

PAMIĘTNIK  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO,

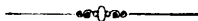
wydawany staraniem i nakładem tegoż Towarzystwa,

POD REDAKCYJĄ

**Konrada Dobrskiego.**

ROK 1879.

Ogólnego zbioru Tom LXXV.



WARSZAWA.

CZCIONKAMI M. ZIEMKIEWICZA I W. NOAKOWSKIEGO.

Krakowskie-Przedmieście Nr. 415.

—  
1879.

**Biblioteka Główna  
WUM**



Дозволено Цензурою.

Варшава, 4 Октября 1879 года.

## WYKAZ RZECZY

zawartych w 75 Tomie Pamiętnika W. T. L. z r. 1879.

### Nauki przyrodnicze.

	<i>Str.</i>
<b>Dziewulski.</b> O telefonie, mikrofonie i fonografie . . . . .	652
<b>Leppert Wład.</b> O mechanizmie gnicia ciał białkowych podług badań NENCKIEGO . . . . .	226
— O oznaczaniu mocznika metodą REGNARDA . . . . .	652
<b>Szokalski.</b> O źródłach doskonalenia się naszych zmysłów. . . . .	270
— O obrazach Matejki . . . . .	683
<b>Znatowicz.</b> O badaniach nad przyrodą pierwiastków chemicz- nych . . . . .	680

### Fizjologija, Antropologija.

<b>Budrewicz Leon.</b> O antropologii . . . . .	679—685 i 718
<b>Hoyer.</b> O przyrządach kompensacyjnych w organizmie . . . . .	250
— Sprostowanie sprawozdania „Medycyny” o tej pracy . . . . .	268
<b>Mayrl.</b> O zjawiskach przy segmentacji jajek robaków i śli- maków . . . . .	286

### Anatomija patologiczna.

<b>Brodowski Włodz.</b> Zator aorty brzusznej . . . . .	281
— Uwięzienie kamienia żółciowego . . . . .	282
<b>Thieme.</b> Teratoma congenitum perinaei . . . . .	653

## Terapija ogólna i szczegółowa.

	<i>Str.</i>
<b>Jodko.</b> O użyciu ezeryny w terapii okulistycznej . . . . .	246
<b>Perkowski.</b> O podskórnem wstrzyknięciu chloroformu . . . . .	260
<b>Rosenblatt Emanuel.</b> O skutkach fizjologicznych i leczniczych wlewania do jelit większych ilości płynów . . . . .	301
<b>Skórczewski Bolesław.</b> O kąpielach borowinowych. I część teo- retyczna . . . . .	328
<b>Smoleński Stanisław.</b> Doświadczenia nad działaniem chlorku pi- likarpiny . . . . .	10

## Higijena i medycyna sądowa.

<b>Dobieszewski.</b> Proszek dezynfekcyjny M. FRIDRICHA . . . . .	268
<b>Ostrowski Wład.</b> Wiadomości o grzybach i bedłkach jadowitych ( <i>Sprawozdanie Dobieszewskiego</i> ) . . . . .	659

## Medycyna wewnętrzna.

<b>Dunin T.</b> Prace z działu medycyny wewnętrznej. ( <i>Sprawozdanie Dobrskiego</i> ) . . . . .	643
— Sfygmofon STEINA . . . . .	724
<b>Gajkiewicz.</b> O porażeniu ośrodkowem nerwu rozocznego . . . . .	701
<b>Jurasz.</b> Prace z dziedziny medycyny wewnętrznej. ( <i>Sprawozda- nie Heringa</i> ) . . . . .	686
<b>Koźmiński i Dobieszewski.</b> Sprawozdanie komitetu dżumowe- go . . . . .	657—671. 674. 678
— O zarazie morowej pod względem chronologicznym . . . . .	654
<b>Kraśiński St. Hr.</b> Przyczynek do nosogenii cholery i dżumy ( <i>Sprawozdanie Dudrewicza</i> ) . . . . .	672
<b>Łuczkiwicz.</b> O środkach leczniczych używanych przy leczeniu dżumy . . . . .	655
<b>Rosenthal Albert.</b> <i>Paralysis progressiva.</i> Krytyczny rozbiór psy-	

chicznych i nerwowych zaburzeń przy początkowym rozwoju porażenia postępującego . . . . . 46

**Rothe A.** Przyczynek do psychiatrii praktycznej:

1. Ważność i znaczenie statystyki chorób umysłowych . . . 459
2. Statystyka obłąkanych w Królestwie Polskiem . . . 464
3. Rozmaite sposoby pielęgnowania obłąkanych . . . . 463
4. Ruch chorych umysłowych w warszawskich zakładach dla obłąkanych w latach 1876 do 1876 . . . . . 479
5. O potrzebie opieki dla wychodzących z zakładów, mianowicie biednych . . . . . 496
6. Czy płeć, wiek i stan cywilny wywiera wpływ na rozwój chorób umysłowych? . . . . . 502
7. Podział chorób umysłowych i jego rozbiór krytyczny . 514
8. O samobójstwie pomiędzy obłąkanymi . . . . . 541
9. O chorych niebezpiecznych . . . . . 544
10. Kilka słów o leczeniu obłąkanych . . . . . 546

**Szokalski.** Zboczenia w przebiegu ospy . . . . . 245

## Choroby weneryczne.

**Klink E.** Sprawozdanie z wycieczki lekarskiej do Petersburga . 411

## Medycyna zewnętrzna i oftalmologia.

**Chwat.** Wypadek antraksu . . . . . 654

**Janiszewski Al.** Prace z dziedziny chirurgii (*Sprawozdanie Stan-kiewiczza Wład.*) . . . . . 675

**Jasiński.** Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran (*Sprawozdanie Modrzejewskiego*). . . . . 702

**Jodko.** Przypadek wągra w oku . . . . . 249

**Korzeniowski Hip.** O leczeniu złamań postrzałowych uda. . . 264

**Orłowski Wład.** Trzy przypadki pęknięcia cewki moczowej . . 670

— Wyluszczenie uda . . . . . 681

## VI

Str.

<b>Perkowski.</b> Godne uwagi następstwa rany postrzałowej kręgosłupa . . . . .	284
— Zaniewidzenie po odjęciu uda . . . . .	681
<b>Stankiewicz Wład.</b> Słoniowacizna noszen . . . . .	224
— Wydobycie kości goleniowej; amputacja stopy . . . . .	681
— Złamanie czaszki, wyzdrowienie . . . . .	648
<b>Rydygier.</b> Prace z dziedziny chirurgii. ( <i>Sprawozdanie Modrzejewskiego</i> ) . . . . .	219
— Woszczyna w przewodzie słuchowym . . . . .	223
— Zwyródnienie błony rogowej . . . . .	224
<b>Wolfring.</b> O neuralgii rzęskowej . . . . .	254

### Akuszeryja.

<b>Koźmiński.</b> Wypadek z kazuistyki położniczej . . . . .	274
<b>Suck.</b> Wypadek z praktyki akuszeryjnej KOŹMIŃSKIEGO. Odpowiedź inspektora Urzędu lekarskiego m. Warszawy . . . . .	626

### Historycja medycyny.

<b>Kramsztyk Julijan.</b> Życie i działalność naukowa Hermana FUDAKOWSKIEGO . . . . .	568
<b>Świeżawski Ernest.</b> Przyczynki do dziejów medycyny w Polsce (Ciąg dalszy; patrz Pam. z r. 1877 i 1878).	
VIII. Doktorzy i doktorka z czasów Kazimierza Wielkiego . . . . .	1
IX. Chorzy z czasów Władysława Jagielly . . . . .	3
X. Doktorzy za Władysława Jagielly . . . . .	7
XI. Nierząd w Polsce do XV wieku włącznie . . . . .	586

### Sprawy dotyczące Warsz. Tow. Lek.

<b>Łuczkiwicz.</b> Sprawozdanie komitetu do zmian w ustawie aptekarskiej . . . . .	699
Ofiara studentów kursu 5-go z roku 1874/5 . . . . .	VII

## VII

	<i>Str.</i>
Projekt ustawy stypendyjum Polikarpa GIRSZTOWTA . . . . .	290
Sprawozdanie bibliotekarza za r. 1878 . . . . .	292
Sprawozdanie I komitetu do utrwalenia pamięci Dra Polikarpa GIRSZTOWTA . . . . .	634
— II komitetu do utrwalenia pam. Dra Pol. GIRSZTOWTA	721
Sprawozdanie ze stanu funduszów Warsz. Tow. Lek. . . . .	707
Urzędnicy i komitety Towarzystwa w r. 1879. Członkowie zmarli i obrani w roku 1878 . . . . .	I
Wystawa antropologiczna w Moskwie. Zaproszenie do udziału . . . . .	284
Zapis Walentego KOCZOROWSKIEGO . . . . .	288

### Bibliografija polska, lekarska i przyrodnicza.

Stron. 402.

### Wykaz posiedzeń Warsz. Tow Lek. 1878.

**Posiedzenia ogólne v. kliniczne.** XVII. 18 Czerwca str. 220; XIX. 3 Września str. 244; XX. 17 Września str. 246; XXII. 1 Października str. 254; XXIII. 15 Października str. 260; XXV. 5 Listopada str. 273; XXVI. 29 Listopada str. 283; XXVIII. 3 Grudnia str. 288; XXIX. 10 Grudnia str. 292; XXX. 17 Grudnia str. 299.

**Posiedzenia biologiczne.** XVIII. (Biol. VI) 25 Czerwca str. 226; XXI. (Biol. VII.) 24 Września str. 250; XXIV. (Biol. VIII) 29 Października str. 268; XXVII. (Biol. IX) 26 Listopada str. 285.

### 1879.

**Posiedzenia ogólne v. kliniczne.** I. 7 Stycznia str. 644; II. 26 Stycznia str. 647; IV. 4 Lutego str. 653; V. 11 Lutego str. 655; VI. 18 Lutego str. 657; VII. 25 Lutego str. 658; VIII. 7 Marca str. 659; IX. 11 Marca str. 670; X. 18 Marca str.

## VIII

671, XI. 26 Marca str. 675; XIII. 8 Kwietnia str. 680;  
XIV. 22 Kwietnia str. 681; XVI. 6 Maja str. 686; XVII. 20  
Maja str. 701; XIX. 3 Czerwca str. 770.

**Posiedzenia biologiczne.** III. (Biol. I) 28 Stycznia str. 651; XII.  
XII. (Biol. II) 1 Kwietnia str. 678; XV. (Biol. III) 29  
Kwietnia str. 682; XVIII. (Biol. IV.) 27 Maja str. 717.

---



## OD REDAKTORA.

---

Kończąc trzyletnią redakcją Pamiętnika, uważam za obowiązek złożyć krótkie z méj czynności sprawozdanie i podać uwagi z doświadczenia zaczerpnięte, dalszy postęp pisma na celu mające, które dla członków towarzystwa mogą być rzetelnem objaśnieniem, a dla mego następcy przydatną wskazówką.

Powiększenie grona czytelników resp. prenumeratorów Pamiętnika, według mego przekonania wymagało:

- 1<sup>o</sup> regularnego wychodzenia zeszytów n a p o c z ą t k u a nie n a k o ń c u kwartału.
- 2<sup>o</sup> ścisłego dotrzymywania warunku wskazanego ustawą (§ 42) towarzystwa i powtarzanego w prospekcie, aby R o c z n i k Pamiętnika liczył najmniej 40 a r k u s z y d r u k u.
- 3<sup>o</sup> zniżenia ceny Pamiętnika z rs. 4 i 5 na rs. 3 rocznie.
- 4<sup>o</sup> wreszcie — starania, aby treść Pamiętnika była, o ile można, dla ogółu lekarzy zajmującą.

Przez czas pełnienia mych obowiązków, starałem się wypełniać powyższe wskazania.

Zeszyty pojawiały się w pierwszych tygodniach kwartału, ulegając wyjątkowo tylko niewielkiemu spóźnieniu, z powodu znacznego przekroczenia normalnej wielkości zeszytu.

Normalna wielkość rocznika oznaczoną została ustawą na str. 640. Tymczasem Pamiętnik w r. 1877 liczył str. 702, plan chromolitografowany i 3 litografowane tablice, 1 drzeworyt. W r. 1878 str. 664 i 13 drzeworytów, wreszcie w roku 1879 str. 725, 4 tablice chromolitografowane i 6 drzeworytów. Nadto, w tym roku wszystkie protokoły dla zyskania miejsca, drobnymi czcionkami (*bourgos*) drukować poleciłem.

Naniżenie ceny Pamiętnika, po roku, wyjednałem zgodę członków towarzystwa.

Co do wartości prac w Pamiętniku pomieszczonych, sądu wydawać mi nie wolno. Serdeczne podziękowanie składam tylko w tym miejscu łaskawym współpracownikom.

Zgodnie z oczekiwaniem, liczba prenumeratorów i dochodu z Pamiętnika, — zwiększyły się.

W r. 1877 (prawie tak jak w roku poprzednim) prenumerat. było 58, dochodu rs. 236.

W 1877 liczba prenumerat. wzrosła do 89, dochodu do rs. 279 kop. 65 (mimo niżenia ceny).

W reszcie w r. 1879 jest już prenumeratorów 101, dochodu dotąd rs. 282, mimo nieuregulowania opłaty jeszcze przez 10 prenumeratorów.

Idzie więc, aczkolwiek powoli, zawsze ku lepszemu. Ogólna liczba rozsyłanych egzemplarzy w roku bieżącym wynosiła:

1. Dla członków czynnych.....	89
2. Dla redakcyj pism.....	15
3. Dla współpracowników i członków zasłużonych zamiejscowych.....	19
4. Dla stowarzyszeń i czyteln..	38
5. Dla prenumeratorów.....	101
<hr/>	
Razem 262	

Według mego przekonania, główną zawadą w dalszym pomysłnym rozwoju Pamiętnika, będzie dotychczasowy (jeśli się nie zmieni) sposób postępowania z protokółami towarzystwa. Stan ten znają prawie wszyscy członkowie towarzystwa mniej lub więcej dokładnie. Znają go i prenumeratorzy cofający przedpłatę z powodu, że „protokoły towarzystwa pojawiają się w Pamiętniku później niż w innych pismach.” Powody tego stanu należą do wewnętrznych stosunków towarzystwa, których rozbiór nie byłby tutaj na miejscu. Ograniczymy się więc wskazaniem, co podług nas uczynić wypada dla polepszenia dzisiejszego stanu.

Sądzimy mianowicie że należy:

1<sup>o</sup> Uzyskać pozwolenie, aby tę część Pamiętnika, w której drukują się protokoły, wolno było rozsyłać arkuszami a nie zeszytami. (NB. uzyskanie takiego pozwolenia na istotne przeszkody napotkać nie może).

2<sup>o</sup> Zgodnie z tem pozwoleniem podzielić należy Pamiętnik na 2 części, z których jedna składałaby się z kwartalnych zeszytów i zawierała prace większe, a druga, z odrębną paginacją, rozsyłaną była w arkuszach lub półarkuszach, w dwutygodniowych odstępach czasu i zawierała protokoły posiedzeń.

W razie przyjęcia przez towarzystwo tego wniosku, nastąpi ta nader pożądana reforma, że wydrukowane protokoły dostawać się będą do rąk członków, przy energii redaktora, w dni 4 do 5 po ich zatwierdzeniu. W ten tylko sposób, protokoły posiedzeń interesować będą członków towarzystwa i prenumeratorów Pamiętnika. W ten tylko sposób, autorowie prac na posiedzeniach czytanych, zyskają naturalną, jedynie skuteczną pobudkę do składania swych referatów na użytek redakcyi. W razie przeciwnym, będzie jak dotąd,—prace pójdą do tygodników lekarskich, a w protokołach drukować się będzie, z małym wyjątkiem, to tylko, co się tygodnikom nie przyda.

Wniosek ten nie jest dorywczym pomysłem. Według

planu zawartego w mym wniosku, drukują swe wydawnictwa wszystkie prawie stowarzyszenia naukowe. Powołam się tylko na przykład najbliższy. Akademia umiejętności w Krakowie rozsyła w arkuszach „Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń”, a tomami wydaje „Pamiętnik”. Wydawnictwo naszego Towarzystwa stanowi w tej mierze anachronizm, którego pozbycie się leży w interesie czytelników, autorów czytających prace i towarzystwa jako wydawcy.

Niechaj mnie nikt nie posądzi, bym projektując szersze zajęcie się drukiem protokołów, chciał w czemkolwiek osłabić uwagę na jaką Pamiętnik, jako pismo kwartalne zasługiwać może i zmniejszyć opiekę, jaką towarzystwo winno jedynemu w polskim języku lekarskiem wydawnictwu, w zeszytach większej objętości. Przeciwnie, w mojem przekonaniu, jednym z najważniejszych i zaszczytnych obowiązków naszego towarzystwa, jest nakład i opieka dawane Pamiętnikowi. W naszych stosunkach, tylko zbiorowemi, koleżeńskimi siłami, ułatwić można druk prac poważniejszych, których autorowie zbyt rzadko na nakład mają środki. Towarzystwo zawsze powinno ponosić dla Pamiętnika dotychczasową, niewielką ofiarę; w miarę wzrostu dochodów winno rozszerzać i ramy pisma nie podwyższając ceny. Przy wytrwałem staraniu tak o treść pisma, jak i o jego rozpowszechnienie, po latach przyjść może, że Pamiętnik, jako najtańsze a pożyteczne wydawnictwo lekarskie polskie, znajdować się będzie w rękach prawie każdego u nas lekarza. Do tego celu dojść można tylko powoli — drogą systematycznych starań i reform, z których jedną, dobro pisma na celu mającą, przedstawiam do uznania Szanownych Kolegów.

**K. Dobrski.**

w Warszawie, dnia 21 Października 1879 r.

# ROK 1879.

Urzednicy i komitety towarzystwa w r. 1879.

Czlonkowie zmarli i obrani w r. 1878.

---

## a) Urzednicy.

Prezes: Hoyer Henryk.

Wiceprezes: Plaskowski Romuald.

Sekretarz doroczny: Klink Edward.

Sekretarz stały: Szokalski Wiktor.

Biblijotekarz: Kosmiński Stanisław.

Podskarbi: Portner Szymon.

Redaktor Pamietnika: Dobrski Konrad.

## b) Komitety:

### *I. Komitet redakcyi Pamietnika.*

1. Sekretarz stały.
2. Biblijotekarz.
3. Redaktor.

### *II. Komitet biblijoteczny.*

1. Dobrski Konrad.
2. Kosmiński Stanisław.

## II

3. Przewóski Edward.
4. Stankiewicz Władysław.
5. Szokalski Wiktor.

### *III. Komitet kasy wsparcia.*

- a. Z grona członków Towarzystwa.
  1. Jodko-Narkiewicz Witold.
  2. Lebedziński Antoni.
  3. Rothe Adolf.
- b. Z lekarzy niezależnych do Towarzystwa.
  1. Heinrich Aleksander.
  2. Rozencwajg Michał.

### *IV. Komitet do rewizji rachunków kasy wsparcia za r. 1877.*

1. Apte Markus.
2. Dobrski Konrad.
3. Kondratowicz Stanisław.
4. Lebedziński Antoni.

### *V. Komitet do ułożenia zasad etyki lekarskiej.*

1. Chomętowski Stanisław.
2. Gepner Bolesław.
3. Lubelski Wilhelm.
4. Rothe Adolf.
5. Szokalski Wiktor.

### *VI. Komitet do rozpatrzenia projektu regulaminu porządkowego przedstawionego przez komitet w roku 1875 wybrany.*

1. Zarząd Towarzystwa.
2. Brodowski Włodzimierz.

3. Dobieszewski Zygmunt.
4. Jodko-Narkiewicz Witold.
5. Kondratciewicz Stanisław.
6. Orłowski Władysław.
7. Nowakowski Fer. Jan.

*VII. Komitet do zaprojektowania zadań konkursowych.*

1. Dobrski Konrad.
2. Neugebauer Ludwik.
3. Stankiewicz Władysław.

*VII. Komitet do rewizji rachunków kasy Towarzystwa lek. za rok 1878.*

1. Apte Markus.
2. Chwat Ludwik.
3. Gepner Bolesław.
4. Lebedziński Antoni.
5. Przysański Aleksander.

*IX. Komitet zajmujący się zaprojektowaniem zmian w ustawie aptekarskiej.*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lilpop Karol.</li> <li>2. Werner Emil.</li> <li>3. Mrozowski Jan.</li> <li>4. Karpiński Winc.</li> <li>5. Dr. Dobieszewski Zygmunt.</li> <li>6. Sommer Feliks.</li> <li>7. Tyrchowski Władysław.</li> </ol> | } | Członkowie przybrani, Magistrowie farmacyi. |
|---|---|---|

c) Członkowie którzy ubyli.

1. Rosicki Sebastyan, członek związkowy, zmarł.
2. Orkisz Józef,                    "                    "

3. Gałęzowski Seweryn, członek związkowy, zmarł.
4. Dietl Józef, członek honorowy, zmarł.
5. Fudakowski Herman, członek czynny, zmarł.
6. Langowski Marcelli, czł. czynny, zmarł.
7. Korzeniowski Hipolit, czł. czynny, zmarł.
8. Mianowski Józef, członek honorowy, zmarł.
9. Nawrocki Feliks, czł. cz. wykreślony na wł. żądanie.

#### d) Obrani:

##### A) członkami czynnymi:

1. Belke Feofil.
2. Dunin Teodor.
3. Łuczkiwicz Henryk.

##### B) członkami honorowemi:

1. Dybowski Włodzimierz.

##### C) członkami związkowemi:

1. Jerzykowski Stanisław.
2. Lachowicz Antoni.
3. Rydygier.
4. Sokołowski Alfred.
5. Skórczewski Bolesław.

##### D) członkami przybranemi:

1. Lilpop Karol.
2. Mrozowski Jan.
3. Werner Emil.

#### e) Członkowie czynni.

(wybrani do dnia 20 Stycznia 1979.)

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1 Apte Markus          | 6 Benni Karol           |
| 2 Babiński Romuald     | 7 Braun Jan             |
| 3 Baranowski Ignacy    | 8 Brodowski Włodzimierz |
| 4 Bartoszewicz Joachim | 9 Brodowski Wincenty    |
| 5 Belke Teofil         | 10 Bruner Mikołaj       |



- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 11 Brzeziński Jan          | 46 Majkowski Julian        |
| 12 Chałubiński Tytus       | 47 Malcz Mieczysław        |
| 13 Chomętowski Stanisław   | 48 Markusfeld Samuel       |
| 14 Chwat Ludwik            | 49 Mayzel Wacław           |
| 15 Dobrski Konrad          | 50 Modrzejewski Edmund     |
| 16 Dudrewicz Jan           | 51 Mülhausen Józef         |
| 17 Dudrewicz Leon          | 52 Natanson Ludwik         |
| 18 Dunin Teodor            | 53 Neugebauer Ludwik       |
| 19 Fritsche Gustaw         | 54 Nowakowski Janusz Ferd. |
| 20 Gajkiewicz Władysław    | 55 Orłowski Franciszek     |
| 21 Gepner Bolesław         | 56 Orłowski Władysław      |
| 22 Gliszczyński Adam       | 57 Perkowski Seweryn       |
| 23 Grosstern Wiktor        | 58 Płaskowski Romuald      |
| 24 Hering Teodor           | 59 Portner Szymon          |
| 25 Hoyer Henryk            | 60 Poźniakowski Jan        |
| 26 Jodko-Narkiewicz Witold | 61 Przewoński Edward       |
| 27 Kaczkowski Karol        | 62 Przysański Aleksander   |
| 28 Kinderfreund Józef      | 63 Rogowicz Jakób          |
| 29 Klink Edward            | 64 Rose Józef Konstanty    |
| 30 Konitz Leon             | 65 Rosenthal Dawid         |
| 31 Kondratowicz Stanisław  | 66 Rosenthal Jakób         |
| 32 Kosiński Julian         | 67 Rothe Adolf             |
| 33 Kosmowski Wiktoryn      | 68 Schnabl Jan             |
| 34 Kościński Stanisław     | 69 Sikorski Antoni         |
| 35 Kramszyk Julian         | 70 Śliwicki Franciszek     |
| 36 Kramszyk Zygmunt        | 71 Stankiewicz Władysław   |
| 37 Kryszka Antoni          | 72 Stankiewicz Henryk      |
| 38 Kurcysz Aleksy          | 73 Szyszło Wincenty        |
| 39 Kwaśnicki Jan           | 74 Sommer Feliks           |
| 40 Lambl Wilhelm           | 75 Stumer Józef Wiktor     |
| 41 Lebedziński Antoni      | 76 Szokalski Wiktor        |
| 42 Libchen Jan             | 77 Taczanowski Bronisław   |
| 43 Lubelski Wilhelm        | 78 Talko Józef             |
| 44 Łuczkiwicz Henryk       | 79 Thieme Apolinary        |
| 45 Majerson Samuel         | 80 Tyrchowski Władysław    |

81 Wilczkowski Witalis	84 Zaborowski Dominik
82 Weinberg Julijan	85 Żłobikowski Tadeusz
83 Wszebor Józef	

### Wykaz posiedzeń zwyczajnych odbyć się mających w roku 1879.

	Zwyczajne w dniach		Biolog. w dniu
Styczeń	7	21	28
Luty	4	18	25
Marzec	4	18	25
Kwiecień	1	15	29
Maj	6	20	27
Czerwiec	3	17	24
Lipiec	1	15	29
Sierpień	5	19	26
Wrzesień	2	16	30
Październik	7	21	28
Listopad	4	18	25
Grudzień	2	16	30

### Zadania konkursowe, których terminu przypadają w roku 1879.

D. 1 Kwietnia 1879 r., upływa termin uadsyłania prac konkursowych do nagrody z funduszu **Choynowskiego**, na dowolnie obrany temat z dziedziny higieny publicznej Warszawy lub innego miasta polskiego. (Warunki konkursowe ogłoszone w Pamiętniku z r. 1878, p. 430).

D. 1 Kwietnia 1880 r., upływa termin nadsyłania prac konkursowych do nagrody imienia **CHAŁUBIŃSKIEGO**. (Dzieła wydane od 1 Kwietnia 1876 do 1 Kwietnia 1880).

Na zadania konkursowe imienia **A. Helbicha**, których termin upłynął d. 1 Czerwca 1878 r., żadnych prac nie nadesłano.

## Ofiara studentów kursu 5 z roku 1874/5.

*Od Redakcyi.* Poniżej zamieszczona deklaracja, przedstawioną została na posiedzeniu Tow. Lek. z d. 18 Maja 1875 i przez Towarzystwo przyjęta została. Ponieważ, z niewiadomych nam powodów, w Pamiętniku z owego roku pomieszczoną nie była, drukujemy ją obecnie, tak dla zaznaczenia samego faktu, jak i dla przypomnienia ofiarodawcom dobrowolnie przyjętego zobowiązania.

My niżej podpisani studenci V kursu medycyny Uniwersytetu Warszawskiego z roku akademickiego 1874/5, niniejszym własnoręcznym podpisem obowiązujemy się słowem uczciwego człowieka, że w ciągu czterech lat od chwili naszego opuszczenia ławy uniwersyteckiej, złożymy na ręce Prezesa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, każdy z nas po rubli pięćdziesiąt, któreto składki utworzą summkę na wydanie książki lekarskiej oryginalnej lub tłumaczonej, w języku polskim, zostawiając wybór jej treści Prezesowi Towarzystwa rzeczzonego, z napisem na pomienionej książce:

„Wydana nakładem studentów medycyny z roku akademickiego 1874/5.”

Fundusz zaś z rozkupna tej książki, jeżeliby otrzymanym został, ma być włączony do sum pomienionego Towarzystwa, przeznaczonych na wsparcia dla wdów lekarzy polaków, bez względu na wyznania.

Działo się d. 16 Kwietnia 1875.

(podpisano): Władysław Matlakowski, Niedźwiecki  
Piotr, Jan Taraszkiewicz, Bogdański Wiktor,  
J. Szczucki (?), J. Villaume, W. Sztembarth,  
Wilhelm Domachowski, Goldflam, Maksymiljan  
Witer, Władysław Tołwiński, Karol Tuszowski,  
Jan Kahl, Bronisław Rumbowicz, Józef Hollak

Jan Budzyński, Nawroczyński Adam, Nawroczyński Roman, Józef Wigura, Zdanowicz Wol-demar, R. Jasiński, Ficki Feliks, Orglert Adam, Kruszewski, Henryk Karasiński, Franciszek Kosicki, Roman Kowalewski, Szacherski, Wł. Kosiński, St. Czajkowski, Maksymiljan Cohn, Ryszard Biehler, Wincenty Świrski, Chodakowski Stefan, K. Turkowski, Stanisław Jurzyński, W. Zieliński, Popielawski Jan, A. Zacharewicz, J. Kleczkowski, Zdzisław Trzcński.

---

# PRZYCZYNKI DO DZIEJÓW MEDYCyny W POLSCE

zbierane przez

Ernesta Swieżawskiego.

## VIII <sup>1)</sup>.

### Doktorzy i doktorka z czasów Kazimierza Wielkiego.

Mówiąc o ostatnich chwilach Kaźmierza Wielkiego, (w ustępie III) wspomnieliśmy, na zasadzie kroniki jego przyjaciela Janka z Czarnkowa, o dwu medykach, którzy wizowali królowi paszport na tamte światy.

Pierwszy, który istotnie dobrze choremu radził, zalecając mu wstrzemięźliwość od łaźni i miodu w niestrawności, zwany „magister Henryk z Kolonii“ przez kronikarza, został w r. 1359 potwierdzony w godności kanonika przy kościele św. Idziego, przez papieża Inocentego VI-go. Daje papież mu wówczas tytuł „bakalarza *in Artibus et Medicina*“. Jako ojca wymienia „Konrada z Kolonii“ <sup>2)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Patrz Tom 73, str. 1, 7, 441, 445.

<sup>2)</sup> Tejner I str. 591 — 1332 r. znamy w Krakowie Konrada z Kolonii nowonabywcę do wspólki domu na Święto-Krzyżkiej ulicy. M. M. Aevi IV A N. 1120 por. indeks). W ustępie o Radlicy, należy

Drugi, w rękopisach Janka z Czarnkowa to Mateuszem to Maciejem zwany, w buli tego samego papieża z r. 1360 ma dane sobie przydomki ulubieńca (*dilectus*) i medyka króla Kazimierza W. Przez wzgląd też na tegoż wstawienie (*consideratione regis Poloniae*)—z kantora sandomierskiego, posuwał go papież na kanoniję z prebendą w Wrocławiu. Całe nazwisko tego „medyka“ królewskiego brzmi w buli: „Matheus Borzellay de Stachow“<sup>1)</sup>.

1363 r. kanonikiem wrocławskim został „Jan pomorczyk z Prus,“ *magister in Artibus* i bakałarz medycyny, a jednocześnie beneficjum jakieś wrocławskie otrzymał magister nauk wyzwolonych (jak Jan), oraz bakałarz medycyny Piotr syn Jana z Brzegu (*de Brega*), kleryk wrocławskiej dyjecezyi<sup>2)</sup>. Aczkolwiek imię ojca (Michał nie Jau) jest inne, zdaje się jednak, że ten sam Piotr z Brzegu, 1377 r. z pozwoleniem zarządcy kanonii wrocławskiej, otrzymał kanoniję poznańską<sup>3)</sup>. 1367 Jan z Grotkowa (*Grotkaw*), bakałarz medycyny i rektor wydziału sztuk pięknych (*in artibus actu regit*) w Montpellier (*Mons pessulani Magalonensis dioecesis*), został rektorem ołtarza św. Michała w kościele wrocławskim. W r. 1372 tenże „ze względu na Waldemara króla Danii, którego był poufałym (*familiaris*) i medykiem,“ uzyskał od Grzegorza XI, kanoniję gnieźnieńską, po zmarłym Arnoldzie „de Lacancina“ poborcy kuryi rzymskiej w Polsce i Węgrzech<sup>4)</sup>.

Biorąc w uwagę fakt wezwania Jana tego na leka-

dodać, że „Jan zwany Radalatis“ kanonik krakowski zyskał potwierdzenie na tę godność w r. 1371. (Tejner, I str. 671).

<sup>1)</sup> Tejner I str. 607. Źródło pomyłek rękopiśmiennych (Mateusz i Maciej), tkwić się zdaje w fakcie, że 1367 kantorem sandomierskim jak Mateusz (poprzednik bezpośredni) był Maciej, kanonik krakowski. Mon. Med. Aevi I str. 296.

<sup>2)</sup> Tejner I str. 623.

<sup>3)</sup> Tejner I str. 747.

<sup>4)</sup> Str. 647, 679.

rza do boku króla duńskiego, należy przypuścić, że medycyna, zdaniem zagranicy XIV-go wieku, wysoko stać musiała w Polsce.

Prócz powyższych doktorów, znamy jeszcze 1361 roku niejakiego Peszka *medyka*—może jedną osobę z medykiem Piotrem z r. 1388;—Jana *medyka*, który oskarżył Piotra Chmiela szynkarza (*caupo*), o ranę 1370, a 1377 ma woźnicę Witka. Jeżeli zaś nie jest-to pomyłką (zam. *Medica* imię własne, *medica* imię pospol.) miałby Kraków 1371 lekarkę w swych murach. W tym roku podczaszy (?) (*pincerna*) Katarzyny *medicae* wygnany został za pobicie z miasta <sup>1)</sup>.

## IX.

### Chorzy z czasów Władysława Jagiełły.

Ze względu, że choroby, o których tu mówić ze źródeł zamierzamy, nie miały wszystkie charakteru epidemicznego, spisujemy je tedy pod nagłówkiem ich indywidualność wskazującym.

Najpierw zapisujemy fakt oftalmologiczny. Z jego opowieści zdaje się będzie można dobrać wnioski, że: albo wogóle u nas, lekarzy na oczy nie było, albo też ustępowali w reputacji zagranicznym. Dowiadujemy się bowiem, że 1426 r. Władysław Jagiełło pisał do W. Mistrza Krzyżaków, Pawła Rusdorfa o „*medyka okulistę*,” któryby coś poradził chorobie Jana z Tarnowa, wojewody krakowskiego. Chory ten przybył za królem aż do Nieszawy, i tam lekarza oczekiwał—na połowę Maja. Król sam dwakroć w tym interesie pisał do Henryka komtura elbląskiego z prośbą o zawiadomienie eskulapa, nawet przez

<sup>1)</sup> M. M. Aevi IV B. str. 2, 70; 37, 44; 33.

gońca <sup>1)</sup>). Sam Jagiełło w poście t. r. nogę na łowach zламаł <sup>2)</sup>).

Drugi chory, z tój także racyi jest godny wzmianki, że sprzedaż przezeń dokonana własnego domu w Krakowie wyszła na korzyść kolegium medyków tamtejszych <sup>3)</sup>. Mówimy tu o Sędziwoju z Szubina, wojewodzie kaliskim, który, 7 kwietnia 1404 roku „z pewnej choroby osłabł i utrudnione miał organa mowne“ tak dalece, że go synowiec musiał w sądzie zastąpić, bo sam Sędziwój treści dokumentu niemógł wyłuszczyć ustnie <sup>4)</sup>). Umarł zdaje się niedługo (przed 1 Paźdz. 1406 r.) po wspomnianej dacie, sądząc z bardzo wyraźnego nacisku na spodziewaną śmierć jego. Następcę wszakże na urzędzie Sędziwoja czytamy dopiero 1407 w osobie jego zastępcy i synowca z 1404, Macieja z Łabiszyna albo z Wąsosza <sup>5)</sup>).

Roku 1425 wybuchła zaraza (*pestis*)—na skutek której roki sądowe 31 Lipca po ogłoszeniu odwołano, podobnie jak 18 Lutego 1426 roku <sup>6)</sup>. Długosz podaje, że przed tą zarazą Jagiełło uciekał na Litwę—co potwierdza *itinerarium* <sup>7)</sup>).

Z tój zarazy (*tempore pestis*) zapisano następane wy-

1) Kod. litewski, Raczyński—str. 317, 318 i 321.

2) Caro Geschichte Pol. IV str. 593, n. 1.

3) Helcel II N. 968, Cod. Studii gener. Un. Crac. I str. 50. 52 Gąsiorowski dzi. cyt. str. 66.

4) Rzyszcz. II str. 365.

5) Cod. Studii gener. Un. Crac. I. str. 73. Kod. Mogilski str. 96, Rzyszcz. I 281.

6) Helcel II str. 297 i 301.

7) 20 Lutego 1425 na chrzcinach swego syna Władysława w Krakowie (A. G. Z. IV 129) 1 Kwietnia w Koninie (Rzyszcz. I 362 i 3), 28 Kwietnia w Brześciu Kuj. (Rz. II str. 834), 9 i 17 Sierpnia w Chęcinach (Rzyszcz. II str. 407, 413), 28 Września w Święciwiskach (nie w Maryampolskim, czy nie Święcice w Miechowskim? Rzyszcz. II 414), 3 i 4 Listopada w Medyce, 6 w Zamchu (A. G. Z. IV 135, II 76, IV 136—7), 15 Listopada w Brześciu Lit. (Rz. II 415).



padki śmierci: 17 Lipca Jan, syn Wyroska, kantor i wikary katedry krakowskiej, 1 Sierpnia Jakób syn Hinczy (Henryka) wikary tamże, 13 Sierpnia Stanisław z Miechowa syn magistra Stanisława doktora dekretów, 22 Września Piotr wikary, 3 Października Paweł Szafraniec <sup>1)</sup>. Aczkolwiek ostatniego Kwietnia t. s. 1425 r. umarła Beata wdowa po Dymitrze z Goraja, marszałku królestwa polskiego; Jan zaś z Winiar 23 Kwietnia 1426, Andrzej Laskarys h. Godziemba, biskup poznański w Sierpniu 23-go, 1426, Pełka podkustosz katedry w Krakowie 18 Października t. s. r. przeniesli się do wieczności;—jednakże niezaliczamy ich do ofiar zarazy: bo przy wzmiance o ich zgonie, niema w kalendarzu krakowskim, skąd czerpiemy szczegóły o owój zarazie, dodatku właściwego tamtym wspominkom *tempore pestis*.

Za panowania Władysława Jagiełły ma miejsce dalej ciekawy fakt posądzenia o alijenację umysłową. Jestto niezradki wypadek w dziejach tych chorób, iż względy—nie niemające wspólnego z troskliwością o stan istotny zdrowia mniemanego chorego, ani też z prawdziwą dyjagnozą lekarską—takie posądzenie wywołały. Fakt, o którym wspominaamy, jest tym głośniejszy w Polsce, że spełnił się na dygnitarzu kościelnym wysokim, nie bez udziału samego Jagiełły.

Piotr Wisz z Radoliny, h. Lasko (Stóg) proboszcz włocławski, doktor obojga praw, referendarz, nuncyusz i poborca papieski 1389, biskup krakowski przez elekcją kapituły od 1393 <sup>2)</sup> po długim sporze z nominatem Rzymu Manfiolim, później biskupem plockim <sup>3)</sup>, piérwszy pro-

<sup>1)</sup> Bielow. Monum II str. 826—7, 928, 932—3. Stopień pokrewieństwa tego Szafranca z innymi dotąd mi nieznanym.

<sup>2)</sup> Katalogi bisk. krak. Kętrzyńskiego (odbitka z III t. Mon. Bielow.) str. 59 -- 60, Łętowskiego I str. 309, Mon. Bielow. II str. 933.

<sup>3)</sup> Kod. Mazow. str. 116.

fesor wszechnicy krakowskiej—ściągnął na się niełaskę króla, po dwudziestu latach rządów dyjecezyją krakowską. Naraz, pewną liczbą prałatów i kanoników kapituły téj oskarżyła fałszywie swego zwierzchnika długoletniego, że jest waryjatem (*delirus*). Ponieważ Wojciech Jastrzembiec dostał po Wiszu infułę krakowską, i na nominata zasadził się spółherbownik rzekomego waryjata, Mroczek z Poradowa v. z Łopuchowa, a to—by śmiercią Wojciecha pomścić krzywdy krewniaka; należy z wszelką słusznością wnioskować, że *is fecit cui prodest*, że to Wojciech Jastrzembiec rzucił na Wisza posądzenie o alijenacyją umysłową.

To wyznaje Długosz (XI 331—3).

Paprocki w swych *Herbach* (wyd. Turow. str. 287) pisze o téj chorobie tak: „A gdy (Wis) był dwadzieścia lat na biskupstwie krakowskiem, był zjęt niemocą, którą zowają *morbus letargae*. Jest to niemoc, w której człowiek wszystko śpi, a jakoby rozum straci.“

Wystarczyła, by Wisza przerzucić na biskupstwo poznańskie, z którego Jastrzembiec przesuwiał się na opróżnione krakowskie ). Ta tranzlokacyją waryjata najlepiej okazuje fałszywość zarzutu, bo istotnie chory, jak słusznie uważa jedno źródło, byłby niespodobny do pełnienia i swego nowego urzędu. Bula potwierdziła tranzlokacyją — a poszkodowany niezadługo przebaczył królowi udział w niej, bo tegoż samego roku 1413, gdy go spotkała konfuzyja, towarzyszy Jagielle na zjeździe horodelskim. Umarł w dwa lata później — na nowój swój stolicy, nie w żadnym domu zdrowia. Zdaje się jednak, że taki był w Krakowie 1395 r. <sup>2)</sup>, w którym nań miasto wydało 59 grzyw. 18 gr. 14 denarów.

<sup>1)</sup> Jastrzembiec był biskupem i 23 Listopada 1412 r. nie tylko „jeszcze 19 Sierpnia“ (Helcel Pomniki II N. 1306 por. Maurer Urzędnicy kancelaryjni Wład. Jagielle, odbitka z Bibl. Wars. 1877 str 10 w. 1.

<sup>2)</sup> M. M. Aevi IV B. str. 309.

## X.

## Doktorzy za Władysława Jagiełły.

Kiedy 1387 r. 28 Kwietnia zjechał się Władysław Jagiełło ze swym bratem Skirgiełło na „łowach Skontarskich”—w otoczeniu króla polskiego, z Krystynem czyli Krzczonem z Koziegłów, znalazł się: „doktor Światosław“<sup>1)</sup>).

Później występują *cirurgici* i *cirologi*: 1392 magister Niclos, 1393 Hannus Arzt, wygnany z Krakowa za pobicie krawca, 1395 Jerzy, 1396 dwaj bezimienni, posłani przez magistrat krakowski, królowi Jagielle, Jan kapłan, medyk, 1399 Andrzej Peczold, i (może) Piotr zwany Arzt z Lignicy<sup>2)</sup>).

Dla szczególności, podajemy z Długosza wiadomość, że Skirgiełło posiadał z natury wielką biegłość w sztuce medycznej chirurgicznej, którą, smutno wyznać, praktykował szczególniej na poranionych przez się współtowarzyszach pijatyk<sup>3)</sup>).

Liczny poczet doktorów z epoki Jagiełły podaliśmy w ustępach III (Medycy, o nich opiniuje i ich honoraryja w XIV i na początku XV wieku) i V (Żony doktorów z XV wieku). Tu dopełniamy tego spisu.

1400 elemosiny (płacy) od miasta medyk Aldenburg, dostał 16 groszy, 1403 Kacper cirurcigus wziął grzywnę od miasta za leczenie jakiegoś biédaka<sup>4)</sup>), 1419 był rektorem zimowego półrocza na uniwersytecie krakowskim, Jan

<sup>1)</sup> Daniłowicza Skarbiec dypl. I str. 267 N. 542 M. M. Aevi II część A, str. 10.

<sup>2)</sup> M. M. Aevi IV B, str. 302, 200, 201, 134, 252, 314, 204—5.

<sup>3)</sup> Długosz, Historia ed. lip, X 120.

<sup>4)</sup> Mon. Med. Aevi IV B. str. 326 N. 42, 335 N. 43.

Kro de Kotbus, doktor medycyny; 1425 w letnim półroczu tę funkcję pełnił Jan de Saccis albo de Papia dr. sztuk i medycyny.

Obu niezna dr. Gąsiorowski w cenném swem dziele, a podaje ich kodeks uniwersytetu Jagiellońskiego wydany w 1870 r.

W tym zbiorze téż znajdujemy nowy przyczynek do dziejów lekarza magistra Mikołaja Oszkowskiego, którego li nazwisko znaleźliśmy w liczbie towarzyszy Jagiełły w Koninie 14 Lipca 1433, na wyprawie do Prus t. r. podjętej<sup>1)</sup>. W roku 1432 tenże Mikołaj, kanonikiem Ś-go Wita w Kruszwicy tytułujący się i zarazem doktorem medycyny, na przedmieściu w Łęczycy mianuje dwu plenipotentów do biskupa Zbigniewa lub jego wikaryusza generalnego—aby wyjednali faktyczne posiadanie kanonii i prebendy u św. Jerzego na zamku krakowskim, wakujących już lub w przeszłości—po Janie biskupie chełmskim, w skutek jego innego opatrzenia u tegoż sw. Jerzego, lub dobrowolnej cesyi z miejsca, na które Jagiełło był Mikołajowi wydał *litteras presentationis* (prezente).

Prócz tego Oszkowskiego „fyzykiem królewskim“ był w r. 1433 inny, od znanego już nam (egzekutora testamentu, „Jana wybornego“) magistra Bernarda Hesse, magister Bernard wloch<sup>2)</sup>.

Na czasy téż Jagiełły (1425 r.) przypada zatwierdzenie biskupie donacyi Mikołaja Kotla, (kanonika Skarbińskiego, a altarzysty św. Małgorzaty dziewicy w katedrze krakowskiej), corocznej ośmiu grzywien na rzecz Szpitala trędownatych, za murami Krakowa, uczynionej zgodnie z wolą fundatora tegoż ołtarza biskupa Nankera, jak o tém mówiliśmy pod r. 1322 w ustępie IV (szpitale w Polsce i t. d.)—Z zatwierdzenia powyższego okazuje się, że Wło-

1) A. G. Z. II str. 102, Cod. St. Gen. I str. 170—1.

2) Helcel II N. 2496.

darzem (*procurator*) czyli zawiadowcą strony materyjalnej szpitala i opiekunem (*tutor*), ową sumę odbierającym, był Jan-Hanusz, *łaziebnik* na Piaskach, obywatel krakowski <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Cod. St. Gen. I str. 148—9. O „trędowatych“ mowa 1397 (*prope leprosos*) i 1394, (M. M. Aevi IV A. str. 89 N. 893, str. 103.

W odsyłaczu już tylko dajemy wiadomość, że Smichna żona Jana francuza doktora, nazywając Jana z Poborowic synem swym (por. ustęp V niniejszego na początku) w r. 1432 ma może na myśli magistra Jana „włocha i medyka“ męża Agnieszki z Poborowic znanego w sprawie z 8 Marca 1429 (Helcel II N. 2252). Może to będzie ten sam Jan, co go w owym ustępie pod koniec jako włocha, oraz utrzymującego szkołę medyczną w 1426 i pod r. 1422 wspomniałem.

---

Z kliniki lekarskiej Prof. D-ra Korczyńskiego  
W KRAKOWIE.

---

DOŚWIADCZENIA  
NAD DZIAŁANIEM CHLORKU PILOKARPINU  
(*pilocarpinum muriaticum*),

przez

Stanisława Smoleńskiego D-ra medycyny.

---

Liczne nieprzyjemne a niekiedy nawet niebezpieczne przypadki uboczne, zauważane po użyciu jaborandy, skłoniły do poszukiwań, ażali nie możnaby z rośliny téj wydobyc pierwiastka skutecznego, któryby posiadał te same własności fizjologiczne i lecznicze, a zalecał się brakiem skutków ubocznych. Już w roku 1874 stwierdził RABUTEAU, że pierwiastkiem skutecznym w jaborandzie jest ciało rozpuszczalne w wodzie i w wysoku. BUISSON starał się z jaborandy otrzymać pierwiastek ten w postaci alkaloidu, podczas gdy LABORDE i COUDERAU upatrywali takowy w wyciągu wodnym jaborandy. M. HARDY pierwszy otrzymał z jaborandy alkaloid, który według nazwy botanicznej rośliny nazwał pilokarpinem; po nim otrzymali pilokarpin DUQUESNEL i GERRARD w Anglii. Z prze-

tworami tymi mało wszakże czyniono doświadczeń; daleko większej wziętości nabył przetwórczyn wyrabiany przez MERCKA w Darmstacie, gdyż używała go przeważna część badaczy. Najczęściej posługiwano się chlorkiem, rzadziej daleko azotanem lub siarkanem pilokarpinu. Daleko mniej rozpowszechnił się przetwórczyn FROMMSDORFFA w Erfurcie; między innymi używał takowego NAWROCKI w Warszawie do swych doświadczeń fizjologicznych.

Nadzieje, jakie przywiązywać poczęto do nowo odkrytego alkaloidu nie zawiodły. Już sama stałość składu chemicznego nadawała mu pierwszeństwo nad jaborandą, której skuteczność zależy niewątpliwie od sposobu zbierania i przechowywania liści, miejsca pochodzenia, gatunku rośliny i tym podobnych warunków, które nie zawsze dadzą się ściśle oznaczyć. Dokładność w określeniu dawki jednorazowej, jak niemniej możność stosowania leku tego w postaci wstrzykiwań podskórnych, trzeba było już na-przód uznać jako dalsze zalety pilokarpinu. Chodziło tylko o stwierdzenie, czy pilokarpin posiada te same główne własności fizjologiczne, co liście jaborandy i czy działaniu napotnemu i naślinnemu nie towarzyszą te same jak jaborandzie przypadki ujemne, zniżające znakomicie wartość leku.

Już pierwsze prace ogłoszone o działaniu pilokarpinu doprowadziły do zgodnego przekonania, że pilokarpin jest dzielnym lekiem napotnym i naślinnym, że więc działanie jego odpowiada zupełnie głównemu działaniu jaborandy. Co do innych szczegółów panuje dotąd dosyć znaczna różnica zdań, a mianowicie różnią się autorowie co do przewagi działania napotnego nad ślinopędnym, co do częstości przypadków ubocznych, wpływu na wydzielanie moczu a wreszcie sposobu tłumaczenia działania fizjologicznego tego leku. Niepewność ta była jednym z powodów, dla czego mimo licznych prac, które pojawiły się wkrótce po odkryciu pilokarpinu, a które obecnie (jak widać z dołączonego na końcu spisu rozpraw znanych w ory-

ginale lub z referatów) dosięgają już znacznej liczby, jęto się także w klinice lekarskiej krakowskiej doświadczenia działalności pilokarpinu. Po przeprowadzeniu zresztą licznych doświadczeń z jaborandą, które ogłoszone zostały przez P. SAKOWSKIEGO (w Przeglądzie lek. r. 1875 Nr. 25 i nast., i w zbiorze prac klinicznych p. t. „Z kliniki lekarskiej Prof. Dra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. Rok 1875“ a w streszczeniu w *Wiener medicinische Presse*, Nr. 45 i 46, 1875), sam już wzgląd na potrzebę wyrobienia sobie własnego sądu o alkaloidzie jaborandy zachęcał do doświadczeń z pilokarpinem. Nakoniec nowsze doświadczenia fizyologiczne nad zachowaniem się parcia krwi pod wpływem jaborandy i pilokarpinu, jak niemniej nowsze spostrzeżenia nad wydzielaniem się potu nakazywały rozważyć ponownie zdania poprzednio wypowiedziane co do sposobu tłumaczenia działania jaborandy, a różnicę w zapatrywaniu się poddać pod sąd publiczności lekarskiej polskiej.

Praca niniejsza jest więc niejako dalszym ciągiem pracy o jaborandzie przez P. SAKOWSKIEGO ogłoszonej. Okoliczność ta zwalnia nas od obszerniejszego opisywania sposobu urządzania doświadczeń, jak niemniej od szczegółowego opisywania każdego doświadczenia z osobna. Ograniczymy się więc tylko na zestawieniu wyników wszystkich doświadczeń i na porównaniu takowych z wynikami działania jaborandy. Tylko gdzieniegdzie potrzebném będzie dla dokładniejszego przedstawienia rzeczy przytoczyć cały opis doświadczenia.

Chlorek pilokarpinu pochodził z fabryki MERCKA. Przedstawiał się w postaci bezbarwnych przezroczystych kryształków, w wodzie łatwo rozpuszczalnych, bezwonych, smaku gorzkiego. Rozczyn wodny świeżo sporządzony oddziaływał obojętnie i był bezbarwny; po dłuższym czasie przybierał barwę zielonkową i oddziaływanie kwaśne. Z powodu łatwego rozkładania się pod wpływem światła dziennego przechowywano rozczyn wodny (za-



zwyczaj 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-owy) w fiolczkach ze szkła fiolkowego, szczelnie zatykanych.

Używano wyłącznie podskórnych wstrzykiwań i to w dawce 0.01—0.02 grm. ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{4}$  grana). Dawki te, osobiwie ostatnia, wystarczały zupełnie do wywołania wybitnych skutków, dla tego nie stosowano nigdy dawek większych. Ilość śliny mierzono bezpośrednio, ilość zaś potu oznaczano przez porównanie ciężaru ciała przed i po doświadczeniu, dodając ciężar wydzielin w czasie doświadczenia oddanych.

Wykonano 34 doświadczeń na 16 chorych a względnie ozdowieńcach; w 6-ciu pierwszych doświadczeniach użyto dawki 0.01, zaś w reszcie doświadczeń dawki 0.02 grm. chlorku pilokarpinu. Doświadczenia odnoszą się do następujących przypadków:

D o ś w i a d c z e n i e 1 i 7. Chory lat 43 liczący z marskością wątroby (*cirrhosis hepatis*), w późnym okresie choroby, ze znaczną puchliną brzuszną i kończyn dolnych. D o ś w i a d. 2, 8, 9, 10 i 33. Chora lat 31 licząca z przyostrem zapaleniem idjopatycznym stawów z następowym zapaleniem osierdzia lekkiego stopnia (*Polyarthritis idiopathica subsequ. pericarditide*); d o ś w i a d. 3, 17, 21, 22 i 23. Chory z niedomykalnością zastawki dwukończystej i zwężeniem ujścia żylnego lewego i arytmją tętna w okresie zupełnej kompensacji; d o ś w i a d c z e n i e 4. Chora lat 20, z niedomykalnością zastawki dwukończystej i zwężeniem ujścia żylnego lewego w okresie chwilowo zboczonej kompensacji; d o ś w. 5. Chory lat 43, ze zwyrodnieniem szarém sznurów tylnych i stwardnieniem wysepkowém rdzenia pacierzowego; d o ś w. 6. Chory lat 34, z kiłą i zapaleniem stawów rzeżączkowém (*arthritis blennorrhoeica*); d o ś w. 11, 12 i 13. Chora lat 18, z chorobą Basedowa; d o ś w. 14. Ozdrowienie po niedrożności jelit; d o ś w. 15. Ozdrowienie po zimnicy; d o ś w. 16. Ozdrowienie po zapaleniu płuc i opłucny; d o ś w. 18. Pijak nałogowy w wyzdrowinach po zapaleniu płuc; d o ś w. 19. Chory lat 18 ozdrowienie po zapaleniu płuc i opłucny; d o ś w. 20, 29, 30, 31 i 32. Chora lat 18 licząca, z moczówką cukrową (prawdopodobnie postacią nerwową); d o ś w. 24 i 25. Chory l. 22, z porażeniem błonicowém (*paralysis diphtheritica*); d o ś w. 26, 27 i 28. Chora lat 40, z ostrém idjopatycznym zapaleniem stawów; d o ś w. 34. Chora lat 16, z padaczką.

Doświadczenia te wykazały wogóle, że pilokarpin jest dzielny lekiem napotnym i naślinnym, i że w porównaniu z jaborandą działa szybciej, pewniej i silniej. Ponieważ najstalszymi objawami były zmiany w narządzie krążenia, jak niemniej pocenie się i ślinienie, przeto przedstawię takowe nasamprzód szczegółowo, a następnie dopiero omówię przypadki mniej ważne, niestałe i przypadki uboczne.

## I.

## Wpływ na narząd krążenia.

Zmiany w narządzie krążenia powstają najwcześniej. W 1—10 minut po wstrzyknięciu leku, zazwyczaj przed pojawieniem się ślinienia i potu, badani doznają uczucia ciepła w ustach i twarzy, które następnie rozchodzi się po całym ciele. Niektórzy skarżą się na uderzenie krwi do głowy i na tętnienie w głowie. (O objawie tym wspomina także SCOTTI). Przedmiotowo można w tym czasie stwierdzić mniej lub więcej wyraźne zaczerwienienie twarzy, któremu towarzyszy zwiększenie jędrności (turgor) twarzy, nastrzykanie naczyń spojówkowych i błony śluzowej ust i rozszerzenie naczyń tak tętnicznych jakoteż żylnych. Najwidoczniej rozszerzają się tętnice skroniowe; gałązki poprzednio zaledwie widoczne zaczynają tętnić wyraźnie, tętnica cała staje się wybitnie wężykowatą, a jak słusznie nadmieniał LEYDEN, objętość tętnicy z 1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> milim. wzrasta szybko do 2—3 a nawet 4 milim. Żyły podskórne również stają się szersze, co najwybitniej występuje na żyłach szyjnych. Zaczerwienienie skóry rozszerza się następnie na szyję i klatkę piersiową, a w jednym przypadku (dośw. 34) zajęło całą powierzchnię skóry.

Pozostając przy narządzie krążenia, szczególniejszą uwagę zwrócić nam należy na zachowanie się naczyń siat-

kówkowych. W 5-u doświadczeniach w tym kierunku przedsięwziętych (dośw. 14, 15, 16, 17 i 18) zawdzięczamy uprzejmości D-ra WURSTA, asystenta kliniki okulistycznej, stwierdzenie niewątpliwe, zapomocą wziernika ocznego, w 4 przypadkach rozszerzenia naczyń siatkówkowych. Wynik ten badania jest tém ważniejszy, że wykrywa szczegół przez dotychczasowych badaczy pominięty<sup>1)</sup>, a przydatny do zrozumienia właściwej istoty działania pilokarpinu. W doświadczeniu 14-ém, w 20 minut po wstrzyknięciu 0.02 grm. chlorku pilok. tętnice siatkówkowe były szersze aniżeli przed użyciem leku, objętość żył niezmienną; w 30 ci minut najmniejsze tętniczki rozszerzone, również i żyły niewątpliwie szersze. W dośw. 16-tém, już w 13 minut po zastosowaniu 0.02 grm. leku tętnice były wyraźniejsze, w 25 minut i tętnice i żyłki w obudwu oczach, osobliwie żyłki idące od górnej części siatkówki (w obrazie rzeczywistym), wyraźnie rozszerzone. W dośw. 17-ém, w 15 minut badanie wziernikowe wykazało rozszerzenie tętnic siatkówkowych, a wielka ilość niewidzialnych przedtém tętniczek wystąpiła teraz bardzo wyraźnie. W dośw. 18-ém wziernik oczny wykazał w 17 minut rozszerzenie tętnic i żył. Tylko w dośw. 15-ém wynik badania był wątpliwy. Doświadczenia te zdają się wykazywać, że najpierw rozszerzają się tętniczki a następnie żyłki.

Liczba tętna się zwiększa. Przyspieszenie tętna stanowi również jeden z najpierwszych objawów działania pilokarpinu i nastaje równocześnie z początkiem ślinienia i potów, a niekiedy—jak to także zauważał BARDENHEWER—przed pojawieniem się śliny i potów. Wynosiło ono w naszych doświadczeniach zazwyczaj kilkanaście uderzeń na minutę; tylko w dośw. 13-ém (chora na chorobę BASEDOWA) dochodziło do 46, a w doświadczeniu 34-ém (chora na padaczkę) do 40 uderzeń. Objaw ten zauważali

<sup>1)</sup> SCOTTI tylko raz jeden badał głąb' oka i nie spostrzegł żadnych zmian w naczyniach siatkówkowych.

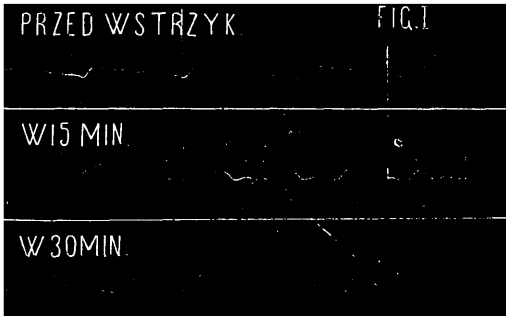
prawie wszyscy autorowie, i różnią się tylko co do stopnia przyspieszenia tętna: FRONMÜLLER, BARDENHEWER i CHALLAND-RABOW np. wspominają tylko ogólnikowo o przyspieszeniu tętna, WEBER podaje takowe na 5—10, LEYDEN na kilka, SCOTTI na 10—20, LÖSCH na 20—30 uderzeń; w jednym przypadku LEYDENA wynosiło przyspieszenie tętna 40 uderzeń na minutę.

Tętno zmienia się także co do jakości. Już zapomocą obmacywania tętnicy sprychowej przekonać się można, że tętno staje się pełniejszym i wyższym, ale zarazem miękkim i prawie zawsze dwubitnym. Dokładniej odczytać to można z obrazów sfigmograficznych, zdjętych w rozmaitych czasach po zastrzyknięciu pilokarpinu. Już w kilka, a najwyraźniej w 15—20 minut, sfigmogram przedstawia znakomite różnice w porównaniu ze sfigmogramem zdjętym przed wstrzyknięciem leku. Jak widać z dołączonych jako przykład sfigmogramów <sup>1)</sup> ramię wstępujące jest znacznie wyższe, więcej pionowe, kąt utworzony przez ramiona wstępujące i zstępujące ostrzejszy, ramię zstępujące mniej poziome, więcej pochylone i krótsze, wzniesienie wsteczne (*Rückstosselevation*) na ramieniu zstępującem wyraźniejsze a drgania sprężystości mniej wyraźne lub zupełnie zatarte. Inaczej mówiąc, tętnica podczas nadchodzącej fali krwi rozszerza się bardziej i szybciej, kurczy się również żwawo (tętno chybkie), ulega jednakże w tym czasie powtórnemu znacznemu rozszerzeniu skutkiem wstecznej fali krwi t. j. fali, która podczas skurczu tętnicy cofnęła się ku sercu i odbiwszy się o zastawki półksiężycowe tętnicy głównej, po raz wtóry bieży ku obwodowi. Wszystko to świadczy o zwiotczeniu ścian tętniczych, czyli o zmniejszeniu napięcia tętnic, skutkiem czego ściana tę-

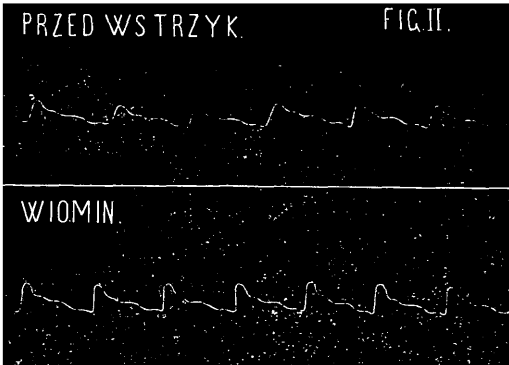
---

<sup>1)</sup> Fig. 1 i 2 przedstawiają obrazy tętna zdjęte zapomocą sfigmografu MAREYA, fig. 3 obraz tętna zdjęty zapomocą sfigmografu SOMMERBRODTA przy obciążeniu 170 grm.

tnicy mniejszy stawia opór nadchodzącej fali krwi i łatwiej się rozszerza. Zgodnie z tem wnioskować można, że parcie ościenne krwi w tętnicach, które w znacznej części za-

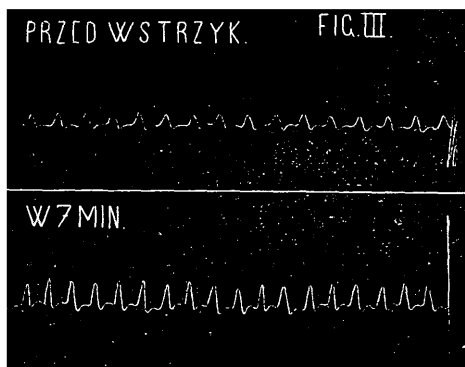


leży od istniejącego oporu, musi być mniejsze, czemu także odpowiada dwubitność tętna, większa wyrazistość wzniesień wstecznych i zniknięcie drgań sprężystości.



Zmiany te w częstoci i jakości tętna dosięgają swego szczytu podczas najobfitszych potów, zmniejszają się w miarę zmniejszania się potów, tak dalece, że w godzinę

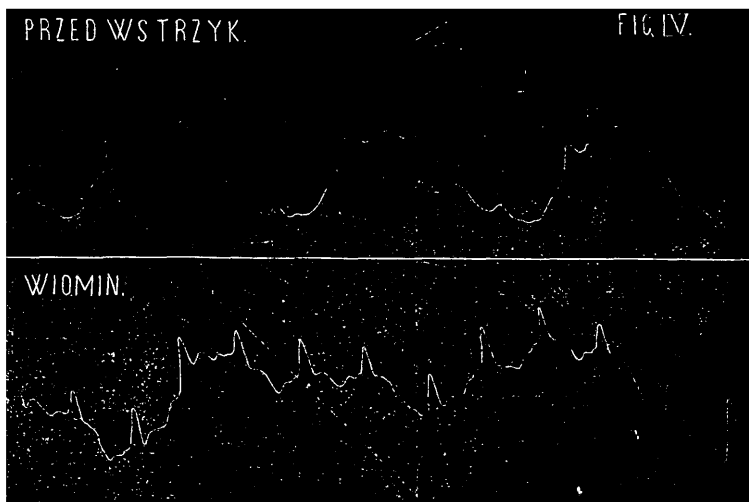
po zastosowaniu leku a niekiedy i wcześniej spostrzegaliśmy już niekiedy tętno mniej częste aniżeli przed wstrzyknięciem leku, a napięcie tętnic sprychowych, jak można wnosić z obrazów sfigmograficznych, było czasem większe aniżeli przed doświadczeniem. Zgodnie z naszymi doświadczeniami zauważał WEBER, że z ustępującymi potami tętno wraca do pierwotnej częstości, a CURSCHMANN, że powrót do stanu prawidłowego nastaje już w pół godziny; tylko SCOTTI twierdzi, że tętno wolniej już po kilku mi-



nutach, aby z końcem działania pilokarpinu wrócić do stanu prawidłowego.

Co do uderzenia serca, obmacywanie nie wykazuje znaczniejszych zmian, badanie zapomocą sfigmografu wykazuje jednakże, jak widać z dołączonych obrazów, zdjętych w miejscu uderzenia koniuszkowego zapomocą sfigmografu MAREYA w dośw. 24-ém, że uderzenie serca może stać się silniejszym<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Większe wzniesienia przedstawione na rycinie pochodzą od ruchów oddechowych.



## II.

### Wpływ na wydzielanie śliny.

Niekiedy równocześnie z przyspieszeniem tętna, a zazwyczaj o kilka minut później, bezpośrednio po pewnym uczuciu ciepła w ustach, doznają badani powiększonego dopływu śliny do jamy ustnej. Ślina jest zrazu więcej pienista, w 3—10 minut po zastrzyknięciu leku staje się wodną i gęstą. Przyływ śliny do jamy ustnej odbywa się bardzo szybko, tak że w 15—25 minut chorzy nie wypuszczają z rąk spluwaczki. W  $\frac{1}{2}$  godziny po wstrzyknięciu leku odpływanie staje się rzadsze, a w  $\frac{3}{4}$  do 1 godziny lub nieco później ustaje zupełnie<sup>2)</sup>. Wydzielanie

<sup>1)</sup> Tak np. chora w dośw. 20-ém wydała w pierwszym kwadransie po zastrzyknięciu 30 grm. śliny, w drugim 85 grm., w trzecim 45 grm., a w czwartym 20 grm.

śliny trwa dłużej po 0.02 aniżeli po 0.01 grm. pilokarpinu; w każdym razie zazwyczaj dłużej aniżeli poćnie się.

Ilość śliny zależy przedewszystkiém od osobniczego usposobienia, gdyż jedni chorzy wydają więcej takowej, aniżeli inni, mimo tej samej dawki, a różnica w ilości jest niekiedy bardzo znaczna. Zdarza się również często, że u jednego i tego samego indywiduum ilość śliny w każdym doświadczeniu jest inną; np. u chorój z przyostrém zapaleniem stawów w dośw. 10-ém, ilość śliny wynosiła 210 grm., zaś w dośw. 13-ém 330 grm., pomimo że dawka leku pozostała ta sama. Wbrew twierdzeniu SCOTTIEGO, że ilość leku nie wpływa na nasilenie ślinienia przekonywają nasze doświadczenia, że ilość śliny zwiększa się po użyciu większej dawki pilokarpinu. I tak, po zastosowaniu 0.01 grm. ilość śliny waha pomiędzy 70 a 150 grm. i wynosi średnio w naszym szeregu doświadczeń 115 grm., po 0.02 grm. pilokarpinu waha między 180 a 420 grm., a średnio na każdego z badanych wypada po 365 grm.

Ilość śliny więc waha wśród dosyć obszernych granic, i téj to okoliczności przypisać należy niezupełnie między sobą zgodne wyniki rozmaitych badaczy. Podczas gdy LÖSCH po 0.02 grm. pilok. otrzymywał średnio 253 cm., a CURSCHMANN po 0.02 grm. pilokarpinu 275 cm., zaś po 0.03 grm. pilok. 435 cm. szesć. śliny, zbierał takowej SCOTTI od  $\frac{3}{4}$ -- $\frac{3}{4}$  litra a BARDENHEWER 550 cm. szesć. Zmienność ta tłumaczy nam w części zmienne podania autorów co do utraty ciężaru ciała po zadziałaniu pilokarpinu; np. CURSCHMANN ubytek ciężaru ciała tak skutkiem wydzielenia śliny jakotóż potu ocenia na 1—2 kilogrm. WEBER jako stratę na wadze podaje 2 kilogrm., a w jednym przypadku nawet 4 kilogrm.; w naszych zaś doświadczeniach największe zmniejszenie się ciężaru ciała po 0.01 grm. pilok. wynosiło 300 grm., a po 0.02 grm. pilok. 770 grm. Zauważyć jednak należy, że jedną z przyczyn niezupełnej zgodności powyższych cyfr może być nie-



dokładność w oznaczaniu ciężaru moczu i stolca oddanego w czasie doświadczenia, na co jednak w naszych doświadczeniach szczególniejszą zwracano uwagę.

Ślina była zawsze wodojasna, gęsta, ciągnąca się w nitki. Ciężar gatunkowy dosyć wysoki wynosił 1.004—1.015, jak to już inni autorowie stwierdzili. Skrobię trawiła słabiej aniżeli ślina zwykła. Siarsinku potasu zawierała ślady.

Działanie naslinne jest stałym; we wszystkich przypadkach, gdzie użyto dawki 0.02 grm. pilok. wystąpiło wyraźne ślinienie, po 0.01 grm. tylko raz (dośw. 6-te) nie było ani ślinienia ani potów.

Obrzmienia gruczołów ślinnych, jakie po zastosowaniu pilokarpinu widział w jednym przypadku RANNEFT, nigdy nie stwierdzono.

### III.

#### Wpływ na wydzielanie potu.

O chwilę później, a niekiedy równocześnie ze ślinieniem pojawiają się poty. Występują one najpierw na czole, około skrzydeł nosa, na dolnej wardze, niekiedy najpierw w okolicy mostka i dołka podsercowego, następnie w pachach, pasie, pachwinach a najpóźniej na odnogach dolnych, gdzie niekiedy, osobliwie po dawkach małych, wcale się nie pojawiają lub tylko w małej ilości. Kolejność powyższa prawie nigdy się nie zmienia. Kończyny górne, aczkolwiek rychlej zaczynają się pocić, jeżeli nie są przykryte, skutkiem szybkiego parowania, nigdy nie pokrywają się obfitym potem.

Czas, w którym występują poty, zależy przedewszystkiem od wielkości dawki. SCOTTI zwrócił pierwszy uwagę na to, że poty pojawiają się najrychlej po wstrzyknięciu pilokarpinu w skroń, najpóźniej po wstrzyknięciu w zewnętrzną powierzchnię podudzia, a spostrzeżenie to potwier-

dzają CHALLAND i RABOW, przeczy mu zaś JURASZ. W kilku naszych przypadkach rzeczywiście rychlej zjawiały się poty po zastrzyknięciu leku w górną połowę ciała aniżeli w dolną, jednakowoż różnica ta była tak niestałą i nieznaczną, iż do niej wielkiej wagi przywiązywać nie można. Największe nasilenie pocenia się i ślinienia przypada równocześnie.

Obfitość potu, tak samo jak obfitość sliny, zależy przedewszystkiem od indywidualności i od dawki leku. Po 0,01 grm. pilok. ilość potu wahała między 100—175 grm. i wynosiła przeciętno na poszczególnego badanego 145 grm.; po 0,02 grm. ilość potu wahała między 275 a 590 grm., wynosiła zaś średnio na każdego badanego 303 grm. Lubo przydarzało się niekiedy, że ilość sliny przeważała nad ilością potu, przecież z porównania liczb przeciętnych wynika, że średnio biorąc ilość potu była o wiele większa aniżeli ilość sliny,—co potwierdza także ta okoliczność, że najmniejsze ilości sliny a największe ilości potu nie dorównują bynajmniej największym ilościom potu. Inni autorowie spostrzegali jeszcze większe ilości potu, np. BARDENHEWER 500—700 gm., a LÖSCH po 0,02 grm. pilok. 500 grm. potu. Już z tego wynika, że wogóle pilokarpin jest dzielniejszym środkiem napotnym aniżeli naślinnym.

Działanie napotne pilokarpinu jest prawie stałym, jak o tém zgodnie wspominają wszyscy autorowie. W naszych przypadkach po dawce 0,01 grm. tylko raz nie było ani potów ani ślinienia, po dawce 0,02 grm. raz tylko (dośw. 17-te) poty były bardzo skąpe, ślinienie zaś obfite. Szczegół ten tém bardziej zadziwia, że u tego samego osobnika, po dawce mniejszej ilość potu przeważała nad ilością sliny, a po dawce tej samej w późniejszych doświadczeniach działanie napotne przeważało nad naślinnym.

Skłonność do obfitego pocenia się pod wpływem pilokarpinu nie zupełnie zależy od skłonności do pocenia się wogóle. Przekonywa o tém przypadek moczówki cukrowej (dośw. 20-te), gdzie skóra była sucha i nie dała się

pobudzić do potów zapomocą kąpeli, a po pilokarpinie nastąpiły poty w tak znacznej ilości, jakiej nie zauważano u innych chorych ze skórą do potów skłonną.

Opierając się na własnych doświadczeniach zaprzeczyć musimy zdaniu KERCÉA'GO, jakoby działanie napotne występowało częściej przy zastosowaniu dawek małych; przeczy temu także spostrzeżenie WEBERA, gdzie po dawce 0.005 grm. pilok. powstało tylko ślinienie. Powtórnych potów, o jakich wspominają ROZENKRANZ i LÖSCH nigdy nie zauważaliśmy, jak niemniej nie spostrzegaliśmy, by w miarę częstszego używania pilokarpinu zmniejszało się jego działanie napotne i naślinne.

Pot oddziaływał zawsze kwaśno.

#### IV.

#### Wpływ na inne wydzieliny.

Łzawienie—w naszych przypadkach było objawem stałym, podobnie jak w przypadkach dostrzeganych przez CHALLANDA i RABOWA, JURASZA, FRONMÜLLERA, LÖSCHA, BARDENHEWERA i LEYDENA, podczas gdy CURSCHMANN widział łzawienie tylko u połowy osób. W jednym przypadku (dośw. 34), w kilka minut po podaniu leku, łzy zaczęły płynąć strumieniem. Łzawienie ustaje po 15–20 minutach.

Zwiększenia wydzieliny błony śluzowej nosa nie stwierdziliśmy na pewne; prawdopodobnie cieczenie z nosa pochodzi od spływania łez przez przewody noso-łzowe, jak tego domyśla się także LÖSCH i CURSCHMANN.

Powiększenie ilości śluzu z oddechów zostało w kilku przypadkach niewątpliwie stwierdzoném, zgodnie ze spostrzeżeniami LEYDENA i z doświadczeniami wykonanemi na zwierzętach przez NAWROCKIEGO i MARMÉ'GO. W związku z tém pozostaje prawdopodobnie ka-

s z e l, który zauważyliśmy u trzech chorych, nie okazujących żadnych zmian w narządzie oddechowym. O kaszlu wspomina także LEYDEN, podczas gdy SCHMIDT-RIMPLER u kilku chorych z rozedmą płucową i przewlekłym nieżytem oskrzelowym, z powodu bardzo silnego kaszlu, jaki powstawał po zastosowaniu leku, zaprzestać musiał używania takowego.

Wpływ na ilość i ciężar gatunkowy moczu nie jest znaczny. Wynika to tak z naszych doświadczeń, jakoteż ze spostrzeżeń CURSCHMANN, SCOTTIEGO, JURASZA i BARDENHEWERA. Tylko w jednym przypadku (dośw. 7-me) ciężar gatunkowy moczu, wynoszący przed doświadczeniem 1.011, w godzinę po wstrzyknięciu leku wynosił 1.009, w drugim przypadku w  $\frac{1}{2}$  godz. zmniejszył się o 0.001; w innych przypadkach ciężar gatunkowy nie ulegał znaczniejszym zmianom, ilość moczu zazwyczaj zmniejszała się przez kilka dni po zastosowaniu leku, ażeby potem powiększyć się chwilowo. Dla przykładu przytoczę kilka spostrzeżeń w tym kierunku uskutecznionych:

### Dośw. 21, 22 i 23.

Dnia $\frac{1}{1}$	78. Moczu 1820 cm. sześć;	c. gat, 1022,
$\frac{2}{1}$	„ 1950	„ 1019,
$\frac{3}{1}$	„ 1900	„ 1019,
$\frac{4}{1}$	„ 2000	„ 1010,
$\frac{5}{1}$	„ 2000	„ 1019. Pilokarp. 0.02.
$\frac{6}{1}$	„ 1600	„ 1019. Pilokarp. 0.02.
$\frac{7}{1}$	„ 1600	„ 1018,
$\frac{8}{1}$	„ 1600	„ 1018,
$\frac{9}{1}$	„ 1440	„ 1020,
$\frac{10}{1}$	„ 1660	„ 1022,
$\frac{11}{1}$	„ 2100	„ 1018,
$\frac{12}{1}$	„ 1430	„ 1021. Pilokarp. 0.02.
$\frac{13}{1}$	„ 1500	„ 1020,
$\frac{14}{1}$	„ 1600	„ 1022,
$\frac{15}{1}$	„ 1700	„ 1019,
$\frac{16}{1}$	„ 1820	„ 1018,

Dnia	17/1	78	Moczu	2150	cm. sześć;	c. gat.	1017,
	18/1		„	2020		„	1020,
	19/1		„	1860		„	1021,
	20/1		„	1900		„	1021,
	21/1		„	1850		„	1021.

### Dośw. 24 i 25.

Dnia	16/1	78.	Moczu	1750	cm. sześć;	e. gat.	1022,
	17/1		„	1700		„	1022,

o godz. 6-jej wiecz. wstrzyknięto 0.02 grm. pilok Mocz oddany po 30 i po 45 minutach okazywał ciężar gat. 1021, podczas gdy bezpośrednio przed doświadczeniem wynosił 1022.

Dnia	19/1	78.	Moczu	1650	cm. sześć;	c. gat.	1022,
	18/1		„	1750		„	1023,
	20/1		„	1670		„	1023,
	21/1		„	1600		„	1023,
	22/1		„	2050		„	1021;

o godz. 6-jej wiecz. wstrzyknięto 0.02 grm. leku, mocz oddany po 20-tu minutach okazywał ten sam c. gat. co przed doświadczeniem.

Dnia	23/1	78.	Moczu	1325	cm. sześć;	c. gat.	1021,
	24/1		„	1400		„	1022,
	25/1		„	1925		„	1021,
	25/1		„	1500		„	1024,
	27/1		„	1300		„	1025.

Istniejącego białkomoczu pilokarpin nie powiększa, jakżeśmy się przekonali u kilku chorych z białkomoczem i jak to wykazali także BARDENHEWER i CURSCHMANN.

Bardzo często zauważaliśmy, zgodnie z wszystkimi prawie autorami, parcie na mocz, połączone z paleniem a niekiedy dotkliwym bólem w cewce moczowej i niekiedy z parciem na stolec.

## V.

## Wpływ na ciepłotę ciała.

Rozróżnić tu należy działanie pierwotne i następowe, a mianowicie podniesienie się ciepłoty w pierwszych chwilach działania leku a obniżenie się takowej w dalszym ciągu.

Według LEYDENA początkowe podniesienie się ciepłoty wynosi  $0.1-0.2-0.5^{\circ}\text{C}$ ., według SCOTTIEGO  $0.5-1.0^{\circ}\text{C}$ ., według LÖSCHA kilka dziesiątych; CHĄDZYŃSKI wspomina o małym podwyższaniu się ciepłoty, BARDENHEWER takowego nigdy nie spostrzegął, a JURASZ twierdzi, że ciepłota ciała nie ulega zmianom.

Następowy spadek ciepłoty wynosi według ZAÜBNERA  $0.2-0.7^{\circ}\text{C}$ . i nastaje przed szczytem potów, według BARDENHEWERA  $0.5-0.6^{\circ}\text{C}$ . wśród największych potów, według LÖSCHA  $1^{\circ}\text{C}$ ., według ZIELFWICZA  $0.5-1.8^{\circ}\text{C}$ . a według podania SCOTTIEGO  $0.5-1.0^{\circ}\text{C}$ . w 3-4 godz. i t. p.

Doświadczenia nasze pouczają, że pierwotne podnoszenie się ciepłoty nie należy do stałych objawów, gdyż przydarza się zaledwie w połowie przypadków, i wynosi tylko  $0.1-0.3-0.4^{\circ}\text{C}$ . Nastaje ono w 10-40 minut po zastrzyknięciu leku. Natomiast obniżanie się ciepłoty wprost lub po poprzedniem chwilowem wzniesieniu się takowej należy do objawów stałych, dochodzi do szczytu swego w czasie od 25 minut do 2 godzin i wynosi od  $0.2^{\circ}$  do  $1.2^{\circ}\text{C}$ . Stan gorączkowy nie usposabia do stosunkowo większego spadku ciepłoty, ale zarówno nie chroni od pierwotnego wzniesienia się takowej. Niekiedy zauważa się najpierw obniżenie ciepłoty, następnie chwilowe podniesienie się takowej i powtórne trwałe zmniejszanie się. Dla lepszego uwidocznienia przytoczę kilka przykładów:

**Doświadczenie 1.**

Godz. 9		Ciepl. 37.7 <sup>0</sup> C. (w odbytncy).
„ 10		„ 37.7 <sup>0</sup> „ — 0.01 grm. pilokarp.
„ 10 min. 7		„ 37.7 <sup>0</sup> „ — obfite ślinienie.
„ „ 15		„ 37.6 <sup>0</sup> „ — poty, łzawienie.
„ „ 20		„ 37.5 <sup>0</sup> „
„ „ 30		„ 37.3 <sup>0</sup> „
„ „ 40		„ 37.3 <sup>0</sup> „ — poty się zmniejszają.
„ „ 50		„ 37.3 <sup>0</sup> „
„ 11		„ 37,0 <sup>0</sup> „ — poty i ślinienie ustąpiły.

**Doświadczenie 2.**

Godz. 4 pop.		Ciepl. 38.4 <sup>0</sup> C. — 0.01 pilokarp.
„ 4 min. 10		„ 88.5 <sup>0</sup> „ — W 7 min. ślinienie i łzawienie.
„ „ 20		„ 38.6 <sup>0</sup> „ — w 10 min. nudności, w 15 m. poty.
„ „ 30		„ 38.5 <sup>0</sup> „ — Największe poty i ślinienie.
„ „ 40		„ 38.3 <sup>0</sup> „
„ „ 50		„ 38.3 <sup>0</sup> „
„ 5		„ 38.1 <sup>0</sup> „ — Poty ustały, w 1/2 godz. potem
„ 6		„ 37.8 <sup>0</sup> „ — ustało ślinienie.

**Doświadczenie 7.**

Godz. 9 min. 30		Ciepl. 37.5 <sup>0</sup> C. (w odbytncy).
„ „ 35		„ 37.5 <sup>0</sup> „ — 0.02 pilokarp.
„ 10		„ 37.2 <sup>0</sup> „
„ „ 30		„ 36.7 <sup>0</sup> „ — wymioty.
„ 11		„ 36.5 <sup>0</sup> „
„ „ 30		„ 36.3 <sup>0</sup> „
„ 12		„ 36.5 <sup>0</sup> „
„ 3		„ 36.7 <sup>0</sup> „
„ 5		„ 37.1 <sup>0</sup> „
„ 6		„ 37.2 <sup>0</sup> „

**Doświadczenie 19.**

Godz. 3		Ciepl. 37.5 <sup>0</sup> C. — (w odbytncy).
„ 3 min. 10		„ 37.6 <sup>0</sup> „
„ „ 20		„ 37.6 <sup>0</sup> „
„ „ 30		„ 37.7 <sup>0</sup> „
„ „ 40		„ 37.8 <sup>0</sup> „

Godz. 3 min. 50	Ciepl. 37.9 <sup>0</sup> C.	
„ 4 —	„ 37.9 <sup>0</sup> „	— 0.02 pilokarpinu.
„ „ 10	„ 37.8 <sup>0</sup> „	
„ „ 20	„ 37.6 <sup>0</sup> „	
„ „ 30	„ 37.5 <sup>0</sup> „	
„ „ 40	„ 37.4 <sup>0</sup> „	
„ „ 50	„ 37.4 <sup>0</sup> „	
„ 5 —	„ 37.4 <sup>0</sup> „	
„ „ 10	„ 37.5 <sup>0</sup> „	
„ „ 20	„ 37.5 <sup>0</sup> „	
„ „ 30	„ 37.6 <sup>0</sup> „	

Jak ważną jest rzeczą znać dokładnie dobowe wahania ciepłoty, by mógł dokładnie ocenić wpływ pilokarpinu na ciepłotę, udowodni następujący przypadek, dotyczący chorąg z chorobą Basedowa.

### Doświadczenie 13.

Dnia 13/11 78 roku.		Dnia 14/11 77 roku.	
G. 3 m. —	Ciepl. 37.3 <sup>0</sup> C.	—	Ciepl. 37.3 <sup>0</sup> C., tętno 96,
„ 10	„ 37.5 <sup>0</sup> „	—	„ 37.4 <sup>0</sup> „ 94,
„ 20	„ 37.5 <sup>0</sup> „	—	„ 37.4 <sup>0</sup> „ 86,
„ 30	„ 37.5 <sup>0</sup> „	—	„ 37.4 <sup>0</sup> „ 84; 0.02 pilok.
„ 40	„ 37.5 <sup>0</sup> „	—	„ 37.4 <sup>0</sup> „ 130,
„ 50	„ 37.5 <sup>0</sup> „	—	„ 37.2 <sup>0</sup> „ 130; uczucie zimna.
4 —	„ 37.5 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 128,
„ 10	„ 37.4 <sup>0</sup> „	—	„ 37.0 <sup>0</sup> „ 106; bicie serca.
„ 20	„ 37.3 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 120,
„ 30	„ 37.3 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 116; poty ustają.
„ 40	„ 37.2 <sup>0</sup> „	—	„ 37.2 <sup>0</sup> „ 114,
„ 50	„ 37.2 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 116,
5 —	„ 37.2 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 110; ślinienie ustaje.
„ 10	„ 37.1 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 114,
„ 20	„ 37.1 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 100,
„ 30	„ 37,0 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 106,
„ 40	„ 37.1 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 108,
„ 50	„ 37.1 <sup>0</sup> „	—	„ 37.0 <sup>0</sup> „ 96,
6 —	„ 37.1 <sup>0</sup> „	—	„ 37.1 <sup>0</sup> „ 96.



## VI.

## Wpływ na ruchy oddechowe

wcale nie jest stałym. Niekiedy liczba oddechów podczas całego działania leku pozostaje niezmienną, niekiedy oddech się przyspiesza o 4—18 oddechów na minutę, a nastaje to w 7—14 minut po zadziałaniu leku. W 1—2 godzin po wstrzyknięciu leku ruchy oddechowe wolnieją niekiedy o 4—10 na minutę. Niestalność ta w zachowaniu się liczby oddechów jest zapewne przyczyną, dla czego niektórzy autorzy, jak WEBER, BARDENHEWER, LEYDEN i t. d. wcale nie wspominają o zmianach w oddechaniu; tylko SCOTTI nadmienia, że oddech staje się nieregularnym, a FRONMÜLLER czyni wzmiankę o przyspieszeniu ruchów oddechowych.

## VII.

## Wpływ na narząd wzrokowy

przy wstrzykiwaniach podskórnych zwykłych dawek pilokarpinu jest niestały i wogóle podrzędny. Tak samo jak CURSCHMANN i LOSCH nie spostrzegaliśmy w naszych przypadkach wyraźnego zwężenia źrenicy, o którym wspominają FRONMÜLLER, WEBER i SCOTTI. W jednym przypadku zauważał SCHAUTA rozszerzenie źrenic. Badani żalą się dosyć często na zamglenie wzroku i na osłabienie takowego osobliwie w pobliżu.

Po wkropleniu kilku kropli 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu chlorku pilokarpinu do worka spojówkowego, w 5—15 minut zauważyć można zwężenie źrenic, które mniej więcej po 1/2 godzinie dochodzi do największego stopnia, utrzymuje się 3—4 godz., poczem powoli źrenica wraca do stanu prawidłowego. Własność zwężania źrenic jest jednak słabsza, aniżeli ezerynu.

Podobnie jak ezeryn zbliża pilokarpin punkt oddali, lubo nie w tym stopniu. Zmiana w załamaniu wynosić ma podług SCOTTIEGO  $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{36}$  szkła wklęsłego.

## VIII.

### Przypadki dodatkowe i uboczne.

1. Bardzo często, bo przeszło w  $\frac{1}{3}$  przypadków, pojawiają się nudności, które wyjątkowo są tak silne, że zrażają chorych tak, iż ich do częstszego używania leku namówić nie można. Niekiedy przechodzą one w przykre dławienie lub mdłości a niekiedy potęgują się do wymiotów.

2. Wymioty zauważaliśmy w naszych przypadkach tylko trzy razy (w dośw. 7-ém powstały czterokrotne wymioty w  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  godziny po zastosowaniu leku w dawce 0.02 grm., podczas gdy dawka 0.01 grm. nie sprawiła wymiotów; w dośw. 25-ém po 0.02 grm. wystąpiły jednorazowe wymioty, których kilka dni przedtem po téj samej dawce nie było; w dośw. 34-ém prócz kilkakrotnych wymiotów pojawiły się liczne inne i groźne przypadki, o których poniżej będzie mowa).

Niektórzy autorowie odnoszą nudności nastające po pilokarpinie i po jaborandzie do połykania śliny; z jaką słusnością—wkrótce zobaczymy. CHĄDZYŃSKI niesłusznie odnosi takowe do przepełnienia jelit opierając się na jednym przypadku, gdzie po podaniu środka przeczyszczającego użyto u téj samej choréj jeszcze 6 razy pilokarpinu bez wywołania nudności. Co do wymiotów zaprzeczyć możemy zdaniu BARDENHEWERA, jakoby występowały tylko po użyciu nieczystego czerwonego przetworu, również nie zupełnie zgadza się z naszemi doświadczeniami spostrzeżenie LÖSCHA, że wymioty są częstsze u kobiet. Przekonaliśmy się dowodnie, że nudności i wymioty nie są prostem następstwem połykania śliny, gdyż właśnie chorzy,

u których stwierdzono wymioty, wcale nie połykali śliny, a na odwrót w niektórych przypadkach, np. w dośw. 2-ém, gdzie chora uporczywie ślinę połykała, wymiotów wcale nie było. Zgadza się z tém spostrzeżenie EWALDA, który stwierdził u psa wymioty przy braku ślinienia. Najczęściej z wszystkich widział takowe JURASZ (7 razy na 12 przypadków).

3. Z a p a d (*collapsus*), w naszych przypadkach nigdy nie zauważany, przydarzać się ma niekiedy po wymiotach, a nieraz i bez takowych (CURSCHMANN, LÖSCH, SCHMIDT-RIMPLER, LEYDEN).

4. P r a g n i e n i e podczas obfitego potu widzieliśmy tylko raz jeden.

5. B ó l g ł o w y, szum w uszach, zawrót głowy, osłabienie, znużenie, senność zauważyliśmy w kilku przypadkach na szczycie potów lub po ustąpieniu takowych.

6. C z k a w k a, ł k a n i e i

7. O g ó l n e r o z d r a ż n i e n i e przydarzyły się w jednym przypadku.

8. U c z u c i e z i m n a, potęgujące się niekiedy do wyraźnych dreszczów zauważaliśmy u trzech badanych, w dośw. 2-ém po potach, w dośw. 8-ém wśród ustępujących potów, w dośw. 9-ém i 20-ém na szczycie potów, w dośw. 10-ém i 11-ém pośród potów wzmagających się.

9. D r ż e n i a o d n ó g d o l n y c h (MASSMANN) nie zauważaliśmy, zato w jednym przypadku (dośw. 34) wystąpiło drżenie całego ciała, z drgawkami odnóg górnych i dolnych.

10. K r u c z e n i e w b r z u c h u spostrzegaliśmy dwa razy, również dwa razy parcie na stolec, raz oddanie stolca w niezwykłej porze a raz dotkliwe morzysko.

11. B i c i e s e r c a podawali chorzy w dwóch przypadkach. W dośw. 3-ém u chorego ze zwięzieniem lewego ujścia żylnego i arytmia serca wystąpiło takowe w 6 mi-

nut po zażyciu 0.01 grm. pilok. podczas rozpoczynającego się ślinienia; częstość tętna nie uległa jednak żadnej zmianie. W dośw. 13-ém u chorój z chorobą BASEDOWA, której przebieg tętna i ciepłoty powyż przytoczono, bicie serca nastąpiło w 40 minut po zastrzyknięciu leku wśród tętna mniej częstego aniżeli poprzednio. To szczególnie zasługuje na uwagę, że u chorego z arytmia serca w dwóch doświadczeniach arytmia serca znacznie się zmniejszyła, podczas gdy w doświadczeniach FELSENREICHA wykonanych na 9 położnicach, w 3 przypadkach, po 8 minutach wystąpiła arytmia serca, u JURASZA w dośw. 7-ém tętno stało się nieregularnem, a w kilku przypadkach PETRINY, gdzie istniało osłabienie mięśnia sercowego, po leczniczych dawkach pilokarpinu powstała arytmia i alorytmia serca (*pulsus bigeminus, alternans*) obok zwolnienia ruchów sercowych, lub samo zwolnienie takowych przy zupełnie zachowanym rytmie.

## IX.

### Wzajemne zachowanie się pilokarpinu względem atropinu i azotynu amyłowego (*amylnitrit*).

A t r o p i n zachowuje się antagonistycznie względem pilokarpinu. Po równoczesném zastosowaniu obudwu leków zmniejsza się znacznie działanie pilokarpinu lub nawet zupełnie ustaje. I tak np. w doświadczeniu 29-ém, po równoczesném wstrzyknięciu 0.01 grm. pilokarpinu i 0.001 grm. atropinu nastaje mierne przyspieszenie tętna, lekkie łzawienie, ślinienie skąpe od 10—25 minut trwające, uczucia ciepła ani widocznych potów niema; ilość śliny wynosi tylko 30 grm., a strata na wadze skutkiem potu 20 grm. U tego samego indywiduum dawka 0.02 grm. pilok., równocześnie wstrzyknięta z 0.001 grm. atropinu, rozwinęła nieco więcej skutku: po 7-u minutach ślinienie, po 10 min. parcie na mocz, po 15 min. pot na twarzy niezaruszonym

i w dołku podsercowym, reszta ciała sucha; po 25 min. poty i ślinienie znikają; ilość śliny 65 gramów, potu 75 gramów.

Wstrzyknięcie atropinu w chwili, gdy pilokarpin rozwinął na dobre swój wpływ właściwy, przerywa i zmniejsza lub znosi zupełnie działanie takowego. Np. u téj samej chorej, po wstrzyknięciu w ramię prawe 0.02 grm. pilokarpinu nastąpiło po 5 min. ślinienie i uczucie gorąca po całym ciele, po 10 min. pot kroplisty na czole, twarzy i w dołku podsercowym i łzawienie, po 15 min. parcie na mocz, po 25 min. całe ciało mocno spocone a ślinienie znaczne; po wstrzyknięciu 0.001 grm. atropinu już w 5 minut poty mniejsze, po 10 min. ustają poty a po 15 min. i ślinienie.

Tak samo działa atropin ze względu na źrenicę. Źrenica rozszerzona zapomocą atropinu zwęża się niekiedy pod wpływem pilokarpinu wkroplonego do worka spojówkowego; zwężenie to nie jest znaczne i ustępuje po kilku godzinach. Natomiast zwężoną pilokarpinem źrenicę atropin rozszerza prawie równie dzielnie i rychło jak bez poprzedniego zastosowania pilokarpinu.

Według FRONMÜLLERA zbytne działanie pilokarpinu można także poskromić hyosciaminem i akonitynem, a według ZIELEWICZA można zapomocą dodatku morfinu zmniejszyć skutki uboczne pilokarpinu.

SENATOR zwrócił pierwszy uwagę na ważną okoliczność, że azotyn amyłowy znosi skutki uboczne pilokarpinu. W jednym przypadku stwierdziliśmy istotnie ten korzystny wpływ azotynu amyłowego. W dośw. 25-ém, po wstrzyknięciu w podudzie lewe 0.02 grm. pilok. w 8 minut nastąpiło ślinienie i pojawiły się poty, a równocześnie parcie na mocz połączone z dotkliwem paleniem wzdłuż cewki moczowej; po 45 min. poty zaczęły ustępować, a równocześnie wystąpiło osłabienie, nudności i mdłości, połączone z zesinieniem rąk i poblednięciem całej skóry, i wymioty z osłabieniem znaczném. Przypadki te ustąpiły

rychło po podaniu do wziewania kilku kropli azotynu amylowego. Całkiem nieskutecznym okazał się azotyn amylowy w dośw, 34-ém, o którym już poprzednio kilka razy wspomiano:

Marya G. lat 16, z padaczką od 6-go roku życia trwającą. Napady występują nieraz co kilka dni mimo dłuższego zażywania bromku potasu i bromku amonu w wielkich ilościach a w ostatnich czasach atropinu. Lek ostatni zażywała chora od  $\frac{21}{11}$  77, najpierw codziennie 0.002 grm., później po 3 a nareszcie po 4 miligram. Do dnia  $\frac{4}{12}$  1877 r. wyżyła razem 37 miligram. siarkanu atropinu. Odtąd aż do dnia doświadczenia ( $\frac{1}{12}$  77) nie zażywała żadnego leku. W dniu tym, po zastrzyknięciu w ramię lewe 0.02 grm. chiorku pilokarpinu zauważano następujące objawy: W 2 min. uderzenie do głowy, najprzód twarz a następnie całe ciało zaczerwienione, równocześnie zawrót głowy i uczucie tętnienia w głowie; w 4 min. obfite ślinienie; w 6 min. łzawienie, szum w uszach, łkanie, drżenie całego ciała i pojawienie się obfitych potów; w 8—30 min. bez przerwy gwałtowne morzysko w brzuchu (*colica*) z parciem na stolec i mocz, z bólami w cewce moczowej; moczu mało, stolce dwa skąpe i obrzednie; pośród tego wymioty, drgawki kloniczne odnóg dolnych i górnych z zupełnym zachowaniem przytomności, cklivość i niespokój znaczny, — tętno 130 (przed pilokarpinem 90). Azotyn amylowy, wziewany w ilości 3 kropli, nie usunął tych przypadków; wstrzyknięto więc  $\frac{1}{2}$  miligram. atropinu, poczem już w 5 min. ustały wszystkie powyższe przypadki, a pozostało tylko odbijanie, osłabienie i nudności.

### Porównanie działania pilokarpinu z jaborandą.

Porównywując wyniki niniejszych doświadczeń z działaniem jaborandy i opierając się pod tym względem na doświadczeniach klinicznych przez P. SAKOWSKIEGO ogłoszonych, przychodzimy do następujących wniosków. Wpływ na narząd krążenia jest po pilokarpinie silniejszy. Chorzy doznają po jaborandzie również uczucia ciepła w twarzy i w ustach (które jednakże jako uczucie suchości opisują); uczucie to rozchodzi się następnie po całym ciele, twarz się zaczerwienia, naczynia krwionośne rozszerzają się, tę-

tno się przyspiesza i nabiera tych samych cech jak po pilokarpinie. Działanie naslinne jaborandy góruje nad wszystkimi innymi objawami, jest stałym, gdyż pojawia się w każdym bez wyjątku przypadku, trwa dłużej niż po pilokarpinie (niekiedy 3—5 godzin). Przyjmując dawkę 0 02 grm. pilokarpinu równą naparowi z 5—6 grm. liści jaborandy (ZAUBNER-CURSCHMANN), otrzymuje się ilość przeciętną i ilość największą śliny, które przewyższają znacznie i ość śliny po pilokarpinie. Mniej stałym, a zarazem mniej dzielnym, jest działanie napotne jaborandy, podczas gdy po pilokarpinie obfite pocenie się przeważa nad wszystkimi innymi przypadkami; a ilość potu, w przecięciu większa aniżeli ilość śliny, jest bez porównania większą aniżeli po jaborandzie. Pilokarpin jest więc przeważnie środkiem napotnym, jaboranda zaś środkiem naslinnym. Jaboranda wpływa silniej na narząd moczowy niż pilokarpin, gdyż częściej zauważaliśmy parcie do oddania moczu i zmniejszenie ciężaru gatunkowego. W działaniu na ciepłotę ciała i ruchy oddechowe między obudwu lekami niema znaczniejszej różnicy, tylko kaszel częściej nastaje po jaborandzie niż po pilokarpinie. Ważniejsza różnica zachodzi co do przypadków ubocznych: nudności przydarzają się wprawdzie częściej po jaborandzie, jednakowoż są mniej przykre, a wymioty są bez porównania rzadsze, bólu i gniecienia w dołku podsercowym, zapadu, znaczniejszego upośledzenia apetytu, gwałtownego bólu głowy po pilokarpinie nie zauważyliśmy.

### Wytłumaczenie sposobu działania pilokarpinu.

Nie ulega wątpliwości, że pierwszym objawem działania zwykłych leczniczych dawek pilokarpinu jest przyspieszenie tętna i rozszerzenie naczyń, występujące w postaci zaczerwienienia skóry, rozszerzenia widocznych tętnic i żył, nastrzykania spojówek i błony śluzowej jamy ustnej

i rozszerzenie naczyń siatkówkowych. Wykazuje się to także ze stwierdzonego przez LANGLEYA po jaborandzie rozszerzenia naczyń w pletwie żaby, tudzież z powiększenia się objętości odnóg, które wysledził LEYDEN zapomocą pletysmografu MOSSA. Przyczyna tego rozszerzenia naczyń nie może polegać wyłącznie na zwiększonej energii serca i wzmożeniu przez to parcia krwi na ściany naczyń, albowiem 1) zachowanie się tętnicy sprychowej odpowiada zwiotczeniu naczyń i zmniejszeniu parcia krwi w takich, 2) doświadczenia LEYDENA i FRAENKLA wykonane na psach zapomocą kymografionu, a w części i doświadczenia EWALDA wykazują obniżenie się parcia krwi ościennego, czemu odpowiadają także doświadczenia LANGLEYA z jaborandą i azotanem pilokarpinu, tudzież doświadczenia KAHLERA i SOYKI<sup>1)</sup> z jaborandą; 3) wzmożenie skurczów serca zauważane przez nas, jak niemniej przez TIZZONIE'GO i CHIOCOMMINI'EGO<sup>2)</sup> nie jest tak znacznym, by obok przyspieszenia krążenia mogło wywołać tak znaczne rozszerzenie naczyń; 4) większe dawki zwalniają ruchy serca, obniżając przytém także parcie krwi (LANGLEY, KAHLER, LEYDEN).

Na czém jednak ostatecznie polega rozszerzenie naczyń i przyspieszenie tętna, trudno na pewne orzec, jak wogóle, mimo tylu cennych zdobyczy fizjologii doświadczalnej, trudno wytłumaczyć nie jeden objaw działania leków. Jako przyczynę rozszerzenia naczyń przyjmuje LEYDEN podrażnienie nerwów rozszerzających naczynia. SAKOWSKI a obecnie jeszcze SCOTTI, przypuszczają porażenie włókien nerwu spółczulnego zaopatrujących ściany naczyń, lubo przypuszczeniu temu sprzeciwia się właśnie częstość tętna, jak to przyznaje sam SAKOWSKI. Z powodu więc

<sup>1)</sup> KAHLER u. SOYKA. Ctb. f. med. Wiss. 1876. N. 31 i Arch. für experim. Pathologie VII. 435.

<sup>2)</sup> TIZZONI et CHIOCOMMINI. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1876. I. 446.



przyspieszenia tętna istniejącego równocześnie z rozszerzeniem naczyń i obniżeniem parcia krwi po zadziałaniu małych dawek pilokarpinu z koniecznością przyjąć trzeba zmniejszenie pobudliwości nerwów błędnych, nie rozstrzygając zresztą, co może stanowić ostateczną przyczynę rozszerzenia naczyń. Przyczyna zmniejszonej pobudliwości nerwów błędnych tkwić może w samym zmniejszeniu się parcia krwi, a przypuszczeniu temu odpowiadałoby istotnie spostrzeżenie NAWROCKIEGO <sup>1)</sup>, że obniżenie parcia krwi w naczyniach zmniejsza pobudliwość nerwów błędnych i tym samym przyspiesza ruchy serca. Według tego zapatrywania, które przyjmuje LEYDEN, a w części KAHLER, zmniejszenie pobudliwości nerwów błędnych pod wpływem pilokarpinu nie jest zjawiskiem pierwotnym, lecz tylko następowym, przez zmianę w parciu krwi wywołanym.

Większa część autorów zgadza się, że dopiero większe dawki zadrażniają obwodowe t. j. śródsercowe rozgałęzienia nerwów błędnych (tylko POPOW i NAWROCKI widzieli zadrażnienie takowych po dawkach małych u zwierząt, a PERINA u ludzi). Że wpływ na nerw błędny jest i w tym razie obwodowy, dowodzi między innymi ta okoliczność, że poraziwszy poprzednio atropiną zakończenia nerwów błędnych, nie możemy już pilokarpiną pobudzić czynności serca.

Przed poznaniem czynników pośredniczących wydzielaniu się potu wystarczać mogło przypuszczenie SAKOWSKIEGO i SCOTTIEGO, że jaboranda a względnie pilokarpin wywołuje poty przez porażenie nerwów naczyńczerwonych, lub mniemanie LEYDENA, że rozszerzenie naczyń i większe przesiąknięcie tkanin, obok szczególnego jeszcze podrażnienia narządów wydzielniczych jest przyczyną pocenia się po pilokarpinie. Obecnie zawdzięczamy jednak pracom LUCHSINGERA, OSTROUMOWA a przeważnie NAWRO-

<sup>1)</sup> NAWROCKI, Beitrage zur Anat. und Physiol. als Festgabe für C. LUDWIG. I. 205—221.

CKIEGO bliższą znajomość ośrodków potnych. I tak: według NAWROCKIEGO wspólny ośrodek dla nerwów wydzielniczych potowych znajduje się w rdzeniu przedłużonym (gdzie także ma się znajdować ośrodek dla nerwów wydzielniczych ślinowych); dla przednich kończyn nerwy pośredniczące w wydzielaniu potu wychodzą z rdzenia na wysokości 4-go kręgu grzbietowego, idą do góry w części piersiowej nerwu spółczulnego, przechodzą przez zwój piersiowy pierwszy, skąd udają się do splotu ramieniowego a względnie do nerwu pośrodkowego i łokciowego;—dla tylnych zaś kończyn wychodzą one ze rdzenia pacierzowego na granicy części lędźwiowej i grzbietowej, przebiegają w części brzusznej nerwu spółczulnego i dostają się do nerwu kulszowego. Otóż NAWROCKI, który używał pilokarpinu w celu oznaczenia położenia ośrodka potowego, przekonał się, że pilokarpin jako środek napotny działa obwodowo, gdyż przeciąwszy nerwy kulszowy, pośrodkowy i łokciowy, lub też rdzeń pacierzowy między 9-tym a 3-im kręgiem grzbietowym, przez wstrzykiwanie podskórne chlorku pilokarpinu wywoływał poty, których ponownymi dawkami dopiero na 3-ci lub 4-ty dzień wywołać nie było można. Z doświadczeń tych, prócz niewątpliwie obwodowego działania pilokarpinu na nerwy potowe, wypływa także i to, że nerwy te oddzielone od swego ośrodka, dość rychło, bo na 3-ci lub 4-ty (według LUCHSINGERA na 6-ty) dzień wyrodnieją, nie ulegając już następnie wpływowi pilokarpinu. Na czém opiera MARMÉ twierdzenie, że u zwierząt pilokarpin wywołuje poty tak przez zadrażnienie obwodowe włókien nerwowych potowych, jako też przez zadrażnienie ośrodka potowego, podać nie możemy, nie mogąc rozporządzać rozprawą oryginalną.

Wydzielanie obfite śliny tłumaczył sobie SAKOWSKI porażeniem nerwu spółczulnego, które pociągać za sobą miało dostarczenie gruczołom ślinnym większej ilości krwi, i podrażnieniem struny bębenkowej, które miało być właściwym czynnikiem nasparzającym wydzielanie śliny. Przy

braku w owym czasie doświadczeń w tym celu na zwierzętach wykonanych, trudno sobie było inaczej tłumaczyć tę sprawę. LEYDEN w 3 lata później podobnego używa przypuszczenia, tylko mniej dokładnie takowe określa. Doświadczenia na zwierzętach wykazały jednak, że pilokarpin działa na ślinianki także obwodowo tylko, drażniąc obwodowe zakończenia nerwów wydzielniczych zaopatrujących ślinianki. I tak: dowiódł LANGLEY w r. 1876, że pilokarpin wywołuje większe wydzielanie śliny w śliniance podszczękowej przez działanie na strunę bębenkową, i że działanie to jest obwodowem, gdyż nie słabnie po przecięciu struny bębenkowej. Wywody te stwierdził NAWROCKI a prócz tego dowiódł, że tak samo jak po przecięciu struny bębenkowej trwa ślinienie w śliniance podszczękowej, tak samo utrzymuje się w śliniance przyusznej mimo przecięcia nerwu uszno-skroniowego (*n. auriculo-temporalis*), tudzież, że przecięcie części szyjnej nerwu spólcznego nie przerywa działania pilokarpinu, nakoniec, że atropin znosi do tego stopnia działanie pilokarpinu, że już i wielkie dawki takowego nie mogą wywołać ślinienia. Wobec doświadczeń tych nieprawdopodobnem jest twierdzenie MARMÉGO wyprowadzone z doświadczeń na zwierzętach, że ślinienie jest następstwem zadrażnienia ośrodka ślinowego w rdzeniu przedłużonym.

Co do sposobu w jaki chlorek pilokarpinu wpływa na wydzielanie łez, nic pewnego powiedzieć nie można, gdyż nie mamy dotąd żadnych bezpośrednich pod tym względem doświadczeń na zwierzętach, jak wogóle fizjologia gruczołów łzowych dotąd jest bardzo ciemną. Być może, że pilokarpin, działa na sam nerw łzowy, którego drażnienie w obwodowym końcu prądem elektrycznym u królików, psów i owiec wywoływało łzawienie nawet po podwiązaniu tętnicy dogłowej (HERZENSTEIN<sup>1)</sup>). MARMÉ twierdzi, że

<sup>1)</sup> HERZENSTEIN, Beitrage zur Physiol. und Therapie der Thränenorgane, Berlin 1868.

łzawienie powstaje w części przez zadrażnienie obwodowe nerwów wydzielniczych, w części przez zadrażnienie ośrodkowe, któremu pośredniczyć ma nerw spółczulny.

Parcie na mocz i bóle w cewce moczowej tłumaczy BARDENHEWER przypuszczeniem, że przez nerki wydziela się pewna ilość pilokarpinu, która drażni pęcherz moczowy. SCOTTI wspomina o wpływie pilokarpinu na nerw trzewowy (*n. splanchnicus*), a TYSSON i BRUEN większą ilość moeżu, jaką otrzymywali po jaborandzie, tłumaczą ułatwieniem krążenia w nerkach.

Początkowe podniesienie się ciepłoty ciała tłumaczy SCOTTI rozszerzeniem naczyń, CURSCHMANN nawątem krwi ku obwodowi ciała, a LEYDEN obniżeniem parcia ościennego i przyspieszeniem tętna. Następowe obniżenie się ciepłoty wywodzą wszyscy z ochłodnienia ciała skutkiem parowania potu, LEYDEN prócz tego wspomina jeszcze o osłabieniu jako o przyczynie obniżania się ciepłoty.

Zmiany w ruchach oddechowych, jeśli się znachodzą, zależne są zapewne od zmian w krążeniu.

Kruczenie w brzuchu i parcie na stolec znajduje usprawiedliwienie w doświadczeniach wykonanych na zwierzętach (EWALD, MARMÉ, FEDERSCHMIDT), które wykazały przyspieszenie ruchu robaczkowego jelit.

Przypadki ujemne jak ból głowy, szum w uszach, zawrót głowy, senność, czkawkę, rozdrażnienie, a nawet nudności i wymioty możnaby wytłumaczyć zmianą krążenia śródczaszkowego, a to tém snadniej, że występują one zazwyczaj dopiero wtedy, gdy rozszerzenie naczyń już minęło. W tym tylko rozumieniu skuteczność azotynu amylowego, który jest dzielnym środkiem rozszerzającym naczynia, ma pewną racjonalną podstawę.

### Wskazania lecznicze.

Wypływają one z działania napotnego, mniej z nasłinnego—i przeważnie odnoszą się do puchlin wszelkiego

rodzaju, osobliwie puchlin, które powstały skutkiem wad sercowych, rozedmy płucowej lub chorób nerkowych, do wysięków zapalnych i do chorób, które istotnie powstały skutkiem przeziębienia, lub gdzie przy braku przyczyny zewnętrznej lub nieznanomości właściwej podstawy choroby uciekamy się do przypuszczenia zaziębienia jako przyczyny takowej. Używano więc z pomyślnym skutkiem chlorku pilokarpinu, 1) w chorobach nerkowych ostrych i przewlekłych połączonych z puchliną (CURSCHMANN, JURASZ, MASSMANN, ZAUBNER), 2) w eklampsyi porodowej (PROCHOWNIK), 3) w wadach sercowych z puchlinami, przeciw którym kąpieli jako środka napotnego użyć nie można było (CURSCHMANN, KURZ), 4) w rozedmie płucowej tak w celu zmniejszenia puchliny, jakoteż w celu ułatwienia wykrztuszania (BADT, KURZ, SCOTTI), 5) we wszelkich puchlinach jamy brzusznej, opłucny i osierdzia (BADT, CURSCHMANN), 6) w zapaleniu opłucny (CURSCHMANN, ZAUBNER), 7) w zapaleniu idiopatyczném stawów ostrém i przewlekłém (BADT, CURSCHMANN, JURASZ, CHALLAND i RABOW, ZAUBNER), 8) w nieżytach oskrzelowych suchych (KAHLER), 9) w nieżytach oskrzelowych przewlekłych (CHALLAND i RABOW), 10) w nieżytowém zapaleniu gardła (LEYDEN), 11) w zapaleniu ślinianki przyusznej (KAHLER), 12) w moczówce zwykłej (LAYCOCK, KAHLER), 13) w jednostronném poceniu się (SYDNEY RINGER), 14) w morzysku ołowném (JURASZ), 15) w chorobach ocznych a mianowicie w zmętnieniach ciała szklanego i zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego (FUCHS, WEBER, SCOTTI); w oderwaniu siatkówki (FUCHS), 16) w obrzęku płuc (WEBER).

Jedynę prawie p r z e c i w w s k a z a n i e racyjonalne stanowi znaczne obniżenie parcia ościennego krwi w tętnicach. Ponieważ takowe znajduje się w wadach sercowych stale niekompensowanych skutkiem zwyrodnienia mięśnia sercowego, przeto w przypadkach tych nie godzi się używać pilokarpinu.

W naszych doświadczeniach, które zresztą przedsię-

braliśmy głównie w celu stwierdzenia działania fizjologicznego pilokarpinu, widzieliśmy właściwie tylko wyraźne skutki pomysłne w obudwu przypadkach zapalenia idyopatycznego stawów, gdzie lek nie tylko zmniejszał bóle ale i obrzmienie stawów; jednakowoż wpływ jego był przemijający i trwał zaledwie godzin kilka.

## L i t e r a t u r a .

1. FRONMÜLLER G. sen. Pilocarpinum muriaticum. Memorabilien f. prakt. Aerzte 1876 str. 337. Ref. w Centralblatt f. med. Wiss. 1877 str. 128 i Przegląd lekarski 1877. N. 15.
2. LANGLEY I. N. The action of Jaborandi on the heart. Stud. from the. physiol. Laboratory in the Univ. of Cambridge 1876. II. str. 53. Ref. Cbt. f. m. Wiss. 1877 str. 124.
3. — „ — The action of Pilocarp. on the submaxillary gland of the dog. Journ. of Anat. and Physiol. XI. I. p. 137. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1876. I. str. 446.
4. WEBER A. Ueber die Wirkung des Pilocarp. muriat. Cbt. f. m. Wiss. 1876 N. 44.
5. SYDNEY RINGER and I. S. BURY. The effects of Pilocarp. on two cases of unilateral sweating. Practitioner 1876. Decemb. Ref. Cbt. f. med. Wiss. 1877 str. 776.
6. — „ — Two cases of Belladonna poisoning treated by Jaborandi. Lancet 4. p. 346. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1876. I. 448.
7. CRAIG, Will. Note on Iabor. Edinb. med. Journ. Jan. 1876. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1876 I. 448.
8. SCOTTI C. Ueber die Wirkung des Pilocarpinum mur. Aus der Augenklinik des Dr WEBER in Darmstadt. Berliner Klin. Wochenschrift 1877. N. 11.
9. FRONMÜLLER G. sen. Nochmals das Pilocarpin. Memorab. 1877 str. 206. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1877. I. str. 437.

10. BARDENHEWER E. Ueber Pilocarpinum mur. Aus der med. Abtheilung des Koelner Bürgerhospitals. Berl. Klin. Wochschrft. 1877. Nr. 1.

11. ZAUBNER. Zur Wirkung des Pilocarpinum mur. Bayerisches Intelligenzblatt 1877. N. 8. Ref. Przegląd lekarski 1877. N. 15.

12. CURSCHMANN H. Ueber Pilocarp. mur. Aus dem Berlin. Barackenlazareth. Berl. Klin. Woch. 1877. N. 25.

13. POPOW S. A. Medicinskij Wiestnik 1877. N. 23, 24.

14. LEYDEN E. Ueber die Wirkungen des Pilocarp. mur. Berl. klin. Woch. 1877. N. 27 i 28.

15. JURASZ A. O działaniu chlorku pilokarpinu. Przegląd lekarski 1877. N. 30 i 31.

16. CHALLAND et RABOW. Quelques recherches sur le chlorhydrate de pilocarpine de Merck. Bull. de la soc. med. de la Suisse rom. 1877. N. 2, 3. Ref. Cbt. f. med. Wiss. 1878 N. 3.

17. KERCÉA D. Etude sur le chlorhydrate de pilocarp. Thèse. Paris. 1877. Ref. Virchow-Hirsch Jahresb. 1877. I. str. 437.

18. SOMMERBRODT. Zur Deutung der waehrend der Pilocarpinwirkung entstehenden Pulsbilder. Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med. 1877. N. 41. Ref. Cbt. f. med. Wiss. 1878 str. 297.

19. FEDERSCHMIDT H. Zur Wirkung des Pilocarp. mur. Diss. Erlangen 1877. Ref. Cbt. f. m. Wiss. 1878. str. 300.

20. KURZ E. Eine Beobachtung ueber die Wirkung des Pilocarp. Memorab. 1877. str. 504. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1877. I. str. 437.

21. ROZENKRANZ T. Beitrag zur physiol. Wirkung des Pilocarpinum mur. Deutsche med. Woch. 1877. N. 9.

22. — „ — Contraindication des Pilocarp. mur. Tamże 1877. N. 38. Ref. Medycyna 1877 str. 658.

23. BADT, CURSCHMANN, SENATOR, IZRAEL, LEWIN, EWALD. Dyskusya nad odczytem Leydena. Berl. klin. Woch. 1877. str. 622.

24. RANNEFT. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1877. I. 437.

25. KAHLER O. Ueber die physiol. Wirkung der Jaborandipflanze. Prager med. Wochenschrift. 1877. N. 33, 34. (Także o pilokarpinie).

26. NAWROCKI. F. Kilka słów o działaniu pilocarpinum muriat. na ustrój zwierzęcy. (Z pracowni fizyologicznej uniw. warszawskiego). Medycyna 1878. N. 4 i Cbt. f. med. Wiss. 1878. N. 6.

27. LUCHSINGER B. Die Wirkungen von Pilocarpin und Atropin auf die Schweissdruesen der Katze. Pflügers Archiv. XV.

28. — „ — Nachtraegliche Bemerkungen zur Physiologie der Schweissecretion. Cbt. f. med. Wiss. 1878 N. 9.

29. SCHMIDT-RIMPLER H. Anwendung des Eserin und Pilocarpin in der augenaerztlichen Praxis. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. w Marburgu. Berl. klin. Woch. 1878 str. 355.

30. GAŁĘZOWSKI S. Wpływ pilok. na narząd wzrokowy. Ref. z Gazette des Hôpit. w Przeglądzie lek 1877 str. 541.

31. OSOWICKI. Spostrzeżenia nad działaniem chlorku pilokarp. Przegląd lek. 1878 str. 11.

32. OHMS E. Ueber Pilocarp. mur. St. Petersburger med. Wochschr. 1878. N. 6. Ref. w Cbt. f. med. Wiss. 1878 str. 460.

33. MARMÉ. Experimentelle Beitræge zur Wirkung des Pilocarp. Nachrichten der Koenigl. Gesellschaft d. Wiss. in Goettingen. 1878. N. 3. Ref. Cbt. f. m. Wiss. 1878. str. 460.

34. LÖSCH A. Ueber Pilocarpinum muriaticum. Deutsch. Archiv. f. klin. Medizin. 1878. XXI. str. 259.

35. PETRINA Th. Ueber Pulsverlangsamung und Arythmie nach kleinen Dosen von Pilocarpinum mur. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXI. 416.

36. FÜRBRINGER P. Zur medicamentösen Behand-



lung der Zuckerharnruhr. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXI. str: 502.

37. FUCHS E. Ueber die Verwendung des Pilocarpins in Augenkrankheiten. Wien. med. Woch. 1878. N. 37, 38.

38. ZIELEWICZ Ż. Stosowanie ch. p. w praktyce dziecięcej z pewnemi zmianami przy użyciu. Central-Zeitung f. Kinderheilkunde 1878 N. 14. Ref. Przeg. lek. 1878 N. 23.

Wpływem leku tego na macicę zajmowali się: MASSMANN F., SCHAUTA F., FELSENREICH, FEHLING H., PROCHOWNIK (SCHMIDT's Jahrbücher, Tom 178 str. 272) i CHĄDZYŃSKI I. (Przegląd lek. 1878 N. 25). Ostatni zachwala nadto bardzo pilokarpin w lżejszych przypadkach łuszczycy (*psoriasis*).

Kraków, we Wrześniu 1878 r.

# PARALYSIS PROGRESSIVA.

---

KRYTYCZNY ROZBIÓR  
psychicznych i nerwowych zaburzeń  
przy początkowym rozwoju porażenia postępującego

przez

**Alberta Rosenthala.**

---

(Rozprawa na temat konkursowy wydz. lek. Warsz. Uniw. nagrodzona  
medalem złotym).

---

W s t ę p.

*„Est quoddam prodire tenus, si non  
datur ultra.”*

*Thesis: Paralytin progressivam morbum sui  
generis puto.*

Obrawszy sobie za główne zadanie krytyczny rozbiór psychicznych i nerwowych zaburzeń przy początkowym rozwoju porażenia postępującego, postaram się przeprowadzić go z możliwą dokładnością. Anatomiczny kierunek panujący dziś w patologii, podjęte przezemnie histjologiczne badania zmian zachodzących przy téj chorobie, zmian odnoszących się do już ubiegłej sprawy patologicznej, przerzuciły mnie i w drugą sferę—stworzyły zadanie obja-

snienia zjawisk chorobowych na zasadzie zmian anatomicznych układu nerwowego i to było powodem rozbioru objawów w całym przebiegu choroby. Zjawiska chorobowe psychiczne i nerwowe poddałem szczegółowemu rozbiorowi, przyczem przy każdym z nich, przytoczyłem wyniki własnych spostrzeżeń. Szczególną uwagę zwróciłem na różniczkowe rozpoznanie rozbieganej choroby od różnorodnych spraw patologicznych, choć w części pod względem objawów z nią spowinowaconych.

Spostrzeżenia kliniczne wraz z uwagami epikrytycznymi, załączone przy końcu pracy, tyżące się głównie świeżych wypadków choroby, pomiędzy innymi najdobitniej udowodnią me poglądy na chorobę i różniczkowe jej rozpoznanie w początkowym okresie rozwoju.

Następujące podręczniki i artykuły posłużyły za podstawę niniejszej pracy.

1. CALMEIL. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859.
2. MARCÉ. *Traité des maladies mentales*, 1868.
3. GRIESINGER. *Maladies mentales*, 1874.
4. CHARCOT. *Maladies nerveuses* edit. Bourneville, 1874.
5. JACCOUD. *Pathologie interne (Maladies du système nerveux)*, Paris, 1877.
6. ZIEMSEN. *Handb. d. Spec. Path. u. Th. Nervenkrankheiten I.* Leipzig.
7. LEYDEN. *Klinik der Rückenmarkskrankheiten*, 1874 i 1875.
8. TH. SIMON. *Gehirnerweichung der Irren*, 1873.
9. -- „ — *Beiträge zur Pathologie und Path. Anatomie des Centralnervensystems. Archiv f. Psych.* V. Bd. I. p. 108.
10. SCHÜLE. *Sectionsergebnisse bei Geisteskranken*, 1874.

11. — „ — Beiträge zur Paralyse. Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 32, 1875.

12. KUSSMAUL. Sprachstörungen (Ziemssens Nervenkrankheiten I. Anhang).

13. GALLOPAIN. De la dysphasie dans la Paralyse générale progressive, Annales Med. Psycholog. 1876. Juillet et Septemb.

14. WESTPHAL. Ueber den heutigen Standpunkt der Kenntnisse von der allgem. progress Paralyse der Irren. Epilepti u. Apoplectiforme Anfälle. Archiv f. Psych. 1869 Bd. I.

15. SANDER. Körnchenzellen des Rückenmarks. Arch. f. Psych. Bd. I.

16. — „ — Prämonitorische Symptome d. Prog. Paral. d. Irren. Berl. Klin. Wochensch. 1876. N. 21.

17. MICHÉA. Du délire hypochondriaque chez les dements paralytiques. Gaz. d. Hopitanx 1862. N. 35.

18. GRIESINGER. Ueber Primordial-Delirien. Vortrag 1867. Arch. f. Psych. 1869. Bd. I.

19. NASSE. Das Auge der Paralytiker. Irrenfreund 1876 N. 1 und 2.

20. FLEMMING. Zur Genesis der Wahnsinn-Delirien, Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 30. S. 437.

21. ADLER. Ueber einige Path. Veränderungen an den Hirngefäßen Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. V. I. s. 78.

22. — „ — Ueber einige Path. Veränderungen im Gehirne Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. V. 2. s. 346.

23. P. SAMT. Zur Pathologie der Rinde. Arch. f. Psych. Bd. V. 1.

24. v. LINSTOW. Ueber Geisteskrankheit mit Lähmung in Folge v. Syphilis. Archiv f. Psych. IV. 2. 465.

25. v. RABENAU. Myelitis der Hirnstränge bei Geisteskranken. Archiv f. Psych. III. 3. 697.

26. — „ — Ueber das Verhältniss der Körnchenzell. Myelitis zur Prog. Paralyse. Arch. f. Psych. IV. 2. 316.

27. F. JOLLY. Ueber multiple Hirnsclerose. Arch. f. Psych. III. 3. 711.

28. LUBIMOFF. Studien über die Veränderungen des geweblichen Hirnbaues u. deren Hergang in der Prog. Paralyse d. Irren, Virchow's Archiv. 1874. Bd. 60.

29. — „ — Path. Anatomie der Prog. Paralyse. Archiv. f. Psych, IV. 3. 586.

30. — „ — Beiträge zur Histologie u. Path. Anatomie des Sympathischen Nervensystems. Virch. Archiv. Bd. 61. 24. 145.

31. OBERMEIER. Zur Lehre von der Degeneration d. Rückenmarks bei d. Prog. Paral. d. Irren. Archiv. f. Psych. IV. 1. 184.

32. L. MEYER. Path. Anatomie der Dementia Paralytica. Virch's, Archiv. 58, 2. 291.

33. KRAFFT EBING. Zur differentiellen Diagnostik der Dementia Paralytica. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1866 Bd. 22. s. 204.

34. RIPPING. Cystoide Degeneration der Hirnrinde. Allg. Zeits. f. Psych. 30 Bd. 3. 309.

35. WILLE. Psychosen des Greisenalters. Allg. Zeits. f. Psych. 30 Bd. 269.

36. HOESTERMANN. Ueber secundäre Progress. Paralyse. Allg. Zeits. f. Psych. Bd. 32.

37. ARNDT. Ueber die Adventitia der Hirngefäße u. einige Ernährungsverhältnisse des Gehirns. Allg. Zeits. f. Psych. Bd. 29.

38. MUNK. Zur Physiologie der Grosshirnrinde Berl. Klin. Wochensch. 1877. N. 35.

39. SVETLIN. Ueber Elektrountersuchungsergebnisse bei Prog. Paralyse. Vortrag (Wiener Sitzung 24 Nov. 1876).

40. BONNET et POINCARÉ. Recherches sur l'Anat. Pathologique et la nature de la Paralyse Générale. Paris. 1876. 2-e édition.

41. LUYSS. Le cerveau et ses fonctions. Paris. 1876.

42. MEYNERT. Mechanik des Gehirnbaues. Wien. 1874.

PAM. TOW. LEK. Z. I.

43. A. FOVILLE. Des relations entre la couche corticale du cerveau et les troubles de la motilité dans la Paralyse générale Progressive. Annales Med. Psycholog. Decem. 1876. Janv. 1877.

44. SPIELMAN. Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien. 1861.

45. W. ZENKER. Der willkürlichen Bewegungen Modus u. Mechanik in d. fortsch. Paralyse d. Irren. Allg. Zeits. f. Psych. 27, 673.

46. FREUSBERG. Ueber das Zittern. Arch. f. Psych. VI. 1. 560.

47. W. NASSE. Zur Diagnose u. Prognose der Allg. fortsch. Paralyse. Irrenfreund. 1870. N. 7.

48. WILLE. Die syphilitischen Psychosen. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1872.

49. MOBÉCHE. Quelques considerations sur l'état des yeux etc. Annales Med. Psych. 1874. p. 325.

50. SEIFERT. Motilitätsstörungen der Iris bei Irren, Allg. Zeits. f. Psych. 10 Bd. p. 544.

## Objawy przepowiadnie porażenia postępującego.

---

Porażenie postępujące stanowi chorobę przewlekłą, której początek na kilka niemal lat poprzedza wybuch wybitnych objawów obłąkania. Znajomość więc przepowiadnich objawów tej choroby ma bez zaprzeczenia ogromną praktyczną doniosłość, z jednej bowiem strony pozwala lekarzowi zapobiedz (przynajmniej czasowo) téj strasznej chorobie przez uwolnienie chorego od wszelkich fizycznych i moralnych wysileń,—z drugiej, stwierdzenie wątpliwego stanu zdrowia uchronia chorego, a więcej jeszcze jego rodzinę, od możliwych w tym już okresie mózgowego cierpienia nieszczęść (jak utrata majątku, występki przeciw moralności i t. p.)

Do wczesnych bardzo przepowiadnich objawów tej choroby zaliczyć należy tak zwane bóle wrzekomo reumatyczne (*reumatoide Schmerzen*), które już to jako rwące, już też strzelające, to w jednej to w drugiej kończynie (najczęściej w dolnych), na kilkanaście miesięcy poprzedzają wystąpienie obłąkania. Bóle owe odznaczają się nagłym pojawianiem się i znikaniem; zjawiają się szczególnie często nocą i zwykle połączone bywają z drganiem kończyn. Niemniej jako stały objaw uważać należy ból głowy trwający miesiące a nawet lata. Ból ten występuje w najrozmaitszym stopniu: od uczucia tępego nacisku do najgwałtowniejszego bólu, ciągle lub tylko napadami, czasem wzmagają się pod wpływem ucisku głowy, sprawiając uczucie

pasa założonego na czole. Miejscem bólu nie zawsze jest okolica czołowa, lecz bywa i ciemieniowa lub potylicowa. Ból ten głowy w wielu a podług SANDER'A w  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{12}$  wypadkach porażenia postępującego pojawia się pod postacią migreny. Występuje wtedy ból głowy jednostronny, stopniowo, do najwyższego stopnia natężenia zwiększający się a potem zmniejszający się, pojawiają się mdłości dochodzące do wymiotów oraz silna wrażliwość słuchu i wzroku, potem osłabienie i sen, napady trwają 12—36 godzin, powtarzają się co 3—4 tygodni—słowem widzimy zupełny obraz objawów cechujących zwykły połowiczny ból głowy. SANDER zwraca uwagę na okoliczność, iż migrena, sama przez się nie stanowiąca niebezpiecznego cierpienia, po większej części bywa dziedziczną i właściwą młodemu wiekowi, okresowi dojrzałości płciowej, pojawienie się zaś jej u osoby nerwowo nieusposobionej, szczególnie około 30 roku życia, po ukończonym już rozwoju mózgu, zawsze stanowić może oznakę ciężkiej przypadłości i zwrócić na chorego baczną uwagę lekarza.

Rzadki i ciekawy zarazem objaw przepowiadni stanowi daltonizm czyli ślepotą na barwy, zjawiająca się w tych rzadkich zresztą wypadkach, w których z czasem ma się rozwinąć ślepotą (*amaurosis*). Prócz tego, w tym też okresie bywa zéz (*strabismus*), dwuwzroczność (*diplopia*), niemniej nierówność źrenic. Zwężenie źrenic występuje często na długi bardzo czas przed zaburzeniami psychicznymi i ono zwłaszcza upoważnia nas do niepomysłnego rokowania.

Z zaburzeń ruchowych występują tu często drgawkowe kurczenia mięśni warg i języka, mimowolne ruchy zucia i smakowania (*Kau—u. Schmeckwebegungen*). Objawy te pojawiają się już wtedy, gdy zaburzenia psychiczne są jeszcze o tyle blade i niewyraźne, iż mogą być uchwycone dopiero przy bliższej obserwacji, lub kiedy zaburzenia te przedstawiają wątpliwość co do głębokości cierpienia; w tych to nierzadkich wypadkach ruchy owe drgawkowe



są dostateczne, by wątpliwym objawom psychicznym nadać właściwe ich znaczenie.

Toż samo tyczy się innych zaburzeń ruchowych: kończyn, mowy i głosu. One również występują po większej części jednocześnie, rzadko nieco wcześniej, w innych znowu wypadkach wnet za pojawieniem się nieznacznych jeszcze przypadłości psychicznych i dlatego też znaczenie ich rozpoznawcze i przepowiednie niemniej jest ważnem. Co się tyczy owych zaburzeń ruchowych, to tutaj nie może być mowy o bezwładzie, parizie, lecz zależą one tu jedynie od osłabienia i stopniowej utraty psychicznego czynnika, odgrywającego ważną rolę we wszelkich wyuczonych, skombinowanych ruchach. Jeśli np. weźmiemy pod uwagę sposób, w jaki dziecko uczy się pisać, to zauważymy, iż poświęcać ono musi temu całą uwagę, wszystkie swe umysłowe zdolności a to w celu, ażeby przy kreśleniu każdej linii, uprawić wszystkie potrzebne ku temu mięśnie w odpowiednie położenie lub ruch; dopiero później, gdy ruchy te często już były wykonywane, wyężenie uwagi staje się stopniowo niepotrzebnem a przy pewnym stopniu wykształcenia i przyzwyczajenia zupełnie wreszcie zbytecznem. Nie ulega wątpliwości, iż podobny pierwiastek przyzwyczajenia i pamięci ważną odgrywa rolę przy wszelkich naszych ruchach, bądź to prostych, jak: chód, bądź też przy bardziej skomplikowanych ruchach kończyn i mowie. Pierwiastek ów „psychiczny” pod wpływem chorobliwego stanu nie utracą się odrazu i zupełnie, lecz pomалу tą samą drogą, jaką stopniowo nabytym został. Dlatego też przedewszystkiem widzimy, iż wszelkie delikatniejsze ruchy nie wykonywają się z poprzednią łatwością, choć doprowadzają jeszcze do celu, jeśli chory wyęży na nie całą swą uwagę. Zmiany te w piśmie, członkowaniu (artykulacji) słów, wykonywaniu robót, dotyczących zawodu lub robotach kobiecych i t. p. w przedwstępnym tym okresie o jakim mówimy, wogóle bywają nieznaczne i zauważone li być mogą przez doświadczonego spostrzegacza, zwracającego w tę

stronę swą uwagę. Nieznaczące owe zaburzenia w ruchu, średnio biorąc, rozwijają się równoległe z psychicznymi; właściwie też są one jedynie psychicznej natury, i mają to znaczenie, iż, jak powiedziano już wyżej, pojawiają się wtedy, gdy zaburzenia psychiczne słabo się jeszcze zdradzają lub też niedostatecznie ocenionymi zostają.

Do zjawisk tegoż wczesnego okresu choroby należą tak zwane wrzekomo *padaczkowe stany* (*Epileptoide Zustände*). Nie mamy tu na myśli zjawiających się w dalszym przebiegu choroby napadów apoplektycznych lub epileptycznych, lecz lekkie, często niepostrzeżenie przechodzące chwilowe przypadłości. Chwilowe zapomnienie się, nagłe osłabienie kończyny lub połowy ciała, chwilowa utrata mowy, bezwład języka, przechodnia utrata lub przyćmienie świadomości, powtarzają się często przez długi przeciąg czasu w tym okresie i anamnestycznie dowiedzionymi być mogą.

Z objawów psychicznych, wczesną i zarazem nużącą przypadłość stanowi *bezsenność*. Zdarza się tu, iż osobnik, nie znajdujący się wcale jeszcze w stanie pobudzenia, nie zdradzający żadnych zgoła zaburzeń psychicznych, mało sypia, szczególnie zaś nie jest w stanie zasypiać zajęty myślami zkadinąd zupełnie normalnymi; późno tylko zdoła on zasnąć, nocą znowu przebudza się i długo zmuszonym jest czuwać. Obok bezsenności, choć niezależnie od niej, występuje już na długi czas (od kilku miesięcy do 2 lat) przed wybuchem obłąkania *podwyższona drażliwość*. Ostatnia tyczy się nietylko usposobienia bardziej wtedy gniewliwego, lecz więcej jeszcze czuciowej wrażliwości, szczególnież na szmery, osoby takie nie znoszą zabawy dzieci w tymże pokoju lub hałasu na ulicy. W innych razach bywa tu szczególnego rodzaju *wyczerpywanie się sił* chorych przy zwykłej ich działalności—śród codziennych zajęć przy każdym niemal ruchu odczuwają oni szybkie, niezwykłe znużenie.

Wszystkie przytoczone tu zjawiska stanowią z jednej

strony wyraz podrażnienia układu nerwowego (odśrodkowe bóle wrzekomo reumatyczne, ból głowy, bezsenność), z drugiej osłabienia czynnościowej jego energii, osłabienia tego rodzaju, iż nawet zwykłe warunki życia, częściej zaś chorobliwe nadużycia zdolne są spowodować rozstrój (*dissociatio*) sił nerwowych stanowiących jeszcze całość.

---

## Zaburzenia psychiczne w porażeniu postępującem.

Zaburzenia psychiczne zajmują pierwsze miejsce w rzędzie objawów porażenia postępującego. W samej rzeczy pomimo, iż choroba ta, będąc anatomicznie mniej więcej określoną i zależną od chorobowego porażenia ośrodków nerwowych, mogłaby być zaliczoną w poczet chorób nerwowych,—objawowo zaburzenia psychiczne występują w niej na pierwszy plan do tego stopnia, iż zyskują dla niej poczesne stanowisko w rzędzie chorób umysłowych. Zadziwiająca ta choroba z punktu widzenia psychicznego przedstawia najrozmaitsze zaburzenia, lecz zawsze z cechą głębokiego porażenia sił intelektualnych, co też stanowi jedyną charakterystyczną jej cechę. W samej rzeczy, badania drobnowidzowe, wskazując nam w niej większe natężenie zmian histjologicznych, szczególnie w szarej korowej substancji mózgu, w porównaniu z innymi chorobami umysłowymi, pozwalają jednocześnie spodziewać się głębokiego umysłowego porażenia. Zestawienie nazwy „paraliż postępujący” z nieznacnością objawów paralitycznych, szczególnie w początkach choroby przy znacznych już zaburzeniach psychicznych, nieraz naprowadzały mi myśl, iż jeśli nazwę tę utrzymać dla pierwszego okresu, to chyba w znaczeniu bezwładu intelektualnego.

Z wyjątkiem rzadkich wypadków, w których zaburzenia nerwowe pierwsze zwracają na siebie uwagę, anomalje psychiczne w większości wypadków rozpoczynają scenę

choroby. Trudno przeprowadzić granicę pomiędzy zdrowiem a chorobą paralytyka—choroba zwykle zaczyna się niepostrzeżenie i rozwija stopniowo. Szczególnego zaś znaczenia nabiera owa niejasność początku choroby przy oznaczeniu jej przyczyn; inaczéj mówiąc, niepodobna określić, o ile dane nadużycie lub wybryk poczytywać należy jako przyczynę choroby wywołującą, o ile zaś należy je zaliczyć do pierwszych przejawów stanu chorobnego. Przedwstępny okres choroby, trwający niekiedy lata (zwykle kilka do kilkunastu miesięcy), przejawia się w nieznacznych, lecz stopniowo dokonywających się zmianach charakteru, obyczajów i usposobień z nieznacznem tylko wystąpieniem fałszywych wyobrażeń i złudzeń. Zmiana ta charakteru tyczy się po największej części strony moralnej; idee moralne stojące dotąd na straży myślenia i czynów coraz więcej rozprzegają się, znikają i chory dochodzi do stanu moralnego niezdrowia (*Moral insanity*). Chorzy niewypełniają swych obowiązków, niedbają o swą osobę, obrażają nieraz przyzwoitość i przeto popadają w kolizyją ze społeczeństwem. Obok téj zmiany charakteru i utraty moralnego poczucia, okazują się tu wybitne oznaki psychicznej nieudolności, jak: osłabienie pamięci, szczególnie dla niedawnych faktów, zapominanie się, roztrągnięcie, prócz tego leniwość, słabość oporu przy zwiększonym psychicznem pobudzeniu. Częstokroć rozwija się w przebiegu psychicznej téj nieudolności stan maniakalny egzaltacyi. Chorzy rzucają się wtedy w cały wir śmiałych spekulacyj, kupują, sprzedają, rozdają i znajdują się w bezustannym niepokoju i pobudzeniu; zwykle wzmaga się tu chorobliwie popęd płciowy, prowadzący do domowych i publicznych zająć, a niemniej popęd do nadużyć wysokowych, powodujących różnorodne uszkodzenia ciała, sprawy kryminalne i t. p.; tutaj też odnieść można popęd do kradzieży. Po tym przedwstępnym okresie niemoralnego życia, w którym tylko co opisana egzaltacja stanowi okres przejściowy, pojawia się wy-

bitne pobudzenie manijakalne pod postacią obłądu wielkości.

Obłąd wielkości, od czasów BAYLE'A znajduje się w ścisłym związku z paralizem postępującym. Podług BAYLE'A <sup>1)</sup> stanowi on objaw bezwarunkowy, konieczny i zarazem dostateczny dla rozpoznania téj choroby; konieczny—ponieważ bywa on we wszystkich wypadkach choroby; dostateczny—ponieważ nie jest właściwym żadnej innej chorobie umysłowej; obłąd wielkości stanowi tedy specyficzny, patognomoniczny objaw téj choroby. Jako przeciwnik tego poglądu wystąpił CALMEIL<sup>2)</sup>; odrzuca on wszelką stałość obłądu w p. postępującym; obłąd przedstawia różne postacie u różnych osobników, w różnych okresach, a nawet na początku i w końcu jednego i tego samego okresu. Za jedyny objaw charakterystyczny poczytuje on osłabienie władz umysłowych, ogłupienie. Z ostatniem łączą się różnorodne postacie obłądu a z tych, obłądowi wielkości należy się pierwsze miejsce; u znacznej liczby paralityków ogłupienie zasłoniętem bywa występującemi ideami wielkości, niezależnie od tego trafiają się paralitycy z obłądem treści melancholijnej lub hypochondrycznej, lecz wypadki te są rzadkie a przytem krótkotrwałe i chorzy wkrótce znowu cieszą się wytworzoną w wyobraźni radością. Z innego artykułu tegoż autora (*Dictionnaire en 30 vol. Monomanie. T. XX. p. 139.*) dowiadujemy się, iż rozbierając monomanię (obłąd częściowy) poczytuje ją zgodnie z ESQUIROLEM za częściowy obłąd wesoły w przeciwstawieniu do melancholii, jako częściowego obłądu smutnego. Choć monomania ta, nacechowana nieograniczoną dumą i pychą, często prowadzi do p. postępującego, to jednak jest dużo chorych na monomanię z wybitnemi fałszywemi przekonaniem, u których nie należy się obawiać owéj

<sup>1)</sup> BAYLE. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* Paris. 1826.

<sup>2)</sup> CALMEIL. *De la paralysie chez les aliénés.* Paris. 1826.

kompliakacyi. Monomanija też podług CALMEILA nie ogranicza się sferą wesołego nastroju, lecz po większej części łączy się ze smutnemi melancholijnemi wyobrażeniami. W ostatniem swem dziele CALMEIL <sup>1)</sup>, przeprowadzając też same poglądy, potwierdza je jeszcze tém, iż w ciągu ostatnich 12-u lat przekonał się, iż melancholijna odmiana paraliżu postępującego jest równie częstą jak manijakalna.

Dalszy postęp w kwestyi różnicy obłądu wielkości w paraliżu postępującym i monomanii czyli obłądzie częściowym (*délire partiel*) zawdzięczamy BAILLARGER'owi i FALRET'owi. Ostatni <sup>2)</sup> poświęca jej drugą część swego dzieła. Wskazuje on w ogólności, iż fałszywe przekonania w monomanii rozwijają się postępowo, po pewnym czasie inkubacyi, podczas której chory miał sposobność je zważyć i ocenić; raz przyjęte pozostają one niezmiennymi, porządkują się według pewnego logicznego związku i nakoniec układają się w system, którego zasady pozostają niekniętymi, lecz który dopuszcza jeszcze pewne dopełnienia; wreszcie dosięgają one chronicznego okresu swego istnienia, w którym pozostają one stereotypowemi. Przeciwnie u paralityka—wszystko ulega wpływowi chwili, szereg fałszywych przekonań bywa rozrzuconym, nieuporządkowanym; błędne wyobrażenia bywają niezliczone, zmienne, nie uzasadnione i jedne drugim przeciwne. Z tego wynika, iż psychiczna strona paraliżu postępującego nie przejawia się jedynie w postaci obłądu wielkości (*monomanie de grandeur*), lecz może przedstawić się w postaci wyobrażeń melancholijnych, główny zaś warunek stanowi mniej więcej głębokie ogłupienie; niemniej iż obłąd wielkości nie jest jedynie właściwym paraliżowi postępującemu, lecz cechuje też oddzielną postać psychiczną (*monomanie*), przyczem jednak treść obydwóch tych chorób bardzo się od siebie różni.

1) CALMEIL. *Maladies inflammatoires du cerveau*. 1859.

2) FALRET. *Récherches sur la folie paralytique etc.* 1853.

Dowiedziawszy się tym sposobem o różnokształtności zaburzeń psychicznych w paraliżu postępującym, wracamy się do okresu następującego po okresie przedwstępnym i opiszemy najprzód manijakalną jego odmianę.

Drażliwi i raptowni chorzy przejawiają tu działalność niezgodną z ich życiem poprzedniem. Rozmawiają, piszą, pracują, bezustannie wytwarzają nowe projekty, w niczem nie widząc trudności do urzeczywistnienia; jednocześnie pamięć ich słabiej—zapominają oni o tem, na co się tylko co byli zdecydowali. Chociaż nie noszą na sobie jeszcze piętna obłądu wielkości, wszystkie ich plany zasadzają się na zbyt słabych podstawach i często są niewykonalne. Pobudzenie chorych przejawia się niemniej w ich układzie mięśniowym, chwili nie mogą pozostać na miejscu, czują konieczność bezustannego chodzenia, biegania, wykonywają różnorodne domowe roboty i przytem siły ich nie wyczerpują się. Tutaj znowu rozwija się nienasycony pociąg płciowy, przyczem gotowi są na najnieprzyzwoitsze znalezienie się; u innych występuje niezwykle popęd do napojów wyskokowych, znacznie wzmagający stan ich pobudzenia. Ztąd wynika rozwiązłe i zły przykład dające życie, pełne nadużyć wszelkiego rodzaju i postępów, zwracających na siebie powszechną uwagę. Chorzy opuszczają swe mieszkania, włóczą się po ulicach i polach, rozbierają się i kładą pod gołym niebem i popełniają kradzieże, jakoby z nieuwagi. Potrzeba działalności pobudza ich do różnorodnych spekulacyj,—poprzednio wyrachowani i rozsądni puszczają się na najryzykowniejsze przedsięwzięcia, wprowadzają upiększenia w swych domach, rozdają podarunki i, tracąc tym sposobem ogromne kapitały, stają się też materialnymi bankrutami. Pobudzenie mózgowe, doszedłszy do tego stopnia, przyjmuje postać charakterystycznego obłądu wielkości. Najczęstszymi panującymi wyobrażeniami wielkości bywają pieniądze i bogactwa. Majątek ich nie ma granic,—obliczają go na miliony i miljardy, choć częstokroć zadawalniają się setkami tysięcy, posiadają pałace,



niezmierzone posiadłości; ściany, meble i przedmioty ich otaczające wyrobione są z drogich metali, za najdrobniejszą przysługę obiecują oni niezmiernie wynagrodzenia. Do wyobrażeń bogactwa przyłączają się też wyobrażenia sławy, zaszczytów, potęgi. Mienia się naczelnikami, kardynałami, cesarzami, poczytują się nawet za wyższych genjuszów, nadprzyrodzone siły, w końcu nawet za bogów. Niezmierzone są też ich wspaniałe plany,—urządzają oni np. festyn dla całego świata na stole, mającym 1000 mil długości, lub też chcą stworzyć ludzi na 30 łokci wysokich, wreszcie w stanie są leczyć chorych i wskrzeszać umarłych. Obłąd ten wielkości nie występuje zresztą odrazu, nagle, lecz rozwija się stopniowo—początkowo jest on jeszcze umiarkowanym; biedny robotnik, zapytany o majątek, podwaja swój dzienny zarobek lub dodaje sobie fałszywe źródło dochodu; albo też kupiec, fabrykant, opowiadają o obrotach, przewyższających wprawdzie rzeczywiste, lecz nie przestających być prawdopodobnymi. Z czasem tylko przecenianie dochodzi do stopnia nieprawdopodobienstwa. Jako odmianę obłądu wielkości poczytywać należy stan, w którym chorzy, nie mając błędnych wyobrażeń w właściwym słowa znaczeniu, cieszą się tylko stałym szczęściem i żyją wśród radości i zadowolenia. Wychwalają oni swe poetyckie zdolności, wiadomości naukowe, posiadają ogromną siłę i żelazne zdrowie, twierdzą że nigdy nie czuli się lepiej. Podziwiają oni swą piękną postać, godziny całe spędzają przed lustrem, poprawiając ubranie; twarz ich rozpromieniona, radosna, nadzwyczaj są uprzejmi, z wielką gotowością pokazują swe mieszkanie, meble i najdrobniejsze przedmioty domowe. Obłąd ten, to uczucie radości, często przez cały przebieg choroby trwające, w dziwnym znajduje się przeciwieństwie z fizycznym i duchowym ich upadkiem.

Obłąd wielkości paralityków z samego początku łączy się z objawami ogłupienia (*dementia*). Podczas gdy cierpiący na *monomania ambitiosa* układają swe błędne wy-

obrażenia z pewną zręcznością, czyny swe zastosowują do słów i podtrzymują swe przekonania z pewną logiką i siłą,—paralitycy zdradzają wyobrażenia wielkości nieprawdopodobne, niestałe, różnorodne i jedne drugim przeciwne. Łatwo przekonać się można z ich planów i zachceń, iż pamięć, zdolność rozumowania i zdrowy rozsądek są u nich głęboko nadwerżone; chcą oni np. wybudować złote miasto, każdego, mającego miliard lat, obrać papieżem, stworzyć nowy świat i t. p. Paralityk dziś jest królem, nazajutrz papieżem a trzeciego dnia bogiem; właściwie metamorfoza owa nie potrzebuje dni, lecz odbywa się w ciągu godziny a nawet minuty. Przytem nie nalegają oni na swe zdania a w razie przeciwnienia się im, bez oporu od nich odstępują, na zapytanie opowiadają wypadki swego rzeczywistego i zmyślnego życia, nie oceniając widocznych przytem przeciwnieństw. Zapytani, dlaczego, będąc silnymi i bogatymi, znajdują się w szpitalu, bezmyślnie na to odpowiadają, gdy tymczasem cierpiący na obłąd częściowy ma na pogotowiu cały system objaśnień, logicznie związanych i dowodzących związku jego wysokiego stanowiska społecznego z obecnem uwięzieniem (intrygi familijne, dla których dobitnego przedstawienia wymyśla szczegółowe historyje). Paralitycy nie okazują stałości w przeprowadzaniu swych planów, przeciwnie, w kilka minut objawiają życzenie, wprost poprzedniemu przeciwne.

Lecz prócz opisanéj manijakalnój postaci paraliżu postępującego, która przyznać należy jest najczęstszą,—spostzegają się też wypadki tej choroby, w których na pierwszy plan występuje melancholijne usposobienie chorych. Chorzy poczytują siebie za straconych, zbezczeszczonych, przestępców, skazanych na wieczne uwięzienie lub śmierć pod gilotyną (wyobrażenia prześladowania—*idées de persecution*. Baillarger) i tym sposobem wyradza się u nich myśl o samobójstwie wraz z usiłowaniami spełnienia go; przedstawiają więc całość błędnych wyobrażeń i czynów, cechujących melancholiją. Najciekawszem zaś tu jeszcze jest po-

jawianie się wśród tego smętnego nastroju w nieprawidłowych odstępach czasu wyobrażeń wielkości i bogactwa, szybko przechodzących i również prędko przez chorych zapominanych. Depresyja melancholijna u chorych tych może dojść do najwyższego stopnia (*stupor*), niezdolni do jakiegokolwiek pracy, oniemiałi, odmawiają oni przyjęcia pokarmów i odczuwają swą fizyczną i duchową nieudolność. Wyobrażenia błędne melancholijne niejednokrotnie łączą się z hypochondrycznymi, nadającymi im szczególną cechę. Chorzy znajdują się nietylko w smutnem usposobieniu, lecz odczuwają w sobie ogólne nieokreślone cierpienie, obawiają się śmierci w skutek utraty normalnych funkcji a nawet oddzielnych przyrządów. Nastroj melancholijny, jakoteż hypochondryczny trwać mogą całe miesiące i tylko w późnym okresie choroby przyłączają się do nich wyobrażenia wielkości lub uczucia radosne.

Występujące jednocześnie z nastrojem melancholijnym zaburzenia nerwowe pozwalają już same przez się na przypuszczenie istnienia paraliżu postępującego. Lecz ponieważ melancholija w danym razie stanowi objaw psychiczny głębszego mózgowego cierpienia, zachodzi pytanie, czy nie zawiera ona jakichkolwiek cech, odróżniających ją od zwykłej melancholii? Różnica w tym względzie może być przeprowadzoną. Gdy bowiem w zwykłej melancholii w skutek przegnęzionego psychicznego mechanizmu rozwijają się błędne wyobrażenia, które, układając się w pewien systematyczny związek, stopniowo przeinaczają normalne „ja“ we wszystkich jego kierunkach,—w melancholijnym okresie paraliżu postępującego tego nie zauważamy: chory znajduje się blisko, lub też jest już pod wpływem psychicznego upadku i błędne jego wyobrażenia nie mają dla niego tej przekonywającej i opanywującej siły, ani też tej stałości i związku w wyobraźni, które są tyle zajmującymi i zarazem niebezpiecznymi u melancholika. Dalej, jako cecha odróżniająca służy łatwo stwierdzić się dająca utrata pamięci, w skutek czego niedostateczna reprodukcja prze-

szkadza swobodnému rozwojowi wyobrażeń, odbywającemu się u melancholików z tą samą energiją i całością, co u zdrowych; paralityk nigdy nie nadużywa swego mechanizmu wyobrażeń w tym stopniu, w jakim to czyni melancholik. Różnica pomiędzy melancholikiem a paralitykiem (tegoż nastroju) przejawia się też w sferze uczuć. U paralityka affekty uczuciowe nie są tak pełne życia i nie występują w pełnem natężeniu, przeciwnie u melancholika kierują one świadomością i wszystkie jego czyny są w zupełności od ich wpływu zależne; paralityk może powstrzymać się w pełnem affekcie, a nowa myśl, zwykle wrażenia, przypadkowe wspomnienia mogą mu nadać inny kierunek. Osoba paralityka, nigdy w zupełności nie znajduje się pod wpływem porwy i uprzedmiotowanie jego nigdy nie rozszerza się na jego świadomość i wolę, lecz tylko na niektóre wyobrażenia; tymczasem melancholik w swój zgębionój wyobraźni z konieczności musi nadać afektowi odpowiednią treść w postaci błędnych wyobrażeń. W razie pojawienia się ostatnich, brakuje im u paralityków, prócz należnej systematyczności silnych wymotywowanych porywów; tym ostatnim, jakoteż wymaganiom błędnych wyobrażeń brak znowu szybkiego wykonywania ich treści, jakie widzimy w zwykłej melancholii. Różnice te pokazują jak głębokimi muszą być zmiany, powodujące paraliż postępujący, jeśli zaburzenie psychiczne nie może się w nim przedstawić w pełnym koordynacyjnym związku, w harmonijnym obrazie,—zjawiają się zaś tylko oddzielne ogniwa, świadczące o rospadzie psychicznego obrazu, słowem owego ustrojowego „ja“—niezdolnego tworzyć choćby w fałszywym kierunku. Zresztą zbytecznem jest dodawać, iż nie we wszystkich wypadkach widzimy w jednakowym stopniu ów obraz psychicznego rospadu, przeciwnie bowiem zdarzają się wypadki, w których jedynie doświadczony spostrzegacz przez mgłę melancholii dostrzedz może przygotowujący się upadek władz duchowych.

Z tylko co powiedzianego wynika, iż psychiczna stro-

na paraliżu postępującego przedstawia się po większej części w postaci manijakalnego pobudzenia z obłądem wielkości, rzadziej w postaci melancholijnego nastroju, lecz że w jednym i drugim wypadku zachowuje jedną stałą cechę—jest nią stopniowy rospad psychicznych pierwiastków, przejawiający się w początkach choroby w utracie pamięci i logicznego myślenia a w przebiegu jój w inkoordynacyi tych przejawów psychicznych, jakie nasuwa jój manijakalny lub melancholijny nastrój duszy. W temto właśnie leży istota owego procesu patologicznego; natężeniu zmian anatomicznych powinna odpowiadać głębokość psychicznych i nerwowych zaburzeń. Jasną jest rzeczą, iż paraliż postępujący nie jest zjednoczeniem jakiegokolwiek zбочenia umysłowego, manii lub melancholji z zaburzeniami nerwowemi, lecz chorobą *sui generis*, w której objawy psychiczne nie odpowiadają zupełnym cierpieniom umysłowym, lecz stanowią oddzielne cegiełki tych ostatnich, rozłączone siłą mózgowego cierpienia. Zбочenie umysłowe przedstawia przejawy sił psychicznych wprawdzie nieprawidłowo oddziaływającego mózgu, bądźto z powodu chorobliwego czucia, bądźteż błędnych wyobrażeń—lecz siły psychiczne stanowią jednak jeszcze pewną całość, gdy tym czasem w paraliżu postępującym nie można już dostrzedz owej jedności—głębokie zmiany anatomiczne spowodowały tu dyssojacyją oddzielnych czynników i zjawisk duchowych. Jednocześnie, mówiąc o dwóch postaciach choroby, manijakalnej i melancholijnej, nie przeprowadzam pomiędzy nimi wybitnej granicy; podobnie jak u paralityków niema związku w przejawach jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego, tak też niema stałości w panowaniu pewnej odmiany psychopatycznej i nieraz też miałem sposobność przekonania się o częstej zmienności w tej chorobie nastroju i błędnych wyobrażeń—w odróżnianiu zaś dwóch odmian kierowałem się jedynie zasadą „*a potiori fit denominatio*.“ Zaburzenia nerwowe tę mają doniosłość dla paraliżu postępującego, iż dowodzą dotykalnych (*palpable*) zmian

anatomicznych, któremi spowodowane zostały; też same zmiany anatomiczne w pewnej określonej części mózgu, mianowicie przeważnie w szarej substancji zawojów, stanowią źródło zaburzeń psychicznych noszących na sobie piętno swego istotnie głębokiego, realnego pochodzenia. Ponieważ w skutek pierwotnego powstania procesu chorobnego w szarej substancji zawojów, zmiany chorobne dosięgają w nich najwyższego natężenia, zaburzenia psychiczne występują w tej chorobie na pierwszy plan i przedstawiają się w pełnym rozwoju. Opierając się na swem, choć zbyt krótkotrwałem doświadczeniu, przekonany niemal jestem, iż zaburzenia psychiczne same przez się (w razie braku lub niepełnego jeszcze rozwoju nerwowych zbroczeń) mogą dać nam pewne wskazówki dla rozpoznania paraliżu postępującego,

Jakież są przyczyny zaburzeń psychicznych w paraliżu postępującym? Łatwo zdaje się wytłumaczyć już wcześniej zjawiające się i stopniowo rozwijające się stępienie władz umysłowych z utratą pamięci i logicznego myślenia (*dementia*); podstawą jego proces chorobny, polegający na rozmnożeniu się pierwiastków neuroglii i wtórnym ucisku komórek nerwowych. Pozwala nam on przypóścić rozstrój i przerwanie komunikacyi w wielu przewodach sfery psychicznej, z drugiej zaś strony ustanie czynności w wielu jej ogniskach; stądto zwięzający się wciąż krąg uczuć i z nich powstałych myśli, przytem niezupełnie prawidłowo kombinowanych, stąd wciąż zmniejszająca się zdolność oddziaływania na zwykłe wymagania życiowe. Z powodu „wciąż zwięzającego się zapasu uczuć i myśli“ zmuszony jestem nieco odstąpić od przedmiotu twierdząc, iż nie należy przypuszczać, by pewnym okolicom szarej substancji mózgu właściwemi były pewne określone czynności; umiejscowienia frenologów pozbawione są wszelkiej naukowej podstawy. Doświadczenia nad zwierzętami wykazały, iż uszkodzenie pewnych części szarej substancji nie sprowadza za sobą zaburzenia w oddzielnych władzach duchowych—

lecz albo wszystkie pozostają nietkniętymi, albo wszystkie ulegają przytępieniu, lub wreszcie zależnie od wielkości uszkodzonej części wszystkie gasną (TIGGES). Poglądowi temu nie sprzeciwiają się wypadki utraty pamięci pewnej kategorii nazw lub imion przy ograniczonych uszkodzeniach (rozmiękczenie, wylew), ponieważ pomijając nieściśle konstataowanie podobnych wypadków, zjawiska te napotyka się także i przy ogólnych uszkodzeniach szarej substancji, np. przy *dementia senilis*. Słowem, zdaje się być prawdopodobnem, że nie szczegółowe władze duchowe znajdują się w ścisłym związku z pewnymi ogniskami szarej substancji, lecz że wszystkie one (t. j. władze) zespolone są z całą substancją korową, która to część mózgu we wszystkich swych składowych częściach znajdować się winna jednocześnie i następczo w tylu jakościowo różnych stanach, ile jakościowo różnych czynności psychicznych przejawia się jednocześnie i jedna za drugą. Anatomiczne zmiany pewnej okolicy szarej substancji wprowadzają w czynnościowe zaburzenie całą substancją korową. Pogląd ten ma więc ogólną doniosłość, a dla paraliżu postępującego to ma tylko znaczenie, iż liczba uszkodzonych komórek nerwowych może być ograniczoną, gdy tymczasem zjawiska chorobne w skutem sympatycznego zajęcia reszty substancji korowej mogą obejmować całą sferę duchową i dojść do znacznego natężenia. Pogląd TIGGES'A tyjący się bezzasadności umiejscowienia władz duchowych w zupełności jest słusznym, nie można się też nie zgodzić z nim względem możebności sympatycznego chorobnego zajęcia substancji korowej przy miejscowem jej uszkodzeniu—lecz ostatnie ma zresztą więcej zastosowania przy objaśnieniu zbroceń umysłowych aniżeli paraliżu postępującego, w którym zmiany anatomiczne w większości wypadków rozrzucone są po szarej substancji zawojów i nie ograniczają się do pewnych jej ognisk; dla tego też rzadko mamy tu potrzebę odwoływania się do tego poglądu, z kądninąd bardzo ważnego, przy objaśnieniu anatomicznej pod-

stawy zwykłych zbroczeń umysłowych. Wracając do punktu wyjścia powiemy, iż zmianami anatomicznymi dostatecznie objaśnia się upadek zdolności umysłowych, stopniowo rozwijające się ogłupienie (*dementia*), stanowiące ogólną podstawę paraliżu postępującego.

Daleko już trudniej wytłumaczyć powstawanie innych zaburzeń psychicznych, jakoto: obłądki wielkości, pobudzenia manijakalnego, lub melancholijnego. W okresie przepowiadnym, przejawiającym się w t. zw. niezdrociu moralnem (*moral insanity*), widzimy już oznaki chorobliwego stanu pierwiastków duchowych: uczucia i woli, stanu nie przedstawiającego jeszcze wybitnego obłąkania (gdyż niema tu jeszcze błędnych wyobrażeń ani fałszywych przekonań) lecz powodującego przewrotność moralnych uczuć człowieka i opanowującego jego wolę. W okresie manijakalnym należy przypuścić podwyższone pobudzenie czynności psychicznych; w świadomości odbija się mnóstwo przejawów działalności duchowej, które występując jakoby samowolnie, w samej zaś rzeczy w skutek obfitości podrażnień czuciowych przy wzmożonej odruchowej działalności sfery psychicznej — wyrażają się jedynie w przechodnich pobudzeniach, w niejasnych początkach działania. Mnóstwo cząstkowych ruchowych przejawów sfery psychicznej odbija się w świadomości przyćmionej stanem chorobnym, w postaci niezliczonych uczuć radości i szczęścia; prócz tego, zjawiska zewnętrzne, napotykając nieprawidłowo pobudzony mózg, wywołują w nim też same wrażenia radosne, gdyż ocena świata zewnętrznego znajduje się bezwątpienia w bezpośredniej zależności od stanu naszej duszy; niemniej, nadwyrężona zdolność krytyczna ze strony rozsądku i namysłu (*reflexion*) paralityka nie dopuszcza do jego świadomości wszystkiego, co jest przeciwnem jego wrażeniom radosnym; wreszcie, przytępienie w przyjmowaniu wrażeń zewnętrznych -- wszystko to dozwala świadomości swobodnie rozwijać swe wewnętrzne stany w kierunku dodatnim, w znaczeniu nadzwyczajnego rozwoju sił, co też



wyraża się w uczuciu nadmiernej siły, zdrowia, radości i szczęścia, bystrości procesu myśli i t. p. W jaki zaś sposób powstaje obłąd, majaczenie (*delirium*)? Czy można przypuścić iż obłąd rozwija się z nastroju usposobienia, jako skutek z przyczyny? GRIESINGER zbija to przypuszczenie. Człowiek zdrowy może znajdować się w psychicznem pobudzeniu sto razy silniejszym anizeli nastrój manijaka, lecz pomimo to nie rozwiną się w nim błędne wyobrażenia iż jest królem, bratem Chrystusa, z drugiej znów strony GRIESINGER przytacza wypadki, w których rodzaj obłądu wprost był przeciwnym nastrojowi np. głęboka melancholija oraz wybitny obłąd wielkości. Jesli zaś obłąd i nastrój psychiczny są jednego i tego samego rodzaju—co też bywa najczęściej, to z tego jeszcze nie wynika, by ostatni był przyczyną pierwszego. W początkowym okresie paraliżu postępującego przejawia się taki stan pomyślności, stan na tyle silnych radosnych uczuć, iż chory jakoby niemi upojony może się do nas zwrócić z wykrzykiem: dłużej nie jestem w stanie przetrwać w tak nadmiernem szczęściu, one mnie bezwarunkowo o szaleństwo przyprawił! czy więc z tego nastroju wynikają błędne jego wyobrażenia tego np. rodzaju, kupiłem cały świat, napisałem wszystkie tragedye znane i t. p. GRIESINGER przypuszcza, iż daleko prościej poczytywać uczucia radosne i błędne wyobrażenia jako wyrazy jednego i tego samego stanu psychicznego,—ostatni poczęści przejawia się w słowach (obłąd, bredzenie), po części zaś w stanach ruchu i napięcia (*Bewegungs und Spannungsverhältnisse*) w wyobraźni, nie powodujących tworzenia się myśli, lecz w uczuciach i nastroju psychicznym swój wyraz mających. Doświadczenie uczy, iż nieprawidłowe stany mózgu z początku najpierw wywołują niezwykle stosunki napięcia i ruchu w wyobraźni, które przez chorych jako smętne, depresyjne lub przeciwnie radosne uczucia odczutemi zostają; obok, lecz nie w skutek nich, z tych samych nieprawidłowych stanów mózgu wywiązują się błędne wyobrażenia.

Lecz ostatnie mogą pojawiać się także przy zupełnym braku zmienionego nastroju — majaczenie np. w chorobach ostrych po większej części pozbawione jest wszelkiej nastrojowej (emotywnej) podstawy; kilka dni temu zdarzyło mi się słyszeć u chorego operowanego, u którego rozwinęła się ropnica z ciepłotą 40°, idee wielkości przy braku wszelkiego stanu pobudzenia—zdawało mu się, iż pięć razy jest większym od zwyczajnego człowieka. Oblęd winien tedy być poczytywanym jako stan w zupełności zależny od zaburzenia mózgowego. Podobnie jak zwichnięte komórki mleczu pacierzowego nie są w stanie oddziaływać na wrażenia czuciowe ze zwykłą harmoniją, następuje zaś inkoordynacja (*Tabes*)—tak téż komórki zawojów mózgu, przy nieprawidłowej czynności wywiązują obrazy, słowa, wyobrażenia wszelkiego rodzaju nie odpowiadające rzeczywistości. W jaki zaś sposób wytłumaczyć stałą, niezmienną treść oblędu lub bredzenia? W stanie zatrucia przy *delirium tremens* występuje szczególnego rodzaju jednolite, określone bredzenie (o zwierzętach—*Thierdelirien*). Przyrząd wyobraźni wprowadzony przez jedne i te same przyczyny (zatrucie) w jeden i ten sam proces chorobny, oddziaływa u tysiąca i więcej chorych w ten sposób, iż istotnie tworzą się w nim jednakowe obrazy i wyobrażenia, mniejsza o to czy następuje tu pobudzenie pewnej okolicy komórek nerwowych, albo następuje pobudzenie szczególnego rodzaju lub wreszcie znikają przeszkody dla zwykle ukrytych wyobrażeń. W każdym razie nie można zaprzeczyć analogii pomiędzy stereotypowym oblędem wielkości, prześladowania i t. p. występującymi przy różnorodnych cierpieniach mózgu i wspomnionem majaczeniem opilców (alkoholików). Sfera wyobraźni jest bardzo obszerną; tymczasem w oblędzie obłąkanych przejawiają się tylko pewne, bardziej wybitne, stereotypowe grupy wyobrażeń. GRIESINGER bardzo szczęśliwie widzi analogiją owego stereotypowego ugrupowania w wielu zjawiskach zewnętrznego i wewnętrznego życia. Niektórzy obłąkani otrzymują subiekty-

wne uczucie koloru, najczęściej czerwonego, niekiedy zielonego, gdy tymczasem ilość kolorów jest niezmierną. Przy tymże ogromie kolorów, język narodowy przywłaszczył sobie i używa kilku tylko głównych tonów (czerwony, niebieski, zielony i t. p.), toż samo tyczy się różnorodnych uczuć smaku, dla których istnieje także tylko kilka nazw (słodki, gorzki i t. p.). Życie zewnętrzne dostarcza nam tysiąckrotnie urozmaiconą treść i takąż zmienność naszych wyobrażeń, natomiast w cierpieniach mózgowych występuje tylko ograniczona liczba pobudzeń wyobraźni; pobudzenia te albo wywołują w chorym uczucia strachu, radości, albo też chory w stanie jest wyrazić je za pomocą słów wprawdzie ze sfery jego myśli i zapasu słów, lecz zawsze pozostawając w ciasnym kole i używając pewnych charakterystycznych wyrażen (trucizna, rusztowanie, prześladowanie—potęga, bogactwo). Teraz łatwiej już wytłumaczyć powstawanie obłądu w paraliżu postępującym. Powstawanie tu obłądu wielkości w części może być wytłumaczone stanem manijakalnej egzaltacji, przyćmieniem świadomości i rozsądku (rozmysłu—*reflexion*) nie stawiającymi oporu, samowolnie, pod wpływem mózgowego cierpienia wywiązującym się błędnym wyobrażeniom. Oprócz obłądu wielkości, w paraliżu postępującym przejawia się inny jeszcze rodzaj majaczenia—obłąd melancholijny, będący albo zjawiskiem stałym przeważającym, albo tylko przypadkowym, chwilowym, pojawiającym się w przestankach obłądu wielkości. Tym sposobem związek pomiędzy paraliżem postępującym i obłądem w ogóle jest tego rodzaju, iż chorobie tej towarzyszyć mogą oba wprost sobie przeciwne rodzaje obłądu, to u różnych chorych, to u jednego i tego samego, zmieniając się w peryjodycznych przestankach czasu, a nawet w ciągu godziny lub minuty. Okoliczność ta dowodzi tylko nienormalnego stanu podrażnienia ośrodków psychicznych, podrażnienia nie pozostawającego w pewnym określonym kierunku lecz przerzucającego się z jednego na drugi; w tych to wypadkach ciągłej i nagłej zmiany, podrażnie-

nia niemniej przejawia się kurczowy jakoby charakter paraliżu postępującego.

W miejscu tem nie mogę nie zwrócić uwagi na objaśnienie podane przez MICHÉA <sup>1)</sup>, który rozbierając hypochondryczną odmianę paraliżu postępującego wypowiada kilka odrębnych poglądów, dotyczących się istoty psychicznej choroby. Zaburzenia psychiczne podług niego mogą być spowodowane do zaburzeń w czuciu; a mianowicie: a) utrata świadomości osobistej tożsamości u paralityków jest skutkiem wysokiego stopnia bezbolesności (*analgesia*), b) źródło pojęcia o sobie (*du moi*) nie leży ani w mózgowym przyrządzie indywidualności (podług frenologów), ani w wysileniach mięśniowych, lecz w obwodowym układzie nerwowym, w nerwach ogólnego i szczegółowego czucia; egzaltacja tego czucia nie jest prawdopodobnie obcą pochodzeniu obłądu hypochondrycznego. W samej rzeczy należy się zgodzić z MICHÉA, iż powstawanie obłądu hypochondrycznego, prócz chorobliwej wrażliwości mózgu, trzeba do pewnego stopnia przypisać egzaltacji lub podrażnieniu sfery czuciowej. Niemniej słusznym jest pogląd co do wpływu normalnego stanu nerwów czuciowych na powstawanie pojęcia o sobie; natomiast przypuszczenie, iż utrata świadomości osobistej tożsamości jest skutkiem wysokiego stopnia niebolesności (*analgesia*)-- powinno być nieco inaczej pojmo-  
wanem. Analgezyja stanowi objaw, o istnieniu którego u paralityków w początkowym nawet już okresie łatwo przekonać się można. Lecz według nowszych pojęć ból nie zależy od cierpienia nerwów czuciowych albo szarej substancji mlecza pacierzowego, lecz po-  
czytywać go należy za akt psychiczny, zależny od pewnego stopnia natężenia podrażnienia czuciowego; analgezyja występująca na pierwszy plan w rzędzie zaburzeń czuciowych paraliżu postępującego służy nawet za znakomity dowód

<sup>1)</sup> MICHÉA. Du délire hypochondriaque chez les dements paralytiques. Gaz. des Hopitaux. 1862. N. 85.

słuszności owego umiejscowienia bólu. Analgezyja więc nie jest tu niczem innym, jak wyrazem tegoż samego zaburzenia psychicznego, utraty świadomości, nie zdającej sobie sprawy o jakości i ilości dochodzącego ją podrażnienia czuciowego. Tym sposobem nie można przypuścić, by utrata świadomości osobistej tożsamości była skutkiem analgezyi, mającej swe źródło gdziekolwiek u obwołu,—przeciwnie, jedno i drugie poczytywać należy za wyraz jednego i tego samego zaburzenia psychicznego. Zależność anomalij psychicznych od zaburzeń czucia do pewnego stopnia niewątpliwa, wobec tylko co wypowiedzianych poglądów, znacznie zredukowaną zostaje.

Za okresem manijakalnej egzaltacyi, pojawiającej się napadami wraz z obłędem wielkości, rozwija się stopniowo, już na początku choroby skonstatowane, ogłupienie (*dementia*) dochodzące tu do wyczerpania wszystkich zgoła pierwiastków duchowych. Zaburzenia psychiczne spowodowują tu tak znaczny rospad pierwiastków duchowych nieśczęsnego chorego, iż bez przesady stawiają go na szczeblu istot zwierzęcych. Głębokie ogłupienie niekiedy ukrywa się w skutek rozwiniętej do wysokiego stopnia dysfazyi, w samej zaś rzeczy przyrząd mowy staje się tu zbyt cichym, gdyż prócz kilku oddzielnych słów i myśli (w posuniętych, rozumie się, okresie) dusza ludzka w zupełności tu wygasa. Tutaj właśnie widzimy to znaczne spustoszenie jakie straszna ta choroba spowodowała.

## Zaburzenia w mowie.

---

Zaburzenia w mowie stanowią ważną rozpoznawczą oznakę porażenia postępującego, tembardziej, iż występują już w początkowym jego okresie. Zaburzenia te nie zawsze występują z jednakowem natężeniem, lecz nie ulega wątpliwości, iż w większym lub mniejszym stopniu spotykają się w każdym wypadku porażenia postępującego, będąc niejako wyrazem stopnia natężenia choroby. Doniosłą jest niemniej ta okoliczność, iż pojawiają się one często już w tym początkowym okresie choroby, w którym zaburzenia psychiczne przedstawiają się jeszcze zbyt blado, lub gdy rozpoznanie tych ostatnich pozostaje jeszcze wątpliwem. Jest-to zasługą ESQUIROL'A, iż pierwszy zwrócił uwagę na przepowiednią doniosłość tego objawu w chorobach umysłowych, orzekając: „*L'embarras de la parole est un signe mortel.*“ W zupełności oceniając słuszność tego twierdzenia, wyłączyć jednak muszę te wypadki, w których zaburzenie mowy pojawia się w początku choroby umysłowej u osób osłabionych, wycieńczonych w skutek przebytych chorób, niedokrwistych; zaburzenie bowiem w danym razie jest jedynie wyrazem anemicznego drżenia mięśni języka i warg. Mniej niepomysłne znaczenie ma objaw ten u opilców (alkoholików).

W okresie początkowym zaburzenie mowy dotyczy jedynie osłabienia siły kordynacyjnej mowy, będącej wynikiem ćwiczeń dokonywanych przez poczynającego mówić.

Pogląd ten, dotyczący zależności początkowego zaburzenia mowy od osłabienia czynności psychicznej lub, co lepiej, pamięci koordynacyjnej—zaburzenia, które tu jest jedynie wynikiem utraty psychicznego czynnika w mowie—bezza-przeczenia znajduje poparcie w poglądzie KUSSMAUL'A, który zaburzenia mowy w porażeniu postępującem ściśle łączy z zaburzeniem w koordynacji. W samej rzeczy, zjawiska ruchowej inkoordynacji, jako źródła zaburzeń mowy, są w naszej chorobie niemal widoczne. Obserwując mówiącego paralityka, nie można nie zauważyć wybitnego drżenia mięśni wargowych, twarzy i języka, drżenia, które bądźto poprzedza mowę, bądź też towarzyszy lub występuje po niej. Drżenie to nie jest niczem innym, jak wyrazem niewłaściwej, nieprawidłowej odpowiedzi ze strony mięśni przyrządu mowy na pobudkę (*impuls*) woli; powstaje tu niejednoczesne kurczenie się mięśni potrzebnych dla wytworzenia tego lub innego dźwięku, przyczyna zaś niedostatecznego efektu nie leży w osłabieniu pęczków mięśniowych, przeciwnie, drżenie świadczy o nadmiernych, hyperenergicznych ich skurczeniach, lecz nie tych pęczków, których wspólne działanie powoduje dźwięk, mamy tu do czynienia z inkoordynacją kurczeń mięśniowych, która może być sprowadzona do określenia wargowej i językowej bezcelowości (*ataxia glossolabialis*). Bezcelowość każda oddzielnie powoduje trudne wymawianie odpowiednich dźwięków: językowa — językowych, wargowa — wargowych. Ataksja lub bezcelowość zależy na tém, iż ruch każdy, mający określony kierunek i rozciągłość poprzedza— lub też częścię po nim następuje, cały szereg mimowolnych kurczeń. Przypuśćmy, iż wargi kurczą się dla wypowiedzenia jakiegokolwiek spółgłoski; prawidłowe jednoczesne kurczenie odpowiedniej grupy mięśni nie doprowadzonym zostaje odrazu do celu, lecz poprzedza je skurcz antagonistów, wprowadzających wargi w ruch celowi przeciwny; znowu poczynające się celowe kurczenie może raz jeszcze znaleźć przeszkodę w powtórnym skurczu mięśni przeciw-

wniczych (antagonistów), dopóki zamierzony ruch nie osiąga celu i dana spółgłoska wymówioną nie zostaje, poczem poprzednia gra przeciwnych kurceń, może się jeszcze powtarzać. Zachodzi tu więc nadmierność w kurczeniach mięśniowych, dotycząca ich rozciągłości, siły i szybkości. Wola może tu wywołać kurczenie, nie będąc jednak w możności kierowania i uregulowania czynności mięśniowej. Bezcelowość w kurczeniach mięśniowych sprowadzić można do powtórzenia kurceń w prostym i przeciwnym zamierzonymu ruchowi kierunku. Powtórzenie to kurceń znajduje się w bezpośrednim związku z rozciągłością i szybkością zamierzonego ruchu; bezcelowość tem będzie wybitniejszą, im ruch ten ma większą rozciągłość i szybkość, i dlatego bezcelowość przy wymawianiu spółgłosek daleko jest znaczniejszą aniżeli przy wymawianiu samogłosek. Lecz nie każdemu ruchowi w mechanizmie mowy towarzyszą wybitne powtórzenia; jeśli ruch dowolny jest ograniczonym i nieobszernym, wtedy bezcelowość przejawia się tylko w włókienkowych (*fibrilläre*) drgawkowych kurczeniach, zbyt słabych, by powodować powtórzenie ruchu, lecz niemniej charakterystycznych dla porażenia postępującego. Włókienkowe te kurczenia mięśni warg, twarzy i języka szczególnie właściwymi są pierwszemu okresowi choroby, z początku niedostrzegalne, z czasem występują coraz silniej i wybitniej; potem, po pewnym przeciągu czasu spostrzega się niezupełne wymawianie spółgłoski, innym razem chory przeskaakuje samogłoskę lub ją powtarza, albo też zauważyć można nagle, szybko przechodzące za zatrzymywanie się w mowie, zależne od przeszkody, spowodowanej nagłym skurczem antagonistów. Później chory uczuwa w przyrządzie mowy pewną niezwykłą trudność lub niezręczność i zwraca swą uwagę na mowę, by przezwyciężyć pojawiające się przeszkody,—zład instynktowna walka z mięśniową bezcelowością. Stopniowo chory poszukuje środków, któreby mu ułatwiły poprawę mowy i znajduje je w powolnej mowie i zmniejszeniu rozciągłości ruchów



warg i języka, które przez zbliżenie szczęk osiąga. Dzięki mowie powolnej, paralityk w stanie jest unikać przeskakiwania lub powtarzania głosek, niepełnego wymawiania wyrazu,—powolność, z początku tylko przypadkowa, staje się z czasem stałą. Wreszcie zauważa się tu jeszcze przeciąganie samogłoski przed wygłoszeniem następującej zgłoski,—dzieje się to w celu uwolnienia siebie od powtórzenia poprzedzającej zgłoski i możliwości wprowadzenia przyrzędu mowy w kierunek, niezbędny dla wypowiedzenia następującej zgłoski—znowu tedy instynktowne usiłowanie, skierowane przeciwko bezcelowości.

Jeśli przypomnimy sobie raz jeszcze wszystkie spostrzegane tu zaburzenia mowy: niepełne wygłaszanie zgłoski lub przepuszczanie jej, niepełne lub pełne powtarzanie zgłoski, nagłe zatrzymywanie się przy wypowiadaniu zgłoski, powolność mowy,—to nie można nie przyznać, iż wszystkie one są wynikiem mięśniowych bezcelowości z jednej strony, z drugiej pośredniczenia instynktowych usiłowań, mających na celu usunięcie napotykanych tu przeszkód. Co się tyczy ostatniego względu, to zdarzyło mi się spostrzegać niejedną wypadek poprawy zaburzeń mowy, na drodze instynktowej powstałej i śmiem przypuścić pewien związek tejże z mniemaniami wielkości paralityków i usiłowaniem przedstawienia się w pełni sił fizycznych i duchowych;—lecz w żaden sposób objaw ten nie bywa stałym, przeciwnie, w większości wypadków nie zachowuje się więcej owa instynktowa pomysłowość i walka z zewnętrznymi przeszkodami.

Jeśli zaś teraz dopytywać się będziemy o anatomiczną przyczynę zaburzeń mowy, — to spotkamy się tu z 2-ma wprost sobie przeciwnymi poglądami. KUSSMAUL <sup>1)</sup>, jak już wyżej wspomnieliśmy, odnosi przyczynę zaburzeń mowy w porażeniu postępującem do uszkodzenia ośrodka koor-

<sup>1)</sup> KUSSMAUL. Störungen der Sprache. (ZIEMSSENS. Spec. Path. u. Ther. S. 206. Bd. XII. Anhang.)

dynacyjnego (*Coordinationscentrum*), umiejscawianego przez niego w szarej korowej substancji, tymczasem gdy podkorowe (*infracortical*) przyrzady mowy, ośrodek wytwarzania dźwięków (*Lautcentrum*) w rdzeniu przedłużonym znajdujący się, pozostaje tu nietkniętym. Ośrodek koordynacyjny, podług KUSSMAUL'A wydaje impuls, uderza on, jak się wyraża, klawisze (ośrodek dźwięków), odpowiadające właściwym dźwiękom; uszkodzenie ośrodka koordynacyjnego powoduje nieporządek, bezcelowość w łączeniu dźwięków i zgłosek w słowa, skąd powstaje zaburzenie mowy nazwane przez niego utykaniem zgłosek (*Silbenstolpern*); ostatnie przejawia się w osłabieniu wewnętrznego składu wyrazów i dlatego też oddzielne ich części układają się w nieodpowiednim porządku, przestawiają się, niemniej wsuwają się dźwięki i zgłoski wyrazom nieodpowiednie. Przeciwnie GALLOPAIN <sup>1)</sup>, na zasadzie swych badań histologicznych wnioskuje, iż podstawę anatomiczną zaburzeń mowy stanowią zmiany na dnie 4-jej komórki — zmiany, dotyczące rozrostu tkanki śródmiąższowej (interstycyjalnój) początkowych jąder n. twarzowego (*Facialis*) i podjęzykowego (*Hypoglossus*), wraz z następczem przeistoczeniem i zanikiem komórek nerwowych. Odbywająca się tu przewlekła sprawa zapalna, w początkowym swym okresie spowoduje podrażnienie wspomnianych nerwów, przejawiające się bądźto w mimowolnych kurczeniach odpowiednich (pod wpływem tych nerwów pozostających) mięśni (drżenie), bądź też w niepomiarności, bezcelowości ruchów mięśniowych, przy wymawianiu słów powstających.

Co do poglądu KUSSMAUL'A, trudno się na niego zgodzić już dlatego, iż opisane przez niego zaburzenie mowy (*Silbenstolpern*) zbyt jest wybitnem, nawet przesadzonym, w samej rzeczy w praktyce nigdy lub rzadko tylko bywa spostrzeganem. Natomiast wybitna niepomiarność mięs-

<sup>1)</sup> GALLOPAIN. De la dysphasie dans la paralysie générale progress. Annales. Med. Psych. 1876. Juillet et Septembre.

niowych kurceń, będąca w bezpośrednim związku z mechanizmem mowy, czyni bardzo prawdopodobnem przypuszczenie GALLOPAIN'A co do zapalnego podrażnienia n podjęzykowego i twarzowego, a badania drobnowidzowe, dokonane przez innych badaczy, stwierdzają istnienie tu (na dnie 4-ój komórki) pozostałości sprawy zapalnej. Uznając niezaprzeczoną doniosłość zmian tych dla wyjaśnienia zaburzeń mowy,—nie wyłączam jednakże znaczenia innych czynników, pod wpływem których zaburzenia te powstawać mogą. Na początku niniejszego ustępu wspomniałem już, iż początkowe zaburzenie mowy, jest wynikiem rozstroju (osłabienia) wyuczonej koordynacyjnej siły mowy; owemu to rozstrojowi koordynacyi w mowie nie odejmuję też znaczenia i w dalszym przebiegu choroby; przeciwnie, rozstrój ten staje się coraz wybitniejszym i tym sposobem do pewnego stopnia zbliżam się do poglądu KUSSMAUL'A; prócz tego, uszkodzenie przewodów w skutek zmian chorobowych w białej substancyi mózgu, przejawiające się w nieprawidłowem i niezupełnem (z przeszkodami połączonem) przewodnictwem i oddaniu pobudek (impulsów) psychicznych podkorowemu przyrządowi mowy (*Lautzentrum*) i powodujące tym sposobem nieodpowiednie uderzenia w jego klawisze—niemniej nie może być pominiętem i zgadza się pośrednio z hipotezą KUSSMAUL'A co do umiejscowienia ośrodka koordynacyjnego mowy w szarej korowej substancyi mózgu. Z temi tylko zastrzeżeniami przyjmuję przyczynę zaburzeń mowy w zmianach chorobowych na dnie komórki romboidalnej; istnienia zaś tych zmian już w pierwszym okresie choroby dowodzi coraz więcej rozwijające się w przebiegu choroby osłabienie (*paresis*) mięśni warg i języka, dochodzące w końcu do bezwładu i zupełnej utraty mowy, zależnych od następczego przeistoczenia i zaniku komórek nerwowych na dnie 4-ój komórki—zmian, spowodowanych ubiegłą, na początku choroby poczynającą się, sprawą zapalną. Nadmienię jeszcze tylko, iż pomiędzy początkowemi zaburzeniami mowy i zupełną jej

utrata pojawiają się najróżnorodniejsze zaburzenia jakoto: zająkiwanie się, mowa drgawkowa, niemożność wytwarzania dźwięków (*Stammeln*) — powodujące coraz więcej niezrozumiałą mowę i rozwijające się prawdopodobnie w miarę postępowego rozwoju zmian chorobowych w rdzeniu przedłużonym.

Głos niemniej ulega zmianom już w początkowym okresie choroby; staje się on chropowatym; ochrzypłym, pustym, drżącym a podług DUCHEK'A egofonicznym. Śpiew staje się dysharmonijnym—objaw mogący posłużyć do rozpoznania choroby u śpiewaków. Badania wziernikiem krtańowym pokazały nierównomierne natężenie lub bezruch, nieruchliwość struny głosowej jednej lub obu.

---

## Zaburzenia w przyrządzie wzroku.

---

Zaburzenia tu odnoszące się, jakoto: nierówność źrenic, zmniejszenie kurczliwości tęczówki, nieprawidłowy kształt źrenic, niedoślep (*amblyopia*), ślepotą (*amaurosis*), opadnięcie powieki (*ptosis*), niekiedy wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*)—stanowią bardzo ważne rozpoznawcze objawy porażenia postępującego. Uznając mniejszą lub większą stałość tych, szczególnie dwóch pierwszych objawów a tem samym i przepowiednie ich znaczenie dla traktowanej przez nas choroby, — niemniej opierając się na własnych, choć niezbyt długotrwałych spostrzeżeniach zgodzić się muszę z NASSE w tém, iż nierówność źrenic po większej części wespół z zaburzeniami innerwacyi w sferze nerwów twarzowego i podjęzykowego (wiotkość połowy twarzy, zбочenie języka i języczka) prócz porażenia postępującego właściwą jest i innym postaciom zбочeń umysłowych jak: ogłupienie (*dementia*), manija, melancholija i dla tego też przy rozpoznaniu choroby, nie należy nigdy opierać się li tylko na wspomnionych objawach. Niemniej należy mieć na uwadze, iż wszelkie te zaburzenia ruchowe mogły już istnieć przed wystąpieniem choroby umysłowej i być zależne od przebytej w dzieciństwie wodnej puchliny mózgu (*hydrocephalus*); prócz tego możliwem jest powikłanie choroby przez krwotoczne zapalenie wewnętrznego listka opony twardej (*Pachymeningitis haemorrhagica interna*), które w miarę wylewu i wéssania krwi spowodować może zmien-

ne wahanja w innerwacyi. Lecz z wyjątkiem tylko co przytoczonych rzadkich wypadków, porażeniu postępującej przyznać należy pierwszeństwo w wywoływaniu wspomnianych zaburzeń.

Co się tyczy nierówności źrenic, to na nią pierwszy zwrócił uwagę BAILLARGER, który ją spostrzegał niekiedy na początku, częściej zaś w przebiegu choroby. Inni autorowie spotykali objaw ten to w  $\frac{1}{3}$  to w  $\frac{1}{2}$  wypadków choroby. SEIFERT spostrzegał go w 17-tu z 25-u wypadków; zmiany te były to przechodnie, to stałe; w jednych wypadkach skonstatowano rozszerzenie (*mydriasis*) prawej, w drugich lewej źrenicy, w innych znowu zwężenie źrenic (*myosis*) do wielkości główki od szpilki. SEIFERT po czytuje jednostronne rozszerzenie źrenicy za najczęstsze zjawisko, zwężenie zaś obydwu źrenic za pewniejszy jeszcze przepowiedni objaw porażenia postępującego. Rozszerzenie źrenicy czyni on zależnem od porażenia n. okoruchowego (*n. oculomotorius*), spowodowanego uciskiem wodnej puchliny mózgu (*hydrocephalus*), nowotworów (*Pseudoplasmen*), stwardniałych naczyń. Zwężenia zaś źrenic nie znajduje on charakterystycznem dla okresu pobudzenia, choć możebnem ono jest w tym okresie, częściej zaś spotyka je przy końcu choroby. Powikłanie ostrej mańii zwężeniem źrenic służy jako przepowiednia porażenia postępującego.

Nierówność źrenic skonstatowaną została przez NASSEGO w większej jeszcze liczbie wypadków, na 105 paralityków spostrzegał on ją 100 razy, z téj liczby w 2-ch wypadkach było stałe zwężenie obu źrenic.

Kurczliwość tęczówki u paralityków znacznym ulega zmianom; wyłączając nawet wypadki, w których źrenica znajdując się w maksimum rozszerzenia, niezdolną jest do kurczenia się, w większej liczbie wypadków, słabo rozsze-

1) SEIFERT. Motilitätsstörungen der Iris bei Irren. Allg. Zeits. f. Psych. Bd. 10 p. 544.

rzona źrenica z trudnością tylko rozszerzyć lub zwężyć się jest w stanie. W innéj znowu liczbie wypadków źrenica znajduje się w maksimum zwężenia, nie będąc w stanie rozszerzyć się przy obserwowaniu dalekich przedmiotów. U większości chorych naszych, źrenica traci okrągłą swą postać, natomiast przedstawia najrozmaitsze kształty; źrenica nie zajmuje tu zawsze środka tęczęwki jak to bywa przy jéj rozszerzeniu, skutkiem niejednakowego rozszerzenia we wszystkie strony. Źrenica ulega częstym zmianom u paralityków—z dnia na dzień staje się ona to szerszą, to węższą, lecz nigdy znacznie, a zmiany te podług MOBÉCHE'A <sup>1)</sup> spostrzegane być mogą tylko na początku choroby, nigdy zaś tego nie zauważył, by znacznie rozszerzona źrenica przyjsć miała do stanu prawidłowego, druga zaś w tym czasie się rozszerzyła.

Jakaż jest przyczyna nierówności źrenic? BAILLARGER tłumaczy ją niejednakowem porażeniem obu półkul mózgu, które miałyby się przedewszystkiem odbić na wrażliwéj tęczęwce. Poglądy innych autorów są różnorodne. Jedni za przyczynę rozszerzenia źrenic poczytują porażenie n. *oculomotorii*, drudzy podrażnienie n. sympatycznego, a mianowicie ośrodka rżęskordzeniowego (*c. ciliospinale*), którego włókna przechodzą przez n. sympatyczny, nie przyjmują zaś porażenia okoruchowego, gdyż ostatnie spowodowałoby prócz mydryjazys jeszcze zéz (*strabismus*), dwuwzroczność (*diplopia*) i opuszczenie powiek (*ptosis*)—zjawiska wprawdzie niekiedy napotykJące się, lecz bardzo rzadkie w naszcj chorobie. MOBÉCHE stara się połączyć poprzednie poglądy—rozszerzenie źrenicy spowodowanem jest porażeniem n. okoruchowego w razie obecności i opuszczenia powieki, zézu i t. p., w innych zaś razach jest ono zależnem od przekrwienia i podrażnienia n. sympatycznego. Zwęzenie zaś źrenic jest wynikiem albo kurczu zwieracza

<sup>1)</sup> MOBÉCHE. Quelques considerations sur l'état des yeux. Annales Med. Psych. 1874 p. 325.

źrenicy (*sphincter pupillae*) zasilanego przez gałęzie n. okoruchowego albo téż porażenia rozszerzacza źrenicy (*dilatator pupillae*) znajdującego się pod wpływem gałązek n. sympatycznego. W wypadkach zaś cierpienia siatkówki istnieć może rozszerzenie przy braku wszelkich zaburzeń ze strony wspomnianych gałązek nerwowych—choć najczęściej oba te zaburzenia (siatkówki i gałązek nerwowych) bywają współrzędne, gdyż cierpienie siatkówki odnosi się już do bardziej posuniętego okresu choroby. Innego nieco zdania jest v. LINSTOW—rozszerzenie i niekurczliwość źrenicy zależą od porażenia n. okoruchowego w razie towarzyszącego zézu, opadnięcia powieki i t. p. Przy utracie wrażliwości n. wzrokowego (*opticus*) lub zmętnieniu środków optycznych, źrenica jest również rozszerzoną i nieruchliwą. Wszystkie zaś inne wypadki wymagają innego wyjaśnienia, stanu podrażnienia n. sympatycznego nie przyjmuje on, gdyż wywołało by ono inne jeszcze zaburzenia—przyczyna zdaje mu się najprawdopodobniej leżeć w samym mózgu (przy prawidłowości nerwu okoruchowego, sympatycznego i wzrocznego), który jako chorobowo zmieniony niezdolnym jest pośredniczyć w przewodnictwie odruchów od n. wzrocznego do okoruchowego. Zdanie swe v. LINSTOW opiera na doświadczeniach poczynionych na oczach paralityków—wkraplał on bowiem w oczy z niewrażliwemi na podrażnienie światła źrenicami atropinę, pod wpływem której źrenice rozszerzały się jak w oczach prawidłowych, mając zaś na uwadze iż n. wzrokowy prawidłową miał siłę wzroku, n. zaś okoruchowy w obec braku zézu, opadnięcia powiek i prawidłowej szerokości źrenic również był zdrowym, wyprowadza L. wniosek, iż nieoddziaływanie na podrażnienie światła może być jedynie wytłumaczeniem przerwaniem komunikacji pomiędzy ośrodkowemi włóknami n. wzrokowego i okoruchowego.

U spostrzeganych przezemnie chorych dostatecznie przekonać się mogłem o częstej nierówności średnicy źrenic—nierówność owa nie jest jednak stałą, rozszerzenie



źrenicy zmniejszając się stopniowo wyrównać się może, pojawia się rozszerzenie drugiej źrenicy; w okresie początkowym choroby prawie stałym bywa rozszerzenie jednej, części lewej źrenicy; w jednym tylko (z 12-u w tym celu spostrzeganym wypadków) zauważyłem w początkach choroby obustronne zwężenie źrenic (*myosis*); w innym znowu jedynym wypadku, pomimo niewątpliwych objawów tak psychicznych (obłąd wielkości, poczynające się ogłupienie), jakoteż paralitycznych (zaburzenie mowy, osłabienie i drżenie rąk i t. p.) przemawiających za porażeniem postępującym, źrenice pozostały równymi i prawidłowo na światło oddziaływującymi. Co się tyczy rozszerzenia źrenic w początkach choroby, może ono być wytłumaczone stanem podrażnienia n. sympatycznego, spowodowanego przeniesieniem podrażnienia z szarej korowej substancji mózgu, w której sprawa chorobna najpierw rozwijać się poczynają; rzadko pojawiające się na początku choroby zwężenie odniesionem być winno do podrażnienia n. okoruchowego, mogącego ograniczać się do włókien zawiadujących zwieraczem źrenicy; w ostatnim zaś okresie choroby części napotykanego zwężenia źrenic byłoby wyrazem paralitycznego stanu n. sympatycznego, stanu powodującego liczne zaburzenia w naszej chorobie.

Badania wziernikiem ocznym (oftalmoskopowe) paralityków wprowadzone zostały w życie przez niemieckich psychiatrów: WENDT, WESTPHAL, IEHN. WENDT skonstatował wszystkiego 3 wypadki zaniku n. wzrokowego, z których w 2-ach wypadkach było szare przeistoczenie tylnych pęczków mleczka i *tractus optici*, prócz tego jeszcze zapalenie opony miękkiej podstawy mózgu (*Leptomeningitis basalis*) uciskające n. wzrokowy; analogiczne wypadki zaniku n. wzrokowego w obec *leptomeningitis basalis* opisał SCHÜLE (17-ty, 19-ty i 20-ty wypadek w swoich *Sectionsergebnisse bei Geisteskranken* s. 128—144). Zauważyć tu należy, iż przeistoczenie szare tylnych pęczków oraz zanik n. wzrokowego stanowią zwykle zjawisko przy *tabes dorsualis* — lecz

przy obecnym stanie poglądów powątpiewamy o słuszności przypuszczenia tabetycznej odmiany porażenia postępującego. NASSE, po licznych badaniach wziernikiem ocznym w bardzo niewielu tylko wypadkach spostrzegał zanik n. wzrokowego, zmiany więc w źrenicach bardzo rzadko tylko tą drogą wytłumaczonymi być mogą. WESTPHAL poczytuje badanie wziernikiem ocznym bardziej obiecującym; zauważył on w kilku wypadkach, w początkowym już okresie, zanik tarczy n. wzrokowego—co stwierdza mniemanie autorów francuzkich względem wczesnego tu osłabienia wzroku. W liczbie 34 wypadków W. znalazł 2 wypadki zaniku n. wzrokowego—godnem uwagi jest to, iż obydwaj nie przedstawiali przed badaniem żadnych wybitnych zaburzeń ruchowych; zaburzenie wzroku również nie było znaczne, po śmierci zaś znaleziono zapalenie mleczka ziarniste (*Körnchenzellen myelitis*), n. wzrokowe szare i w stanie zaniku. IEHN na 30 spostrzeganych wypadków skonstatował 2 razy obustronny zanik n. optycznych, 2 razy—jednostronny, w 5-u zaś wypadkach białe zabarwienie wraz ze zwężeniem tętnic tarczy pozwalały przypuścić zanik, choć nie było wybitnych zaburzeń wzroku. Ze spostrzeganych przezemnie wypadków (15), w 3-ch tylko przekonać się mogłem o istniejącym zaniku tarczy n. wzrokowego—z tych 2 wypadki (nieopisane) przedstawiały bardzo posunięty już okres choroby, 3-ci zaś (W.) przedstawia obraz tabetycznej odmiany, albo raczej tabetycznego ogłupienia (*demencia tabica*). W ogóle powiedzieć można, iż chociaż badania wziernikiem nie przedstawiają tymczasem ważnej pomocy przy rozpoznaniu choroby, choć zmiany te (zanik tarczy) są dotąd dość rzadkie i związek ich z mózgowym cierpieniem nie wysłedzony—to przy dokładniejszem opracowaniu naukowej tej metody wziernikowi ocznemu przyjdzie być może, rozjaśnić nam nie jeden szczegół dotyczący rozwijającej się w mózgu sprawy chorobnej. Jako *pendant* do tylko co wypowiedzianego zdania, przytoczę tu jeszcze pogląd LUDWIG'A dotyczący zależności sta-

nu oka zapomocą wziernika określanego i nastroju psychicznego. W 2-ch wypadkach peryjodycznego otępienia (*stupor*), w którym napad poprzedzanym bywał kilku dniami manijakalnego pobudzenia—skonstatował on z nastąpieniem paroksyzmu wciąż wzrastające przekrwienie, przejawiające się we włoskowatym nastrzyku na wewnętrznym i górnym obwodzie n. wzrokowego. Również WENDT przyznaje zmienność w napelnieniu naczyń, idącą w parze ze zmianą spokoju duszy i pobudzenia; w porażeniu postępującem, między innymi w 2-ch wypadkach po napadach apoplektycznych, zauważył W. dość znaczne zmętnienia siatkówki naokoło rozszerzonych żył, zmętnienia, które daleko później po ustąpieniu objawów paralitycznych dopiero zniknęły. Dlatego też bardzo zdaje się być prawdopodobnem, iż też same zaburzenia w krążeniu i odżywianiu, które zachodzą w mózgu przy porażeniu postępującem i w końcu prowadzą do zaniku—dotyczą też n. optycznego i siatkówki; rozumie się, iż przy pewnym stopniu natężenia, zmiany w oku poprzedzać mogą zmiany chorobne mózgu i wcześniej już prowadzić do zaniku.

Co się tyczy zaburzeń samej czynności wzroku, to większość autorów znajdowała je rzadko i tylko w ostatnim okresie choroby. MOBÉCHE twierdzi, iż do podobnego wniosku przyjść tylko można przy powierzchownem badaniu siły wzroku. Dla określenia ostatniej używał on skali drukowanej GIRAUD-TEULON'A (oko prawidłowe czyta Nr. 3 w odległości jednej stopy), ja zaś używałem do tego pisma JÄGER'A. Zamknąwszy jedno oko chorego każemy mu czytać różne numera skali i przekonywamy się tym sposobem o sile wzroku każdego oka i o niejednakowości jej w obu. Chorzy, których źrenice są prawidłowo rozszerzone czytają Nr. 2 i 3 skali, w tych razach niejednakowość siły wzroku w obu oczach jest rzadką, choć możebną. Przy umiarkowanem rozszerzeniu jednej źrenicy t.j. gdy średnica jej waha się pomiędzy 2-m—3-m nie uwidocznia się różnica w sile wzroku; przy znacznem

natomiast rozszerzeniu siła wzroku odpowiedniego oka znacznie jest zmniejszoną. Zwężenie źrenicy zmniejsza podług MOBÉCHE'A siłę wzroku tylko w razie niekurczliwości tęczęwki. Osłabienie siły wzroku przy rozszerzeniu źrenicy nie jest w związku z cierpieniem siatkówki (MOBÉCHE); chorzy ze znacznem rozszerzeniem źrenic, które przy oświetleniu już więcej nie zmienia się, znajdują się w tem samym położeniu, co osoby ze sztucznem rozszerzeniem źrenic zapomocą atropiny: widzenie blizkich przedmiotów jest u nich zamglonem, niezmienionem zaś widzenie odległych przedmiotów. Głębsze zaburzenia wzroku, jak: niedoślep (*amblyopia*), ślepotą (*amaurosis*) nie należą do częstych objawów choroby. Z drugiej zaś strony ściśle badanie przy zasłonięciu drugiego oka mogłoby wskazywać niedoślep w tych razach, w których chory ukrywa go używając drugiego oka. Zupełna ślepotą obu oczu należy do rzadkości—MOBÉCHE wie tylko o 3-ch podobnych wypadkach, pojawia się ona nie tyle w końcu, ile w przebiegu choroby. ACH. FOVILLE spostrzegał wypadki, w których porażenie postępujące na mniej więcej długi czas poprzedzały ślepotą lub porażenie n. okoruchowego; nazywa on te wypadki „*paralysies par propagation*“ (porażenia w skutek rozszerzenia procesu); toż samo przyznaje SIMON dla niedoślepu (*amblyopia*), zaś L. TÜRCK objaśnia ostatni, nierzadką a nawet stałą (DUCHEK) wodną puchliną komórek mózgowych (*ventriculi*) a w skutek tego powstałym rozstąpieniem się wzgóreków wzrocznych a zatem uciskiem *tractuum optico-choroideum*. Zaburzenie wzroku przejawiające się w czytaniu stanowi bardziej skomplikowany akt psychiczny; składa się na niego kilka czynników. Osnową czytania jest prawidłowa percepcyja podrażnień świetlnych (liter i słów), świadoma ich ocena i przesłanie przyrządowi mowy—zachodzi tedy pytanie, który z czynników tych uszkodzonym jest w obec zbroczeń w czytaniu zauważanych u paralityków. Paralityk przepuszcza litery, zgłoski, przeskakuje wyrazy i wiersze, przeinacza

samogłoski i zgłoski, wstawia obce zupełnie wyrazy — słowem spostrzegają się tu najrozmaitsze nieprawidłowości. Przynajmniej nawet prawidłowość przyrzędu wzroku i mowy, w niedostateczności lub zaburzeniu świadomiej ich oceny mamy dość danych dla wyjaśnienia spostrzeganych tu zaburzeń. Chory widzi litery, zgłoski, wyrazy, lecz nie jest w stanie zdać sobie z nich sprawy, świadomie je ocenić, — nie ma tu miejsca ślepoty fizycznej, lecz jakoby psychiczna (*Seelenblindheit*); nie oceniając i nie pojmując słów błędnie pobudza przyrząd mowy, ztąd też nieprawidłowa koordynacja zgłosek i wyrazów a obok istniejąca głuchota psychiczna (*Seelentaubheit*) nie pozwala mu ocenić tych błędów w zestawieniu słów i myśli, które odrazu zwracają uwagę zdrowego i powołują go do poprawy. U paralityków więc spotykamy się z temiż samemi psychicznemi zaburzeniami zmysłów (*Seelenblindheit u. Taubheit*), jakie MUNK<sup>1)</sup> drogą doświadczalną wywoływał u zwierząt przy wycinaniu części szarej korowej substancji w tylniej połowie półkul. Na psychicznej tej głuchocie zasadza się prawdopodobnie pewna część inkoordynacji mowy.

---

<sup>1)</sup> MUNK. Zur Physiologie der Grosshirnrinde. Berl. Klin. Wochens. 1877. N. 35.

## Zaburzenia ruchowe.

---

Zaburzenia te stanowią również stały, charakterystyczny objaw porażenia postępującego—zachodzi tylko różnica co do ich natężenia i okresu wystąpienia. Gdy w niektórych razach zaburzenia te poprzedzają zбочenia psychiczne,—co zresztą właściwem jest tylko postaci tabetycznej,—najczęściej występują one jednocześnie, niekiedy nawet po wystąpieniu zaburzeń psychicznych. Natężenie zaburzeń tych ulega pewnym wahaniom—w jednym razie przejawiają się one zbyt słabo, w drugim zajmują one w rzędzie objawów pierwsze miejsce. Porażenie postępujące przejawia się w postępującem osłabieniu sił i zdolności w sferze ruchowej, przyczem przedstawia najrozmaitsze zjawiska zwichniętej równowagi przy wykonywaniu oddzielnych ruchów. Oddzielne mięśnie i grupy mięśniowe przyrzędu ruchowego w porażeniu postępującem nie znajdują się wszystkie pod wpływem jednakosilnej i równoczesnej innerwacji, która przejawiając się w niestałych, przepuszczających impulsach ruchu powoduje oscyllujące kureczenia mięśni i kończyn; prócz tego impulsy te zbaczają tu w sfery mięśniowe, nieprowadzące do zamierzonego celu i dają tym sposobem początek zaburzenie wzmagającym spółruchom (*Mitbewegungen*). W obec rozwijającego się zwyrodnienia układu nerwowego występują wszystkie te burzące prawidłową czynność ruchową czynniki, wraz z postępującem osłabieniem mięśni.

W początkowym już okresie choroby niknie powoli sprężystość, delikatność i dokładność ruchów — chory przybiera chód starca lub wykonywa ruchy jak robotnik, który w skutek ciężkiej pracy utracił delikatność w ruchach; występujące tu ciężkość i niezdarność ruchów stanowią początek innych ruchowych zaburzeń. Ostatnie, rozwijając się wciąż dzięki postępującym zmianom degeneracyjnym mlecza i polegając głównie na bezmiarowości innerwacyi, stopniowo paraliżują prawidłowość i celowość ruchów. Celem wyrównania tych zaburzeń i nadania machinie swój względnej użyteczności, paralitycy przy chodzeniu lub staniu instynktownie wybierają sobie najrozmaitsze postawy, zastosowane do każdego oddzielnego wypadku i czasowo zmieniające się — wszystkie one mają na celu pewność ruchów przy utracie siły i czasu.

## I.

## Zboczenia chodu.

Najczęstszą spostrzeganą u paralityków odmianą chodu — jest tak zwany chód ciężki, drewniany, przy którym stawy kolanowe prawie lub wcale nie zginają się, tułów zgięty ku tyłowi, kroki krótkie, palce u stóp skierowane ku zewnątrz i pięty stawiają się wprzód aniżeli palce. Drugą odmianą jest chód paralityczny — kolana silnie są zgięte i przy chodzeniu nieznacznie tylko wyciągają się, tułów skierowany ku przodowi, kończyny zaledwie się podnosząc przenoszą się po ziemi. Nie będąc w stanie przedstawić tu wszystkich innych różnorodnych odmian chodu, jakie opisał ZENKER<sup>1)</sup> w swój specjalnej monografii, zadowolnię się tylko przytoczeniem głównych, jakoby typowych. U większej części paralityków zauważył on postawę skierowaną ku przodowi, mniej więcej zgiętą i z wyglądu przedstawiającą się bezsilną; ponieważ przy

<sup>1)</sup> ZENKER. Der willkürlichen Bewegungen Modus u. Mechanik in der fortsch. Paralyse. Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 27 s. 673.

staniu lub chodzeniu stawy kolanowy i goleniostopowy zwykle trzymają się tu zgiętymi, przeto chory zdaje się być mniejszego wzrostu. Im więcej kończyny są tu rozstawione, tem więcej przerzuca się górna część ciała z jednej strony na drugą—stanowi to chód włóczący się (*watschelnde Gangart*). Jeśli ustawiona kończyna zgina się w kolanie tak silnie i nagle, iż ciało na każdym kroku jakoby pada i podnosi się—powoduje to chód kulejący (*nickender Gang*). Jeśli chorzy obawiając dotknięcia się podłogi, rzucając przy chodzeniu kończynę podnoszą wyżej aniżeli zwykle się to czyni, to przeto wytwarzają chód koguci (*Hahnschrittgang*). Jeśli kroki przytem są skrócone i stopy stawiają się z pewną siłą—stanowi to chód napierający (*stampfender Gang*); skoro zaś przednia część stopy stawia się przed piętą to mamy wtedy chód kopytowy (*Hufschrittgangart*). Nie przytaczając już więcej odmian chodu tu odnoszących się, widzimy w podanych jedną wspólną cechę: w miarę zyskanj pewności utratę na sile i szybkości, prócz tego niezdarność i szybsze znużenie.

Drugą kategorię stanowią chorzy, u których zachowaną a nawet wzmożoną jest skłonność do ekstensyi większych stawów, przyczem powstaje wyprostowana lub ku tyłowi wyciągnięta postawa. Odnoszą się tu: t. zwany chód grandów (*Grandezzaschritt*), w którym wyteżona postawa i powolne, wymierzone kroki stanowią czynnik równoważący przy wahaniach tułowia. Jeśli kończyna rzucona (przy chodzeniu) otrzymuje silniejszy impuls i pada przez to na zewnątrz przestrzeni niezbędnej dla przyjęcia postawy—to powoduje tym sposobem chód uroczysty (*Paradeschrittgangart*). Jeśli końce palców znacznie skierowane są ku zewnątrz i kończyna rzucana na każdym kroku skierowywa się ku przodowi i ku zewnątrz, to mamy przed sobą t. zw. chód łyżwiarski (*Schlittschuhläufergang*).

Trzecią wreszcie kategorię chodu stanowią odmiany ze znacznem zgięciem tułowia, a mianowicie: chód lordotyczny, w którym tułów skierowany ku tyłowi, miednica



opuszczona, kroki powolne, napierające i chód padający (*stützender Gang*) przy zgiętym tułowiu i szybkich krokach.

Ostatniemu zaś okresowi choroby właściwym jest chód nieprawidłowy (*regellose Gangart*)—przy którym zboczenie każdego kroku różni się od następnego; stopa jakby przypadkowo pada raz ku wewnątrz, drugi raz ku zewnątrz, kolano postawionej kończyny to ulega wyciągnięciu (*ekstensyi*), to też zgięciu (*fleksyi*), przyłączają się wibracje mięśni kończyn i wahania tułowia, powodujące zbaczanie to ku prawej, to ku lewej stronie, słowem bezustanne rzucanie się i włóczenie (*Stolpern u. Stracheln*) zniewalające chorych do leżenia lub siedzenia i tym sposobem nieprawidłowy, bezcelowy chód przy rozwijającym się jednocześnie do wysokiego stopnia osłabieniu mięśni, przechodzi w bezwład (porażenie).

W pierwszym okresie choroby chód nie przedstawia jeszcze sam przez się widocznych zaburzeń—lecz już i wtedy zmiana kierunku, wejście na krzesło, na schody, schodzenie na dół, taniec i t. p. nieraz wskazać nam mogą poczynającą się bezcelowość ruchów, spowodowaną wmięszaniem się mięśni przeciwniczych (antagonistów), mimowolnych spółruchów, drżenia kończyn i t. p. Oglądanie prosto stojącego chorego zdaje nam sprawę o możliwej równowadze i natężeniu drżenia paralitycznego. Podczas gdy zdrowy przy ekstensyi stawów kolanowego i goleniostopowego jest w stanie stać bez najmniejszego natężenia mięśni—gra mięśni antagonistycznych i ciągłe wahania tułowia u paralityków przemawiają tu za utrzymaniem stawów za pośrednictwem mięśni; chory nie jest tu w stanie utrzymać stawy te w maksimum wyciągnięcia (*hyperekstensyi*), przypadkowo następujące zgięcie spowodowałoby nagły upadek; przy pomocy natężenia mięśni traci on wprawdzie na sile i czasie, lecz zabezpieczonym jest od upadku.

W końcu przychodzimy do wniosku, iż na podstawie zmian degeneracyjnych w układzie n. (mleczu pacierzowym) rozwijają się tu powoli i stopniowo osłabienie mięśni (*paresis*), a co ważniejsza powstaje bezcelowość

w ich działaniu, inkoordinacja, przejawiająca się w drżeniu, skurczeniach antagonistów, spółruchach i zależąca od nierównomiernego, przepuszczającego ruchowego impulsu (pobudki). Wszystkie przytoczone i im podobne odmiany chodu przedstawiają różnorodne przykłady instynktownego utworzenia postawy, przy której zyska się największą pewność w ruchach, choć w skutek użycia innych mięśni dla osiągnięcia punktu oporu traci się na sile i czasie.

## II.

### Drżenie — (*Tremor*).

Drżenie stanowi bezwątpienia charakterystyczny, do pewnego stopnia nawet patognomiczny objaw porażenia postępującego. Już w początkach rozwoju choroby nieznaczne drżenie warg i mięśni twarzy podczas mowy, drżenie wyciągniętych kończyn górnych rzuca podejrzenie wystąpienia strasznej tej choroby. Drżenie to w przebiegu choroby staje się coraz wybitniejszym, przejawiając się bądź to samo przez się, bądź też towarzysząc ruchom dowolnym i znacznie utrudniając wykonanie tych ostatnich. Przekonać się o tem możemy przy wykonywaniu przez chorych drobnych robót ręcznych, rysunków, pisania; kréski piśmienne stają się jakby drewnianymi, grubiej lub też przedstawiają się niepewnemi, zygzagowatemi — co przypisać należy wynikowi drżenia. Prócz tego przejawia się osłabienie siły rąk, które za pomocą siłomierza (dynamometr COLLIN'A) ściśle określone być może. Nie we wszystkich jednak wypadkach porażenia postępującego drżenie przedstawia się w jednakowem natężeniu; w wypadkach, w których przeważają zaburzenia ruchowe, objaw ten występuje szczególnie wybitnie. W tych razach drżenie podnosi się do siły drgawkowych kurczeń, pojawiających się przeważnie w kończynach górnych, szczególniej nocą, przy zachowaniu zresztą zupełnej przytomności; drgawki te trwające prawie kwadrans pojawiały się co dni kilka lub częściej u 2-ch ze spostrzeganych przemennie chorych.

Drżenie mięśni i kończyn towarzyszy całemu przebiegowi choroby, lub też znika w ostatnim jej okresie, ustępując miejsca paretycznemu osłabieniu kończyn.

Co się tyczy punktu wyjścia drżenia, to MAGENDIE, VOLKMANN wskazywali na mlecz pacierzowy, jako na przyczynę jego. Przeciwnie ONIMUS wyprowadza je z mózgdzku, jako przyrzędu napięcia mięśni (*Muskeltonus*). EULENBURG spostrzegł ogólne drżenie mięśni u królików w skutek rozległego porażenia szarej korowej substancji. FREUSBERG <sup>1)</sup> nowemi doświadczeniami stwierdził możliwość przypuszczenia rdzeniowego pochodzenia drżenia. Według wyników FREUSBERG'A, drżenie przyłącza się a) do czynnych zmian stanu i działalności przyrzędu krążenia (drżenie w skutek zimna, gorączki, otrucia, pobudzenia psychicznego), przyczem autor uzasadnia związek ten na tém, iż przyczyny wywołujące drżenie do tego stopnia usposabiają ośrodki ruchowe, iż jednocześnie występująca zmiana w krążeniu z łatwością już sprowadza czyn czyli efekt drżenia. Zatem drżenie podług F. jest b) wyrazem stanu znużenia i osłabienia ośrodków ruchowych; pojawia się ono jako oznaka zmęczenia po długotrwałych mięśniowych wysileniach, tutaj też odnoszą się: drżenie starców, drżenie opilców (potatorów), wreszcie drżenie przy degeneracyjnych zmianach chorobnych ośrodkowego układu nerwowego.

Co się znowu tyczy istoty drżenia, to polega ono podług FREUSBERG'A na alternującej, naprzemienej grze mięśni przeciwnicznych (antagonistów) i porównanem być może z kurczami klonicznemi, dla których dowiódł NOTHNAGEL, że nie zależą od peryjodycznego kurczenia jednej tylko mięśniowej grupy, lecz od takiegoż kurczenia grup mięśniowych. Opierając się na téj analogii, należy wyż wzmiankowane wypadki kurczów

---

<sup>1)</sup> FREUSBERG. Ueber das Zittern. Archiv f. Psych. Bd. VI. 14 s. 560.

klonicznych u 2-ch chorych zaliczyć do kategorii drżeń, poczytując je za najwyższy stopień ich natężenia—jedne zaś i drugie uczynić zależnemi od jednej i téj samej przyczyny chorobnej.

Drżenie w porażeniu postępującem jest mimowolną czynnością mięśniową, zależącą od zmian degeneracyjnych układu nerwowego stanowiących anatomiczną podstawę choroby. Lecz w chorobie téj napotyamy taką obfitość i rozległość zmian anatomicznych, iż prawdziwą trudność przedstawia wybór porażenia anatomicznego, któremu objaw ten byt swój zawdzięcza. Układ nerwowy nie przedstawia łańcucha, którego każde ogniwo posiadałoby określoną, jemu tylko właściwą czynność, której zwichnięcie wskazywałoby na zajęcie chorobne tej lub innéj części składowéj. Przeciwnie, jeden i ten sam skutek (efekt) może być osiągniętym z rozmaitych punktów układu nerwowego a i tenże objaw chorobny może odpowiadać różnorodnym co do miejscowości zmianom anatomicznym. Drżenie jest skutkiem mimowolnej czynności mięśniowéj—lecz w obec rozrzuconych po całym układzie nerwowym zmian, niepodobna z pewnością wskazać na miejsce, od porażenia którego chorobny ten objaw zależy. Wykryte w ostatnim czasie, jako stała podstawa anatomiczna, ziarniste zapalenie rdzenia (*Körnchenzellen Myelitis*) zezwała na przypuszczenie, iż w ucisku włókien nerwowych przez komórki ziarniste leży jedna z przyczyn ich podrażnienia, powodującego mimowolne drżenie. Zatem pobudka (impuls) woli, napotykając przeistoczone pęczki (mlécza), nie może przejawiać się na zewnątrz celowym efektem czynności mięśniowéj, lecz w skutek przyłączającego się podrażnienia włókien po za obrębem celu akcyi leżących, wywiązują się kurczenia antagonistyczne, istotę drżenia stanowiące. Za rdzeniowem pochodzeniem drżenia przemawia też „stan znużenia i osłabienia przyrządów ruchowych“—warunek dla drżenia przez FREUSBERG'A na zasadzie doświadczeń jego fizyjologicznych wystawiony a dzięki zapaleniu mlécza w pełnej sile tu wy-

stępujący. Lecz sprawa zapalnodegeneracyjna w mleczu pacierzowym, której śmiem przyznać znaczenie stałej zmiany w porażeniu postępującem, rozwija się dopiero w dalszym przebiegu choroby, w którym wywołuje tylko wzmożenie już przedtem istniejącego drżenia; przypuszczenie więc zależności drżenia jedynie od zmian w mleczu pacierzowym byłoby w samej rzeczy nieuzasadnionem. Nie mogę nie uznać roli, jaką odgrywają w sprawie drżenia zmiany w szarzej korowej zawojów i przyległej białej substancji zachodzące. Wiadomości nasze o t. zw. ośrodkach ruchowych HITZIGA są zbyt jeszcze niedostatecznymi, by ich użyć dla wyjaśnienia zaburzeń ruchowych w porażeniu postępującem: przypuszczenie, iż podrażnienie, poczynające się sprawą zapalną, oddzielnych ośrodków odpowiadających kończynie górnej, dolnej, n. twarzowemu i t. p. powoduje drżenie, następujący zaś zanik ośrodków—bezwład części odpowiednich (HITZIG, BERNHARDT)—zdaje się być zbyt naciągniętem i wszelkie w tym względzie dyskusyje przedwczesnymi<sup>1)</sup>. Tymczasem nie ulega wątpliwości, iż przy znacznych zmianach w szarzej korowej i przyległej białej substancji wola spotyka pewien hamulec, pewną przeszkodę nie sprzyjającą celowemu efektowi, lecz ułatwiającą przewodnictwo do włókien (białej substancji) zbyt znacznych dla wywołania pewnego skutku; powstają tu więc swego rodzaju spółruchy (*Mitbewegungen*), inkoordinacyja, przejawiająca się w bezcelowych kurezeniach antagonistycznych, w drżeniu. Niepomierne takie, bezcelowe przewodnictwo wymagań (impulsów) woli—zdaje się być mniej wyszukanem przypuszczeniem, aniżeli hipoteza o ośrodkach psychoruchowych, drżenie jakoby powodujących. Wreszcie przytoczę tu jeszcze pogląd MEYNERT'A co do anatomicznej podstawy płasawicy (*chorea*) i drżenia—przypuszcza on bowiem, że obie te choroby polegają na stanie podrażnienia

<sup>1)</sup> Patrz niżej spostrzeżenie 1-e.

w postaci przekrwienia szarzej substancji węzłów ruchomych (*c. striatum et lentiforme*), przekrwienia zniżającego znaczną fizjologiczną przeszkodę (trudność) w przewodnictwie szarzej tej substancji i powodującego tym sposobem powikłanie wyniku impulsów woli przez utworzenie poprzecznych dróg przewodnictwa. Przytoczyłem tu pogląd MEYNERT'A, gdyż upatruję blizkie jego podobieństwo do tego, co wypowiedziane wyżej co do zmian w białej (i szarzej) istocie mózgu i co do uszkodzenia prawidłowych dróg przewodnictwa wraz z otwarciem nowych, poprzecznych.

### III.

#### Zaburzenia w sferze n. twarzowego.

Nieznaczne osłabienie paretyczne w obrębie n. twarzowego, umiarkowana wiotkość połowy twarzy, lekkie przeciągnięcie ust (ku stronie zdrowej), wyrównanie bruzdy nosowargowej (*sulcus nasolabialis*)—są to zjawiska powszednie u paralityków. Lecz objaw ten, podobnie jak nierówność źrenic, nabiera znaczenia rozpoznawczego w tych tylko razach, w których przed chorobą bezwarunkowo go nie było. Zupełny bezwład n. twarzowego, jakoteż przeciwległej połowy ciała, spostrzegamy po napadach wrzeczmo epileptycznych lub apoplektycznych, lecz zazwyczaj szybko też przechodzi. W ogóle przekonać się mogłem o niestałości i zmienności zjawisk w porażeniu postępującym—dziś prawa połowa twarzy znajduje się w stanie paretycznym, po kilku dniach dzieje się to z lewą; albo też konstatujemy zupełne porażenie a po pewnym czasie wątpimy o jego istnieniu. W wypadkach zaś, w których porażenie n. twarzowego pozostaje przez czas dłuższy niezmiennem, to przypuścić wtedy należy istnienie cierpienia ogniskowego: wylewu krwi, rozmiękczenia, zapalenia opony twardej — zmian samodzielnych, nie wspólnego nie

mających z anatomiczną podstawą porażenia postępującego chyba tylko jako cierpienia je wikłające. W sferze n. twarzowego, prócz stanu paretycznego, spostrzegamy także kurcze, zresztą bardzo rzadkie i powstające pod wpływem napadów wrzekomoepileptycznych.

## IV.

### Zaburzenia w innerwacyi pęcherza moczowego.

Opierając się na nowszych danych anatomicznych, według których wszystkie włókna mięśniowe pęcherza moczowego odnoszą się do m. wyżymacza (*M. detrusor*), miejsce zaś zżymacza (*m. sphincter*) zajmują m. zżymacz cewki moczowej (*M. constrictor urethrae*) i m. opuszko-jamisty (*m. bulbocavernosus*) — (znajdujące się oba w pobudzeniu tonicznym, na drodze odruchowej od włókien czuciowych za pośrednictwem dolnej części młécza pacierzowego) — wnosimy, iż mowa być tylko może o porażeniu *detrusoris* i zatrzymaniu moczu. Mimowolne zaś kropłowate moczenie spowodowanem bywa albo wpływami mechanicznemi, w skutek np. przepełnienia pęcherza, albo też porażeniem mięśni cewki moczowej (lub porażeniem ośrodka ich w młeczku, lub też nerwów czuciowych). Tym tedy sposobem spostrzegamy u paralityków, niekiedy w początkowym już okresie, częściej w następnych dopiéro fazach rozwoju choroby, porażenie pęcherza moczowego do tego stopnia, iż po wprowadzeniu cewnika należy naciskać na pęcherz, w przeciwnym bowiem razie mocz z niego nie wydala się. Mimowolne kropłowate moczenie (*Harnträufeln*) spostrzega się jedynie w ostatnim okresie choroby i zależy tu od porażenia mięśni dowolnych cewki moczowej. Godną uwagi jest i tutaj spostrzegać się dająca zmienność objawów—chorzy, którzy dotąd oddawali mocz jedynie za pośrednictwem kateteru, nagle poczynają dowolnie mocz wydzielać. Winieniem jeszcze

zwrócić uwagę na tę okoliczność, iż zatrzymanie moczu u paralityków może zależeć nie tylko od porażenia pęcherza, lecz także od osłabienia władz umysłowych, zapomnienia; z drugiej zaś strony kropelkowane mimowolne moczenie już nawet w początkach choroby może być spowodowane psychiczną nieczułością, niezupełną świadomością potrzeby oddania moczu. Okoliczność tę należy mieć na uwadze, jako jeden jeszcze dowód głębokiego rozstroju świadomości, stanowiącego stałą cechę porażenia postępującego.

---



## Z b o c z e n i a   w   c z u c i u .

---

Wiadomości nasze, odnoszące się do zaburzeń czucia w porażeniu postępującem są dotąd zbyt jeszcze ograniczone; przyczynę niedostateczności odpowiednich danych przypisać należy do pewnego stopnia psychicznej nieudolności paralityków. DE CROZANT sądził, iż porażenie postępujące poprzedzaném bywa przez okres ogólnego znieczulenia, w późniejszym nieco czasie znikającego. Lecz pogląd ten nie utrzymał się i w obecnym czasie nieczułości przypisują też same co do częstości znaczenie co i nadczułości (*hyperaesthesia*) i rozmaitym spostrzeganym tu nerwobólom (*neuralgiae*). Nie mając sposobności badania czucia w okresie przepowiednim choroby — co według mnie niemałe miałoby znaczenie a to w celu przeprowadzenia związku pomiędzy czuciem i poczynającemi się zaburzeniami psychicznemi—zadowolnić się musiałem wynikami, osiągniętymi przy badaniu chorych w pierwszym okresie choroby. Przekonać się tu mogłem, iż władza dotyku pozostaje u nich nietkniętą (próby z cyrkiem WEBER'A, szpilkami i t. p.), gdy tymczasem czucie delikatniejsze, jak: czucie miejscowości, ciepłoty i bólu znacznie jest u nich zwichniętem. Co się tyczy czucia miejscowości (*topaesthesia*), to przy ciągłym rozsuwaniu odnóg cyrkla lub przy przykładaniu tychże na jednej i téj saméj odległości, słyszeć mogłem od chorych, iż uczuwają 2, 3, 4, 10, 30 odnóg cyrkla i. p. Utrata uczucia bólu (*analgesia*) stanowi też

stały objaw téj choroby w początkowym nawet już okresie jój rozwoju—z liczby spostrzeganych przezemnie wypadków w jednym tylko skonstatowałem nadczułość—na rozmaitych miejscach przenikać mogłem szpilką wgłąb skóry, nie wywołując tem wcale bólu, lecz przeciwnie uczucie przyjemne. Podobnie otrzymywałem ujemne, jedne drugim przeciwne wyniki przy badaniu uczucia ciężkości i ciepła. Przeciwnie, czynność odruchowa zawsze bywała tu zachowaną, często nawet wzmożoną. Opierając się na danych, iż władza dotyku i czynność odruchowa w zupełności są tu zachowane, zaburzenie zaś dotyczy jedynie delikatnych władz czucia, śmiem przypuścić, iż anestezyje te nie są spowodowane porażeniem obwodowych nerwów czuciowych lecz że są one wynikiem przyćmienia świadomego czucia. Stale tu przejawiająca się analgezyja nasuwa przypuszczenie, iż uczucie bólu nie zależy od oddzielnych włókien bólu, przechodzących przez szarą substancyją mlecza pacierzowego, lecz że jest ono tylko aktem psychicznym, będącym wyrazem pewnego stopnia natężenia czuciowych wrażeń; niemożność istnienia tu tego psychicznego aktu, a tem samem świadomego osądzenia czucia, stanowi przyczynę analgezyi. W dalszym ciągu choroby rozwija się znieczulenie (*anaesthesia*), które wraz z głębokiem ogłupieniem często bywa przyczyną rozmaitych uszkodzeń. Wspomnę tu tylko o chorym, który cygarem spalił sobie palec do samój kości, dopóki zapach przypalonego mięsa nie zwrócił uwagi posługacza; albo o drugim chorym, który uległszy złamaniu goleni z powikłaniem, podczas opatrunku usiłował uciekać, wtedy gdy odłamek goleni przecinał jego mięśnie i skórę.

## Pobudzalność elektryczna.

---

Zaburzenia ruchowe spostrzegane w porażeniu postępującem podały myśl zwrócenia uwagi na wpływ elektryczności na układ nerwowy paralityków. TIGGES w rzędzie badanych przez siebie odmian chorób umysłowych znalazł, iż porażenie postępujące, w razie niewprowadzenia mlecza w prąd galwaniczny, należy do chorób z umiarkowanie podniesioną pobudzalnością elektryczną; przy wprowadzeniu zaś jego w strumień — do wypadków z najbardziej wzmożoną pobudzalnością elektryczną. BENEDIKT stwierdził zdanie powyższe na dwóch wypadkach porażenia postępującego. Specjalnie zajmował się tą kwestyą SVETLIN i wyniki swych badań wyłożył na posiedzeniu towarzystwa psychiatrycznego <sup>1)</sup>. S. używał strumieni elektrycznych rdzeniowo-nerwowych t. j. przykładł anodę do szyjowej lub łędźwiowej części stosu kręgowego, katodę zaś stawiał na n. pośrodkowy (*medianus*) i n. szprychowy (*peroneus*); jego stos galwaniczny składał się z 40-tu elementów, używał też do doświadczeń alternatywu WOLTY, liczbowskazu elementów i galwanometru. Wyniki przez niego skonstatowane są w streszczeniu następujące:

Po 1-e; podniesienie się pobudzalności odnoszące się nie tylko do samych nerwów lecz i do odruchowej ich czyn-

---

<sup>1)</sup> SVETLIN. Ueber Elektrountersuchungsergebnisse bei Prog. Paralyse. (Wiener Sitzung. 24 Novemb. 1876).

ności; ostatnia przejawiała się w drzeniu, trzęsieniu się niepodrażnionych kończyn lub całego ciała; przy użyciu np. 25 elementów, strzałce galwanometrycznej wskazującej 30°, przeprowadzeniu strumienia przez mlecz i n. pośrodkowy (*R. N. medianus*)—przy zamknięciu katody (*KaS—Katode-Schliessung*) nastąpiło trzęsienie całego ciała.

Po 2-re; zmniejszenie przeszkód w przewodnictwie. Wprowadzona w strumień strzałka galwanometryczna wskazuje w wypadkach porażenia postępującego znaczne bardzo odchylenie, wzmagające się w miarę wprowadzania w strumień większego oddziały mlecza pacierzowego.

Po 3-cie; zmiana formuły kurczeń (*Zuckungsformel*) czyniąca ją podobną do formuły ustanowionej przez BENE-DICT'A i ROSENTHAL'A dla ataktycznej odmiany suchot mleczka (*Tabes*). Najłatwiej otrzymuje się kurczenie przy zamykaniu katody, potem anody—ząd formuła jest następująca: *KaS—KaÖ* (*katodeöffnung*), *AnS—AnÖ*.

Po 4-e; na czas długi przedtem, zanim okiem dostrzedz można jakiegokolwiek różnicy w objawach resp. zaburzeniach ruchowych obu połów ciała, różnica w pobudzalności elektrycznej wskazuje już na większe zajęcie chorobne jednej połowy rdzenia. Liczne wypadki porażenia postępującego pokazały bardziej rozwinięte ziarniste zapalenie rdzenia (*Körnchenzellenmyelitis*) w tej jego połowie, która okazała się za życia bardziej pobudzalną pod wpływem elektryczności, choć żaden inny zresztą objaw nie zdradzał większego natężenia cierpienia w tej właśnie połowie rdzenia. Z wyników tych S. wyprowadza wniosek, iż w porażeniu postępującem mamy do czynienia z zapaleniem rdzenia jako ze stałym zjawiskiem; podniesienie się pobudzalności, szczególnie odruchowej, stanowiło już dawno oznakę mózgowego lub mózgowo-rdzeniowego porażenia; zmniejszenie przeszkód w przewodnictwie, przy wprowadzeniu w strumień rdzenia, dowodzi zapalnego tegoż podrażnienia, ponieważ już BURCKHARDT zwrócił uwagę na znaczne podniesienie szybkości w przewodnictwie przy zapaleniu

rdzenia; formuła kureczeń w porażeniu postępującem podobną jest do formuły właściwej zapalnej odmianie suchot mlecza (*Tabes*).

W obec doniosłości sposobu oddziaływania układu nerwowego pod wpływem strumienia elektrycznego postawiłem sobie zadanie sprawdzenia wyników SVETLIN'A. Nie mając jednak pod ręką wszystkich w tym celu potrzebnych przyrządów (alternatywy VOLTY, galwanometru i t. p.), nie byłem w możności przeprowadzenia téj pracy we wszystkich powyżej wskazanych kierunkach. Zmuszony więc zadowolnić się jedynie będącemi w mem rozporządzeniu przyrządami (stosem galwanicznym STÖHRER'A i przyrządem indukcyjnym)—mogłem jednak dostatecznie przekonać się o podniesieniu się pobudzalności elektrycznej u paralityków, niemniej o anormalnie wzmóżonej odruchowej czynności, przejawiającej się w drzeniu i trzęsieniu nie tylko podrażnionej kończyny, lecz i drugich, nawet całego ciała. Lecz zauważyć tu muszę, iż trzęsienie to i drzenie pojawiało się (pod wpływem elektryczności) u tych chorych, u których zjawiska paralityczne i drzenie były już same przez się wybitne a więc miało to miejsce w posuniętym już okresie choroby (u Kossow. i u nieopisanego Śliwiń.); objawom więc tym, pod wpływem strumienia powstającym, nie można tu przyznać znaczenia rozpoznawczego. Co się znowu pierwszego punktu t. j. pobudzalności elektrycznej dotyczy, to o podniesieniu się tejże — przy przykładaniu elektrodów sposobem SVETLIN'A—przekonywać się mogłem niemal w każdym badanym przezemnie wypadku—efekt kureczenia się mięśni przy użyciu stosu z 16-u elementów równał się temu, jaki otrzymujemy u zdrowego przy użyciu 20 elementów. Niemniej, w każdym wypadku skonstato wałem wzmóżenie się odruchowej czynności przejawiające się w szybkiej i silnej odpowiedzi na podrażnienie, lecz drzenie i trzęsienie kończyn spostrzegałem tylko w 2-eh wypadkach posuniętej choroby. Co się tyczy różnicy w pobudzalności elektrycznej obu połów ciała, to ma ona

jedynie znaczenie przy możności stwierdzenia jój przy sekcyi bardziej wybitnymi zmianami ziarnistego zapalenia rdzenia, lecz nie mając sposobności pośmiertnego badania osobnika, za życia co do zachowania się względem elektryczności zbadanego, nie jestem w stanie rozstrzygnąć, ażali różnica owa pobudzalności elektrycznej zależną jest od niejednakowego natężenia zapalenia rdzenia. Jednakże a priori przekonany jestem, iż stosunek taki ma miejsce—iż część rdzenia w stanie zapalnym będąca staje się bardziej pobudzalną, szczególnie w znaczeniu czynności odruchowej i jednocześnie przedstawia mniejsze przeszkody dla przewodnictwa (BURCKHARDT). Wzmóżona pobudzalność elektryczna stanowi więc jeden z najwcześniejszych objawów zapalenia rdzenia ziarnistego (*Körnchenzellenmyelitis*) wtedy, gdy zkadinał niema jeszcze podejrzenia na cierpienie rdzeniowe—i z tego względu należy przyznać jój niepoślednie znaczenie rozpoznawcze. Wszyscy paralitycy badani przez SVETLIN'A za życia, okazali przy oględzinach pośmiertnych zapalenie rdzenia, choć u wielu z nich nie było za życia żadnych objawów paralitycznych prócz tylko podniesionej pobudzalności elektrycznej jako jedynego objawu zapalenia rdzenia ziarnistego. Z tych względów strumień elektryczny w porażeniu postępującem stanowi istotnie doniosłą metodę rozpoznawczą.

## Wrzekome epileptyczne i apoplektyczne napady.

(*Epilepti — u. apoplectiforme Anfälle*).

---

Napady te, których znaczenie rozpoznawcze dla porażenia postępującego jest bez zaprzeczenia znacznem, pojawiają się w różnych okresach rozwoju choroby. Przedstawiają się one w postaci lekkiego zemdlenia lub głębokiej utraty przytomności, częścią bez jednocześnie występujących drgawek, częścią zaś połączonych z lekkimi lub bardzo ciężkimi tonicznymi a potem, klonicznymi kurczami twarzy, tułowia i kończyn, przyczem to jedna tylko, to obie połowy ciała biorą w nich udział. Lecz zaliczają się tu też napady, w których nie spostrzega się pełnej utraty przytomności, chorzy zaś tylko doznają zawrotu głowy, zataczają się na miejscu lub padają, lub też nie są w stanie podnieść się z miejsca, albo wreszcie doznają niezwykłego uczucia w tej lub innej kończynie—lecz po krótkim czasie stan ten przemija, nie spowodowawszy wcale utraty świadomości. Są to t. zw. stany padaczkowate (*Epileptoide Zustände*, GRIESINGER). Za napadami wyż wzmiankowanymi następują często bezpośrednie zaburzenia ruchowe: szczególnie często występuje tu zaburzenie w mowie lub zwiększenie istniejącego już zaburzenia, dalej nierzadkiemi są tu porażenia połowicze (*hemiplegia*), dotyczące zarówno n. twarzowego i podjęzykowego, jakoteż kończyn i tułowia; porażenia te niekiedy są zupełne, w innych zaś razach

przedstawiają nieznaczne tylko osłabienie (*hemiparesis*), niekiedy znowu przedstawiają zupełne porażenie połowicze łącznie z zaburzeniami czuciowemi.

Jeśli napad przyjmuje charakter napadu epileptycznego, to drgawki poczynają się tu z jednéj połowy twarzy, przechodzą na szyję i kończyny strony odpowiedniéj, potem ulegają drgawkom mięśnie strony przeciwnéj, w początku twarzy a po nich mięśnie kończyn. Niekiedy znowu napad przedstawia się w postaci napadu tetanicznego; kończyny i twarz znajdują się w tonicznym kurczu, przedstawiając wybitne *Opisthotonus* lub też *Emprostthotonus*. Częściej zaś przedstawia się nam kombinacyja napadów apoplektycznego i epileptycznego — utrata przytomności, podniesiona kończyna bezsilnie opada, przytomność powraca, kończyny nie podlegają woli, przytem oddzielne mięśnie lub grupy mięśniowe strony porażonéj kurczą się i cała porażona połowa ciała ulega silnym drgawkom. Jeśli bezwład jest tu niezupełnym, chory w stanie jest poruszać kończynami choć trudniéj aniżeli zdrowemi — to trudno rozstrzygnąć, czy mieliśmy do czynienia z napadem apoplektycznym czy też epileptycznym. W ogóle zauważyć tu jeszcze należy, iż cechą charakterystyczną spostrzeganych tu porażen jest szybkie ich znikanie po upływie kilku godzin lub dni, poczem pozostawiają tylko nieznaczne jeszcze ślady; w bardzo rzadkich jedynie wypadkach trwają one dłużej i przyłączają się do nich przykurczenia (*contracturae*). Przypuszczenie, iż porażenia połowicze mogą się tu pojawiać niezależnie od napadów, może być na téj zasadzie odrzuconem, iż napad może się zdarzyć nocą, nie spostrzeżony przez nikogo. Za każdym napadem bądź epileptycznym, bądź też apoplektycznym, następuje cały rząd zjawisk, jakoto: podniesienie się ciepłoty ciała dochodzącéj w 1—2 godzin po napadzie do 39—40°, tętno wolnieje, staje się paralitycznem (niżéj); tony serca głucho, niekiedy szmer przy pierwszym tonie, zwiększenie ilości moczu, zapalenie płuc, ostre zapalenie oskrzeli lub obrzęk płuc.



Napady paralityczne (epileptyczne i apoplektyczne) stanowią, rzec można, *conditio sine qua non*, porażenia postępującego; nie było wypadku lub przynajmniej nigdzie nie wspomina się o takim, w którym choćby jeden napad nie był spostrzeganym. Nie ulega wątpliwosci, iż liczba napadów okazałaby się daleko znaczniejszą, gdyby zaliczyć tu napady pojawiające się nocą, z drugiej strony, gdyby wziąć pod uwagę wypadki chwilowej utraty, raczej przyćmienia świadomości występujące niekiedy podczas rozmowy, przerywające ją tylko na kilka chwil i tym podobne zaliczone do t. zw. stanów padaczkowatych. Niemniej są wypadki, w których liczba wybitnych napadów bywa przerażająco znaczną, w których w ciągu 2—3 dni napady następują jeden po drugim.

Co do podstawy anatomicznej napadów, to najróżnorodniejsze zmiany chorobne za takową poczytywane były, a mianowicie: przekrwienie mózgu, wylew krwisty do opony pajęczej, zapalenie opony twardej, guz krwisty (*haematoma*), lub torbiele surowicze op. twardej, zapalenie opon miękkiej i twardej ropne, czerwone i żółte ogniska zapalne szczególnie szarej korowej substancji, stwardnienie (*sclerosis*) i t. d. Nie wspomniano tu jeszcze o napotykanym niekiedy krwistym wylewie do mózgu (SOLBRIG), małokrwiwości mózgu silnego natężenia a co najczęściej, zapomniano o braku wszelkich zmian. CHARCOT w tym względzie dowcipnie się wyraża twierdząc, iż stałą podstawą napadów tych jest brak wszelkich dostrzegalnych zmian.

Co do istoty napadu, to wyraża się ona w chorobowym stanie mniejszego lub większego oddziału układu nerwowego, w stanie bądź to pobudzenia, bądź też porażenia lub naprzemian jednego i drugiego, w normalnym stanie nagle powstającym i również szybko znikającym i pozostawiającym jedynie czynnościowe znużenie odpowiednich części. Jeśli zgodzimy się na to, iż w większej części wypadków nie znajdujemy anatomicznej podstawy

napadów, wyżej wytoczone zaś zmiany nie są napadom właściwe stanowiąc samodzielne sprawy chorobne nie wspólnego z napadami nie mające,—mając przytem na uwadze ogólne zajęcie (porażenie) układu nerwowego w naszej chorobie—zdaje się być bardzo prawdopodobnem przypuszczenie, iż napad jest jedynie wyrazem wzmożonego pobudzenia podrażnionych ośrodków nerwowych. Współczulne (sympatyczne) podrażnienie sprawą zapalną mózgowo-rdzeniową (*Encephalomyelitis*) nerwów naczynio-ruchowych powoduje, być może drogą zwrotną, kurcz naczyń (*angiospasmus*) mózgu (coś w rodzaju działania zwrotnego, *Wechselwirkung*) a szybko przechodzące to zaburzenie krążenia w ośrodkach nerwowych, wzmagające pobudzalność ich, jest już wystarczającym, by wywołać napady drgawkowe, utratę przytomności i po nich następujące czynnościowe znużenie—porażenie (bezwład). W napadzie epileptycznym widzę więc wyższy tylko stopień stanu pobudzenia i podrażnienia stanowiącego podstawę choroby. Mówiąc o wyższym stopniu stanu podrażnienia mam na myśli stan podrażnienia ośrodków nerwowych, z których podrażnienie jednego, naczynio-ruchowego, w skutek kurczu (*angiospasmus*) mózgu powoduje utratę przytomności, — innych zaś ośrodków ruchowych lub (w wybitnym wypadku epileptycznym) ogólnego ośrodka drgawkowego (*krampfcentrum*)—powoduje drgawki—co téż stanowi treść napadu epileptycznego.—Zdaje się, iż porażeniu postępującemu nierównie właściwszym, niemal dla niego patognomonicznym jest napad epileptyczny—ze spostrzeganych przezemnie wypadków niebyło ani jednego bez napadów drgawkowych. Napady epileptyczne stanowią szczyt choroby; spowodowane przez nich wstrząśnienie (*choc*) odbija się pogorszająco na psychicznej i ruchowej sferze chorego. Rzadziej napotykanne napady apoplektyczne odnieść należy do szybko przechodzących napływów krwi do mózgu—do udarów odmiany naczyniowej (*Apoplezia vasculosa*). Szybko przechodzące stany padaczkowate, przejawiające się w chwilowem przy-

ćmieniu świadomości, zdaje się, odnieść należy do przelotnej małokrwistości, spowodowanej podrażnieniem włókien naczynioruchowych mózgu.

Niepodobna rozstrzygnąć, jaki zachodzi stosunek pomiędzy napadami paralitycznymi i towarzyszącymi im płucnymi cierpieniami. Dla pewnej części wypadków przypuszczają, iż cierpienia płuc przez podrażnienie układu naczynioruchowego wywołują napad będący analogiją dreszczu gorączkowego u zkądinąd zdrowego. W drugiej części wypadków przewlekłe zapalenie płuc, oskrzeli, gruźlica prosówkowa, powodując pogorszenie stanu krwi, szczególnie co się tyczy zawartych w niej gazów, wywołują przez nią chorobowe podrażnienie ośrodków nerwowych stanowiące istotę napadu (TRAUBE).

---

## Zaburzenia naczynioruchowe.

---

Zaburzenia te towarzyszą porażeniu postępującemu w całym przebiegu jego rozwoju. Są one wyrazem porażenia nerwów naczynioruchowych resp. nerwu sympatycznego, przez węzły którego włókna te przechodzą, porażenia idącego w parze z rozwojem zmian chorobnych w układzie mózgodzeniowym. Zaburzenia te najdokładniej odbijają się na tętnie przedstawiającem tu znaczne zбочenia. Opracowanie tego szczegółowego objawu zawdzięczamy WOLFF'owi<sup>1)</sup>, którego wyniki postaram się tu przedstawić. Tętno zdrowego człowieka przedstawia się nam na odbiciu sfigmograficznem, jako trójbitne szybkie (*tricrotus celer*)—kurcz (*systole*) serca powoduje szybkie rozszerzenie naczynia, przez co fala tętna podnosi się w kształcie prawie linii pionowej, lecz jeszcze przed ukończeniem  $\frac{1}{3}$  części skurczu powstaje samodzielne kurczenie tętnicy, w skutek czego następuje nagłe i szybkie opadnięcie fali tętna, potem nowe jej podniesienie się z powodu sprężystości naczynia i przyływu krwi jeszcze przy niedokończonym kurczu serca (fala wtórna, *secundäre Welle*), opadnięcie jej i powtórne podniesienie, w skutek krwi odbitej od zastawki tętnicy głównej (fala zwrotna, *Rückenstosswelle*). Przy porażeniu zaś układu naczynioruchowego fala tętna przedstawia się w sposób na-

---

<sup>1)</sup> WOLFF. Der Puls bei Geisteskranken. Allg. Zeits. f. Psych. 1869.

stępujący: tętnica rozszerza się jednakowo szybko do pewnej wysokości, lecz pozostaje rozszerzoną do końca skurczu serca, wtedy dopiero opada ona nie rozszerzając się pod wpływem fali odbitej—fala tętna przedstawia się tu tym sposobem jako jednobitna powolna (*Monocrotus tardus*). WOLFF zbadał stopnie przechodnie od tętna trójbitnego szybkiego (*tricrotus celer*) do jednobitnego powolnego (*monocrotus tardus*), któremi są: tętno czworobitne powolne (*p. quadricrotus tardus*), przy którym przed wtórną falą tworzy się jeszcze fala wstępna (*Vorwelle*), będąca wyrazem mniej energicznego i szybkiego skurczenia tętnicy; dalej t. dwubitne powolne (*p. dicrotus tardus*) powstające w skutek zlania fal wstępnej i wtórnej; t. powolnopłaskie (*p. tardoplanus*), w którym fala zamiast wierzchołka przedstawia płaszczyznę i wreszcie *p. monocrototardus*, przy zupełnem porażeniu układu naczynioruchowego. Pobudzenie psychiczne działając pobudzająco na układ naczynioruchowy powoduje zmianę tętna powolnego (*p. tardus*) na szybkie (*p. celer*), mianowicie w ten sposób, iż t. dwubitne powolne (*p. dicrototardus*) przemienia się w normalne trójbitne (*tricrotus*), gdy tymczasem z tętna powolnopłaskiego (*plano-tardus*) tworzy się tętno starcze (*p. senilis*) odznaczające się wielkością swęj fali i nienormalną wysokością fali wtórnej w stosunku do fali zwrotnęj. Z licznych badań sfigmograficznych dokonywanych przez SIMON'A pod kierunkiem WOLFF'A wynika, iż tętno paralitykom właściwe przedstawia się, jako tętno powolne (*p. tardus*) i że pod wpływem pobudzenia powstawać mogą różnorodne tegoż odmiany. Zboczenia tętna paralityków są następujące: w początkach choroby pojawia się często tętno starcze u osób w dojrzałym wieku. W okresie poudzenia, tętno na odbiciu sfigmograficznem przedstawia się zbliżonem do prawidłowego trójbitnego tętna. nie spostrzegamy wzajemnej zależności tętna i ciepłoty, jakto mówią miejsce przy prawidłowem tętnie. W ostatnim okresie choroby czynność serca częścią od tłuszczowego przetoczenia, częścią też od

zaburzeń w innerwacyi, słabiej—skurcz jego staje się dłuższym lecz słabszym, w skutek czego tętnica nie rozszerza się szybko lecz powoli tylko do wysokości swego napełnienia i odpowiednio też fala tętna nie przedstawia się pionowo stromą lecz tylko stopniowo wznoszącą się, tętnica pozostaje rozszerzoną więcej aniżeli 0,3'' a nawet 0,4''—poczem opuszcza się również stopniowo—z tą falą tętna przedstawia się nierówną, nasadzoną wyniosłościami (*katzenbuckel*).

Wyprowadzając z rycin sfigmograficznych wnioski o zachowaniu się układu naczynioruchowego w porażeniu postępującem widzimy, iż systemat ten już w początkach choroby przedstawia skłonność do porażenia, w późniejszym okresie—osłabienie (*paresis*) ośrodków naczynioruchowych, w końcu—zupełne ich porażenie.

Powyższy szczegółowy wykład o tętnie o tyle nie był tu zbyt cennym, iż starałem się w nim wykazać, iż w tętnie mamy wybitną wskazówkę stanu układu naczynioruchowego, niemniej, iż w porażeniu postępującem mamy do czynienia ze zбочeniem tegoż układu, dochodzącem do porażenia.

Zanim przystąpię do wykazania innych jeszcze objawów porażenia układu naczynioruchowego w różnych okresach choroby, wspomnę jeszcze, iż porażenia n. sympatycznego prócz zбочeń w tętnie, dowodzą inne jeszcze zaburzenia.

SIMON często tu np. spostrzegł nagle, szybko przechodzące zaczerwienienie połowy twarzy, łącznie ze zwężeniem źrenicy (*myosis*) a także przedmiotowem i podmiotowem uczuciem podwyższonej ciepłoty. Jako objaw też porażenia n. sympatycznego pożytywać należy spostrzegany przez SERVAIS pot krwawy (*Blutschwitzen*) przy zwolnionem tętnie; w jednym wypadku przy zaczerwienionem, w drugim przy zbladłej twarzy z nieznacznych otworków gruczołów potowych wyciekała krew. Silne poty spostrzegane przez WESTPHAL'A i obfite wydzielanie śliny należy niezawodnie odnieść do tegoż porażenia n. sympatycznego.

Sam téż nieraz spostrzegałem szybko przechodzące zaczerwienienie twarzy (z odcieniem niebieskawym) z jednéj lub z obu stron, pojawiające się zwykle już w początkach choroby (Kaczk. Szelig.); będące prawdopodobnie wyrazem współdziału (*Mitaffection*) n. sympatycznego w postaci miejscowo-paretycznego osłabienia.

Co się zaś tyczy zaburzeń naczynioruchowych, właściwych różnym okresom rozwoju porażenia postępującego, to zgodnie z wyżej przytoczonym wzorem zachowania się układu naczynioruchowego w téj chorobie znajdujemy jako p o c z ą t k o w e też objawy: ograniczone zaczerwienienia (*erythema*) w sferze oddzielnych nerwów naczynioruchowych np. włókien n. nadoczodołowego lub 2-éj gałęzi n. trójdzielnego, pojawiające się nagle i również szybko znikające. Tutej téż odnieść należy różę na którejkolwiek części ciała, którą BAILLARGER poczytywał nawet za objaw przepowiedni porażenia postępującego. Niemniej spostrzegano téż w początkowym okresie choroby *Herpes Zoster* pojawiający się bądźto w obrębie n. nadoczodołowego i niekiedy rozszerzający się na skórę głowy, bądź też na kończynach dolnych, ramieniu lub klatce piersiowej.

W d a l s z y m przebiegu choroby napotykamy zaburzenia odżywcze, będące jeśli nie w bezpośrednim, to przynajmniej w pośrednim związku z zaburzeniami naczynioruchowemi, zasadzające się do pewnego stopnia na zboczeniach w krążeniu, temi ostatniemi spowodowanych. Zaliczamy tu: niezwykłą otyłość, zaburzenia w odżywianiu włosów, które wysychają, chropowacieją i szybko siwieją, dalej, łamliwość kości szczególnież żeber, zależącą od zmiany składu chemicznego spowodowanój zwiększoném wydzielaniem w moczu fosforanu i węgla wapna. Tutaj téż odnieść należy krwawe nabrzmienie ucha (*othōmatoma*) zdarzające się zresztą i u zdrowych i często będące pochodzenia traumatycznego (GUDDEN), niekiedy jednak będące wyrazem porażenia odpowiednich nerwów naczynioruchowych.

W ostatnim okresie choroby pojawiają się, jako objaw zaburzeń troficznych, odleżyny. Powstają one po przebyciu chorego 2—3-ch dni w łóżku a niekiedy nawet po jednej już nocy i to na znacznej przestrzeni. Nie ograniczają się one kością krzyżową, krętarzami, piętami, lecz pojawiają się nawet na grzbiecie, łokciach, karku, uszach. Odleżyny niekiedy przenikają tak głęboko, iż ulegają zniszczeniu więzy kręgosłupa i wywiązuje się ropne zapalenie opon rdzeniowych, dobijające chorego.

Szczegółowy rozbiór zaburzeń naczynioruchowych w porażeniu postępującem wskazuje na współudział w niem włókien naczynioruchowych i nerwu sympatycznego, przez węzły którego włókna te przechodzą. Lecz zapatruję się na nie, jako na zjawiska następcze — we współudziale n. sympatycznego widzę tylko wynik przeniesienia się na niego chorobowego podrażnienia z ośrodkowego układu nerwowego za pośrednictwem włókien naczynioruchowych. Znaczne liczebnie zaburzenia naczynioruchowe nie dowodzą wcale jeszcze pierwotnego cierpienia n. sympatycznego, które, według zdania autorów francuzkich, miałyby stanowić pierwsze ogniwo nawet anatomiczne, powodujące inne następcze zmiany anatomiczne w mózgu. Jeśli związek włókien troficznych z układem nerwowym, nie mniej ich samoistność, pozostaje dotąd nierozstrzygniętym postulatem w nauce—to jednak w znacznych zaburzeniach odżywczych towarzyszących porażeniu postępującemu widzimy jeden jeszcze dowód głębokiego porażenia ośrodkowego układu nerwowego, który pewnemi swemi częściami kieruje sprawami odżywiania.



## Zmiany anatomiczne.

---

W obecnym stanie wiedzy, ogólnie przyjętem jest zdanie, iż podstawę każdego zaburzenia psychicznego stanowią pewne zmiany anatomiczne, bądź to łatwo przez nas dostrzegalne, bądź też będące tylko wyrazem zaburzenia w odżywianiu pierwotnych czynnościowych pierwiastków i dla tego tak nieznaczące, iż przy pomocy dotychczasowych naszych środków uchwycić ich w stanie nie jesteśmy. Lecz z drugiej znowu strony, owa niestałość zmian anatomicznych w chorobach umysłowych, częsty brak a raczej niemożność odnalezienia tychże, nieodpowiedniość ich natężenia do siły zaburzenia psychicznego—wszystko to stanowi dostateczną przyczynę trudności określenia pewnych anatomicznych zmian dla różnorodnych odmian zbroceń umysłowych. Nie dosyć na tem — niestałość zmian anatomicznych dostatecznie wyjaśnia nam istnienie jeszcze innych, choć już coraz rzadziej napotykanym poglądów, według których powstawanie początkowych zaburzeń psychicznych wytłumaczonem być winno drogą psychologiczną, zmiany zaś anatomiczne (jeśli się takowe napotyka) zależnemi być mają od nieprawidłowej czynności mózgu, są więc jedynie zjawiskami wtórnymi. Słowem, na anatomiją patologiczną zbroceń umysłowych rzucone są dotąd tylko oddzielne światła promienie, a niepełne, przy nich widziane zarysy nie zdołały dotąd zlać się w harmonijny obraz anatomiczny. Jeśli zaś zbroczenia umysłowe własnymi siłami nie zdołały wyrobić sobie prawa obywatelstwa

w rzędzie anatomicznie określonych chorób -- to porażenie postępujące, jako choroba umysłowa *par excellence*, w którym dawno znamy stałe, do pewnego stopnia, zmiany anatomiczne, przemawia, że tak powiem, za istnieniem zmian anatomicznych, choć mniej wybitnych i określonych i w innych zбочeniach umysłowych. Przypuszczeniu temu możnaby w pierwszej chwili zarzucić, iż na porażenie postępujące składają się zaburzenia psychiczne i nerwowe, i że tym ostatnim zmiany swe choroba ta zawdzięcza. Lecz porażenie postępujące nie jest połączeniem zбочenia umysłowego z objawami nerwowymi, lecz cierpieniem odrębnym „*sui generis*“, w którym zaburzenia psychiczne i nerwowe idą rżędem w jednej parze, dochodząc do zupełnego porażenia i natężenie zmian anatomicznych do pewnego stopnia odpowiada sile zaburzenia psychicznego tém bardziej, iż w szarzej korowej substancji (*sensorium commune*) zmiany te w tej chorobie najwybitniej się przedstawiają. Dane te przemawiają za przypuszczeniem, iż w zwykłych (niższych) téż postaciach zбочeń umysłowych istnieją mniej wybitne, z tego powodu niedostrzegalne zmiany anatomiczne, co wobec niedostatecznego dotąd zbadania drobnowidzowego normalnego mózgu wcale dziwnem wydawać się nie może. Dodać tu jeszcze należy, iż z początkowem zбочeniem umysłowem w wyjątkowych tylko wypadkach spotykamy się na stole sekcyjnym, mianowicie jeśli przypadkowa choroba zabija obłąkanego. Pomimo to więc, iż anatomiczna podstawa zбочeń umysłowych dla wspomnianych przyczyn nie została jeszcze w zupełności przeprowadzoną i dokładnie określoną — należy je zgodnic z obecnemi wymaganiami wiedzy poczytywać pod względem anatomicznym za choroby szarzej korowej i przyległej białej substancji a w szczególności przedniej ich części (MEYNERT), przyczem anatomiczne te zmiany rozmaitego bywają natężenia i wytwarzają się bądź to pierwotnie na miejscu, bądź téż następczo w skutek przeniesienia podrażnienia na drodze odruchowej, naczynioruchowej.

Przy określeniu zmian anatomicznych porażenia po-

stępującego odróżniamy dwie grupy zjawisk, makroskopijną i drobnowidzową. Pierwszą przedstawię tylko w streszczeniu, albowiem zmianom drobnowidzowym należy się tu pierwsze miejsce. Zmiany makroskopijne odznaczają się tu niestałością i różnokształtnością.

Czaszka przedstawia rozlane zgrubienia, szczególnie k. czołowej, niemniej wyrosła kostne (*exostoses*), stwardnienie kości (*osteoscleroris*); w innych razach kości cienkie, łamliwe (przy *hydrocephalus externus* i powiększonych granulacjach PACCHIONA) lub wreszcie nie znajdujemy żadnych zgoła zmian w kościach.

Opona twarda (*dura m.*) przedstawia się zgrubiałą, niekiedy do kości przyrośniętą; często spostrzega się też zapalenie wewnętrznej jej warstwy krwiste (*Pachymeningitis haem. interna*) lub guz krwisty téjże opony (*haematoma durae*); w rzadkich wypadkach napotyka się w niej kostniaki (*osteomata*).

Opona miękka (*pia m.*) znajduje się często w stanie obrzęku (*oedema*) szczególnie w bruzdach i przeważnie w częściach ciemieniowej i potylicowej; części zaś skroniowa zawsze a czołowa często, wolne są od obrzęku. Opona ta przedstawia to białawe, to żółtawe, rozlane zmętnienia, ciągnące się po bokach bruzd i wzdłuż naczyń; w innych razach zmętnienia te przedstawiają się w kształcie okrągłych plam (*plaques*), dochodzących do wielkości grochu, lub też wreszcie zmętnienie i zgrubienie opony miękkiej przedstawia się rozlanem, to na całej jej przestrzeni, to tylko w częściach czołowej i ciemieniowej. W miejscach obrzęku o. miękka oddziela się z łatwością; lecz na szarej korowej substancji spostrzegają się jednak otwory, odpowiadające wyrwanym z niej naczyniom; w miejscach zaś nienacieczonych znajdujemy o. miękka silnie przyrosłą do substancji korowej i dla tego przy zdjęciu jej pozostają na niej mniejsze lub większe cząsteczki szarej substancji, natomiast substancja korowa przedstawia na swój powierzchni ograniczone zniszczenia tkanki — *usurae*; zrosty o. miękkiej z substancją ko-

rową bywają najbardziej wybitnymi w części czołowej i na wierzchołkach zawojów.

Komórki mózgu (*ventriculi*) rozszerzone, szczególnie w rogach (zwięźzone zaś bywają przy *hydrocephalus externus*); ependyma zgrubiała i pokryta różnej wielkości ziarnami — są to włókniaki (*fibromata*) będące wynikiem przewlekłego jej zapalenia (BAYLE, VIRCHOW).

Biała substancja przedstawia się już to zbitą, już też rozmiękczoną, galaretowatą w skutek nacieczenia; w ostatnim razie przedstawia ona nawet znaczniejsze przestwory (*lacunae*).

Zawoje mózgu zanikłe, spłaszczone, według jednych wyłącznie czołowe, według innych zaś wszystkie, zanik dotyczy albo przeważnie substancji białej, albo też szarej, która niekiedy w zupełności znika.

Waga mózgu, w wybitnych wypadkach, pada niżej 1000 grm. (PARCHAPPE, MEYNERT); według zdania ostatniego z nich mózdzek nie przyjmuje udziału w zaniku, mniej też jemu ulega podstawa mózgu, więcej półkule, a szczególnie część czołowa substancji korowej.

To są w ogólności zmiany, jakie gołem okiem dostrzegamy przy oględzinach pośmiertnych paralityków w tych razach, jeśli śmierć spotkała ich w ostatnim okresie choroby, wtedy gdy dawno już zgasła sprawa zapalna powodująca zjawiska chorobne. Tymczasem w wypadkach śmierci paralityków, w jednym z początkowych okresów choroby, bądź to w skutek jakiegokolwiek wikłającego ją cierpienia, bądź też w skutek zbyt częstych i silnych napadów epileptycznych — mózg przedstawia się nieco odmiennie. LUBIMOFF, głównie zaś L. MEYER, spostrzegali kilka takich wypadków szybkiej śmierci i skonstatowali następujące zmiany: mózg w części czołowej a także ciemieniowej i skroniowej przedstawia się obrzmiałym; zawoje rozszerzone, zgrubiałe, pokrywają sobą bruzdy; powierzchnia ich silnie zaczerwieniona jakby różycowata; szara korowa substancja zgrubiała; na przecięciu silne nastrzyknięcie naczyń i nieznaczne ogniska

rozmiękczenia; opona miękka przedstawia się zmetniałą, zgrubiałą, lecz nie jest przyrosłą do szarej korowej substancji; opona twarda przedstawia i tu nierzadko zapalenia z wylewami krwi (*Pachymeningitis interna haemorrhagica*).

Mlecz pacierzowy nie przedstawia żadnych gołym okiem dostrzegalnych zmian.

Badania makroskopijne nie zdołały jednak odnaleźć stałej anatomicznej podstawy choroby; daleko ważniejszymi i istotniejszymi są bezzaprzeczenia badania drobnowidzowe tej sprawy chorobnej. Drobnowidz wniósł tu niemało nowych danych, powodujących znaczny, choć dotąd ostatecznie nie uporządkowany przewrót w poglądach na istotę tej choroby. W kierunku tym pracowali L. MEYER, LUBIMOFF, MAGNAN, MIERZEJEWSKI i wyniki ich badań, szczególnie zaś 3-ch ostatnich, w ogólnych zarysach są pomiędzy sobą zgodne. Postaram się tedy najpierw przytoczyć dane osiągnięte przez LUBIMOFFA, ponieważ przedstawiają one jako by streszczenie wszystkich innych prac w tym kierunku, jak i dla tego, iż wyniki moich badań drobnowidzowych najbardziej się do nich zbliżają.

LUBIMOFF w dwóch treściwych rozprawach zdaje nam sprawę ze swych badań drobnowidzowych, dokonanych w wypadkach porażenia postępującego. Zmiany dotyczą naczyń, neuroglii i pierwiastków nerwowych. Naczynia w wielu miejscach wypełnione czerwonymi ciałkami krwi, niekiedy nawet skrzepami krwi i cząsteczkowym (molekularnym) tychże rozpadem; w kilku wypadkach znaleziono rozszerzenia naczyń (*aneurysmata*) wypełnione ciałkami krwi, a nawet wraz z nagromadzeniem ciałek krwi naokoło tychże. Na ściankach naczyń i w bliskości ich znaleziono masy barwnikowe, świadczące o minionem tamże przekrwieniu. Dalej, skonstatował on jednolite zgrubienie ścian naczyń, które

---

1) LUBIMOFF. Studien über die Veränderungen des geweb. Hirnbaues u. deren Hergang in der Progress. Paralyse. Virchow's Archiv. Bd. 57. 34. 5. 371.

nazywa woskowatem (*wachsartige Degeneration*); znaczne rozmnożenie jąder w ściankach naczyń, szczególnie wybitne w naczyńkach włosowatych; pączków naczyńniowych (*Gefäßknospen*) autor nie zauważył. Komórki tkanki łącznej znajdują się w znacznie zwiększonej ilości, — mają one postać pajęczą (*spinnenförmige*), obdarzone mnóstwem rozgałęziających się wyrostków, posiadają wybitną protoplazmę. Jądro bywa niekiedy niedostrzegalnym w komórce, lub też jest ono nabrzmałem, w okresie dzielenia, w innych zaś razach liczba ich w komórce jest znaczną. Protoplazma komórki bywa już to nabrzmałą, przez co komórka rozmiarem swym przewyższa komórkę nerwową, już też wyschniętą, stwardniałą, sklerotyczną. Wyrostki komórki bywają już to długimi, cienkimi z ostremi konturami, już też nabrzmałami, szerokimi; jeden z wyrostków łączy komórkę ze ścianką naczynia. Zgromadzone w znacznej ilości komórki tk. łącznej wraz ze swymi wyrostkami tworzą siatkę, wśród której rozmieszczonemi są komórki nerwowe. LUBIMOFF zgadza się z MEYNERT'EM w tym punkcie, iż komórki tk. łącznej napotykać się w szczególnie zwiększonej liczbie w 5-jej warstwie korowej i przyległej warstwie białej substancji, choć napotykać się też w najpowierzchniejszej warstwie substancji korowej. Również MESCHÉDE zwrócił uwagę na szczegół ten i opisał zmiany anatomiczne przy porażeniu postępującem, jako szare przeistoczenie podkorowych (*subcortical*) warstw białej substancji. Nadzwyczajne natężenie w rozwoju komórek tk. łącznej we wspomnianych miejscach ma być spowodowane zmianą tu kierunku naczyń i utrudnionem przez to krążeniem (ponieważ w substancji korowej naczynia mają kierunek równoległy do substancji korowej). Co się tyczy powstawania zwiększonej ilości komórek — to przypisuje autor po części pomnożeniu istniejących tu komórek, po części nabrzmieniu ich i przyjęciu nowych własności, dzięki którym wybitniej się one przedstawiają; nabrzmienie i zmiana własności stwierdzonemi zostały przez MEYNERT'A; ko-

mórki te najwybitniej występują wtedy, gdy z początku surowiczo nabrzmiałe przyciągają one drogą endosmozy twory protagonowe i otrzymują własności przelamywania światła i błyszczący, opalizujący wygląd. Nie można też pominąć jednego jeszcze źródła komórek—mianowicie powstawania ostatnich z bezbarwnych ciałek krwi z naczyń wyszłych, krórcych to ciałek postaci zbliżone do komórek łącznotkankowych niekiedy spostrzegać można (OBERSTEINER).

Zmiany w neuroglii polegają na tem, iż traci ona swą postać drobnoziarnistą, szczególniej w pierwszej warstwie substancji korowej, a przedstawia natomiast gęstą siatkę delikatnych włókienek. Podobną zmianę w neuroglii L. spostrzegał prócz zwojów jeszcze w rogu Ammona, w szarej substancji dna 4-jej komórki i w mózdzku.

Co się tyczy zmian w komórkach nerwowych—to przedstawiają się one albo nabrzmieleni, albo też sklerotycznemi; w stanie nabrzmiwania jądro komórki powiększa się znacznie i dzieli się; jądra w znacznej ilości otaczają komórki nerwowe, znajdując się w t. zw. naokołokomórkowej (*pericelluläre*) przestrzeni—niepodobna rozstrzygnąć, czy powstały one skutkiem rozmnożenia jądra komórki nerwowej, czy też są to jądra neuroglii, czy wreszcie nie są to jedynie bezbarwne ciałka krwi, które z naczyń tu przywędrowały. Protoplasma komórek nerwowych przedstawia różne stopnie cząstkowego (molekularnego) rozpadu, protoplasma tego rodzaju słabiej się zabarwia. Sklerotyczne komórki nerwowe przedstawiają się jednolitemi, woskowatemi, z jądrem niedostrzegalnem, są one stwardniałe, zmarszczone.

Nie mogę na tem miejscu pominąć nowej pracy LUBIMOFF'A <sup>1)</sup> następnego roku ogłoszonej, tem bardziej iż zawiera ona kilka nowych szczegółów rozbieżnej kwestyi

<sup>1)</sup> LUBIMOFF. Path. Anatomie der Progres. Paralyse. Archiv. f. Psych. IV. Bd. 311 s. 586.

dotyczących. Przytacza on, iż w wielu miejscach spotykał naczynia wypelnione czerwonymi ciałkami krwi, choć napotykał się także puste naczynia, objawów zaś pączkowania (wytwarzania się nowych) naczyń nie spostrzegął. L. zauważył dzielenie się jąder w ściankach naczyń, lecz utworzone one są z bezbarwnych ciałek z naczyń wysłych, czego dowodzą znajdujące się wśród nich czerwone ciałka i massy barwnikowe; ciałka czerwone nie zbierają się w przestrzeniach *t. adventitiae*, lecz głównie pomiędzy ścianką i mięszszem, a także w tym ostatnim, lecz we wciąż zmniejszającej się ilości; naokoło naczynia widać całe gromadki czerwonych tych ciałek. Prócz tego ścianki naczyń w niektórych miejscach znaleziono w stanie klejowatego przeistoczenia; w miejscach gdzie przeistoczenia tego nie ma, naokoło naczyń widać massy barwnikowe i grupy jąder ułożonych naokoło pajęczych komórek łącznotkankowych. Jądra ułożone są też naokoło komórek nerwowych.

Powyższym szczegółowym opisem wyników badań LUBIMOFF'A wykazać chciałem ostatnie niemal słowo wyrzeczone w kwestyi zmian drobnowidzowych odnajdywanych w porażeniu postępującem. Dodać winienem, iż pierwsza praca LUBIMOFF'A zasadzała się na 14-u wypadkach i to przeważnie świeżych, których trwanie nie przewyższało 1-go roku od pojawienia się wybitnych objawów choroby. MAGNAN i MIERZEJEWSKI do tychże samych przyszli rezultatów. Nim przystąpię do opisu własnych badań, przedstawić muszę wyniki badań drobnowidzowych mléczu pacierzowego.

Zmiany w mléczu pacierzowym przy porażeniu postępującym po raz pierwszy przez WESTPHAL'A <sup>1)</sup> skonstatowanemi zostały. Prace nowszych autorów jak: JOFFE, MESCHÉDE, SIMON, OBERMEIER, RABENAU, LUBIMOFF i t. p. stwierdzają, iż we wszystkich prawie wypadkach choroby mamy do czynienia ze zmianami w mléczu. Co się tyczy

---

<sup>1)</sup> WESTPHAL. Ueber den heutigen Standpunkt der Kenntnisse von der Progress. paralysé der Irren. Archiv f. Psych. I. Bd. s. 68.



istoty tych zmian, to przypuszczano dwojakiego rodzaju sprawy chorobne w młéczu: a) szare przeistoczenie (*degeneratio grisea*) pęczków tylnych z zanikiem wtórnym włókien nerwowych—odmiana tabetyczna i—b) przewlekłe zapalenie mleczu ziarniste (*Körnchenzellenmyelitis*)—odmiana mijelityczna—przyczém sprawa zapalnodegeneracyjna dotyczy głównie tylnych części pęczków bocznych obok rozsianych gdzieniegdzie zmian w tylnych pęczkach. Tymczasem zgodnie z nowszemi poglądami, które poniżej we właściwem miejscu szczegółowo wyłuszcę, uważam odmianę tabetyczną porażenia postępującego za mogącą być zastosowaną do tych tylko wypadków, w których następuje powikłanie suchot mleczu (*Tabes dorsualis*) przez porażenie postępujące, resztę zaś wypadków odnieść należy do t. zw. tabetycznego ogłupienia (*dementia tabica*). Co się zaś tyczy odmiany mijelitycznej — to istnienie jój badania nowszych pracowników na tem polu w zupełności stwierdzają. SANDER<sup>1)</sup> zbadał 56 młéczów pacierzowych, w téj liczbie w 27 wypadkach porażenia postępującego, w których, z wyjątkiem jednego (który za życia odznaczał się brakiem ruchowych zaburzeń) we wszystkich zgoła skonstatował ziarniste zapalenie pęczków bocznych mleczu niemniej tylnych, a znacznie już rzadziej pęczków przednich. SANDER nie zestawia jednak w związek przyczynowy zaburzeń ruchowych z rozprzestrzenieniem komórek ziarnistych, lecz sądzi, że powstanie jednych i drugich jest zależnem od mniej lub więcej posuniętej sprawy chorobnej w mózgu, która już znajduje się w bardziej bezpośrednim związku ze zjawiskami chorobnemi. W wypadkach, w których komórki ziarniste pojawiają się też w pęczkach tylnych, opona miękka prawie zawsze ulega sprawie chorobnej; powstanie zaś komórek ziarnistych w przednich pęczkach, często z jednéj tylko ich strony, SANDER przypisuje wtórnemu porażeniu będącemu przedłużeniem mózgowéj sprawy chorobnej. Niemniej doniosła co do tego punktu jest pra-

<sup>1)</sup> SANDER. *Körnchenzellen d. Rückenmarks*. Arch. f. Ps. B. I. 1869.

ca OBERMEIER'A <sup>1)</sup>, który badał mleczce pacierzowe nietylko u paralityków, lecz i po różnorodnych innych chorobach; wynikiem tych badań było odnalezienie pewnego przyczynowego związku pomiędzy porażeniem postępującem a zapaleniem mlecza ziarnistym. OBERMEIER z liczby 12 wypadków porażenia postępującego, w 11-u skonstatował zapalenie mlecza ziarniste przeważnie pęczków bocznych; w 12-ym wypadku zjawiska paralityczne za życia były bardzo niewydatne; w niektórych wypadkach zmiany dotyczyły przeważnie pewnej części mlecza, szyjowej lub lędźwiowej. Prócz tego, OBERMEIER zbadał mleczce pacierzowe w 34 innych wypadkach, w tej liczbie ogłupienia (*dementia*) 6 wypadków, chorób umysłowych—7, padaczki (*epilepsia*) 3, histeryi—1, obłądu opilczego (*delirium tremens*)—9, mózgorzeniowego zapalenia o. miękkiej (*Meningitis cerebrospinalis*)—2, ospy (*variola*)—3, przymiotu (*syphilis*)—3. Przekonał się on, iż z ogólnej liczby 34-ch wypadków, w 8-u wypadkach komórek ziarnistych było dużo, w 6-u było ich mało, w 8-u niewiele, w 12-u zaś wcale ich nie było; przytém nie widać tu tego prawidłowego rozmieszczenia co do przewagi pęczków bocznych. U nieparalityków komórki ziarniste znajdują się w ścisłym związku z przeistoczeniem naczyń; u paralityków zaś pojawiają się one i przy nieuszkodzonych naczyniach, choć ostatnie bywają tu też przeistoczonemi w postaci powikłania. Rozbierając téż wpływ chorób wikłających we wszystkich badanych przez siebie wypadkach, jakoto: zapalenia płuc i opłucnej, suchot płuc, cierpienie wątroby, zapalenia opony miękkiej mózgu, przymiotu, nowotworów mózgu, i stosunek tych ostatnich do ilości komórek ziarnistych—OBERMEIER przychodzi do wniosku, iż przymiot, nowotwory mózgu, suchoty płucne, a szczególnie ogłupienie (*dementia*) znajdują się w ścisłym związku z przeistoczeniem naczyń i utworzeniem komórek ziarnistych. Przeistoczeniu naczyń i po-

<sup>1)</sup> OBERMEIER. Zur Lehre von der Degeneration d. Rückenmarkes bei der Pr. Par. der Irren. Arch. f. Psych. IV. Bd. 14. 184.

wstawaniu komórek ziarnistych sprzyjają albo gorączki (ospa, zapalenie opon mózgowych), albo wiałd (*marasms*) przy chorobach, albo wreszcie są one wyrazem zmian starczych. W skutek tych to przyczyn (gorączka, wiałd, wiek podeszły), przy wspomnionych chorobach rozwijają się komórki ziarniste w mleczu w związku z przeistoczeniem naczyń tamże; gdy tymczasem w porażeniu postępującem, niezależnie od wspomnionych czynników, rozwija się w mleczu sprawa zapalnodegeneracyjna w postaci ziarnistego zapalenia mlecza.—W ostatnich czasach WEISS, odczytał na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich, sprawozdanie z badań swych dokonanych nad mleczem pacierzowym w porażeniu postępującym. W mleczech wszystkich bez wyjątku paralityków skonstatował on liczne komórki ziarniste, niezależnie od rozmaitego przebiegu choroby. Komórki ziarniste znalezione były przez niego przeważnie w części grzbietowej pęczków tylnych, niemniej i w innych pęczkach, w częściach zaś szyjowej i łędźwiowej zmiany były daleko mniej wybitne albo ich wcale nie było. Co do pochodzenia komórek ziarnistych, to nie znajdują się one w związku ani z limfatycznymi, ani łącznotkankowymi pierwiastkami, lecz źródło ich tkwi w komórkach różnej wielkości o podwójnych konturach, o bladym, jakby zapyłonym jądrze, które WEISS znajduje zawsze w odwrotnym ilościowym stosunku z rozwiniętymi komórkami ziarnistymi i w których tłuszczowozziarnisty rospad idzie od obwodu ku środkowi. WEISS jest zdania, iż ciężkie przypadłości ruchowe należy odnieść do zapalenia mlecza.

Przedstawiwszy tym sposobem wyniki badań drobnowidzowych w ciągu lat ostatnich dokonanych, przystępuję do podania rezultatów własnych poszukiwań. Przyznaję, iż stanowią one tylko przyczynek do studjów w tym kierunku; przy braku bowiem odnośnego materiału, a co więcej, ograniczonym czasie, przystąpiłem do badań histjologicznych nie w zamiarze osiągnięcia jakichkolwiek nowych rezultatów, lecz miałem jedynie na celu sprawdzenie najnowszych tu odnoszących się prac, by przez to wyrobić

sobie jaśniejszy i gruntowniejszy pogląd na istotę porażenia postępującego.

Badania me dokonałem na 3-ch mózgach a 1-ym mleczu pacierzowym <sup>1)</sup>. Mózgi poddane były twarżnieniu w 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworze kwasu chromnego, skrawki zabarwiane eozyną, lub purpuryną, potem przemywane wodą i wysuszone wyskokiem. Na preparatach mikroskopowych obejmujących szarą korową i białą substancją, łatwo było przekonać się o szczególnem natężeniu zmian w najgłębszej warstwie substancji korowej i przyległej białej. Co się tyczy rodzaju zmian, to odnoszą się one przeważnie do naczyń i neuroglii, w mniejszym stopniu do pierwiastków nerwowych. Naczynia w wielu miejscach przedstawiły mi się nastrzykniętymi, przepelnionymi ciałkami krwi (p. fig. 1 i 10), w niektórych miejscach naczynie napełnione było masą drobnoziarnistą, prawdopodobnie z rospadu zakrzepu powstałą, dalej spostrzegałem téż rozszerzenia naczyń przedstawiające się jako *aneurysmata dissecantia*, nie zdołałem zaś zauważyć ciałek czerwonych krwi w bliskości naczynia, po rozerwaniu tegoż złożonych, jak to widzieli SCHÜLE, LUBIMOFF—natomiast znajdowałem massy barwnikowe umieszczone na naczyniach i w bliskości tychże i świadczące o przebrzmiałych tu przekrwieniach, częstokroć z wylewem krwi połączonych, W jednym, świeżo po sekcji mikroskopowo badanym wypadku, po wyjęciu z pośród zwojów mózgu naczyń przenikających tamże z opony miękkiej, można było przekonać się o znacznej drobnokomórkowej infiltracji naczyń—przestrzenie okołonaczynne (*perivasculäre*) a także części naczyniom przyległe, przepelnione były mnóstwem okrągłych, do bezbarwnych ciałek krwi podobnych, bądź to grupami ułożonych, bądź téż porozrzuconych komórek; podobneż drobnokomórkowe nacieczenie dotyczyło w tym wypadku i naczyń opony miękkiej; w innych dwóch wypadkach spostrzegałem to tylko w niezna-

<sup>1)</sup> Przy końcu opisane są w krótkości oględziny pośmiertne odnośnych wypadków.

cznym stopniu. Prócz tego, lecz tylko na kilku skrawkach, naczynia przedstawiły mi się przepelnionemi i zakrytemi przez jednolite szkliste bryły, z przyczyny których naczynie przedstawiało się jednolitem, jakby woskowem (p. fig. 2); niemniej, w niektórych naczyniach spostrzegałem mniej więcej wybitne przeistoczenie ateromatyczne *intimae* naczyń (szczególnie wydatnem było to ostatnie w jednym wypadku, w którym téż większe naczynia mózgu i tętnica główna znajdowały się w stanie ateromatycznej przemiany).

Co się tyczy *neuroglii*, to na każdym skrawku mikroskopowym przekonywać się mogłem o jednym i tém samym — o znacznem zwiększeniu ilości jąder (patrz fig. 9)—dla porównania brałem częstokroć skrawki z mózgu normalnego i różnica w ilości jąder okazywała się zaiste znaczną. Jądra albo bywają rozrzucone w większej ilości pośród neuroglii, albo téż bardziej do siebie zbliżone i ułożone choć niezbyt gęstemi gromadkami. W tkance téż interstycyjalnój znajdowała się znaczna ilość komórek łącznotkankowych, t. zw. pajęczych (*Spinzellen*); przedstawiają się one w postaci to wrzecionowatych, długich, to trój — to wielościennych komórek, bez jądra lub téż o jednym, a nawet wielu jądrach, o wyrostkach mniej więcej znacznych, rozgałęziających się; zwykle przedstawiają się one zmarszczonemi i niewielkiej objętości, niektóre z nich tylko nabrzmiałe. Mniejszą objętością, obfitością rozgałęzień i wyrostków odróżniają się one od komórek nerwowych. Charakterystycznemi są miejsca, w których komórki te pajęcze łącząc się za pomocą swych wyrostków tworzą siatkę, w oczach której rozmieszczone są komórki nerwowe (fig. 11).

Co się tyczy *komórek nerwowych*, to spostrzegałem całe gromadki ich zupełnie nietkniętemi; o wydatnym zarysie (konturze), z lekka ziarnistój protoplazmie i dość znacznem wybitnem jądrze, z jedném lub dwoma jąderkami. Lecz nie mogę znowu pominąć, iż na bardzo wielu preparatach (skrawkach) spotykałem to oddzielne

komórki, to nawet całe gromadki ich znacznie zmienionemi. Co do jądra tych komórek, to w wielu razach przedstawiało się ono nabrzmałem, zajmującym całą średnicę komórki: w innych znowu — jądra niepodobna było rozpoznać. Protoplasma komórek nerwowych przedstawiała także wydatne zmiany: zdawała się ona to wyschniętą, zdrewniałą, sklerotyczną, to znowu przedstawiała ona niewątpliwe oznaki ziarnistego rozpadu (fig. 12).

Naczynia substancji białej ulegają tym samym zmianom co naczynia substancji korowej, lecz w mniejszym stopniu natężenia. Zmiany neuroglii substancji białej również są stałe — łatwo można było przekonać się o zwiększonej w niej ilości jąder, niemniej spostrzegałem w niej na niejednym skrawku bryły klejowate różnej wielkości, zbijające się w całe gromadki masy klejowatej: w tych to miejscach naczynia przedstawiały się również jednolitemi, szklistem — przeistoczenie klejowate rozszerzyło się tu prawdopodobnie z naczyń na komórki neuroglii.

Wszystkie opisane dotąd zmiany odnoszą się przeważnie do szarej korowej i białej substancji płatów czołowych, choć przyznać trzeba, iż spostrzegane były także w innych częściach mózgu, choć w znacznie mniejszym stopniu natężenia.

Rdzeń przedłużony i mlecz pacierzowy badane były przezemnie w jednym tylko wypadku. W rdzeniu przedłużonym skonstatowałem znaczne pomnożenie liczby jąder, i niemniej wybitny rozrost tkanki łącznej ciągnącej się w różnych kierunkach po skrawku mikroskopowym. Komórki nerwowe nie okazały się tu zmienionemi, lecz otoczonemi i uciśniętymi przez gromadki jąder. Mlecz pacierzowy (paralytyka u którego w ciągu ostatnich tygodni życia lewa kończyna dolna była porażoną) okazał się znacznie zmienionym; zmiany te dotyczą naczyń i neuroglii. Naczynia po większej części pokryte są całemi rzędami komórek ziarnistych (fig. 17); przyczem komórki te okazały się na świeżych lecz i na stwardniałych i zabarwionych preparatach.

Neuroglija przedstawia téż zjawiska ziarnistego przeistoczenia jej pierwiastków — komórki ziarniste okazują się tu albo rozrzuconemi albo téż ułożonemi w rzędy i gromadki (fig. 18). Ułożenie komórek ziarnistych w stosunku do naczyń nasuwa przypuszczenie albo wyjścia (migracyi) z naczyń bezbarwnych ciałek krwi i zmiany tychże, albo téż dzielenia się jąder w ściankach naczyń, jąder, ulegających potem ziarnistemu przeistoczeniu; komórek zaś z podwójnym zarysem z przeistoczenia których, podług WEISS'A, powstawać mają komórki ziarniste, na mych preparatach nie spostrzegalem. Zmiany w mleczu paciierzowym dotyczą głównie pęczków bocznych, na których, postwardnieniu mlecza w kwasie chromnym, zauważyć można było jaśniejsze punkta odpowiadające miejscom najbardziej w komórki ziarniste obfitującym. Prócz tego, na skrawkach większych, całe prawie przecięcie mlécza przedstawiających, jasno uwydatnił się rozrost siatki łącznotkankowej w postaci grubych mościków, siatki, w węzłach której napotykałem twory do jąder podobne, a której oczka wypełnione były włóknami nerwowemi. Prócz bocznych pęczków, zmiany te choć w mniejszym stopniu spostrzegalem téż w tylnych, przednich pęczkach. Co się zaś tyczy substancyi szarój mlécza, to nie znalazłem w niej wydatnych zmian.

Opierając się więc na wynikach własnych poszukiwań, stwierdzających poglądy innych autorów, zdobyte na polu licznych prac w tym kierunku — przypuszczam jako stałą podstawę anatomiczną porażenia postępującego przewlekłego zapalenia interstycjalnego układu nerwowego (*Encephalomyelitis chronica diffusa*); w razie zaś jednoczesnego zapalenia opony miękkiej mózgu — *Meningo-encephalomyelitis*.

Nasuwa się teraz pytanie, jaki zachodzi stosunek pomiędzy oddzielnymi zmianami anatomicznymi (szczególniej w mózgu) i jaki ich związek w jedną całość. Opierając się na poszukiwaniach własnych i innych autorów, tłumaczę sobie istotę zmian anatomicznych w sposób następujący:

Pierwszem zjawiskiem anatomicznem jest tu prawdopodobnie przekrwienie (*hyperaemia*), którego ślady widzimy tylko pod mikroskopem (nastrzyk naczyń, masy barwnikowe) w wypadkach jak najczęściej bywa, posuniętej już choroby, gdy pierwotne sprawy zapalne dawno już znikły; w świeżych natomiast wypadkach choroby, spostrzeganych przez L. MEYER'A i LUBIMOFF'A, przekrwienie to było już gołym okiem dostrzegalnem. Przypuszczając przekrwienie zgadzam się z poglądem RINDFLEISCH'A <sup>1)</sup> co do zależności zaburzeń psychicznych od zbroczeń w krwiobiegu. Dalej, przyjmuję zdanie MEYNERT'A co do przyczynowego związku stanu komórek łącznotkankowych (sokowych—*Saftzellen*) ze zjawiskiem przekrwienia w mózgu. W samej rzeczy, z pracy LUBIMOFF'A dowiedzieliśmy się o nabrzmieniu tych komórek, dzieleniu jąder i komórek, słowem o rozroście siatki łącznotkankowej; na własnych preparatach widzieliśmy również znaczne pomnożenie się komórek i jąder, napotykały się też oddzielne nabrzmiałe komórki pajęczce. Rozrost ten pierwiastków łącznotkankowych z konieczności odbić się musiał na stanie odżywiania komórek nerwowych — w nich spostrzegamy też oznaki nabrzmiewania, dzielenia jąder i rozpadu komórek lub ich sklerozy. Tym tedy sposobem mamy przed sobą 3 nierozdzielne ogniwa: przekrwienie, rozrost siatki łącznotkankowej i porażenie pierwiastków nerwowych. Zauważyć należy, iż komórki nerwowe najmniej ulegają zmianom chorobnym, które rozwijają się tu tylko wtórnie — w świeżych wypadkach LUBIMOFF spostrzegał jedynie zmiany w naczyniach i siatce łącznotkankowej. Chorobowo wzmożone napełnienie naczyń (przekrwienie), wnet odbijające się na stanie siatki komórek sokowych (*Saftzellennetz* — podług MEYNERT'A osocze krwi przechodzi w siatkę komórek t. zw. sokowych, połączonych między sobą wyrostkami) pociąga za sobą powiększenie objętości komórek, nabrzmiewanie ich lub nawet zmianę ich własności endosmotycznych;

<sup>1)</sup> RINDFLEISCH. Patologische Gewebelehre. 1875. S. 557.



dzielenie zaś jąder i komórek stanowi zjawisko następeze. Naczynia rozszerzając się w skutek przekrwienia napełniają mniej więcej przestrzenia okołonaczynne (*perivascularä Räume*), przez co, utrudniając odpływ limfy z ośrodków nerwowych, wytwarzają nowy czynnik, sprzyjający nabrzmieniu komórek sokowych. Nie można też przemilczeć o tém, iż porażenie opony miękkiej mózgu niemniej sprzyjać może zastojowi limfy w ośrodkach nerwowych, lecz nie należy jemu przyznawać znaczenia stałego, niezbędnego czynnika w porażeniu postępującem (ARNDT, L. MEYER), ponieważ zapalenie opony tej (*Meningitis*) bywa tu często nieznacznem, albo też zupełnie go niema (LUBIMOFF). Przekrwienie naczyń powoduje więc nabrzmienie komórek sokowych, a ostatnie nie może pozostać bez wpływu na komórki nerwowe. Jeśli będziemy mieć na uwadze, iż w początkach przekrwienia tylko płyn surowiczy (osocze) wchodzi w komórki sokowe i że dopiero później, przy długotrwałym zastojowi zawartości komórki te ulegają istotnym zmianom, gdyż według MEYNERT'A zawartość ich w skutek endosmotycznego przyciągania protagonu otrzymuje własności silnego przełamania światła i błyszczący, opalizujący wygląd; dalej zwróciwszy uwagę, iż komórki nerwowe ulegają tylko zmianom następczym, i że w razie zmniejszenia lub znikania przekrwienia komórki sokowe (nie uległe jeszcze przeistoczeniu sklerotycznemu) wracają do normalnego stanu, komórki zaś nerwowe nie zdołały jeszcze uleść zmianom—to też czynnościowe zboczenia komórek nerwowych powinny się zmniejszać lub znikać i tym sposobem jesteśmy w stanie wytłumaczyć sobie właściwe porażeniu postępującemu remisje, które na początku choroby przedstawiają nawet chwile zupełnego zdrowia (*intervalla lucida*). Różnorodne zmiany w stosunkach endosmotycznych komórek nerwowych przypisać winniśmy sile i szybkości, z jaką zachodzą zmiany w stanie naczyń i ich najbliższych rozgałęzień, w postaci siatki komórek sokowych (*Saftzeliennetz*), do czego przyłączają się inne jeszcze warunki, sprzyjające

zastojowi limfy w ośrodkach nerwowych. Stosownie do tego, znajdujemy w komórkach nerwowych albo nabrzmienie jąder, lub dzielenie się ich, albo rospad komórek, albo wreszcie sklerotyczne ich przeistoczenie. Przy ocenie mniejszego lub większego natężenia zmian chorobnych w komórkach nerwowych należy mieć jeszcze na względzie niejednakowe u różnych osobników usposobienie tkanki nerwowej (podobnie jak i innych) do stanu chorobnego, usposobienie określone przez GRIESINGERA jako *Degenerescenz* mózgu.

Na jedną jeszcze okoliczność zwrócę tu uwagę: najwyższy stopień natężenia sprawy chorobnej przypada na najgłębszą warstwę substancji korowej (i przyległą białą)—na warstwę więc, której delikatne, wrzecionowate komórki nerwowe i niemniej delikatne włókienka nerwowe stanowią t. z. układ assocyjacyi (*Associationssystem*): to zdaje się dostatecznie wyjaśnia tę okoliczność, iż wtedy gdy przyjinowanie (*perceptio*) wrażeń zewnętrznych i wytwarzanie oddzielnych wyobrażeń skutecznia się jeszcze prawidłowo, związek ich logiczny przedstawia się już zwichniętym, w skutek braku assocyjacyi, niemniej też i to, iż pamięć dawnych zdarzeń istnieje wtedy, gdy utraconą jest pamięć faktów świeżych, tylko co zaszłych.

## Istota choroby (*Natura morbi*).

---

Na istotę choroby różni autorowie zapatrywali się odmiennie. Gdy bowiem pierwsi badacze w porażeniu postępującem nie widzieli nic innego, jak zapalenie opon miękkich (*Arachnitis cerebri*, *Meningitis*)—niestałość zmian anatomicznych w mózgu przy stałości ich w mleczu pacieryzowym skłoniła WESTPHALA do postawienia tu szarego przeistoczenia (*Degeneratio grisea*) tylnych i zapalenia mleczu (*Myelitis*) bocznych pęczków, jako podstaw anatomicznych choroby. Tymczasem badania lat ostatnich, jakie wyżej szczegółowo przytoczyliśmy, doprowadziły do wniosku, iż mamy tu do czynienia z rozlanem mózgo-rdzeniowym zapaleniem przewlekłym (*Meningoencephalomyelitis chronica diffusa*). W ogóle widzimy tu porażenie ośrodkowego układu nerwowego, do czego dodać jeszcze należy zmiany, w zwojach nerwu sympatycznego (LUBIMOFF<sup>1</sup>), BONNET). Porażenie układu nerwowego, odkryte badaniem drobnowidzowym, stanowi warunek najistotniejszy, niezbędny, znajdujący poparcie przy ocenie przyczyn choroby. W samej rzeczy pierwiastki szkodliwe, chorobę wywołujące, nadużycia płciowe, nadwyreżenie sił fizycznych i umysłowych, napoje wyskokowe, przymiot—wplywają tu w jednaki sposób tak na mózg jak i na mlecz pacieryzowy;

---

<sup>1</sup>) LUBIMOFF. Beiträge zur Histologie u. Path. Anatomie des sympathischen Nervensystems. Virchow's Archiv.

z drugiej znowu strony, skutek (efekt) wspomnianych czynników możebnym jest tylko przy pewnem usposobieniu tkaniki nerwowej, jój słabości, której również nie możemy odnieść od ograniczonej części, lecz do całego układu nerwowego. Podobną podstawę (w usposobieniu), inaczéj zwaną skłonnością do przeistoczenia (*Degenerescenz*) mózgu niezbędnie przypuścić nam należy u osób ulegających porażeniu postępującemu, poczytując ją, bądźto za wrodzoną resp. dziedziczną, przy usposobieniu rodzinnem do chorób nerwowych i umysłowych, bądź też za nabytą t. j. zależną od poprzedzających chorobę warunków życia. Mam tu na myśli, iż przy ocenie momentów etiologicznych nigdy nie należy zadawałniać się odnalezieniem jednego, jakiegokolwiek, przypuścmy nadużycia płciowego; inne bowiem nie mniej wazue przyczyny mogły w danym razie przygotować grunt, na którym wyłoniła się straszna ta choroba; z drugiej znów strony nie przeczę, iż nadużycie w pewnym kierunku, jednostronna przyczyna przy pewnym stopniu jój natężenia podnieść się może do potęgi chorobę wywołującej.

Co się tyczy nerwu sympatycznego, to zachodzące w nim zmiany przy porażeniu postępującem, przez niektórych autorów podniesionemi zostały do znaczenia pierwotnego ogniska, źródła wszech innych zaburzeń w téj chorobie. BONNET i POINCARÉ <sup>1)</sup> skonstatowali tu stałe zmiany anatomiczne w zwojach n. sympatycznego, a głównie w szyjowym, zmiany polegające na rozroście śródmiaższowej tkanki łącznej i tłuszczowém przeistoczeniu komórek nerwowych. Ztąd przyszli oni do wniosku, iż w n. sympatycznym leży, że tak powiem, pierwsze ogniwo porażenia, prowadzące za sobą wszelkie inne zmiany w mózgu, jako zjawiska następcze, wywołane zaburzeniem w krążeniu. Badacze ci twierdzą, iż wszystkie w ogóle zmiany przy po-

<sup>1)</sup> BONNET et POINCARÉ. De la nature et l'Anatomie Pathologique de la Paralyse générale. Paris 1876.

rażeniu postępującem znajdują swój wyraz w zaburzeniu odżywiania przyrządów (organów), zaburzeniu, dochodzącem do tłuszczowego lub innego przeistoczenia ich pierwiastków, fizjologicznie zaś przejawiają się w początku w bezcelowości (*ataxia*), później w osłabieniu wszech funkcyj roślinnego i zwierzęcego życia. W istocie pogląd ten nie jest bezzasadnym. N. sympatyczny, ważną w ogóle odgrywa rolę przy powstawaniu zбочeń umysłowych, węzeł jego szyjowy, z powodu przechodzących przez niego włókien naczynioruchowych rzec można zawiaduje mózgiem. Jako odpowiedni przytoczę tu pogląd SCHÜLE'go, poczytującego melancholiją za nerwicę naczynioruchową (*Vasomotorische Neurose*) t. j. za czynnościowe podrażnienie n. sympatycznego, powodujące tętno dikrotyczne, podwyższenie ciepłoty i kurcz naczyń (*angiospasmus*) mózgu. Wreszcie liczne w ogóle są wypadki zбочeń umysłowych, spowodowanych irradycją chorobnego podrażnienia z oddzielnych przyrządów, przeważnie jamy brzusznej, co znowu sprowadza się do czynnościowego podrażnienia n. sympatycznego. Zgodnie z tym tylko co wypowiedzianem, należałoby pogląd francuzkich autorów wyjaśnić w ten sposób, jeśli czynnościowe zaburzenie, raczej podrażnienie n. sympatycznego spowodować jest w stanie czasowe zaburzenie krążenia w mózgu, a tem samem u osób usposobionych wywołać zбочenie umysłowe — to stałe, niezmiennie anatomiczne porażenie tego nerwu, przejawiające się w sklerozie węzłów, sprowadzić winno bezpowrotne zaburzenia w krążeniu a pośrednio w odżywianiu mózgu; zбочenia zaś w odżywianiu niepodobna jest odgraniczyć od sprawy zapalnej, stanowiącej anatomiczną podstawę porażenia postępującego. Cóż sami francuzcy autorowie starają się w etyologii jakby znaleźć nic wiążącą porażenie postępujące z zaburzeniami w n. sympatycznym — utrzymują oni, iż nadużycie pokarmów, obfite obiady — wywołują podrażnienie chorobne węzłów sympatycznych brzusznych, przenoszące się drogą irradycyi na węzeł szyjowy górny i po-

wodujące zaczerwienie twarzy, lekki zawrót głowy, co porównywiają oni z przechodnim przypadkiem porażenia postępującego; zgodnie z tem przedstawiają sobie oni wybitne porażenie postępujące, jako wynik częstych podrażnień tą drogą na mózg przenoszonych. Lecz owo właśnie objaśnienie etyologiczne przemawia za wadliwością, jednostronnością poglądu autorów francuzkich. Powstawania téj choroby nie można sobie inaczej wyobrazić, jak tylko jako skutek szczególnej wrażliwości ośrodkowego układu nerwowego, pewnego rodzaju skłonności do przeistoczenia (*Degenerescenz*), w obec których zwykle już podrażnienia stać się mogą czynnikami chorobę wywołującemi; w tych to wypadkach choroby całe zgoła znaczenie przyczynowe przypisanem być winno owéj pobudliwości nerwowej, niezdolnej oddziaływać na zwykłe warunki życia. Nadużycia zaś pokarmów, obfite potrawy i tym podobne przyczyny BONNET'a, stanowią przecież tylko pobudki normalne, powszednie warunki życia — podrażnienie więc n. sympatycznego, jako przyczynę choroby, zaliczyć należy do tych czynników, które same przez się bez szczególnej wrażliwości układu nerwowego nie są w stanie wywołać owych głębokich zmian w ośrodkach nerwowych, które poczytujemy za anatomiczną podstawę porażenia postępującego. Jeśli zaś zwrócimy się do innych momentów przyczynowych, jak nadużycia płciowe, onanizm w późniejszym wieku, nadwyręzenie sił fizycznych i umysłowych, dążenia i plany nieodpowiednie do sił i zdolności, nadużycie napojów wysokokowych, zakażenie przymiotowe — to mamy tu przed sobą czynniki głęboko wstrząsające ośrodkami nerwowymi, w jednych razach mleczem, w drugich mózgiem, w innych znowu jednym i drugim, — czynniki powodujące znaczne zaburzenia w odżywianiu tych ośrodków, co też stanowi istotę choroby. Dodać jeszcze winienem, iż tu niemniej wynik chorobny, przy jednakowym stopniu czynnika przyczynowego, zależnym jest od mniejszego lub większego usposobienia lub wra-

żliwości nerwowej. Jasną więc jest rzeczą, iż w obu razach, czy to mamy do czynienia ze szczególną wrażliwością przy zwykłych pobudkach życiowych, czy też z czynnikami układem nerwowym wstrząsającymi — przyczyna choroby w pierwszym stopniu dotyczy ośrodkowego układu nerwowego. Jeśli obfitość zaburzeń naczynioruchowych skłoniła BONNETA i POINCARÉ do odszukiwania zmian anatomicznych w węzłach n. sympatycznego, to uznając te zmiany mniej więcej stałymi (co też stwierdzonem zostało przez LUBIMOFF'A), jako też przyznając stałość zaburzeniom naczynioruchowym — zdaje się daleko prościej wytłumaczyć jedne i drugie chorobowem podrażnieniem włókien naczyniowych w mleczu i przeniesieniem owego podrażnienia na węzły n. sympatycznego, przez które włókna te przechodzą. W końcu przychodzimy więc do wniosku, iż porażenie postępujące jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego — przewlekłą sprawą zapalną, przechodzącą z mózgu na mlecz i przenoszącą się w dalszym przebiegu na układ n. sympatycznego.

Co do istoty porażenia postępującego, to pozostaje ona dotąd ostatecznie nierozstrzygniętą. Gdy bowiem jedni autorowie dowodzą samodzielności tej choroby (*morbus sui generis*) przy określonej podstawie anatomicznej i wydatnych jej przypadkach (*Schüle, Lubimoff*), inni poczytują ją jedynie za zbiorowisko rozmaitych objawów (*Symptomen complex*) i najrozmaitsze zmiany przypuszczają jako anatomiczną jej podstawę. Gdy pierwsi przyjmują określony obraz anatomiczny *Meningoencephalomyelitis chronica diffusa*, drudzy zaliczają tu najrozmaitsze stany chorobne układu nerwowego jakoto: zapalenie op. twardej krwotoczne (*Pachymeningitis haemorrhagica*), zapalenie op. miękkiej (*Meningitis*), nowotwór mózgu (*Tumor encephali*), zapalenie mózgu (*Encephalitis*) lub kilka z nich razem. Z méj strony zauważyć winieniem, iż możliwemi są tu dwie ewentalności. Z jednej strony dużo jest wypadków chorobnych, przypadkowo symulujących porażenie postępujące,

w których przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy: to nowotwór w mózgu, to *Pachymeningitis haem. cum atrophia encephali*, *Meningitis* i t p., lub też niekiedy nie gołym okiem nie dostrzeżemy, (co zresztą nie dowodzi, aby zmian w mózgu nie było). Nie ulega wątpliwości, iż w tych razach nie zwrócono uwagi na początek, przebieg choroby, które w porażeniu postępującem posiadają cechę odrębną, pozwalającą je odróżnić od innych do niego podobnych chorób. Natomiast w posuniętym okresie choroby, daleko już trudniej rozstrzygnąć, czy dane zaburzenia są wynikiem porażenia postępującego, czyż też zboczenia umysłowego połączonego z chorobnymi zmianami układu nerwowego. Ogłupienie paralityczne (*Dementia paralytica*) przedstawia w sobie skutki najróżnorodniejszych spraw chorobnych: porażenia postępującego, zapalenia op. miękkiej wraz z zanikiem mózgu (*Meningitis c. Atrophia cerebri*), nowotworu mózgu wraz z zanikiem (*Tumor cerebri c. atrophia*) itp., lecz w każdym oddzielnym wypadku, pomimo podobieństwa objawów i złudnej tożsamości obrazów chorobnych, rozpoznanie różniczkowe jest w stanie odkryć anatomiczną podstawę resp. odrębny kliniczny obraz choroby. Nie tedy dziwnego w tem, iż zasadzając się li tylko na zbiorowisku ogłupienia i zjawisk paralitycznych i nie odróżniając porażenia postępującego od ogłupienia paralitycznego (*Dementia paralytica*), będącego skutkiem i porażenia postępującego i wzmiankowanych chorób, SIMON<sup>1)</sup> i jego zwolennicy przyszli do wniosku, iż porażenie postępujące jest zbiorem najróżnorodniejszych przypadków i że podstawę jego anatomiczną stanowią rozmaite sprawy chorobne. SIMONOWI więc zarzucić można nieściśłość w rozpoznaniu, z powodu braku rozpoznania różniczkowego, które jedno tylko pozwala nam ściśle określić chorobę i odgadnąć anatomiczną jej podstawę. Odrębny kliniczny charakter porażenia postępującego nie wyklucza

<sup>1)</sup> SIMON. Ueber den Zustand des Rückenmarkes in der Dementia paralytica. Archiv. f. Psych. I Bd. 1869.



jednak niestałości, zmienności i różnorodności przypadków— przyczém należy mieć na względzie, iż różnorodność obrazu chorobnego do pewnego stopnia zależeć może od powikłania anatomicznej podstawy choroby z innymi zaburzeniami, które w obec chorobowej wrażliwości ośrodków nerwowych częstemi tu być mogą i zaciemniać właściwy jej, odrębny przebieg. W rozdziale o rozpoznaniu różniczkowem postaram się odróżnić porażenie postępujące od podobnych do niego chorób i wykazać tym sposobem jego odrębność. Z drugiej zaś strony, jeśli wyłączyć wszystkie te porażenie postępujące symulujące cierpienia — to w rozbieranej przez nas chorobie (*stricte sic dictu*) w właściwym słowa znaczeniu, jeden i ten sam obraz kliniczny przy oględzinach posmiertnych przedstawiać może różnorodną podstawę anatomiczną, niejednakową, jeśli nie co do rozprzestrzenienia, to przynajmniej co do natężenia zmian chorobnych w rozmaitych oddziałach układu nerwowego. Okoliczność ta tłumaczy się tém, iż w układzie nerwowym istnieje mnóstwo różnorodnych ognisk i przewodników, których zwichnięcie przejawia się w jedném i tém samym zaburzeniu — inaczej mówiąc, istnieje mnóstwo dróg przewodnictwa, które będąc uszkodzonymi na rozmaitych punktach przedstawiają jedne i te same czynnościowe zaburzenie. Pytanie to przedstawia mi się na tyle ważnem, iż przytoczę tu dla przykładu opisany przez JOLLY'EGO wypadek sklerozy (*Sclerosis multilocularis*), w którym wybitnymi okazały się też zjawiska porażenia językogardziellopodniebiennego i zaniku mięśniowego, gdy tymczasem badanie pośmiertne nie zdołało wykazać zmian cierpieniu temu właściwych (t. j. przeistoczenia w jądrach nerwów ruchowych na dnie 4-tój komórki). Z tego powodu JOLLY <sup>1)</sup> podaje kilka słusznych poglądów dotyczących umiejscowienia cierpień mózgowych. Umiejscowienie to

<sup>1)</sup> JOLLY. Ueber multiple Hirnsclerose. Archiv f. Psych. Bd. III. 3 H. 711.

nie może być podług niego ściśle określone — w obec skomplikowanych stosunków przewodnictwa z mózgu przez węzły szarąj substancji, odnogi mózgu, rdzeń przedłużony i mlecz ku nerwom — w obec wielorakości dróg, któremi impuls woli przebiegać może, jasną jest rzeczą, iż w rozmaitych punktach zajść mogą przeszkody, prowadzące za sobą jeden i ten sam skutek. Każdy fakt dodatni, dowodzący przeszkody w określonym miejscu, od której zależnym jest spostrzegane zaburzenie czynnościowe godnym jest uwagi i niezaprzeczoną ma doniosłość. Znaczenie tego faktu nie może być jednak zmniejszonym przez to, iż w innym razie jednakowe zaburzenie czynnościowe powstaje przy nie téj saméj przeszkodzie w przewodnictwie. Dowodzi to tylko, iż droga może być uszkodzoną w innych też miejscach z jednakowym skutkiem dla przewodnictwa, lub że wystarczają te zaburzenia, których przy terażniejszej metodzie badania odkryć w stanie nie jesteśmy. Wszystkie te, tylko co przytoczone, wnioski JOLLY przedstawiają wynik głębokich poglądów na istotę chorób nerwowych, trudno określić się dającą różnorodność ich klinicznego obrazu a, co więcej, nieodpowiedniość dla tego ostatniego podstawy anatomicznej. Przypomnijmy sobie tylko historję z jój różnorodnymi nieokreślonymi objawami bez stałej anatomicznej podstawy, lub wróćmy się do porażenia postępującego, w którym, przy jednym i tym samym stopniu porażenia, to znajdują się znaczne zmiany w mleczu pacieryowym, to ograniczają się one do mózgu, lub też przy istniejącem w porażeniu postępującem zaburzeniu języko-gardzielo-podniebiennem, dochodzącem do porażenia, nie można z pewnością jeszcze przypuszczać zmian dochodzących do zaniku jąder ruchowych na dnie 4-éj komórki.

Jeśli zaś przeprowadzam me zdanie, iż porażenie postępujące rozwija się na podstawie zmian anatomicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, to wcale tém samém nie przypuszczam, aby we wszystkich wypadkach klini-

cznie do siebie podobnych, natężenie porażenia układu nerwowego bywało jednakowem. Sprawa chorobna poraża zwykle układ nerwowy w całej jego rozciągłości — lecz pojmuję to z pewnemi ograniczeniami. 1. Nie należy przypuszczać, by proces choroby przedstawiał się, że tak powiem, gęstym, rozlanym, przeciwnie odróżnić możemy kilka ognisk, w obrębie których wybitniej się przejawia, jakoto: szara korowa substancja i opona miękka, rdzeń przedłużony i mlecz pacierzowy, najprawdopodobniej w skutek szczególnej doniosłości i czynnościowego zadania tych oddziałów. 2. Natężenie zmian w owych wybranych miejscach ulegać może pewnym wahaniom i w takim razie nieznaczne zmiany w jednym miejscu mogą być, że tak powiem, zastępczo wynadgrudzonemi w innym oddziale układu nerwowego, rozumie się tylko dla spowodowania jednego i tego samego obrazu klinicznego. Jeśli zaś różnorodność zjawisk stanowi, rzecz można, charakterystyczną oznakę porażenia postępującego, to nic dziwnego, iż przy ogólném, wszystkim wypadkom właściwem, tle porażenia ośrodkowego układu nerwowego, ten lub inny jego oddział zwraca naszą uwagę szczególném natężeniem zmian anatomicznych. Pogląd ten nie zdaje mi się być zbyt śmiałym i znajduje się w ścisłym związku z tą anatomiczną podstawą wrodzoną lub przez nadużycia nabytą, na tle której rozwija się rozbieżane przez nas cierpienie.

---

## Różniczkowe rozpoznanie,

(*Diagnosis differentialis*).

---

Porażenie postępujące jako chorobę nerwowo-psychiczną odróżnić należy od wielu odmian chorobnych, mających z niem pewne objawowe pokrewieństwo. Zaliczę tu: 1-o ogłupienie starcze (*Dementia senilis*), 2-o ogłupienie paralityczne (*dementia c. paralyssi*) a) po udarze *post apoplexiam* i b) w skutek nowotworu, (*post tumorem cerebri*), 3-o Ogłupienie paralityczne, jako zejście choroby umysłowej. 4-o Stwardnienie wieloogniskowe (*Sclerosis multilocularis*). 5-o Porażenie opuszkowe (*Paralysis bulbaris*). 6-o Opilstwo, (*Alcoholismus*). 7-o Przymiotowe zбочenia umysłowe (*Psychoses luëticae*).

Zanim przystąpię do rozpoznania różniczkowego, wypowiem jeszcze me zdanie o t. zw, odmianie tabetycznej porażenia postępującego, co też przyczyni się do scharakteryzowania rozbieranój przez nas choroby jako anatomicznie ściśle określonój. WESTPHAL pod tą nazwą pojmuje te wypadki porażenia postępującego, w których zmiany anatomiczne ograniczają się do szarego przeistoczenia (*Deg. grisea*) pęczków tylnych (przyczém żadnych zmian nie odkryto w mózgu) i przeciwstawiał je wypadkom z ziarnistym zapaleniem mlecza (*Körnchenzellenmyelitis*). Tymczasem, wychodząc z punktu widzenia porażenia postępującego, jako sprawy chorobnej rozwijającój się przede wszystkim i z największym natężeniem w mózgu, sła-

bięj zaś, tylko jakby wtórnice, przejawiającej się w mleczu, sprawy będącej przewlekłym rozlanem zapaleniem mózgu i ziarnistym mlecza (*Encephalomyelitis chronica diffusa*) — zaiste niepodobna przeprowadzić jakiegokolwiek związku suchot mlecza (*Tabes dorsualis*) lub szarego przeistoczenia pęczków tylnych ze wspomnianą sprawą chorobną. Z drugiej zaś strony, prace SIMONA <sup>1)</sup> wyświetliły niejako związek suchot mlecza z zaburzeniami psychicznymi w ogóle. Oto są wyniki jego poszukiwań: 1. Suchoty mlecza, podobnie jak każda choroba długotrwała, przewlekła, powodują osłabienie władz umysłowych, lekki stopień ogłupienia (*dementia*), bądź to przez przyłączenie się zapalenia op. twardziej (*Pachymeningitis*) wytłumaczyć się dającego, bądź też zależącego od zaburzenia w odżywianiu innerwacji (w skutek utraty mnóstwa włókien nerwowych, w stanie normalnym wrażenia do mózgu przeprowadzających); każde zaś zaburzenie psychiczne przy suchotach mlecza, z powodu zależących od nich zjawisk paralitycznych (ataktycznych) przyjmuje postać ogłupienia paralitycznego (*Dementia paralytica*, które podług Simona jest tylko zbiorowiskiem objawów. 2) W niektórych wypadkach suchoty mlecza na długi czas poprzedzanemi bywają objawami mózgowymi — lecz punkt ten mało jeszcze jest zbadanym. 3) Jednocześnie z suchotami mlecza występuje niekiedy zaburzenie psychiczne różnorodnej postaci, to manijakalne, to hypochondryczne, lecz stale na gruncie ogłupienia (*Dementia*) przyczem też pojawiają się zaburzenia mowy, nierówność źrenic, napady wrzekomoepileptyczne i apoplektyczne; anatomiczną zaś podstawą tych wypadków, prócz szarego przeistoczenia pęczków tylnych ma być zanik i stwardnienie (*sclerosis*) korowej substancji mózgu. Te ostatnie wypadki zalicza SIMON do tak zw. *dementia tabica*.

O ile poglądy te SIMON'A okażą się słusznymi nie

<sup>1)</sup> SIMON, l. c.

można dziś przesądzać; w każdym jednak razie należy przyjmować tabetyczną odmianę porażenia postępującego z pewnemi, nawet znacznemi ograniczeniami, tém więcej, jeśli zwrócimy uwagę na brak związku podstawy anatomicznej porażenia postępującego ze zmianami anatomicznemi suchot mlecza tak co do charakteru, jakości tych zmian, jakoteż co do większego, wyjątkowego nawet natężenia przy pierwszym zmian w mózgu.

Najważniejszym zresztą zarzutem przeciw wzmiankowanemu poglądom będzie ten, iż porażenie postępujące SIMON poczytuje za zbiorowisko objawów (*Symptomencomplex*) a to z tego powodu, iż wtedy nie były jeszcze przeprowadzone badania drobnowidzowe, które rzuciły nowe światło na chorobę tę i wyrobiły jój samodzielne stanowisko. W tabetycznej zaś odmianie WESTPHAL'A powtarzamy, zmiany anatomiczne dotyczyły jedynie szarego przeistoczenia tylnych pęczków mlecza, w mózgu bowiem nie znaleziono wtedy żadnych zmian przy porażeniu postępującem. Wychodząc więc z punktu widzenia anatomicznej odrębności porażenia postępującego, nie mogę przyjąć tabetycznej jego odmiany w znaczeniu WESTPHAL'A, wyłączając t. zw. ogłupienie tabetyczne (*dementia tabica* — o którym w jedném ze spostrzeżeń mowa będzie); odmiana ta istnieje podług mnie tylko w postaci powikłania suchot mlecza przez porażenie postępujące — sprawę chorobną, rozwijającą samodzielnie swe zmiany w mózgu a do pewnego stopnia i w mleczu paciierzowym.

Wyłączwszy tym sposobem tabetyczną odmianę porażenia postępującego, przystępujemy do różniczkowego rozpoznania tego cierpienia.

I. **Ogłupienie starcze** (*Dementia senilis*). — Wiek starczy powoduje znaczne zmiany w odżywianiu ustroju; właściwe temu wiekowi stwardnienie ścianek tętniczych (*arteriosclerosis*) pomiędzy innymi przyrządami przejawia się w mózgu zanikiem, w wielu razach dość nawet wybitnym, odnoszą-

cym się to zarówno do całego mózgu, to przeważnie do jednej jego połowy. Zanikiem tym spowodowane zaburzenia psychiczne, dość wybitnie występujące w postaci osłabienia władz umysłowych, ogłupienia, połączone tu zwykle bywają w sferze ruchowej z osłabieniem (*paresis*) lub porażeniem (*paralysis*) najczęściej jednostronnem, bądź to z powodu przewagi zaniku w jednej z półkul mózgu, bądź też w skutek przyłączających się ognisk udarowych (apoplektycznych) lub rozmiękczenia. Rozwijające się tym sposobem ogłupienie starcze z porażeniem (*Dementia senilis c. paralysisi*), zawierając w sobie też same pierwiastki, co porażenie postępujące, znacznie się jednak od tego ostatniego różni. Rozpoznanie staje się trudniejszym, jeśli będziemy mieć na uwadze, iż porażenie postępujące niekiedy nie występuje w postaci manii, melancholii, wyobrażeń wielkości, lecz przejawia się jedynie w postaci osłabienia władz umysłowych — i że z drugiej znów strony ogłupienie starcze rozpoczyna się niekiedy z okresu przepowiedniego, odznaczającego się manijakalnym pobudzeniem z odcieniem płciowym (chęć ożenienia się, nadużycia płciowe). W obec tych oto ewentualnych wypadków, zestawione przez nas choroby jakoby zbliżają się do siebie i ostre pomiędzy nimi granice znikają. Rozpoznanie różniczkowe ogłupienia starczego od porażenia postępującego zasadza się na następujących danych. P. p. właściwem jest wiekowi dojrzałemu, mniej więcej od 30—45 r. życia, po tych latach liczba wypadków stopniowo się zmniejsza, gdy tymczasem częstość ogłupienia starczego po 60-ym roku stopniowo się powiększa. Jeśli jedno i te same momenty przyczynowe do obu chorób odnosić się mogą, to szczególne ich natężenie, szczególnie nadużyć płciowych i wyskokowych, przemawiają za porażeniem postępującem. Ważną też oznaką rozpoznawczą jest sam charakter przepowiedniego okresu manijakalnego (w tych rzadkich wypadkach, w których występuje on w ogłupieniu starczem); brak tu téj nadzwyczajnej nagłości, ruchliwości, téj zupełnej utraty przytomności i przewrotności, nadmier-

nych wyobrażeń wielkości paralytyka, natomiast występuje głupota dziecinna z jej gadatliwością, niespokojnością, nie nosząca na sobie owej drgawkowej cechy zjawisk porażenia postępującego. Jeśli porażenie postępujące rozpoczyna się podobnie jak ogłupienie starcze od objawów stopniowego osłabienia władz umysłowych — to i w tych razach rozpoznanie różniczkowe przeprowadzonym być może. Porażenie postępujące cechuje większy rozstrój świadomości, niepoznanie znajomych, utrata świadomości miejsca i czasu; utrata pamięci pojawia się w ogłupieniu starczym później i odnosi się głównie do niedawnej przeszłości. Zaburzenia psychiczne w ogłupieniu starczym przejawiają się częstokroć w początku apatii, senności, stępieniu uczuć, w dziecinnym, upartem i płacziwym usposobieniu. Co się tyczy zaburzeń ruchowych, to występują one w ogłupieniu starczym zazwyczaj na długi czas po psychicznych, gdy tymczasem w porażeniu postępującem najczęściej jednocześnie z nimi, rzadko po a rzadziej jeszcze przed psychicznymi. Co do charakteru zaburzeń tych — to w por. postępującem są one ogólne i dotyczą głównie zaburzenia w koordynacji, występujące zaś prawdziwe zjawiska paralityczne po napadach i zależące, jak przypuszczają od obrzęku mózgu (*oedema cerebri*) lub zapalenia op. twardziej krwotocznego (*Pachymeningitis haemorrhagica interna*) — są przemijającymi, niepełnymi, w ogłupieniu zaś starczym mamy do czynienia z rzeczywistymi objawami paralitycznymi, od osłabienia czynności mięśniowej do zupełnego jej porażenia, przyczem porażenie często bywa tu jednostronnem. Przebieg zaburzeń w por. postępującem nadzwyczaj jest zmiennym: od zupełnego porażenia lub inkoordynacji do zupełnej swobody ruchów; w ogłupieniu starczym zaburzenia te pozostają słabymi a niekiedy nawet postępują. Co do zaburzenia mowy, to w por. postępującem mowa jest drżącą, zająkliwą, przyspieszoną, niektóre litery trudnymi są do wymówienia, inne znów połkniętymi zostają, zaburzenie występuje tu wcześniej, jako objaw główny; w ogłupieniu starczym mowa jest utru-



dnioną jakby od znajdującego się w ustach obcego przedmiotu; zaburzenie polega więc na bezwładzie języka (*glossoplegia*), pojawia się później i ma tylko znaczenie drugorzędne. Język przy por. postępującem przedstawia się drżącym, drgawkowym, przy ogłup. starczem stoi on ukośnie i nie może zostać w zupełności z ust wyciągniętym; mięśnie warg przy p. p. ulegają drgawkowemu drżeniu, przy ogłup. starczem częściej spostrzega się porażenie n. twarzowego, będące rzadkiem i zmiennem zjawiskiem przy por. postępującem. Porażenie zżymaczy (*sphincterum*) przy por. post. pojawia się późno lub przemijająco w pierwszych okresach, przy ogłupieniu starczem stanowi ono zjawisko wczesne. Napadów wrzekomoepileptycznych i apoplektycznych nie spostrzegamy przy ogłupieniu starczem, wyłączając prawdziwe insulty apoplektyczne zależące od głębokich materyjalnych zmian w mózgu. Nierówność źrenic przy ogłupieniu starczem jest zjawiskiem rzadkiem, lecz pojawiwszy się pozostaje stałym, przy por. postępującem jest ona przemijającem, krótkotrwałem. Zaburzenie czynności przyrządów zmysłowych częstszem jest przy por. postępującem. Przebieg ogłupienia starczego jest nierównie dłuższym aniżeli por. postępującego.

## II. Ogłupienie paralityczne. *Dementia e. paralyssi post:*

a) *Apoplexiam cerebri sanguineam.* — Wylew krwi do mózgu głównie dotyczący szarej korowej substancji, sprowadza za sobą zanik odpowiedniej półkuli i w skutek tego postępujące zaburzenia w sferze psychicznej i ruchowej, które mogą przedstawiać obraz podobny do porażenia postępującego. Obraz ten chorobny przedstawiać się może bardzo różnorodnie: miejsce i obszerność ogniska wylewu krwi, szybkość z jaką rozwija się zanik następczy i wodna puchlina mózgu (*hydrocephalus*), powroty w udarach—nadają przebiegowi choroby tak różnorodne cechy, iż bardzo tu łatwo o pomyłkę przy przeprowadzaniu ścisłego rozpoznania. Jednakże jeśli określimy istotę zmian anatomicznych spowo-

dowanych udarem mózgowym i przedstawimy odpowiednie im objawy, to sam charakter tych ostatnich, jakotóż ich przebieg stanowić będą dostateczne dane dla różniczkowego rozpoznania.

a) Ze strony p s y c h i c z n é j. Zaburzenia psychiczne pojawiają się przy udarze mózgowym po długim przeciągu czasu po zaburzeniach ruchowych, mianowicie gdy zdołają się wytworzyć zmiany następcze: zanik substancji korowej i wodna puchlina mózgu. Przedstawiają one pierwotne osłabienie władz umysłowych, t. zw. pierwotne ogłupienie (*dementia primitiva*), gdy tymczasem, jeśli głupota przebija się też w napuszonych frazesach paralityków (postępujących), to ogłupienie we właściwym słowa znaczeniu pojawia się tu dopiero po pierwszym okresie egzaltacji lub depressji — stanów podrażnienia w żadnym razie niewłaściwych zanikowi po udarze mózgowym powstałemu. Bywają wprawdzie rzadkie wypadki porażenia postępującego, w których odrazu przejawia się osłabienie władz umysłowych bez poprzedzającego okresu podrażnienia, lecz w tych razach z samego początku choroby idzie ono w parze z zaburzeniami ruchowymi, gdy tymczasem przy *apoplexia cerebri* pojawia się ono daleko później, aniżeli zaburzenia ruchowe lecz pojawiwszy się, szybko rozwija się do zupełnego upadku władz umysłowych, nie przedstawiając jakichkolwiek wahań w stopniu natężenia, wahań dochodzących do widocznego zwolnienia (*remissio*) w zboczeniu, wahań właściwych porażeniu postępującemu. W ogłupieniu apoplektycznym (*dementia apoplectica*), na pierwszy plan występuje utrata pamięci pewnych miejscowości, osób itp; zaburzenie zaś samowiedzy nie bywa tu tak znacznem, jak w porażeniu postępującem.

b) Co się tyczy zaburzeń ruchowych, to występują one przy *apoplexia* na długi czas przed ogłupieniem; w skutek zniszczenia pewnej części mózgu wylewem krwi spowodowanego — przedstawiają się one w postaci zupełnego porażenia (*paralysis*), nie zaś zboczenia mniej wybitnego, będą-

cego wpływem częścią inkoordynacyi, częścią osłabienia (*paresis*), jakie spostrzegamy przy porażeniu postępującem. Porażenie (przy *apoplexia*) po większej części połowiczne (*hemiplegia*) pozostaje stałem lub téż stopniowo znika; nigdy zaś nie rozwija się postępowo; znikanie porażenia ma miejsce w ciągu tygodni, nie zaś dni lub godzin jak w porażeniu postępującem, przyczem zawsze pozostają ślady osłabienia paretycznego (połowicznego), mniej właściwego paralitykom postępującym. W kończynach porażonych często pojawiają się przykurczenia (*contracturae*) i bóle odśrodkowe (*dolores excentrici*) — oznaki zapalnego podrażnienia naokoło ogniska apoplektycznego, które to podrażnienie nie ma miejsca przy porażeniu postępującem. Napady apoplektyczne właściwe są obu sprawom chorobnym — lecz przy *apoplexia* są one spowodowane wtórnymi wylewami krwi (*insulti apoplectici*) i pojawiające się w skutek nich zaburzenia ruchowe w postaci bezwładu najczęściej połowicznego (*hemiplegia*), są stałe i znikają tylko stopniowo, w porażeniu postępującem mamy też same zjawiska (utrata przytomności, czucia, osłabienie mięśni, brak ruchów i odruchów, tętno nitkowate), lecz w ciągu kilku godzin wszystko przechodzi, nie pozostawiając częstokroć śladu, niekiedy pozostaje tylko trudność w myśleniu, zjawiska zaś bezwładu, spowodowane napadem, szybko znikają; porażenie mięśni przedstawia się tu zwykle w postaci parezy w obu połowach ciała. Zaburzenie mowy też same, co przy ogłupieniu starczem (*dementia senilis*); prócz porażenia twarzowego spostrzegamy tu ukośne położenie języka i języczka. Przebieg daleko dłuższy, aniżeli przebieg porażenia postępującego.

**III. Ogłupienie paralityczne w następstwie nowotworu mózgu**—*Dementia cum paralyysi post tumorem cerebri*. W literaturze napotyka się wypadki, które za życia poczytane za porażenie postępujące, po śmierci okazały się nowotworami mózgu, w dwóch wypadkach nawet mózdzku (AUBA-

NEL i SAUZE <sup>1)</sup>, KRAFFT-ERING). Dowodzi to, iż pomyłka w rozpoznaniu, raczej odróżnieniu nowotworu mózgu od porażenia postępującego wcale jest możebną, cboć w istocie bardzo rzadko się tylko zdarza. Szczególniej trudnem bywa różniczkowe rozpoznanie prsy nowotworze półkul mózgowych. Przy odróżnieniu kierujemy się a) początkiem i przebiegiem choroby. W wypadkach nowotworu początek bywa ukrytym, nieokreślonym; ból głowy, będący podrzędnym i mało znacznym objawem przy porażeniu postępującem występuje tu jako objaw główny, kardynalny; odnoszą się tu też zawrót głowy, częste wymioty, nierzadko osłabienie wzroku; zjawiska te rozwijają się stopniowo w ciągu miesięcy i lat. Przy nowotworach u podstawy mózgu pojawia się ślepotą (*amaurosis*) z wydrążeniem tarczy n. wzrokowego (*excavatio papillae n. optici*) i zanikiem siatkówki (*atrophia retinae*), niemniej utrata słuchu i smaku—przy porażeniu postępującem nie spostrzegamy tych zjawisk, lub pojawiają się tu one jako wyrazy powikłania ze strony przyrządów obwodowych (zmysłów). W wypadkach nowotworu występuje też znieczulenie skóry szczególnie połowicze, łącznie z porażeniem połowiczem (*hemiplegia*), niemniej znieczulenie bolesne (*anaesthesia dolorosa*)—w porażeniu postępującem znieczulenie jest tylko przemijające, właściwą zaś jest temu cierpieniu nieczułość na ból (*analgesia*). Co się tyczy zaburzeń ruchowych—są one tu paralityczne (ataktyczne jedynie przy nowotworach mózdzku—zaburzenie w kordynacyi mięśni tułowia zawiadujących równowagą utroju, rzadką zaś bywa inkoordynacja mięśni kończyn), nie bywają one nigdy ogólnemi, lecz ograniczone są po największej części do połowy ciała (*hemiplegia*) nigdy zaś nie występują jako porażenie kończyn dolnych (*paraplegia*)—rozwijają się one powoli, lecz stale i bezustannie i w ostatnim dopiéro okresie stają się ogólne-

<sup>1)</sup> Cancer du cervelét ayant simulé une paralysie générale. Gaz. des Hapitaux. 1857. N. 123.

mi; dlatego chód przedstawia się tu inaczej aniżeli u paralityka—przy nowotworze mózgu chory pociąga za sobą wlokącą się nogą, gdy tymczasem chód paralityka jest niepewnym, osłabionym, o szerokiej podstawie, ciężkim, jakoby drewnianym. Znaczenie rozpoznawcze mają też przy nowotworach podstawy mózgu pojawiające się porażenia wychodzących z niej nerwów: twarzowego (*Facialis*), okoruchowego (*Oculomotorius*), bloczkowego (*Trochlearis*), odwodzącego (*Abducens*), ztąd spostrzegają się tu: mimiczne porażenie twarzy, opuszczenie powiek (*ptosis*), zéz (*strabismus*) i dwuwzroczność (*diplopia*): przyczem porażenie tych nerwów bywa ze strony przeciwnej porażeniu kończyn, niżenie zaś elektromięśniowej karczliwości przemawia za obwodowem porażeniem nerwów. Występujące tu przykurczenia (*contracturae*) i niekiedy chód manieżowy, nigdy nie napotyka się przy porażeniu postępującem. Zaburzenie mowy pojawia się dopiero w późnym okresie, bywa skutkiem porażenia i z tego powodu jest stałem.

b) Ze strony psychicznej—przedstawia się trudność w rozpoznaniu szczególnie w wypadkach porażenia postępującego z pierwotnem ogłupieniem. W wypadkach nowotworu mózgu zaburzenia psychiczne pojawiają się znacznie później, aniżeli zaburzenia ruchowe i przedstawiają się one w postaci postępującego osłabienia władz umysłowych (w jednym tylko wypadku LALEMAND przytacza pojawienie się obłądu wielkości). Zboczenie psychiczne przejawia się tu we wciąż wzrastającym ośpieniu, dochodzącem do apatycznej głupoty, w roztargnieniu, senności, zniechęceniu dochodzącem do abulii, wreszcie w stopniowej utracie pamięci. Jedynie wskutek podrażnienia opony miękkiej, zaburzeń w krążeniu naokoło nowotworu, jednostajny ten obraz duchowego upadku przerywanym bywa przez zjawiska pobudzenia, niepokój, złudzenia, skłonność do ruchów—lecz są to tylko objawy przemijające, nigdy nie dochodzące do stałej postaci zboczenia umysłowego.

wego. Wreszcie, przy nowotworze mózgu nie ma téj zmienności w objawach i zwolnień (*remissio*) w ich natężeniu, jakie spostrzegamy przy porażeniu postępującem.

IV. **Ogłupienie paralityczne** (*Dementia c. paralyisi*) powstałe ze **zbożenia umysłowego** (*psychosis*) w skutek rozszerzenia się zmian anatomicznych podstawę jego stanowiących, lub téż przez powikłanie go innem cierpieniem mózgowem.

Odnoszą się tutaj wypadki, w których do zbożenia umysłowego, które przeszło wszystkie swe okresy, przyłącza się jako okres zakończenia jakiegokolwiek cierpienie mózgowie, wylew krwi (*apoplexia sanguinea*), przewlekłe zapalenie mózgu (*encephalitis chronica*), stwardnienie mózgu wraz z zanikiem (*sclerosis c. atrophia*), zapalenie opony twardej krwotoczne—w skutek czego występują jednocześnie zjawiska duchowego i ruchowego upadku. Zaliczają się tu niemniej wypadki, w których zbożenia umysłowe osób w podeszłym wieku będących, zamiast wyrównania się w skutek przeważającego starczego zaniku mózgu wraz z wtórną wodną puchliną mózgu zewnętrzną i wewnętrzną (*hydrocephalus externus et internus*), wylewami krwi w oponach i mózgu—przechodzą w stan ogłupienia starczego wraz z porażeniem (*dementia senilis c. paralyisi*). W wypadkach tych powierzchowny na rzeczy pogląd skłania do wniosku, iż początkowe zbożenie umysłowe stanowiło pierwszy okres porażenia postępującego, którego objawy ruchowe dotąd słabo lub wcale niewyrażone obecnie wystąpiły—lub téż, że porażenie postępujące tu jako oddzielna choroba wikła zbożenie umysłowe; pogląd wypowiedziany przez ESQUIROL'A, CALMEIL'A, GEORGET'A i t. p. KRAFFT EBING <sup>1)</sup> przypuszcza, iż w wypadkach tu odnoszących się a tyczących się powikłania

<sup>1)</sup> KRAFFT EBING. Ueber die klinische differentielle Diagnostik der Dementia Paralytica. Allg. Zeitsch. f. Psych. 22 Bd. S. 204.

zbożenia umysłowego przez porażenie postępujące dwie możebne są rzeczy: albo poprzedzającemu zbożeniu umysłowemu towarzyszyły już zaburzenia ruchowe, lecz do tego stopnia mało wybitne (zlekka ataktyczne), iż nie zostały dostrzeżone, lub też przypuszczalne wikłające porażenie postępujące było jedynie wynikiem nieściśłego rozpoznania, zamiast istotnie będącego ogłupienia paralitycznego, spowodowanego ogniskiem wylewowem, nowotworem, rozmiękczeniem mózgu. Ostatnie wypadki z łatwością odróżnić można od istotnego porażenia postępującego na zasadzie wyżej już przytoczonych danych. Niejednoczesne wystąpienie zaburzeń psychicznych i ruchowych w wypadkach nowotworu i t. d., zupełne porażenie dotyczące przeważnie połowy ciała (hemiplegia), zaburzenie mowy — objaw podrzędny, w późniejszym okresie pojawiający się i polegający na porażeniu języka; dalej niema tu téj różnorodności, zmienności w natężeniu porażenia, które jest tu stałem lub rozszerza się z kończyzny na kończybę; do tego jeszcze przykurczenia, zaburzenia w przyrządach zmysłów i uczucia. W tych zaś wypadkach, w których ogłupienie paralityczne (*dementia c. paralysi*) pojawia się po poprzedzających zaburzeniach psychicznych, to dla osądzenia ogłupienia paralitycznego nie bez znaczenia jest rozstrzygnąć — ażali poprzedzające je zaburzenia psychiczne przedstawiają jakąkolwiek różnicę od zaburzeń przy porażeniu postępującem, innemi słowy, czy z charakteru zbożenia umysłowego sądzić można o nastąpić mającym końcowym okresie i czy dla ostatniego w pierwszym już okresie odnaleść można pewne charakterystyczne cechy. Rozstrzygnięcie tego pytania, które sprowadza się do rozpoznania różniczkowego zbożenia umysłowego od początkowego okresu porażenia postępującego na zasadzie jednych tylko zaburzeń psychicznych tem większe ma znaczenie, iż zjawiska ataktyczne (bezcelowe), drżenie języka i zaburzenia mowy (tyle patognomiczne dla porażenia postępującego) spostrzegać też można u osób małokrwistych, osłabionych,

kobiet na zwykłe zбочzenie umysłowe cierpiących. Wyżej już rozbieraliśmy różnicę objawów psychicznych paralityka z jednej strony a maniaka i melancholika z drugiej i przyznaliśmy też zaburzeniom psychicznym znaczenie rozpoznawcze przy odróżnianiu porażenia postępującego od zбочzenia umysłowego. Zastanówmy się bliżej nad odnoszącymi się tu danymi. W porażeniu postępującem widzimy wybitną zmienność w objawach, częste bezzasadne przejście od jednej postaci zaburzeń psychicznych do drugiej, ztąd nie dający się określić obraz chorobny; dalej, częste zwolnienia w zjawiskach chorobnych, okresy nawet zupełnego powrotu zdrowia (*intermissiones*), szybkość w pojawianiu się i znikaniu napadów pomieszania. Śmiało rzec można, iż stałą patognomiczną cechą porażenia postępującego jest niestałość, zmienność, drgawkowość w zjawiskach obrazu chorobnego. Przenikając głębiej w istotę duchową paralityka, spostrzegamy tu wybitne zaburzenie świadomości — i przestrzeń, i czas, przeszłość i przyszłość znajdując się po za granicami jego świadomości; ztąd ta nieskończona, niepobamowana fantazyja nie sprawdzana samowiedzą i rozsądkiem. Wczesny i doniosły objaw stanowi słabość psychiczna (*psychische Schwäche*); przejawia się ona w sferze zmysłów jako niedostateczna, niepełna wrażliwość, w sferze myślenia jako wadliwa asocjacyjcja pojęć, jako osłabiona, oparta na znacznej utracie pamięci reprodukcja i nieudolność do wszelkiej logicznej kombinacji; szczególnie zaś w sferze woli: zupełne osłabienie jój, łatwość w przewodniczeniu chorymi, i przy pozornie niepohamowanych dążnościach zupełna uległość, odbijająca w łatwości odprowadzenia ich od przedsięwziętych planów, bez oporu i obrony ze strony ich dawnych pojęć. Wszystkie te objawy przemawiają za porażeniem czuciowounysłowych władz, inaczej mówiąc, za parażą ogólnego ośrodka czuciowości (*sensorium commune*), jakiej nie przypuszczamy przy zwykłym zбочzeniu umysłowym. Pomimo to, iż objęty wielkością niestawowi pato-



gnomonicznego objawu porażenia postępującego, z istoty jednak obłądu wniesć można o natężeniu, raczej charakterze sprawy chorobnej — wyobrażeniom wielkości w porażeniu postępującem brak, według słów KRAFFT-EBING'A: *den Sinn im Wahnsinn*; najprzeciwniejsze, jedno drugie wyłączające pojęcia odbijają się w świadomości jako fakta rzeczywiste; w samowiedzy paralytyk niema jedności, nie dba on o połączenie chwilowych zajęć w świadomości i o przyprowadzenie ich w związek z przeszłością, fakty odnoszące się do dawnego „ja” (swój istoty) stawia w jeden rząd z wyobrażeniami i pojęciami obecnego ja, nie widząc niezgodności między nimi i nie starając się ostatnią logicznie usprawiedliwić. Brak tu duchowej celowości (koordynacji), co dowodzi słabości psychicznej stanowiącej tło choroby. Obłąd bywa tu nadzwyczajnym, nie zasadza się na spotęgowaniu dawnego „ja” lecz jest on zupełnie obcym i co chwila zmiennym. Od usposobienia egzaltacyjnego chory przechodzi tu do stanu przygnębienia (depresji) lecz i tu przejawia się owa przesadność i megaloman staje się mikromanem, nie posiada nic, umiera w najstraszliwszy sposób. Zmienności tej w usposobieniach i na nich opartych obłądach nie spostrzegamy przy zwykłych wyobrażeniach wielkości i ma ona w sobie coś swoistego (specyficznego) dla porażenia postępującego.

W wypadkach, w których psychiczna strona porażenia postępującego przedstawia się w postaci ogłupienia, lub mamy do czynienia z posuniętym już okresem choroby, odróżnienie porażenia postępującego od ogłupienia paralytycznego (*Dementia paralytica*) może być również przeprowadzonym: — zwykle błyszczą tu oddzielne wyobrażenia wielkości lub też przejawia się uczucie szczęścia i radości, nie zaś indyferentyzmu lub przygnębienia, jak to ma miejsce w odmianach ogłupienia paralytycznego; prawie zawsze istnieją tu omamy (hallucynacje); świadomość czasu i miejsca więcej jest przyćmioną, aniżeli w innych cierpieniach, występują też napady pomieszania, często

z podwyższeniem ciepłoty ciała; przejawia się utrata pamięci nie oddzielnych wyrazów, lecz niedawnych wypadków.

**V. Stwardnienie wieloogniskowe, *Sclerosis multilocularis*.—**

Porażenie postępujące i stwardnienie wieloogniskowe pod względem anatomicznym są do siebie podobne, ponieważ obydwie te sprawy chorobne rozprzestrzeniają się po całym układzie mózgowym. Lecz podobieństwo ich przyznanem być winno w ogólnych tylko zarysach. *Sclérose en plaques* rozwija się w mleczu w postaci niezliczonych ognisk w białej, niemniej i szarzej jego istocie, w mózgu zaś w białej istocie *centri semiovalis Vieussenii*, w *septum pellucidum*, *thalamus opticus*, *c. striatum*, w mózdzku, rdzeniu przedłużonym, moście Warol'a; stwardnienie nie zajmuje zaś szarzej istoty korowej mózgu, będącej w porażeniu postępującem miejscem początku i największego natężenia sprawy chorobnej. Lecz gdy anatomiczne rozpoznanie tych chorób przy oględzinach pośmiertnych, żadnych nie przedstawia trudności—różniczkowe rozpoznanie ich klinicznych obrazów nie zawsze zjednakową łatwością może być przeprowadzonym.

Już etiologija obu tych chorób przedstawia wybitne różnice. Skleroza pojawia się częściej u kobiet (w liczbie 34 wypadków BOURNEVILLEA i HÉRARDA było 9 mężczyzn a 25 kobiet); dalej, właściwą ona jest młodemu wiekowi, pojawia się już u 14, 15, 17-letnich osobników, najczęściej przypada na okres pomiędzy 20—25-ym rokiem życia, rzadko tylko bywa po 30-ym, 40-ty zaś rok życia przedstawia kres tej choroby. Tymczasem porażenie postępujące właściwym jest przeważnie mężczyznom, mianowicie dojrzłym od 35—45 r. życia. Co do przyczyn wywołujących, są one dla sklerozy bardzo niewyraźne, nieokreślone; przytaczają tu: przeziębienie, durzyce, ospę, wstrząśnienia moralne, przykrości i tęsknotę u kobiet; u mężczyzn zaś — wrażliwość i słabą odporność w walce o byt, pozbawienie stanowiska itp.; przyczyny zaś porażenia postępującego są bardziej wy-

bitne i odnoszą się do nadużyć płciowych, nadmiaru pracy fizycznój lub umysłowój. Przechodząc do obrazu klinicznego rozbieżnych chorób, w ogóle powiem, iż obie, jako różne drogi, prowadzą do wspólnego celu, mianowicie do zagłady psycho-ruchowego życia. Innemi słowy, sprawy te chorobne przedstawiając znaczne różnice w pierwszych okresach, w ostatnim tak do siebie stają się podobnemi, iż różniczkowe rozpoznanie jest zupełnie tu niemożliwem. Porażenie postępujące jest cierpieniem nerwowopsychicznym, początkowe i przerażające zjawisko stanowią tu właściwe zaburzenia psychiczne; skleroza jest cierpieniem nerwowem, do którego w ostatnim okresie przyłączają się, różnorodnie co do charakteru i natężenia — zaburzenia psychiczne. W porażeniu postępującem zaburzenia psychiczne, jeśli nie poprzedzają zaburzeń ruchowych, to występują jednocześnie z niemi, w rzadkich tylko wypadkach pojawiając się po nich, przyczem przejawiają się one w stanie egzaltacyi, rzadziej przygnębienia (depressyi), przy stałem atoli głębokiem porażeniu władz umysłowych; w sklerozie zaś — zaburzenia psychiczne stanowią jedynie zjawiska następcze, spowodowane rozwijającym się w końcu zanikiem zawojów mózgowych; osłabienie pamięci i zdolności kombinacyjnej, niekiedy téż występuje tu pewna obojętność, idyjotyczne prawie zachowanie się względem świata otaczającego — chorzy to śmieją się, to płaczą znów bez powodu; niekiedy znowu zaburzenia psychiczne przyjmują tu tę lub inną postać zбочenia umysłowego, spostrzegane były nawet wypadki sklerozy, w których występował obłęd wielkości (wypadki VALENTINERA i LEUBEGO <sup>1)</sup>). Zaburzenia więc psychiczne w obu tych chorobach znacznie się między sobą różnią; ostatnio zaś przytoczone wypadki tak są rzadkiemi, a co główna pojawienie się pomieszania w późnym okresie choroby, w czasie, gdy w porażeniu postępującem obłęd wielkości i pomieszania

<sup>1)</sup> Ueber multiple inselförmige Sclerose des Gehirns u. Rückenmarks. Deutsches Archiv. 8 Bd. 14 S.

w ogóle, zwykle już schodzą z widowni, nie przedstawiają przeszkody w rozpoznaniu tych chorób.

Co się tyczy zaburzeń ruchowych, to stwardnienie mózgodzeniowe przejawia się w początkach w dwuwzrotności (*diplopia*), zakłóceniu mowy, drzeniu gałek ocznych (*nystagmus*); początkowy też objaw stanowi zawrót głowy lub też cierpienie rozpoczyna się od zjawisk ze strony rdzenia kręgowego — osłabienie (*paresis*) kończyn dolnych, stopniowo wzmagające się i przechodzące na kończyny górne; pareza ta odznacza się tem, iż rzadko tylko przyłączają się do niej zaburzenia czuciowe wraz z zaburzeniem w odżywianiu mięśni (*amyotrophia*), niemniej nie przyłączają się czynnościowe porażenia pęcherza moczowego i kiszki prostej; niekiedy wreszcie cierpienie zaczyna się nagle od osłabienia jednej kończyny dolnej lub też napad wrzekomo apoplektyczny z przemijającą hemiplegiją otwiera scenę choroby. Jednocześnie z rzędu objawów pojawia się w sklerozie właściwe jej drzenie, powstające jedynie pod wpływem ruchów dowolnych i znikające w miarę spoczynku mięśnia; kierunek ruchu zostaje tu jednak zachowanym, pomimo przeszkód drzeniem spowodowanych. W porażeniu postępującem, do zaburzeń ruchowych w początkowym okresie pojawiających się, zaliczają: nierówność źrenic i osłabienie wrażliwości tęczówki na działanie światła, poczem drzenie języka, warg i mięśni twarzy, osłabienie (pareza) n. twarzowego, zaburzenia mowy, nieznaczone drzenie i utrata zręczności w rękach; ciężki niezgrabny chód; — przyczem, podczas gdy zaburzenia ruchowe kończyn przy porażeniu postępującem dotyczą do pewnego stopnia utraty pamięci, ruchów koordynacyjnych, w sklerozie mamy przed sobą zwykłą parezę; drzenie w sklerozie zazwyczaj bywa silniejszym i rozwija się wcześniej i stałej, aniżeli w porażeniu postępującem; zaburzenie mowy nie przedstawia cech odróżniających: mowa powolna, skandowana z opuszczaniem spół- i samogłosek — właściwą jest obu cierpieniom; dwuwzrotność i zawrót głowy często zdarzające się w początkowym okresie sklerozy, należą do

rzadkich zjawisk w przebiegu porażenia postępującego. Słowem różnorodne co do charakteru zaburzenia ruchowe, brak przy sklerozie zaburzeń psychicznych, wobec stałości charakterystycznego zбочenia umysłowego w porażeniu postępującem — stanowią dosyć wybitne cechy, odróżniające obydwie choroby w początkowym ich okresie.

W drugim okresie stwardnienia mózgodzeniowego pojawia się zwykle przykurczenie (*contractura*) kończyn dolnych z drgawkowem ich skurczeniem pod wpływem podrażnienia (padaczka rdzeniowa); w porażeniu postępującem przykurczenie właściwem jest jedynie późnemu okresowi choroby. Trzeci wreszcie okres cechuje postępujące osłabienie czynności organicznych, ogólne wychudnienie; ośłupienie władz umysłowych dochodzi do zupełnej głupoty (*amentia*); zaburzenia mowy dosięgają najwyższego stopnia rozwoju i staje się ona zupełnie niezrozumiałą; dalej owrzodzenia błony śluzowej pęcherza moczowego, odleżyny; śmierć w skutek posocznicy, zapalenia płuc, dyzenteryi — zjawiska w ogólnym zarysie odnoszące się tak do sklerozy, jak i do porażenia postępującego.

Ostatnie więc okresy obydwóch rozbieganych chorób, mając na względzie zjawiska psychiczne i ruchowe, napady wrzekomoapoplektyczne (napady epileptyczne, niespostrzeżane przy sklerozie, natomiast nadzwyczaj częste przy porażeniu postępującem, stanowią ważną cechę odróżniającą), wreszcie możebność powikłania obydwóch chorób przez porażenie języko gardzielopodniebienne (*paralysis bulbaris*) — na tyle są identycznymi, iż na zasadzie samych zjawisk bez danych anamnestycznych niepodobna postawić trafnego rozpoznania. Natomiast początkowe okresy chorób tych, w których w jednej przeważają zjawiska psychiczne, w drugiej jedynie występują ruchowe, prócz tego następcość w objawach, niemniej różnice co do charakteru zaburzeń ruchowych, czynią odróżnienie stwardnienia mózgodzeniowego ogniskowego od porażenia postępującego wcale nietrudnem.

**VI. Porażenie języko-wargo-gardzielo-podniebienne czyli opuszkowe** (*Paralysis glossolabiopharyngealis v. p. bulbaris*). — Porażenie opuszkowe przedstawia pewne podobieństwo do porażenia postępującego na początku, a szczególnie w końcu choroby. Początkowym zjawiskiem porażenia opuszkowego bywa nieznaczne utrudnienie mowy, język traci swą giętkość i wymowa staje się coraz nieudolniejszą. W dalszym ciągu pokarm zatrzymuje się między zębami a policzkami i ponieważ wierzchołek języka, ulegając porażeniu staje się niezdolnym wyprowadzać go stamtąd, chorzy zmuszeni są palcami kłaść pokarm na powierzchnię języka. Wymowa niektórych dźwięków przybiera odcień nosowy; chorzy nie są w stanie wymawiać samogłosek *o* (i *ju* rosyjskiego alfabetu) skutkiem osłabienia niezbędnej do tego kurczliwości mięśnia okrężnego ust (m. *orbicularis oris*). W początkowym więc okresie porażenia opuszkowego zjawiska chorobne ograniczone są do warg, języka i podniebienia i wyrażają się we wciąż wzmagającym się osłabieniu (parezie) tych części; w porażeniu zaś postępującem główną rolę odgrywają zaburzenia psychiczne; pojawiające się przytem zaburzenia w wargach, języku itp. polegają więcej na inkoordynacji, drżeniu, aniżeli na paretycznem ich osłabieniu, a co ważniejsza, iż zaburzenia ruchowe nie ograniczają się nigdy do téj tylko okolicy, lecz są bardziej rozprzestrzenionemi, występują bowiem: nierówność źrenic, drżenie rąk, niepewność chodu itp. Dalej, w porażeniu postępującem, jednocześnie z zaburzeniami ruchowemi a nawet przed niemi, przejawiają się charakterystyczne zjawiska zбочenia umysłowego, których nie spostrzegamy w porażeniu opuszkowem. Władze umysłowe przy ostatniem cierpieniu pozostają nietkniętymi i chorzy wcześniej już poznają doniosłość swój choroby, co nigdy nie ma miejsca u paralityków postępujących. Sam wyraz twarzy paralityka opuszkowego przekonywa nas o prawidłowości i pełni sił ich czynności psychicznych; nie posiada on zaś tylko zdolności mowy, aby być w stanie wyrazić swe uczucia i wyobrażenia.

W dalszym przebiegu porażenia opuszkowego język, w skutek wzmaganania się bezwładu, przylega do tylnéj powierzchni dolnego rzędu zębów; wierzchołek jego i podstawa stają się jednakowo nieruchomemi: chory nie jest w stanie wypowiedzieć więcéj ani słowa. Przy przyjmowaniu pokarmów chory rękami stara się pomagać mięśniom ust i policzków, robi przytem wysilenia, skierowane ku przecięnięciu pokarmów z języka do gardzieli, starannie przedtem je przeżuwać i ułatwiać przeprowadzenie ich za pomocą napojów i zaginania głowy ku tyłowi. Przy porażeniu postępującem nie spostrzegamy owych zaburzeń — język w posuniętym nawet okresie choroby nie bywa porażonym (*paralysis*), niekiedy tylko znajdujemy połowiczną paręzę jego ze zboczeniem ku stronie zdrowéj; po większój zaś części spostrzegamy drżenie i trzęsienie języka (*glossotaxia*) obok nieznacznego osłabienia; niemniej zaburzenie mowy nigdy nie dosięga tu tego stopnia, co w porażeniu opuszkowem — jest ono bowiem tu zależnem od nieznacznego tylko stanu paretycznego obok bezcelowości (inkoordinacyi) mięśni języka i warg, nie zaś zupełnego ich porażenia i, co ważniejsza, ponieważ zmienność objawów przy porażeniu postępującem odnosi się téż do zboczeń mowy, zupełna niekiedy nieudolność mowy (w ostatnim okresie) zastępowaną bywa swobodą przyrzędu mowy. Wreszcie, porażeniu opuszkowemu właściwem jest utrudnione połykanie ciał stałych i płynnych; dostawanie się pokarmów do krtani zagraża uduszeniem, szczególnie przy utrudnionym kaszlu; zatem idzie nadzwyczajna słabość oddychania: ściany klatki zaledwie w ruch się wprawiają, a przepona staje się niekiedy prawie nieruchomą. Stopniowo rozwija się téż ogólne osłabienie i chorzy zaledwie są w stanie utrzymać się na nogach; sen niespokojny, przerywanym bywa objawami duszenia, spowodowanego przejściem śluzu z oskrzeli do krtani. Jeśli śmierć nie następuje w jednym z tych paroksyzmów, następuje nagle bez agonii skutkiem zaprzestania ruchów serca. W wielu wypadkach porażenia postępującego możemy nie spostrzegać w ostatnim

ch okresie utrudnionego połykania, osłabionego oddychania, tyczy się to mianowicie bardziej szybko przebiegających wypadków, w których jeden za drugim następujące napady wrzekowo epileptyczne spowodować mogą śmierć, mogącą też nastąpić w skutek hypostatycznego zapalenia płuc; z wyjątkiem tych tedy szybko przebiegających, w pozostałych wypadkach porażenia postępującego w ostatnim okresie choroby spostrzegamy mniej więcej wybitne zjawiska porażenia opuszkowego. Z tego powodu, mając przed sobą porażenie opuszkowe w ostatnim jego okresie, niepodobna rozstrzygnąć, jest li ono tu powikłaniem porażenia postępującego, lub też rozwinęło się stopniowo, jako samodzielne cierpienie. W znacznej liczbie wypadków porażenia postępującego, w ostatnim jego okresie przyłącza się też porażenie opuszkowe, jednakże nie jako powikłanie, nie jako samodzielna choroba, lecz jako wpływ szczególnego natężenia zwykłych tu zmian anatomicznych na dnie 4-jej komórki mózgowej, w sferze jąder n. podjęzykowego (*Hypoglossus*) i przydatkowego (*Accesorius Vilisii*). Tym sposobem porażenie opuszkowe stanowi ciaśniejsze pojęcie wchodzące w zakres obszerniejszego, jakim jest porażenie postępujące z jego zmianami rozszanemi po całym układzie mózgodzeniowym; nieznacznie zwykle zmiany na dnie 4-jej komórki, wzmagając się w niektórych wypadkach spowodować mogą zupełny obraz porażenia opuszkowego. Tem samem nie odmawiamy jednakże ostatniemu cierpieniu samodzielności, owszem przyznajemy nierzadkie pojawianie się tego cierpienia pierwotnie, bez związku z porażeniem postępującem.

VII. *Alcoholismus*. — Napoje wyskokowe, powodując dynamiczne podrażnienie układu nerwowego, wywołują zaburzenia, tak czuciowo-ruchowe, jakoteż psychiczne. Zaburzenia te, spowodowane przemijającym tylko podrażnieniem wyskokiem, przedstawiać mogą najróżnorodniejsze obrazy nerwopsychicznych zbroczeń, które same jedne bez danych



anamnestycznych między innymi rozbudzić mogą podejrzenie porażenia postępującego.

Jeśli zatrzymamy się przedewszystkiem na zwykłym pijaństwie w pierwszym jego okresie, to mamy przed sobą wszystkie zjawiska pobudzenia: radosny wyraz twarzy, błyszczące oczy, tętno pełne, silne, zwiększoną energiją czynności mózgowych, przejawiającą się w uczuciu zupełnego szczęścia i pomysłności, w wielomówności, szybkim, bezładnym polocie myśli; nastrój bywa zresztą niejednakowym: jeden staje się smutniejszym, inny przeciwnie z radości obejmuje każdego, którego spotyka. W dalszym ciągu (2-gim okresie) następuje przewrót w czynnościach mózgowych: pojęcia pozbawione są logicznego związku, przejawiają się illuzyje zmysłów, osłabienie wzroku i dwuwzrocność; szum w uszach, niepoznanie przedmiotów, obłąd pozbawiający świadomości czynów i mowy, przyćmienie ogólnego czucia, powodujące nieczułość na uderzenia i rany, osłabienie i niepewność ruchów, bezcelowe rzucanie nóg, zaburzenia w mowie. Zaliczę tu jeszcze t. z. pijaństwo drgawkowe (*livresse convulsive*) opisane przez PERCY, w którym, w stanie nieprzytomnym chory ulega gwałtownemu pomieszaniu, rzuca się i niszczy otaczające go przedmioty, poczem następują drgawki kloniczne, pod wpływem których wykonywa on najsprośniejsze ruchy, rzuca się z okna lub rozbija sobie głowę. Przypatrzwszy się bliżej objawom tym, widzimy, iż mamy tu przed sobą przemijającą maniję z podnieceniem uczuciem, dalej drżenie, inkoordynacją myśli i ruchów, prócz tego rodzaj napadów drgawkowych — słowem całkowity obraz porażenia postępującego. W samą rzecz wchodzi tu w grę też same ośrodki nerwowe, lecz podrażnienie ich jest tylko czasowem, przemijającym, nie zaś organicznem, podrażnienie kończące się zwykle głębokim snem, po którym pozostaje tylko szybko znikające znużenie. Rozpoznanie różniczkowe leży tu jakoby na dłoni — zjawiska chorobne po upływie kilku godzin ustępują.

Wyższy stopień rozbieranego cierpienia — obłąd opi-

czy, *Delirium tremens*, pojawiający się po długotrwałych, nadużyciach, u habitualnych pijaków w skutek zwiększenia dawki, niemniej przedstawia pewne podobieństwo do porażenia postępującego. Maniakalną jego odmianę cechują: bezsenność, brak związku w myślach, dziwaczny chód i wciąż wzmagające się pobudzenie. Twarz rozpromieniona, tętno pełne, skóra gorąca, okryta potem, mimowolne oddawanie stolca; illuzyje i hallunacyje wszystkich zmysłów, dostarczają obłądowi wciąż nowego materiału, szczególnie właściwemi są tu omamy (hallunacyje) wzroku, mianowicie przywidzenia rozmaitych zwierząt. Agitacja maniakalna może wciąż się zwiększać: chorzy krzyczą, biegają i pod wpływem przywidzeń i złudzeń rzucają się w wodę, wypadają z okien lub maltretują na ich drodze będących. Prócz tego spostrzegamy tu zaburzenia ruchowe: język drżący, szczególnie przy wysuwaniu jego z jamy ustnej, podczas mowy mięśnie przyrządu mowy ulegają włókienkowym kurczom, w skutek czego staje się ona utrudnioną, niewyraźną; kończyny górne a przeważnie palce u rąk i przedramiona ulegają także drżeniu. Zaprzestanie użycia napojów wysokowych, warunki życia higieniczne i spokój w zupełności wystarczają, by przytoczone zaburzenia w ciągu kilku (3—4) dni przeszły, pozostawiając tylko niekiedy słabe złudzenia wzroku. Zdaje się widocznem, iż obłąd opilczy może pozorować maniakalne pobudzenie w porażeniu postępującem (pomimo iż niektóre objawy np. złudzenia wzroku nie są właściwemi ostatniemu cierpieniu); kierować się zaś należy przy rozpoznaniu wyczekiwaniem.

Wreszcie alkoholizm w dalszym ciągu rozwoju swego spowodować może organiczne zmiany w układzie nerwowym — sprowadzić może porażenie postępujące. Przedwstępny okres alkoholowego porażenia postępującego nosi na sobie szczególne charakterystyczne piętno — ponieważ bowiem osoby te przez czas długi już ulegały nadużyciom napojów wysokowych, przeto przedstawiają one objawy chérłactwa wysokowego; zaliczamy tu: wychudnienie, zjawiska prze-

wlekłego nieżyty żołądka i kiszek, oskrzeli i krtani, ateromatyczne zmiany w naczyniach, szczególnie w tętnicy głównej i rozszerzenie naczyń włoskowatych głowy, sine zabarwienie nosa, warg i uszów, szczególnie zaś zaburzenia ruchowe: drżenie rąk, nóg, mięśni języka i twarzy. Wszystkie co tylko przytoczone zjawiska pod wpływem spokojnego życia z wolna przemijają, lecz po każdym nadużyciu wnet się pogarszają, dopóki nie nadejdzie pewien, bliżej oznaczyć się nie dający okres czasu, w którym zakłócenia mowy, robaczkowe drżenie języka i mięśni twarzy, nie ulegając więcej uspokajającemu leczeniu i przypadając jednocześnie z głębokim i stałym porażeniem władz umysłowych, dowodzą wreszcie utworzenia się zmian organicznych w układzie mózgodzeniowym. Chorzy, o jakich mowa, odznaczają się natężeniem robaczkowych undulacyj mięśni przyrzędu mowy, częstokroć nie przejawiają obłądu, lecz tylko proste osłabienie władz umysłowych; u innych zaś występuje obłąd hypochondryczno-melancholijny; wielu znowu z nich zachowuje resztki dawnych silnych hallunacyj, szczególnie wzroku. Powoli ukazują się też wyobrażenia wielkości, osłabienie pamięci i innych zdolności umysłowych; znaczne porażenie mowy, mimowolne wypróżnienia stolcowe, porażenie ogólne i śmierć. Widzimy więc, iż alkoholistyczna odmiana porażenia postępującego przedstawia wszystkie też same zaburzenia ruchowe co klasyczne porażenie, w wyższym nawet stopniu natężenia, w sferze zaś psychicznej nie spostrzegamy tej co tam stałości i porządku w rozwoju objawów. W odmianie tej nie spotykamy okresu psychicznej egzaltacji, występuje zaś wprost osłabienie władz umysłowych, natomiast okres egzaltacji przejawiał się tu już nieraz pod wpływem nadużyć napojów wysokowych. Rozwijające się tu zmiany anatomiczne znajdują w tym razie mózg stępiony, niezdolny oddziaływać na ich podrażnienia i dla tego wyniki ich ograniczają się do postępującego oglupienia (*dementia*). Bywają jednakże i wypadki, choć daleko radsze, w których wystę-

puje obłąd wielkości, lub, co częściej, melancholiczno-hypochondryczny.

Rokowanie w alkoholistycznej odmianie porażenia postępującego, w zadawnionych nawet wypadkach w ogóle jest lepszem. NASSE <sup>1)</sup> spostrzegł kilka wypadków względnego wyzdrowienia z téj choroby, przyczem zauważył on, iż zaburzenia psychiczne wyrównywały się już wtedy, gdy ruchowe długo jeszcze utrzymywały się w swój sile; lecz i w tych wypadkach pojawiały się często powroty pod wpływem mało znaczących przyczyn, zawsze jednak pozostawało nieustępujące, głębokie ogłupienie. Powroty owe (recydywy) osłabiają znacznie wiarę w zatrzymanie się sprawy chorobnej i nasuwają przypuszczenie zwolnienia choroby, właściwego wszystkim w ogóle wypadkom porażenia postępującego. Opierając się jednakże na nielicznych wypadkach NASSE'GO, w których demencyja na długi czas (6—8 lat) zajęła miejsce wszelkich innych objawów porażenia postępującego—napojom wysokowym jako przyczynie wywołującej przyznać należy mniej wstrząsający wpływ na układ nerwowy.

**VIII. Przymiotowe zboczenia umysłowe (*Psychoses lueticae*).** — Pytanie o związku przymiotowego zboczenia z porażeniem postępującem, w obec łatwości wzajemnego zapoznania obydwóch tych spraw chorobnych, wydaje mi się szczególnie ważnem. Idąc za zdaniem do dziś dnia jeszcze przez wielu psychiatrów wygłaszanem, iż pod mianem porażenia postępującego pojmować należy całą grupę różnorodnych postaci chorobnych i że porażenie postępujące jest więc jedynie zbiorowiskiem objawów (*Symptomen-complex*) rzecz oczywista, iż przymiotowe zboczenie umysłowe należałoby uważać za jedną z licznych odmian téj choroby. Lecz jeśli zgodnie z najnowszemi poglądami, na

<sup>1)</sup> NASSE, Zur Diagnose u. Prognose der allgem. fortschr. Paralyse. Irrenfreund 1870. N. 7.

porażenie postępujące zapatrywać się będziemy, jako na chorobę *sui generis* anatomicznie i symptomatycznie mniej więcej określoną — to wypada z należytą ścisłością przeprowadzić pomiędzy temi chorobami t. j. zбочeniem umysłowem przymiotowem i porażeniem postępującem różniczkowe rozpoznanie.

Trzeciorzędny przymiot mózgu często prowadzi za sobą rozwój zбочenia umysłowego. Ostatnie najczęściej występuje jako ogłupienie pierwotne ze stopniowym i szybkim upadkiem zdolności umysłowych; w innych razach mania, melancholia lub obłęd (*delirium*) stanowią wstępne okresy następczej demencji. Charakterystyczną oznaką przymiotowych zбочeń umysłowych stanowi może to, iż w większej liczbie wypadków przyłączają się do nich ruchowe i czuciowe zaburzenia. Jeżeli dodamy do tego pojawianie się tu napadów wrzekomoepileptycznych i apoplektycznych, to jasną jest rzeczą, iż przymiotowe zбочenie umysłowe stanowi postać chorobną, prowadzącą do ogłupienia wraz ze zjawiskami paralitycznymi (*Dementia cum paralyssi*). Co się tyczy sfery psychicznej, to przymiotowe zбочenie umysłowe, jak już powyżej wzmiankowaliśmy, najczęściej przejawia się w postaci stopniowej utraty władz umysłowych, w postaci ogłupienia rzadko tylko poprzedzanego maniakalnym lub melancholicznym wstępnym okresem. Porażenie zaś postępujące występuje, jak wiadomo, w postaci obłędu wielkości z silnemi napadami maniakalnymi. Z zaburzeń ruchowych, dla przymiotowego zбочenia umysłowego ważnem jest porażenie oddzielnych nerwów czaszkowych (u podstawy mózgu), co przy porażeniu postępującem rzadziej ma miejsce i nie jest właściwem chorobie. Dalej, w psychozie przymiotowej nie spostrzegamy charakterystycznego drżenia i bezcelowości (inkoordynacyi) właściwych porażeniu postępującemu; w ostatniem, prócz inkoordynacyi, stopniowo rozwija się osłabienie (pareza) kończyn; w przymiocie zaś spotykamy się z bezwładem, częściej jednej połowy ciała, nawet jednej np.

kończyny górnej, przytem spostrzega się tu zmienność zjawisk: porażenie jednej połowy ciała wyrównywa się, natomiast następuje porażenie drugiej połowy. Jeśli i w porażeniu postępującem, w skutek napadów wrzekomoepileptycznych i apoplektycznych pojawia się przemijające porażenie połowicze (hemiplegia), to ono nie jest niezbędnem ich następstwem, stałem zaś pozostaje postępujące osłabienie (pareza) ciała, należące od następczych degeneracyjnych zmian rdzenia kręgowego.

Różnica pomiędzy przymiotem mózgu i porażeniem postępującem może też być przeprowadzoną na zasadzie danych anatomicznych. Przymiotowe zboczenie umysłowe spowodowanem być może następującymi zmianami anatomicznymi: próchnienie (*caries*) kości czaszki, mięczaki (*gummata*) opon i mózgu (*Endoarteriitis syphilitica*), zapalenie opony miękkiej (*Meningitis*), a także niedokrwistość w skutek wyniszczenia (charłactwa) przymiotowego. Jedną tylko *meningitis* stanowi ogniwo łączące przymiotowe zboczenie umysłowe z porażeniem postępującem; lecz i zapalenie opony miękkiej nie jest niezbędną anatomiczną zmianą przy porażeniu postępującem (LUBIMOFF, MIERZEJEWSKI), dla którego *encephalomyelitis diffusa* jest stałą anatomiczną podstawą. Dalej, przy przymiocie mózgu spotykamy częściej zrosty kości, opon i mózgu; w porażeniu postępującem, w razie zapalenia opony miękkiej, spostrzegamy zrost jej z korową mózgu; *Meningitis syphilitica* częściej i wybitniej przedstawia się u podstawy mózgu w miejscach wyjścia nerwów czaszkowych.

Lecz czyż przymiot (*lues*) nie jest w stanie wywołać porażenia postępującego? Dawniejsi autorowie jak: JESSEN, KJELLBERG, SLEENBERG wystawiali przymiot jako jedyną wywołującą przyczynę tej choroby. Pogląd ten atoli niedługo się utrzymał i przymiot postawionym został w rzędzie momentów etjologicznych choroby, jako dość rzadka wywołująca ją przyczyna. Jednakże porażenie postępujące przymiotowego pochodzenia poczytywać

należy za możebne. WILLE <sup>1)</sup> przytacza wypadki, w których za życia, prócz objawów porażenia postępującego spostrzegał wybitne zjawiska przymiotu, przy oględzinach zaś pośmiertnych odkryto jedynie *meningoencephalitis*, które onego czasu poczytywanem było jako anatomiczna podstawa porażenia postępującego; zarazek syfilityczny był tu więc momentem usposabiającym i prócz tego (do pewnego stopnia, wspólnie z innymi przyczynami) czynnikiem chorobę wywołującym, przymiotnicze zaś zбочenie umysłowe przedstawiało się tu jako porażenie postępujące. Lecz wypadki te należą do rzadkości — nie należy zaliczać do nich tych wypadków porażenia postępującego, w których zakażenie przymiotowe znanem jest jedynie z wyvodu (anamnezy), nie zdradzając się jednak żadnymi objawami przymiotu, po śmierci zaś znajdujemy zmiany anatomiczne, porażeniu postępującemu właściwe; w wypadkach tych przymiot mógł istnieć, lecz wpływ jego nie dosięgnął ostatniej choroby.

Wreszcie przyznać należy możebność powikłania przymiotowego zбочenia umysłowego przez porażenie postępujące; bywają mianowicie wypadki porażenia postępującego, w których prócz przymiotu istniały inne jeszcze czynniki przyczynowe chorobę tę wywołać mogące, przy oględzinach zaś pośmiertnych spotykamy wspólne zmiany anatomiczne cechujące, tak przymiot mózgu (*gummata syphilitica*), jakoteż porażenie postępujące.

---

<sup>1)</sup> WILLE, Die syphilitischen Psychosen, Allg. Zeitsch, f. Psych. 1872.

# SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

## Spostrzeżenie 1-sze.

F. B. urzędnik, przybył do szpitala 5 października 1877 roku. Z wywodu dowiadujemy się, iż rok temu, chory niewiadomo w jaki właściwie sposób, rzucił się pod pociąg drogi żelaznej i z tego powodu poniósł dwie rany w okolicy ciemieniowej czaszki wraz ze złamaniem kości. Po zabliznieniu ran pojawiły się oznaki psychicznego podrażnienia, w skutek czego chory pomieszczonym został zrazu w prywatnym zakładzie, poczem przewiezionym został do szpitala Ś-go Jana Bożego.

*Status praesens.* Chory wzrostu średniego, prawidłowego ciała, z układem kostnym i mięśniowym średnio rozwiniętymi, na głowie przedstawia ślady zabliznionych ran kości. Przyrzędy w klatce piersiowej i jamie bezusznój zawarte nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości, tętno 76 miękkie, słabe, oddychań 18 na minutę. Źrenice oddziałują prawidłowo pod wpływem światła, prawa źrenica znacznie jest rozszerzoną. Lewa połowa twarzy znajduje się w stanie paretycznym: twarz skrzywiona w kierunku strony prawej, prawy kąt ust stoi wyżej aniżeli lewy, będący otwartym. Język nie zbacza w stronę i przy wysuwaniu nie ulega drżeniu. Podczas mowy spostrzegamy drżenie warg, szczególnie wargi górnej; mowa powolna, drżąca (*saccadée*); zauważyć też można przemi-



jające utrudnienie mowy: częstokroć nie kończy słów lub też dłużej zatrzymuje się na głosce jakby chcąc podolać napotykanym trudnościom (*embarras de parole*). Siła rąk zachowana—siła prawej ręki (podług siłomierza COLLIN'A) 30, lewej—25; palce wyciągniętych rąk ulegają drzeniu, toż samo przy wykonywaniu ruchów dowolnych. Chód osłabiony, paretyczny; kierunek jego ukośny, to w jedną, to w drugą stronę zbaczający. Pobudzalność elektro-mięśniowa, jakoteż czynność odruchowa zachowane a nawet wzmożone; przy przystawieniu bowiem anody do szyjowej części kręgosłupa i dotykaniu katodą różnych miejsc kończyny górnej, spostrzegamy wybitną nadczułość (*hyperaesthesia*)—chory cały drży, wykonywając przytem spółruchy w obydwóch kończynach górnych, nie zauważono przytem w tym względzie różnicy pomiędzy prawą i lewą połową ciała. Niemniej nie można było dostrzedz różnicy w drzeniu obu rąk, ani w osłabieniu kończyn dolnych. Badanie wzornikiem ocznym przekonało o prawidłowej budowie tarczy n. wzrokowego. Wzrok żadnej też zgoła nie przedstawia nieprawidłowości. Bardziej jednakże zajmującą przedstawia się strona psychiczna u naszego chorego. Człowiek ze zdolnościami umysłowemi, przewyższającemi zwykły poziom wykształcenia, inżynier, matematyk z powołania, autor kilku cennych prac specjalnych, zajmujący dość pokaźne stanowisko społeczne—w ogólnych zarysach zachował jeszcze w pamięci liczne bardzo wrażenia swego czynnego życia, przy skreślaniu którego po większej części nie idzie w rozbrat z rzeczywistością. Posiada on zupełną świadomość położenia w jakim się znajduje—czuje się zaś zupełnie zdrowym, uważa siebie za ofiarę intryg, w przeprowadzeniu których rząd jakoby czynny brał udział. Godną uwagi jest przewrotność uczuć moralnych — często rozprawia o kobietach i rozkoszach płciowych; mówiąc o tém, przejawia szczególną radość i zadowolenie, przyznaje się do nadużyć płciowych. Niemalą różnorodność przedstawiają też liczne plany chorego—zamierza on wydać książkę zbio-

rową i w tym celu spisuje nieudolne wiersze przerobione z błahych doniesień Kuryjera, czyni to w przekonaniu, iż dzieło to, w skład którego wejdą różnorodne, bez związku będące części, ogromne sprawi wrażenie w świecie naukowym, obecnie też znajdują się pod prasą inne jego prace. Niemniej niezliczonymi są inne jego przedsięwzięcia i plany, zamierza on urządzić akwaryjum, teatr stały z amatorów, kupuje największy hotel i przekształca go, otwiera szkołę Freobłowską dla dzieci, lecz dla przeprowadzenia wszystkich tych planów posiłkuje się zbyt szczupłym kapitałem. Chory ulega też hallucynacyjom (co też uważanem być może za wynik wymysłu): opowiada on (w zupełnem przekonaniu o prawdzie słów swoich), iż do okna jego pokoju, znajdującego się na nieprzystępnem od zewnątrz miejscu, podchodzą znajomi i przyjaciele jego i długo z nim rozmawiają. Przekonanym też jest, iż zostaje wydelegowanym jako komisarz na Wystawę Paryżką (był nim w istocie na Wyst. Wiedeńskiej). Chory często bywa w stanie pobudzenia, rzuca się na swych towarzyszy i czynnie ich lży; nocą nie sypia, niespokojnie przechadza się po pokoju, utrzymuje zaś, iż inni chorzy po całych nocach krzyczą i nie dają mu spać. Szpital poczytuje za dom rozboju i niesprawiedliwości. Obok tego zauważyć łatwo można utratę pamięci niedawnych, tylko co zaszłych faktów. Często spostrzegać się też daje śmiech podczas rozmowy: śmiech i radość bez właściwej tego przyczyny. Z tego wszystkiego widzimy tu obok moralnego otepienia pobudzenie psychiczne, przejawiające się to w bezustannym niepokoju i zbyt niedelikatnem obejściu, to znów w nieskończonej liczbie planów, z których jeden wyłącza drugi i w których przebija się bezmyślność projektów i sposobu ich wykonania. słowem, pobudzenie to rozwinęło się tu na gruncie wybitnej słabości psychicznej (*psychische Schwäche*). Właściwego obłędu wielkości (*idées de grandeurs*) w danym razie nie zauważyliśmy; jedynie tylko występowało u chorego przeświadczenie o swym poetyczno-literackim talen-

cie, lecz było ono dość blado nakreślone i odnosiło się tylko do chorobowo podnieconej działalności, szukającej sobie zadość uczynienia w niezliczonych planach, przedsięwzięciach i pracach literackich.

Opierając się na wyż przytoczonych objawach, głównie zaś na słabości psychicznej, początkującym ogłupieniu, niemniej i na zaburzeniach ruchowych: nierówności źrenic, zaburzeniach mowy, drżeniu warg, parezie n. twarzowego, drżeniu rąk i ciężkim niepewnym chodzie—już w pierwszym tygodniu pobytu chorego w szpitalu można było nie wątpić, iż mamy przed sobą wypadek porażenia postępującego w posuniętym już nieco okresie rozwoju choroby. Rozpoznanie było tu niewątpliwem, wszystkie bowiem zjawiska chorobne można było podciągnąć pod obraz kliniczny porażenia postępującego, przez co rozpoznanie różniczkowe stało się zbytecznym. Zjawiska chorobne dowodziły anormalnego podrażnienia układu nerwowego,—przytem najwybitniejsze zjawisko osłabienia władz umysłowych, słabości psychicznej, przemawiało za trwającą już czas pewien sprawą chorobną w szarej istocie korowej, sprawą, która pozostawiła tamże już stałe dotykalne (*palpable*) zmiany anatomiczne. Rozszerzenie: prawej źrenicy i pareza prawej połowy twarzy dowodzą sprawy chorobnej przeważnie prawej półkuli mózgu dotyczącej. Zaburzenia w mowie pozwalają na przypuszczenie zmian chorobnych w szarej korowej (KUSSMAUL) i przyległej białej istocie lub też jednocześnie podrażnienia ośrodkowej części n. twarzowego i podjęzykowego (GALLOPAIN), do których to odnieść należy drżenie warg, bezcelowe ich kurczenia przy wymawianiu oddzielnych liter, ztąd utrudnienie mowy i usiłowanie pokonania przeszkód za pomocą mowy powolnej, urywanej (*saccadée*); nie mogę przytém przemilczeć, iż początkowe zaburzenia mowy, niedokończanie np. wyrazów, do pewnego stopnia jest wynikiem utraty pamięci psychicznie koordynowanej mowy. W takiż sposób spostrzegane drżenie rąk przy wykonywaniu ruchów dowolnych, jako

wyraz bezcelowego kurczenia się włókien mięśniowych, jak niemniej ciężki, niepewny chód—możnaby uczynić zależnym od sprawy chorobnej w szarej istocie korowej (i przyległej białej) stanowiącej prawdopodobnie przyrząd regulacyjny ruchów; lecz nie należy też pominąć, iż nieznaczne te zaburzenia mogą być spowodowanymi ziarnistym zapaleniem mlecza, które długo istnieć może bez zjawisk paretycznych w kończynach, przejawiając się jedynie w pewnej ciężkości poruszeń, szybkim znużeniu i niezgrabności ruchów. Tego rodzaju jednoczesny wpływ kilku ośrodków innerwacyi, w obec istniejących zmian anatomicznych w całym układzie nerwowym, na spowodowanie jednego i tego samego zaburzenia—zdaje mi się być najprawdopodobniejszym i pogląd ten na rzecz najbardziej słusznym i naukowym. Opierając się na nim, nie mogę się zgodzić z poglądem TOVILLE'A, który w zmianach korowej, dotyczących t. zw. ośrodków HITZIG'A, widzi przyczynę wszelkich drgawkowych i paralitycznych zjawisk w porażeniu postępującem. Pomijając nawet to, iż istnienie ośrodków tych, jako przyrządów samodzielnych nie jest ostatecznie rozstrzygniętym faktem, iż wynik podrażnienia tych ośrodków zależy prawdopodobnie od przeniesienia podrażnienia na niżej umieszczone węzły ruchowe, czego wybitny przykład mamy w t. zw. epilepsji korowej (*Rindeneplepsie*) powstającej w skutek przeniesienia podrażnienia z korowej na umieszczony w moście WAROL'A ośrodek drgawkowy (*Krampfcentrum*); iż przypuszczenie istnienia oddzielnych ośrodków dla kończyn górnych, dolnych, szyi, głowy, języka i warg, gałki ocznej i powiek, i w związku z tem usiłowanie FOVILLE'A co do objaśnienia na zasadzie przekrwienia na początku a stwardnienia (sklerozy) w końcu choroby, wszelkich tu odnoszących się zaburzeń ruchowych, jakoto ataksyi, drgawek, przykurczeń, częściowego porażenia—zdaje się być zbyt naciągniętem—to pocóż było sprzeciwiać mu się faktom, gdy wie on dobrze, iż zmiany anatomiczne przy porażeniu postępującem

nie ograniczają się korową półkul mózgowych, lecz dotyczą całego układu nerwowego. Czyż w tem usiłowaniu francuzkiego autora przejawia się chęć nieoględnego korzystania z niedowiedzionój jeszcze hipotezy, dla której poświęca on bardziej dodatnie dane? Na chwilę odstąpiłem tu od właściwój rzeczy, ponieważ wyżej nie wypowiedziałem mego zdania co do ośrodków HIRTZE'A i co do usiłowań zastosowania ich do porażenia postępującego.

Dalszy przebieg choroby w zupełności potwierdza rozpoznanie, zrobione w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu. Trzy miesiące upłynęło bez żadnych burzliwych zajść — taż sama bezmyślna działalność i nieprzyzwoite odezwy, też same bezcelowe plany; prócz tego rozwinęły się w chorym fałszywe przekonania, mianowicie co do blizkich stosunków jego z najwyższymi urzędnikami, którzy go często odwiedzają i obiecują niezadługo uwolnić ze szpitala. Zemną chory znajdował się w jaknajbliższych stosunkach przyjaźni lecz gniewał się też, ilekroć nie pojmowałem jego słów; w stosunkach z innymi chorymi zawsze był niepowsściągliwym i gwałtownym, nie puszczał żadnego z nich do swego pokoju i, w razie oporu lub też bez przyczyny, nieraz przykładał do nich swą rękę. Po nocach również nie sypiał, przechadzał się po pokoju i wyspiewywał. Przyczem zachowaniem zostało uczucie najlepszego zdrowia. Wszystkie te objawy, a mianowicie fałszywe przekonania, bezcelowa działalność, utrata poczucia moralnego, niewykonalne plany i wreszcie uczucie zupełnego zdrowia, przemawiały za wciąż rozwijającym się otępieniem władz umysłowych, oglupieniem, które stanowiło tu jakoby tło zaburzeń psychicznych, przyczem pobudzenie psychiczne wciąż jeszcze utrzymywało się w swój sile, nie tyle dniem, ile nocą. Zaburzenia ruchowe w ogóle niewiele posunęły się naprzód; rozszerzenie prawej źrenicy i pareża n. twarzowego znikły. W początkach Lutego 1878 r. B. w stanie bezprzytomnym upadł na ziemię i uległ napadowi epileptycznemu; drgawki ograniczały się

prawą połową ciała i przejawiały się w mimicznych kurczach twarzy i drgawkach kończyny górnej; wszystko to trwało nie dłużej nad 3 minuty, a po upływie 10 minut chory wrócił do przytomności. Od tego czasu minęło 3 tygodnie, w ciągu których chory wypowiadał fałszywe przekonania teje samej co wyżej treści t. j. że odwiedzają go wciąż znajomi, znakomitsi lekarze, że żona ma już na piśmie decyzją uwolnienia go ze szpitala i t. p. Przy końcu Lutego chory ponownie uległ napadowi drgawkowemu, który szybko też przeminął a wnet po nim nastąpił silny wybuch manijakalnego pobudzenia: chory rozdzierał odzież na sobie, rzucał się na otaczających, wystąpił też charakterystyczny obłęd wielkości, w skutek czego przeniesionym być musiał do t. zw. komórek (dla niespokojnych) i tamże nałożono mu kaftan i rękawice. Przez ciąg 8 dni wciąż chodził po swym pokoju w stanie nadzwyczajnego pobudzenia i z ust jego płynął cały potok błędnych wyobrażeń wielkości (*idées de grandeurs*) lecz bezmyślnych i nadzwyczajnych, jak to tylko napotykamy u palityków. Wyraz miliard spoczywa wciąż na jego ustach: jest on Stwórcą całego świata, papieżem, cesarzem, świat cały kupił za miliard miliardów, ma miliard lat od urodzenia, znajduje się w Watykanie; zupełna utrata świadomości czasu i miejsca; idei wielkości nie odnosi jedynie do samego siebie, lecz mianuje papieżem pierwszego lepszego. Podczas tego, zaburzenia ruchowe również się wzmożyły; nastąpiło rozszerzenie lewej źrenicy, język wysuwa się bez drżenia, ręce znacznie się trzęsą; głos znacznie ochrzypł w skutek bezustannych krzyków i śpiewów. Kończyny dolne znacznie osłabły i chory, zmuszony wskutek tego leżeć na łóżku, wypowiada też same jeszcze idee wielkości, lecz już z znacznie mniejszą siłą, wśród których słyszeć też można oderwane a szkaradne wyrazy moralnego upadku. Godnem uwagi jest przepuszczające zakłócenie mowy: częstokroć nie jest on w stanie wypowiedzieć zdania i pomimo znacznych wysilenń słowa jego pozostają niezro-

zumiałemi, lecz wkrótce przeszkoda owa przechodzi i mowa staje się swobodną; poczytując objawy te za chwilowe napady afazyi, nie możemy dać im innego anatomicznego objaśnienia, prócz téj hipotetycznej podstawy, iż zależą one od przemijających zaburzeń w krążeniu w mózgu.

Z wypadku tego wyprowadzić możemy następujące wnioski: 1) iż zaburzenia ruchowe nawet już nieznaczne (*mydriasis, paresis facialis*, zaburzenie mowy i drżenie rąk) nakazują stawiać niepomyślne rokowanie, 2. lecz, że główne znaczenie przypisanem być winno zjawiskom psychicznym (psychiczna słabość, ogłupienie), które właśnie wespół z nieznacznymi zaburzeniami w innerwacyi stanowią cechę charakterystyczną początkowego okresu porażenia postępującego. W wypadku tym zboczenie wystąpiło już prawdopodobnie mniej więcej około 2-ch lat temu; czynnikami przyczynowemi byłoby nadmierne przeciążenie umysłu niezliczonymi pracami obok zbyt krótkich rozrywek i nadużyć, które stawiały chorego w stan ciągłego pobudzenia; choroba rozpoczęła się, jak się zdaje, okresem melancholijnym, a wypadek na kolei żelaznej byłby nie momentem wywołującym, lecz wyrazem początkowego zboczenia umysłowego, które pod wpływem wypadku dosięgło stopnia nateżenia, jakie przedstawiają tylko zjawiska porażenia postępującego. Lecz wypadek ten na stacyi kolei poczytuję jedynie za moment wnikający, będąc przekonanym, że porażenie postępujące byłoby się i bez niego rozwinęło. Wreszcie, posunięte już zjawiska paralityczne, wyniszczenie, pojawiający się kaszel, dowodzą już dostatecznie głębokiego rozstroju, by nieszczęsnemu choremu niezadługo śmierć sprowadzić.

---

## Spostrzeżenie II-gie.

---

Kardł..., lat 56, obywatel, przybył do szpitala 4-go Stycznia 1878 r. Chory średniego wzrostu, prawidłowego

ciałoskładu, układ kostny i mięśniowy dobrze rozwinięte, tkanki łącznej podskórnej ilość zmniejszona, błony śluzowe umiarkowanie nastrzyknięte. Co do organów głębokich to te nie przedstawiają żadnych wybitnych nieprawidłowości. Żrenice równe, na światło oddziałują prawidłowo. Język obłożony, wysuwa się bez drżenia. Na twarzy nie spostrzegamy najmniejszej asymetrii. Siła rąk znacznie zmniejszona, siłomierz oznacza siłę prawej ręki na 15, lewej 12 kilogramów; chory nie będąc w stanie podanej sobie ręki ścisnąć, silnie drgawkowo nią potrząsa. Chód pewny, silny, bez żadnych zgoła zbroczeń. Wybitne natomiast zaburzenia przedstawia sfera czucia: przy rozstawieniu odnóg cyrkla WEBER'A w odległości 2—3 ctm. chory uczuwa jedną, gdy zaś rozsuwamy je bardziej lub też pozostawiając je bez zmiany zapytujemy w ilu miejscach uczuwa dotyk, odpowiada iż w 2, 3, 4 i t. p. aż do 20, znacznie więc porażoną jest tu czułość miejscowości (*topanaesthesia*): czułość zaś dotyku jest zachowaną, toż samo uczucie bólu nie tylko nie jest zmniejszonym lecz nawet zwiększonym — nadmierna bolesność (*hyperalgia*). Doświadczenia z prądem faradycznym na chorym dokonane przekonały o prawidłowej elektromięśniowej pobudzalności i zachowaniu, nawet wzmożeniu się odruchów. Przy zastosowaniu tego prądu mianowicie na szyjową część kręgosłupa, katody zaś na n. pośrodkowy (*medianus*) spostrzegłem znaczną nadczułość, zwiększenie odruchów, chory bowiem pod wpływem prądu odskakuje i wydaje okrzyk. Też same zjawiska konstatowane były przy zastosowaniu prądu stałego średniego natężenia. Badanie wziernikiem ocznym pokazało nam znaczne przekrwienie i zaczerwienienie siatkówki, naczynia tarczy n. wzrokowego zarysowały się wybitnie, zmętnień żadnych nie dostrzegaliśmy. Chory widzi jednakowo obydwoma oczami, w odległości 9 ctm. czyta on N. 6 pisma JAEGER'A, lecz nie przeczyta wiersza, by nie przepuścić wyrazu lub przestawieniem zgłosek nie zmienić jego znaczenia; czytanie to jest aktem czysto mecha-



nicznym, pośpiesznym, niesprawdzanym przez słuch i nieoceniającym przez rozum lub pamięć mowy. Mowa jest swobodną, nie zauważamy drżenia warg ani zająkiwania się. Odżywianie i apetyt dobre; stolec prawidłowy; sen spokojny.

Sfera psychiczna znajduje się w stanie bezustannego pobudzenia — chory to mianuje siebie królem, stwórcą całego świata, Sobieskim, Paszkiewiczem, to znowu (drugiego dnia) liczy lat 22, jest lekarzem, prócz tego kupcem, krawcem, i raz jeszcze królem. Lecz obłądu wielkości nie stosuje on wyłącznie do siebie samego; strażnika nazywa swym ojcem, królem, mnie zaś raz ma za brata, drugi raz za ojca, lecz za młodszego od siebie, a gdy zwracam jego uwagę, iż ojciec nie może być młodszym od syna, odpowiada, iż „dziadek rozkazał, aby tak było;“ prócz tego przypisuje mi różne czyny bohaterskie, opowiada o bitwach tureckich, w których, np. pod Szybką. obydwaj jakoby udział braliśmy; szpital wydaje mu się obozem tureckim, a na pierwszym jego piętrze znajduje się według niego cesarz. Obok tego wszystkiego całuje on ręce strażnika i innych i wielokrotnie wkłada mi do kieszeni złożone kawałki zabrudzonego papieru, nazywając je talizmanem. W stosunkach z innymi chorymi jest on bojaźliwym, przy zetknięciu się z nimi przeklina wprawdzie, lecz jednocześnie ze strachu ucieka; jest on cesarzem całego świata; włada wszystkimi językami. U chorego tego więc pod postacią stanu egzaltacji, pobudzenia manijakalnego wraz z obłądem wielkości, ukrywa się głębokie ogłupienie (*dementia*). Rozpoznanie w danym razie napotyka na pewne trudności. Jesliby obłąd wielkości poczytywać jako patognomoniczny objaw porażenia postępującego, to nie ulega wątpliwości, iż na zasadzie tak wybitnych, bez najmniejszego związku będących (*incohorence*) i na podstawie niewątpliwego ogłupienia rozwiniętych błędnych wyobrażeń wielkości, możnaby w danym razie przypuścić tę właśnie chorobę. Lecz, zgodnie z poglądami

BAILLARGER, przyjąć należy oddzielną odmianę chorobną t. zw. *Monomanie de grandeurs v. Megalomanie*, treścią której jest obłąd wielkości, które to cierpienie przejawiając się bez żadnych zgoła zaburzeń ruchowych, po pewnym czasie ustępuje lub też, co częściej, przechodzi w ogłupienie. W samej rzeczy, w wypadku naszym znajdujemy sferę ruchową swobodną, z wyjątkiem jedynie osłabienia rąk (u 56-letniego zresztą starca) nie połączonego jednak z charakterystycznym drżeniem. Na pierwszy więc rzut oka przypuścmy w danym wypadku manię wielkości (megalomanią). Co się tyczy porażenia postępującego, to z pojęciem o niem łączymy odmianę chorobną, w której zaburzenia psychiczne i ruchowe występują prawie jednocześnie, a jeśli w początkach choroby nie wszystkie zbożenia przejawiają się z jednakową siłą, to przynajmniej niektóre z nich, choć nieznaczne, nasuwają przypuszczenie porażenia postępującego. W ogóle, przypisuję zaburzeniom psychicznym ważną rolę w kwestyi rozpoznania, ponieważ po nich sądzić można o właściwości zmian anatomicznych, lecz niniejszy wypadek przedstawia w tym względzie wyjątek. Że zaburzenia psychiczne w wypadku tym, przedstawiając pobudzenie manijakalne rozwinięte na tle głębokiego ogłupienia, stanowią wybitny pierwiastek psychiczny porażenia postępującego, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Lecz należy mieć na uwadze, iż 56 lat wieku u naszego chorego znacznie różnią się od wieku, któremu właściwym jest porażenie postępujące. Dla ostatniego wymagana jest pewna faza życia mózgowego, okres fizjologicznego napływu (turgescencyi), by mózg ulegający zwyrodnieniu (degeneracyjny) mógl klinicznie oddziaływać pod typiczną postacią porażenia postępującego. Jasną jest więc rzeczą, iż wiek sam, okres napięcia czynności mózgowych stanowi czynnik usposabiający do porażenia postępującego. I w samej rzeczy przyznać należy, iż w wypadku naszym zaburzenia psychiczne, co do swój właściwości, nie odznaczały się tą drgawkowością (konwulsyjnością) dążności,

uczuć i wyobrażeń, jaka cechuje porażenie postępujące, — natomiast uderzała w nich dziecinna głupota, jaką zwykliśmy widzieć u ogłupiałych starców. Z drugiej zaś strony — odnieść spostrzegane tu zaburzenia psychiczne do ogłupienia starczego jest rzeczą niemniej nieuzasadnioną, ponieważ przecenianie swój osoby i obłęd w ogłupieniu starczym należą do rzadkości, natomiast występuje tu utrata pamięci, roztargnienie, złudzenia słuchu i wzroku przy smętnym i płaczącym nastroju; w sferze zaś ruchowej: pareza twarzy, chód ciężki, uderzający, drżenie kończyn, zaburzenia w połykaniu i mowie. Przyznaję, iż pewną trudność rozpoznawczą przedstawia téż brak danych anamnestycznych. Sądząc jednak po zaczerwienieniu siatkówki i tarczy n. wzrokowego, przypuścić tu można napływ krwi do mózgu — napływ stanowiący przyczynę manijakalnego pobudzenia z obłędem wielkości (*Megalomanie*), przyczem wybitnie występujące ogłupienie możnaby przypisać starczym zmianom mózgu. Innemi słowy, mamy tu postać chorobną zmieszana, inaczéj formę przechodnią od manii do demencyi, to co nazywamy „paranoia.“ Rokowanie więc nie może tu być uważanem jako bezwarunkowo niepomysłne — pobudzenie prawdopodobnie po pewnym czasie przejdzie, pozostawiając po sobie głębokie niepoprawne ogłupienie. Wypadek ten stanowi jeden jeszcze przeciwdowód specyficzności obłędu wielkości w porażeniu postępującem.

---

### Spostrzeżenie III-cie.

---

Wed..., urzędnik, lat 34 liczący, przybył do szpitala w ostatnich dniach paźdz. 1877 r. Początek choroby datuje już od lat dwóch i chory przejawiał wtedy niepokój, dążność do przedsięwzięć, zakupów, przyczem zauważono także zmianę jego charakteru — z wesołego stał się posępnym, bojaźliwym i milczącym, poczem osłabienie wzroku i drżenie

całego ciała. Choroba ta nie jest dziedziczną. W 20-ym roku życia chory przechodził przymiot, od którego leczonym był wcieraniami rtęciowemi. Od lat 4-ch jest on żonatym, z dzieci jedno zmarło w 5-m miesiącu życia, dwoje zaś zostało poronionych; w ciągu pierwszych miesięcy po ślubie stosunki były częste, według słów chorego po 3 razy na dobę.

Chory wzrostu średniego, dość silnego ciała, z układem kostnym i mięśniowym średnio rozwiniętym, przedstawia skórę sprężystą, tkanki podskórnej ilość umiarkowaną, błony śluzowe różowo zaczerwienione. Płuca i serce nie przedstawiają żadnego zgoła zboczenia. Tętno 80, miękkie, drobne, wątroba i śledziona niepowiększone; кишки wypełnione kałem. Mocz barwy żółtoczerwonej, *c. g.* 1015, nie zawiera nic nieprawidłowego. Rysy twarzy wygładzone, wyrównane; lewa połowa twarzy znajduje się w bardziej paretycznym stanie, aniżeli prawa; spostrzegamy częste drżenie oddzielnych mięśni twarzy; przy wymawianiu słów drżenie przedstawia się silniejszym z prawej, aniżeli z lewej strony. Żrenice nierówne, prawa jest zwężoną (*myosis*) w porównaniu z lewą, obydwie pod wpływem światła kurczą się słabiej aniżeli u zdrowych, kształt źrenic jest nieprawidłowym. Badanie wziernikiem ocznym pokazało w lewym oku: tarczę n. wzrokowego bladą z odcieniem błękitnawym, naczynia siatkówki rozszerzone — słowem zanik tarczy początkowy (*Atrophia incipiens papillae n. optici*). Lewym okiem téż chory widzi gorzej, aniżeli prawem. Język obłożony, trzęsie się przy wysuwaniu. Mowa cicha, powolna. Ruchy wykonywane są bez wybitnej drżączki (drżenia), lecz uwydatnia się tu niezgrabność przy wykonywaniu drobnych robót ręcznych a nawet przy zapinaniu koszuli, ubieraniu się itp. Chód ciężki, drewniany, przyczem górna część ciała zgięta skierowaną jest ku przodowi; przy zamkniętych oczach niepewność ruchów wzmagą się, choć chory nie utracą przytem równowagi. Czułość skóry we wszystkich jej szczegółach jest zachowaną. Czynność odruchowa przedstawia się prawidłową.

Zastosowanie prądu faradycznego pokazało normalną elektromięśniową pobudzalność; przy użyciu zaś stałego prądu zwróciła naszą uwagę nadczułość lub zwiększona pobudzalność mlécza, szczególnie szyjowej jego części, niemniej przy przystawieniu anody na szyjową część mlécza, katody zaś na n. pośrodkowy, zauważyliśmy wzmożoną pobudzalność, szczególnie mięśni prawej kończyny górnej, — lecz nie spostrzegaliśmy ni trzęsień drzączkowych, ni drgawkowych przy użyciu prądów różnego stopnia natężenia.

Stan psychiczny chorego przejawia się w posępnym nastroju, jest on milczącym, apatycznym a zapytany odpowiada, iż myśli o przyszłości, która wydaje mu się smętną. Nocą nie sypia, od dwóch miesięcy trwa już bezsenność. Przyznaje, iż jest pomieszanym. Proces myśli u chorego nadzwyczaj jest powolnym; pamięć znacznie osłabiona, szczególnie pamięć faktów niedawnych — np. dzisiejsze badanie wydaje mu się wczorajszem; dzień jest wszystkiego w szpitalu, utrzymuje zaś, że od 10 ciu już dni w nim przebywa.

Takim był wynik badania chorego nazajutrz po przybyciu jego do szpitala t. j. 29 października. Nie ograniczę się jednak na tem, lecz przedstawię jeszcze ważniejsze chwile w przebiegu choroby, by z całości ściślej wyprowadzić rozpoznanie. W ciągu pierwszych kilku tygodni nie zaszło nic szczególnego, sen tylko nieco się poprawił; odpowiedzi chorego wciąż jeszcze ciche, lakoniczne, z tego wniesć można, iż assocyjacja myśli odbywa się jeszcze bardzo powolnie i niedostatecznie; chory niekiedy głęboko wzdycha; podczas śmiechu zauważyć można drżenie mięśni twarzy. Zapytany, o czem myśli, odpowiada, gorzko uśmiechając się: „o niczem.“ Fałszywych przekonań chory nie przejawia; osłabienie pamięci trwa wciąż. Lewa źrenica stale szersza jest od prawej; zauważono też zéz (*strabismus convergens*) lewego oka, który jednak wkrótce przeminął; chód i mowa znacznie utrudnione. Chory czuje się zupełnie dobrze, chce wypisać się ze szpitala i w tym celu pisze list do swój żony. Dokonane natenczas badanie cyrkiem WEBER'A okazało co nastę-

puje: przy dotykaniu odnogami cyrkla dłoni miewał miejsce odruch w postaci drżaczki; na odległości 4 ctm. chory czuł jedną odnogę a przy stopniowem ich rozstawianiu, czuł on naprzemian to jedną to dwie odnogi, niekiedy uczuwał odnogę wtedy nawet, gdy nie dotykano się cyrklem jego skóry. Chory uległ dwom napadom wrzekomoepileptycznym — jednemu przy końcu grudnia, drugiemu w styczniu—nie będąc obecnym napadom wiem o nich tyle tylko, iż karczenia drgawkowe dotyczyły przoważnie kończyn prawych, iż były one połączone z chwilową utratą przytomności, i w ciągu 4—5 minut znikaly. Osłabienie pamięci wciąż się wzmaga—w styczniu np. zapytany w pół godziny po obiedzie, czy jadł już obiad, zaprzecza temu i pomimo przekonywań posługi obstawiał przy swoim zdaniu i tylko zwrócenie jego uwagi na to, iż sam odniósł talerz posługaczowi, wywołało w nim wspomnienie obiadu. Zapytany o rok obecny, odpowiada po krótkim namyśle, iż mamy rok 1788, potem 1688, zaś datę przybycia oznacza na 15 sierpnia 1877. Na zapytanie o nazwę dnia odpowiada, iż jest dziś czwartek, poczem zmienia to na poniedziałek, wtorek. Zapytany o czem myśli, odpowiada „nie wiem.“ Sypia niespokojnie, lecz utrzymuje iż dobrze. Nie ma tu żadnych przywidzeń, illuzyj i halucynacyj, istnieją tylko fałszywe przekonania (*Verstandesdelirien*). Zakłócenia mowy wciąż wzmagają się, mowa drżąca, towarzyszą jój drżenie warg i mięśni twarzy, język nie może być dostatecznie wysuniętym, ulegając przytem silnemu trzęsieniu. Zauważyć się daje téż drżenie rąk, jeśli nie stale samo przez się, to wybitnie przy wykonywaniu drobnych robót jak ubieranie się, zapinanie ubioru, niezręczność ta jest wynikiem braku koordynacji, bezcelowości w kurczeniach włókien mięśniowych; siła bowiem mięśniowa jest tu zachowaną i wynosi według siłomierza 35 dla prawej i 30 kilogramów dla lewej ręki. Chód ciężki, niezgrabny, przy szeroko rozstawianych kończynach, w skutek silnych uderzeń stóp o podłogę, przypominający chód tabetyczny, lecz bez charakterystycznych półkręgow; przy zamkniętych oczach chory

ustać może i, choć z mniejszą pewnością, przechadza się po pokoju. Niemniej charakterystycznym jest sposób czytania chorego — przepuszcza on litery, wyrazy, wiersze, przewraca zgłoski i przeinacza je, nie zatrzymuje się przed znakami pisowni, jak kropka, średnik — słowem składa niezliczone dowody niepojmowania czytanego. W lutym 1878 r. psychiczna sfera chorego znacznym uległa zmianom. Na podstawie istniejącego dotąd osłabienia pamięci i władz umysłowych wystąpiło wybitne bredzenie, obłąd, oparty na halucynacjach wzroku a szczególnie słuchu. Nocą niespokojny rozmawia z koniem, z którym też się modli; przy mnie przywołuje on konia i zapytuje go dla czego tenże nie otwiera zamku, kilka razy pytanie to powtarza i odpowiada potem: „kiedy przyjdiesz, to ci otworzę.“ Znajduje się on też obecnie w stosunkach przyjaźni z pewnym księciem L., który przysłała mu pieniądze przez konia i zaprasza go do siebie na obiady, na których koń ów także jest obecnym. Tylko co po obiedzie twierdzi, iż nie jadł mięsa; nie poznaje mnie i bierze za kogo innego. W sferze ruchowej zauważamy znaczne zakłócenie mowy wraz z drżeniem warg i twarzy; język też się trzęsie; lewa źrenica znacznie jest rozszerzoną i nie kurczy się pod wpływem światła; lewym okiem chory nic zgoła nie widzi. Niemniej spostrzegamy drżenie i inkoordynacją rąk; chód ciężki przy zgiętym tułowiu, przednia część stopy silnie uderza o podłogę. Niekiedy też zauważyliśmy tu mimowolne oddawanie moczu i kału.

Łącząc przytoczone wyżej objawy w jedną całość, widzimy tu w sferze psychicznej zjawiska przeważnie posępnego nastroju, osłabienia pamięci i asocjacji myśli, wreszcie zniedołężnienia woli, słowem słabość psychiczną dochodzącą do ogłupienia (niedołężstwa umysłowego), do którego przy końcu dopiero przyłączył się obłąd oparty na hallucynacjach; w ruchowej zaś — zjawiska inkoordynacji w kończynach, rozszerzenie źrenicy wraz ze ślepotą (*amaurosis*) lewego oka, zakłócenie mowy, drżenie warg i twarzy. Zachodzi tedy pytanie, czy podobna wypadek ten

rozpoznawczo określić, podciągnąć pod jedną z wiadomych odmian chorobnych. W samą rzecz rozpoznanie tu zrazu nie jest łatwym. Co się tyczy porażenia postępującego, to nie ulega wątpliwości, iż przytoczony wypadek pod wielu względami różni się od klinicznego obrazu porażenia postępującego. W wywodzie znajduje się wprawdzie wzmianka o niezwykłych przedsięwzięciach, zakupach, słowem o faktach dowodzących istniejącego wówczas stanu psychicznego pobudzenia. Lecz, przybywszy do szpitala, przedstawia on człowieka spokojnego, psychicznie słabego, niedołężnego; trudno przypuścić, by cały okres egzaltacji przeminął jeszcze w domu, w manjakałnej bowiem odmianie porażenia postępującego trwa on długo i dochodzi do tego stopnia natężenia, iż zmusza otaczających już wcześniej uwolnić się od niebezpiecznego chorego; niemniej stan pobudzenia występował też kilkakrotnie w szpitalu. Tymczasem wcale tu nie spostrzegamy tego konwulsyjnego stanu pobudzenia, tego charakterystycznego drżenia, inkoordinacji wyobrażeń, myśli i popędów; mamy tu natomiast w sferze psychicznej, wyrażając się temże samem określeniem, do czynienia z paretycznem osłabieniem jęj sił, z niedołęztwem umysłowem (*dementia*).

Jednakże wiadomą jest rzeczą, iż ani pobudzenie manjakałne, ani obłąd wielkości—nie stanowią stałych patognomicznych objawów porażenia postępującego; ogólnie przyjętem jest zdanie, iż istnieje też odmiana melancholijno-hypochondryczna, iż najczęściej występują objawy postaci mieszanej t. j. pobudzenie manjakałne i obłąd wielkości występują naprzemian ze smętnym nastrojem i obłądem melancholijnym, i że wreszcie ogłupienie pierwotne w rzadkich wypadkach stanowić może jedyną treść psychicznej sfery paralityków. Wychodząc z tego punktu widzenia i zestawiając też dane anamnestyczne, według których chory w początkach choroby stał się posepnym i bojaźliwym—możnaby w danym wypadku przypuścić melancholijną odmianę porażenia postępującego, przyczem me-



lanchofia po krótkim przebiegu ustąpiła miejsca ogłupieniu. Poddając wypadek niniejszy bliższemu rozbiorowi i uwidoczniając rozpoznawcze jego trudności, tem samem nie przyznaję się do tego, bym dla porażenia postępującego wymagał pewnej określonej ramki w którą da zamknąć się jego obraz chorobny; pojmuję bowiem, iż jedna i ta sama choroba przedstawia się inaczéj u różnych osobników zależnie od rozwoju ich władz umysłowych, sposobu życia, zajęć, nałogów i t. p.; dalej, z anatomicznego punktu widzenia, przypuszczając dla porażenia postępującego mniej więcéj zajęcie całego układu nerwowego z przeważnem jednak w każdym oddzielnym wypadku szczególnem natężeniem zmian w bliskości tych lub innych ośrodków nerwowych—pozostawiam tem samem dość szerokie pole różnorodności zaburzeń nerwowych i w téj chorobie. Wreszcie, różnica zachodzi może też co do charakteru zmian anatomicznych i tak np. w istocie korowej mózgu w więkšej liczbie wypadków przeważa napływ krwi, w rzadkich jednak wypadkach bywa téż zastój wraz z rozszerzeniem okołonaczynnych (*perivasculäre*) przestrzeni limfatycznych, skąd powstaje t, zw. torbielowate zwyrodnienie kory mózgowéj (*Cystoide Degeneration der Hirnrinde*), stanowiące podług RIPPING'A anatomiczną podstawę melancholijno-hypochondrycznéj odmiany porażenia postępującego.

Wszystkie te dane mając na względzie—do rzadkości jednak zaliczam wypadki porażenia postępującego niemanijakalnój natury. Lecz odmiana melancholijna ze swéj strony ma w porażeniu postępującem téż swe wymagania, nie przemija ona bez burzliwych objawów pobudzenia, odznacza się pewnem natężeniem, niezwykłością i procz tego niestałością przygnębiających affektów, niekiedy przejawia się nawet usiłowanie samobójstwa—lecz podobnych zjawisk w danym wypadku wcale nie spostrzegaliśmy. Z drugiéj zaś strony niepodobna téż przypuścić tu rzadkiego zjawiska zniedołężnienia umysłowego (*dementia*) jako jedynéj cechy zaburzeń psychicznych w porażeniu postępującem (któ-

ra to cecha zresztą nie jest właściwą pierwotnej postaci porażenia, lecz odmianom jego: tabetycznej i alkoholycznej) — ponieważ w tym razie pomimo zwolnień napewno by już nastąpił upadek władz intelektualnych, gdy tymczasem z wyjątkiem tylko co przytoczonego obłądu, sfera psychiczna znajduje się tu obecnie na tym samym stopniu, co na początku pobytu w szpitalu; porażeniu postępującemu właściwą jest (w późniejszym okresie) utrata świadomości, rozstrój psychicznego „ja“—tutaj zaś przez długi czas zachowaną została świadomość osłabienia i zniedołężnienia umysłu. Tym sposobem, jedynie z zastrzeżeniem słabo natężonej i powoli bardzo rozwijającej się sprawy chorobnej wraz z długimi jej zwolnieniami (remissyjami), zgodziłbym się na przypuszczenie w danym wypadku porażenia postępującego z cechą pierwotnego ogłupienia.

Prócz objawów psychicznych zaburzenia nerwowe w wypadku niniejszym niedają się też podciągnąć pod szemat porażenia postępującego, przeciwnie przypisać je należy innemu cierpieniu. Chód przedstawia tu wybitne zjawiska inkoordynacyi, przypominając chód ataktyczny przy *Tabes*, nie spostrzegamy tu wprawdzie zarzucania nóg w półkrąg lecz nie jest ono zjawiskiem niezbędnem; nie ma tu też zaburzeń w czuciu kończyn jak: *paraesthesia*, *anaesthesia*, lecz są to podług TROUSSEAU objawy nieistotne. W porażeniu postępującem zaś inkoordynacyja poruszeń zależy od utraty pamięci ruchu koordynacyjnego; w dalszym przebiegu w związku z porażeniem mlecza pojawia się prędkiej osłabienie ruchów aniżeli zwiększenie sił (hiperenergija) dotkniętych ataksyją. Dalej, wcześniej w danym wypadku występujące osłabienie wzroku, skonstatowany zanik tarczy n. wzrokowego i ślepoty (*amaurosis*) oka lewego—stanowią objawy bliżej odnoszące się do suchot mlecza (*Tabes*) aniżeli do porażenia postępującego. Wreszcie inkoordynacyja rąk (z wyjątkiem drżenia) i rozszerzenie źrenicy (*mydriasis*) zależeć mogą zarówno od jednego jak i drugiego cierpienia. Wprowadzając do wypadku naszego „pierwiastek ta-

betyczny“ należy nam dotknąć poglądu WESTPHAL'A co do tabetycznej odmiany porażenia postępującego. Już wyżej we właściwym miejscu wypowiedziałem swe zdanie co do tej postaci chorobnej. Porażenie postępujące poczytywanem być winno jako cierpienie właściwe „*sui generis*,” co do rozprzestrzenienia i natężenia rozwijające się w układzie nerwowym w kierunku z góry na dół; w tych zaś wypadkach, w których zjawiska tabetyczne już na długi czas poprzedzają pojawienie się zaburzeń psychicznych, mianowicie ogłupienia—gotów jestem zgodnie z SIMON'EM (jak powyżej) przyjąć istnienie odmiany chorobnej powstającej w skutek rozszerzenia się sprawy chorobnej z mlecza na mózg, tak zwanego ogłupienia tabetycznego (*Dementia tabica*), którego objawy jakoteż przebieg i charakter tychże pod wielu względami różnią się od porażenia postępującego. Przypuszczając to przyznaję niemniej możliwość powikłania (kompliakacyi)—obok *Tabes* u tego samego osobnika rozwinąć się może porażenie postępujące z właściwymi mu psychicznymi i nerwowymi objawami. Że w wypadku naszym występują zjawiska tabetyczne — to nie ulega wątpliwości; lecz są w nim téż objawy których nie można odnieść do *Tabes*—mianowicie na początku choroby zaburzenia mowy, pareza n. twarzowego. Osłabienie więc wzroku i chód ciężki, później ataktyczny—objawy jakie się już wcześniej, prawdopodobnie w domu jeszcze rozwinęły wraz ze smętnym nastrojem umysłu, zaliczyć należy do suchot mlecza (*Tabes*). Jednakże wypadek nasz nie może posłużyć za wybitny przykład tego cierpienia ponieważ nie było tu właściwych mu bólów opasujących i zaburzeń w czuciu jak *paraesthesiae, anaesthesiae*, niektóre znów występujące w nim objawy (zaburzenia mowy, pareza twarzy) nie dają się cierpieniem tem wytłumaczyć. Przyjmując zaś wypadek ten za porażenie postępujące—z powyżej wyłuszczonych powodów również nie mogę.

Najprawdopodobniejszem już zdaje mi się przypuszczenie, według którego zbiór wyżej przytoczonych zjawisk

ogłupienia wraz z zaburzeniami nerwowymi stoi jakoby na granicy mniemanéj tabetycznéj odmiany WESTPHAL'A i postaci porażenia postępującego z cechą pierwotnego ogłupienia, zajmując jakby średnie miejsce między nimi, i że odnieść go należy do ogłupienia tabetycznego, w którym zaburzenia psychiczne i nerwowe występują jednocześnie i przejawiają się w niedołęztwie umysłu, do którego w późniejszym czasie przyłączyć się może obłąd wszelkiego rodzaju, w zaburzeniach mowy, nierówności źrenic i napadach wrzekomoepileptycznych i apoplektycznych.

Wreszcie związek cierpienia tego z przymiotem zdaje się wątpliwym — prawdopodobnie nadużycia płciowe wraz z smętne wrażliwem usposobieniem i drażliwością nerwową spowodowały wystąpienie choroby.

---

### Spostrzeżenie IV-te.

---

Ostasz, aptekarz, lat 40 liczący, przybył do szpitala w Grudniu 1877 r. Cierpienie umysłowe wystąpiło dopiero kilka tygodni temu, przejawiając się w stanie ogólnego pobudzenia psychicznego.

Chory średniego wzrostu, prawidłowego ciała, układ kostny i mięśniowy dobrze rozwinięte, odżywianie ustroju zadawalniające. Twarz zaczerwieniona, źrenice równe, pod wpływem światła kurczą się prawidłowo; język nieczysty, lecz wysuwa się bez drżenia. Przyrządy ciała nie przedstawiają jakichkolwiek zboczeń; tętno 82, pełne, miękkie. Podczas mowy nie spostrzegamy najmniejszego drżenia warg i twarzy i w związku z tem jakichkolwiek jej zaburzeń, jak: opuszczanie liter, powolność mowy i t. p. W sferze czucia zmysł dotyku w zupełności jest zachowanym, lecz uczucie miejscowości (*topaesthesia*) w zupełności jest tu zwichniętem: przy rozstawianiu odnóg cyrkla chory czuje podrażnienie w 1 lub 3, 4, 5, i więcéj miejscach;

niemniej charakterystyczną jest tu nieczułość na ból (analgezyja): ukłucie szpilką sprawiało mu jedynie przyjemne uczucie. Odruchowa czynność mięśni nieco jest wzmożoną; pobudzalność elektromięśniowa w zupełności jest zachowaną. Badanie wziernikiem ocznym pokazało zaczerwienienie dna oka i wydatność naczyń tarczy n. wzrokowego. Chory widzi N. 5 znaków JAGER'A w odległości 9 ctm., natomiast czyta bardzo ułomnie, opuszcza często wyrazy lub daje im inne zakończenia, czyta bez należytej miary i zrozumienia przedmiotu. Co do sfery psychicznej, chory przedstawia w swoim rodzaju szczęśliwca: jest on papieżem i cesarzem, czuje się zupełnie dobrze, zdolnym jest wszystkiego dokonać, przybył do szpitala, by za pomocą swych środków uleczyć chorych, co też poczęści w ciągu 2-eh dni pobytu udało mu się osiągnąć i spieszy też udać się do innych szpitali, dokąd powołują go cnota i obowiązek. Lecz obok tych błędnych wyobrażeń wielkości chory przyznaje się, iż jest aptekarzem, lecz znajduje się w stosunkach pokrewieństwa z domem panującym i codziennie wybiera się z żoną do Petersburga. Zamierza téż przebudować gmach szpitalny, zresztą podczas krótkiego tamże pobytu już znaczne w nim zaprowadził zmiany. Twierdzi, iż nocą odwiedza go żona z którą przez okno komórki rozmawia (hallucynacja). Stan pobudzenia w krótkim czasie przeminął. Jednakże w ciągu dwumiesięcznego pobytu chorego w szpitalu, wciąż trwało owe radosne i szczęśliwe usposobienie (*euphoria*), niemniej utrzymywały się wyobrażenia wielkości, lecz z mniejszą stałością i pewnością, występując naprzemian ze świadomą oceną swego stanu i życzeniem udania się do domu, na powrót do swój apteki. W ciągu ostatniego tygodnia pobytu chorego w szpitalu zauważyć było można przemijające rozszerzenie lewej źrenicy i nieznaczne bardzo zająkiwanie w mowie. Tymczasem chory powrócił do zupełnej przytomności i samowiedzy i przez żonę wypisanym został ze szpitala.

Zachodzi tedy pytanie, jakiego rodzaju postać chorobną mamy tu przed sobą i czy wyzdrowienie poczytywać należy za stałe, czy też tylko przemijające (*intermissio*)? Pobudzenie maniakalne z wybitnym obłędem wielkości, utrata świadomości, hallucynacja — wszystko to dowodzi nadmiernego podrażnienia ośrodków psychicznych. Jeśli zaś wzięść jeszcze pod uwagę czerwonosć twarzy a co więcej zaczerwienienie dna oka, to pobudzenie owo przypisać winniśmy napływowi krwi lub przemijającej parezie włókien naczynioruchowych mózgu. Co do momentów przyczynowych, dowiedziałem się (nie od chorego), iż nadużywał on on w kółku przyjaciół napojów wyskokowych; sam zaś chory przyznał mi się do nadużyć płciowych, lecz wyzreczenie to przyjąć winniśmy z pewnem niedowierzaniem. Wymienione powyżej zjawiska zbroceń psychicznych stanowią t. zw. *Monomanie ambitieuse*, którą BAILLARGER co do treści psychicznej upodobnia do porażenia postępującego, odróżniając ją od ostatniego brakiem zaburzeń ruchowych. W danym więc wypadku należy zachować ostrożność w odróżnieniu monomanii od początkującego porażenia postępującego. Otóż, pomimo wybitnych wyobrażeń wielkości, przebijającej śród nich głupoty, pomimo niestałości i niepewności w wyrażaniu swęj wielkości, jakby widocznej w niej sprzeczności—z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić mogę, iż mamy tu przed sobą przemijające, jakby powierzchowne porażenie duchowej działalności. Poczęści opieram swe dowodzenie na czynnikach chorobę wywołujących; napoje wyskokowe łatwo spowodować mogły podniecenie ośrodków psychicznych, przejawiające się w radosnem usposobieniu (*euphoria*), błędnych wyobrażeniach wielkości, lecz tylko czasowe, które przeminęło pod wpływem umiarkowanego sposobu życia w szpitalu. Utraty pamięci, niepodobna było pomimo starań dowieść; ogłupienie, za pomocą którego nieznaczące przyćmienie świadomości dopuściło do rozwoju owych nadmiernych wyobrażeń wielkości nie powinno być uważanem jako wynik ostatniej

choroby, ile raczej wrodzonej dobroduszości i ograniczenia umysłu. Dalej, pobudzenie maniakalne porażenia postępującego poprzedzane zwykle zbiorem zaburzeń psychicznych, odnoszących się do moralnych właściwości (moralne niezdrowie, *Moral insanity*) nie występuje nigdy tak nagle i w przejawach jego przebija się większa drgawkowość (konwulsyjność), porywczosć, rozstrój (*incoherentio*) w uczuciach, wyobrażeniach i dążeniach chorych i prócz tego zjawia się większa utrata świadomości, dotycząca miejsca i czasu. Tymczasem w naszym wypadku nie dostrzegliśmy całości tego obrazu. Opierając się więc na lekkości, powierzchowności porażenia władz psychicznych, już po niej samą mógłbym tu rozpoznać przemijające podrażnienie umysłu, psychiczną neurozę. Lecz pogląd ten silnie znajduje poparcie w braku zaburzeń nerwowych; nieznaczne zająkiwanie się chorego, przyznając mogłoby być jedynie złudzeniem, gdy tymczasem porażenie postępujące powoduje tego rodzaju porażenie ośrodków psychonerwowych, przy którym głębokość zaburzeń psychicznych (utrata pamięci, dyssocjacja myśli, psychiczna nadczułość, zmienność i siła porywów, fałszywe przekonania) łączy się z zaburzeniami w innerwacyi. Nieznaczne te wprawdzie anomalije ruchowe (pareza, drżenie) dowodzą głęboko w istotę mózgu przenikającej sprawy chorobnej i dla tego też już same przez się mają one niepoślednie znaczenie, lub też służą niejako dla stwierdzenia rozpoznania dokonanego jedynie na zasadzie zaburzeń psychicznych. Nie mogę też tu pominąć, iż minione życie chorego nie upoważnia nas bynajmniej do przypuszczenia poważniejszej choroby. Opowiadania jego o nadużyciach płciowych przyjąć należy (jakiem to wyżej powiedział) z pewną ostrożnością, niedowierzaniem — są one bowiem jedynie wyrazem chorobowego przeceniania swych sił i zdolności; z drugiej zaś strony nie pozostawiające nic do życzenia odżywianie ustroju chorego nie wykazuje żadnych śladów zgubnych szkodliwości chorobę wywołać mogących; życie to było dosyć spokojne, nie nosi

ono na sobie piętna owój drgawkowój porywczosci tych, dla których porażenie postępujące z konwulsyjnością swych przejawów stanowi tylko ostatni akt nieszczęsnej, mimowolnej walki z przyrodzonymi swemi siłami.

Przypuszczając tu nadużycie spirytualijów jako przyczynę choroby, nie znajduję bynajmniej trudności przy rozpoznaniu w tem, iż w wypadku naszym nie było zaburzeń ruchowych; ostatnie cechują przeważnie chroniczne opilstwo (*alcoholismus chronicus*), tutaj zaś nadużycie bezpośrednio poprzedzało wybuch choroby, będącej wynikiem ostrego opilstwa.

Krótkość pobytu w szpitalu, szybkie przyjscie do siebie, zupełna świadomość swego stanu i, co główna, przebytej choroby, pokładają w nas nadzieję, iż choroba przemineła bezpowrotnie, pod warunkiem jednakże, jeśli chory nie będzie wystawionym na działanie szkodliwości, mogących w jego słabej psychicznej istocie znaczne wywołać zaburzenia.

---

### Spostrzeżenie V-te.

---

Koss..... urzędnik, lat 36 liczący, przybył do szpitala 13 Września 1877 r. Chory znajdował się już w szpitalu od Listopada 1865 r. aż do Maja 1876 r. W przeciągu tego czasu znajdował się on w stanie niezwykłego pobudzenia, uważał siebie za zbawcę ludzi i rządcę całego świata, rozdarowywał królestwa i ziemie; innym razem utrzymywał, iż jest biednym pasterzem, padał na kolana przed otaczającymi, błagając o uwolnienie go ze szpitala. Wkrótce potem uspokoił się, lecz nie na długo, poczem znowu wystąpiły wyobrażenia wielkości — został np. mianowany gubernatorem w Petersburgu, lub też zapisując różne drobne rzeczy bez związku przypisuje sobie wyższy talent poetyczny; kończyny jego na tyle posiadają w sobie siły, iż ani uderzeniem ani ogniem uszkodzonymi być nie



mogą. Po upływie pewnego czasu chory zupełnie uspokoił się i po miesiącu rekonwalescencji, podczas której przebył jeszcze zimnicę, jako wyleczony w podanym wyżej terminie wypisany został. Po roku jednakże spokojnie przepędzonym powrócił znowu stan pobudzenia wraz z wyobrażeniami mniemanéj wielkości, w skutek czego po raz drugi oddany został do szpitala.

*Status praesens* w Październiku 1878 r. Chory średniego wzrostu, prawidłowego ciałaśkładu, układ kostny i mięśniowy umiarkowanie rozwinięte, odżywianie ustroju mierne. Granice płuc prawidłowe, dźwięk opukowy normalny nietympanityczny, szmer oddechowy pęcherzykowy. Tępość serca prawidłowa, tony serca czyste; tętno 80, drobne, miękkie. Prrzyrządy jamy brzusznej również nie przedstawiają zбочeń. Twarz nieco zaczerwieniona, spojówka oczów nastrzyknięta krwią; język obłożony, z lekka drżący. Żrenice zwężone, pod wpływem światła słabo oddziałują. Obie połowy twarzy znajdują się w stanie paretycznym, nieruchome, bruzdy nosowargowe (*sulci nasolabiales*) wyrównane. Mowa nadzwyczaj niezrozumiała — chory mówi szybko, przyczem przepuszcza zarówno samogłoski jak i spółgłoski lub też niedopowie wyrazu, albo też mówi powoli, lecz niemniej niezrozumiale; przyczem mowie towarzyszy wybitne drżenie warg i mięśni twarzy. W czytaniu przejawia się też niezrozumiałość mowy — chory czyta bez pojmowania przedmiotu, mechanicznie, przyczem przepuszcza litery, słowa, lub też przeinacza ich wymowę a zarazem i znaczenie. Siła rąk nie zmniejszona; prawej — 35. lewej — 30 kilogramów; przy wyprostowaniu rąk a więcej jeszcze podczas ruchów dowolnych spostrzegamy drżenie rąk. Uczucie bólu stępione, niemniej i uczucie miejscowości (*topaesthesia*), przy rozsuwaniu odnóg cyrkla na 5, 6 i 7 ctm. chory uczuwa podrażnienie w jednym tylko miejscu. Przy zastosowaniu prądu faradycznego zginacze kończyn górnych okazały się nadzwyczaj kurezliwemi; już przy użyciu słabych prą-

dów, jednocześnie występowało uczucie silnego bólu szczególnie w lewej kończynie; mięśnie goleni okazały się mniej pobudliwymi. Co do doświadczeń z prądem stałym, to użycie baterii z 10 elementów powodowało już uczucie palenia a przy przystawieniu anody na szyjową część kręgosłupa, katody zaś na *n. medianus* zauważyliśmy wnet tetaniczny kurcz oraz drgawki kloniczne w obu kończynach górnych; niemniej silna pobudzalność elektromięśniowa konstатовaną była przy zastosowaniu katody na *n. peroneus*, anody zaś na lędźwiową część kręgosłupa, różnicy zaś w obu połowach ciała w tym względzie nie dostrzegliśmy. Chód ciężki, niepewny, lecz nieosłabiony, przeciwnie nadmierny, hiperkinetyczny. Badanie wzornikiem ocznym pokazało zblednienie tarczy n. wzrokowego wraz ze zmniejszeniem jej średnicy (*atrophia incipiens papillae*). Sfera psychiczna przedstawiała natenczas wybitne objawy pobudzenia; występowały też błędne wyobrażenia wielkości, przejawiające się w przecenianiu swych sił fizycznych, w piastowaniu wysokich godności (utrzymywał iż jest gubernatorem), w mniemanem nadmiernem zwiększeniu apetytu (wypijał jakoby dziennie 100 butelek wina i zjadał 300 porcyj befsztyku), w prowadzeniu rozległego handlu, na którym się ogromnie zbogaca,—przyczem wszystkie te objawy występowały na podstawie wciąż wzmagającego się ogłupienia, przebijającego się w przyzwyczajeniu do zdrobniałych wyrażen przedmiotów powszednich (pokarmów), w bezustannych niedorzecznościach, spowodowanych utratą pamięci.

Opiérajac się na zbiorze tym objawów psychicznych (*mania ambitiosa, dementia*) i nerwowych (zakłócenie mowy, drzenie twarzy i rąk, nieczułość bólu), mieliśmy prawo przypuścić w danym wypadku porażenie postępujące.

Dalszy przebieg choroby w zupełności stwierdził postawione na początku jej rozpoznanie. Wyobrażenia wielkości znikły, chory od 3-ch już miesięcy jest świadomym

siebie i wyśmiewa się z dawnych fałszywych przekonań, jeśli mu je obecnie przypomnieć. Lecz z przeminieniem stanu pobudzenia sfera psychiczna nie wróciła do normalnego stanu, przeciwnie zauważamy wciąż wzmagające się ogłupienie: chory, czuje się szczęśliwym, w zupełności zadowolonym jest z życia szpitalnego dlatego, że znajduje się na 1-ym oddziale pensjonarzy, że otrzymuje doskonałe pożywienie, że żona prócz tego przysyła mu cukier i herbatę, przyczem ostatnie określa zdrobniałymi wyrazami—oto sfera jego myśli, po za którą rzadko wychodzi, jeśli chce powiedzieć, że cieszy się dobrem zdrowiem, że żona go odwiedziła lub że spodziewa się jój, lub wreszcie że towarzysz, z którym mieszka, jest człowiekiem uczciwym i pobożnym. Podczas gdy zaburzenia psychiczne ograniczyły się do spokojnego ogłupienia—w sferze nerwowej wystąpiły daleko wybitniejsze objawy: chory opowiada iż w nocy codziennie lub co 2—3 dni nie jest w stanie zasypiać, opanowują nim niepokój i kończyny jego, przeważnie górne, ulegają mimowolnym drgawkom klonicznym; po krótkim czasie niepokój przemija i chory zasypia. Obok tego spostrzegamy u chorego wzmoczenie się innych jeszcze stałych zaburzeń nerwowych; zakłócenie mowy wciąż wzrasta, niemniej też drżenie twarzy i rąk, pareza twarzy niezmienniona, wzrok i świadome czytanie wciąż pogarszają się, pojawia się też mimowolne wydalanie moczu. W końcu Lutego 1878, chory uległ pierwszemu napadowi epileptycznemu. Napad poprzedziło pogorszenie się ogólnego stanu zdrowia, poczem nagle chory upadł nieprzytomny na ziemię i prawa połowa ciała przebyła różnego stopnia natężenia drgawki kloniczne; napad nie trwał pięciu minut; chory pozostawał 2 dni w łóżku, nieznaczna pareza prawych kończyn wkrótce wyrównała się. Zaznaczenia godnym jest sposób objaśnienia napadu przez chorego—wszystkie zaburzenia według niego zależały jakoby od zaparcia stolca i przeszły też po podaniu przeczyszczającego kalomelu; w objaśnieniu tem przejawia się paralityczna *euphoria* (uczuc-

cie zupełnego zdrowia) i chęć unieważnienia zaburzeń (zakłócenie mowy czyni on zależnym od braku zębów).

Po tym napadzie w zjawiskach nie zaszła żadna ważniejsza zmiana—psychiczne zaburzenia pozostały na dawnym stopniu rozwoju (*dementia*), ruchowe zaś nieznacznie lecz stopniowo wzmagają się. W połowie Marca nastąpiło znowu pogorszenie stanu ogólnego, brak apetytu, biegunka przy mimowolnem oddawaniu kału—prawdopodobnie prze-powiednie objawy nowych napadów.

Przebiegając myślą cały przebieg choroby, widzimy, iż początek jój stanowił okres maniakalnego pobudzenia; to było niedługotrwałem i niestałem z częstymi zwolnieniami, poczem nastąpiła intermisja blisko 16 miesięcy trwająca. Po przebiegu tego czasu pojawia się znowu okres egzaltacyi i obłądu wielkości, wraz z zaburzeniami nerwowymi, które razem wzięte nie pozostawiają wątpliwości, iż mamy przed sobą porażenie postępujące. W dalszym przebiegu sfera psychiczna, stając się wciąż szczuplejszą, przemija bez jakichkolwiek burzliwych zjawisk, wolną jest od halucynacyi, obłądu, fałszywych przekonań, gdy na pierwszy plan występują zaburzenia ruchowe. Ograniczenie władz umysłowych, stanowiące ogłupienie, pozostaje tu niezmienionem, stacyjonarnem, gdy tymczasem zaburzenia nerwowe rozwijają się tu wciąż progresywnie, przejawiając się w drgawkowych napadach nocą i dochodząc do wybitnych napadów epileptycznych.

Zachodzi teraz pytanie co do związku poprzedzającego zboczenia umysłowego z niniejszą chorobą? Nasuwa się tu przede wszystkim myśl, iż oba okresy choroby są wynikiem jednej i tej samej sprawy chorobnej, która w początkach była jeszcze słabo określoną i spowodowane nią zjawiska psychiczne przemijającemi; po nich nastąpiła intermisja, za którą wystąpiła istotna choroba. W samym natężeniu i charakterze zaburzeń psychicznych pierwszego okresu (obłąd wielkości, niestałość i zmienność objawów, początkujące ogłupienie) widzimy zawiązek tej strasznej

choroby, która pod wpływem uspakajających warunków życia szpitalnego może zamilknąć, może rozwinąć się okres względnego zdrowia, lecz wszystko tylko na pewien czas, w każdym razie pozostawiając mózg drażliwym, niezdolnym oddziaływać na zwykłe warunki życia; oba te pierwiastki: drażliwość (*Degenerescenz*) mózgu i różnorodne wpływy życia składają się na to, by po pewnym czasie przebudzić ze snu chorobę. Pogląd ten posiada w części też anatomiczną swą podstawę: napływ krwi do mózgu, mający być początkiem choroby, powoduje zmiany w odżywianiu ośrodków nerwowych, które też niebawem przy zachowaniu się dyjetetycznym lub dzięki wymianie materii, wyrównać się mogą, lecz w chorym istnieje w uspianiu spuścizna stanu podrażnienia, bądź to w szczególnej wrażliwości pierwiastków nerwowych, bądź też co prawdopodobniej, w skłonności do obrażeń (*Verletzlichkeit*) ścianek naczyńniowych, przy której nieznaczny już napływ krwi, w skutek utrudnionych stosunków krążenia w czaszce stający się długotrwałym, chronicznym, wywołuje te drobnowidzowe wysięki, które służą za podstawę porażeniu postępującemu. Wracając na chwilę do zaburzeń psychicznych pierwszego okresu (podczas pierwszego pobytu w szpitalu), widzimy w nagłości ich, w sile z jaką opanowały chorym a niemniej w zmienności ich niewątpliwe dowody głębszego porażenia. Niepodobna nie zauważyć różnicy pomiędzy temi objawami i zaburzeniami psychicznymi przedstawionymi u chorego Ost., u którego błędne wyobrażenia utrzymywały się jedynie w pewnym kole i w niezmiennej postaci, przy których nie występowały naprzemian inne wyobrażenia wprost przeciwnej treści; trwanie ich było też bezporównania krótszem. Oba więc okresy choroby stanowią jedną całość i są wyrazem jednej i téj saméj sprawy chorobnéj.

Wypadek niniejszy wyróżnia się jeszcze w rzędzie jemu podobnych przewagą w nim zaburzeń ruchowych nad psychicznymi. Już na początku drugiego okresu choroby

zaburzenia psychiczne przejawiały się w dość bladych zarysach i w krótkie też ustąpiły miejsca zaburzeniom ruchowym. Nawet napad epileptyczny nie wywarł tu jakiegokolwiek wrażenia lub wpływu na sferę psychiczną, początkowe zboczenie umysłowe (pierwszego okresu) doprowadziło mózg do pewnego stopnia niezmiennej demencji, ochraniającej ośrodki psychiczne od dalszych burzliwych przewrotów. W klasycznych wypadkach porażenia postępującego zaburzenia psychiczne główną odgrywają rolę; bezustanny drgawkowy niepokój oddziałują niszcząco na ustrój a obok tego następuje wciąż wzrastająca zagłada sfery psychicznej, pod wpływem której człowiek zbliża się do niższych postaci ustrojowych. Przeciwnie, w naszym wypadku (i jemu podobnych), sfera psychiczna pozostanie prawdopodobnie przy dzisiejszym stanie (*dementia*), nie ulegając dalszemu rozstrojowi; napady epileptyczne natomiast będą się częściej powtarzać i chory umrze, albo wśród jednego z tych napadów, albo też z przyłączającego się porażenia płuc, lub odleżyn, ropnicy. Że w wypadkach tego rodzaju podstawa anatomiczna różni się od zwykłych wypadków porażenia postępującego—to nie ulega wątpliwości; lecz podobna przewaga jednych objawów nad drugimi nie upoważnia bynajmniej jeszcze do wprowadzenia nowej postaci chorobnej; choroba bowiem pozostaje jedną i tą samą. Śmiem przypuścić, iż podobne wahania w natężeniu objawów, wyrazistość lub bladość zaburzeń psychicznych—zależą do pewnego stopnia (nie mówiąc o różnicach spowodowanych mniejszem lub większem natężeniem zmian anatomicznych w różnych ustępach układu nerwowego), od wrażliwości władz psychicznych, od umysłowego rozwoju, energii czynności mózgu i t. p.

## Spostrzeżenie VI.

Szelig....., lat 43, przybył do szpitala 6 marca 1878 r. Chory w stanie nieprzytomnym przysłany został z uczest-

ku pragskiego, w którym téż mieszka, utrzymując tamże restauracyją. Chorego umieszczono w oddziale furyjatorów i jako niebezpiecznego dla siebie i otaczających osadzono w uspokajającym krześle. Na zadawane mu pytania nie odpowiadał lub mówił od rzeczy, nie chciał przyjmować pokarmów, nie sypiał, lecz wciąż krzyczał, iż na niego napadają, chcą zabić i powiesić. Język i ręce drżą bezustannie, oczy krwią nastrożone, bez blasku; rozbija szyby jedną po drugiej. Ocknąwszy się po kilku dniach z tego stanu podniecenia, chory odpowiadał świadomie na zapytania; twierdzi, iż w 16-tym roku życia przebywał przymiot i leczonym był wcieraniami rtęciowemi; żonatym jest po raz drugi — z pierwszą żoną żył lat 11 i miał z nią ośmioro dzieci; z terażniejszą żoną żyje 9 lat i ma z nią pięcioro dzieci. Żona chorego utrzymuje, iż często oddawał się nadużyciu napojów wysokowych a lat temu 12 przebywał przymiot; rok zaś temu pojawiły się objawy zawrotu głowy, drgawki i drętwienie w kończynach górnych i dolnych a raz nawet podobno nastąpił napad padaczkowy.

*Status praesens.* Chory wzrostu niskiego, słabego ciała, układ kostny i mięśniowy średnio rozwinięte; tkanki podskórnej ilość zmniejszona. Spojówka oka przekrwiona, reszta błon śluzowych blada; skóra na twarzy przedstawia rozwój drobnych żyłek. Granice płuc, szczególnie od tyłu obniżone; oddech pęcherzykowy zaostrowany; u wierzchołka prawego płuca znajdujemy stępienie, brzmienie głosu donośniejsze i oddech nieokreślony. Tępość serca prawidłowa; tony czyste, tętno 92. Tępość wątroby dosięga prawie pępka; śledziona nie powiększona. Jądra w stanie zaniku, objętość i zbitość ich zmniejszone. Na twarzy spostrzegamy asymetryją — lewa jej połowa znajduje się w stanie paretycznym. Język obłożony, drży nieco. Żrenice zwężone, odziaływanie (reakcyja) ich na światło zmniejszone; oczy zmętniałe, wzrok nieruchomy, nieprzytomny. Uczucie dotyku zachowane, za to zupełną jest utrata

uczucia bólu (*analgesia*), jakoteż miejscowości (*topaesthesia*), przy rozstawieniu odnóg cyrkla w odległości 4-ch ctm. czuje on tylko jedną, przy dalszem rozsuwaniu ich czuje 2, 3, 4 itp., licząc wciąż dalej i nie czując głęboko w skórę wetkniętej szpilki. Uczucie ciężarów (*baraesthesia*) zachowaniem jest w nieznacznym tylko stopniu. Pobudzalność elektro-mięśniowa zachowana; czynność odruchowa nieco jest podniesioną. Przy zastosowaniu prądu stałego na kręgosłup skonstatowaną została znaczna nadczułość jego. Siła rąk zmniejszona, równa się ona dla prawej 25, dla lewej 20 kilogramom. Przy wyprostowaniu rąk spostrzegamy znaczne drżenie. Chód ciężki, niepewny; ruchy prawej kończyny dolnej słabsze, aniżeli lewej. Wymawianie słów utrudnione, szczególnież zauważyć się daje opuszczanie ostatniej głoski wyrazu, przyczem spostrzegamy drżenie warg i mięśni twarzy; zaburzenia mowy występują wydatniej w czytaniu, w którym chory bezustannie opuszcza zgłoski lub, przemieszczając je w słowie, przeinacza zupełnie jego znaczenie. Lewem okiem widzi lepiej, aniżeli prawem, gdy bowiem w stanie jest czytać niem Nr. 1 pisma Jägera, prawem czyta zaledwie Nr. 8. Badanie wzornikiem okazało zblednienie i zmętnienie tarczy prawego n. wzrokowego w porównaniu z lewym.

Psychiczna sfera chorego znajduje się naprzemian to w pobudzeniu, to w spokoju: dzień lub dwa dni chory bywa niespokojnym, w ciągłym znajduje się ruchu, w bezustannych nieporozumieniach z chorymi i z tego powodu nieraz zachodzi konieczność odosobnienia go, mówi szybko i bez związku, zapominając przytem to, co przed chwilą był powiedział, nocą nie sypia, na drugi zaś czy trzeci dzień, chory uspokaja się, następuje zwolnienie (remisyja) i wszystkie przytoczone zjawiska znikają. W szpitalu czuje się jak najlepiej i zachwyca się dobrem pożywieniem, jakie tu otrzymuje. Z pośród licznych fałszywych przekonań przytoczymy naprzykład, iż utrzymuje on, jakoby od Nar. Chr. było obecnie lat 5900 a przełożeniu memu, iż liczy



on zapewne od stworzenia świata, wyraźnie zaprzecza. Uważa siebie za utalentowanego muzyka, gra na 11 instrumentach, włada 10 językami. Innych wyobrażeń mniemanej wielkości, jak niemniej radosnego usposobienia (*euphoria*) nie dostrzegliśmy. Niekiedy chory miewa halucynacje wzroku, opowiada on mnie, iż dnia poprzedniego widział na niebie Chrystusa i Matkę Boską i w bliskości nich konia, przyczem widział obraz ten tak wyraźnie, iż pokazywał go innym chorym, którzy jednak nic dostrzedz nie mogli; zapytany, jak zapatruje się na to zjawisko, odpowiada, iż jest ono nagrodą za jego pobożność; sądzi téż, iż zjawisko to zapewne opisanem będzie w piśmie, lecz nie przez niego samego, gdyż spostrzegali je wszyscy. Hallucynacja ta przejawiała się w okresie pobudzenia i niepokoju, opowiadał zaś mi o niej, znajdując się w zupełnie spokojnym stanie. W okresie niepokoju chory rozdziera na sobie ubranie, psuje swą gitarę, zbiera różne drobiazgi i chowa je; wypróżnia się na podłogę, kał nazywa złotem, i kładzie go pod poduszkę, na której zasypia.

Ze ścisłego tego opisu objawów widzimy tu zbiór psychicznych i nerwowych zaburzeń. W sferze psychicznej: przecenianie swych zdolności, utratę pamięci, fałszywe przekonania, znaczne otępienie władz umysłowych, przejawiające się w rozstroju logicznego myślenia i głupowatych czynach, — słowem grupę zjawisk, dającą wobec krótkotrwałości choroby gwarancją głębokiego porażenia ośrodków psychicznych; jeśli zaś przyłączymy do niej zaburzenia nerwowe: zakłócenie mowy, zboczenia wzroku w czytaniu, drżenie rąk, parezę lewej połowy twarzy i prawych kończyn, zwężenie źrenic, analgezyją — to mamy dostatecznie danych dla przypuszczenia tu porażenia postępującego. Na rozwinięcie choroby tej złożyły się liczne nieprzyjemne warunki życia; zwrócę tu uwagę na nadużycia płciowe, nadużycie napojów wysokokowych, po części téż przymiot. Wyniszczenie płciowe, o którem świadczy zresztą zanik jąder i jedenaścioro jego dzieci — było tu w samą rzecz bardzo

znacznem. Opowiada on, iż pierwsza jego żona była bardzo pożądliwą i nieraz mimo jego woli zmuszała go do nadużyć; w ostatnim czasie stosunki były rzadsze, z powodu osłabienia sił. Jeśli do tego dodamy jeszcze przebyty przed laty 12 przymiot, dowodzący innych jeszcze (prócz z żoną) stosunków płciowych — to możemy powziąć wyobrażenie, jak silnym wyniszczającym nadużyciom poddany był nieszczęsny chory, tą tylko drogą. Ostatnia t. j. nadużycia płciowe już same mogłyby go doprowadzić do porażenia postępującego; jeśli zaś miało tu miejsce jeszcze nadużycie napojów wyskowych, to ostatnie stanowiło bezwątpienia dostatecznie silny czynnik wywołujący. Z drugiej zaś strony — jeśli zwrócimy uwagę na *abusum in Baccho*, to możnaby pomyśleć o alkoholistycznej odmianie porażenia postępującego, przedstawiającej nieco lepsze rokowanie; — jeśli zaś przyjąć w rachubę przymiot, który, jako powodujący zaburzenia ruchowe, utworzeniem przymiotowego zбочenia umysłowego (*psychosis luetica*) zaciemniać może porażenie postępujące, ze względu zaś na możebny rozwój porażenia postępującego przymiotowego pochodzenia niweczy niepomysłność rokowania w porażeniu postępującem we właściwym słowa znaczeniu — to mielibyśmy w takim razie przed sobą dwa czynniki, znacznie osłabiające słuszność naszego poglądu na chorobę. Lecz cierpienie przymiotowe przeszło już przed 12 laty i jeśli pozostawiło ono jakiegokolwiek ślady, to nie na tyle rozrzucone, by spowodować różnorodne zaburzenia w innerwacyi, z jakimi się tu spotykamy. Jeśli zaś przypuścić wpływ opilstwa, to tylko jako czynnika pobocznego, wywołującego; już przedtem ustrój chorego znajdował się w stanie takiego rozstroju, iż bez wpływu napojów wyskokowych mogłaby powstać straszna ta choroba. Z tego powodu nie skłaniam się bynajmniej ku przypuszczeniu alkoholistycznej odmiany porażenia z jego pomysłniejszym rokowaniem, — natomiast poczytuję wypadek niniejszy za wynik głębokich organicznych zmian w ośrodkach nerwowych.

Potwierdzenie poglądu mego znajduję już we wstępnym okresie choroby, który przed rokiem jeszcze miał miejsce i w którym wystąpiły groźne objawy, jakoto: zawrót głowy, drgawki i drętwienie kończyn górnych i dolnych, zupełny nawet napad epileptyczny; pozostająca zaś do dziś dnia pareza kończyn prawych i lewej połowy twarzy stanowi prawdopodobnie wynik podobnego napadu epileptycznego lub, być może, apoplektycznego, którego skutki nie zdołały się dotąd wyrównać. Nie przeczę, iż wszystkie przytoczone tu zjawiska mogą też nieraz być jedynie wyrazem alkoholizmu i z czasem wyrównać się mogą, lecz jeśli w danym wypadku przypuścić wpływ alkoholu, to nie na ustrój normalny, lecz osłabiony w skutek wieloletnich silnych nadużyć płciowych, w którym wpływ opilstwa jakoby kumulacyjnie łączy się z istniejącą już nabytą skłonnością mózgu do zwyrodnienia (*Degenerescenz*) i wynik podobnych wstrząśnień musi być głęboki, niepoprawny.

---

### Spostrzeżenie VII.

---

Jako przyczynek do rozpoznania różniczkowego, przytoczę tu jeszcze w krótkości wypadek, dotyczący 52 letniego chorego R., który w kwietniu 1878 roku przybył do szpitala. Zaburzenia psychiczne wystąpiły przed 4 miesiącami, przejawiając się w osłabieniu pamięci, niepokoju, bezsenności, niespełnianiu obowiązków, nieprzyzwoitych pieśniach i bezmyślnych sądach. Chory doznawał zmartwień domowych.

Chory średniego wzrostu, prawidłowego ciała, układ kostny i mięśniowy średnio rozwinięte; twarz sińcowa, skóra cyjanotyczna. Granica płuc od tyłu zniżona (*emphysema*). Górna granica tępości serca podwyższona (na 4-m żebrze); kurczenia serca słabe, tętno drobne,

100 na minutę. Dolny brzeg wątroby dosięga prawie pępka, śledziona nie powiększona. Jądra prawidłowej wielkości. Żrenice nierówne, prawa o wiele szersza od lewej i słabo oddziaływa na światło. Lewa połowa twarzy paretyczna, bruzda nosowargowa z téj strony przedstawia się mniej wyraźnie. Zaburzenie mowy jest dosyć wybitnem, oddzielne słowa chory wymawia z pewną trudnością, dla której zatrzymuje się na oddzielnych zgłoskach; drżenia warg przytem nie spostrzegamy. Język z lekka drżący zbacza w stronę prawą. Siła rąk znacznie osłabiona, siła prawej 15, lewej 20 kilogramów; drżenie rąk przy ich wyprostowaniu nie jest znacznem. Chód utrudniony — prawa kończyna dolna jest słabszą i wlecze się za lewą. Sfera psychiczna, wyjąwszy osłabienie władz umysłowych, pewnego rodzaju stępienie, utratę pamięci, nie przedstawia ni hallucynacyj, ni obłądu, ni fałszywych przekonań. Zauważono téż, iż chory nie przyznaje się do swych siwych włosów, utrzymując, iż posiada ciemne. Nocą chory uczuwa na ciele ruchy drobnych zwierząt (uczucie mrówek — *paraesthesiae*). Zasadzając się na przytoczonym tu zbiorze objawów do jakiego przyjść możemy rozpoznania? Znaczne zaburzenie mowy, pareza lewego n. twarzowego, pareza prawej połowy ciała — wszystko to dowodzi przeszkody w lewej półkuli a ze względu na przewagę zaburzeń ruchowych jest ona (przeszkodą) najprawdopodobniej spowodowaną ogniskowem rozmiękczeniem białej istoty mózgu (*centrum semiovale*), być może na granicy jéj z ciałem prążkowanym (*corpus striatum*) lub *c. lenticulare*. Zwążywszy, iż chory ulegał nadużyciu napojów wysokokowych, choć nie w znacznym stopniu, lecz stale przez czas dłuższy, potwierdzenie zaś istnienia nadużyć znajdujemy w znacznem powiększeniu objętości wątroby, rozedmie płuc, stłuszczeniu serca (powiększenie tępości serca, tętno słabe i drobne) — to zdaje się uzasadnionem przypuszczenie, iż rolę przyczyny wywołującej odgrywa tu sprawa ateromatyczna, która dotknąwszy naczyń mózgu spowodować mo-

gła zaburzenia w krążeniu [zakrzep (*thrombosis*) lub zatór (*embolia*)], które ze swój strony wywołały ograniczone rozmiękczenie mózgu. Skutki rozmiękczenia tego mamy właśnie przed sobą w postaci krzyżującej się parezy (lewój połowy twarzy i prawych kończyn). Niemniej też skutki sprawy ateromatycznej odbić się winny na szarzej istocie korowej — ośrodku psychicznym i spowodować zaburzenia w postaci osłabienia władz umysłowych, utraty pamięci itp. zjawisk, z jakimi się też w wypadku naszym spotykamy.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to wypadek na pierwszy rzut oka mógłby być przyjętym za porażenie postępujące właściwe lub odmianę jego alkoholistyczną. Co do 1-go, to przeciw niemu mówi wiek podeszły (52 lat), brak dziedzicznego usposobienia i wybitnych nadużyć. Dalej sfera psychiczna nie przedstawia ani pobudzenia maniakalnego ani melancholijnego przygnębienia, nie ma tu też fałszywych przekonań, błędnych wyobrażeń wielkości i t. p. Można by tu natomiast przypuścić odmianę porażenia postępującego, występującą w postaci osłabienia władz umysłowych — lecz przy właściwem różniczkowaniu porażenia postępującego wypadki podobne okazują się nie istotnymi przykładami téj choroby a przedstawiają jedną z tych odmian chorobnych, z którymi dawniej porażenie postępujące często mieszano (p. rozpoznanie różniczkowe). Dalej, zaburzenia mowy w początkach porażenia postępującego (ponieważ w danym razie mamy świeży wypadek przed sobą) nigdy nie przedstawiają się tak wybitnie — przejawiają się one w przepuszczaniu samogłosek lub niedokończeniu słów, w mowie powolnej rozwijającej się w celu pokonania drżenia warg i języka—gdy tymczasem tutaj zaburzenia są zbyt wyraźne: oddzielne słowa lub zgłoski chory wymawia z trudnością, nie wskutek inkoordynacji warg i języka ile paretycznego ich osłabienia (zбочenie języka, pareza n. twarzowego); drżenia zaś tu niepostrzegamy. Co do kończyn, to spostrzegamy tu drżenie kończyn

górnym, lecz prócz tego mamy tu jeszcze parę połowiczą (*hemiparesis*), wyrażającą się w osłabieniu prawej kończyny górnej w porównaniu z lewą, w osłabieniu i powłóczeniu prawej kończyny dolnej — zaś w porażeniu postępującem przejawia się niepewność ruchów w skutek utraty ośrodków regulacyjnych ruchów. Wystąpiwszy powyżej przeciw istnieniu w istocie korowej ośrodków ruchowych w znaczeniu tem, by podrażnienie ich wywoływało drżenie, zanik zaś bezwład (*Foville*), wyżej też już wspomniałem, iż w początkowym okresie porażenia postępującego głównie chodzi o utratę psychicznego czynnika w ruchach, co lepiej wyrażonem być może przez określenie zaburzenia lub zwichnięcia regulacji ruchów, mającej swe źródło w ośrodkach psychicznych. Nieznaczone więc zaburzenia psychiczne, jak niemniej odmienny charakter ruchowych zbroczeń, są dostatecznymi przeciwdowodami istnienia tu właściwego porażenia postępującego. Lecz być może wypadek niniejszy zaliczyć należy do wypadków porażenia postępującego alkoholistycznego pochodzenia. Odmiana ta, będąca wynikiem przewlekłej sprawy zapalnej, dotyczącej głównie opony miękkiej i szarej istoty korowej, przejawia się w zjawiskach psychicznej i ruchowej bezcelowości (inkoordinacyi) jakoto: obłąd wielkości, obłąd melancholijny, halucynacje przeważnie wzrokowe, inkoordinacja mowy, drżenie warg i języka, drżenie rąk, chód niepewny. Jeśli w rzadkich wypadkach odmiana ta przedstawia się w postaci pierwotnego ogłupienia (*dementia primaria*), to zaburzenia ruchowe występują tu tak wybitnie, iż przy podejrzewaniu w ogóle porażenia postępującego, upoważniają do przypuszczenia alkoholistycznej jego odmiany. Podobnych zjawisk bezcelowości, prócz nieznaczonego drżenia, w wypadku niniejszym nie spostrzegamy. Przychodzimy więc do wniosku, iż anatomiczną podstawą przytoczonego obrazu chorobnego, stanowiącego początek ogłupienia paralitycznego (*Dementia paralytica*) jest prawdopodobnie ograniczone i niezbyt natężone rozmięczenie

mózgu (*Encephalomalacia*), będące skutkiem ateromatycznej sprawy w naczyniach mózgu.

Jasną jest rzeczą, iż postawione rozpoznanie bezpośrednio odbija się też na rokowaniu. Porażenie postępujące stanowi sprawę chorobną bezwarunkowo śmierć prowadzącą, jeśli nie wcześniej, to w ciągu 2—3 (rzadko więcej) lat; — gdy tymczasem w wypadkach *Dementia paralytica*, jeśli niepodobna przypuścić wyrównania procesu chorobnego, przeciwnie są wciąż nowe udary (*insultus apoplectici*) a w skutek tego rozszerzenie ogniska rozmiękczenia i pogorszenie hemiplegii, to jednak chory przeżyć może do 8—10—15 lat, nie ulegając przytem téj znacznej zagładzie sił psychicznych, na jaką osądzony jest postępowy paralytyk.

---

## W N I O S K I.

---

Na zasadzie wyłuszczonych danych, przychodzimy do wniosku, iż porażenie postępujące nie jest zbiorowiskiem objawów (*Symptomencomplex*), lecz sprawą chorobną ściśle określoną, właściwość której przejawia się:

Przyczynowo — w silnych fizycznych lub moralnych wstrząśnieniach lub szczególnej skłonności pierwiastków nerwowych do zwyrodnienia (*Degenerescenz*); wymaga ona przytem wieku dojrzałego, okresu fizjologicznego napływu (*turgescencyi*) mózgu, pod wpływem którego jedynie mózg zdolnym jest oddziaływać w ten a nie inny sposób.

Anatomicznie — przejawia się właściwość owa w chorobowym zajęciu ośrodkowego układu nerwowego, przychem zmiany anatomiczne, będąc niestałymi i ulegając wahaniom odpowiednio do powodujących je zaburzeń w krążeniu, wciąż wzrastając dochodzą do przewlekłego śródmiąższowego porażenia ośrodków nerwowych.

Objawowo — wyraża się ona w połączeniu psychicznych i nerwowych zaburzeń, z których pierwsze już

na początku noszą na sobie piętno głębokiego porażenia — zaburzenia zaś w innerwacyi w początku słabo wyrażone i ulegając, podobnież jak i psychiczne, wahaniom co do natężenia, rozwijają się postępowo i dochodzą do zupełnego porażenia sił psychicznych i nerwowych.

Porażenie postępujące jest więc w samej rzeczy „*morbus sui generis*.”

---

Kończąc tę pracę uważam sobie za miły obowiązek wynurzyć mą prawdziwą wdzięczność Profesorom LAMBLOWI i PŁASKOWSKIEMU, którzy raczyli mi przewodniczyć przy opracowaniu niniejszej rozprawy.

---



I. TABLICA SYNOPTYCZNA RÓŻNICZKOWO-ROZPOZNAWCZA.

	<i>Paralysis progressiva s. s. dicta.</i>	<i>Sclerosis multilocularis.</i>	<i>Paralysis bulbaris.</i>	<i>Dementia senilis.</i>	<i>Dementia c. paralyti</i>		<i>Psychoses lueticae.</i>	<i>Par. progressiva alcoholica.</i>
					a) p. haem.	b) p. autorem.		
Przy- czyń.	Usposobienie, przeciężenie (nadużycia płciowe).	Choroby ostre, wstrząśnienia moralne. ?	?	<i>Endoarteritis senilis cerebri.</i>	Choroby naczyń i serca.	?	Zakażenie przymiotem.	Długotrwałe nadużycie napojów wysokochłonnych.
Wiek.	Wiek dojrzały po > części 30-45 r., mężczyźni.	20-25 r. kobiety, nigdy po 40 roku. (CHARCOT.)	W. dojrzały i podeszły, mężczyźni.	50 lat 60 i >	50 i > mężczyźni.	Dojrzały i inne.	Dojrzały (2-6-10 l. po zakażeniu).	Dojrzały i podeszły.
Objawy przewstępne.	<i>Cephalalgia. Hemisrania. Strabismus. Diplopia. Daltonismus. Hyperaesthesia. Epileptoides. Dysphasia.</i> Niepewność ruchów. Drażliwość i wyczerpanie. Hallucynacje. Zmiana w charakterze. Trwa kilka miesięcy—2 lat.	<u>Vertigo.</u>		Stopniowe ogłupienie (miesiące i lata).		<i>Vertigo.</i>		( <i>Cachexia alcoholica.</i> )  <i>Dysphasia. Tremor extrem. et faciei.</i>  <i>Dementia</i> (kilka miesięcy).
Zaburzenia ruchowe.	<i>Mydriasis. Myosis. Ptosis.</i> <i>Tremor faciei, extrem. sup.</i>  <i>Paresis facialis. Dysphasia.</i>  <i>Paresis et incoordinatio extrem. —progressivae.</i>	<i>Nystagnus. Diplopia. Tremor extrem.</i>  <i>Dysphasia.</i>  <i>Paraparesis.</i>  <i>Contracturae. Epilepsia spinalis.</i>	<i>Paraparesis.</i>  <i>Paresis et Paralysis glossolabialaryng.</i> <i>Dysphagia. Dyspnoe.</i>	<i>Tremor (Paral. agitata). Par. facialis. Dysphasia (glossoplegia.)</i>		<i>Par. facialis. Dysphasia (g. p.).</i>	<i>Strabism. Ptosis. Diplop.</i>  <i>Par. facialis. Paral. facialis. Aphasia.</i>	<i>Strabism. Myosis. Ptosis.</i>  <i>Tremor extrem. labior. linguae.</i>  <i>Glossataria.</i>
Zaburzenia czucia.	<i>Analgesia.</i>  <i>Topanaesthesia. Amblyopia.</i>	<i>Dolores lancinant.</i>  <i>Amblyopia.</i>		<i>Hemiplegia (station. v. progress.).</i>	<i>Hemiplegia.</i>	<i>Hemiparesis.</i>	<i>Hemiplegia.</i>	
Zab. naczynio- ruch. i odżyw.	<i>Pulsus paralyticus. Fragilitas ossium. Furunculi et Carbunculis. Othänatoma. Decubitus. Atrophia muscularis.</i>	<i>Cystitis ulceroosa. Decubitus.</i>						<i>Decubitus.</i>
Przebieg.	Wahanie objawów.  <i>Remissiones et intermissiones.</i>	<i>Remissiones.</i>	Ciągłe wzmacnianie się objawów.	Postępowy rozwój zjawisk.	Zab. ruch. wyrównują się zwolna.	Wahanie objaw.  Rozwój postępowy.	Zmienność i wahanie zab. ruchowych.	Stalose zab. rucho
Rokowanie i wskazania.	Trwa po > części 2-3 lat. Bezwarunkowo śmiertelne.  Odosobnienie w zakładzie.  Leczenie objawowe.	6-10 lat. Nieuleczalna (polepszenia).	1-3-5 lat. Nieuleczalna.	Udary (insult. apopl.) 5-10 lat. Nieuleczalna.	8-10-15 l. Zaburz. nie wyrównują się.	2-5 i > l. Nowotwór wzrasta lub zatrzymuje się.	Uleczalna.	2-3-6 lat. Bardzo rzadko polepszenie stałe.
Zejście.	↑ <i>Acc. epileptif., complie. pneumonia, phthisis, decubitus.</i>	↑ <i>Ematiatio; compl. phthisis dysenteria, decubitus.</i>	↑ <i>Paralysis pneumogastrici.</i>	↑ <i>Marasmus.</i>	↑ <i>Marasmus.</i>	↑ <i>Acc. epileptif. meningitis.</i>		↑ <i>Ematiatio. Pneumonia.</i>
Zmiany anatomiczne.	( <i>Meningo</i> ) <i>Encephalo-Myelitis chronica diffusa.</i>	Gniazda szare rozrzucone po białej istocie mózgu i przednio bocznych częściach mlecza.	Zanik jąder szarej istoty na dzień 4 komórki.	<i>Atrophia senilis cerebri.</i>	<i>Encephalo-malacia.</i>	<i>Tumor cerebri.</i>	<i>Gummae syph. kości czaszki i opon. Meningitis basilaris. Synechia. Arteritis luetica.</i>	<i>Pachymeningitis. Encephalomeningiti. chron. diffusa.</i>

## II. TABLICA RÓŻNICZKOWO-ROZPOZNAWCZA ZE WZGLĘDU ANATOMICZNEGO.

	<i>Paralysis progressiva s. s. dicta.</i>	<i>Sclerosis multilocularis.</i>	<i>Paralysis bulbaris.</i>	<i>Dementia senilis.</i>	<i>Dementia c. paralyisi</i> a) p. laem.   b) p. tumorem.	<i>Psychoses lueticae.</i>	<i>Par. progressiva alcoholica.</i>	
Zaburzenia mózgowie.	<p><u>Hallucinationes.</u> <u>Mania ambitiosa.</u> <u>Melancholia.</u> <u>Dementia.</u> <u>Acc. epilepti et apoplectiformes.</u></p> <p><u>Cephalalgia.</u> <u>Strabismus. Diplopia.</u></p> <p><u>Mydriasis. Myosis.</u> <u>Dysphasia.</u> <u>Tremor labior. et linguae.</u> <u>Paresis facialis.</u> <u>Amblyopia. Daltonismus.</u> <u>Analgesia.</u></p> <p><u>Topanaesthesia.</u></p>	<p><u>Mania. ?</u> <u>Melancholia. ?</u> <u>Dementia. ?</u> <u>Ac. apoplectif.</u></p> <p><u>Vertigo.</u></p> <p><u>Nystagmus.</u> <u>Diplopia.</u></p> <p><u>Dysphasia.</u></p>	<p><u>Dysphasia.</u></p>	<p><u>Dem. infantilis</u></p> <p><u>Dysph. (g. p.)</u></p> <p><u>Par. facialis.</u></p> <p><u>Hemiplegia.</u></p> <p><u>P. glossolabial.</u> <u>Dysphagia.</u> <u>Dyspnoë.</u></p>	<p><u>Dementia.</u></p> <p><u>Dysph. (g. p.)</u></p> <p><u>Par. facialis.</u></p> <p><u>Hemianaesth.</u> <u>Dolores ezent.</u></p> <p><u>Hemiplegia.</u> <u>Contracturae.</u></p>	<p><u>Hallucinat.</u></p> <p><u>Dementia.</u> <u>Acc. epileptif.</u> <u>choreaformes.</u> <u>Vertigo.</u> <u>Cephalalgia.</u> <u>Strabism.</u> <u>Diplop. Ptos.</u></p> <p><u>Convuls. Ataxia</u></p>	<p><u>Dementia.</u> <u>Acc. epileptifor.</u></p> <p><u>Vertigo.</u> <u>Cephalalgia.</u> <u>Strabism.</u> <u>Diplop. Ptos.</u> <u>Myosis.</u> <u>Aphasia.</u></p> <p><u>Par. facialis.</u> <u>Amblyopia.</u></p> <p><u>Hemipl. P. extr.</u></p>	<p><u>Hallucinationes.</u></p> <p><u>Dementia</u></p> <p><u>Dysphasia. Glossataria.</u> <u>Tremor labior. linguae.</u></p>
Zaburzenia układu sym- rdzeniowe.	<p><u>Tremor extremitatum.</u> <u>Paresis et incoordin. progres.</u></p> <p><u>Paralysis sphincterum.</u></p>	<p><u>Tremor extrem.</u> <u>Paraparesis.</u> <u>Contracturae.</u> <u>Epilepsia spin.</u> <u>Dolores lancin.</u></p>	<p><u>Paraparesis.</u></p>	<p><u>Tremor extrem.</u></p> <p><u>Par. sphincter.</u></p>		<p><u>D. pseudoneur.</u> <u>Hemian. spin.</u></p>	<p><u>Tremor extrem.</u></p> <p><u>Par. sphincterum.</u></p>	
Zaburzenia układu sym- patycznego.	<p><u>Pulsus paralyticus.</u> <u>Furunculosis. Carbunculosis.</u> <u>Fragilitas ossium.</u> <u>Othämátoma.</u> <u>Decubitus.</u></p>	<p><u>Decubitus.</u> <u>Cystitis ulcer.</u></p>					<p><u>Decubitus.</u></p>	

### III. TABLICA RÓŻNICZKOWO-ROZPOZNAWCZA ZE WZGLĘDU FIZYJOLOGICZNEGO.

	<i>Paralysis progressiva s. s. dicta.</i>	<i>Sclerosis multilocularis.</i>	<i>Paralysis bulbaris.</i>	<i>Dementia senilis.</i>	<i>Dementia c. paralyssi</i> a) p. haem.   b) p. tumorem.	<i>Psychoses lueticae.</i>	<i>Par. progressiva alcoholica.</i>	
Zaburzenia mózgowie.	<i>Hallucinationes.</i> <i>Mania ambitiosa.</i> <i>Melancholia.</i> <i>Dementia.</i> <i>Acc. epilepti et apoplectiformes.</i>  <i>Cephalalgia.</i> <i>Strabismus. Diplopia.</i>  <i>Mydriasis. Myosis.</i> <i>Dysphasia.</i> <i>Tremor labior. et linguae.</i> <i>Paresis facialis.</i> <i>Amblyopia. Daltonismus.</i>	<i>Mania. ?</i> <i>Melancholia. ?</i> <i>Dementia. ?</i> <i>Acc. apoplectif.</i>  <i>Vertigo.</i>  <i>Nystagmus.</i> <i>Diplopia.</i>  <i>Dysphasia.</i>	          <i>P. glossolabio-laryngealis.</i> <i>Dysphagia.</i> <i>Dyspnoë.</i>	<i>Dem. infantilis</i>          <i>Dysph. (g. p.)</i>  <i>Par. facialis.</i>	          <i>Dementia.</i>  <i>Dementia.</i> <i>Acc. epileptif. choreaformes.</i>  <i>Vertigo.</i> <i>Cephalalgia.</i> <i>Strabism.</i> <i>Diplop. Ptos.</i>  <i>Dysph. (g. p.)</i>  <i>Par. facialis.</i>	<i>Hallucinat.</i>          <i>Dementia.</i> <i>Acc. epileptifor.</i>  <i>Vertigo.</i> <i>Cephalalgia.</i> <i>Strabism.</i> <i>Diplop. Ptos.</i> <i>Myosis.</i> <i>Aphasia.</i>  <i>Par. facialis.</i> <i>Amblyopia.</i>	<i>Hallucinationes.</i>          <i>Dementia</i>          <i>Dysphasia Glossataria.</i> <i>Tremor labior. linguae.</i>	
Zaburzenia rdzeniowe.	<i>Tremor extremitatum.</i> <i>Paresis et incoordin. progres.</i>  <i>Paralysis sphincterum.</i> <i>Analgesia.</i> <i>Topanaesthesia.</i>	<i>Tremor extrem.</i> <i>Paraparesis.</i> <i>Contracturae.</i> <i>Epilepsia spin.</i>  <i>Dolores lancin.</i>	<i>Paraparesis.</i>	<i>Tremorextrem.</i> <i>Hemiplegia.</i>    <i>Par. sphincter.</i>	<i>Hemiplegia.</i> <i>Contracturae.</i>    <i>Dolores ezent.</i> <i>Hemianaesth.</i>	<i>Hemiparesis.</i>    <i>Convuls. part.</i> <i>Par. sphincter.</i> <i>Anaesth. dolor.</i> <i>Hemianaesth.</i>	<i>Hemipl. P. extr.</i>    <i>D. pseudoneur.</i> <i>Hemian. spin.</i>	<i>Tremor extrem.</i>          <i>Par. sphincterum.</i>
Zaburzenia układu sympatycznego.	<i>Pulsus paralyticus.</i> <i>Furunculosis. Carbunculosis.</i> <i>Fragilitas ossium.</i> <i>Othänatoma.</i> <i>Decubitus.</i>	          <i>Decubitus.</i> <i>Cystitis ulcer.</i>					          <i>Decubitus.</i>	

## Trzy wypadki ogłędzin pośmiertnych.

---

Przyłączając poniżej wyniki badań drobnowidzowych, za niezbędne uważam przytoczyć tu w krótkości rezultaty autopsyj trupów, paralityków których mózgi badane były przezemnie pod mikroskopem.

Rysz. lat 60. Anamnezy brak. Przywiezionym został do szpitala w stanie pobudzenia, słowa jego bezmyślne, oddzielne wyobrażenia wielkości; wyśpiewuje niemoralne piosnki; lewa kończyna paretyczna; ogólne wyniszczenie, drżenie całego ciała. Po 2-ch tygodniach pobytu w Grudniu 1877 zmarł. Kości czaszki umiarkowanych rozmiarów; zatoka podłużna (*sinus longitudinalis*) pusta: z pod opony twardej wylało się ze 2 uncyje surowiczego płynu. Opona miękka przezroczysta, z łatwością się oddziela; mózg na przecięciu małokrwisty; szara istota korowa blada, normalnej grubości; biała istota błyszcząca, komórki (*ventriculi*) rozszerzone i napełnione płynem surowiczym. Naczynia mózgu ateromatyczne. Waga mózgu 1,234 grm. Płuco prawe w stanie rozedmy, w wierzchołku jego znajdują się ogniska sérowate; w dolnej części lewego płuca znaleziono jamy (*cavernae*) wielkości orzecha laskowego napełnione ropą. Oskrzela przekrwione. W tętnicy głównej—*Endoaortitis nodosa*. Wreszcie niezbyt żołądka i jelit. Mlecz pancerzowy bez widocznych zmian, badanym był pod drobnowidzem.

O. lat 45, przebył w szpitalu 8 dni w stanie zupełnego upadku psychicznego, z przykurczeniami kończyn. Dniem nic nie mówił, nocą zaś krzyczał produkując przytém najnieprzyzwoitsze wyrazy. Połykanie znacznie utrudnione. Anamneza świadczy jedynie o dwuletniem trwaniu choroby. Kości czaszki zgrubiałe; zatoka podłużna pusta, z pod opony twardej wylało się półtoręj uncyj płynu. Opona miękka nieco zmętniała, obrzęknięta, z łatwością odziela się od zawojów. Istota korowa blada; w płacie czołowym zawoje zanikłe. Istota biała mózgu błyszcząca; komórki rozszerzone i napełnione płynem surowicznym; ependyma przedstawia ograniczone rozrosty. W płucach *bronchopneumonia chronica* z utworzeniem jam w lewym płucu. Ściany serca blade, wiotkie (stłuszczenia, w t. głównej nieznaczne zgrubienia (początek *endoaortitidis*). Wątroba muszkatołowa. Nerki ziarniste, zanikłe.

L. lat 35. Wywód niewiadomy. Przywieziony do szpitala w stanie pobudzenia, wypowiada oddzielne idee wielkości bez związku, przedstawia rozwinięty bezwład kończyn, zwężenie źrenic; w 2 dni nastąpiła śmierć. Kości czaszki zgrubiałe; opona twarda w przedniej części przyrośnięta do kości; pod o. twardą znaczne nagromadzenie płynu, po wypuszczeniu którego przedstawia się ona obwisłą, w tylnej połowie na wewnętrznej powierzchni świeży wylew krwi (*Pachymeningitis haemorrhagica*). Opona miękka zgrubiała, przekrwiona, z trudnością odziela się od zawojów, na których téż pozostają cząstkowe zniszczenia (*usuræ*). Zawoje płatu czołowego zanikłe. Komórki rozszerzone; napełnione płynem surowiczokrwistym; ependyma przedstawia się ziarnistą. Na przecięciu istoty białej spływają krople krwi. Ostre zapalenie oskrzeli. Serce powiększone, komórki jego rozszerzone. Wreszcie nieżył żołądka i kiszek.

## Objaśnienie rycin.

---

Fig. 1. Naczynie szerokie (z korowej mózgu) całe wypełnione czerwonymi ciałkami krwi; w ściance naczyń znajdują się okrągłe bryły klejowate (wypadek R.).

Fig. 2. Naczynie w środku zagięte, na ściance jego widać bryły klejowate; w środku naczyń masę tłuszczowozarnistą, w dolnej części całe światło naczyń wypełnione temiż bryłami, z pośród których zauważyć można masę ziarnistą i kilka bezbarwnych ciałek krwi (wyp. R.).

Fig. 3. Naczynie z niejednakowem światłem przedstawia dwa wrzecionowate rozszerzenia; w naczyń znajdują się ciałka krwi i barwnik ziarnisty, w górnej części naczyń gromady tłuszczowozarniste, *deg. atheromatosa* (wyp. R.).

Fig. 4. Naczynie wyciągnięte z korowej świeżo badanego mózgu z obszernem drobnokomórkowem nacieczeniem naokoło naczyń, składajacem się z okrągłych i owalnych przezroczystych (nieziarnistych) ciałek o jasnym jąderku (wyp. O.).

Fig. 5. Naczynie w kąt zgięte, na ściankach którego widać skupione ziarnka i krople tłuszczowe; w gałęzi zaś poziomej nagromadzone okrągłe bryły szkliste (klejowate <sup>1)</sup>).

---

<sup>1)</sup> Ryciny, przy których niema oznaczonego wypadku, odnoszą się do preparatów ze wszystkich badanych mózgów.

Fig. 6. Naczynie włosowate (z korowej mózgu) z dwoma rozszerzeniami, w których skupione są czerwone ciała krwi; w naczyniu i naokoło niego widać oddzielne bezbarwne ciała krwi (wyp. L.).

Fig. 7. Wężykowate naczynie z licznymi gromadami czerwonych ciałek krwi. Naokoło niego komórki nerwowe otoczone rzędami jąder rozrosłej neuroglii; tutaj też bezbarwne ciała krwi (wyp. L.).

Fig. 8. Włoskowate naczynie na ściankach którego widzimy rozmnożenie jąder. Naokoło komórki nerwowe otoczone komórkami pojęczemi (tkanki interstycjalnej), tutaj też znajdują się jądra i ciało mączkowate.

Fig. 9. Komórki nerwowe i pomnożona ilość jąder neuroglii.

Fig. 10. Naczynie z dwoma rozszerzeniami zawierającymi ciała krwi (zastój) i rospad ich barwnikowy.

Fig. 11. Olbrzymie komórki nerwowe (ze środkowego zawoju) otoczone trój i czworobocznymi komórkami pajęczymi.

Fig. 12. Oddzielne komórki nerwowe (z różnych miejsc preparatu korowej), z których dwie sklerotyczne (a, a), jedna z wakuolą (b) a trzy ziarnisty rospad przedstawiające, kilka wreszcie ciałek mączkowatych (f. f.).

Fig. 13. Naczynie wyciągnięte z korowej mózgu z drobnokomórkowem nacieczeniem neuroglii (ciała bezbarwne w okresie dzielenia się); od ścianki naczynia odchodzą cienkie wyrostki *adventitiae*.

Fig. 14. Okrągłe bryły klejowate różnej wielkości z białej istoty mózgu (na skrawkach zabarwionych purpurą przedstawiają się bladeżółtemi).

Fig. 15. Włoskowate naczynie szarej istoty korowej przeistoczone w ziarnistą masę rospadową.

Fig. 16. Włoskowate naczynie z białej istoty mózgu wypełnione ciałkami krwi.

Fig. 17. Dwa naczynia z mlęcza pacierzowego (stwardnionego w kwasie chromnym) na ściankach których znaj-

dużą się liczne komórki tłuszczowo ziarniste; a) naczynie drobnych, b) większych rozmiarów (wyp. R.).

Fig. 18. Włoskowate naczynie z bocznych pęczków stwardnionego mlecza, całe pokryte komórkami tłuszczowo ziarnistymi, naokoło zaś niego widać liczne także komórki (wyp. R.).

Fig. 19. Z jądra oliwnego rdzenia przedłużonego, komórki nerwowe otoczone tkanką włóknistą, we wszystkich kierunkach przecinającą pole drobnowidzowe; gdzieniegdzie widać okrągłe podłużne jądra; komórki nerwowe żadnych nie przedstawiają zmian (wyp. O.).

---



# OGŁOSZENIA.

---

## PRACOWNIA CHEMICZNO-PATOLOGICZNA

**D-ra Aleksandra Wolffa.**

b. asystenta przy katedrze Chemii Lekarskiej

CESARSKIEGO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU

w Warszawie, Tłomackie Nr. 3.

Uskutecznia rozbiory jakościowe, ilościowe, oraz badania mikroskopowe moczu, kamieni pęcherzowych, zawartości żołądkowych i t. p. nadsyłanych z miasta, jako też z prowincyi.

**Odpowiedź następnego dnia rano. Honoraryjum od rs. 2 do 5, zależnie od żądanej jakości i ścisłości rozbioru.**

---

## PRZEGLĄD LEKARSKI,

Organ Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego,

wychodzi w roku bieżącym

**o s i e m n a s t y m** swego istnienia,

w tym samym formacie, jak w roku przeszłym; w objętości  
średniej 1½ arkusza o tydzień.

Przychylność jakiej pismo to ze wszech stron odbiera dowody, skłania redakcyą do pozostania przy dotychczasowym programie, z tą tylko różnicą, że

spełniając życzenia wielu kolegów, starać się będzie o większe niżeli dotychczas uwzględnienie działu przedstawień obecnego stanowiska, ważniejszych kwestyj naukowych, osobliwie mających znaczenie dla lekarza praktycznego.

Prenumerata Przeglądu lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi w Królestwie polskiem i Cesarstwie rosyjskiem 6 rsr. rocznie.

Prenumeratę przyjmuje w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolfa.

---

## DWUTYGODNIK MEDYCYNY PUBLICZNEJ,

Organ Towarzystwa Lekarzy galicyjskich.

---

Pismo to poświęcone: 1) Sprawom zawodu lekarskiego i organizacyi służby zdrowia. 2) Higijenie publicznej i prywatnej; 3) Medycynie sądowej, rozpoczyna z dniem 1 Stycznia 1879, rok trzeci swego istnienia.

Wychodzić będzie jak dotąd, dwa razy na miesiąc 1 i 15 każdego miesiąca, w objętości przynajmniej arkusza, pod redakcyą Doc. Dra Grabowskiego i Prf. Dra Janikowskiego w Krakowie, oraz Prosekt. Dra L. Feigla we Lwowie.

Cena prenumeraty w Warszawie rocznie rs. 2 kop. 50, półrocznie rs. 1 kop. 25, na prowincyi rocznie rs. 3, półrocznie rs. 1 kop. 50. Prenumeratę przyjmuje w Krakowie Administracyja Dwutygodnika medycyny publicznej; w Warszawie Księgarnia Gebethnera i Wolfa

---

# ZDROWIE.

## DWUTYGODNIK POPULARNO NAUKOWY

poświęcony

### NAUKOM PRZYRODNICZYM I HIGIENIE.

---

Wychodzi 2 razy na miesiąc, w objętości 1 $\frac{1}{2}$  do 2 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami. Do każdego numeru dołącza się arkusz dodatku, zawierającego przekład dzieła d-ra Reklama p. n. **Nauka zachowania zdrowia i zdolności do pracy.** Nowi prenumeratorzy otrzymują bezpłatnie wydane dotąd arkusze dodatku.

Prenumerata wynosi w Warszawie i na prowincyi, w stosunku rocznym rs. 5, (z odnoszeniem i przesyłką). Dla uczniów średnich i wyższych zakładów naukowych, cena (bezpośrednio w redakcyi) o połowę niższa. Adres redakcyi: Królewska 6.

---

## PAMIĘTNIK

# TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

## WARSZAWSKIEGO,

wydawany staraniem i nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ

**Konrada Dobrskiego.**

---

Jedynе czasopismo lekarskie polskie, wychodzące zeszytami większej objętości, a więc mogące pomieszczać obszerniejsze rozprawy. W ciągu ostatnich lat 1877 i 1878 nie pomieściło ani jednego tłumaczenia.

*Pam. Tow. lek. War.* wychodzi w zeszytach obejmujących przeszło po 10 arkuszy druku, na początku każdego kwartału; każdy rocznik stanowi tom.

**Przedpłata roczna** dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów, tak w Warszawie jak i na prowincyi, z odnoszeniem i przesyłką, wynosi rs. 3. Składać ją można: w redakcyi (Królewska Nr. 6), w redakcyi „Medycyny“ (Marszałkowska Nr. 57)

i „Gazety lekarskiej“ (Śt. Krzyżka Nr. 9,) oraz we wszystkich księgarniach i agenturach spółki kolportacyjnej.

**Nowi prenumeratorzy** otrzymują bezpłatnie: „Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Tow. Lek. Warsz., z lat 1837 do 1876, ułożony przez Stan. Kościńskiego, członka i bibliotekarza T. L. W. Warszawa, 1877. p. XIV, 347.“

**Komplety** z lat: 1876 i 1877 oraz komplety z lat dawniejszych są do nabycia w redakcyi po rs. 2. Z r. 1878 po rs. 3.

---

Do nabycia za pośrednictwem redakcyi „Zdrowia“, wszystkich księgarni oraz Warszawskiej Księgarni Komisowej spółki Wydawców i jéj agentur. (Ulica Chmielna Nr. 8.)

## KAROL VOGT.

Listy o fizjologii dla ukształconej publiczności.

przekład K. Dobrskiego.

---

Ze 110 drzeworytami w tekście. Warszawa 1877 r. w 8-ce str. X, 833.

Cena rs. 3. W ozdobnej oprawie w płótno angielskie rs. 3 k. 75.

Dzieło to zawiera zupełny wykład anatomii, fizjologii i historii rozwoju człowieka, zawarty w formie listów, które podobnie jak listy o chemii Liebiga, ustaliły sławę autorów jako dzielnych popularyzatorów nauki. Liczne ryciny pomagają do zrozumienia wykładu.

---

**Dr. H. Luschka.** Położenie organów piersiowych człowieka. Tekst i atlas z 7 światłodrukowych tablic. Przekład Dr. K. Dobrskiego, in 4-o majori. Warszawa, 1872. Cena rs. 2.

**Dr. H. Luschka.** Położenie organów brzusznych człowieka, Tekst i atlas z 5 światłodrukowych tablic. Przekład K. Dobrskiego. Warszawa, 1874. Cena rs. 1 k. 20.

**Dr. J. Cohnstein.** Wykład położnictwa dla użytku uczących się i lekarzy. Przekład dokonany przez tłumaczy Wykładu Patologii Niemeyera i Wykładu Chirurgii Emmerta. Z 21 drzeworytami w tekście. Warszawa, 1872, 8-vo, str. VIII. 289. Cena rs. 1 kop. 50.

**Dr. K. Emmert.** Wykład Chirurgii szczegółowej. Tom. I Chir. choroby głowy, szyi i piersi. Warszawa, 1875, str. 666.

Tom II. Chir. choroby brzucha, miednicy, kończyn i kręgosłupa. Warszawa, 1873. Str. XVII, 744. Ze 157 drzeworytami w tekście. Cena rs. 5.

Dr. W. Kosmowski. Rys higieny dzieci. Warszawa, 1873 str. VI. 229. Cena kop. 50.

K. Darwin. Wyraz uczuć u człowieka i zwierząt. Przekład z angielskiego, dokonany przez Dr. K. Dobrskiego. Warszawa, 1874. Z drzeworytami i światłodrukami. Str. 321, XI. Cena rs. 3.

K. Dobrski. Pielęgnowanie chorych. Warszawa, 1876, p. 29. Cena kop. 15.

---

**SZKIC DZIAŁALNOŚCI**  
**pracowni chemicznej**  
**Higijeniczno-Lekarskiej**  
**Władysława Lepperta**

Asyst. Warsz. Uniw.

w Warszawie, ul. Elektoralna 35

przy Aptece W. Karpińskiego.

---

1. Wszelkie rozbiory wchodzące w zakres zoochomicznych i uroskopijskich poszukiwań, jak, jakościowe i ilościowe analizy moczu, kamieni moczowych, różnych wydzielin i płynów patologicznych i t. d.

2. Oznaczenie higienicznej i technicznej wartości zwyczajnej wody.

3. Higijeniczne analizy mleka, wina, piwa, wód mineralnych i innych napoi.

4. Wykrycie wartości lub zafałszowań, zwyczajnych artykułów domowych: chleba, mąki, mięsa, masła, kawy, cykoryi, herbaty, soli, octu, nafty, oleju i t. d.

5. Określenie natury ciał barwnych, jak farb malar-  
skich albo pokojowych, likierów, cukierków, kolorowych za-  
bawek dzieciennych i. d.

6. Poszukiwanie arsenu w tapetach, materyjach, za-  
bawkach i t. d.

7. Oznaczenie wartości lub natury środków lekar-  
skich, przeciwwzakaźnych i powszechnie używanych.

---

# WARSZAWSKI DOM ZDROWIA.

## 6. Szpitalna, 6.

---

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych  
dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju.

Chorzy wstępujący do zakładu, za umówioną  
dzienną opłatę otrzymują: pomieszczenie, opał, świa-  
tło, pościel, jedzenie, usługę, lekarstwa, kąpiele.  
Nadto pomoc lekarzy zakładu, miejscowego fel-  
czera i akuszerki.

Opłata począwszy od rs. trzech za dobę.

Ustawa zakładu zapewnia zupełne zacho-  
wanie tajemnicy w wypadkach tego wymaga-  
jących.

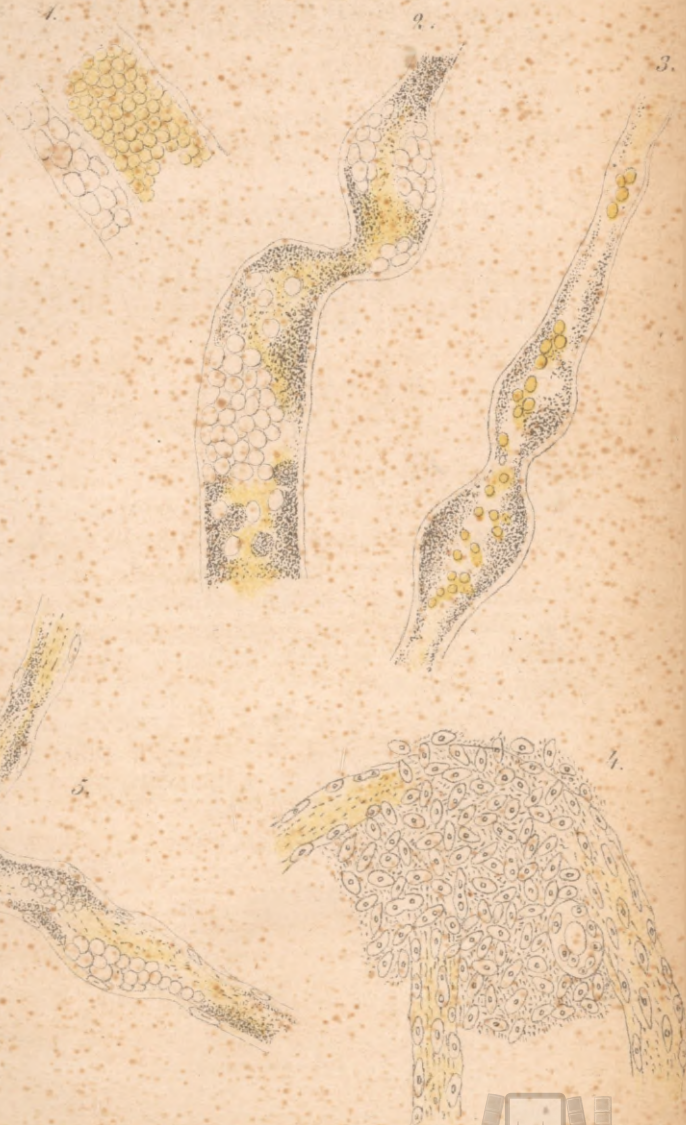
Bliższych informacji udzielają osobiście lub  
listownie podpisaní właściciele zakładu.

**J. Brzeziński.**    **K. Dobrski.**  
(Mazowiecka 10.)    (Królewska 6.)

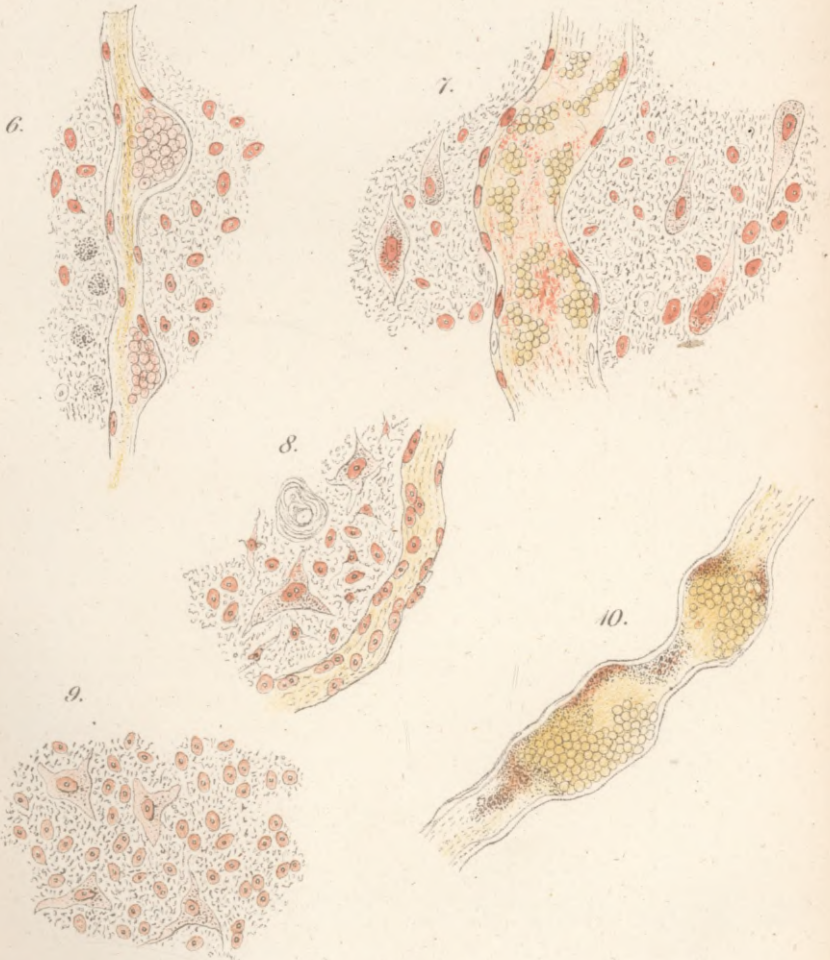
**J. Gutwein.**    **A. Thieme.**  
(Graniczna 17.)    (Marszałk. 38)

---

Tablica I.

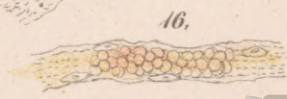
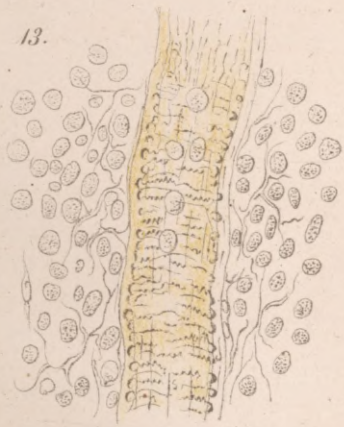
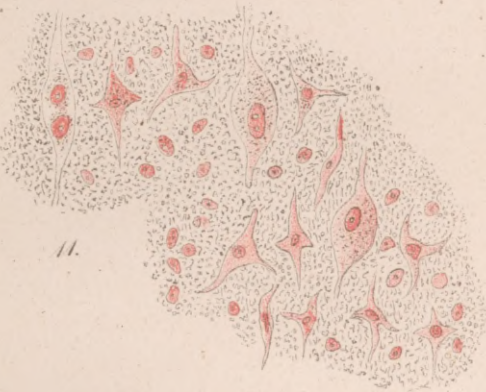


Tablica II.





Tablica III.



Tablica IV.

