

F 39 m 892

PROF. DR. LAD. HAŠKOVEC:

VŠEOBECNÁ
SYMPTOMATOLOGIE
A
DIAGNOSTIKA
CHOROB NERVOVÝCH

PRO STUDIUM A PRAKTICKOU POTŘEBU.

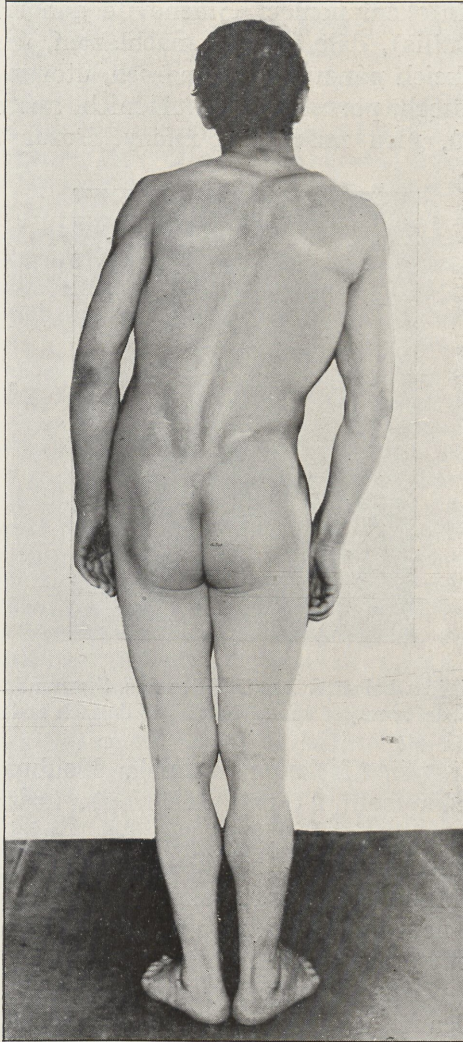


SEŠIT 6.

PRAHA 1932.

TISKEM STÁTNÍ TISKÁRNY. — NÁKLADEM VLASTNÍM.

na choré straně. Podráždění plosky nohy faradickým proudem vyvolává extensi palce. Tonus stehenního svalstva na choré končetině bývá proti tonusu strany zdravé obvykle zvýšen, v poloze

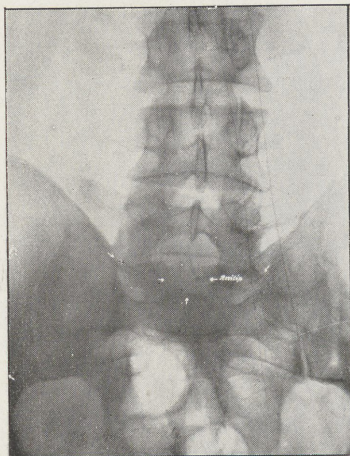


Obr. 73. Ischias scoliotica.

naznak resultuje obrys stehna nemocné končetiny jako kolmý ovál proti horizontálnímu oválu strany zdravé.

Ischias se vyskytuje genuinně, idiopathicky, hlavně u neuropathů, náhle, někdy po předchozích neurčitých pocitech a nevěli v průběhu nervu, jmenovitě v kyčli. Důvodně se zhusta

předpokládají změny neuritické, jmenovitě radikulitidy (rhizopathie). Pravou neuralgii od bolestivých forem neuritidy rozlišujeme. V „neuralgii sedacího nervu“ sluší obrátiti pozornost na intoxikace exogenní a endogenní (těžké kovy, alkohol, tabák, diabetes), na infekční nemoci (jmenovitě gonorrhoe, malarie, tuberkulosa, syphilis), dále na dnu, nachlazení, úrazy, na kompresi při affekcích pánevních (tumorech, uterus gravidus, zánětlivých procesech, poruchách cirkulačních, aneurysmatu), na affekce obratlů, plen míšních a míchy. Pozor též na spina



Obr. 74. Ischialgie a bolesti v kříži. Nález doc. Sigmunda: Spina bifida sacralis. Lehká deformující spondylarthrititis dolních bederních obratlů.

bifida! Bolesti při affekcích kožních, kloubních (koxalgie, coxa senilis, skloubení s kostí křížovou), kostních a svalových (únava svalová, myalgie toxické, infekční), jmenovitě rheumatismus svalový a zánětlivé affekce svalové nezaměníme s ischias. Mimo bolesti organické a neuralgie genuinní nutno míti na zřeteli neuralgie reflexní a irradiační z dutiny břišní a pánevní (kameny v ureterech, hernie). V diferenciální diagnóze dále třeba dáti pozor na rozličné podalgie, na neuralgie větví n. tibialis, nn. calcanei, n. plantaris, peronei, na bolesti při ploské noze, na achillodynii, kde obyčejně je podkladem dna a bursitis, na intermitující kulhání (claudicatio intermittens) a časté intermitující arteriosklerotické a angiospastické dysbasie jiné a konečně na hyperaesthesie plantární neurasthenické, hysterické, tabické a jiné, vzniklé z neuritid plantárních větví.

Pozornost zasluhuje zvlášť metatarsalgie (nemoc Mortonova), paroxystická, řídkěji chronická bolest, obyčejně ohraničená na krajinu distálního konce IV. metatarsu. Vzácně vystřeluje bolest též do

končetiny. Běží o podráždění, resp. neuralgii nervové větévky, zásobující krajinu IV. kloubu metatarsofalangeálního (r. artic. r. prof. n. plantaris lat., která zásobuje 2., 3., 4. a 5. kloub metatarsofalangeální. Kloub prvního metatarsu zásobuje r. artic. digit. n. plant. med.).

Metatarsalgie objevuje se nejčastěji ve věku kolem 40 let, výjimečně po 10. roce a u starců. Objevuje se nejvíce u lidí dobře živých. Z prae-disponujících momentů k chorobě dlužno jmenovati rheumatismus, zvláště chronický, hereditu, neurasthenii a dnu. Bolest a následkem jí omezená charakteristická chůze jest hlavním příznakem nemoci. Bolest objevuje se zpravidla náhle. Bývá velmi prudká a znemožňuje chůzi. Nemocný je nucen změniti neb odstraniti obuv. Někdy bývá mírnější a snesitelná. Zpravidla sídlí v místě 4. kloubu metatarsofalangeálního. Avšak nejen 4. metatarsus i ostatní mohou býti stíženy, vyjímaje první. Udávají pak nemocní bolest v celé přední části nohy. Při tlaku na zastižený metatarsus objevuje se bolestivost více méně značná. V záchvatu prudké bolesti někdy tlak na choré místo bolest zmírňuje. Zpravidla bolest omezuje se jen na plosku nohy, resp. metatarsus, ale vyznačuje někdy, jak podotknuto, i do lýtek, stehů a pánve.

Nemocní při chůzi vyhýbajíce se bolesti, došlapují jen na paty a zevní část nohy. Ustane-li bolest na př. po záměně obuvi, trvá klid jistou dobu, ale bolest se opět se vši prudkostí vrací. Záchvaty bolesti vracejí se v nestejných obdobích, někdy nemoc stává se chronickou. Podle stupně bolesti rozeznávají se 3 formy choroby: lehká, prostředně těžká a těžká. V první formě bolest jest mírná a často jí předchází zaujetí v celé končetině. Nejčastěji se objevuje forma druhá. I v těžké formě objevuje se bolest buď paroxysticky aneb i trvale, a tu pak činí každé zaměstnání nemožným. Někteří nemocní pociťují zvláště velké bolesti při změnách počasí, jako bývá u reumatiků, syfilitiků a neuropatů. Kůže není zarudlá ani zduřelá. Skiagraficky zjištěny v četných případech subluxe, deviace metatarsů a deformace. Pilliet měl příležitost vyšetřovati nerv a resekované části metatarsu. Našel nerv uchovalý; na kostech lehké zánětlivé změny. Shledány též výrůstky z hlaviček metatarsů a fibrosní nádorky v podkožním vazivu, mimo to jsou i nálezy negativní. Podle G. Mortona jest podkladem choroby zhmoždění větévek n. plantaris lat. mezi pohyblivým pátým a čtvrtým metatarsem a sice tlakem hlavičky 5. na krček metatarsu 4. (Podle Tubbyho táhne se přes hlavičku 4. metatarsu nervová větévka, spojující n. plantar. lat. a med.) Přímému zhmoždění samého n. plantaris nepřikládá se valného významu, nýbrž dráždění nechráněných vnitřních ploch 4. a 5. metatarsu při subluxaci a uvolnění ligament a oploštění přirozené klenby nožní. Na uvolnění a ochabnutí pouzdra kloubního a ligament klade se hlavní váha, ale též důvodně poukazuje se na vliv traumatu, humorální vlivy a zvýšenou iritabilitu ústředí nervových. Pozoroval jsem často u žen ve věku 30—50 let, dobře živých, silné kostry, analogní paroxystické bolesti po namáhavé chůzi bez objektivního nálezu. Ve všech těchto případech běželo současně buď o příznaky hysteroneurasthenické neb o dnovou diathesu. Bolesti někdy zasahovaly i lýtka a stehna. Kmeny nervové při tlaku jsou v těchto případech zpravidla citlivější.

Nápadně často v rozmanitých podalgiích shledáváme se v předchorobí se syfilis a gonorrhoeou. V diferenciální diagnóze třeba odlišiti bolesti při pes planus, kde lokální výzkum a okolnost, že bolesti nemají stejné lokalisace, odliši je od paroxystických bolestí metatarsalgie. Ačkoliv uratická diathesa jest vážný dispoziční moment Mortonovy nemoci, nesmí se stotožňovati M. neuralgie s obyčejnými dnavými záchvaty.

Důležitým jest odlišení metatarsalgie od bolestí po zánětlivých změnách, po kontusi, abscessu, nádorech, ostitis, periostitis, hlavně syphilitica a tuberkulosa, po gonorrhoeických arthritidách a po tarsalgii při vzrůstu. U *tabes incipiens* a nemocných, kteří prodělali lues a některé známky metasylitické již jeví (diference a ztuhlost zornic na př.) aniž by ještě jiných tabických neb paralytických příznaků bylo, zhusta pozorují se bolesti v nohou, metatarsalgii podobné. Bolesti ty bývají spojeny s paraesthesiemi (pálení a brnění v prstech), vystřelují do lýtek a kolenou a nezřídka i s paraesthesiemi v horních končetinách jsou spojeny. Liší se od pravé metatarsalgie tím, že jsou diffusní anebo jiné lokalisace a nejví té paroxystické pravidelnosti jako zpravidla Mortonova nemoc.

O bolestech nohou a skiagrafických nálezech podrobně pojednává Mandler (Praktický lékař 1929). Dělí případy na dvě skupiny: v první bolesti jsou podružným příznakem (tuberkulózní záněty kostí a kloubů, plochá noha, hallua valgus a j.), v druhé hlavním neb jediným. Skiagrafické šetření pokládá tu za nezbytné. Rozlišuje místní nekrosy kostní, přespočetné kůstky, vleklé zánětlivé změny, změny po úrazu, poruchy cirkulační a nervové a skryté deformity kostí. Pozoruhodný příspěvek k onemocnění Freiberg-Köhlerově (juvenilní transformační epifyseomalacie metatarsální) přináší doc. Sigmund v Rozhledech v chirurgii a gynaekologii (1925).

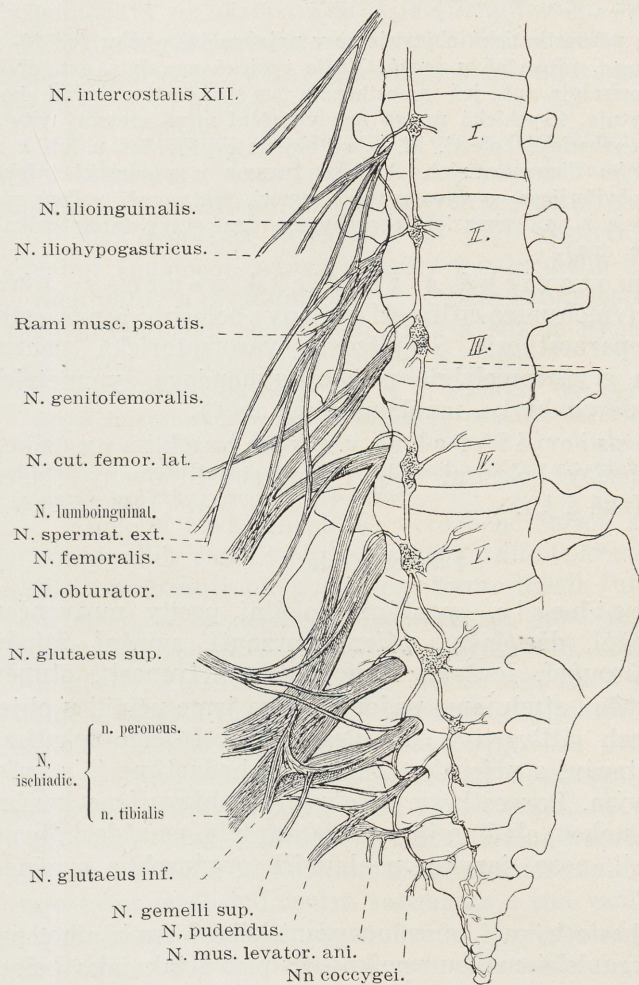
Roger rozlišuje ischias lumbální, sakrální, kořenovou, pleťňovou a vlastní ischias kmenovou s chronickou neb subakutní perineuritidou. Mimo to mluví o ischias svalové, myalgické, vlastním „svalovém rheumatismu“ v území n. ischiadici, a o ischias „cellulární“, „cellulalgické“, vzpomínaje zánětlivých infiltrátů podkožního vaziva v území n. ischiadici.

Ve všech případech bolestí v území ischiadiku nutno pomýšleti na eventuelní affekce útrob dutiny břišní a pánevní, na affekce aparátu cirkulačního, na choroby dyskrasické, na choroby kloubní a na affekce míšní. Při oboustranných affekcích vždy mysliti na event. affekci centrální! Nespokojiti se vyšetřením zevním, ale provésti i vnitřní per rectum et vaginam a hodnotiti všechny zjevy průvodné. Třeba vyšetřovati i likvor mozkomíšní a zkoumati skladbu moče v rozličných fázích choroby, event. i alimentární glykosurii.

Na dolních končetinách se méně často vyskytují neuralgie a bolesti v obvodu lumbálních nervů krátkých: iliohypogastricus, ileoinguinalis, genitofemoralis, spermaticus externus a lumboinguinalis (neuralgia lumboinguinalis) a dlouhých: cutaneus femoris later.

Meralgia paraesthetica (μῆρος — stehno, Rothův syndrom) v okrsku n. cut. femoris later. objevuje se poměrně častěji. Spočívá v paraesthesiích, bolestech a hypaesthesii na zevní ploše stehna. Bolesti stupňují se až k nesnesitelné palčivosti. Horší se v postoji a chůzi. Při ohnutí končetině, v sedě neb v leže zajde obvyčně bolest v několika minutách, někdy okamžitě. Paraesthesie předcházejí bolestem a jsou různé intensity. Jsou většinou trvalé a zraží se nejvíce pocitem tuposti a svědění. Sensibilita lokálně snížena v různém stupni, u některých nemocných hyperalgesie.

Ohnisko bolestí, paraesthesie a anaesthesie jest ve všech případech stejné, pouze silné pálení má někdy větší rozsah. Obvyčejně bývá stížena strana jedna, ale i oboustranně choroba přichází. Při oboustranném zastižení bývají chorobné okrsky menší. Vývoj choroby jest ponenáhlý. Obvyčejně paraesthesie s počátku mizí, až trvale se zahrníží; zřídka objeví se na



Obr. 75. Schema pleteně lumbosacralis. (Janošík).

malém okrsku, z něhož se šíří. Vzácným je počátek náhlý. Muži onemocní častěji. Nejvíce jsou to lidé otlí, trpící haemorrhoidy a roztažením žil. Podkladem nemoci jest porucha n. cut. fem. ext., příznaky její přesahují i anatomickou hranici tohoto nervu, neboť n. cut. fem. ext. anastomosuje s n. cruralis.

Roth má za to, že nerv v průběhu svém na 4 místech více či méně může býti drážděn při natahování končetiny, v postoji a chůzi: 1. při východu pod m. psoas, 2. při ohnutí bezprostředně pod spina ant. sup. os. ilei,

3. ve fibrosním průduchu ve fascia lata fem., 4. ve výstupu z tohoto průduchu. Lokálním těmto podmínkám přisuzuje Roth zvláštní váhu.

Lehčí i těžší anomalie citlivosti v okrsku tohoto nervu pozorují často u neurastheniků. Jednoduché tyto anomalie innervační ovšem nemohou býti stotožňovány s Rothovou m. p. Často m. p. přichází v hysterii, epilepsii, migréně zrakové a dně.

Meralgie paraestetická objevuje se v nejrůznějším věku (od 10—40 let), jak uvedeno, převážně u mužů. Vedle typické meralgia ext. dlužno rozeznávat i meralgia ant., jež samostatně a bez spojitosti s jinými chorobami se vyskytuje. Psychická únava neb vzrušení mívá zřetelný vliv na intensitu paraestetické bolesti. M. p. se objevuje převážně u lidí k nemocem nervovým disponovaných. A jako trauma a předchodí infekční nemoci často obviňují se co vyvolavatelé nemoci, tak rovněž velkou váhu kladu na dispoici a na dyskrasické choroby, na různé stavy autointoxikační (písčitost moče, dna).

Vasomotorické a trofické neurosy bývají vedle objektivních změn citlivosti spojeny s bolestmi a paraesthesiemi (akroparaesthesie Schultzova, vasomotorická neurosa Nothnaglova, erythromelalgie, nemoc Raynaudova, symmetrická gangréna, sklerodaktylie, mnohonásobná sněť).

Profesionální obrny a kontraktury zhusta bývají provázeny bolestmi nebo i jimi substituovány (bolesti v křeči písarské a j.).

Paraesthesie.

Paraesthesie, spontánní lokální pocity mravenčení, svědění, brnění, dřevěnění, pálení, mrznutí, svírání, stípání, ovanu, sešňěrování, sevření, stahování, umrtvenosti, otupění, plstnatosti kožní, studujeme podobně, jako jsme učinili u objektivních poruch citlivosti a u bolesti: vyšetřujeme lokalisaci, vznik, dobu trvání a příznaky souběžné a hodnotíme je s vyšetřením celkovým. Paraesthesie se obvykle objevují na končetinách, rukou, nohou, ale i na jiných částech těla, na zádech, hrudi, hlavě, obličejí, nose, jazyku, pohlavních orgánech a orgánech vnitřních.

Paraesthesie bývají původu organického i funkčního, psychického. Organické mohou vzniknouti právě tak jako bolesti, cestou přímou anebo reflexní (svědění nosu v helminthiase); s bolestmi se také nezřídka v průvodu dostávají. I zde se předpokládá stížení nervů sympathických. Paraesthesie jsou původu periferního, často perineuritického a centrálního. Zhusta bývají iniciálním symptomem affekce kořenové, míšní (v tabes nemocný jako by po gumě, plsti, mechu chodil), a mozkové (při tumorech spodiny mozkové, při poruchách thalamu a kůry). Vyskytují se v otravách endogenních a exogenních, při infekcích, syfilis (zhusta v území trigeminu), při poruchách cévních,

v arteriosklerose mozku (pruritus senilis, pruritus vulvae). Akroparaesthesie bývají často předzvěstí haemorrhagie mozkové v arteriosklerose. Paraesthesie zhusta provázejí profesionální neurosy a vyskytují se jako samostatná klinická jednotka; tak vzpomenuť již akroparaesthesie (Schultze) na horních končetinách, meralgia paraethetica na končetině dolní v území n. cutanei femoris ext., v Raynaudově nemoci, sklerodaktylii a mnohonásobné sněti neurotické.

Epileptická aura objevuje se často ve způsobu některé formy paraesthesie a v území některého nervu. U neuropathů se jmenovitě v průběhu chorob působených anomální funkcí endokrinních žláz (morbus Basedowi, na př.) vyskytují paraesthesie útrobní (nemocní popisují pocity i v průběhu cev, jako by se v nich valily a probíhaly koule). Příčinou paraesthesií může býti také mechanické podráždění kůže a sliznic hypersekrecí potní, nečistotou, insolací, roentgenem, hmyzem.

Vyšetřoval jsem muže, který si stěžoval na nesnesitelné svrbění v území interkostálních nervů, stíženého domněle chronickou interkostální neuralgií; objektivní nález byl „pediculosis vestimentí“! Paraesthesie v průběhu nervu po útlaku nebo úderu na povrchně ležící kmen (ulnaris, brňavka) jsou obecně známy.

Funkční paraesthesie se v rozličné formě zhusta objevují u neuropathů, často v obrazu obsedantním (parasitofobie na př.). Často upozorňují na podobnost paraesthesií funkčních, na př. v hysterii, a paraesthesií organických, jako při lues a tabes. Jmenovitě jsou to paraesthesie (zdrátování, stahování, sevření v obličejí), které se vyskytují stejně v hysterii jako v lues neb v iniciu tabes a progressivní paralysy. Reflektoricky se objevují paraesthesie po chronických patologických procesech v útrokách. Děti mající rupy často trpí nepříjemným svěděním nosu, nehledě k přímému podráždění řitě. Děvčata se v otvoru vaginy raní i do krvava. Podráždění vegetativních nervů útrobních přenášejí se příslušnými míšními a bulbárními centry jako u bolesti na ostatní sensitivní centra segmentu, a tím vzniká paraesthesie rovněž jako viscerosensitivní reflex. Lokalisace paraesthesie je ve shodě s výše uvedenými Headovými zónami (typickou paraesthesií jest na př. pocit dřevění v ulnárních partiích horní končetiny při angina pectoris). Psychického původu jsou paraesthesie v chorobách funkčních, v hysterii, neurasthenii, zhusta jako jevy obsedantní a pseudohallucinační.

SYNDROMY MÍŠNÍ A MOZKOVÉ.

Podstatou syndromu zadních provazců míšních (dlouhých vláken kořenových) je dissociace citlivosti, charakterisovaná poruchou citlivosti hluboké, poruchami

trofickými a nestejným zachováním bolestného a tepelného čítí povrchového i nekonstantně vyjádřenou poruchou citlivosti taktilní (*tabický syndrom dissociace citlivosti*). Lokalisován je syndrom pod místem laese míšní a lokalisace ta má ráz typu kořenového. Nejčastější bývá laese lumbální, méně častá je laese cervikální a sakrální. Nestejná lokalisace poruchy míšní a nekonstantní postižení nervů mozkových vede k rozličným variantům chorobného obrazu tabického.

V popředí vystupují sensitivosensoriální poruchy spinální a cerebrobulbární (*paraesthesie, hypaesthesie, anaesthesie a hyperaesthesie* kožní, bolesti fulgurantní, analgesie, poruchy ostrosti zrakové a sluchové, nablédlá papilla), poruchy trofické (atrofie svalové spinobulbární, arthropathie, fraktury kostí, mal perforant nohy, spontánní vypadávání zubů), dále symptom Rombergův, zpoždění, snížení a ztráta reflexu patellárního (příznak Westphalův, reflex patellární, probíhající 4. lumbálním segmentem, jest vyhaslý v typu lumbálním, uchovalý v typu cervikálním nebo sakrálním) a reflexu šlachy Achillovy, event. reflexy nestejně intenzity po jedné nebo po druhé straně, hypotonie svalová, ataxie, spontánní škubavé pohyby, paresa zevních svalů očních, Argyllova-Robertsonova zornice (ne-reaguje na světlo, při akkomodaci a konvergenci ano) a poruchy viscerální: krise gastrické, intestinální, laryngeální, nefritické, vesikální, srdeční, okulární, hypaesthesie a hyperaesthesie sliznice vesicae urinariae a paresy měchýře, tachykardie, obrna hlasivek, impotence pohlavní a konečně příznaky celkové (marasmus, horečka).

Vzhledem k mnohostrannosti a nekonstantnosti uvedených příznaků a k tomu, že se příznaky ty vyskytují i v chorobách jiných, třeba ovšem in dubiis přihlídnouti ke zkoušce krve (BW) a likvoru cerebrospinálního. Diagnostikovati tabes dorsalis možno, najdou-li se tato seskupení příznaků:

1. symptom zorníkový, příznak Westphalův a fulgurantní bolesti;
2. poruchy měchýře močového, Westphal, pásové bolesti;
3. Westphal, blédá papilla;
4. atrofie n. optici, pásové bolesti;
5. gastrické krise, Westphal;
6. gastrické krise, Argyll-Robertson;
7. arthropathie, Westphal;
8. Westphal, obrna hlasivek, anaesthesie kožní;
9. symptom zorníkový, ztráta reflexu šlachy Achillovy;
10. symptom zorníkový, difference reflexu patellárního po jedné straně neb jeho snížení;
11. atrofie optiku, anaesthesie neb hypaesthesie trupu;
12. ophthalmoplegia ext., pásové bolesti;
13. ophthalmoplegia ext., Westphal;
14. Ataxie, Romberg, zornice;
15. gastrické krise, anaesthesie trupu;
16. bezbolestné vypadávání zubů, paraesthesie v území trigeminu, Westphal;
17. Westphal, poruchy měchýře močového;
18. zornice, marasmus, horečka;
19. Westphal, mal perforant. (Oppenheim.)

Poruchou krátkých kořenových vláken a II. neuronu v zadním rohu objeví se *syndrom zadních rohů*, charakterisovaný v podstatě *dissociací syringomyelickou* (analgesií a thermanaesthesií povrchovou neb jen jednou z těchto poruch se zachováním čítí dotekového a hlubokého) na kontralaterální straně. Lokalisace je segmentární i kořenová podle toho, na kterém místě a v jakém rozsahu je mícha postižena (v zduření cervikálním, v míše hrudní,

bederní či v medulla oblongata). Mícha bývá postižena nejčastěji v okolí centrálního kanálu, někdy toliko v jednom rohu. Atypické formy vznikají postižením i předního rohu a zasažením provazců zadních, event. postranních. Pozorujeme pak vedle dissociace citlivosti též atrofie svalové progredientní (poruchou předních rohů), ale i svalové atrofie spastické (poruchou motorického postranního provazce), nekonstantní poruchy taktilní, hluboké, vasomotorické a trofické.

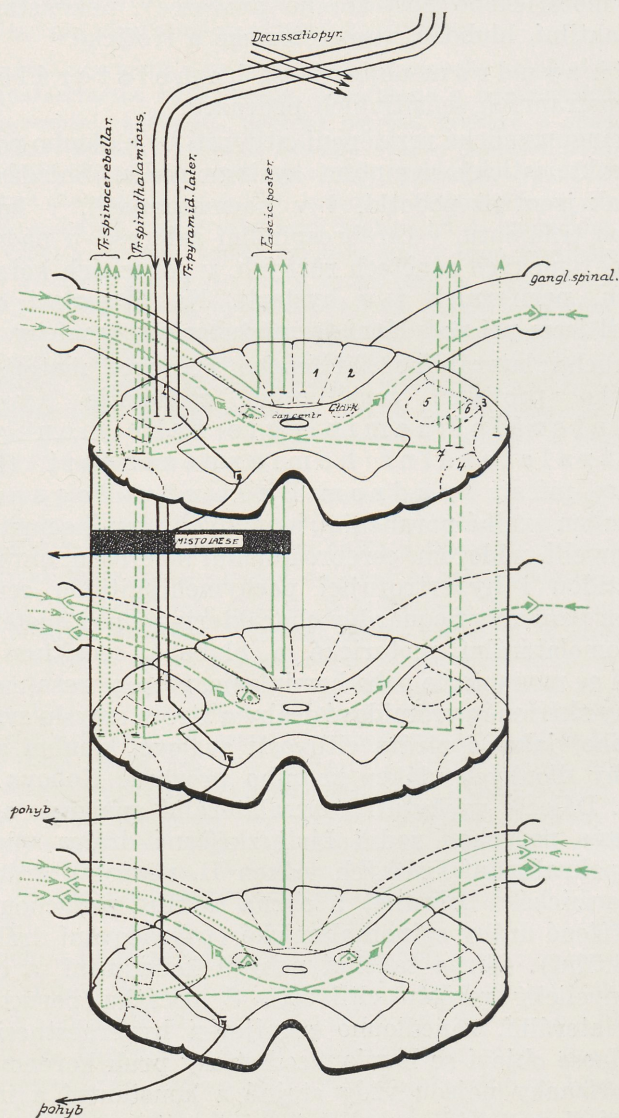
T ý ž s y n d r o m objevuje se h o m o l a t e r á l n ě z poruchy postranních sensitivních provazců.

Syringomyelické rozštěpení citlivosti bylo dlouho pokládáno za charakteristický symptom syringomyelie. Shledáváme je však, jak jsem již podotkl, i v haematomyelií, v kompressi míšní, po traumatu, v cerebrospinnální sklerose, u nádorů míšních, v chronických zánětech různých, v poruchách kořenových, korových, periferních i v hysterii. Na dissociaci citlivosti upozornil jsem při nodulární formě tuberkulosity míchy.

Porucha laterálního zkříženého provazce motorického a laterálního provazce sensitivního způsobuje syndrom homolaterální hemiplegie nebo monoplegie s kontralaterální hemianaesthesií (laterální hemisekce míšní, syndrom Brownův-Sequardův). Syndrom ten vzniká poraněním, hemimyelitidou, haematomyelií, syringomyelií, nádorem, cerebrospinnální sklerosou, ohrazenou meningitidou i hypertrofující pachymeningitidou cervikální. Symptom Brownův-Sequardův charakterizuje pod místem míšní laese homolaterální motorická a hluboká sensitivní obrna. Objevují se monoplegie nebo hemiplegie, resp. paresa motorická z poruchy zkřížené pyramidové dráhy a ztráta smyslu svalového, polohového, jakož i ztráta citlivosti svalové, kloubní a kostní z poruchy dlouhých vláken zadního provazce Gollova a Burdachova. Dále se vyskytují kontralaterální analgesie a thermianaesthesie poruchou zadní části zkřížené dráhy spinothalamické (pokračování krátkých vláken II. neuronu, dráhy citlivosti thermické a bolestné) a obrna taktilní poruchou přední části zkřížené dráhy spinothalamické (pokračování dráhy citlivosti taktilní). Obrna taktilní nebývá konstantní a častý je syringomyelický rozštěp citlivosti. S počátku poruchy ozve se homolaterální, zanedlouho pomíjející hyperaesthesie. Nad místem laese objeví se hemianaestetický pruh kořenový. Sensitivní příznaky nejsou vždy stejné a konstantní a intensita motorické obrny nejde paralelně s intensitou poruch sensitivních. Obraz příznaků je nestejný podle toho, v jaké výši a jakého rozsahu do šířky i výšky jest hemilaterální laese.

Je-li laese ta nad IV. cervikálním kořenem, může být po-
stíženo descendntní vlákno trigeminu a způsobiti homolaterální
anaesthesii obličeje a kontralaterální anaesthesii trupu a kon-
četiny (alternující hemianaesthesie).

Porucha v zduření krčním má za následek homolaterální
hemiplegii, obyčejně hemiparesu.



Obr. 76. Syndrom Brow-Séquard.

1. Fascic gracilis (Goll). — 2. Fascic cuneatus (Burdach). — 3. Tr. spinocerebel.
dorsal. (Flechsig). — 4. Tr. spinocerebel. ventral. (Gowers). — 5. Tr. pyramidalis lateral.
6. Tr. rubrospinal. — 7. Tr. spino thalamicus. (Z části dle Binga.)

SYNDROMY MÍŠNÍ.

Choroby	Poruchy citlivosti			Poruchy trofické	Reflexy: šlachové, kožní	Poruchy motorické	Poruchy sfinkterů měchýře moč. a rekta	Poruchy ústrojí smyslových	Liquor cerebrospinalis	Mozek a psyché	Horečka	Jiné příznaky	Aetiologie	Vznik, průběh	Poznámka
	objektivní	subjektivní	hluboké												
Tabes dorsalis.	nekonstantní.	lancinující bolesti, krisy útrobní, paraesthesie.	bathy-anaesthesia, pallan-aesthesia.	arthropathie, spontánní fraktury kostí, mal perforant, atrofie svalové, vypadávání zubů.	Westphal.	hypotonie, Romberg, ataxie, inkoordinace, ophthalmoplegia ext.	nekonstantní paresa měchýře moč. a rekta.	atrofia n. optici, atrofie n. acustici, Argyll-Robertson, ophthalmoplegia int.	lympcytosa +, R. globulin. +, BW +.	hypochondrické deprese, obsesse.		marasmus, krisy horečné, impotence.	lues	chronický.	rozličný obraz dle místa a rozsahu degenerace (cervic., dors., lumb. a sacrál.).
Kombinované onemocnění zadních a postranních provazců.	nekonstantní.	lancinující bolesti, paraesthesie.			Westphal, Babinski.	hypo-tonie, Romberg, ataxie, spastická paraparesa		event: atrofie n. optici, miosis, ztuhlost zornic.		bulbární příznaky.			toxiinfekční, anaemie, luekaemie, kachexie, heredita.	chronický.	převládny typ: 1. tabický neb 2. spasticko-ataktický.
Hereditární ataxie (Friedreich).					Westphal, Babinski.	ataxie tabeto-cerebellární a statická, choreiformní neklid, skoliosa páteře a pes equinovarus.		nystagmus.		skandovaná řeč, bradylalie, dysarthrie.		poruchy respirační.	heredofamiliární, toxiinfekční.	v dětství, chronický.	převládny typ: spinální, bulbární, cerebellární.
Syringomyelie.	dissociace citlivosti (taktilní uchovalá, thermická + bolest zašlá).	paraesthesie.		arthropathie, skoliosy, spontánní fraktury kostí, bezbolestné flegmony a panaritia, mutilace falang prstů, erupce kožní, hemiatrofie jazyka.		progressivní svalové atrofie s R. Z. horních končetin, hypotonie-passivní kontraktury, spastické paresy a rigidita svalů, paresa hlasivek, paresa facialis.		neuritis optica, nystagmus.		bulbární příznaky, paresa n. IX., XI.		vasomotor., hyperhidrosis, alopecia.	gliosis spinalis, hydromyelia, anomalie vývoje, heredofamiliární, syfilis.	subakutní, chronický.	typ. Morwan: analgesie anaesthesiae { taktilní panaritia. Marie Guillain: syndr. spastické Oppenheim: syndr. tabické (pseudotabes).
Brown-Séquard.	kontralaterální analgesie a therm-anaesthesia, nekonstantní anaesthesia taktilní.		homolaterální bathy-anaesthesia.		homolaterálně s počátku snížené, později zvýšené.	homolaterální obrna.	event. poruchy měchýře moč. a rekta.	homolaterální okulopupillár. sympt.					trauma, krvácení, myelitis, syringomyelia, sclerosis multiplex. lues.	subakutní, chronický.	nestejný obraz dle rozsahu a místa laese.
Cerebrospinální sklerosa.		bolesti v zádech.		event. svalové atrofie, hemiatrofie jazyka.	hyperreflexie, Babinski, kožní, břišní a cremaster. zašlé.	rigidita a spastická paresa, kontraktury, intenzí třes, Romberg, inkoordinace-ataxie.	event. paresa měchýře moč. a rekta.	temporální nablédnutí papily, nystagmus, ophthalmoplegia.	hypertense, BW negat. R. kolloidní +.	skandovaná řeč, bradylalie, apoplektiformní, epilept. záchvaty, euforie, nucený smích a pláč.		zvracení, paresa hlasivek, závratě, bolesti hlavy, neuralgie, hyp-aesthesia.	familiár. dispoice, toxicko-infekční.	chronický.	typ bulbární, cervikální, sakrální tabický. obraz: spast. spinal. paralyssy, lateral. amyotrof. sklerossy, hemiparesis cruciata, myelitis transversa.
Myelitis transversa.	anaesthesia pod místem laese.	v 1. a 2. typu hyperaesthetický bolestivý pruh nad laesi.		dekubitus.	živé, hyperreflexie, areflexie dle místa a rozsahu laese.	1. spastická paraplegie dol. končetin 2. degenerativní obrna horních a spastická dolních končetin, 3. degenerativní obrna dolních končetin	obrna měchýře moč. a rekta, incontinentia alvi et urinae.			ad 5. poruchy medullae oblongatae, mostu, mozku.	horečka, třesavka.	vasomotorické a sekretorické poruchy ad 2.) event. okulopupillár. příznaky, potíže dýchací a obrna bránice, poruchy respirační, srdeční	infekce, intoxikace, haemorrhagie.	akutní, subakutní, chronický.	typy: 1. myelitis dorsalis, 2. „ cervicalis, 3. „ lumbosacralis, 4. „ transversa incompleta, 5. „ disseminata (encefalomyelitis disseminata).
Meningitis spinalis acuta.	hyperaesthesiae kožní, v stad. paret. hypaesthesiae.	bolesti v zádech a vystřelující do končetin.			hyperreflexie šlachová a kožní, v stad. paretickém: areflexie.	rigidita páteře, opisthotonus, spasmy svalové (na hrudi, břiše, končet.), Kernigův symptom, stad. paretické: paraparesis.	stad. paretické: paresa měchýře moč.		zmnožen, hypertense, zkalený, bílkovina, lymfocytosa, mikroorganismy.	mozkové příznaky.	horečka, třesavka.		tuberkulosa, cerebrospinal epidemica, trauma.	akutní.	
Pachymeningitis cervicalis hypertrofica (Charcot).	v stad. paretickém hyp-anaesthesiae.	v irit. stadiu — bolesti v šíji, záhlaví, hor. končetině (ulnaris a medianus).		v stadiu paretickém: degenerativní atrofie malých svalů ruky a flexorů.	hyporeflexie hor. končetin, v stad. 3. hyperreflexie dol. končetin.	degenerativní atrofická paresa horních končetin, spastická paresa dolních končetin ve 3. stadiu, záškuby a napínání ve svalech.	v 3. stadiu obtíže při močení.					meningeal. symptomy, bolesti a ztuhlost v zádech.	syfilis.	subakutní, chronický.	Stadium irritat. (1.), „ paretické hor. konč. (2), „ spastické dol. konč. (3).
Tabes dorsalis spastica (spastická spinální obrna, laterální sklerosa-Charcot-Erb).					hyperreflexie, Babinski, kožní, břišní schází.	spastická paresa							heredofamiliární, toxi-infekční.	chronický.	
Poliomyelitis (Heine-Medinova nemoc).				zakrnělý vzrůst končetin, viklavý kloub.	areflexie.	degenerativ. atrof. obrna skupin svalových, monoplegia, R. Z., passivní kontraktury, skoliosy, lordosy, pes equinovarus, valgus.				zastřené vědomí, deliria, celková zaujatost, komma v horečném stadiu.	horečka, třesavka.	nechutenství, zvracení, event. meningeal. symptomy v horeč. stadiu, též bolesti.	infekce.	akutní, subakutní, chronický.	RZ == reakce zvrhlosti.
Sklerosis lateralis amyotrofica (Charcot).					hyperreflexie, Babinski, klonus masseteru.	spastická paresa s atrofií svalstva, rigidita svalová, kontraktury aktivní, fibrillární záškuby.				bulbární příznaky, dysarthrie, anarthrie, poruchy polykání, obrna a atrofie jazyka, patra, pysku, zvýkací svalů.			toxi-infekční, hered. dispoice.	subakutní, chronický.	sdrúžení příznaků spastické spinální paralyssy, poliomyelitis a poruch bulbárních.
Progressivní svalová atrofie (Amyotrofia spinalis progressiva Aran-Duchenne).					hypo-areflexie.	degenerativní atrofie malých svalů ruky, paže, zad. svalstva s fibrillárními záškuby a s R. Z.				bulboparalysis.			hered. dispoice, trauma, přemíra námahy.	chronický.	
Neuritis multiplex.		bolesti spontánní a jmenovitě při tlaku, paraesthesie.			s počátku: hyperreflexie, později: hypo-areflexie.	pozvolná atrofická obrna, ataxie, (pseudotabes periferica), tremor končetin, obrna měkkého patra.	obrna akkomodace, obrna n. III., VI.			psychosa (Korsakov), chron. delirium, coruchapaměti a j.		hyperhidrosis, oedemy končetin, vomitus matutinus eventuelní.	toxi-infekční, (alkohol, olovo, difterie a j.).	akutní, subakutní.	typy toxické (alkohol, olovo, arsen a j.) a infekční (difterie, a j.).
Primární myopathie (dystrophia muscular. progressiva).					hypo-areflexie.	dystrofie svalstva: obličejového, ramenního, trupového, pánevního, bederního, stehenního, hypertrofie, pseudohypertrofie svalová; není fibrillárních záškubů; není R. Z.; elektr. dráždivost snížena.							heredofamiliární.	chronický.	typ: Erb, Zimerlin, Leyden-Moebius, Landouzy-Dejerine.
Paralysis ascendens Landry.		bolest hlavy a v zádech, paraesthesie.			areflexie.	chabé obrny ascendentní.				bulbární symptomy.		hyperhidrosis, albuminurie, tumor lienis.	infekce.	akutní.	

Porucha pod zduřením krčným projevuje se toliko homolaterální obrnou krurální (monoplegií), s počátku chabou, později spastickou.

Poruchy v dolní části krční a v horní hrudní mají v zápětí i poruchy sympathických vláken okulopupillárních (miosu, enofthalmii, zúžení štěrbin očí).

Syndrom transversální sekce míšní jeví se totální anaesthesií kožní pod porušeným segmentem, cirkulárním bolestivým a hyperaestetickým pruhem nad anaesthesií, paraplegií, sensitivní a motorickou obrnou sfinkterů, symptomy trofickými (dekubity), poruchami vasomotorickými a sekretorickými. Co bylo řečeno o variabilitě symptomů v hemisekcích, platí i zde co se týče rozsahu poruch sensitivních. Ani zde nejdou sensitivní a motorické poruchy paralelně. Příkladem je transversální myelitis. Obyčejný typ, myelitis transversal. dorsalis, má v zápětí spastickou paraplegii dolních končetin; myelitis cervicalis způsobí atrofickou obrnu horní končetiny a spastickou obrnu dolních končetin, event. symptomy okulopupillární; myelitis lumbalis má za následek degenerativní obrnu dolních končetin se ztrátou reflexů šlachových a kožních. Paraplegický tento typ sensitivního a motorického syndromu míšního se mimo záněty (myelitis transversa) pozoruje po traumatu (rány sečné, roztržení míchy po luxacích a frakturách páteře), po kompresi nádorem, exsudátem a pod. Kdežto v poruše periferní, jak bylo již vzpomenuto, může býti analgesie kožní a hluboká bolestivost a smysl svalový mohou býti zachovány, v poruchách míšních jdou bolest povrchová a hluboká paralelně.

Syndrom kmene mozkového. Poruchy II. sensitivního neuronu v kmene mozkovém, v med. oblongata, mostu a stonku mozkovém působí hemianaesthesie s převládajícím typem dissociace syringomyelické při poruše substance retikulární (dráhy citlivosti bolestné a termické) a dissociace tabické při poruše med. kličky (poruchy citlivosti taktilní a hluboké jsou více vyznačeny než poruchy citlivosti bolestné a termické). V stoncích mozkových, kde již je spojen skoro celý II. neuron v lemniscus medialis, může se objeviti jak dissociace syringomyelická, tak i tabická. Podle toho, v jakém rozsahu je kmen mozkový tangován, může nastati i hemianaesthesie úplná. Lokalisace poruch je kontralaterální, provazcová a je větší na distální části končetin nežli na částech proximálních (akroanaesthesie).

Oblast n. trigemini může býti postižena také v poruchách

mostových. Stane-li se tak pod zkřížením vláken trigeminu, objeví se, jak již uvedeno, hemianaesthesia alternans (homolaterální porucha trigeminu a kontralaterální porucha na trupu a končetinách). Sensitivní obrna trigeminu bývá spojena s motorickou obrnou žvýkacích svalů. Spolu s poruchami sensitivními mohou se objeviti arci i primární poruchy oblasti motorické (dráhy pyramidové, drah mozečkových a motorických jader mozkových nervů) a poruchy sféry vegetativní.

Syndrom thalamický a kapsulothalamický. V thalamu koncentrují se propioceptivní, visceroreceptivní a exteroceptivní dráhy sensitivní. Haemorrhagií, změknutím, poraněním, nádory, záněty a j. činiteli v laterálním a mediálním jádru thalami optici vzniká porucha III. sensitivního neuronu. Zánikový proces působí hemianaesthesii. Anaesthesie se obvykle netýká stejnou měrou všech druhů povrchní a hluboké citlivosti, vždy však trpí smyslokalisační, smyslsvalový, polohový a stereognostický ve značné míře. Analgesie a thermanaesthesie nebývá vždy úplná. Někdy nerozeznávají nemocní jednotlivých druhů podráždění od sebe, jindy má podráždění za následek zvláštní, nepřiměřené, komické pocity, někdy nemocní pocity zaměňují. Stereoagnosie jest úplná. Příznaky iritační vyznačují se totální nebo dissociovanou hyperaesthesií, paraesthesií a intenzivní bolestí spontánní nebo vzbuzenou podrážděním, na př. chladem (psychrohyperaesthesie). U arteriosklerotiků zhusta i bez objektivních příznaků malá ohraničená ložiska haemorrhagická i prosté změny cirkulační způsobují tvrdošijné paraesthesie na jazyku a na prstech. Mimo to objevují se poruchy emotivity, poruchy smyslové, ataxie, tremor a pohyby choreatické. Osoby vyšetřované se snadno rozčilují a někteří vyznačují se nápadnou euforií.

Těsné vztahy thalamu a striata a jejich poruchy vedou konečně i k rozmanitým anomáliím v držení těla, k poruchám pohybů výrazových a k poruchám psychoreflexním (nucený smích, pláč a naopak). Jimi si vysvětlujeme mnohé bizarnosti také u Littleů, v dementia praecox, u schizoidů a při hysterii.

Zničením sensitivní dráhy v capsula int. nebo v thalamu s následovní hemianaesthesií trpí horní končetiny více než dolní. Hemiplegikové s počátku často trpívají poruchami citlivosti. Bolesti hemiplegiků bývají průvodcem zvlášť nevítaným.

Lokalisace poruch citlivosti při poruše III. neuronu jest na celé polovici těla (i v obli-

čejí) a kontralaterální. Na distální části končetin je porucha citlivosti rovněž větší nežli na části proximální. Ulnární a peroneální krajiny trpí více než radiální a tibiální.

Organické cerebrální hemianaesthesie bývají ohraničeny mediálními linií ne vždy úplně a nezřídka vystupují ostrůvkovitě. Cornea bývá ušetřena. Uchovalost citlivosti sliznice ústní, nosní a ušní je důležitou diferenciální diagnostickou pomůckou proti hypaesthesii nebo hemianaesthesii hysterické. Vrací-li se citlivost, vrací se zvolna, a to od kořene údu směrem k periférii, na ruce na př. nejpozději a nikdy ne segmentárně (Dejerine).

Po úrazech se mohou objeviti rozličné obtíže sensitivní typu monoplegického nebo hemiplegického (bolesti, paraesthesie a též objektivní poruchy povrchové), pro něž lze důvodně supponovati laesi v thalamu. Případy ty bývají neprávem pokládány za hysterie i simulaci. Drobné krvácivé procesy lokalizované v thalamu a okolí se objevují po pádu a úderu. Nejedna t. zv. neurosa nebo hysterie traumatická jest vlastně organické porušení mozku.

Korový syndrom parietální. Haemorrhagie, změknutí, poranění, jízvy, nádory a poruchy plen v krajině g. g. parietalis superior a inferior a v g. centralis posterior mají v zápětí syndromy ne ještě zcela prostudované. Zánikový příznak záleží v totální anaesthesii, hlavně smyslu lokalizačního a segmentární rozlohy, která se jako v syndromu thalamickém nedotýká stejnou měrou všech kvalit citlivosti. Irritační příznaky jeví se spontánní bolestí a paraesthesií. Objevují se případy s převážnou poruchou stereognosie a kinaesthesie a menším zastižením povrchní citlivosti a případy s apraxií a převážnou poruchou citlivosti thermické, bolestné a pallaessthesie a dosti značným zachováním čítí dotekového, kinaesthesie a stereognosie.

Nemocní stížení kortikálními poruchami sensitivními při vyšetřování snadno umdlévají, bývají nepozorní a výsledek vyšetřování se nezřídka neshoduje se skutečností. Horsley upozornil na to, že nemocní v lokalizaci pocitů dělají chyby hlavně na distálních částech končetin (atopognosis). Poruchy sensitivní se rychle upravují. Více trpí schopnosti fylogeneticky nověji získané než schopnosti starší. Sekundární jevy ve sféře hybnosti souvisí s převážnou poruchou hluboké (ataxie) a povrchní citlivosti. Mohou se objeviti i primární poruchy ve sféře hybnosti, je-li porucha v g. centralis ant. Někdy bývají kortikální poruchy provázeny kromě paraesthesie také pocity tuposti a zaujetí; pocity ty se zhusta objevují i jako aura epileptická.

V případech úrazových trváva nejdéle astereognosie.

SYNDROMY FUNKČNÍ A PSYCHICKÉ.

Dočasné sensitivní syndromy funkční vznikají jednak psychogenně z ústředí psychonervového, jednak endogenní nebo exogenní otravou nealterující histoidní skladbu nervstva, jednak reflexně z celé oblasti vegetativní a sensorické. Příkladem pomíjivé funkční toxické hyperaesthesie a všeobecného pocitu jest opilost meskalinová. Tyto syndromy dotýkají se všech objektivních i subjektivních poruch citlivosti, napodobují známé organicky založené obrazy a mohou s počátku působiti obtíže při diferenciální diagnose. Anaesthesie a hyperaesthesie bývá generalisovaná, typu monoplegického, hemiplegického nebo paraplegického, i ostrůvkovitá. Syndrom funkční se neshoduje s topografií innervačního okrsku periferních nervů, pletení, kořenů a segmentů míšních. Při tlaku na kmen nervový není bolestivosti, anebo bez jakéhokoliv objektivního nálezu každý dotek bolí. Ať je generalisovaný syndrom rázu monoanaestetického či hemianaestetického, nemívá obvyklý typ akroanaestetický. Anaesthesie je od citlivých částí oddělena „čarami amputačními“, kdekoli probíhajícími na ruce, noze, předloktí, bérce a stehnu, na končetině horní ohraničuje se čarou výstřihu vesty a pod. Hemianaesthesie bývá často, jak uvedeno, spojena s homolaterální anaesthesií sensoriální, amblyopií (hemianaesthesie organická s hemianopsií). Funkční anaesthesie nevede k stejným sekundárním změnám v motorickém systému (ataxií, vymizení reflexů, resp. jejich zvýšení), ani k jiným následkům anaesthesie, jako lehké zranitelnosti pro necitlivost. Hysterik se súženým polem zrakovým pohybuje se dobře. Thermanaesthetik se nespálí. Reakce bolestné jsou uchovalé (dilatace pupilly po podráždění kůže, Mannkopffův symptom), suggestce, pohnutí mají vliv na jejich vznik i zánik. U funkčních syndromů se nenacházejí symptomy organickým poruchám vlastní: BW reakce a pozitivní nález v likvoru cerebrospinálním, horečka, zorníkový symptom, Westphal, Babinski, Strümpell, vážné poruchy trofické, arthropathie, fraktury kostí, mal perforant, atrofie, městnavá papilla. Funkční syndromy zpravidla nemají stejných průvodních příznaků reflexních v oblasti vagosympathické jako syndromy organické. Reakční doba mezi podrážděním a reflexem jest u anaesthesie hysterické menší než u anaesthesie jiné.

V hysterii pozorujeme anaesthesii kůže, periostu a kostí; často analgesii a thermanaesthesii, hypaesthesii, dále paraesthesii a hyperaesthesii na trupu, na končetinách a na hlavě. Zvláštní pozornost poutá hyperaesthesie a hyperalgesie kůže vlasaté části, inguinum a plantaris. Hyperaesthesie kožní kryjí se někdy s hysterogenními nebo hysterofrenními zónami

(frenum = uzda), tlakem na něž se záchvat vzbudí neb potlačí. Časté jsou bolesti hlavy, neuralgie trigeminu, bolesti v záhlaví, v zádech, neuralgie interkostální, mastodynies (prsy bývají i zduřelé, zardělé, hyperaestetické). Časté jsou visceralgie (gastralgie, hepatalgie, enteralgie, nefralgie, kardialgie, cystalgie), které vypadávají i jako choroby organické a zavdávají podnět k neúčelným operacím. Zhusta se vyskytují topalgie, arthralgie, dorsalgie, kokcydynie, sakrodynie, pseudoperitonitis a j. Intensita topalgetické bolesti není vždy stejná, ve spánku mizí, zrána se dostavuje ve vší prudkosti. Obraz funkčního syndromu doplňují přerozmanité pocity palčivosti, pálení a jiných paraesthesií povrchních a útrobních (kůže jako by byla korková, jako by se chodilo po kaučuku, nemocní cítí bolestivě krev v cévách cirkulovati). Bolesti se tělesnou a duševní námahou stupňují. Rozmanité jsou pocity závraťové (chodník se prohlubuje, houpá, strop se řítí, lože se propadává). O paraesthesiích a paralgésiích coenaesthopatických byla již řeč.

Zde několik příkladů funkčního syndromu sensitivního neurasthenického, obsedantního a epilepsie sensitivní.

Nemocná, 30letá slečna, píše:

„Bylo mi r. 1885, 19 let, když jsem najednou dostala křečovitě bolesti v životě a v žaludku; bolesti byly velice silné, stáhly mě tak, že jsem nemohla rovně sedět ani ležet, při tom jsem asi sedmkrátě vrhla a měla zároveň silný průjem; trvalo to od večera až do rána. Druhý den jsem byla tak slabá, že jsem nemohla vstát. Za dva až tři dny jsem se úplně zotavila a byla zdráva jako dříve. Po čtyřech nebo pěti nedělích se záchvat opakoval, vrhla jsem a měla silný průjem. Celý rok potom jsem byla zdráva, až roku 1886 přišly opět křečovitě bolesti dosti silné; když jsem si povolila šaty, přestaly. Za několik neděl potom se rodiče přestěhovali z Uher do Prahy. Vedlo se mi dobře až do zimy 1887, kdy v taneční hodině opět na mne přišly bolesti; povolení šatů mi zase ulevilo. Od té doby se mi často stávalo, po každé jen při procházce, že mi přišlo zle. Bylo mi najednou, jako bych měla šaty těsné, srdce začalo rychleji tlouci, těžce jsem dýchala. V žaludku a v životě jsem měla křeče, které mě docela stáhly. Pospíšila jsem si domů, povolila rychle šaty, poseděla asi půl hodiny tiše, a bolesti zmizely. To se opakovalo celé léto a podzim. Po Novém roce 1888 vedlo se mi již hůře. Častěji, ale vždy jen při procházce na ulici dostávala jsem záchvaty a při tom jsem měla také palčivé bolesti v životě na levé straně, bolesti ty čím dále tím déle trvaly. Perioda, kterou jsem měla vždy pravidelně, byla nepravidelná. Lékař, kterého jsme konsultovali, mínil, že mám tasemnici, a předepsal mi proti ní lék a arsen, ale bez výsledku. Pak jsme se obrátili na prof. A. Ten mě celých devět měsíců léčil na chronický zánět pobříšnice. Po celou tu dobu jsem užívala morfiu, ale vedlo se mi čím dále tím hůře, a mohu říci, že v době té má choroba učinila největší pokroky. Bolesti se dostavovaly i při zaměstnání v domácnosti. Chůze i jiné pohyby mi škodily, nemohla jsem hrát na piano. Bolesti jsem mívala častěji a silněji, obyčejně jsem si musila lehnouti, mohla jsem ležet vždy jen na levé straně a docela skrčena. Bolesti trvaly půl dne i celou noc. Studené obklady někdy, ale ne vždy bolesti mírnily. Jednoho dne, když jsem měla velké bolesti, zavolali

rodiče doktora. Ten po vyšetření pravil, že shledává všechno v pořádku a že bolesti mohou pocházeti jen od chudokrevnosti. Předepsal železo. Přes to se choroba horšila. Proto jsem se odebrala po Novém roce 1889 k prof. B. Ten shledal rozšíření žaludku a léčil mě na ně. Nejdříve mi nařídil patnáct lahví karlovarské vody, každý den vypítí půl lahve, a přísnou dietu. Zdali voda skutečně účinkovala, nevím, ale vedlo se mi asi tři měsíce lépe. V květnu se však choroba zase zhoršila a nezlepšila se již ani po užívání vody karlovarské ani po dietě. Také luhačovickou vodu jsem užívala a prášky, ale moje choroba se stále horšila. Bolesti se dostavovaly v přestávkách osmi, deseti dnů. V té době jen odpoledne jsem se mohla více zaměstnávat nebo konati delší procházky bez větších bolestí. Dopoledne však jsem se naprosto nikdy nesměla namáhati. Šla-li jsem dopoledne na procházku anebo na návštěvu, jistě jsem se vrátila domů s bolestmi i v této době. Perioda byla ještě stále nepravidelná. Nejlépe se mi vedlo ještě, než jsem periodu dostala, a po celou dobu jejího trvání, vždy sedm až osm dnů. Nejhuře se mi vedlo po periodě; jakmile se ztratila, dostavily se bolesti. Se žaludkem jsem zkusila taky mnoho. Stále jsem měla hlad a celý den jsem myslela jen na jídlo. Sotva jsem však začala jísti, již jsem byla syta, žaludek byl jako oteklý a po levé straně se po jídle často dostavovaly bolesti. V domácnosti již jsem se málo zaměstnávala, a to ještě jen, když jsem měla lepší den. Obyčejně jsem se zabývala šitím nebo vyšíváním, učila jsem se též francouzsky a česky, což mne docela nic nenamáhalo. Z jara 1890 byla jsem také u profesora E. Ten mě vyšetřoval a pravil, že žaludek je sice slabý, ale že podle jeho mínění bolesti pocházejí spíše od chudokrevnosti. K užívání mi nepředepsal nic, radil jenom, abych jela na čtyři neděle do Františkových Lázní a abych pila mnoho mléka. V lázních jsem nebyla a jela jsem toliko na dva měsíce na venek. Trochu jsem se sice na venkově zotavila, ale po návratu mi bylo zase jako dříve. Profesor C. u něhož jsem byla v únoru 1891, řekl, že nic nemůže naléztí, všechno že jest v pořádku, a bolesti že mohou pocházeti jen od nervosy. Nařídil studený obklad každý večer a předepsal mazání. Nepozorovali jsme však žádného účinku. Musím se ještě zmíniti, že při bolestech jsem nikdy nemohla vládnouti levou rukou, ani mluvit, neboť pohyb mluvení ještě bolesti zvětšovalo. Levou nohu jsem měla často jako chromou, jen jsem ji za sebou táhla. Po stolici jsem často dostávala bolesti v levém boku, ale když jsem si ihned sedla, bolesti se ztratily. V létě jsem ztrávila opět šest neděl na venkově. Tam se mi vedlo ku podivu dobře, ačkoliv jsem konala někdy procházky trvající čtyři až pět hodin. Bolesti jsem za celou tu dobu neměla. Po návratu hned první den jsem měla sice bolesti, přece však byl příští podzim nejlepší až do ledna 1892. V druhé polovici ledna začalo nucení na moč. S počátku jenom ve dne, v noci jsem měla pokoj. Profesor B. nařídil nejdříve vlažné sedací lázně a předepsal prášky; když se nucení nezlepšilo, nařídil studené sedací lázně a jiné prášky. V květnu jsem bolesti ztratila úplně a neměla jsem je, až zase v srpnu, a od té doby se nic nezlepšilo. Od té doby, co se k chorobě přidružilo ještě nucení na moč, bolesti při chůzi a po jídle se tak často nedostavovaly, zato však jsem je dostávala, když jsem musela někdy moč zadržovati. U měchýře jsem bolesti nikdy neměla. Prášky jsem stále užívala bez výsledků. Pan profesor tvrdil, že to není katarrh měchýře a že to musí býti nervosní. Přese všechno užívání vedlo se mi čím dále tím huře. Již jsme si nevěděli rady, a tak jsme se v srpnu 1893 odhodlali zkusiti léčení vodou a jela jsem do Wörishofenu k faráři Kneippovi. Diagnosa jednoho lékaře v Bavorsku byla „žaludeční vředy“; druhý mínil, že jsem velice slabá a chudokrevná; třetí, jenž vyšetřoval též moč, pravil, že mám katarrh měchýře, nervosu a chudokrevnost. Šest neděl

jsem užívala léčení vodou, můj „katarrh“ se však ještě více zhoršil a v noci jsem měla opět pravidelné bolesti po levé straně. Pan farář mi pak nakázal, abych zůstala ležeti, katarrh prý žádá teplo, a nařídil denně teplý obklad z lučních květín. Necítila jsem pořád žádnou úlevu, naopak dostala jsem u měchýře palčivou bolest. Nařídil tedy pan farář dva studené obklady na měchýř po 20 minut. Bolesti se trochu mírnily. Doufajíc, že po třetím obkladu by se bolesti úplně ztratily, prosila jsem ještě o jeden; ten mi po dlouhém zdráhání byl také dovolen. Měla jsem právě novou, nezkušenou ošetřovatelku, a ta mi místo jednoho dala ještě dva. Pocítila jsem však hned, že mi dva poslední obklady škodí, takže jsem druhý musela brzy odložit. Palčivá bolest u měchýře sice přestala, bylo mi však po obkladech velmi nevolno, jako by bylo ve mně najednou všechno obživlo; od pasu až ke kolenům vzadu a napřed jsem měla pocit, jako bych byla plna mravenců. Cítila jsem silné škubání nejvíce u konečníku a u měchýře a zároveň jsem měla silné bolesti. Myslíla jsem si, že mám rheumatismus, ale byly to již nervy. Bolesti trvaly asi dvě až tři hodiny, pak mi bylo opět volno. To se ještě několikrát opakovalo v následující noci a příští den. Druhé noci jsem se náhle probudila, nemohla vydechnouti, a opět ve mně všechno obživlo. Teplý obklad, jenž mi byl dán, neúčinkoval, a trvalo několik hodin, než jsem mohla pravidelně oddychovati a než se nervy upokojily. Ráno po snídání jsem se cítila velice slába jako předtím ještě nikdy a nervy byly rozčileny v celém těle. Myslíla jsem si, že to krev ve mně tak pracuje. Přivolaný lékař mi vysvětlil, že to jsou nervy, a řekl také, že mám horečku. Pan farář a lékař mínili, že je to „kríza“. Voda prý nemoc, jež dávno ve mně vzezela, vyhnala; až prý „krízu“ přestojím, budu zdráva, bude prý to však dlouho trvati. První týden byl hrozný. Přišly na mne takové slabosti, že jsem ležela celé hodiny jako v bezvědomí. Třeli mi octem spánky a ruce, abych se trochu sílila. Hned od prvního dne tohoto týdne jsem nemohla mluvit, též mě museli krmiti a mýti. Nucení mě stále trápi, u měchýře jsem cítila hroznou slabost a veliké bolesti a také s dechem jsem zkusila mnoho. K užívání jsem nedostala nic, jen dvakrát denně umývati celé tělo mi bylo nařízeno. Po šesti nedělích bylo mi dovoleno jeti domů. Poslední týden jsem musela každý den vstáti a procházeti se po pokoji, abych na cestu trochu zesílila. Když jsem odjížděla, museli mě ke kočáru nésti, nemohla jsem po schodech jíti. Po cestě se mi vedlo ku podivu dobře, ale navráťivši se domů, byla jsem opět slabá. Rodiče zavolali doktora. Ten mě léčil dva měsíce, choroba se však nezlepšila. P. doktor mě léčil podle Kneippovy metody, já jsem však již studenou vodu nesnesla, ještě více mě rozčilovala. Můj stav byl zrovna beznadějný. Čtvrtý měsíc již to bylo, a ještě jsem nemohla sama jísti ani se mýti a jen s namáháním jsem mohla někdy jedno nebo dvě slova promluvit. Hlava mi také velice zeslábla. Musela jsem vždy paměť namáhati a nemohla jsem si na nic vzpomenouti, při tom jsem měla hrozně bolesti u měchýře, a čím více jsem musela paměť namáhati, tím větší byly bolesti a tím častěji jsem měla nucení na moč. U měchýře jsem měla stále palčivé bolesti, a ty se vždy ještě zvětšily, když jsem se pokusila mluvit, a jakmile jsem mluvila, měla jsem hned nucení. V lednu 1894 se rodiče obrátili na pana doktora H., a od té doby se mi vedlo lépe. Pan Dr. mi předepsal železo a nařídil hned, že musím sama jísti a častěji se po pokoji procházeti. Již po několika dnech jsem se cítila silnější. Skoro čtyři měsíce jsem předtím ležela, nemohouc sebou vládnouti, a čtrnáct dní po první návštěvě u p. Dra jsem již šla na procházku. Periodu jsem v březnu po šesti měsících opět dostala a od té doby ji mám pravidelně. Léto následující jsem ztrávila na venkově a až do měsíce července vedlo se mi dosti dobře. Nikdy jsem tak mnoho nechodila jako v této době; ani po

procházce dvě hodiny trvající jsem nepocítila velikou únavu. Zaměstnávati jsem se však ještě nemohla. Nemohla jsem ani čísti, ani mluvit, a jen tu a tam jsem byla s to, slovo pronést. Nucení na moč bylo stále stejné a bolesti u měchýře byly stále ještě veliké. V červenci jsem najednou zeslábla, nejvíce nohy, takže jsem sotva mohla učiniti několik kroků. Pan doktor předepsal olej na masírování nohou, a zvolna sice, ale znenáhla nohy opět zesílily. Za měsíc jsem měla opět dva dni veliké bolesti po levé straně. Když jsem dostala periodu, byly nervy velmi rozčileny a bolely po celém těle. To mě tak zeslabilo, že mě matinka opět musela celé čtyři neděle mýti a krmiti. Od té doby po každé, když jsem měla periodu, byla jsem velice slabá a měla veliké bolesti a za nějaký čas mi zase velice zeslábla hlava. Tři měsíce jsem nesnesla klobouk na hlavě, nejmenší hluk i tikání hodin mě v největší míře rozčilovalo. Každé návštěvy jsem se téměř bála, nikoho jsem nemohla slyšet déle mluvit. Trápily mě také hrozně myšlenky, nejvíce nespokojenost sama se sebou. Někdy jsem se cítila tak nešťastna, že jsem musela stále jen mysliti na své slabosti a chyby. Bylo mi při tom zrovna k zoufání. Hlava se však zlepšila, ale nervy začaly býti citlivy na zimu. V létě, v největším horku, jsem musela býti teple oblečena, jinak byly nervy v nohou a životě zimou rozčileny a bolely tak, jako bych byla velice nastydlá, jako by nervy nesnesly nejmenšího ovanu vzduchu; i když byl teplý, musela jsem se tak zabaliti, aby vzduch neměl přístupu k tělu. Přes to jsem se cítila již trochu silnější, začala více mluvit a choditi a snesla jsem společnost. Veliké bolesti po levé straně dostávám ještě každé dva tři měsíce jednou a po každé ráno po stolici. Obyčejně začínají na levém boku, rozšiřují se po celé levé straně v životě a v žaludku, při tom je mi, jako bych měla vrhnouti. Zima 1895 až 1896 byla dosti dobrá, začala jsem trochu čísti, bolesti u měchýře se mírnily, nucení však se posud nezlepšilo. Kdykoliv se rozčiluji nebo se příliš namáhám, anebo když více mluvím nebo nějaká myšlenka mě trápí, mám hned desetkrát až dvanáctkrát po sobě nucení a velké palčivé bolesti. V noci se mi vede lépe, lépe spím. Nemohu-li spáti, mám celou noc nucení. Od jara často jsem dostávala bolesti po levé straně, takže jsem musela ulehnouti; nyní je mám skoro každý den, ale slaběji, lehnouti si při tom nemusím, záda při tom bolí a nemohu vydehnouti. Chuť k jídlu jest stále dobrá, ale dosyta se nemohu nikdy najísti, žaludek mám hned jako oteklý a po levé straně dostávám bolesti. Celkem se mi vede mnohem lépe, jsem již mnohem silnější, a kdybych po každé po periodě nezeslábala, zesílila bych snad ještě rychleji.“

Nemocná se v krátké době pozdravila úplně. Zastávala u rodičů dosti odpovědnou i namáhavou obchodní službu. Provádala se. Po 35 letech se opět ukázala s nepatrnými neurasthenickými obtížemi. Nebylo nikdy objektivního nálezu. Autografie nemocné přímo nabádá hledati zdroj její funkční neurosy v podkorovém ústředí psychovegetativním a v jeho složce humorální. Nejvydatněji zde působila psychotherapie, životospráva a elektrisace.

S. R., 23letá učitelka, píše:

„Trpím již od dětství častými bolestmi hlavy, těch jsem však nebdala, »přeúčila« je, t. j. tak dlouho jsem studovala, až zmizely. K bolestem hlavy, jimiž jsem až přes 16. rok trpěla, přidružilo se nechutenství. Jím a spím málo, pracuji mnoho, přes půlnoc. Myslíla jsem jednoho dne, že počátek prudkých bolestí hlavy budu moci zdolati, budu-li pracovati až do jedné

hodiny s půlnoci. Pojednou jsem pocítila však tak prudkou bolest v hlavě, že všechno mi padalo z rukou. Od toho dne dostávají se zvláštní, týdný trvající bolesti hlavy, které mi studium znemožňují, a musím studium přerušit. Základ prudkých bolestí hlavy shledávají lékaři v rozmanitých příčinách (v chudokrevnosti, v slabosti očí a v rozšíření žaludku), užívám železo a arsen, avšak bez výsledku. Až do maturity bolesti hlavy byly jedinou obtíží, o nervech jsem ještě nic nevěděla. Teprve později připojily se k nim všelike jiné nepříjemné stavy, jmenovitě neobyčejně silný nával krve k hlavě a strachy po velkém leknutí. Pocit strachu úplně opanoval náladu a leknutí bylo přímou příčinou dalších obtíží nervových. Bylo to leknutí, jež se mne zmocnilo při pádu jedné epileptické kolegyně, a za několik dní potom zešílení jedné mé učitelky. Od toho byla jsem jako proměněna a vnitřní klid byl pryč. Dostala jsem záchvaty pláče, nemohla jsem spát a ve dne v noci týral mě nevýslovný strach. Myšlenka, že zešílím, opanovávala mě úplně. Nejmenší šramot, jehož příčinu jsem neznala, mě rozrušoval. Několik lidí pohromadě nesměla jsem vidět, nemohla jsem se podívat z okna, ihned ovládal mě pocit, že spadnu dolů. V celé nervové soustavě cítila jsem »trapný pocit«. Často po delší dobu cítila jsem tlukot srdce a chvílemi činnost srdeční zase na okamžik jako by zcela ustávala. Před očima měla jsem stále míhání a v hlavě šumění, takže, i když pocit strachu na krátko ustal, nemohla jsem usnouti. Když jsem konečně usnula, často jsem se vytrhovala ze spaní leknutím nebo škubnutím »nervů« zespánku. Bolesti hlavy trvaly bez ustání v rozmanité síle. Myšlenka, že musím maturovat, udržela však mé síly přece pohromadě, ale po maturitě dospěla jsem s tělesnou silou až na nulu. Nejkratší vycházka mě vyčerpala. Nemohla jsem nic pracovat ani čísti. Již pohled na něco psaného nebo tištěného působil mi zvýšené bolesti hlavy. Totéž nastávalo, když jsem nějaký předmět blíže pozorovala, chtěla si jej blíže prohlédnouti, na př. nějakou květinu, nebo když jsem chtěla nějaký šelest nasloucháním lépe postřehnouti. Bolesti hlavy neustaly vůbec. Žádné léky nepomáhaly. Na jaře r. 1904 byla jsem upozorněna na homeopatha, a ten mě pak delší dobu léčil. Byla jsem klidnější, bolesti hlavy ustaly, třeba poněkud, takže jsem v lednu 1906 mohla přijmouti stálé místo. Před nastoupením tohoto místa objevily se bolesti na prsou. Poněvadž krátce předtím jsem onemocněla prudkým katarrhem plicním, podrobila jsem se jinému lékařskému ošetření a byla jsem léčena na chřipku. Moje mínění, že trvající bolesti na prsou mohou býti nervové, lékař odmítl. Teprve když podávané léky po proběhnutí plicního katarrhu proti bolestem na prsou nepůsobily a ani silnější dávky morfiové bolesti netišily, potvrdil lékař, že jsou to nervové bolesti po chřipce. Nastoupivši místo, přestala jsem se léčit u tohoto lékaře. Bolesti se dostavovaly řidčeji a ustaly docela, zda samy sebou či po opětném užívání homeopathických léků, nemohu posouditi. Od toho času byla jsem sice neustále činná ve svém povolání, ale musela jsem se šetřiti. Při nejmenším přepětí dostavily se bolesti hlavy, které mi každé intensivnější přemýšlení neb déle trvající čtení znemožňovaly. Také přicházel často pocit strachu, trapný pocit v nervech, pocit »plnosti« pod ušima a za ušima, návaly krve a studenost nohou. Uvedené stavy byly letošního roku nápadně silnější. Protože jsem se připravovala ke zkoušce a musela více studovati a nad to z rozličných příčin často se rozčilovala, nemohla jsem čtyři neděle vyučovati. Prázdniny nepřinesly mi zotavení. Stálý strach a mnoho práce počátkem školního roku způsobily mi mnohou bezesnou noc se všemi starými úzkostmi a utrpením. Jsem zemdlená, ospalá; sotvaže oči zavru, pracuje mozek sám sebou, trýzní mě všelijaké myšlenky a bolesti a v okamžiku usínání mám jakýsi podivný pocit v hlavě, takže se pocitem strachu vy-

trhnu a spánek se zaplaší. Pro tyto stavy předepsány mi opět léky, ale jen tři dny je užívám, a již se dostavují bolesti na prsou a šíří se i do krajiny žaludeční a v celém pasu. Dostaví-li se silnější bolest na prsou a v okolí žaludku, stává se křečovitou a nemohu klidně ležeti. Na některých místech, jako uprostřed prsou, je bolest stálá, ustavičná, na jiných místech stěhovavá, přebíhá, často bolí mě celá prsa a celé břicho, a nemohu říci, co mě vlastně bolí. Bolest cítím jako palčivou, podobnou pálení žáhy. Mimo uprostřed cítím bolest většinou na prsou po pravé straně. Několikrát dostavily se žaludeční křeče, stahování žaludku a zvracení pouhé tekutiny, nebo zvrátila jsem požitý pokrm. Jmenovitě zrána se bolesti dostavovaly vždy půl třetí hodiny po snídání. Srovnáme-li nynější bolesti na prsou s bolestmi před dvěma lety, mohu říci, že letošní jsou silnější. Tehdy i nyní ustávají jiné příznaky, dostaví-li se bolest, skoro úplně. Chci se zmíniti ještě o pocitu slabosti v nohou, který se dostavuje zřídka. Častěji pociťuji v poslední době bolesti v pažích, jmenovitě v noci v ležaté poloze. Obtíže s hlavou snáze snáším při lehčí tělesné práci než při zaměstnání duševním. Když po čtení a podobném zaměstnání pociťím zvláštní pocit slabosti v hlavě, stačí někdy jen krátkou dobu zaměstnávatí se domácí prací, a pocit slabosti zmizí.“

Nemocná přišla se stezkem na kruté vnitřní bolesti, jejichž vlivem se svíjela a které tlakem na ovaria ustávaly. Objektivní nález n e s k ý t a l z m ě n ě n ý c h. Měla-li v daném případě psychotherapie při vyléčení hlavní podíl, nepochybuji, že tu tento neurasthenický funkční syndrom byl způsoben spolu humorální změnou endokrinního žlázy. Ani první, ani tento případ neřadím ještě mezi hysterie.

Jiné příklady: 42letý farář má při duševním namáhání neb při rozčilení nepříjemné pocity v hlavě a rouře močové. Když se připravuje na kázání, dostaví se nutkavé dráždění v rouře močové „jako by sperma mělo vyjít“. Musí se přemáhat a honem na něco jiného myslet neb se podívat. Největší má obtíže když je v kostele, ať již u oltáře nebo v nějaké jiné funkci, kdy mu přijde i myšlenka vymočit se, které se nemůže zbavit a dostane i nucení na moč. Přichází na něho strach, v kříži bolest a teplo, stěží může stát, rád by si sedl, cítí se unaveným, zdá se mu jako by sperma již mělo vytéci, je celý skleslý, nemůže pospíchat, ba ani mluvit a zpívat, musí chodit opatrně, zlehka, aby sperma nevyšlo. Ale k výtoku spermatu nikdy nedošlo. Je-li s funkcí svou hotov a mohl-li by se jít vymočit, nemá ani potřeby ani se mu nechce. „Je to hrozný pocit“, „je z toho pitomý“; má závrať a bolest hlavy, bolesti v životě a v kříži. Také spěch, strach a zlost nutkavé pocity vyvolá a tu se tak rozčílí, že se musí přemáhat, aby sperma nevyšlo, jak silně to dráždí v rouře močové. Podráždění pohlavní působí podobně; hledí se ho všemožně vyvarovat. Jede-li povelom neb na saních, dostaví se dráždění v kříži, „v ledvinách“ a nutkavé pocity v rouře močové.

18letý obuvník míval často bolení hlavy. Před 3 týdny se mu zdálo, jakoby cítil šumění v hlavě, jako sodová voda a pálení, které se šířilo dolů až do prstů nohy a pak zmizelo. Jindy se mu zdálo, že duch v podobě člověka do něho vstupuje na temeni hlavy a tu se cítil jaksi silnějším. Jakmile se na někoho podíval, tu duch skrze nohy propadl a on se cítil zase slabší. Má nutkavé pocity, jako by měl nataženu kol uší, očí a spánku látku, podobnou pavučině nebo závoji, která mu překáží při práci. Jindy mu zase připadalo, že látka podobná vápnu vstupuje pravou nohou vzhůru a když dostoupila výše pupku, dělalo se mu špatně od žaludku. Když něco pojedl,

tu se to nohama ztratilo a on se cítil volnějším. Někdy se mu zdá, jako by „ještěřice“ mu běhaly po těle. Následkem těchto pocitů špatně spí. Lues a potus není. Rodiče zdrávi.

30letý úředník je po řadu let stíhán různými vnucenými stavy, které mu život ve značné míře ztrpčují. Mívá často bolení hlavy a při tom pocit, jako by se mu mozek zaněcoval. K tomu se druží strach před sešléním nebo zblbnutím. Často se dostavuje škrbání a stahování svalů v obličejí, zvláště je-li nucen trochu více mluvit. Udělá-li několik chyb při úřední práci (obyčejně přepsání v některém slovu neb vynechání slova) cítí se náramně rozsmutněn a má trudné myšlenky. Pronese-li ve společnosti pánů nějaké frivolní slůvko, mrzí se z toho, jelikož chce být zcela ryzí povahy. Přece však vždy za nějakou dobu do podobné pošetilosti upadne. Je velice nedůtklivý na své šaty. Položí-li lokte na stůl, hned se peskuje, že se odrou. Také se často sám se sebou hádá, zda přijde levněji nosit zimního času přezůvky nebo ne. Při tom cítívá v konečcích prstů jakési stahování a zmocňuje se ho odporný neodolatelný pocit plstnatosti. Při bolestech hlavy dostávají se myšlenky nutkající buď k zoufalému činu neb v nejmírnějších případech k nějakému násilnému skutku (aby dal vedle stojící osobě pohlavek a p.). Časem mívá období klidnější. Přemáhá se všemožně a hledí mučivé myšlenky zapudit. Vždy se mu to však nepodaří a tu pak vystojí muka. Práce ho nenamáhá, za to však ho rozčiluje hluk a šum, který v jeho kanceláři je skoro po celý den. Tu pak je mu mnohý kolega v kanceláři protivný a musí se dosti přemáhat, aby svojí nelibostí nedal průchod. Občas přicházejí teskné myšlenky sklíčenosti. Trpívá též přílišnou citlivostí, při níž vše, co se od charakterního jednání odchyluje, na něho bolestně působí. Někdy se mu sevře srdce takovou úzkostí, že se mu zdá, jako by měl upadnout. Občas se dostavuje bez nějaké zvláštní příčiny neb nějakého zevního podnětu rozčilení, silné bolesti v nohách a svírání v lících. Nemůže se pak ubránit myšlence, že je to progresivní paralysa, o níž slyšel od továrního lékaře. Hledí tu domněnku zaplašit, než bolesti neustávají a vnucují mu ji znovu. Bolesti nohou, k nimž se připojují i bolesti na konci páteře, někdy také na krku, dostávají se též pravidelně následkem hluku v kanceláři. K tomu se přidružují rozčilení a nesmírná únava v celém těle, jakož i nutkavé myšlenky. Někdy ho při tom rozbolí hlava až k prasknutí. V hostinci, kde je také dosti hluku, nic takového se nedostavuje. Také na vojenském cvičení mu bylo dobře, ač tam je také hlučno. Přes to pracuje v kanceláři skoro bezvadně a paměť má výbornou. Rád koná procházky třeba několik hodin cesty, což ho nijak neunaví, nýbrž spíše osvěží. Jindy sděluje: „Bolesti nohou a v páteři se dostavují pravidelně po nějakém podráždění sluchovém. K tomu se přidružila intenzivní bolest krku. Hraje velice rád na flétnu, krk bolí nejen při pískání na flétnu, nýbrž již při pouhém pomyslení na hudbu. Hledí se toho vystříhati, ale přece někdy rád k oblíbenému předmětu se vrací, což pak zpravidla odpyká. Bolesti tu bývají velice prudké a přenášejí se do hlavy v tom způsobu, že pociťuje loupání a zlost. Při tom však se může účastnit zkoušek hudebního sboru, jehož je členem. Během hry a po dobu trvání zkoušek, jakož i po zkoušce může mluvit a přemýšlet o hudbě, aniž by se dostavily ony bolesti a podrážděnost. To se časem ztratilo, přišly však jiné obtíže. Ačkoliv ho práce v kanceláři neunavuje, pociťuje po dokončení posledního dopisu bolest hlavy, která se stupňuje i když již nepracuje a sice se nejčastěji objevuje na temeni. Je to prudké loupání, které jaksi bezděčně způsobuje zatínání pěstí a zubů a s ním souvisí obavy a myšlenky nutící k nějakému hrubému činu. Myslí si někdy, že mozek mu měkne nebo že něco na něj tlačí. Totéž pociťuje při čtení zvláště nějaké knihy nebo časopisu a proto se v tomto oboru omezuje již na to nejnútnejší.

Starší slečna má po 12 roků nepříjemné bolestné pocity v zevních genitálních. Hledí-li usilovně zabývat se myšlenkami abstraktními, má na nějaký čas pokoj, obtíže však přijdou vždy zase znovu. Stav ten jí byl tak obtížným, že se odhodlala k operaci, při níž jí byly odstraněny $\frac{3}{4}$ klitoris. První dobu po operaci byla klidná, později se obtíže dostavily znovu v podobě olověného tlaku nad operovaným místem.

26letý syn rolníka nemá nikde stání, je bez energie, bez vlády, trpí nutkavými myšlenkami měnit stále místo. Jakmile tyto myšlenky přejdou, dostaví se hned značná bolest do rukou neb do nohou anebo je vystřídána bolest náhlou slabostí celého těla.

Bolesti v zastoupení obsessí emotivních nebo ideových často se pozorují. Pěkně líčí jich nástup inteligentní nemocný: „Podvečer šel návštěvou k příteli. Za stálého hovoru a neklidných temperamentních výkladů přítelových cítil nevolnost a potom bolesti v celém těle, podobné bolestem rheumatickým. Přemáháním jich a sledováním hovoru, který pojednou ztrácel pro něj zajímavost, rostly tyto obtíže. Proto pospíchal ve tmě domů. Zatím bolesti stupňovaly se tou měrou, že zdály se přímo nesnesitelnými. Chvillemi zdálo se mu, jako by celý organismus jeho měl se bolestí a úzkostí shroutiti. Okolí své viděl jako skrze závoj, poznával sice ustrašené tváře příbuzných, zvláště své ženy, snad se jim i omlouval, ale vše to byla více méně slova, neboť celá mysl jeho byla soustředěna jen a jen k domnělé katastrofě. Zmateně probíhaje z pokoje do pokoje, aby unikl dráždivým pohledům svého okolí, prožíval hrůzu chvil posledních. Jen ženu chtěl mít u sebe, ježto mu nejlépe vyhovovala a rozuměla. Celé tělo bylo nadmíru citlivé, již pouhý dotek budil palčivý pocit, jako by ruka dotýkala se živého masa; nesnesl ani obkladů. Spal jen hodinu. Po 12 hod. procítl krutými bolestmi, „jež sítě své rozprostřely po celém těle, ani čelisti a oči nevymájejí“. Nemocný zdvihl se několikrát s lože, aby prostými pohyby si ulehčil, ale ruce přes všechnu bolest byly jako ztuhlé, „chromé“. Rovněž šíje a zvláště záda a žaludek byly střídavě ožehnuty křečovitou bolestí. Chvillemi záda připadala nemocnému jako želví krunýř, sestávající z kožených plátů k páteři přilepených, z nichž každý (při obrácení nebo zakašlání) bolestil jiným způsobem. Pouze mozek (tak zdálo se) byl ušetřen bolestí, ač i tu byla úzkost, že i jimi bude též zachvácen. Ale když probouzející se život venku ohlašoval blízký den, nemocnému přes nevyspání a utrpení značně se ulehčilo. Rovněž vědomí, že v několika hodinách bude zase v rukou svého lékaře, mocně povznášelo pokleslou mysl a nemocný vesele odjížděl do hlavního města, kde ruch a život spíše jej rozptylují než unavují.“

Velmi pěkný doklad substituce bolestí za obsesse jiné pozoroval jsem u staršího inteligenta,³⁷⁾ který trpí neurosou obsedantní po celý život. Obsesse ideativní, emotivní, impulsivní a bolesti obsedantní střídají se se stavy rozčilení, deprese a zlobné neb radostné nálady, při tom velmi pilně pracuje, jest vynikající odborník. V době bolestí naznačuje někdy anatomické rozvětvení nervů, které vidí před sebou jako rozžhavené dráty.

Rozličné funkční syndromy sensitivní, periferní a hluboké, objektivní i subjektivní povahy, v průvodu zhusta innervacních poruch motorických, sekretorických, vasomotorických, sensoriálních a náladových, za úplně jasného vědomí neb lehkých jeho zákalů pozorují u epileptiků jako aekvivalenty záchvatů epilep-

³⁷⁾ Viz Stavy obsedantní. Haškovec-Šimerka. Revue v neurologii atd., 1921.

tických i mimo epilepsii samy o sobě. Případy druhé označil jsem jako sensitivní epilepsii. Často přichází v noci, nezřídka u neuropatů zvláště citlivých na vlivy atmosferické. Zhusta bývají to záchvaty paraestetických bolestí se ztuhlostí svalovou (mravenčením, tuhnutím končetiny, poloviny těla, celého těla), někdy s hyperidrosou, celkovou nevůlí a bez každé spojitosti s orgány pohlavními, potravou neb lékem. Záchvat trvá minuty až i půl hodiny, po záchvatu často bolesti hlavy, ospalost, průjmy, anebo úleva uklidňující. Někdy během záchvatu neb po něm obsedantní myšlenky a stavy.

Coenaesthopathie.

Coenaesthopathie, vyskytující se při chorobách organických (tabes, progressivní paralyse, encefalomalacii, encephalitis epidemica), v otravách, v stavech horečnatých a hlavně v neurosách (hysterii) a psychosách, hraničí s obsessemi neb i stavy delirantními. Jsou to rozličné pocity, na př. vyteklých očí, opuchlých očí, rostoucí hlavy, rostoucí ruky, rozštípené hlavy, delších zubů, ztráty ruky. Na coenaesthopathie mají snad vliv i periferní poruchy sensitivní, jmenovitě sympathické, ale hlavně působí poruchy ústředí sympathických, ve spojení s poruchou ústředí psychického kolem III. komory. Studium coenaesthopathie a jejích vztahů k těmto ústředím, jakož i studium vzájemných vztahů ústředí k rozličným humorálním podnětům, k funkcím endokrinních žláz a kůry mozkové, není ještě ukončeno.

Coenaesthopathiemi stížení, u nichž nezřídka se objevují příznaky katatonické a schizoidní, dysmnesie časové a prostorové, příznaky hysterické, zakuklená epilepsie i stavy hallucinatorní a u nichž od úplného jasu vědomí až do lehčí obnubilace psychické pozorujeme všechny přechody, udávají dále nutkavě své pocity svrchovaně rozmanité a zajímavé: nemají hlavy, necítí nohy, nemají těla, necítí jednoho boltee ušního, hlava, ruce od lokte se zvětšují do ohromných rozměrů a při tom současně mizí jejich tíha, mají rozštípenou hlavu, jeden boltec ušní větší, jedna končetina jim mizí, půl těla se ztrácí. Poslyšme přímo stesky některých neuropatů:

35letá žena připadá si jako stroj, spí, jí, ale jako by o tom nevěděla, jako by nebyla, ví, že chodí a mluví, ale nemá žádnou skutečnost, neví, je-li živa. 24letá žena má pochyby, je-li na světě či není. 30letému techniku zuby se delší, v takovém obsedantním záchvatu upiloval si část zubu. 30leté učitelce se vnucuje pocit, jako by měla cizí hlavu, jako by byla větší a byla na podstavci. 23letý svobodný zemědělec je trápen pocitem, že mu „nos visí“, má pocit, že „nemá nohy“. 20letý technik jako by měl pravou stranu obličeje větší, jako by mu vadly ušní boltee. Jiní nemocní udávají, že žijí jen zevně, jen okolí burcuje je k životu, nedovedou si uvědomit přítomnost, vše je jim

cizí, neurčitě, sami na sebe se nemohou upamatovat, přestávají existovat, celé tělo mizí, svět se jim zdá v jiném světle, jiný, jsou jako v agonii, jako by se k nim mluvilo ze záhrobí, jsou nesví. 39letý obchodník cítí v hlavě všechno „vodnatě“, jako „shnilé“. 44letý muž žije bez života, bez energie, bez životní vůle, jde a neví, neví o hlavě, jak se pohybuje, žije v něm jenom duch, počíná si jako stroj, je zbaven všech pocitů, připadá mu, jako by nemyslel, jako by neměl hlavy, není si vědom poměru hlavy, vše mu připadá divné, neví, jak na věci koukat, nemá energie, nemá vůle, je jako automat (ač vše vykonává správně), žije, jako by neměl tělo, je mu vše lhostejné, ač na druhé straně jest velice citlivý; mluví-li, zdá se mu, že to není on, že je to někdo jiný. Týž nemocný zanechal spoustu písemných dokumentů prozrazujících měnlivost nálady (pessimistickou sklíčenost, povznesenou, radostnou, skoro manickou náladu, v níž je schopen lyrického líčení), schopnost i bystrého postřehu vedle neúčelné rozvláčné žvanivosti; úplný jas vědomí, vítězící nad nutkavou představou deroucí se v popředí a nad nutkavým jevem, střídá se se zákalem chorobné domýšlivosti i hotovým paranoickým vjemem; v rozvláčných popisech svého života a rodinných poměrů zanechává kresby a karikatury velmi případné a pěkné vedle klikiháků schizofreniků a dementia praecox. 35letý intelligent 19./II. 1900 při četbě zábavné knížky náhle ve 4 hod. odpoč. pocítil ztrátu citlivosti v levé horní končetině. Ruka jako by byla cizí a „při doteku žádný pocit“. Tento zjev se šířil na celý trup a hlavu až do pravé dolní končetiny. Levá končetina dolní byla zcela normální. V tomto stavu, asi 3 hodiny trvajícím, neukrotitelný pocit hladu, který nezmizel, ačkoliv večere byla vydatná. Úplná slabost a pocit, že nemocný neleží na posteli, jenom ve vzduchu; zdálo se mu, jako když se učí koukat, lidé jako loutky. V tramwayi najednou ztratil půdu pod nohama a měl nutkavý pocit, že jede napříč. 20letý studující je jako stroj, má pocit, jako by mluvil „z ucha“. 20leté děvče má občas pocity, jako by nemluvila z hlavy, nýbrž z těla (ukazuje na epigastrium), kde jako by byla myšlenka, jako by byla ztratila všechnu sílu a nemohla nic zvednout. 33letá žena má pocit, hlava jako by se roztahovala, nabíhala, jazyk jako by lezl do krku. 46letá dcera rolníka má pocit, jako by měla jen půl hlavy, jenom půl těla, pocítí každou kost v těle, jako by byla ze samých kostí, jako by měla kosti brzo napřed, brzo vzadu srovnané, jako by se jí tělo rozcházelo, jako by měla ruce a nohy „prýč“. 26letá paní píše sama: Skutečnost se mi jeví jako sen, svět se zdá vzdáleným, jako bych ztratila své vlastní „já“. Tento psychický stav je mi strašně trapný, stále se pozoruji, zdali se chovám jako normální lidé, ačkoliv nikdo jiný prý nic na mně nepozoruje. Nemohu myšlenky své spořádati a dívám se, že chápu řeč jiných a přiléhavě odpovídám. Někdy zasvitne světélko a zdá se mi, že jsem tou, jakou jsem bývala, ale zase zhasne. Dívám se na př. na ruce a uvědomuji si, že jsou „moje“ a to slovo „moje“ se mi zdá tak divným, nepochopitelným. Do hlavy se mi derou rozličné obsesivní nápady a impulsy. Zdá se mi, že jsem ztratila sama sebe. Vím na př., že sedím, mluvím, ale stále si to znova a znova uvědomuji a je mi to divné, nepochopitelné. Cítím stále kontrolora nad svým „já“. Moje pohyby mi připadají jako zvykové, neživotní. Připadám si jako v začarovaném kruhu, ze kterého se nemohu dostat, stále si říkám, že jsem táž jako dříve, ale cítím, že to není pravda, vím, že svět je týž, jako byl, jen já že jsem se změnila. Jako by duše odlétla z těla, a zbyl pouhý stroj. 50letý rolník má pocit, jako by se mu obličej chýlil dopředu, jako by se mu byla hlava rozstoupila a on uprostřed cítil nerv, jako by měl osoby v hlavě, pak jako by se mu byla nějaká osoba zachytila na hlavě a on s ní chodil, táhlo ho to k ní. Zdálo se mu, že celé tělo roste do výšky, hlava jako by rostla, že až pokoj pro ni nestačí, obličej že se posunuje

dopředu a za ním i celé tělo, aby zůstalo v rovnováze. Ví, že to není pravda, že to nemůže být, ale ty pocity ho „posednou“, měl pocit jako by byl venku, vznášel se, byl v cizích městech, hlava jako by byla v povětří, nervy jako by se táhly zdola nahoru, čelo jako by se tlačilo pořád dopředu, do nedozírna. Bojí se mezi lidi, aby se mu nenalípali na hlavu. Zdá se mu, že nemá tělo, žádný život, že se mu všechno hrne nahoru a roste do nekonečna, že to nemůže ani postihnout. Někdy má hlavu jako nápadně malou, někdy zase jí nestačí světnice. 25letá žena má pocity, že se jí hlava stále větší a větší a roste, nebo jako by jí krk rostl tak, že povoluje límeček a šat. 40letá učitelka má nutkavý pocit, že jde opačně, nerozpozná nasycení ani hladu, ztrácí i dimense časové. 46letý úředník sděluje: Mizí mu tělo, nechápe dimense času, ztrácí dimense místa a času, žena a dítě jsou mu cizí. Ztrácí pocit svého „já“; neví, je-li to on, teprve když se upamatuje, že je ženat, že má dítě a pod., přichází k sobě. Chodí jako figura. Má dojem, že co bylo včera, je půl léta, a to ho irituje. Odejde od lékaře a vzpomíná, bylo to před rokem? Opakuje dále tytéž nářky. Má pocit, jako by noha byla motouz, a dole závaží. „Já se ztrácím, já se rozptyluji, stojím jako mumie, to nejsem já.“ Viděl, slyšel dobře a události dobře reprodukuje a na ně vzpomíná, ale časovou dobu, kdy se udály, nechápe; ví, že to bylo včera, ale to včera ztrácí se mu v dálavě. Nejen o včerejšek běží, ale i to, co se stalo před 10 minutami, stejně se vzdaluje. Nemůže se dopočísti času, co bude do Vánoc. Ruce jako plynové, sáhne-li po čem, cítí to, ale jako by ruce neměl. Zdá se mu, že to bylo dávno, co bylo před ¼ hodinou, ví, že byl u holiče, ale neví kdy; chodí jako mechanická figura, ztratil já, neví, že je to on, má v sobě jako stlumenou zuřivost. Jakmile se nají, je lépe. Vypravuje jako mechanická figura, neví, mluví-li správně. (Správně hovoří.) Přijde-li od lékaře, prodlouží se mu interval na měsíc, rok, a to mu budí hrůzu. Ztrácí pocit svého já; ty pochyby a pocity, je-li to on, jsou hrozné, ale snáší to, není baba; ale přijde-li to vehementně, je celý pryč. Přišel jako automat. „Vše, co jsem konal, konal jsem jako mechanická figura. Doma připadá mi často cizím celé okolí, pokoje, nábytek, ba někdy dokonce i žena a dítě. I já sám sobě připadám neznámým a mám se za mechanickou figuru, na kterou jako bych zpozvdálečí hleděl a dbal jen toho, aby si v mluvě a konání správně počínala.“

Velmi pěkně líčí coenaesthopathie v otravě meskalinové, kterou sám na sobě pozoroval, Šerko.³⁸⁾

³⁸⁾ Použil podkožní injekce obsahující vodní roztok 0.15 až 0.20 gr meskalinu (alkaloidu z mexické kaktusovité rostliny Anhalonium Lewinii). Po hodině přišla lehká nausea s třesavkou a poněkud veselá nálada, po této náladě pak značná hyperaesthesie k barvám, stále se stupňující. Nepatrnůstky (cigaretové oharky, dřívka od sirek, skvrny inkoustové atd.) vedle jiných objektů a samy stíny v pokoji zazářily a vyšlehly nepopsatelnou hrou barev odstíněných do nejmenších detailů a živě upoutaly zrak i pozornost. Celý pokoj se proměnil v podivuhodně krásný pohádkový nevidaný jas, lesk a hru barev. Při tom byla jará, lehká, měkká, vše objímající nálada. Po 2—3 hodinách dostoupila otrava vrcholného stadia a pak znenáhla ustávala. Ve stadiu akme přišla hluboká desorientace časová, lehká desorientace místní a čilé hallucinace zrakové a haptické. Běh času je subjektivně nesmírně zrychlen, dojmy sotva zažité upadají v dávno minulost, zážitky nelze zachytiti, takže se časové vědomí vůbec ztrácí. Mysl je unášena mysticky pohádkovým viděním. Místnost sama zdá se nekonečná, cizí, záhadná, do všech rozměrů zvětšená; to trvalo, i když zraková hyperaesthesie a hallucinace ustaly. Na chvíli — několik minut —

Objevily se somatopsychická hyperaesthesia, kinaestetická hmatová, haptické hallucinace a coenaesthopathie. Noha se odděluje od těla, obličej má obrovské dimenze, ruce rostou, střídají rozličné transformace, hlava se otáčí, oddělená hlava trčí ve vzduchu atd. Tento obraz otravy není u každé osoby pokusné týž, a ani u jedné a téže osoby nepůsobí otrava vždy stejný obraz. (Šerko).

Na neuropathy, kteří se vyznačují zvlášť choulostivým sensitivním ústrojím, působí již minimální podněty, na něž normální individuum jinak nereaguje. Dostavují se u nich rozličné algie a dysaesthesiae povrchové a hluboké vlivy povětrnostními, atmosférickými, stavem vlhkosti, tlaku a hustoty vzduchu, sebe menšími úchytkami výměny látkové, otravnými stavy exogenními, při dně, diabetu, zácpě a vlivy emočními. V těchto případech zvlášť nutno přihlídnouti k stavu vrozené neb intra vitam získané dispozice neuropathické.

Z e z n á m e k d e g e n e r a č n í c h v oblasti sensitivní pozorovaných zasluhují povšimnutí větší neb menší oblasti anaesthesiae a hyperaesthesiae kožní, symptom Westphalův, ztráta dráždivosti ejakulačního centra, studenost kůže (rybí kůže), a jak již uvedeno, algie centrální, jmenovitě viscerální, coenaesthopathie a rozličné obsesse.

S i m u l a c e nebo a g r a v a c e objektivních a subjektivních poruch citlivosti týká se obyčejně anaesthesiae kožní a bolesti, často ischialgie. V prvním případě k odkrytí simulanta dráždíme kůži faradickým proudem pomocí elektrody s přerušovačem. Po přiložení elektrody bez proudu vyšetřovaný nečiní žádných projevů. Po nepozorovaném zapnutí proudu nastane zřejmý obranný reflex s pohnutým neb bolestivým výrazem v tváři. V organické anaesthesii kožní schází odklon střelky v galvanometru v hysterické nebo simulované anaesthesii odklon persistuje ano bývá i větší než de norma. Schází též v organické anaesthesii algetický reflex Běchtěrevův (nociceptivním podrážděním kůže v tváři nastává dilatace zorničky) nebo reflex Mannkopfův (accelerace tepů) při tlaku na domnělé bolestivé místo. Simulovanou ischias prozradí příznak Lasègueův, jehož objektivnost kontrolujeme ještě počtem tepů, event. jednostranný reflex gluteální, zpravidla v lehu postřehnutelný zvýšený tonus svalový na končetině choré, jehož stehno má více obrysy kolmého oválu, kdežto končetiny zdravé horizontálního oválu. Nemocný

přišel stav stuporoslí, po něm zase těžká časová a místní desorientovanost. Při tom byla však relativní orientace uchovalá; autor věděl, kolik je hodin a kde jest. Hallucinací byl si a u t o r vědom; podle jeho domněnky vycházely z hyperaesthesiae sítnice a byly přítomny, i když byl, zatlačiv na oči, v temnu. Hallucinace záležely ve fantastické, živé, ze sebe se vyvíjející nejnemožnější hře barev, postav, scén, událostí atd. Šerko má tyto zjevy za skutečné hallucinace a ne za pouhé „smyslové představy“.

stižený obyčejnou ischias může choditi; kdo odpírá, jest velmi podezřelý z agravace a simulace.³⁹⁾

PORUCHY ZRAKOVÉ.

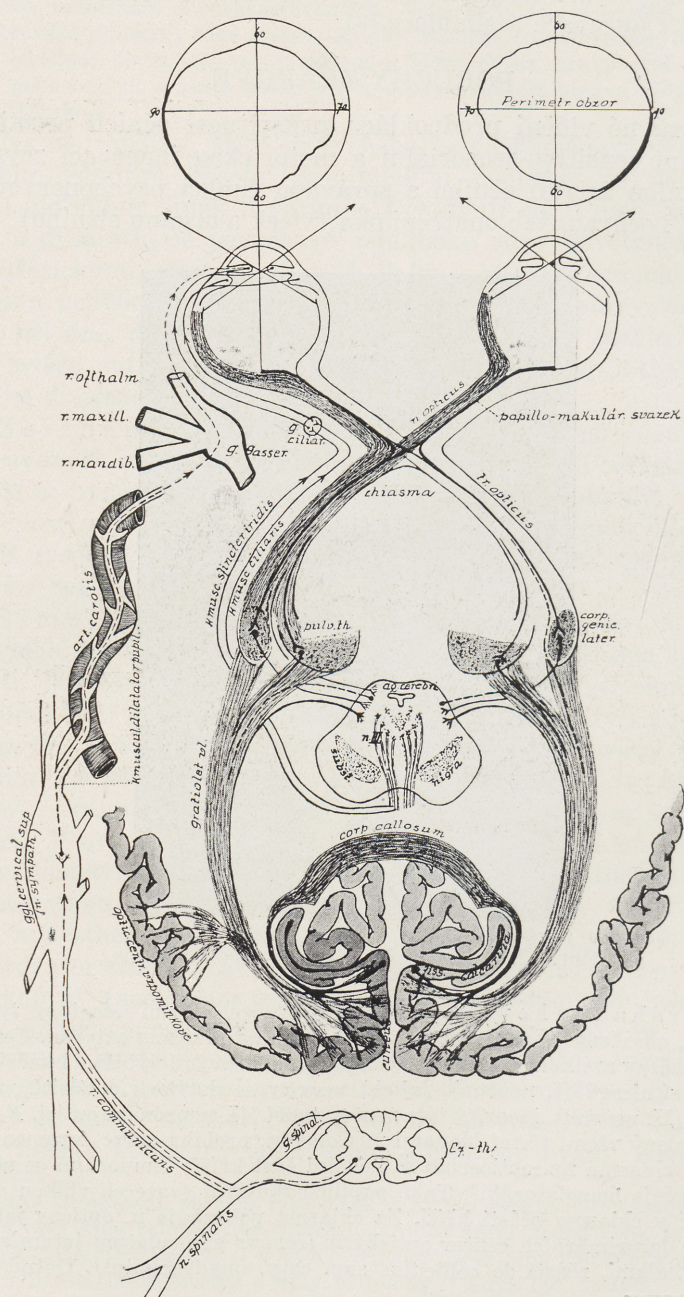
Správné vidění předpokládá průsvitnost očních prostředí, normální sensitivo-sensoriální a motorickou innervaci zevního i vnitřního ústrojí očního a správnou funkci psychonervového ústředí i ochranných opatření oka (víček a orgánu slzního).



Obr. 77. Svis horního víčka v tabes dorsalis.

D r á h a z r a k o v á se počíná v sítnici specifickými receptory tyčinek a čípků, obsažených ve vrstvě buněk pod lamina limitans externa. Centrálními výběžky artikuluje tato vrstva s protoplasmovými výběžky buněk zevní vrstvy sítnicové (I. neuron), jejichž neurity se dotýkají dendritů vnitřní vrstvy (II. neuron). Neurity této vrstvy tvoří III. neuron n. optici. N. opticus, obalený všemi třemi blanami mozkovými, probíhá skrze foramen opticum. V chiasma nn. optidorum se nasátní část kříží; temporální se nekříží a pokračuje homolaterálně. Také papillomakulární svazeček vláken nervových se v chiasma zčásti kříží. Za chiasma pokračuje n. opticus jako tr. opticus do primárních center optických (corpus geniculatum laterale, pulvinar thalami, zčásti do colliculus sup. corp. quadrigemini). Odtud spěje

³⁹⁾ Ve schematu sensitivních syndromů míšních připojují zároveň diferenciálně-diagnostický přehled motorických syndromů míšních a syndromů periferních.



Obr. 78. Dráha zraková.

IV. neuron, tractus thalamooccipitalis (Gratioletův svazek), zadní částí capsula int. do centra zrakového v okolí fissura calcarina, části cuneu a horní části lob. lingualis.

Motorická cerebrosponální innervace zevního svalstva očního, o níž bude ještě řeč v další kapitole, řídí pohled; pohyby bulbů očních umožňují zření stereoskopické, sympathická innervace vnitřního svalstva akkomoduje oko. N. abducens innervuje m. rectus ext., n. trochlearis m. obliquus sup., n. oculomotorius mm. recti sup., inf. a m. r. int., m. obliquus inf. a levator palpebrae sup. Parasympathickým vláknem innervuje n. oculomotorius m. sphincter iridis a m.



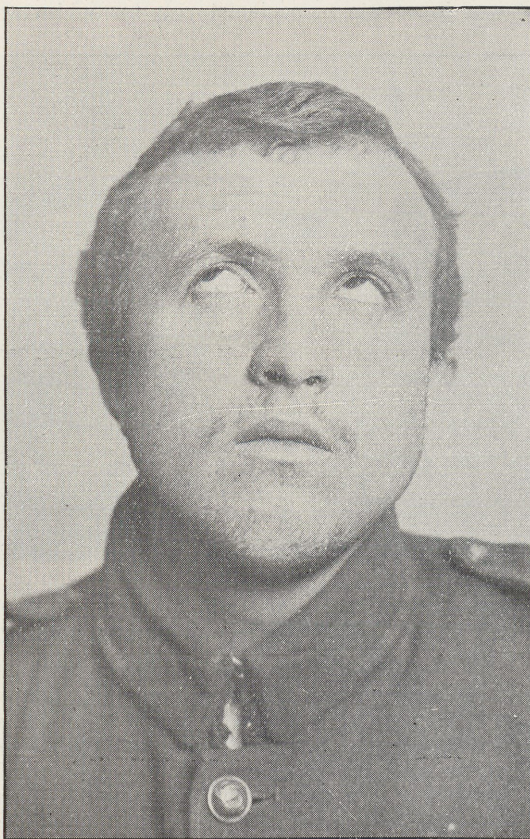
Obr. 79. Periodická obrna n. oculomotorii sin. (Migréna ofthalmoplegická.)
Postavení bulbů v pohledu do prava.

ciliaris. Činností m. ciliaris zmenšuje neb zvětšuje se konvexita čočky, mění se lomivost světelných paprsků a akkomoduje se oko pro vidění do dálky a do blízka. Dilatator iridis je innervován orthosympathikem, jeho dolní střed (centrum ciliospinale, Budge-Grasset) jest v I. dorsálním segmentu míšním [horní (Vulpian) v míše prodloužené v okolí jádra vagu nebo trigemini]. Skrze rr. communicantes albi jdou z míchy vlákna do krčního sympathiku, do ganglion cervic. sup., do plexus carot. int., do I. větve n. trigemini a jako nn. ciliares longi k dilatátoru.

Sensitivní dráha: n. trigem., ganglion Gasseri (I. neuron.), dráha v pons a kontralater. ganglia v mostu (II. neuron), dráha v pedunkulu, capsula int., kora pariet. laloku (III. neuron).

Ohledání ústrojí očního je velmi důležité v každém případě a nesmí býti nikdy opominuto; je-li potřebí, provede je okulista. Vyšetření zornic a reflexů zorníkových, event. ostrosti zrakové a obzoru zrakového s pozadím očním je nezbytnou pomůckou pro diferenciální diagnosu a téměř vstupní branou diagnostiky chorob nervových.

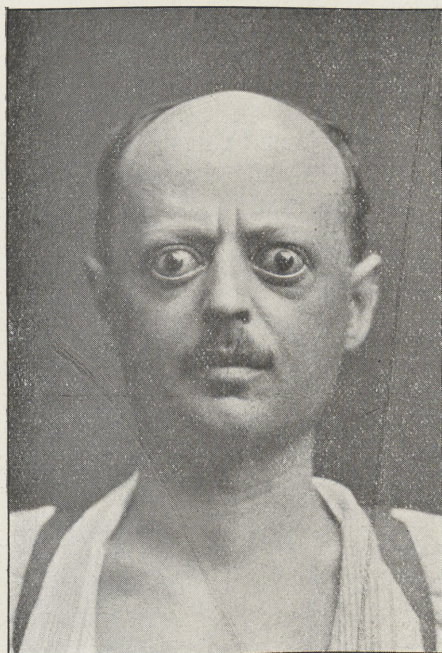
Vyšetřující ústrojí oční, neopomineme srovnati nález na obou očích. Popíšeme při zevním ohledání poměry očnice a bulbů očních, event. lokální affekce víček a spojivky, kongenitální úchyly a defekty a všimneme si šíře a závěru štěrbin očních: jsou-li štěrbiny oční stejné, nejsou-li zúženy, rozšířeny, není-li kontraktury, obrny, svisu horního víčka (křeč v hysterii, ptosis



Obr. 80. Deviace bulbů v epidemické encefalitidě.
(Taussig, Dosužkov).

tabiků, v obrně faciální, v myasthenii, kongenitálně). Zkoumáme postavení a pohyb bulbů očních: není-li obrny neb kontraktury některého zevního svalu, jsou-li pohyby všemi směry volné, zda bulby správně konvergují při fixaci předmětu, nejeví-li se nystagmus (horizontální, oscillatorní, vertikální, rotatorní), strabismus paralyt. convergens, divergens, deviace, nejsou-li bulby prominentní (exophthalmus v m. Basedow⁴⁰) a j.) neb

nezapadají-li (enophthalmus v obrně sympathiku). Pozor na event. prothesu oční! Poznamenáme zvlášť změny sekretorické (jednostranné slzení v neuralgia n. trigemini, snížení neb potlačení ve faciální obrně), vasomotorické a trofické (vředy a herpes rohovky). Povšimneme si event. zákalů, jízev a zbarvení rohovky



Obr. 81. Exophthalmus v nemoci Basedowově.

(gerontoxon, hnědozelené zbarvení rohovkových okrajů Fleischer-Wilson), zákalů čočky a j. (jízev rohovkových na př.). Všimneme si barvy duhovek, zbarvení spojivky (afekce žluční atd.). Sledujeme event. jiné příznaky průvodné neb dokonce kauzálně souvislé s poruchami shledanými (afekce intraorbitální, traumata, rheumatismus, syfilis, meningitis, tumory mozkové, afekce na basi mozkové, encefalitidy, tabes, otravy endogenní a exogenní a j.).

Zjistíme citlivost spojivky a rohovky, vyšetřujeme ji šetrně jemným dotekem prstu neb hlavičkou

⁴⁰⁾ Zároveň event., nepozoruje-li se příznak Graefeův (horní víčko nepohybuje se dostatečně při pohybu bulbu očního, jmenovitě při pohybu tohoto dolů), příznak Stellwagův (schází bezděčný závěr oka), nebo Möbiusův (nedostatečná konvergence bulbů očních [slabost m. rectus int. ?]). U parkinsoniků po podráždění často objeví se kmitání víčka.

špendlíku. V organické neb funkční hypaesthesii neb anaesthesii spojivky (u neuropathů, při hysterii, při záchvatu epileptickém, bezvědomí) schází obranný reflex víčka. Anaesthesie rohovky pozoruje se při počátku hemianaesthesie cerebrální, není však trvalá. Oční herpes, který bývá velmi bolestivý, zanechává anaesthesii. Příčinou jeho bývá affekce ofthalmické větve n. trigemini neb ganglia Gasseri. Nezřídka objevuje se spolu s keratitis neuroparalytica, též po poruchách mostu (při syfilis, tumorech), ale i po meningitidách, při exostosách, při aneurysmatu carotis int. a j.

Z o r n i c e vyšetřujeme za dostatečného denního neb umělého osvětlení, po obou stranách stejného, nejlépe tak, že se passivně zakryjí obě oči horními víčky, neb tak, že se rukou zakryje vždy jedno oko a pak obě oči zároveň. Zjistíme šíři zornic: jsou-li prostředně široké, 2—3 mm, podprůměrně široké, pod 2 mm, neb špendlíkovitě zúžené (miosis), či nadprostředně široké, více než 3 mm, neb ad maximum rozšířené (mydriasis); dále, jsou-li široké stejně či nestějně (anisokorie), jsou-li okrouhlé, okrajů rovných či nerovných, jak reagují na světlo a při pohledu z blízka (reakce uchovalé, hbité, líné), či jsou-li zornice nehybné, ztuhlé. Pozor na mydriasu zornic po atropinu, na mydriasu a ztuhlost zornic po affekcích duhovky, úrazech, operacích a jinakých affekcích očních! Zornice de norma bývají u individuí mladých prostředně i nadprostředně široké, u lidí dospělých a starců užší až i špendlíkovitě zúžené. U některých neuropathů, jmenovitě epileptiků, hysteriků, vagotoniků, bývají zornice nadprůměrně široké a reakce nezřídka pomalá. U hypermetropů jsou zornice užší, u myopů široké. Šířku zornice měříme event. pupillometry.

A n i s o k o r i e bývá kongenitální nebo akvirovaná. Akvirovaná anisokorie, není-li zaviněná traumatem a proběhlými záněty lokálními, má v symptomatologii chorob nervových velikou důležitost a nutno vždy bedlivě její příčinu vyšetřiti. Anisokorie a ztuhlost zornic jest typickým zjevem v chorobách metaluetických. Anisokorie vyskytuje se ovšem mimo tabes a progressivní paralysu i v chorobách jiných, jako v encefalomalacii a haemorrhagii, při haematomech durae matris, při nádorech corp. quadrig., pedunkulu, mozečku a v syringomyelii. Vyšetření však ostatní, reakce BW, nález v likvoru a spolehlivá anamnesa ukáže na event. její příčinu metaluetickou.

M i o s a vzniká drážděním parasympathického vlákna n. oculomotorii, zásobujícího sfinkter pupilly, nebo ochrnutím orthosympathiku, zásobujícího dilatátor pupilly; mydriasa opakem: ochrnutím sfinkteru nebo podrážděním dilatátoru. Miosa