

O wczesnych objawach wjazdu rdzenia kręgowego

przez

Prof. KAHLERA, ¹⁾

w Wiateln.

Cołem moim jest naszkicowanie Szanownym Kologom obrazu tych zjawisk chorobowych, które w długim szeregu objawów wjazdu rdzenia kręgowego występują jako pierwsze, albo przynajmniej wczesne. Blizsza znajomość tych zjawisk jest dla lekarza praktycznego bardzo ważną, gdyż umożliwi mu postawienie właściwego rozpoznania już w owym czasie, w którym chorey ma się za bardzo mało ciężkiego, lub też wspomina o jakimś zaburzeniu w czynności, które, choć jest poważnem, wydaje mu się jednak mało znaczącym. Rozpoznając w takich przypadkach odrazu początek wjazdu rdzenia, oszczędzamy choremu wielu zbytecznych zupełnie zabiegów leczniczych i nadajemy naszym dąteniom terapeutycznym kierunek, odpowiadający istotnemu stanowi rzeczy.

Nadto objawy początkowe wjazdu rdzenia zaskakują nas jeszcze swoją różnorodnością. Tę ostatnią początek wjazdu rdzenia różni się wydatnie od okresów późniejszych tej choroby, w których zaburzenia koordynacji ruchów przy chodzeniu i pewne objawy ze strony czucia składają się na typową całość obrazu chorobowego. Wszak DUCHESNE był w tem położeniu, że na zasadzie jedynego objawu wspomnianej choroby, zmuszony był nadawać jej długo we Francyi używane miano „*Ataxie locomotrice progressive*“.

Wprawdzie obraz chorobowy rozpoczynającego się wjazdu rdzenia ma też pewne swoje cechy stałe, ale nie rzucają się one w oczy. Trzeba ich szukać, aby je znaleźć. Nadto zdarza się często, że można

¹⁾ Przetłum. W. Janowski.

je wykazane ale niezupełnie; w najwcześniejszych okresach choroby może ich wprost brakować; albo wreszcie [co jest najważniejszem] usuwają się one przed naszym okiem dlatego, że chory skarży się na szereg innych objawów chorobowych, czasami tak szczególnych i dolegliwych, że zajmują one uwagę nie tylko jego, ale i lekarza.

Powszechnie znanam jest znaczenie dla wczesnego rozpoznania wiądu trzech objawów, a mianowicie: strzelających bólów, braku reakcji zrenicy na światło i braku odruchu kolannowego.

Stwierdzając obecność tych trzech objawów, lekarz ma już pewne podstawy do rozpoznania. Często jednak nie można ich wszystkich stwierdzić. Czasami brakuje dwóch z pomiędzy nich; czasami zaś, jak to wie każdy lekarz praktykujący, początek rozwoju [jak się to później okazuje] wiądu rdzenia poprzedza niewątpliwie wiele lat istnienia pierwszego z trzech wyliczonych objawów. Na punkcie tej tryjady każdy ma dalsze doświadczenie; przedmiotem więc mojego obecnego wykładu będą takie zjawiska chorobowe, które są niezwykle, a przez to zdolne sprowadzić nasze rozważania dyjagnostyczne na manowce.

Zanim jednak przystąpię do właściwego swego tematu, pozwólcie mi, Szanowni Panowie, na krótki wstęp treści anatomicznej. Celem jego jest pokazanie przyczyny osławionej wielostronności okresów początkowych wiądu rdzenia kręgowego.

Znajomość zmian anatomicznych w układzie nerwowym przy wiądzie rdzenia rozwijała się w ten sam sposób, jak i znajomość całego kompletu objawów tej choroby. Zaledwie ROXBURGH określił w głównych zarysach te objawy, wnot DUCHENNE uzupełnił je w sposób zadziwiający, i od tego czasu rzecz ciągle postępuje naprzód; prawie równocześnie BOUNDON i LOYS, LUTHER i szkoła CHARCOT'a ogłosili, że istnieją stałe zmiany anatomiczne w tylnych pęczkach rdzenia kręgowego.

Dalsze badania wykazały, że miernienie tylnych pęczków rdzenia kręgowego stanowi tylko częste, choć bardzo znaczną, zmianę napotykaną w układzie nerwowym w wiądzie przy oględzinach pośmiertnych. Powiedziałbym, że cierpienie jest w pęczkach tylnych tylko najbardziej wyraźne. Można by więc nazwać szczególnym zbiegiem okoliczności ten fakt, że termin stwierdzenie tylnych pęczków rdzenia kręgowego nie mógł wyrzucić nazwy *tuber dorsalis*, nudanej przez ROXBURGH'a całokształtowi objawów klinicznych.

Pozwólcie mi tedy, Panowie, przedstawić w krótkości zmiany, jakie możemy znaleźć w układzie nerwowym chorych na wiąd rdzenia, i omówić ich istotę, ich, jak to niektórzy mówią, charakter. Nie będę przytem rozbierał sprzeczności, w jakich znajdują się

moje poglądy na istotę zmian anatomicznych przy wiałdzie rdzenia z poglądami na nią starszych autorów i tych w pomiedzy nowoczesnych, którzy starali się dowiedze jednolitego (?) ich znaczenia. Zaprowadziło by to mnie za daleko i bylo by przytom zupełnie sbytozanem, gdyż w obecnej chwili poglądy na wazniejsze pytania ulegają właśnie przekształceniu i wyjaśnieniu. Nie może miunowicie ujść uwagi pilnego spostrzegacza ta okoliczność, że z takim trudom ustanowiony dawniej podział cierpien nerwowych na osrodkowe i obwodowe, traci obecnie zupełnie prawo obywatelstwa. Obecnie ustala się coraz bardziej pogląd, że jedna i ta sama przyczyna chorobowa może wywołać zmiany zarówno w częściach obwodowych, jak i osrodkowych układu nerwowego. Wiałd rdzenia kręgowego mianno dawniej za cierpienie osrodkowe. Otóż coraz częstsze wykazywanie przy nim zmian w nerwach obwodowych przyczyniło się w znaczny stopniu do utrwalenia się wyżej wymienionego poglądu na zmiany anatomiczne. Szerogowi dzielnych prac uczniów CHARCOT'a i WESTPHAL'a wiadzieczamy tę wiadomość, że na trupie tabetyka stwierdziło można zarówno w nerwach czuciowych jak i mieszanym, zmiany, nazywane zapaleniem nerwów zwyrodniającym (*neuritis degenerativa*). Łatwiej jest wprawdzie wykazać je na nerwach czuciowych, OPPENHEIM i SIMONARDO dowiedli jednak, że nie ma to żadnego związku z okresem wiału i stopniem zmian zwyrodniających w rdzeniu kręgowym. Wyniki badania nerwów są w tym razie takie same, jak to, które otrzymujemy przy rozmaitych formach toksycznych zapalen nerwów i przy zapaleniu nerwów wieloogniskowem (*multiplar*) bez ściśle określonego momentu przyczynowego. Przytem najwłaściwiej jest przyjąć, że idzie tu o szybkie postępowanie naprzód zwyrodnienia włókien nerwowych, które, jak to pokazał S. MAYER, ma normalnie w nerwach obwodowych miejsce.

W zdrowym ustroju równocześnie ze zwyrodnieniem ma miejsce i odrdzianianie się włókien nerwowych, w warunkach zaś patologicznych pierwazie przowata nad drugiem. Zład też zaburzenia czynnościowe w unerwionych przez to nerwy okolicach ciała. Patologija zapalen nerwów wieloogniskowych, ze swojem często zadziwiającym nas zejściem w wyzdrowienie, dowodzi doadnie wysokiej zdolności regeneracyjnej włókien nerwowych nerwów obwodowych, zmianę wreszcie i zkadniają. Gdy tylko usunięta zostaje przyczyna, wywołująca zwyrodnienie, natychmiast przywróconą zostają możność odbudowania się anatomicznego i czynnościowego. Przy wiałdzie rdzenia kręgowego, który jest chorobą ciągle naprzód postępującą, możemy tylko w rzadach zupełnie wyjątkowych przypuścić iż usunięta została działająca tak szkodliwie [nawiasem mówiąc nie-

znana] przyczyna. Należy więc sądzić, że zachowanie się nerwów obwodowych pod względem anatomicznym i czynnościowym zależy tu również od wyniku walki pomiędzy niezłą przyczyną a właściwą nerwom własnością odradzania się.

Wyżej wypowiedzianą myśl tłumaczy nam ze strony formalnej znaczenie niektórych osobliwości objawów wiądną rdzenia, przedewszystkiem zaś przejściowo istnienie niektórych z tych objawów i brak zgodności w wynikach badań anatomicznych nad nerwami obwodowymi w oddzielnych przypadkach. Otrzymano na tej ostatniej drodze wyniki są zastanawiające sprzeczne z tem, co wiemy o typowym obrazie zmian anatomicznych w rdzeniu kręgowym. Mamy tu na myśli zwyrodnienie pęczków tylnych i rogów tylnych. Sprzeczność tę łatwo zrozumiejemy, jeżeli uwzględnimy brak zdolności odradzania się włókien części środkowej układu nerwowego, stwierdzić zaś ten brak zdolności odradzania się udało mi się przed kilku laty doświadczalnie.

Nielakaję mocno szczypekami nerw obwodowy, otrzymujemy w odpowiedniej części obwodowej zupełne zwyrodnienie włókien nerwowych. Po krótkim jednak czasie, według LIEBERMANN'a po 16-tu dniach, zaczyna się odradzanie się tych nerwów, prowadzące w rezultacie do zupełnej ich restytucyi. Tego rodzaju opornącyę pająnność bardzo dobrze. Otóż ja stosowałem ucisk mocny u całego ich szeregu na kilka korzonków rdzenia kręgowego i trzymałem je następnie czas jakiś, do roku, aby zbadać, jakie zachodzą po tej opornącyę zmiany w samym rdzeniu i w zguszczonej tylnych korzonkach. Okazało się że podobne mieszkanie miało ten sam skutek, co przecięcie tylnych korzeni, mianowicie, wywoływało ono zwyrodnienie części środkowej pniażdzonych korzeni i odpowiednich części rogów i pęczków tylnych. Po pewnym czasie następowało odrodzenie się tylnych korzeni, stwierdzone makroskopowo i pod drobnowidzem. Przeciwnie, w rogach i pęczkach tylnych nie ma, nawet po roku, ani śladu regeneracyi, pomimo, że przecięcie z odrodzeniem się korzeni tylnych przywrócony został związek z środkami odżywcosemi, a przez to samo warunki odrodzenia stały się jaknajlepszymi.

Widzimy więc, że nawet przy najlepszych warunkach, zwyrodnione w rogach i pęczkach tylnych włókno nerwowe nie powraca do normy. Okoliczność ta tłumaczy nam właśnie, dlaczego przy wiądną rdzenia kręgowego znajdujemy tak stale zwyrodnienie pęczków tylnych; przyczyna chorobotwórcza ma szczególne powinowactwo do czuciowych włókien nerwowych, a przez to samo do tylnych korzeni i do ich ciągu dalszego w rdzeniu kręgowym. Gdy raz ten ostat-

tu, t. j. pęczki tylne, zostają zwyrodnione, odbudowanie jego nie następuje nigdy. Ztąd ślad tej sprawy nie może zniknąć tak, jak to ma miejsce w nerwach obwodowych.

Wyłącznie zwyrodnienie pęczków tylnych należy do rzadkości. Gdy wjad rdzenia trwa nieco dłużej, (a więc na trupie zwykle) znaleźć można, obok zmian w pęczkach tylnych, zwyrodnienie i innych części substancji białej, przedewszystkiem pęczków bocznych. Mogą również powstać zmiany w pęczkach przednich. Stosunkowo często znajdujemy zwyrodnienia w okolicy jąder nerwów opuszkowych, w jądrach nerwu trójdzielnego i błędnego. Te ostatnie mają anatomiczną wartość nerwów, pochodzących z rdzenia kręgowego, a przebiegających w mózgowiu. Można je więc rozpatrywać, jako twory, niejako odpowiadające pęczkom tylnym rdzenia kręgowego. W korze mózgowia Jendrassik powykrywał ostatnimi czasy również wadno zmiany. Mówię tu o zmianach włókien powierzchniowych, łączących komórki zwojowo ze sobą w pojedynczych zwojach mózgowych, a przedewszystkiem w zwojach prostych i zwojach wrapy.

Nie mogę również zaniedbać o tak często przy wjadzie znajdowanych zwyrodnieniach w nerwach wzrokowych, jak również o chronicznych zapaleniach opon w czwartej komórce i o stosunkowo częstym zapaleniu przewlekłym opon rdzenia kręgowego.

Każda z przytoczonych zmian anatomicznych przejawia się klinicznie. Niżej zobaczycie Panowie jak ich różnorodność odzwierciedla się w wielorakości objawów wjadu rdzenia kręgowego, pomimo iż będę mówił tylko o pewnej ich części, a mianowicie o tej, którą widzujemy w początkowych okresach omawianej choroby.

Porządek, w jakim zamierzam wyłożyć objawy początkowo wjadu rdzenia kręgowego, jest dowolny. Odpowiada on po części umiejscowieniu anatomicznemu, po części zaś istocie funkcjonalnej w mowie będących zaburzeń.

Zaczynam od tych stosunkowo rzadko spostrzeganych objawów, które można by nazwać objawami mózgowymi wjadu. Do nich należą: zemdlonie, zawroty głowy, napady podobne do apoplektycznych a następnymi objawami ogniskowymi lub bez nich i napady podobne do epileptycznych. Wszystkie te objawy mogą poprzedzać rozwinięcie się typowego endokształtu objawów wjadu.

Zemdlonie towarzyszą zwykle objawy: choremu robi się ciemno przed oczami, staje się on nie zupełnie przytomnym, może nawet zupełnie stracić przytomność na czas krótki, doznaje uczucia zupełnego bezwładu mięśniowego, staje się śmiertelnie białym, potem następują obfite poty. Podobne objawy, spowodowane u osłabika nerwowego jakimś przyczynnym wewnętrzznym, nie stanowią nie

zwykłego. Jeżeli jednak występują one u osobnika zupełnie zdrowego, bez żadnej przypuszczalnej przyczyny zewnętrznej, wtedy zasługują najzupełniej na naszą uwagę. Przy dokładnym badaniu podobnych chorych, może się zdarzyć przypuszczenie o początkach władu. Pamiętam dobrze pewnego pana, któremu nieśmiałem kiedyś pomóc, gdy siedział w mojej obecności, i którego w kilka dni potem musiałem uznać za tabetyka.

Jednakże szedlenia zdarzają się rzadziej, niż zawroty głowy. Wielu chorych mówiło mi, że miewali kilkakrotnie napady zawrotu głowy tak silno, że muszały one ich do zatrzymania się lub siadania. Wszystko to przy zupełnie jeszcze normalnej sprawności czynnościowej organów. W bogatej kasuistyce FOURNIER'a znajdujemy kilka bardzo porażających tego rodzaju przypadków.

Nie zawsze jednak mają objawy mózgowo początkowego władu taki przejściowy charakter. Bywają czasami napady, zupełnie zaskakujące na nazwę podobnych do apoplektycznych, mianowicie zdarza się w początkowych okresach władu nagle zupełna utrata przytomności, występująca przy objawach apopleksyi i trwająca kilka godzin, albo i dłużej. Podobno napady mogą się nawet powtarzać. Pierwszą przechodzącą nam do głowy w takich razach myślą byłoby, naturalnie, przypuszczenie o rozwijaniu się jakiegoś ogniskowego cierpienia mózgowia. Dopiero dokładniejszo badanie lub obserwacyja chorego dają możność postawienia rozpoznania, *resp.* stwierdzenia rozwoju władu rdzenia.

Niedość na tem, zdarzają się czasami napady, zostawiające po sobie objawy ogniskowe. Należą do nich, np., zupełne porażenie połowiczne, po pewnym czasie przechodzące bez śladu, czasowa utrata mowy a prawostronnem porażaniem połowicznem lub bez niego. Bardzo ważne tego rodzaju przypadki opisali BERNHARDT, LACROIX, F. MULLER i FOURNIER. Pozostało po takich napadach pseudo-apoplektycznych porażenia są zwykle niezupełne, czasami zaledwie wyrażone, trwają kilka dni i znikają bez śladu.

Napady, podobno do epileptycznych, mogą również zdarzać się, w początkowych okresach władu (BRILLMANN). Zwykle miewa miejsce jeden napad; czasami jednak bywa ich kilka i znikają one następnie bez śladu, chociaż wład rdzenia wciąż naprzód postępuje.

Po opisie tych napadów należałoby podać objaśnienie, jak tłumaczymy sobie powstawanie ich w przebiegu władu rdzenia. Dodam tu jednak, że zdarzają się one nie tylko w początkowych jego okresach. Widywałem napady, podobno do apoplektycznych, w niektórych przypadkach daleko posuniętego władu rdzenia kręgowego.

Pierwszą myślą, jaka się nam nasuwa, jest ta, czy nie mamy tu czasem do czynienia z kombinacją władu z porażeniem, czyli bezwładem postępującym, który jest mu zarówno co do swojej etjologii, jak i pod względem objawów pokrewny. Rzeczywiście czasami zdarza się to przypadkowo. Ale moje doświadczenie pokazało mi, że w takich razach chorey nosi na sobie, że tak powiem, piętno bezwładu postępującego. Zdaniem mojem istnieją przypadki czystego władu rdzenia ze wspomnianemi objawami ze strony mózgowia. Widywałem chorych w ciągu wielu lat po takich napadach, bez śladu objawów bezwładu postępującego. Toż samo potwierdzają inni autorowie. DEBOVE widział nawet pewnego chorego w 17 lat po napadzie przeciwnego prawostronnego porażenia i utraty mowy, a jednak nie mógł stwierdzić objawów żadnej innej choroby, oprócz władu rdzenia.

Następnie możnaby pomysleć o kombinacji władu z cierpieniami ogniskowemi mózgowia. Jednakże przeciwko temu mówią: stała krótkotrwałość objawów, zniknięcie ich bez śladów i badania anatomopatologiczne, które dotąd nie wykazało nigdy podobnego ogniska. W każdym razie zebrany dotychczas materiał jest jeszcze samy. Nie mogę nadto nie zwrócić uwagi na wyjąk przytoczone badania nad korą mózgową w władzie. Jest rzeczą bardzo możliwą, że prowadząc te badania dalej, znajdziemy w nich rozwiązanie zagadki, dotychczas jeszcze nieopiętej.

Zanim skoncuję szkicowanie tego jeszcze niedostatecznie zbadanego szeregu objawów i przejdę do następnego, zaznaczę dobrze ze strony zarówno anatomicznej jak i klinicznej, zwrócić jeszcze uwagę na to, że u niektórych moich chorych, grały w anamnezie ważną rolę napady migreny. Widziałem, mianowicie, pewnego męczyznę, bez przymiotu w anamnezie, neuropatę, który zaczął od 35-go roku życia mieć napady migreny. Po kilkolatniem trwaniu ich, wystąpiły wyraźnie objawy władu rdzenia, pomiędzy którymi grały wybitną rolę napady szalkkowe. Następnie niedawno obserwowałem w swojej klinice pewną 33-letnią kobietę z obustronnym zanikiem nerwu warokowego, z typowemi bólami strzałającymi, z uczuciem opasania, z objawem WESTPHALA, słowem niewątpliwie chorą na wład rdzenia, która przymiotu nie przechodziła, a jednak opowiadała, że przed 2½ laty miała co miesiąc przed peryjodem tak straszno kilkudniowe bóle głowy, którym towarzyszyły wymioty, iż myślała, że dostanie pomięszania kmyśłów. Dopiero w 1½ roku potem, dostała pierwszych bólów strzałających, później zaś wystąpiły zaburzenia wó wroku i uczucie opasania.

Nie przypisywałbym tym pojedynczym apostrophenom takiego znaczenia, gdyby DECHENNE, PIERRE i BRUCH, nie komunikowali

już szereg podobnego. ORREXNIKIM zaznacza tego rodzaju objawy u kobiet i mówi o stopniowem przejściu migrony w uspadę żołądkową, co miało również miejsce i w moim przypadku.

Przechodzę do roli, jaką grają objawy ze strony wyższych organów wzroku w początkowych okresach wjadu rdzenia. Zwróć tu przedewszystkiem uwagę na ten zupełnie niewyleczalny objaw ze strony oka, który nazywamy postępującym zanikiem wjadowym nerwu wzrokowego. Ze strony anatomicznej jest to postępujące zwyrodnienie włókien nerwu wzrokowego bez poprzedzającego go zapalenia; klinicznie zaś choroba ta, przejawiająca się obiektywnie ananym obrazem oftalmoskopowym, zwraca szczególną naszą uwagę dlatego, że występuje dość często jako jeden z najpierwszych objawów wjadu rdzenia. Słepota, wywołana przez zwyrodnienie nerwu wzrokowego, może o lata całe, o dziesiątki nawet lat poprzedzać wystąpienie wjadu rdzenia. Widziałam sam wystąpienie tego objawu o lat 7 wcześniej od innych, CHANCOY mówi o 10-ciu latach, GOWERS zaś nawet o 30-tu. Są to jednak przypadki wyjątkowe. W każdym razie nie uloga wątpliwości, że objaw ten może wystąpić o wiele lat wcześniej niż objaw WESTPHALA i wogóle wtedy, kiedy inne objawy wjadu nie zwracają wcale uwagi ani chorego, ani nawet lekarza, jeżeli nie ma jej specjalnie w tym kierunku zastrzeżonej.

Nie chcąc być rozwickłym, nie będę tu opisywał szczegółowo pojedynczych objawów, wywoływanych przez zanik nerwu wzrokowego. Zaznaczę tu jednak punkty najważniejsze, które mogą już bardzo wczesnie zwrócić naszą szczególną uwagę.

Przedewszystkiem ansluguje na uwagę niejednakowy przebieg choroby po obu stronach. Zwykle zaburzenia w widzeniu następują w obu oczach wkrótce po sobie. Jednakże LESZU widział wystąpienie zmian w jednem oku o cztery lata później, niż w drugiem. W późniejszych okresach różnica w zaburzeniach wzroku jest stałą, tak, że jedno oko nie widzi już nic, podczas gdy drugie funkcjonuje jeszcze niezłe, podtrzymując w godnym posłowania chorymy słudne nadzieje. Niejednakowy stopień cierpienia obu oczu jest bardzo ważnym dla odróżnienia tego cierpienia od tak zwanej amblyopii intoksykacyjnej, występującej czasami równocześnie z objawami nerwowymi, a przez to łatwo nasuwającej podejrzenie o wjadzie. Proszę pomyśleć tylko o przebiegu omawianego cierpienia przy zatruciu wysokiem. Obie strony cierpią tu zupełnie jednakowo, co niedawno potwierdził URTHOFF, gdy tymczasem przy wjadzie rdzenia jedno oko wyprzedza drugie. Z początku chory widzi niedobrze tylko na odległości dość znacznej, zbliżka zaś czyta nawet drobne pismo. Uprzedzam Panów, abyście nie brali tego za astenopiję. Gdyby-

ściło tylko trochę się wahali, zostalmooskopujecie chorego, a znajdziecie nawet w początkowych okresach tej choroby znaczny już zanik brodawki nerwu wzrokowego. Przy amblyopjach intoksykacyjnych mamy przeciwnie, przez czas dłuższy, normalny obraz dna oka. Tę również drogą odróżniamy cierpienie nerwu wzrokowego przy stwardnieniu wiolooogniskowem rossianom i przy zapaleniu nerwu pozagalkowem (*retrobulbar*). W ostatnim razie widzimy jeszcze przekrwienie i lekki obrzęk brodawki i nie czysto biały, loca jueno-śdłty odciön jej. Zawdzięczamy Urtuorw'owi specjalną dopiero co ogłoszoną o tem pracę.

Obok stopniowego osłabienia wzroku, zasługuje na uwagę zdarzająca się często, choć nie zawsze, niezdolność odróżniania barw. Z początku chorey nie odróżnia koloru czerwonego od zielonego, potem zaś nie rozróżnia żadnych wogóło barw. Następnio zdarzają się dość często pewne braki w polu widzenia, występujące zazwyczaj w początku od strony skroniowej. Brakujące części mają kształt wycinków, czasami zaś, jak to sam widziałem, zupełnie nieprawidłowy. Chorzy uważni wiedzą sami o czarnej plamie w swoim polu widzenia i opowiadają o niej.

Wepominiany objaw rozwija się powoli, siła zaś wzroku środkowa zmniejsza się odrzku bardzo znacznie. Pozostala z tego powodu amblyopia stanowi, dzięki temu, tylko krótkotrwały okres przejściowy do zupełnego zaniowidzenia.

Przytoczony przebieg zaburzeń wzroku jest najczęstszym przy wiedzio rdzenia. Zdarza się jednak zupełny brak postępującego zmniejszenia się pola widzenia, pomimo oraz znacznioj słabnącego wzroku. Opisywano również i tego rodzaju przypadki, z których jeden widziałem przed niedawnymi czasami, że siła wzroku prawie wcale nie słabnie, zdolność odróżniania barw jeszcze czas dłuższy istnieje, pole zaś widzenia jest już bardzo waznie znacnie zućiesnione. Slepota centralna zupełna, przy stosunkowo, albo zupełnie dobrze zachowanej funkcji części obwodowych siatkówki, należy do bardzo rzadkich przy wiedzio objawów. To samo można powiedzieć o skotomie barwowej. Przeciwnie, przy amblyopii, wywołanej zatruciem i zapaleniem nerwu wzrokowego pozagalkowem, rzeczy to należą do zwykłych. Mamy więc nowy punkt dla rozpoznania różniczkowego. Dla ułatwienia tego ostatniego zaznamy tu jeszcze dwa fakty: powolny bardzo początek i przebieg zaburzeń w widzeniu i postępujący ich przebieg, prowadzący do zupełnego zaniowidzenia, mówią przeciwko cierpieniom, zależnym od zapalenia nerwu. Te ostatnie bowiem dają objawy nagłego znacznego ograniczenia pola widzenia, które kończy się rzadko tak niepomysłnie i bywa zwykle jednostronnem.

Tu samo uwagi stosują się do zaburzeń we wzroku przy rozszianem wielogniskowem stwardnieniu.

Długi czas myślało, że w postępowym przebiegu zaniku nerwu wzrokowego nie bywa nigdy wyjątków. Obecnie jednak okazuje się, że czasami sprawa chorobowa zatrzymuje się. Dopiero niedawno miałem sposobność widzenia tak niespodziewanie przyjemnego zwrotu rzeczy. Pozwólę sobie przytoczyć ten przypadek, gdyż tłumaczy nam on niektóre ciekawe kwestyje.

Pewien 33-letni mężczyzna zachorował w r. 1874 na przymiot. Przeszedł kuracyje ręciową i nie miał od tego czasu żadnych objawów tej choroby. Już w r. 1874 zauważono u niego różnicę w zronienach; chory skarżył się nadto na częste drętwienie nóg, które mu jednak mało dokuczalo. W r. 1877 chory zauważył pewną niepewność w chodzeniu i utrudnione oddawanie moczu. W r. 1878 rozwinęła się niemoc płciowa; w r. 1879 dostał nagło bez żadnej przyczyny silnego zawrotu głowy, który się w następnym roku powtórzył w słabszym stopniu. Na wiosnę tego samego roku rozwinęło się porażenie nerwu rozognego (*abducens*), wskutek czego chory skarżył się na podwójne widzenie w ciągu trzech tygodni. Jesienią tegoż roku objaw ten powrócił aby, zniknął bezpowrotnie latem r. 1881-go. W roku 1883-im chory dostaje ciężkich objawów dyspnoicznych i coraz cięższych bólów strzelających. W roku 1884-ym rozwija się bardzo silny popęd płciowy; chory epolkuje po 1—2 razy dziennie. Drętwienie prawej kończyny dolnej staje się coraz większem. Nagło występuje zupełne porażenie jej, ustępujące po 8 dniach. W tym samym roku chory zauważył znaczne osłabienie siły widzenia na lewem oku. Okulista stwierdził zanik nerwu wzrokowego. W r. 1885 słabnie naraż siła wzroku w prawem oku. Już w r. 1886-ym chory odróżnia lewem okiem tylko ciemność od światła, prawem zaś widzi tylko duże litery i poznaje tylko niebieski kolor. Równocześnie występują bóle reumatyczne, co 2—3 miesiące bóle strzelające; rozwija się niemoc płciowa; chory chodzi coraz gorzej; parostazyje w obu kończynach dolnych, w okolicy nerwu łokciowego prawej kończyny górnej stają się bardzo silnymi; występują wreszcie objawy WESTRUALA.

Dotąd więc widzimy ciągle postępowanie naprzód choroby przez wszystkich neuropatologów, którzy chorego widzieli, przyjętej za wład rdzenia kręgowego. Jednakże od r. 1887-go choroba nie postępuje naprzód. Występują nawet w pewnych kierunkach widoczna poprawa.

Bóle reumatyczne i strzelające i parostazyje zdarzają się teraz rzadko [w r. 1888 dwa razy, w 1889 raz tylko]; chory nie męczy się prędko; zaburzenia w oddawaniu moczu zmniejszały się; sprawność

pleciowa istnieje; chorey może nawet tańczyć, alizgad się i t. p. Dopiero w r. 1889-ym, udało się lekarzowi stwierdzić brak odruchu kolanowego.

Badanie zdrowo wyglądającego i dobrze odżywianego osobnika wykazuje w owym czasie tylko ślady ataksyi, na prawej nodze brak odruchu kolanowego w prawej kończynie dolnej i obecność jego, obną w bardzo słabym stopniu z lewej strony, dającą się wykryć tylko za pomocą metody JENKRASSIK'A. Chorey chwycie się przy zamkniętych oczach tylko wtedy, kiedy stoi na jednej nodze. Zaburzeń odcuciowych wykazać nie można. Chorey oddaje dobrze mocz. Lewa zrenica jest wązka, prawa średniej wielkości. Obie nie reagują na światło. Zwężenie przy akomodacyi i konwergencyi ze strony prawej bardzo wyraźnie, ze strony lewej słabe, lecz dającą się stwierdzić. Badanie oftalmoskopowe wykazuje zanik brodawki nerwu wzrokowego. Chorey rozróżnia łowem okiem z trudnością palec, trzymane blisko, prawem poznaje bardzo wielkie litery. Chorey jednak nieźle oryjontuje się co do przestrzeni. Co się tyczy barw, chorey nie poznaje teraz tylko kolorem sielenego. Chorey sum powiada, że w ciągu ostatnich lat trzech zanwałł kilkakrotnie znaczną poprawę lub pogorszenie siły widzenia. Chorey uważa siebie za zdrowiejącego, ma on jednak specjalnie powody do przedstawiania swojego stanu w lepszym świetle, niż to jest istotnie. Jest jednak rzeczą pewną, że mamy tu do czynienia z utrzymaniem się od lat trzech sprawy chorobowej, istniejącej w oczach od lat siedmiu.

Byłoby rzeczą nadzwyczaj ważną ze strony praktycznej, gdybyśmy tę ogólną poprawę mogli przypisać jakiejś określonej metodzie leczniczej. Niestety, historia choroby nie dostarcza nam odpowiednich danych, gdyż chorey, pojmując całą grozę swego położenia, poddawał się wszelkiemu możliwemu leczeniu. Kuracyja rtęciowa, jodowa, lapisowa, hydropatyczna, głodowa, napotna, strychnina, przypalania, galwanizacyja, faradyzacyja, wreszcie zawieszanie — wszystko to było stosowane. Chorey uważa, że najdonalniej wpływał na niego azotan srebra oraz kuracyja hydropatyczna, najmniej zaś — zawieszanie.

Przytoczony, być może za obszernie, przypadek nie jest jedynym. Kilku poważnych badaczy widziało długotrwałe zatrzymanie się przy wiandzie rżenia sprawy zanikowej nerwu wzrokowego. Notowane też były polepszenia.

W końcu tego rozdziału pozwolcie, Szanowni Panowie, zwrócić Waszą uwagę na to, w jaki sposób można bez pomocy perimetru oryjontować się w obszarze pola widzenia chorego. Zakrywamy chorremu jedno oko, katemy mu patrzeć na odpowiednio swoje oko, umie-

szezono możliwie dokładnie naprzeciwko jego oka i prowadzimy palcem w rozmaitych kierunkach swego, jak przypuszczam, normalnego pola widzenia. Jeżeli zdanie nasze nie jest zgodne ze zdaniem chorego, który później zaczyna resp. przestaje widzieć palec, otrzymujemy dość dokładne wiadomości o polu widzenia naszego pacjenta. Dla osób z osłabioną siłą wzroku lub nieuważnych trzeba wykonywać palecem zupełnie małe poruszenia.

Podobnie, jak w nerwie wzrokowym, mogą wczesne objawy wiądu uwidaczniać się w nerwie węchowym i słuchowym. Zdarza się to jednak znacznie rzadziej.

Co do zaburzeń w nerwie węchowym, to nie mam własnego doświadczenia. Przytoczę więc spostrzeżenie ALTHAUSA'na z Londynu. Tytuł się ono 48-letniego mężczyzny, który przez pewien przedział czasu ciągle czuł zapach fosforu. Po pewnym czasie rozwinęła się długotrwała niedokrwistość, później zaś wystąpiły objawy rozwijającego się wiądu rdzenia kręgowego.

Chętniej zdarzają się zaburzenia ze strony nerwu słuchowego, mianowicie, uczucie szumu w uszach, występujące bez wykazania się dającego cierpienia uchu wewnętrznego. Najlepiej zilustruje to Wam następująca historia choroby.

W r. 1885 zasięgał mojej porady pewien 40-letni oficer, skarżąc się na niedający mu spau, już od pięciu miesięcy istniejący szum w uszach, umiejscawiany przez niego w tylnej części głowy. Specjalista od chorób usznych nie znalazł w uszach nic osobliwego. Chory słyszy dobrze. Co do szumu, to określa go, jako głośno warczenie, po którym następuje ciły świat, podobny do takiego, jaki słyszymy w kominku przy silnym wietrze. Blizsze badanie wykazuje brak odruchu kolunowego, prawostronne opadanie powieki, początek atakcji, na dolnych kończynach wyraźne zaburzenia uczuciowe, przeważnie niedokładne pojęcie o położeniu, nieśgodność uczucia bólu i dotyku i parastezyje. Chory miał się jednak za zupełnie zdrowego i pełnił swoje obowiązki służbowe. Po kuracji w Nauheim i po użyciu azotanu srebra podmiotowe uczucie szumu w uszach znikło zupełnie. Słuch pozostał nadal dobrym. Wystąpiły jednak dalsze objawy wiądu — przedewszystkiem odruchowa nieporęczalność zrenie, której przedtem zupełnie nie było.

Występujące w podobnych przypadkach, podmiotowe uczucia szumu w uszach, mogą być rozmaite. Zauważył jednak chory mówi, że są one głośnie. Mogą one zniknąć, bez nastąpienia głuchoty. Widziałem to już dwa razy.

Drugim objawem ze strony uszu może być coraz większe osłabienie słuchu, prowadzące wreszcie do głuchoty. Chorzy mogą za-

pełnio ogłuchając na oba uszy, zanim wystąpią inne objawy władu rdzenia. Do tego mogą się dołączyć zawroty głowy, przez co otrzymujemy obraz chorobowy, podobny do całości kształtu objawów choroby MENIÉRA. Zdaje mi się jednak, że przynajmniej w początku władu, nie mamy nigdy do czynienia z tak okropnymi zawrotami głowy, jakie widzimy przy chorobie MENIÉRA.

Muszę wreszcie wspomnieć o niedawno przez MARINA zakomunikowanej nadżeczności nerwu słuchowego na prąd galwaniczny, zdarzającej się w przebiegu władu rdzenia. Dr. POLLAK sprawdza obecnie tę wiadomość w mojej klinice.

Anatomiczne badania głuchoty przy władzie były, o ile jest mi wiadomem, przedsięwzięte dwa razy: przez STRUMPELLA i przez OPPENHEIM'a. Pierwszy z nich znalazł zapalenie nerwu słuchowego zwyrodniające, drugi zaś zwyrodnienie tak zwanego głębokiego korzonka nerwu słuchowego w jego przebiegu śródmozgowym.

Przechodzę obecnie do objawów, które, obok bólów strzelających i braku odruchu kolanowego, należą do najeźsztatych. Mam tu na myśli zaburzenia narządu okoruchowego, zarówno zewnętrznego, jak i wewnętrznego.

Porażenia zewnętrznych mięśni ocznych zaliczamy do zaburzeń, które przy władzie rdzenia kręgowego bardzo często się zdarzają. Najlepiej świadczą o tem dane statystyczne GAŁĘZOWSKIEGO, który, badając 600 przypadków zaniku nerwu wzrokowego przy władzie, widział w 2/3 z pomiędzy nich porażenia mięśni ocznych.

Porażenia te wywołują nagło widzenie podwójne. Przychodzący do nas chorzy mówią nam o tem i o zawrotach głowy, w ostatnich trzymając w sposób odpowiedni każdemu porażeniu. Może to mieć miejsce w każdym okresie władu rdzenia. Jeżeli zbierać wszystkie przypadki władu bez względu na ich okres, otrzymamy największą ilość porażenia nerwu okoruchowego. Zwykle bywa porażony jeden albo kilka odpowiednich mięśni. Całkowite porażenie nerwu okoruchowego należy do rzadkości i mieści w każdym razie miejsce tylko w późniejszych okresach choroby. Jeżeli zaś będziemy przyjmować pod uwagę tylko wczesne okresy władu, wtedy, na zasadzie własnego doświadczenia, zmuszony będę uznać za najeźsztatze porażenia nerwu osoczego, po nim zaś — opalenie górnej powieki. Najrzadziej zdarzają się porażenia nerwu blokowego i dopiero w najpóźniejszych okresach porażenia ruchów oka współzależnych (asocjacyjnych), mianowicie też konwergencyi. LANDOLT i WATTVILLE zwrócili na to pierwsi uwagę, a ja widziałem to niedawno w mojej klinice.

Dla porażenia mięśni ocznych przy władzie charakterystycznym jest ich znikanie. Czasami trwają one zaledwie kilka godzin, zwykle

aż kilka dni lub tygodni; mogą jednak nawet po kilku miesiącach, a nawet latach zniknąć bez śladu. Przeciwnie, w późnych już okrośach wiądu zdarzają się stale porażenia mięśni ocznych.

Następnie porażenia mięśni ocznych przy wiądzie rdzenia cechują się swoją obustronnością, ale nie symetrycznością. Nagle powstałe porażenia obustronnie nerwów rozbieżnych (*abducens*) nie należy wcale przy wiądzie do rzadkości. Zdaniem mojem, u wszystkich osobników, pozornie zdrowych, dostających nagłe porażenia mięśni ocznych, należy szukać innych objawów początkowego wiądu, o ile naturalnie, dają się wykluczyć trauma, apoplekcyjja, inne objawy mózgowe i moczówka cukrowa i zwykła. Tylko w takim razie będziemy znali prawdziwo znaczenie wielu tak zwanych reumatycznych porażen mięśni ocznych.

Z pomiędzy porażen mięśni wewnątrznych oka, wspomnę przedewszystkiem o nagłe występującej dalokowzroczności, zwykle jednostronnej, na którą zwrócił uwagę przedewszystkiem F. MÜLLER. Tego rodzaju porażenie ukomodałoby powinno zwracać zawsze naszą uwagę i nasunąć myśl o wiądzie, jeżeli występuje u stosunkowo młodego osobnika, który nie przechodził bliżej ani żadnych innych chorób zakazanych. Porażenia te mogą prędko przemijać. Czasami zdarzają się one, jako objaw częściowy, przy nagłe powstałym częściowym porażeniu nerwu okoruchowego lub przy *mydriasis*.

Co stanowi jednak podkład tych tak szczególnych porażen narządu okornicowego? Odpowiednio dane anatomiczne są uciężone; pozwalają one jednak na wyciągnięcie z nich następujących wniosków. Część porażen mięśni okoruchowych, mianowicie stałych, jest niewątpliwie pochodzenia jądrowego (*nuclearer Natur*), część zaś ich należy od zapalen swyradniających oddzielnych nerwów mięśni oka. Brak dotychczas badań anatomicznych, dotyczących świątłych, czasowych porażen. Można tu, z analogii z innymi nerwami ruchowemi, przypuścić lekki stopień sprawy zapalnej, swyradniającej w oddzielnych nawet gałązkach pewnych nerwów, albo też stawiać omawiany obraz kliniczny w związku z chronicznem *epandymitis* na dnie czwartej komórki. Poszukiwania bowiem anatomiczne nad powym przypadkiem wiądu z daleko szerszą sprawą zapalną w *epandyma* czwartej komórki wykazały mi, że stoi ona w związku z niektórymi objawami wiądu. Można więc przypuszczać, że chociaż tego rodzaju zmiany wywołują czasowo zaburzenia czynności w okolicach, unerwianych przez nerwy ruchowe mięśni ocznych, leżące razem na dnie czwartej komórki i w wodociągu STYLWITZEA.

Spotykamy się tu po raz pierwszy z umiejscowieniem podwojnem, t. j. osrodkowem i obwodowem, zmian anatomicznych przy wiądzie rdzenia. Poniżej zotkniemy się z tego rodzaju faktem kilkakrotnie.

Ostatniemi czasami F. BRUGER opisał świecenie szpary oceannej przy władzie rdzenia, zupełnie podobnie do opadania górnej powieki przy cierpieniach nerwu współczulnego, t. j. powstające dzięki opadaniu tej ostatniej aż do górnego brzołu źrenicy. Autor opisuje ten objaw, jako częsty w dalszych okresach wządu, mówi jednak, że widział go 6 razy w okresach początkowych. To ostatnio mogę na zasadzie własnych epostrzeżeń potwierdzić. Widziałem ten objaw między innymi u trzech braci, z których jeden zachorował na ciężką psychozę, drugi na bezwład postępujący, a trzeci na wząd rdzenia, na wiele lat przed wybuchnięciem obrasni chorobowego.

W końcu tego rozdziału muszę omówić zбочenia w reakcyi źrenicy, które, jak to już zaznaczyłem, zajmują tak ważną rolę pomiędzy objawami wządu. Odróżniamy trzy rodzaje reakcyi źrenicy, z których każdy jest zupełnie samodzielny, gdyż może go brakować wtedy, kiedy inne dwa rodzaje istnieją zupełnie nienaruszone: 1) reakcyja na światło może być prosta i współczulna, co znaczy, że źrenica rozszerza się przy zasłonięciu oka, a zwęża się przy oświetleniu go, a uwalto zmienia się przy osłanianiu i oświetlaniu drugiego oka; 2) świecenie się źrenicy przy akomodacyi i konwergencyi; 3) rozszerzanie się źrenicy przy podrażnieniu czuciowem. Jest ono bardzo krótkotrwałe i daje się wywołać za pomocą drażnienia farmaceutycznego skóry w okolicy wyrostka sutkowego, na bocznych częściach szyi lub wreszcie za pomocą mocnego szczypania skóry szyi i twarzy.

Bardzo wczesnym objawem wządu rdzenia jest brak reakcyi źrenicy na światło, przy zachowanej zdolności świecenia się przy konwergencyi i akomodacyi. Słusznie nazywamy ten objaw ROBERTSON'OWSKIM, gdyż ARGYLL ROBERTSON opisał go pierwszy w roku 1869-ym. Nie przytaczam w lizbach jak często objaw ten napotykanymy. Zarzucam jednak z wielkim naciskiem, że objaw ten daje się wykazać pomiędzy najpierwszemi bardzo często. Zład też pochodzi wielkie bardzo znaczenie tego objawu, które stałe się jeszcze dobitniejszem od czasu, jak UTHOFF wykazał, że nie ma go u osób organicznie zdrowych. Tylko przy bezwładzie postępującym i alkoholizmie przewlekłym widujemy również ten objaw. Mamy jednak dość osób odróżniających te choroby od wządu.

Przy dłuższem trwaniu wządu rdzenia, objaw ROBERTSON'a traci na czystości. Najesamprzód dołącza się do niego brak reakcyi źrenicy na podrażnienia czuciowe. Zgadza się pod tym względem ze zdaniem ERB'a, że brak tych obu 'odczynów', idzie zawsze w parze. — W rzadkich stosunkowo przypadkach znika również świecenie się źrenicy przy konwergencyi i akomodacyi. Mamy więc obras zupełnej nieruchomości źrenicy.

Z innych anomalií zrenicy chciałbym na tem miejscu zaznaczyć nierówności ich i zniekształcenie, czasami występujące jako jeden z pierwszych objawów wiađu rdzenia. Zdáje mi się jednak, że zbieżenia te właściwie są początkom bezwładu postępującego, niż wiađu rdzenia kręgowego. Słynna *myosis tabetica*, t. j. zmniejszenie się zrenice do wielkości lepka od aspilki, obok zupełnego zaniku nerwu wzrokowego, zdarza się w początkach wiađu bardzo rzadko i należy do późniejszych objawów choroby.

Niewinną jest dotąd przyczyna objawu ROBERTSON'a. Posiadamy tylko dane njemne. Mianowicie, wiemy, że nie należy on ani od nerwu wzrokowego, ani od okoruchowego, ani wreszcie od jądra tego ostatniego. JA, OPPENHEIM i MKNDEL badaliśmy jądro nerwu okoruchowego przy braku odczynu zrenicy na światło i znaleźliśmy je zupełnie zdrowem, zawierającym tak zwane jądra WERTHEL'a. Wiadocznie więc przerwanie ciągłości łuku odruchowego następuje w tej jego części, która leży między szlakiem wzrokowym i ośrodkiem ruchowym dla tęcząki, znajdującym się w najbardziej od przodu leżącej części jądra nerwu okoruchowego. Było by to więc w ciałku kolankowatym wewnętrznem, w tylnem spoidle, albo też w zwoju rzemysłowym, (*Substantia*) jak tego dowodzą wyniki badań, dokonanych przez MKNDEL'a, po wycięciu tęcząki, na nowonarodzonych zwierzętach.

Rozpatrywałem dotąd przeważnie zaburzenia w urządzie waroku. Przechodzę obecnie do innych nerwów mózgowych, z których żadne nie pozostają zawsze niepokrzywionym w przebiegu, a nawet w początkach wiađu rdzenia kręgowego.

Objawy ze strony nerwów trójdzielnych, a mianowicie, bóle i braki czuciowe w miejscach ich rozgałęzienia, nie należą bynajmniej do rzadkich w początkowych nawet okresach wiađu [PINKERT]. Czasami występują tylko parestezyje na skórze twarzy, na błonie słuchowej uat, lub na jednej połowie języka. Zdarzają się jednak silne bóle, mające nawet charakter strzelających, czasami ściśle lokalizowanych. Jeżeli, np., ból będzie umiejscowiony w okolicy oka i wystąpi jednocześnie zanik nerwu wzrokowego, natenczas można przy powierzchownem tylko zbadaniu oka, całą sprawę przyjąć za glaukomat.

Zwężenie nerwu trójdzielnego należą również do objawów, spotykanych w początkowych okresach wiađu. Przed kilku laty widywałem pewnego 41 letniego mężczyanę, który narzekał na często od lat kilka powtarzający się nerwoból prawego nerwu trójdzielnego. Ustając czasowo po zastosowaniu galwanizacji, ból powracał jednak zawsze, przyczem towarzyszyły mu przez silne parestezyje i utrata czucia. Przymiotów osobnik nie przechodził. Czuł się o tyle dobrze, że jeszcze

w czasie, kiedy do mnie przybył), robił wycieczki w góry. Przy bliższem badaniu, znalazłem częściowo znieczulenie okolicy prawego nerwu trójdzielnego, lewą stronę szerszą niż prawą, objaw ROBERTSON'a z obu stron, osłabienie mięśnia prostego wewnętrznego i nieznaczne opadnięcie górnej powieki z lewej strony, objaw WESTINGHAU'a i niepewność przy stanie na jednej nodze z zamkniętymi oczami. Wykryłem więc wiał rdzenia u osobnika, który skarżył się tylko na nerwoból nerwu trójdzielnego. Dopiero po bliższych wywiadach, chory opowiedział mi, że przed trzema laty miał silne bóle reumatyczne w nogach. Ostatnimi czasy zdarzały się również czasami rwące bóle w lewym ramieniu.

Przytoczony przykład dowodzi, że objawy ze strony nerwu trójdzielnego mogą mieć wielkie znaczenie w początkowych okresach wiału. Mianowicie, nerwobólu, którym towarzyszą parestezyje i znieczulenia, powinny zwracać na siebie naszą uwagę. Jeżeli w ostatecnie ich nie łączy wiał rdzenia, wskazują one zawsze na jakieś cierpienie wewnątrzmożogowo lub wewnątrzczaszkowe. We wczesnych okresach wiału mogą objawy ze strony nerwu trójdzielnego zanikać. Tak też było w przytoczonym przypadku, w którym w ciągu dwóch następujących lat zanikł z początku ból, a potem znieczulenie, podczas gdy inne objawy wiału pozostały niezmiennymi.

W późniejszych okresach wiału znieczulenia nerwu trójdzielnego stają się stałymi [ORRKENNAN]. Mogą się również przyłączyć objawy ze strony gałązki ruchowej nerwu. Wtedy wystąpić może zanik mięśni szczękowych. Ważnem jest również ograniczone znieczulenie skóry na okolo oka, przy wiałowym zaniku nerwu werokowego [GALEZOWSKI].

Podkładem anatomicznym dla opisanych objawów jest zwyrodnienie tuk szwanych korzonków wstępujących w rdzeniu przedłużonym, stwierdzono początkowo przez WESTINGHAU'a, a potem przez HAYEM'a FLICHTEN'a i ORRKENNAN'a. Zdarzają się jednak przypadki, w których stwierdzenie można tylko wysoki stopień zaniku części obwodowej nerwu trójdzielnego i zwoju GASSER'a. RAYMOND zra i ARTAUD opisali w jednym przypadku zanik jądra ruchowego nerwu trójdzielnego.

Nadmienię tu jeszcze o jednym objawie wiału, istniejącym obok znieczulenia nerwu trójdzielnego, mianowicie o wczesnem wypadaniu zębów. HALE WHITE zapracował temu, aby objaw ten należało przyłączyć do właściwych wiałowi; jednakże, według nowszych badań, musimy się zgodzić, że autor ten nie miał racji.

Zaburzenia w czynności nerwu twarzowego należą również do zdarzających się z pewnością, chociaż rzadko, w okresie począt-

kowym wiądnutem rdzenia. Jest to tem ważniejszem, że w tych razach chorzy nieraz radzą się lekarza. Mamy więc w tych przypadkach wystąpienie wiądnutem rdzenia jednocześnie z porażeniem nerwu twarzowego.

Odm opisanych przez FOURKINA i kilka innych przypadków, świadczą o tem, że idzie tu zwykle o lekkie porażenie nerwu twarzowego, trwające kilka dni lub tygodni. Zarówno górne, jak i dolno pnie nerwu twarzowego bywają w jednakowym stopniu porażone. Czasami jednak zdarza się, że porażenie obejmuje tylko dolno gałązki nerwu. Anatomicznie nie można wykazać żadnych zmian, co przy tak czukowych porażeniach łatwem jest do zrozumienia. Sądzą jednak z analogii z nerwami okoruchowemi, przypuszczając, że muszą tu zachodzić jakieś zmiany w jądrach nerwu twarzowego, lub w jego wewnątrzmożgowym przebiegu.

Daleko ważniejszym od udziału omówionych dotąd nerwów, jest udział w początkowych okresach wiądnutem rdzenia nerwu błędnego, przydatkowego i języko-gardzielowego. Mamy bowiem przy cierpieniu tych nerwów do czynienia z porażeniem krtani, a przez to z ciężkimi, nieraz niebezpiecznymi zaburzeniami w oddechaniu z zaburzeniami w polykaniu, z częstotą tętna i wzrostem z napadami, przypominającemi dusznicę piersiową.

Do najpierwszych należą objawy ze strony nerwu gardzielowego, a mianowicie, napady kaszlu, podobno, według słów chorych, do zwykłych tego rodzaju napadów, spowodowanych przez nieżyt krtani lub tchawicy, tembardziej, że często chorzy doznają przed napadem uczucia łechtania w krtani i w ogóle w drogach oddechowych. Szczególną jest tylko uporczywość kaszlu i nieskuteczność żadnych zabiegów leczniczych. Czasami kaszel przybiera charakter nerwowego, występującego napadami, a nawet krtusca. Przed kilku laty zapomniał mnie 40 letni osobnik, że na wieść dzieci jego chorowały na koklusz, dzięki czemu sarazil się od nich i nie może się od tego czasu pozbyć męczących napadów krtuscowych, występujących po dłuższych przerwach. Badanie wykryło obecność kilku objawów wiądnutem rdzenia, istniejących, jak się z wywiadów okazało, dość dawno. Osobnik ten przechodził przymiot.

Drugim rodzajem objawów ze strony nerwu krtaniowego są napady zaduszania się, rozpoczynające się nagle świątem widelchowym i przechodzące również nagle po kilku minutach. Chory zaczyna łatwiej oddechać i już jest po wszystkim. Napady te występują albo samodzielnie, albo przyłączają się do napadów kaszlu. Rozumie się, że są one dla życia niebezpieczne. Notowano dotąd kilka przypadków śmierci przy tego rodzaju napadach, w skutek spóźnio-

nej pomocy chirurgicznej. Pierwszy z pomiędzy nich opisał KULLER. W takim razie chory naraz staje spokojnie, potem pada nieprzytomny na ziemię, dostaje konwulajj i umiera przy wiańcu zwiększającej się sinicy.

Jako średnio ciężkie objawy, muszą tu zanotować nagłe powstające zaburzenia w głosie; chory dostaje naraz głosu falsetowego, chrypnie naraz, lub traci głos zupełnie. Zależy to od nagłe występujących mimiowolnych zmian w położeniu strun głosowych.

Wszystkie opisane zaburzenia krtańowe można już z góry przyjąć za nerwowe. Istotnie obraz laryngoskopowy pokazuje porażenie mięśni krtańowych. W rzadkich tylko przypadkach obraz laryngoskopowy bywa przy znaczniejszych zaburzeniach normalny. GAY wykazał, że w niektórych przypadkach początku wiańca można za pomocą laryngoskopu widzieć atakację w poruszaniu się strun. Ja i KRASZE widzieliśmy ten objaw, jako jeden z wielu, w przypadkach zupełnie już rozwiniętego wiańca. Porażenie strun bywa przytem jednostronne, albo obustronne. Dla wytłomaczenia napadów ciężkiej duszności ważnem jest pamiętać, że w początkowych okresach wiańca zdarzają się obustronne porażenia mięśni obręczkowo-nalówkowych tylnych. Pierwszy zwrócił na nie uwagę WITL, następnie zaś GERHARDT i RIKZEL. LUC opisał również przypadek porażenia mięśni rozszerzających głosnicę w początkowych okresach wiańca, w których brakowało odruchu kolanowego tylko z jednej strony.

Przy spokojnem zachowaniu się chorego zauważyć można zwykle lekkie świst przy oddechaniu. Napad występuje po pobudzeniu ruchowem albo psychicznem i zależy właśnie od osłabienia lub porażenia mięśni rozszerzających głosnicę. Rozszerzenie głosnicę zależy, w warunkach normalnych, od przosunięcia się strun na zewnątrz, uwarunkowanego skurczem mięśni obręczkowo-nalówkowych tylnych. Przytem działają naturalnie i mięśnie przeciwnie. Gdy unerwienie mięśni rozszerzających głosnicę jest osłabione lub nie istnieje, wrot występuje przewaga ze strony mięśni, zwężających głosnicę, więc zwężenie szpary głosowej; zjad ten powstaje duszność.

Wszystkie te porażenia krtańowe są niestale, szczególnie w okresach wczesnych wiańca. Przeciwnie, w późnych mogą one trwać długo, a nawet kombinować się z zanikami innych mięśni, np. kapturowego [MAKRUUS]. Zaburzenia w połknięciu, będące w okresach późniejszych przyczyną ciężkich objawów (*Schluckpneumonie*), nie zdarzają się właściwie w początkowych okresach wiańca. Przeciwnie, zdarzają się w tym czasie dość często napady dusznicy pierśsiowej w całej swojej pełni [silny ból w okolicy serca rozpromieniający się aż do lewego ramienia, zawroty głowy, omamienia].

Stosunkowo często i wczesnie [choć, według mego doświadczenia, nie pomiędzy najpóźszymi objawami] występuje zwięźszenie częstości tętna, tak często widywane w późniejszych okresach wiaǳu.

Anatomiczną podstawą wszystkich wspomnianych zaburzeń są, rozumie się, zmiany w 9-ej, 10-ej i 11-ej parze nerwów czaszkowych. Odpowiednie dość liczne badania wykazały zapalenie zwyrodniające pnia nerwa błędnego, zmiany w okolicy jąder omawianych nerwów na dnio czwartej komórki, albo wręczcie zwyrodnieniu tak zwanego korzonka wstępującego nerwa błędnego.

Nerw podjęzykowy może również czasami cierpieć w początkowych okresach wiaǳu. Widowano nawet kilkakrotnie połowiczny zanik języka, towarzyszący początkowym okresom wiaǳu. Widwany przezomnie zanik połowiczny języka nie miał datąd nic wspólnego z wiaǳem.

Szanowni Panowie! Widzieliście, że zaburzenia w czynności nerwów czaszkowych zajmują ważne stanowisko pomiędzy objawami początkowymi wiaǳu rdzenia kręgowego. Dlatego też opis ich zamieściłem na pierwszym miejscu.

Przystępuję oboenie do wyłożenia zaburzeń w czynności nerwów rdzeniowych. Gdybyśmy brali pod uwagę częstotść ich, musiałbym opisywać je na pierwszym miejscu. Nie zrobiłem tego jedynie z powodu, iż zaburzenia w czynności nerwów czaszkowych są mniej znane.

I tym razem również znaczny odopisu tych zaburzeń, które należą do rzadziej i niezwykłych, a więc przedewszystkiem od zaburzeń ostrych, zdarzających się czasami w początkowych już okresach wiaǳu rdzenia.

Na skórze widzimy czasami wyprysk opasujący, występujący po silnych nerwobolach. Cierpienie to uważane jest wogóle za norwowe, zależne bądź od zmian w zwajach grzbietowych, bądź od zapalenia nerwów. Uważam je zrosztą przy wiaǳie rdzenia za rzadkie.

Zasługuje również na uwagę *malum perforans pedis*, zdarzające się we wczesnych okresach wiaǳu. Z pomiędzy 14-u przypadków, widzianych przez DURLAY'a, 12 miało miejsce w początkowych okresach wiaǳu rdzenia, i było pierwszą jego oznaką. Tego rodzaju przypadek opisuje również BERNHARDT: *malum perforans* rozwinęło się na wiole lat przed wystąpieniem innych objawów wiaǳu. Punktem wyjścia owrzodzeniu bywa zwykle zgrubienie naskórka na przostreci wyprostnej lub stopowej jednego z palców nóg, zwykle wielkiego. Jest ono zwykle bardzo ostro odgraniczonym i ma skłonność do przenikania w głąb, przyzom może zostać otworzonym staw, a nawet cierpieć okołtna. Po wyloczeniu, okazuje się skłonność do powrotów tej sprawy. Od czasu badań DURLAY'a i MORAT'a, którzy znaleźli zmiany w odpowiednich nerwach, cała sprawa uważana

jest za neurotyczną. Klinicznym tego dowodem jest zdarzające się często, choć nie zawsze, znieczulenie skóry na okolo owrzodzenia.

Na kończynach górnych mogą się również zdarzać zaburzenia czucia w początkowych okresach tak zwanego władu szyjowego (*tuber cervicalis*). Tworzą się wtedy pęcherze lub owrzodzenia na palcach, występują rozmaite anomalije w tworach rogowych i t. p.

Według JUDA, należy zaburzenia naczyniornobowe i wydzielnicze skóry również uważać za zwiniony wład rdzenia, a mianowicie nadmierną jednostronną skłonność do pocenia się, przechodzącą w zupełny brak potu, lub uczucie zimna w jednej połowie ciała, któremu odpowiada rzeczywiste obniżenie ciepłoty po tej stronie o $0,8^{\circ}$ C. Ja sam nie widziałem tego rodzaju objawów, jako poprzedzających wład, przeciwnie zaś widziałem je na wiele lat przed wystąpieniem obrazu bezwładu postępującego.

Drugim miejscem, w którym znowidzą dość znacznie zmiany w okresach początkowych władu rdzenia, są stawy. Ciężkie odmiany tabetycznych cierpień stawów, opisanych początkowo przez BALL'a, CHARCOT'a, a następnie przez WESTPHAL'a, ROTTER'a, SONNENBURG'a i VINCOW'a dokładnie pod względem klinicznym i anatomicznym zbadanych, należy w początkowych okresach władu do rzadkości. Mają one jednak to do siebie, że przyciągają zupełnie uwagę lekarza, dzięki swojej naturze. Zdarza się też dlatego dość często, że przy tego rodzaju cierpieniach zostają przeoczone nawet bardzo wyraźne objawy władu rdzenia kręgowego. Z tego też powodu zatrzymam się na nich nieco dłużej.

Rozróżniamy postacie dobrotliwe i złosliwe cierpień stawu pochodzenia tabetycznego. Złosliwe prowadzą do prędkiego zniszczenia pownych części stawu, na przykład do utraty całej główki stawowej. Nie zdarzają się one nigdy w początkowych okresach władu i dlatego nie będę o nich więcej mówił. Przeciwnie, postacie dobrotliwe zdarzają się czasami między najpierwszemi objawami władu. Najczęściej zdarzają się cierpienia stawu kolanowego. Bywają jednak przypadki cierpienia wielu stawów. Mamy wtedy obraz kliniczny przypominający nam zapalenie stawów kłopotodubniające.

Zwrócę tu uwagę na cierpienie stawu kolanowego. Przychodząc do lekarza z nagło powstałym obrzękiem stawu, chory wskazuje zwykle na uraz, jako na przyczynę obrzęku. Znajdujemy przytem zwykle płyn w stawie, oraz obrzęk i nacięcenie na okolo niego. To ostatnie mogą być bardzo znaczne. Naprzykład, nacięcenie może zajmować całą okolice łydkową. Może ich jednak zupełnie nie być. Dotąd więc nie odróżnia się tego rodzaju artropatya niezem od cierpień stawu innego pochodzenia. Zwraca jednak szczególną uwagę

chorego, a więc tembardziej lekarza na myśl o wiądkie naprowadzić powinna, zupełna bezbolesność stawu. Chory nie mówi sam nic o bólu. Nie można też wywołać go nagniataniem. Cierpienie nie posuwa się naprzód tygodniami, a nawet miesiącami i zaczyna powoli zanikać, tak, że nie pozostawia po sobie nawet śladu. Dostę często zdarza się mniej pomyślnie zejście całej sprawy: następuje rozluźnienie stawu, występują trzęsawice i zniekształcenia kości, prowadzące do zaburzeń czynnościowych. Zanim jednak nastąpi znaczne zniekształcenie stawu, wiądk rdzenia posunie się znacznie naprzód, tak, że ciężkie cierpienie stawu widzimy już u wyraźnych tabetyków.

Jest rzeczą ważną wiedzieć, że cierpienia tabetyczne stawów mogą mieć zupełnie pomyślnie zejście. Uchrania nas to od namawiania chorego na zgodzenie się na czynną pomoc chirurgiczną. Ciekawym jest pod tym względem przypadek, obserwowany przeze mnie w Pradze u pewnego 45 letniego mężczyzny który sapisał się na mój oddział ze świeżą blizną postmputacyjną. Z wywiadów dowiedziałem się, że dwa lata temu spuchł mu naraż znacznie lewy staw łokciowy. Chirurgowie wypuścili mu z niego trochę krwawego płynu. Gdy jednak przez czas długi obrzęk na okolo stawu nie zanikał i pozostała przetoka nie goiła się, rozpoznano gruzlicę stawu i zrobiono mu amputację dolną ramienia. Już badanie stawu po uporaości wykazało jej zbyteczność. Ja zaś stwierdziłem u tego chorego wiądk rdzenia kręgowego. Przynajcie, Szanowni Panowie że spostrzeżenie to wykazuje dobitnie, jak wiatnom jest rozpoznanie cierpien tabetycznych stawów.

Widziano też w początkowych okresach wiądku wielokrotnie tak zwane samoistne złamania kości i pęknięcia ścięgien pod wpływem bardzo nieznaosnej siły. I tak **LOKWESELD** opisał w pewnym przypadku pęknięcie ścięgna mięśnia wyprostnego uda, a następnie samoistne złamanie rękpi. **ERN** i **HOFFMANN** opisali pęknięcie samoistne ścięgna **ACHILLEŚ'A**.

Co się tyczy podstawy anatomicznej tego rodzaju cierpien, to zauważono niejednokrotnie zmiany natury zwyrodniającej w odpowiednich nerwach. Czasami [niezawazo jednak] widywano zmiany i w przednich rogach odpowiednich części rdzenia kręgowego. We wspomnianym powyżej moim przypadku brak było na pewno tych zmian w przednich rogach. Jednakże te dane anatomiczne nie stwierdzają bynajmniej troficznej przyrody cierpien stawu. **ROTTKE** bowiem zwrócił uwagę, że, być może, znieczulenie głębszych części jest przyczyną cierpienia stawów, szczególnie zaś złaman i pęknięć ścięgien. Wszak ból jest stróżom zdrowia. Gdy go braknie, może

nieostrośno obchodzeniu się z odpowiednimi częściami ciała być przyczyną rozmaitych uszkodzeń.

Przechodzę do rozpatrzenia objawów ze strony trzew, przedwazyakiem zaś — ze strony żołądka.

Związaniami wianu rdzenia bywają często t. zw. niestrawności norwowe, o dziwnie uporczywym przebiegu. Rozmaite parostępyje w okolicy żołądka, uczucie napełnienia i ociężałości po obiedzie, zupełna utrata łaknienia, a nawet uczucia głodu, sły wyglął i wychudnięcie, składają się na całość tego obrazu. Następnie przychodzą napadami obfite wymioty wodnistymi massami na czczo, co przypomniał opisano przez LEYDEN'a poryjodyczno nerwico żołądkowe. Zwymiotowany płyn bywa zwykle zabarwiony na kolor solei, jest kwaśny i zawiera czasami dużo wolnego kwasu solnego. SAULI i M. ROSENTHAL wykazali, że podczas napadów wydziela się dużo soku żołądkowego, co ja niejednokrotnie stwierdziłem. Napady peryjodycznych wymiotów polegają na tom, że chorzy zrucają w ciągu kilku dni wszystko, co zjedzą. Bólów żołądka może przy tem nie być. Czasami jednak stanowią one powną część objawów, przez co napad staje przajęciowym na drodze do t. z. *crisis* gustrycznych.

Zanim jednak przejdę do opisu tych ostatnich, przytoczę przykład spostrzeganych przezomnie wymiotów peryjodycznych u pownego 40 letniego muzykanta.

Osobnik ten przechodził w 20-ym roku życia przymiot, prowadził życie nierogularno i nadużywał alkoholu. W roku 1882 rozpoczęły się napady wymiotów i bóle żołądka, po nadużyciu alkoholu powatające. Trwały one kilka do dziesięciu dni i przebiegały w sposób następujący. Po lekkich dreszczykach i kwaśnych odbijaniach następował silny ból w okolicy żołądka, do którego przyłączały się wymioty massami zabarwionemi soleią, bardzo kwaśnemi. Wymioty nie przynosiły choremu ulgi. Skłonność do nich pozostawała, bóle tak samo, tak, że chory wymiotował po 40 razy w ciągu 24 godzin. Wszystko przyjmowane, zarówno płynno jak i stało pokarmy zostawały natychmiast zrucane. Tego rodzaju napadów chory dostawał kilka do roku. Rzecz prosta, wyniszczały go one silnie. Dopiero trzy lata temu wystąpiły silno bóle strzałające i nerwobóle nerwu trójdziałnego. Bóle były najsilniejsze w stronie łokciowej przedramienia i ręki. Ostatnionii czasy chory zauważył niemoc pleciową.

Podczas jednego z takich napadów przyniesiono tego osobnika do szpitala. Wymiotował on w ciągu 24-eh godzin i zrucił razem około litra zielonkawo zabarwionego płynu, zawierającego 0,7 % kwasu solnego. Znaleźliśmy nadto rozcięć w formie zronie, nieod-

działywność ich na światło, przy zachowanym zwęzaniu się przy konwergencji i akkomodacji i przy zupełnym odczynieniu na ból. Zresztą oczy były zdrowe. Na wewnętrznej powierzchni tęczki znalazłem pewno miejsce prawie znieczulono. Innych objawów władu nie było. Jednakże postawiłem takie właśnie rozpoznanie, gdyż podobne napady żółdkowe mogą o wiele lat wyprzedzać inne objawy władu rdzenia, będąc niejako pierwszym a pomiędzy nich. Utworzyła mnie w tem zdaniu spostrzeżenie BOAS'a. W dodatku do wspomnianego artykułu LAKYDEN'a, znajdujemy historję choroby pewnego 80-letniego mężczyzny, który przybył na oddział z wymiotami, o których mówił, że zjawiają się peryjodycznie od lat sześciu i nie dają się niezmiernie powstrzymać. Objawów władu rdzenia nie znalaziono. Po dłuższym czasie chory wrócił do szpitala, i tym razem znaleziono brak odczynu zronicy na światło, różnicę w ich formie, objaw WESTPHAL'a, nadto chory uskarżał się na uczucie opuskania i na strzelające bóle.

Bóle żółdka bez wymiotów zdarzają się w rozmaitym stopniu — od zwyyczajnego kurezu aż do t. j. napadów gastrycznych. Obrzuc tych ostatnich, którym towarzyszą zawsze wymioty, o ile, naturalnie, nazywamy napadami opisane dotąd objawy w najwyższym stopniu, jest następujący: straszliwy ból w okolicy żółdka, duszność, wymioty bezsilne, nie przynoszące żadnej ulgi, ból głowy, mający charakter migreny, ciężkie objawy ze strony serca, oziębienie kończyn, wrzaski krwawe wyzerpania. Napady te są straszne przez to że trwają długo, po kilka dni, i że nie można niezmiernie (nawet morfina) uspokoić bólów.

Zrucane podczas tego rodzaju napadów masy, wynoszące nieraz kilka litrów, zawierają dużo wolnego kwasu solnego. Czasami jednak nie ma go wcale. Widziałem sam pewną panią, która w ciągu długotrwałych, bardzo ciężkich napadów zrzucała płyn nie zabarwiony żółcią i nie zawierający wcale kwasu solnego.

Upragniony koniec napadu następuje nagle. Przerwa może być długą. Widywałem jednak zaledwie kilkodniowe jej trwanie.

Tego rodzaju napady zdarzają się, chociaż rzadko, jako pierwsze objawy władu, zazwyczaj idące w parze z migreną, albo stanowiące jej ciąg dalszy. W późniejszych okresach choroby napady te zdarzają się częściej. Można je czasami wziąć za napady kolki żółciowej, tombarilzkiej, że, jak to sam miałem możność widzieć, do opisanego obrazu przyłączyło się może żółtaczką.

Od czego zależą te napady? Odpowiedniczych badań splotów trzewnych nerwu współczulnego nie ma. Możemy tylko przypuszczać, że prawdopodobnie grają tu rolę sprawy zwyradniającego w wyżej wspomnianym korzonku wstępującego nerwu błędnego.

Zamiast objawów łożylkowych, a czasami równocześnie z nimi, zdarzają się zaburzenia w czynności kiszki, przedewszystkiem tak zwane biegunki nerwowe. Są to rozwolnienia, występujące napalmi, bez wszelkiej przyczyny, trwające nawet lata całe, nieostępujące żadnemu leczeniu. Są one poprzednikami innych objawów wiaǳu rdzenia. Od czasu, jak wykryłem u pewnego chorego, który szukał u mnie porady z powodu rozwolnienia, objawy wiaǳu, nie zapominał nigdy szukać ich we wszystkich przypadkach tak zwanej biegunki nerwowej. Na zasadzie obserwowanego w ten sposób dotąd materiału, mogę powiedzieć, że tego rodzaju objawy nie należą do częstych.

Zaburzenia kiszkowe mogą też występować, jako bóle podobne czasami do kolki nerkowej, albo do bardzo bolesnych kurezów pęcherza moczowego. Przyznajcie, Szanowni Państwo, że znajomość tego rodzaju objawów ma wielkie znaczenie, gdyż uwalnia chorego od niepotrzebnych badań i zabiegów leczniczych, naprowadzając lekarza na właściwe rozpoznanie.

Sierogę ważnych objawów dostarcza nam pęcherz moczowy. Zaburzenia w jego czynności występują czasami tak wybitnie, że Henon: uważał za właściwe rozróżnianie specyjalnej formy wiaǳu — *tabet dysurica*. Należą one czasami do najwcześniejszych, nawet do pierwszych objawów rozwijającego się wiaǳu rdzenia.

W celu tróściwego opisu tych zaburzeń najlepiej będzie podzielić je na ruchowe i czuciowe.

Do pierwszych należy przedewszystkiem osłabienie wypieracza moczku. Chory opowiada, że musi się szczególnie wysilać przy oddawaniu moczu, albo, że następuje ono z przerwami, albo, że jest możliwem tylko przy pewnym położeniu ciała. Dostę często dochodzi w tych razach do czasowego zatrzymania moczu, smuszającego do jednokrotnego lub dwukrotnego stosowania cewnika, poczem pęcherz zaczyna znowu niby zupełnie dobrze działać.

Kilkakrotnie widziałem takie czasowe zatrzymanie moczu jednocześnie z wystąpieniem strzelających bólów w nogach. Zniknęło ono z ustąpieniem ostatnich.

Czasami znowu występują objawy osłabienia zwieracza pęcherza. Chory skarży się na częste mokrczenie, na zbyt ni własny pospiech w oddawaniu moczu, skoro tylko uszuje potrzebę jego, na oddawanie niwielkich ilości moczu w nocy podczas snu.

Tego rodzaju objawy występują u osób zkadnąd zupełnie zdrowych. Gdy rozwinię się one nieco mocniej, możemy być pewni, że będą choremu dokuczaly w ciągu całego przebiegu wiaǳu rdzenia.

Z pomiędzy zaburzeń czuciowych wspomnę tu o zbyt częstem parciu na mocz, uniemożliwiającem choremu życie towarzyskie i pełnienie niektórych obowiązków służbowych, o zmniejszeniu pęcherza, prowadzącem do skrytego zatrzymania moczu, o zmniejszeniu potrzeby mokżenia i wreszcie o rozmaitych postaciach *dysurias*.

VOLPIAN, CHARCOT i QUEDOT opisali, jako pierwsze objawy wiądn, zmniejszenie cewki moczowej, napady nerwobólu w niej, albo w zółdki prącia i tak zwane kryzy uretralne, t. j. straszne bóle, towarzyszące trudnemu oddawaniu moczu.

Mozna by wiele jeszcze powiedzieć o tego rodzaju zaburzeniach, nie wyczerpując zupełnie materiału. Poprzestanę jednak na tem, co powiedziałem dotąd. Jeżeli tego rodzaju objawy nie zależą od cierpienia cewki moczowej lub pęcherza moczowego, trzeba pomyśleć zaraz o władze rdzenia. Zwykle tego rodzaju chorzy leczą się przez czas dłuższy u specjalistów od chorób narządów moczowych i płciowych, i dopiero po latach zwracają się do terapeuty.

Zaburzenia w sprawności płciowej, jako wczesne objawy wiądn grają mniejszą rolę, niż myślano dotychczas. Niemoc płciowa w zależności od nadużyć płciowych, od momentów psychicznych, od zbyt wczesnego wydzielenia się nasienia, lub wreszcie od bardzo częstych zmian nocnych zdarza się bardzo często u osób, nie cierpiących wcale na wiądn rdzenia. Jeżeli niemoc występuje, jako objaw początkowy wiądn, nie cechuje się niczem osobliwym. Dwa tylko objawy w sferze płciowej uważam za przez połowę charakterystyczne dla wiądn: zupełną nagłą niezdolność do spółkowania u osób zdrowych skądinąd i czasowo bardzo silne pobudzenie popędu płciowego, z przeszkadzającemi spazm gwałtownymi erekcyjnymi nocnymi, prowadzące do zadziwiających uadżyć płciowych.

U kobiet objawy ze strony organów płciowych występują nie-równie rzadziej, niż u mężczyzn. CHARCOT, BOUCHARD i PITRES opisali t. zw. kryzy eretyczne, czyli lechtaczkowe, o wiele lat poprzedzające inne objawy wiądn. Występują one samowolnie lub po pewnych porażeniach lub podrażnieniach, jako uczucie lechtania w szparze sromnej, po którem, obok innych objawów nerwowych, następuje nadzwyczajne rozdrażnienie płciowe. Nie uważam jednak osobliwie tego rodzaju napadów za charakterystyczne dla wiądn, gdyż widywałem je u kobiet historycznych, u nastoletniczek i u osób z ciężką dziedzicznością przed wystąpieniem psychozy.

Do rzadziej w początkach wiądn występujących objawów należą zaburzenia w czynności kiszki grubej. Widujemy, mianowicie, najczęściej parostępyje, bóle i pewne niewielkie zaburzenia funkcyi. Zaliczam do nich uczucie parcia na stolec, połączone czasami z wydy-

maniami, bóle pod koniec oddawania kału, rozchodząco się nieraz po całej dolnej części brzucha, a nawet idące aż do krzyża lub w kończyny dolne. Niektórzy chorzy zaznaczają wyraźnie, że czują obos ciału w kiszce grubej. To ostatnio uczucie, chociaż niebolesne, należy do przykrych. Złarsza się też czasami pewna niemotność zatrzymania kału, występująca szczególnie przy bieguncie.

W rzadkich przypadkach zdarzają się, jako pierwszy objaw wjadu, bardzo silne bóle w kiszce grubej. Przytoczam tu odpowiedni przypadek.

Powien 37-letni mężczyzna, który był przedtem zdrow i nie przechodził syfilisu, dostaje w r. 1879 nagłych upadów silnego bólu w kiszce grubej, bez wiadomej przyczyny. Chory doznaje uczucia jakoby miał wprowadzone do kiszki prostej przez odbył jakieś pałace ciała. Trwa to kilka godzin lub dni i nadzwyczajnie wyczerpuje chorego. Odpowiedni specjalista robił miejscowe poszukiwania. Nie znajdowano nigdy nic, a jednak napady powtarzały się w ciągu lat trzech. Dopiero w r. 1882-m przyłączyły się strzelające bóle w nogach. Lekarz stwierdził wtedy objaw Romberg'a i Westmala. Kolejno wystąpiły potem zaburzenia w czuciu i utaktyjja w kończynie górnej prawej, spóźniając się uczucie klucia na stopie, objaw Romberg'a i znowy nocne bardzo obfite i częste. Widzimy więc przed sobą tabetyka, u którego ból w kiszce prostej był przez trzy lata jedyńm objawem wjadu rdzenia.

Pozwólcie mi, Szanowni Panowie, powiedzieć jeszcze słów kilka o porażeniach ruchowych w kończynach. Częstość ich, w porównaniu z częstością porażen nerwów ruchowych oczankowych, jest niezliczną. Należą do nich porażenia jednej z kończyn dolnych, porażenia obustronne lub wreszcie porażenia oddzielnych terytoryjów kończyny górnej. Porażenia te są zwykle niespełne i czasowe. Często znikają one już po kilku dniach. Śliczny przykład ośmiolniewego porażenia jednostronnego kończyny dolnej widziałem w jednym z wyżej przytoczonych przypadków. Obecnie mam na oddziale chorego, niewątpliwie tabetyka, który opowiada że 15 lat temu dostał trzy tygodnie trwającego porażenia obu kończyn dolnych, bez zajęcia pęcherza. Postawiono wtedy w szpitalu rozpoznanie *myelitis*. Chory wyzdrowiał, i dopiero w wiele lat później wystąpiły objawy wjadu rdzenia.

Osnową anatomiczną tego rodzaju porażen są prawdopodobnie zapalenia nerwów zwyrodniające. Przemieniają za tem nie tylko dane anatomiczne, przytoczone na wstępie tego odczytu, ale i podobieństwo, jakie przedstawiają ze strony klinicznej tego rodzaju porażenia do wieloogniskowego zapalenia nerwów. Wreszcie zdarza się czasami

mi, że stwierdzić można obraz zupełnie odpowiadający zmianom w jednym nerwie [np. w n. *medialis*]: mamy mianowicie, w odpowiedniej okolicy porażenie, zanik mięśni i zaburzenia w esuciu.

Pierwsze tego rodzaju przypadki opisali REMAK i NONNE. CHARCOT i LÉRYDES opisali przypadki, w których obok zmian zależnych od nerwów obwodowych, wystąpił zanik mięśni, zależny niewątpliwie od zmian w przednich rogach rdzenia.

Szanowni Panowie! spełniłem już swoje zadanie. Te bowiem z wczesnych objawów wiądną, o których nie mówiłem, należą do t. zw. objawów banalnych, powszechnie znanych. Mam tu na myśli bóle talowyżne, podobne do gośćcowych, stałe i strzelające, parastazyje, szczególnie uczucie opasania, zbrożenia w esuciu, łatwo męczenie się, początki ataksji, początek objawu ROMBERGA, wreszcie objaw WESTPHALA w możliwych jego stopniach, jak to brak obustronny odruchu kolanowego, jednostronny brak jego, wyraźna różnica w sile odruchu po obu stronach.

Pozostaje teraz pytanie czy może nie być wszystkich tych banalnych objawów w początku wiądną i czy, pomimo to, na zasadzie obecności opisanych wyżej objawów mamy prawo postawić rozpoznanie: *tabes dorsalis*. Kiedy mamy w ogóle do tego prawo? Obecność jednego z tych objawów, czy to bólów strzelających, czy napadów gastrycznych, czy wreszcie czuowych porażen mięśni oczu, nie daje nam prawa do stanowczego rozpoznania wiądną rdzenia, ale powinna wrócić naszą uwagę. Jeżeli mamy rzeczywiście do czynienia z wiądną, wtedy dalsze badanie chorego, dokładnie wywiąły, lub w najgorazym razie obserwacja wykażą nam obecność drugiego jakiegos objawu wiądną lub całego ich szeregu. Pewność rozpoznania powiększa się w stosunku prostym do ilości tych objawów i staje się niezawodną, jeżeli można stwierdzić jedną z wyżej przytoczonych powyższych oznak wiądną. Dzięki polimorfizmowi wiądną, są tego rodzaju rozpoznania trudne. Zadaniem mojem było właśnie zająmionio Szanownych Panów ze zmiennymi i zmiennymi objawami początkowymi wiądną. Było ono łatwem, gdyż szło tu tylko o przypomnienie Wam szeregu odpowiednich spostrzeżeń.

Wszyscy gromadzimy obficie wiadomości i spostrzeżenia, które pozostają skrytymi w naszym umyśle. Jest rzeczą bardzo dobrą od czasu do czasu przyprowadzić je do pewnego porządku, gdyż wtedy dopiero nabiorają one wartości. Z tego też powodu sądzę, że nie zająłem napróżno Waszej uwagi.