistych, dużych ziarn, barwiących się hematoksyliną Haidenheina wybitnie i jednolicie na czarno. (Rys. 1.).

Komórki o podobnych ziarnach spostrzegł Seefelder (l. c.) w siatkówce zarodków ludzkich, mających 10 mm. długości, a to w jej warstwie jądrzastej w płaszczu brzeżnym jej gleju, a równocześnie i w obrębie ciała szklanego. Na podstawie ostatniego faktu Seefelder (l. c.) sądzi, że komórki te, rozwinąwszy się w siatkówce, wywędrują do ciała szklanego, które zatem częściowo byłoby pochodzenia siatkówkowego, a więc ektodermalnego.

W badaniach swoich nad rozwojem soczewki u królika i kaczki opisał podobne komórki Rabl. Leżały one w nabłonku dookoła niezamkniętego zewnętrznego otworu wypuklającego się pęcherzyka wzrokowego. O naturze tych ciemnych ziarn śródkomórkowych wyraża się Rabl, że nie powstają one z powodu rozpadu jąder, lecz, że należy je uważać za wytwór komórki więcej wtórnej natury. Te komórki, opisane przez Rabla w rozwojowej soczewce, potem zaś przez Seefeldera w siatkówce zarodków ludzkich, nazywa Seefelder »nie nie przesądzającym« mianem »ektodermalnych komórek ciała szklanego«.

Fakt, że komórki takie napotykałem w obrębie nerwu wzrokowego, w którym, jak się samo przez się rozumie, nie mogą one przyczynić się do utworzenia ciała szklanego, da się łatwo wytłómaczyć. Komórki nerwu wzrokowego i komórki siatkówki są takiego samego pochodzenia, łatwo też zrozumieć, że któraś z komórek nerwu ulegnie podobnej zmianie, jak komórka siatkówki.

Prócz takich komórek, w których te ziarna deutoplazmy nagromadzone są w znacznej ilości, widzimy jeszcze w tych okresach komórki, w których w pasie, zwróconym do obwodu nerwu dostrzega się pojedyncze ciemno zabarwione kule deutoplazmy.

Tuż pod powierzchniami, zwróconymi do światła nerwu wzrokowego, widzimy w wewnętrznym tym pasie protoplazmy po dwa ciała podstawowe. Obecność ich w tym miejscu jest zupełnie naturalna, bo ciała podstawowe spotkać można w tem sa-

mem miejscu zawsze w komórkach pierwotnego gleju. (Weigert, Held i i.).

Same zwrócone ku światłu nerwu wzrokowego powierzchnie komórek są ściśle otoczone wybitnymi listewkami granicznymi. Listewki te spajają powierzchnię komórek w jedną całość błonki granicznej nerwu wzrokowego (membrana limitans interna), odpowiadającej Hisowskiej »membr. limitans interna« układu nerwowego.

Środkowy pas ściany nerwu wzrokowego utworzony jest z ciał komórkowych, w których leżą jądra. W zewnętrznym znowu protoplazmatycznym pasie ściany nerwu wzrokowego widzimy w tych okresach tworzenie się płaszczki zewnętrznego gleju. Co do sposobu jego powstania w układzie środkowym nerwowym, istnieją wybitne różnice zdań.

Główna różnica w zapatrywaniach na powstanie płaszczki gleju wynika z różnego sposobu rozumienia stosunku rozwijających się włókien nerwowych do komórek rdzenia, względnie nerwu wzrokowego. Płaszczki gleju, charakteryzujące się obecnością różnej wielkości wolnych przestrzeni między komórkami, powstaje według Hisa (l. c.) samoistnie, włókna zaś nerwowe przerastają między komórkami. Według Hensena (l. c.) zaś włókna nerwowe, przerastające śródkomórkowo, stają się powodem powstania płaszczki obwodowego gleju. Do tego ostatniego zdania co do nerwu wzrokowego przyłączyli się Held (l. c.) i Krüchmann (l. c.)

Mimo bardzo dokładnego przejrzania całej seryi nerwu wzrokowego, barwionego metodą Haidenheina, z zarodka długości 8 mm., włókien nerwowych zauważyć nie mogłem. Pomimo braku włókien, płaszczki zewnętrzny gleju już zaczął się rozwijać. Szerokość jego nie wszędzie była jednakowa. Rozwija się on wcześniej po stronie brzusznej nerwu; przytem potwierdzić musimy fakt, spostrzegany przez Seefeldera (l. c.) na zarodkach ludzkich, że im bardziej w seryi oddalamy się od gałki ocznej i im bardziej zbliżamy się do mózgu, tembardziej szerokość tego pasa się zmniejsza.

Już sama obecność płaszczki gleju przy braku włókien nerwowych dowodzi, że powstania jego nie można czynić zależnym od wrastania włókien nerwowych. Możemy też zgodzić się zupełnie z uwagą Seefeldera (l. c.), który podniósł, że stwierdzenie silniejszego rozwoju płaszczki brzeżnego w częściach nerwu, bliższych mózgu, przemawia przeciw zależności rozwoju płaszczki od wrasta-

jących włókien nerwowych, gdyż te, jak obecnie już wiemy, wra-  
stają w nerw od strony siatkówki. Według naszych spostrzeżeń  
w chwili powstawania płaszcza brzeźnego tworzą się między ko-  
mórkami pierwotnego nabłonka, tworzącego nerw wzrokowy, prze-  
strzenie tak międzykomórkowe, jak i śródkomórkowe. Powstawa-  
nie przestrzeni śródkomórkowych łatwo sobie wyobrazić. Powsta-  
nie przestrzeni śródkomórkowych poprzedzają zmiany w budowie  
ich protoplazmy. W ograniczonych, kolistych lub elipsoidalnych  
polach staje się ona coraz mniej ziarnistą, barwi się coraz słabiej,  
staje się coraz jaśniejszą, tak, że sprawia wrażenie, jak gdyby się  
w nich rozpływała (rys. 2 a.). Wreszcie w polu takim powstaje  
wybitna przestrzeń, odcinająca się potem ściśle od otaczającej ją  
protoplazmy. W następstwie wytworzenia się takich przestrzeni  
masa komórki ulega rozszczepieniu; jeżeli to się stanie na obwo-  
dzie nerwu, część obwodowa komórki dochodzi do powierzchni  
nerwu nóżkami, które na obwodzie nerwu się kończą.

Szczególną uwagę musimy zwrócić na stosunki powierzchni  
nerwu wzrokowego, a to ze względu na wykazywane w niej przez  
Helda w najwcześniejszych okresach, nawet w okresach rozwoju,  
błony graniczne powierzchowne (membr. limitans superficialis). Je-  
żeli się przypatrzymy powierzchni nerwu wzrokowego w tych naj-  
wcześniejszych, jakie mieliśmy do rozporządzenia, okresach jego  
rozwaju (rys. 3.), to widzimy, że granicę jego zewnętrzną two-  
rzą podstawy komórek nabłonkowych, ułożonych gęsto obok sie-  
bie. Na powierzchni poszczególnych komórek nie można zauwa-  
żyć żadnej wyraźniej zróżnicowanej warstewki protoplazmy, któ-  
raby tworzyła warstwę, podobną do skórki (cuticula).

Nie mamy też u podstaw tych komórek żadnych tworów,  
podobnych do listewek granicznych, jak te, które widzimy dookoła  
powierzchni ich, zwróconych do światła nerwu wzrokowego. Od-  
graniczenie jednej komórki nabłonkowej od drugiej jest zupełne  
u ich podstaw obwodowych, a powierzchnia nerwu nie posiada  
żadnej zróżnicowanej warstwy powierzchownej; w dodatku widać,  
że podstawy te stoją w łączności z otaczającą nerw wzrokowy  
mezoderma zapomocą dość licznych delikatnych wypustek. Ten  
brak jakiejś wyraźniejszej warstwy granicznej zewnętrznej widzimy  
w rys. 4., gdzie obwodowa warstwa komórek nabłonkowych nerwu  
odcięta została od reszty i leży w preparacie na płasko. W ry-  
sunku tym widzimy cały szereg obok siebie leżących pól wielo-



bocznych, jako wyraz granic poszczególnych komórek. Po stronie zaś prawej widać w preparacie tym wypustki komórek mezodermy otaczającej nerw, łączące się z podstawami komórek nabłonkowych nerwu wzrokowego.

Zachodzi pytanie, czy wobec opisanych powyżej stosunków na powierzchni nerwu wzrokowego mamy prawo mówić o istnieniu w tym okresie rozwojowym na jego powierzchni jakiejś błony granicznej. Held (l. c.) uważa ustawione obok siebie podstawy komórek nabłonkowych na obwodzie układu nerwowego za błonę graniczną, idzie zaś w tym względzie za przykładem Hisa (l. c.), który powierzchnie komórek nabłonkowych pierwotnych układu nerwowego środkowego, połączone zapomocą listewek granicznych, nazwał błoną graniczną wewnętrzną (*membrana limitans medialis*). Między stosunkami jednak wewnętrznej i zewnętrznej podstawy tych komórek zachodziła ta zasadnicza różnica, że kiedy wewnętrzne podstawy otacza i łączy w jedną całość sieć listewek granicznych, to dookoła na podstawach zewnętrznych tych listewek nie można wykazać. Nie mamy też na ich powierzchni zewnętrznej takiej warstwy skórkowej (*cuticula*), jaką widzimy na powierzchni nabłonków, pokrywających jelita.

Zewnętrzne podstawy komórek nerwu wzrokowego leżą ustawione obok siebie, jak kamienie bruku, a w dodatku jeszcze stoją w łączności z wypustkami komórek mezodermy, która do nich przylega, zdaniem więc naszym o jakiejś ciągłości między nimi, pozwalającej na to, by je łączyć w jakąś osobną błonę powierzchniową, nie można mówić. Z tych też względów musimy zaprzeczyć istnieniu w tych okresach błony takiej, ograniczającej powierzchnię nerwu.

#### Zarodki świń 15—25 mm. długości.

Przemiana pierwotnej postaci nerwu wzrokowego, posiadającego w swoim środku światło, w nerw lity, składający się już z pęczków włókien nerwowych i gleju, jako tkanki podstawowej, odbywa się w okresach rozwojowych zarodka świń 1 cm.—12 mm. długości mającego. U zarodka 15 mm. światło nerwu wzrokowego już zanikło.

Proces ten jest wynikiem nietylko mnożenia się komórek,

tworzących pierwotne ściany nerwu, ale również rozsuwania się ich wskutek wrastania coraz to nowych włókien nerwowych. Tak jak Seefelder (l. c.), musimy wrastającym włóknom nerwowym przypisać w procesie tym ważną rolę.

Nerw wzrokowy zarodka świni, 15 mm. długiego (rys. 5.), przedstawia okres rozwojowy, w którym światło jego przed niedawnym czasem uległo zanikowi. Jestto okres nieco późniejszy, niż obraz nerwu wzrokowego ludzkiego 18 mm. długości mającego, a przedstawionego na przekroju poprzecznym w pracy Seefeldera, jako fig. 30.

W środku nerwu widać nagromadzenie się licznych komórek, jako pozostałość po niedawno zamkniętym świetle. Te komórki dają wypustki ku obwodowi. W przeciwieństwie jednak do obrazu Seefeldera (l. c.), w którym komórki nagromadzone są dookoła zmniejszonego światła nerwu, widzimy w naszym preparacie na obwodzie nerwu, tuż przy jego powierzchni zewnętrznej komórki gleju, leżące w mniejszych lub większych od siebie odstępach. Te wysyłają częstokroć ku środkowi nerwu długie wypustki. Dzięki obecności tych wypustek powstaje charakterystyczny dla tego okresu rozwojowego obraz, w którym nerw ma budowę prawie promienistą. W młodszych okresach rozwojowych komórek na obwodzie położonych nie mogłem spostrzedz. Nie ma więc wątpliwości, że komórki te zostały przesunięte na obwód nerwu z części jego bardziej środkowych.

Przeciwno przypuszczeniu, że komórki te wrosły w obręb nerwu z poza niego, przemawia brak obrazów, dowodzących wrastania komórek od zewnątrz, które w późniejszych okresach wyraźnie mogłem stwierdzić, jakoteż różnice w wielkości jąder komórek, leżących na obwodzie nerwu, w stosunku do komórek, otaczających go od zewnątrz.

Wiemy z ciekawych badań Hataia (l. c.), że w rdzeniu zarodków szczurów i myszy różnego pochodzenia komórki gleju różnią się między sobą wielkością jąder, formą ich, charakterem ich zabarwienia i wewnętrzną budową. Z tych cech w naszym materiale mogliśmy zwrócić uwagę tylko na wielkość jąder, inne bowiem cechy nie przedstawiały wybitniejszych różnic.

Celem określenia wielkości jąder oznaczałem długość ich średnicy największej i najmniejszej. Średnią wielkość oznaczałem z obliczenia wymiarów 20 jąder. Wielkość średnia jąder komórek

obwodowych ( $8.5:3.7 \mu$ ) odpowiada prawie dokładnie wielkości jąder, leżących w środku nerwu ( $8.7:4.6 \mu$ ), jest natomiast wybitnie większa od wielkości jąder komórek, otaczających nerw wzrokowy od zewnątrz ( $5.5:2.3 \mu$ ).

W tym okresie rozwoju zauważyłem po raz pierwszy obrazy przewężenia się komórek gleju i nerwu wzrokowego, opisane przez Seefeldera (l. c.). Widzimy tu na rysunkach 6 do 9, jądra, jedno, mające krótkie wypustki, w których chromatyna zbita, zupełnie ciemno-brunatna, inne zaś są bardzo wydłużone, w środkowym odcinku silnie przewężone, w których z jednej strony napotykamy zbitą masę chromatyny, z drugiej jądro o jeszcze wybitnie utrzymanej budowie. Seefelder (l. c.) przypuszczał pierwotnie, że są to obrazy podziału amitotycznego jądra. Held (l. c.) jednak zwrócił mu uwagę, że są to raczej chwilowe zmiany kształtu jąder, wywołane przez mechaniczne działanie włókien nerwowych. Musimy od razu zaznaczyć, że to drugie przypuszczenie zdaje się nam o wiele prawdopodobiejszem.

W naszym stadium odbywa się przesuwanie w środku leżących jąder komórek pierwotnego nerwu wzrokowego ku obwodowi. W tych okresach w wyciągniętym na długość jądrze ucisk mechaniczny włókien nerwowych wrastających może bardzo łatwo zadziałać. Za tem, że są to obrazy zmian mechanicznych, przemawia jeszcze i fakt, że w dalszych okresach rozwoju zarodków długości 3 i 4 cm., te obrazy stają się znacznie rzadsze; zjawiają się jednak znowu w chwili, gdy w obręb nerwów zaczynają wrastać naczynia (fig. 21, 23, 29), gdzie leżą w ich pobliżu. Tak więc, jak w stadium naszym zadziałały, zniekształniając jądra, włókna nerwowe, tak w tych okresach późniejszych wywarły na nie swój wpływ wrastające naczynia.

Jakkolwiek zasadniczo zgadza się zapatrywanie moje ze zdaniem Helda (l. c.), to przecież napotkałem obrazy komórek (fig. 10 i 11), których, zdaje mi się, nie można inaczej tłumaczyć, jak w ten sposób, że przy wyciągnięciu mechanicznym, jakiemu uległa komórka, część jej została wraz z częścią jądra, przez nią objętą, oderwana od reszty ciała komórkowego. W rys. 10, widzimy komórkę, w której jądro nie przedstawia bynajmniej typowej budowy jądra innych komórek, lecz przedstawia ją, jako dosyć dużą, zbitą grudkę chromatyny, postaci owalnej, o zarysach nieregularnych. Rys. 11 przedstawia komórkę o jądrze zbitem

i nieregularnym; w protoplazmie zaś jej widzimy znaczną ilość ziarn, wybitnie zabarwionych.

Takie oderwane części komórek, posiadające cząstkę tylko jądra, wobec zmniejszonego prawidłowego stosunku jądra do protoplazmy (Kernplasmarelation), muszą być substratem nieprawidłowych przemian chemicznych, które objawiają się zmienioną budową jądra i protoplazmy. Jakie będą losy dalsze takich komórek, czy ulegną one zanikowi, czy też powróci w nich prawidłowy stosunek jądra do protoplazmy, trudno powiedzieć. W tym drugim przypadku oderwany kawałek komórki przemieniałby się w komórkę nową. Oderwanie się części ciała komórkowego z jądrem od reszty w tym przypadku wywoływałoby powstanie nowej komórki. Zdaje nam się jednak, że proces taki trudno uważać za prawidłową amitozę.

Zarodki od  $2\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$  cm.

Zmiany, jakie w tych okresach zachodzą, polegają przede wszystkim na ostatecznej przemianie komórek nabłonkowych pierwotnych w astrocyty. Okres ten odpowiada zatem drugiemu okresowi rozwoju gleju w podziale Helda (l. c.) (Held o okresie tym mówi: »Die zweite Periode führt zur sekundären zelligen Glia, die ausser den einen u. später reduzierten Ependymzellen auch jene umgewandelten Ependymzellen und ihre weitere Vermehrung die Astrocyten enthält«). W nerwie wzrokowym okres ten jest o tyle odmienny, że w nim komórek ependymalnych już nie ma, że więc mamy tylko obrazy tworzenia się astrocytów, w których jednak jeszcze swoiste włókna gleju się nie wytworzyły. Jestto więc jeszcze okres gleju zupełnie protoplazmatycznego. Komórki jego zaczynają układać się teraz w nerwie w sposób typowy, tworząc dookoła pęczków blaszki, które te pęczki otaczają. Ciała komórkowe leżą jużto w kątach wolnych, powstałych między pęczkami, już też gdziekolwiek bądź na blaszkach, pęczki otaczających.

Pod tym względem zdaje się zachodzić zasadnicza różnica między nerwem wzrokowym świni, a nerwem wzrokowym ludzkim, który badał Seefelder (l. c.) W nerwie wzrokowym bowiem świni występują przegrody międzypęczkowe, natury czysto glejo-

wej już w tych okresach, w których jeszcze naczyń w nerwie zupełnie nie ma; natomiast według opisu Seefeldera powstanie przegród międzypęczkowych ściśle zależy od wtargnięcia w obręb nerwu naczyń, a z nimi i tkanki mezodermalnej.

#### Zarodki 5 cm. długie.

Okres ten charakteryzuje wtargnięcie w obręb nerwu wzrokowego tkanki mezodermalnej, której komórki wchodzi w skład gleju i wtargnięcie naczyń krwionośnych. W okresach tych glej jest jeszcze w znacznie przeważnej części protoplazmatycznym, w niektórych jednak komórkach zaczynają w obrębie wypustek zjawiać się wyróżnicowane włókna. Obraz wycinka nerwu zarodka 5 cm. przedstawiony jest w rys. 12.

Na pierwszy rzut oka zauważyć na nim można różnicę w układzie przegród glejowych w środkowej części nerwu i w pasie jego obwodowym. W środkowych częściach nerwu przegrody te układają się w ten sposób, że otaczają koliste lub owalne pola, w obrębie których przebiegają pęczki włókien nerwowych. W pasie zaś obwodowym przegrody, ułożone promienisto ku środkowi nerwu, otaczają wydłużone lub wieloboczne pola. Zaznacza się równocześnie wyraźna różnica między tkanką podstawową środka nerwu, a takąż tkanką, leżącą więcej na obwodzie; różnica ta polega nie tylko na znaczniejszej ilości komórek w okolicach obwodowych, ale również na wyraźnie mniejszych rozmiarach jąder komórek w okolicy pasa obwodowego.

Pomiary, jakie w tym kierunku wykonałem, przekonały mnie, że wielkość jąder komórkowych, leżących w środkowych częściach nerwu, wynosi  $9.1 \times 4.7 \mu$ . (średnica podłużna i poprzeczna), jądra zaś komórek obwodowych mierzyły  $6.8 \times 3.8 \mu$ . Wielkość tych drugich natomiast odpowiadała prawie wielkości jąder komórek mezodermalnych, otaczających nerw wzrokowy od zewnątrz ( $6.9:2.6 \mu$ ). Co do pasa obwodowego nerwu wzrokowego, nasuwa się pytanie, jak należy sobie tłumaczyć znaczniejszą ilość i jak ułożenie odmienne komórek na obwodzie nerwu. Odpowiedź na to pytanie znalazłem, badając dokładniej sam brzeg nerwu wzrokowego, gdzie spostrzegać można obrazy, dowodzące niezbi-

cie, że w tym pasie część komórek mezodermalnych, na zewnątrz od nerwu położonych, dostaje się do jego środka.

Wrastanie komórek mezodermalnych w obręb nerwu poprzedzają zmiany zachodzące w tych komórkach, jeszcze nie zmieniających swego położenia, t. j. w chwilach, gdy leżą jeszcze w mezodermie. W niektórych z komórek mezodermalnych, które wszystkie leżą, jako płaskie twory, bezpośrednio na zewnątrz od nerwu, jądra, silnie spłaszczone, stają się bardziej z płaskich blaszek — bryłami bardziej elipsoidalnymi. Po tym obrazie wstępnym następuje wnikanie komórek tak zmienionych w obręb nerwu, przedstawione na rysunkach od 13—19 włącznie.

W pierwszym okresie wnikania komórki mezodermalnej do nerwu widzimy, że jedna część ciała protoplazmatycznego leży jeszcze w obrębie otoczki nerwu wzrokowego, druga zaś część położona już jest w obrębie nerwu (rys. 13). Równocześnie widać, że stożkowate jej jądro leży szeroką podstawą w obrębie warstw mezodermalnych nerw otaczających, ostrym szczytem zaś leży już w obrębie nerwu wzrokowego. Już w tym okresie wnikania z tej części komórki, która leży w obrębie nerwu wzrokowego, wychodzą wypustki łączące się, lub krzyżujące z wypustkami komórek, położonych w nerwie wzrokowym. Łączność ta zapomocą wypustek sprawia, że komórki, które dopiero co wrosły w obręb nerwu, tworzą z dawnymi komórkami gleju wspólną tkankę. W miarę dalszego wrastania komórki już tylko mała jej część z jądrem leży w obrębie otoczki (rys. 14), tak, że tylko podstawową swą częścią pozostaje jeszcze w łączności z blaszkami mezodermy nerw otaczającej. Wreszcie cała komórka przedostaje się w obręb nerwu, z otoczką zaś jego stoi w łączności już tylko zapomocą krótkiej, szerokiej protoplazmatycznej nóżki (rys. 15). Ta nóżka protoplazmatyczna komórki przechodzi w cienkie protoplazmatyczne płaskie blaszki, wsuwające się pomiędzy komórki, tworzące otoczkę nerwu wzrokowego (rys. 15).

Dalsze przesuwanie się komórek w głąb nerwu odbywa się dzięki wydłużaniu się i jednoczesnem zwięźnieniu nóżki podstawowej (rys. 16, 17, 18). Protoplazma krótkich i grubych nówek podstawowych wykazuje budowę jednolitą, w miarę zaś ich wydłużania się budowa ta przemienia się w bardziej włókienkową. Bardzo wybitnie widoczne są liczne, delikatne włókienka, przechodzące z nóżki protoplazmatycznej w otoczkę, gdzie najbardziej łączą się

z jej blaszkami (rys. 19). Na tym rysunku widać szczęśliwym zbiegiem okoliczności dwie komórki, z których jedna jest we wczesnym okresie wnikania do nerwu, druga zaś jest już dosyć daleko oddalona od jego powierzchni (b). Podczas gdy u pierwszej (a) widać wyraźnie dosyć grube protoplazmatyczne wypustki, wchodzące w otoczkę nerwu wzrokowego, to w drugiej widać tylko pęczek delikatnych włókienek, przechodzących również bardzo wyraźnie w otoczkę nerwu i splatających się z jej blaszkami. Komórka (b) ma już budowę typowej komórki glejowej, stoi jednak jeszcze na obwodzie w ścisłej łączności z komórkami otoczki. W obrębie zaś nerwu odchodzą od niej liczne wypustki, łączące je z poblizkimi komórkami gleju. Obrazy podobne do opisanych powyżej są bardzo częste.

Za pierwszymi komórkami mezodermalnymi przedostają się w obręb nerwu wzrokowego inne takie komórki.

W pasie obwodowym nerwu ilość komórek i jąder staje się naturalnie wskutek procesu wrastania komórek mezodermalnych znaczniejszą. Przytem widać często, że komórki te układają się gęsto jedna obok drugiej, tak jak to n. p. widzimy na fig. 20.

Opisane powyżej obrazy dowodzą mojem zdaniem niezbitcie wnikania komórek mezodermalnych w obręb nerwu wzrokowego i łączenia się ich z utkaniem gleju. Dowodzą one również, że podczas całego procesu wnikania komórek mezodermalnych do nerwu istnieje od bardzo wczesnych okresów wnikania łączność tych komórek z pierwotnymi komórkami gleju. Do pierwotnego ektodermalnego syncytyum gleju przyłączają się, jak z tych obrazów wynika, elementy pochodzenia mezodermalnego, które zaraz w skład tego syncytyum wchodzi. Tak, że jako ogólny wniosek z tych obrazów przedstawia nam się fakt, iż glej nerwu wzrokowego jest tylko do pewnego okresu rozwojowego pochodzenia czysto ektodermalnego, że zaś później w skład tej tkanki wchodzi i komórki pochodzenia mezodermalnego.

Stwierdzenie tego faktu stoi wprawdzie w zupełnej sprzeczności z twierdzeniami przeważnej części dotychczasowych badaczy (Held, Krückmann, Seefelder), którzy wszyscy glej tylko z ektodermy wyprowadzają. Pozwala jednak wytlómaczyć trudności, jakie niektórym z nich nasuwały się, gdy się opierali na zasadzie czysto ektodermalnego pochodzenia gleju nerwu wzrokowego.

I tak, opisując obrazy jąder przewężonych, a które i ja u zarodków świni,  $2\frac{1}{2}$  mm. długości mających, w znacznej liczbie napotykałem, pisze Seefelder: »Auch wäre wohl denkbar, dass bei der sicher sehr starken Kernvermehrung, welche im 3. Monat stattfindet, die mitotische Teilung allein nicht allen Ansprüchen zu genügen vermöchte«. Otóż na ten szczegół zwróciłem baczną uwagę. W nerwach zarodków, młodszych od stadium 5 cm., karyokinezy napotykałem dość często, w stadium jednak 5 cm. długości ilość karyokinez jest niestosunkowo mała w porównaniu do znacznego przybytku komórek glejowych w obrębie nerwu, a zwłaszcza na jego obwodzie. — Podnieść dalej muszę szczegół, na który inni badacze nie zwrócili uwagi, który jednak w moich badaniach wyraźnie występuje, t. j. różnicę wielkości jąder komórek gleju środkowej części nerwu i komórek gleju w jego części obwodowej. Jeżeli jednak uwzględnimy, że większość jąder tych odpowiada prawie dokładnie (fakt, który udało mi się stwierdzić) wielkości jąder komórek mezodermalnych, nerw wzrokowy otaczających, to chociaż samemu temu faktowi nie moglibyśmy przypisywać znaczenia zasadniczego dowodu mezodermalnego pochodzenia komórek gleju, jednakże po stwierdzeniu obrazów wnikania komórek mezodermalnych w obręb nerwu staje się on zupełnie zrozumiałym.

Held w pracy swej z r. 1904, pisząc o badaniach Renaulta, który stwierdził czysto ektodermalne pochodzenie gleju, podnosi możliwość zarzutu, pisząc, że w jakimś momencie rozwoju przecież komórki mezodermalne mogłyby wtargnąć w obręb układu nerwowego. Held jednak wyłącza zupełnie tę możliwość, podnosząc ciągłość błon granicznych zewnętrznych. Ponieważ jednak w moich badaniach błon takich w tych wczesnych okresach rozwoju nie mogłem wykazać, nie mogę przyznać słuszności twierdzeniu Helda, jakoby te błony mogły stanowić zaporę, któraby uniemożliwiała komórkom mezodermalnym wtargnięcie w obręb nerwu.

Że zasadniczo wtargnięcie w obręb nerwu wzrokowego elementów mezodermalnych jest możliwe, tego dowodzą przecież fakty wniknięcia w obręb układu nerwowego naczyń krwionośnych, jakoteż i tkanki łącznej, tworzącej później przegrody międzypęczkowe, które zwłaszcza w blaszce sitowej twardówki (lamina cribrosa sclerae), tworzą tak wybitną sieć, przerastającą cały nerw wzrokowy.



U zarodków świni, 5 cm. długości mających, udało mi się stwierdzić wnikanie komórek mezodermy w obręb nerwu wzrokowego i przemianę tych komórek w obrębie nerwu w komórki gleju. Zadać więc sobie musiałem w dalszym ciągu pytanie, czy proces ten nie odbywa się jeszcze w okresach wcześniejszych i późniejszych.

W okresach wcześniejszych możliwości wnikania komórek mezodermalnych trudno stanowczo zaprzeczyć, obrazów, któreby jednak za takim wnikaniem przemawiały, nie spotkałem; jeżeli więc takie wnikanie się odbywa, to musi odbywać się bardzo rzadko. Natomiast w okresach późniejszych u zarodków, 6 cm. długości mających, wnikanie takie nie da się już tak łatwo stwierdzić, gdyż na obwodzie nerwu w tym okresie mamy już wytworzony wybitny płaszcz obwodowy, składający się ze spletanych włókienek gleju. Staje się też rzeczą niemożliwą stwierdzić wnikanie komórek między włókienka tego płaszczu.

#### Rozwój naczyń krwionośnych.

Powstanie pierwszych naczyń krwionośnych zauważyć mogłem w nerwie wzrokowym z zarodka świni 5 cm. długiego. Ten okres rozwoju nerwu wzrokowego świni jest widocznie znacznie wcześniejszy, niż okres rozwoju tegoż nerwu u 7-miesięcznego zarodka ludzkiego, w którym Krüchmann (l. c.) widział pierwsze wrastanie naczyń.

W rysunku 21. przedstawiony jest obraz wrastania młodego naczynia krwionośnego do nerwu wzrokowego. Na obwodzie nerwu widzimy zaznaczone światło naczynia krwionośnego. Z jego ściany wyrasta do nerwu wzrokowego gruba, stożkowata wypustka, złożona z kilku komórek, nie mających wybitnych granic, a otaczających ślepo kończące się światło naczynia. Komórka, stanowiąca sam szczyt naczynia, daje trzy cienkie, nitkowate, protoplazmatyczne wypustki. Z tych wypustek końcowa łączy się z włókienkami otaczającego gleju tak, że staje się częścią składową wytworzonej przez włókna siateczki; jedna zaś z dwu wypustek bocznych przechodzi najwyraźniej w wypustkę komórki gleju, leżącej niedaleko naczynia krwionośnego.

Zachowanie się tych dwu opisanych wypustek przemawia

za zupełną łącznością dawnej tkanki podstawowej nerwu wzrokowego z wrastającym do niego naczyniem krwionośnym.

Przyglądając się przebiegowi końcowej nitkowatej wypustki naczynia krwionośnego, zauważyć można cztery jądra komórek gleju, ułożone wzdłuż niej szeregiem. Ułożenie się takie komórek gleju na drodze, którą dalej ma rosnąć naczynie krwionośne, spotykałem dosyć często, i to nie tylko koło naczyń, będących jeszcze na obwodzie nerwu, ale również na drodze wrastania naczyń, położonych już w głębi nerwu wzrokowego. I tak w rysunku 22 widzimy przekrój końcowej części naczynia krwionośnego, położonego w środkowych częściach nerwu. Jedna z komórek, tworzących ściany naczynia, daje charakterystyczną, długą, protoplazmatyczną wypustkę. Komórka ta jest komórką końcową naczynia. Prócz niej widzimy jeszcze dwie inne komórki nadciętej ściany naczyniowej. Do jednej z tych dwu dołącza się szereg 7 komórek, gęsto obok siebie leżących. Komórki te postacią swoją i wielkością jąder odpowiadają całkowicie typowym komórkom gleju. Wobec tego rodzaju obrazów nasuwa się mimowoli przypuszczenie, że komórki, w ten sposób się układające, zaznaczają drogę, po której wyrośnie naczynie krwionośne.

Komórki gleju, otaczające poszczególne naczynia krwionośne, mogą albo przylegać do nich na całej swej powierzchni (rys. 23 a), albo nieznacznie tylko częścią swego ciała (rys. 24 a), albo pozostawać w łączności z naczyniami tylko za pośrednictwem wypustek. Wypustki te, któremi komórki gleju łączą się z naczyniami, są albo pojedyncze (rys. 25), albo rozwidlają się na końcu (rys. 25), albo wreszcie całym pęczkiem włókienek do naczynia dochodzą (rys. 24 b). Co do sposobu zakończenia się włókien gleju na naczyniach krwionośnych, to dochodzą one albo do samych komórek śródbłonna naczyniowego (rys. 24), albo też łączą się z ich wypustkami (rys. 23 b i rys. 26 a, b.)

Obrazy, przemawiające za tak ścisłą łącznością gleju z naczyniami krwionośnymi, spotykać mogłem w okresie rozwojowym, który obecnie omawiam, przy oglądaniu każdego naczynia. Rys. 27. dowodzi, że wyżej wspomniana łączność polega nie tylko na obecności kilku zaledwie włókienek gleju, zdążających do naczynia, ale że włókienek tego rodzaju spostrzegać można bardzo znaczną ilość. W tym rysunku widzimy naczynie krwionośne, będące w bardzo wczesnym okresie wrastania do nerwu wzroko-

wego. Naczynie nadkrojone jest równoległe do osi; przytem przekrój padł w ten sposób, że na samym początku naczynia, tuż przy powierzchni nerwu, pozostała w preparacie część ściany. Część ta utworzona jest przez kilka komórek śródbłonna, których jądra wyraźnie występują. Nad komórkami temi widzimy tuż przy wejściu naczynia przekroje poprzeczne licznych włókienek gleju, dążących do tej ściany naczynia krwionośnego. W części bliżej środka nerwu, widzimy samą powierzchnię ściany naczynia. W tem polu widzimy, że włókienka gleju, doszedłszy do naczynia, zaginają się na jego powierzchni i tworzą siatkę o dość dużych okach.

Dalszy wzrost naczynia krwionośnego od obwodu do środka nerwu odbywa się dzięki naczyniotwórczej czynności komórek śródbłonna.

Obok typowych obrazów wrastania naczyń w obręb nerwu wzrokowego zauważyć mogłem kilkakrotnie ciekawe obrazy wzrostu, odbiegające od zwykłego typu. Jeden z takich obrazów przedstawia rys. 28. Widzimy na nim wysmukły stylik, ciągnący się od powierzchni ku środkowi nerwu, a kończący się banieczkowatym rozszerzeniem, posiadającym w swem środku światło. Pęcherzyk końcowy posiada ściany, utworzone przez typowe komórki śródbłonna; stylik zaś, mający w swoim środku wązkie światło, utworzony jest przez warstwę protoplazmy, wykazującej lekko włóknistą budowę.

Na nieprzerwanej seryi preparatów mogłem stwierdzić, że w obrębie stylika nie ma ani jednego jądra komórkowego. W dalszym ciągu rozwoju z końcowego pęcherzyka rozwijają się rozgałęzienia naczyniowe, w nieposiadającym zaś początkowo jąder styliku jądra później się zjawiają, tak że ostatecznie przedstawia on zupełnie prawidłową budowę naczyniową. Niektóre z komórek pęcherzyka końcowego przechodzą w długie wypustki, stojące w związku z siateczką gleju, leżącego w pobliżu (rys. 21).

Pierwszem naturalnem następstwem wrośnięcia naczyń krwionośnych do nerwu wzrokowego jest przemiana jego ogólnego obrazu. Zmiana ta polega na zjawieniu się naczyń w obrębie beleczek międzypęczkowych, dotychczas składających się jedynie z samych tylko komórek. Dzięki naczyniom nerw wzrokowy przybiera cechy, podobne do cech nerwu już rozwiniętego.

Sposobem wrastania naczyń krwionośnych do nerwu wzrokowego i stosunkiem ich do tkanki podstawowej zajmowali się

dotychczas Held (l. c.), Krückmann (l. c.) i Seefelder (l. c.). Wyniki badań tych dwóch ostatnich autorów są potwierdzeniem badań Helda (l. c.) nad naczyniami krwionośnymi mózgu.

Zdaniem wszystkich tych badaczy, młoda wypustka naczyniowa, przebiwszy błonę graniczną zewnętrzną nerwu wzrokowego, jest na całej swej powierzchni odgraniczona od gleju błoną graniczną okołonaczyniową (membrana limitans perivascularis).

Błony te, zupełnie lite, otaczać mają, jak ci autorowie twierdzą, nie tylko młode naczynia wrastające; ale i tkankę łączną, z naczyniami w obręb nerwu się dostającą.

Między obrazami, jakie ja otrzymałem, a obrazami, jakie widzieli ci autorowie, zachodzi zasadnicza różnica. Przedewszystkiem przeczą oni zupełnie łączności komórek wrastającego naczynia z komórkami gleju nerwu. Otóż pod tym względem obrazy komórek szczytowych naczyń nie pozwalają mi na żadne wątpliwości; komórki te stoją najwyraźniej długimi wypustkami w łączności z siatką gleju. Co więcej, przypatrując się ciekawym figurom w pracy Helda z r. 1902, widzimy na fig. 25, wykonanej z preparatu Altmanna, a przedstawiającej wczesny bardzo okres wrastania naczynia w obręb rdzenia przedłużonego, że szczyt tej komórki pozostaje w łączności z siatką gleju.

Powtóre na powierzchni naczynia ja widziałem tylko siateczkę włókienek gleju o dość szerokich okach, tymczasem Krückmann (l. c.), który zajmował się dokładniej stosunkiem rozwijających się naczyń do gleju u człowieka, opisuje zupełnie lite błony okołonaczyniowe. Obrazy Krückmanna (l. c.) przedstawiają wszystkie nerwy wzrokowe z drugiej połowy, a nawet i końca ciąży. W nerwie wzrokowym wytworzył się w tych okresach u człowieka już bardzo znaczny płaszcz glejowy (Gliamantel), tymczasem u świni, jak z moich badań wynika, naczynia wrastają w obręb nerwu wzrokowego znacznie wcześniej, kiedy płaszcz obwodowego na nerwie jeszcze zupełnie nie ma.

Może więc ta okoliczność tłumaczyć różnicę obrazów, jakie ja widziałem, i obrazów, które widział Krückmann (l. c.)

Czy glej w późniejszym rozwoju nie tworzy u świni również litych błon okołonaczyniowych, nie mogę w tej chwili powiedzieć, stwierdzić jednak mogę z pewnością, że w pierwszych okresach wrastania naczyń takich błon koło naczyń nie można wykazać.

## Rozwój przegród w nerwie wzrokowym i stosunek ich do tkanki pomiędzy nimi położonej.

Z rozwojem nerwu wzrokowego nieliczne początkowo przegrody międzypęczkowe z powiększającą się ilością pęczków włókien stają się liczniejsze i zyskują na grubości. W przegrodach tych występują coraz liczniej naczynia krwionośne, a ilość komórek, w ich skład wchodzących, staje się coraz większą.

Ponieważ w stadyach 5 cm. zarodków świni widzieliśmy wyraźnie wrastanie komórek mezodermalnych w obręb nerwu wzrokowego, utkanie przegród muszą w okresach późniejszych tworzyć komórki pochodzenia tak ektodermalnego, jak i mezodermalnego. W środku pęczków włókien widzimy na przekrojach komórki rozgałęzione, przedstawiające wybitne cechy gwiazdkowatych komórek gleju. W niektórych przekrojach widzimy w obrębie pęczka tylko jedną taką komórkę, w innych pęczkach widzimy ich po kilka. Taki obraz nerwu przedstawia rysunek 30, przedstawiający wycinek z nerwu wzrokowego płodu ludzkiego z 4. miesiąca życia. W preparacie tym zabarwiły się niezmiernie wybitnie włókna definitywne gleju, tak, że możemy je nieraz prześledzić na bardzo znacznej długości. Otóż włókna pęczków, wychodzące z komórek leżących w środku, nie kończą się bynajmniej na obwodzie pęczków, ale przebiegają dalej, wchodząc w obręb przegród, w których splatają się z włóknami stanowiącymi przegrody. Czasami udawało mi się prześledzić włókna takie nie tylko w obręb przegrody, ale nawet i w obręb dalszych pęczków.

Ta łączność komórek gleju, leżących w obrębie przegród, sprawia, że utkanie gleju wśródpęczkowego pozostaje w ścisłej łączności z utkaniem przegród. Odgraniczenia pęczka jakąś błoną graniczną od przegrody nie widzieliśmy, co znowu stoi w sprzeczności z twierdzeniem Helda (l. c.), Seefeldera (l. c.), i Krückmanna (l. c.) o ścisłym odgraniczeniu elementów ektodermalnych i mezodermalnych nerwu.

## PIŚMIENICTWO.

1. Huschke: Ztschr. f. die Ophthalm. Bd. IV. 1835. Heidelberg u. Leipzig.
2. Schöler: według O. Hertwiga: Handb. d. vergl. u. experim. Entwicklungslehre d. Wirbeltiere. Jena. 1905.
3. Remak: według Hertwiga, ibidem.
4. Müller: według Hertwiga, ibidem.
5. His: »Unters. über die erste Anlage d. Wirbeltierleibes«. Leipzig 1868.
6. Lieberkühn: Schrift. d. Marb. Gesellsch. z. Beförder. d. Naturwiss. Bd. X. p. 299—331. 1872.
7. Manz: Graefe u. Saemisch Handb. d. ges. Aghk. Bd. II. C. 5.
8. Falchi: Graefe's Arch. f. Ophthalm. Bd. XXXIV. 1888.
9. Mihalowics: według Falchi.
10. Bergmeister: Mitteil. d. embryol. Institut. in Wien. H. 1. p. 63.
11. Keibel: Deutsche med. Woch. 15 Jahrg. 1889.
12. His: Arch. f. Anat. u. Phys. Suppl. Bd. 1890.
13. Cajal: Anat. Anzeiger. 4 Jahrg. 1889.
14. Froriep: Anat. Anzeiger. 6 Jahrg. 1891.
15. Assheton: Quart Journ. micr. sc. vol. XXXIV. 1893.
16. Robinson: Journ. anat. and phys. London. vol. XXX. 1896.
17. His: a) Arch. f. Anat. u. Entw. 1890.  
» b) Abhandl. d. math. phys. Kl. d. kgl. sächs. Ges. d. Wiss. Bd. XV. 1890.
18. Hensen: Ztschr. f. Anat. u. Entwickel. 1876.
19. Studnicka: Jenaische Ztschr. f. Naturwiss. Bd. XXXI. 1897.
20. Harrison: Arch. f. mikr. Anat. 1901.
21. Held: a) Die Entwick. d. Nervengew. bei den Wirbelth. Leipzig 1909.  
b) Bd. XXVIII. d. Abhandl. d. math. phys. Kl. d. sächs. Ges. d. Wissen. Nr. 4. 1903.  
c) Neurolog. Centralb. 1905. Nr. 15.  
d) Ber. über. d. Naturf. u. Aertztekongr. Dresden. 1907. Nr. 463.  
e) Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXVI. 1908.
22. Krückmann: Klin. Monatsbl. f. Aghk. XLIV. Jahrg. I Bd. 1905.
23. Wlaskak: Arch. f. Entwickelungsmechan. Bd. 6. 1898.
24. Pes: Annali di oftalm. Fasc. XXXVII. 1908.
25. Seefelder: a) Graefe's Arch. f. Ophthalm. Bd. LXX. H. 3. 1909.  
» b) ibidem. Bd. LXXIII. H. 3. 1910.
26. Manthner: według Helda cfr. 21 b).
27. His: a) »Ueber ein perivask. Kanalsyst. in d. nervösen Centralorg.« 1865.  
» b) Arch. f. Anat. 1883.  
» c) Abh. d. math. phys. Kl. d. kgl. sächs. Ges. d. W. 1889.
28. Vignal: Arch. de phys. norm. et pathol. 1884.
29. Gierke: Arch. f. mikr. Anat. 25, 26. 1885 u. 86.
30. Nansen: ibidem.
31. Golgi: według Helda 21 b).
32. v. Lenhossek: Verh. d. Anat. Ges. 1891.

33. v. Kölliker: Ztschr. f. wiss. Zool. 1890.
  34. v. Gehuchten: La structure des centres nerv. 1891.
  35. Retzius: Biolog. Unders. 1893.
  36. Cl. Sala y Pons: La neurologia de bos vertebr. 1894.
  37. R. y. Cajal: Anatom. Anzeiger. 1890.
  38. Lacchi: Arch. italien. biolog. XV. 1891.
  39. Valenti: ibidem XVI. 1891.
  40. Capobianco: Arch. ital. biol. 1902.
  41. Hatai: Jour. of. comp. neurolog. XII. 1902.
  42. Schaffer: Arch. f. mikr. Anat. 1894.
  43. Fiesandt: ibidem. Bd. 76. 1910.
  44. Nissl: Histol. u. histopath. Arb. I. 1904.
  45. Spielmeyer: Arch. f. Psych. 42.
  46. Eisath: Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 20. 1905.
  47. Merzbacher: Journ. f. Psych. u. Neurol. XII. 1908.
  48. C. da Fano: Ricerche fatte nel labor. di anat. norm. della. R. Univ. di Roma XII. 1906.
  49. Bonome: Arch. ital. di anat. e di. embr, VI. 1907.
-

# PRZYCZYNEK DO NAUKI O PSYCHONERWICACH. (ANALIZA 35 PRZYPADKÓW HISTERYI, NEURASTENII, NERWICY LĘKOWEJ I PSYCHASTENII).

PODAŁ

DR. TADEUSZ JAROSZYŃSKI (WARSZAWA).

(Z TABLICĄ IX).

---

## Wstęp.

Nerwice określa się powszechnie, jako choroby nieorganiczne, t. j. takie, które nie zależą od żadnych dostrzegalnych zmian anatomicznych w układzie nerwowym, lecz są natury czynnościowej, t. j. zależą od zaburzeń nerwowych o charakterze czynnościowym.

Określenie takie nie jest słuszne z tego powodu, że wogóle definicya ujemna, opierająca się na braku cech charakterystycznych, jest niedopuszczalna pod względem naukowym. Nie możemy nigdy stanowczo z góry utrzymywać, że dane cierpienie nie zależy od zmian organicznych, gdyż te zmiany mogą być z czasem wykryte po zastosowaniu nowych metod badania. Tak n. p. Pinel zaliczał do nerwic takie cierpienia, jak głuchotę, tężec, wodowstręt itp., których przyczynę organiczną obecnie znamy. Jeszcze i dziś tacy autorowie, jak Oppenheim, Strümpell, Dieulafoy zaliczają do nerwic takie choroby, jak płasawica, padaczka, choroba Basedowa, choroba Parkinsona, których zależność od zmian organicznych według nowoczesnych badań anatomopatologicznych i histochemicznych wydaje się coraz bardziej uzasadnioną. Dlatego też w miarę postępu w dziedzinie patologii liczba nerwic maleje stopniowo i obecnie ogół lekarzy za jedynie pewne choroby nieorganiczne uważa tylko histeryę i neurastenię.



Dwa te cierpienia jednak, zwane przez wielu autorów (Dubois, Dejerine, Raymond, Dornblüth i inni) psychoneurwicami dla odróżnienia od innych chorób, tymczasowo tylko do nerwic zaliczanych (płaszawica, choroba Basedowa itp.), — stanowią pojęcia zanadto szerokie, nieokreślone, nienależycie odgraniczone od siebie i od pokrewnych im stanów psychotycznych; są one, jak się wyraził Lasègue, »koszami, w które rzuca się wszystko, czego się niema gdzie umieścić«. Dlatego też niektórzy nie uznają w hysterii i neurastenii odrębnych jednostek chorobowych i mówią o »charakterze historycznym« i »stanach neurastenicznych« (Bernheim, Hartenberg, Riche, Schnyder itd).

Zdaniem naszym, racjonalne określenie nerwic opierać się powinno przy obecnym stanie nauki nie na poszukiwaniach anatomopatologicznych, które doprowadziły do wyników ujemnych, ale na dokładnem zbadaniu objawów klinicznych i ich analizie psychologicznej. Dopiero po zbadaniu etyologii objawów nerwicowych i określeniu ich istoty można postawić racjonalną definicyę tych cierpień i odgraniczyć jednostki nozologiczne.

W pracy niniejszej zamierzamy trzymać się tej metody kliniczno-psychologicznej, a mianowicie zbadać mechanizm powstawania zaburzeń chorobowych w szeregu przypadków i na zasadzie tej analizy wysnuć wnioski co do określenia i istoty stanów nerwicowych.

## HISTERYA.

### Przypadek 1. Rozdwojenie osobowości\*),

Chora l. 18, pochodzi z rodziny dość obarczonej (matka — napady historyczne, ojciec bardzo gwałtowny). W dzieciństwie zawsze wątła, atmosfera w domu bardzo przykra, — ojciec tyranizował dzieci. W 10. roku życia masturbatio z koleżankami. Była zdrowa do lat 15, poczem po przejściu z ojcem dostała napadów, w ciągu których rozbierała się do naga, śpiewała, miewała rodzaj konwulsyi itp. Stan ten trwał aż do czasu obserwacyi chorej. W ostatnich czasach przed obserwacją chora była kilka razy w zakładzie dla chorych umysłowych, gdyż stan podniecenia nie pozwalała trzymać jej w domu: tłukła szyby, nie chciała przyjmować pokarmów itp.

Pierwsze badanie chorej (obserwowanej z polecenia Dr. S.

\*) Przedstawiony w Sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej Towarz. lek. Warszawskiego w paźdz. 1910 r.

Orłowskiego) nie wykazało żadnych zmian somatycznych w układzie nerwowym; w szczególności żadnych »stygmatów« historycznych nie stwierdzono: czucie na wszelkie rodzaje zachowane, zwięzienia pola widzenia, ani punktów bolesnych nie było; odruchy ścięgnowe dość żywe, ze spojówki i ze śluzówki gardła zachowane. Oryentuje się dobrze, dziedzina intelektu bez zmian wyraźnych; pewne przygnębienie w sferze uczuciowej; mówi ze smutkiem o swojej chorobie, która ją męczy i nie pozwala pracować na swe utrzymanie, czegoby chora bardzo pragnęła. Poza tem w zachowaniu się chorej uderzała przesadna nieśmiałość i skromność: chora wzdraga się przy badaniu tętna, nie daje osłuchać serca itd. Gdy zaś w wywiadach, pytając o przyczynę choroby, dotknięto sprawy płciowej, chora nagle dostała napadu: zerwała z siebie kołdrę, poczęła tańczyć po pokoju, śpiewać, deklamować, poczem weszła pod łożko, przestała odpowiadać na pytania. Po kwadransie stan ten przeszedł i chora znowu leżała w łożku spokojna, zakrywając się starannie; mówiła, że jest zmęczona, że widocznie znowu miała »atak«, chociaż nic z niego nie pamięta; poczem płacze, martwiąc się swoją chorobą.

Ponieważ łatwo było przypuścić, że chora ukrywa jakieś przejścia moralne, zastosowano hipnozę, na którą okazała się bardzo podatna. We śnie hipnotycznym chora opowiedziała, że choroba jej datuje się od czasu sceny z ojcem, gdy ten wymierzył do niej z rewolweru, chcąc wymusić tajemnicę, dlaczego nie była cały dzień w domu (jeździła do poblizkiego miasteczka, aby się spowiadać u prefekta, »w którym się kochała«); nie chciała się do niczego przyznać, otruła się karbolem i w ciągu kilku miesięcy leżała w szpitalu, gdzie zaczęły się napady »konwulsyi« i podniecenia. Dalej chora wyznała, że w ostatnich czasach opiekował się nią jeden z krewnych, z którym miała stosunki, i że od 3 miesięcy jest w ciąży. Po obudzeniu ze snu hipnotycznego chora nic nie pamiętała o tych wyznaniach.

Dalsza obserwacya chorej stwierdziła, że chora podczas tego, co sama nazywa »atakami«, przeżywa specjalny stan psychiczny, zupełnie różny od stanu normalnego: wogóle jest spokojna, raczej przygnębiona i przesadnie wstydliva, podczas »ataku« zaś jest wesoła, podniecona i pozbawiona uczucia wstydlivosti. Po przejściu napadu chora nic nie pamiętała, co robiła przed chwilą, zapytuje tylko z płaczem: »co to? — znów atak?«; przeciwnie zaś podczas napadu pamiętała wszystko, co robiła w napadzie poprzednim, nie pamiętając nic ze stanu normalnego. W hipnozie, na którą była podatna tylko wówczas, gdy się znajdowała w stanie normalnym, pamiętała wszystko, co robiła, będąc na jawie i w napadzie. Gdy miała napad, wówczas nie można było jej uspić, — wogóle była wówczas przekorna, nie słuchała nikogo, robiła wszystkim na złość itp. Prawie zawsze zdarzało się, że hipnoza samorzutnie przechodziła w stan napadu: chora we śnie nagle zaczyna się śmiać

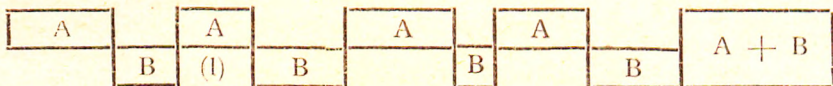
przestaje podlegać sugestyi, po chwili otwiera oczy i przechodzi w stan podniecony »ataku«; — tak więc sen hipnotyczny stanowił ogniwo pośrednie pomiędzy stanem prawidłowym a napadem.

Słowem, chora przechodziła kolejno dwa stany, które możemy nazwać A — B:

w stanie A — była spokojna, przygnębiona, przesadnie wstydliva i podatna na hipnozę;

w stanie B — wesoła, podniecona, pozbawiona uczucia wstydlivosti, przekorna względem otoczenia, nie poddająca się sugestyi.

Graficznie można to zobrazować w następujący sposób:



Będąc w stanie A chora pamiętała tylko to, co robiła w stanie A, nie pamiętając tego, co było w »ataku«, tj. w stanie B. Będąc zaś w stanie B — nie pamiętała tego, co robiła w A, a tylko to, co było w B. Stany A łączyła pomiędzy sobą ciągłość pamięciowa, a dzieliła niepamięć co do stanów B. Podobnie w stanie B była luka pamięciowa (I), odpowiadająca stanowi A.

Chora nazywała stan B »atakiem«, jednak niesłusznie, gdyż podczas tego stanu chora była świadoma tego, co robi, — wychodziła na ulicę, kupowała bilet w tramwaju, — słowem ten stan zbliżał się raczej do somnambulizmu lub tego, co niektórzy autorowie nazywają automatyzmem ambulatoryjnym. Wyjaśnimy to na przykładzie:

1. Raz chorą zastano w pokoju zmieszanej, z wypiekami na twarzy, i gdy spytano, co to znaczy i czy wychodziła z domu, odpowiedziała, że od rana siedziała w pokoju, ale wydaje jej się, że jechała w tramwaju. W hipnozie chora wyznała, że chcąc »na złość« się otruć, pojechała do apteki, kupiła 6 proszków weronału, poczem w cukierni zażyła je w herbacie. W drodze powrotnej przeszła w stan A, jadąc w tramwaju, i to jej tylko pozostało w pamięci. Okazało się, że chora istotnie chciała otruć się weronałem, skutki czego (wymioty, głęboki sen przez 20 godzin) trwały w ciągu kilku dni.

2. Raz wskutek sprzeciwienia się otoczenia chora dostała napadu, podbiegła do okna i zaczęła wyrzucać srebrne ruble, jeden za drugim. Gdy uspokoiła się i chciała wyjść na obiad, włożono jej ukradkiem trzy ruble do portmonetki, aby miała czem zapłacić. Okazało się, że chora przeszła do stanu prawidłowego dopiero w restauracyi, siedząc przed zupą, którą kazała podać. (Sprawdzono to u kelnera, który opowiadał, że ku wielkiemu jego zdziwieniu pytała się, czy dawno już jest w restauracyi). Wróciwszy do

domu chora opowiadała, że w drodze skradziono jej rubla; wyjaśniło się to, gdy przyznała w hipnozie, że wyrzuciła przez okno cztery ruble (trzy jej włożono do woreczka).

Słowem u chorej wyraźnie można było stwierdzić rozdwojenie osobowości, tj. podział jej na dwa stany A i B, oddzielone od siebie amnezją.

Zastanawiając się nad przyczyną tego rozdwojenia, doszliśmy do przekonania, że powstało ono, zgodnie z teorią Freuda i Janeta, wskutek wyparcia ze świadomości pewnych stłumionych zespołów wyobraźniowych. Freud utrzymuje, że jeśli pewne wyobrażenia zostaną zabarwione pod wpływem urazu ujemnie pod względem wzruszeniowym, wówczas ulegają one stłumieniu i zostają wyparte ze świadomości, tj. zapomniane, i następnie mogą przejść się (drogą »konwersyi«) w sprawy patologiczne. Np. napad histeryczny powstaje wskutek nagłego, bezładnego wyładowania się przykrych wspomnień, przeważnie treści płciowej, które uległy stłumieniu i są bezładnie przeżywane przez chorą w sposób patologiczny. Dlatego też leczenie histeryi powinno polegać na psychoanalizie dawnych urazów psychicznych, tj. na wydobywaniu z podświadomości kompleksów wyobraźniowych, by tym sposobem zostały one »odreagowane« (Abreagirung), tj. straciły siłę urazową przez powolne wyładowanie. U naszej chorej pierwszy napad histeryczny powstał po scenie z ojcem, podczas której działało silne tłumienie pewnych faktów, związanych z płciowością (miłość do prefekta). Pod wpływem tego tłumienia i wzruszenia strachu (groźenie rewolwerem) mogło nastąpić rozdwojenie psychiki przez odzłupienie od świadomości tego zespołu wyobraźniowego, uległego silnemu, nagłemu stłumieniu i przez zespolenie się go w odrębną osobowość. Wyrazem tej osobowości był właśnie stan B, w którym chora przeżywała dawne przykre wspomnienia w sposób gwałtowny, chorobliwy, dając ujście podnieceniu seksualnemu przez napady, obnażanie się, konwulsje itd.; stan A, w którym chora była przesadnie wstydliva, odpowiadał temu stłumieniu płciowości. Tak więc rozdwojenie świadomości stało się dla chorej wyrazem samoobrony przed przykremi wspomnieniami, gdyż stan A był wolny od nich; dopiero, gdy chorą naprowadzano na nie, przechodziła w stan napadu, czyli w stan B.

Zgodnie z taką interpretacją stanu psychicznego chorej, postanowiliśmy ją poddać leczeniu w duchu metody psychoanalitycznej Freuda, mianowicie poczęliśmy opowiadać jej, gdy była na

jawie (w stanie A), wszystko to, co wypowiedziała w hipnozie i pytać o dalsze szczegóły (modyfikacja psychoanalizy w kierunku metody katartycznej Breuera). Jak zawsze, chora oddziaływała na to napadem histerycznym, wzgl. przejściem do stanu B. Gdy po pewnym czasie chora znowu wróciła do stanu prawidłowego (A), robiliśmy to samo powtórnie. Po paru dniach takiego postępowania okazało się, że chora oddziaływała na przypominania przeszłości coraz słabiej; napady były coraz krótsze, podobnie jak stany B, pojawiające się następczo po napadach; często chora zostawała w stanie A i wyrażała wielką przykrość przy poruszaniu szczegółów z jej życia; jeszcze później chora zaczęła powoli ustępować i zrazu niechętnie, potem coraz więcej sama opowiadała o zdarzeniach z ojcem, miłości do prefekta, stosunku z opiekunem itd. W miarę jak wszystko to wypowiadała na jawie tj. w stanie A, napady poczęły się coraz rzadziej powtarzać, jednocześnie zmieniło się jej usposobienie: stała się mniej przygnębioną, po kilku dniach nawet wesołą i przestała być przesadnie wstydlivą, jak dawniej, stając się bardziej pod tym względem naturalną. Wspominanie o jej dawnych i obecnych zmartwieniach nie wywoływało już przejścia w stan B, i wogóle te stany stawały się coraz radsze. Po tygodniu przestoczenie chorej stało się zupełne, chora bowiem wogóle przestała przechodzić w stan B i będąc na jawie (tj. w stanie A), poczęła pamiętać wszystko, co powiedziała w B; zaczęła opowiadać wszystkie szczegóły, które przeżywała w »atakach«, pamiętała czas, gdy była niepoczytalną w zakładzie dla chorych umysłowych itd. Słowem, nastąpiło wyraźne połączenie ze sobą obu stanów A i B w jeden stan ( $A + B$ ) — (patrz rys.), który pod względem pamięci i charakteru odpowiadał obu tym stanom. Mianowicie w tym stanie  $A + B$  była chora względnie spokojna, zrównoważona, nie miała żadnych objawów rozdwojenia osobowości, gdyż pamiętała wszystko, co było w A i B, nie dostawała napadów przy przykrych wspomnieniach, nie przechodziła raptownie w stan B, jak dawniej, i jednocześnie zmieniło się jej usposobienie; nie była ani skryta, ani przesadnie wstydliva, jak w stanie A, ani przeciwnie, pozbawiona uczucia wstydu, jak w stanie B, a stała się zupełnie naturalną pod tym względem.

Najważniejsze jednak spostrzeżenie, które uczyniliśmy w tym czasie, po 2 tygodniach takiego »odreagowania« wszystkich urazów z przeszłości, było to, że chora w tym stanie  $A + B$  przestała być zupełnie podatna na hipnozę, — mimo wysiłku nie można już było jej uspić, jak dawniej, gdy była w stanie A. Zważywszy, że wszelka suggestya hipnotyczna jest możliwa tylko w tym razie, gdy istnieje dysocjacja świadomości (jak to określa Janet) — fakt niepodatności na hipnozę dowodził, że u naszej chorej w stanie  $A + B$  nastąpiło istotne zespolenie osobowości. Zdaniem Ja-

neta, w każdym przypadku histeryi istnieje pewne rozdwojenie osobowości, choć nieraz bywa słabo zaznaczone; wynika ono wskutek destrukcyjnego działania urazu wzruszeniowego na psychikę, gdyż skutkiem urazu powstaje zespolenie się pewnych grup wyobrażeń w jedną całość (*idée fixe*) i oddzielenie się jej w podświadomości, w postaci pasorzyta, nieprzyswojonego przez psychikę; istnienie tego podświadomego zespołu wyobrażeń wywołuje właśnie rozdwojenie osobowości i jest warunkiem podatności na hipnozę, która powstaje kosztem tej zespolonej podświadomości. Gdy udaje się na ten zespół podziałać w ten sposób, że stanie się on przyswojony przez psychikę i dojdzie do świadomości, (Janet nazywa to dysocjacją »*idée fixe*«, czyli »dezynfekcją podświadomego pasorzyta«, Freud zaś — »odreagowaniem« wzruszenia uwięzionego wskutek urazu), — wówczas przechodzi rozszczepienie psychiczne i znika podatność na sugestję. Fakt ten kilka razy spostrzegał Janet u chorych na histeryę, u których po dłuższym leczeniu psychicznem, polegającym na wydobywaniu na jaw stłumionych w podświadomości zespołów wyobrażeń, nastąpił stan względnego zdrowia i niepodatności na hipnozę. Spostrzeżenie nasze potwierdza te rozumowania i dowodzi, że u chorej w stanie A + B nastąpiło istotne zdwojenie osobowości, rozszczepionej w oddzielnych stanach A i B.

Stan względnego zdrowia trwał jednak u chorej niezbyt długo (kilka tygodni); nawrót choroby nastąpił z powodu innych przejść wzruszeniowych, które musiała chora przejść wskutek czekającego ją rozwiązania; sprawa jeszcze bardziej pogorszyła się, gdy sama wywołała sobie poronienie, skacząc ze schodów; podczas choroby napady powtórzyły się. Straciliśmy wówczas chorą z oczu i od tego czasu widywaliśmy ją tylko dorywczo w ciągu roku następnego. Napady od czasu do czasu zdarzały się jeszcze, wpływ hipnotyczny przywracał jej równowagę psychiczną na kilka miesięcy, poczem znowu następowały nawroty. Długotrwałego systematycznego leczenia przeprowadzić nie było można.

Przypadek ten opisaliśmy szczegółowiej, gdyż stanowi on przyczynek do nauki o histeryi, rzucając światło na zależność sugestyi od rozdwojenia osobowości, które powstaje wskutek łączenia się pewnych wyobrażeń w zespoły podświadome pod wpływem urazów wzruszeniowych. Sugestyjność zaś odgrywa wielką rolę w histeryi, wywołując poszczególne jej objawy (teorya Babińskiego), jak to zobaczymy poniżej.

## Przypadek 2. Niedowład kończyn dolnych. Niemota.

Chora l. 24 (obserw. z polecenia Dr. S. Kopczyńskiego), pochodzi z rodziny mało obciążonej; matka cierpi na niepokoje nerwowe, siostry zdrowe. W dzieciństwie chora bardzo pieściana, wyróżniana wśród rodzeństwa. Wychowana w wielkim kulcie religijnym; przyuczono ją patrzeć na płciowość, jako na grzech; często myśli zdrożne tłumiała modlitwami. Uczyła się na pensyi w bardzo przykrych warunkach; zwłaszcza z jedną nauczycielką miała kilka przejść nieprzyjemnych; wogóle była w szkole nieśmiała i nieraz zająkiwała się na lekcyi. W ciągu roku kształciła się w zamkniętym zakładzie katolickim o bardzo surowym rygorze; doznała tam wielu upokorzeń i zawodów uczuciowych; przesada w praktykach religijnych i nieszczerłość kierowników odebrała jej wiarę i wpłynęła na przygnębienie duchowe. Trzy lata temu wyszła za mąż bez przekonania, zmuszona przez rodzinę; dwa lata temu poród, w kilka tygodni po którym zaczęła chorować.

Jeszcze i dawniej, gdy była panną, często odczuwała zmęczenie w nogach po dłuższem chodzeniu; często też przy silniejszych wzruszeniach uczuwała drżenie w kończynach dolnych, mając wrażenie, że uginają się pod nią, »jakby podcinają«, jednak po kilku minutach to przechodziło. Dopiero w kilka miesięcy po porodzie pod wpływem silnego wzruszenia (pies zaszczekał i jednocześnie dziecko zapłakało — myślała, że zostało ukąszone) drżenie nóg przeszło w osłabienie ich władzy, co trwało kilka tygodni i przeszło po leczeniu miesieniem i elektryzacją. W kilka miesięcy potem objaw ten powtórzył się również pod wpływem wrazenia (pożar) i znowu został usunięty. Gdy chorą zaczęliśmy obserwować, wówczas właśnie drżenie nóg i osłabienie powstało u niej po raz trzeci, po pogrzebie matki męża, jednocześnie też chora na kilka dni przestała mówić.

Badanie chorej, dokonane wówczas, nie stwierdziło żadnych objawów organicznego niedowładu kończyn dolnych; odruchy ścięgnowe i skórne zachowane, brak drżenia (clonus) i objawu Babińskiego, czucie na wszelkie rodzaje zachowane; piętn histerycznych również nie znaleziono. W zachowaniu chorej uderzała wielka nieśmiałość i wstydlivość: prosiła np., aby jej serca nie osłuchiwać, przy mówieniu chwilami zająkiwała się.

Przypuszczając, że mamy przed sobą histeryę, i dowiedziawszy się, że dwukrotne leczenie metodami fizycznymi nie wyleczyło trwale chorej, postanowiliśmy spróbować hipnozy i istotnie chora po pierwszym uspieniu zaczęła chodzić zupełnie dobrze; drżenie w nogach przeszło, siła mięśniowa stała się niezłą, zacinanie się w mowie również minęło. Mimo to po dwóch miesiącach choroba powtórzyła się po nowym przestraszu i znowu trzeba było usunąć objaw osłabienia nóg za pomocą hipnozy.

Gdy okazało się w ten sposób, że leczenie drogą sugestyi hipnotycznej nie usuwa przyczyny choroby, gdyż objaw chorobowy ciągle powtarza się, wówczas przeprowadziliśmy z chorą szereg posiedzeń psychoanalitycznych, starając się na jawie wydobyć od chorej pewne szczegóły, mogące wyjaśnić istotę jej cierpienia. Podczas tego badania natrafiliśmy na silny opór u chorej przy poruszaniu kwestyi płciowej, wreszcie stopniowo wydobywaliśmy szereg faktów, które niewątpliwie wpłynęły na rozwój jej choroby. Wychowanie jej w domu było przesadnie religijne i pod tym wpływem tłumiła w sobie płciowość, uważając to za grzech i za rzecz niegodną człowieka; marzyła, aby wstąpić do klasztoru i oddać się kulturze ducha, wstydząc się i czując wstręt do swojego ciała. Pod tym wpływem również rozwinęła się u niej nieśmiałość życiowa, brak zaufania w swe siły, bierność, przesadna samoobserwacja i unicestwianie siebie w swoich rozmyślaniach (raz przytoczyła kilka takich zasad, które jej wdrażano w dzieciństwie: »nie ufaj sobie, bądź pokorną; pokora stoi na straży czystości; gdy człowiek pokorny, widzi swą słabość i niedoskonałość, nie ufa sobie, jest czujnym i przezornym«). Jednak potem, po roku pobytu w zakładzie wychowawczym, gdzie miała się przygotować do życia religijnego, straciła wiarę, gdyż przekonała się o nieszczerości swoich przewodników duchownych, i wówczas owdładnęła nią apatya i przygnębienie. W tym czasie namawiano ją do wyjścia za mąż; zgodziła się, jak mówiła, pod wpływem współczucia dla człowieka, którego znała oddawna i który prawdziwie ją kochał. Po ślubie długi czas nie zgadzała się na stosunki płciowe, gdyż nie mogła przezwyciężyć wstydu i wstrętu, jaki powstawał w niej wtedy, wreszcie uległa mężowi z rezygnacją, jednak nigdy, nawet do ostatnich czasów nie odczuwała zadowolenia. W dalszem pożyciu mąż okazał się za wielkim realistą, mało subtelny, nie wczuwał się w usposobienie chorej i nie uwzględniał jej strony duchowej, co wpływało jeszcze bardziej na jej przygnębienie. Nastąpił poród, który był dla niej, jak mówiła, »przełomową chwilą w życiu«; cierpiała nie tyle z powodu bólów, ile z powodu obnażania ciała, rękoczynów lekarskich i obrażenia uczuć estetycznych. Wyjątek z listu: »Stałam się obojętną na wszystko, co mię otaczało, pragnęłam jedynie przyjscia na świat dziecka i wyzwolenia ducha przez śmierć... to nieuszanowanie zdrowia, co mi stale zarzucają najbliżsi, jest tylko pragnieniem śmierci z obawy przed możliwym macierzyństwem...; nie chcę czerpać rozkoszy ze źródła życia kosztem cierpień moralnych«. W dalszym ciągu chora wyznała, że niedowład nóg występował u niej zwykle po stosunkach z mężem, że choroba była dla niej poniekąd ucieczką przed życiem płciowym.

Na zasadzie tych szczegółów, wydobytych drogą psychoanalizy, można było przypuszczać, że obawy chorobowe, które się powtarzały tyle razy u chorej, były nietylko uwarunkowane przez



przestrach, jak to pozornie się wydawać mogło, ale miały swój nieświadomy odpowiednik psychiczny w niechęci do życia płciowego. Jeśli interpretować ten przypadek w kierunku teorii Freuda, to istotnie znajdujemy tu czynnik stłumienia (*Verdrängung*) płciowości przez chorą drogą kultuwowania w sobie sił hamujących — wstydu i wstrętu, oraz fakt następczego przeistoczenia się (konwersji) tej płciowości, zabarwionej ujemnie pod względem wzruszeniowym, w objaw choroby drogą symbolizacji (dolna część ciała była dla niej symbolem życia płciowego, stąd niedowład nóg). Teoria Babińskiego, według której objawy histeryi powstają wskutek sugestyi, może tu mieć również zastosowanie: chora, będąc nieśmiałą i wrażliwą, oddziaływała jeszcze przed chorobą na przestrach drżeniem nóg, oraz zająkiwaniem się w mowie (dwa te objawy, podobnie jak bicie serca, ściskanie w gardle itp. zdarzają się często u osób nerwowych przy wzruszeniach); otóż, gdy warunki sprzyjały temu, że choroba stanowiła pewien pożytek dla chorej, te dwa objawy wzruszeniowe mogły wskutek autosugestyi stworzyć się w skończone symptomy chorobowe: drżenie nóg — w niedowład, zająkiwanie się — w niemotę. Dlatego też oba te objawy były usuwalne za pomocą sugestyi hipnotycznej. Fakt jednak, że objawy te po usunięciu drogą sugestyi powracały po pewnym czasie, dowodził, że do trwałego wyleczenia niezbędnym jest oddziaływanie na przyczynę tej wzmożonej sugestyjności u chorej, tj. na stłumione w podświadomości myśli, związane z kwestyą płciową.

Dlatego też dalsze leczenie chorej polegało na wyjaśnieniu jej istoty cierpienia, na wskazaniu, że niesłusznym jest nienaturalne tłumienie w sobie instynktu płciowego i odczuwanie wstydu i wstrętu w tej dziedzinie; wykazaliśmy ujemne strony nieśmiałości i niedoceniańa swojej wartości, oraz przesadnej samoobserwacji, wskazaliśmy na potrzebę wyrabiania w sobie samodzielności, by tym sposobem osłabić sugestyjność, poleciliśmy kilka razy narażać się na silniejsze wrażenia i jednocześnie zapanować, aby nie występowały objawy wzruszeniowe itd. Od czasu tego leczenia przeszło już pół roku i objawy niedowładów kończyn dolnych oraz niemoty dotychczas nie wróciły.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na niewątpliwie ujemny wpływ wychowania w powstaniu histeryi u chorej, dalej na fakt, obserwowany podczas leczenia: oddziaływanie drogą sugestyi usunęło wprawdzie objawy chorobowe, ale na czas krótki, — do trwałego wyleczenia koniecznym było usunąć samą

cechę suggestyjności drogą przetworzenia poglądów i niektórych cech charakteru chorej. Zatem leczenie drogą sugestyi w histeryi jest tylko środkiem objawowym. Leczenie przyczynowe polega na oddziaływaniu w kierunku tłumionych w podświadomości spraw psychicznych, będących źródłem suggestyjności.

### Przypadek 3. Siedem lat trwające porażenie.\*)

Chora, lat 28, (obserwowana wspólnie z Dr. Bychowskim) dotknięta była 6½ roku porażeniem obu kończyn dolnych. Pochodzi z rodziny, obarczonej gruźlicą. W trzecim roku życia spadła na krzyż, od tego czasu powstało skrzywienie kręgosłupa, stopniowo zwiększające się. Garb rósł do lat 17, jednak chorej to nie przeszkadzało pracować. W 18 r. ż. przechodziła blednicę, zaczęła niedomagać, miewała w tym czasie napady z drgawkami. W 21. r. życia straciła ojca i siostry, od tego czasu sama musiała pracować na utrzymanie, zaczęła odczuwać osłabienie w nogach. Zachorowała na płuca, leżała w szpitalu parę miesięcy; tu stopniowo rozwinął się niedowład, a później bezwład kończyn dolnych wraz z zaburzeniami moczu i stolca. Karta szpitalna z tych czasów głosiła: »Tbc. pulmonum, caries vertebrarum«, — przypuszczano więc, że porażenie jest charakteru organicznego. Od tego czasu stan chorej bez zmian.

Badanie przedmiotowe: Garb łukowaty, zaczynający się od II kręgu grzbietowego i kończący się na wysokości I kręgu lędźwiowego. Bronchitis diffusa. Układ nerwowy: Węch z obu stron zniesiony. Źrenice równomierne, oddziałują na światło żywo. Zwężenie pola widzenia z obu stron. Zupełne prawostronne znieczulenie połowicze. Ruchy czynne, bierne, siła mięśniowa w kończynach górnych bez zmian. Kończyny dolne: prawą może chora podnosić na 10 ctm., zgina w kolanie, ruchy dowolne stopą możliwe, siła mięśniowa w tej kończynie prawie żadna; lewa kończyna pozbawiona zupełnie wszelkich ruchów dowolnych. Ruchy bierne w obu kończynach bolesne. Pes equinovarus sinister. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa zachowane. Objawy Babińskiego niema, drgania stopy (clonus) również. Zaburzeń ze strony pęcherza obecnie niema. Psychika zachowana. Usposobienie płaczące, chora ciągle skarży się na otoczenie szpitalne.

Rozpoznanie histeryi nie było trudnem z uwagi na obecność prawostronnego znieczulenia połowiczego przy poprzecznem porażeniu, na brak zmian ze strony odruchów, na fakt stwierdzenia w porażonej kończynie lewej ruchów obronnych przy wywoływa-

\*) Przedstaw. w Sekcyi neur. psych. Tow. lek. Warsz. w lutym 1910 r. (szczegółowy opis w «Gazecie lek.», r. 1910).

niu bólu, brak zaburzeń w oddawaniu moczu (które, jak się okazało, były symulowane przez chorą) itp.

Rozpoznanie potwierdzone zostało przez wynik analizy psychologicznej, którą przeprowadziliśmy w wywiadach u chorej. Okazało się, że warunki jej życia w znacznym stopniu sprzyjały powstaniu objawów chorobowych. W dzieciństwie chora doznała kilku urazów: w 8. roku życia zlekła się na ulicy cygana, dostała wówczas po raz pierwszy »napadu« (z drgawkami?), od tego czasu bała się mężczyzn brunetów; w 15. roku spotkał ją podobny uraz, natury wyraźnie seksualnej. W 21. r. życia miała przejścia ze szwagrem, które były prawdopodobnie bezpośrednią przyczyną jej choroby. Gdy siostra, u której mieszkała, ciężko zachorowała, szwagier ją wtedy napastował, czyniąc różne propozycje; chorej szwagier się podobał, ale wszelkie jego kroki odrzucała ze wstrętem, ze względu na siostrę i dawniejszą odrazę do mężczyzn. Po śmierci siostry szwagier zaproponował jej wspólne mieszkanie ze sobą, chora miała się wówczas wyrazić: »raczej rozchoruję się, niż pójdę do ciebie«. W tym czasie chora doznawała omdlenia w nogach, które w pół roku potem przeszło w porażenie. Jeśli powyższe fakty interpretować w duchu teorii Freuda, to mamy tu: 1) uraz w dzieciństwie, który powtórzył się w okresie pokwitania i który seksualność u chorej zabarwił ujemnie pod względem wzruszeniowym (odraza do mężczyzn); 2) przyczynę do tłumienia w sobie uczuć płciowych (w zajściu ze szwagrem), czyli »Verdrängung« w pojęciu Freuda; usposobienie do konwersji, tj. wyładowania się tego afektu, stłumionego w podświadomości, w objawach ruchowych — porażeniu (ciężkie warunki materialne, choroba płucna, przejścia ze szwagrem), co Freud nazywa »Flucht in die Krankheit«.

Z drugiej strony znaleźliśmy w wywiadach z tego okresu życia chorej pewne fakty, które mogły wpłynąć na powstanie choroby drogą autosugestyi w myśl teorii Babińskiego. Tło dla pitiatyizmu — czyli pożytek z chorowania — odegrał tu rolę wyraźną: chora w czasie powstawania porażenia znajdowała się w takich warunkach, że w jej interesie było chorować (niemożność zapracowania, ucieczka przed szwagrem); nadto w tym czasie sami lekarze suggestyjonowali ją w kierunku choroby. Tak np. gdy chora poszła do lecznicy i skarżyła się na omdlenie w nogach, lekarz, dowiedziawszy się, że chora szyje na maszynie nożnej, powiedział: »Jeżeli pani będzie dalej szyła na maszynie, to straci nogi«. Chora mimo to szyła jeszcze parę miesięcy, poczem istotnie straciła władzę w nogach. Gdy zachorowała na płuca i leżąc w szpitalu, skarżyła się na bóle w nogach, z polecenia »profesora« (było to w klinice terapeutycznej) okręcano jej nogi bandażami i nie pozwalano poruszać — stosowano widocznie unieruchomienie kręgosłupa przypuszczając próchnienie kręgów; takie unieruchomienie kończyn usposobiło do porażenia ich, co wystąpiło podczas pobytu na tym oddziale. Tak więc w tym przypadku również widzimy, że

objawy chorobowe były bezpośrednio zależne od autosugestyi chorej w kierunku porażenia dolnych kończyn, pośrednio zaś — od czynników psychicznych, wywołujących tę sugestyjność i zawartych w motywach choroby, które zostały wydobyte zapomocą psychoanalizy.

Jednocześnie z tem badaniem prowadziliśmy leczenie chorej zapomocą elektryzacji i oddziaływania psychicznego. Zrazu usunęliśmy zapomocą silnej faradyzacji znieczulenie prawostronne, wskazując tem chorej, że można tą drogą usunąć objaw (czuła ukłucie szpilką na miejscach dawniej nieczułych); potem działano na poszczególne ruchy kończyn dolnych, stosując t. zw. reedukację tj. przekonywanie chorą w czynie, że dany ruch jest możliwy do wykonania. Trzymaliśmy np. nogę chorej na pewnej wysokości nad podłogą i każąc chorej uczynić wysiłek podniesienia nogi do góry, nagle puściliśmy ją — noga wtedy nie opadła, lub opadła powoli, co wyzyskaliśmy, aby chorą przekonać, że porażenia właściwie nie było. Albo nagle dotykaliśmy elektrodą kończyny porażonej, którą chora, unikając bólu, szybko cofała i znów to jej wskazywało, że ruch jest możliwy. Taką perswazją i stopniową reedukacją prowadziliśmy leczenie porażenia, stosując zarazem psychoterapię moralną, polegającą na wyjaśnieniu właściwości choroby, na przekonywaniu, że wszystko zależy od woli chorej, na zachęcaniu do panowania nad swojemi dolegliwościami (chora doświadczała przy poruszaniu kończynami silnych bólów). Po trzech posiedzeniach chora zaczęła podnosić nogi do góry, siadać na łóżku, na piąty dzień stanęła na nogach, 12 dnia leczenia zaczęła chodzić bez niczyjej pomocy, lekko kulejąc na lewą nogę.

W tym czasie (luty 1910 r.) chorą przedstawiliśmy w Sekcyi neurologicznej Tow. lek. Warsz. w następującym stanie: Chora chodzi, opierając się na łasce, pociąga z lekka nogę lewą. Zaburzenia ze strony czucia i zmysłów ustąpiły: węch prawidłowy, pole widzenia bez zmian, znieczulenia połowiczego niema. Stan odruchów bez zmian. Siła ruchowa w kończynach: lewa noga słabsza od prawej, zwłaszcza przy zgięciu w stawie biodrowym, oraz wyprostowaniu w stawie stopowym; lewa stopa w dalszym ciągu w ustawieniu końsko-szpotawem.

Wyleczenie chorej z porażenia było trwałe; obecnie chora znajduje się w szpitalu dla przewlekłych chorych w Górze Kalwaryi, ma niezłe samopoczucie ogólne, chodzi zupełnie poprawnie, opadnięcie stopy nieco się wyrównało (ost. wiadomości w lipcu 1912 r.).

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na długotrwałe porażenie, naśladujące cierpienia organiczne, które zostało usunięte w przeciągu krótkiego czasu, nawet przy istnieniu wtórnych zniekształceń wskutek zaniku mięśni (*pes equinovarus*). Dalej pod-

kreślić należy fakt, że nie można było usunąć u chorej porażenia zapomocą hipnozy, a jedynie skuteczną okazała się suggestya na jawie, czyli perswazyja w znaczeniu Babińskiego i Dejerina; hipnoza była tu pożyteczna tylko dla utrwalenia wpływu lekarza podczas leczenia, które następnie prowadzone było na jawie.

Prócz tego w przypadku tym widzimy, że z jednej strony odegrały tu rolę czynniki seksualne w myśl teorii Freuda, a z drugiej — chora jest bezwątpienia »pityatyczką« w myśl Babińskiego, gdyż objaw chorobowy u niej powstał i został usunięty przez suggestyę. Zdaniem naszym, nie stanowi to sprzeczności, gdyż każda z tych teorii ujmuje rzecz z innej strony i obie mogą mieć zastosowanie w jednym i tym samym przypadku. Punktem, obie teorie godzącym, jest punkt widzenia Janeta, który utrzymuje, że idea urazowa może w psychice, dziedzicznie obciążonej, wywołać rozszczepienie świadomości i doprowadzić do osłabienia syntezy myślowej, czyli umożliwić powstanie suggestyjności. Słowem, czynniki urazowo-seksualne mogą wyrobić tło, na którym rozwija się pityatyzm. Suggestyjność w histeryi jest z jednej strony zjawiskiem pochodnem, zależnem od ukrytych w podświadomości idei pasorzytnicznych (i tę właśnie zależność usiłuje określić teoria Freuda), a z drugiej strony jest cechą, wywołującą cały szereg objawów somatycznych (co stara się ująć w prawa teoria Babińskiego).

#### Przypadek 4. Długotrwały niedowład wszystkich czterech kończyn\*).

Przypadek ten (obserwowany wspólnie z Dr. W. Męczkowskim), jest zupełnie analogiczny do poprzedniego, dlatego też podajemy go w skróceniu.

Chora, l. 32, pochodzi z rodziny nieobarczonej. W wieku lat  $1\frac{1}{2}$  przechodziła jakiś stan gorączkowy, po którym powstało u chorej porażenie prawostronne; porażenie stopniowo przeszło w niedowład; pracować mimo to mogła, zajmowała się ogrodnictwem do 27. r. życia. W tym czasie znajdowała się w ciężkich warunkach materyalnych, mieszkała u ludzi obcych, z trudnością zarabiała na utrzymanie. Raz przy pracy zwichnęła sobie nogę prawą, którą nieumiejętnie naciągano; chora wstąpiła do szpitala, gdzie

\*) Przedstaw. w Sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej Tow. lek. Warsz. w styczniu 1911 r.

zrobiono jej na kilka tygodni wyciąg. Wskutek leżenia potworzyły się odleżyny, które gojono w ciągu kilku miesięcy. Od tego czasu (5 lat temu) chora już nie wstała z łóżka i przechodziła ze szpitala do szpitala. Skargi obecne: bóle w nogach, niemożność chodzenia, wymioty krwawe (?). Chora dostała się pod naszą obserwację, przeniesiona z innego szpitala, z rozpoznaniem: stwardnienie wieloogniskowe.

Badanie przedmiotowe: Narządy wewnętrzne bez zmian. Układ nerwowy: Żrenice bez zmian. Sfera ruchowa: Chora wstać, ani sięgnąć nie może. Siła ruchowa w kończynach górnych osłabiona w ruchach palcami, uścisku dłoni: poczęści w stawach łokciowym i barkowym, przyczem bardziej po stronie prawej. W dolnych kończynach ruchy czynne zniesione prawie zupełnie; chora może machinalnie zgąć w kolanie nogę lewą, zlekka porusza palcami i stopą. Siła mięśniowa = 0. Ruchy bierny: w kończynach górnych nieznaczne przykurczenia we wszystkich stawach, w dolnych kończynach — przykurczenia bardzo znaczne, przyczem bolesność przy ruchach biernych. Jednak przy odwróceniu uwagi chorej i szybkim, niespodziewanem wykonywaniu ruchów biernych, kończyny dadzą się zginać przy bólu niewielkim. Odruchy zachowane, równomierne po obu stronach, z wyjątkiem prawego kolanowego, który jest silniejszy od lewego. Objawu stopowego Babińskiego niema. Brzuszne odruchy zachowane, przyczem prawe słabsze od lewych. Czucie wszelkiego rodzaju (wraz ze stawowem) zupełnie zniesione po stronie prawej (i na twarzy).

Sprawa organiczna dała się łatwo wyłączyć wobec charakteru przykurczeń (bolesność ruchów biernych, znikająca przy odwróceniu uwagi), wobec nietypowych zaburzeń czucia (zupełne znieczulenie na wszelkie rodzaje na prawej połowie ciała wraz z twarzą). Różnica w odruchach (prawy kolanowy silniejszy, prawy brzuszny słabszy) nasuwała myśl o rzeczywistym niedowładzie prawostronnym wskutek przebytego w dzieciństwie zapalenia mózgu (encephalitis), jednak to nie tłumaczy ani zaburzeń czucia, ani porażenia wszystkich czterech kończyn. Za historią przemawiała nadto geniza psychologiczna cierpienia (drobny uraz, długie leżenie, korzyść z chorowania, suggestya nieświadoma ze strony lekarza, który powiedział przy nakładaniu wyciągu: »Pani przy swoim zdrowiu nie prędko pewno wstanie z łóżka«). — I istotnie po 3 posiedzeniach elektryzacyi i reedukacyi ruchowej, przykurczenia udało się w znacznym stopniu osłabić, zaburzenia czucia znikły, i doprowadzono do tego, że chora zaczęła chodzić bez pomocy, utykając tylko na prawą nogę. Przy dalszem badaniu okazało się, że istotnie prawe kończyny są słabsze od lewych, co jednak nie przeszkadzało chorej niemi się posługiwać.

Przypadek ten jest podobnie, jak poprzedni, typem pityatyizmu t. j. objawów, powstałych wskutek suggestyi, oraz usuwalnych za

pomocą perswazyi, czyli jest typem histeryi takiej, jak ją określa Babiński. Podobnie jednak, jak określenie Babińskiego jest czysto kliniczne i nie podaje istoty psychologicznej histeryi, tak i leczenie metodą perswazyi jest tylko objawowem, i nie usuwa przyczyny choroby. W myśl tego usunięcie porażenia w danym przypadku nie zabezpiecza chorej przed nawrotami objawów chorobowych. Wyleczenie jej trwale możnaby było osiągnąć drogą stosowania metod psychologicznych (Freud, Janet), co jednak w danym przypadku nie zostało przeprowadzone wobec wyjścia chorej ze szpitala

#### Przypadek 5. Histerya ludowa (drgawki, pianie, szczekanie)\*

Chłopiec, lat 15, pochodzi z prostej rodziny z ludu, ma rodziców i braci pod względem psychicznym zdrowych. W dzieciństwie, w trzecim roku życia, dostał drgawek, które jakoby (według słów ojca) trwały 12 godzin. Po raz drugi drgawki te powtórzyły się po przestraszeniu od pożaru w 5. r. życia i wtedy »rzucano nim trzy godziny bez przerwy«. Od tego czasu miewał chore te »rzucania« co kilka miesięcy, z przerwami czasem półrocznymi aż do czasu dzisiejszego. Zeszłej zimy nastąpiło pogorszenie (jakoby po pigułkach od znachora); wtedy drgawki były co chwila, bez przerwy, i przytem udawał wtedy chorey pianie koguta i szczekanie psa; chwilami naśladował psa i ruchami ciała, czołgając się na rękach i siedząc pod łóżkiem; w tym czasie też używał różnych przezwisk ubliżających (»cholera«, »łajdak« itp.), zwracając się do matki i ojca, co obecnie pamięta i, jak mówi, wymawiał je »wbrew woli«. W lecie r. b. był z matką w Częstochowie i po powrocie stan jego znacznie poprawił się — drgawek nie było parę miesięcy; 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 tych głosów nie słyszy, ale drgawki powtarzają się od czasu do czasu. Nie pracuje wskutek tego od roku (zajmował się szewstwem). Drgawki nigdy nie zdarzały się na ulicy, w tramwaju, a przeważnie w domu, zwłaszcza, gdy się choremu sprzeciwiano; piana z ust podczas napadu nie szła, przed napadem nie wydawał krzyku, potem senny nie był; chwilami jednak oddawał mocz pod siebie; języka nie przygryzał.

Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian organicznych w układzie nerwowym. W szczególności niema żadnych piętn histerycznych, ani somatycznych objawów zw yrodnienia. Inteligencya niewielka, jednak odpowiednia do sfery, z której chorey pochodzi; specjalnych zaburzeń psychicznych niema.

\*) Przedstawiony w Sekcyi neurol.-psychiatrycznej Tow. lek. Warsz. w październiku 1911 r.

Drgawki u chorego można było łatwo wywołać zapomocą sugestyi (np. wmawianiem podczas elektryzacyi, że drgawki zaraz powstaną, albo drogą hipnozy) oraz na żądanie zatrzymać je w każdej chwili. Podobnież chory pod wpływem sugestyi pieje jak kogut, szczeka, jak pies, odtwarzając odnośny objaw ze swej choroby. Kilka razy udało nam się wywołać i mimowolne oddanie moczu podczas napadu zapomocą sugestyi, co może dowodzić, że ten objaw, który często przytacza się, jako charakterystyczny dla napadów padaczkowych, nie wyłącza histeryi.

W danym przypadku bowiem niewątpliwie chory dotknięty jest histeryą, za którą przemawia fakt, że objawy chorobowe były wywoływane i usuwalne zapomocą sugestyi. Trudno jest utrzymywać, czy chory w dzieciństwie nie cierpiał na padaczkę (napady w 3. r. życia w wywiadach), w każdym razie obecne napady »rzucania« należy zakwalifikować do histerycznych.

Jest to przypadek histeryi ludowej, analogicznej do specjalnej postaci histeryi, obserwowanej przez autorów, zwłaszcza rosyjskich, wśród ludu prostego. Zespół objawów drgawkowych wraz z powtarzaniem dźwięków z otoczenia (echolalia) spostrzegali Dr. Gan na Syberyi w postaci epidemii i opisał jako »mieriaczenje« (na wyspie Jawie podobne epidemie nazywają »Sanik-Latar«, na wyspach Malajskich »Latha«). Podobnie inni autorzy, jak Riabkow, Płatonow, opisywali takie epidemie, które są znane w Rosyi pod ogólną nazwą »klikuszesstwa«, z następującymi objawami tego cierpienia: drgawki wrzekomo padaczkowe, koprolalia, udawanie głosów zwierząt, czkawka epidemiczna, głośne okrzyki, urojenia o treści opętania przez dyabła, oczarowania, »rzucenia uroku« itp. Niektórzy autorzy uważają »klikuszesstwo« za wyraz choroby tików, co jednak nie jest słuszne, gdyż tiki nie występują epidemicznie. Większość autorów zalicza »klikuszesstwo« do osobnego rodzaju histeryi ludowej, która może powstawać tylko wśród wielkiej ciemnoty i przesądów religijnych. Geneza tych objawów, to suggestya, — jak to wiadać z tego, że objawy te są wywołalne za jej pomocą, oraz z tego, że mają one skłonność do epidemicznego rozszerzania się, tj. do udzielania się przez naśladownictwo. Suggestya i naśladownictwo są to cechy pokrewne, w jednej bowiem i drugim widzimy fakt automatycznego przetwarzania się w czyn wyobrażenia, wprowadzonego do świadomości. Skłonność do naśladownictwa jest właściwie suggestyjnością ludzi o niższej inteligencyi. Dlatego też u wieśniaków właśnie histerya przybiera postać taką, jak w przypadku opisanym, oraz w epidemiach rosyjskiego »klikuszesstwa«, gdzie naślado-



wnictwo otoczenia ludzi i zwierząt odgrywa główną rolę. (Terrien w swojej pracy »O histeryi ludowej we Francyi« również przypisuje pierwszorzędne znaczenie sprawie »imitation subconsciente«). Oczywiście ważnem jest zbadanie, skąd powstaje ta cecha nieświadomego naśladowania i udawania głosów zwierząt itd. Nie mogliśmy przeprowadzić tego badania psychologicznego u naszego chorego ze względu na ograniczenie jego umysłu, w każdym razie działały tu czynniki niezadowolenia z otoczenia i walka z niem zapomocą choroby.

### Przypadek 6. Histerya ludowa (drgawki, niemota, okrzyki\*)

Chłopiec, lat 10, pochodzi z prostej rodziny wieśniaczej, dość zdrowej, (brat chory na głowę, ciotka na napady padaczkowe, których jednak chory nie widział). Dość rozumny, rozwinięty, nauczył się czytać i pisać, interesował się otoczeniem. Był zupełnie zbrów aż do ostatnich czasów, dopiero dwa miesiące temu, gdy brat starszy wyjechał do wojska, chłopiec zaczął głośno płakać i płakał kilka dni bez przerwy, poczem uspokoił się. Po tygodniu miał iść do szkoły (kończyły się święta); poszedł raz jeden, poczem dowiedział, że więcej nie pójdzie i znów zaczął płakać. Gdy go prowadzono siłą, wpadł w podniecenie, »krzyczał na całą wieś«, i opierał się, w szkole narobił takiego hałasu, że musiano go zabrać do domu. Gdy pytano go, dlaczego się nie chce uczyć, nie chciał mówić i ciągle płakał. Ojciec kilka razy wybił go różgą — wieczorem tego dnia chłopiec dostał drgawek: »skręcało mu nogi i ręce i rzucało na łóżku«, przyczem przytomności nie tracił, piana z ust nie pokazywała się, języka nie przygryzał. Gdy w dalszym ciągu chciano, by chodził do szkoły, wówczas »rzucało« nim coraz bardziej. W dwa tygodnie później zachorował na gardło, podobno gorączkował; kilka razy był u doktora, ale nic mu nie pomagało, gardło go bolało ciągle. Gdy z namowy znachora dano suchą wannę, puszczając parę na głowę, wówczas zaniemówił i nie mówił aż do czasu obserwacyi. Prócz tego w ostatnim tygodniu począł wydawać ciągłe okrzyki przez wciąganie powietrza do płuc i wymawianie »o«; okrzyki te wydawał co kilka sekund w ciągu całego dnia; w nocy uspokajał się. Ojciec raz słyszał, że chory przez sen mówił coś do siebie, również brat raz zauważył, że chłopiec po cichu przeczytał napis na książce. Dawniej, przed chorobą miał zawsze charakter uparty, chciał zawsze postawić na swoim; gdy sprzeciwiano mu się, płakał, tupał nogami itd.

\*) Przedstaw. w marcu 1912 r. w Sekcyi neurol. Tow. lek. Warsz.

Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych objawów organicznych w układzie nerwowym. Chory nie mówi, jednak wszystko rozumie; gdy pytać go o szkołę, dlaczego się nie chce uczyć itd., wówczas płacze. Pod wpływem elektryzacji dostał drgawek, polegających na silnem zaciskaniu pięści, zginaniu rąk w stawach łokciowych i nóg w kolanie, poczem na podrzucaniach kończyn do tułowia. Chory ustawicznie wydaje okrzyki, jakby głośno oddychał. Gdy oświadczono mu, że musi zapisać się do szpitala, zaczął płakać i znowu dostał podrzucania.

Gdy nazajutrz chłopca przyprowadzono do szpitala, nagle zaczął mówić i przestał wydawać okrzyki. W szpitalu był dwa dni, żadnego napadu drgawek nie było; mówił, że jest zdrow i chciał wracać do domu. Gdy pytano go o powód, dlaczego nie chciał iść do szkoły, zrazu nie chciał nic powiedzieć, poczem dopiero po usilnych naleganiach i obietnicy szybkiego wypuszczenia ze szpitala, przyznał się, że nie chciał się uczyć po rosyjsku; rodzicom nie chciał tego powiedzieć, bo bał się, że »coś z tego będzie«; śniło mu się w nocy, że będzie księdzem, i dlatego nie chciał do rosyjskiej szkoły chodzić.

Przypadek ten jest interesujący ze względu na młody wiek, w którym rozwinęły się objawy niemoty historycznej i drgawki wraz z okrzykami pod wpływem wadliwego postępowania otoczenia (nieumiejętność zwalczania uporu łagodnością, bicie różgami). W powstaniu choroby odegrało nadto rolę ukrywanie przez chłopca tajemnicy (niechęć do lekcji rosyjskiego), mianowicie tłumienie jej z obawy przed nieszczęściem, które może stać się z tego powodu. Choroba stała się dla niego wyjściem z położenia i zarazem sposobem walki z otoczeniem.

### Przypadek 7. Histerya w wieku szkolnym\*).

Chora l. 10 (obserwowana z polecenia Dr. S. Kopczyńskiego), pochodzi z rodziny niezbyt obciążonej; dziadek miewał »konwulsye«, matka bardzo wrażliwa. W roku zeszłym dziewczynka widziała konwulsje u przechodzącej żebraczki. Wogóle była zdrowa, chodziła do szkoły, uczyła się dobrze. Choroba zaczęła się na 2 $\frac{1}{2}$  miesiąca przed obserwacją — bólem głowy, zawrotami, uczuciem zimna w plecach. Wkrótce potem zaczęły się napady, w których chora zamykała oczy i siedziała kilka minut bez ruchu; potem chora

\*) Pokaz w Sekcyi neurolog. psychiatrycznej Tow. lek. Warsz. w Kwietniu r. 1912.

opowiadała matce, że wówczas przychodził do niej »czarny pan« który ścisnął ją za ręce i kazał liczyć do 30—50 i t. d.; gdy przeliczyła do żądanej cyfry, wówczas »ten pan odchodził« i wtedy już mogła otworzyć oczy. Po kilku dniach, w ciągu których takie napady powtarzały się kilkanaście razy na dzień, chora opowiadała, że tenże pan przynosił worki z sobą i kładł jej na ramiona, kazał trzymać kamienie w ręku i t. p. Matka widziała wówczas, że dziewczynka jęczała, jakby ugiwała się pod jakimś ciężarem i dopiero później dowiedziała się o powodzie tego. Po kilku tygodniach takich napadów o charakterze somnambulicznym powstały u chorej napady »rzucania się« całym ciałem, wykręcania kończynami.

W tym okresie chora została przyjęta do szpitala przy ul. Złotej. Okazało się, że napady drgawek poddają się wpływowi sugestyi: można je dowolnie zapomocą elektryzacji wywołać i w każdej chwili zatrzymać (sugestyja pośrednia). Nadto u chorej można było wywołać sen hipnotyczny; w ten sposób zapomocą sugestyi usunięto zupełnie napady. Przy analizie psychologicznej wydobyto u chorej zeznanie, że 3 miesiące przed powstaniem choroby dostała »połapach« od nauczyciela, co zataiła przed matką ze wstydu, czy z obawy (w domu nie bito jej nigdy). Matka w tym czasie słyszała nieraz, jak dziewczynka jęczała w nocy, często płakała, nie mówiąc dlaczego; wogóle w ostatnich czasach była przygnębiona, mało-mówna. Mimo to jeszcze była względnie zdrowa, chodziła do szkoły. Dopiero, gdy raz w jej obecności ojciec wybił niesprawiedliwie braciszka, — rozwinęły się objawy chorobowe: bóle głowy, napady somnambuliczne.

Przypadek ten jest interesujący ze względu na młody wiek chorej, u której napady somnambuliczne stały się symbolicznym wyrazem urazu, stłumionego w podświadomości, mianowicie postępku nauczyciela; niechęć do szkoły wskutek otrzymania kary cielesnej zobrazowana została w postaci przymusowego liczenia, nakazywanego przez »czarnego pana«, w postaci dźwignia ciężkich przedmiotów i t. p. Objaw chorobowy powstał tu zatem, zgodnie z teorią Freuda, jako wyraz »stłumienia« (Verdrängung) i symbolizacji. Przypadek ten potwierdza również teorię Babińskiego, gdyż objawy (napady) były wywoływalne i usuwalne zapomocą sugestyi.

Historja tej chorej dziewczynki daje nadto przyczynek do sprawy wychowania szkolnego: w szkole nieraz za mało się zwraca uwagi na jednostki wrażliwe, które pod wpływem niewłaściwego i zbyt surowego postępowania dochodzą do choroby, a niekiedy i do samobójstwa.

### Przypadek 8. Napady histeryczne podczas łykania.

Chory, lat 19, (obserwowany wspólnie z Dr. S. Kopczyńskim). Pochodzi z rodziny zdrowej; od dzieciństwa wątki, wrażliwy, kilka razy przechodził »zapalenie płuc«. Uczył się w szkole dobrze, pracuje w fabryce szelek od kilku lat. Choroba zaczęła się rok temu, mianowicie chory zaczął kaszleć i raz pokazała się krew z płwociną; gdy po raz pierwszy zobaczył krew, dostał napadu, podczas którego był jakoby nieprzytomny i miał podobno »rzucanie całym ciałem«. Tak było kilka razy, poczem napady przeszły. Przed kilkoma tygodniami choroba się powtórzyła w innej postaci: mianowicie chory przy łykaniu czegokolwiek, nawet płynów, dostawał krótkotrwałego omdlenia, w ciągu którego kilka razy »podrzucało« nim. Chory, jak utrzymuje, tracił wówczas przytomność.

Badanie przedmiotowe nie stwierdza żadnych zmian w układzie nerwowym. Chory przy łykaniu istotnie zamyka oczy, osuwa się z krzesła, w ciągu kilkunastu sekund nie oddycha wcale; kilka razy podrzuca tułowiem. Po upływie  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  minuty chory otwiera oczy i nic nie pamięta, co się z nim stało. Gdy mu podczas omdlenia przyłożyć zegarek do czoła, albo ukłuć szpilką, po obudzeniu się nie pamięta, co zrobiono. Objaw ten usunięto po kilku elektryzacyach okolicy gardła i żołądka i chory wyszedł ze szpitala, mogąc łykać bez omdlewania.

Bliższe wywiady wskazują, że chory miesiąc temu był u lekarza i skarżył się na kaszel; lekarz, zbadawszy płuca, napomknął coś o suchotach. Od tego czasu, gdy chory kaszlał, nie spluwał płwociny, ale łykał ją, bojąc się, czy czasem znowu nie zobaczy krwi. Po kilku dniach łykać począł z trudnością i zaczął miewać napady przy łykaniu.

Można zatem przypuszczać, że objaw chorobowy u chorego powstał, jako wyraz ucieczki przed przykrym widokiem krwi i przed wypływającą stąd obawą gruźlicy. Omdlenia u chorego stały się wyrazem krańcowej negacyi jego w kierunku grożącej mu choroby i niechęci do interesowania się pewnemi zjawiskami. Psychika chorego na histeryę; jak to widzieliśmy wyżej, broni się przed przykrą rzeczywistością drogą swoistego odruchu obronnego (*réaction de défense par desintérêt pour la situation présente*, — według Claparède), mianowicie drogą odsuwania ich w podświadomość, t. j. drogą zapomnienia; w danym przypadku takie znaczenie miały u chorego napady z omdleniami.

### Przypadek 9. Doświadczenie nad działaniem sugestyi u chorego na histeryę\*).

Jednym z punktów, najbardziej spornych w obrazie klinicznym histeryi, jest sprawa zaburzeń naczynioruchowych, odżywczych, wydzielniczych, termicznych, które, zdaniem jednych, mogą wchodzić w obraz histeryi, zdaniem zaś Babińskiego jest to niemożliwe, gdyż objawy te nie mogą być wywołane, ani usunięte przez sugestyę.

Pragnąc dać przyczynek do tego zagadnienia, dokonaliśmy (wspólnie z Dr. S. Kopczyńskim) szeregu doświadczeń nad chorym, cierpiącym na wybitną histeryę od lat wielu; u chorego tego już nieraz jakoby były wywoływane zaburzenia naczynioruchowe w hipnozie. Od lat 10 chory miewał napady nerwowe o charakterze wrzekomo-padaczkowym. Podczas jednego z nich przed 8 laty dostał połowicznego bezwładu, uznanego w klinice wiedeńskiej za organiczny i usuniętego mimo to przez Dr. K. w ciągu kilku posiedzeń hipnotycznych. Wybitne cechy włóczęgostwa i zwyrodnienia psychicznego. Skłonność do pijaństwa. Niema żadnych przedmiotowych piętn histeryi, jednakże jest wybitna podatność na hipnozę.

Pierwsze doświadczenie polegało na wywołaniu za pomocą sugestyi bąbli na rękę. Gdy poddano w hipnozie, że na rękę w określonym miejscu wystąpi bąbel, nazajutrz istotnie bąbel występował: wielkości ziarnka grochu, owalny, z białą cieczą pod naskórką, naokoło nieznaczne zaczerwienienie. Doświadczenia dokonywano kilkakrotnie w różnych warunkach: bąbel występował zawsze po wpływie 20—24 godzin, przytem tylko wtedy, gdy ręka pozostawała otwartą; gdy przeciwnie, rękę owinięto bandażem, opieczętowano, — objawu tego nie było. Wówczas eksperyment wykonano w takich warunkach, aby można było u chorego stwierdzić symulacyę: na tylną część dłoni przyłożono monetę, zaklejono ją dwoma cienkimi paskami plastra lepkiego i rękę obwinęto bandażem bez pieczęci (zwoje bandaża i kierunek ich zapisano). Nazajutrz po zdjęciu opatrunku znaleziono bąbel pod plastrem z boku monety, na plasterze zaś wyraźny znak dotknięcia czemś gorącym, gdyż plaster w tem miejscu był roztopiony, a brzeg zasmolony (patrz rys. 1 i 2).

\*) Demonstracya w Sekcyi neur. psychiatr. Tow. lek. Warsz. w Styczniu 1910 r. (Druk. w »Iconographie de la Salpêtrière«, p. t. »Contribution à l'étude du pithiatisme« par S. Kopczyński i T. Jaroszyński).

Tak więc niewątpliwie stwierdzono w tym przypadku symulację, prawdopodobnie bezwiedną, jak to wskazuje ogólne zachowanie się chorego.

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

sztucznie, pod wpływem sugestyi, nadaje twarzy i postaci cechy, pozorujące odczuwanie wzruszenia (patrz tablica IX rys. 3—10).

Na zasadzie badań powyższych można wyprowadzić następujące wnioski:

1) Zaburzenia naczynioruchowe, odżywcze, wydzielnicze, termiczne nie mogą być wywołane za pomocą sugestyi; u chorego, posiadającego sugestyjność wprost w stopniu nadzwyczajnym, nie można było tych zaburzeń wywołać, o ile zaś niektóre (bąble) występowały, to tylko dzięki symulacji, t. j. były wywoływane sztucznie. Ta okoliczność, że u chorego, u którego wielu lekarzy kilka lat temu wywoływało w hipnozie te zaburzenia (np. obrzęki, bąble) i przyjmowało to za fakt, — (w końcu stwierdzono symulację przy dokonywaniu doświadczeń w ściśle skontrolowanych warunkach), — jest bardzo znamienna, pozwala bowiem przypuszczać, że i w wielu innych doświadczeniach tego rodzaju dopuszczono się jakiegokolwiek niedopatrzania, nigdzie w piśmiennictwie nie znajdujemy wzmianki, aby zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze i t. d. występowały pod wpływem sugestyi w oczach lekarza, wszędzie zaś podaje się pewien okres czasu (kilka, kilkanaście godzin), podczas których chorzy zwykle nie podlegali ścisłej obserwacji, tak że symulacja z ich strony nie była wyłączona.

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

Jakkolwiek jeden przypadek ujemny nie rozstrzyga jeszcze bezwzględnie pytania, czy histerya może dawać zaburzenia odżywcze, wydzielnicze i t. p., — to jednak przypadek ten stanowi ważny przyczynek do tej sprawy, gdyż wykazuje bezsilność chorego,

obdarzonego tak wybitną suggestywnością w kierunku wywoływania tych zaburzeń na drodze czysto psychicznej. Fakt ten rzuca światło na inne doświadczenia podobne, dokonane w warunkach mniej krytycznie skontrolowanych i pozwala wątpić o ich wiarygodności.

3) Zapomocą sugestyi możemy w minimalnym stopniu wywołać objawy wzruszeniowe; chory wzruszenie poddane »udaje«, t. j. zachowuje się tak pod względem zewnętrznym, jakby je odczuwał, jednak tętno jego się nie zmienia, co dowodzi, że istotnie nie jest on tem uczuciem przejęty.

Wogóle znaczenie wzruszenia w histeryi jest drugorzędne; w histeryi większą rolę odgrywa automatyzm (Janet) i suggestya (Babiński), niż wzruszenie. Chorzy na histeryę zachowują się z obojętnością względem swoich cierpień i zwykle raczej chcą przerazić i przejąć otoczenie (np. w napadach nerwowych), niż sami są przejęci. Wzruszenie w histeryi wpływa nie bezpośrednio na objawy chorobowe, jak to się dzieje w stanach neurastenicznych, ale działa pośrednio przez wywoływanie suggestywności w psychice drogą jej rozszczepiania, a dopiero suggestywność jest bezpośrednim czynnikiem, od którego zależą objawy histeryczne, jak napady, przykurczenia, porażenia, znieczulenia. Wszystkie te objawy, jak widziliśmy, mają charakter »pityatyczny«, t. j. są wywołalne i usuwalne zapomocą sugestyi; zależność tych objawów od wzruszenia jest pozorna i często przesadzana przez chorych.

### Pogląd ogólny na histeryę.

Postaramy się obecnie uogólnić rozumowania nasze, w części podawane przy analizie opisanych przypadków.

Widzimy przedewszystkiem, że wrodzone tło neuropatyczne, które spotykaliśmy u naszych chorych, jak cechy wrażliwości, zmienności, przekorności usposobienia, przesadnej egzaltacyi, skłonności do udawania, chęci zwracania na siebie uwagi i t. d., — nie wystarczają do wytłomaczenia genezy objawów chorobowych w histeryi. Czynnikiem dziedzicznym dla histeryi jest tem, co np. dla gruźlicy, t. j. usposabiającym do powstania choroby, ale tak, jak do wywołania gruźlicy niezbędne jest działanie lasecznika oraz niezadowolniających warunków higienicznych, podobnie histerya powstaje pod



wpływem nie tylko charakteru osobnika, ale i warunków, które dają jego otoczenie.

Ze wszystkich właściwości wrodzonego usposobienia historycznego na pierwszym planie postawić należy swoistą wrażliwość psychiki na przykrości życiowe, polegającą na tem, że te przykrości są niezupełnie przeżyte, nie są należycie zasymilowane przez ustrój psychiczny, skutkiem czego powstaje osłabienie jego syntetyczności. Pewne wrażenia, ujemnie pod względem wzruszeniowym zabarwione, nabierają tak wielkiego znaczenia w psychice, że nie mogą być przez nią przyswojone, przeciwnie mają skłonność do oddzielania się od niej, i skutkiem tego wyodrębniania się pewnych grup wyobrażeń powstaje rozszczepienie psychiczne. Psychika broni się przed wspomnieniami przykremi w swoisty sposób, mianowicie drogą zapomnienia ich (»tłumienia« w myśl poglądów Freuda), t. j. zanurzania w podświadomości. Tym sposobem powstają w psychice chorego na historię pewne podświadome zespoły wyobrażeń, których istnienie uznane jest przez większość badaczy strony psychologicznej histeryi: Janet nazywa je ideami stałymi (idées-fixe), Freud — wzruszeniem, uwięzionym w podświadomości (eingeklemmter Affekt), Jung — kompleksem, Breuer — stanem hipnoidalnym; u nas utarło się pojęcie podświadomego pasorzyta psychicznego (Dunin).

Wskutek tego rozdwojenia osobowości powstaje cecha nadmiernej suggestyjności i automatyzmu w histeryi (widzieliśmy to w przyp. I). Wyobrażenia pasorzytnicze odgrywają rolę obcego ciała, nurtującego w podświadomości i rozkładającego psychikę, — stąd osłabienie wyższych kontrolujących ośrodków psychicznych i jednoczesne wzmocnienie odruchowości, automatyzmu ośrodków niższych. Siła kontroli ośrodków psychicznych wyższego rzędu i automatyzm ośrodków niższych znajdują się w stosunku odwrotnym, dlatego też suggestyjność, t. j. mechaniczne przetwarzanie się idei w czyn, jest tem większa, im bardziej słabnie hamujący wpływ świadomego krytycyzmu (stąd skłonność do automatyzmu i naśladownictwa u dzieci nierozwiniętych, fakt łatwowierności u dzieci wogóle i t. p.).

Na własność suggestyjności\*) składają się dwa czynniki:

\*) Szczegóły w pracy: »Psychologia i psychoterapia histeryi«. — Medycyna i Kronika lekarska, 1910 r.

1) osłabienie kontroli osobowości nad przyjmowanymi wyobrażeniami i pojęciami; 2) skłonność wyobrażeń podświadomych do automatycznego przetwarzania się w czyn (ideodynamizm Bernheima). Oba te czynniki odgrywają rolę w histeryi i wpływają na powstanie sugestyjności: osłabienie kontroli powstaje wskutek zwężenia pola świadomości, dążność wyobrażeń do automatycznej realizacji — wynika wskutek tego, że podświadome zespoły wyobrażeniowe nabierają plastyczności i intensywności wzruszeniowej od działania urazu. Tak więc na wywoływanie sugestyjności w histeryi wpływa kilka czynników: i zwężanie pola świadomości, i podświadome istnienie pasorzytniczych wyobrażeń, i silne zabarwienie ich pod względem wzruszeniowym, i osłabienie kontroli psychicznej.

Przechodząc do objawów zewnętrznych histeryi, jak porażenia, przykurczenia, napady i znieczulenia, możemy powiedzieć, że są one z jednej strony skutkiem działania wzmoczonej sugestyjności chorego (w myśl teorii Babińskiego), a z drugiej — są zewnętrzną symbolizacją utkwionych w podświadomości pasorzytów psychicznych (w myśl teorii Freuda i Janeta). Więc widzieliśmy np. w pierwszym przypadku, że chora w napadzie (stanie B) przeżywała w nienormalnem wyładowaniu dawne wspomnienia, stanowiące treść urazu, gdy przypadkiem w rozmowie potrącano o ten temat, — a z drugiej strony ten napad można było wywołać i usunąć zapomocą sugestyi (w hipnozie). Podobnie w drugim przypadku osłabienie dolnych kończyn było symbolem niechęci chorej do życia płciowego, co było przez nią tłumione w podświadomości, a z drugiej strony niedowład ten można było usunąć zapomocą sugestyi hipnotycznej. To samo widzieliśmy w trzecim przypadku (porażenie dolnych kończyn), w szóstym (niemota stała się symbolem niechęci wypowiedzenia tajemnicy) i t. d.

Pogląd taki, który jednoczy w sobie rozmaite, pozornie sprzeczne teorie histeryi, rzuca zarazem światło i na leczenie tej choroby. Mianowicie leczenie drogą sugestyi jest tylko leczeniem objawowem histeryi, widzieliśmy bowiem, że jakkolwiek sugestyjność jest bezpośrednią przyczyną objawów zewnętrznych, to jednak jest ona z kolei wypadkową działania na psychikę urazów wzruszeniowych (obserwowaliśmy to najdowodniej w przypadku drugim, w którym objaw niedowładu kończyn dolnych, usuwany zapomocą sugestyi, powracał kilkakrotnie i ustąpił trwale dopiero po leczeniu psychoanalitycznem). Dlatego też racjonalne leczenie

histeryi powinno polegać na oddziaływaniu na psychikę chorego w kierunku wydobywania na jaw stłumionych wyobrażeń, na ich »odreagowaniu« (w myśl teorii Freuda), czyli na odkażaniu ich pasorzytniczej działalności (w myśl poglądów Janeta). Trwałe wyleczenie histeryi następuje wówczas, gdy po takim oddziaływaniu na psychikę osiąga się zrównanie życia świadomego z nieświadomem, zrównoważenie ustroju nerwowego chorego osobnika; w takim wypadku powinna zniknąć patologicznie wzmożona sugestyjność chorego na histeryę.

Rozumowania nasze możemy zobrazować na schemacie:

leczenie zapobiegawcze	}	I Tło usposabiające histeryi = dziedziczne usposobienie neuropatyczne	}	teorya Freuda, Janeta	
leczenie przyczynowe		II Działanie urazu = powstanie podświadomych zespołów wyobrażeńowych (pasorzytów psychicznych)			
leczenie objawowe		III Powstanie sugestyjności chorobliwej,		}	teorya Babińskiego
		IV Objawy zewnętrzne histeryi (napady przykurczenia, porażenia, znieczulenia)			

Widzimy, że budowa psychologiczna histeryi jest kilkopiętrowa, że podstawą dla niej w ustroju nerwowym jest wrodzone tło psychopatyczne, które stanowi czynnik usposabiający do powstania choroby (I kondygnacja psychiczna), że właściwa choroba zaczyna się z chwilą urazu, który w specjalny sposób oddziałuje na psychikę, tworząc w jej podświadomości pasorzytnicze zespoły wyobrażeńowe (II kond.), że dalej istnienie tych pasorzytów psychicznych warunkuje patologiczną sugestyjność (III kond.), która wywołuje objawy zewnętrzne (IV kond.). Leczenie histeryi może na każdą z tych dziedzin, przyczynowo ze sobą związanych, oddziaływać, — mianowicie oddziaływanie na wrodzone tło neuropatyczne, jak cechy wrażliwości, uczuciowości i t. p., będzie leczeniem zapobiegawczem (profilaktycznym); w tym kierunku mogą działać środki fizyczne i farmaceutyczne, wpływ wychowania, uwzględnienie warunków społecznych, w których chory się znajduje i t. p. Wpływanie na właściwą przyczynę choroby — istniejące pasorzyty psychiczne drogą osłabiania ich niszczącego wpływu na psychikę chorego, — będzie leczeniem przyczynowem (etyologicznym); tu

mogą mieć zastosowanie metody psychoterapeutyczne Freuda, Janet, Bezzoli i innych. Wreszcie usuwanie objawów zewnętrznych histeryi drogą sugestyi (w myśl teorii Babińskiego, Bernheima oraz zwolenników hipnotyzmu) — będzie leczeniem objawowem, symptomatycznym.

### STANY NEURASTENICZNE.

Pojęcie neurastenii wskutek braku należytego ścisłego określenia jej istoty, jest pojęciem nieokreślonym, zanadto szerokim. Powszechnie się zalicza do niej cały szereg stanów, mających niewiele wspólnego z neurastenią właściwą. Tak np. jako neurastenię kwalifikuje się wiele stanów psychopatycznych degeneracyjnych, anomalie charakteru, objawy psychozy maniakalno-depresyjnej (cyklotymii), melancholii i pomieszania szczątkowego (paranoia rudimentaria), mówi się o neurastenii w zwykłych stanach wyczerpania (np. po chorobach zakaźnych), o neurastenii wskutek niedokrwistości, miażdżycy, a nawet spraw przymiotowych (neurastenia, jako pierwszy okres porażenia postępującego). Nie odróżnia się od niej należyście stanu nerwowego, czy psychicznego znużenia, albo »zdenerwowania« oraz stanu »nerwowości«, która jest wrodzoną cechą usposabiającą, a nie chorobą.

Jednak nawet po oddzieleniu od neurastenii tych rozmaitych cierpień, mających inną etyologię, pozostanie ona jednostką zbiorową, obejmującą wiele stanów chorobowych, różnych co do pochodzenia i istoty, jakkolwiek sobie pokrewnych, dlatego też nazywamy je stanami neurastenicznymi. Przy analizie tych stanów i doszukiwaniu się określonych cech, któreby pozwoliły na wyróżnienie z pośród innych cierpień w charakterze oddzielnej jednostki nozologicznej — widzi się potrzebę rozczłonkowania tych stanów na poszczególne choroby, czy to na podstawie innej etyologii, czy innego obrazu klinicznego, czy innej istoty psychologicznej. Postaramy się to wykazać przy rozbiorze kilku przypadków poszczególnych.

#### Neurastenia właściwa.

Do neurastenii w tem znaczeniu, jakie jej nadajemy, idąc za większością autorów (Beardem, Binswangerem, Dubois, Ballet, Janet, Hartenbergiem itp.) należałoby kwalifikować chorych z objawami wyczerpania fizycznego oraz przygnębienia psychicznego, do

których przyłącza się nozofobia — objawy hipochondryczne, wiążące się z przykremi odczuwaniami cenestezyjnemi.

### Przypadek 10. Onanizm, zmayı, zaburzenia trawienia.

Chory, l. 25, kawaler, pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie był zdrow, skończył gimnazjum, uczył się dobrze. Od 15. roku życia zaczął uprawiać samogwałt w ciągu lat 3, poczem zaprzestał pod wpływem broszurki, w której przeczytał o wielkiej szkodliwości tego nałogu. Od tego czasu zaczęły się zmayı (polucye), które mu dokuczają dotychczas; wskutek tego czuje się bardzo osłabiony. Stosunków płciowych nie miał, gdyż boi się choroby wenerycznej, zresztą ma narzeczoną, którą kocha i z którąby się chciał żenić. Jednak nie może się ważyć na ten krok, gdyż kilka tygodni temu wpadła mu do ręki książka traktująca o samogwałcie, w której przeczytał, że u uprawiających ten nałóg »schnie mlecz pacierzowy«, wskutek czego nie mogą mieć dzieci. Pod wpływem tej wiadomości stracił humor, nie ma apetytu, wcale nie może trawić, dostał takiego zaparcia stolca, że wychodzi raz na tydzień i to pod wpływem środka przeczyszczającego. Był z tego powodu u lekarza specjalisty chorób żołądka, który przepisał mu dietę i wspomniał o katarze żołądka; lekarstwa choremu nic nie pomagają, apetyt i stolec nie poprawił się. Chory stracił chęć do pracy, w głowie czuje zamęt i osłabienie, trudno mu zebrać myśli; martwi się ciągle, przychodzą mu do głowy myśli samobójcze. W biurze (jest buchalterem) trudniej mu pracować, dostał już wymówkę od szefa za niedokładną robotę, co przygnębiło go jeszcze bardziej. Źle sypia, ciągle myśli o tem, że musi zerwać z narzeczoną, a potem »to pozostaje mu tylko odebrać sobie życie«.

Przypadek ten, należący do pospolitych, jest postacią początkową neurastenii; na pierwszym planie są tu objawy depresyi wskutek martwienia się wrzekomymi skutkami nałogu; objawy hipochondryczne nie są tu jeszcze rozwinięte. W każdym razie, gdyby ten chory podlegał nadal ujemnej sugestyi lekarza co do choroby żołądka, obawy te rozwinęłyby się bardziej. Zaburzenia trawienia (utrata apetytu, zaparcie stolca) są tu psychicznego pochodzenia, towarzyszą one zawsze stanom przygnębienia nerwowego; potwierdziła to dalsza obserwacja chorego, który po kilku posiedzeniach psychoterapeutycznych odzyskał humor i wraz z nim objawy żołądkowe minęły zupełnie, oraz powróciła zdolność do pracy.

Przypadek ten rzuca światło na rolę samogwałtu w neurastenii. Znaczenia bezpośredniego w powstawaniu objawów neurastenicznych niema on właściwie żadnego. Niezbyt forsowne jego

uprawianie (nałóg ten w mniejszym lub w większym stopniu zdarza się u przeszło połowy mężczyzn w wieku młodzieńczym) nie wywołuje szczególnych zaburzeń psychicznych ani nerwowych u tych, którzy nie słyszeli od innych o jego szkodliwości; są tacy, którzy uprawiają samogwałt z rezygnacją, albo z lekkomyślnością (co oczywiście trudno pochwalać) i ci są zabezpieczeni przed neurastenią płciową, a doznają najwyżej objawów niewielkiego osłabienia nerwowego. Dopiero przeczytanie broszurki o wrzekomem »schnięciu mlecza«, »idyoceniu«, albo nastraszenie pod tym względem przez otoczenie, a częstokroć i lekarza, — wprawia nałogowca w stan niepokoju, samoobserwacyi w kierunku utraty pamięci, dolegliwości podmiotowych, i neurastenia rozwija się w całej pełni.

### Przypadek 11. Astenia. Niemoc płciowa. Obawy sercowe.

Chory lat 30, kawaler, pochodzi z rodziny dość obciążonej: matka miała napady nerwowe, ojciec choruje na serce. W dzieciństwie chory był wątły, w szkole uczył się dobrze; pamiętał, że bardzo się przejmował egzaminami. W wieku l. 17 uprawiał samogwałt w stopniu niewielkim, zaprzestał w r. 20; następstw nałogu nie obawiał się. W tym czasie miał »zawód na tle miłości nieszczęśliwej«, chciał się otruć morfiną, ale go odratowano. Potem miał jeszcze kilka przeżyć życiowych — w kierunku materyalnym, na tle politycznym itd.; groziło mu aresztowanie, w ciągu kilku miesięcy żył w ciągłym niepokoju, co wpłynęło w znacznym stopniu na jego zdenerwowanie. W tym czasie zaczął doznawać ogólnego wyczerpania, depresyi, uczucia »ucisku w głowie« i »zamierania w okolicy serca«, co trwa dotychczas. Kilka lat temu pierwsze spółkowanie, jednak zwód był niezupełny, a wytrysk nasienia przedwczesny (podczas tego był bardzo przejęty, bał się zarażenia): Od tego czasu spółkowanie bywało zawsze niezupełne, choć nie było już ujemnego działania obawy; z tego powodu chory bardzo się martwi, uważając siebie za »impotentą« i za niezdatnego do małżeństwa. W ostatnich czasach czuje się coraz gorzej: jest zawsze znużonym, nie czuje chęci do pracy, »głowę mu ściska, jak obręczami«, czuje strzykania po całym ciele, a nadewszystko dokucza mu niepokój w okolicy serca: wydaje mu się chwilami, że mu serce przestaje bić, że »za chwilę pęknie«. Kilka razy zwracał się z tego powodu do lekarzy chorób sercowych i chociaż zawsze uspakajano go, że nie ma żadnej wady organicznej serca, jednak chwilami nieokreślony strach w tej okolicy jest tak silny, że chory nie może nad nim zapanować, boi się sam zostać w pokoju, wydaje mu się, że za chwilę umrze itp.

Obserwując siebie, chory zauważył, że w niektórych warun-

kach męczące go objawy znikają zupełnie. Tak np. najgorzej ma się rano, zaraz po wstaniu; mimo to, że sypia nieźle, budzi się z uczuciem ogromnego wyczerpania nerwowego, które trwa do południa; wieczorem, gdy się ożywia w towarzystwie, zapomina o swoich dolegliwościach, czuje się energicznym, spokojnym i niepokój w okolicy serca wcale mu nie dokucza. Zauważył również, że jeżeli doznaje tego niepokoju, wówczas wypalenie papierosa, a jeszcze radykalniej kieliszek wódki, zupełnie go uspokaja; również dobrze działa w tym kierunku gra w karty, której oddaje się zwykle z przejściem. Lubi zajmować się fotografią, wówczas bowiem, gdy jest pochłonięty tem przyjemnem dla niego zajęciem, czuje się bardzo dobrze: »głowa jest wolna«, nie jest zmęczony, może jasno myśleć, nie boi się nagłej śmierci itp.

Przeciwnie, źle na niego działają wszelkie zmartwienia: w ostatnich czasach martwi się utratą miejsca, gdyż naraził się zwierzchnikowi; po przejściu z nim, które zdarzyło się kilka dni temu, chory czuje się zupełnie wytrąconym z równowagi, nie może zebrać myśli, czuje się »śmiertelnie znużonym« i ciągle mu się zdaje, że serce za chwilę stanie. Gorzej też czuje się w towarzystwie kobiet, gdyż wtedy łatwo przypomina mu się dawniejszy zawód, i wówczas odrazu »ściska mu się serce« i zaczyna doznawać niepokoju; z drugiej strony unika kobiet, gdyż wskutek swej niemocy płciowej nie może się żenić.

Przypadek ten jest pouczający z tego względu, że widzimy tu wyraźnie ujemne działanie wzruszeń przygnębiających na układ nerwowy i wpływ ich na rozwój objawów neurastenicznych; odwrotnie, wzruszenia dodatnie, oraz wszelkie podniety pobudzające, jak tytoń, alkohol, gra w karty, wpływają uspokajająco na stan chorego. Skargi jego są wzruszeniowego pochodzenia; wyczerpanie nerwowe pochodzi z przygnębienia psychicznego, które powstało po przykrych przejściach; sam chory zaznacza, że największe znużenie odczuwa rano, gdy jest najbardziej przygnębiony (choć jest po wypoczynku nocnym), — przeciwnie wieczorem, po ożywieniu się — uczucie wyczerpania przechodzi, chociaż chory cały dzień pracuje. Niepokoje w okolicy serca towarzyszą zazwyczaj również stanom depresyjnym, zwłaszcza tym, które określa się, jako »uczucie żalu«, które właśnie odegrało rolę w życiu chorego. Co się tyczy objawu niemocy płciowej, to powstał on wskutek działania podczas pierwszego stosunku uczucia obawy, które u osób wrażliwych wpływa hamująco na niektóre sprawy fizyologiczne, dokonujące się automatycznie; tak np. powstaje jąkanie się, które

jest zaburzeniem mowy psychicznego pochodzenia, wynika bowiem u osób nieśmiałych, jako skutek obawy obserwacyi i krytykowania ich przez otoczenie; w podobny sposób powstaje u niektórych osób fakt niemożności oddania moczu w obecności innych osób, co właśnie mieliśmy sposobność spostrzegać u naszego chorego (niektórzy lekarze nazywają ten objaw »jąkaniem się moczowem«). Pierwsza nieudana próba spółkowania podziałała w sposób przygnębiający na chorego i w dalszym ciągu drogą autosugestyi przetworzyła się w niezdolność płciową.

Potwierdziła to dalsza obserwacya chorego, któremu wyjaśniliśmy w ten sposób genezę jego cierpienia i wskazaliśmy na potrzebę poddania się wpływowi dodatnich wzruszeń, któreby zobojętniały w ustroju działanie dawnych wzruszeń przygnębiających i działały trwalej, niż używane przez niego narkotyki (palenie, alkohol). Widzieliśmy tego chorego w rok później: objawy osłabienia płciowego przeszły zupełnie, zaczyna myśleć o ożenieniu się; co się tyczy obaw sercowych, to dokuczają mu one jeszcze niekiedy dość silnie, zdołał jednak siebie w tem upewnić, że nie jest to objaw groźny; pocieszyło go zwłaszcza to, że gdy w ciągu lata ubiegłego chodził po górach (turystykę w charakterze przyjemnej podniety połączył z fotografią, którą lubił od dawna), — zauważył, że mimo częste zmęczenie fizyczne, właśnie wtedy odczuwał najmniej niepokojów w okolicy serca.

### Przypadek 12. Objawy neuroartretyczne. Obawa obłądki.

Chory l. 40, pochodzi z rodziny dość obciążonej; ojciec pijał, matką cierpi na migrenę. Żonaty, ma dwoje dzieci zdrowych. W dzieciństwie kilka razy chorował na płuca; 15 lat temu przechodził kiłę, leczył się dość dużo; odczyn Wassermana ze krwi, wykonywany 2 razy w ciągu kilku lat ostatnich, dał wynik ujemny. Kilka lat temu chory dość dużo pijał, obecnie zaprzestał; palił sporo zawsze i teraz pali. Jest artystą malarzem, zajmuje się prócz tego nauczycielstwem.

Chory zawsze był dość nerwowy, przejmował się wszystkim; zwłaszcza podczas zamieszek politycznych kilka lat temu był bardzo zdenerwowany, miewał wtedy silne bicie serca i dłuższy czas cierpiał na bezsenność. Dwa lata temu miał wielką przykrość, związaną z pożyciem rodzinnem; wówczas bicie serca powtórzyły się, miewał często wrażenie, że za chwilę umrze, wskutek tego bał się sam chodzić po ulicy. Doznawał wtedy również wrażenia silnego niepokoju w głowie, jakby miał za chwilę stracić przytomność; gdy napił się wódki, nieprzyjemne to uczucie przechodziło



Wskutek tego zaczął pić więcej; gdy jednak raz dostał silnego napadu sercowego i lekarz mu zabronił alkoholu, przestał pić od tego czasu zupełnie. Ten sam lekarz »badał mu oczy światłem« i powiedział, że jeżeli chory będzie żyć niehigienicznie, »grozi mu paraliż«. Przejął się tem bardzo i od tego czasu doznaje »niepokojów i zamroczeń w głowie«; coraz częściej i zawsze w takich chwilach przychodzi mu myśl o obłądnie. Półtora roku temu zajęty był wykończaniem większego obrazu, którego malowanie dało mu dużo zadowolenia wewnętrznego; wówczas w ciągu kilku miesięcy czuł się doskonale (jakkolwiek w tym czasie był przepracowany umysłowo, gdyż jednocześnie zajmuje się pedagogiką); niepokoje w sercu znikły, zamroczeń w głowie nie miał prawie wcale.

Wyraźne pogorszenie w chorobie nastąpiło rok temu, gdy choremu zachorował ukochany synek i po kilkutygodniowej chorobie umarł. Od tego czasu stracił chory chęć do pracy, czuje się ogromnie wyczerpanym, przygnębionym. Nie może już nic malować, lekcyce »zbywa byle jak«. Stracił apetyt, stolec ma zaparty, ciągle używa środków przeczyszczających. Doznaje rozmaitych sensacji w ustroju, bardzo dokuczliwych: w krzyżu ma strzykanie i ciągnące bóle w mięśniach grzbietu, w nogach ma ciągle cierpięcia, bóle w stawach kolanowych, palce u nóg i rąk ciągle mu się pocą, czuje ciągle omdlenie całego ciała i osłabienie mięśni, zawsze jest senny, ociężały, a w nocy, przeciwnie, nie może spać, ma kurcze żołądka, palenie na twarzy itp. W tych czasach kolega jego dostał porażenia postępującego, co chorego bardzo przeraziło i wpłynęło na pogorszenie choroby: co chwila czuje ciężar i zamroczenie w głowie i wydaje mu się, że za chwilę dostanie obłądę. Pod wpływem tych obaw zwrócił się do lekarzy chorób wenerycznych; poradzono mu wstrzyknięcie salwarsanu, poczem na kilka tygodni stan się poprawił. Gdy potem znowu objawy wróciły (zwłaszcza niepokoiło chorego mrowienie, którego doznawał w tyle głowy i w krzyżu), polecił sobie wstrzyknąć salwarsan dwa razy w ciągu miesiąca, jednak bez żadnej poprawy.

Badanie przedmiotowe nie stwierdziło żadnych zmian organicznych w układzie nerwowym. Źrenice równe, oddziałują na światło żywo. Żadnych zaburzeń mowy, drżenia języka niema. Od-ruchy ścięgnowe zachowane. Czucie dotyku, bólu itd. dokładnie zachowane, nadwrażliwości na zimno niema. Objawu Romberga niema. Dokonano nakłucia łądźwiowego, odczyn Wassermanna z płynu mózgowordzeniowego ujemny. W moczu nadmiar soli moczanych i szczawianowych.

Wobec tych danych można było z zupełną pewnością wyłączyć u chorego objawy parasyfilityczne i skargi podmiotowe wypadało zaliczyć do neurastenii oraz artretyzmu (dwa te cierpienia często spotykane u tego samego osobnika i mające często

wspólne pochodzenie, francuscy autorowie łączą w jedno pojęcie »neuroartrytyzm«). Wskutek tego polecono choremu przebyć leczenie dyetetyczne w zakładzie; prócz tego przeprowadziliśmy z chorym kilka posiedzeń psychoterapeutycznych, w których wyjaśniliśmy choremu istotę jego cierpienia, wpływ wzruszeń na ustroj psychiczno-nerwowy, nauczyliśmy poddawać sobie autosuggestyę uspokajającą itd. Po 6 tygodniach chory czuł się lepiej, przestał się upominać o salwarsan, odzyskał chęć do pracy i znowu się wziął do malarstwa. Zamroczenie w głowie i myśl o obłądnie przesładuje go jeszcze dość często, ale chory nie odczuwa już tylu przykrych cenestezyi w ustroju, co dawniej, i chwilowe pogorszenia jego stanu nerwowego nie przeszkadzają mu pracować.

Przypadek ten jest pouczający z tego względu, że widzimy w nim, podobnie jak w poprzednich, ujemne oddziaływanie przejść wzruszeniowych na rozwój objawów neurastenicznych, które zależą nadto od wrodzonej wrażliwości (zwłaszcza cechy »przejmowania się«) osobnika, oraz od samozatrucia ustrojowego, wpływających na powstawanie niepokojących chorego odczuwań fizjologicznych (cenestezyi). Dlatego też leczenie neurastenii powinno być nieraz skierowane nietylko w celu uspokojenia chorego pod względem nerwowym, ale i w celu zwalczania przyczyny somatycznej choroby.

### Pogląd ogólny na neurastenię.

Poglądów na istotę neurastenii istnieje mnóstwo, przyczem teorie genetyczne dadzą się podzielić na dwie grupy: jedni autorzy, jak Bernheim, Sollier, Raymond, Deschamps, Lépine i inni, są tego zdania, że główną rolę w neurastenii odgrywają czynniki somatyczne, że jest ona wyrazem osłabienia energii nerwowej, organicznego jej wyczerpania; drudzy natomiast jak Dubois, Dejerine, Lévy, Dunin, itd., nadają przeciwnie czynnikom psychicznym znaczenie pierwotne, uważając, że wyczerpanie nerwowe w neurastenii jest fałszywe, pochodzi »z imaginacyi« i samoobserwacyi w kierunku objawów chorobowych. Wszyscy jednak ci autorzy, wychodząc z różnych punktów widzenia, zgadzają się na współrzędne istnienie objawów cielesnych i psychicznych, starają się tylko określić, który szereg objawów jest pierwotny, a który pochodny\*).

\*) Szczegóły w pracy: »O istocie stanów neurastenicznych«, Neurologia polska 1911 r.

Zdaniem naszym, dualistyczne pojmowanie ustroju drogą podziału jego czynności na somatyczne i psychiczne, nie jest uzasadnione. Przeczy temu zasada paralelizmu psychofizycznego, według której objawom psychicznym towarzyszą w ustroju zmiany fizyczno-chemiczne i odwrotnie. Właśnie układ nerwowy jest tym pośrednikiem pomiędzy obu szeregami zjawisk i tam, gdzie chodzi o jego zaburzenia, przyjęcie zasady współzależnego istnienia i wzajemnego oddziaływania obu tych szeregów wydaje się niezbędnem. Zmiany w obu dziedzinach są równoległe, stan psychiczny jest odtworzeniem stanu cielesnego ustroju i odwrotnie stan energii fizjologicznej jest wynikiem pobudzeń ze strony kory mózgowej.

Co do czynników etyologicznych, to działają one w neurastenii, jak zresztą w każdej innej chorobie, w sposób skombinowany. Ani usposobienie dziedziczne, zwane »nerwowością«, ani zmęczenie pracą fizyczną, czy psychiczną, ani samozatrucie ustrojowe (np. artrytyzm), ani zakażenie (osłabienie po chorobach zakaźnych), — nie wystarczają same przez się do wywołania neurastenii. Niezbędnem w każdym przypadku neurastenii jest działanie przynębiających wzruszeń na psychikę chorego. Ten czynnik jest swoistym w powstawaniu tej choroby, wszystkie inne są czynnikami współdziałającymi lub usposabiającymi do jego oddziaływania; pod tym względem na pierwszym planie postawić należy nabyte, albo wrodzone usposobienie, o cechach wrażliwości i łatwego przejmowania się przykrościami życiowymi (t. zw. »wzruszeniowość«).

Podobnie współdziałanie czynników etyologicznych: usposobienia neuropatycznego i wzruszeń — widzimy i w hysterii, tu jednak wynik jest inny, hysteryk bowiem, jak widzieliśmy, czy to przez brak odporności, czy warunki zewnętrzne, nie jest zdolny walczyć z przeszkodą i łatwo wpada w chorobę, która jest właśnie sposobem dalszej walki. Psychika hysteryka broni się przed przykrem wrażeniem »zapominaniem« go, rugowaniem ze świadomości, skutkiem czego następuje jej rozdwojenie, rozwija się sugestyjność, wywołująca objawy somatyczne. Inaczej jest w neurastenii: tu chory przez dłuższy czas »martwi się i gryzie« swoim zmartwieniem, długo z niem walczy, pragnąc się do niego przystosować i w końcu ulega z objawami wyczerpania nerwowego, apaty i rozdrażnienia. Pod wpływem wzruszeń przynębiających

zachodzi w dziedzinie somatycznej i psychicznej w ustroju neurastenika szereg zaburzeń chorobowych.

Mianowicie w dziedzinie somatycznej powstaje pod długotrwałym działaniem wzruszeń stan osłabienia energii nerwowej — astenia. Wskutek zbytnej wrażliwości i uczuciowości osobnika następuje za wielki odczyn układu nerwowego na wzruszenia, nadmierna utrata energii i przedwczesny stan znużenia. Wyrazem tego stanu jest astenia mięśniowa, ogólne zmęczenie ustroju, zahamowanie wszelkich czynności fizjologicznych: trawienia (brak apetytu, zaparcie), krążenia krwi (uczucie ciężaru w głowie), czynności płciowych (osłabienie, niemoc, zmazy). Wskutek otamowania tych czynników następuje osłabienie sprawności całego ustroju, oraz samozatrucie produktami wydzielanymi, a nieużytkowanymi, (dotyczy to działalności narządów trawiennych i płciowych, wzgl. i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym). Jednocześnie zachodzą zmiany w czynności krążenia i naczynioruchowej, wahania w ukrwieniu, ciśnieniu krwi itd. Skutkiem tego powstaje u chorego szereg odczuwań fizjologicznych — cenestezy ustrojowych, odgrywających wielką rolę w powstawaniu objawów hipochondrycznych, łącząc się ze stanem psychicznym, którego chory jednocześnie doświadcza.

W dziedzinie psychicznej długotrwałe działanie wzruszeń przykrych wywołuje przedewszystkiem stan przygnębienia (depresji), smutku, apatycznego usposobienia. Stanowi temu towarzyszą zawsze objawy wzmózonej wrażliwości, rozdrażnienia, tego, co nazywamy »zdenerwowaniem«. Charakterystyczna cecha psychiki chorych na neurastenię, oddawna spostrzegana, zaznaczona już przez Bearda, jest to właśnie osłabienie wraz z rozdrażnieniem (*faiblesse irritable, reizbare Schwäche*). Po każdym przykrem wzruszeniu nawet u zdrowego osobnika powstaje stan oczekiwania nowej przykrości; u jednostek wrażliwych stan ten przybiera postać wewnętrznego zaniepokojenia, które stanowi jądro psychiki neurasteników i odgrywa pierwszorzędną rolę w powstawaniu w nich obaw hipochondrycznych. Uczucie niepokoju łączy się z odczuwaniami ustrojowymi — cenestezjami, które są wytworami somatycznymi i powstaje tą drogą myśl o chorobie — nosofobia.

Istotna neurastenia posiada zatem dwie strony: w dziedzinie cielesnej najważniejszym jest odczuwanie cenestezy, w dziedzinie psychicznej — stan niepokoju: współdziałanie obu tych czynników tworzy obawę co do zdrowia. Chorych niepokoji każde

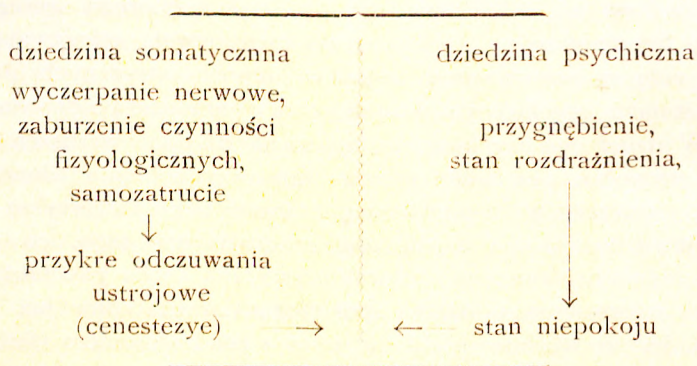
drobne kłucie w ciele, strzykanie w kończynach, przyspieszenie bicia serca, uczucie ciężaru w głowie, pocenie się, dreszcze nerwowe itp. wszystkie inne objawy, zależne od drobnych wahań w ciśnieniu krwi, od zmian naczynioruchowych, lub też samozatrucia ustrojowego (rola artrytyzmu pod tym względem). Do ukształtowania się objawów hipochondrycznych przyczynia się w tym okresie rozwoju neurastenii rola otoczenia, a niekiedy i lekarzy, jak to widzimy w opisanych przypadkach.

Następujący schemat wykazuje współrzędne działanie różnych czynników etyologicznych na dziedzinę somatyczną i psychiczną ustroju i sposób kształtowania się jej objawów.

I. Uspodobienie wrodzone, albo nabyte = nerwowość.

(wrażliwość, uczuciowość, niewspółwymierność oddziaływania ustroju z podniętą).

II. Działanie długotrwałe wzruszeń przygnębiających



III. Współdziałanie objawów somatycznych i psychicznych.  
Samoobserwacja, powstawanie idei hipochondrycznych.  
Rola otoczenia, lekarzy w kształtowaniu się nosofobii.

Neurastenia jest chorobą somatyczną, jednak psychicznego pochodzenia i dlatego leczenie powinno być psychiczne. Ponieważ przytem czynnik duchowy pochodzi nie od ideowego, ale od wzruszeniowego uwarunkowania, więc leczenie suggestyą, ani perswazyą nie może być tak skuteczne, jak oddziaływanie na uczucia chorego.

Należy się starać przeciwdziałać wpływowi wzruszeń przygnębiających przez wzbudzenie optymizmu w chorym, przez wzmacnianie w nim pewności co do swego zdrowia, któraby mogła być przeciwstawiona zaniepokojeniu w jego psychice. Podawanie leków wewnętrznych neurastenikowi może być szkodliwym, gdyż zażywanie ich podsyca niepokój chorego. Należy podnieść pod tym względem zasługę Du-bois, a u nas Dunina, którzy usilnie występują przeciwko farmakoterapii w neurastenii, gdyż przez przepisywanie leków utrwala się u chorego myśli hipochondryczne. Podobnie potępić należy leczenie miejscowe np. w niemocy płciowej, zalecanie ściślej diety przy dolegliwościach żołądkowych pochodzenia nerwowego, objawowe leczenie skarg sercowych, przepisywanie narkotyków w bezsenności nerwowej itp. Jakkolwiek nieraz chory uspokaja się na czas pewien pod wpływem leczenia tego rodzaju, to jednak racjonalniejszym jest oddziaływanie bezpośrednio na jego niepokój drogą usunięcia nurtujących go obaw i polecenia, aby chory poddawał się wpływowi wzruszeń dodatnich; wszelkie zajęcie, któremu będzie się oddawał z przejęciem i zapałem, odwróci uwagę jego od choroby i niepokój wewnętrzny zostanie zrównoważony przez uczucie wewnętrzного zadowolenia. Systematycznie przeprowadzona psychoterapia\*) jest daleko skuteczniejsza, niż leczenie farmaceutyczne lub fizyczne. Radykalne jednak wyleczenie neurastenika jest możliwe po przekształceniu jego charakteru w kierunku stoicyzmu i rezygnacji, któraby mógł on przeciwstawić napotykanym przeciwnościom życiowym, albo też przy zmianie warunków zewnętrznych, któreby dostarczały więcej powodów do wzruszeń dodatnich, niż do przygnębiających.

### STANY LĘKOWE.

Nerwicę lękową wyodrębnił po raz pierwszy od neurastenii Hecker (1893 r.), a po nim obszerniej pisał o niej Freud (1895). Niezależnie od nich wielu autorów i dawniej pisało o stanach lękowych, różnie je nazywając i odróżniając od neurastenii właściwej: należą tu np. »anxiété paroxystique« Brissaud, »Phrenocardie« Herza, przyjęta również przez Erba, »névrose psychosplan-

\*) Szczegóły w pracy »W sprawie psychoterapii«. (Księga pam. I Zjazdu neurologów psychiat. i psychol. polskich 1910).

chnique» Grasseta, »névrose d'angoisse«, Hartenberga, »Agstzustände« wielu autorów niemieckich itd.

Jako cechę charakterystyczną dla nerwicy lękowej większość autorów podaje napady lęku, polegające na szeregu odczuwań somatycznych i na jednoczesnem doznawaniu nieokreślonego strachu w ustroju; duszenia się, bicia serca, uczucia gorąca w głowie, występowania potu itd. Po za napadami usposobienie chorych jest wogóle trwożliwe; są oni zawsze przejęci nieokreśloną obawą nie-szczęścia, złemi przeczuciami (ängstliche Erwartung). Poza tem chorzy doznają od czasu do czasu napadów szczytkowych (rudymenarnych), którym towarzyszy jeden z objawów, składających się na napad lęku właściwy; więc chorzy doznają np. »bicia serca«, albo przeciwnie »zamierania w okolicy serca«, uczucia duszenia się, ściskania w gardle, kongestyi, parestezyi, zawrotu głowy, drżenia kończyn, biegunki, napadowego pocenia się, ziewania, podcięcia się nóg, parcia na mocz, i wogóle wszelkich objawów wzruszeniowego pochodzenia.

Od neurastenii różni się nerwica lękowa tem, że pierwsza znamionuje się wyczerpaniem nerwowem i depresją, gdy w drugiej nie bywa objawów zmęczenia, a przeciwnie chwilami objawy podniecenia, przejawiającego się w napadach lęku. W neurastenii wyłączną rolę odgrywają wzruszenia przygnębiające, nerwica lękowa może istnieć i bez nich. Rozwija się ona zazwyczaj podczas okresów krytycznych: podczas pierwszej miesiączki i wogóle pokwitania, podczas ciąży, połogu, okresu przekwitania. Według Freuda cierpienie to powstaje zwykle u tych osób, które podlegają niezupełnemu zadowoleniu płciowemu\*); więc rozwija się u narzeczonych, wdów, abstynentów (zwłaszcza po uprzednich nadużyciach płciowych), u małżonków, stosujących »coitus reservatus« albo »interruptus« itp. — słowem u tych wszystkich, u których działa samozatrucie, pochodzące z niezużytkowania produktów fizyologicznych, wydzielanych przez gruczoły płciowe.

Jakkolwiek w wielu przypadkach na powstawanie objawów lękowych wpływają niewątpliwie czynniki, związane z dziedziczną płciową, to jednak bywa tak niezawsze, jak to zobaczymy na kilku przykładach.

\*) Szczegóły w pracy: »O metodzie psychoanalitycznej Freuda«. (Odczyty kliniczne N. 219, 220). 1912 r.

**Przypadek 13. Wpływ pierwszej miesiączki. Zaparcie stolca.**

Chora lat 28, pochodzi z rodziny mało obciążonej: ojciec cierpi na kurcz pisarski, ma nawykowe zaparcie stolca; matka wrażliwa, miewała bicia serca. W dzieciństwie chora była wątła, od 6. roku życia cierpiała na »wzdęcia« po jedzeniu, zresztą była zdrowa. Podczas pierwszej miesiączki w 13. r. życia dostała gwałtownego napadu »bicia serca«, połączonego z silnym uczuciem strachu; napad trwał kilka godzin, chora siedziała, jak opowiada matka, biała, przerażona, z wyrazem niewypowiedzianego lęku na twarzy, ręce i nogi były zimne, chora »trzęsła się, jak w febrze«. Było kilku lekarzy, żaden jednak nic nie poradził, dopiero jeden z nich polecił dać lawatwę i wówczas po obfitym stolcu bicie serca przeszło. Od tego czasu chora podczas każdej miesiączki dostawała lekkiego niepokoju w okolicy serca w mniejszym lub większym stopniu. W przerwie pomiędzy peryodami napad bicia serca powtarzał się (w słabszym stopniu, niż po raz pierwszy) przy zaparciu stolca, do którego chora była zawsze skłonna, i po wzięciu lawatwy przechodził. Jeżeli zaparcie zdarzało się podczas peryodu, wówczas napad strachu wraz z biciem serca był większy. Poza tem chora jest bardzo wrażliwa, za silnie oddziaływa na przykrości, podczas których doznaje uczucia ściskania w gardle, drżenia nóg, niepokojących zamroczeń w głowie, uczucia duszenia się. Objawy te występują u niej i poza tem, bez żadnych widocznych przyczyn. Usposobienie chorej jest wogóle trwożliwe, często miewa złe przeczucia, oczekuje jakiegoś nieszczęścia itd.

W 18. r. życia miała kilka zmartwień, które tłumiała w sobie, nie zwierzając się z nimi otoczeniu; dostała wówczas znowu silnego napadu lęku, analogicznie do pierwszego; było to również podczas peryodu, związku z zaparciem stolca widocznego nie było. W tym czasie chora bała się sama wychodzić na ulicę, doznawała bowiem wtedy silniejszych zamroczeń w głowie i niepokoju sercowego; w ciągu kilku miesięcy obawa ulicy była tak silna, że chora bała się wychodzić z domu nawet z matką. Potem nastąpiła poprawa, napady strachu stały się rzadsze; chora zajęła się nauczycielstwem, pracą społeczną, co wpłynęło na jej uspokojenie jeszcze bardziej.

W 26. roku chora wyszła za mąż, zaszła w ciążę, podczas której czuła się dobrze; po porodzie w kilka miesięcy, gdy mąż zaczął używać środków zapobiegawczych przy spółkowaniu, nastąpiło w stanie chorej wyraźne pogorszenie: napady bicia serca powtórzyły się, a zwłaszcza zaczęła chora podlegać silnemu nieokreślonoemu strachowi: ciągle wydawało jej się, że coś się stanie strasznego, że zaraz zemdleje, dostanie obłędu itd.

Mieliśmy sposobność widzieć chorą podczas jednego z takich napadów: tętno wówczas nie było wcale przyspieszone, jakkolwiek



chora miała wrażenie, że bije bardzo często i mocno, twarz wyrażała silny strach, ręce były zimne, na czole zimny pot; brzuch nieco wzdęty, stolec był w przeddzień. Na sugestję chora nie była podatna. uspakajanie i zapewnianie, że nic się nie stanie, że serce jest zdrowe itp., nie odniosło skutku. Wzięcie lawatywy uspokoiło chorą w stopniu niewielkim. Poleciliśmy przerwać środki zapobiegawcze podczas spółkowania i chora potem w ciągu przeszło pół roku jest zdrowa: napadów strachu nie miewa, niepokoję sercowe podczas peryodów są bardzo małe. Jednak musi chora stale zwracać uwagę na stolec, gdyż przy zaparciu zjawia się nieprzyjemne kołatanie serca.

W przypadku tym widzimy, że jakkolwiek okres krytyczny w rozwoju ustroju (pokwitanie, pierwszy peryod) niewątpliwie odegrał rolę w powstaniu objawów lękowych, to jednak do wywołania ich przyczyniały się i zaburzenia żołądkowe (wpływ zaparcia stolca), tak, że wbrew Freudowi przyczyna choroby była nie tylko seksualna. Kilka podobnych przypadków opisał Hartenberg, w których również wzdęcie brzucha i unoszenie się żołądka do góry wywołało drogą odruchową kołatanie serca, oraz napady strachu. Objasnienie to wydaje się i w naszym przypadku prawdopodobnym, co między innymi potwierdza fakt, że chora nigdy nie doznaje niepokojów sercowych, gdy jest w gorsecie, którym narządy brzuszne przyciska ku dołowi. W ostatnim okresie choroby u chorej na powstanie objawów lękowych wpłynęły i przyczyny płciowe, w myśl Freuda, mianowicie niezadowolone płciowe wskutek »coitus reservatus«, które jednak nie było wyłącznym czynnikiem w rozwoju objawów chorobowych.

#### **Przypadek 14. Wpływ środków zapobiegawczych podczas spółkowania.**

Chora l. 32, jako panna była zupełnie zdrowa, pochodzi z rodziny zdrowej. W charakterze pewna niestałość, zmienność usposobienia, 10 lat temu wyszła po raz pierwszy za męża, żyła z mężem »bardzo zmysłowo«. Wogóle w tym kierunku była zawsze rozwinięta, pożycie z mężem jeszcze bardziej ją rozbudziło. Pięć lat temu wyszła po raz drugi za męża, ma 4-letnie dziecko; dwa lata temu poronienie, po którym lekarz zabronił w ciągu lat kilku zachodzić w ciążę i jako środek zapobiegawczy zapisał czopki, które chora wkładała do pochwy przed stosunkiem. Środek ten, wywoływał pieczenie w pochwie i sprawił, że chora przestała

odczuwać zadowolenie płciowe podczas stosunku; mimo to stosunki trwały w dalszym ciągu. W kilka miesięcy później chora zaczęła odczuwać silne rozdrażnienie nerwowe, oraz doznawać napadów strachu, podczas których miała silne kołatanie serca i wrażenie, że traci przytomność. W pół roku potem stan pogorszył się, napady stały się coraz częstsze, w nocy kilka razy budziła się chora z uczuciem niewypowiedzianego strachu, jednocześnie odczuwała silne dreszcze w skórze i cała zlewała się potem. Usposobienie chorej stało się niespokojne; ciągle się obawia, że się coś stanie, że dostanie obłądę; często w ciągu dnia miała biegunki, połączone z uczuciem lęku; miewa wrażenie, że »niema rąk, ani nóg«, że »nie czuje swojego ciała«; często bywa napadowe ziewanie bez powodu, po którym zresztą robi się chorej lepiej.

W tym czasie właśnie obserwowaliśmy chorą. Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian w układzie nerwowym o charakterze organicznym. Wybitny dermatografizm. Stan wielkiego rozdrażnienia nerwowego; pewna przesada w skargach, jednak dowody niewątpliwego odczuwania przykrych sensacji w stroju. Brak podatności na sugestję, perswazyja nie uspakaja chorej. Wybitna zmienność objawów chorobowych: stan podniecenia i silnego zaniepokojenia nagle mijał i chora stawała się wesołą, równoważoną, jednak na czas krótki. Po wyjaśnieniu chorej przyczyny jej cierpień, poleciliśmy przerwać stosowanie środków zapobiegawczych. Po kilku normalnych stosunkach stan poprawił się na kilka dni, poczem objawy chorobowe powróciły znowu. Chora brała jednocześnie ciepłe kąpiele oraz makowiec. Po zupełnem uregulowaniu życia płciowego, objawy lękowe powoli mijały i w 3 miesiące później stwierdziliśmy wyraźną poprawę; napady strachu przeszły, chora stała się spokojniejszą, od czasu do czasu doświadczała jeszcze nieprzyjemnego kołatania serca i kongestyi (»uderzanie gorąca do głowy«); nieczułość płciowa przeszła również.

Przypadek dość pospolity, w którym jednak widać wyraźny związek pomiędzy objawami lękowymi i niezupelnem zadowoleniem płciowem (w myśl poglądów Freuda). Czynniki ten tem łatwiej mógł oddziaływać ujemnie na chorą, że pożycie z pierwszym mężem było nadmiernie zmysłowe, drugi zaś był bardziej obojętny pod tym względem. Zastępuje też na uwagę fakt, że nieprzyjemne odczuwania chorej zupełnie nie ustępowały pod wpływem sugestyi, ani perswazyi; wydaje się to potwierdzać przypuszczenie Freuda, że objawy te są nie psychicznego, ale autotoksycznego pochodzenia.

#### **Przypadek 15. Obawa przestrzeni. Rozmaite fobie.**

Chora l. 25, (obserw. z polecenia Dr. S. Orłowskiego), pochodzi z rodziny dość obarczonej: ojciec dziwak, miewa »historyczne

ataki«, boi się samotności; matka despotyczna, nierozumnie chowała dzieci; brat się jąka od urodzenia, ma »manię czystości«, siostry nie wychodzą za mąż, gdyż »boją się ciąży i dzieci«. Chora wychowywała się w bardzo ciężkich warunkach; bito ją, zniechęcano do życia, matka często mówiła przy dzieciach: »lepiej, żeby poumierali«. Wskutek tego chora była zawsze smutna, przygnębiona, dążyła do samotności. Wreszcie zetknęła się ze sprawą płciową, gdyż w domu bywało kilku panów, którzy otwarcie o tem mówili; jeden z nich brał ją często na kolana i wykonywał masturbatio genitalium (miała wtedy lat 9); trwało to z przerwami do lat 19. Objawy nerwowe zaczęły się w 15. r. życia, mianowicie chora zaczęła doznawać nieokreślonego strachu wieczorem i w nocy: bała się, że ktoś wejdzie do pokoju, że coś się stanie strasznego; dlatego paliła całą noc lampę, gdyż inaczej nie mogła zasnąć; w nocy często budziła się z uczuciem nieprzyjemnego »bicia serca«.

Wybitne pogorszenie się tych objawów nastąpiło w 18. roku życia po usypianiu chloroformem (co zrobiono w celu rwania zębów). Już podczas zasypiania pod maską doznała chora silnego lęku i jednocześnie wrażenia »że się rozplywa, że jest kim innym, że już umarła«. Po obudzeniu się doznała silnego napadu, który trwał kilka godzin; była w największym stopniu rozdrażniona, krzyczała, płakała, że umiera, wydawało jej się, że »to nieprawda, że żyje«; jednocześnie miała wtedy silne kołatanie serca i rozdrażnienie w całej skórze. Od tego czasu podobne napady poczęły się powtarzać często. Raz taki napad strachu, wraz z uczuciem, że za chwilę umrze, zdarzył się chorej na spacerze, w parku; odtąd bała się wychodzić na ulicę sama, jeździła tylko z matką w drodze. W kilka tygodni później dostała podobnego napadu w drodze i odtąd wogóle przestała wychodzić z domu i położyła się do łóżka; tak leżała 10 miesięcy »w ciągłym strachu, ciągle jej się wydawało, że umiera, bała się poruszyć, bo miała wrażenie, że zaraz serce przestanie bić, obawiała się przejść z łóżka na łóżko, bo wydawało jej się, że to ją przyprawi o śmierć« itd.

Od tego czasu chora do ostatnich czasów (w ciągu lat 7) bała się wychodzić sama z domu, wychodziła tylko z matką, albo lekarzem; sama bowiem »nie może przemódcz obawy przestrzeni, która w niej powstaje, gdy znajduje się na ulicy; wydaje jej się wówczas, że coś się jej stanie, że traci przytomność itp.« Leczyła się w kilku sanatoryjach bez widocznej poprawy. W ostatnim roku stan chorej poprawił się, a to wskutek tego, że przypadkiem znalazła sposób na zapobieganie napadom strachu; mianowicie zauważyła, że zdarzają się one przeważnie wtedy, gdy kilka dni nie miewa stolca; zaczęła więc codziennie brać ławatywę i odtąd napadów nie miewa prawie zupełnie. Obawa ulicy trwa jednak w dalszym ciągu.

Prócz tych napadów nieokreślonego lęku i obawy wychodzenia na ulicę chora cierpi na rozmaite fobie, które powstawały

u niej w różnych okresach życia. Tak np. chora boi się ciemności: wogóle o zmierzchu czuje się gorzej, wieczorem wcześniej zapala lampę i pali ją całą noc, inaczej boi się zasnąć; gdy jest ciemno, ogarnia ją niepokój i ma wtedy specjalne uczucie, że »czas nie istnieje«, że »to nie ten sam dzień« (czego doświadcza również gdy jest na ulicy) i wówczas musi z natężeniem skupiać uwagę, powtarzając sobie, jaki to dzień jest wtedy. Wieczorem również, boi się chora łóżka, gdyż napady strachu najczęściej miewała w łóżku; dlatego też, gdy ma iść spać, kładzie się z początku na otomanę w ubraniu, i dopiero, gdy jest rozespana, rozbiera się szybko i kładzie do łóżka, starając się jak najprędzej zasnąć. Nieraz gdy leży w łóżku, doświadcza wrażenia, że się kołysze, że się zapada na dół, albo że łóżko unosi się do góry; czasem jej się wydaje, że niema ścian i wówczas ogląda się naokoło, czy ściany są w pokoju; na poręcz łóżka zawsze kładzie jakieś przykrycie, aby nie widziała przez pręty przestrzeni, gdyż wtedy uczucie kołysania i niepewności co do znajdowania się w określonym miejscu jest większe. Prócz tego chora ma obawę nieczystości: rano, po wstaniu ma wstręt do siebie, »bo jest brudna«, bardzo długo się myje, czesze się codziennie godzinami, gdyż »we włosach mogą być mikroby«, sama ściele łóżko, bo nie chce by ktokolwiek się pościeli dotykał, codziennie zmienia bieliznę, przy każdym podaniu ręki myje ręce itd. Chora boi się również ostrych rzeczy; nigdy nie jada ryby ze względu na ości, nie szyje igłą, bojąc się ukłuć, oraz aby »igła nie przysnęła w oko«; dalej boi się białego koloru; gdy patrzy na śnieg, robi jej się smutno, poczem ma wrażenie, że wszystkie przedmioty naokoło są »straszne«; z tego powodu poduszkę przykrywa czemś ciemnym, gdyż biały kolor ją drażni i niepokoi, nie może również patrzeć na księżyc. Czasem chora miewa »obawę przyrody«: gdy patrzy na ładny widok, doznaje dziwnego niepokoju, zadaje sobie pytania, skąd się to wszystko wzięło, jak ten świat jest urządzony, dlaczego to jest tak, a nie inaczej, jak może Bóg wyglądać; podobne myśli przychodzą chorej co do jej własnego ciała, dlaczego jest tak zbudowana, czy jest pewność, że narządy pracują dobrze, może serce nagle stanie, kiszki przestaną pracować (chora nazywa to »strachem samej siebie«). Chora obawia się wszelkich nowych sytuacji; np. przestawienie mebli w pokoju przyprawia ją o wielki strach, niepokój, że coś się złego stanie; przeciwnie, gdy dostanie choćby niewielkiego napadu lęku, wówczas rozmyślnie przestawia wszystko w pokoju, aby przez zmianę zapobiedz powtórzeniu się napadu, który łatwiej się zjawia, jej zdaniem, wtedy, gdy warunki są te same, co przy poprzednim napadzie. Z tego powodu chora często (co kilka tygodni) zmienia mieszkanie, gdyż dłuższe przebywanie w jednym miejscu pogarsza jej stan i sprzyja powstawaniu napadów; przeprowadzkę uskutecznia w zamkniętym powozie i zawsze w towarzystwie lekarza.

Poza tem chora skarg hipochondrycznych nie wypowiada specjalnych obaw co do stanu zdrowia nie miewa. O ile niepokoje jej nie dokuczają, jest wesola, lubi towarzystwo i nie sprawia wrazenia chorej. Inteligencya jej jest dość znaczna. Podatna na suggestyę hipnotyczną nie jest, przekonywanie chorej, że obawy jej są nieusprawiedliwione, również nie odnosi wrazenia, gdyż, jak chora mówi, »strach jest silniejszy niż logika«.

Próbowaliśmy leczyć chorą przezwyciężeniem się, mianowicie zdołaliśmy nakłonić chorą z początku do przejażdżek po mieście, potem do pieszych spacerów po ulicy; zrazu szło trudno, gdyż chora stale doświadczała na ulicy przykrych wrażeń, »że czas się kończy«, że »musi natężyć uwagę, jaki to dzień, jaka data«, doświadczała uczucia, że ziemia usuwa się pod jej nogami, że nie dojdzie do domu itd., jednak po kilkunastu takich spacerach odczuwania te były coraz rzadsze i chora była coraz spokojniejsza na ulicy, a w ostatnich czasach udało nam się kilka razy zostawić ją samą o kilkaset kroków od domu, dokąd wróciła sama. Mimo tej poprawy chorej w dalszym ciągu doznaje większości opisanych obaw, jakkolwiek w mniejszym stopniu.

W przypadku tym objawy lękowe zależały od kilku przyczyn: prócz czynników płciowych (w myśl poglądów Freuda), mianowicie przedwczesnego pobudzenia wraz z następczem niezupelnem zadowoleniem (masturbatio przez inną osobę), odegrał tu pewną rolę wpływ dziedziczności (objawy lękowe u ojca), oraz wpływ chloroformowania; podobny przypadek opisał Janet, gdzie przykre wrazenia, odczuwane przed usypianiem pod chloroformem (tracenie przytomności, brak oryentowania się w czasie), stały się potem punktem wyjścia do napadowych nasileń uczucia strachu, połączonego z podobnemi wrazeniami.

W przypadku tym zasługuje też na uwagę pochodzenie agorafobii: obawa przestrzeni powstała u chorej wówczas, gdy dostała ona napadu lęku poza domem; uczucie strachu zespoliło się niejako z abstrakcyjnym pojęciem przestrzeni, — fakt zresztą, prawie zawsze spotykany u cierpiących na agorafobię. W podobny sposób wytworzyły się u chorej i inne fobie: obawa ciemności, ostrych rzeczy, łóżka, nieczystości itp. Sprawę tę psychologia tłumaczy prawem rozlewności (ekspanzywości) zaburzenia w zruszeniuowego; wzruszenie strachu, podobnie jak każde inne wzruszenie, ma własność spajania się z wszelkiemi wyobrazeniami objętnemi, udzielając się jakby »in statu nascendi« przedmiotom, osobom, sytuacyom itp.

## Przypadek 16. Objawy lękowe u chorego na padaczkę.

Chory l. 28 (obserwowany wspólnie z Dr. S. Kopczyńskim), pochodzi z rodziny dość zdrowej: ojciec zmarł w późnym wieku na apopleksję, matka zdrowa; w rodzinie chorób nerwowych nie było. W pierwszych latach życia chory miał kilka napadów konwulsji o charakterze padaczkowym, sądząc z opowiadania matki; potem napady przeszły i powtórzyły się dopiero w 25. r. życia, było ich około ośmiu. Prócz tego od kilku lat chory dostawał napadów »absence«: czasem, podczas rozmowy zapatrzył się przed siebie, przerywał mówienie, mrugał kilka razy oczami, poczem z trudnością mógł sobie przypomnieć, o czym mówił. Samogwałt od 13 r. życia, zaprzestał po dwóch latach, specjalnie nie martwił się uprawianiem tego nałogu. Poza tem chorób nie przechodził, nie pijał, ani palił prawie wcale.

Objawy lękowe zaczęły się u chorego na miesiąc przed obserwacją chorego w szpitalu. Mianowicie bez żadnego widocznego powodu chory dostał nader silnego »ataku sercowego«, przyczem odczuwał »zamieranie w okolicy serca«, oraz niewypowiedziane uczucie strachu w tej okolicy, połączone z wrażeniem, że kończy życie. Strach był tak silny, że chory trzymał się za serce, krzyczał o ratunek, głośno płakał itd. Po kwadransie stan ten przeszedł poczem chory czuł się dobrze, odczuwał tylko w ciągu kilku dni niewielki niepokój w okolicy serca. Po kilku dniach taki sam napad strachu powtórzył się i od tego czasu miewa je chory kilka razy na tydzień. Jednocześnie doznaje chwilami niepokojących sensacji w głowie, mianowicie odczuwa »zanik myśli«, wydaje mu się, że mu »mózg drętwieje«, że traci przytomność, dostaje objędu. Sen ma niespokojny, »zrywa się z uczuciem śmierci«, »serce mu zamiera, jakby chciało przestać«. Pod wpływem strachu miewa częste parcie na mocz i biegunki. W ciągu tego miesiąca, w którym doświadcza tych objawów strachu, nie było ani jednego napadu padaczkowego, ani stanu »absence«.

Badania przedmiotowe nie wykryły żadnych zmian organicznych w układzie nerwowym. Żadnej wady sercowej. Inteligencya zachowana zupełnie; chorobę swoją rozumie; wie, że obawy jego są nieuzasadnione, jednak »strach jest silniejszy od niego«. Suggestyi, oraz perswazyi podlega mało. Kilkotygodniowy pobyt w szpitalu nie uspokoił chorego, natomiast na poprawę wpłynęło leczenie bromowe, dyeta mleczno-roślinna, oraz wyjazd na wieś. W pół roku później chory powrócił do zajęcia i pracuje dotychczas; napadów padaczkowych z drgawkami więcej nie było, »absence« zdarza się rzadko.

W przypadku tym nie odegrały żadnej roli czynniki natury płciowej, mimo to objawy lękowe były bardzo typowe. Napady

lęku są tu prawdopodobnie związane z tłem padaczkowym, analogicznie do przypadków, opisanych przez wielu autorów (Haskovec, Séglas, Raymond, Janet i inni).

### Przypadek 17. Wpływ przestraszenia na objawy lękowe.

Chory l. 9, uczeń, pochodzi z rodziny zdrowej; ojciec trochę pije, matka zdrowa. W dzieciństwie był wątpliwy, przechodził krzywicę, poza tłem był zdrowy. Chodzi do szkoły, uczy się dobrze, chętny do nauki, dość rozwinięty. Cztery miesiące temu przechodził ciężką płonicę; dla nabrania sił wysłano go na wieś. Naprzeciwko tego domu, w którym chory mieszkał, był sklep rzeźnika; raz, gdy stał niedaleko, wybiegł ze sklepu wyrostek z długim nożem i począł udawać, że przebija chłopca; ten upadł na ziemię i dostał »rzucania«, jak opowiada matka, oraz płakał w ciągu kilku godzin. Na drugi dzień chłopiec stał się smutny, ciągle płakał, bał się każdego stuknięcia, każdego otwarcia drzwi; w nocy zrywał się niespokojny, cały drżał i mówił, »że mu straszno«. Nie chciał spać, gdy było ciemno w pokoju, gdyż ciągle mu się zdawało, że ktoś idzie do niego, że coś jest pod łóżkiem itd.

Przewieziono go z powrotem do miasta, tu jednak nie uspokoił się: bał się wychodzić na ulicę nawet z matką, w nocy nagle przeraźliwie krzyczał, gdy ktoś śpiący się poruszył; zwracało też uwagę otoczenia to, że bał się ostrych przedmiotów: płakał, gdy zobaczył nóż, albo widelec, nie chcąc na razie odpowiadać dlaczego; potem mówił, że są »straszne«. Stan taki trwał przeszło dwa miesiące; w ostatnich czasach osiągnięto pewną poprawę drogą łagodnego zmuszania chorego do przewyciężenia swego strachu; przyuczono go znowu spać w ciemnym pokoju, przyzwyczajono go nie bać się ostrych przedmiotów, wyprowadzono kilka razy na ulicę; w każdym razie jeszcze często każdy szmer przejmuje go strachem, chory prosi o zajrzenie pod łóżko, »czy tam kto nie siedzi«, inaczej nie chce iść spać, sypia wogóle bardzo niespokojnie itp.

Przypadek ten dowodzi, że i uraz wzruszeniowy, zwłaszcza nagłe i silne uczucie strachu, może wywołać objawy lękowe, analogiczne do tych, które powstają wskutek samozatrucia ustrojowego (podczas krytycznych okresów w rozwoju ustroju, jak podczas pierwszego peryodu, w okresie przekwitania [climacterium]) albo z powodu zbroczeń płciowych. Można przypuszczać, że nagły wstrząs wzruszeniowy działa pobudzająco na działalność układu nerwowego współczulnego, wywołując niejako spotęgowany i przedłużony odczyn wzruszeniowy w ustroju (»réaction émotionnelle

prolongée« — autorów francuskich); temu ujemnemu działaniu wzruszenia strachu sprzyja ogólne osłabienie ustroju — np. przemęczenie pracą fizyczną, lub psychiczną, albo choroba zakaźna, jak było w danym przypadku. Uczucie strachu, działające na ustrój w stanie słabej odporności nerwowej, może wywołać albo wzmożenie działalności układu współczulnego, albo przepojenie psychiki stanem lękowym i następnie przenoszenie się uczucia lęku na przedmioty obojętne, (jak to było u naszego chłopca). Analogiczny przypadek znajdujemy poniżej.

### Przypadek 18. Bakteryfobia.

Chora l. 36. (obserw. z polecenia Dr. Orgelbranda z Kalisza) pochodzi z rodziny dość obciążonej; ojciec »boi się cholery i obłąkanych«, siostra po przestraszeniu się pożaru, »nie może spać, gdy jest ciemno, nadsłuchuje każdego szmeru, dopiero zasypia nad ranem«. — W dzieciństwie chora, jako panna, była zdrowa, wyszła za mąż 13 lat temu, miała troje dzieci, jedno zmarło 1 rok temu na płonicę; ostatni poród 3 lata temu po którym był silny krwotok, a chora leżała przeszło miesiąc w łóżku.

Siedem lat temu mieszkał w domu chorej i jej męża urzędnik chory na suchoty, ciągle przebywał z niemi, jadał razem obiady; chorej było to nieprzyjemnie, ale specjalnie jego towarzystwa nie obawiała się; przypominała sobie nieraz, że gdy miała 10 lat, matka nie pozwalała jej chodzić do znajomych, »bo tam jest chory na suchoty«, ale obecnie nie nadawała temu znaczenia, zwłaszcza, że mąż był tego zdania, iż dzieciom pobyt chorego urzędnika szkodzić nie może. Tak trwało kilka miesięcy, urzędnik wyjechał. Dopiero w 4 lata później (3 lata temu) fakt ten stał się punktem wyjścia do powstania poważnych objawów nerwowych u chorej. Była wtedy po porodzie, który bardzo ją wyczerpał; kilka dni dopiero wstała z łóżka. Dzieci przechodziły ciężką odrę, wezwano do nich lekarza. Wówczas mąż przygodnie spytał o chorego urzędnika, który mieszkał u nich 4 lata temu, czy jego choroba nie mogła mieć ujemnego wpływu na dzieci; lekarz potwierdził to przypuszczenie i radził, aby wszystkie przedmioty, które stykały się z chorym, lepiej poddano odkażeniu. Na oświadczenie chorej, że już kilka lat jedzą wszyscy na tych samych talerzach, śpią na tych samych poduszkach, lekarz odpowiedział, że »bakterye w stanie suchym mogą się przechowywać czas nieokreślony«, więc wszystkie przedmioty miękkie (pościel, ubranie) lepiej dać do odkażenia.

Wiadomość ta silnie podziałała na chorą: straciła apetyt, zaczęła źle sypiać, ciągle się martwiła, że pozwolili mieszkać u siebie choremu urzędnikowi. Całą pościel, ubranie, bieliznę posłano



do odkażenia; jednak to chorej nie uspokoiło, poleciła mężowi sprzedać wszystkie meble, dzieciom posprawiano nowe ubranka; książki, które miał w ręku chory urzędnik, spalono; różne cenne rzeczy, które stały na biurku (na którym pisał chory), pochowano i opieczętowano. Stopniowo u chorej rozwinęła się »mania czystości«: myła wszystko po kilka razy, wszystko, co dzieci brały do rąk, myła spirytusem (np. nakrycie stołowe), myła ręce po każdym podaniu ręki, ubranie swoje ciągle trzepała i czyściła. Najwięcej martwiło ją to, że »rzeczy się ciągle mieszały«, że to, co było już odkażone, albo wymyte, stykało się z przedmiotami nieodkażonymi i w ten sposób »bakterye suchot mogły się znowu czystym przedmiotom udzielać«. Raz pomyślała sobie, że dotyczy to przedewszystkiem ścian, których nie poddano odkażeniu, i pod tym wpływem wymogła na mężu zmianę mieszkania. Przy przeprowadzce dzieliła rzeczy na »straszne« i »mniej straszne«, te pierwsze, które miały bliższą styczność z chorym suchotnikiem, pakowane były do specjalnych pudełek i na nowem mieszkaniu ustawiono je w oddzielnym pokoju, do którego chora nie pozwalała nikomu wchodzić. Na nowem mieszkaniu wszystkie przedmioty były przeważnie świeżo kupione, więc na razie czuła się chora lepiej. Zdarzyło się jednak, że niańka, przyjeżdża do dzieci, przynosiła się raz, że służyła w jednym domu, gdzie był chory na płuca, który umarł. Chociaż nie było pewności, czy to była gruźlica, chora natychmiast odprawiła niańkę i znowu zaczęła myć przedmioty i posyłać do odkażenia, sprzedawać meble, sprawiać coraz to nowe ubrania. Gdy i to jej nie uspokajało i obawa bakteryi trwała w dalszym ciągu, zabrała dzieci od męża i pojechała do matki; wpłynęła na to ta okoliczność, że mąż, śmiejąc się z jej obaw, nie chciał zmieniać ubrania i nie dbał o taką czystość, jak ona, — zresztą przywiązana była do niego bardzo. U matki na razie stan chorej się poprawił, ale potem znowu zaczęła się niepokoić o męża, bała się czytać listów od niego, (gdyż bakterye mogą, jak powiedział lekarz, istnieć w stanie suchym i przechodzić z przedmiotu na przedmiot), każdy kaszlący osobnik przyprawiał ją o strach, nieraz po powrocie ze spaceru zdejmowała z siebie ubranie i nie chciała go więcej włożyć (gdyż zetknęło się z kimś »blado wyglądającym« na ulicy) itp.

Charakterystycznym dla bakteryofobii chorej było to, że obawiała się tylko bakteryi gruźliczych, mimo to, że była świadkiem szybkiego udzielenia się odry od jednego jej dziecka drugiemu; rok temu synek jej zmarł na płonicę, chorując zaledwie parę dni, wówczas również wcale się nie bała o siebie (nie myła np. rąk przy jego doglądaniu). Obawa jej dotyczyła tylko gruźlicy, jakkolwiek po pobycie chorego urzędnika nikt nie zachorował i jakkolwiek później niejednokrotnie lekarze ją zapewniali, że gruźlica jest mniej zaraźliwa, niż błonica lub płonica.

Chorą tę obserwowaliśmy w ciągu 6 tygodni, starając się wpłynąć na nią na razie suggestyą i perswazyą, że obawy jej są nieuzasadnione. Na ten sposób leczenia chora jednak nie okazała się podatną; na tym przypadku można było się przekonać, że wszelkie fobie są wzruszeniowego pochodzenia, że wszelkie przekonywania drogą rozumową nie mają na nie wpływu (analogicznie do wielu obaw, doświadczanych przez ludzi zdrowych, np. obawy ciemnego pokoju u dzieci, obawy cmentarza w nocy u wielu osób, nawet niewierzących). Tłómaczyliśmy chorej, że bakterye gruźlicze mogą żyć przez czas dłuższy tylko w płwocinie chorego, co zresztą nie może trwać nigdy kilka lat, czytaliśmy chorej wyjątki z bakteriologii o tem, że bakterye gruźlicy giną w przeciągu kilku godzin w ciepłocie poniżej 20<sup>o</sup>, dawaliśmy przykłady, że gruźlica jest chorobą uleczalną, że prawie każdy człowiek nosi w sobie bakterye gruźlicy, nie chorując na nią, gdy jest odpornym, wykazywaliśmy chorej niekonsekwencję jej obaw, które powstały w 4 lata po wyjeździe chorego, tłómaczyliśmy jej genezę bakteryofobii, dając przykłady analogicznych cierpień, — agorafobii, klaustrofobii, mysyfobii itp., — jednakże przez to obawy jej nie zmniejszały się. Chora objaśniała to w ten sposób, że »strach jest silniejszy od niej« że gdy »kładzie na siebie coś z ubrania straszniejszego dla niej, wówczas opanowuje ją taki smutek i przygnębienie, że blizka jest odebrania sobie życia«; jednocześnie odczuwa wtedy niepokój w sercu, drżenie po całym ciele, uczucie duszenia się.

Wówczas postanowiliśmy ją leczyć metodą przewyciężenia się (podobnie jak przypadek Nr. 14, z agorafobią), mianowicie nakazywaliśmy chorej przemagać uczucie lęku i brać do ręki, potem zaś nakładać na siebie wszystkie przedmioty (przeważnie obawa jej dotyczyła ubrania), które były dla niej »straszne«. Z początku szło to bardzo opornie: chora oddziaływała znacznem pogorszeniem ogólnego stanu nerwowego: zaczęła źle sypiać, ciągle płakała, stała się apatyczna, stan ten trwał jednak tylko kilka dni po włożeniu na siebie każdego nowego ubrania, którego dawniej się bała; potem przyzwyczaiła się do tego przedmiotu i stan przygnębienia przechodził. Dlatego też stosowaliśmy kilkudniowe przerwy po oswojeniu się z każdą nową rzeczą, poczem dawaliśmy jej do ręki nowy przedmiot, który uważała za »bardziej straszny« dla siebie od poprzedniego. Takie przyzwyczajanie chorej trwało 6 tygodni; przy końcu osvajanie się chorej szło łatwiej, oddziaływanie stanu nerwowego było coraz mniejsze. Powoli przeszły przez ręce chorej wszystkie rzeczy, które były zapakowane w pudełka w oddzielnym pokoju; przy samym końcu daliśmy chorej album z fotografiami, który 7 lat temu oglądał chory urzędnik i który zawsze w myślach chorej wzbudzał w niej najwięcej strachu. Leczenie to prowadzono w lecznicy Dr. Dydyńskiego, gdzie stosowano również zabiegi fi-

zyczne i podawano makowiec. Oswoiwszy się z wszystkimi przedmiotami, których się obawiała, chora mogła już bez przeszkody wrócić do domu, do męża, gdzie mieszka dotychczas i nie doznaje więcej żadnych obaw (ostatnia wiadomość w 10 miesięcy po ukończeniu leczenia).

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że na powstanie objawów lękowych miało tu wpływ kilka czynników: odegrało pewną rolę usposobienie dziedziczne (podobne objawy u ojca), które jednak samo przez się nie wystarczyło do wywołania choroby, gdyż chora była zupełnie zdrowa aż do czasu nastraszenia jej przez lekarza; główną przyczyną jej bakteryofobii było właśnie to nastraszenie, które podziało na grunt mało odporny (wyczerpanie ustroju po ciężkim porodzie, przejście się chorobą dzieci, usposobienie dziedziczne) i wywołało przewlekłe uczucie lęku, działające w kierunku określonych przedmiotów; czynniki płciowe nie odegrały w danym przypadku żadnej roli.

Widzimy na przykładzie dwóch ostatnich przypadków, że objawy lękowe mogą powstawać nietylko pod wpływem samozatrucia (wpływ pokwitania i przekwitania ustroju, wpływ niezupełnego wyładowania płciowego w myśl teorii Freuda), ale i pod wpływem nagłych wzruszeń, zwłaszcza wzruszenia strachu, którego działanie przedłuża się niejako w odczynie układu nerwowego i psychicznego, wywołując z jednej strony objawy, pochodzące z podrażnienia układu współczulnego, a z drugiej — odpowiadające temu w świadomości uczucie lęku. Wszystkie objawy nerwicy lękowej są wyrazem uczucia strachu, wpływającego na czynność narządów wewnętrznych (bicie serca, drżenie kończyn, pocenie się, biegunka, ściskanie w gardle, uczucie duszenia się itd.).

Zatem stany lękowe, w naszym pojęciu, obejmują nietylko nerwicę lękową w rozumieniu Freuda, ale i te przypadki objawów lękowych, połączonych z nadmiernym odczynem ze strony układu współczulnego, które powstają po silnych urazach, a więc zespół objawów, zwanych **nerwicą urazową czyli wzruszeniową**. Ten drugi termin, zaproponowany przez autorów francuskich (névrose émotive — Babiński, Dupré, Claude, Meige), należy uważać za odpowiedniejszy, gdyż w pojęciu »nerwicy urazowej« (neurosis traumatica), terminie, przeważnie używanym w praktyce prawno-sądowej

wikłają się prócz działania urazu i inne uboczne czynniki: przesadzanie dolegliwości, autosuggestya, świadoma symulacya w celu otrzymania odszkodowania, idee pożądlivosti itp.; nadto pojęcie nerwicy urazowej nie wyłącza urazu fizycznego. Dlatego też używać będziemy terminu »nerwica wzruszeniowa« w charakterze określenia objawów nerwowych czynnościowych, powstających bezpośrednio po urazie psychicznym.

### Przypadek 19. Podniecenie płciowe i kurcze przepony po urazie \*).

Chory l. 50. (obserwowany wspólnie z Dr. S. Kopczyńskim), dziedzicznie nie obarczony. Samogwałt od 12 r. do 25. roku życia, poczem stosunki płciowe prawidłowe. Dwa i pół roku temu stracił chory znaczną sumę pieniędzy; gdy poszedł się o nie upomnieć, w kłótni strzelono do niego z rewolweru, nie trafiono jednak. W parę minut po tym wypadku chory poczuł palenie w prąciu, oraz podrażnienie płciowe tak silne, że począł się znowu onanizować (po 23 latach przerwy). Ciągłe wzwody prącia trwały około pół roku, w ciągu którego musiał uciekać się do samogwałtu 3—4 razy dziennie. Drugi objaw, który wystąpił zaraz po wypadku (tego samego dnia), polegał na głośnych wykrzykiwaniach (głośnej czkawce), które trwały również około pół roku, poczem wykrzyki ustały, ale ciągle ruchy rytmiczne przepony i mięśni brzusznych trwają do obecnego czasu, nie opuszczając chorego ani na chwilę.

Badanie przedmiotowe nie stwierdziło żadnych zmian w narządach wewnętrznych ani w układzie nerwowym, poza bezustannymi rytmicznymi ruchami mięśni brzucha, (około 180 razy na minutę); jednocześnie z tymi ruchami chory szybko oddycha, przyczem częstość oddechu jest ta sama, co częstość tych kurczów. Gdy chory stara się oddech wstrzymać, jednocześnie ustają też ruchy mięśni brzusznych, wówczas jednak chory odczuwa te kurcze »wewnątrz siebie«, w klatce piersiowej, tak że »coś mu wtedy uderza rytmicznie do głowy«; gdy chory oddycha powoli, mięśnie brzuszne napinają się w różnych kierunkach, zwłaszcza silnie wypuklając się z boków, po chwili zaczynają się znowu szybkie, rytmiczne ruchy, gdyż chory długo powstrzymać się od nich nie może. Psychika: pewne przygnębienie, apatya, nieusprawiedliwiony niepokój o dzieci, (boi się, że nie będzie miał z nich pociechy, że będą się źle uczyły, że nie warto ich posyłać do szkoły itp.), zmian inteligencji niema. Chorego próbowaliśmy hipnotyzować, jednak bezskutecznie. Wówczas poddano chorego działaniu silnego wzru-

\*) Przedstawiony w Sekcyi neurol. Tow. lek. Warsz. w maju 1910 r.

szczenia w celu leczniczym, mianowicie wzięto go do gabinetu i niespodzianie, nie mówiąc o co chodzi, przypalono mu silnie powłoki brzuszne Paquelinem; — wówczas kurcze tłoczni brzusznej odrazu ustały na przeciąg 2 tygodni, poczem jednak wróciły znowu i trwają obecnie.

Podczas pokazu tego przypadku w Sekcyi neurologicznej Towarzystwa lek. Warsz. niektórzy mówcy oświadczyli się za histeryą; jednak w danym przypadku histeryę da się z pewnością wyłączyć, gdyż dwa główne objawy u chorego (wzmóŜona wydzielniczość gruczołów płciowych, oraz głoŝna czkawka, zaleŜąca od kurczów przepony wraz z jednoczesnym kurczem mięśni krtaniowych przy zwięŜaniu się szpary głoŝowej) — nie mają charakteru, właściwego dla histeryi: nie są one nieŝwiadomie symulowane (oraz nie mogą być symulowane ŝwiadomie, jako niewykonalne przez akt-woli), ani nie symbolizują jakiegokolwiek sprawy, ukrytej w podŝwiadomości — przeciwnie są to objawy zupełnie pod wpływem treści i pochodzenia ŝwiadome dla chorego; dalej nie podlegają one wpływowi sugestyi, co zwaŝszcza jest widoczne co do objawu ze strony narządów płciowych; fakt, ŝe te objawy wystąpiły po urazie (bez okresu t. zw. »meditation« Charcot), równieŜ przemawia przeciwko histeryi.

Z drugiej strony oba te objawy dotyczą dziedziny narządów, podległych wpływowi nie wyobrażeń ruchowych (co jest zawsze w histeryi, w której wyobraŜenie o braku jakiegokolwiek czynności, podległej woli, wywołuje brak tej czynności), ale wzruszeń. WzmóŜona wydzielniczość gruczołów płciowych jest tu analogiczna do wydzielania łez przy wzruszeniach, ruchy zaś tłoczni brzusznej (zwykle odbywające się automatycznie, nieŝwiadomie u człowieka zdrowego) — do biegunki nerwowej, która powstaje od wzmóŜonej działałności mięśni gładkich w jelitach (równieŜ nie podlegających woli), pod wpływem wzruszenia. Są to zatem skutki utrwalenia patologicznego objawów, które prawidłowo towarzyszą wzruszeniom i które wskutek urazu przeszły w stan przewlekły (»réaction émotionelle prolongée« w pojęciu Meige'a i Babińskiego). Jakkolwiek w histeryi wzruszenie odgrywa pewną rolę, to jednak dzieła ono nie bezpoŝrednio, jak w danym przypadku, ale za poŝrednictwem sugestyi (która powstaje wskutek zwięŜania pola ŝwiadomości przez tkwiące w podŝwiadomości urazy wzruszeniowe) i dlatego objawy histeryczne mają cechę usuwalności i wywołal-

ności zapomocą sugestyi, czego nie było w danym przypadku. Przeciwnie zaś w nerwicy wzruszeniowej, którą należy rozpoznać w danym przypadku, objawy chorobowe nie podlegają wpływowi ani sugestyi, ani woli i są wyrazem spotęgowania fizycznego odczynu, prawidłowo towarzyszącego wyładowaniu się wzruszenia w ustroju; należą tu więc takie objawy, jak zaburzenia naczynio-ruchowe (rumienienie się, blednięcie, dermografizm, »uderzanie gorąca do głowy«, wrażenie bicia serca), wydzielnicze (płaczliwość, nadmierne pocenie się, zmazy, co było w danym przypadku), zaburzenia ze strony mięśni gładkich oraz automatycznie działających (biegunka nerwowa, kurcze żołądka i przepony, skąd objaw »czkawki«, kurcze pęcherza, skąd »parcie na mocz« przy wzruszeniach, kurcze mięśni przełyku i krtani, skąd uczucie ściskania w gardle itp.) i wogóle zaburzenia w działalności n. błędnego i współczulnego. W histeryi objawy te mogą się zdarzać, jako powikłanie, jako wyraz ogólnej konstytucyi wzruszeniowej, wspólnej wszystkim nerwicom. Różniczkowanie objawów histeryi i nerwicy wzruszeniowej można zobrazować w schemacie:

#### W histeryi.

Wzruszenie działa pośrednio przez wyobrażenia, wywołując rozszczępienie świadomości, czyli sugestyjność i dając objawy: napady nerwowe, przykurczenia, porażenia, znieczulenia.

Objawy są symbolem pewnych nieświadomych spraw, pewnych »utajonych pasorzytów psychicznych«.

Objawy są zależne od woli, podległe sugestyi.

Objawy powstają zwykle po urazie nieznacznym, gdyż właściwa przyczyna kryje się w przeróbce wyobraźniowej urazu, w sprawach nieświadomych (okres »medytacji«).

#### W nerwicy wzruszeniowej.

Wzruszenie działa bezpośrednio przez dziedzinę n. błędnego i współczulnego, wywołując objawy: naczynio-ruchowe, wydzielnicze, ze strony mięśni gładkich.

Objawy są wyrazem spotęgowanego i przedłużonego odczynu, prawidłowo towarzyszącego w ustroju podczas doznawania wzruszenia.

Objawy nie są zależne od woli, niepodległe sugestyi.

Objawy powstają zwykle po urazach poważniejszych, zwykle od razu po wypadku.

Różniczkowanie nasze potwierdzają prace Néri, Stierlina, d'Abundo i innych, którzy obserwowali ogromną liczbę chorych (Néri około 2000), podległych wielkim katastrofom (trzęsienie zie-

mi w Messynie, Valparaiso, katastrofy kolejowe w Courrières i Hamm); autorzy ci u chorych po tych silnych urazach wzruszeniowych nie spostrzegali wcale objawów histerycznych, jak porażień, napadów, znieczuleń, ale właśnie objawy, należące do nerwicy wzruszeniowej: ustawiczne drżenie całego ciała, stałe przyspieszenie bicia serca, zaburzenia naczynioruchowe, jak dermatografizm, uderzenia do głowy; wydzielnicze, jak pocenie się, biegunki itp. Néri w szczególności szukał u chorych piętn histerycznych i wcale ich nie znajdował, Stierlin zaś, który widział kilka napadów histerycznych u chorych, cierpiących jednak już dawniej na histeryę, kończy swą pracę temi słowy: »L'émotion ne crée pas l'hystérie«, poza tem bowiem obserwował tylko objawy wzruszeniowe; autor ten spostrzegał również, że u chorych podległych wzruszeniom powolniej goiły się rany, niż u chorych, skaleczonych nie podczas wypadku, oraz, że w moczu była wzmóŜona zawartość soli moczianowych i fosforanów.

### Przypadek 20. Napadowe pocenie się po urazie.

Chora l. 57. (obserwowana wspólnie z Dr. W. Męczkowskim), pochodzi z rodziny dziedzicznie obciążonej; ojciec alkoholik, matka cierpiała na »chorobę św. Walentego«. Objawy gośćca od 12 lat; chora znajduje się w okresie przekwitania od lat 7, jednak żadnych dolegliwości nie doznawała aż do chwili wypadku, który wywołał jej chorobę. Mianowicie 5 lat temu doznała ogromnego przestraszenia, będąc obecną przy walce ulicznej pomiędzy robotnikami a wojskiem, przyczem trzy kule przebiły jej chustkę; przełękła się do tego stopnia, że w ciągu kilku godzin nie mogła się ruszyć z miejsca i ledwo zawlokła się do domu. Od chwili tego urazu chora zaczęła doznawać napadowego występowania potu na całym ciele i drżenia całego ciała wraz z biciem serca, dusznością, ściskaniem w gardle. Zlewanie się potem zjawiało się na razie co kilka minut, potem rzadziej — kilkanaście, kilka razy na godzinę. Objawy te trwają do obecnej chwili, przyczem jednakowo w dzień i w nocy. W dwa miesiące po wypadku chora zauwaŜyła zgrubienie szyi w miejscu tarczycy, które zmniejszało się powoli, jednak i obecnie są jego ślady.

Badanie przedmiotowe: Tętno 72 — 86. Oddech 16. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nieznaczne powiększenie tarczycy. Dermatografizm dość wyraźny, jednak nie wybitny. Ucisk na ciało, zwłaszcza w okolicy łydek, wywołuje wystąpienie siniaka (chora zwracała na to uwagę i poza urazem); jednorazowe zajodynowanie skóry, zrobione z powodu bólu gośćcowego, wywoływało silny stan

zapalny w skórze, trwający przeszło tydzień. Odruchy ścięgnowe średnio żywe. Czucie bez zmian. Chora nie jest suggestywną.

Właściwe objawy chorobowe po dokładnej obserwacji chorej w różnych okresach, przedstawiają się następująco:

1. Średnio co godzina występuje silne nagłe pocenie się całego ciała. Chora zaczyna odczuwać »ciarki«, idące po całym ciele, zwłaszcza od kończyn dolnych: gdy przyjdą do głowy, robi się cała czerwona i gorąco jej, jednocześnie dostaje silnego »bicia serca« i uczucia »duszenia się« wraz ze ściskaniem w gardle. Po chwili występuje pot na całym ciele, nie wyłączając tułowia; z czoła pot spływa dużemi kroplami. Wówczas chora czuje się osłabiona, leżąc cała literalnie w pocie. W parę minut po napadzie doznaje silnego pragnienia, nieraz wypija odrazu kilka kubków wody. Stwierdzono wielokrotnie, że tętno i ciepłota podczas napadu nie ulegają zmianie.

2. W pół godziny mniej więcej po napadach pocenia się występują okresy drżenia ciała i uczucie zimna. Zaczyna się od »dreszczów« całego ciała, jednocześnie robi się chorej zimno tak, że okrywa się kilkoma kołdrami; cała trzęsie się z zimna, palce u rąk stają się zupełnie blade. Chora doznaje wrażenia, że serce jej zamiera, zupełnie bić przestaje, jednocześnie chce się jej płakać, jakby »z żalu wewnętrznego«.

Napady pierwszego i drugiego rodzaju występują zawsze naprzemian, przytem bez przerwy w dzień i w nocy. Powstają samorzutnie, same przez się, przestrasz obecnie już ich nie wywołuje. Ciepłota podczas napadów nie zmniejsza się, tętno nigdy nie przekracza 90 uderzeń na minutę.

W danym przypadku mamy objawy naczynioruchowe, a pośrednio i wydzielnicze, które powstały u chorej w chwili urazu i są również, jak w poprzednim przypadku, wyrazem spotęgowanego odczynu ustrojowego, prawidłowo towarzyszącego wyładowaniu się wzruszenia (*réaction émotionnelle prolongée*); związek wzruszeń z dziedziczną naczynioruchową jest niewątpliwy, pod ich wpływem zdrowy człowiek blednie, rumieni się, dostaje »skórnych dreszczy«, nagłego »spocenia się« itp. Ponieważ w danym przypadku było wskutek okresu przekwitania usposobienie do objawów naczynioruchowych (objawy »uderzania gorąca do głowy«, »bicia serca« nader często zdarzają się u kobiet w okresie przekwitania), więc uraz wzruszeniowy podziałał w tym kierunku, jako w kierunku najsłabszego oporu, i stąd łatwiej mogły u chorej powstać napady pocenia się i ziębienia, niż inne objawy wzruszeniowe; w przypadku poprzednim takim punktem słabego oporu były gruczoły



płciowe wskutek wczesnego i długotrwałego samogwałtu, stąd porażenie nastąpiły uporczywe wzdwy prącia.

Powiększenie tarczycy u chorej mogło nasuwać przypuszczenie choroby Basedowa; jednak można ją wyłączyć wobec 1) braku przyspieszenia tętna, 2) stałej okresowości napadów, 3) bezwzględnej roli urazu, 4) braku innych objawów. Powiększenie tarczycy spostrzegamy często u dziewcząt w okresie pokwitania, oraz w ciąży i wówczas nikt nie rozpoznaje choroby Basedowa. Powiększenie tego gruczołu poniekąd nawet potwierdza rozpoznanie nerwicy wzruszeniowej w danym przypadku. Związek bowiem tarczycy z działalnością ośrodków naczynioruchowych jest znanym, podobnie jak związek czynności tego gruczołu z okresem przekwitania; z drugiej strony zaznaczano również związek gruczołu tarczowego z oddziaływaniem wzruszeń na ustrój (prace Lévi-Leopolda). Zatem hypertyreoidyzm w danym przypadku może pochodzić nie od choroby Basedowa, ale wskutek okresu przekwitania, którego objawy autointoksykacyjne wzmogły się z powodu urazu wzruszeniowego.

### Przypadek 21. Przymusowe ziewanie.

Uczeń lat 16. pochodzi z rodziny względnie zdrowej (matka cierpi na uporczywą migrenę); w dzieciństwie był zdrow, do szkoły począł chodzić od 9. r. życia, uczył się średnio. Zawsze był wrażliwy, nieśmiały, łatwo przejmował się przy odpowiedzi, nieco się żąka. Przed 5 miesiącami przyjechał z rodziną do Warszawy i został umieszczony w jednej ze szkół; pobył w niej kilka miesięcy i przed egzaminem na dwa tygodnie zachorował; mianowicie po jednej lekcji z nauczycielem, którego się bardzo obawiał, nagle zaczął ziewać i nie mógł się od tego powstrzymać; było to na kilka tygodni przed egzaminami. Ziewanie następowało średnio co kilkanaście sekund; trwało to bez przerwy cały dzień, często budziło chorego i w nocy. Gdy chory chciał siłą woli powstrzymać ziewanie, zaciskając usta, wówczas czuwał nieprzyjemne ściskanie w piersiach i musiał znowu ziewać, gdyż wtedy doznawał ulgi. Poza tem stan nerwowy bez zmian; pewne przygnębiecie, przesadna nieśmiałość; chory wstydi się swej choroby, więc unika ludzi.

Próbowaliśmy chorego leczyć zapomocą sugestyi, jednak bezskutecznie; elektryzacya, zabiegi fizyczne nie odniosły żadnego skutku. Po miesiącu trwania objaw ziewania przeszedł nagle — pod wpływem przestachu od najeżdżającego tramwaju (potknął się, tramwaj mocno go uderzył).

## Przypadek 22. Stan lękowy, przymusowe wzdychanie.

Chora l. 40, pochodzi z rodziny dość obciążonej (kilka osób z rodziny skończyło obłędem), przechodziła ciężką blednicę w 16. r. życia, potem kilka ciężkich porodów. Pod względem nerwowym była mniej więcej zdrowa. Cztery lata temu chora przejeżdżała przez granicę rosyjską, wracając z Prus, i na komorze jeden z urzędników wyciągnął jej z pod okrycia źle ukryty fartuszek kolorowy, który wiozła dla córki. Wzięto ją do osobnej rewizyi, nic jednak więcej nie znaleziono; zapłaciła 5 rubli kary. Fakt ten zrobił na niej tak przykre wrażenie, że od tego czasu poczęła chorować: stała się przygnębiona, zdenerwowana, straciła apetyt, przestała zajmować się dziećmi. Ciągłe po całych dniach myślała o tem zdarzeniu i przeżywała swój wstyd i zmieszanie się; pod wpływem tych wspomnień głośno wzdychała. Taki stan ciągłego uświadamiania sobie nieprzyjemnego faktu na komorze i nieprzerwanego wzdychania trwa bez zmiany cztery lata aż do obecnej chwili.

Chora zgłosiła się z prośbą o leczenie zapomocą hipnozy, chce bowiem zapomnieć o tem przykrem zdarzeniu, z powodu którego cierpi tyle czasu. Jednak okazała się niepodatną na sugestye, co było do przewidzenia, gdyż histeryę w danym przypadku można z pewnością wyłączyć. Obserwacya chorej kilkakrotnie stwierdziła, że chora ustawicznie głośno wzdycha (średnio raz na minutę); powstrzymać się od tego może, ale wtedy »robi jej się ciężko na sercu«, czuje »głęboki żal w sobie«, i gdy westchnie, robi jej się lżej. Chora ciągle siedzi nieruchomo, pogrążona w myślach; na zapytanie, o czem myśli, odpowiada, że ciągle stoi w jej oczach przykra scena, która się odbyła na komorze; jednocześnie doznaje chora męczącego uczucia silnego niepokoju, który przechodzi, gdy głośno westchnie.

Próbowaliśmy stosować u chorej leczenie metodą psychosyntetyczną Bezzoli\*), która polega na tem, że poleca się chorej przeżywać ponownie i wielokrotnie pierwotne zdarzenie urazowe z wszelkimi szczegółami, gdyż objawy chorobowe powstają wskutek niezupełnego przyswojenia urazu wzruszeniowego przez psychikę z powodu zwykłej jego nagłości; dopiero po wielokrotnem przeżyciu wspomnienia, które się stało przyczyną choroby, następuje u chorego zupełne przyswojenie (asymilacya) wzruszeń urazowych, wzgl. zniknięcie objawów chorobowych, symbolizujących je. (Przytaczane przez Bezzolę przykłady, ilustrujące jego metodę: »Częste wyobrażanie śmierci może wytworzyć oswojenie się z nią. Podobnie koń nie boi się, gdy go kilka razy przeprowadzić przez miejsce, którego bał się przed chwilą«).

Ponieważ chora i tak ciągle miała w myśli przykre zdarzenie,

\*) Szczegóły w pracy: «O metodzie psychoanalitycznej Freuda», Odczyty kliniczne Nr. 219, 220.

które przeszła na komorze i nawet to wspomnienie ciągle ją prześladowało, więc poleciliśmy wielokrotnie opisywać piśmiennie z wszelkimi szczegółami ten fakt i odczytywać głośno; prócz tego chora każdym razem opowiadała na nowo to zdarzenie. Po kilkunastu posiedzeniach, podczas których odbywało się takie ruchowe wykładanie urazowego wzruszenia drogą wypowiedzi pod kontrolą lekarza, nastąpiła wyraźna poprawa w stanie chorej; uczucia »wewnętrznej żalu« doznawała w mniejszym stopniu, wzdychała głośno znacznie rzadziej. Leczenie jednak wskutek wyjazdu chorej nie mogło być doprowadzone do końca.

### Pogląd ogólny na stany lękowe.

Do stanów lękowych należy zatem nerwica lękowa w pojęciu Freuda, która jest jego zdaniem chorobą somatyczną i pochodzi z samozatrucia ustroju, oraz nerwica wzruszeniowa w pojęciu Babińskiego, która powstaje po urazach wzruszeniowych, jako wyraz przewlekłego działania wzruszenia na ustrój. Dwie te postaci chorobowe, jak widzieliśmy, wzajemnie się pokrywają i nie dadzą się od siebie oddzielić: mianowicie nerwica lękowa może powstać i pod wpływem urazu wzruszeniowego (przyp. 16 i 17), i przeciwnie, silne wzruszenie może wywołać objawy samozatrucia (przyp. 19). Obie te postaci są wyrazem zaburzeń ze strony układu nerwowego współczulnego, jeśli chodzi o dziedzinę fizjologiczną i wyrazem wzmożonej wzruszeniowości, jeśli chodzi o dziedzinę psychologiczną. W stanach lękowych, obejmujących, jak widzieliśmy, nerwicę lękową i wzruszeniową, są dwa szeregi objawów, somatyczny i psychiczny; zachodzić może tylko pytanie, który szereg jest pierwotny, a który wtórny. Pod tym względem możemy powołać się na zdanie wypowiedziane powyżej: w myśl paralelizmu psychofizycznego oba szeregi zjawisk, cielesnych i duchowych, działają współrzędnie, wzajemnie na siebie oddziałując. I tu również wzruszenie wraz z jego odczynem w układzie współczulnym jest tym czynnikiem psychofizjologicznym, który jednoczy oba szeregi objawów. Widzimy to przy powstawaniu objawów lękowych, pod wpływem różnorodnych przyczyn: gdy powstają one samorzutnie, bez działania czynnika psychicznego, w postaci zaburzeń fizjologicznych (np. »kołatanie serca«. podczas pokwitania, jak w przyp. 12, objawy naczynioruchowe podczas okresu przekwitania), wówczas jednocześnie zjawiają się i doznawania psychiczne w postaci

uczucia lęku nieokreślonego; i odwrotnie, gdy czynnik wywołujący jest czysto psychiczny (np. wpływ przestachu na objawy wzruszeniowe), wówczas i zaburzenia fizyologiczne bywają obecne, jak np. w przypadkach 17, 18, 19, 20, 21 — napadowe pocenie się, czkawka, nasieniotok, przymusowe ziewanie, wzdychanie itp.

Określenie Hartenberga, że nerwica lękowa jest »pierwotną chorobą wzruszeniowości« (maladie primitive de l'émotivité), czyli wyrazem czystej wzruszeniowości wzmożonej (émotivité exagérée), jest zdaniem naszym racjonalne i to pojęcie wzruszeniowości obejmuje i dziedzinę somatyczną i psychiczną. Podobne traktowanie stanów lękowych widzimy u Oppenheima, który w znanej polemice z Dubois powstaje przeciwko jego twierdzeniu, że objawy lęku są »ideogen« tj. wyobraźniowego pochodzenia, a utrzymuje przeciwnie, że są one wyrazem nadmiernej pobudliwości narządów naczynioruchowych i trzewnych, oraz towarzyszących jej doznawań psychicznych; więc przyczyna, jak twierdzi, nie leży w korze mózgowej, ale w jądrach podkorowych (wzgl. opuszce), a ściślej powiedziawszy, nie w sferze intelektu, ale w dziedzinie uczuć, pojętych w myśl teorii James-Langégo.

Dlatego też nerwica lękowa, będąca przejawem wzruszeniowości wzmożonej, włączając tu jej stronę fizyologiczną i psychiczną, powinna być stanowczo odróżniana od histyrii, będącej chorobą wyobraźniowego pochodzenia, w której wzruszenie działa tylko, jako czynnik, rozszczepiający świadomość i wywołujący tą drogą cechę suggestyjności (p. wyżej).

Jednocześnie należy podkreślić różnicę stanów lękowych od neurastenii właściwej, w której na pierwszym planie jest wyczerpanie energii nerwowej oraz przygnębienie psychiczne, powstające po przepracowaniu w połączeniu z długotrwałym działaniem wzruszeń przygnębiających. W neurastenii objawy wzruszeniowe zajmują drugorzędne miejsce, przejawiają się w postaci uczucia, które określiliśmy przez »niepokój« i które zazwyczaj musi być wydobywane u chorych przez badanie, natomiast cierpiący na stan lękowy odrazu zwraca na nie uwagę i skarży się wyłącznie na nie (lęk nieokreślony, złe przeczucia, napady strachu itp.). Ewolucja obu tych cierpień jest inna; gdy w neurastenii wskutek odczuwania cenestezyjnych i uczucia niepokoju, przepajających, je powstają myśli o grożącej chorobie — idee hipochondryczne, — to w ner-

wicy lękowej w dalszym rozwoju choroby rozwijają się obawy chorobliwe, dotyczące zazwyczaj przedmiotów, znajdujące się z zewnątrz osobnika, t. zw. fobie — jak to widzieliśmy w przypadkach 12, 14, 16, 17 itd.

Nerwica lękowa zajmuje miejsce środkowe wśród stanów neurastenicznych, stanowi bowiem najczystszy przejaw działania wzruszeń na ustrój i dlatego badanie jej ma wielkie znaczenie dla określenia istoty tych stanów; przytem badania histochemiczne (zwłaszcza w kierunku gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym) powinny tu poprzeć badania kliniczno-psychologiczne.

Odgraniczenie stanów lękowych od neurastenii właściwej i psychastenii nie może być całkowite, zwłaszcza że często spotykają się stany przejściowe, stanowiące kombinacje tych cierpień. W każdym razie przedstawienie typów chorobowych, pod wielu względami od siebie różnych, nie jest pozbawione zdaniem naszym znaczenia z uwagi na różnicę co do rokowania i wskazań leczniczych.

### PSYCHASTENIA.

Janet wraz z Raymondem zaproponowali ten termin dla neurastenii konstytucjonalnej dawniejszych autorów, neurastenii z objawami psychicznymi (cerebrasthenia). Termin ten jest nie zupełnie ścisły, gdyż i w neurastenii właściwej są objawy psychiczne i przytem w psychastenii nie stoją na pierwszym miejscu cechy znużenia (astenii), jak to jest w neurastenii właściwej. Termin ten jednakże przyjmujemy z tego względu, że utarł się on już u nas dostatecznie, jakkolwiek należy przyznać, że pod niektórymi względami trafniejsze są nazwy, proponowane przez innych autorów: nerwica natręctwa (obsessiones), »maladie du doute« (choroba powątpiewania), »fobie lucide«, »fobie avec conscience« (obłąd z zachowaniem świadomości), nerwica przymusowa (»Zwangsneurose«) itd.

Jest to postać chorobowa pokrewna neurastenii i nerwicy lękowej, gdyż i tu rola obawy, niepokoju wewnętrznego, w powstawaniu objawów jest widoczna. Jednak działanie tych czynników jest głębsze, tkwi ono w samym założeniu charakteru, jest zatem konstytucjonalne, gdyż oddziałuje na bieg myśli, starcie pobudek uczuciowych, sposób postępowania, wywołuje pewne chorobliwe nałogi. W przeciwieństwie do neurastenii niema tu zwykle

objawów znużenia fizycznego, ani idei hipochondrycznych, ani cenestezji organicznych. (Jest to charakterystyczne, że sami chorzy odczuwają tę różnicę, gdyż neurastenicy, przypuszczając u siebie chorobę somatyczną, udają się do lekarza internisty, natomiast psychastenicy, widząc u siebie różnorodne zaburzenia psychiczne, idą się radzić u psychiatry).

O ile obawa u neurasteników, albo chorych, cierpiących na nerwicę lękową, skierowana jest na jakikolwiek narząd, czy czynność ustroju, albo też ma charakter nieokreślony, — o tyle u psychasteników ta obawa dotyczy przede wszystkim ich »ja«, ich całej osoby, przepaja ich konstytucję psychiczną. Z tego wynikają swoiste cechy charakteru takich chorych; niezdecydowanie, ciągła wewnętrzna niepewność, nieśmiałość, powątpiewanie, brak wiary w siebie itp., jak to zobaczymy na kilku przykładach.

### **Przypadek 23. Myśli natrętne, skrupuły, pedanterya, nieśmiałość, niepewność.**

Chory l. 25, pochodzi z rodziny dość obciążonej; matka bardzo nerwowa, ojciec pijał; bracia, siostry zdrowe. W dzieciństwie był zdrowy. Chodził do szkoły, uczył się średnio, wogóle był mało zdolny. Zawsze nieśmiały, bał się ustnej odpowiedzi, na egzaminie »drżał i rumienił się«. W niższych klasach miewał chory »skrupuły na punkcie odpowiedzi«, wydawało mu się, że czegoś zapomniał, kilka razy się poprawiał itd. Wogóle jednak był wesół, spokojny, i do 19. r. życia nie odczuwał żadnych objawów nerwowych. Samogwałtu nie uprawiał, spółkowanie kilka razy.

Sześć lat temu przejął się chory chorobą ojca; po kilku miesiącach ojciec zmarł. W tym czasie były rozruchy polityczne, wpłynęło to w znacznym stopniu na stan nerwowy chorego. Bał się wychodzić na ulicę, zaczął źle sypiać, stał się niespokojny. Gdy aresztowano jednego z kolegów, zaczął się chory obawiać, sam nie wie dlaczego, żeby i jego to nie spotkało (w niczem udziału nie brał). Drugi z kolegów się otruił, wtedy zaczęła chorego gnębić myśl, dlaczego nie rozmawiał z tym kolegą o jego zmartwieciu i tem nie uprzedził jego zamiaru; myśli tej nie mógł od siebie odrzucić, z tego powodu nie mógł skupić uwagi na żadnej pracy i zaczął się coraz gorzej uczyć.

Był wtedy w jednej ze szkół handlowych, przy której były kursa ogrodnicze. Uczęszczał na nie około roku, potem, gdy zaczęły go przesładować różne myśli, zaczął się opuszczać w nauce. Między innymi ciągle go niepokoiła myśl, czy to są kursa (o po-

ziomie uniwersyteckim), czy wydział szkoły handlowej, nad drzwiami bowiem było napisane »wydział«, a wszyscy nauczyciele używali określenia »kursa«. Często z tego powodu spierał się z kolegami, wreszcie ta »wątpliwość tak go zaczęła męczyć«, że wystąpił z zakładu; (był nieco starszy od swoich kolegów, więc zależało mu na tem, żeby się nie uczyć w średniej szkole).

Od tego czasu stan chorego się pogorszył; chory począł unikać ludzi, wstydził się bowiem, że nic nie robi; przytem ciągle prześladowały go różne myśli, zdaniem jego bezsensowne, jednak natarczywe. Raz np., siedząc przy oknie, czyścił sobie kamasz i spojrzął na »nosek« kamasza, a jednocześnie przechodził po ulicy pogrzeb; chory przypominał sobie kolegę, który się otrul i smutno mu się zrobiło. Gdy wieczorem zdejmował kamasz i spojrzął na jego »nosek«, znowu mu się zrobiło smutno i od tego czasu, ciągle go ten »nosek« prześladował; chory nawet był u lekarza z tego powodu, prosząc, by mu kazał drogą hipnozy zapomnieć o tem. Innym razem żartem przykładał sobie do skroni rewolwer, chcąc »zaimponować pewnej pannie swoją odwagą«; potem zaczęła go prześladować myśl, że mógł się zabić, gdyż rewolwer był nabyty i tej myśli również w ciągu kilku miesięcy nie mógł od siebie odrzucić; myślał ciągle, że może on tak samo robić, jak jego kolega, że kiedyś przyłoży rewolwer i nie będzie się mógł powstrzymać od pociągnięcia cyngla itp.

Stopniowo stał się chory coraz bardziej nieśmiały do ludzi; obawiał się bardzo, aby go nie zapytano, czem się zajmuje (po wystąpieniu ze szkoły handlowej nic nie robił). Obecność obcej osoby wprawiała go w dziwny niepokój; jak mówi, »robiło mu się nieswojo«; unika wzroku, gdyż wydaje mu się, że jego oczy mają »jakiś dziwny wygląd«, że mają »bezmyślny wyraz«, dlatego też często wychodzi do sąsiedniego pokoju i pociera sobie oczy chustką; mogliśmy to stwierdzić podczas leczenia, gdyż chory przychodził zawsze z czerwonymi pasami na czole i skroniach od tarcia chustką. Z powodu tego »niepokoj« w oczach« rozmawia chory zwykle, opierając się na łokciu i ręką w części zasłania twarz. W towarzystwie osób młodszych od siebie bawi się dobrze, wówczas jest wesół, ożywiony, ale gdy powie coś nieodpowiedniego (dla swojego wieku), potem długi czas gnębi się z tego powodu i robi sobie wyrzuty (często wtedy dodaje głośno »głupi byłem«). Gdy w pokoju jest ciemno, czuje się bardziej ośmielony, ale i wówczas »chciałby się nieraz schować, aby go nie obserwowano«. Z powodu tej chorobliwej nieśmiałości (sam ją tak nazywa) wstydzi się wchodzić do sklepu, zwłaszcza, jeżeli wśród sprzedających są kobiety; nieraz się przedtem długo zastanawia, w jakiej się formie zapyta co do kupna, gdyż boi się ośmieszyć. Często długi czas się waha, czy wejść do sklepu, czy nie; raz, tak wahając się, doszedł do ulicy Pięknej i dopiero tam wszedł do sklepu (mieszka koło Saskiego ogrodu).

Prócz tego począł chory doświadczać »skrupułów« co do różnych spraw, co go również »bardzo męczy«. Tak np. gdy kończył lat 21, zaczął się zastanawiać nad tem, jak to w ciągu jednej chwili stał się pełnoletnim, nie mogąc zrozumieć takiej zmiany. Gdy było głosowanie podczas wyborów, wahał się, co zrobić ze swoim głosem, »który może akurat zaważyć na szali« i z tego powodu wcale nie dał głosu. Raz matka namówiła go do zajęcia w sklepie; poszedł i w ciągu jednego dnia pracował, wpisując do książki różne firmy, którym miały być posłane towary. Wieczorem, gdy wrócił do domu, począł się martwić, że może się omylił kilka razy, wskutek czego wyniknie szkoda dla sklepu, i to go tak przesładowało, że na drugi dzień nie chciał pójść do zajęcia. Gdy chory siada na krzesło, zawsze próbuje, czy wszystkie nogi są dobre; nieraz z tego powodu przesiada się na drugie krzesło, bo nie jest pewien, czy się nie przewróci.

U chorego rozwijają się cechy przesadnej pedanteryi: ubiera się bardzo długo, dba bardzo o zewnętrzne wyglądanie, zajęty jest przynajmniej pół godziny dziennie czyszczeniem paznokci; gdy ma wyjść na ulicę, kilka razy w lustrze przymierza kapelusze, wraca się ciągle itd. Nie lubi nowego ubrania, bo ciągle ma wątpliwość, czy dobrze leży, wogóle, gdy ma sobie co nowego kupić, waha się długi czas z wyborem, radzi się kolegi, po kilka razy wraca do krawca z »poprawkami«. Gdy idzie po ulicy, wchodzi często do bramy i patrzy w lusterko, czy nie ma nic czarnego na twarzy, (bo »kilka razy mu się to istotnie zdarzyło«). Ciągle myśli o zębach, aby je zaplombować, wybiera się już do dentysty przeszło pół roku; sprawa plombowania przyprawia go również o niepokój, — nie wie, czy z jego winy dentysta mu źle nie zaplombował kilku zębów, gdyż na jego zapytanie »czy boli« odpowiadał, że nie boli, a »właściwie to trochę bolało« itp.

Mimo to, że chory już w ciągu przeszło czterech lat nie zajmuje się pracą systematyczną, ciągle obiecuje sobie, że się poprawi, że będzie jeszcze »pożytecznym człowiekiem«, niech »tylko dojdzie do normy«. Wogóle chory dokładnie sobie zdaje sprawę z natury swojego cierpienia, uświadamia sobie, że cała jego choroba polega na tem, iż jest nieśmiały, nie wierzy w swoje siły, ma nierozsądne skrupuły i wątpliwości itd. Inteligencyę ma na ogół zachowaną; orientuje się niezłe w wielu zagadnieniach życiowych, jakkolwiek traktuje je może w sposób za dziecinny.

Chorego tego obserwowaliśmy w ciągu kilku miesięcy, starając się oddziaływać na objawy chorobowe drogą wyjaśnienia mu ich pochodzenia i wskazując mu jednocześnie, że tylko gruntowne przekształcenie charakteru drogą przezwyciężenia swej chorobliwej nieśmiałości, niezdecydowania i pedanteryi, oraz zajęcie się systematyczną pracą, może usunąć obawy nerwowe. Dodatniego jednak wyniku w leczeniu tego chorego w zupełności nie osiągnęliśmy.



W danym przypadku chodzi o osobnika o usposobieniu niewątpliwie psychopatycznym, u którego cechy nieśmiałości, chorobliwego obawiania się i niezdecydowania były poniekąd przyrodzonymi cechami charakteru, wzmożonymi w swem natężeniu wskutek niesprzyjających warunków życiowych (okres rozruchów, przejścia w szkole, śmierć kolegi itd.). Przy analizie różnorodnych objawów nerwowych, jak myśli natrętnych, skrupułów, rutynowania się w kierunku dziwacznych przyzwyczajzeń, pewnych cech maniactwa itp., — widzieliśmy, że dadzą się one sprowadzić do jednej zasadniczej cechy usposobienia chorego, mianowicie do niepewności wewnętrznej, czyli do wątpienia (franc. »le doute«). Gdy chory jest nieśmiały w stosunku do ludzi, to znaczy, że nie jest pewien, czy się należycie zachowa w towarzystwie, czy się czem nie ośmieszy, wątpi w swoją wartość pod tym względem; gdy prześladuje go myśl o tem, że przykładał sobie do skroni rewolwer, wówczas również męczy go niepewność, czy tego nie zrobi w przyszłości, i nie panując nad sobą, wystrzeli z rewolweru; gdy chory miał skrupuły co do spowiedzi, również nie był pewien, czy nie zapomniał czego powiedzieć ze swych grzechów; gdy nie chciał pracować w sklepie, w którym zapisywał firmy do książki, nie ufał sobie, czy się nie omyli, wątpił w siebie pod tym względem; gdy był u krawca, dentysty, albo w szkole, wówczas również ciągle się dręczył jakąś niepewnością; podobnie pedanterya jego jest wyrazem wątpienia w to, czy włożył dobrze kapelusz, czy paznokcie dobrze są obcięte, czy niema czego na twarzy itd.

W stanie psychicznym »niepewności« jest też pewne zabarwienie obawy i niepokoju, jak to zaznaczyliśmy przy rozpatrywaniu poszczególnych objawów chorobowych, a zatem objaw ten zbliża się do stanu psychicznego, którego doświadczają neurastenicy; jednak w psychastenii uczucie lęku działa nie w czystej formie, a wpływa na rozszczepienie się składników intelektu i działania, wywołując przykry stan wahania się. Podkreślamy obecnie ten fakt, a później zajmiemy się jego analizą i uwarunkowaniem.

#### **Przypadek 24. Myśli natrętne o treści płciowej i religijnej.**

Chora l. 40, (obserwowana z polecenia Dr. L. Dydyńskiego), pochodzi z rodziny dość zdrowej. W dzieciństwie była zdrowa. Mieszka stale na wsi; zawsze lubiła konie, jeździła często z fur-

manem sam na sam; kilka razy, gdy miała lat 18, pozwalała zbliżać się do siebie, dotykać części rodnych. 12 lat temu wyszła zamaż, ma dwoje dzieci zdrowych. Zamaż wyszła bez uczucia, w stosunkach płciowych była nieczuła. Po drugim dziecku (7 lat temu) chora była bardzo wyczerpana długim porodem i odżyło wtedy wspomnienie tego faktu, wina jej urosła w jej oczach do wielkich rozmiarów, i chora zaczęła się dręczyć wyrzutami sumienia; stała się wówczas niezdolną do pracy, przestała sypiać, straciła apetyt, stan nerwowy tak się pogorszył, że musiała kilka miesięcy spędzić w sanatorium. Potem znów była zdrowa.

Dwa lata temu fakt z furmanem powtórzył się, podobno było powierzchowne dotknięcie części płciowych przez pracę. W ciągu tego czasu i później mąż używał środków zapobiegawczych podczas spółkowania. W ostatnim roku (przed obserwacją) stała się chora zdenerwowaną, osłabioną, jak 7 lat temu. Wybitne jednak pogorszenie nastąpiło z chwilą, gdy na spowiedzi usłyszała od jednego ze spowiedników, że używanie środków zapobiegawczych podczas spółkowania jest grzechem i »że od takiego grzechu nie daje się rozgrzeszenia«. Od tego czasu zaczęła ciągle myśleć i obawiać się, aby to nie zaszło. Z tego powodu spowiadała się jeszcze kilka razy, i jakkolwiek inni spowiednicy uspakajali ją, że rozgrzeszenie zawsze dostanie, gdyż nie jest to grzech śmiertelny i że tamten spowiednik był widocznie surowy i chciał skuteczniej wpłynąć na poprawę, — mimo to myśli te i obawy narażenia się na tę wielką przykrość były tak silne, że chorą musiano umieścić po raz drugi w sanatorium. Po całych dniach pochłonięta była chora myślami i niepokojem, że nie dostanie rozgrzeszenia, ustawicznie wyobrażała sobie, że idzie się spowiadać, przyznaje się do grzechu i spowiednik nie daje jej abszolucyi. Mąż jej przyrzekł, że nie będzie miał wcale stosunków, albo stosunki bez środków zapobiegawczych, to jej jednak nie uspakajało, nie była pewna, czy tak będzie rzeczywiście i mimo wielokrotne zapewnienia znajomych księży, że spowiednicy tolerują to, jeśli powołać się na pozwolenie lekarza, — ciągle wątpiła, czy czasem nie natrafi na spowiednika nieprzejednanego pod tym względem.

Jednocześnie we wspomnieniach chorej odżył dawny fakt z furmanem, a zwłaszcza ostatnie podobne zdarzenie (2 lata temu). I co do tego również zaczęły ją prześladować myśli i niepewność, czy ten fakt był wiarołomstwem, czy nie. Ciągle uprzytomniała sobie tę chwilę, w jaki sposób odbyło się to spotkanie, czy było to spółkowanie zupełne, czy nie, czy wogóle w tej pozycyi możliwe było uwiedzenie; aby rozstrzygnąć tę wątpliwość, wykonywała szereg »prób« rękami, nogami, tułowiem, wyobrażając sobie okoliczności tej chwili i pragnąc się upewnić, że jednakże całkowitego spółkowania nie było. Na chwilę się uspakajała, potem jednak znowu powstawała niepewność i znów chora sprawdzała

w myślach i zapomocą odpowiedniej próby, że spółkowania być nie mogło.

Długotrwałe perswazyje i wyjaśnienia chorej, że obawy jej są nieuzasadnione, gdyż spółkowanie w tych warunkach było niemożliwe i że sprawa rozgrzeszenia została już wielokrotnie wyświetlona, — nie przekonywały chorej; wyrażała się nieraz, że »wątpliwość jej jest silniejsza, niż logika«, i że wie o tem dobrze, iż to nieuzasadnione skrupuły, a mimo to nie może odpędzić od siebie przesładujących ją myśli i nie może sobie nakazać, aby się niemi nie dręczyć. Stan taki trwał kilka miesięcy, chora leczyła się prócz tego wewnątrznie i zabiegami fizycznemi; leczenie ukończyła z pewną poprawą.

W przypadku tym widzimy, że ten objaw psychasteniczny, który powszechnie jest znany pod nazwą »natręctwa myślowego«, jest również wyrazem stanu psychicznego »niepewności«, wspomnianego powyżej. W każdej myśli natrętnej znajdujemy zawsze starcie się kilku przesłanek psychicznych: poczucia konieczności jakiegokolwiek faktu i niepewności, czy rzeczywiście ten fakt istotnie nastąpi. W danym przypadku np., u chorej była z jednej strony myśl, że musi dostać rozgrzeszenie, albo, że powinna być wierną żoną, a z drugiej strony — powstawała w niej wątpliwość, czy rzeczywiście rozgrzeszenie dostanie, albo czy w przeszłości nie zdradziła męża.

Natręctwo zatem stanowi sylogizm, któremu brak rozwiązania wskutek ciągłego wahania się pomiędzy temi dwiema możliwościami: pomiędzy tem, co być powinno, a tem, co, być może, stanie temu na przeszkodzie. I właśnie dążenie do rozwiązania tego konfliktu, rozwiązania, koniecznego wskutek ważnej dla osobnika treści oscylujących myśli, — stanowi przyczynę ich natręctwa. Nigdy nie widzimy u chorych — natrętnych myśli przyjemnych, wesołych, albo idei zupełnie odosobnionych, którymby nie towarzyszył stan obawy czy niepewności. Pojęcie: »chory cierpi na natręctwo myślowe«, jest równoznaczne z faktem, że chory wątpi w siebie, albo nie jest pewien, czy pewna okoliczność, dla niego ważna, nastąpi, czy też nie. Chorym takim brak jest wiary, jak utrzymywał jeszcze Charcot (stąd wynika »wątpienie« — *le doute*), a nie logiki, jak twierdzi Dubois, który niesłusznie przypuszcza u nich osłabienie inteligencji i tem tłómaczy poddawanie się ideom, które sami chorzy uważają za nierozsądne; postaramy się wykazać,

że sprawa niepewności, czy wątpienia, ma pochodzenie natury uczuciowej, a nie intelektualnej.

### Przypadek 25. Skrupuły religijne w wieku szkolnym\*).

Chłopiec l. 16. (obserwowany z polecenia Dr. Malewskiego z Grodziska), dziedzicznie w małym stopniu obarczony (ojciec gwałtowny). Wogóle był zdrów, uczył się niezle; w ostatnim roku szkolnym było mu nieco trudniej, z powodu czego ojciec często go strofował i karał. Chłopiec bardzo się tem, jak opowiada matka, przejmował, i raz, gdy ojciec na niego krzyknął niesprawiedliwie, dostał rodzaju »ataku«; nie mógł mówić, cały trząsł się, spazmacyjnie płakał. Niezadługo potem, z powodu glist, lekarz nakazał kilkudniową dyetę, — chłopiec zupełnie nic nie jadł i to go bardzo osłabiło. W kilka dni potem były rekolekcyje i spowiedź, po której rozwinęła się choroba. Mianowicie chłopiec na drugi dzień po spowiedzi nie poszedł do komunii, a chciał się kilka razy »poprawiać« u spowiednika i od tego czasu ciągle się pytał otaczających co do każdej prawie czynności, czy nie popełnia grzechu. Odtąd nie chodzi do szkoły (około 5 tygodni).

Treść skrupułów grzeszności była u chłopca rozmaita. Tak np. gdy siadał, uważał, by się nie opierać na łokciu, gdyż przez to niszczy się ubranie. Gdy szedł po pokoju, uważał, aby omijać chodnik, gdyż ten niepotrzebnie się niszczy. Gdy na ulicy były miejsca mokre, skrętnie je omijał, aby się nie zamoczyło i nie niszczyło obuwie. Kilka razy dziennie czyścił kamazę i ubranie, aby na nich nie było kurzu. Na stole wszystko ciągle przestawiał i układał, aby »równo i porządnie leżało«. W pokoju rozgląda się, gdzie jest święty obrazek, aby do niego tyłem nie stać i przez to nie grzeszyć. Podczas pisania kilka razy czyści stalówkę, aby długo nie była zamoczona, gdyż przez to się psuje; uważa również, aby pióro nie dotknęło się dna kałamarza, gdyż przez to się tępi. Raz zapytał matki, jak lepiej złożyć chustkę do nosa, ażeby było najlepiej i ażeby się najmniej niszczyła. Przed każdą potrawą zegnał się i zapomnienie uważał za grzech. Matka raz krzyknęła na służącą, — wtedy chory zwrócił jej uwagę, że to grzech. Często na zapytanie odpowiada »zdaje się«, — dodaje to na wszelki wypadek, aby nie skłamać, gdyby się okazało, że tak nie jest. (np. na zapytanie »czy cię głowa boli«, odpowiada: »zdaje się, że nie boli«). Gdy stoi blisko ściany, wystrzega się, aby nie oddychać na ścianę, gdyż »wskutek chuchania ściana wilgotnieje i niszczy się, a rozmyślnie niszczenie jest grzechem«. Gdy gra w warcaby, ostrożnie stawia pionki, aby nie suwać po desce, bo wtedy się niszczą;

\*) Pokaz w Sekcyi neurologicznej Tow. lek. Warsz. w kwietniu 1912 r.

gdy to robi grający współtowarzysz, chory poczytuje to sobie za grzech, gdyż przyczynia się do popełniania grzechu przez innych. Gdy chory przestawia krzesło z miejsca na miejsce, uważa, aby stawiać krzesło odrazu czterema nogami, gdyż inaczej rysujej się podłoga i ścierają nogi (pokazano to na demonstracyi chorego, który postawił krzesło w ten sposób, jak również kazano choremu posunąć kamazem po podłodze, czego nie wykonał, gdyż »psuje się podłoga«). — Gdy leży na łóżku, uważa, aby nie gniesć poduszki, kołdry, pościeli; z tego powodu nie chciał sypiać na kanapie, gdyż »ta kanapa nie mamusi, ale wuja, a na niej od spania przygniatają się fałdy«. Gdy otwiera drzwi, dotyka się klamki przez ubranie, aby na niej nie zostawał pot, który może być szkodliwy dla innych osób. Chory sypia zawsze na jednym boku, zwrócony twarzą do ściany, aby nie być tyłem do obrazka, wiszącego nad łóżkiem. Gdy myśli o różnych osobach, dodaje zawsze »pan«, aby w myśli być dla wszystkich grzecznym; w ostatnich czasach dodawał »pan«, gdy myślał o przedmiotach nieżyjących, n. p. »pani Wisła«. Wogóle nieraz długo się zastanawia nad swojemi myślami, czy myśli, nikogo nie obrażając i nie grzesząc; często też miewa wątpliwości, czy »w myślach nie kłamie przed samym sobą«, wskutek czego samo myślenie jest dla niego męczącym.

Inteligencya chorego zachowana zupełnie. Co do swych skrupułów, zachowuje chory krytycyzm; wie, że są chorobliwe, że »zanimado się przejmuję«, — z drugiej strony zaznacza, że »chwilami męczy go niepewność«, czy dany fakt jest grzechem, czy nie, — iż z jednej strony wie, że wszyscy tak samo robią i nie uważają tego za grzech, ale z drugiej strony obawia się, że może to właśnie jest grzechem itp. Przed dwoma laty onanizował się i zaprzestał tego nałogu pod wpływem religii i obawy grzechu.

Charakterystycznym jest, że rozmowa chłopca ze spowiednikiem w obecności lekarza i wspólne potwierdzenie, że takie drobności nie mogą być grzechem, — nie uspokoiły chorego, przeciwnie, wpłynęły poniekąd na pogorszenie: sam widok księdza przejął go, począł potem mówić, że nie wszystko powiedział, że zapomniał wielu rzeczy, co do których ma wątpliwości, i po kilku dniach powstały nowe skrupuły. Dopiero leczenie ogólne (odosobnienie, leczenie hydropatyczne, psychoterapia), trwające około 2 miesięcy, zdołało wywołać stanowczą poprawę w stanie chorego.

Przypadek ten stanowi znamieny przyczynek do sprawy wadliwego wychowania, ujemnie wpływającego na jednostkę wrażliwą: skrupuły i pedanterya u chłopca powstały pod wpływem surowych napomnień ze strony ojca i kar, nieraz niesprawiedliwych; do tego czynnika przyłączyły się wpływy religijne i stan osłabienia fizycznego (głodzenie się wskutek pasorzytów jelitowych). —



Zasługuje też na uwagę w tym przypadku fakt wyraźnego zaznaczenia przez chłopca stanu psychicznego »niepewności«, którego doświadczał w chwilach przejmowania się skrupułami. Stan ten, (franc. »le doute«), jak widzieliśmy, charakteryzuje też myśli natrętne i wogóle psychikę psychastenika, który ciągle wątpi i nie jest pewien, czy fakt dla niego ważny nastąpi, czy też nie.

### Przypadek 26. Depersonalizacya, objawy lękowe.

Chora l. 23. (obserw. z polecenia Dr. L. Dydyńskiego), pochodzi z rodziny dość obciążonej (oboje rodzice cierpią na »niepokoję nerwowe«). Wychowanie było bardzo złe; ojciec nie zgaadzał się na kształcenie córki, jakkolwiek od dzieciństwa miała popęd do książki; matka zniechęcała chorą do życia; ciągle przykre sceny pomiędzy ojcem a matką. Odkąd chora pamiętała siebie małym dzieckiem, zawsze była smutna, przygnębiona, tęskniła do czegoś nieokreślonego; w 7. roku życia poczęła pisać wiersze, później je wydała w druku, — wszystkie o treści pesymistycznej. W wieku lat kilkunastu często cierpiała na »ataki strachu«; zrywała się w nocy, krzyczała, że umiera, miała wrażenie, że coś strasznego się stanie. Wogóle źle sypiała, gdyż oddawna w nocy odczuwa jakiś nieokreślony niepokój; — często w nocy siedziała na łóżku ubrana, jakby oczekując czegoś złego i dopiero zasypiała nad ranem. Podczas nauki często męczyła się tem, że nie mogła się skupiać nad przedmiotem; im bardziej się zmuszała do tego, tem mniej mogła się zastanawiać nad lekcją. Kwestya płciowa nie odgrywała u chorej wybitnego znaczenia; zaręczyła się w 15. r. życia, wyszła zamąż 5 lat później. Miała jedno dziecko; z mężem przed rokiem rozeszła się z powodu »niezgody charakterów«.

Główne objawy chorobowe zaczęły się po porodzie, podczas którego chora była usypiana chloroformem; poród był ciężki, chora leżała po nim przeszło miesiąc. W kilka dni po porodzie zaczęła chora doznawać nader przykrego wrażenia w głowie, »jakby jej wszystko zamierało, jakby miała stracić przytomność«. Jednocześnie miała uczucie, że »osoby, które ją otaczają, są dla niej obce, że głosów ich nie słyzy tak żywo, wyraźnie, jak przedtem«. Wydawała jej się, że to, co widzi przed sobą, jest »jakby w półśnie, jakby to się działo nie teraz, ale kiedyś dawno, w przeszłości« itp. Stan taki potęgował się ciągle; chora była z tego powodu w kilku sanatoryach, leczyla się przeszło rok różnymi zabiegami fizycznymi, zażywała mnóstwo środków wewnętrznych, jednak bezskutecznie.

Obserwowaliśmy chorą w ciągu kilku tygodni. Cera jej blada, rozbiór krwi stwierdził wyraźną niedokrwistość; narządy wewnętrzne prawidłowe. Inteligencya zupełnie zachowana, dość znaczna. Chora cały dzień leży w łóżku, pogrążona w analizie objawów »doświad-

czanych w głowie«, apatyczna, zniechęcona do wszystkiego; chwilami zrywa się z uczuciem »szalonego strachu w mózgu«, wzywa wtedy lekarza, mówiąc, że umiera, itd. Na zapytanie, czego doświadcza, odpowiada chora, że nie potrafi tego opisać, bo jest nawpół przytomna, nie może zebrać myśli. Po naleganiu chora określa swój stan w ten sposób, że »ciągle śpi, ma uczucie, że się nawpół przebudziła i wydaje jej się, że świat jest nierealnym, jest jakby zaświatem«. Doświadcza wrażenia, że coś oddziela ją od otoczenia, jakby »jakaś mgła, albo matowe szkło«; pokój niema przestrzeni, wszystko jest »płaskie, jak na obrazie«, podobnie we wspomnieniach nie czuje odległości w czasie, ciągle wyteża uwagę, aby sobie uświadomić, kiedy to było, i »ostatecznie nie wie, czy to był tylko może sen«. Patrzy i nie widzi, choć patrzy z wysiłkiem, ma bowiem wrażenie, że »to co widzi, nie jest to«, — i to wrażenie tak ją męczy, że ciągle sobie powtarza »to jest okno«, »to jest łóżko«, »jestem w sanatorium«, aby przez to przekonać siebie, że widzi wszystko, więc nie traci świadomości. Podobnie, gdy słyszy kogoś mówiącego, wydaje jej się, że nie wie napewno, czy rzeczywiście ktoś do niej mówi, że »głos wydaje się jej jakiś obcy i dziwny« i również ciągle sobie powtarza »mówi do mnie doktor«, »ja go słyszę rzeczywiście«, aby przez to stwierdzić, że jest przytomną. Tak samo w dziedzinie innych zmysłów: »skóra jej nic nie czuje, jest jakby zdrętwiała«; chora szczypie się w rękę i nie czuje bólu; »jest jakby martwa«, i aby przekonać siebie, że tak nie jest, przygryza zębami rękę nieraz do krwi. Doświadcza uczucia obcości we wszystkich zmysłach, »żadne wrażenie nie dochodzi do jej świadomości«; wątpi, czy rzeczywiście świat realny istnieje. — Wszystko to chora wypowiada z wielkim niepokojem, strachem, ciągle męczy ją ta »myśl, że widocznie traci przytomność«.

Dalej, chwilami doznaje chora nader przykrego wrażenia, że »straciła siebie«, wątpi, czy wogóle żyła kiedykolwiek. »Ja, to nie ja. Mnie niema — jestem jakby mgłą, widmem, złudzeniem dla siebie i dla wszystkich«, — to są jej słowa. »Zapomniała siebie, pamięta niektóre szczegóły ze swojego życia, ale to jakby nie z jej życia«. Co było wczoraj, to wydaje jej się, że było 10 lat temu i dlatego ciągle powtarza sobie: »dziś wtorek, przedwczoraj była niedziela, trzy razy cztery jest dwanaście, ja się nazywam tak i tak« itd. — czuje bowiem potrzebę ciągłego stwierdzania, że wszystko pamięta. Wyteża umysł na wszystko, o czem myśli, bo nie jest pewna, czy myśli rzeczywiście i dlatego ciągle sprawdza siebie; jakby spała i chciała się ciągle budzić. »Żyję w ciągłym męczącym wątpieniu w siebie, w świat zewnętrzny, nie odczuwam żywości barw, dźwięków, nie czuję bólu, ani cierpienia, wszystko naokoło jest jakby wyzute z uczucia, jest jakby martwe, nie ożywione ani przyjemnem, ani przykrem uczuciem« (wyjątek z późniejszego listu chorej).

Żadne przekonywanie i długotrwałe rozmowy, mające na celu wyjaśnienie chorej nielogiczności jej odczuwań, nie wywierały na nią widocznego wpływu. Na sugestję hipnotyczną chora nie była podatna. Osiągnąć można było pewien wynik zmuszaniem chorej do przezwyciężania się, mianowicie, aby nie zwracała uwagi na swoje przykre odczuwania i próbowała wychodzić na spacer, zajmować się czytaniem lub pisaniem, (chora napisała kilka zbiorzków poezji). Godną uwagi rzeczą jest to, że na chorą zawsze dodatnio oddziaływała wszelka dłuższa podróż koleją, — przez kilka pierwszych dni, po przyjeździe do nowego miejsca, chora czuła się znacznie lepiej.

Opisany tu w danym przypadku objaw chorobowy znany jest pod nazwą »depersonalizacji« (Janet, Ribot, Dugas i inni), polegającej na niecałkowitem uświadamianiu sobie wrażeń zewnętrznych, na niedostatecznej jasności sprawy postrzegania (»insuffisance des perceptions, sentiment d' incomplétude« Janeta). Chorzy tacy mają wrażenie, że świat zewnętrzny wydaje im się »nierealnym, nieistniejącym« (zaburzenie czynności przystosowania się do chwili obecnej, jak utrzymuje Janet, przypuszczając istnienie odrębnej »fonction du réel«); chorzy opisują to w ten sposób, że »doznają uczucia, iż wszystko jest im obce, dziwne, nie wiedzą, skąd się to wszystko wzięło«, wydaje im się, że to już raz kiedyś widzieli, (sensation de déjà vu, de jamais vu); — zresztą jest to objaw, często doświadczany w stopniu słabszym i przez osoby zupełnie zdrowe. Objaw ten, zdaniem Pitresa i Régis oraz Séglasa, jest zaburzeniem apercpcyji: doznaje się wrażeń, ale się nie uświadamia tego, że się doznaje; jest to zatem rodzaj rozdwojenia świadomości, jednak bez objawów zapomnienia, jak w histeryi, — chory bowiem uświadamia sobie to rozdwojenie (analogiczna teoria Grasseta). Objaw depersonalizacji badał również Oesterreich, nazywając go »Entfremdung« (wrażeniem obcości) i tłumaczy go brakiem przyjemnego zabarwienia wzruszeniowego, które prawidłowo towarzyszy każdemu postrzeżeniu, nadaje mu pewną żywość i natężenie; chorzy tacy są w stanie »athymii«, tj. nie odczuwają zabarwienia wzruszeniowego doznawanych wrażeń, — jak widzieliśmy w naszym przypadku, chora podobnie określała swój stan »martwością uczuciową, pochodzącą z braku ożywienia uczuciem tego, co doznaje wewnątrz siebie«.

Podobny pogląd wypowiadają Dugas i Moutier, których zda-



niem objaw ten powinien się nazywać »desaffectivation«, tj. brakiem przydźwięku uczuciowego, który związany jest z pojęciem »ja«, tj. osobowością, obserwowaną i stwierdzającą doznawane wrażenia zmysłowe. A zatem mamy tu brak stwierdzenia, brak pewności, że to, czego się doznaje, jest rzeczywiście istniejące. Sprawa wątpienia, niepewności wewnętrznej wynika, jak dowiemy się później, właśnie wskutek braku zabarwienia wzruszeniowego, które zawsze towarzyszy wszystkim sprawom psychicznym. Depersonalizacja jest wyrazem niepewności w dziedzinie postrzeżeń i zbytęcznym dla wytłomaczenia jest jej stwarzanie osobnych »funkcyj pąchicznych« (jak »fonction du réel, diminution de la tension psychologique, insuffisance des perceptions« Janeta itp.).

### **Przypadek 27, 28, 29. Próba psychoanalizy w trzech przypadkach myśli natrętnych\*).**

Zdaniem Freuda, te zespoły wyobrażeń, które skutkiem urazu nabrały ujemnego zabarwienia wzruszeniowego, wyosobniają się od reszty świadomości, jako niemożliwe do zniesienia (unverträglich), i wskutek tego podlegają stłumieniu (Verdrängung). Ten wyparty ze świadomości zespół, czyli wzruszenie uwięźnięte, może się wyladować w objawach chorobowych w dwojaki sposób:

1) albo przetwarza się w unerwienie cielesne (konwersya) wywołując napady nerwowe, porażenia, przykurczenia itd, — czyli tą drogą powstaje histerya;

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

Siła stłumienia przechodzi w siłę natręctwa. Energia ukryta, związana wskutek siły tłumienia z pewnymi wyobrazeniami, może się od nich odłączać i działać poniekąd »in statu nascendi«, zabierając siły »energii wyzwolonej«, nadającej siłę natręctwa innym wyobrażeniom. Przykład, najczęściej spotykany —

\* ) Odczyt na posiedzeniu Sekcyi neurol.-psych. Tow. lek. Warsz. w marcu 1910 roku.

myśli natrętne o treści hipochondrycznej u onanisty; myśli te zaczynają chorego prześladować, zwykle po przeczytaniu broszurki, traktującej o szkodliwości samogwałtu dla zdrowia lub po wizycie u lekarza, który nieopatrznie nastraszy chorego, pragnąc ułatwić mu odzwyczajenie się od nałogu. Gdy pod tym wpływem chory pragnie pozbyć się swego nałogu, wówczas po pewnym czasie takiego »tłumienia« powstają idee natrętne, dotyczące stanu zdrowia: ciągłe myśli o tem, że traci pamięć, że słabnie mu wzrok, itd. Siła tłumienia przenosi się na wyobrażenia, użyte do tego tłumienia, tj. myśli o szkodliwości nałogu dla zdrowia i nadaje im siłę natręctwa. Dlatego onaniści lekkomyślni, nie mający wyrzutów sumienia z powodu oddawania się samogwałtowi, ani ci, którzy odzwyczajali się od nałogu stopniowo, — albo po jego zaprzestaniu przeszli do stosunków płciowych prawidłowych (u których więc nie działa tłumienie), — zwykle nie cierpią na idee natrętne o treści hipochondrycznej.

Podobne rozmowowanie można przeprowadzić w 3 poniższych przypadkach idei natrętnych, objaśnionych i analizowanych z punktu widzenia teorii Freuda.

I. Uczeń l. 17. (obserwowany w ambulatoryum neurologiczno-psychiatrycznem Prof. J. Piltza w Krakowie). Zdolny, chętny do nauki. W 13 r. życia zaczął chory uprawiać samogwałt do 15 r., potem nagle zaprzestał; od tego czasu zmazy nocne. W 16 r. życia wstąpił do zakładu naukowego jezuickiego, gdzie zaczął podlegać przesadnemu wpływowi religijnemu. Jeden ze spowiedników, pragnąc, aby się chory odzwyczaił od samogwałtu, począł mu wpajać myśl, że to grzech, że musi zaprzestać. Pod tym wpływem odzwyczaił się chory rzeczywiście. — Powoli u chorego zaczęły się rozwijać idee natrętne grzeszności, — mianowicie wszystko, mogące dać powód do zdrożnych myśli, wydawało mu się grzechem, jakkolwiek w głębi przekonany był, że tak nie jest. W każdej okoliczności życia nie był pewien, czy nie popełnia czegoś zdrożnego, czyli grzesznego, ciągle zadawał sobie pytania, czy to może też grzech i nie mógł rozstrzygnąć wątpliwości. Dla charakterystyki przytaczamy urywek z listu:

»Ażeby Rodzicom lepiej wytłómaczyć stan, w jakim jestem, opiszę, jak przepędzam duchowo jeden dzień w konwikcie. — Budził mnie dzwonek. Musiałem, wstając, się spieszyć, żeby wyjść z za firanek prędzej od mojego vis-a-vis sąsiada, bo jakbym go zobaczył, że on buty wciąga, to mogłoby być grzechem śmiertelnym, bo chociaż jest już w spodniach, ale zawsze jego pozycja mogłaby być okazją do złych myśli. Po umyciu, gdy na dany

znak opuszczaliśmy sypialnię, musiałem się dobrze rozejrzeć, czy czasami nie idę niedaleko kolegi X., bo nużbym usiadł koło niego w kaplicy, — to nowy grzech. Idziemy na śniadanie; koledzy moi zaczynają o czymś rozmawiać. »To co oni mówią, to zdaje się obmowa, a ja pozwalam na grzech« — przychodzi mi myśl do głowy — »to trzeba im przeszkodzić«. Ale wtem przychodzi mi inna myśl: »Ty ich posądzasz, że oni obmawiają, masz grzech«, — teraz nie wiem, co mam robić, — i tu grzech, i tu grzech. Idziemy do stolika, gdzie odrabiamy lekcję. Siadam do stolika, otwieram historię, zaczynam się uczyć. Po przeczytaniu ustępu, powtarzam sobie na pamięć: ten zabił tego itd. Wtem nagle nowy skrupuł: »Ty masz słabą pamięć, to ci się pokręciło, jak ty możesz posądzać jego, że to on zabił, masz grzech«. Patrzę do książki, — rzeczywiście on zabił. Idziemy do szkoły. Kolega X. siedzi za moimi plecami, czy więc można się oprzeć o ławkę, bo nastąpiłoby zbliżenie, przez to nowy grzech. »Można, — mówię sobie — to skrupuł«. Opieram się. Wtem kolega dmuchnął sobie. »Oho, powietrze z jego ust może dolecieć do mojej twarzy, i znów okazya do grzechu«. Kolega Y. (z drugiej strony) wyciąga sobie nogi pod ławką, tak, że ja widzę jego but. »Oho, nowa okazya, trzeba tak usiąść, żeby tego buta nie widzieć« — myślę sobie i siadam w inny sposób. — Idziemy na rekreacyę. Podchodzę do rozmawiających kolegów i mieszam się do rozmowy, lecz że mi się wszystko wydaje obmową i posądzeniem, więc co chwila im przerywam: »Nie posądzaj«, — »to obmowa«, — co ich wprowadza w wielkie zniecierpliwienie. Siadam więc sobie w samotności, ale tu ciągle mi przychodzą nowe skrupuły, których mi się już nie chce wyliczać. Zmęczony wreszcie całodzienną walką, idę spać, lecz i w nocy nie zaznaję spokoju. Zwłaszcza, kiedy idę do komunii, każde przewrócenie się z boku na bok wydaje mi się grzechem śmiertelnym i dziesiątki innych rzeczy, których nie będę wyliczał. Stan ten zaczął się już w czwartej klasie, a w tym roku doszedł już do najwyższego stopnia. Lecz już dawniej był dla mnie ciężki, bo pamiętam, jak nieraz po takim całym dniu męki rzucałem się na łóżko, nie mogąc długo zasnąć i długo płakałem... Ten, kto przechodził skrupuły, wie, że one mogą doprowadzić do samobójstwa, tak są męczące«.

Analizując ten przypadek, widzimy: 1) płciowość, rozbudzenie w kierunku zboczenia (samogwałt); 2) płciowość ta została stłumiona dzięki hamującemu wpływowi ze strony religii; 3) wskutek tego siła stłumienia płciowości uległa przemieszczeniu w siłę natręctwa grzeszności. Płciowość, uległszy przez wpływ religijny otamowaniu, zaczęła powracać do świadomości pod inną postacią,

mianowicie pod postacią tych wyobrażeń, które zostały użyte dla stłumienia, — czyli idei grzeszności; tą drogą powstała u chorego niepewność co do grzeszenia, tj. ciągle obawy, aby niewłaściwe jego zachowanie się nie było wykroczeniem przeciwko religii.

II. Słuchacz teologii w Krakowie l. 24 (obserwowany w ambulatoryum neurol. psychiatr. Prof. J. Piltza), pochodzi z rodziny nieco obciążonej (brat cierpi na padaczkę). Od 12 r. życia przedwczesne pobudzenie płciowe niezupełne. Od 4 lat uczeń teologii, od tego czasu pod wpływem religijnym stara się zapomnieć o życiu płciowym. Zrazu udaje mu się to w zupełności; w ciągu roku czuł się bardzo dobrze, nie miewał nawet zmaz. Stopniowo jednak rozwinęły się u chorego obawy przed ciągłym grzeszeniem; spojrzenie na kobietę począł uważać za grzech, podobnie odczuwanie sympatyj do jednego kolegi większej, niż do drugiego, uważał za powód do spowiedzi. Z powodu tych »skrupułów grzeszności« (jak sam swoją chorobę nazywa w pamiętniku), chodził ciągle się spowiadać, co go jednak uspakajało tylko na czas krótki. Od roku zaczęły go dręczyć sny o treści lubieżnej — zjawiały mu się np. nagie kobiety, które go prześladowały. Starając się od tych myśli uwolnić, począł, leżąc w łóżku, wstrzymywać oddech i zaciskać pięści, aby wywołać ból fizyczny i tym sposobem odwrócić uwagę od dręczących go obrazów. Od tego czasu i na jawie począł zwracać uwagę na płuca, począł wogóle nieprawidłowo oddychać, zdawało mu się, że jest chory na suchoty, oraz zaczął wykonywać niespokojne ruchy rękoma (zaciskanie palców, przyciskanie do piersi itp.), od czego nie mógł się odzwyczaić. Z temi właśnie skargami przyszedł do ambulatoryum i dopiero analiza pamiętnika wykryła wszystkie te szczegóły.

Mamy tu zatem do czynienia, jak i w przypadku poprzednim: 1) z płciowością, przedwcześnie rozbudzoną, 2) następnie uległą stłumieniu pod wpływem religijnym, 3) przemieszczenie w obawy grzeszności, jak w przypadku pierwszym, 4) powrót wyobrażeń stłumionych w snach, i znowu przejście drogą przemieszczenia na idee hipochondryczne sposobem omówionym; te wyobrażenia i fakty, które zostały użyte do stłumienia, stały się z kolei natrętnymi (ruchy rąk), albo stały się dominującymi w świadomości (stąd skargi dotyczące płuc). Czyli i w tym przypadku siła stłumienia przeszła w siłę natrętności. Chory po przeprowadzeniu analizy i wytlómaczeniu mu genezy jego cierpienia poczuł wyraźną poprawę i z czasem pozbył się swoich dolegliwości.

III. Mężczyzna l, 33, cierpi od lat 7 na idee natrętne, doty-

czące niewygodny ubrania. Gdy siedzi, nagle doznaje niepokoju — »ciśnię go« — musi odpiąć guzik od szelek, poprawia się ciągle; gdy jest sam, często zrzuca zwierzchnie ubranie, pozostaje w kamizelce, albo w koszuli, lub też kładzie inne, stare, do którego się przyzwyczaił. Z początku nie wiedział, że to są idee chorobliwe, wydawało mu się, że w istocie ubranie jest niewygodne i dlatego zniemiał ciągle krawców, ciągle zamawiał nowe garnitury itd. Dopiero po roku zrozumiał, że jest to natręctwo myśli i zaczął się leczyć (między innymi jeden z lekarzy wykonał 50 elektryzacji pod pachami, gdzie chory najbardziej odczuwał niepokój co do ucisku ubrania). Najlepiej zrobiły choremu kąpiele powietrzne i teraz chętnie kilka razy dziennie je stosuje, rozbierając się do naga, np. po obiedzie; wogóle bez ubrania czuje się najlepiej, ma ruchy najswobodniejsze i sprawne (dlatego np. zawsze jest bez ubrania podczas bardziej złożonych zajęć u siebie w pokoju, np. gdy pakuje swoje rzeczy itd).

Wynik psychoanalizy: 7 lat temu podczas powstawania idei natrętnych mieszkał za granicą, jako student. Z początku natręctwo dotyczyło tylko jednego ubrania, mianowicie określonego tużurka; gdy był weń ubrany, czuł niepewność, czy ubranie to leży dobrze; niepokój ten potęgował się zwłaszcza wtedy, gdy chory znajdował się w towarzystwie kobiet. Dalej wyznał chory, że był zajęty wówczas pewną mężatką, u której bywał codziennie; do stosunków jednak nie dochodziło, a to z powodu, że miał w tym czasie niewyleczonego wiewióra. Tak trwało kilka miesięcy, — widywał się z nią ciągle, oboje byli silnie podnieceni pod względem płciowym, wizyty u niej denerwowały go coraz bardziej. Chodził do niej zawsze w tużurku, a to dlatego, by łatwiej mógł się zabezpieczyć przed wrokiem kogokolwiek, gdyby kto nagle wszedł do pokoju (miewał czasami ubranie rozpięte); był to właśnie ten tużurek, który pierwszy zaczął w nim rozbudzać uczucie niepewności co do wygody ubrania i odtąd zaczęły go przesładować idee natrętne, dotyczące niewygodny ubrania wogóle.

Mamy zatem w danym przypadku: 1) płciowość, podnieconą w kierunku nieprawidłowym, 2) płciowość ta została stłumiona wskutek szczególnych okoliczności (niemożność spółkowania); 3) wskutek tego siła tłumienia przeszła drogą symbolizacji na te wyobrażenia i przedmioty, które zostały użyte do tłumienia (mianowicie w danym przypadku ubranie). Przejście siły tłumienia na natręctwo niewygodny ubrania mogło w danym przypadku nastąpić z łatwością, gdyż z jednej strony ubranie jest wogóle przeszkodą do wyładowania podniecenia płciowego, a z drugiej — w danym razie ubranie było specjalnie używane do zakrywania rozpiętych części garderoby,

W trzech powyższych przypadkach idee natrętne miały niewątpliwie podkład seksualny i tworzyły się, jak widzieliśmy, według mechanizmu, podanego przez Freuda, wprawdzie w postaci nieco zmienionej: energia instyktu płciowego, podlegającego nadmiernemu podnieceniu, a następnie raptownemu stłumieniu, nadała się natrętwu tym wyobrażeniom i ideom, które zostały użyte do tłumienia (Verdrängung). Możliwość dowolnej interpretacji okoliczności choroby jest w danych przypadkach wyłączona, gdyż w pierwszych dwóch przypadkach psychoanalizę przeprowadzono w drodze piśmiennej, tj. chory z początku opisywał szczegółowo sam powstawanie swych objawów chorobowych, i w obu przypadkach sami chorzy tłumaczyli pochodzenie natrętwu w sposób powyżej podany. Podobnie w trzecim przypadku chory nader wyraźnie zaznaczał, że ubranie było dla niego »nienawistne« itp.

Z drugiej strony w tych przypadkach widzimy, że można do nich zastosować rozumowanie nasze o stanie »niepewności«, który się przejawia w każdej idei natrętnej. W pierwszym przypadku chorego męczyła niepewność, co jest grzechem, a co nie jest; podobne skrupuły religijne i zwątpienia, zmuszające do ciągłego spowiadania się, odgrywały rolę w drugim przypadku; trzeci chory również nie był pewien, czy ubranie jest niewygodne i ta myśl właściwie była przedmiotem jego natrętwu. Słowem, pod względem formy — idee natrętne można tu sprowadzić do stanu »niepewności«, opisanego powyżej, pod względem zaś treści — w danych przypadkach mamy zespoły wyobrazeniowe natury seksualnej. Wszelkie bowiem warunki życiowe (niekoniecznie o treści płciowej, jak utrzymuje Freud) mogą dać punkt wyjścia do wyrzutów sumienia, albo obawy, czy niepokoju, którym w dziedzinie intelektualnej odpowiada stan psychiczny »niepewności«.

### **Przypadek 30. Tło padaczkowe. Natręctwo w postaci omamów wrzekomych\*)**

Chory l. 38, (obserw. z polecenia Dr. S. Kopczyńskiego), dziedzicznie nie obarczony, rodzice pobrali się w kuzynostwie. W dzieciństwie miewał od 5. roku drgawki padaczkowe i podobno po wypędzeniu tasiemca wyleczył się z tych drgawek w 12. r. ż. Od 14 r. życia onanizował się. W tymże okresie miewał skrupuły

\*) Pokaz w Sekeyi neurol. Tow. lek. Warsz. w grudniu 1911.

religijne. Uczył się w szkole średniej w ciągu lat 3, potem prywatnie; mało zdolny. Zajmował się w ciągu kilku lat gospodarstwem, mając podobno pewne zdolności do interesów. Od kilku lat nie pracuje z powodu obecnej choroby. Od kilku lat miewa krótkotrwałe omdlenia, podczas których, według opowiadania żony, nie bywa drgawek, ale chory traci przytomność (petit mal?). Żonaty od roku, dziecko zaraz po urodzeniu zmarło (miało drgawki). Jedno poronienie.

Choroba zaczęła się w 28 r. życia bez żadnego powodu, jak utrzymuje chory. Podczas modlitwy zaczęły mu przychodzić na myśl nieprzyzwoite wyrazy, których nie mógł się pozbyć; po jakimś czasie myśli te zaczęły przybierać postać omamów, gdyż wydawały mu się idącymi z zewnątrz. Np. gdy się modlił i mówił: »W imię Ojca i Syna«, — słyszał jednocześnie »Sukin-syna«. Albo »modlitwa — brzytwa«. »Wierzę w Boga — a czy w dogę?« »Chcę mi się płakać — czy przez Boga na koniu skakać?«. »Żono — wrono«. »Sakramenty — woły zdechnięte«. »Pan Bóg w niebie — koń się grzebie«. »Matka Boska — czy jałozka?« itd. Prócz tych wyrazów, słyszanych z zewnątrz, które chory sam nazywa »halucynacyami«, doświadcza on również i zwykłych idei natrętnych, określając to, że mu »bezbożne myśli przelatują po głowie i nie może ich odpędzić«, np.: »Niepokalanie poczęta« — myśli wówczas »stłukł bym obraz święty« itd.

Chory jest człowiekiem bardzo religijnym i dlatego cierpi z powodu przesładujących go myśli i głosów. Prócz tego lubi się bardzo leczyć i ma kult względem lekarzy i właśnie względem nich ma również natrętne halucynacje (»O Somerze — soliterze«, »Dydyński — św. Dydak«, »Kopczyński — kopciem smarowany« itp.). Wogóle chory zauważył, że ma te »przytyki« i »nieprzyzwoite prześmiewania i porównywania« zwłaszcza względem tych osób, które więcej szanuje i poważa (księża, lekarze, święci itd.). Im coś jest dla niego świętszego, tem więcej powstaje w nim wątpliwości, co do siebie, — czy potrafi się wobec tego należycie zachować, nie obrazi w myślach itp. (np. »anioł — w anioła strzel«, »Pan Bóg — porąb siekierą« itd.).

Chory wyraźnie zaznacza, że te »przymawiania«, jakkolwiek odpowiadają jego własnym myślom (»jakby coś podsłuchiwało i odzywało się«, »jakby ktoś się przekomarzał«), jednak są wyraźnie słyszane przez niego, jakby pochodzące z zewnątrz; przyczem w części udaje mu się te głosy umiejscowić gdzieś blisko koło uszu, albo nad głową, lub z dołu. Nieraz np. słyszy z dołu »dobre myśli«, a z góry »złe myśli« i jedne z drugimi walczą. Jednak to rzutowanie głosów na zewnątrz jest słabe; chwilami chory wyraźnie podaje, że są to głosy znajomego, albo kuzyna, a czasem przyznaje, że to są jego »własne głośne myśli« (przyczem często widać u chorego opór do przyznawania się, że to są jego myśli,

gdyż to go bardzo martwi, że jest zdolny myśleć o podobnych sprośnych i bezbożnych rzeczach). Najtrafniejsze, zdaniem jego, określenie istoty tych głosów jest, że to jest »echo jego własnych myśli«.

Charakter tych natrętnych omamów jest prawie zawsze rymowany, albo skojarzony na zasadzie, zewnętrznego skojarzenia, zbliżając się do objawu t. zw. »gonitwy wyobrażeń«.

Np. z powodu nazwiska »Dąbrowski«, chory ma następujący szereg natrętnych omamów: »Dąbrowski — marsz z ziemi włoskiej do Polski — Rzym — o pacierzu — Eifel wieżo — Pius święty — wół zdechnięty — Sakramenty« itd.

Albo z powodu »dziecka«, które mu się urodziło: »Dzieciatko Jezus — Syn Boży — ulica Hoża — Matka Boża — modlić — podlić — religia nauka — a czy nie suka? — wierzę w Boga — a może w dogę? — psy — słuchaj świętej Mszy« itd.

Chory stara się z temi bezbożnymi myślami i sprośnymi głosami walczyć (niektóre nie nadają się do powtórzenia), pragnąc je odpędzić. W tym celu używa t. zw. »zapobiegań«: np. podczas modlitwy mówi: »zasłoń Panie Matkę Boską, a zniwecz jałoszkę«, albo modli się w ten sposób: »li Matko Boża« (chcąc tym wyrazem »tylko« zażęgać bezbożne rymowanie). Dawniej ta »samoobrona« istotnie mu pomagała, obecnie pomaga mniej.

Badanie przedmiotowe żadnych zmian w układzie nerwowym nie wykazuje. Pod względem psychicznym chory jest w pewnym stopniu ograniczony pod względem umysłowym, co jednak istnieje od urodzenia, sądząc z opowiadania otoczenia (debilitas). Poza tem chory żadnych urojeń nie wypowiada, zachowuje się taktownie, pamięta dokładnie wszystkie fakty z dzieciństwa i późniejsze. Sprawia wrażenie dziwaka, opanowanego przez natrętne myśli i głosy, ciągle pochłoniętego ich analizowaniem i zapobieganiem.

Mamy w danym przypadku chorego, cierpiącego na padaczkę, u którego od kilku lat rozwinęły się idee natrętne o treści bezbożnej lub sprośnej, stopniowo przechodzące w omamy, będące żywym uzmysłowieniem tych myśli natrętnych w dziedzinie słuchowej. Halucynacje te są świadome, tj. chory uświadamia sobie dokładnie, że głosy, które słyszy, nie pochodzą od osób rzeczywistych, ale są objawem chorobliwym. Omamy te są nadto natrętne, tj. symbolizują własne natrętne myśli chorego, których chory doświadczał dawniej bez ich eksteryoryzacji na zewnątrz; dlatego też względem tych omamów stosuje on tę samą metodę samoobrony w postaci »zapobiegania«, »zażęgnywania«, co dawniej względem myśli natrętnych.

Nie są to omamy prawdziwe, gdyż wprawdzie istnieje rzuto-



wanie na zewnątrz i jest żywość postrzeżenia oraz poczucie obcości słyszanych głosów, ale omamy te nie mają cechy przedmiotowości, tj. chory nie wierzy, aby te głosy pochodziły od osób, może kontrolować ich nierzeczywistość innymi zmysłami. Jeśli przyjmiemy określenie omamu, podane przez Griesingera,<sup>1</sup> że »omamy są to obrazy przedmiotowe, ulegające projekcyi na zewnątrz i są uznawane przez chorego za obrazy przedmiotowe i realnie istniejące«, to w danym przypadku nie mamy prawdziwych omamów.

Z drugiej strony nie są to typowe myśli natrętne, gdyż wprawdzie myśli te mają charakter błuźniczy i sprośny, jak w wielu objawach psychastenicznych, np. w koprofalii (gdy chory wypowiada nieprzyzwoite wyrazy, tak jak w danym przypadku je słyszy), albo chorobliwych popędach (impulsjach), — ale nietypowem dla idei natrętnych jest to, że chory ma wrażenie ich »obcości«, tj. nie uznaje ich za swoje, oraz myśli te są tak żywo uzmysłowione pod względem wzruszeniowym, że chory nazywa je halucynacjami.

Objaw chorobowy w danym przypadku zbliża się do t. zw. omamów wrzekomych, opisanych przez Hagena i Kandińskiego pod mianem pseudohalucynacji, przez innych nazywanych: halucynacjami psychicznymi (Baillarger), halucynacjami abstrakcyjnymi (Kahlbaum), halucynacjami apercepcyjnymi (Kraepelin). Omamy takie spotyka się w psychozach padaczkowych, w stanach degeneracyjnych i polegają one na »głosach wewnętrznych«, które się słyszy jakby »uchem duszy«, przyczem towarzyszy temu pewne rzutowanie na zewnątrz i żywość postrzeżenia. Kandinski, który sam doświadczał tych omamów, opisuje to w ten sposób: »Ktoś mi w głowę i uszy wkłada głosy; gdy skierowuję uwagę na przedmiot obojętny, głosy te znikają«. — »Widzę obraz jakby w duszy oczami duchowemi, — obrazy te są pozbawione charakteru przedmiotowego, podobne do wspomnień i wyobrażeń fantazyi, od których różnią się żywością zmysłową«. Słowem, w pseudohalucynacjach chory wie, że objaw ten jest sztuczny, chorobliwy, że nie odpowiada mu żadna rzeczywistość i dlatego nie przyjmuje go za postrzeżenie i nie może ściśle zlokalizować w przestrzeni, jak w omamach prawdziwych. — Inni autorzy, jak Köppen, Probst, Döllken, opisali objaw »głośnego myślenia« (Gedankenlautwerden), polegający na doświadczeniu »myślowych wewnętrznych głosów«, jakby »głośnego echa swoich własnych myśli« i objaw ten oddzie-

lają od omamów prawdziwych, a zbliżają do pseudohalucynacji (Meynert).

Właśnie przypadek opisany najbardziej się zbliża do tego typu omamów wrzekomych, przyczem jednak różni się od nich tem, że treścią ich są myśli natrętne o charakterze sprośnym i bezbożnym. Wprawdzie w przypadku Probsta również głosy powstawały podczas modlitwy i również wyrazy były treści bluźnierczej, ale niema w nim tak ścisłego związku pomiędzy tymi głosami, a ideami natrętnymi, jak w naszym przypadku.

Najwięcej przypadków analogicznych znajdujemy w piśmiennictwie francuskim, w pracach Janeta, Séglasa, Raymonda i Arnauda. Autorzy ci nazywają ten objaw omamami wrzekomymi natrętnymi (pseudohallucinations obsedantes), stanowczo oddzielając go od omamów prawdziwych (niezupełność percepcyi, krytyczne odnośnienie się chorego itp.). Omamy w przypadkach tych autorów symbolizują myśli natrętne, dlatego też Janet nazywa je symbolicznymi. Omamy takie mogą być i w dziedzinie wzroku: np. w przypadku Janeta matka, mająca obawę zabicia dziecka, po pewnym czasie zaczęła wszędzie widzieć przed sobą nóż, którego się tak obawiała; w innym przypadku chory, cierpiący na natręctwo sprośności, widział hostyę na narządach płciowych itp.

Janet i Sollier uważa słusznie, że w myśli natrętnej, potęgującej się co do nasilenia, może się rozwijać zarówno pierwiastek ruchowy (co doprowadza do popędów chorobliwych, impulsyi, tików), jak pierwiastek czuciowy, wyobraźniowy, co doprowadza do omamu wrzekomego, symbolizującego tę myśl natrętną. I właśnie natrętne omamy ruchowe u naszego chorego najbardziej co do genezy psychologicznej odpowiadają koprolalii: w tej ostatniej bowiem chory wymawia myśli natrętne (spotęgowanie się jej składnika ruchowego), a w omamach wrzekomych — chory słyszy tę myśl natrętną.

Przypadek ten zatem należy zakwalifikować do ciężkiej psychastenii na tle padaczkowem (u chorego o pewnym niedorozwoju zmysłowym wrodzonym) z objawami myśli natrętnych o treści sprośnej i bezbożnej, w których rozwój cierpienia spotęgował pierwiastek wyobraźniowy w dziedzinie słuchowej.

### Przypadek 31. Myśli i ruchy natrętne.

Chora l. 22. (obserwowana z polecenia Dr. L. Dydyńskiego)

pochodzi z rodziny względnie zdrowej; rodzice zdrowi, siostra była chora umysłowo. Do lat 18 była zupełnie zdrowa, »nie znała, co znaczy nerwowość«. Cztery lata temu przechodziła chora ospę, po której ma wyraźne ślady na twarzy; od tego zeszpecenia stała się przygnębiona, martwiła się tem upośledzeniem i wogóle od tego czasu zaczęła zwracać większą uwagę na swoje zdrowie i w tym kierunku podlegała hipochondrycznej samoobserwacyi. Raz np. wydało jej się, że gorzej słyszy, wskutek czego myślała, że ogłuchnie i dlatego radziła się u lekarzy na uszy, jednak ci zawsze uspakajali ją, że jest zdrowa.

Obecna choroba rozwinęła się od roku, mianowicie zaczęły powstawać u chorej podobne obawy co do oczu: że osłabnie jej wzrok, że zupełnie oślepnie itd. Chora ma krótki wzrok od urodzenia, wskutek tego przy czytaniu musi trzymać książkę nieco bliżej oczu, niż wszyscy. Fakt ten przejmował chorą do najwyższego stopnia, przyszło jej bowiem na myśl, że wyteęza wskutek tego oczy i z tego powodu straci wzrok. Zauważyła po raz pierwszy podczas gry na fortepianie, że musi zanadto zbliżyć głowę do nut, wskutek tego muzyka zaczęła ją denerwować i chora zarzucała grę, którą bardzo lubiła. Od tego czasu stan chorej się pogorszył, nie mogła wcale czytać i ciągle martwiła się, że oślepnie. Gdy trzymała książkę w ręku, ustawicznie wymierzała odległość jej od oczu, czy nie jest zadaleko, albo zablizko. Lekarzom ciągle zadawała pytania, na jakiej odległości należy trzymać książkę, aby się oczy nie wysilały, i czy krótkowzroczność nie kończy się ślepotą. Przepisano chorej okulary, zapewniono, że przy noszeniu ich krótkowzroczność stopniowo zmniejszać się będzie, że wzrok nie osłabnie, mimo to chora nie uspokoiła się i po całych dniach myślała o tem, że oślepnie.

Po pewnym czasie do tych obaw przyłączyły się nowe wątpliwości, również o charakterze natrętnym. Mianowicie zaczęła chorą przesładować myśl, że położenie jej głowy jest nienależyte, przez to zwraca uwagę otoczenia. Wątpliwość ta powstała u chorej po raz pierwszy przy czytaniu, gdy musiała głowę nieco nadół opuszczać — drażniło ją to, że każdy po tem nachylaniu głowy pozna, iż chora jest krótkowzroczną. Potem tej samej niepewności zaczęła doświadczać, gdy siedziała w towarzystwie rozmawiając, albo gdy stała; ciągle wydawało jej się, że głowę w dalszym ciągu trzyma za nisko, — gdy zaś podnosiła ją nieco do góry, obawiała się znowu, że trzyma głowę za wysoko. Aby się upewnić, że pozycja jej głowy jest prawidłowa, zaczęła chora zapomocą palców wymierzać odległość brody od klatki piersiowej i sprawdzać, czy broda nie jest za wysoko. Z czasem tego ruchu kontrolującego palcami zaczęła chora używać tak często, że stał się on również ruchem natrętnym, od którego już nie mogła się odzwycząić. Gdy to sprawdzanie zapomocą palców przestało jej z cza-

sem wystarczać, zaczęła wykonywać drugi ruch, mający na celu uspokojenie się, że nie trzyma głowy za wysoko, mianowicie forsowny ruch pochylania głowy naprzód tak, aby broda prawie dotykała do szyi. Po pewnym czasie oba te ruchy wskutek ciągłego powtarzania zostały skarykaturowane i były przez chorą wykonywane tak często, że stały się głównym objawem chorobowym; chora co chwila podnosiła rękę do nosa, przebierała palcami po ustach, brodzie i szyi, a jednocześnie silnie potrząsała głową naprzód. Obecność osób obcych nie powstrzymywała jej od tych ruchów, które stały się natrętnymi, wskutek czego zaczęła chora unikać towarzystwa. Dokładnie zdawała sobie z tego sprawę, że ruchy są bezcelowe, że w niczem jej co do trzymania głowy nie przekonują, że bardziej ją szpecą i ośmieszają, niż nienależyte trzymanie głowy (gdyby nawet było nienależyte rzeczywiście, w co w gruncie rzeczy chora nie wierzyła) — a jednak powstrzymywanie się od tych ruchów stało się z czasem tak męczące, że chora wołała się narażać na śmieszność, ale chwilowo się uspokoić.

Wykonywanie ciągłe tych ruchów natrętnych głową i palcami stało się dla chorej w najwyższym stopniu dokuczliwe. »Ruchy te są niedorzeczne, dzikie, « jak je nazywała, a ona sama »jest głupią idyotką«. Z czasem zaczęła się tak przezywać nie tylko w myśli, ale i głośno, i w ten sposób powstał u chorej nowy objaw, a mianowicie przymusowe wykrzykiwania obelżywych wyrazów, skierowanych w swoją stronę. W ostatnich czasach przed obserwacją chorej objaw ten przeszedł, głównie zaś męczyły chorą myśli natrętne, dotyczące obawy oślepięcia i ruchy natrętne, mające na celu sprawdzanie położenia głowy.

Znamienny jest bezpośredni powód choroby, który również był, zdaniem chorej, niedorzeczny i dlatego przez długi czas chora wstydziła się go wyjawić nawet przed lekarzami. Chodziło mianowicie o to, że rok temu, gdy jeszcze była zdrowa, rodzice jej chcieli kupić dom na spółkę; zaczęła się temu silnie sprzeciwiać, gdyż »drażniło ją to, że nie będzie to ich wyłączna własność, że to ubliża ich godności, zresztą sama nie wie, dlaczego«. Gdy mimo to dom został kupiony, rozwinęło się u chorej silne przygnębienie nerwowe i zaczęły powstawać obawy co do wzroku, co do położenia głowy itd. Gdy zaś w kilka miesięcy potem rodzice chorej przeprowadzili się do nowego domu, kupionego na spółkę, stan jej jeszcze się pogorszył i powstały wówczas dalsze objawy — ruchy natrętne palcami, potrząsanie głową, wreszcie wykrzykiwanie obelżywych wyrazów. Dlaczego fakt kupienia domu tak silnie oddziałał na nią, nie umie sobie chora wytłómaczyć i ciągle z tego powodu czyni sobie wyrzuty, zwłaszcza, że ta sprawa bezpośrednio jej nie dotyczy, a kupno było dokonane z niewątpliwą korzyścią materialną. Obecnie, po roku choroby, rodzice zgadzają się nawet

dom sprzedać, ale ta »propozycja rodziców, ustępujących jej kapryswi (jak sama się wyraża) przyprowadza ją o rozpacz«.

Po oddziaływaniu psychicznem na chorą w ciągu kilku tygodni stan jej znacznie się poprawił. Zaczęliśmy od sprawy zasadniczej, mianowicie od myśli natrętnych, dotyczących wzroku: po długich perswazyach udało się nam chorą przekonać, że krótki wzrok nie ma nic wspólnego ze ślepotą, że utraty wzroku w żadnym razie może się nie obawiać. Ustaliliśmy wspólnie z chorą, jaka powinna być odległość książki od oczu i sprawdziliśmy, że odległość ta jest tylko o 2 centymetry większa, niż ta, na której chora musi trzymać książkę, aby widzieć wyraźnie. Dalej, wskazaliśmy chorej prosty sposób, w jaki może zawsze sprawdzić, czy trzyma głowę należycie; gdy mianowicie, siedząc, spojrzy na dół, nie ruszając jednocześnie głowy i zobaczy swoje kolana, wówczas głowę trzyma nie za wysoko (gdy podnieść głowę wyżej, wówczas nóg, zgiętych w kolanie, nie widać). Wreszcie nakazaliśmy chorej, aby z zegarkiem w ręku starała się powstrzymać od ruchu ręką i głową i aby za każdym razem zapisywała, ile sekund zdoła wytrzymać bez nich; na razie czas ten wynosił zaledwie 5 sekund, po kilku dniach wskutek ćwiczenia się doszła chora do 20 minut zupełnego spokoju. Podczas tego leczenia stosowaliśmy terapię piśmienną, mianowicie chora zapisywała sobie i przepisywała kilkakrotnie pewne tezy, dotyczące wzroku, odległości oczu od książki, jej choroby itd. dla tem lepszego utrwalenia. Co do sprawy kupna domu, radziliśmy poczekać na zupełne wyzdrowienie i wówczas ile możliwości przeczwiczyć przykrość, związaną z tą sprawą — wtedy sprzedaż domu może stanie się zbyteczną,

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na rozwój objawów chorobowych, mianowicie na sposób, w jaki z myśli natrętnych wytworzyły się drogą ewolucyi ruchy natrętne, ściśle z niemi związane. Rzucą to światło na powstawanie tików, będących również ruchami natrętnymi, w których geneza psychologiczna niezawsze jest tak wyraźna, jednak zwykle istnieje. Tak np. kurcz (tik) twarzowy wynika często jako ruch obronny przed przykremi odczuwaniami w powiekach wskutek nieżyty spojówki (»mrużenie powiek«); kręcenie głową lub wzruszanie ramionami ma nieraz źródło w ucisku kołnierzyka lub ubrania, od czego nieświadomie ktoś pragnie się wyzwolić itp. Podnieść również należy dominującą cechę psychiki chorej, wspólną i myślom i ruchom na-

trętnym, mianowicie stan »niepewności« wewnętrznej co do utraty wzroku, należytego trzymania głowy, powstrzymania się od niedorzecznych ruchów itp. — stan, który stwierdziliśmy i w innych przypadkach psychastenii.

### Przypadek 32. Myśli natrętne. Ereutofobia.

Chora l. 40 (obserwowana z polecenia Dr. Dydyńskiego), pochodzi z rodziny obarczonej: babka cierpiała również na ereutofobię, ojca prześladowały myśli nieprzyzwoite, gdy się modlił, ciotka cierpiała na skrupuły (obawy, czy nie opuściła litery w adresie, czy drzwi dobrze zamknięte itp.).

Od dzieciństwa była chora bardzo wrażliwa i miała skłonność do bezpodstawnych obaw. Obawiała się np. żebraków, na ich widok dostawała »bicia serca«, będąc jeszcze małą dziewczynką. Mając lat 6, przestraszyła się idyoty, który miał twarz odrażającą; fakt ten odbił się na dalszym życiu chorej, gdyż i obecnie wspomnienie o tem jest dla niej przykre. Pamięta, że często doznawała nieokreślonego strachu, zwłaszcza, gdy była sama w pokoju; często odwracała nagle głowę, by przekonać się, czy kogo niema, przyczem jednokrotne obejrzenie się nie uspakajało jej; nieraz zaglądała pod obrazki, wiszące na ścianie, sprawdzając, czy tam niema człowieka, jakkolwiek uważała to za nierozsądne. Pamięta też, że w wieku mniej więcej lat 9 doświadczała dziwnej chęci wracania do przedmiotów, które raz zobaczyła; gdy np. była na spacerze z nauczycielką, wracała po kilka razy do kamieni, kwiatów, chcąc na nie jeszcze raz spojrzeć (»jakby jej było smutno, że już nigdy ich nie zobaczy więcej«) i tem ściągała na siebie gniew nauczycielki.

Od pierwszej zaraz spowiedzi zaczęła chora doznawać skrupułów religijnych; wydawało jej się, że coś zataiła, że spowiedź jest nieważna, wskutek czego często »poprawiała się« i robiła spowiedź z całego życia. Raz trafiła na surowego spowiednika, który ostrzeż się z nią obszedł, wówczas »opanowało ją zwątpienie co do spowiedzi i rozgrzeszenia wogóle«. Fakt ten pogorszył znacznie stan nerwowy chorej. Obawa popełnienia grzechu wzmożyła się do tego stopnia, że chora nie mogła obojętnie słyszeć o jakimkolwiek nieszczęściu, gdyż natychmiast wyobrażała sobie, że jest temu winną. Gdy dowiedziała się o czyjejs śmierci, nieraz całemi nocami nie spała i robiła sobie fikcyjne wyrzuty z tego powodu. Sama myśl o możliwości winy w każdym przypadku stawała się w wyobraźni chorej winą rzeczywistą, jakkolwiek chora jednocześnie wiedziała, że właściwie nie jest winną. Gdy ktoś z jej blizkich zachorował, zaraz powstawała u chorej niepewność, że być może przyczyniła się do tego, i chora męczyła się wyrzutami sumienia. »Przedstawiałam sobie, że popełniłam różne występki i trułam się

tem, rozpaczałam, choć w gruncie rzeczy wiedziałam, że to przedstawienia chorobliwe; to był okres mego życia najcięższy: chodziłam na pensję, uczyłam się, żyłam w rodzinie, ale to wszystko było tylko dodatkiem, a myśl moja i całe jestestwo były zwrócone tylko w kierunku fikcyjnych przewinień i urojonych rozpaczy, z których wyzwolić się nie byłam w stanie. Otaczałam stan mój największą tajemnicą i tylko prosiłam Boga, aby spuścił na mnie obłęd prawdziwy, dający zapomnienie zupełne moich duchowych cierpień» (wyjątek z pamiętnika).

Po ukończeniu pensyi i powrocie na wieś do domu stan chorej znacznie się poprawił. Myśli natrętne, dotyczące obawy grzeszenia, przestały ją przesładować. Z czasem jednak powstał nowy objaw, który trwa do obecnej chwili, mianowicie obawa rumienienia się. Gdy chora znajdowała się w towarzystwie i podlegała obserwacji innych podczas rozmowy, wówczas zaczynała odczuwać silny niepokój, uczucia ściskania w okolicy serca i jednocześnie czuła wyraźnie, że się czerwieni na twarzy. Często osoby znajome zwracały jej na to uwagę i ta świadomość, że rumieniec jej jest spostrzegany, żenował ją jeszcze bardziej. Próbowwała wtedy zasłaniać się, pić wodę ze szklanki, jednak bezskutecznie. Gdy zapominała o tem, albo gdy uwaga otaczających była odwrócona od jej osoby (np. podczas gry w karty), wtedy chora nie rumieniła się wcale. Czasem jednak objaw ten był dla niej nadzwyczaj dokuczliwy: np. gdy która z jej znajomych mówiła o swoim mężu, wówczas chora nagle rumieniła się tak silnie, że zwracała uwagę otoczenia; podobnie np. często rumieniec występował u chorej, gdy wchodził do pokoju syn przyjaciółki, 18-letni chłopiec (oczywiście rumieniec ten był zupełnie bezpodstawny). Wogóle rumieniła się chora najsilniej wtedy, gdy najbardziej myślała o tym fakcie i najczęściej się tego obawiała. Z czasem przestała wskutek tego bywać i zaczęła unikać towarzystwa, »z obawy, aby nie spostrzegali jej śmieszności«. »Dotychczas ta obawa ośmieszania się przez niewłaściwy rumieniec psuje mi życie i czyni mnie samotną wśród ludzi, z którymi byłoby mi dobrze, gdybym od tego natręctwa uwolnioną była«.

W przypadku tym obydwie główne obawy, mianowicie obawa popełnienia grzechu i erytrofobia mają tę cechę wspólną, że powstają one wskutek ujemnie działającej autosugestyi. Mianowicie, o ile w skrupułach religijnych wyrzuty sumienia powstawały u chorej na samą myśl o możliwości winy (czyli idea wskutek autosugestyi stawała się dla niej faktem), — o tyle w eretofobii objaw rumienienia się powstawał również wskutek uświadomienia sobie możliwości, że objaw ten w danych warunkach wystąpi. Leczenie zatem chorej polegało na wytlómaczeniu jej gene-

zy tych objawów i na wskazaniu drogi do wytwarzania w sobie przeciwnie działającej, dodatniej autosugestyi. Posługiwaliśmy się tu metodą Dr. Lévy\*), polegającą na poddawaniu sobie pewności siebie, odwracaniu uwagi w krytycznych chwilach, umiejętności przezwyciężenia się i ćwiczeniu w sztuce panowania nad sobą. Jednocześnie z seansami psychoterapeutycznymi stosowaliśmy u chorej galwanizację nerwu współczulnego na szyi sposobem wskazanym przez Hartenberga (p. piśmiennictwo).

### Przypadek 33. Fobia oddawania moczu.

Chory I, 32. (obserwowany z polecenia Dr. S. Kopczyńskiego), pochodzi z rodziny »dość nerwowej, jednak wyraźnych chorób w rodzinie nie było«. W dzieciństwie samogwałt, którego jednak chory zaprzestał dość szybko przed pierwszym spółkowaniem (w 20 r. życia). W rok później zaczął chory cierpieć na niezdolność płciową, mianowicie wytrysk następował za szybko, przy słabym jeszcze wzwodzie. Po roku jednak te objawy przeszły.

Główna dolegliwość obecna dotyczy oddawania moczu, które ulega zaburzeniu w pewnych warunkach. Jeszcze będąc małym chłopcem, zauważył chory, że nie może oddać moczu, gdy znajduje się w towarzystwie kolegów, czuł bowiem w takiej chwili zażenowanie i gdy nawet próbował, oddać moczu nie mógł. Potem, gdy znajdował się w miejscu publicznym, np. w teatrze, nigdy nie mógł oddać moczu w pisoirze, gdy było kilku czekających i albo musiał przeczekać antrakt i wychodzić podczas przedstawienia, albo czekać do powrotu do domu. 6 lat temu na tem tle powstał objaw poważniejszy: raz, gdy jechał w pociągu i wszedł do garderoby, poczuł również trudność w oddaniu moczu (prawdopodobnie, jak utrzymuje, wpłynął na to napis, zabraniający przebywania tam dłużej, niż 10 minut i nieprzyjemne drżenie pociągu) i od tego czasu nie mógł oddawać moczu w biegu pociągu, lecz musiał wysiadać na większych przystankach. Gdy jednak raz spieszył się na stacyi i powstała w nim obawa, że nie zdąży oddać moczu przed odejściem pociągu, uczuł utrudnienie przy tej funkcyi i od tego czasu nie mógł oddawać moczu i na przystankach. Zawód chorego (jest komiwojażerem) wymaga ciągłego jeżdżenia koleją, przytem na dalsze odległości, więc te zaburzenia w oddawaniu moczu stały się dla chorego nadzwyczaj dokuczliwe. Jazdę z Warszawy do Berlina może jeszcze znieść względnie łatwo, gdyż w ciągu 12 godzin może się powstrzymać od oddawania mo-

\*) Dr. Lévy. O kształceniu woli w zastosowaniu leczniczem. Przekład polski przez Dr. T. Jaroszyńskiego, Warszawa 1912.



czu, zwłaszcza, że się wyćwiczył w tym kierunku; gorzej było w pociągach na dalszych przestrzeniach, np. z Warszawy do Wiednia, albo do Moskwy — i nieraz wskutek tego musiał zaniechać podróży. Najbardziej męcząca była dla niego ostatnia podróż — z Petersburga do Warszawy. Pociąg z Petersburga wychodził o godz. 7 wieczorem; otóż rano tego dnia mógł chory oddać mocz swobodnie, ale zbliżająca się chwila odjazdu wywoływała w nim coraz większą obawę, tak, że na trzy godziny przed odejściem pociągu już nie mógł oddawać moczu. W drodze musiał wysiąść w Wilnie o 5 rano, ponieważ jednak na stacji zatrzymanie moczu trwało, więc zmuszony był zatrzymać się w hotelu i tam dopiero mocz oddał. Postanowił jechać w dalszym ciągu do Warszawy o 5 rano nazajutrz, jednak już tego samego dnia wieczorem nie mógł oddać moczu i przyjechał do Warszawy z przepelnionym pęcherzem.

Wogóle zauważył, że zaburzenia w oddawaniu moczu występują zawsze wówczas, gdy myśli o tej funkcji, spieszy się z nią, a zwłaszcza gdy mu bardzo zależy na tem, aby się odbyła szybko i prawidłowo. Chory doskonale rozumie swój stan, wie, że choroba jego zależy »od ujemnej autosugestyi, od tremy i obawy, hamująco oddziałujących na tę czynność«. Sam porównywa swój objaw chorobowy do jąkania się\*), kiedy mowa się zahacza właśnie w chwili, gdy się chce mówić jak najpłynniej i gdy się najbardziej obawia zacinania (sam jąka się również). Analogiczny fakt zdarzył się u chorego z pisaniem: mianowicie, gdy raz w banku żądano od chorego podpisu dla późniejszego sprawdzenia przy odbiorze pieniędzy, powstała u chorego myśl, że jeżeliby się teraz podpisał nienależycie, toby później mogli mu robić trudności, — i istotnie wówczas ręka zaczęła choremu drżeć i nie mógł się na razie podpisać.

Mimo to jednak, że chory uświadamia sobie podłoże psychologiczne swego cierpienia, nie może zapanować nad niem i czuje się bardzo nieszczęśliwym. Leczył się z tego powodu u kilku lekarzy, jednak bez skutku; w Berlinie próbowano go leczyć miejscowo, zapomocą cewnikowania, jednak potem zaburzenia w oddawaniu moczu stały się jeszcze bardziej uciążliwe.

Prócz tego objawu, chory doświadcza jeszcze jednego cierpienia. Mianowicie oddawną już nie może jeździć statkiem, gdyż dostaje gwałtownych wymiotów (w dzieciństwie raz wymiotował podczas huśtania się). Otóż w ostatnich czasach, gdy był więcej

\*) Francuscy autorowie nazywają ten objaw »hégaiement urinaire«.

przygnębiony, objaw ten powstawał i przy jeździe dorożką, tak że wskutek tego musiał chory wszędzie chodzić piechotą.

Systematycznego leczenia chorego przeprowadzić nie mogliśmy i dlatego obserwacja tego przypadku nie jest dokończona.

### Przypadek 34. Choroba tików. Koprolalia\*).

Chory, l. 20, (obserwowany wspólnie z Dr. S. Kopczyńskim), pochodzi z rodziny nieco obciążonej; matka często chorowała na »rozstrój nerwowy«; siostry są bardzo nerwowe. W dzieciństwie był zdrowy, rozwijał się prawidłowo, chodził do szkoły, uczył się dobrze. Zawsze był wrażliwy, nieśmiały, czasem się jąkał. Obecna choroba zaczęła się 2 lata temu; mianowicie podczas podróży statkiem w czasie burzy morskiej uczuł chory nagle przy przechyleniu się statku nader nieprzyjemne »ciarki« w skórze i jednocześnie silny stan niepokoju wewnętrznego. Od tego czasu stał się niespokojny, zaczął źle sypiać, i zaczęły go przesładować nieprzyjemne »dreszcze«, odczuwane w różnych częściach ciała. Po kilku tygodniach chory zaczął wykonywać ruchy, jakby unikając tych przykrych uczuć skórnych, — poruszał to ramieniem, to wyrzucał naprzód ręką, to zginał nagle tułów itp. Z czasem ruchy te przybrały charakter natrętny, chory nie mógł się od nich powstrzymać. Jednocześnie w ostatnim roku począł chory wydawać okrzyki, a później wymawiać nieprzyzwoite wyrazy, zwłaszcza gdy był w liczniejszym towarzystwie. Gdy próbował całą siłą woli wstrzymać się od tych wyrazów (z powodu czego bardzo się martwi, gdyż to nie pozwala mu wrócić do zajęcia), — wówczas odczuwa nader przykry stan wewnętrznego niepokoju, który stopniowo staje się tak silnym, że chory już go znieść nie może i zaczyna wykrzykiwać najrozmaitsze sprośne słowa, które trudno jest powtórzyć (przeważnie części narządów płciowych); przeciwnie, gdy się nie hamuje i pozwoli się »wykrzyczeć«. — wówczas jakiś czas czuje się lżej. To samo dotyczy ruchów, od których powstrzymywanie się jest również bardzo męczące dla chorego.

Badanie przedmiotowe nie wykazuje żadnych zmian w narządach wewnętrznych, ani w układzie nerwowym ze strony odruchów, czucia, ruchów czynnych. Jedyne objawy patologiczne — to przymusowe wymawianie nieprzyzwoitych wyrazów (koprolalia), oraz niezliczone mnóstwo ruchów mimowolnych w kończynach, twarzy, tułowi, o charakterze tików. Mianowicie chory ustawicznie to zginał kończynę w łokciu, to podrzucał ją do góry, to za-

\* Chory ten został przedstawiony przez Dr. Bychowskiego w kwietniu 1910 r. w Sekcji neurol. Tow. lek. Warsz., a powtórnie przezemnie wspólnie z Dr. W. Męczkowskim w maju 1912 r.

ciskał pięść i jednocześnie wykonywał ruch grożenia, to przekrzywiał głowę, to przeginał się w tułowiu w różne strony, to podskakiwał na jednej nodze itp. Niektóre ruchy nie miały żadnego znaczenia, inne zaś wyrażały pewną treść psychiczną: chory np. potrząsał głową, jakby potakiwał, to znów jakby przeczył, albo pokazywał język, nadymał ironicznie usta, wykrzywił twarz, jakby chciał wyrazić lekceważenie i jednocześnie wymawiał: »e-tam«; chwilami krzyczał głośno »oj« i jednocześnie przeginał się w tułowiu, jakby go coś zabolało w boku, marszczył groźnie brwi, wzruszał ramionami, wytrzeszczał oczy, jakby się dziwił itd.

Po dłuższej obserwacji chorego okazało się, że ruchy te i wymawiania zupełnie mijają, gdy chory zasypia i wogóle są bardzo małe, gdy chory znajduje się sam w pokoju. Przeciwnie w obecności ludzi obcych ruchy te wzmagają się w silnym stopniu; w pierwszych dniach po zapisaniu się do szpitala były bardzo silne, potem chory się przyzwyczaił i uspokoił. Dalej na zmniejszenie się tych ruchów wpływa odwrócenie uwagi chorego; gdy np. wykonywa on jednostajne ruchy gimnastyczne rękoma, wówczas twarz i tułów zachowują się spokojnie. Gdy chory sobie przypomni o jakimkolwiek ruchu i zaczyna się bać, że go wykona, wówczas opanowuje go tak silny niepokój, że zwykle wykonywa ten ruch, albo wypowiada wyraz, aby się uspokoić. Wogóle bowiem powstrzymywanie się od tych natrętnych ruchów i od wyrazów wpływa na następcze pogorszenie się stanu chorego; jeżeli chory był czem zdenerwowany, wówczas wchodził do swojego pokoju i kilkanaście razy »pozwoił sobie« na wykonanie ruchu i wykrzykiwanie wyrazów, wówczas na dłuższy czas uspakajał się.

Chory bardzo martwił się swoją chorobą, zwłaszcza wymawianiem nieprzyzwoitych wyrazów, co mu nie pozwala przebywać wśród ludzi. Jest religijny, mimo to siostrze miłosierdzia, oraz księdzu podczas spowiedzi wykrzykiwał ciągle najsprośniejsze słowa. Swój stan psychiczny chory określał w ten sposób »że męczy go silna niepewność, czy zdoła się zachować należycie, niepewność przytem tak przykra, że woli się narazić na wykonanie ruchu, albo wymówienie wyrazu, aby się na czas jakiś uspokoić«. I istotnie stawianie chorego w warunkach »tremy«, niepewności — wywoływało tiki i koprofalię, natomiast w spokoju objawy te mijały zupełnie. Gdy np. mówiliśmy jakiś nowy wyraz i poleciliśmy choremu wstrzymać się od jego wymawiania, za chwilę właśnie chory go wymawiał; albo gdy trzymając szpilkę nad dłonią, mówiliśmy choremu, żeby się czasem nie ukłuł, za chwilę szybko, mimowoli potrząsnął ręką, zbliżając ją do szpilki i kłuł się rzeczywiście; podobnie, gdyśmy rękę jego zbliżali do swojej głowy, mówiąc, żeby nas nie uderzył, za chwilę nie mógł się od ruchu ręką powstrzymać i dotykał nią głowy.

Leczenie chorego suggestyą nie udawało się. Próbowaliśmy

przez dłuższy czas leczyć go sposobem reedukacji według Brissaud-Meige, którzy stosują tę metodę przy tikach. Mianowicie chory miał przed sobą lustro i zegarek i poleciliśmy mu zapisywać, ile sekund może zachować zupełny spokój i nie wykonywać określonego tik; powinien był się starać, aby każdego następnego dnia liczba sekund była większa. Na razie chory wykonywał to sam na sam, potem w obecności innego chorego, wreszcie na sali ogólnej. Drugi okres tego leczenia polegał na tem, że chory miał wykonywać określony ruch na rozkaz (swój własny, albo lekarza), więc np. licząc 1 2 3... 10 wykonać 10 razy skrzywienie twarzy, nie robiąc jednocześnie żadnych innych ruchów. W ten sposób staraliśmy się wszystkie ruchy natrętne, które zjawiały się u chorego mimo jego woli, uzależnić od jego świadomego wysiłku dowolnego i jednocześnie wyćwiczyć go w jak najdłuższem powstrzymaniu się od określonych tików. Metodą tą osiągnęliśmy pewien skutek, ale niezbyt wielki, z uwagą na krótki czas jej stosowania (kilka tygodni).

W pół roku potem obserwowaliśmy chorego powtórnie; w ruchach natrętnych i koprofalii była bezwarunkowo poprawa, natomiast rozwinęło się jąkanie, mianowicie zaczął się w mowie, gdy mówił wobec osób obcych, przeciwnie mówił zupełnie płynnie np. przy czytaniu w samotności. Prócz tego skarżył się na ogólny stan »nader męczącej niepewności wewnętrznej«, mianowicie przy czytaniu książki często czytał po dwa razy jeden wiersz, gdyż nie był pewien, czy przypadkiem nie przepuścił jednego wiersza; w nocy po kilka razy wstawał sprawdzać, czy drzwi są zamknięte; gdy miał wrzucać list do puszeki, długi czas patrzył na adres, czy czego nie przepuścił i mimo to kilka razy nie wrzucił, aby »jeszcze sprawdzić w domu« itp.

W danym przypadku mamy do czynienia z ciężką psychastenią, w której natręctwo przybrało postać przeważnie ruchową, popędową (impulsywną); i w tym przypadku jednak widzimy, że stan psychiczny jest analogiczny, jak u psychasteników, dotkniętych ideami natrętnymi, albo skrupułami, a mianowicie w charakterze ich dominują cechy: niepewność co do swojej osoby, wątpienia w siebie, nieprzystosowania się do otoczenia, nieśmiałości.

### **Przypadek 35. Jąkanie się, tik w oczach, zaburzenia w pisaniu, eretofobia.**

Chory l. 25, pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie był zdrow; uczył się w szkole bardzo dobrze; zawsze jednak był nieśmiały; raz na egzaminie, chociaż znał rzecz dobrze, nie mógł wcale mówić »ze strachu«, gdyż nauczyciel był bardzo surowy. Od

tego czasu chory zająkuje się, zwłaszcza, gdy jest czem onieśmiewiony. Oddawał się samogwałtowi w ciągu trzech lat, odzwyczaił się od czasu spowiedzi, na której usłyszał, że »zidyocieję i cały zgnije«, gdy się będzie nadal temu nałogowi oddawał. Bardzo się wstydzi tego nałogu i nie lubi z tego powodu, gdy się kto na niego uważnie patrzy; wydaje mu się wtedy, że można po jego twarzy to poznać i wówczas uderza mu rumieniec na twarz. Natrętne i uporczywe rumienienie się z blahego powodu uważa chory za jeden z dokuczliwych objawów swojej choroby; pogorszyło mu się pod tym względem od czasu, gdy jeden z kolegów zwrócił na to uwagę i zapytał: »dlaczego się rumienisz?« Od tego czasu rumieni się chory zawsze, gdy się ktoś na niego patrzy i czuje nader przykry stan »zażenowania«.

Jeszcze bardziej jednak dokucza choremu objaw, który ma w oczach, mianowicie uważa, że ma w nich jakiś dziwny wyraz, że oczy jego zanadto się świecą i są »nienaturalne«, tak, że to zwraca uwagę jego otoczenia. Chory doznaje tego od czasu, gdy 3 lata temu pracował w biurze i siedział naprzeciwko szefa, który go często kontrolował, patrząc na niego; — wówczas doświadczał tego samego uczucia, że ma jakiś dziwny wyraz w oczach tylko wtedy, gdy patrzył na niego zwierzchnik; obecnie ma to wrażenie, gdy patrzy nań ktokolwiek. Objaw ten dolega choremu zwłaszcza od roku, gdy pracuje w innem biurze, gdzie jest światło gazowe, które silnie go razi w oczy. Chory czuje wskutek tego ból w oczach, nie może należycie poruszać gałkami ocznymi, nie może szybko spojrzeć w bok itp. Był u lekarza, który mu przez kilka tygodni elektryzował powieki, jednak to nie pomogło.

Prócz tego chory skarży się na utrudnienie pisania, mianowicie nie może pisać szybko, gdyż mu sztywnieją palce i z lekka drżą; czasem drżenie to potęguje się do tego stopnia, że chory nie może skreślić ani jednej litery. Cierpi na to od roku, mianowicie od czasu, gdy miał bardzo dużo roboty w biurze, a zwierzchnik jego zwracał uwagę na charakter pisma, mianowicie żądał, aby chory pisał każdą literę oddzielnie, »gdyż tak jest ładniej«. Chory musiał się wskutek nawału pracy spieszyć i jednocześnie starać, aby pisać w taki sposób, do czego trudno mu się było przyzwyczaić, przytem pisał pod ciągłą obawą, aby dogodzić zwierzchnikowi. Zaczął pisać z coraz większą trudnością, palce poczęły mu sztywnieć, cała ręka drzeć. Chwilami zdarzało się, że chory nie mógł pisać wcale; bywało to zwłaszcza wtedy, gdy miał napisać coś ważnego, np. tytuł lub adres, albo położyć podpis. — wówczas nie mógł skreślić ani jednej litery. Czasem w takich razach przykładał do miejsca, w którym miał dany wyraz napisać, wolny kawałek papieru, chcąc na nim wprawić się w pisanie i wówczas ku swojemu zdziwieniu spostrzegał, że pisze zupełnie poprawnie; gdy zaś potem próbował pisać na miejscu właściwym, znowu wy-

stępowała ta sama trudność (objaw ten obserwowaliśmy u chorego i w naszej obecności).

Badanie przedmiotowe nie stwierdziło żadnych zmian organicznych w układzie nerwowym. Chory wygląda na nieśmiałego, przejętego, chwilami się rumieni; przy mówieniu wyraźne zacina-  
nie się o charakterze zająkiwania. Spojówki obu oczu nieco nastrożone, ruchy gałek ocznych zachowane, chwilami mruganie powiek, często chory mocno je zaciska (blepharospasmus). Siła mięśniowa w kończynach, w szczególności prawej dłoni i palcach prawej ręki zachowana zupełnie, bezładu ani drżenia nie widać. Przy pisaniu ręka prawa drży w słabym stopniu, występują niewielkie kurcze zginaczy palców, wskutek czego ręka nie może utrzymać pióra w należytem położeniu i przytrzymać go na papierze. Na chorego wyraźnie oddziaływa obecność osoby obcej; gdy pozostał sam w pokoju, pisał daleko bieglej i w piśmie nie było widać śladów drżenia.

Mamy tu przypadek psychastenii z objawami przeważnie natury ruchowej, podobnie, jak w poprzednim. W stanie psychicznym dominuje nieśmiałość, trwożliwość usposobienia i ta sama niepewność co do należytego wykonania pewnych czynności: pisma i mowy. Co do zaburzenia w pisaniu, widzimy tu objawy przemęczenia pracą, dokonywaną w warunkach obawy; ujemnie też oddziaływało na chorego wysiłanie się w zmienianiu charakteru pisma (pisanie oddzielnymi literami); objawy kurczowe zginaczy palców należą do rzędu objawów kurczu pisarskiego, prócz tego jednak zaburzenia w pisaniu noszą u chorego cechy fobii pisania (niemożność kreślenia liter, gdy chodzi o napisanie czegoś ważnego). Zaburzenia pisma są tu zatem analogiczne do zaburzeń mowy, mianowicie do jąkania się, w którym również odgrywają rolę kurcze mięśni krtani i języka, prócz tego jednak ma znaczenie i stan psychiczny, jak cechy nieśmiałości, niepewności względem otoczenia; dlatego też chory jąkający się mówi lepiej, gdy jest w towarzystwie osób znanych, gdy jest ciemno w pokoju, gdy uwaga jest odwrócona od jego osoby itp. — Podobnego pochodzenia jest i objaw natrętnego rumienienia się, — ereutofobii, która wynika wskutek nadmiernej obawy chorego przed obserwacją osób otaczających, wskutek czego spotęgował się zwykły objaw wzruszeniowy (rumienienie się). Co się tyczy objawów ocznych, to pochodzenie ich jest w części analogiczne (wpływ obawy przed zwierzcni-

kiem, odczuwanie niepokoju przy obserwacyi (z początku przez szefa, potem i przez inne osoby), — w części jednak zależne i od obwodowego podrażnienia spojówki przez rażące światło gazowe, wskutek czego chory doznawał w oczach nieprzyjemnych odczuwań, fałszywie przez niego następczo interpretowanych. Potwierdza to przypuszczenie dalsza obserwacya chorego, który doznał wyraźnej poprawy ze strony »niepokoju w oczach«, gdy zaczął pracować w korzystniejszych warunkach oświetlenia. — Utrudnienie pisania zmniejszyło się u chorego pod wpływem miesienia prawej kończyny górnej, oraz po wyjaśnieniu choremu potrzeby pisania wolno, dużemi literami, piórem niezbyt twardem, — przy jednoczesnem wpływanu na stan psychiczny chorego.

### Pogląd ogólny na psychastenię.

Istnieje kilka teorii psychologicznych, które usiłują wyjaśnić genezę objawów psychastenicznych, więc natręctwa, skrupułów, maniactwa, pedanteryi itp. Tak np. znana jest teoria intelektualna, proponowana przez Magnana, Westphala, Meynerta i innych, którzy utrzymują, że pierwiastek ideowy w myśli natrętnej jest pierwotnym i że powstaje ona wskutek natężenia tego pierwiastku i jego utrwalenia w umyśle. Pitres i Regis bronią teorii emocjonalnej, według której czynnik wzruszeniowy jest podłożem w myślach natrętnych; jeśli odjąć obawę, która je przepaja, przestają one być natrętnymi. Dalej woluntarystyczna teoria (Ballet-Arnaud) głosi, że objawy psychasteniczne są wyrazem braku woli, abulii i sprowadza je do cech, wyżej podanych: niezdecydowania i nieśmiałości.

Najlepiej opracowana jest teoria psychasteniczna przez Janeta i Raymonda, którzy dla wyłomaczenia złożoności tych objawów utworzyli kilka hipotez. Jedną z nich jest czynność przystosowania się do chwili obecnej (*fonction du réel*), warunkująca powstawanie pewnych doznawań, których często doświadczają psychastenicy, jak wrażenie już raz widzianego (*sensation de déjà vu*), niedokończoności postrzeżeń (*sentiments d'incompletude*), uczucie obcości świata zewnętrznego itp. Dalej przypuszczają oni, że w psychice istnieje pewne napięcie, które może się zwiększać lub zmniejszać (*diminution de la tension psychologique*) i że poziom

psychiczny może podlegać wahaniom (oscillations du niveau mental), że istnieje cała hierarchia zjawisk psychicznych, ich podział na zjawiska wyższego i niższego rzędu, z których, gdy wyższe osłabną, wówczas niższe wzmagają się w siłę drogą rozwoju zastępczego (dérivation). Tą drogą Janet wyprowadza stany lękowe z niedostatecznej jasności spostrzegania (insuffisance des perceptions), z tych stanów objawy niepokoju i podniecenia (agitations forcées) i wreszcie jako ostatni stopień tej ewolucji psychologicznej — natręctwa, tiki, popędy chorobliwe (impulsye).

Teorya psychasteniczna jest nader zawiła, wypracowana do najmniejszych szczegółów, opiera się jednak na kilku dowolnie przyjętych funkcjach psychicznych, pozornie wyjaśniających genezę objawów psychastenii, a w istocie jeszcze bardziej wikłających jej zrozumienie. Pojęcia derywacji, obniżenia napięcia psychicznego, czynności realnej itd. są również tylko objawami, niesprowadzonymi do jednego czynnika, jak to powinno być w należyście zbudowanej teoryi.

Czynnik taki, do którego sprowadzić się dadzą wszystkie objawy psychasteniczne, istnieje i da się łatwo spostrzegać u wszystkich tego rodzaju chorych. Czynnikiem tym jest stan psychiczny niepewności wewnętrznej, czyli wątplenia (le doute), które tłumaczy nam różnorodne objawy chorobowe i cechy charakteru psychasteników: niezdecydowanie, nieśmiałość, rutynowanie się itp. Widzieliśmy, że chory, cierpiący na myśli natrętne, waha się pomiędzy dwiema możliwościami i nie jest pewien, która z nich istnieje lub nastąpi; chory ze skrupułami również ma wątpliwość co do pewnych spraw, ważnych dla niego i niemożność rozstrzygnięcia tej wątpliwości jest dlań nader męczącą; depersonalizacya jest, jak widzieliśmy, wyrazem uczucia niepewności w dziedzinie postrzeżeń; objawy ruchowe, jak tiki, jąkanie się, koprofalia itd., wynikają z powodu nieśmiałości chorych wobec otoczenia i niepewności, czy potrafią się w niem zachować należyście itp.

Z kolei jednak musimy się zastanowić nad istotą i pochodzeniem tego czynnika, który nazwaliśmy »niepewnością«, będącego źródłem wszystkich objawów psychastenicznych. Uczucie »niepewności« czyli »wątplenia« jest antytezą stanu, który nazywamy wiarą i który jest naturalną, nieodłączną cechą każdego doznawania człowieka, każdego jego uczucia i postępku. W wierzeniu, uczuciu pewności, wewnętrznej bierze udział cała osobowość jednostki,



która podczas sprawy psychicznej musi stwierdzać to, czego doznaje, czuje albo pragnie; bez tego stwierdzenia, czyli zajęcia określonego stanowiska wobec własnych doznań psychicznych ani myślenie, ani działanie nie może się produkcyjnie odbywać. Ta sprawa wierzenia w to, czego się doświadcza, pewności i potwierdzenia swoich doznań, zależy od przydźwięku uczuciowego, które im towarzyszy. »Odczuwanie (sentir)« — twierdzi Ribot w jednej z ostatnich prac swoich — »jest dawniejsze i pierwotniejsze niż poznawanie (connaitre); u podstawy osobowości znajduje się stwierdzająca i odczuwająca wszystko świadomość (conscience affective), dzięki której osobnik zyskuje pewność siebie, wiarę w swojej siły i dążność do czynu«. Odczuwanie (»le moi affectiv« — »Gefühls - Ich« Lippsa) jest jądrem jaźni (moi — total), spajając wszystkie składające się na nią pierwiastki psychiczne w jedną całość.

Otóż właśnie brak przyjemnego przydźwięku wzruszeniowego, nadającego siłę i tężyznę wszystkim naszym doznaniom psychicznym, wywołuje stan wewnętrznej niepewności, wątpienia, którym towarzyszy rozluźnienie się składników osobowości i następczo uczucie przykrości i niepokoju. Na ten fakt braku przyjemnego zabarwienia wzruszeniowego u chorych psychasteników zwracało uwagę wielu badaczy: Oesterreich (nazywając tę cechę »athymią« i sprowadzając do niej objaw depersonalizacji, niepewności wrażeń), Dugas (analogiczne pojęcie »apatyi«), Sollier (pojęcie »le doute«), Friedman, u nas Rychliński. — Wszelkie stwierdzenie doznanego wrażenia polega na odczuciu przyjemnego zabarwienia wzruszeniowego, które wrażeniu temu towarzyszy. W walce wyobrażeń, powstających w nas co do określonego przedmiotu, albo w walce pobudek, wiodących do czynu, zwycięża to wyobrażenie, albo pobudka, która jest silniej zabarwiona dodatnio pod względem wzruszeniowym. Jeżeli zaś ten przydźwięk wzruszeniowy zostanie im odjęty, albo gdy zabarwienie ich jest jednakowo przykre, przepojone obawą, czy »zaniepokojeniem«, — wówczas nie zwycięża żadne i następuje stan wahania się, niepewności, wątpienia. Najwyraźniej stan taki obserwować można co do natręctwa, które polega na ciągłej oscylacji kilku wyobrażeń lub pobudek, z których żadna nie może zapanować w psychice niepodzielnie, wskutek braku przyjemnego zabarwienia wzruszeniowego.

Stan niepewności, wątpienia, jest pod pewnym względem odwrotnym w stosunku do czynnika suggestyjności, do którego analogicznie można sprowadzić wszystkie objawy histeryi. Suggestyjność bowiem wynika z monoideizmu, tj. panowania w psychice jednego wyobrażenia, albo jednej pobudki, która zwycięża wszystkie inne wskutek nadmiaru zabarwienia wzruszeniowego (patrz wyżej). Suggestya jest spotęgowaniem wiary, natomiast niepewność i wątpienie jest brakiem wiary, — stąd jest zrozumiałym fakt niewielkiej suggestyjności psychasteników.

Pod względem psychofizyologicznym stan »niepewności« jest wyrazem zbyt łatwego wyczerpywania się energii nerwowej, skąd pochodzi niezdolność do dłuższych, trwałych wysiłków oraz niedochodzenie do skutku pozbawionych siły pobudzeń psychicznych. U psychasteników energia nerwowa, działająca w ustroju, wyczerpuje się za szybko, rozpraszając się w niższych odczynach wzruszeniowych, wskutek czego do kory mózgowej dochodzą pobudzenia słabe, niezdolne do podniecającego oddziaływania na sprawy psychiczne. Ten niedobór energii nerwowej przejawia się w uczuciu przykrego zabarwienia wzruszeniowego doznawań psychicznych, w ich »niedokończoności«, w wahanii się myśli i pobudek, słowem w tem, co nazwaliśmy »niepewnością«.

Pierwotne źródło tego wyczerpania nerwowego kryje się zatem we wzruszeniowości, która jest głównym czynnikiem, jak widzieliśmy w neurastenii i nerwicy lękowej, — tylko o ile w obu tych postaciach chorobowych wzruszeniowość przejawia się w formie odczuwań somatycznych, o tyle w psychastenii ta wzruszeniowość działa w kierunku spraw psychicznych, wywołując w nich rozpraszanie się pobudzeń mózgowych, nieprodukcyjne ich zużycie w niższych odczynach wzruszeniowych, wskutek czego powstaje w psychice specjalny stan wahanii się, niepewności i niepokoju

### Wnioski.

I. Negatywne (ujemne) określenie nerwic, jako chorób o nieznanem anatomicznem podłożu (chorób nieorganicznych) nie jest racjonalne, gdyż opiera się ono na braku cech, wyróżniających je od innych cierpień. Jedynie racjonalnem może być określenie, podające cechę dodatnią (pozytywną), tym tylko sprawom chorobo-

wym właściwą i dlatego drogą do wyszukania takiego określenia może być tylko dokładna analiza objawów nerwicowych i zbadanie wywołujących je czynników etyologicznych.

2. Badanie objawów historycznych stwierdza fakt wątpliwy, że suggestywność jest tym czynnikiem, który wpływa na powstawanie i znikanie tych objawów i który w należytem rozumieniu pojęcia suggestyi, tylko historyi jest właściwym. Analiza stanu suggestywności dowodzi z kolei, że jest ona zjawiskiem pochodnym, mianowicie jest wynikiem działania urazów wzruszeń w swoisty sposób na psychikę, skutkiem czego powstaje rozszczepienie psychiczne, zwężenie pola świadomości i podświadome istnienie »pasorzytów psychicznych«.

3. Badanie objawów neurastenicznych wykazuje, że są one skutkiem działania szeregu wzruszeń przygnębiających, które z jednej strony oddziałują na dziedzinę somatyczną ustroju, wywołując stan wyczerpania nerwowego, wzgl. samozatrucie, oraz wpływają na powstawanie odczuwań fizyologicznych (cenestezyi), a z drugiej — oddziałują na stronę psychiczną ustroju, wywołując stan przygnębienia oraz towarzyszące mu uczucie zaniepokojenia, które łącząc się z doznawaniami cenestezyami, tworzy u chorego stan obawy o swoje zdrowie, czyli usposobienie hipochondryczne.

4. Badanie objawów lękowych pozwala przypuszczać, że są one wyrazem czystej wzruszeniowości, przejawiającej się w zaburzeniach czynności układu współczulczego i powstającej albo pod wpływem nagłego uczucia strachu (nerwica wzruszeniowa) albo podczas krytycznych okresów w rozwoju ustroju (pokwitanie, przekwitanie, ciąża itd.) wskutek prawdopodobnego samozatrucia ze strony gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

5. Badanie objawów psychastenicznych dowodzi, że są one wynikiem oddziaływania wzruszeniowości o typie konstytucyjnym, tj. wpływającej na charakter osobnika, jego sposób myślenia i działania, wywołującej w nim swoisty stan niepełności wewnętrznej, który sprzyja powstawaniu myśli natrętnych, skrupułów chorobliwych, maniactwa, pedanteryi, depersonalizacyi, tików, jąkania się itd.

6. Nerwice są zatem chorobami, wywołanymi przez ujemnie zabarwione wzruszenia, które oddziałują w rozmaity sposób na dziedzinę somatyczną i psychiczną ustroju, wywołują w nim zmiany histo-chemiczne, stany wyczerpania nerwowego, po-

datność na sugestyę, stany lękowe itp., — które z kolei stają się bezpośredniem źródłem objawów chorobowych.

7. W leczeniu nerwic stosowanie środków farmaceutycznych i fizycznych w większości przypadków nie jest skuteczne; w niektórych stanach neurastenicznych bywa ono niekiedy przeciwwskazane, gdyż podtrzymuje w chorym nieuzasadniony niepokój co do jego zdrowia. Jedynie racjonalne leczenie nerwic może być tylko psychiczne, które powinno być ściśle indywidualizowane w zależności od charakteru osobnika i rodzaju choroby; w jednym przypadku wskazane jest leczenie sugestją albo perswazją (które jednak zazwyczaj bywa objawowem, usuwającym przypadki chorobowe); w drugim należy wpływać na źródło sugestyjności, mianowicie drogą wydobycia z podświadomości utajonych pasorzytów psychicznych (psychoanaliza Freuda); w innym przypadku wskazane jest zmuszanie chorego do zapanowania nad objawami z jednoczesnem przekonywaniem go, że te objawy nie istnieją (leczenie porażen histerycznych drogą reedukacji Babińskiego); jeszcze w innym dobry wynik daje się osiągnąć przez polecenie choremu przewycięzania swych obaw, wyjaśniając mu jednocześnie źródło ich powstawania (wskazane jest to zwłaszcza w leczeniu stanów lękowych); wreszcie niekiedy wskazane jest długotrwałe oddziaływanie lekarza na psychikę chorego w kierunku przekształcenia jego rozumowań i odczuwań, wskazanie mu drogi do samoleczenia, poddanie go oddziaływaniu wzruszeń dodatnich, pobudzających, będących antytezą wzruszeń przygnębiających, które są swoistym czynnikiem etyologicznym w powstawaniu nerwic.

## PIŚMIENNICTWO.

- Amselle: Conception de l'hystérie. Thèse de Nancy, Paris 1907.  
 Arnaud: Sur la théorie de l'obsession. Archives de neurologie, 1902.  
 Asenfeld et Huchard: Traité des névroses.  
 Babiński: Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme. Arch. gén. de méd. 1906.  
 — Démembrement de l'hystérie traditionnelle. La semaine méd. 1909.  
 Ballet: L'hygiène du neurasthénique. Paris 1906.  
 Bielickij: Isterija 1911. — Neurastenija, 1906.  
 Biernacki: W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych. Medycyna. 1902.  
 Binet et Simon: L'hystérie. Folie avec conscience. L'année psychologique 1910.

- Bivet: La suggestibilité 1901.
- Bezzola: Zur Analyse psychotraumatischer Symptome. (Jour. f. Psych. u. Neurolog. 1907).
- Bernheim: Neurasthénies et psychonévroses. 1908.
- Differentiation clinique de la neurasthénie et des psychonévroses. (Jour. f. Psych. u. Neurol. 1911 — 317).
- Breuer und Freud: Studien über Hysterie. 1895.
- Binswanger: Zur Pathogenese der Hysterie. 1904.
- Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena 1896.
- Camus et Pagnier: Isolément et psychothérapie. 1906.
- Claparède: La définition de l'hystérie. (Arch. de psychol. T. VII. — 179).
- Coignard: Neurasthénie. Thèse de Paris. 1908.
- Claude: Définition et nature de l'hystérie. (Jour. de neur. 1907 — 293).
- Crocq: Définition et nature de l'hystérie. (Jour. de neurol. 1907).
- Cramer: Die Nervosität. Jena 1906.
- Déjérine et Gauckler: Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. 1911.
- Deschamps: Les maladies de l'énergie. 1909.
- Dornblüth: Die Psychoneurosen. (Neurasthenie. Hysterie. Psychasthenie). Veit 1911.
- Dubois: Les psychonévroses et leur traitement moral. 1909.
- Pathogenese der neurasthenischen Zustände. 1909. Samml. klin. Vorträge.
- Psychologie und Heilkunst. Berl. klin. Woch. 1909 — 25.
- Dugas et Moutier: Depersonnalisation et l'émotion. Revue phil. 1910 — 11.
- Dunin: Zasady leczenia neurastenii i histeryi. Odczyty kliniczne. 1901.
- Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents neuropathiques. (Revue neurol. 1909 — 24).
- Eymien: L'obsession et le scrupule. 1910.
- Erb: Herzneurosen. Münchener med. Wochen. 1909.
- Fleury: Les grands symptômes neurasthéniques. 1904.
- Friedman: Über die Grundlage d. Zwangsvorstellungen. Psych-neur. Woch. 1901.
- Freud: Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre I—II Folge. 1893—1910.
- Bruchstück einer Hysterieanalyse. (Monatschr. f. Psych. u. Neur. 1905).
- Über die Berechtigung von der Neurasthenie Angstneurose abzutrennen. Neur. Centralblatt. 1895 — 2.
- Godlewski: Neurasthénie. Paris 1908.
- Gluziński: Uwagi nad obrazem klinicznym stanu przejściowego u kobiet. Księga pam. Zjazdu neurologów. 1910.
- Grasset: L'hypnotisme et la suggestion. 1904.
- Hartenberg: Psychologie des neurasthéniques. 1908.
- Les timides et la timidité. 1901.
- L'hystérie et les hystériques. 1911.
- Traitement des neurasthéniques. 1912.
- La névrose d'angoisse. Revue de médecine. 1901.
- Hascovec: Contribution à la connaissance des idées obsédantes. XIII Congrès inter. de méd. à Paris. 1900.
- Hellpach: Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. 1904.
- Hilger: Die Hypnose und die Suggestion. Jena 1909.
- Hitschmann: Freud's Neurosenlehre. 1911.

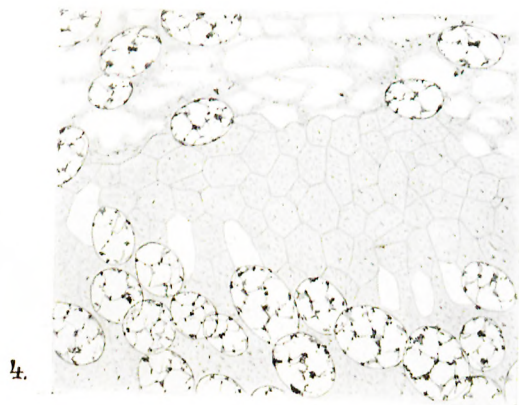
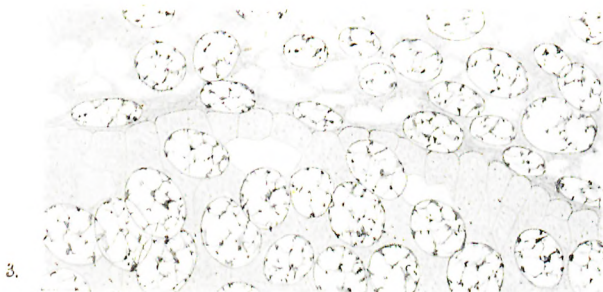
- Janet: Les névroses et idées fixes. 1904.  
 — Les obsessions et la psychasthénie. 1908.  
 — Les névroses. 1909.  
 — L'état mental des hystériques. 1911.
- Kandiński: O pseudogaluciniacych. 1890.
- Lépine: La pathogénie des états neurasthéniques. Rapport à X Congr. de médéc. Genève. 1908.
- Levy: Neurasthénie et névroses.
- Loewenfeld: Die psychischen Zwangsvorstellungen. 1904.  
 — Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1894.
- Magnan et Legrain: Les dégénérés. Paris 1895.
- Moebius: Neurologische Beiträge. Leipzig 1894.
- Meige et Feindel. Les tics et leur traitement. 1902.
- Meigé: Hystérie, Neurasthénie. 1911.
- Oesterreich: Die Entfremdung d. Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in Psychasthenie. (Jahr. f. Psych. u. Neur. 1906).
- Oppenheim: Zur Psychopathologie d. Angstzustände. Berl. klinisch. Wochenschr. 1909 — 28.  
 — Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. II. 1908.
- Orłowski I.: O hipnotyzmie leczniczym. 1904.
- Page M.: La toxémie acurasthénique. 1910.
- Pick: Die Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Hallucinationen. Prager medizin. Woch. 1895.
- Pitres et Régis. Les obsession et les impulsions. 1902.
- Radecki: Psychologia wzruszenia i uczuć. Warszawa 1912.
- Raymond: Névroses et psychonévroses. 1907.
- Ribot: La conscience affective. Revue philos. 1909 — 4.
- Roux: »Hystérie«. Article du Dictionnaire de physiologie de C. Richet. VIII fasc. 3 str. 17.
- Rychliński: Istota natręctwa myślowego. 1909.
- Sollier: Le doute. 1909.  
 — La définition et la nature de l'hystérie. Archives generales de méd. Tom II. 1906 — 41.
- Schnyder: Définition et nature de l'hystérie. Journal de neur. 1907 — 17.
- Séglas: Leçons sur les maladies mentales. 1895.  
 — De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Annales méd. psychol. 1891.
- Stierlin: Über psycho-neuropatische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières. Monatschr. f. Psychol. und Neurol. Bd. XXV.
- Steckel: Angstzustände und ihre Behandlung. 1910.
- Suchanow: O triewożno-mnitielnom charakterie. Waprosy psychol. i filosofii. 1909.
- Thomas A.: Psychothérapie (Bibliothèque de Thérapeutique). 1912.
- Zbinden: La neurasthénie, a-t-elle une origine psychique? Revue de médecine. 1910.
-

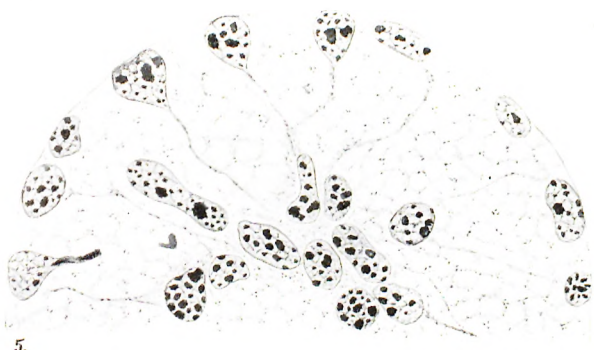
## SPIS RZECZY.

Wstęp . . . . .	3
Histerya . . . . .	34
1. Przypadek. Rozdwojenie osobowości . . . . .	32
2. » Niedowład kończyn dolnych. Niemota . . . . .	35
3. » Siedem lat trwające porażenie . . . . .	41
4. » Długotrwały niedowład wszystkich czterech kończyn	42
5. » Histerya ludowa (drgawki, pianie, szczekanie) . . . . .	40
6. » Histerya ludowa (drgawki, niemota, okrzyki) . . . . .	48
7. » Histerya w wieku szkolnym (u 10 l. dziewczynki) . . . . .	49
8. » Napady histeryczne podczas lkania . . . . .	51
9. » Doświadczenia nad działaniem sugestyi u chorego na histeryę . . . . .	52
Pogląd ogólny na histeryę . . . . .	53
Stany neurasteniczne. Neurastenia właściwa . . . . .	56
10. Przypadek. Onanizm, zmyły, zaburzenia trawienia . . . . .	60
11. » Astenia, niemoc płciowa, obawy sercowe . . . . .	61
12. » Objawy neuroarterytmu, obawy obłędu . . . . .	65
Pogląd ogólny na neurastenię . . . . .	65
Stany lękowe . . . . .	66
13. Przypadek. Wpływ pierwszej miesiączki. Zaparcie stolca . . . . .	67
14. » Wpływ środków zapobiegawczych podczas spółko- wania . . . . .	71
15. » Obawa przestrzeni. Rozmaite fobie . . . . .	71
16. » Objawy lękowe u chorego na padaczkę . . . . .	71
17. » Wpływ przestachu na objawy lękowe . . . . .	78
18. » Bakteryofobia . . . . .	79
19. » Podniecenie płciowe i kurcze przepony po urazie . . . . .	83
20. » Napadowe pocenie się po urazie . . . . .	86
21. » Przymusowe ziewanie . . . . .	88
22. » Stan lękowy. Przymusowe wzdychanie . . . . .	89
Pogląd ogólny na stany lękowe . . . . .	90
Psychastenia . . . . .	92
23. Przypadek. Myśli natrętne, skrupuły, pedanterya, nieśmiałość niepewność . . . . .	93
24. » Myśli natrętne o treści płciowej i religijnej . . . . .	96
25. » Skrupuły religijne w wieku szkolnym . . . . .	99
26. » Depersonalizacja, objawy lękowe . . . . .	101
27. »	} Próba psychoanalizy w trzech przypadkach myśli natrętnych . . . . .
28. »	
29. »	
30. »	} Tło padaczkowe. Natręctwo w postaci omamów słu- chowych wrzekomych . . . . .
	101

31. Przypadek, Myśli i ruchy natrętne . . . . .	113
32. » Myśli natrętne, ereutofobia . . . . .	117
33. » Fobia oddawania moczu . . . . .	119
34. » Choroba tików, koprolalia . . . . .	121
35. » Jąkanie się, tik w oczach, zaburzenia w pisaniu, ereutofobia . . . . .	123
Łąd ogólny na psychastenię . . . . .	126
Wnioski . . . . .	129
niennictwo . . . . .	131







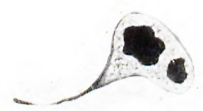
5.



6.



7.



8.



9.



10.



11.



13.

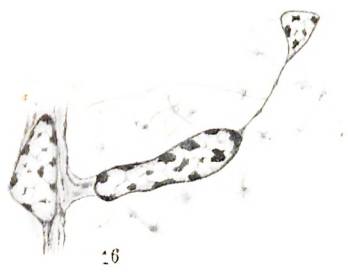


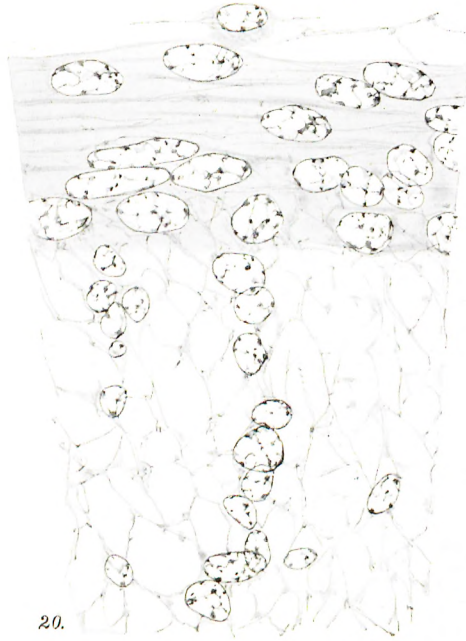
14.



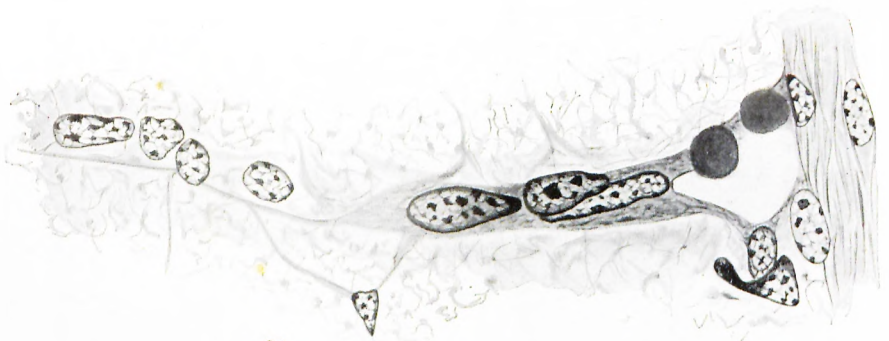
15.







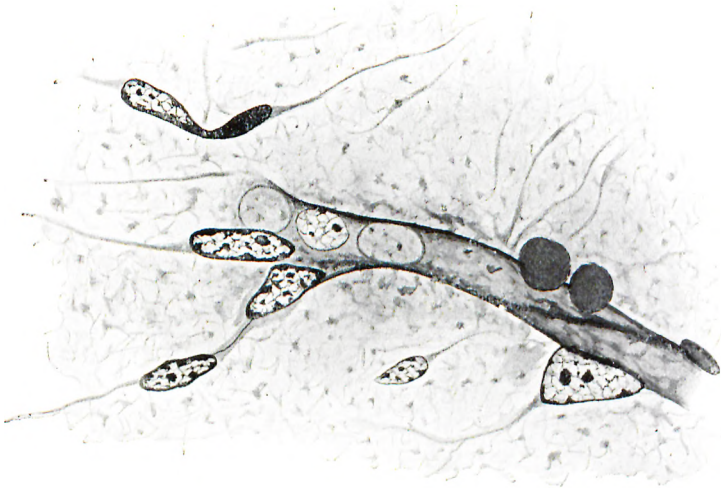
20.



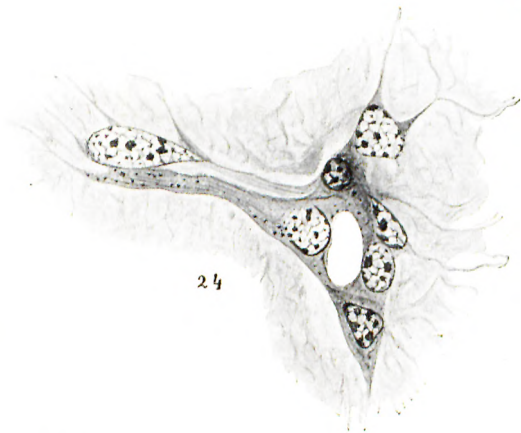
21.



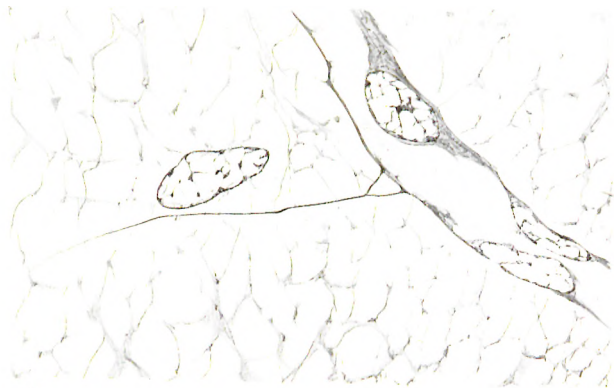
22



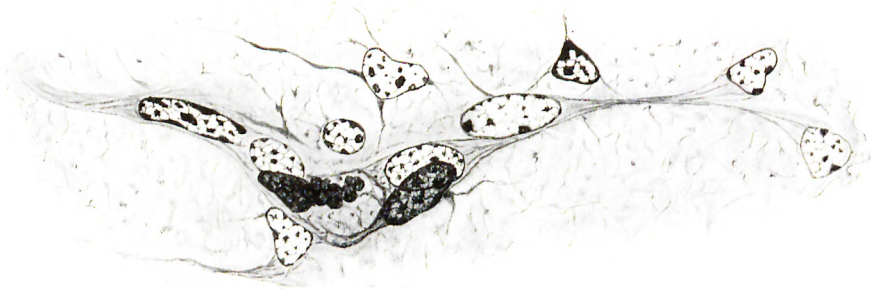
23



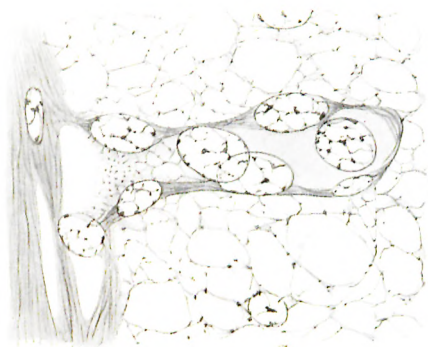
24



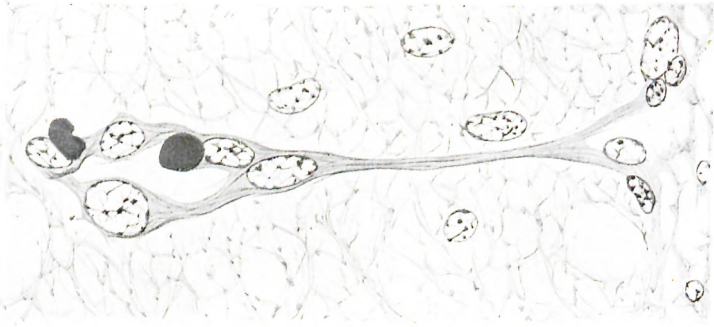
25.



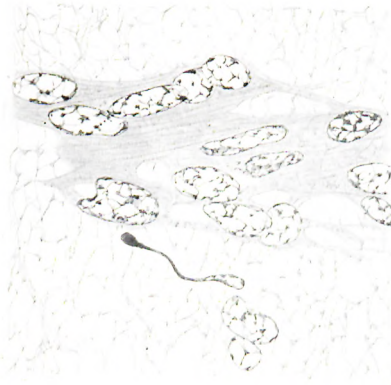
26.



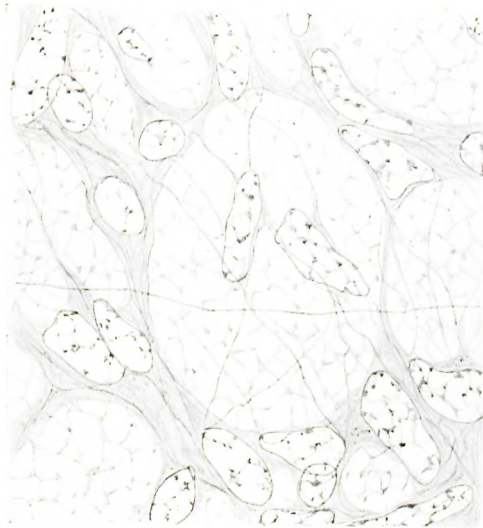
27.



13.



29.



30.



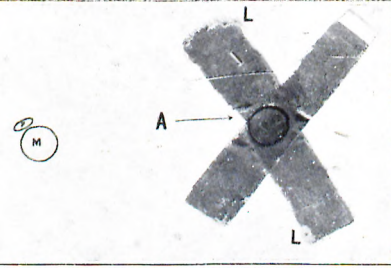


Rys. 1.

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

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

L — L. Dwa paski plastra lepkiego, pokrywające monetę, pod którą miał wy-



Rys. 2.

stąpić pęcherz na skórze (w miejscu, odpowiadającym M na rys.).

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



Rys. 3.  
Twarz normalna  
(w spokoju).



Rys. 4.  
Poddanie wesołości.



Rys. 5.  
Poddanie smutku.



Rys. 6.  
Poddanie przestras-  
chu.



Rys. 7.  
Poddanie gniewu.



Rys. 8.  
Poddanie bólu fizy-  
cznego.



Rys. 9.  
Poddanie gorzkiego  
smaku.



Rys. 10.  
Poddanie uczucia  
błogości.

# ROCZNIK LEKARSKI

WYDAWANY PRZEZ WYDZIAŁ LEKARSKI UNIWER-  
SYTETU JAGIELLOŃSKIEGO I TOWARZYSTWO LE-  
KARSKIE KRAKOWSKIE.

Wychodzi zeszytami, z których każdy stanowi zam-  
kniętą całość.

Redaktor naczelny: **Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

Komitet redakcyjny: **Prof. Dr. Tadeusz Browicz, Prof.  
Dr. Stanisław Dobrowolski, Dr. August Kwaśnicki,  
Prof. Dr. Julian Nowak.**

Administracya: **Dr. Wojciechowski** (Kraków, Dunajewskiego 2).