

O UDAWANIU

(symulacji)

OBJAWÓW NERWOWYCH

ORAZ KILKA UWAG

o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach
cierpien urazowych.

NAPISAE

Dr. Wacław Męczkowski.



623
244
BIBLIOTEKA im.
Szpitala: Karola i Marii
Dla Dzieci
Nr. 429

WARSZAWA.

Skład główny w księgarni E. Wende i Sp.
Krakowskie Przedmieście Nr. 9.

1903.

Cena rb. 1.



O udawaniu (symulacji) objawów
nerwowych.

*Dr. Med.
Wacław Łapiński*

*Druk K. Kowalewskiego,
Warszawa, Mazowiecka 8.*

**Biblioteka Główna
WUM**



O UDAWANIU

(symulacji)

OBJAWÓW NERWOWYCH

ORAZ KILKA UWAG

o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach
cierpień urazowych.

NAPISAŁ

Dr. Wacław Męczkowski.

*Dr. Med.
Wacław Łapiński*

WARSZAWA.

Skład główny w księgarni E. Wende i Sp.

Krakowskie Przedmieście Nr. 9.

1903.



Дозволено Цензурою.
Варшава, 28 сентября 1902 г.

Cierpienia, powstające w następstwie nieszczęśliwych wypadków, urazów, dały początek odrębnemu działowi nauki lekarskiej—nauce o nieszczęśliwych wypadkach (Unfallheilkunde). Z cierpieniami temi lekarz-praktyk spotyka się coraz częściej, zwłaszcza od czasu wprowadzenia odpowiedzialności przedsiębiorców za uszkodzenia, jakim ulegają ich pracownicy. W przypadkach tych lekarz występuje w dwojakiej roli: raz jako lekarz niosący pomoc w cierpieniu, a powtóre—jako biegły. Ta ostatnia strona działalności lekarza nastęrcza częstokroć wiele trudności i wątpliwości, a to z tego przedewszystkiem powodu, że nie zawsze badani szczerze i prawdziwie podają odczuwane przez nich objawy chorobliwe, bo w interesie ich może leżeć przedstawienie stanu zdrowia w gorszem świetle. Dla tego też lekarz — biegły musi przedewszystkiem rozstrzygać pytanie, czy objawy, na które uskarża się badany, są rzeczywiste czy też udane. Ponieważ skargi, na które powołu-

Objawy nerwowe.

1

ją się najczęściej choroby, są natury podmiotowej, mało dostępne dla przedmiotowego badania, przeto zadanie to bywa często trudne.

Spotykając się często w praktyce z takimi trudnościami, powziąłem zamiar zestawienia metod rozpoznawczych, służących ku odróżnieniu udawania (symulacji) od rzeczywistych objawów chorobowych, w nadziei, że takie wskazówki praktyczne mogą być użyteczne dla naszych lekarzy.

W pracy tej zostały uwzględnione tylko objawy nerwowe oraz wzrokowe i słuchowe, ponieważ udawanie dotyczy prawie wyłącznie tylko tych działań.

Prawie we wszystkich grupach objawów podałem szereg sposobów i metod rozpoznawczych, rzadko bowiem jedna metoda może być wystarczającą. Gdzie dla wykrycia rzeczywistości pewnego objawu istnieje wiele metod rozpoznawczych, tam po przedstawieniu szeregu sposobów starałem się podkreślić te, które mogą być bardziej dostępne dla lekarza praktyka, a jednocześnie są miarodajne ze względu na swą wartość (objawy wzrokowe, słuchowe i poniekąd czuciowe). W tych grupach objawów, dla których niema oddzielnych a pewnych metod rozpoznawczych (objawy czuciowe, ruchowe), podaję szereg metod, z których częstokroć wiele lub nawet wszystkie należy zastosować w poszczególnych przypadkach.

Niekiedy dla ilustracji metod badania podaję przypadki ze spostrzeżeń różnych autorów lub z własnej praktyki.

Z konieczności w wielu razach (zwłaszcza objawy psychiczne, padaczka, objawy ruchowe) musiałem być wkraczać w ogólną dyagnostykę i symptomatologję chorób nerwowych.

Organiczne cierpienia nerwowe, stosownie do założenia, zostały tu pominięte i uwzględniane jedynie o tyle, o ile to było potrzebnem dla rozpoznania różniczkowego.

Wreszcie, wobec tego, że dziedzina cierpień urazowych w następstwie nieszczęśliwych wypadków mało była uwzględniana w naszej literaturze, uznałem za pożyteczne dotknąć w krótkim wstępie oraz w zakończeniu takich spraw, jak świadectwa lekarskie w przypadkach cierpień urazowych, badanie chorych, stosunek lekarza do badanych, postępowanie z symulantami itp. Wszędzie, gdzie tylko było można, starałem się uwzględnić dane, zresztą nieliczne, z naszej literatury.

W. Męczkowski.

*Warszawa,
w Czerwcu 1902.*

W S T Ę P.

Znaczny wzrost liczby przypadków cierpień urazowych od czasu wprowadzenia odpowiedzialności przedsiębiorców za uszkodzenia pracowników—Świadectwa lekarskie.—Badanie chorych; plan badania. — Rokowanie.—Idee pożądlivosti (Begehrungsvorstellungen). — Zależność cierpienia od urazu. — Zdolność do pracy. — Schematy świadectw lekarskich.

Ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialność pracodawców za uszkodzenie pracowników obejmuje coraz liczniejsze dziedziny życia społecznego we wszystkich krajach cywilizowanych.

Zjawisko to jest ze wszech miar pożądane i życzyć tylko należy, aby ono ogarnęło wszelkie rodzaje pracy.

Lecz ma to i pewne ujemne strony, które tu podnieść pragnę.

Skoro za wypadek nieszczęśliwy poczęto płać, a wysokość wynagrodzenia szacowano zależnie od stopnia uszkodzenia, wówczas zjawily się nadużycia. Obok tych, którzy przez nieszczęśliwy wypadek utracili całkowicie lub częściowo zdolność do pracy, występują liczni kandydaci do łatwego zarobku, którzy często w nieznacznem nawet uszkodzeniu szukają źródła zarobku. A dotyczy to

wszelkich sfer społecznych: zarówno robotnik, nędzaryz, jak i ludzie zamożni -- wszyscy jednako spekulują, wszyscy pragną możliwie korzystnie wyzyskać nieszczęśliwy wypadek, jaki na nich los spuścił. Różnica zachodzi tylko taka, że zamożny i inteligentny człowiek bierze się do rzeczy umiejętnie, korzystnie sprzedaje swoje uszkodzenie, gdy biedak w czasie wywalczenia owego odszkodowania dochodzi do ruiny, bo licząc na odszkodowanie przestaje zarobkować.

Opinia zaś publiczna jest u nas niezwykle łaskawa na zarobkowanie tą drogą: nie tylko się to toleruje, lecz nawet zaleca się wyciągnąć, ile się da.

Najszersze niewątpliwie pole pod tym względem przedstawia t. zw. nerwica urazowa, gdyż, jako cechująca się niewiele zaledwie objawami przedmiotowymi, a w większej części psychicznymi, mniej jest dostępna dla kontroli lekarskiej.

To też jest to cierpienie, na które najczęściej powołują się chorzy urazowi.

W sprawie tej lekarze mogliby częstokroć położyć kres nadużyciom. A powinnyby się to dziać nie tylko w imię zasad etycznych, lecz nawet i dla dobra tych jednostek, które niekiedy w pogoni za sułem odszkodowaniem marnieją pod względem moralnym i materialnym. Gdy kto miał możność widzieć nieraz dramaty domowe u takich „czekających na odszkodowanie“, nędzę ze wszystkimi jej moralnymi następstwami, ruinę pod każdym względem, zanim nastąpi, a częstokroć zawiedzie ów spodziewany dobrobyt—ten poważnie musi rozważyć każdy przypadek uszkodzenia, zanim będzie namawiał lub odradzał „akcję cywilną“.

Świadczenia lekarskie.

Tymczasem lekarze częstokroć przez swe świadectwa sankcjonują te pożądanja i ułatwiają pierwszy krok interesowanemu. Pochodzi to stąd, że nie zawsze obiektywizm, zupełna bezstronność wpływa

na treść świadectwa, lecz pewne współczucie, złudna chęć dopomożenia biedakowi¹⁾, t. j. czynniki, które, same przez się zresztą szlachetne, w tym razie miejsca mieć nie powinny, bo mogą jedynie prawdę zasłaniać. Rzecz prosta, że nie dotyczy to ogółu lekarzy i nie wszystkich świadectw. Zdarzają się jednak krótkie lakoniczne świadectwa, stwierdzające w kilku wierszach nerwicę urazową, a dowodzące jednocześnie, że źródło świadectwa kryje się w dobrym sercu lekarza. Świadectwa takie często brzmią stereotypowo: wzmożenie odruchów kolanowych, zniesienie odruchów gardzielowych, drżenie rąk—oto są objawy, na zasadzie których rozpoznaje się nerwica urazowa, a następnie stwierdza się nieudolność do pracy. Gdybyż istotnie można było tak łatwo decydować o sprawie, która od dość dawna jest przedmiotem nieukończonych dotąd sporów!

Oprócz tej kategorii świadectw, w których rzecz się przedstawia na korzyść poszkodowanego, wymienić należy inną, gdzie rzecz się ma odwrotnie, gdzie stopień uszkodzenia bezwiednie się obniża. Do tej kategorii należą świadectwa, wydawane przez lekarzy, którzy ze swego stanowiska mają wciąż z tem do czynienia. Lekarz np. fabryczny, widząc wciąż żądę wyzysku, chęć dobrego spieniężenia najdrobniejszego skaleczenia itp., może stopniowo dojść do wielkiej nieufności, podejrzliwości, a nawet do pewnego stopnia niechęci względem ludzi, którzy za uszkodzenie żądają odszkodowania. A ta nieufność, ta niechęć, psychologicznie może zrozumiała, jest niewątpliwie bardzo złym przewod-

¹⁾ Dla tego rodzaju świadectw w Niemczech istnieje specjalny termin „Gefälligkeitsatteste“.

nikiem, gdy chodzi o prawdę. Ona to sprawia, że wobec każdego przypadku stajemy z niedowierzaniem i z góry *à priori* podejrzewamy udawanie, oszustwo.

Wreszcie należy wymienić i inny jeszcze czynnik, który także niekiedy może wpływać lub przynajmniej nadawać pewne zabarwienie świadectwu. Mam tu na myśli ostrożność i obawę lekarzy, aby z powodu świadectwa nie potrzebowali chodzić do sądu w charakterze świadka, co, rzecz jasna, jest wysoce uciążliwe.

Wszystkie te czynniki są może słuszne, zrozumiałe, lecz wszystkie one nie powinny wywierać wpływu na treść świadectwa. Wszelkie zabarwienie osobistego stosunku naszego do chorego musi niewątpliwie odbić się niekorzystnie na prawdzie i wartości świadectwa. Faktem jest, iż zachowanie bezwzględnej bezstronności jest niezmiernie trudne. Wprost często trzeba czuwać nad sobą samym, aby zachować stanowisko przedmiotowe, tłumić trzeba w sobie wszelkie uboczne pobudki na korzyść lub niekorzyść chorego.

Abymy świadectwo odpowiadało prawdzie, aby uniknąć o ile można przesady w jednym lub drugim kierunku, lekarz winien przystępować do badania poszkodowanego z wypadku, jak do zwykłego chorego *sine ira et studio*—bez szczególnego współczucia, lecz i bez posądzania z góry o udawanie.

Badanie chorych

Badanie winno być przeprowadzone całkowicie, t. j. nie ograniczać się do tych objawów i narządów, które wskazuje sam chory. Winniśmy postępować tak, jak w przypadkach wątpliwych, gdy nie wiemy, z jaką chorobą mamy do czynienia i jakie narządy są dotknięte. Kto ma pewne doświadczenie, ten wie,

na co ma zwracać główną uwagę, ten obierze właściwszą drogę w celu dokładnego poznania stanu chorego. Mniej doświadczony lekarz musi zbadać całkowicie chorego. Przy pewnej wprawie badanie tak nie wymaga dużej straty czasu. Uwzględniać należy również i stronę psychiczną chorego, zwłaszcza, gdy przeważają objawy cierpienia czynnościowego. Dokładne i całkowite zbadanie najpewniej uchronić nas może od przedwczesnego i fałszywego wnioskania.

Nie należy jednak w tem dochodzić do przesady. Naprzód zbyt długie badanie nuży i lekarza i badanego, a to może w niekorzystny sposób wpływać na wyniki badania, zwłaszcza w zakresie ogólnych objawów nerwowych. Powtórne zbyteczne uwzględnianie narządów, na które sam badany nie zwraca uwagi, może niepotrzebnie skierować myśl jego na te narządy. Jeśli np. badany nie skarży się na słuch, a z rozmowy widać, że słyszy dobrze, to badanie słuchu nie tylko może być zbytecznym, lecz nawet szkodliwym, bo w ten sposób łatwo można poddać neurastenikowi nowe idee hipochondryczne. Wreszcie obnażenie ciała przy badaniu przez czas dłuższy może spowodować drżenie całego ciała, co może maskować takie objawy, jak drżenie kończyn, różnicę ciepłoty różnych części ciała, objawy naczynioruchowe itp.

Przed przystąpieniem do badania bardzo ważnym jest obznajmienie się z całą sprawą na zasadzie dokumentów urzędowych oraz poprzednich świadectw lekarskich. Stanowi to ogromne ułatwienie, bo zaoszczędza lekarzowi czas, wskazuje, na co należy zwrócić szczególniejszą uwagę, jednym słowem wprowadza lekarza odrazu *in medias res*. Lekarz też winien wymagać wszelkich aktów o danym wypadku, jeśli takowe istnieją. Zdarza się

jednak nieraz, że lekarz po przeczytaniu tych danych, a zwłaszcza poprzednich świadectw lekarskich, jeszcze przed własnym badaniem, wyrabia sobie już zdanie o sprawie, ma już w swej głowie wyrok. Tego należy się zawsze strzedz wszelkimi sposobami i starać się, aby nie przystępować do badania z powziętą z góry ideą.—Jaki porządek zachować przy badaniu, jest rzeczą mniej ważną. Ważniejszym jest, aby każdy lekarz trzymał się zawsze pewnego stałego planu i porządku, a to z tego powodu, że inaczej łatwo zapomnieć i nie uwzględnić przy badaniu pewnych nawet ważnych objawów.

W każdym razie badania nie należy rozpoczynać od głównego punktu, t. j. od oglądania uszkodzonego miejsca lub od głównych skarg chorego. Zwłaszcza w razach ogólnych zaburzeń nerwowych niewłaściwem było by z samego początku polecić badanemu rozebrać się i przystąpić do badania. Naprzód pożytecznem jest w pewien sposób pozyskać zaufanie badanego, zdjąć z siebie charakter urzędnika śledczego. Najłatwiej osiąga się to przez rozpytywanie o szczegóły wypadku. Zwykle chorzy chętnie o tem mówią. Następnie rozpytujemy o bezpośrednie następstwa wypadku, późniejszy przebieg cierpienia, wreszcie obecne skargi. Nie należy przytem nastawać, aby badany wszystko to przedstawiał koniecznie w porządku chronologicznym i konsekwentnie. Chorzy, zwłaszcza ze sfery robotniczych, nie są nawykli do ściśle logicznego opowiadania; domaganie się takiego porządku męczy ich zwykle i drażni. Rozmowę tę nadto można urozmaicać przez wypytywanie o szczegóły dawnego życia chorego, o jego rodzinę, zajęcie, o dawniejsze choroby itp. Lekarz, panujący, że tak powiem, nad badaniem i świadomy celu, zdoła zawsze i z takiej rozmowy odtworzyć właściwy obraz.

Przytem unikać należy, o ile można, wyraźnego notowania, bo badany może się obawiać, że każde jego słowo zapisuje się, wciąga się do protokołu urzędowego.

Już przy takiej rozmowie lekarz może zauważyć i ocenić szereg objawów: jak chory się porusza, jak chodzi, siada, wstaje, czy doświadcza jakich bólów, czy jest drzenie w kończynach lub drgawki, jaki jest słuch badanego, jego inteligencja, stan psychiczny itp.

Po takiej rozmowie polecamy badanemu całkowicie się rozebrać, a obserwacja w czasie rozbierania się (zdejmowanie koszuli oraz butów) może nam dać szereg cennych uwag: czy niema chwiania się, czy niema sztywności w kręgosłupie i kończynach, jak porusza rękami, czy może się nachylać, czy może podnieść jaki przedmiot z podłogi, czy może zdjąć buty w pozycji stojącej, czy ma jakie bóle?

Po rozebraniu chorego oglądamy go ze wszystkich stron w pozycji stojącej, a przytem możemy zauważyć: nieprawidłowości w układzie ciała, skrzywienie kręgosłupa, asymetrię kręgosłupa i twarzy, różnice w długości i obwodzie kończyn, typ oddychania, bicie serca, bladość lub pocenie się skóry, barwę skóry, stan odżywiania, rozwój tkanki tłuszczowej itp.

Potem przystępujemy do właściwego badania. Ze względu na szczególną ważność badania układu nerwowego w przypadkach cierpień urazowych, podam tu wzór, opracowany przez GOLDSCHEIDER'a.

Plan bada-
nia według
GOLD-
SCHEI-
DER'a

OGÓLNE OBJAWY MÓZGOWE I PSYCHICZNE.

1. *Sensorium* (wolne? zamglone?). *Dementia*.
2. Bredzenie, nieprawidłowy nastrój, usposobienie.
3. Sen.

SZCZEGÓŁOWE OBJAWY NERWOWE.

A. Dziedzina ruchu.

I. Zwyczajna pozycja *resp.* położenie kończyn oraz ich budowa:

- a) Nieprawidłowości w budowie, układzie lub trzymaniu kończyn (*Arthropathiae?*)
- b) Zaniki? Przerosty?
- c) Nieprawidłowe ruchy mimowolne (drżenie? drgawki?)

II. Ruchy

- a) czynne, wolne;
- b) czynne, z oporem;
- c) bierne.

Badanie odnośnie do I i II odbywa się w następującym porządku:

1. Twarz.

I. Obie połowy symetryczne? Szpary oczne równe? Zmarszczki na czole oraz fałdy przy ruchach mimicznych jednakowe? Otwory nosowe jednakowe? Kąt ust prosto czy krzywo? Język zanikły? Czy gałki oczne stoją prawidłowo i spokojnie? Czy źrenice równe?

II. Ruchy gałek ocznych (na lewo, na prawo, do góry, na dół, zbieżność); zmarszczyć czoło, zamknąć oczy, usta wyciągnąć w dziób, roześmiać się, nadąć policzki.

2. Jama ustna wzgl. krtań:
 - I. Położenie języka w jamie ustnej; wyciąganie języka oraz ruchy na lewo i na prawo; stan podniebienia miękkiego i jęczyczka.
 - II. Ruchy podniebienia przy powstawaniu dźwięków; polykanie; wydawanie dźwięków.
3. Szyja i kark.
 - I. Trzymanie głowy;
 - II. Ruchy obrotowe głowy na lewo i prawo; nachylić głowę naprzód, w tył, w prawo, w lewo (wzgl. z oporem).
4. Barki i kończyny górne:
 - I. Położenie łopatki, trzymanie kończyn górnych, pozycja palców, objętość kłębu i kłębi-ku; przestrzenie międzykostne.
 - II. Podnieść barki, podnieść ramiona (do pionu), przywiedzenie, odwiedzenie; ręce wyciągnąć naprzód.
Zgiąć przedramię, wyprostować; zwracanie i odwracanie, (*pronatio* i *supinatio* przy unieruchomieniu ramienia). Rękę i palce zginać i wyprostowywać, palce rozsunąć, ścisnąć dłoń,
5. Nogi.
 - I. Zwracać uwagę na położenie fałd na poślądkach.
 - II. Udo podnieść, przywieść, odwieść, ruchy obrotowe; goleń zgiąć i wyprostować. Stopy zgiąć, wyprostować, przywieść, odwieść. Palce zgiąć i wyprostować.
6. Tułów.
 - I. Brzuch wciągnięty? Kręgosłup (kształt?), poślądki (przerost?)
 - II. Oddech (obie połowy równomiernie?), oddychać głęboko, kaszlnąć.
Wzgl. tułów zgiąć naprzód, w tył, w bok.

7. Pęcherz moczowy i odbytnica (wywiady).
- d) Bardziej złożone zwykłe ruchy (badanie koordynacji).
8. Utrzymanie równowagi przy zamkniętych oczach (zawracanie przy zamkniętych oczach oraz zsuniętych stopach).
9. Chód.
Ruchy nóg w pozycji leżącej: założyć nogę na nogę, wykonywać ruchy chodzenia, położyć piętę na kolano drugiej nogi, dotknąć stopą określonego punktu, kreślić w powietrzu podniesioną nogą koła itd.
10. Chwytywanie przedmiotów ręką, dotykanie palcem określonych punktów (przy otwartych i zamkniętych oczach).
11. Mowa.
12. Pismo.

B. Dziedzina czucia.

- I. Zeznania podmiotowe:
Drętwienie, mrowienie, bóle itp.
- II. Badanie przedmiotowe:
 - a) Czucie skórne:
 1. Delikatny dotyk (pędzelek).
 2. Umiejscowienie silniejszych dotknięć.
 3. Ukłucia bolesne szpilką.
 4. Badanie czucia prądem elektrycznym.
 5. Zimno.
 6. Ciepło.
 - b) Czucie mięśniowe:
 - 1) Czucie ruchów biernych.
 - 2) Czucie położenia kończyn.
 - 3) Czucie ciężaru.
 - c) Pole widzenia.
 - d) Słuch.
 - e) Smak.
 - f) Powonienie.

C. Odruchy.

- a) odruchy skórne, wzgl. błon śluzowych:
podeszwowe, dłoniowe, z *mm. cremasteres*, brzuszne, z powiek, z łącznicy oka, podniebienia;
- b) ścięgnowe i z okostnej:
kolanowe, ze ścięgien *mm. adductores*, ze ścięgna Achillesa, Fussklonus, ze stawu dłoniowego, z kości promieniowej, ze ścięgien *mm. biceps et triceps*;
- c) odruchy źrenic (zwięźnienie przy działaniu światła, przy konwergencji wzgl. akomodacji).

D. Sympatyczny (wegetacyjny)

układ nerwowy.

- a) naczynia krwionośne, błądź lub czerwonosć skóry i błon śluzowych, skóra chłodna lub gorąca, zgorzel miejscowa (*asphyxia*) lub sinica, odruch naczyniowy, Dermografja;
- b) zaburzenia wydzielnicze (sekrecja), ślinotok, łzawienie (neuralgia *n. trigemin*):
 - 1) nieprawidłowo zwiększona wilgotność skóry, wydzielanie potu (pocenie się dłoni u neurasteników), pocenie się ogólne przy chorobie BASEDOW'a, rozszianem zapaleniu nerwów. pocenie się połowiczne przy jednostronnem cierpieniu *n. sympathici*, hysterji, migrenie;
 - 2) nadmierna suchosć skóry, *Anhidrosis*, przy moczówce cukrowej, wiądzie rdzenia, hysterji.
- c) zaburzenia odżywcze:
 - 1. skóra (przytem uwzględniać włosy, paznogie, zęby), wysypki, obrzmienia, wylewy krwawe, pigmentacja, zanik, przerost;
 - 2. mięśnie (zaniki, przerost wrzekomy przy Siringomyelii).
 - 3) kości (*callus* niekształtny przy wiądzie rdzenia).

4) stawy (*Arthropathiae* przy wiaździe rdzenia *Syringomyelii*).

d) narządy wewnętrzne:

1. oddech (typ oddechu), kaszel (histeryczny);
2. krążenie, ciepłota krwi, częstość tętna, bicie serca, miażdżycy naczyń;
3. żołądek—przewód kiszkowy. Waga, apetyt, głód, pragnienie, mdłości, wymioty, odbijania, burczenie w kiszkach, stolce;
4. narząd moczowy. Ilość i części składowe moczu, sposób oddawania moczu.

Rokowa-
nie

Niektórzy autorowie sądzą, że świadectwo lekarskie o tyle winno uwzględniać rokowanie, o ile jest to wyraźnie zaznaczone w odezwie tej instytucji, która skierowywa poszkodowanego do lekarza, innemi słowy należy mówić o rokowaniu tylko wtedy, gdy się nas o to pytają. Niewątpliwie, że jest to najwygodniejsze, przynajmniej chwilowo, załatwienie sprawy dla lekarza. Lecz pamiętać należy, iż świadectwo lekarz pisze zwykle dla sądu, dla różnych władz — nielekarskich, a więc winno być tak zredagowane, aby odnośny urząd miał właściwy obraz zrozumiale przedstawiony. Najważniejszym zawsze dla nielekarza pytaniem jest, czy cierpienie jest lekkie czy ciężkie, czy może być całkowicie usunięte czy też pozostawi w ustroju trwałe zmiany. Co dla nielekarza warte takie rozpoznanie np. jak „nerwica urazowa“? Sam ten termin właściwie nic nie mówi, bo obejmuje szereg najrozmaitszych cierpień różnego stopnia i znaczenia pod względem uleczalności.

Nie mogę tu wchodzić w omawianie symptomatologii i patogenezy nerwicy urazowej, wobec zakreszenia sobie ciaśniejszych ram: jest to rzecz podreżczników i specjalnych monografji.

Zaznaczyć tylko pragnę, iż obok pojedynczych ciężkich i nieuleczalnych przypadków, w naszej praktyce fabrycznej, kolejowej itp. spotykamy się w przeważającej liczbie z cierpieniami, które przy odpowiednich warunkach mogą być usunięte. Zupełnie niestusznie termin „nerwica urazowa” budzi dotąd jeszcze w umyśle wyobrażenie ciężkiego nieuleczalnego stanu. Przypomina on opowieści o strasznych katastrofach kolejowych, zwłaszcza że dziś jeszcze w różnych pracach powtarza się nazwa „railway spine”, którą już ERICHSEN, twórca nauki o nerwicach urazowych, nazwał absurdem (absurd appellation). Skoro tak jest, skoro mogą być różne postacie cierpień urazowych co do uleczalności, to okoliczność ta musi być uwzględniona w światle.

W sprawie rokowania u chorych urazowych dotknąć tu muszę punktu, który może rzucić pe-
wne światło na interesującą nas sprawę.

Na genezę cierpienia—oprócz wstrząsu fizycznego i psychicznego w czasie samego wypadku—wpływają nadto czynniki innej zupełnie natury u tych chorych, którzy są ubezpieczeni, albo też od pracodawcy bezpośrednio otrzymują odszkodowanie. Po wypadku zwykle robotnik długo ociąga się z pójściem do pracy—raz dla tego, że nie czuje się zupełnie dobrze, że otrzymuje część swej zwykłej płacy, która go chroni od nędzy, a powtóre w jego umyśle zaczyna świtać myśl o zdobyciu większego grosza. Tutaj zaczyna on wazyć: jeśli pójdzie do roboty, to przez to zaznaczy dobry stan zdrowia i utraci prawo do odszkodowania, nawet może i wtedy, gdyby choroba postępowała; nadto później usuną go z zajmowanego miejsca ¹⁾, a no-

Idee pożądliwości
(Begeh-
rungs-
vorstel-
lungen)

¹⁾ Panuje wśród robotników przekonanie, że pracodawca chętnie pozbywa się robotników, którzy ulegli po-
Objawy nerwowe. 2

wego może nieznać. Tu zjawia się obawa i troska o byt własny i rodziny. Otrzymanie zaś odszkodowania mogłoby zabezpieczyć byt jego na zawsze. Wśród tych stale go prześladujących rozmyślań, które STRÜMPFELL doskonale nazwał „Begehrungsvorstellungen”, zjawiają się rady i podszepty przyjaciół oraz różnych doradców prawnych. Wszystko to utrzymuje poszkodowanego w stanie wielkiego napięcia

Potem zaczynają się inne perypetje: szereg badań lekarskich, komisyj itp., wobec których chory zajmuje stanowisko jakby podsądnego i zachowuje się też jak wobec śledztwa, bo wszędzie spotyka się z nieufnością i brakiem wiary w jego chorobę. Do tego dołącza się ciągłe rozważanie: uda się czy nie uda otrzymać odszkodowanie i w jakim rozmiarze

Wszystko to są czynniki, które same przez się mogą wywołać nerwicę wogóle, a nerwicę w następstwie urazu znakomicie spotęgować¹⁾.

Rokowanie w nerwicy tego pochodzenia jest, na ogół biorąc, względnie pomyślniejsze. Zakończenie

przednio wypadkowi, aby ostatecznie uwolnić się od wszelkiej odpowiedzialności.

¹⁾ W wielu razach działa w tym że kierunku to, co Niemcy nazywają „Schmerzensgeld”. Wśród chorych urazowych panuje przekonanie, że należy im się odszkodowanie nie tylko za zmniejszenie zdolności do pracy, za straty związane z chorobą, wreszcie za koszty leczenia itp., lecz wprost za ból fizyczny, jakiego doznali przy wypadku. Żywo stoi mi w pamięci przypadek, jaki miał miejsce w znanej katastrofie na drodze żel. Wiedeńskiej w 1900 r. Wówczas pewien konduktor uległ bardzo ciężkiemu uszkodzeniu jamy brzusznej. Ku zdumieniu wszystkich choroba zakończyła się szczęśliwie. Po paromiesięcznym pobycie w Szpitalu Dzieciątka Jezus nie tylko rany się zagoiły, lecz stan ogólny znakomicie się poprawił. Pod względem nerwowym w czasie pobytu w szpitalu nie zdradzał żadnych objawów

sprawy takie lub inne przez pracodawcę jest zwykle doskonałym środkiem leczniczym. I nie dowodzi to bynajmniej, że choroba cała była udana, jak to powszechnie sądzą, lecz zależy od tego, że z rozstrzygnięciem sprawy zniknął moment przyczynowy, moment trapiący człowieka i utrzymujący go w stanie ciągłego i nadmiernego rozdrażnienia oraz napięcia.

Zaznaczyć jednak należy, że idee pożądlivosti nie koniecznie u wszystkich chorych urazowych wywierają wpływ; z drugiej zaś strony nawet tam, gdzie ten wpływ się ujawnia, idee pożądlivosti, rzecz prosta, nie są jedyną przyczyną cierpienia.

Oprócz ustalenia choroby i rozpoznania oraz rokowania, świadectwo lekarskie winno stwierdzić zależność bezpośrednią, związek obecnej choroby z wypadkiem (urazem). Naprzód powinno być ustalone, czy obecna choroba nie istniała jeszcze przed wypadkiem ¹⁾. Rozstrzygnięcie tego punktu zwy-

Związek
cierpienia
z urazem

chorobliwych. I był zupełnie zdrow dotąd, dopóki zarząd kolei nie oświadczył mu, że wobec zupełnego zdrowia i zdolności do pracy, co stwierdziło orzeczenie lekarskie, żadnego odszkodowania nie otrzyma, a natomiast może objąć poprzednie stanowisko. Wiadomość ta spadła na niego, jak grom. Poszkodowany zupełnie szczerze nie mógł zrozumieć i pogodzić się z tą myślą, aby za tak ciężkie uszkodzenie nie miał uzyskać odpowiedniego odszkodowania. Postanowił przeto bronić się, lecz to wielkie wzruszenie i późniejsze długie starania przyprawiły go istotnie o ciężką neurastenję.

¹⁾ W praktyce zdarza się, że chorzy żądają odszkodowania np. za przepuklinę, epilepsję itp., wiążąc to z pewnym urazem przy pracy, gdy faktycznie cierpienie to istniało jeszcze przed owym wypadkiem.

Brunns zaznacza, iż nie zawsze działa tu zła wola poszkodowanego, a często rzeczywiste jego przeświadczenie o związku cierpienia z urazem.

W czasie pierwszych dni po wypadku istniejące już poprzednio cierpienie może postępować. Chory przez to zwraca na nie baczniejszą uwagę, tembardziej, że czas wol-

kle nie bywa trudnem: akta osobiste chorego, zeznania świadków itp. wyświełtają prawdę. Jeśli będzie stwierdzonem, iż cierpienie obecne datuje się od czasu wypadku, powinien być ustalony związek przyczynowy pomiędzy urazem a cierpieniem. W tym celu należy przedewszystkiem dokładnie poznać szczegóły wypadku, urazu, jakiemu uległ chory. Pozatem znajomość etjologii i symptomatologii cierpień urazowych pozwala często zorjentować się w stosunku między urazem a cierpieniem.

Dla należytego ustalenia związku cierpienia urazem nadzwyczaj ważnem jest możliwie dokładnie zbadanie chorego zaraz po wypadku. Tymczasem w naszych stosunkach warunek ten nie zawsze jest spełniany. Zwyczajnie chorego, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, przenoszą do szpitala na oddział chirurgiczny, albowiem rana, jaką ma chory, jest najbardziej imponującym w pierwszej chwili objawem. W większości przypadków cierpienie chirurgiczne kończy się pomyślnie i chory po kilku dniach wypisuje się ze szpitala, jako zdrowy. W jakim stanie jest układ nerwowy chorego, jakie są zmiany w oczach, uszach itp., chirurg tego uwzględniać nie może. Wkrótce po takim wyzdrowieniu uszkodzony występuje z szeregiem skarg: szum i zawroty głowy, bóle, osłabienie wzroku i słuchu itp., a niekiedy nawet powołuje się na przedmiotowe dowody cierpienia, jak

ny od zajęć oraz wypadek sam przez się stanowią pomyślne momenty do takiej samoobserwacji. Stąd może zdarzyć się, iż chory teraz dopiero spostrzega cierpienie lub objawy, na które dotąd nie zwracał uwagi. Miewa to miejsce nie tyle przy właściwych nerwicach, ile raczej przy cierpieniach organicznych, jak wady serca, cierpienia nerek, moczówka cukrowa, przewlekłe organiczne cierpienie nerwowe, jak wiań rdzenia, choroby na tle przymiotu itp.

plamy na rogówce, ślady cierpienia ucha środkowego, przedziurawienie błony bębenkowej itp. Wszystko to, według uszkodzanego, jest wynikiem urazu. Jeżeli objawy te są stwierdzone dość późno po urazie, wówczas i okulista lub otiatry często mogą nie umieć odpowiedzieć na pytanie co do związku cierpienia z urazem. Nadto w przypadkach bardziej ciężkich uszkodzeń, cierpienia miejscowe, jak oczu lub uszu, wobec groźnych objawów ogólnych schodzą zazwyczaj na ostatni plan, a specjalista bywa przywoływany później, gdy pierwotne objawy miejscowe na tyle są już zmienione, że określenie ich pochodzenia jest trudne.

Tym niepożądanym następstwom zapobiegać może jedynie dokładne i wczesne, zaraz po wypadku, badanie, dokonywane w razie potrzeby i możliwości przez specjalistów. O ile by zawsze czyniono zadość powyższemu warunkowi, wówczas lekarz-biegły z większą pewnością mogłby decydować o związku cierpienia z urazem.

Trudniejszym bywa określenie związku cierpienia z urazem, gdy to cierpienie wystąpiło nie wkrótce po wypadku, lecz po upływie miesięcy lub nawet lat. W podobnych przypadkach częstokroć nie możemy ustalić związku przyczynowego z zupełną pewnością, a musimy się zadowolnić orzeczeniem, że uraz był prawdopodobną przyczyną cierpienia.

Taka niepewność w orzeczeniu nie może czynić ujmy lekarzowi. Istotnie w wielu przypadkach cierpień urazowych, podobnie jak i w przypadkach innych chorób, wykrycie przyczyny rzeczywiście nie może być pewnem. W tych razach najlepiej uczyni lekarz, gdy wyraźnie zaznaczy, że związek z urazem jest tylko możliwy lub prawdopodobny. Takie właśnie orzeczenie może być zgodnem z praw-

dą, z nauką. Państwowy urząd ubezpieczeniowy w Niemczech w kilku swych orzeczeniach wyraźnie zaznacza, że ustalenie związku przyczynowego nie koniecznie winno być bezwarunkowe, stanowcze, lecz może w tym razie wystarczać wielkie prawdopodobieństwo.

Łatwiejsze zadanie mamy, gdy wypadek dotknął człowieka dotychczas zdrowego, młodego, u którego można wyłączyć działanie innych czynników i wogóle zmian w ustroju, mogących również wyrzucić pewien wpływ na obecne cierpienie.

W praktyce jednak często zdarzają się przypadki, w których uraz był nie bezpośrednią przyczyną, lecz pośrednią. Mam tu na myśli przypadki, w których uraz dotknął ludzi, cierpiących na miażdżycę naczyń, alkoholizm, przymiot, obciążenie dziedziczne nerwowe itp. W tym razie uraz stanowić może jedną z licznych przyczyn, może być ową kroplą, przepełniającą czarę.

Prawodawstwa zagraniczne czynnika tego nie uwzględniają t. j. poszkodowany, dotknięty alkoholizmem, obciążeniem dziedzicznym itp., otrzymuje odszkodowanie za utratę zdolności do pracy, jeśli przed wypadkiem był zdolnym do pracy i jeśli uraz w danym razie był istotnie współdziałającą, choćby i jedną z wielu przyczyn.

U nas pod tym względem niema żadnych przepisów prawnych. W każdym razie, dla pełności obrazu oraz naukowego uzasadnienia orzeczenia swego, lekarz obowiązany jest zaznaczyć w świadectwie wszystkie współdziałające czynniki.

Wreszcie świadectwo lekarskie winno określić stopień zdolności do pracy. W tym względzie należy mieć w pamięci radę wielu doświadczonych neuropatologów, aby nigdy nie wypowiadać swej opinii zbyt wczesnie, a w każdym razie oględnie.

Określe-
nie zdol-
ności do
pracy

Nawet w przypadkach pozornie jasnych czas późniejszy przynosi niekiedy niespodzianki.

Ostrożność jest szczególnie konieczną w świadectwach pierwszych, w krótkim czasie po wypadku, a także w przypadkach częściowej utraty zdolności do pracy, gdyż wyrokowanie o całkowitej utracie zdolności do pracy jest zwykle łatwiejsze.

Lecz przypadki utraty całkowitej zdolności zarobkowania są względnie rzadkie. Z 92326 nieszczęśliwych wypadków w 1897 r. w Niemczech 7416 zakończyło się śmiercią, w 1507 pozostała zupełna niezdolność do pracy, a w pozostałych t. j. 83413 była częściowo zmniejszona zdolność zarobkowania (BECKER).

Określenie stopnia częściowej utraty zdolności zarobkowania w praktyce nastęcza dla lekarza częstokroć wielkie trudności. Lekarz zazwyczaj nie zna na tyle dokładnie rodzaju pracy poszkodowanego, aby mógł określić, o ile on może ją wykonywać. Dla uniknięcia tej trudności, najwłaściwiej może, idąc za radą BRUNS'a, oznaczyć stopień zdolności nie w procentach, lecz możliwie jasno i dokładnie podać obraz stanu chorobowego i w ten sposób dostarczyć innym rzeczoznawcom materiału do wnioskania. W wielu razach można pójść za radą OPPENHEIM'a: „poszkodowany nie może wykonywać pracy ciężkiej i odpowiedzialnej (np. kolejowej, przy maszynach), może jednak pełnić pracę lżejszą, jako służący biurowy, szwajcar itp.“ Nie zawsze jednak rada taka może mieć zastosowanie, a nadewszystko nie zawsze może być sprawiedliwą. Maszynista np. dotknięty porażeniem kończyny górnej, nie jest pozbawiony całkowicie zdolności do pracy, bo może być odźwiernym, stróżem itp. Mularz, cierpiący na zawroty głowy i nie mogący z tego powodu pracować na rusztowaniu,

również może być stróżem, szwajcarem itp. Lecz pamiętać należy, że człowiek mający w ręku określony fach, może nie znaleźć pomimo chęci, innego zajęcia; w takim zaś razie teoretycznie częściowa niezdolność do pracy w praktyce może być równoznaczną z całkowitą utratą zdolności zarobkowania. Oprócz tego należy uwzględnić, że to nowe zajęcie, do którego obecnie poszkodowany jest uzdolniony, może całkowicie nie odpowiadać dotychczasowej skali jego życia i wymagań osobistych. Oprócz tego na faktyczne zmniejszenie zdolności do pracy mogą wywierać wpływ jeszcze inne czynniki. Pracownik np. kolejowy po urazie nie jest zdolny do służby kolejowej, dzięki specjalnemu przepisowi na drogach żelaznych, lecz jest zdolny do innej pracy. Wobec jednak zastoju np. w przemyśle, handlu itp. miejsca znaleźć nie może. Faktycznie jest on pozbawiony zdolności zarobkowania. Oprócz tego — i co wogóle ma wielkie znaczenie — pracodawcy bardzo niechętnie przyjmują pracowników, dotkniętych pewnym defektem, a to z tego powodu, że taki częściowy inwalid może łatwiej być narażony na wypadek, przez co pracodawca przyjmuje odrazu na siebie pewną odpowiedzialność. Tak np. człowiek pozbawiony jednego oka jest właściwie zdolnym do bardzo wielu zajęć. Lecz pracodawca obawia się wziąć takiego pracownika, albowiem jednooki może łatwo uleść wypadkowi, utracie drugiego oka, a odpowiedzialność pracodawcy za sprowadzenie zupełnej ślepoty jest naturalnie większa, niż za pozbawienie kogoś jednego oka.

Dla zapobieżenia takim niesprawiedliwościom prawodawstwo niemieckie wprowadziło w 1900 r. następujący przepis: „Dopóki poszkodowany rzeczywiście i nie z własnej winy jest bez pracy, zwią-

zek może podnieść częściową jego rentę do wysokości pełnej renty“. Zaznaczyć jednak należy, że przepis ten, jak o tem przekonywa praktyka, ma i złą stronę, ponieważ łatwo może być bodźcem do próżniactwa i udawania.

Dla określenia stopnia zdolności zarobkowania związku robocze w Niemczech oraz różne prywatne towarzystwa ubezpieczeń usiłowały wprowadzić t. zw. taryfę odszkodowań, według której określa się stopień zmniejszenia zdolności do pracy i wysokość odszkodowania.

Oto np. taryfa Kolońskiego towarzystwa ubezpieczeń:

100%—w razie utraty obu oczu, obu kończyn górnych lub obu rąk, obu nóg lub obu stóp, jednej górnej i jednej dolnej kończyny lub jednej ręki i jednej stopy.

60%—za utratę prawej kończyny górnej lub prawej ręki;

50%—za utratę lewej kończyny górnej lub lewej ręki;

50%—za utratę jednej nogi lub jednej stopy;

30%—za utratę jednego oka;

25%—za utratę wielkiego palca prawej ręki;

18%—za utratę wielkiego palca lewej ręki;

16%—za utratę wskazującego palca prawej ręki;

12%—za utratę małego palca prawej ręki;

12%—za utratę wskazującego palca lewej ręki;

10%—za utratę środkowego lub czwartego palca prawej ręki;

7%—za utratę małego palca lewej ręki;

7%—za utratę środkowego lub czwartego palca lewej ręki.

W razie utraty kilku palców odszkodowanie określa się summą odsetek, przypadających za po-

szczególne palce, nigdy jednak nie może być wyższą od odsetki, przypadającej za utratę całej ręki; w razie zaś licznych uszkodzeń odszkodowanie nie może przewyższać 100%.

Na posiedzeniu lekarzy warsztatów kolejowych w Berlinie opracowano następującą taryfę: 100% w razie utraty obu oczu, obu kończyn górnych lub obu rąk, obu nóg lub obu stóp, jednej kończyny górnej i jednej nogi lub jednej ręki i jednej stopy;

60%—za utratę prawej ręki;

50%—za utratę jednej stopy;

40%—za utratę lewej ręki;

33¹/₃%—za utratę wielkiego palca prawej ręki;

22%—za utratę jednego oka;

14%—za utratę wielkiego lub wskazującego palca lewej ręki;

6%—za utratę któregokolwiek innego palca prawej ręki;

4%—za utratę któregokolwiek innego palca lewej ręki.

Podobne taryfy mają jednak względnie niewielkie znaczenie. Naprzód bowiem nie obejmują one uszkodzeń innych narządów (czaszka, klatka piersiowa itd., które żadną miarą nie dadzą się podciągnąć pod żaden schemat). Powtóre zaś, i co jest najważniejsze, wszelka taryfa uniemożliwia indywidualizowanie. Można zaś powiedzieć, że prawie niema dwóch przypadków uszkodzenia absolutnie jednakich zarówno pod względem klinicznym, jak i pod względem znaczenia dla chorego (odnośnie do zdrowia i możliwości zarobkowania). Stąd też jeden poszkodowany może otrzymywać więcej niż mu się należy, inny zaś może być pokrzywdzony. Zwłaszcza tak szczegółowo ułożone taryfy mogą łatwo prowadzić do czysto schematycznego załatwienia sprawy. Np. utrata jednego palca u wy-

robniką, zaledwie nieznacznie zmniejsza jego zdolność zarobkową, gdy muzyka, rzeźbiarza itp. może zupełnie pozbawić chleba. W każdym oddzielnym przypadku należy uwzględniać wszelkie możliwe okoliczności, dotyczące zarówno stanu fizycznego poszkodowanego, jak i jego warunków życiowych. Dlatego też w Niemczech podobne taryfy mają już coraz mniejsze zastosowanie. Istniejące tam organa decydujące (związki zawodowe, sądy rozjemcze, Schiedsgerichte itd.), mając już w tym kierunku pewną praktykę i znajomość rzeczy, mogą wyrokować w każdym oddzielnym przypadku, nie trzymając się niewolniczo cyfr taryfy. U nas jednak może jeszcze zachodzi konieczność oznaczania cyfrowo zmniejszenia zdolności zarobkowej, albowiem decydujące u nas organa nie zawsze posiadają odpowiednie doświadczenie w tym względzie. Nie należałoby tylko gubić się w drobnych cyfrach, a wprowadzić większe różnice np. $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$. Zresztą lekarz przy oznaczeniu cyfry w każdym razie winien uwzględniać wszelkie okoliczności, o których wyżej była mowa.

Przy określaniu zdolności do pracy znajdujemy trudności przede wszystkim z tego powodu, że nie zawsze możemy polegać na osobistym zeznaniu badanego. W tym właśnie względzie najwięcej działa zła wola chorego albo też hipochondryczno-neurasteniczny nastrój, szczerze przeświadczenie o ważności choroby, dzięki czemu badany wbrew istotnemu stanowi rzeczy podaje siebie za niezdolnego do pracy. Dla tego też wśród dotkniętych nerwicą w następstwie urazu liczba niezdolnych do pracy, według zeznania samych

chorych, jest względnie wielką. JEREMIAS usiłuje ująć w cyfry stosunek między liczbą niezdolnych do pracy w następstwie cierpienia nerwowego (nerwica) urazowego, a dotkniętych nerwicą nieurazową.

Wnioski swoje JEREMIAS oparł wprawdzie na niewielkiej liczbie chorych, lecz za to chorzy ci stanowili odpowiedni materiał pod tym względem, że byli to ludzie, którzy sami dobrowolnie przychodzili do kliniki prof. MENDEL'a (Berlin) w celu leczenia się; wyłączeni zaś byli tacy chorzy, którzy zgłaszali się w celu otrzymania świadectwa lekarskiego. Otóż z chorych urazowych 56% zaznaczało zupełną niezdolność do pracy, a tylko 8% częściową. U chorych nieurazowych rzecz się ma przeciwnie: o zupełnej niezdolności do pracy oświadczyło 20%, o częściowej 37 $\frac{1}{2}$ %. Inaczej cyfry te przedstawiają się w świetle świadectw lekarskich, mianowicie 56% niezdolnych do pracy wskutek urazu redukuje się do 12%, gdy 20% niezdolnych do pracy chorych nieurazowych pozostaje bez zmiany. W związku z tem przytoczyć można słowa THIEM'a: „Istotnie zadziwiającem jest, że od czasu istnienia prawa o nieszczęśliwych wypadkach, ani zwichnięcie stawu barkowego, ani złamanie obojczyka itp. nie chce się już wyleczyć, lecz zawsze pozostawia ciężkie zaburzenia czynnościowe. Dlaczego dawniej było inaczej, dlaczego i dziś jeszcze jest inaczej, pośród ludzi, którzy nie mogą rachować na odszkodowanie“?

Schematy świadectw

Ażeby zakończyć ze sprawą świadectw lekarskich wspomnieć należy o licznych schematach, według których układają się świadectwa. U nas wzory takie stosują Towarzystwa ubezpieczeń w postaci formularzy z szeregiem pytań, na które winien odpowiedzieć lekarz. Formularze te zwykle są dwojakie: 1) świadectwo pierwotne, zawi-

domienie o nieszczęśliwym wypadku; 2) świadectwo ostateczne, po zupełnem ukończeniu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku. Pożyteczną stroną tych wzorów stanowi to, że zaoszczędzają lekarzowi czasu oraz zapobiegają pomijaniu pewnych, niekiedy nawet ważnych szczegółów. Z drugiej jednak strony formularze te prowadzą często do formalistycznego załatwienia sprawy, skutkiem czego lakoniczne odpowiedzi „tak” lub „nie” często posiadają niewielką lub niedostateczną wartość, jako materiał dla późniejszych orzeczeń lekarza biegłego.

Zamiast takich wzorów z rubrykami na krótkie odpowiedzi, byłoby pożyteczniejszem zaprowadzić pewne wzory ogólne z wymienieniem tych punktów, które lekarz winien uwzględnić.

Przytoczę tu schemat, który proponuje BECKER:

1) Oznaczenie instytucji, na której żądanie wydaje się świadectwo lekarskie, data oraz cel świadectwa;

2) imię, nazwisko, wiek oraz miejsce urodzenia poszkodowanego;

3) zeznanie badanego o dawniejszych jego chorobach;

4) szczegóły nieszczęśliwego wypadku według słów badanego oraz aktów sprawy;

5) przebieg choroby od dnia wypadku do chwili badania;

6) skargi obecne badanego oraz zeznania jego, o ile i dla czego jest niezdolny do pracy; tu może być dołączona krótka wzmianka o żądaniem przez badanego odszkodowaniu;

7) wyniki przedmiotowego badania;

8) zestawienie wyników badania i tych głównych momentów, które stanowią podstawę orzeczenia;

9) wnioski ostateczne (czy badany rzeczywistość jest chory, czy są dane do podejrzenia udawania i jakie mianowicie; rozpoznanie choroby; określenie stopnia zdolności do pracy; związek choroby z urazem; rokowanie);

10) wyraźny podpis lekarza.

Wzór powyższy lub inne nieco zmienione mogą być niewątpliwie pożyteczne, gdy chodzi o świadectwa pierwotne. Lecz świadectwa ostateczne (Obergutachten), w których zawiera się częstokroć dłuższe naukowe uzasadnienie lub krytyczne rozpatrzenie poprzednich świadectw — takie świadectwa nie dadzą się wtłoczyć w ramy jakiegokolwiek schematu.

Przy układaniu świadectwa lekarskiego pamiętać należy, że jest ono dokumentem urzędowym, który może mieć znaczenie dowodu w sprawie sądowej. Stąd konieczną jest oględność, a nade wszystko możliwie ściśle uzasadnienie wszelkich wniosków tembardziej, że dokument taki może być powodem do wytoczenia lekarzowi sprawy sądowej przez poszkodowanego.

Wreszcie, ponieważ świadectwa lekarskie przeznaczone są zwykle dla nielekarzy (władze sądowe, kolejowe itp.), przeto należy unikać, o ile można terminów lekarskich, które w razie potrzeby można pomieszczać w nawiasach. Wogóle, świadectwo winno być tak napisane, aby i nielekarz mógł je należycie zrozumieć.

Dla przykładu pozwalam sobie podać tu kilka świadectw lekarskich, mianowicie THIEM'a, SCHUSTER'a, BECKER'a, i prof. WERNICKE'go. Dwa pierwsze zawierają wszystkie wymagane od świadectwa

punkty; pozostałe stanowią głównie ostateczne orzeczenia lekarskie w przypadkach urazowych: zasługują one na uwagę, jako przykład takich orzeczeń, a nadto z tego względu, że poruszają parę ważnych pytań z dziedziny praktyki.

I. Świadcstwo lekarskie D-ra C. Thiem'a.

I. Personalia.

Maszynista E. N. z C., urodzony 11. XII. 1843 w S. na zlecenie Dyrekcji Drogi Żelaznej w Halle leczył się ambulatoryjnie w tutejszym zakładzie leczniczym (Cottbus) od 4 Maja 1897 do 17 Lipca (włącznie) 1897 r. z powodu następstw nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ; 27. I 1897 r.

II. Szczegóły wypadku i przebieg dotychczasowego leczenia według aktów i zeznań poszkodowanego.

Pociąg, którym jechał N., wszedł na niewłaściwy tor a następnie na rampę dla bydła, skutkiem czego dziewięć wagonów było strzaskanych. N. znajdował się przy ha mulcu wagonu bagażowego, idącego tuż za parowozem. Skutkiem silnego uderzenia upadł on w tył do wnętrza wagonu. Od tej chwili nie wie, co się dalej działo, ponieważ stracił przytomność.

Gdy przyszedł do siebie, leżał na węglach tendra, co tłumaczy sobie w ten sposób, że dalsze wagony musiały podnieść do góry wagon bagażowy i wsunąć go częściowo nad wagon z węglami, przyczem N. wypadł i został wyrzucony na węgle.

Po wypadku N. mógł o własnych siłach udać się do gmachu stacyjnego, skąd następnie pierwszym pociągiem pojechał do C. Z powodu silnych bólów w krzyżu i nogach musiał położyć się do łóżka i wezwać lekarza kolejowego Dra P., pod którego opieką dotąd pozostaje.

III. Zeznania poszkodowanego o stanie jego zdrowia w chwili przybycia do zakładu.

N. skarży się na stałe zawroty i bóle głowy tak, że często musi siadać i zamykać oczy, poczem objaw ten nie-

co ustaje; nadto ma on bóle w krzyżu i w lewym boku. Przy chodzeniu doświadcza uczucia osłabienia i omdlenia w nogach: ma poczucie, że chodzi jak stary człowiek o kiju.

IV. Wyniki obserwacji, badania i leczenia.

Wyniki wielokrotnych badań, ogólnie biorąc, pozostały bez zmiany, nawet w końcu obserwacji można było zauważyć pewne pogorszenie niektórych objawów.

Wszystkie objawy chorobowe dotyczą układu nerwowego; przedmiotowych, anatomicznych zmian w ustroju niema.

Czucie dotyku na całej powierzchni ciała zachowane, prawidłowe.

Przy badaniu czucia bólu występuje nadczułość skóry na ukłucie igłą (*hyperaesthesia*).

Czucie ciepłe prawidłowe na całym ciele, z wyjątkiem okolicy krzyża. W tej okolicy pobudliwość na różne stopnie ciepła i zimna jest nieco obniżona.

Odruchy ścięgnowe są wogóle wzmoczone, szczególnie odruchy kolanowe w ostatnich dniach badania są tak silne, że goleń przy badaniu tego objawu silnie wyskakuje naprzód.

Lekko przymknięte powieki silnie drżą. Przy silnym zamknięciu powiek drżenie również nie ustaje. Gdy chory stoi z zamkniętymi oczami i zsuniętymi nogami, występuje silne chwianie się, które przy końcu badania jeszcze się wzmagają.

Badanie narządów zmysłów dało następujące wyniki: Nieznaczny stopień krótkowzroczności; odruchy źrenicy przy działaniu światła, a także przy przystosowaniu oka do dalszej lub bliższej odległości, są prawidłowe. Jak to widać z dołączonego schematu, zwężenie pola widzenia, istnieje tylko w prawym oku i to w nieznacznym stopniu w górnej części.

Badanie uszu za pomocą zwierciadła usznego wykazuje w prawym uchu przedziurawienie błony bębenkowej w górnej przedniej części.

Próba WEBER'a daje wyniki pozytywne, t. j. dźwięk wydawany przez widełki strojowe (kamerton), umieszczone na głowie, jest stale lepiej słyszany w uchu zatkanem.

Lewe ucho słyszy szept średniej siły zupełnie wyraźnie z odległości 5 m., a prawe ucho słyszy taki sam szept

niewyraźnie, ujmuje tylko niektóre wyrazy. Zwykłą mowę jedno i drugie ucho słyszy z odległości 7 metrów.

Powonienie w obu połowach nosa zachowane.

Narząd smaku wykazuje następujące zmiany: koniec języka jest zupełnie niewrażliwy na smak słony i kwaśny, bliżej ku grzbietowi języka oba te rodzaje smaku są odróżniane. Koniec języka jest pobudliwy na słodycz. Narządy wewnętrzne są zdrowe; tylko układ naczyniowy wykazuje następujące zmiany: tętno zwykle 100—112 uderzeń na minutę; przy poziomem leżeniu na grzbiecie liczba uderzeń tętna spada do 76—100. Nerwy zwężające ściany naczyń (vasoconstrictores) bardzo prędko tracą swą pobudliwość. Ujawnia się to w postaci objawu zwanego, Dermatographia, t. j. jeśli na skórze kreślimy paznokciem literę lub figury, to odpowiednie miejsca czerwienieją, wskutek czego litera lub figura występuje na skórze wyraźnie. Przepukliny ani usposobienia do niej nie znaleziono.

Mocz nie zawiera składników nieprawidłowych.

V. Zestawienie ostatecznych wyników.

Jakkolwiek u N. brak zmian czysto anatomicznych, jednak zestawienie różnych przytoczonych powyżej objawów umożliwi rozpoznanie neurastenji—urazowej.

Do tych objawów, które tu pokrótce powtórzymy, należą: nadmierna pobudliwość skóry na ukłucia szpilką, wzmożenie odruchów ścięgowych, zmniejszona pobudliwość na bodźce cieplne w okolicy krzyżowej, chwianie się przy staniu z zamkniętymi oczami i zsunięciem nogami, drżenie powiek, zaburzenia w dziedzinie smaku, szybko występujące porażenie w nerwach naczynioruchowych, przyspieszona działalność serca.

O udawaniu lub przesadzie nie może tu być mowy. Przedziurawienie błony bębenkowej w prawem uchu, zdaje się, istnieje już oddawna, albowiem w tylnej części błony znajduje się zwapnienie. Ostatecznie jednak objaw ten niema wielkiego znaczenia, albowiem N. słyszy zupełnie dobrze uszami zwykłą mowę z odległości 7 metrów, a więc może spełniać czynności, związane ze służbą na kolei.

Pytanie czy neurastenia nie istniała częściowo i przed nieszczęśliwym wypadkiem, nie ma w tym razie znaczenia, stosownie do przepisów ubezpieczenia państwo-

Objawy nerwowe.

3

wego, albowiem N. do czasu wypadku pełnił całkowicie służbę. W każdym razie jest on obecnie całkowicie niezdolny do pracy.—Byłoby pożytecznem zaniechać obecnie dalszego systematycznego leczenia N., a natomiast pozostawić go, najmniej przez jeden rok, w zupełnym spokoju w kole rodzinnem; po upływie zaś tego czasu, należy podać go nowemu badaniu albowiem w podobnych przypadkach poprawa po upływie dłuższego czasu wcale nie jest wykluczona.

Dr. C. T.

C. 19 lipca 1897.

II. Orzeczenie Dra P. Schuster'a (z kliniki prof. MENDEL'a w Berlinie).

Mam zaszczyt przy niniejszem przedstawić Dyrekcji kolejowej opinię w sprawie kupca N. o odszkodowanie z powodu nieszczęśliwego wypadku.

Po przyjęciu do kliniki tutejszej 26. X. 96. N. zakomunikował, że ma lat 33 i jest kupcem. Ojciec badanego, według jego słów, umarł na zapalenie kiszek, a matka na zapalenie płuc. W rodzinie żadnych chorób nerwowych jakoby nie było. W wieku dziecięcym chorował na odrę, a później na rzeżączkę; zresztą, jak twierdzi, nigdy poważniej nie chorował, zwłaszcza przymiotem nie był dotknięty. Służbę wojskową odbywał. Tytoniu ani alkoholu nigdy nie nadużywał. W Styczniu 1897 r. uległ nieszczęśliwemu wypadkowi na drodze żelaznej Wannsee. O wypadku tym wie tylko tyle, że zauważył, jak z boku na pociąg, którym on jechał, nadchodzi inny pociąg. Nagle otrzymał uderzenie w tył głowy i stracił przytomność. Jak długo pozostawał nieprzytomnym, nie wie. Wie tylko tyle, że później przez kilka godzin miał zupełne pomieszenie umysłu. Żadnych cięższych obrażeń zewnętrznych nie odniósł; nie było przytem ani wymiotów ani krwawienia z ust lub nosa. Gdy jednak wrócił do przytomności, nie był w stanie, jak twierdzi, podnosić się z łóżka. W załączonych aktach nie znajdujemy opisu nieszczęśliwego wypadku; są tylko w niektórych świadectwach lekarskich szczegóły wypadku, powtórzone ze słów badanego. Szczegóły te są zgodne z podanymi powyżej. Z aktów dowiadujemy się nadto, że N. po wypadku

był w szpitalu... w Berlinie przez trzy tygodnie, a następnie leczyl się w zakładach X, Y i Z.

Dr. A. zaświadcza pod datą 9. VII. 87, że N. leczyl się w szpitalu... z powodu „stłuczenia piersi, wstrząśnienia układu nerwowego ośrodkowego oraz silnego rozstroju nerwowego”.

Świadcstwa lekarskie Drów B, C, D, E, F i G podają N., jako człowieka ciężko chorego, a to na zasadzie skarg podmiotowych oraz szeregu objawów, występujących przy badaniu, jako to: nieprawidłowe napełnienie naczyń krwionośnych głowy, chwianie się przy zamkniętych oczach, nieprawidłowa działalność serca, obniżenie czucia po stronie lewej, zmiany w odruchach (zwłaszcza odruchach kolanowych), nadmierna pobudliwość itp. Wszyscy ci lekarze, którzy badali N. w ciągu czasu od 1887 do 1896, zaznaczali nieraz chwilową poprawę, wszyscy jednak uważają N. za zupełnie niezdolnego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Raz nawet, w Marcu 1888 r., jak wspomina Dr. H., wystąpiły objawy obłądu.

Dopiero w ostatniem świadectwie Dra E. wypowiedziano wyraźnie pogląd, że N. wprawdzie jest chory, lecz znacznie przesadza i udaje. Nadto wyrażono tu podejrzenie, powzięte poprzednio przez Dra G., że N. pije. Dla tych powodów uznano za konieczną obserwację w zakładzie.

Dla tego też dyrekcja kolejowa skierowała N. do zakładu naszego.

Tu znaleziono co następuje:

Badany skarży się obecnie na stały ucisk w okolicy ciele mieniowej, na występujący niekiedy kłujący ból w tyle głowy, który zjawia się w chwilach wzburzenia lub nawet bez powodu w godzinach rannych. Następnie N. miewa jakoby od zeszłego roku uczucie, jakby mu coś w głowie pękało, poczem ma wrażenie, jakby był oblewany gorącym piaskiem. Występuje wtedy, jak twierdzi, osłabienie w obu nogach, tak że musi jakoby kłaść się; osłabienie takie trwa wówczas kilka godzin. Poprzednio miewał on zawsze uczucie lęku w okolicy serca. Oprócz tego badany skarży się na częste uderzenia do głowy; wtedy ma on uczucie w czole, jakby mu wciskano od wewnątrz jakiś zimny przedmiot. Usposobienie, jak twierdzi, ma zwykle przygnębione, często płacze bez powodu, poczem czuje się lepiej; następnie łatwo wpada w gniewz powodu błahych rzeczy; najwięcej lubi spokój. Przy rozmowie musi jakoby często szukać

wyrazów; wie, co chce powiedzieć, lecz brak mu wyrazów; w rozmowie traci wątek. Stracił pamięć do nazwisk; często zjawiają się jakoby stany zwątpienia, przyczem staje się niespokojnym i nie wie, czy zrobił to, co zamierzał, czy też nie; niekiedy widzi jakieś figury i plamy barwne. Sypia jakoby źle, z przerwami skutkiem przykrych snów. Głos mu się zmienił: gdy dawniej mówił grubym „chrapliwym” głosem, obecnie mówi wysokim falsetem. Wreszcie badany skarży się jeszcze na osłabienie w lewej nodze (gdy chodzi dłuższy czas, noga zaczyna „kuleć”), oraz na stałe uczucie zimna w stopach.

Badany jest silnej budowy i dobrego odżywiania, na twarzy widać liczne rozszerzone naczynia krwionośne. Opukiwanie głowy, a także ucisk na kręgosłup, według jego słów, jest niebolesny. Na głowie niema żadnych blizn; czolo marszczy się dobrze. Przy zamykaniu oczu powieki górne silnie drżą. Ruchy gałek ocznych prawidłowe; źrenice wąskie, jednak szerokie, oddziałują żywo na światło, oraz przy patrzeniu na bliskie przedmioty. Pole widzenia i dno oka zmian nie wykazują.

Język obłożony, porysowany, po wysunięciu z jamy ustnej nieco drży. Ruchy ust oraz podniebienia miękkiego prawidłowe. Czucie na twarzy prawidłowe. Wszędzie odróżnia ostrze od łepka szpilki. Gruba siła kończyn górnych przy ruchach z oporem dobra we wszystkich stawach; również prawidłowe są ruchy bierne. Ściskanie dłońią z prawej strony dobre, z lewej zaledwie dostateczne; lekkie delikatne drżenie wyciągniętych rąk; niema bezładu (zaburzenia pod względem koordynacji ruchów). Ukłucia szpilką i dotknięcia łepkiem szpilki odróżnia dobrze z obu stron: na piersiach, tułowiu, grzbiecie i kończynach górnych; tylko na lewej kończynie górnej nie czuje jakoby tak wyraźnie, jak na prawej.

Lekkie chwanie się przy staniu z zamkniętymi oczami; chód nic szczególnego nie przedstawia. Siła nóg przy ruchach z oporem w stawach biodrowym i kolanowym z obu stron dobra, również dobra w prawym stawie stopowym, w lewym zaś jest słabsza. Ruchy nóg we wszystkich stawach wolne. Odruchy kolanowe z obu stron jednakie, nie zbyt żywe. Bezładni niema. Również i na nogach dobrze odróżnia ostrze szpilki od łepka.

Przednia granica płuc z prawej strony znajduje się na górnym brzegu szóstego żebra, tylna z obu stron na

wysokości dwunastego kręgu grzbietowego. Oddech pęcherzykowy, prawidłowy.

Górna granica serca znajduje się na piątym żebrze, z prawej strony u lewego brzegu mostka; uderzenie wierzchołka serca w szóstym międzyżebrzu, nieco na wewnątrz od linii sutkowej. Tętno serca czyste, u wierzchołka nieco głuche; tętno równe, średnio pełne, zmienne od 100 do 120 na minutę. Ściany tętnicy promieniowej miękkie.

Wątroba i śledziona nie są wyczuwalne. Gruczoły nie są powiększone. Mocz nie zawiera białka ani cukru.

Silnie wyrażona dermografja (zaczerwienienie miejsc skóry podrażnionych mechanicznie). Bolesne jakoby miejsca na lewym łuku żebrzym przy obmacywaniu nie okazuje żadnych zmian.

Obserwacja potwierdziła wyniki badania powyższego i uzupełniła je w różnych kierunkach. Tak, badanie krtani, dokonane na naszą prośbę przez prof. BAGINSKY'ego, wykazało niewielką szparę przy zamykaniu strun głosowych (osłabienie t. zw. *musculi interni*); po za tem zresztą badanie krtani nie wykazało innych zmian. Również stwierdzono t. zw. *Glycosuriam alimentariam*, t. j. występowanie cukru w moczu po spożyciu większej ilości cukru (objaw, który niekiedy występuje przy wielu cierpieniach nerwowych).

Krzywa ciepłoty wykazywała nieznaczne zboczenia. Ciepłota wieczorna była po największej części bardzo nie wiele wyższa od rannej; ciepłota ranna przeciętnie była 36,0 do 36,6. Przez sześć dni ciepłota w godzinach rannych była nawet wyższa niż wieczorna (t. zw. *typus inversus*).

Przy najmniejszym wzruszeniu, nawet przy zwykłej rozmowie, częstosć tętna zwiększała się do 120 uderzeń na minutę, gdy w spokoju liczba uderzeń była znacznie mniejsza. Stale wreszcie spostrzegano zaczerwienienie twarzy oraz zmianę głosu, którą badany określał sam, jako falset.

Co się tyczy stanu psychicznego, to N. był zawsze w nastroju bardzo płacziwym: łązy zawsze występowały mu na oczach, ilekroć była mowa o nieszczęśliwym wypadku, jakiemu on uległ. Szczególnego osłabienia pamięci nie zauważono, jedynie tylko często brak przytomności umysłu. Zdolności umysłowe zachowane.

N. stale wykazywał zupełną gotowość poddawania się przepisom lekarskim i nigdy nie sprawiał wrażenia, jakoby udawał. Jakiegoś szczególnego upodobania do alko.

holu nie zauważono; zresztą wydaje się bardzo nieprawdopodobnem, aby mógł obecnie znosić alkohol.

Podmiotowe skargi N. pozostały bez zmiany. N. mie-
wa w nocy, jak mówi, straszne sny i widzenia i wogóle sy-
pia bardzo niespokojnie. Nadto miał jakoby kilka razy
wymiotować.

Waga przy przyjęciu do zakładu wynosiła 123 funty,
przy opuszczeniu zakładu 120 funt.

Stolce były prawidłowe.

Z aktów sprawy, wyników badania oraz obserwacji
wynika co następuje:

1) U N. znajdujemy szereg objawów przedmiotowych, które wskazują na istnienie cierpienia nerwowego: nieprawidłowe napełnienie naczyń krwionośnych, drżenie powiek, rąk i języka, nieprawidłowa pobudliwość serca, nieprawidłowe stosunki w zachowaniu się ciepłoty ciała, zmiana głosu, dermografja i zmiany w dziedzinie wzruszeniowej.

2) Łącznie ze skargami podmiotowymi, które po większej części są typowe dla istniejącej choroby, wymienione powyżej objawy przedmiotowe stanowią obraz klasyczny czynnościowego t. j. nieorganicznego cierpienia nerwowego.

3) Związek choroby z nieszczęśliwym wypadkiem, jakiemu uległ N., zgodnie z aktami sprawy, nie może ulegać wątpliwości.

4) Na pytanie co do zdolności N. do zarobkowania należy odpowiedzieć, że N. obecnie nie jest zdolny do pracy ciężkiej, a nawet średnio ciężkiej. Są jednak rodzaje lżejszej pracy, które N. wykonywać może, a nawet wykonywać powinien, choćby to mu początkowo było trudnem. Takie lżejsze zajęcia lekarze zalecają podobnym chorym, jako środek leczniczy, pomyślnie oddziaływający na ich stan. Do tego rodzaju zajęć należą: pełnienie obowiązków dozorczy przy jakimkolwiek przedsiębiorstwie, chodzenie niezbyt długie dla załatwiania interesów, przepisywanie itp. Czy N. znajdzie podobne miejsce, wydaje się wątpliwem. W każdym razie ze stanowiska lekarskiego należy zaznaczyć możliwość tej, chociaż niewielkiej, zdolności do pracy. Zdolność tę określić można w przybliżeniu na 25%.

Data

Dr. P. Schuster.

III. Ostateczne orzeczenie (Obergutachten) prof. Wernicke'go

Orzeczenie dotyczy następującego przypadku: żona robotnika rolnego P. 16. V. 95 r. siedziała na koźle wozu z deskami; konie wystraszyły się i poniosły; P. spadła z koźła na ziemię i uderzyła się w tył głowy. W Lutym 1896 r. bez żadnego widocznego powodu została dotknięta napadem apoplektycznym. P. wystąpiła z żądaniem wydania jej renty, dowodząc, że napad apoplektyczny był następstwem wypadku z dnia 16. V. 1895. Dla określenia związku przyczynowego między nieszczęśliwym wypadkiem a późniejszym napadem apoplektycznym skierowano P. do prof. WERNICKE'go, który wydał następujące orzeczenie:

Przy niniejszem przedstawiam opinię lekarską w sprawie o odszkodowanie żony robotnika P. przeciwko Śląskiemu związkowi rolnemu (Landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft), stosownie do odezwy z dnia 14. VII 1897 r.

P. pozostawała na obserwacji w mojej poliklinice od 30. X. do 11. XI, r. b. i wielokrotnie była przezemnie badana. Wyniki badania w obecnej chwili są następujące:

Osoba dobrze odżywiana, zdrowo wyglądająca. Skarżi podmiotowe są następujące: ogólne osłabienie, niezdolność do ciężkiej fizycznej pracy, skłonność do zawrotów głowy oraz bóle w prawej połowie twarzy i lewej połowie ciała, a mianowicie bóle, które zjawiają się w lewej okolicy lędźwiowej i pośladkowej przy dłuższem chodzeniu lub wchodzeniu na schody. Przy chodzeniu P. istotnie oszczędza widocznie lewą nogę. Badanie przedmiotowe oprócz rozemdy płuc w lekkim stopniu nie wykazuje zmian w narządach wewnętrznych. W układzie zaś nerwowym znaleziono następujące objawy: Obniżenie czucia bólu w całym zakresie nerwu trójdzielnego prawego, a mianowicie wyraźne znieczulenie błon śluzowych w oku, nosie, jamie ustnej a także na rogówce oka; oprócz tego obniżenie czucia bólu i ciepłoty na lewej połowie tułowia i na lewych kończynach. Granica znieczulenia przechodzi ściśle przez środek tułowia. Należy nadto zauważyć, że mięśnie oczne działają prawidłowo, że gałąź ruchowa nerwu trójdzielnego jest niezajęta, a także że niema żadnych innych nieprawidłowych objawów (w kończynach dolnych, w mięśniach zwieraczach itp.);

również pole widzenia, narządy zmysłów, a także smak na prawej połowie języka są prawidłowe

Powyższe wyniki badania upoważniają do zupełnie pewnego rozpoznania, mianowicie wskazują na cierpienie ogniskowe na bardzo ograniczonej przestrzeni w prawej połowie mostu *Varcol'a* lub górnej połowie rdzenia przedłużonego. Podmiotowe skargi chorej tłumaczą się w obec tego łatwo, a mianowicie bóle w lewej połowie ciała są pochodzenia ośrodkowego, co przy takim umiejscowieniu cierpienia nie jest rzeczą niezwykłą.

Według aktów a także zeznania chorej, wybuch cierpienia ogniskowego nastąpił w Lutym 1896, kiedy pewnego dnia w czasie roboty dostała nagle szumu w uszach, zawrotów i bólu głowy, poczem leżała prawie przez kwartał w łóżku. Do owego dnia była zdrowa i zdolna do pracy; następstwa zaś nieszczęśliwego wypadku z dnia 16. V. 1895 trwały zaledwie kilka dni.

Pytanie, jakie należy postawić, tak można wyrazić: Czy nieszczęśliwy wypadek z dnia 16. V. 1895 r. pozostawał w bezpośrednim przyczynowym związku z napadem apoplektycznym, który samoistnie wystąpił w Lutym 1896 r. Pytanie to można rozstrzygnąć jedynie na zasadzie pewnych rozważań, jakie można poczynić co do natury opisanego cierpienia ogniskowego mózgu. Przy apoplektycznym powstaniu cierpienia dwie sprawy muszą być uwzględnione: wylew krwi do mózgu oraz zatkanie naczynia krwionośnego. Co się tyczy wylewu krwi, to jak wiadomo, przy urazach głowy, a więc przy upadku na tył głowy, jak to właśnie było w danym razie, może nastąpić wylew czy to bezpośrednio czy też pośrednio, w ten sposób, że uraz prowadzi do wytworzenia tętniaka prosoatego, który później może pęknąć i spowodować wylew krwi do mózgu. Podobny zaś pośredni związek z zatkaniem naczynia można wyłączyć, a co najwyżej można przyjąć, że uraz może sprzyjać przeniesieniu się jakby istniejącego już zatoru: lecz takie następstwa winny by wystąpić bezpośrednio po urazie. Wogóle mówiąc, trudnem bywa rozstrzygnięcie pytania, czy ostre cierpienie mózgu zależy od wylewu krwi czy też od zatkania naczynia krwionośnego. W tym jednak razie warunki składają się wyjątkowo pomyślnie i dają możliwość rozstrzygnięcia sprawy. A mianowicie samoistny wylew krwi w powyżej opisanem miejscu, które tak ściśle graniczy z ośrodkami bardzo ważnymi dla życia, powoduje zwykle

albo natychmiastową śmierć albo też ciężkie objawy innego rodzaju, których w tym razie, jak świadczą akta i zeznania P, nie było. Z drugiej natomiast strony, istnieje w literaturze szereg przykładów, w których zatkanie pewnej gałęzi tętnicy kręgowej sprowadza obraz chorobowy podobny do powyżej opisanego. Można przeto przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem, że napad w Lutym 1896 był spowodowany przez zatkanie naczynia i że nie pozostawał nawet w pośrednim związku przyczynowym z nieszczęśliwym wypadkiem, jaki miał miejsce w Maju 1895 r.

Ponieważ P. z powodu cierpienia mózgowego nie jest zdolna do innej jakiegokolwiek pracy, jak tylko do lekkiego domowego zajęcia, przeto może rościć prawo do renty, jako inwalid (Invalidenrente)¹⁾.

Wrocław 19. XI. 1897.

Dyrektor kliniki psychiatrycznej i polikliniki chorób nerwowych

prof. Dr. Wernicke.

IV. Orzeczenie Dra L. Becker'a.

Robotnik P. 12 II. 1890 uległ silnemu stłuczeniu lewego przedramienia ze zmiążdżeniem miękkich części i złamaniem kości. Leczony był w klinice chirurgicznej w Berlinie; po zagojeniu ran był przez długi czas leczony masażem, a 18. VII. 1890 został wypisany jako „prawie wyleczony”. W dalszym przebiegu stan uszkodzonej kończyny poprawił się tyle, że w Marcu 1893 r. wróciły całkowicie ruchy czynne i bierne w lewym stawie łokciowym, w tymże czasie zginanie w stawie napiętkowym było prawidłowe, a wyprostowywanie nieco utrudnione, ruchy jednak czyn-

¹⁾ Od 1889 r. obowiązuje w Niemczech Invaliditäts- und Alters-Versicherung: ubezpieczenie na wypadek starości lub niezdolności do pracy (skutkiem choroby, a nie skutkiem nieszczęśliwego wypadku). Rentę skutkiem niezdolności do pracy (Invalidenrente, a nie Unfallrente) otrzymuje bez względu na wiek każdy ubezpieczony, który jest stale niezdolny do pracy t. j. może zarabiać mniej niż $\frac{1}{3}$ dotychczasowego przeciętnego zarobku.

ne w lewym stawie napięstkowym i w stawach palców były wciąż tak słabe, że P. nie był w stanie utrzymać cięższego narzędzia w lewej ręce. Skutkiem tego sąd rozjemczy we Wrześniu 1893 określił stopień zdolności zarobkowania na połowę. 13. XII. 1893 związek zawodowy pomieścił P. w zakładzie mechano-terapeutycznym Dra H. Tu według świadectwa lekarza, P. zdradzał wyraźną niechęć poddawania się przepisom lekarskim, skutkiem czego otrzymał ze strony zarządu związku odpowiednie ostrzeżenie. Pomimo tego P. nie chciał wykonywać zalecanych ćwiczeń. Gdy mu kazano podnieść kończynę górną lub poruszać przedramieniem i palcami, ruchów tych nie wykonywał twierdząc, że tego czynić nie może (choć przy poprzednich badaniach ruchy te mógł wykonywać). Również stawiał wyraźny opór, gdy mu chciano biernie wykonywać ruchy w stawach barkowym i łokciowym. P. stanowczo nie chciał czynić prób wykonywania zalecanych mu ruchów. Lekarz zakładowy Dr H. dodaje nadto że: 1) nie znajduje żadnego uszkodzenia w ramieniu i w stawie łokciowym ani też żadnych zmian w stawach; że mięśnie lewego barku i ramienia, choć nieco słabsze niż po stronie prawej, nie są jednak porażone ani na tyle słabe, żeby P. nie mógł wykonywać ruchów kończyną; potwierdza to prawidłowy odczyn mięśni i nerwów na prąd faradyczny i galwaniczny, a także fakt, że po długich namowach P. niekiedy porusza ramieniem i przedramieniem; 2) odnośnie do twierdzenia P., że nie może poruszać ręką i palcami (oprócz palca wskazującego), Dr. H. zaznacza, że jakkolwiek poniżej blizny znajdującej się na środku przedramienia i zajmującej cały prawie obwód, istnieje pewien brak (defekt) w częściach miękkich i mięśniach, jednakże, jak wykazało badanie prądem elektrycznym, zginacze ręki i palców a poniekąd i mięśnie wyprostne palców zachowały swą ciągłość; albowiem przy podrażnieniu prądem nerwów i mięśni można otrzymać zgięcie ręki i palców a także wyprostowywanie większości palców. Wyprostowywania ręki a także wyprostowywania i odwodzenia dużego palca nie można było wywołać prądem; inne ruchy dużego palca zachowane.

Przy takim stanie rzeczy, można uważać zgodnie z doświadczeniem lekarskim za rzecz niewątpliwą, że osłabienie mięśni barku i ramienia, jako wynikające z bezczynności, przy dobrej woli P. może być usunięte za pomo-

cą systematycznych ćwiczeń w zakładzie mechano-terapeutycznym.

Aby mózdz odpowiedzieć na pytanie, czy i o ile może się poprawić zdolność ruchowa w lewej ręce przy systematycznym leczeniu w zakładzie, należy w tym razie przede wszystkim rozstrzygnąć, w jakim stopniu nerwy, mięśnie i ścięgna przedramienia, poruszające rękę i palce, są uszkodzone, wzgl. nieczynne przez bliznę. W stawach ręki i palców przeszkoda tkwić nie może, albowiem ruchy bierne są możliwe. Z badania Dra H. nadto wynika, że czynność nerwów, mięśni i ścięgien przedramienia jest w znacznej części zachowana. Stąd na zasadzie spostrzeżeń u innych chorych można wnioskować, że i ruchy ręki oraz palców przy dobrej woli P. mogą się istotnie poprawić przy systematycznych ćwiczeniach pod kierunkiem lekarskim. Choćby poprawa ta nie doprowadzi do przywrócenia całkowitej sprawności uszkodzonej lewej ręki, tak aby P. mógł sobie radzić z większemi i cięższemi przedmiotami, jednakże bardzo uzasadnionym jest następujący pogląd: przy większej sprawności ręki i palców P. może używać lewej ręki przynajmniej do tego, aby trzymać lżejsze przedmioty i w ten sposób okazywać prawej ręce istotną pomoc.

Data

Dr. B.

Na zasadzie powyższego orzeczenia zmieniono wyrok sądu rozjemczego, przyznający połowę zdolności do pracy, i określono u P. zmniejszenie zdolności zarobkowej tylko o 25%.

O udawaniu choroby

(Uwagi ogólne).

Udawanie w czasach dawniejszych. — Środki gwałtowne w celu wykrycia udawania. — Lekarz jako biegły. — Całkowite udawanie choroby nie jest zjawiskiem częstym. — Określenie pojęcia „udawanie”. — Przesada. — Uwagi ogólne o udawaniu różnych objawów. — Specjalne zakłady dla badania symulantów.

Udawanie chorób lub poszczególnych objawów chorobowych znane jest od najdawniejszych czasów. W najrozmaitszych podaniach przedhistorycznych znajdujemy już o tem wzmianki. Opowieści zaliczają do symulantów królów Odysseusza i Dawida, z których ostatni tak umiejętnie odegrał swoją rolę, że nieprzyjazny mu król sąsiedni, u którego musiał szukać schronienia, zawołał na widok plugawego żebraka: „Pocoście przyprowadzili tego warjata, wszak dosyć ich mam u siebie”. Solon z Aten oraz Brutus młodszy byli oskarżeni o udawanie. Dionysius z Halicarnas opowiada, że żołnierze rzymscy pod dowództwem Appiusza Klaudiusza, nie chcąc iść na wyprawę przeciw Wolskom (469 p. N. Chr.), udawali rany i w tym celu obwiązywali sobie kończyny bandażami.

Po wszystkie czasy bodźcem do udawania chorób była chęć ujęcia od groźącego niebezpie-

Udawanie chorób.



czeństwa lub kary, uwolnienia się od ciężkich obowiązków (w naszych czasach wojskowości), wzbudzenia litości i współczucia w celach korzyści materialnej (zebracy), wreszcie—w przypadkach uszkodzeń—chęć otrzymania większego odszkodowania, albo chęć zwiększenia odpowiedzialności tego, kto był sprawcą uszkodzenia. Za czasów rzymskich zjawisko to było już tak znane, że Galen poświęcił specjalny traktat tej sprawie. Według niego, udawane bywają następujące choroby: zapalenie, puchlina, zwłaszcza puchlina kolana, róża, bóle w brzuchu, krwioplucie i choroby umysłowe. W prawodawstwie cesarza Justyniana znajdują się przepisy, dotyczące tych obywateli, którzy pod pozorem choroby, uchylają się od obowiązków publicznych.

Zwłaszcza w czasach barbarzyństwa średniowiecznego i powszechnego zdziczenia udawanie chorób było zjawiskiem bardzo częstym, a częstszem jeszcze oskarżanie o udawanie. Wówczas to właśnie w celu wyświeślenia prawdy i zdemaskowania udawania zaczęto stosować najstraszniejsze środki.

Stosowa-
nie środ-
ków gwał-
townych
w celu wy-
krycia
udawania

Szczególniej choroby umysłowe łatwo dawały powód do oskarżeń o udawanie i do stosowania tak obfitych i urozmaiconych środków inkwizycji. Jeden z wybitnych lekarzy owych czasów w każdym przypadku podejrzenia o udawanie choroby umysłowej zalecał przede wszystkim pewną ilość różeg, bo uważał to za pożyteczne w każdym razie—czy choroba była udana czy też rzeczywista: „ut, si vere insaniret, iis verberibus humores ad papulantes partes diverteret, sin vero simularet, eorundem verberum virtute vel nolens respisceret“. Sprawiedliwość nakazuje wyznać, że już wówczas metoda ta nie znajdowała powszechnego uznania u lekarzy. Fortunatus FIDELIS żąda pewnego ograniczenia w stosowaniu środków okrutnych, a mianowicie

ogranicza je do najniższej ludności „infirmæ sortis hominibus, qui exigua iniuria et verbera et probra perferre possunt”. Większe ograniczenie wprowadzają Paweł ZACCHIAS, Michał ALBERTI. Stopniowo, w miarę rozwoju zasad humanitarnych, zaniechano tych dzikich środków. Nie można jednak powiedzieć, aby w humanitarnym wieku XIX środki gwałtowne nie były znane. W pierwszej połowie XIX wieku baronet Dr. Jakób WILIE odkrył udawanie żołnierza gwardji, kiwającego bezustannie głową z przodu ku tyłowi w ten sposób, iż podstawił mu pod podbródek rozpalone żelazo, a naprzeciwko karku—szydło ¹⁾.

Stosowanie podobnych środków badania dało powód u nas jeszcze w 1776 r. do orzeczenia konstytucji: „Częstem doświadczeniem jest dowiedzione, jako używanie konfessaty przez tortury jest sposób dla konwikacyi winowajców zawodny, dla usprawiedliwienia niewinności okrutny... przeto wszystkim w państwach naszych sądowym jurysdykcyom, jus gladii mającym, nakazywanie konfessatów przez tortury, pod rygorem kar tamquam pro crimine status rozciągnąć się mających, odtąd na zawsze zakazujemy”.

Te słowa skierowała konstytucja nasza do sędziów i urzędników sądowych. O lekarzach tam mowy niema, bo, jak sądzę, nie przypuszczano w końcu XVIII wieku, aby lekarzom należało przypominać tak elementarne zasady humanitarne. Obecnie z oburzeniem wspominamy podobne fakty, poczytując je za objaw barbarzyństwa. Wszyscy zgodnie przyznajemy, że takie środki ubliżają nauce i lekarzom. A jednak i dziś jeszcze słusznie za-

¹⁾ U nas podobny pomysł zastosował J. TALKO (1873), czem wywołał bardzo żywą polemikę w prasie lekarskiej.

znacza J. KRATTER, są lekarze, którzy sądzą, iż w razie podejrzenia udawania nie można się obejść bez nadzwyczajnych środków, jakkolwiek, rzecz prosta, w wyborze ich są ostrożniejsi i bardziej humanitarni. Zdawałoby się właściwem, aby lekarze szukali punktu oparcia wyłącznie w nauce lekarskiej, o czem już mówi wspomniany wyżej Klau-djusz GALEN: „lekarzom w tych sprawach potrzebne są głównie dwa warunki: doświadczenie, wiedza lekarska oraz zdrowy rozsądek”.

Lekarz ja-
ko biegły

Pamiętać należy, że lekarz we wszystkich przypadkach, czy to wobec sądu, czy wobec instytucji ubezpieczeniowych itp. jest biegłym, przedstawicielem nauki i, jako taki, winien wypowiedzieć zdanie, czy nauka medycyny pozwala na podstawie właściwych jej metod orzec, z czem mamy w danym przypadku do czynienia: z chorobą czy z udawaniem. Jeżeli odpowiedź lekarza biegłego wypadnie ujemnie, nie może to ubliżać ani lekarzowi ani nauce medycyny. Na takim orzeczeniu rola lekarza winna się zakończyć. Jeśli lekarz po dokładnem zbadaniu orzeknie, że, posługując się metodami nauki, której jest przedstawicielem, nie może rozstrzygnąć sprawy, wówczas rozstrzygnięcie to winno być oddane w ręce innego biegłego, np. sędziego śledczego itd. Dla czego mamy obawiać się wyrzec: „nie wiem”, skoro nieraz przy łóżku chorego odpowiadamy „nie wiem“, gdy chory lub rodzina zapytują, jaka jest choroba, i skoro inni biegli mogą się przyznawać, że ich nauka niekiedy nie pozwala rozstrzygnąć pewnych wątpliwości. Jeśli lekarze stale utrzymywali się w tej roli, a nie wkraczali w dziedzinę innych biegłych, to niewątpliwie najwięcej by na tem zyskała powaga nauki i stanu lekarskiego. Lekarz nie może stać na sta-

nowisku sędziego śledczego. Nie powinien oburzać się z góry na myśl, że ma przed sobą symulanta, oszusta, bo to musi go wyprowadzić z równowagi, a powinien być spokojnym obserwatorem, dającym wyraz prawdzie na mocy spostrzeganych objawów.

Nie zawsze bywa to łatwe zadanie, zwłaszcza w cierpieniach urazowych, w których przeważają objawy psychiczne podmiotowe. Potrzeba niewątpliwie pewnego doświadczenia, aby mózdz się orjentować w bardziej wątpliwych przynajmniej przypadkach, aby mózdz należycie sprostać zadaniu bieglego.

Tym zapewne brakiem doświadczenia i obycia się z tego rodzaju chorymi a także brakiem metod rozpoznawczych objaśnia się fakt, że początkowo różni autorowie podawali znacznie różniące się odsetki symulantów wśród chorych urazowych i gdy jedni oznaczali 25—33%, inni w tym że czasie 3—4%. Obecnie jednak prawie wszyscy zgadzają się, że liczba ta nie jest wysoka. Tak H. OPPENHEIM podaje 4% (76 przypadków), SCHUSTER 1—2% na zasadzie danych z kliniki MENDEL'a (przeszło 300 przypadków), HITZIG 3% (150 przypadków), BRUNS 7—8%, F. SCHULTZE 10% (początkowo przyjmował 33%, lecz później na podstawie obfitego materiału przyjął cyfrę znacznie mniejszą, nie więcej nad 10%). Również STRÜMPPELL, JOLLY, WERNICKE, NONNE, EBSTEIN, SAHLI, BAÜMLER, A. CIĄGLIŃSKI, MÖBIUS, FREUND i inni uważają rzeczywiste zupełnie udawanie choroby za zjawisko rzadkie.

Większe liczby symulantów przyjmują EISENLOHR, ZIEHEN (15%), SCHMIDT—RIMPLER i UNVER-
Objawy nerwowe.

Udawanie
nie jest
zjawiskiem czę-
stem

RIGHT, a SEELIGMUTLER przyjmuje nawet 25% (na zasadzie 24 przypadków)¹⁾.

Zdaniem OPPENHEIM'a już sam fakt, że obraz cierpienia w następstwie urazu bywa jednaki we wszystkich krajach i u wszystkich ras, a także u chorych urazowych, którzy żadnego odszkodowania otrzymać nie mogą, — już sam ten fakt świadczy, że mamy tu do czynienia nie z udawaniem, lecz z prawdziwą chorobą.

Przypomnieć tu należy, że równie łatwo oskarżenia o udawanie spotykamy odnośnie do chorych na histerję. Tymczasem w naturze tego cierpienia leży, że pewne objawy psychiczne, a dalej i postęпки chorych, jako wynikające ze zmienionych chorobliwie wyobrażeń, wydają się otoczeniu dziwnymi, bezcelowymi, udanymi, jakkolwiek, ogólnie biorąc, niepodobna nazwać tego symulacją. A w istocie swej nerwica urazowa nie jest niczem innym jak tylko histerją, hypochondrją, neurastenją lub melancholją.

„Należy — są to słowa CHARCOT'a — głębiej patrzeć w istotę rzeczy i nie zapominać, że istnieje pewien stan psychiczny, cechujący się potrzebą oszukiwania lub udawania, który należy uznać jako część składową stanu niewątpliwie patologicznego“.

¹⁾ Podobnie, jak w innych sprawach, tak i w tej ludzie wypowiadają często różne poglądy nie na zasadzie faktycznych danych, faktów pewnych, lecz zależnie od swego usposobienia, przekonań ogólnych i osobistego charakteru. Stąd też jedni są często nawet zbyt pobłażliwi i łaskawi w swych sądach i nie przypuszczają, aby na świecie istnieli symulanci. Inni znów wszędzie węższą symulantów, w każdym badanym widzą oszusta. Do tych ostatnich niemcy dowcipnie stosują terminy — Simulationsjäger, Simulationsriecher.

Tu należy się porozumieć, co pojmujemy przez wyraz „udawanie“. Symulantem według SCHUSTER'a nazywamy tego, kto: 1) świadomie i w chęci oszukania podaje nieistniejącą chorobę lub objawy za istniejące; 2) świadomie przypisuje nieszczęśliwemu wypadkowi chorobę, istniejącą jeszcze przed tym wypadkiem; 3) świadomie i wbrew własnemu szczeremu przekonaniu twierdzi fałszywie, że z powodu stanu zdrowia nie jest zdolnym do pracy. Stąd wynika, że świadomość oszustwa stanowi zasadniczą cechę udawania. Gdzie niema świadomie złej woli, tam nie może być mowy o udawaniu we właściwym tego słowa znaczeniu. Dla tego też do symulantów zaliczać nie możemy tych: 1) którzy skutkiem pewnych zaburzeń psychicznych i chorobliwie zmienionego odczuwania podają lekarzowi niezgodne z prawdą objawy (histerycy, hipochondrycy); nie wyłącza to jednak możliwości, że niektórzy hipochondrycy, a zwłaszcza histerycy świadomie mogą udawać; 2) którzy skutkiem niskiego rozwoju umysłowego dają fałszywe zeznania, najczęściej pod wpływem rad i podszeptów osób postronnych (Imbecilli).

Wykrycie tego pierwszorzędnej wagi czynnika, świadomie złej woli, przedstawia w praktyce niekiedy trudności.

Dla tego też i z tego powodu przy wydawaniu wyroku „symulacja“ należy zachować wielką ostrożność. A ostrożność jest tu tem konieczniejsza, że wszakże przy obecnym stanie wiedzy nawet poważne choroby organiczne nie ujawniają się czasami w postaci wyraźnych cech przedmiotowych. Pamiętać należy nadto, że w następstwie urazu (pomijając już drobne niedostrzegalne dla mikroskopu zmiany w układzie nerwowym) powstają niewątpliwie takie choroby ¹⁾, jak sclerosis multiplex, po-

¹⁾ Zestawienie wielu podobnych przypadków znaleźć można w pracach ТИЕМ'a oraz ВЕСКЕР'a.

Określenie pojęcia „udawanie“ (symulacja)

liomyelitis anterior, syringomyelia, sclerosis lateralis amyotrophica, tętniaki i guzy mózgu itp., dalej paralysis agitans, t. j. cierpienia, które rozwijają się powoli i dłuższy czas mogą tkwić w ustroju, zanim wystąpią w postaci, dostępnej dla rozpoznania lekarskiego. Może się przeto zdarzyć, że lekarz zawyrokuje udawanie tam, gdzie choroba, spowodowana przez uraz, już istnieje, choć lekarz o niej wiedzieć nie może. Przykładów takich dostarcza nam kazuistyka w Niemczech, gdzie nieraz pierwotny wyrok symulacji należało zmienić przez rozpoznanie cierpienia organicznego ¹⁾).

O ile względnie rzadkiem jest zjawisko, aby człowiek zupełnie zdrowy udawał całą chorobę, to natomiast jest rzeczą częstą, że człowiek, dotknięty nerwicą lub wogóle cierpieniem urazowym, udaje niektóre objawy. Wpływa tu zapewne owa żądza grosza, Begehrungsvorstellung STRÜMPPELL'a, chęć przekonania lekarza o chorobie i obawa, aby nie był posądzony o udawanie nawet istotnie chorobliwych objawów. Lecz jeśli nawet zdołamy „przyłapać”, że tak powiem, na udawaniu jednego lub paru objawów, to i to nie daje nam jeszcze prawa orzekać, że cała choroba jest udana. W tem zapewne kryje się źródło nieporozumień i sprzeczności w orzeczeniach różnych biegłych.

Zdarza się mianowicie, iż jeden neuropatolog uznaje w badanym symulanta, ponieważ wykrył,

¹⁾ Nie mogę tu podawać przypadków kazuistycznych ani też wchodzić w sprawę związku cierpień organicznych nerwowych z urazem. Zaznaczę tylko, że najdalej nawet idąca krytyka nie może odrzucać wpływu urazu na powstawanie tych cierpień. Szczegóły znaleźć można w podręcznikach chorób nerwowych i w cytowanych pracach ВЕСКЕР'a i ТИЕМ'a.

że pewna ilość skarg jest udana; drugi natomiast, również doświadczony neuropatolog, świadczy, że pomimo to badany jest rzeczywiście chory. Przypadków takich, w literaturze niemieckiej, jest cała masa. Najczęściej rozpoznanie jednego eksperta brzmi: „symulacja”, drugiego zaś: „histerja lub neurastenja”. I obaj często mają słuszość. Poszkodowany może niewątpliwie udawać różne objawy, chociaż to nie dowodzi jeszcze, że jest zdrowy, bo pomimo to — i najczęściej tak bywa — jest dotknięty neurastenją lub histerją. Dla tego też sprawę należałoby stawiać nie tylko w ten sposób, czy badany jest symulantem czy też chorym, lecz nadto, czy może pracować czy nie. Wszakże nie zawsze histerja czy neurastenja czynią człowieka niezdolnym do pracy; przecież wśród ludzi pracujących wielu jest neurasteników, których jednak nerwica nie pozbawia zdolności do pracy.

Jeszcze częstszem, nieomal stałem zjawiskiem jest przesada, powiększanie, agrawacja objawów chorobowych. Lecz zjawisko to jest zupełnie naturalne. Wszakże na obraz nerwicy urazowej składa się histerja, neurastenja i hipochondrja, t. j. cierpienia, w których chorzy odznaczają się właśnie taką skłonnością do powiększania swych czuć i objawów chorobowych. Do powyższego czynnika Bruns dodaje jeszcze dwa inne: 1) wiadomo, że cierpienia urazowe zdarzają się najczęściej u mało wykształconych i dotychczas zdrowych mężczyzn. Otóż nieoświeceni a poprzednio zdrowi i silni mężczyźni odczuwają daleko ciężej dolegliwości fizyczne, aniżeli ludzie inteligentni i kobiety, które są więcej przyzwyczajone do chorób; wszelkie skargi

Przesada
(agrawacja)

podają oni w przesadny sposób. Jeśli czynią to ludzie, dotknięci jakąkolwiek chorobą, dla czegożby nie mieli czynić chorzy na nerwicę urazową? 2) Przy obecnym stanie rzeczy poszkodowany jest przekonany, że każde nowe badanie lekarskie ma na celu zmniejszenie jego renty, ponieważ przy badaniu tem chodzi o sprawdzenie, czy zdolność jego do pracy nie zwiększyła się. Uważa on to za niesprawiedliwość względem siebie— i przedstawia swój stan w gorszym świetle, aby zapobiedz owemu zmniejszeniu ¹⁾.

Tak więc różne czynniki składają się na to, że chory urazowy zwykle przesadza, agrawuje swą chorobę.

W każdym jednak razie przesada nie jest jeszcze udawania. To nie jest jakiś niższy stopień udawania, lecz zjawiska zasadniczo różne. Przesada—to nullus dolus, to tylko przedstawianie rzeczy w żywych barwach, w superlatywach. „Gdybyśmy—powiedział kiedyś STRÜMPPELL—mieli powątpiewać co do rzeczywistości choroby dla małej obiektywności objawów i skłonności chorych do widocznej przesady, to my, lekarze chorób nerwowych, musielibyśmy uznać za symulantów prawie połowę naszych pacjentów“.

Tu dotknąć musimy innego pytania.

Oprócz cierpień urazowych, które przedstawiają obraz ogólnej nerwicy, (histerji, hipochon-

1) Dotyczy to stosunków niemieckich. Lecz i u nas czynnik ten w zmienionej nieco postaci działać musi. Poszkodowany zwykle widzi w lekarzu jakby sędziego śledczego, który z niewiarą patrzy na chorobę jego—a przez to wrogo jest usposobiony do sprawy odszkodowania. Chcąc zrównoważyć owo niechętnie usposobienie lekarza, stara się przedstawić swą chorobę w powiększonych rozmiarach.

drji, neurastenji, melancholji) albo też postać mieszaną, w praktyce, zwłaszcza fabrycznej, zdarzają się przypadki zaburzeń miejscowych — np. bóle w ręce i ramieniu po stłuczeniu lub zmiżdżeniu palców, bóle po stłuczeniu stopy, barku itp. Chorzy często bardzo długi czas po uszkodzeniu uskarżają się na te bóle i zaznaczają zazwyczaj, że występują one głównie przy pracy, skutkiem czego muszą pracę przerywać.

W pewnych razach pewne metody badania, o czem niżej będzie mowa, nadto dłuższa obserwacja chorego, zeznania domowników, sąsiadów (choć dane te należy przyjmować zawsze z wielką ostrożnością) — pozwalają rozstrzygnąć wątpliwości. Lecz jeśli danych z tych źródeł nie mamy, to jak mamy się przy badaniu zachować wobec podobnych skarg chorego: czy mamy mu wierzyć, czy też nie wierzyć? Zdaniem BRUNSA, do którego i ja przychyliłbym się, niema dostatecznej zasady nie wierzyć, o ile po temu niema innych ubocznych danych. Bóle takie w następstwie urazów miejscowych, zwłaszcza stawów (Gelenkneurosen) zdarzają się często. Gdy zwykły chory nie mogący liczyć na odszkodowanie, zgłasza się do nas z podobnymi skargami, przyjmujemy bóle jego za fakt, wierzymy w nie. Podobnież winniśmy postępować, wogóle mówiąc, i z każdym poszkodowanym, albowiem okoliczność, że ktoś za uraz żąda odszkodowania, nie jest jeszcze dowodem, iż cierpienie, które często spotykamy u innych ludzi i w które wierzymy, musi być w tym razie udane.

W końcu tych uwag wstępnych pragnę podnieść wielce słuszną uwagę OPPENHEIM'a. Według niego, nerwice urazowe, a przedewszystkiem niesprawiedliwe częstokroć wyrokowanie (odnośnie do symulacji) oraz zachowania się lekarzy i osób

interesowanych względem chorego były nieraz za rodkiem manji prześladowczej (paranoia-persecutoria). Do okoliczności sprzyjających zalicza OPPENHEIM: częste badanie chorego, nie przyznawanie mu odszkodowania, długie zwlekanie z rozstrzygnięciem sprawy, wreszcie nieusprawiedliwione zarzuty udawania.

Istotnie też, w Niemczech zwłaszcza, wybuch idei prześladowczych wśród dotkniętych nieszczęśliwym wypadkiem nie jest czemś wyjątkowym.

Zanim mówić będziemy o udawaniu poszczególnych objawów, podać musimy kilka uwag ogólnych.

**Uwagi
ogólne o
udawaniu**

Symulant wogóle może udawać w trzech kierunkach: 1) uskarża się na pewne cierpienie podmiotowe, bóle lub pewne objawy zmysłowe, bez podawania widocznych i konkretnych podstaw cierpienia w ustroju, Wyrokowanie w tego rodzaju udawaniu przedstawia zawsze najtrudniejsze zadanie; 2) symulant udaje pewne objawy przedmiotowe, np. sztywność w stawach, zaburzenia ruchowe, zaburzenia wzrokowe, słuchowe (ślepotą, głuchota) itp.; 3) symulant wiąże dawniej istniejące cierpienie z urazem. (BECKER).

Wobu ostatnich kategorjach znajomość cierpień urazowych oraz doświadczenie kliniczne umożliwia zazwyczaj lekarzowi orjentowanie się w prawdzie. Następnie symulant podaje zwykle skargi swoje w jawnie przesadny sposób: widzi on mniej niż ślepy, chodzi gorzej niż kulawy, słyszy mniej niż głuchy.

Częstokroć znów podejrzenie udawania może się zjawić, gdy przekonujemy się, że istniejące cierpienie nie wywarło żadnego wpływu na stan ogólny, a zwłaszcza na odżywianie ciała: pomimo ciężkich cierpień narządów wewnętrznych dosko-

nały stan odżywiania i sił; pomimo sztywności w stawach—dobrze rozwinięte i odżywiane mięśnie i t. p.

Zresztą sam sposób wypowiedzania skarg przez badanego może niekiedy dać pouczające wskazówki.

Badany podaje w zmienny sposób swoje skargi: dziś skarży się na bóle w piersiach, jutro na bóle w łędźwiach i t. p.; to znów przy opowiadaniu łatwo przeskakuje do nowych objawów, nie wyczerpawszy jeszcze pierwszych; to mówi nieśmiało, oględnie, oddzielnymi wyrazami, jakby zastanawiając się, czy nie powiedział za dużo, czy powiedział wszystko, co zamierzał, a wreszcie obserwując, jakie to wrażenie czyni na lekarzu.

Wogóle zachowanie się badanego wobec lekarza pozwala niekiedy wnioskować o szczerości lub udawaniu skarg. W tym względzie ważny punkt oparcia może dać dobra wiara i uczciwy charakter badanego, skądinąd znane lekarzowi. Lecz wszystkie te uwagi dopiero w związku z faktycznymi danymi, o czym niżej będzie mowa, pozwalają na stanowcze orzeczenie.

W wielu razach, gdy objawy poszczególne budzą pewne podejrzenia, zalecaną bywa obserwacja chorego, bez jego wiedzy. Istotnie, w wielu razach, gdy chory nie wie, że jest śledzony, może zdradzić się i wykazać brak objawów, na które poprzednio się uskarżał. Obserwacja taka może być często pożyteczną. Należy jednak odnośnie do tej metody uczynić pewne zastrzeżenia. Trzeba pamiętać, że różne czynniki natury psychicznej mogą wpływać na objawy chorobowe i zmieniać je. Wiadomo, że niejeden chory gorzej chodzi, gdy jest obserwowany; nie może pisać, oddawać moczu i t p., jeśli mu się kto wtedy przygląda. Chory ba-

dany przez lekarza, zwłaszcza, gdy jest podejrzewany o udawanie, doświadcza całej masy wzruszeń psychicznych. To może już w innym świetle przedstawić jego objawy chorobowe. Jeśli chory zachowuje się inaczej, gdy nie czuje na sobie badawczego oka, to różnica ta poniekąd może mieć swe źródło w czynnikach psychicznych, a nie w udawaniu. Rzecz prosta, że uwaga powyższa nie dotyczy dużych różnic, które przemawiają za udawaniem.

Specjalne
zakłady
dla bada-
nia symu-
lantów.

Niejednokrotnie poruszano pytanie, czy zwykłe badanie ambulatoryjne wystarcza do stwierdzenia udawania. W wielu razach może ono wystarczać, zwłaszcza jeśli lekarz zna chorego. W bardziej jednak złożonych i wątpliwych przypadkach może być potrzebna obserwacja w szpitalu. Takie zdanie wyrażają SEELIGMÜLLER, MENDEL, SCHULTZE wbrew OPPENHEIM'owi, który uważa pobyt w szpitalu za zbyteczny. SEELIGMÜLLER, jeden z najbardziej surowych sędziów w sprawie udawania, posuwa się nawet tak daleko, iż domaga się specjalnych szpitali, w którychby poddawano badaniu wyłącznie symulantów, a to z tego powodu, iż w zwykłych ogólnych szpitalach lekarze zazwyczaj poświęcają zbyt mało uwagi tego rodzaju chorym.

Takie jednak specjalne zakłady przynosiłyby znacznie więcej szkody niż korzyści. Przedewszystkiem tu chorzy neurastenicy i histerycy przejmowałiby od swych towarzyszków nowe skargi. Następnie zakłady takie byłyby niewątpliwie szkołami i rozsądnymi sztuki udawania. Tu chorzy uczyliby się, jak należy umiejętnie przedstawiać swe skargi i cierpienia, aby utrudnić wykrycie udawania. Z drugiej znów strony szpital taki odrazu wniósłby pewien stały rozdźwięk po-

między lekarzami i badanymi, co, rzecz prosta, znakomicie utrudniałoby wyświechtanie prawdy. Lekarz w charakterze wielkiego inkwizytora stopniowo doszedłby do tego, że zbliżałby się do każdego chorego z powziętą z góry ideą, podejrzliwością, chory zaś odnosiłby się do lekarza z nieufnością i obawą, jakby do sędziego. Wytworzyłyby to stosunek, zupełnie nie sprzyjający zadaniom lekarza, jako biegłego i rzecznika prawdy. Dlatego też projekt ten nie zyskał zwolenników.

W 1894 r. Berlin zapoczątkował zakładanie szpitali zawodowo-związkowych (berufsgenossenschaftliche Krankenhäuser) dla wszelkich chorych urazowych, nie tylko nerwowych, lecz i innych, chirurgicznych, dotkniętych nerwowymi cierpieniami organicznymi itp. Zadanie tych szpitali nie ogranicza się do wykrywania udawania. W zakres ich wchodzi i leczenie, a w tym celu wprowadzono szereg racjonalnych metod (mechanoterapia itp.). Pomimo takiego rozszerzenia zadań szpitale te jednak nie cieszą się popularnością, bo są uważane przez wielu chorych za zakład śledczy. Tu jednak mniej wybitnie występują te złe strony, jakie miałyby zakłady w myśl projektu SEELIGMÜLLER'a.

O udawaniu oddzielnych objawów.

Objawy psychiczne.—Padaczka.—Zawroty głowy.— Objawy wzrokowe (ślepotą dwu- i jednostronna; osłabienie wzroku; udawanie związku z urazem cierpień, które istniały jeszcze przed nieszczęśliwym wypadkiem; ślepotą na barwy; koncentryczne zwężenie pola widzenia; zaburzenia ruchów gałki ocznej; ciała obce we wnętrzu oka sztucznie wywoływane cierpienia oka; zaburzenia wzrokowe natury histerycznej).—Objawy słuchowe (cierpienie uszu sztucznie wywoływane, głuchota jednostronna i dwustronna).—Objawy uczuciowe (badanie czucia, znieczulenie; nadczułość, bóle, parestezye). — Objawy ruchowe (sztywność, zmiany w stawach, porażenie zupełne i niezupełne).—Chód.—Drżenie.—Odruchy.—Badanie prądem elektrycznym.—Objaw ROMBERG'a. — Zaburzenia oddawania moczu i stolca.— Zaburzenia mowy.—Sen.

Objawy psychiczne.

Długotrwałe i stałe udawanie choroby umysłowej jest niezmiernie trudne i dlatego też zdarza się bardzo rzadko. Trzeba bowiem posiadać wiele umiejętności i wytrwałości, aby móc stałe nosić na sobie maskę cierpienia umysłowego, naśladować we wszystkich szczegółach i rysach chorobę, nie wychodząc nigdy z roli. Wiadomo, jak trudno grać rolę chorych umysłowych nawet zdolnym aktorom, którzy przedsięwzięją spe-

cialne studja w tym kierunku. Pomimo pracy w to włożonej, pomimo talentu, gra ich, w oczach zwłaszcza lekarza, nie daje zazwyczaj obrazu prawdy, naturalności. Przypomnieć wreszcie należy tradycyjny strach publiczności wobec zakładów dla chorych umysłowych, aby zrozumieć, że tylko wyjątkowo człowiek może zdecydować się na takie udawanie. Jak rzadkie są przypadki rzeczywistego udawania, świadczą dane VINGTRINIER, według którego z pośród 43000 oskarżonych, jacy byli w więzieniu w Rouen w ciągu 54 lat, był zaledwie jeden przypadek niewątpliwego udawania choroby umysłowej, gdy rzeczywście chorych umysłowych było 265 (MENDEL).

Rzeczywiste udawanie cierpienia umysłowego spotyka się prawie zawsze tylko u jednostek zwyrodniałych i skłonnych do chorób umysłowych. „Doświadczeni psychiatrzy w wieloletniej i rozległej praktyce—mówi MENDEL—nie widzieli nigdy symulanta zupełnie zdrowego pod względem umysłowym“.

PENTA, wybitny antropolog, psycholog i lekarz więzienia w Neapolu, zaznacza że w ciągu 3 lat spostrzegął przeszło 100 przypadków udawania choroby umysłowej wśród ostatnich wyrzutków społeczeństwa, których uważa albo za najniższy typ dzikich albo też za obłąkanych ¹⁾. Ludzie ci udają obłąd lub napady padaczkowe dla błahych często powodów (np. aby nie przenoszono ich do innej celi).

I w tym razie, podobnie jak odnośnie do innych objawów, lekarze zwłaszcza sądowi wydają

¹⁾ U nas, we Francji a także w Niemczech (EDINGER, SCHUSTER) udawanie chorób umysłowych zdarza się rzadko.

nieraz orzeczenie udawania na tej zasadzie, że pojedyncze objawy istotnie są udane. Jest to jednak faktem bardzo znanym, że wielu chorych umysłowych symuluje ¹⁾. Dość przypomnieć choćby psychozę histeryczną, w której skłonność do udawania stanowi właśnie rys charakterystyczny zaburzenia psychicznego. Stwierdzenie przeto udawania poszczególnych objawów nie jest jeszcze dowodem przeciwko rzeczywistości psychozy.

Wogóle zresztą udawanie choroby umysłowej zdarza się zwykle wśród zbrodniarzy i więźniów ²⁾; pośród chorych urazowych jest to rzadkością.

Zwykle dokładna i dłuższa obserwacja w zakładzie leczniczym pozwala dość łatwo wykryć udawanie. O wyjątkowym artyście w tym kierunku wspomina W. WAGNER, przytaczając historję mordercy, który udawał niedołęztwo umysłowe z napadami epileptycznymi tak umiejętnie, że pomimo pobytu w paru klinikach psychiatrycznych, był uznawany przez dłuższy czas za istotnie obłą-

¹⁾ Ponieważ wszystkie przypadki udawania choroby umysłowej są do siebie podobne, przeto PENTA sądzi, że możnaby mówić o odrębnym typie cierpienia umysłowego — *Simulationspsychose*.

²⁾ W pracy pod tytułem: *Simulation préventive VALLON* przytacza historję pewnego kupca i spekulanta, z podejrzaną pod względem moralnym przeszłością, lecz dotychczas zdrowego, który naraz zaczął bezmyślnie i pozornie bez wszelkiego planu i celu czynić wielkie zamówienia w zakładach i magazynach. Później jednak okazało się, że w tem wszystkim był cel i plan, a mianowicie taki, aby następnie w razie nieudania się uplanowanego oszustwa mógł się powołać na rozstrój psychiczny. Istotnie, gdy po nowem oszustwie został aresztowany, przedstawiał bezcelowość owych zamówień swoich, jako dowód, że podlega ideom przymusowym.

kanego. I w tym jednak razie miano do czynienia z jednostką zwyrodniałą.

O przypadkach udawania, dość łatwo ujawnionego, wspominają w ostatnich latach VALLON, PENTA, FRANK, KIRSTEIN, CRELL, TELLEGEN i inni.

Gdy chodzi o odróżnienie istotnej choroby umysłowej od udanej, należy uwzględnić nie pojedyncze objawy, a cały obraz. Wówczas ujawnić się mogą objawy, które nie licują z obrazem symulowanej choroby umysłowej. „Symulant—przytoczę tu słowa KRAFFT-EBING'a — jako profan daje karykaturę zbroczeń psychicznych. Chwyta najbardziej rzucające się rysy i przesadza je w niemożliwy sposób. Przypuszczając, że istota pomieszczenia polega na bezsensownej mowie, dzikich ruchach i bezmyślnych czynach, wciąż się rzuca, wciąż mówi bez sensu—z wielką teatralnością i ciągłą chęcią zwracania na siebie uwagi. Od czasu jednak do czasu czuje potrzebę pewnego odpoczynku i dlatego też sztukę swą prowadzi dotąd, dopóki przypuszcza, iż jest obserwowany. Zresztą zachowuje pewną ostrożność: zwraca uwagę, aby przy upadku itp. nie uczynić sobie krzywdy, oszczędza swoją odzież, a rwie cudzą itp. Zwykle sądzi, że powinien rozumieć wszystko na opak, że dla niego nie powinna istnieć żadna logika, ani kojarzenie myśli. Lecz i w tym względzie można niekiedy odkryć, że treść pytania zrozumiał należycie..... W razie udawania melancholii dają się zauważyć przebłyśki uwagi lub pewnego zainteresowania się“.

Oprócz analizy psychicznej, przy rozstrzygnięciu choroby umysłowej, nie należy także zapominać o zbadaniu fizycznego stanu chorego. W tym względzie mogą mieć znaczenie różne objawy so-

matyczne, jak ogólne odżywianie, tętno, sen, sfera naczynioruchowa, gruczoły itp.

Częściej niż choroby umysłowe, występują w następstwie urazów różne zaburzenia psychiczne. Zwłaszcza uszkodzenia głowy są bardzo często punktem wyjścia dla różnych zaburzeń umysłowych. Obok t. zw. pierwotnego lub wtórnego obłądu ¹⁾ urazowego ²⁾, a także innych postaci chorób umysłowych, spotykamy często jedynie pewne zaburzenia psychiczne, jak: osłabienie pamięci, a niekiedy i zdolności umysłowych, brak woli, uczucie niepokoju, lękliwość, wzmożoną pobudliwość, zmienność usposobienia, przygnębienie, ból psychiczny, bezsenność itp. Objawy te są często powtarzane w skargach chorych urazowych, zwłaszcza tych, którzy ulegli jakimukolwiek uszkodzeniu głowy. Objawy te, a zwłaszcza nadmierna pobudliwość neurasteniczna i przygnębienie hipochondryczne są niezmiernie trudne do udawania.

Rzecz prosta, że zaburzenia te nieraz musimy przyjmować na wiarę chorych.

Przy ocenie tych zaburzeń należy zachowywać wielką oględność, tembardziej, że chorzy urazowi bardzo często skarżą się na różne obja-

¹⁾ Terminy te, używane dość często w podręcznikach cierpień urazowych, nie świadczą jednak, aby w następstwie uszkodzeń czaszki występowały odrębne jednostki chorób umysłowych. Dlatego też termin „obłąd urazowy” należy raczej uważać za pojęcie ogólne.

²⁾ Szczegóły znaleźć można w podstawowej dotychczas pracy KRAFFT-EBING'a (Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzungen hervorgebrachten psychischen Krankheiten—Erlangen 1868) a także w pracach BERGMANN'a (Die Lehre von den Kopfverletzungen Deut. Chirurgie Liefer. 30) oraz THIEM'a i BECKER'a (patrz literaturę).

wy psychiczne i wiążą je z urazem. Spotykamy się z tem po każdym nieomal nieznacznem nawet uszkodzeniu głowy, co wszakże, jak to wiadomo z życia codziennego, nie zawsze prowadzi do poważnych następstw. Z drugiej jednak strony, rzeczywiste zaburzenia psychiczne w rzeczy samej zdarzają się równie często.

Dokładna analiza przypadku zwykle pozwala nam rozstrzygnąć sprawę. Wyraz twarzy chorego i zachowanie się jego wobec lekarza, sposób wypowiedzania skarg, mowa itp. mogą ułatwić rozpoznanie. Do tego dodać należy pewne bardziej dostępne dla badania lekarskiego objawy, towarzyszącą często zaburzeniom psychicznym. Tu należą: 1) zaburzenia w tętnie (zwolnienie tętna albo też zmienność tętna: to zwolnienie, to przyspieszenie); 2) zaburzenia czucia skórniego; 3) zaburzenia w narządach zmysłów (nadczułość na podrażnienia świetlne, obawa światła, nadwrażliwość dźwiękowa); 4) wielka wrażliwość na pewne czynniki szkodliwe (podniety płciowe, alkohol, tytuń); 5) uderzenia krwi do mózgu; 6) nieprawidłowe sensacje w jamie czaszkowej (szum itp.); zawroty głowy itp.

Do bardzo częstych skarg chorych urazowych należy osłabienie, względnie utrata pamięci. Chory nie pamięta, kiedy miał miejsce wypadek, szczegółów jego, nie pamięta, ile ma lat, ile dzieci, jakie są imiona ich itp. Już takie szczegóły mogą obudzić pewne wątpliwości, albowiem takiej utraty pamięci nie spotykamy nawet w wyraźnym obłądnie pourazowym. Istotnie też zwykle w takich razach w innem świetle przedstawia się pamięć badanego, gdy dotknąć w rozmowie z nim tematu o odszkodowaniu: wówczas chory z ożywieniem zaczyna

mówić, komunikuje różne szczegóły, cyfry, daty, czem ujawnia niezły stan pamięci.

Przy badaniu stanu inteligencji chorego posługujemy się zazwyczaj rachunkami arytmetycznymi, tabliczką mnożenia itp. Nie zawsze jest to odpowiednia metoda. Po największej części robotnicy nie są zdolni, a nadewszysiko wprawni do rachunków oderwanych. Zresztą stan przygnębienia, apatji albo też nadmiernego rozdrażnienia, tak częsty u tych chorych, nie sprzyja skupieniu uwagi i myśli, potrzebnemu do kombinacyj arytmetycznych. Właściwszem przeto w wielu razach może być rozpytywanie o szczegóły jego zawodowego zajęcia i wogóle tego, co leży w zakresie stałych jego operacyj myślowych. Jeżeli i w tej dziedzinie chory daje odpowiedzi niepewne, sprzeczne lub niedostateczne, wówczas możemy wnioskować o osłabieniu umysłowem.

O stanie psychicznym chorego wnioskujemy na zasadzie rozmowy z nim. Wymaga to ze strony lekarza pewnej umiejętności i wprawy. Unikać przedewszystkiem należy, aby ta rozmowa nie miała charakteru jakiegoś egzaminu, aby plan i cel różnych pytań nie ujawniał się zbyt widocznie, wreszcie,—co już wyżej było podkreślone—aby lekarz niczem nie zdradzał podejrzliwości i nieufności do słów chorego.

Rzecz prosta, iż w wielu razach może być potrzebną parokrotna rozmowa z chorym, a w wątpliwych przypadkach nawet obserwacja kliniczna.

Ostatnia metoda, obserwacja, ma bardzo częste zastosowanie przy badaniu zaburzeń psychicznych. Słusznie jednak podkreśla HENNEBERG, że metoda ta niekiedy miewa strony ujemne. Zarówno sami chorzy, jak i lekarze (OPPENHEIM,

Obserwacja.

JOLLY, LAEHR), nieraz podnosili szkodliwy wpływ takiej obserwacji na chorych. Świadomość, że się jest pilnowanym, a przeto i podejrzanym o udawanie, może oddziaływać bardzo niepomysłnie na stan psychiczny chorych urazowych. Pomimo jednak tych niewątpliwie złych stron obserwacji, w praktyce częstokroć niepodobna jej uniknąć. Lecz, stojąc już na gruncie praktycznym, można sobie zadać pytanie, czy prowadzi do celu obserwacja, zwykle, przynajmniej u nas, wykonywana przez nielekarzy. Czy nielekarz jest w stanie odróżnić udawanie od rzeczywistych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza gdy chodzi o pewne nieprawidłowości w stanie psychicznym natury czynnościowej? Nawet lekarz, obznajmiony należycie ze zбочeniami psychicznymi, spotyka nieraz trudności przy rozstrzygnięciu pytania o rzeczywistości objawów. Jedną z ważnych cech cierpień czynnościowych (histerji, hipochondrji, neurastenji)—zmiennosć usposobienia—daje częstokroć powód takim dozorcóm-nielekarzóm do fałszywych wniosków. U chorych takich zjawiają się chwile a nawet godziny, kiedy się oni czują weselszymi, spokojniejszymi, kiedy uczuwają potrzebę rozrywki, zajęcia itp. Dozorca nielekarz, widząc chorego w takim momencie, łatwo i niesłusznie może uznać w nim symulanta. Dla tego też lekarz winien zawsze bardzo krytycznie przyjmować zeznania takich dozorców i musi sam na zasadzie zauważonych przez dozorcę faktów zbudować obraz stanu psychicznego u badanego.

Daleko większe znaczenie ma obserwacja szpitalna, wykonywana nawet przez zwykłych dozorców szpitalnych. Ci bowiem mają pod tym względem większe doświadczenie, a nadewszystko

zwykle nie są bezpośrednio zainteresowani, czy wynik obserwacji będzie taki lub inny.

Padaczka (epilepsja).

Jakkolwiek możliwość udawania padaczki stanowi przedmiot sporów od najdawniejszych czasów, jednak w praktyce bardzo rzadko następczą się wątpliwości. ponieważ obraz padaczki w czasie napadu i po nim jest bardzo charakterystyczny. Bładość twarzy i rozszerzenie źrenic w początku napadu, utrata przytomności i brak odczynu źrenic na światło w czasie napadu przemawiają przeciwko udawaniu, podobnie, jak ślady ukąszeń na języku ¹⁾, oddawanie moczu w czasie napadu, obecność białka w moczu po napadzie, zniesienie odruchów ścięgowych, wreszcie zamroczenie przytomności z bólem głowy po napadzie. Autorzy francuscy kładą nacisk na badanie moczu, utrzymując, że wyniki badania mogą dać ważne wskazówki rozpoznawcze (VOISIN, FÉRÉ, BOUCHARD i inni). Dowodzą mianowicie, że toksyczność moczu po napadzie zwiększa się, że wydzielanie mocznika i fosforanów jest wzmożone, tak że mocz taki wprowadzony do krwi zwierząt, jest bardziej jadowity, niż mocz wydzielony przed napadem lub w czasie wolnym od napadów. Tak więc *hypertoxicitas* po napadzie, a *hypotoxicitas* przed lub w czasie wolnym

¹⁾ Objaw ten ma niewielkie znaczenie rozpoznawcze. Spotyka się on względnie rzadko (w 14% według M. BIRO); zresztą nie zawsze można wyłączyć sztuczne lub przypadkowe pochodzenie blizny na języku.

od napadów—ma świadczyć o padaczkowej naturze napadów ¹⁾).

Zresztą oprócz dokładnej obserwacji napadów zbadanie ogólnego stanu chorego może dać pewne światło w razach wątpliwych.

Wogóle jednak udawanie padaczki u chorych urazowych zdarza się względnie rzadko; częściej z tem mają do czynienia lekarze wojskowi.

Związek
padaczki
z urazem.

Częstokroć trudniejszym, niż stwierdzenie rzeczywistości padaczki, bywa raczej ustalenie związku napadów padaczkowych z urazem. Ważnem jest mianowicie stwierdzenie, czy: 1) przed urazem chory nie miał napadów padaczkowych lub 2) czy właśnie pierwszy napad nie był przyczyną nieszczęśliwego wypadku. Odnosnie do pierwszego punktu, uciekamy się zwykle do zeznań świadków, znajomych itp., jakkolwiek zeznania takie przyjmować należy bardzo ostrożnie.

Ustalenie związku między urazem a padaczką może mieć miejsce w każdym poszczególnym przypadku: ogólnych praw pod tym względem podać niepodobna. Zaznaczyć tylko można, że przemawiają na korzyść związku między urazem i padaczką następujące czynniki: szczególnie ciężkie działanie urazu na stronę fizyczną organizmu (wstrząs całego ciała, wstrząs mózgu, silne uszkodzenie głowy) lub na stronę psychiczną (przestrasz); obciążenie dziedziczne; brak innych czynników przyczynowych, wreszcie niezbyt długi przeciąg czasu między urazem a napadem padaczkowym.

Gdy chodzi o pewne zawody, (np. mularze, dekarze, itp.), zgóry można uważać za nieprawdopo-

¹⁾ Fakt ten, który pozwala autorom wysnuwać wnioski o patogenezie padaczki, nie jest jeszcze powszechnie przyjęty i wymaga dalszych badań.

dobne, aby tacy rzemieślnicy dawniej mogli cierpieć na napady padaczkowe, albowiem przy takim cierpieniu nie mogliby spełniać tak niebezpiecznych zajęć.

Zresztą wogóle pamiętać trzeba, że padaczka ogólna bardzo rzadko występuje w następstwie uszkodzeń głowy; jeśli to się zdarza, to zwykle u osób z obciążeniem dziedzicznym.

Co się tyczy drugiego pytania, to zdarzyć się mianowicie może, iż człowiek, wolny od napadów padaczkowych, dostaje napadu w późniejszym wieku, a o ile ma to miejsce przy pracy, napad ten jest właśnie przyczyną nieszczęśliwego przypadku. Wprawdzie występowanie padaczki w późniejszym wieku jest zjawiskiem rzadkiem, lecz właściwie żaden okres życia nie zabezpiecza od padaczki ¹⁾. W pewnych razach wątpliwości może usunąć stwierdzenie, że przed urazem chory miewał napady t. zw. *epileptiformes*, rodzaj aury padaczkowej w zakresie zmysłowym, czuciowym lub ruchowym.

Możliwym jest również, że dawniejszy epileptyk, który przez wiele lat mógł nie mieć napadu, dostaje napadów na nowo w następstwie urazu. Należy to mieć na uwadze zwłaszcza wówczas, gdy mamy do czynienia z pierwszym napadem w wieku późniejszym.

Ostatnie jednak uwagi mają raczej znaczenie bardziej teoretyczne, niż praktyczne. Czy bowiem robotnik miewał przed urazem tylko rodzaj aury, czy też dawniejszy epileptyk w następstwie urazu dostaje napadów padaczki — nie zmienia to odpo-

¹⁾ Według GOWERS'a i OPPENHEIM'a padaczka po 20 roku życia zdarza się w 25% przypadkach. Na okres życia 30—40 lat przypada według BÄHR'a 6,39% (na zasadzie 1376 spostrzeżeń).

wiedzialności fabryki, wzgl. pracodawcy za nieszczęśliwy wypadek. W każdym bowiem razie uraz był ostatnim momentem przyczynowym, który na tle pewnego usposobienia przyczynił się do powstania napadów padaczkowych. Jakikolwiek zresztą znaczenie praktyczne może mieć takie rozważanie, winno być jednak uwzględniane w świadectwie lekarskiem, które z natury rzeczy musi zawierać naukowo uzasadnione orzeczenie ¹⁾.

¹⁾ Uszkodzenie w następstwie nieszczęśliwego wypadku, spowodowanego przez napad padaczkowy, daje w Niemczech prawo do odszkodowania, jak świadczy fakt następujący: Robotnik w czasie napadu padaczkowego przy pracy w fabryce upadł na gorący piasek, znajdujący się obok kotła, skutkiem czego poparzył sobie oko. Państwowy urząd ubezpieczeń orzekł: „Jakkolwiek w danym przypadku cierpienie wewnętrzne było pierwszą przyczyną nieszczęśliwego wypadku, jednak okoliczność, że pracownicy w obrębie fabryki narazeni są na upadek na części maszyn, zgromadzone materiały itp., a przez to i na uszkodzenie,—okoliczność ta musi być zaliczona do niebezpieczeństw, związanych z fabrykacją, a przeto stanowi istotnie współdziałającą przyczynę nieszczęśliwego wypadku“. W związku z tem przytoczyć należy szczegól, że tenże urząd ubezpieczeniowy (Reichs-Versicherungsamt) uważa za niedopuszczalne (unzulässig), aby robotnicy przed przyjęciem do pracy musieli być badani przez lekarza, aby pracodawcy mieli stwierdzać, który z pracowników dotknięty jest przepukliną lub usposobieniem do przepukliny, aby wreszcie wydałaś nałogowych pijaków i epileptyków. To właśnie charakteryzuje prawodawstwo państwowego ubezpieczenia robotników względnie do Ubezpieczeń w Towarzystwach prywatnych. Istotę i cel państwowego ubezpieczenia stanowi opieka nad pracownikami bez względu na stan ich zdrowia. Tymczasem działalność prywatnych Towarzystw Ubezpieczeń polega na wzajemnem zobowiązaniu, na umowie między Towarzystwem a ubezpieczającym wzgl. ubezpieczonym. (Becker str. 9). Dla tego też w na-

W przypadkach p a d a c z k i JACKSON'owskiej, stwierdzenie rzeczywistości cierpienia nie bywa trudne. Padaczka
JACK-
SON'a.

Drgawki są tak charakterystyczne, że udawanie wymaga wielkiej zręczności i umiejętności. Oprócz tego po napadzie zwykle występuje czasowe porażenie, a zwłaszcza pewien stan psychiczny (przestach, wylęknienie, przerażenie), co jest trudnem do umiejętnego udawania. Symulanci, o ile wybierają sobie ten właśnie objaw, czynią to zwykle bardzo nieudolnie i grubo. Zdarza się to jednak bardzo rzadko i również częściej w praktyce lekarzy wojskowych, podobnie jak to ma miejsce z padaczką ogólną.

W wątpliwych przypadkach, rzecz prosta, może być potrzebna obserwacja w zakładzie.

ТНЕМ przytacza przypadek udawania padaczki, zakończonego karą sądową (4-miesięczne więzienie). Obok licznych poszlak (pomimo codziennych jakoby napadów chora jeździła łódką po rzece, drgawki robiły wrażenie ruchów dowolnych itp.) ostatecznie stwierdzono udawanie w ten sposób, iż w czasie napadu połączonego z pewnem zamroczeniem przytomności, lekarz włożył agrafkę w nos chorej, poczem zauważono bolesne wykrzywienie mięśni twarzy. Gdy nadto lekarz głośno oświadczył, że napad jest udany, badana w tejże chwili zakończyła napad, podniosła się i zwróciła się do lekarza ze słowami oburzenia.

szych stosunkach, opartych na wzajemnej umowie, powyższe uwagi zastosowania mieć nie mogą. Jeżeli np. robotnik przed przyjęciem do fabryki nie chce się poddać oględzinom lekarskim albo też jeżeli nie złoży odpowiedniego zobowiązania w razie jakichkolwiek braków fizycznych, wówczas fabrykant może nie przyjąć go do fabryki.

Ustalenie zależności napadów padaczki JACKSON'a od urazu może niekiedy przedstawiać większe trudności. W tym celu koniecznym jest zbadanie dokładne chorego z uwzględnieniem wszelkich możliwych a tak licznych przyczyn padaczki JACKSON'owskiej. Wykrycie właściwej przyczyny wskazuje na pochodzenie padaczki, a przeto stwierdza lub wyłącza związek z urazem. Stwierdzenie blizn, zwłaszcza na czaszce, szczelin na kościach czaszki, złamań kości, a także urazowego cierpienia mózgu (wylewy krwawe, ropnie, guzy, torbiele itp.), rzecz prosta, wskazują na urazowe pochodzenie padaczki. Odnośnie do blizn zauważyć jednak należy, że związek z urazem jest nieprawdopodobny, jeżeli ucisk blizny nie wywołuje drgawek, albo przynajmniej nie jest bolesny.

Wreszcie w praktyce nastęrcza często wątpliwości pytanie, czy można wiązać przyczynowo padaczkę JACKSON'a z urazem, który miał miejsce przed pewnym czasem. Rozstrzygnięcie tego pytania, o ile w danym przypadku niema specjalnych wskazówek, jest prawie niemożliwe. Padaczka JACKSON'a może występować w wiele lat po urazie. Czas między *causa efficiens* a pierwszym napadem może ulegać znacznym wahaniom. W następstwie urazu mogą powstawać powolnie rozwijające się cierpienia mózgu (torbiele, guzy, ropnie), które wtórnie powodują napady padaczkowe. Pod tym względem prawo austrijackie oznacza okres jednego roku od dnia wypadku: po tym terminie ustaje pod względem prawnym związek przyczynowy między urazem a padaczką JACKSON'a. W Szwajcarii przyjmują okres dwuletni, a natomiast w Niemczech prawo nie określa żadnego terminu.

I, zdaje się, w tym względzie prawo niemieckie jest najśluszniesze, bo najbardziej zgodne z danymi nauki.

W praktyce w przypadkach cierpień urazowych bywa niekiedy trudnem, a zawsze bardzo ważnem odróżnienie napadów padaczkowych (padaczka ogólna) od ciężkich napadów histerycznych, połączonych ze znacznem zaburzeniem przytomności. Dla tego też pozwalam sobie tu przytoczyć ważniejsze cechy różniczkowe.

Napad padaczkowy.

1. Źrenice szerokie, nie oddziałują na światło ¹⁾).

2. Nagły upadek na podłogę; przytem często zewnętrzne uszkodzenia ciała.

3. Napad występuje nagle bez uprzedniego stanu podniecenia.

4. Nagłe zblednięcie twarzy.

Napad histeryczny.

1. Źrenice zachowują odczyn na światło.

2. Powolne stoczenie się na podłogę; zazwyczaj brak uszkodzeń ciała.

3. Napad poprzedza zwykle silne podniecenie psychiczne.

4. Brak wyraźniejszych zmian na twarzy.

¹⁾ W ostatnich czasach wartość tego objawu, uważanego dawniej za różnicę kardynalną, została nieco zachwianą wobec spostrzeżeń A. WESTPHAL'a i KARPLUS'a, którzy znajdowali brak odczynu na światło w napadzie histerycznym. Z drugiej znów strony, w rzadkich zresztą przypadkach padaczki, spostrzegano odczyn źrenic na światło. Pomimo tych pojedynczych spostrzeżeń brak odczynu na światło przemawia zawsze za przypuszczeniem padaczki.

5. Drgawki gwałtowne dość jednostajnego typu: toniczne lub tężcowe napięcie mięśni, poczem następuje szereg skurczów klonicznych.

6. Jednorazowy krzyk (okrzyk padaczkowy); następnie zupełna utrata przytomności.

7. Często ukąszenie języka.

8. Napad trwa rzadko dłużej niż parę minut. Po napadzie głęboki sen.

9. Mimowolne oddawanie moczu, a zwłaszcza wypróżnienia i pollucja.

10. Brak znamion histerycznych.

5. Typ drgawek niezmiernie urozmaicony; wyrzucanie rękami i nogami, wyginanie całego ciała, *arc de cercle* itp. itp.

6. Mniej lub więcej silne zaburzenie przytomności, lecz nie utrata zupełna. Skurczowe okrzyki, płacz, śmiech, mowa burzliwa z oznaką różnych afektów, namiętne pozy itp.

7. Brak tego objawu ¹⁾.

8. Napad może trwać $\frac{1}{2}$ —1 godzinę i dłużej. Po napadzie mniej lub więcej nagle przebudzenie się.

9. Brak tych objawów ²⁾.

10. Obecność znamion histerycznych.

¹⁾ OPPENHEIM spostrzegał ukąszenie języka w napadzie histerycznym.

²⁾ CHARCOT spostrzegał w początkowym okresie napadu histerycznego mimowolne oddawanie moczu.

11. Procedury hipnotyczne nie wywierają żadnego wpływu na napad.

12. BABIŃSKI w czasie napadu i po nim spostrzegał objaw paluchowy.

13. Częstsze i dłuższy czas trwające napady mogą sprowadzać przytępienie umysłowe.

11. Procedury hipnotyczne mogą wywołać napad albo też hamować.

12. Brak tego objawu.

13. Umysł może być rzutki, błyskotliwy.

Wspomnieć także należy, że histerja niekiedy naśladuje padaczkę JACKSON'a—mianowicie wówczas, gdy napad histeryczny ogranicza się do jednej połowy ciała, zaczyna się w pewnej grupie mięśniowej i rozszerza się na inne. Jako cecha różniczkowa może służyć to, że w napadzie histerycznym bywa pewne zamroczenie przytomności, że wzruszenia psychiczne lub ucisk pewnych punktów wywołują lub przerywają napad, wreszcie szereg objawów swoistych dla histerji.

Aby zakończyć z drgawkami, wspomnieć należy o t. zw. Reflexepilepsie, t. j. o drgawkach, które zwykle powstają w jednej kończynie i są najczęściej następstwem uszkodzeń obwodowych części kończyn.

Rzeczywistość tych drgawek można uważać za stwierdzoną, gdy po pewnej aurze, odczuwanej najczęściej w miejscu blizny (parestezje, drgania), występują charakterystyczne drgawki, po których następuje zamglenie świadomości, porażenie kończyn, gdy wreszcie ucisk blizny jest bolesny i może wywołać napad (*zona epileptogenes*), przewiązanie

zaś całej kończyny (np. bandażem ESSMARCH'a) wstrzymuje napad.

Zawroty głowy.

Objaw ten należy do bardzo częstych skarg wśród poszkodowanych i niewątpliwie jest często nadużywany. Udawanie zawrotów głowy, zataczanie się w obecności lekarza wymaga umiejętności i zręczności ze strony chorego. Zazwyczaj bywa wykonywane grubo, tak że wykrycie nie jest trudne: widać, że zawrót głowy powoduje sztuka, a nie istotna choroba. Tak np. padający na ziemię symulant wykonywa pewne ruchy, mające na celu osłabienie siły upadku, aby przytem nie uczynić sobie krzywdy.

Częściej jednak zdarzają się, że chory uskarża się, że miewa często zawroty głowy, jakkolwiek lekarz nie ma możliwości spostrzegania napadu zawrotów.

W każdym razie koniecznem jest zbadanie stanu chorego w celu stwierdzenia, czy w ustroju niema jakiej przyczyny zawrotów. Należy przede wszystkim uwzględnić narząd wzroku (ruchy gałki ocznej, *nystagmus*, *diplopia*), narząd słuchu (zwłaszcza ucho wewnętrzne, nerw słuchowy), narząd trawienia (*gastritis chronica*, *vertigo e stomacho laeso*), zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu (*arteriosclerosis*, *anaemia cerebri*, *vertige cardio-vasculaire* GRASSET'a), cierpienia nosa, nerek, wreszcie możliwość zatrucia (nikotyna, alkohol, chloroform, kofeina, morfina itd.)¹⁾.

¹⁾ Pomijam tu już cierpienia ośrodków układu nerwowego. Przypomnieć nadto należy, że zawroty głowy mogą stanowić równoważnik lub aurę napadu padaczkowego.

Jeżeli badanie nie dostarczy nam żadnego punktu oparcia, staramy się sztucznie sprowadzić zawrót głowy. Zalecamy badanemu kilkakrotnie poruszać głowę, nachylić się, zawrócić i zwracamy uwagę, czy przytem chory chwieje się albo też czy nie występuje *nystagmus*. Jeżeli nadto twarz czerwienieje, tętnice pulsują, tętno staje się częstszem, to to przemawia za rzeczywistością zawrotów. W innych natomiast razach występuje t. zw. objaw ERBEN'a: liczba uderzeń tętna staje się mniejsza. Należy jednak zwracać uwagę, aby badany przy takich ruchach, nachylaniu się itp., nie zatrzymał oddechu, albowiem nieprawidłowy oddech może również sprowadzić takie same zjawisko.

Pamiętać jednak trzeba, że tylko z największą oględnością można wydać orzeczenie, iż w poszczególnym przypadku zawroty głowy są udane. Objaw ten należy do bardzo częstych zjawisk u osób nerwowych, zwłaszcza w neurastenji z odzieniem hipochondrji i, podobnie jak niepokój lub bicie serca, może być wywołany już na drodze samoobserwacji.

Jak to łatwo przekonać się na sobie samym, dość przypomnieć sobie utratę równowagi i odtworzyć obraz pamięciowy zawrotów, aby istotnie doznać ich wkrótce. Dlatego też zawroty głowy należą do częstych rzeczywistych objawów u chorych urazowych, wśród których jest tak wielu neurasteników.

Drugie ważne źródło zawrotów u chorych urazowych stanowią wszelkie uszkodzenia głowy (uderzenia, stłuczenia), które powodują zawroty nawet wówczas, gdy można wyłączyć jakiegokolwiek grubsze zmiany w mózgu.

W wątpliwych razach konieczną jest obserwacja chorego. Należy przytem zwracać uwagę,

jak się on porusza, czy śmiało się nachyla, czy też unika nachylania się, jak schodzi i wchodzi na schody, jak nakłada buty, ściąga je, jak się kładzie do łóżka itp. Jeśli przy tych czynnościach badany zachowuje się swobodnie, nie zdradza szczególnej ostrożności w ruchach, to można w każdym razie twierdzić, że zawroty głowy, jeśli są, to bardzo nieznaczne. Stanowczo wyłączyć zawroty głowy można wtedy, gdy obserwacja wykaże, iż badany wykonywa śmiało i swobodnie takie czynności, które i u zdrowych ludzi wywołują zawroty.

Wreszcie zaznaczyć należy, że zawroty głowy przy t. zw. chorobie MENIÈRE'a nie mogą budzić podejrzeń co do udawania, ponieważ ten zbiór objawów jest zbyt charakterystyczny.

Objawy wzrokowe.

Zaburzenia wzrokowe należą do objawów bardzo często udawanych lub przesadzanych. Nieomal każdy chory, a zwłaszcza ci, którzy ulegli urazowi głowy, zaczynają swe skargi od słów: „Od czasu wypadku nie widzę zupełnie, albo gorzej niż przedtem“. Pochodzi to naprzód stąd, że chorzy wogóle są skłonni do przesadzania zaburzeń wzrokowych nawet wtedy, gdy te są zależne od cierpienia oka zewnętrznego (*conjunctivitis, iritis* itp.) i nie są pochodzenia urazowego; powtóre przesada lub udawanie wydaje się tu chorym łatwiejsze, bo trudniejsze do skontrolowania, niż w zakresie innych objawów.

We wszystkich przypadkach wątpliwych potrzebnem jest dokładne zbadanie oczu, a więc odruchów źrenic i kierunku osi widzenia, dna oka, refrakcji, akomodacji itd. Wykrycie zmian obiektywnych może dać ważne wskazówki. Rzecz prosta, iż pewne zmiany na dnie oka, stwierdzone wznikiem, rozpraszają wątpliwości co do udawania osłabienia wzroku lub ślepoty.

Ważne również wyniki może dać zbadanie odczynu źrenic. Jak wiadomo, przy nagłym po-

Objawy nerwowe.

działaniu światła na siatkówkę następuje zwężenie źrenicy. Działanie to ujawnia się współcześnie i jednakowo w obu oczach, t. j. przy oświetleniu lewego oka zwęża się nie tylko lewa źrenica, lecz i prawa (*konsensuelle Reaction*). Odczyn ten jest bardzo czuły i pozwala obiektywnie stwierdzić, czy siatkówka jest wrażliwa na światło. Przed badaniem jednak należy zwrócić uwagę, czy niema nadmiernego zwężenia źrenic (*myosis*), zrostów (*synechiae*), stanu zapalnego w oczach lub pewnego podniecenia psychicznego. Badanie winno być dokonane zawsze z zachowaniem odpowiednich ostrożności.

Nie należy również zapominać o zbadaniu kierunku osi widzenia, t. j. ruchów współczesnych oczu przy patrzeniu dwuocznym. Jeśli oba oczy widzą dobrze, to osie ich widzenia konwergują w ten sposób, iż zbiegają się na przedmiocie oglądanym (fiksowanym), którego obraz pada na identyczne punkty obu siatkówek. Jeżeli jedno oko jest ślepe, to przy patrzeniu na dany przedmiot, ślepe oko odchyła się (*deviatio*), zdrowe zaś prawidłowo skierowuje ku niemu swą oś.

Również pewne zmiany w refrakcji mogą tłumaczyć i potwierdzać rzeczywistość skarg chorego.

Po tych ogólnych uwagach przejdziemy do udawania poszczególnych objawów: A. ślepoty obustronna (*amaurosis bilateralis*); B. ślepoty jednostronna; C. osłabienie wzroku (*amblyopia*); D. osłabienie wzroku w jednym oku od czasu, gdy drugie oko zostało uszkodzone; E. Ślepoty na barwy; F. Przypadki, w których istniejące dawniej, jeszcze przed urazem, cierpienie oka podawane jest za następstwo urazu. G. Zwężenie pola widzenia; H. Zaburzenia ruchów gałki ocznej; I. Ciała obce we wnętrzu oka; K. Zaburzenia sztucznie wywo-

lane (*coniunctivitis, mydriasis*); L. Zaburzenia wzrokowe natury histerycznej.

A. Udawanie zupełnej ślepoty dwustronnej, jeśli się nawet zdarza kiedykolwiek, to niezmiernie rzadko. W dostępnej mi literaturze nie znalazłem opisu ani wzmianki o podobnych przypadkach. Zresztą udawanie takiego objawu byłoby łatwym do wykrycia. Przy ślepotcie obustronnej zwykle bywa brak odruchu na światło ¹⁾. Obecność przeto odruchu na światło przemawia za udawaniem. Nadto zbadanie dna oka oraz całego układu nerwowego, a także obserwacja chorego (charakterystyczne zachowanie się ślepego) może rozproszyć wątpliwości. Można także uciec się do prostego sposobu: przysuwamy nagle do oczu palec lub jakiś ostry przedmiot: jeżeli chory widzi, to wówczas cofnie głowę, przymruży oczy itp.

Udawanie ślepoty dwustronnej.

B. Udawanie zupełnej ślepoty jednostronnej zdarza się bardzo rzadko i jest łatwym do wykrycia. W celu stwierdzenia udawania uciekamy się do następujących sposobów:

Udawanie ślepoty jednostronnej.

1) Badanie odczynu źrenic na światło.

Przypuśćmy, że chory uskarża się na ślepotę prawego oka ²⁾. Lewe zdrowe oko zakrywamy,

Metody przedmiotowe.

¹⁾ Z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków uszkodzenia kory potylicy. W wyjątkowych razach brak odruchu bywa także i przy *amaurosis hyster. bilateralis*. Przy tem zresztą bardzo rzadkiem zjawisku odruch źrenicy na światło bywa wogóle zachowany, niekiedy jednak może być osłabiony, a nawet chwilowo zniesiony (*skurcz m. sphincteris pupillae*)

²⁾ Aby nie powtarzać się w poniższem, będziemy zawsze mówili o prawem oku, gdy będzie mowa o ślepotcie lub osłabieniu wzroku jednostronnem.

lecz w ten sposób, aby można było śledzić zachowanie się źrenicy. Prawe oko kolejno przykrywamy ręką i wystawiamy na działanie światła. Jeżeli przytem nie występuje zwężenie źrenicy nie tylko w prawem, lecz i lewem oku, to znaczy, że siatkówka prawego oka istotnie nie jest czuła na wrażenia świetlne.

Jeżeli jednak próba ta wypadnie dodatnio (t. j. następuje zwężenie lewej źrenicy), to uwzględnić należy nadto okoliczność, że przy wielkiem nawet osłabieniu wzroku siatkówka prawego oka może być dostępna dla wrażeń świetlnych, a przeto może występować odczyn w lewem oku. Czyli innemi słowy: zwężenie lewej źrenicy pod wpływem światła nie świadczy jeszcze, że prawe oko jest zupełnie zdrowe.

Uwaga ta dotyczy również znacznych stopni rozszerzenia źrenicy (*Mydriasis*), powstałego skutkiem choroby lub na drodze sztucznej (*Atropina*, *Duboisina*). Oko ze znacznem rozszerzeniem źrenicy może być albo ślepe, albo też siła widzenia może być osłabiona, lub wreszcie może być prawidłowa (pomijając zaburzenia czynnościowe i zaburzenia akomodacji).

W tych razach możemy kierować się następującymi wskazówkami.

Badanie chorego zawsze odbywa się w ciemnym pokoju. Naprzód określamy możliwie dokładnie stopień zwężenia źrenicy lewego (zdrowego) oka pod wpływem ogniska świetlnego; następnie zasłaniamy to oko (lewe) od działania tegoż światła, a skierowujemy je zapomocą soczewki na prawe oko (*mydriasis*). Jeżeli siatkówka prawa jest zupełnie nieczuła, to źrenica lewa nie zmienia się; jeżeli wzrok w prawem oku jest osłabiony (*amblyopia*), to lewa źrenica zwęża się powoli i słabo; jeżeli

wreszcie siła widzenia w prawem oku jest prawidłowa, to lewa źrenica zwięza się tak samo, jak przy bezpośrednim działaniu światła na lewe oko.

Wreszcie zaznaczyć należy, że źrenica może oddziaływać na światło nawet przy zupełnym braku wrażliwości siatkówki na wrażenia świetlne. Ma to miejsce w tych razach, gdy uszkodzenie (*lesio*) zniósło czynność ośrodków korowych wzroku, albo też uszkodzenie znajduje się na drodze obu nerwów wzrokowych poza miejscem, w którym oddzielają się włókna źrenico-ruchowe (po za *corp. genicul. externum*) albo też wreszcie w przypadkach t. zw. ślepoty psychicznej, ślepoty duszy, widzenia nieświadomego.

Wszystkie powyższe przypadki są niezmiernie rzadkie. Gdyby jednak w poszczególnym przypadku nastęrczały się wątpliwości, uciekać się należy do innych, poniżej podanych sposobów.

2) Jak wiadomo, przy patrzeniu obu zdrowi oczami na pewien przedmiot, osie widzenia konwergują, zbiegają się na danym przedmiocie. Jeżeli prawe oko jest ślepe, to oś jego odchyła się, gdy oś lewego oka prawidłowo kieruje się ku przedmiotowi. Jeżeli nie znajdujemy wyraźnego odchylenia się osi (*deviatio*) prawego oka, to, chcąc się przekonać, czy badany rzeczywiście patrzy obu oczami, należy kolejno zakrywać to prawe, to lewe oko, polecając mu patrzeć na światło, umieszczone w odległości 2-3 metrów. Gdy badany jest istotnie ślepy, to prawe oko nie porusza się, kiedy zakrywamy oko lewe.

Badanie to można jeszcze uzupełnić przez zastosowanie pryzmatu. Przed prawem (ślepem) okiem stawiamy pryzmat $10 - 25^\circ$, podstawą na zewnątrz i polecamy badanemu czytać. Istotnie ślepemu nie przeszkadza to w czytaniu; symulant

zaś, chcąc widzieć pojedynczo odchyła prawe oko ku wewnątrz i przywraca je do pierwotnej pozycji w chwili usunięcia pryzmatu (metoda VON WELZ'a).

Poniżej podane próby należą do kategorii podmiotowych, a to z tego względu, że wnioski tu opieramy na odpowiedziach lub zachowaniu się badanego. Wszystkie one polegają na zjawiskach optycznych i fizjologicznych i zwykle w zupełności wystarczają do stwierdzenia rzeczywistości ślepoty.

3) Metoda JAVAL-CUIGNET'a.

Przed oczami badanego kładziemy w odległości 35 cm. arkusz papieru, na którym są pewne znaki, cyfry lub drukowane litery. W równej odległości od papieru i od nosa stawiamy palec lub ołówek po linii pośrodkowej (pionowo) w ten sposób, aby ołówek zasłaniał w każdej połowie pola widzenia pewne znaki lub litery. Jeżeli badany czyta dokładnie wszystkie litery, to ślepotą jest udana; jeżeli zaś badany jest rzeczywiście ślepy na jedno oko, to w czytaniu muszą być w pewnych miejscach przerwy. Próbę tę uprzednio należy wykonać na sobie samym.

Metoda ta jest prosta, lecz trudna pod tym względem, że wymaga zupełnej nieruchomości głowy badanego oraz arkusza ze znakami.

Metodę powyższą udoskonalił MARTIN, BARTHÉLÉMY, DRIVER, dzięki czemu daje ona dokładniejsze wyniki oraz pozwala na określenie siły widzenia.

Podamy tu metodę MARTIN'a.

4) Przyrząd MARTIN'a składa się z pudła długości 35 cm. a szerokości 20 cm. Na przedniej powierzchni znajdują się dwa otwory, służące dla oczu, a na tylnej powierzchni (w odległości przeto

35 cm. od oczu) pomieszczona jest tablica z literami lub znakami. W odległości 15 cm. od tylnej powierzchni po linii pośrodkowej znajduje się pałeczka (średnicy 1 cm.), którą, zależnie od potrzeby, można opuszczać lub podnosić. Badany zwrócony ku światłu, bierze przyrząd w ręce i, patrząc przez otwory w powierzchni przedniej, zaczyna czytać litery. Jeżeli czyta wszystko dobrze, to ślepotą jest udana. Jeżeli zaś badany twierdzi, że pewnych liter nie może czytać, to należy się samemu przekonać, czy litery, których nie widzi, istotnie odpowiadają tym, które powinna zasłaniać pałeczka.

Metoda ta daje jednocześnie możność określenia siły widzenia.

Poniżej podane sposoby opierają się na zastosowaniu szkieł niekolorowych ¹⁾, a mianowicie:

5) Szkl^a sferyczn^e. Badanemu daje się na oczy okulary i mianowicie ze szkłem zwyczajnem (*neutre*) lub bardzo słabem przed przypuszczalnie ślepem okiem, przed zdrowem zaś okiem—bardzo silne szkło wklęsłe lub wypukłe. Jeżeli teraz chory może czytać, to znaczy, że czyta owem ślepem okiem. Jednocześnie można w przybliżeniu wnioskować stąd o sile widzenia (BAUDRY).

Dokładniej według WICHERKIEWICZA możemy określić siłę widzenia, jeżeli po stwierdzeniu objektywnie anomalji refrakcji, umieścimy przed okiem podejrzanem szkło korrygujące.

Zastoso-
wanie
szkieł
sferycz-
nych i cy-
lindrycz-
nych.

¹⁾ Próby te (od 5—10 włącznie) wymagają przypuszczenia z góry, że badanie obiektywne (kiaskopia, oftalmoskopia, keratoskopia), wykazało u chorego prawidłowo-wzroczność (emmetropję).

6) Szkła cylindryczne. KUGEL zastosował astygmatyzm w następujący sposób: Badany patrzy na świecący się punkt (skrzynka wewnątrz oświetlona z otworem średnicy 3 mm., zakrytem szkłem mlecznym), mając przed każdym okiem szkła cylindryczne, których osie stoją do siebie prostopadle. Jeśli badany ma oba oczy dobre, to widzi świecący się krzyż; ślepy zaś na jedno oko powinien widzieć świecącą się linję, która stoi poziomo lub pionowo, a to zależnie od osi szkła, ustawionego przed zdrowym okiem.

Zastoso-
wanie
pryzma-
tów.

Ważne zastosowanie przy stwierdzeniu rzeczywistości ślepoty mają pryzmaty.

7) Przed przypuszczalnie ślepego okiem stawia się silny pryzmat podstawą na zewnątrz. Jeśli oko to istotnie nie widzi, to pryzmat nie przeszkadza do czytania. Jeśli zaś oko jest zdrowe, wówczas pryzmat daje podwójne obrazy. Wtedy badany wyznaje, że widzi dwa przedmioty albo też czyni widoczne usiłowania, aby przez odpowiednie ustawienie oka uniknąć podwójnych obrazów.

Próba ta jest dość znana wśród inteligentnych symulantów. Dlatego też A. GRAEFE proponuje inną metodę, która jednak wymaga większego doświadczenia i zręczności ze strony lekarza:

8) Stawia się przed zdrowym okiem dość mocny pryzmat podstawą ku górze lub ku dołowi tak, aby załamujący kant pryzmatu był na wysokości połowy źrenicy. Wtedy i przy zamknięciu przypuszczalnie ślepego oka występuje podwójne widzenie (*diplopia monocularis*), a badany ma możliwość przekonania się, że ono powstaje w jednym oku. Następnie otwieramy przymknięte oko i przesuwamy nieznacznie pryzmat nieco ku górze, ponad źrenicę. Jeżeli badany i obecnie widzi podwójnie, to niewątpliwie oko jest zdrowe, albowiem

przy takim ustawieniu pryzmatu podwójne widzenie może być tylko dwuoczne (*diplopia binocularis*).

9) Sposób GAŁĘZOWSKIEGO polega również na wywoływaniu jednoczesnego widzenia podwójnego. W tym celu GAŁĘZOWSKI stosuje Spat Islandzki, mający własność podwójnego załamywania. Stawiając przed okiem to soczewkę podwójnie załamującą, to zwykły pryzmat, zewnętrznie nie różniący się od soczewki, wywołujemy kolejno podwójne obrazy jednooczne, lub dwuoczne.

10) Poleca się badanemu, aby czytał głośno. Wtedy stawia się przed przypuszczalnie ślepe okiem pryzmat tak, aby kant jego był równoległy do wierszy. Za pomocą ostrożnego przesuwania pryzmatu można znaleźć takie położenie, przy którym dwa różne wiersze padają na identyczne punkty siatkówki. Jeśli oko jest istotnie ślepe, to takie ustawienie pryzmatu nie przeszkadza do czytania. Jeżeli zaś badany czytać nie może, to ślepotą jest udana (BERTHOLD).

11) Na szklanej tafli ułożone są odwrócone wzory liter. Litery te ustawiamy przed lampą i za pomocą zwierciadła płaskiego rzucamy obraz tych liter kolejno to w jedno, to w drugie oko. Po pewnej ilości takich rzutów, badany przestaje się orjentować, które oko jest czynne, i może czytać litery i wtedy, gdy czynne jest jakoby ślepe oko (NIEDEN).

LAURENCE (a według innych HOOË) podał myśl zastosowania stereoskopu w celu stwierdzenia ślepoty jednostronnej.

Najprostszą formę zastosowania stereoskopu stanowi sposób VIEUSSE'a:

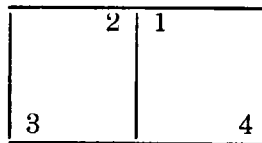
Zastoso-
wanie
stereo-
skopu.

12) Do stereoskopu wstawia się dwa opłatki różnego koloru (czerwony i zielony) w odległości 1 cm. od linii pośrodkowej, która dzieli obraz stereoskopowy na dwie równe połowy. Przy tak niewielkiej odległości opłatek, leżący przed prawem okiem badanego (przypuśćmy zielony) widać po lewej stronie, opłatek zaś, leżący przed lewym okiem (czerwony), — po prawej stronie. Jeżeli badany jest istotnie ślepy na jedno oko, to winien widzieć tylko jeden opłatek i mianowicie ten, który znajduje się przed chorem okiem. Symulant zaś, udający np. ślepotę prawego oka, będzie twierdził albo a) że widzi oba opłatki, przez co eo ipso zdradza się, albo też b) twierdzi, że widzi czerwony opłatek, jako znajdujący się przed zdrowym okiem, a przez to zaprzecza istnienia zielonego opłatka, który powinienby widzieć zdrowym okiem, a nadto ujawnia, że widzi chorem okiem czerwony opłatek.

13) BAUDRY podaje sposób jeszcze dokładniejszy:

Na kartonie stereoskopowym, z każdej strony linii pośrodkowej, umieszczone są po dwa opłatki kolorowe (fig. 1). Dwa górne: czerwony (1) z pra-

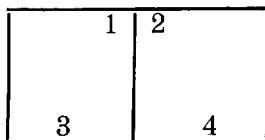
Fig. 1.



wej strony, czarny (2) z lewej są odległe o 1 cm.; dolne zaś—niebieski (4) z prawej strony, żółty (3)

z lewej — o 5 cm. Przy takim rozmieszczeniu opłatków następuje skrzyżowanie górnych opłatków i zbliżenie dolnych (fig. 2) w obrazie stereoskopowym.

Fig. 2.



Zresztą łatwo sobie ułożyć jakikolwiek karton, urozmaicając liczbę i położenie opłatków, wprowadzając zamiast opłatków figury, znaki, cyfry, litery itp.

Zasadniczym warunkiem przy wszelkich badaniach stereoskopowych jest — i to stanowi słabą stronę metody — aby badany nie miał możliwości przymknięcia jednego oka. Dwuoczne widzenie jest tu konieczne. Nadto gdy refrakcja w obu oczach nie jest jednaka, stosowanie metody jest utrudnione.

W poniżej podanych sposobach zastosowane są szkła kolorowe.

14) Badany kładzie okulary z jednym szkłem czerwonym, a drugim zielonym. Wtedy pokazujemy mu litery kolejno to czerwone, to zielone. Ponieważ barwy czerwona i zielona są barwami dopełniającymi, przeto oko z czerwonym szkłem widzi tylko czerwone litery, gdy zielonych widzieć nie może, albowiem te ostatnie przedstawiają mu się, jako czarne na czarnym tle. Jeżeli badany

Zastosowanie
szkieł ko-
lorowych.

czyta wszystkie litery, to znaczy, że czyta obu oczami—czyli że oba oczy są zdrowe.

15) Na białym papierze piszemy litery ołówkiem czerwonym i czarnym. Badanemu daje się okulary z czerwonym szkłem przed zdrowe oko i poleca mu się czytać. Jeżeli badany czyta płynnie, to znaczy, że widzi obu oczami, albowiem gdyby rzeczywiście był ślepy na jedno oko, nie mógłby czytać czerwonych liter przez czerwone szkło.

16) HASELBERG, opierając się na zjawisku barw dopełniających, obmyślił bardzo praktyczny sposób. Na białej tablicy znajdują się litery i cyfry, wydrukowane czarną i czerwoną farbą w ten sposób, że część czarna stanowi jedną literę wzgl. cyfrę, razem zaś z częścią czerwoną tworzy inną literę lub cyfrę, np. **I** lub **N**, **1** lub **D**, **P** lub **R**, **3** lub **8**, **4** lub **4** itd. Badanemu kładzie się okulary ze szkłem niebiesko-zielonym przed przypuszczalnie ślepe oko i z czerwonym przed zdrowe. Wtedy polecamy czytać litery na tablicy. Sądząc z tego, które litery lub cyfry badany może czytać, łatwo wnioskować, czy mamy do czynienia z symulantem, czy też z istotnie ślepym na jedno oko.

Ponieważ na tablicy są cyfry i litery różnej wielkości, przeto metoda ta daje jednocześnie możliwość określenia siły widzenia w obu oczach.;

Wreszcie przytoczyć należy jeden jeszcze prosty sposób:

17) Atropinizujemy zdrowe oko, przez co uniemożliwiamy widzenie na bliską odległość. Jeżeli pomimo to badany czyta z bliskiej odległości, to znaczy, że widzi drugim okiem.

Już liczba podanych powyżej metod świadczy, że nie możemy polegać na jednej próbie. W każdym przypadku należy zastosować dwie pierwsze metody.

Lekarz nie posiadający przyrządów, może uciec się do sposobów, oznaczonych numerami: 3, 14, 15.

Polecić zwłaszcza należy tablice HASELBERG'a (16), które ze względu na cenę są łatwo dostępne.

Najpewniejsze jednak wyniki dają szkła optyczne.

Rzecz prosta, iż w wątpliwych przypadkach badania winien dokonywać okulista.

C. Udawanie jednostronnego osłabienia wzroku spotyka się znacznie częściej, a wykrycie jego przedstawia wogóle znacznie większe trudności. I w tym razie jednak posiadamy dość dużo metod, które pozwalają ze sprzecznych lub prawdziwych odpowiedzi badanego wnioskować o prawdziwie zadaniu skarg. Właściwie zadanie lekarza polega tu na określeniu siły widzenia.

Udawanie jednostronnego osłabienia wzroku.

Już w powyższym podaliśmy kilka pożytecznych metod, zwłaszcza polecić należy metodę HASELBERG'a. Oprócz tego posługiwać się możemy następującymi sposobami:

1) Dwie tablice o różnej wielkości liter ustawia się jedną obok drugiej w ten sposób, aby wiersze jednej tablicy z większymi literami były na jednej linii z wierszami drugiej z mniejszymi literami. Symulant niejednokrotnie może się zdradzić przez to, że po przeczytaniu wiersza o dużych literach czyta dalej przez nieuwagę wiersz z mniejszymi li-

terami. Taka nieuwaga pozwala określić siłę widzenia (MASCHKE, NIEDEN).

2) Przy zastosowaniu zwierciadła symulant niekiedy może się nie orjentować co do odległości rzeczywistej liter; poleca się badanemu czytać tablicę zawieszoną na ścianie; następnie daje mu się do rąk inną tablicę z odwróconymi literami, teźże co i na poprzedniej wielkości, i przysuwa się go do ściany o połowę bliżej. Wówczas badany, uważając, że odległość jest mniejsza, zaczyna czytać litery w zwierciadle, zawieszonem na ścianie, jakkolwiek odległość jest taka sama, jak przed tem ¹⁾ (MASCHKE).

3) Niekiedy może być pożyteczną następująca wskazówka przy badaniu dwustronnego osłabienia wzroku: przy wielokrotnem badaniu siły wzroku za pomocą różnych szkieł u jednej osoby wyniki bywają mniej więcej jednakie; tymczasem u symulantów spotykają się znaczne sprzeczności (MASCHKE).

4) K. WICK poleca metodę A. ROTH'a, opierającą się na tem, że symulant stale fałszywie oznacza przedstawione mu znaki SNELLEN'a. WICK stosuje tę metodę w następujący sposób: Przygotowuje pewną ilość kwadratów z białej tektury, długości 10 cm. i pośrodku każdego przyklepia znaki

¹⁾ Dla wytłomaczenia tego faktu przypomnieć należy, że w zwierciadle widzimy nie sam przedmiot, lecz jego obraz, który tworzy się, jak wiadomo, za zwierciadłem w odległości równej tej, w której przedmiot rzeczywisty znajduje się przed zwierciadłem. Trzymając tablicę z literami w odległości np. 3 metrów przed zwierciadłem, badany ogląda obraz tych liter, utworzony w odległości 3 metrów za zwierciadłem, czyli „widzi litery“ w odległości 6 metrów od siebie.

SNELLEN'a (Ξ) różnej wielkości, stosownie do czytania z różnej odległości (50, 30, 20, 15, 10, i 6 m.). Przypuśćmy, że badany przyznał się do siły widzenia $\frac{6}{30}$, czyli że kwadrat ze znakiem Ξ dla 30 m. dobrze widzi i przy różnych obrotach kwadratu prawidłowo oznacza, w którą stronę znak ten jest otwarty. Teraz zatrzymując chorego w tejże odległości, podajemy mu kwadrat ze znakiem dla 20 m. odległości. Jeżeli badany twierdzi, że nie dobrze widzi znak, prosimy go, żeby zaznaczał tylko, w którą stronę jest skierowany otwór znaku: Jeśli on kolejno 25 — 30 razy fałszywie wskazuje kierunek, to można być pewnym, że w rzeczywistości dobrze widzi znak, ponieważ według rachunku prawdopodobieństwa powinien by nawet przy zgadywaniu dać z 10 razy dobrą odpowiedź. Następnie podajemy mu kwadrat z jeszcze mniejszym znakiem. I znów 25—30 kolejnych fałszywych odpowiedzi przekonywa, że badany i ten znak dobrze widzi. Tak postępujemy dotąd, dopóki badany istotnie już nie będzie rozróżniał znaków. Wielkość tego znaku może służyć do określenia siły widzenia.

Przy wykonywaniu tej próby daleko lepiej przedstawiać znaki na oddzielnych kwadratach, niż na jednej dużej tablicy. Oprócz tego pożytecznym jest czynić te doświadczenia w obecności asystenta lub wogóle świadka.

5) BAUDRY daje na oko bardzo silne szkło wypukłe, powiększające przedmioty, jak lupa. Jeżeli badany twierdzi, że teraz nie widzi lepiej liter, umieszczonych w odpowiedniej odległości i jeżeli badanie refrakcji wykazało, że chory jest np. emmetropem, to mamy prawo podejrzewać udawanie. Jeżeli przeciwnie badany przy szkle wypukłym o 6 Dioptr. twierdzi, że obecnie widzi nieco lepiej,

to BAUDRY mówi mu, iż teraz podwoi siłę szkła i przeto badany będzie mógł czytać z większej odległości. Wtedy zubożętnia szkło wypukłe przez połączenie ze szkłem wklęsłym tejsze siły. Jeżeli obecnie badany odczytuje litery, to jednocześnie w przybliżeniu określa się stopień siły widzenia. Przez zmianę odległości i szkieł łatwo doprowadzić badanego pomimo jego woli do wykrycia prawdy.

Siła widzenia jest zależna od wielu czynników, jako to: natężenie i jednostajność oświetlenia, stosowanie oka do oświetlenia, różnica oświetlenia obserwowanego przedmiotu i tła, na którym on jest umieszczony, wiek badanego, stan akomodacji, stan ogólny itd. Z czynnikami tymi liczyć się należy przy wykonywaniu badań.

Udawanie
osłabienia
wzroku w
jednym
oku od
czasu usz-
kodzenia
drugiego
oka.

D. Udawanie osłabienia wzroku jednego oka od czasu uszkodzenia drugiego oka należy może do najczęstszych zjawisk. Bardzo często po uszkodzeniu oka chory twierdzi później, że obecnie widzi gorzej i na drugie oko. Dlatego też bardzo pożyteczną jest rada CRAMER'a, aby w każdym przypadku uszkodzenia oka odrazu, jeszcze przed rozpoczęciem kuracji, zbadać siłę wzroku w obu oczach, a zwłaszcza zdrowego oka. W pierwszych chwilach po wypadku, choremu nie przychodzi zwykle do głowy udawać osłabienia wzroku w oku nieuszkodzonym; nie może również działać w tym że kierunku i wyobrażnia chorego. Stwierdzenie zaś siły wzroku w obu oczach przy badaniu pierwotnym może stanowić materiał dla późniejszego wnioskowania.

Rzeczywiste przejście cierpienia z jednego oka na drugie bywa względnie rzadkiem.

Zdarza się to według THIEM'a:

- 1) Przy cierpieniu sympatycznym oczu;
- 2) przy stanie zapalnym jednego oka w następstwie uszkodzenia zdarza się podrażnienie i drugiego oka;
- 3) przy długotrwałem cierpieniu jednego oka może przez czas dłuższy pozostawać osłabienie akomodacji w zdrowym oku, zwłaszcza jeżeli chore oko było długo atropinizowane.

Jeżeli powyższe czynniki mogą być z pewnością wyłączone, wtedy skargi badanego są udane.

E. Wiązanie poprzednio istniejących chorób oka z urazem zdarza się niekiedy. Wykrycie prawdy wymaga dokładnej znajomości samoistnych i urazowych cierpień oka. Podać tu ogólne wskazówki trudno. THIEM z własnej praktyki przytacza dwa przypadki, w których typowe *keratitis parenchymatosa luetica* podawano za następstwo urazu, a nawet lekarz potwierdził w świadectwie pierwotnym związek między cierpieniem oka a urazem. W przypadkach tych były nadto inne objawy przymiotu, jak np. zęby HUTCHINSON'a. W innym znów przypadku mularz uskarżał się na osłabienie wzroku skutkiem blizny na rogówce po oparzeniu oka wapnem. Okazało się jednak, że osłabienie wzroku istniało na długo przed wypadkiem, ponieważ badanie wykryło zupełne odbarwienie (Abbläsung) skroniowej połowy nerwu wzrokowego, w następstwie *neuritis optica* skutkiem nadużycia tytoniu i alkoholu.

Wiązanie z urazem dawniejszych cierpień oka, istniejących jeszcze przed niešťczęśliwym wypadkiem.

Zresztą udawanie w tym kierunku czynione jest zwykle nie śmiało: badany zwykle obawia się, czy uda mu się ukryć dawniej przeżytą chorobę. W paru przypadkach po wypadku, mianowicie po świeżem uszkodzeniu powieki dolnej, spostrzegalem blizny i plamy na rogówce, które chorzy wiązali ze świeżym urazem. Gdy stanowczo, im oświadczyłem, że cierpienie to jest dawną sprawą i niema żadnego związku z obecnym urazem, jeden z badanych szczerze się przyznał, drugi zaś oświadczył, że istotnie już przed wypadkiem na to oko widział nie zupełnie dobrze, lecz obecnie widzi jeszcze gorzej.

Wreszcie w wątpliwych przypadkach mogą wysświetlić rzecz akta osobiste badanego lub zeznania świadków.

Udawanie
ślepoty
na barwy.

F. Udawanie ślepoty na barwy, nieodróżnianie barw jest zwykle łatwem do wykrycia.

Przedewszystkiem przy zupełnej ślepotcie na barwy zawsze bywa znaczne obniżenie siły widzenia, czyli więc prawidłowa siła widzenia wyłącza już ślepotę na barwy.

Następnie pamiętać należy, że zupełna całkowita ślepotą, t. j. brak wszelkich barwnych wrażeń wzrokowych, zdarza się rzeczywiście niezmiernie rzadko. Chorym dotkniętym takim cierpieniem wydaje się cały świat i wszystkie przedmioty jednodajnie szarymi. Stan taki musi odbijać się na zachowaniu chorego.

Częściowa ślepotą bywa albo na barwy czerwoną i zieloną (najczęstsza postać), albo na niebie-

ską i żółtą (postać bardzo rzadka). Innych postaci wogóle nie bywa.

Wreszcie zaznaczyć należy, że niekiedy ślepotą na barwy bywa jednym z pierwszych objawów poczynającego się zaniku nerwu wzrokowego; stąd konieczność zbadania w odpowiednich razach dna oka.

Przy badaniu ślepoty na barwy posługujemy się zwykle trzema metodami:

I. Próba HOLMGREEN'a (szereg pęczków kolorowej wełny z najrozmaitszymi odcieniami); badany winien dobrać do danej barwy pęczki najbardziej zbliżonej barwy. Grube błędy przy takim dobieganiu, a zwłaszcza w tych barwach, które nawet prawdziwy daltonik odróżnia, pozwalają podejrzewać udawanie.

II. Tablice pseudo-izochromatyczne STILLING'a i DAAE.

Tablica DAAE składa się z 10 poziomych szeregów, z których w każdym są próbki wełny o różnych barwach, i mianowicie: w 1-szym tylko czerwona różnych odcieni, w 2-im tylko zielona, w 3-im tylko purpurowa, a w 7 innych najrozmaitsze barwy jedna obok drugiej. Badany winien wskazywać rzędy o podobnych barwach.

STILLING ułożył trzy tablice: 1) różowe litery na szarym tle; 2) czerwone litery na brunatnym tle i 3) różowe litery na zielonym tle. Badany winien czytać litery na tablicach. Najodpowiedniejszą jest tablica trzecia. „Kto twierdzi, że nie może jej czytać, mówi COHN, ten udaje“.

Najpewniejszą jednak metodę stanowi

III. Metoda kontrastu (Florkontrast PFLÜGER'a).

Opiera się ona na spostrzeżeniu H. MEYER'a, że szary krążek położony na kolorowy, np. czerwony papier i przykryty bibułką (Florpapier)

przedstawia się zdrowemu oku w barwie dopełniającej (zielonej). Na tej zasadzie PFLÜGER przygotował tablicę, w której na purpurowym tle znajdują się szare i czarne litery oraz cyfry, a które przykrywa się zwykłą szaro-białą bibułą.

Jeżeli badany może czytać litery lub cyfry na bibułce, to niewątpliwie dobrze odróżnia barwy. Kto zaś istotnie barw nie rozróżnia, komu czerwone tło na tablicy nie wydaje się czerwonym, ten nie może widzieć na bibułce liter w barwie dopełniającej.

Koncentryczne
zweżenie
pola
widzenia.

F. Przechodzimy teraz do objawu, który był i jest dotychczas przedmiotem sporów. Mówię tu o koncentrycznym zwięzieniu pola widzenia, równomiernem ze wszystkich stron i zwykle dotyczącem nie tylko barwy białej, lecz i innych. Od czasów CHARCOT'a objaw ten uchodzi za swoisty dla hysterji. Jednakże spotyka się on i w neurastenji, jakkolwiek w mniejszym stopniu. BRUNS za cechę neurastenji przyjmuje jedynie zwięzienie pola widzenia skutkiem znużenia (Ermüdungseinengung). Lecz u neurasteników nawet pierwsze badanie, kiedy nie może być mowy o znużeniu, wykazuje już zwięzienie; przy znużeniu jednak objaw ten w przypadkach neurastenji występuje o wiele wybitniej, niż u ludzi zdrowych.

Czy zwięzienie koncentryczne pola widzenia jest możliwe do udawania czy nie, na pytanie to różni autorowie różnie odpowiadają. CHARCOT, OPPENHEIM, WILBRANDT, KÖNIG, SAENGER,

BRUNS sądzą, że objaw ten wogóle udawanym być nie może. Istotnie dokładne, a wrzcie potrzeby wielokrotne badanie pozwala zazwyczaj ustalić prawdę. U symulanta spotykamy się zwykle z grubemi sprzecznościami, z najbardziej fantastycznemi liniami i wyskokami krzywej pola widzenia. Umiejętne udawanie tego objawu wymagałoby wielkiej znajomości rzeczy, a zwłaszcza specjalnych ćwiczeń w tym kierunku.

SCHMIDT - RIMPLER jest jednak zdania, że objaw ten może być udawanym. Dla stwierdzenia prawdy koniecznem jest według niego, aby wyniki badania zwykłego (perymetr) były sprawdzone przez badanie kampimetryczne, t. j. określanie pola widzenia na tablicy przy różnej odległości. Zależnie od odległości pole widzenia oczywiście winno się zmieniać. Symulant jednak nie zdoła nigdy odpowiednio rozszerzać swego pola widzenia. Nadto symulant sądzi zwykle, że, w miarę oddalania tablicy, pole widzenia winno się zmniejszać. Jeśli przy zwiększonej odległości pole widzenia pozostaje takie same lub nawet mniejsze, to fakt ten dowodzi udawania. Z drugiej jednak strony zwiększone pole widzenia nie zawsze wyłącza udawanie. Porównanie krzywych pola widzenia przy różnych odległościach może nam sprawę wyświełlić.

Zaznaczyć jednak należy, że u histeryków pole widzenia często pozostaje bez zmiany przy różnych odległościach, a zależy to od tego, iż zwężenie pola widzenia u histeryka jest wynikiem nie zmian optycznych i fizjologicznych, lecz jest raczej psychicznem zwężeniem pola widzenia, zwężeniem pola świadomości (retrécissement du champ de la conscience — Janet).

Ważny objaw przy badaniu pola widzenia daje t. zw. metoda przesuwania FÖRSTER'a (Förster'sche Verschiebungstypus). Mianowicie przy przesuwaniu przedmiotu w kierunku dośrodkowym pole widzenia winno być większe, niż przy przesuwaniu w kierunku odśrodkowym. Jeśli przeto, przesuwając przedmiot od obwodu ku środkowi, zanotujemy punkt, kiedy przedmiot ten zacznie być widziany (t. j. kiedy on wchodzi w pole widzenia), a przy powtórnym badaniu, przy przesuwaniu przedmiotu od środka ku obwodowi zauważymy punkt, kiedy zniknie dla wzroku (t. j. opuszcza pole widzenia), to otrzymamy dwa pola widzenia, z których pierwsze winno być zawsze większe.

Dla stwierdzenia udawania zwężenia pola widzenia GROENOUW radzi badać pole widzenia przy pomocy kolorowych przedmiotów. Ponieważ znacznemu zwężeniu pola widzenia dla przedmiotów kolorowych zawsze towarzyszy zanik nerwów wzrokowych, przeto znaczne zwężenie przy prawidłowym stanie dna oka przemawia za udawaniem.

Wogóle jednak powiedzieć można, że umiejętnie udawanie zwężenia pola widzenia jest niezmierznie trudne.

Zaznaczyć wreszcie należy, że według niektórych autorów (SCHMIDT - RIMPLER, PETERS) zwężenie pola widzenia zdarza się niekiedy, wprawdzie rzadko, i u ludzi zupełnie zdrowych.

Samo badanie pola widzenia wymaga pewnej wprawy i dlatego też najlepiej, gdy wykonywa je okulista. Pamiętać nadto należy, aby w czasie wielokrotnych badań zawsze były zachowywane te same warunki (jednakie oświetlenie). Uwzględnić także trzeba, że takie czynniki, jak nad-

mierna praca fizyczna lub umysłowa, silniejsze wzruszenia psychiczne itp. również mogą wpływać na zwężenie pola widzenia. Wreszcie dla uniknięcia wpływu znużenia oczu na wyniki badania najlepiej, aby badany przez pewien czas uprzednio pozostawał w ciemnym pokoju.

Zaburzenia ruchów gałki ocznej nie mogą być udawane, przynajmniej przez czas dłuższy.

Na dwóch objawach — podwójne widzenie oraz zez, jako widomy wyraz upośledzonego działania mięśni ocznych — opieramy swe wnioski, czy zaburzenia ruchów gałki ocznej są rzeczywiste, czy udane. Obecność lub brak podwójnego widzenia, położenie obrazów podwójnych służą za ważne wskazówki rozpoznawcze. Badanie za pomocą pryzmatu i szkieł kolorowych pozwala wykryć prawdę w razach wątpliwych.

Zaznaczyć tylko należy, że oprócz zezu, zależnego od porażenia lub skurczu mięśni gałki ocznej (*strabismus paralyticus et spasticus*) istnieje postać zezu (t. zw. *strabismus concomitans*), zależna od nieprawidłowości w powierzchniach załamujących oka oraz w akomodacji. Zez taki istnieje zwykle od dzieciństwa. Postać ta charakteryzuje się tem, że gałki oczne mogą poruszać się we wszystkich kierunkach, przyczem wielkość łuku tego ruchu jest prawidłowa, a tylko łuk ten jest jakby przemieszczony.

Na szczególne omówienie zasługuje mięsień podnoszący powiekę górną (*m. levator palp. super.*). Powszechnie przyjętem jest, że jednostronne opuszczenie powieki (*ptosis*) udaniem być nie może,

Zaburzenia ruchów gałki ocznej.

Ptoxis.

a wszelkie usiłowania w tym kierunku łatwo mogą być wykryte za pomocą próby SAENGER'a i WILBRANDT'a. Polega ona na tem, iż w razach *ptosis* jednostronnej przymykamy lekko palcami oba oczy i polecamy badanemu patrzeć na dół a potem do góry. Przy podnoszeniu wzroku do góry nie tylko zdrowe oko, lecz i drugie (z udaniem opuszczeniem powieki) otwiera się częściowo, albowiem przy dowolnem zahamowaniu czynności *m. levat. palp. sup.* następuje skurcz obustronny *m. orbicul. oculi*, ilekroć po uprzednim przymknięciu oczu skierowuje się wzrok do góry. W jednym przypadku, w którym zresztą nie chodziło o żadne odškodowanie, mogłem być za pomocą powyższej próby stwierdzić, że opuszczenie powieki jednego oka, choć pozornie bardzo przekonywające, było pomimo to udane. PLACZEK jednak spostrzegł przypadek, w którym próba powyższa zawiodła. 30-letni lekarz mógł dowolnie hamować czynność *m. levat. palp. sup.* jednego oka. Przy próbie SAENGER'a i WILBRANDT'a dowolnie przymknięte oko pozostawało bez zmiany, a drugie otwierało się.

Lecz powyższe spostrzeżenie PLACZEK'a należy raczej do wyjątku. W istocie próba WILBRANDT'a i SAENGER'a nie przestała mieć znaczenia praktycznego.

Udawanie *nystagmus* przez dłuższy przynajmniej czas jest niemożliwe. Nie przeczy temu spostrzeżenie ROTH'a: pewien wojskowy mógł był dowolnie przez parę sekund zezować jednym okiem na zewnątrz i ku dołowi przy silnem *nystagmus*.

Ze względu na znaczenie rozpoznawcze wspomnieć tu należy o *nystagmus*, spotykanem u górników.

Do takich również skurczów na tle pracy zawodowej należy skurcz w zakresie *m. orbicular. oculi* u zegarmistrzów.

I. Wykrycie ciała obcego we wnętrzu oka (drobne opiłki itp.) niekiedy przedstawiać może pewne trudności, często zaś jest dość łatwym. W wielu razach istnieje ślad uszkodzenia oka przez ciało obce (blizna). Niekiedy znów badanie promieniami ROENTGEN'a wykazuje obecność ciała obcego. Daleko pewniejsze jednak wyniki daje badanie wzornikiem.

Ciała obce
we wnętrzu oka.

WEISS i KLINGELHÖFER z 12 przypadków tylko w 7 wykryli ciało obce we wnętrzu oka za pomocą promieni ROENTGEN'a, gdy wzornik stwierdził obecność we wszystkich przypadkach. Lecz i wzornik nie jest zawsze niezawodną metodą. W przypadkach wylewów krwawych do ciała szklanego, wysięku w ciele szklanym lub zmętnienia soczewki, wzornikiem nie możemy stwierdzić obecności ciał obcych w oku.

W poszczególnych przypadkach, gdy chodzi o opiłki żelazne lub stalowe, może dać pewne wyniki dobry sideroskop. W innych znów razach można zastosować silny elektromagnes (HAAB'a). W ten sposób głęboko leżące ciało obce można przyciągnąć bliżej do komory przedniej (KNAPP); przytem badany uczuwa silny ból, świadczący o obecności i o ruchu ciała obcego.

Cierpienia
oka
sztucznie
wywołane.

K. Z pośród objawów, najczęściej sztucznie wywołanych, wymienimy:

1) *Coniunctivitis*, spowodowane przez ciało obce, włożone do worka łącznicowego. Stwierdzenie pochodzenia tego objawu najpewniej może być wykryte przez obserwację kliniczną, opaskę stałą na oczy, wzgl. przykrycie oka szkiełkiem zegarkowym. Jeżeli cierpienie łącznicy znika prędko, to jest ono podejrzane.

Dość także charakterystycznym jest to, że mamy zwykle w takich razach podrażnienie tylko powieki dolnej oraz dolnej fałdy przejściowej. Niekiedy udaje się dostrzedz na nich delikatny strup lub nalot włóknikowy od jakiegoś środka żrącego lub drażniącego ciała obcego (tabaka, tłuczony goździk itp.).

2) *Mydriasis* skutkiem użycia atropiny, preparatów belladonny, Duboisiny, Hyoscyaminy lub wreszcie kokainy (która rozszerza źrenicę w mniejszym stopniu i na czas krótki) również najpewniej może być wykryta na drodze obserwacji. Najczęściej rozszerzenie źrenicy bywa doprowadzane do maximum; tęczówka staje się prawie nieprzenikliwą; niekiedy istnieje charakterystyczne zapalenie łącznicy (*atropin-catarrhus*); do tego dołączają się niekiedy obawa światła, bóle głowy, wreszcie zaburzenia wzrokowe, a niekiedy i ogólne objawy otrucia atropiną.

3) Uwzględnić należy także okoliczność, że drogą ćwiczeń, wprawy odpowiedniej można dojść do sztuki zezowania, zwłaszcza na dół i ku wewnątrz. SCHWARTZ i LECHNER podali spostrzeżenia przypadków, w których badani mogli dowolnie odchyłać jedno oko ku wewnątrz lub zewnątrz, gdy drugie oko mieli skierowane na pewien przedmiot.

Są to jednak wyjątkowe przypadki: sztuczne wywołanie podobnych objawów wymaga niezwykłej pracy i umiejętności.

Zresztą obserwacja pozwala ustalić prawdę.

Powyżej podaliśmy szereg metod i sposobów, służących ku wykryciu udawania poszczególnych objawów wzrokowych. W większości przypadków sposoby te w zupełności wystarczają, nie można jednak rzec, że bezwarunkowo zawsze.

Już pokaźna liczba tych sposobów (a liczbę ich możnaby z łatwością zwiększyć) wykazuje, że nie wszystkie posiadają bezwzględną wartość rozpoznawczą. Przeważnie polegają one na subiektywnej odpowiedzi badanego i mogą być stosowane z pewnymi ograniczeniami, które we właściwym miejscu zaznaczałem. Pomimo to jednak, stosując jeśli nie jedną, to wrazie potrzeby wiele metod, udaje się wykryć prawdę i określić stan wzroku u badanego. Objawy wzrokowe stanowią też dziedzinę, w której orzeczenia może największą posiadają pewność.

Trudności jedynie przedstawiać mogą zaburzenia wzrokowe natury histerycznej. Należy bowiem pamiętać, że histeryk dotknięty ślepotą jednostronną, nawet w tym razie, gdy udawanie może być stanowczo wyłączone, może jednak widzieć i tym ślepe okiem: dlatego też w tym razie próby z pryzmatem i stereoskopem mogą dać wyniki ujemne, a jednak to nie świadczy, że badany jest symulantem. Analogiczny przypadek przytacza H. HIGIER. Również pomimo znacznego zwężenia pola widzenia histeryk może dość swobodnie poruszać się i orjentować w przestrzeni, jak-

Zaburzenia wzrokowe natury histerycznej.

kolwiek zdawałoby się, że takie zwięzienie winnoby znacznie utrudniać ruchy badanego.

Wreszcie pomimo ślepoty na barwy, nie odróżniania pojedynczych barw histeryk może rozpoznawać barwy, powstałe z połączenia oddzielnych barw. Wszystko to są fakty, świadczące, że nie mamy tu do czynienia ze ślepotą fizjologiczną, z brakiem wrażliwości siatkówki na zjawiska świetlne, lecz ze ślepotą psychiczną: histeryk widzi, lecz nie zdaje sobie sprawy z tego; podrażnienia wzrokowe nie dochodzą do jego świadomości.

Zbyt daleko zaszlibyśmy, gdybyśmy mieli omawiać tu rozmaite, a tak liczne zaburzenia wzrokowe w hysterji urazowej. Przypomnimy tylko, że do nich należą oprócz powyżej przytoczonych: osłabienie (*paresis*) konwergencji, *asthenopia accommodativa*, skurcz *m. accomodat.*, *diplopia et polyopia monocularis*, astygmatyzm, *macropsia et micropsia*, *haemianopsia*, *erythroptia et haemierythropsia*, *haemicrania ophthalmica*, skurcze i porażenia mięśni gałki ocznej, wreszcie nawet nierówność źrenic. Zazwyczaj możliwem bywa odróżnienie powyższych objawów na tle czynnościowem od cierpienia organicznego. Zmienność oraz sprzeczność objawów, nagły początek i nagłe wyzdrowienie, obecność innych znamion histerycznych, obecność znieczulenia skórniego po stronie zaburzeń wzrokowych, wpływ sugestji i hipnozy itp. mogą wskazywać na pochodzenie czynnościowe cierpienia.

Do najczęstszych i najważniejszych z pośród powyższych objawów należą te, które zależą od skurczu poszczególnych mięśni ocznych. Największe wątpliwości pod względem rozpoznawczym może powodować skurcz *m. sphincter. pupillae*, wywołujący brak odczynu źrenicy na światło. Ważny ten objaw, jako zjawisko natury histerycznej, spo-

tykano w pojedynczych przypadkach (A. WESTPHAL, MAUTHNER). OPPENHEIM jednak, a zanim SAENGER uważają za bardzo wątpliwe, aby przy histerji mógł stale istnieć brak odczynu źrenicy na światło. OPPENHEIM też jest zdania, że objaw taki nakazuje zawsze myśleć o powikłaniu albo też o oszustwie, udawaniu (mianowicie za pomocą atropiny).

Zresztą szczegóły o tak ważnych a różnorodnych zaburzeniach ocznych pochodzenia historycznego znaleźć można w podręcznikach chorób nerwowych.

Objawy słuchowe.

Skargi na przytępienie słuchu, wzgl. głuchotę pośród chorych urazowych należą do dość częstych zjawisk.

Udawanie jednak cierpień ucha spotyka się tu rzadziej, aniżeli u popisowych w celu uchylecia się od służby wojskowej. Nadewszystko zaś chorzy urazowi rzadziej, niż popisowi, uciekają się do sztucznego wywoływania cierpień ucha. Pierwsi częściej bez używania sztucznych sposobów uskarżają się wprost na przytępienie słuchu lub głuchotę. Rzecz prosta jednak, że niekiedy i chorzy urazowi starają się wykazać przedmiotowe objawy cierpienia uszu.

W tym celu bywa stosowane (T. HEIMAN): Sztucznie wywoływane cierpienia ucha.
wprowadzanie do zewnętrznego przewodu usznego ciał obcych (obojętnych, jak waty skręconej, grochu, ziarnek zboża, lub drażniących, jak pieprz, zgniły ser, terpentyna, nafta, karbol, olejek krotonowy itp.), albo też przekłuwanie błony bębenkowej, ewentualnie niszczenie jej za pomocą środków i kwasów żrących.

Wczesne okresy sztucznego cierpienia ucha nie przedstawiają zwykle trudności pod względem rozpoznawczym. Dlatego też u chorych urazo-

wych, którzy od dnia wypadku zazwyczaj pozostają stale w obserwacji lekarskiej, wykrycie sztucznego pochodzenia cierpienia nie bywa trudnem. Wskazują na to, według T. HEIMANA, jasne oznaki skaleczenia lub oparzenia, blizny i wogóle stan przewodu słuchowego zewnętrznego, błony bębenkowej, stan jamy bębenkowej, stan części miękkich, otaczających ucho. Uwzględnić także należy: wiek chorego, dane z wywiadów, jednostronność cierpienia, umiejscowienie otworu w błonie bębenkowej, wydzielinę z ucha, charakter jej i ilość, stopień upośledzenia słuchu oraz przebieg całej choroby. Zbiór tych czynników pozwala zwykle wykryć pochodzenie cierpienia. Należy tylko i w tym razie, jak słusznie podkreśla T. HEIMAN, zachowywać ostrożność przy wyrokowaniu, albowiem „pewne objawy, właściwe sztucznie wywołanym chorobom ucha, napotykamy przy sprawach ropnych, zwłaszcza przewlekłych, samoistnych, jeśli nie zostanie zachowaną należyta czystość“.

Po zbadaniu czy nie mamy do czynienia ze sztucznie wywołanem cierpieniem ucha, przystępujemy do stwierdzenia, czy rzeczywiście istnieje przytępienie słuchu lub głuchota, na co uskarża się badany.

Badanie
narządu
słuchu.

W tym celu należy dokładnie zbadać ucho środkowe i wewnętrzne. Nie należy także zaniedbywać zbadania nosa i jamy noso-gardzielowej, albowiem zwykle bywają zmiany w tych narządach w przypadkach upośledzenia słuchu wskutek cierpienia ucha środkowego.

Jeśli badanie wykaże zapalenie ucha środkowego, polipy, znaczne przedziurawienie, zwapnienie, silne zgrubienie lub ścieńczenie błony

bębenkowej, wówczas podejrzenie udawania głuchoty znacznie się osłabia.

Zresztą, jak to już wspomniałem w rozdziale „O badaniu chorych urazowych”, przy rozmowie ogólnej z chorym oraz przy badaniu innych narządów, mówimy do chorego to głośniejszej, to ciszej, to z większej, to z mniejszej odległości, i stąd już pewne wnioski wyprowadzić możemy. Nie należy także zapominać o zbadaniu słuchu za pomocą zegarka i szeptu.

W celu stwierdzenia cierpienia oraz określenia miejsca uszkodzenia, o ile tego nie wykaże badanie zewnętrzne (otoskopia), uciekamy się do badania przy pomocy kamertonu. W tym celu posługujemy się metodami WEBER'a, RINNE'go; SCHWABACH'a.

Metoda WEBER'a opiera się na fakcie, że widelki strojowe (kamerton), ustawione gdziekolwiek na linii szwu strzałkowego są słyszane lepiej albo nawet wyłącznie w tem uchu, w którym przewodnictwo dźwiękowe jest zmienione patologicznie lub sztucznie (przez zatkanie przewodu zewnętrznego), aniżeli w uchu zdrowym. Przy słuchu prawidłowym w obu uszach widelki strojowe (kamerton) stale są lepiej słyszane w uchu zamkniętym. Jeżeli przeto przy otwartych obu uszach widelki strojowe są stale lepiej słyszane w jednym uchu, w którym już za pomocą zegarka i szeptu stwierdziliśmy przytępienie słuchu, to stąd możemy wnioskować o rzeczywistym cierpieniu narządów przewodzących dźwięki (zewnętrzny przewód słuchowy, ucho środkowe). Nazywamy to dodatnim wynikiem próby WEBER'a. Natomiast ujemny wynik (t. j. jeżeli widelki strojowe są stale słyszane w uchu zdrowym) posiada mniej-

Objawy nerwowe.

8

sze znaczenie rozpoznawcze; świadczy to, że przytępienie słuchu w chorem uchu zależy od cierpienia narządu nerwowego (błądźnik, n. słuchowy).

M e t o d a R I N N E ' g o opiera się na doświadczeniu, że zdrowe ucho słyszy jeszcze widełki strojowe przez powietrze, gdy już nie słyszy widełek przystawionych do kości. Próbę tą wykonujemy w następujący sposób: Dźwięczące widełki strojowe ustawiamy na wyrostku sutkowym badanego ucha. Gdy chory zaznaczy wyrazem „już“, że przestał słyszeć dźwięk, wówczas szybko przenosimy widełki przed ucho (bez ponownego uderzenia). Jeżeli ucho nie słyszy dźwięku, R—(ujemny wynik próby R I N N E ' g o), to świadczy to o zniesieniu przewodnictwa dźwiękowego, zwłaszcza jeżeli widełki strojowe, przeniesione przed drugie zdrowe ucho, są tam jeszcze dobrze słyszane. Jeżeli zaś ucho słyszy jeszcze dźwięk (t. j. przewodnictwo powietrzne jest lepsze niż kostne, R+, dodatni wynik próby R I N N E ' g o), to do pewnego stopnia możemy wnioskować, że przewodnictwo słuchowe jest prawidłowe. Mówimy tu—do pewnego stopnia, albowiem przy niewielkiem uszkodzeniu narząd słuchowy będzie lepiej przenosił fale dźwiękowe, niż wyrostek sutkowy. Innemi słowy, tylko wynik ujemny próby R I N N E ' g o ma znaczenie rozpoznawcze.

Jeżeli wreszcie ucho, w którym stwierdzono w inny sposób przytępienie słuchu, słyszy długo i wyraźnie widełki strojowe, gdy dźwięku z wyrostka sutkowego już nie słyszy, to możemy stąd wnioskować, że przytępienie słuchu ma swe źródło w cierpieniu narządu nerwowego.

M e t o d a S C H W A B A C H ' a polega na tem, że przy cierpieniu narządu, przewodzącego fale dźwiękowe, dźwięk jest dłużej słyszany przez kość

po stronie chorego ucha, niż po stronie zdrowego, albo też niż u zupełnie zdrowego na uszy człowieka. Jeżeli przeto widełki strojowe, przystawione do wyrostka sutkowego ucha, w którym stwierdzono przytępienie słuchu, są dłużej słyszane, niż na wyrostku sutkowym zdrowego ucha, to stąd można wnioskować o cierpieniu narządu przewodzącego dźwięk. Jeżeli zaś widełki strojowe na wyrostku chorego ucha są zupełnie niesłyszane, albo też tylko przez czas krótki, to mamy do czynienia z cierpieniem narządu nerwowego.

Wszystkie te jednak metody pozwalają na wnioski stanowcze tylko wówczas, gdy mamy przed sobą cierpienie poważniejsze, t. j. gdy jednostronne przytępienie słuchu jest znacznego stopnia, a w razach przytępienia obustronnego, różnica słuchu w obu uszach jest dość znaczna.

Jedynie tylko metoda SCHWABACH'a może być zastosowana w razach dwustronnego cierpienia uszu, a to przez porównanie ze zdrowym na uszy człowiekiem.

Zresztą brak uwagi ze strony chorego, a nadewszystko świadoma chęć zmylenia lekarza częstokroć uniemożliwia wyciąganie jakichkolwiek wniosków z prób powyższych.

Nadto nawet ludzie inteligentni, u których zła wola, chęć udawania jest wyłączona, nie mogą się częstokroć zorjentować, w którym uchu słyszą dźwięk widełek strojowych.

Do prób powyższych używają się widełki strojowe o tonach niskich, wolne od wszelkich tonów górnych.

T. HEIMAN stosuje widełki C₂ (512 drgań).

JACOBSON używa widełek angielskich C lub A (132 i 110 drgań).

Jeżeli badanie i metody powyższe nie pozwolą na pewne wnioski o cierpieniu ucha, należy uciec się do metod, służących do wykrycia udawania.

Udawanie
głuchoty
jedno-
stronnej.

W celu stwierdzenia jednostronnej głuchoty lub przytępienia słuchu, używamy następujących prób.

1) Posługujemy się próbą WEBER'a. Stawiamy dźwięczące widelki strojowe na ciemieniu. Symulant zaznacza, że słyszy dźwięk tylko w zdrowym uchu. Wtedy zakrywamy palcem lub watą zdrowe ucho—i teraz zwykle udawanie wydaje się. Mianowicie symulant sądzi, że teraz już nic słyszeć nie powinien—i tak też odpowiada, gdy właściwie teraz dopiero zdrowym uchem może ujmować dźwięk (Moos).

2) Próba STENGER'a. Dwoje jednako brzmiących widełek strojowych, trzymany przed obu uszami, tylko wówczas może być słyszanych w obu uszach, gdy znajdują się one w równej odległości od uszu; przy różnej odległości są słyszane tylko te widełki, które są bliżej. Jeżeli przeto będziemy trzymali widełki strojowe w odległości 5 cm. od przypuszczalnie głuchego ucha, to nie powinno to wpływać na słyszenie widełek w drugim uchu przy większym ich oddaleniu, jeżeli ucho jest istotnie głuche. Jeżeli zaś przeciwnie chory głuchotę w tem uchu udaje, to w drugim uchu widełki będą słyszane dopiero wówczas, gdy będą od ucha bliżej niż 5 cm.

3) Próba LUCAE: Krótka rurka metalowa w kształcie litery T ma na jednym końcu widełki strojowe a na dwóch innych rurki gumowe: krótką—do chorego ucha, długą do—zdrowego. W ten sposób oba uszy są połączone między sobą i ze źró-

dłem dźwięku. Jeżeli włożymy koniec długiej rurki do zdrowego ucha, to nastąpi wzmocnienie dźwięku widełek po włożeniu końca rurki krótkiej do chorego ucha, jeśli rzeczywiście ucho to jest głuche, a to z tego powodu, że fale dźwiękowe przez chore ucho nie są ujmowane, odbijają się od jego błony bębenkowej i przenoszą się do drugiego ucha. Jeśli takiego wzmocnienia dźwięku badany nie dostrzega, w takim razie według LUCAE głuchota jest udana.

4) P r ó b a HUMMEL'a: (lub L. MÜLLER'a). Do każdego ucha wstawiona jest dość szeroka rurka gumowa. W każdą z nich mówi się jednocześnie i możliwie z jednakową siłą wypowiada się krótkie zdania, w każde ucho odrębne. Badany winien natychmiast powtarzać usłyszane wyrazy. Rzeczywiście głuchy na jedno ucho może to czynić bez żadnego trudu, albowiem dla niego dźwięki szeptane do chorego ucha nie istnieją. Kto jednak słyszy dobrze obu uszami, ten otrzymuje jednocześnie dwa rozmaite czucia słuchowe, które się całkowicie zlewają w jego świadomości, i z tego powodu nie jest w stanie powtórzyć szeptu.

Do próby tej potrzeba dwóch badających oraz dwóch asystentów, z których jeden trzyma końce rurek w uszach badanego, a drugi notuje wyrazy, powtarzane przez badanego, *resp.* dyktowane mu przez lekarza badającego.

HUMMEL wybrał w tym celu 12 krótkich zdań, odpowiednio do inteligencji chorych.

5) OPPENHEIM poleca nadto taką metodę: w każde ucho wstawia się rurkę gumową; obie rurki łączy się z rurką kauczukową w kształcie litery T, i mianowicie z krótkimi jej ramionami. Długie ramię kończy się lejkiem, w który się mówi szepciem, stojąc styłu, za plecami badanego. Rurkę,

wiodącą do zdrowego ucha zaciska się nagle i niepostrzeżenie dla badanego za pomocą palców lub ściskadła, a później również nagle otwiera się. Jeżeli po zamknięciu rurki, idącej do zdrowego ucha, chory dobrze powtarza szept, wtedy głuchota jego jest udana.

6) SCHWARTZE podaje prostą i dogodną próbę, polegającą na doświadczeniu, że po zatkaniu ucha śluch nie znosi się zupełnie. Ucho zdrowe zatyka się watą. Jeżeli przytem badany twierdzi, że nie słyszy wyrazów głośno lub nawpół głośno wymawianych, to udawanie lub przesada cierpienia jest bardzo prawdopodobna (THIEM).

7) T. HEIMAN stosuje rurę słuchową DUNKER'a. „Wiadomo, że przy znacznem upośledzeniu słuchu chory często słyszy dobrze mowę ludzką przez rurę słuchową, wstawioną mu do ucha. Mowa bywa jednakowo słyszana, czy lejek rury, *resp.* mówiący weń będzie bliżej lub dalej od badanego. Udający stopień słuchu często odpowiada na zadawane pytania, gdy mówiący znajduje się blisko niego; gdy zaś oddali się na długość rury słuchowej, twierdzić będzie, że nic nie słyszy, jakkolwiek warunki akustyczne nie zmieniły się w niczem. Badający nie powinien mówić w rurę zbyt głośno, gdyż w takim razie badany może słyszeć przez przewodnictwo kostne“.

Oprócz tego mogą tu mieć zastosowanie inne metody (np. LUCAE, TEUBER'a), które jednak są więcej kłopotliwe, a których opis znaleźć można w podręcznikach chorób usznych.

Powyżej wymienione metody mogą być zastosowane i wówczas, gdy chory uskarża się na osłabienie słuchu obustronne, jeżeli stopień osłabienia jest różny w obu uszach. Wtedy każde ucho winno być zbadane oddzielnie.

Przy dwustronnem, jednakowem w obu uszach osłabieniu słuchu BURCHARDT proponuje taką metodę: określa się naprzód odległość, z jakiej chory słyszy szept przez powietrze. Następnie szepcze mu się do ucha przez rurę z większej odległości. Symulant łatwo może się zdradzić i powtarzać wyrazy, które lekarz szepcze nie przez rurę, lecz obok rury przez powietrze.

Toż samo można osiągnąć, według CASPER'a, jeśli zacząć z chorym prowadzić głośno jakąś, interesującą dla niego rozmowę, a następnie przyciszyć mowę, albo też niepostrzeżenie dla chorego oddalać się od niego.

Udawanie obustronnego osłabienia słuchu lub głuchoty.

Wykrycie udawania obustronnej głuchoty często bywa trudne. Przy zupełnie prawidłowym stanie błony bębenkowej można być istotnie głuchym. Częstokroć też nie wyniki badania ucha, lecz wygląd i zachowanie się chorego umożliwiają nam rozstrzygnięcie wątpliwości.

Przy obustronnej rzeczywistej głuchocie chory charakteryzuje się specjalnym wyrazem twarzy, monotonną mową i stałym bezmyślnym patrzeniem na mówiącego. Zwracają oni uwagę na wstrząśnienia: gdy kto za plecami takiego chorego tupnie nogą lub zatrzaśnie drzwi, wówczas on ogląda się po za siebie; tymczasem symulant z obawy zdradzenia się nie uczyni tego i stale usiłuje zachowywać obojętny wyraz twarzy.

Mniej inteligentnych symulantów można niekiedy wykryć, gdy się do nich zwracać z przemową nieoczekiwaną. Na ten temat istnieje wiele opowieści, zwłaszcza z praktyki lekarzy wojskowych. THIEM opowiada, że pewien lekarz wojskowy, badając po raz ostatni wrzekomo głuchego, zwrócił się do otoczenia ze słowami: „istotnie ten człowiek jest zupełnie głuchy”, a do badanego „teraz pan może już iść”, poczem ten ostatni natychmiast skierował się ku drzwiom.

Wiadomo także, że symulanci nieraz zdradzają się wyrazem twarzy lub zachowaniem się, gdy odwołać się do uczucia ich wstydu lub honoru. KRÜGELSTERN wspomina, że pewien wrzekomo głuchy, gdy mu zwrócono uwagę, że ma spodnie nie zapięte, natychmiast spojrział na nie i skierował ręce ku otworowi. Niekiedy znów udaje się wykryć symulanta, gdy zwrócić się do niego w czasie snu lub upojenia. Lecz, jak to słusznie zaznacza THIEM, wprowadzić kogoś sztucznie w stan uspienia (chloroform) lub upojenia dla celów diagnostycznych—był by to krok pod każdym względem niewłaściwy i niedopuszczalny.

Niezależnie jednak od wszystkiego, co było powiedziane wyżej, pamiętać należy, że istnieje postać głuchoty, wprawdzie bardzo rzadko zdarzająca się w praktyce, przy której badany słyszy dźwięki, lecz nie uświadamia ich sobie. W tych jednak razach inne objawy, jakie wykrywa ogólne badanie chorego, mogą ułatwić rozstrzygnięcie sprawy.

Głuchota pochodzenia historycznego.

Głuchota pochodzenia historycznego nie przedstawia wogóle większych trudności pod względem rozpoznawczym. Jednostronna głuchota zazwyczaj nie powoduje znacniejszego upośledzenia

słuchu, tak że nie zdradza się w zachowaniu chorego. Zarówno jedno-jak i dwustronna głuchota histeryczna jest zjawiskiem przemijającym, występującem najczęściej pod wpływem silniejszych wzruszeń psychicznych. Zjawisku temu towarzyszą nadto inne objawy hysterji.

Udawanie głuchoniemoty należy do zjawisk niezmiernie rzadkich. Wykrycie udawania nie jest trudne. Zwykle obserwacja wykrywa prawdę. Według T. HEIMANA, najlepiej pomieścić podejrzanego o udawanie głuchoniemoty razem z rzeczywistie głuchoniemymi. Udający nie zna się na mimice głuchoniemych i wykonywa ruchy tak niezręcznie, iż łatwo wykryć prawdę.

Głuchoniemota

Objawy smakowe i węchowe.

O udawaniu tego rodzaju objawów nie znajdujemy wzmianek w spostrzeżeniach kazuistycznych. Chorzy urazowi rzadko mówią o smaku i powonieniu.

Zresztą, jak mówi OFFENHEIM, objawy te są na tyle przedmiotowe, iż udawanie nie trudno byłoby wykryć. Należałoby tylko stosować odczynniki, bezpośrednio działające na smak, wzgl. powonienie, a unikać takich, które jednocześnie drażnią nerw trójdzielny (silne kwasy, amoniak itp.). Przy badaniu powonienia stosujemy silnie działające środki, jak *Asa foetida*, *Acid. Valerian.* i *Extr. Valerian* itp.; przy badaniu smaku—*Chininum*, *Quassia*, pio-

łun itp. Przy użyciu takich środków badany zwykle nie może się powstrzymać od odruchów, wynikających z obrzydzenia, mdłości itp., nawet przy chęci zamaskowania tych wrażeń.

Objawy czuciowe.

Treść: Wartość objawów czuciowych pod względem rozpoznawczym.—Technika badania czucia.—Znieczulenie.—Nadczułość. — Czucia nieprawidłowe (parestezje). — Bóle

Objawy czuciowe.

Zaburzenia czucia, a przede wszystkim znieczulenia skóry, należą do stałych skarg chorych, dotkniętych urazem. Objawy te, jako niedostępne dla kontroli zewnętrznej, budzą najczęściej podejrzenia co do ich rzeczywistości. Istotnie też bardzo często bywają udawane.

Dlatego też STRÜMPPELL jeszcze w 1893 r. na zjeździe w Wiesbaden wyraził zdanie, że znieczulenia nie są objawami obiektywnymi, że istnienie ich nie mówi nic i że wobec tego daleko właściwiej zaniechać zupełnie wszelkich badań u chorych urazowych, albowiem właśnie badanie takie drogą sugestji zrodzić może te objawy. Zdaje się jednak, że w ostatnich czasach STRÜMPPELL mniej ostro sprawę tę stawia. Wszakże w hysterji i neurastenji zaburzenia czucia, względnie znieczulenia, są faktem. Wprawdzie najczęściej znieczulenia nie są zupełne, lecz raczej mamy obniżenie czucia w większym lub mniejszym stopniu. Takie znie-

Wartość objawów czuciowych pod względem rozpoznawczym.

czulenia i wogóle zaburzenia czucia (parestezje, bóle) spotykamy bardzo często w nerwicach u chorych, nie dotkniętych urazem, i tam uznajemy je za fakt. Dlaczegoż mielibyśmy zaprzeczać ich istnienia u chorych urazowych? Nie ma tu znaczenia okoliczność, że owe zaburzenia czucia nie zależą od zmian anatomicznych, ale polegają na sprawie psychicznej, na tem, że bodźce, pochodzące z pasów znieczulenia, nie dochodzą do świadomości. Dla chorego objawy te są obiektywne, dla lekarza zaś, jak mówi BRUNS, „względnie obiektywne”.

Uwagi powyższe podaję w celu przeciwstawienia dość powszechnej u nas niewierze w wyniki badania czucia u chorych urazowych. Fakt jednak udawania tych objawów w przypadkach poszczególnych nie da się zaprzeczyć. Zdarza się to często nawet. W większości jednak przypadków, dokładne a niekiedy i mozolne badanie pozwala wykryć prawdę.

Technika
badania
czucia.

Przy wszelkich badaniach sfery czuciowej nie należy choremu zadawać pytania, czy czuje, czy nie, lecz zalecić, aby sam zaznaczał swoje czucia, a lekarz winien jednocześnie śledzić zachowanie się chorego, jego odruchy, cofanie się, marszczenie czoła, twarzy itp. Następnie wszelkie bodźce skórne (dotykanie palcem, pędzelkiem, ukłucia itp.) należy stosować nie rytmicznie, lecz w różnych odstępach czasu. Oprócz tego pamiętać trzeba, że nasi zwłaszcza chorzy pod wyrazem „czuję” rozumieją zazwyczaj czucia bólowe, dlatego też naprzód trzeba poinformować badanego, że nie będzie się mu sprawiało bólu, lecz że chodzi tylko o dotykanie palcem, piórkiem itp.

Liczyć się także należy i z tem, że w odpowiedzi swej „czuję” chory może zaznaczać, że

czuje coś, lecz czucie to jest nieokreślone: chory nie zdaje sobie sprawy ani z rodzaju czucia, ani z umiejscowienia.

Zaznaczyć nadto należy, iż zwykły sposób kłucia np. igłą w różnych częściach ciała, bez dokładnego określenia granic znieczulenia nie wystarcza do stwierdzenia zaburzeń czucia. Nakładanie przytem opaski na oczy jest nieodpowiednie, albowiem opaska przez ucisk może wpływać na uwagę badanego, skutkiem czego nie może on należycie orjentować się w otrzymanych czuciach. Oprócz tego badanie nie powinno trwać zbyt długo, a najlepiej, jeśli można, rozłożyć je na dni kilka. Wreszcie, należy unikać jakichkolwiek rozmów, uwag, a zwłaszcza ujawnienia swych wrażeń lub podejrzeń co do prawdziwości słów chorego.

EDINGER i AUERBACH zamiast igły posługują się zaostrzonym ołówkiem kolorowym (Dermographenstift). Zaczynając od tej części skóry, którą badany podaje za znieczuloną, posuwają się w kierunku najrozmaitszych promieni i zaznaczają niebieskimi punktami (w odległości 1 cm. mniej więcej jeden od drugiego) miejsca nieczułe. Gdy dochodzą do miejsca, gdzie chory dobrze lub wyraźniej czuje, robią kreskę. W ten sposób względnie szybko zakresłają granicę pasa (zone) znieczulonego. Metoda ta daje już pewną kontrolę. Jeśli w pewnym promieniu znieczulenie wyskakuje zbyt daleko i znacznie się różni od sąsiednich promieni, tak że granica pasa jest zbyt nieprawidłową, to już to może być nieco podejrzanem. Po sprawdzeniu powtórkiem ze szczególnem uwzględnieniem miejsca podejrzanego, najlepiej zanotować wyniki badania na specjalnym szemacie.

Przy badaniu szpilką zwracać trzeba uwagę aby ostrze jej rzeczywiście było ostre, a nade-

wszystko na stopień ucisku, z jakim wykonywamy ułucia, od tego bowiem zależą znaczne wahania w różnicy odczuwania bólu. Wreszcie wymagać należy, aby badany szybko dawał odpowiedzi („ostre, tępe, dotknięcie itp.”).

Badanie czucia ciepłoty pod względem praktycznym nie ma wielkiego znaczenia. Stosujemy je zwykle wówczas, gdy chcemy jeszcze jedną metodą sprawdzić sprzeczne i niepewne odpowiedzi chorego. Przy dokładniejszych badaniach uwzględnić należy wyniki poszukiwań GOLDSCHIEDER'a nad miejscową wrażliwością skóry na zimno i gorąco. Na zasadzie swych badań GOLDSCHIEDER pooznaczał różne miejsca skóry, zależnie od stopnia ich wrażliwości na zimno, wzgl. gorąco. Stopień wrażliwości oznaczony jest cyfrą, tak że części ciała, oznaczone jednaką cyfrą, jednakowo odczuwają czucia cieplne.

W skali GOLDSCHIEDER'a najniższą cyfrą (1) są oznaczone brzośce palców; skóra na łokciu oznaczona jest numerem 2, dłoń 3, różne okolice na grzbiecie ręki 4 i 6, pośladki 6, brodawki piersiowe 8 itd. Znaczy to, że próbówka z gorącą wodą odczuwana jest na palcach, jako ciepła, na łokciu jako gorąca, na pośladkach jako bardzo gorąca, a na brodawkach piersiowych jest nie do zniesienia. Dla czucia ciepła GOLDSCHIEDER oznaczył 8 różnych stopni, a dla czucia zimna 12. Gdy chodzi o dokładne wyniki badania, należy uwzględnić dane, zawarte w tablicach GOLDSCHIEDER'a (Archiv für Psych. und Nervenkr. Bd, XVIII, H. 3).

Szczegółowiej uwzględnimy jeszcze: znieczulenie, nadczułość i bóle.

A. **Z n i e c z u l e n i e**. Następujące objawy przemawiają za istotnem znieczuleniem:

Znieczulenie.

1) obniżenie odruchów po stronie znieczulonej;

2) nierównomierny wpływ na oddech i bicie serca silnych bodźców (klucie, ucisk), stosowanych na okolice znieczulone i zdrowe;

3) obniżenie ciepłoty w okolicy znieczulonej;

4) niedokrwistość (*ischaemia*) okolicy znieczulonej (CHARCOT).

5) Względnie krótki czas trwania odczynu naczyniowego przy bodźcach mechanicznych, stosowanych na okolicę znieczuloną (BECHTEREW).

Dodać jednak należy, że brak poszczególnych, wymienionych tu objawów, nie przemawia jeszcze przeciwko znieczuleniu.

Oprócz tego możemy się uciec do następujących sposobów:

1) **THIEM** przy badaniu gładzi skórę delikatnie z pewnym rozmachem w różnych kierunkach, które chory powinien oznaczać (zgóry na dół, do góry, w bok). Przy wielokrotnem gładzeniu ciała w różnych kierunkach i okolicach **THIEM** unika pasa znieczulonego. Przez pas ten przechodzi jeden tylko raz. Jeśli i przytem chory dobrze oznaaczył kierunek, to znieczulenie było udane.

2) Dotykamy palcem jakiegokolwiek miejsca ciała, a jednocześnie kłujemy pas znieczulony. Jeżeli chory przytem czuje tylko klucie, to przemawia to za udawaniem znieczulenia.

3) **M e t o d a G O L D S C H E I D E R'a**: Stawiamy podługowatą dużą szczotkę faradyczną na granicy pasa znieczulonego, tak aby połowa szczotki spo-

czywała na okolicy znieczulonej, a połowa na czulej, za elektrodę obojętną służy duża płyta. Puszczamy prąd faradyczny takiej siły, aby chory uczył ból. Następnie przesuwamy szczotkę z pasa czulego na znieczulony lekko i ostrożnie, aby badany tego nie zauważył; wtedy ból powinien się zmniejszyć, względnie ustać. Gdy zaś przesuniemy szczotkę, tak aby ona dotykała tylko okolicy czulej, wówczas ból powinien zwiększyć się.

4) Na miejsce znieczulone puszczamy nagle silny prąd pędzlem faradycznym

Przy stosowaniu tej metody zwykle postępujemy tak, że maszyna wydaje dźwięk właściwy prądowi faradycznemu, ale strumień nie przechodzi przez ciało i chory go czuć nie może, dopóki pędzel przesuwamy po zdrowych okolicach ciała. Wówczas dopiero, gdy pędzel spocznie na pasie znieczulonym, puszczamy prąd.

Aby ułatwić stosowanie tej metody SÄNGER obmyślił taką elektrodę, która umożliwiała wprowadzanie prądu faradycznego za pomocą prostego naciśnięcia trzona bez zwrócenia uwagi chorego. Ponieważ badany nie widzi, że prąd był zmieniony, możemy przeto łatwiej ocenić wrażenie, jakiego on doznał.

Zaznaczyć jednak należy, że obie powyższe metody mogą wykazywać tylko grube zmiany w czuciu, znaczne stopnie znieczulenia lub grube udawanie. Przy znieczuleniach niezupełnych nawet wynik twierdzący tych prób nie daje jeszcze prawa wyrokowania o udawaniu. Nadto pamiętać trzeba, że czucie faradyczne nie jest identyczne z czuciem bólu, wywołanem przez ukłucie igłą: igła sprawia jedynie ból w skórze, prąd zaś oprócz bólu w skórze powoduje bolesny skurcz mięśni. Z drugiej zaś strony, w przypadkach obniżenia

pobudliwości mięśniowej na prąd, silny prąd faryadyczny może nie sprawiać bólu nawet wówczas, gdy badanie igłą wykazuje prawidłowe czucie skórne.

Wreszcie zauważyć należy, że nawet dodatni wynik tej próby nie wyłącza w zasadzie udawania: są bowiem symulanci, którzy drogą odpowiednich ćwiczeń dochodzą do wielkiej wytrzymałości na ból.

5) W przypadkach znieczulenia połowicznego (*hemianaesthesia et hemianalgesia*) FREUND proponuje następującą metodę. Jak wiadomo granica istotnego znieczulenia przechodzi zwykle po środku kręgosłupa przez wyrostki cierniste. Wybieramy z obu stron kręgosłupa dwa punkty w odległości 1—2 cm. od linii środkowej: jeden przeto punkt leży w pasie znieczulenia, a drugi w czułym. Możliwie jednocześnie dotykamy (palcem lub igłą) obu tych punktów, przyczem mocniej punktu po stronie znieczulenia. Jeżeli znieczulenie jest istotne, to badany czuje tylko słabszy dotyk po stronie zdrowej. Zupełnie zdrowy człowiek odczuje tylko jedno dotknięcie — i mianowicie silniejsze (ponieważ na grzbiecie dwa dotknięcia w punktach odległych od siebie o 4 cm. są odczuwane, jako jedno). Symulant w tych warunkach uczuje dotknięcie również tylko po stronie silniejszego ucisku, a więc po stronie jakoby znieczulonej. Ponieważ zaś boi się do tego przyznać, będzie więc twierdził, że nic nie poczuł, a to znów przeczyłoby odczuwaniu dotknięcia i po stronie zdrowej, gdzie powinienby odczuć słabszy ucisk, gdyby było istotne znieczulenie połowiczne.

Jeżeliby badany przy powyższej próbie twierdził, że uczuł tylko dotyk po stronie zdrowej, wów-

Objawy nerwowe.

9

czas możemy wykonać szereg dotknięć, i mianowicie: albo tylko jedno po stronie znieczulonej, albo też jednocześnie dwa po obu stronach. Symulant nie może wiedzieć, czy wykonywamy jedno czy dwa dotknięcia, bo otrzymuje zawsze jedno wrażenie. Dla tego też łatwo może się zdradzić przez sprzeczne odpowiedzi.

6) FREUND poleca nadto inną metodę: kłujemy szpilką w okolicy znieczulonej, a jednocześnie lekko dotykamy innego punktu po stronie zdrowej. Odległość obu punktów jest tu obojętna. Jeżeli znieczulenie jest istotne, to badany odczuje tylko lekki dotyk po stronie zdrowej. Zupełnie zdrowy człowiek odczuje, przeciwnie, tylko ukłucie, lekki zaś dotyk nie dochodzi zwykle do jego świadomości. Symulant do ukłucia się nie przyzna, a o dotknięciu wiedzieć nie może.

Na próbie tej jednak symulant inteligentny może się poznać. Możemy mu sprawę utrudnić, to kłując go i jednocześnie dotykając, to znów tylko kłując. Próby tej pewną nazwać nie można, albowiem człowiek nierozwinięty i mało rozgarnięty zazwyczaj nie spostrzega pierwszego lekkiego dotknięcia.

7) Wykonywamy szybko i kolejno szereg ukłuć i każemy choremu mówić, ile ukłuć poczuł. Zaczynamy od strony zdrowej, a ukłucia czynimy w odległości kilku centymetrów i posuwamy się w kierunku okolicy znieczulonej, przyczem ostatnie jedno lub dwa ukłucia czynimy na pasie znieczulonym. Chory przy szybkim badaniu zalicza często i te ukłucia, które były na pasie znieczulonym.

Pamiętać przytem należy, że i zdrowy człowiek przy takim badaniu myli się często przez nieuwagę co do liczby ukłuć.

N a d c z u ł o ś ć. Następujące objawy przemawiają za rzeczywistą nadczułością danego pasa:

Nadczułość.

- 1) wzmożenie odruchów skórnych po stronie nadczułości;
- 2) występowanie odczynu źrenic przy podrażnieniu okolicy nadczułej (rozszerzenie źrenic przy ucisku lub kluciu pasa nadczułego);
- 3) zmiany w częstości oddechu i krzywej oddechu przy podrażnieniu okolicy nadczułej;
- 4) występowanie odruchu naczynioruchowego, polegającego na znacznym przyplywie krwi do głowy i twarzy, bicia serca, duszności, *pseudoanginae pectoris*;
- 5) występowanie przytem skurczów odruchowych (reflektorische Krampfzuckungen), niekiedy nawet rzeczywistych napadów;
- 6) zawroty i chwanie się chorego — przy tychże warunkach;
- 7) dłużej trwające nastrzyknięcie skóry, brzęknięcie, plamy czerwone itp. po nakłuciach.

Badanie czucia najczęściej może daje powód do podejrzenia udawania: niezgodność wyników przy parokrotnych badaniach, obecność odruchów skórnych w pasie znieczulonym itp. służą zazwyczaj za dowód udawania. Jakkolwiek istotnie w wielu razach fakty takie mogą być miarodajne, jednak wogóle w orzeczeniach swych należy zachowywać wielką ostrożność. Czucość jest zjawiskiem złożonem i nawet u zdrowego człowieka jest często zmiennem. Dość przypomnieć, jak często otrzymujemy wyniki niepewne przy badaniu czucia: u dotkniętych chorobami organicznymi, jak często badany daje odpowiedzi wprost sprzeczne tak, że dokładne sformułowanie wyników badania

jest często bardzo trudne. O ileż trudniejszym nieraz bywa dokładne określenie uczucia u osób, dotkniętych cierpieniem czynnościowym, nawet gdy chory nie ma żadnego interesu i celu w fałszywym określaniu swoich uczuć. Ileż to razy znieczulenie znika czasowo lub stale po zastosowaniu silnego bodźca. Nadto ze strony chorego potrzeba skupienia uwagi i pewnego stopnia inteligencji, aby odpowiedzi były ściśle. Badając zaś chorych urazowych, częstokroć, niestety, przez zbyt wyraźne zaznaczenie nieufności i podejrzliwości względem badanego oddziaływamy w sposób zupełnie nieodpowiedni na stan psychiczny chorego.

Pareste-
zje.

Skargi na parestezje, na nieprawidłowe uczucia, jak mrowienie, drętwienie, ziębienie itp., a także parestezje w zakresie narządów zmysłów (muszki przed oczami, ściskanie w gardle itp.) zdarzają się często, lecz stwierdzenie ich rzeczywistości jest niemożliwe, bo te podmiotowe objawy nie są dostępne dla badania.

Badanie innych rodzajów uczucia (uczucie ciężaru, uczucie stawowe itp.) w praktyce ma mniejsze znaczenie i rzadko też nasuwa wątpliwości.

B ó l e.

Bóle należą do bardzo częstych objawów i skarg u chorych urazowych, a z drugiej strony przez chorych tych bywają bardzo często powiększane, przesadzane i udawane. Dlatego też obok znieczuleń objaw ten należy do tych, które najczęściej budzą u lekarza wątpliwości i podejrzenia. Jakkolwiek istnieją różne środki do wykrycia

prawdy (o czym niżej -mówić będę), jednak łatwo można sobie wystawić, że w pewnych poszczególnych przypadkach nie będziemy mieli sposobu ani dowodu do zupełnego przekonania siebie i chorego, iż ból, o którym on mówi, jest w istocie udany.

Jeśli metody, służące ku stwierdzeniu udawania, zawodzą, wnioski opierać możemy jeszcze na tych objawach, jakie ból może powodować w ustroju. Lecz jeśli z tego źródła żadnych danych nie otrzymamy?

Gdy chory uskarża się na jakiś ból, a przy badaniu nie znajdujemy żadnych dowodów ani za ani przeciw, wówczas, jak to wyżej wspominałem, zgodnie z BRUNS'em, OPPENHEIM'em, SCHUSTER'em i wielu innymi autorami, nie możemy orzekać udawania, a sąd o stanie chorego musimy opierać na ogólnym obrazie, na innych objawach z pominięciem tego objawu. Musimy się tu trzymać zasady: „skargę chorego należy uważać za prawdziwą dotąd, dopóki badanie nie zaprzeczy temu“.

Badanie bólu uskuteczniamy za pomocą ucisku, czy to nagłego silnego, czy też powolnie wzmacnianego, albo też za pomocą bodźców elektrycznych. W każdym przypadku należy określić umiejscowienie bólu, o ile on nie jest wędrującym. W okolicy każdego umiejscowionego bólu znajduje się zazwyczaj pewien pas, w którym ucisk i wogóle bodźce są boleśnie odczuwane. Zarówno główny punkt jak i bolesna okolica winny być dokładnie oznaczone (dermograf). Po takim określeniu zakrywamy choremu oczy i powtarzamy badanie, a następnie porównujemy wyniki obu badań.

W pewnych razach może nam rzucać niejakie światło ocena jakości (charakteru) i ilości (stopnia) bólu. Mniejsze tu ma znaczenie jakość, albowiem

zwłaszcza mało inteligentni ludzie nie umieją należycie określać różnych rodzajów bólu, jak ból ostry, rwący, świdrujący, strzelający, palący, rozsadzający, kłujący, tępy, uciskający itp. Natomiast stopień bólu, nadmierne przecenianie siły bólu przy uwzględnieniu ogólnego stanu badanego oraz warunków anatomicznych, w których rozgrywa się sprawa bolesna, pozwala często zorientować się co do prawdziwości skarg chorego albo przynajmniej przesady. Niewątpliwi symulanci zwykle usiłują możliwie efektownie przedstawić cierpienie, jakiego doznają przy ucisku bolesnego punktu.

W wielu razach znajomość anatomji mięśni (zwłaszcza gdy chodzi o bóle w kończynach) pozwala nam wnioskować, jakie ruchy winny być bolesne i jakie nie, jakich przeto ruchów chorey szczególnie winien unikać. Przy rzeczywistych bólach daje się zauważyć wielką ostrożność i obawę przy wykonywaniu pewnych ruchów, a ową ostrożność bezwiedną często łatwo odróżnić od udanej.

Wszelkie żywsze bóle, jakie występują przy pewnych ruchach, powodują zwykle stałe napięcie odpowiednich mięśni, a to w celu unikania owych ruchów i związanego z nimi bólu. Jeśli ból istnieje w stawie, to przez odpowiednie napięcie mięśni osiąga się unieruchomienie stawu. Bóle w tułowiu i kręgosłupie w tenże sam sposób wpływają na postawę i trzymanie się chorego, powodują sztywność częściową lub całkowitą kręgosłupa. Usiłowania chorego, aby unikać pewnych ruchów bolesnych i wyłączyć całkiem działalność pewnych mięśni lub grup mięśniowych, prowadzą niekiedy nawet do zmian anatomicznych. Tak np. jednostronne cierpienie *m. cucullaris* może powodować boczne skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*). Boles-

ność *m. erectoris trunci* z jednej strony prowadzi do *scoliosis* części lędźwiowej kręgosłupa. Taki sam skutek wywrzeć może bolesność okolicy pośladkowej i nerwów, czego dowodem jest znana postać *seoliosis ischiadica*.

W ten sposób powstałe zmiany, skutkiem przyzwyczajania się chorego do nieprawidłowej pozycji oraz skutkiem zmienionych warunków statyki, mogą z czasem wzrastać i utrwalać się.

Nie należy także zapominać, aby w każdym poszczególnym przypadku bólów trwałych zbadać dokładnie kości i stawy, a w wątpliwych razach uciekać się do badania promieniami ROENTGEN'a.

Oprócz tego w poszczególnych przypadkach możemy zastosować następujące próby:

1) Objaw MANNKOPF'a. MANNKOPF a za nim RUMPF podali, że ucisk rzeczywiście bolesnych punktów przyspiesza działalność serca, a to nawet o 30 uderzeń na minutę, przy bólach zaś udanych tętno się nie zmienia. Dokładniejsze jednak badania przekonały, że objaw ten nie posiada tak decydującego znaczenia. Jeśli objaw ten znajdujemy silnie zaznaczony, wówczas możemy wyłączyć udawanie. Niewielkie jednak przyspieszenie tętna albo też brak zupełny zmiany w tętnie nie przemawia jeszcze za udawaniem. Czyli więc, tylko dodatni wynik objawu tego może mieć znaczenie rozpoznawcze.

Przy badaniu objawu MANNKOPF'a należy mieć na uwadze, że:

a) s a m e ruchy mięśniowe, zwłaszcza takie, którym towarzyszą bóle, przyspieszają działalność serca (EGGER);

b) dowolne przyspieszenie oddechu sprawia taki sam wynik: przy niewielkiem przyspieszeniu

oddechu zwiększa się liczba uderzeń serca o 3—12 na minutę, a przy forsownym o 15—18 uderzeń (BRASCH i GATHMANN);

c) niektóre osoby są w stanie przyspieszać działalność serca nawet za pomocą impulsu woli albo też zwrócenia uwagi na serce (TARCHANOFF, VAN DER VELDE).

Dlatego też przy badaniu objawu MANNKOPF'a należy baczyć, aby badany unikał przytem wszelkich żywszych ruchów, forsownego oddechu i nie miał skupionej uwagi. EGGER radzi przy tych badaniach posługiwać się sfigmografem.

2) Ucisk punktów bolesnych wywołuje niekiedy objawy naczynioruchowe, np. zaczerwienienie twarzy (OPPENHEIM, BECHTEREW).

3) LEVAI przy bólach w krzyżu sadza chorego na krześle i poleca mu zginać nogi w biodrze, stawiając temu opór. Przy tem zginaniu chory nie powinien odczuwać bólu. Przeciwnie, wyprostowanie nogi przy oporze, dzięki napięciu *m. erectoris trunci*, jest bolesne. Przy tej próbie zwracamy uwagę na zachowanie się chorego.

4) Jeżeli chory skarży się na bóle w łądźwiach i twierdzi że zupełnie nie może się nachylić, to jest to już nieco podejrzanę: przy schylaniu bowiem może do pewnego stopnia jakby ominąć łądźwia, a natomiast może zgiąć kolana i przyciągnąć silniej uda do tułowia.

5) Zauważono, że przy nerwicach czynnościowych wogóle, a przy bólach w szczególności stale wzmaga się ciśnienie krwi. STRAUSS w szeregu doświadczeń posługiwał się prostym przyrządem—tonometrem GÄRTNER'a i stale znajdował przy bólach podniesienie ciśnienia krwi.

6) G. MÜLLER podaje sposób, opierający się na fakcie, stwierdzonym przez WEBER'a. mianowi-

cie, że dotknięcie ciała w dwóch punktach tylko wówczas jest odczuwane jako dwa odrębne czucia, kiedy punkty te znajdują się w pewnej różnej dla różnych okolic ciała odległości. Jeśli chodzi np. o ból na krzyżu, jeden palec kładziemy na punkt o 4 cm. odległy od punktu bolesnego, a drugi palec na punkt bolesny. Pierwszym palcem wywieramy silny ucisk. Na pytanie chory odpowiada, że bólu nie czuje. Wówczas drugim palcem wykonywamy powoli ucisk stopniowo wzmacniany, a jednocześnie i w tym że stopniu zmniejszamy ucisk pierwszego palca, aż wreszcie odejmujemy go zupełnie. Przy pewnej wprawie i zręczności cała ta manipulacja nie dochodzi do świadomości chorego: przestaje się on orjentować, który punkt jest uciskany. Jeżeli ból jest tylko udany, to chory może odpowiadać, że bólu nie czuje i w punkcie, podawanym poprzednio jako bolesny, ponieważ mniema, że obecnie jest uciskany punkt niebolesny. Jeżeli zaś ból jest rzeczywisty, to ucisk będzie bolesny, choćby chory nie wiedział, który punkt jest uciskany.

Jeżeli ból nie jest ściśle umiejscowiony, to najprzód oznaczamy możliwie dokładnie całą okolicę mniej lub więcej bolesną, a następnie metodę powyższą stosujemy na obwodzie bolesnego pasa.

7) Jeżeli chory uskarża się na bóle przy wykonywaniu ruchów dowolnych lub przy ucisku pewnych punktów, możemy uciec się do prądu elektrycznego. Jeżeli skurcz mięśnia pod wpływem prądu nie jest bolesny, to skarga jest prawdopodobnie udana.

Na X międzynarodowym kongresie lekarskim SEELIGMÜLLER wspominał o pewnym maszyniście, który miał doznawać bólów nadzwyczaj silnych w bliznie amputacyjnej po usunięciu palca. Blizna

ta niezwykle wrażliwa na najmniejsze dotknięcie, była jednak zupełnie niewrażliwą, gdy rozciągała się przez działanie prądu faradycznego na mięśnie zginacze i wyprostne, których ścięgna były z nią zrośnięte.

Metoda więc powyższa wykazała w danym przypadku udawanie, ponieważ stwierdziła brak anatomicznych podstaw istnienia bólu ¹⁾.

8) Niektórzy autorzy (BECHTEREW) jako cechę prawdziwego bólu podają t. zw. reakcję sympatyczną, t. j. rozszerzenie źrenicy przy ucisku bolesnego punktu lub ukłuciu szpilką. Jakkolwiek objaw ten występuje bardzo często ²⁾, jednak nie może uchodzić za pewny, a to z tego powodu, że może być wywołany na drodze często psychicznej. Wystarcza powiedzieć badanemu: „teraz kluję pana”, ażeby natychmiast wywołać rozszerzenie źrenic, chociażby igłą zupełnie nie dotknąć do skóry. Również ból psychiczny, wzruszenia nagłe mogą sprawiać taki sam wynik.

W każdym razie tylko dodatni wynik tej reakcji ma znaczenie rozpoznawcze. Brak tej reakcji nie wyłącza jeszcze rzeczywistego bólu.

Przy stosowaniu tej metody należy naprzód dokładnie obejrzeć źrenice, aby stwierdzić, czy nie ma samoistnej zmienności źrenic. Nadto zwracać należy uwagę, aby przed i w czasie badania zarów-

¹⁾ MOEBIUS po krytycznym rozpatrzeniu powyższego przypadku rozpoznaje historję urazową i odrzuca świadome udawanie.

²⁾ CHAMER z pośród 75 osób nie znalazł tego objawu po ukłuciu szpilką w lewą łopatkę tylko u 7, z których dwie były dotknięte paraliżem postępowym z nieruchomością źrenic, a dwie inne padaczką z silnem osłabieniem inteligencji.

no oświetlenie, jak i konwergencja oraz akomodacja pozostawały bez zmiany.

9) Przy pewnych bólach zdarza się, iż w czasie napadów występuje zwężenie pola widzenia. Bywa to zwłaszcza przy bólach neuralgicznych głowy, a przede wszystkim przy *neuralgia supraorbitalis*; zmiany w polu widzenia mogą być tylko w czasie napadów, a później mogą całkowicie zniknąć (SACHS i FREUND).

10) W razie rzeczywistych umiejscowionych bólów (bóle neuralgiczne) wstrzyknięcie kokainy lub gorącej wody łagodzi ból; jeśli po tym ręko-czynnie ból nie zmniejsza się, to może być to podejrzanem.

11) W przypadkach *Ischias* zginanie nogi w stawie biodrowym przy zgiętem i wyprostowanym kolanie (t. zw. *Ischias-phaenomen*) stanowi ważny objaw rozpoznawczy (Objaw LASÈGUE'a). Mianowicie, zginanie wyprostowanej nogi chorej wywołuje żywy ból w okolicy lędźwiowo krzyżowej, gdy zginanie tejże nogi, lecz zgiętej w stawie kolanowym, może być wykonane bez bólu. FAJERSZTAJN w 60% (z pośród 41 przypadków *Ischias*) znalazł „skrzyżowany objaw kuluszowy“, t. j. ból zjawia się i wówczas, gdy podnosimy zdrową nogę wyprostowaną lub gdy zginamy stopę (*flexio dorsalis*) zdrowej nogi po podniesieniu jej w pozycji wyprostowanej.

Objawy ruchowe.

Sztwywność mięśni i przykurczenia.—Zmiany w stawach.—Cierpienie nerwów, mięśni, ośrodków ruchowych. — Porażenia.— Osłabienie siły— porażenie niezupełne. — Różnica między prawą a lewą ręką.—Zaniki mięśni.—Chód. — Drżenie.—Odruchy (ścięgnowe, skórne, z okostnej i błon śluzowych). — Badanie prądem elektrycznym. — Objaw Romberg'a.

Zaburzenia ruchowe należą do bardzo częstych objawów nerwic czynnościowych wogóle i nerwic urazowych w szczególności. Objawy te wogóle często bywają udawane, lecz nie wszystkie jednakowo często. Do bardzo często udawanych należą: drżenie, chwanie się przy zamkniętych oczach, chód zmieniony, osłabienie siły w rękach, rzadziej osłabienie całych kończyn, a bardzo rzadko porażenia zupełne.

Osłabienie siły i wogóle utrudnienie ruchów w kończynach może zależeć od: *a*) sztywności mięśni lub przykurczeń (*contracturae*); *b*) zmian w stawach; *c*) cierpienia anatomicznego mięśni lub nerwów (*myositis, neuritis*) albo też zmian w ścięgnach (jak to się zdarza często po urazach np. po zmiżdżeniu lub wyrwaniu palców); *d*) organicznych cierpień ośrodków nerwowych; wreszcie

e) porażenia czynnościowego (histerycznego, zupełnego lub niezupełnego). Nadto na zmniejszenie siły wpływać mogą bóle miejscowe oraz ogólne osłabienie, jakie towarzyszy neurastenji i hipochondrji.

Sztynność mięśni i przykurczenia.

Jak wiadomo rozróżniamy sztywność bierną i czynną. Pierwsza (*rigiditas v. contractura passiva paralytica et myopathica*) powstaje wówczas, gdy skutkiem porażen lub cierpień stawów przyczepy mięśni są zbliżone albo też gdy mięśnie się kurczą, marszczą skutkiem zapalnych spraw lub pierwotnego zaniku mięśni. Bierne przykurczenie rozpoznajemy na zasadzie obecności warunków, zdolnych je wywołać, oraz na zasadzie następujących cech: a) brak wzmożenia odruchów ścięgowych; b) przy ruchach biernych otrzymuje się wrażenie oporu nie elastycznego, lecz ciągłego, jednostajnego; c) przykurczenie bywa zawsze stale jednakie, a nie zmienne. Powyższe cechy pozwalają odróżnić tę postać od sztywności czynnej.

W praktyce, w przypadkach urazowych, najczęściej mamy do czynienia ze sztywnością czynną i tę postać należy odróżniać od udawania, t. j. od sztywności czynnej dowolnej.

Rzeczywista sztywność czynna bywa albo spastyczna, albo też odruchowa.

Pierwsza cechuje się zawsze wzmożeniem odruchów ścięgowych (wzgl. *klonus*), elastycznym oporem przy ruchach biernych. Sztywność spastyczną można przewyciężyć, jeśli wykonywać ruch powolnie, jednostajnie i niepostrzeżenie.

Dla stwierdzenia rzeczywistości tego objawu staramy się odwrócić uwagę chorego od danej kończyny przez badanie odległych części ciała, przewiązanie oczów itp. Wówczas ruchem nagłym zginamy i wyprostowujemy kończynę. Rzeczywi-

sty skurcz, nawet nieznaczny, daje się wtedy wy-
czuć i stwierdzić, gdyż przytem można zauważyć
wyraźny opór z chwilowem zatrzymaniem bier
nie zginanej, .wzgl. wyprostowywanej kończyny.
Opór ten trwa krótką chwilę i znika, zanim badany
zdola się zorjentować, aby opór ten zwiększyć
przez napięcie mięśni przeciwdziałających (antago-
nistów). Wrażenie, jakiego się przytem doznaje,
jest dość charakterystyczne i łatwo wraża się w pa-
mięci, gdy go raz doświadczymy. Niektórzy auto-
rowie (SCHUSTER) porównują je z tem wraże-
niem, jakiego doznaje się przy kateteryzacji w cza-
sie przechodzenia przez przeszkodę.

Przy parokrotnem badaniu okazują się nieraz
różnice: raz sztywność jest znaczna, innym znów
razem jest bardzo niewielka. Fakt taki może być
niekiedy dowodem udawania, lecz nie zawsze, jak to
się zwykle przypuszcza. Trzeba bowiem pamiętać,
że sztywność i przy cierpieniach organicznych, jak
np. u dotkniętych porażeniem połowicznym (*Hemi-
plegia*) albo też przy *paralysis agitans* jest zmienna,
a zmienność ta ujawniać się może w ciągu jednego
nawet dnia.

Odruchowe napięcie mięśni jest najczęściej
następstwem bólów i wogóle nieprawidłowych
czuć w zakresie mięśni. Sztywność tego rodzaju
bywa stała lub napadowa, zależnie od działania
czynników, wywołujących ją. Obecność bólów
samoistnych lub występujących przy ruchach
stwierdza rzeczywistość tego objawu. Nadto cha-
rakterystyczną bywa także stała pozycja kończy-
ny: chory trzyma kończynę w ten sposób, aby uni-
kać o ile można bolesnych ruchów.

Zaznaczyć wreszcie należy, że istnieje postać
sztywności, którą SCHUSTER nazywa „nieświadomie
dowolne napięcie mięśni“. Sztywność tego rodza-

ju często poprzedza sztywność odruchową: występuje wtedy, gdy jeszcze wyraźnych bólów niema. Postać ta polega na tem, że chory napina wszystkie mięśnie kończyny, gdy zauważy tylko, że ma być ona badana. Tu także należą przypadki neurastenu i hipochondrji, w których chorzy po uszkodzeniu palca, ręki, stopy itp. bezustannie rozmyślają o stanie kończyny i nią tylko są zajęci. W tych razach wielokrotne badanie, zwłaszcza przy odwróceniu uwagi chorego, może rzecz rozstrzygnąć.

Jak widzimy stąd, istnieją liczne postacie patologicznej sztywności. Dla tego też ostrożnie należy orzekać udawanie. Oprócz powyżej wskazanych cech różniczkowych sąd nasz możemy oprzeć nadto na takich wynikach badania, jak swobodne posługiwanie się przez chorego sztywną jakoby kończyną, wreszcie znaczne różnice w napięciu mięśni przy wielokrotnych badaniach.

Zmiany w stawach.

Rozstrzygnięcie pytania, czy ograniczenie ruchów kończyny zależy od zmian (zrosty) w stawach, czy też od skurczu mięśni (dowolna lub patologiczna kontraktura) zwykle nie bywa trudne.

Kostne przykurczenie (*anklylosis*) cechuje się tem, że przy ruchach kości obwodowej porusza się jednocześnie i kość dośrodkowa.

W tym razie wielu autorów radzi stosować uśpienie chloroformowe. Pamiętać tylko należy, że chloroform dopuszczalnym jest w zasadzie o tyle, o ile pozwala na to ogólny stan badanego, t. j. przy tych samych wskazaniach, co i u zwykłych chorych nieurazowych, u których podejrzenie udawania jest wyłączone. Dodać trzeba, że do takiego badania nie jest potrzebne głębokie uśpienie, lecz okres podniecenia chloroformowego, kiedy

świadomość jest już zamglona, a dziedzina czucia jeszcze zachowana.

Następnie przy długotrwałych zrostach stawów i ograniczeniu ruchów bywają zaniki mięśni.

Wreszcie niezupełnym zrostom towarzyszą zazwyczaj trzeszczenia w stawach.

Na objaw ten chorzy urazowi sami zwracają uwagę lekarza, jako na faktyczny dowód cierpienia. Przy ocenie tego zjawiska należy zachowywać pewną oględność, albowiem zdarza się ono i u zdrowych ludzi. W podobnych przypadkach zawsze trzeba zbadać i inne zdrowe, według zdania badanego, stawy. Ku jego zdziwieniu okazuje się nieraz, że i w zdrowych stawach istnieje takie same trzeszczenie. HELLER (cytowany przez BECKER'a) zbadał pod tym względem większe stawy u 100 rekrutów i znalazł trzeszczenie u 40 osób, a mianowicie:

w obu stawach barkowych i kolanowych u	2 osób,
w obu stawach barkowych i jed. kolan.	„ 1 „
w jednym barkowym i obu kolanowych	„ 2 „
w jednym łokciowym i obu kolanowych	„ 1 „
w obu barkowych	„ 2 „
w jednym barkowym	„ 7 „
w obu napięstkowych	„ 1 „
w jednym napięstkowym	„ 1 „
w obu kolanowych	„ 8 „
w jednym kolanowym	„ 10 „
w jednym biodrowym	„ 1 „

Stąd HELLER wnioskuje, że trzeszczenia w stawach barkowym i kolanowym nie mają szczególnego znaczenia, o ile niema innych objawów, wskazujących na cierpienie stawu.

Objawy nerwowe.

10

Cierpienia nerwów, mięśni oraz ośrodków nerwowych. Zmiany anatomiczne w nerwach i mięśniach cechują się szeregiem objawów przedmiotowych (zaniki mięśni, bolesność przy ucisku, bóle samostne, obrzmienia, zaburzenia naczynioruchowe, zmiany w odczynie na prąd elektryczny, zmiany w odruchach ścięgowych, zaburzenia ruchowe i czuciowe itp.). Dlatego też upośledzenie ruchów, zależne od powyższych czynników, zwykle łatwo bywa odróżnić od udawania. Znajomość anatomji oraz patologji mięśni i nerwów pozwala wykryć prawdę.

Oslabienie oraz porażenie mięśni w następstwie cierpienia ośrodków nerwowych zazwyczaj nie przedstawiają trudności pod względem rozpoznawczym, albowiem objawy te występują zwykle wówczas, kiedy obraz cierpienia jest już mniej lub więcej rozwinięty, kiedy istnieją już i inne objawy, świadczące o cierpieniu ośrodkowym. Tu tylko jeszcze raz podkreślić muszę, że właśnie cierpienia, które w następstwie urazów najwięcej należy mieć na uwadze, mogą przebiegać przez długi czas skrycie. Tu przedewszystkiem wymienić należy guzy mózgowia oraz wielogniskowe stwardnienie mózgu i rdzenia (*sclerosis multiplex*).

Porażenia czynnościowe. Co się tyczy porażen czynnościowych, to przedewszystkiem zaznaczyć należy, że zupełnie słusznym jest pogląd, zresztą dość rozpowszechniony, że one nie podlegają żadnym prawom anatomicznym. Zwykle skłonni jesteśmy składać na karb hysterji każdy obraz chorobowy, który nie pasuje do obrazu anatomicznego. Pogląd ten niewątpliwie mieści w sobie dużo przesady, a szkodliwym jest często przez to, że usuwa potrzebę ściślejszej analizy.

Rozpoznanie porażenia czynnościowego odbywa się na drodze wyłączenia wszelkich innych możliwych cierpień. Zresztą obecność innych znamion histerycznych, dokładna analiza istniejących objawów, wreszcie obserwacja badanego może rozstrzygnąć sprawę.

Wogóle jednak udawanie zupełnych porażeń jest rzadkie, bo niezmiernie trudne a nawet ryzykowne. Dlatego też nawet niewątpliwi symulanci rzadko się do tego uciekają.

Udawanie porażeń zupełnych.

Często przytaczają jako łatwy sposób wykrycia udawania następujący przypadek. Lekarz zapytuje badanego, który jakoby nie może poruszać i podnosić ręki, jak wysoko dawniej mógł był ją podnosić; poczem chory, chcąc możliwie efektownie przedstawić różnicę, podnosi rękę wysoko. Lecz na tak wielką naiwność ze strony symulantów liczyć nie można. Zwykle trzeba uciekać się do bardziej szczegółowego rozbioru objawów, czego przykłady poniżej podaję:

1) Chory dotknięty jakoby porażeniem nerwu promieniowego może wyprostowywać podstawowe paliczki (falangi) palców, a nie może wyprostować środkowych i końcowych. Świadczyłoby to, że nie działają *mm. interossei*, t. j. że jest zajęty *n. ulnar*. Lecz w takim razie palce powinny być rozsunięte. Tymczasem są one zsunięte. Przeczy to więc porażeniu i n. promieniowego i n. łokciowego (ERBEN).

2) Chory nie może podnieść ramienia do góry (porażenie *m. deltoidei*). Lekarz podnosi biernie ramię do góry, a następnie poleca choremu ostrożnie i powoli opuścić ramię na dół, co tenże wykonywa dobrze. Świadczy to o udawaniu porażenia *m. delto-*

idei, albowiem podnoszenie i opuszczanie ramienia (według ZUCKERKANDL'a i ERBEN'a) jest czynnością tychże samych mięśni.

3) W jednym przypadku, jaki spostrzegąłem przed rokiem, ręka była zgięta w stawie napięstkowym, palce lekko zgięte we wszystkich stawach oraz zsunięte; *supinatio* zniesione; rozsuwać palców chory nie może; wyprostowywanie palców oraz ręki zniesione; zginanie słabe zachowane tylko w ostatnich paliczkach (falangach); w dużym palcu zachowane tylko zginanie i przywodzenie. Nadto zniesione czucie dotykowe i bólowe na powierzchni grzbietowej przedramienia, ręki i palców. Odczyn na prąd elektryczny zupełnie prawidłowy. Zaników mięśni niema. Powyższy stan miał nastąpić skutkiem wypadku: przed 4 miesiącami spadł kawał żelaza z wysokości 1 metra na powierzchnię grzbietową przedramienia w pobliżu stawu napięstkowego.

Rozpatrując powyższe dane, możemy zaznaczyć: niemożność wyprostowywania ręki i palców oraz odwodzenia palucha świadczyłaby o porażeniu *n. radialis*; niemożność zginania pierwszych i drugich paliczków (falang) świadczy o porażeniu *mm. flex. digit. sublim. (n. median.)*, *prof. (n. med. et n. uln.)* et *mm. inteross. (n. ulnar.)*; niemożność przeciwstawienia palucha wskazuje na zajęcie *m. oppon. (n. med.)*, Wreszcie znieczulenia wskazują na zajęcie *nn. cutan. post. inf. (n. radial.)*, *cut. medius, cutan. later., radialis, ulnaris*. Mamy więc zajęcie wszystkich nerwów, i w tem łatwo dostrzedz różne sprzeczności. Dla czego zostały zaoszczędzone niektóre mięśnie, jak *mm. adductor et flexor pollic.*? Dlaczego zniesione zginanie drugich a zachowane zginanie trzecich paliczków (falang), gdy ruchy te są czynnością jednakowo dotkniętych *mm. flex. digit.*

sublim. et prof.? Oprócz tego i w tym razie nasuwają wątpliwości *mm. interossei*. Jeśli są one zdrowe, to chory powinien palce zsuwać i rozsuwać, a także zginać piersze paliczki i wyprostowywać dwa ostatnie. Jeśli zaś są porażone, to palce winny być rozsunięte, pierwsze paliczki wyprostowane, a drugie i trzecie zgięte. Nadto dlaczego nie znajdujemy odpowiednich znieczuleń na przedniej powierzchni ramienia i ręki? Wreszcie przy tak obszernych zmianach w ciągu czterech miesięcy od początku choroby, powinnyby wystąpić zmiany w odczynie na prąd elektryczny oraz zaniki mięśni.

4) W pewnych przypadkach w razie podejrzenia, że porażenie całej kończyny np. górnej jest udane, można podnieść ją biernie do poziomu. Po pewnym czasie, po odwróceniu uwagi chorego, własną rękę nagle usuwamy. Często przy udawaniu kończyna nie opada natychmiastowo, lecz przez pewną chwilę pozostaje jeszcze na poziomie w powietrzu.

Przedmiotowe stwierdzenie osłabienia siły (*paresis*) jest trudniejsze, bo nie zawsze można mieć pewność, czy badany przy próbie użył maximum siły i czy nie napina mięśni przeciwdziałających. Zła wola lub zwykła skłonność do przesady najczęściej ujawnia się w tym względzie.

Osłabienie siły.

W wielu razach*skorzystać można z następujących uwag:

- 1) Drżenie przy ruchu forsownym świadczy, że chory użył maximum siły.
- 2) Stwierdzone bóle w kończynie przemawiają za rzeczywistością osłabienia.
- 3) Jeśli chory skarży się na osłabienie kończyn dolnych, zginamy mu w pozycji leżącej ko-

lana, zalecając by stawiał temu opór. Jeżeli przytem opór jest bardzo mały, a chory może wogóle stać i chodzić, to jest to już podejrzane, albowiem akt stania i chodzenia wymaga względnie znacznej siły mięśni wyprostnych kolana (ERBEN).

4) Próba BRÜCKE'go: Przy słabych ruchach działają zwykle i mięśnie przeciwdziałające (antagonistyczne); przy ruchach zaś silnych mięśnie te prawie nie działają. Jeżeli więc przy silnym (maksymalnym) ruchu napięte są i mięśnie antagonistyczne, to udawanie jest prawdopodobnem.

5) Badanie uścisku dłoni: zalecamy choremu wykonanie tego rękoczynu przy silnie zgiętym i silnie wyprostowanym stawie napięstkowym. W ostatnim razie uścisk winien być silniejszy. Jeżeli chory czyni inaczej, to prawdopodobnem jest udawanie.

Jak to już wykazał DUCHENNE, prawidłowa działalność *mm. extensorum carpi et extensoris digitor. commun.* jest warunkiem należytego zginania palców. Aby silnie zgiąć palce, należy jednocześnie wprawić w ruch i mięśnie wyprostne ręki; zależy to od tego, że *mm. wyprostne* palców skutkiem krótkości nie pozwalają na jednoczesne zgięcie dłoni i palców.

6) Próba z oporem: zalecamy choremu wykonać ruch z całej siły, stawiając jednocześnie opór. Nagle opór usuwamy i baczymy przytem, czy chory istotnie zamierzał wykonać zalecony ruch, czy też przeciwnie wprowadził w ruch mięśnie przeciwdziałające, aby nie ujawnić nadmiaru swych sił. Jeśli osłabienie jest udane i badany napinał mięśnie przeciwdziałające, to kończyzna zatrzyma się w tym punkcie, w którym była w chwili usunięcia oporu; jeśli zaś osłabienie było rzeczywiste, to kończyzna po usunięciu oporu posunie się w dalszym ciągu o pewien kąt.

7) Przy badaniu siły nóg możemy użyć takiego sposobu. Choremu w pozycji leżącej zalecamy zgiąć nogę. Jednocześnie ręką własną stawiamy pewien opór, lecz tak słaby, aby chory mógł go bezwarunkowo przewyciężyć, jeśli się nie chce zdradzić. Opór ten stopniowo zwiększamy, zachęcając wciąż chorego do dalszego zginania nogi. Jeśli czynić to równomiernie i zręcznie, to chory może się nie spostrzedz i wykonywać ruch przy silnym oporze (SCHUSTER).

8) Niekiedy możemy wykryć udawanie w ten sposób, że nadajemy badanemu taką pozycję, w której przestaje się orjentować, jakich ruchów nie powinienby wykonywać.

W taki właśnie sposób SACHS i FREUND wykryli udawanie w pewnym przypadku, w którym badany udawał porażenie mięśnia naramiennego (*m. deltoïd.*), twierdząc, że nie może podnosić ramienia do góry. Polecili mu mianowicie położyć się na wysokim stole na brzuch tak, aby kończyna górna wisiała pionowo. Badany nie mógł teraz przysunąć kończyny do tułowia, t. j. nie mógł wprowadzić w działanie mięśni *mm. latiss. dorsi* i *teret. major*. Natomiast opuszczał pomimo oporu biernie przysuniętą do ciała kończynę, czyli silnie napinał porażony jakoby *m. deltoïd.*

9) SCHUSTER radzi wykonywać badania z oporem naprzód jednocześnie dwóch kończyn a później jednej, przypuszczalnie słabszej. Przytem okazuje się często, że kończyna słabsza przy powtórnej próbie działa znacznie silniej, niż przy pierwszej. Zależy to od tego, że przy jednoczesnym działaniu obu kończyn badany ma możliwość porównywania siły i określenia, ile jej winien wyładować w kończynie słabszej. Przy badaniu zaś jednej kończyny brak mu tego punktu porównawczego.

10) Przy czynności ściskania ręką wchodzi w grę bardzo liczne mięśnie (zginacze palców, mięśnie dłoniowe, wyprostne ręki, mięśnie ramienia, a niekiedy nawet grzbietowe). Stąd wynika, że nie można zawsze uważać za udane słabe ściskanie ręką, gdy mamy uszkodzenie nawet dość odległych mięśni, jak mięśni ramienia lub nawet grzbietowych.

11) ZIEHEN poleca badanie siły rąk dynamometrem. Badania należy dokonywać zawsze przy zamkniętych oczach, a jeśli się je powtarza wielokrotnie, to zawsze przy jednakich warunkach (np. o jednej porze dnia po godzinnym odpoczynku). Jeżeli przy wielokrotnych badaniach otrzymujemy znacznie różniące się cyfry albo też znaczne wahania przy pomiarach na jednym posiedzeniu, wówczas podejrzenie udawania lub przesady jest usprawiedliwione. Zwłaszcza podejrzanem jest, jeżeli przy ściskaniu dynamometru pomimo energicznego skurczu *mm. biceps et anconaeus* a często i *mm. radial. intern. et palmar. long.* nie tworzy się dołeczek na dłoniowej powierzchni przedramienia na zewnątrz od *m. ulnar. int.* o parę centym. powyżej stawu nadgarstkowego, co zwykle ma miejsce przy silnym ściskaniu ręką. Wówczas brak także charakterystycznego przesuwania i fałdowania się skóry na *thenar* i *antithenar*. Oba powyższe zjawiska świadczą, że ucisk był dokonany powierzchownie, albo też wprowadzono w grę mięśnie przeciwdziałające.

ZIEHEN radzi wykonywać szereg kolejnych badań na jednym posiedzeniu, w krótkich przerwach np. co 15, 30 sekund. Jeśli takich posiedzeń odbywamy kilka, to czas trwania każdego winien być jednaki. Badanie takie i u zdrowego człowieka wykazuje pewne wahania: początkowo otrzy-

muje się cyfry dość bliskie, później one stopniowo obniżają się. Podnoszenie się cyfr zależy od rzeczywistego odpoczynku albo też od chwilowego wzmożenia impulsów wyobraźniowych (użycie wysiłku czy to wskutek podniety ze strony lekarza czy też samopodniety ze strony badanego). Dla przykładu przytoczę tu cyfry, jakie ZIEHEN otrzymał u 38-letniego zdrowego mężczyzny po należytym odpoczynku i śnie: 46, 43, 44, $44\frac{1}{2}$, $43\frac{1}{2}$, 42, 45, 44, 40, 42, $43\frac{1}{2}$, $44\frac{1}{2}$, 42, 43, 44, 42, $41\frac{1}{2}$, 43, 43, $42\frac{1}{2}$, $41\frac{1}{2}$, $42\frac{1}{2}$, $42\frac{1}{2}$, 43, 43, 44, 43, 42, 43, 42, 43, 42, $43\frac{1}{2}$, $41\frac{1}{2}$, $42\frac{1}{2}$, 42, $41\frac{1}{2}$, $41\frac{1}{2}$, $40\frac{1}{2}$, 42, 41 (przerwy 20 - sekundowe; cyfry w kilogramach). Już u zdrowych ludzi dłuższa uprzednia praca fizyczna lub umysłowa, niedostateczny sen itp. znacznie zmienia krzywą dynamometryczną.

U neurasteników krzywa ta podlega jeszcze większym zmianom. Już przy drugim, trzecim ściśnięciu następuje wyraźny spadek, który postępuje żywo, jakkolwiek i tu bywają chwilowe wznoszenia się krzywej. Następujący szereg przedstawia przykład wyczerpywania się neurastenika: 17, 16, 14, 14, 13, $12\frac{1}{2}$, $11\frac{1}{2}$, $12\frac{1}{2}$, 12, 13, 11, 13, $12\frac{1}{2}$, 13, 13, 13, 12, 12, 11, 12, $10\frac{1}{2}$, 12, $10\frac{1}{2}$.

Porównanie krzywej dynamometrycznej osobnika badanego z krzywymi fizjologicznymi może dać pewne światło co do rzeczywistości osłabienia siły.

Powyższe dane przytoczyłem nieco obszerniej ze względu na ich znaczenie fizjologiczne, tembardziej, że pochodzą one od autora tej miary, co ZIEHEN.

Nie sądzę jednak, aby badaniom dynamometrycznym można było nadawać znaczenie ścisłych i pewnych dowodów. Wogóle mówiąc, badania te dają wyniki niepewne. Pomijając już dokładność

instrumentu, sam rodzaj rękojeści, takie lub inne ujęcie jej ręką, większa lub mniejsza zręczność badanego—wszystko to może znakomicie zmieniać wyniki. Wprawdzie przystosowanie się badanego do instrumentu przez wielokrotne wykonywanie prób a także zachowanie o ile można jednakich warunków (pozycja siedząca, przedramię zgięte prawie pod kątem 90°, *supinatio*) zmniejszają możliwość błędów, pomimo to wyniki badań dynamometrycznych należy przyjmować zawsze oględnie.

Różnica między prawą a lewą ręką.

Dla porównania siły ręki prawej i lewej bywa często ważnem stwierdzenie, czy badany nie jest mańkutem. Oprócz obserwacji, mogącej wykazać, którą ręką chory się chętniej posługuje, mogą mieć tu pewne znaczenie spostrzeżenia HECHT'a i LANGSTEIN'a. Autorzy ci badali ciśnienie krwi w prawej i lewej kończynach górnych, za pomocą tonometru GÄRTNER'a u młodych zdrowych robotników i żołnierzy i znaleźli, że w 95% przypadków przewagi prawej strony nad lewą ciśnienie krwi w prawej kończynie było wyższe; różnice wynosiły 5 do 20 mm., a najczęściej 10 mm. Stąd można wysnuć wniosek, iż wyniki badania ciśnienia krwi mogą rzucać pewne światło, a metoda ta wobec prostoty przyrzędu trudności nie przedstawia.

Zaniki mięśni.

Przy bardziej długotrwałych zaburzeniach ruchowych występują zawsze zaniki mięśni. Dla tego też należy zawsze porównywać mięśnie danej kończyny ze stroną zdrową. Przy niewielkich stopniach zaników mięśnie po stronie chorej cechują się większą wiotkością względnie do bardziej jędrnych mięśni zdrowej kończyny. Oprócz tego przy niewielkim nawet stopniu zaników bywają zwykle pewne zaburzenia odżywcze skóry (t. zw.

glossy-skin, skóra bolesna, wilgotniejsza i bledsza, niż po stronie zdrowej), a także zmiany na paznogiach ¹⁾).

Przy większych zanikach najpewniejsze dane może dać mierzenie obwodu kończyny. Uwzględniać tylko należy, że u osób pracujących i używających przeważnie prawej ręki, obwód prawej kończyny górnej jest stale większy niż u lewej, a u mańkutów odwrotnie; obwód zaś prawej i lewej kończyn dolnych jest wogóle jednaki. Aby zdać sobie sprawę z tych różnic fizjologicznych w obwodzie kończyn górnych, RAWITSCH (cytowany przez BECKER'a) czynił pomiary na 500 zdrowych żołnierzach różnych warstw społecznych. RAWITSCH zdejmował trzy pomiary: 1) przez jamę pachową i punkt wierzchołkowy mięśnia naramiennego, przy poziomo trzymanem ramieniu; 2) przez środek ramienia; 3) przez najgrubszą część przedramienia. Największe różnice znajdowano u tych rękodzielników, którzy przeważnie pracują prawą ręką (kowale, kamieniarze itp.); znacznie zaś mniejsze różnice były u zwykłych wyrobników, posługujących się jednako obu rękami.

Szczegółowe wyniki tych pomiarów tak się przedstawiają:

Różnice obwodu prawego i lewego barku wynosiły:

3—4 cm.	u 12,2%	badanych osób
2—3 "	"	13,4% "

¹⁾ Tu nie od rzeczy może będzie wspomnieć, że często na zasadzie zmarszczek, pęknięć skóry na rękach itp. wnioskuje się, że robotnik przed niedawnym jeszcze czasem pracował. Wniosek taki często bywa błędny, albowiem pęknięcia takie na skórze pozostają długi czas po zaprzestaniu pracy ręcznej.

	2 cm.	u 31,4%	badanych osób
	1—2	" "	35,8%
mniej niż	1	" "	4,0%
oba barki były równe	"	"	2,2%
lewy bark był grubszy	"	"	1%

Przeciętny obwód prawego ramienia wynosił 26,0 cm. a lewego 25,4 cm. Poszczególne różnice obwodu ramion były następujące:

	1,25—2 cm.	u 13,8%	badanych osób
	1	" "	26,0%
	0,5 —1	" "	26,2%
mniej niż	0,5	" "	3,4%
oba ramiona równe	"	"	27,6%
lewe ramię grubsze	"	"	3%

Przeciętny obwód prawego przedramienia wynosił 26,4 cm., a lewego 25,8 cm.

Różnice między prawem a lewym przedramieniem wynosiły:

	2—1,25 cm.	u 10,0%	badanych osób
	1	" "	25%
	1—0,5	" "	33,2%
mniej niż	0,5	" "	7,6%
oba przedram. były równe	"	"	22,4%
lewe przedr. było grubsze	"	"	1,4%

Z powyższych danych RAWITSCH wyprowadza wniosek, że nie należy uważać za nieprawidłowe, patologiczne różnice między prawą a lewą stroną w barkach do 3 cm. (w pojedynczych przypadkach do 4 cm.), a w ramionach i przedramionach 1,0—1,5 cm. (w pojedynczych przypadkach do 2 cm.).

Przy pomiarach takich należy zwracać uwagę, aby po obu stronach brać odpowiednie punkty, a także aby miarkę jednakowo silnie naciągać.

Aby zakończyć ze sprawą porażen, zaznaczyć należy wogóle, że objawy te w przypadkach cierpień urazowych zdarzają się: 1) przy ogniskowych i rozlanych cierpieniach mózgu i rdzenia; 2) przy cierpieniach nerwów obwodowych oraz mięśni; 3) w razie bólów w kończynie, zależnych od jakichkolwiek powodów; 4) zupełne porażenia natury histerycznej; 5) przy hipochondrii i neurastenji, połączonych z ogólnym stanem osłabienia, niemo- cy, wreszcie 6) przy nerwicach z przewagą obja- wów psychicznych, kiedy chory jest przeświad- czony o słabych swych siłach i kiedy zwłaszcza ściskanie ręką wykonywa niezmiernie słabo.

Utrzymywanie w pamięci tych możliwości może być pożytecznem przy rozstrzyganiu pyta- nia, czy osłabienie kończyny jest rzeczywiste, czy też udane.

Jeszcze dwa słowa o ruchach tułowia. Ogra- niczenie ruchów bocznych u chorych urazowych rzadko się zdarza. Daleko częstszą bywa niemoż- ność nachylania się. Zjawisko takie o ile nie jest udane, zależy albo od nadmiernego napięcia *m. erectoris trunci*, albo od bólów w kręgosłupie. W pierw- szym razie tułów zwykle bywa wyprostowany, w drugim zaś istnieją w kręgosłupie bóle stałe lub występujące jedynie przy ruchach. O ile w tym razie nie rozstrzygnie sprawy stwierdzenie rzeczywistości bólów, uciekać się musimy do obser- wacji.

C h ó d.

C h ó d n i e p r a w i d ł o w y często rzeczy- wiście towarzyszy cierpieniom urazowym, ale często też bywa udawany. Rzadko miewamy do czynienia z typowymi postaciami, jak chód

ataktyczny, paretyczny itp. Częściej znacznie bywają najrozmaitsze rodzaje *dysbasiae hystericae*, których wspólnym rysem jest skurcz (napięcie) pewnych grup mięśniowych, zwłaszcza miednicy i uda. Zarówno powyżej wspomniane typowe postacie, jak *dysbasia hysterica*, dotyczące obu nóg nie mogą być stale udawane. Wątpliwości nastręczać mogą jedynie przypadki, w których nietypowa nieprawidłowość chodu dotyczy jednej tylko nogi. W każdym razie koniecznym jest zbadanie, czy niema istotnej przyczyny tego objawu, a więc: osłabienia nogi, sztywności nogi lub kręgosłupa, bólów, zmian w stawach itp.

Najpewniejszych jednak danych dostarczyć może dłuższa obserwacja. Zresztą już obserwacja chodu w czasie badania chorego bez zwracania na to jego uwagi, gdy przy badaniu oczów, uszów itp. chodzi po pokoju, może również dać niejakie wskazówki.

D r ż e n i e .

Drżenie, zwłaszcza rąk, należy do objawów bardzo stałych i zazwyczaj nawet nadużywanych, a przynajmniej mocno przesadzanych przez chorych, jakkolwiek SCHUSTER z kliniki MENDEL'a twierdzi, że udawanie drżenia spotyka się bardzo rzadko. Umiejętne udawanie drżenia istotnie zdarza się bardzo rzadko i jest rzeczą trudną. Jak to każdy może wypróbować na sobie, potrzeba nadzwyczajnej energii i wysiłku, aby naśladować drżenie równomiernie i bez przerw choćby w ciągu jednej minuty. Na zasadzie jednak własnej praktyki stwierdzić mogę, że drżenie bywa często udawane lub przesadzane. Lecz zwykle bywa ono na-

śladowane w tak gruby sposób, że wykrycie udawania nie przedstawia wielkich trudności.

Jeżeli przy obserwacji dłuższej zmieni się typ drżenia, jeśli ruchy zwiększają się, stają się nierównomierne, chory przytem oddycha nierówno, a nadto liczba uderzeń tętna zmienia się—to wszystko jest, według CHARCOT'a, objawem wysiłku a więc udawania.

Zdaniem ERBEN'a mamy do czynienia z udawaniem drżenia, jeżeli ruchy stają się coraz grubsze (zwiększa się ich amplituda) i rzadsze, oraz jeśli dają się zauważyć oznaki wyczerpania. Przeciwnie, mamy dowód rzeczywistości drżenia, jeśli po sztucznem zatrzymaniu wszystkich palców prócz jednego (najlepiej środkowego lub małego) palec ten drży w dalszym ciągu z zachowaniem tegoż typu drżenia.

Jeżeli w mięśniach, biorących udział w drżeniu, są drgania pęczkowe (*fasciculares*), albo jeśli drżą tylko oddzielne mięśnie, których dowolna izolowana innerwacja nie jest możliwą (*mm. triceps, pectoralis* itp.), wtedy drżenie należy uznać za prawdziwe.

Jeżeli chory skarży się na drżenie w stawie stopowym lub kolanowym przy chodzeniu, a nawet siedzeniu i leżeniu, to zalecamy położyć się na brzuchu i zgiąć nogi w kolanie pod kątem prostym. Jeżeli wówczas drżenie ustaje, a zjawia się wtedy, gdy przy opuszczeniu goleni palce dotykają podłogi, to drżenie było udane (ERBEN, SEELIGMÜLLER).

Dla wykrycia udawania drżenia, zwłaszcza jednostronnego, FUCHS polecił metodę, opierającą się na doświadczeniu, że bez uprzedniego ćwiczenia się nie można wykonywać jednocześnie obu rękami albo też jedną ręką i jedną nogą dwóch różnych ruchów dowolnych. Jeżeli przeto chory uskarża

się na drżenie prawej ręki, zalecamy mu wykonywać lewą ręką różne ruchy złożone (kreślenie liter, kół, krzyżów itp. w powietrzu, zapinanie guzików itd.). Jeżeli przy tem drżenie w prawej ręce ustaje, zmienia swój typ lub naśladuje ruchy lewej ręki, wówczas, według FUCHS'a, możemy orzec udawanie. FUCHS zaleca przytem, aby chory wykonywał ruchy dowolne zdrową ręką możliwie dokładnie, lekarz zaś badający powinien zachowywać pozor, że bada w tej chwili tylko ruchy zdrowej ręki, aby chory nie spostrzegł o co mu w danym razie idzie.

Zdanie FUCHS'a podziela również i THIEM. A jednak metody powyższej nie można nazwać pewną.

Jedynie tylko ujemny wynik próby może mieć znaczenie rozpoznawcze, t. j. jeżeli drżenie jednej ręki nie ustaje przy ruchach drugiej, to drżenie nie jest udane. Natomiast dodatni wynik nie zawsze upoważnia do stanowczych wniosków. Naprzód bowiem przy próbie FUCHS'a i rzeczywiste drżenie ustaje często, jak to widzimy w *paralysis agitans*, w drżeniu po wylewach krwi w mózgu (*tremor posthemiplegicus*) a także w drżeniu histerycznym i neurastenicznym.

I prawdziwe drżenie jednej ręki przy wykonywaniu dowolnych złożonych ruchów drugą ręką może się znosić albo też znacznie zmieniać, gdyż pomimo woli i wiedzy badanego ruchy dowolne jednej ręki przyłączają się do ruchów drżenia drugiej ręki (*Mitbewegungen*) i przez to je modyfikują.

Najważniejsze niewątpliwie wnioski pozwala wyprowadzić dłuższa (parominutowa) obserwacja, zwłaszcza gdy badany o tej obserwacji nic nie wie. Pamiętać tylko należy, że drżenie w cier-

pieniach czynnościowych bywa bardzo różnorodne i rzadko należy do jakiegoś określonego typu. Dlatego też w sądach o udawaniu drżenia zawsze jest konieczna ostrożność. Po stwierdzeniu rzeczywistości drżenia należy jeszcze zwrócić uwagę, czy ono nie jest wynikiem alkoholizmu albo też obnażenia ciała badanego. Na pierwsze wskazują inne objawy w ustroju, drugie zaś dotyczą nie tylko mięśni kończyn, lecz i tułowia, nadto zaś zwykle istnieje nadmierne wzmoczenie pobudliwości mięśniowej oraz t. zw. „idio-musculäre Contraction”.

W końcu zauważyć należy, iż przy wszelkich badaniach sfery ruchowej zawsze potrzebną jest obserwacja chorego przy wszelkich możliwych okolicznościach: przy ubieraniu się i rozbieraniu, przy podnoszeniu przedmiotów z podłogi, kładzeniu się na łóżko, przewracaniu się, podnoszeniu itp.; stąd już można wysnuć pewne wnioski. W przypadkach zaś wątpliwych jednorazowe spostrzeganie może nie wystarczać, a zachodzić może potrzeba obserwacji klinicznej.

O d r u c h y.

Próby udawania wzmoczenia odruchów kolanowych zdarzają się dość często, lecz rzeczywiste udawanie jest niemożliwe.

Odruchy
ścięgnowe.

Próby w tym kierunku są tak nieudolne, że wykryć udawanie zawsze łatwo. Spostrzegalem np. nieraz, iż chory po uderzeniu ścięgna m. czterogłowego unosił w pozycji siedzącej całe udo do góry, t. j. wykonywał czynność, nie mającą związku z działaniem *m. quadr. crur.*

Objawy nerwowe.

Jako правило przy badaniu odruchu kolanowego należy sobie postawić, aby lekarz kładł rękę lewą na badany mięsień i w ten sposób obiektywnie odczuwał drganie mięśnia. Przy widocznej chęci udawania tego objawu uderza się wielokrotnie młotkiem w *lig. patellae* z różną siłą: niektóre tylko uderzenia mają być silniejsze, inne zaś prawie pozostają w powietrzu. Symulant może udawać silny odruch i wówczas, gdy uderzenie było bardzo słabe.

WALBAUM w tymże celu proponuje jeszcze taki sposób: Lekarz kładzie nawpół zgiętą rękę na badane kolano (przy zwykłej pozycji — chory siedzi—goleń z udem tworzy kąt $\pm 60^\circ$) tak, aby palce spoczywały na *lig. patell. infer.*, a kłęb i kłębik dłoni na górnym brzegu rzepki; rzepka jest przeto zawarta między końcami palców a dłonią. Jeżeli teraz po grzbiecie palców będziemy wykonywali krótkie, lekkie uderzenia, czy to młotkiem, czy też drugą ręką, wówczas czujemy wyraźnie pod brzuścami palców, jak więz unosi się, wyskakuje.

Wielokrotne wykonywanie sposobu WALBAUM'a przekonało mię, iż rzeczywiście sposób ten zasługuje na uwagę.

Pożytecznym też może być stosowanie znanego powszechnie sposobu JENDRASSIK'a.

Istnienie *patellar-clonus* i *Fuss-clonus*, t. j. objawów stanowczo niemożliwych do udawania, świadczą o prawdziwości wzmożenia odruchów.

Zachowanie się innych odruchów ścięgniowych kończyn górnych i dolnych również nie może być udawane, a przynajmniej wszelkie próby w tym kierunku łatwo mogą być wykryte.

Odruchy skórne. Co się tyczy odruchów skórnyc h, to udawane mogą być jedynie odruchy podszwo-

we. Zdarza się nawet dość często, że badany, chcąc przedstawić możliwie efektownie znieczulenie jednej stopy, wykonywa silne ruchy przy gładzeniu, dotykaniu itp. podeszwy drugiej stopy. Zazwyczaj jednak chorzy znacznie przesadzają, a często nawet przy braku należytej uwagi mylą się i reagują na dotknięcia nie tej podeszwy, którą poprzednio przedstawiali, jako nadszuli.

Udawanie, względnie sztuczne przedstawienie odruchów błon śluzowych może być tylko następstwem zastosowania przez badanego pewnych środków znieczulających.

Odruchy
z błon śluzowych.

Tylko obserwacja chorego, wielokrotne badanie, wreszcie uwzględnienie całkowitego stanu umożliwi rozstrzygnięcie sprawy w razie wątpliwości.

Badanie prądem elektrycznym.

W bardzo wielu przypadkach zaburzeń ruchowych musimy uciekać się do badań prądem elektrycznym.

W przypadkach cierpienia organicznego możemy tą drogą ustalić, czy cierpienie to jest pochodzenia ośrodkowego, czy też obwodowego. Również ważne wyniki możemy otrzymać przez badanie prądem, gdy chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy istniejące wiotkie porażenie jest pochodzenia organicznego, czy też czynnościowego, albo też czy stwierdzony zanik mięśni zależy od zmian neurytycznych, czy też od bezczynności mięśni (Inactivitäts-atrophie).

Istnienie zmian w odczynie na prąd elektryczny stanowczo przemawia za cierpieniem organicznym.

nem, brak zaś zmian właściwie nie daje prawa do jakichkolwiek wniosków ¹⁾).

Najważniejszych danych od badania prądem oczekujemy zwykle w tych przypadkach, gdzie mamy rozstrzygać, czy osłabienie w zakresie pewnej grupy lub grup mięśniowych istnieje rzeczywiście czy też jest tylko udane.

Nie zawsze jednak badanie prądem może rozstrzygnąć wątpliwości. Dodatni wynik badania, t. j. wykrycie ilościowych, a co jeszcze ważniejsze, jakościowych zmian w odczynie na prąd elektryczny, rzecz prosta, wyłącza udawanie. Natomiast ujemny wynik badania nie pozwala jeszcze wnioskować, że osłabienie jest udane. W tym razie musimy uciekać się do innych sposobów badania.

Sama technika badania wymaga zachowania pewnych ostrożności. Pamiętać należy, że już u zdrowych ludzi zachodzą często drobne różnice w pobudliwości na prąd faradyczny między jedną a drugą stroną. Różnice te zależne są od nieznanego nawet napięcia mięśni, które obniża bezpośrednią (*directe*) pobudliwość faradyczną. Przy badaniu zaś chory bezwiednie, przez zwrócenie szczególniejszej uwagi na daną kończynę napina zwykle mięśnie. Z faktem tym należy się liczyć i uwzględniać tylko wyraźniejsze zmiany ilościowe, a przy badaniu, o ile można, przeciwdziałać napięciu mięśni przez odwrócenie uwagi chorego od badanej kończyny.

Uwagi powyższe dotyczą jedynie zmian ilościowych; zmiany jakościowe w odczynie na prąd

¹⁾ Wprawdzie przy zanikach z bezczynności mięśni znajdujemy niekiedy obniżone oddziaływanie na prąd elektryczny.

elektryczny (skurcze powolne, zmieniona formuła odczynu) posiadają zawsze znaczenie bezwzględne.

Do objawów przedmiotowych, stwierdzających wzmoczoną pobudliwość na prąd elektryczny, należy także t. zw. Myokymia (RUMPF, SCHULTZE), t. j. drganie włókienkowe mięśni po podrażnieniu przez 1–2 minuty prądem faradycznym silnym (tężcowym), trwające czas jeszcze pewien, gdy prąd nie działa już na mięsień. Objaw ten, zwany także odczynem urazowym (traumatyczna reakcja RUMPF'a), udawanym być nie może. Ponieważ jednak występuje on niezmiernie rzadko, przeto nie posiada wielkiego znaczenia praktycznego.

Odczyn
urazowy
RUMPF'a.

Objaw Romberg'a.

Chwianie się przy zamkniętych oczach bywa bardzo często udawane, niekiedy nawet umiejętnie, a jeszcze częściej bywa przesadzane. Prawdopodobnie wynika to stąd, że objaw ten bywa bardzo często zaznaczany w świadectwach lekarskich, i że lekarze nie zaniedbują zwykle zbadania tego objawu, czem w umyśle chorego budzą pojęcie o szczególnej jego ważności.

W każdym przypadku winniśmy przedewszystkiem zbadać chorego w pozycji leżącej zwykłemi metodami w celu przekonania się, czy niema bezładu.

Następnie zachowanie się chorego przy chwianiu się daje częstokroć ważne wskazówki. Silne chwianie się całego ciała, a-zwłaszcza upadek na podłogę jest już mocno podejrzany. Nawet rzeczywisty ataktyk, który może sam chodzić, prawie nigdy przy tej próbie nie upadnie. Przy chwianiu się symulanta daje się zwykle zauważyć przesada

w ruchach, nienaturalność, a przy upadku pewna ogłędność, aby sobie nie uczynić krzywdy.

Niekiedy znów symulant zdradza ostrożność, aby przy nadmiernych wahaniach całego ciała istotnie nie upaść.

Pożytecznym bywa polecić naprzód zamknąć oczy a później dopiero zsunąć nogi; badany częstokroć zaczyna się chwiać, zanim jeszcze przysunie jedną nogę do drugiej, co jest już podejrzane. Czasami znów wyświecić sprawę może zachowanie się chorego przy wkładaniu i zdejmowaniu koszuli albo też przy myciu się, jeśli nogi ma zsunięte; to samo można powiedzieć o wkładaniu jednego buta w pozycji stojącej.

Można także zastosować taką metodę: badamy sferę czuciową za pomocą dotykania, klucia itp.; po pewnym czasie polecamy choremu zamknąć oczy. Badany, mając całą uwagę skupioną ku temu, aby wykazać różne „znieczulenia”, zapomina się i stoi prawidłowo przy zamkniętych oczach (A. CIĄGLIŃSKI).

Przy podejrzeniu beładu rzeczywistego należy zwracać uwagę, czy przy chwianiu uwidoczni się na grzbiecie stóp charakterystyczna gra ścięgien, co, jak wiadomo, wraz z ruchami tułowia zmierza ku zachowaniu naruszonej równowagi ciała.

Pożyteczną też może być taka próba: Jak wiadomo ataktykowi wystarcza dotknąć się palcem czyjejś ręki lub jakiegokolwiek przedmiotu, aby chwianie ustało lub zmniejszyło się. Tymczasem kto udaje objaw ROMBERG'a, ten chwieje się nawet i wtedy, gdy przy zamkniętych oczach podać mu rękę.

FREUND i SACHS proponują metodę, polegającą na odwróceniu uwagi chorego: chory przysu-

wajedną nogę do drugiej i przy otwartych oczach szybko dotyka do nosa lub brody drugim palcem to prawej to lewej ręki. Wtedy nagle zamyka mu się oczy i poleca dalej wykonywać te same ruchy. Symulant nie ma czasu do zorientowania się w sytuacji i stoi bez chwiania się. SCHUSTER tę samą metodę zmienia w ten sposób, iż choremu przy zsuniętych stopach bada oczy i przymyka przytem to jedno to drugie oko, a później nagle oba.

Pamiętać jednak należy, że może być chwianie się przy zamkniętych oczach i w tych przypadkach, w których niema najmniejszego śladu bezładu. Takie chwianie się, które przeto niema nic wspólnego z objawem ROMBERG'a, zdarza się w ciężkiej neurastenji, hysterji i hipochondrji. Najczęściej występuje ono po dłuższem staniu lub po uprzedniem znużeniu, wysiłku itp. i powstaje prawdopodobnie na drodze psychicznej.

W przypadkach chwiania się tego rodzaju mogą mieć również znaczenie uwagi powyższe, a zwłaszcza zachowanie się badanego, np. przy nakładaniu bielizny, myciu się, próby FREUND'a SACHS'a oraz SCHUSTER'a.

I w tym razie, i odnośnie do chwiania się podkreślić muszę potrzebę zachowywania ostrożności w sądach. Wielu lekarzy spotkało się z niespodziankami w tym względzie. Przytoczę tu przykład, cytowany przez SCHUSTER'a. Lekarz, badający chorego w miesiąc po wypadku, uznał chorobę za udaną, a przytem powoływał się głównie na wyraźnie udane chwianie się. W pół roku po wypadku nastąpiła śmierć, a badanie pośmiertne wykazało nowotwór mózgu.

Zaburzenia oddawania moczu rzadko bywają udawane. Zaznaczyć tu należy, iż zaburzenia takie spotykają się nie tylko przy cierpieniach organicznych, lecz niekiedy i przy nerwicach czynnościowych.

Wśród skarg chorych urazowych spotykamy takie objawy, jak ciągle kapanie moczu, utrudnione oddawanie (z wysiłkiem, nadymaniem się), bardzo częste oddawanie (kilkanaście lub kilkadziesiąt razy dziennie) itp. Udawanie *incontinentiae urinae* łatwo może być rozpoznane: po obtarciu wata *orificium* przy rzeczywistym cierpieniu staje się zaraz znów wilgotnem, gdy przy udanem pozostaje suchem. Zwracać też należy uwagę na bieliznę, czy jest czysta, czy też bardzo mokra i przesiąknięta moczem. W przypadkach skarg na *incont. et retent. urinae* zbadanie urologiczne pęcherza może dać również pewne wskazówki.

W wielu wreszcie razach może być potrzebną obserwacja kliniczna, zwłaszcza wobec skarg na częste oddawanie moczu, co najczęściej spotykamy u chorych nerwowych.

Zaburzenia w oddawaniu stolca stwierdzone być mogą jedynie na drodze obserwacji w zakładzie leczniczym.

Zaburzenia mowy (mowa powolna, bełkotanie, jąkanie się, mowa wybuchowa, aphonia lub wreszcie zupełnie nietypowe zaburzenia mowy) wśród chorych urazowych nie należą do częstych objawów, udawanie zaś ich zdarza się bardzo rzad-

ko. Obserwacja, zwłaszcza w zakładzie leczniczym łatwo może sprawę wyświecić. Wogóle zresztą udawanie zaburzeń mowy spotyka się bardzo rzadko, częściej zdarza się przesada.

Zaznaczyć tu należy, że u chorych urazowych zaburzenia mowy są często wynikiem zaburzeń w oddychaniu. Z drugiej znów strony, jeśli chory chce przedstawić swą mowę w gorszym stanie to działa głównie za pomocą oddychania: to wstrzymuje oddech, to przyspiesza, to zwalnia itp. Dlatego też w przypadkach poszczególnych należy zwracać uwagę, jak badany oddycha.

Bezsennosć należy do częstych objawów w cierpieniach urazowych. Niekiedy udaje się wykryć przyczynę bezsenności np. bóle. Poza-tem sprawdzenie rzeczywistości tego objawu może być osiągnięte tylko na drodze ścisłej i dłuższej obserwacji, która w tym względzie daje pewne wyniki.

Postępowanie z symulantami oraz z chorymi, dotkniętymi nerwicą urazową.

Gdy za pomocą wyżej wymienionych metod dojdziemy do przekonania, że mamy do czynienia z symulantem, zjawia się pytanie, czy wypowiedzieć badanemu otwarcie swe zdanie, czy też nie. Wogóle możnaby powiedzieć – tak. Oznajmienie jednak lekarza winno być uczynione w takiej formie, aby badany czuł, że lekarz rzeczywiście jest przekonany, iż on się zdradził, i w razie potrzeby może go dowodami przekonać. Tu szczególnie potrzebny jest takt, znajomość ludzi, przytomność umysłu, a nawet pewien dowcip ze strony lekarza. Niejednokrotnie prostym nagłym zdaniem uda się zaimponować badanemu tak, że ten poddaje się i sam wyznaje prawdę. Częściej jednak lekarz musi przedstawiać dowody. Dowody te jednak winny być możliwie proste i przystępne dla umysłu badanego. Inaczej bowiem symulant może przypuszczać, iż lekarz nie posiada pewnych dowodów, a oświadczeniem swoim pragnie tylko zmusić go do wyznania prawdy, jednym słowem, że lekarz używa nowego podstępu. W każdym razie wyznanie opinii przez lekarza winno mieć miejsce

po zupełnem ukończeniu badania, wówczas, kiedy lekarz posiada już pewne dowody. Przedwczesne wypowiedzenie swych podejrzeń uniemożliwia dalsze badanie, pozyskanie pewnych dowodów udawania, a wreszcie utrudnia ową szczerą ostateczną rozmowę z chorym, zazwyczaj zresztą wogóle trudną.

Następnie nasuwa się pytanie, czy po zdobyciu pewnych możliwie dokładnych dowodów udawania mamy wprost wobec chlebodawcy, władz itp. ogłosić badanego za symulanta. Zdawałoby się, że w wielu razach obowiązek i konieczność prawna nakazywałyby tak uczynić. Niekiedy jednak w praktyce nasuwa to wielkie trudności. „Wtedy — przytoczę tu słowa Bruns'a — badany opiera się wyrokowi całą swą siłą, dowodząc, że jednak on pracować nie może, a utwierdza go na tej drodze przeświadczenie, że, wrazie uznania orzeczenia lekarskiego za słuszne, może mu grozić jako oszustowi odpowiedzialność karna. Ponieważ zaś rzadko można dowieść udawanie z matematyczną ścisłością, przeto polubowne załatwienie sprawy będzie uniemożliwione, a sąd może stanąć po stronie symulanta”. W poszczególnych przypadkach Bruns postępuje w następujący sposób: Daje do zrozumienia symulantowi, że udawanie jego wykrył, lecz nie oświadcza mu tego wprost, a zaznacza, że będzie go leczył, i że badany po paru dniach będzie zdrowy. Gdy symulant wszedł na ten zbudowany dla niego złoty most, BRUNS oświadcza później związkowi itp., że badany jest już „wyleczony”.

Rzecz prosta, że ta metoda nie może mieć znaczenia ogólnej zasady. W każdym poszczególnym przypadku trzeba nakreślić sobie plan po-

stępowania—wybór metody musi zależeć od taktu i doświadczenia lekarza.

Poruszyć tu musimy jeszcze jedno pytanie, mianowicie sprawę sądowego ścigania symulantów. W wielu razach może to być pożądane, pod warunkiem, że tylko w tych przypadkach będziemy uciekali się do sprawy karnej, gdy mamy zupełnie pewne dowody udawania. Skutkiem tego właśnie warunku doświadczenie lekarzy i prawników niemieckich rzadko tylko pozwala im pociągać symulanta do odpowiedzialności karnej. Ta bowiem droga stanowi miecz obosieczny, przedstawia i ważną stronę ujemną. Skoroby bowiem często dochodziło do sprawy sądowej w podobnych sprawach, to odpowiedzialność lekarza przy orzekaniu wyroku „symulant” wzrosłaby znakomicie, a przez to lekarz musiałby być znacznie ostrożniejszy przy wypowiedaniu swego zdania, z czego by przede wszystkim skorzystali bardziej wyszkoleni i zręczni symulanci.

Sprawa ta jednak jest więcej palącą w Niemczech, gdzie stwierdzone udawanie pociąga za sobą surową odpowiedzialność karną, i gdzie z drugiej strony i lekarz może dostać się przed kratki sądowe za niezgodne z prawdą orzeczenie udawania. My dotychczas mniej krępijemy się tymi względami i śmielej wypowiedamy wyroki. Zdaje się jednak, że już w niedalekiej przyszłości rozwój życia społecznego wytworzy i u nas warunki podobne, jak w Niemczech.

Większe jeszcze zazwyczaj trudności następcza pytanie, jak postępować z chorymi urazowymi, rzeczywiście dotkniętymi nerwicą.

W sprawie tej, zwłaszcza w literaturze niemieckiej, zapisano tomy całe, a bynajmniej nie można powiedzieć, aby opracowano jakieś ogólne metody postępowania. Przeciwnie i w Niemczech częstokroć i lekarze i związki zawodowe stają bezradnie wobec pojedynczych przypadków.

Z natury rzeczy mogę tu podać zaledwie kilka uwag ogólnych, które—zgóry to zaznaczam—nie we wszystkich przypadkach mogą mieć zastosowanie.

Przedewszystkiem pod względem praktycznym pożądanem jest rozróżnić naprzód przypadki ciężkie nerwic i przypadki lżejsze. Pierwsze dla lekarza przedstawiają zwykle mniejsze trudności, bo są bardziej jasne i określone. Najtrudniejsze zadanie stanowią chorzy, dotknięci histerją lub neurastenją, u których „idee pożądlivości” wywołały znaczny wpływ na chorobę. Ci chorzy zwykle, według przeświadczenia lekarza, są przynajmniej częściowo zdolni do pracy, gdy sami twierdzą, że pracować nie mogą. Niestety ta kategoria wśród chorych urazowych jest najliczniejsza.

Z takimi chorymi dążyć należy przedewszystkiem do uregulowania rachunku, zakończenia sprawy, o ile można najprędzej. Długie, paroletnie nieraz trwanie sprawy i różnych pertraktacyj z chorym, ciągle badanie stanu jego, czy to w komisjach, czy przez pojedynczych, a zwykle coraz to innych lekarzy, niewątpliwie pogarsza chorobę, a nawet niekiedy może ją wywołać (t. zw. Process-Neurose). Wprawdzie nie zawsze środek ten może mieć zastosowanie: poszkodowany częstokroć stawia tak wysokie żądania, iż o porozumieniu mowy być nie może. W wielu jednak razach, o ile by się stale miało na myśli uwagę powyższą, możnaby sprawę załatwić. Znam w Warszawie fabrykanta,

który stale trzyma się tej zasady ku zupełnemu swemu zadowoleniu pod każdym względem, bo i pod względem materialnym polubowne załatwienie sprawy jest dla niego korzystniejsze, aniżeli sprawa sądowa, do czego się dawniej uciekał.

Również i poddawanie takiego neurastenika długiej kuracji najczęściej do celu nie prowadzi, bo nawet jeśli niema złej woli ze strony chorego, to jednak nie może on mieć szczególnego zaufania do kuracji i raczej podejrzewa, że ta ma na celu jedynie obniżenie odszkodowania. Jedynie racjonalna kuracja—to wypłata odszkodowania, będąca niejako leczeniem przyczynowym.

Istniejący u nas zwyczaj jednorazowego odszkodowania za wypadek jest o wiele, przynajmniej pod względem lekarskim, praktyczniejszy, niż praktykowane w Niemczech płacenie renty.

Przy otrzymywaniu bowiem renty poszkodowany wciąż nie jest jej pewny, bo renta ta może być zmniejszona lub zniesiona, jeżeli będzie dowiedzionem, że zdolność zarobkowania zwiększyła się. Ta obawa może fatalnie oddziaływać na stan psychiczny poszkodowanego. Przy jednorazowym zaś odszkodowaniu sprawa kończy się i poszkodowany może być pewnym, że nikt mu nie odbierze otrzymanej sumy, nawet wraz powrotu do zupełnego zdrowia.

Z tą sprawą wiąże się bezpośrednio inna. Bezczynność, brak zajęcia pod względem umysłowym i cielesnym, lichszy byt materialny poszkodowanego przez czas starań jego o odszkodowanie, wreszcie często w związku z tem alkoholizm — oto są czynniki, które zasilają nerwicę coraz to nowymi sokami. Dla tego też praca lekka, względnie do sił chorego jest dla niego dobrodziejstwem pod względem leczniczym, a także materialnym i mo-

ralnym. Jest to niewątpliwie najbardziej humanitarna rada dla chorych urazowych. Lecz jak wciągnąć takiego chorego do pracy?

Czy będziemy stali na stanowisku tych, według których „chorzy tacy nie chcą wyzdrowieć”, czy też będziemy wierzyli, że cały nastrój neurasteniczno-hipochondryczny powstrzymuje ich od pracy—dość, że w praktyce bardzo często niemożliwym jest namówić chorego do pracy: twierdzi on uparcie, że pracować nie może. W Niemczech w tym celu proponowano różne sposoby. Niektórzy (BRUNS, STRÜMPPELL, SACHS, FREUND) radzą, aby w lżejszych przypadkach nerwicy wyznaczać względnie niską rentę, aby w ten sposób pośrednio zmusić człowieka do pracy. Pomijając już pytanie, czy metoda taka pod względem moralnym jest dopuszczalna, powątpiewać należy, czy w praktyce osiągać może zamierzony cel. Być może, że dla tego właśnie powodu główny urząd ubezpieczeniowy w Niemczech (Reichs-Versicherungsamt) odrzucił w zasadzie taki sposób postępowania, zaznaczając w pewnym przypadku: „Przy oznaczaniu renty nie można kierować się jedynie względami leczniczymi, a w żadnym razie obniżenie renty nie może być środkiem leczniczym“.

Zresztą przy stosowaniu pracy, jako środka leczniczego, nasuwają się często trudności innej zupełnie natury. Niejednokrotnie zdarzało mi się, że chorzy urazowi czy to z mojej rady, czy też z własnej woli chcieli się wziąć do roboty, lecz do roboty nie ciężkiej. Najczęściej jednak roboty takiej znaleźć nie mogli. Niejednokrotnie rozmawiałem w tej sprawie z przemysłowcami i otrzymałem odpowiedź, że w ich zakładach pracy lżejszej niema, że miejsc dla inwalidów nie mają i że wolą raczej zapłacić odszkodowanie, niż podjąć się

takiego „leczenia” i opieki nad poszkodowanym. A jednak przy dobrych chęciach przyjęcie takiego pracownika nie jest niemożliwym, jak to stwierdzają różne znane mi fakty. Dla tego też wielu autorów niemieckich (IMMELMANN, STRÜMPPELL, AUERBACH i inni) popiera projekt, aby pracodawca prawnie był zobowiązany do udzielenia lżejszego zajęcia za niższą płacę tym pracownikom, którzy wskutek nieszczęśliwego wypadku czasowo lub stale są częściowo zdolni do pracy. W małych zakładach przemysłowych trudno być może o zajęcie dla takich inwalidów częściowych, w większych jednak jest to o wiele łatwiejsze. Czy prawo takie będzie wydane w Niemczech, trudno przesądzać, bo sprawa ta nastęrcza wiele trudności. Tymczasem, zarówno w Niemczech, jak i u nas musi to być pozostawione dobrej woli poszczególnych pracodawców.

Podobnie jak praca ma ważne znaczenie lecznicze w przypadkach nerwicy, tak znów w przypadkach uszkodzeń miejscowych (palców, stawów) ważnymi są ruchy czynne i bierne. Chorzy wogóle, a chorzy urazowi w szczególności, zazwyczaj niezmiernie oszczędzają uszkodzone członki, co łatwo sprowadza unieruchomienie, bóle itd. Wczesne zwracanie uwagi, przeciwdziałanie za pomocą odpowiednich ruchów owemu pielęgowaniu uszkodzenia może zapobiegać wielu dolegliwościom, z którymi mamy do czynienia u chorych urazowych.

W szkicu powyższym usiłowałem zgrupować wszystkie, a przynajmniej najważniejsze sposoby, słu-

żące ku stwierdzeniu rzeczywistości względnie udawania objawów nerwowych.

Nieraz zaznaczałem, jak konieczną jest wielka ostrożność we wnioskach stanowczych, bo nieraz najściślejsza analiza nie może rozwiązać nastroczających się wątpliwości. My, rzecz można, mamy za ledwie pierwociny ruchu, który gdzieindziej, a zwłaszcza w Niemczech, wobec państwowego ubezpieczenia pracowników, stanowi palącą sprawę, czego wyrazem jest niezmiernie obfita literatura, poświęcona temu przedmiotowi. U nas sprawa ta nie weszła jeszcze na porządek dzienny. Poniekąd tylko lekarze fabryczni, a głównie kolejowi mają z tem do czynienia i ci też częstokroć stoją wobec niedających się rozstrzygnąć wątpliwości.

Z całego zakresu działalności lekarza niema może trudniejszego zadania, jak zachowanie w tych razach ścisłego obiektywizmu. Ani współczucie ani oburzenie na domniemanego symulanta nie powinny wpływać na sąd lekarza, który jedynie spokojnie winien szukać prawdy.

Dla tego też przed wydaniem wyroku lekarz powinien poważnie rozważyć całą sprawę, pamiętając, że, jak słusznie powiedział THIEM, „niesprawiedliwe rozpoznanie udawania jest równoznaczne z tem, co w sprawach karnych zowie się morderstwem sądowem”.

Treść.

Wstęp. str. 5—45:

Świadczenia lekarskie str. 6; Badanie chorych str. 8; plan badania str. 12; Rokowanie str. 16; Idee pożądlności (Begehrungsvorstellungen) str. 17; Związek cierpienia z urazem str. 19; Zdolność do pracy str. 22; Schematy świadczeń lekarskich, str. 28; przykłady świadczeń lekarskich, str. 30.

O udawaniu.

I Uwagi ogólne str. 45—61.

Udawanie chorób w czasach dawniejszych str. 45; Środki okrutne w celu wykrycia udawania str. 46; Lekarz jako biegły str. 48; Udawanie choroby nie jest zjawiskiem częstym str. 49; Określenie pojęcia „udawanie“ str. 51; Przesada (agrawacja) str. 53; Uwagi ogólne o udawaniu różnych objawów str. 56; Specjalne zakłady dla badania symulantów str. 58.

II. Część szczegółowa.

Objawy psychiczne str. 61—69:

Udawanie chorób umysłowych str. 61; Udawanie oddzielnych objawów psychicznych str. 65; Obserwacja w celu wykrycia udawania zaburzeń psychicznych str. 67.

Padaczka str. 69—78:

Padaczka ogólna str. 69; Padaczka Jackson'a str. 73; Odróżnianie napadu padaczkowego od napadu histerycznego str. 75.

II

- 15) SACHS u. FREUND. Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Berlin, 1899.
 - 16) SAHLI. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig u. Wien, 1898.
 - 17) P. SCHUSTER. Die Untersuchung u. Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems. Berlin, 1899.
 - 18) C. THIEM. Handbuch der Unfallkrankungen. Stuttgart, 1898.
-

II. Prace treści ogólnej.

- 1) BLUMENSTOCK. Czy lekarz ma prawo użycia środków przymusowych celem sprawdzenia symulacji? Medycyna, 1874, str. 65, 81.
- 2) A. CIĄGLIŃSKI. Kilka uwag o t. zw. neurozie traumatycznej i symulacji. Gaz. Lek. 1898, Nr. 46.
- 3) DOBRSKI K. O stosunku lekarzy do Towarzystw Ubezpieczeń na życie. Krytyka Lekarska, 1897.
- 4) T. DUNIN. O t. zw. nerwicach traumatycznych. 1890, Gaz. Lek. N-r 16—18.
- 5) H. HIGIER. przyczynek do klinicznej oceny t. zw. nerwicy urazowej. Gaz. Lek. 1893.
- 6) E. SONNENBERG. Dyskrecja lekarska ze stanowiska prawnego i etycznego. Medycyna, 1895.
- 7) J. SURZYCKI. O nerwicach urazowych. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1896, zesz. II.
- 8) ZIELEWICZ. Nerwice urazowe. Now. Lek. 1889, Nr. 9.
- 9) J. TALKO. Udawane kręcenie głową, przerwane zawłoką na karku. Medycyna, 1873, str. 661.
- 10) DOBIESZEWSKI, TALKO i A. PEPLOWSKI. Polemika z powodu artykułu powyższego. Medycyna, 1873, str. 716, 766, 799.
- 11) GRASSL. Einiges ueber Untersuchung u. Begutachtung von Betriebsunfällen. Münch. Medic. Woch. 1898, str. 1473.
- 12) EDINGER u. AUERBACH. Unfallnervenkrankheiten Realencyclopaedie der gesammten Heilkunde. III Aufl. 1900.

III

13) JEREMIAS. Die Erwerbsfähigkeit bei traumatischen und nicht traumatischen Neurosen, Monatschrift f. Unfallheilkunde. 1900, Nr. 12.

14) KOEHLER. Der Arzt als Sachverständiger auf dem Gebiete der Unfallversicherung. Berl. klin. Woch. 1901, Nr. 15.

15) KRATTER. Simulation. Realencyclopädie, III Aufl. 1900.

16) OPPENHEIM. Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 8 Jahren 1883—1890 gesammelten Beobachtungen. Berlin, 1892.

17) H. OPPENHEIM. Der Fall N. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Berlin, 1896.

18) SEELIGMÜLLER. Weitere Beiträge zur Frage der traumatischen Neurosen u. der Simulation bei Unfallverletzten. Deutsch. Med. Woch. 1891, 31, 34.

19) STRAUSS. Ueber die diagnostische Verwendbarkeit der alimentären Glycosurie für die Feststellung der traumatischen Neurosen. Monatschr. f. Unfallhk. 1899, Nr. 12.

20) P. SCHUSTER. Zur Neurologischen Untersuchung Unfallkranker. Berliner Klinik. 1899.

21) RUDOLF WAGNER. Simulation im Bahnbetriebe mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten „traumatischen Neurose“. Aerztlich. Sachverständig. Ztg. 1900, Nr. 3—4.

22) STRÜMPELL. Ueber Untersuchung, Beurtheilung u. Behandlung von Unfallkranken. München, 1896.

23) SEELIGMÜLLER. Zur Frage der Simulation von Nervenleiden nach Trauma. Neurolog. Centralbl. 1889, p. 576.

24) FRÖLICH-MUSEHOL. Rekrutirung. Realencykl. Bd. XX, 1899.

25) ZIEHEN. Neurasthenie. Realencykl. III Aufl.

26) KÖNIG. Ueber Simulation und Uebertreiben der Unfallverletzten. Deut. Medic. Woch. 1892, Nr. 19.

27) LAUENSTEIN. Bemerkungen zu der Beurtheilung und Behandlung von Verletzungsvolgen vom Gesichtspunkte der Unfallversicherung, so wie zum Capitel der Simulation. Deut. Med. Woch. 1892, Nr. 15.

28) E. MENDEL. Ueber den Schwindel. Münch. Med. Woch. 1895.

20) J. FAJERSTAJN. Wien. klin. Woch. 1901, Nr. 2.

III. Objawy psychiczne.

- 1) BÄHR. Unfall und Epilepsie. Monatschr. f. Unfallhk. 1900, Nr. 10.
 - 2) R. HENNEBERG. Zur Kenntniss psychischer Störungen bei Unfallkranken. Charité Annalen Bd. XXIV, S. 608.
 - 3) E. MENDEL. Zurechnungsfähigkeit. Realencyclop. 1901, III Aufl.
 - 4) W. WAGNER. Gutachten der Medicin. Fakultät in Wien. Todsschlag, verübt von einem trunksüchtigen ethisch depravirten Individuum. Wien, klin. Woch. 1900, Nr. 6.
 - 5) CRELL. Ueber Simulation u. Dissimulation von Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XVI, H. 3.
 - 6) VAN DEVENTER. Een geval van dissimulatie van Krankzinnigheid. Psych. en neurolog. Bladen, 1897.
 - 7) VAN DEVENTER—J. en Benders. Simulatie van Krankzinnigheid. Ibidem, 1897—3.
 - 8) TELLEGEN. Een geval van Simulation van Krankzinnigheid. Ibidem, 1899—5—547.
 - 9) TELLEGEN u. SNIJDERS. Een geval van Simulation van Krankzinnigheid. Ibidem, 1900—2—118.
 - 10) FRANK. Ein Fall von Simulation. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897, H. 1—2.
 - 11) KIRSTEIN. Om Simulation af Sindsygd. 1897, Hosp. Tid.
 - 12) VALLON. Simulation préventive. Annales med. psych. 1898, Janv. Févr.
 - 13) SCHLÖSS. Ein Fall von Simulation einer Geistesstörung. Wien. Med. Woch. 1898, Nr. 38—39.
 - 14) PENTA. In tema di simulazione di pazzia. 1898, Domenica giudiziaria.
 - 15) PENTA. La simulazione della Follia nelle carceri giudiziarie di Napoli. Riv. mens. di psych. forens. 1898.
 - 16) SARDA. Un dégénéré cambrioleur et assassin. Nouveau Montpellier Médical, 1897.
- 12 ostatnich prac z referatów w Jahresberichte ueber die Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie u. Psychiatrie, Herausgegeben von Jacobsohn u. Edw. Flatau.

IV. O b j a w y w z r o k o w e.

- 1) J. PILTZ. O wpływie wyobraźni na odruch źrenicowy u ociemniałych. Gaz. Lek. Nr. 47, 1899.
- 2) J. TALKO. Udawana jasna ślepota obu oczu (amaurosis simulata). Med. 1883, XI, 425.
- 3) WICHERKIEWICZ. Przyczynek do sposobu odkrywania symulacji jednostronnego niedowidzenia i zupełnej ślepoty. Now. Lek. 1893, str. 17.
- 4) BAUDRY. Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie Lille, 1898.
- 5) FUCHS. Gutachten ueber den Director N. Neurol. Monatschr. f. Unfallhk. 1898, Nr. 2.
- 6) HASELBERG. Tafeln zur Entlarvung der Simulation einseitiger Blindheit u. Schwachsichtigkeit (nach Snellen entworfen). Wiesbaden, 1901, Verlag von Bergmann.
- 7) MÜLLER. Zur Frage der Ermüdbarkeit des Gesichtsfeldes beim Gesunden. Arch. f. Psych. u. Nerv. K. 1897—225.
- 8) NAGEL. Die Diagnose der praktisch wichtigen Störungen des Farbensinnes. Bergmann, 1899.
- 9) PLACZEK. Die Vertauschungsmöglichkeit einseitiger Ptosis. Aerztl. Sachverst. Ztg. 1900, Nr. 21.
- 10) SCHMIDT-RIMPLER. Zur Simulation concentrischer Gesichtsfeldeinengungen. Deut. Med. Woch. 1892, Nr. 24.
- 11) WEISS u. KLINGELHÖFER. Welchen Werth hat die Roentgenographie f. den Nachweiss von Fremdkörper im Augennern. Knapp. Schweininger's Archiv. Bd. 39 i Monat. f. Unf. 1900, Nr. 4.
- 12) WICK. Ueber Simulation von Blindheit u. Schwachsichtigkeit. Zeitschr. f. Augenhk. Bd. III, 5 i IV, 1.

V. O b j a w y s ł u c h o w e.

- 1) STENGER. Ein Versuch zur Objectiven Feststellung einseitiger Taubkeit bezw. Schwerhörigkeit mittelst Stimmgabel. Arch. f. Ohr. h. k. 1900, p. 197.
- 2) WANNER. Die Diagnose einseitiger Taubheit. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 66.

VI

3) WANNER u. GUDDEN. Die Schalleitung der Schädelknochen bei Erkrankungen des Gehirns u. seiner Häute. Neurol. Centralbl. 1900, p. 883—944—1002.

4) LUCAE. Zur physikalischen Feststellung einseitiger Taubheit bezw. Schwerhörigkeit. Arch. f. Ohr. h. K. Bd. 47.

5) HUMMEL. Ueber den Nachweis einseitiger Taubheit. Deut. Milit. ärztl. Zeitschr. 1899, Nr. 10.

6) PASSOW. Ueber den Nachweis der Simulation von Hörstörungen bei Militärflichtigen Monatschr. f. Unfallhk. 1896, p. 364.

7) T. HEIMAN. O głuchocie udanej i o sposobach rozpoznawania. Gaz. Lek. 1883.

VI. Objawy czuciowe.

1) BECHTEREW. Ueber objective Symptome localer Hyperaesthesia u. Anaesthesia bei den sogen. traumatischen Neurosen u. bei der Hysterie, Neurolog. Centralbl. 1900, Nr. 5.

2) BECHTEREW. Noch einige Worte ueber objective Merkmale der Hyperaesthesia u. Anaesthesia bei traumatischen Neurosen. Neurolog. Centralbl. 1900, Nr. 9.

3) G. MÜLLER. Methode, simulirte Schmerzen zu diagnosticiren, Monatschr. f. Unfallhk. 1894, I, 1.

4) JURKA. Ueber den Werth der Goldscheider'schen Methode. Ibidem, 1894, 2.

5) CRAMER. Ueber die Bedeutung der Sympathischen Reaction zur Diagnose des Schmerzes. Monatschr. f. Unfallhk. 1901, Nr. 2.

6) E. MENDEL. Ueber den Schwindel. Münch. Medic. Woch. 1895.

VII. Objawy ruchowe.

1) FRÜND. Ueber psychische Lähmungen. Neurol. Centralbl. 1895, str. 938.

2) FUCHS. Unterscheidung des vorgetäuschten und Krankhaften Zitterns. Monatschr. f. Unfallhk. 1893, I, 3.

3) GRÜNBAUM u. AMSON. Der Einfluss von Bewegungen auf die Pulsfrequenz. Wien. Medic. Presse, 1901, Nr. 43 i Monatschr. f. Unfallhk. 1901, Nr. 1.

4) HECHT u. LANGSTEIN. Zur Kenntniss der Rechts u. Linkshändigkeit. Deut. Medic. Woch. 1900, str. 513 i Monatschr. f. Unfallhk. 1900 Nr. 1.

5) LAQUER. Die Bestrafung eines Simulanten. Aertz. Sachverst. Ztg. 1899, Nr. 19.

6) LINIGER. Ueber Zitternsimulation. Monatschr. f. Unfallhk. Bd. II, str. 362.

7) LOEVENTHAL. Ueber den diagnostischen Wert einiger Symtome bei Neurosen. Naturforscher Versammlung zu Braunschweig. Ref. Neurol. Centralbl. 1897, s. 973.

8) MADER. Simulation einer traumatischen Neurose. Wien. Medic. Presse, 1898, Nr. 19.

9) SOMMER. Un appareil nouveau pour l'étude du tremblement. L'intermédiaire des biologistes, 1897.

10) WALBAUM. Zur Technik der Patellarreflexprüfung. Deut. Medic. Woch. 1900, Nr. 50.

11) WERTHEIM-SALOMONSON. Beitrag zum Studium des Zitterus. Deut. Zeitschr. f. Nervhk. 1897.

Biblioteka Główna WUM

KS.1330



210000001330

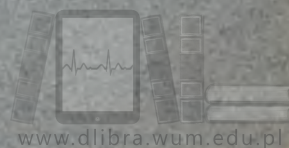


www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MAJ



B429



www.dlibra.wum.edu.pl