1215

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

PAMIĘTNIK

XXX LECIA

DZIEKANKI



KRAJOWEGO ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO

POD

GNIEZNEM

ROK II—1925 ✳ DZIEKANKA ✳ KWART. I.

TREŚĆ.

Wstęp . . . . str. 3

Część I. (Dział sprawozdawczy)

Kraj. Zakład Psychjatr. Dziekanka „ 4

I. Opis Zakładu . . . „ 4

II. Powstanie i rozwój Zakładu „ 23

III. Zestawienia statystyczne . „ 45

IV. Gospodarstwo przemysł.-rolne „ 53

V. Sprawozdanie administracyjne z roku 1924 . . . „ 56

VI. Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance . . . . „ 62

Część II. (Dział naukowy)

Prace oryginalne . . . „ 77

1) Doc. Dr med. R. Radziwiłłowicz — Usiłowanie . . . „ 77

2) Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski. — Trzy przypadki napadowej zwrotnej nieruchomości źrenic po ciężkim urazie głowy „ 92

3) Dr. O. Bielawski. — Zespół objawów prążkowo-wzgórzowy „ 98

Streszczenia i oceny . . . „ 102

Wiadomości bieżące . . . „ 103

SOMMAIRE.

Introduction . . . . page 3

Première partie: Rapport sur l'hôpital psychiatrique Dziekanka „ 4

I. Description de l'hôpital . „ 4

II. Fondation et développement de l'hôpital . . . „ 23

III. Résumé statistique . . „ 45

IV. Industrie agrycole . . „ 53

V. Rapport administrative de l'anné 1924 . . . „ 56

VI. Quelques remarques sur le traitement des aliénés à Dziekanka . . . . „ 62

Deuxième partie: (scientifique)

Travaux oryginanx

1) Doc. Dr. med. R. Radziwiłłowicz — L'effort . . . „ 77

2) Dir. et méd. en chef, Dr med. Dr. phil. Al. Piotrowski — Troix cas du syndrome d'Argyll-Robertson á la suite des graves traumes craniens . „ 92

3) Dr. O. Bielawski — Syndrome thalamo-striaere . . . „ 98

Résumés et appréciations . . „ 102

Informations . . . . „ 103

„Nowiny Psychjatryczne" zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Dzięki poparciu tutejszych władz samorządowych przedpłata wynosi kwartalnie tylko 2 zł. (+ 40% z powodu podwyższenia kosztów druku po strajku drukarzy).

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych" z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (2,80 zł.) i wysyła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 złote.

Redakcja „Nowin Psychjatrycznych".

I-372

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM
PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA
RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROCZNIK II — 1925

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH" T. A. W GNIEŹNIE.

BIBLIOTEKA AKADEMII GÓRNICZEJ
w Krakowie

1950. V. 254/14

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ROK II. DZIEKANKA KWART. I.
1925

WSTĘP.

W dniu 20. października 1894 r. przewieziono z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach pierwszych chorych do nowo wybudowanego zakładu Dziekanka pod Gnieznem. Dzień ten należy uważać jako dzień oficjalnego otwarcia Zakładu. Od tej chwili upłynęło 30 lat. Rok 1924 jest zatem rokiem jubileuszowym 30-letniego istnienia Zakładu.

Dyrekcja Dziekanki postanowiła uczcić rocznicę tę przez wydanie

ZESZYTU JUBILEUSZOWEGO NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH

zawierającego opis Zakładu, notatki kronikarskie tyczące jego powstania i rozwoju, sprawozdania administracyjne, tablice statystyczne, wreszcie charakterystykę lecznictwa psychjatrycznego w Dziekance (część I). Pozatem składają się na treść zeszytu naukowe prace oryginalne, oraz streszczenia i oceny prac zagranicznych autorów (część II).

Na wydanie zeszytu jubileuszowego Starostwo Krajowe w Poznaniu udzieliło odpowiedniej subwencji, okazując i tym razem życzliwość dla instytucji.

Poznańskie Starostwo Krajowe zajmuje się żywo sprawami Dziekanki, stara się o jej dobro i rozkwit, podniosło administrację Zakładu na wysoki poziom sprawności, położyło duże zasługi około rozwoju Zakładu nie tylko pod względem leczniczym, ale także pod względem naukowym, czego najlepszy dowód stanowią

NOWINY PSYCHJATRYCZNE,

założone przy pomocy Starostwa Krajowego Poznańskiego i utrzymywane także dzięki poparciu Starostwa Krajowego Pomorskiego.

Władze te okazały uznania godne zrozumienie dla potrzeb psychjatrji polskiej, za co Redakcja wyraża niniejszem głęboką wdzięczność.

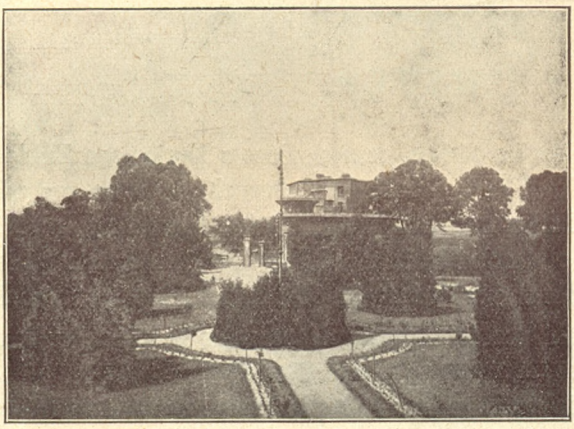
CZĘŚĆ I.

(DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY).

KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJÁTRYCZNY DZIEKANKA.

I. OPIS ZAKŁADU.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka zbudowany w r. 1894 w odległości 1 klm od Gniezna, położony po lewej stronie szosy prowadzącej do Poznania — po prawej stronie wznoszą się domy mieszkalne dla pielęgniarzy — może pomieścić w razie potrzeby do 1000 chorych. Do zakładu należy obszar przeszło 600 morgowy, graniczący na zachodzie z gruntami miasta Gniezna. Z terenu tego przypada ca 100 mórg na dziedzince, (Ryc. 1), ogrody, parki, sady. Reszta, 500 mórg uprawnej roli z zabudowaniami, tworzy folwark (Ryc 2), na którym pacjenci zakładu zdolni do pracy rolnej znajdują odpowiednie zajęcie. Na obszarze Dziekanki postawio-



Ryc. 1.



Ryc. 2.

no 50 budowli o różnem przeznaczeniu (21 pawilonów szpitalnych). Do Zakładu wchodzi się od szosy przez główną bramę, mija się domek oddźwiernego po lewej stronie, a kaplicę (Ryc. 3.) zakładową i wodotrysk po prawej stronie wejścia.



Ryc. 3.

Na przeciwko wjazdu wznosi się imponujący dwupiętrowy gmach administracyjny (Ryc. 4.) Po prawej stronie gmachu administracyjnego widzimy wilę dyrektorską, po lewej stronie wilę lekarzy-prymarjuszy. Na drugim planie w pośrodku obszernego



Ryc. 4.

dziedzińca (Ryc. 5) wznoszą się budynki gospodarcze. Na uboczach dziedzińca ustawione są 4 domki, mieszczące studnie o zapędach elektrycznych, dalej rzeźnia i straż pożarna, kuźnia i waga decymalna dla wozów ciężarowych. W południowej części obszaru zakładowego znajduje się prosektorjum W zachodnim parku



Ryc. 5.

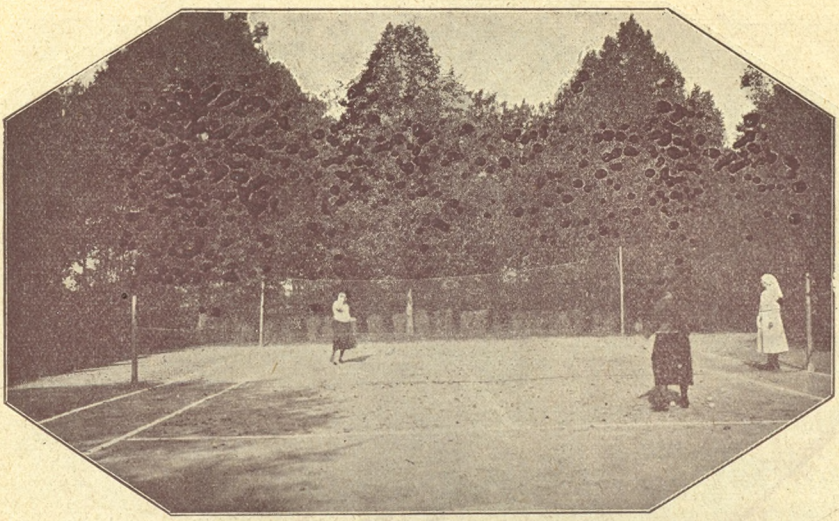
położonych jest 10 pawilonów szpitalnych dla kobiet, plac tenisowy (Ryc. 6.), na wschodnim terenie 11 pawilonów dla mężczyzn, wila lekarzy ordynatorów (Ryc. 7.), cieplarnia, dom dla I. ogrodowego, dom dla II. oddźwiernego, kręgielnia, plac footbalowy. Zakład posiada własną kanalizację, wodociągi, elektryczne światło. centralne, ogrzewanie dla pawilonów szpitalnych.

Pawilony mogą pomieścić :

1.	Na oddziałach	dla pensionarzy . . .	2	× 35	=	70 osób
2.	„ „	„ pacj. będ. pod obserwacją	2	× 46	=	92 „
3.	„ „	„ spokojnych . . .	2	× 56	=	112 „
4.	„ „	„ fizycznie chorych (lazar)	2	× 62	=	124 „
5.	„ „	„ pracujących	2	× 62	=	124 „
9.	„ „	„ niespokojnych . . .	2	× 62	=	124 „
7.	„ „	„ zakaźnie chorych . .	2	× 18	=	36 „
	Pozatem „pawilony otwarte“ zawierają		6	× 44	=	264 „
	i pawilon dla pracujących na folwarku 16 łóżek, razem					280 „

Do celów administracyjnych i ogólnych służą:

1. Gmach administracyjny,
2. Budynek gospodarczy,
3. Kościół,
4. Wila dyrektora,
5. Wila dla dwóch lekarzy prymarjuszów,
6. Wila dla dwóch lekarzy ordynatorów,
7. domy dla 2-ch oddźwiernych,
8. dom dla ogrodowego,



Ryc. 6.

9. Prosektorjum z kaplicą pogrzebową,
10. lodownia,
11. kręgielnia,



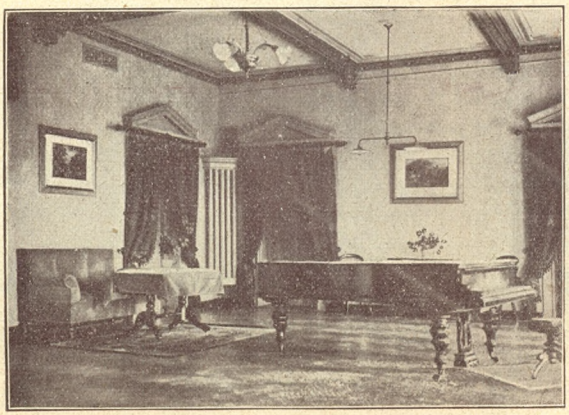
Ryc. 7.



Ryc. 8.

12. Kuźnia i waga,
13. Garaż pożarowy i rzeźnia,
14. 4 studnie elektryczne (pozatem jedna studnia znajduje się w budynku gospodarczym.

Oś podłużna Zakładu biegnie z północy na południe. Pawilony znajdują się w ogródkach ogrodzonych żelaznemi sztachetami, pawilon V.ż. i pawilony „otwarte" nie mają ogrodzenia, położone są bezpośrednio w parku. Pawilon VI. dla niespokojnych kobietleży w ogrodzie okolonym żywo - płotem i sztachetami. Żelazne sztachety (częściowo żywopłot) otaczają cały Zakład. Murów przy pawilonach dla niespokojonych mężczyzn nie usunięto



Ryc. 9.



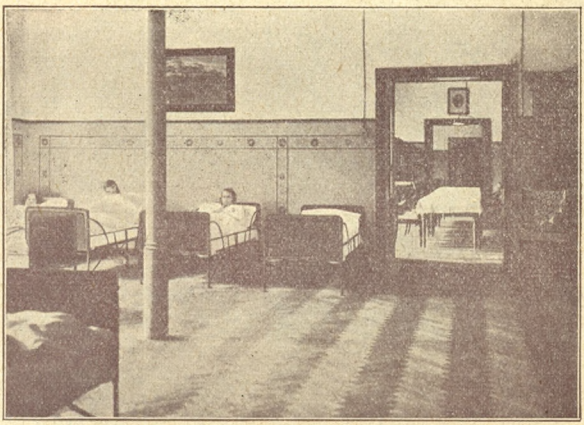
Ryc. 10.

jeszcze ze względów praktycznych; stanowią one bowiem osłonę dla cieplarni przed chłodno-wilgotnymi zachodnimi wiatrami wiosennymi; od strony północnej pozostawiono mury ze względów estetycznych. Domy mają piwnice i są zbudowane z surowej cegły.

Sale dzienne znajdują się zwykle na parterze, sypialnie natomiast przeważnie na pierwszem piętrze. Tylko w pawilonach dla pensjonarzy, dla pacjentów nowo przyjętych i dla słabowitych, znajdują się i sale dzienne i sypialnie na parterze. Pawilony dla nowo przyjętych i dla cieleśnie chorych są parterowe, aby chorym oszczędzić trudu chodzenia po schodach. Dachy są wykonane z cementu drzewnego; tylko kościół pokryty jest dachówką. Podłoga wyłożona jest parkietem dębowym, spoczywającym miejscami dla nieprzemakalności w asfalcie. Parkiet dębowy okazał się praktycznym; po 30 latach prawie niema znaków zużycia. Ściany na oddziałach dla chorych III. klasy są zaopatrzone do wysokości 2 metrów w warstwę cementową i pomalowane olejną farbą; schody założone tak, ażeby nie mogły ulec spaleniu. Okna są przeważnie podwójne Wszystkie pawilony mają urządzenia kąpielowe i centralne ogrzewanie. Piece znajdują się tylko w części otwartej Zakładu, w gmachu administracyjnym i w mieszkaniach urzędniczych. Komory i szatnie znajdują się częściowo na strychach.

I. PAWILONY PENSJONARSKIE.

Pensjonarze I. klasy mogą otrzymać dla siebie na życzenie 1—2 pokoi. Pacjenci II. klasy zamieszkują po 2 do 4 osoby w jednym pokoju. Na każdem piętrze znajduje się duży salon

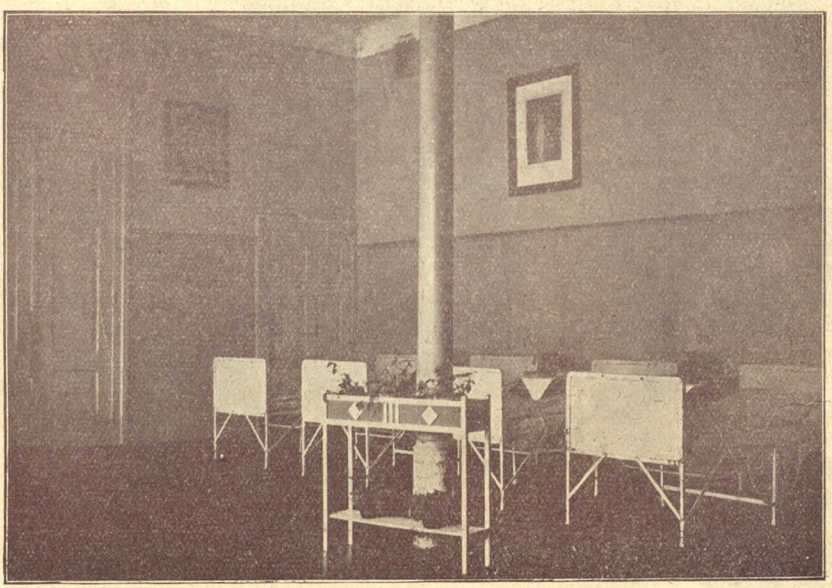


Ryc. 11.

(Ryc. 8 i 9) i jadalnia; każde piętro ma werandę otwartą lub zamkniętą (Ryc. 10), która może być ogrzewana, oprócz tego szereg ubikacji pobocznych jak łazienki, szatnie, ustępy, komórki do przechowania sprzętów i t. p. Izolatki od szeregu lat są zniesione.

II. ODDZIAŁY OBSERWACYJNE.

Dwa domy parterowe zawierają po dwie duże sypialnie zajmujące długość całego budynku i połączone jedna z drugą drzwiami. Na osobę przypada 35 m^3 powietrza. Każda sypialnia ma połączenie z salą dzienną, skąd wychodzi się na werandę i do ogrodu. Pokoje mniejsze (1—2) przeznaczone są dla pacjentów klasowych (dawniejsze izolatki przerobiono na mieszk-



Ryc. 12.

kania dla młodszego personału pielęgniarskiego); gabinet lekarski, ubikacje poboczne jak łazienki, kuchenki, ustępy, komory uzupełniają rozmieszczenia wewnętrzne domów.

III. PAWILONY DLA SPOKOJNYCH.

Dwa budynki dwupiętrowe z dwoma oddziałami; do każdego oddziału prowadzi osobne wejście i osobna klatka schodowa. Oprócz sal dziennych i sypialnych, oddziały zawierają osobne pokoje dla pacjentów klasowych, mieszkania dla młodszego personału, pozatem pokoje do mycia, łazienki, ustępy, szatnie i komórki do przechowywania sprzętów. W sypialniach przypada na osobę po 20—35 cbm., a w salach dziennych 15 cbm. powietrza. Każdy oddział może pomieścić po 28 chorych. Izolatki są zniesione.

IV. LAZARET.

Dwa budynki jedno-piętrowe zawierające po 6 dużych sal (Ryc. 11), gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personału, ubikacje uboczne jak wspólne umywalnie, łazienki, ustępy, komory do rzeczy, komórki do przechowywania sprzętów, kuchenki, w piwnicy wanny cementowe do płukania bielizny zanieczyszczonej i warsztaty. Sypialnie zawierają po 25 cbm., a sala dzienna 15 cbm. powietrza na osobę. Izolatki są zniesione.

V. ODDZIAŁY DLA PRACUJĄCYCH.

Dwa pawilony tak samo urządzone jak oddziały pod nr. 3.

VI. ODDZIAŁY DLA NIESPOKOJNYCH.

Dwa budynki piętrowe. Parter zawiera 3 sale sypialne (Ryc. 12), salę kąpielowe (po 6 wanien szamotowych), gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personału, pokoje dla pacjentów klasowych, komory, kuchenkę, wspólne umywalnie, ustępy. Ze środkowej sali prowadzi wyjście na werandę i do ogrodu. Piętro zawiera 2 sale dzienne, sypialnie, pojedyńcze pokoje, mieszkania dla młodszego personału, wspólne umywalnie i ustępy. Izolatki są zniesione.



Ryc. 13.

VII. PAWILONY DLA CHORYCH ZAKAŹNYCH.

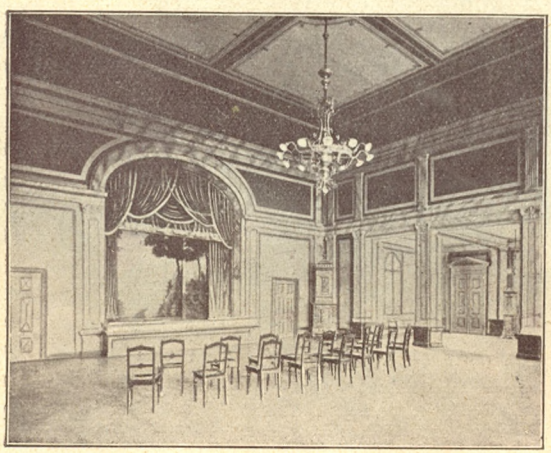
Każdy z dwóch pawilonów zawiera salę na 16 łóżek, 2 osobne pokoje (po 3 łóżka), umywalnie, kuchenkę i łazienkę, ustęp i komórkę do chowania sprzętów, ogrzewanie podłogi, posadzkę z gipsu pokrytą linoleum, po stronie południowej otwartą werandę z wyjściem do sadu, na szczycie dachu urządzenie do wentylacji.



Ryc. 14

VIII. IX i X. M. i Ż. ODDZIAŁY OTWARTE.

Sześć jednopiętrowych pawilonów, każdy dla 44 chorych. Sypialnie zawierają po 25, sale dzienne po 15 cbm. powietrza na osobę. Na parterze znajdują się pokoje mieszkalne, a na pierwszem piętrze sypialnie. Pozatem każdy pawilon posiada kuchenkę, wspólną umywalnię, szatnię, ustępy i komory. Budynki mają ogrzewanie piecowe (piece Borna z bezpośrednim dostępem powietrza z zewnątrz i z wchłanianiem przez komin zepsutego powietrza) Podłogi są wyłożone deskami sosnowemi. Przed każdym domem znajduje się długa kryta weranda. Drzwi zamyka się tylko na noc. Kąpiele (wanny i natryski) dla pacjentów z oddziałów otwartych mieszczą się w budynku gospodarczym.



Ryc. 15.

XI. PAWILON DLA PRACOWNIKÓW FOLWARCZNYCH.



Ryc. 16.

Po lewej stronie drogi z zakładu do folwarku wznosi się parterowy budynek, zawierający sypialnię na 16 łóżek, salę dzienną i ubikacje uboczne, jak pokój mieszkalny dla młodszego pielęgniarza, kuchenkę, komórkę do sprzętów. Pawilon XI przeznaczony jest dla mężczyzn, rekonwalescentów wzgl. chroników zajętych robotami na folwarku.

BUDYNKI SŁUŻĄCE DO POTRZEB ADMINISTRACYJNYCH I OGÓLNYCH.

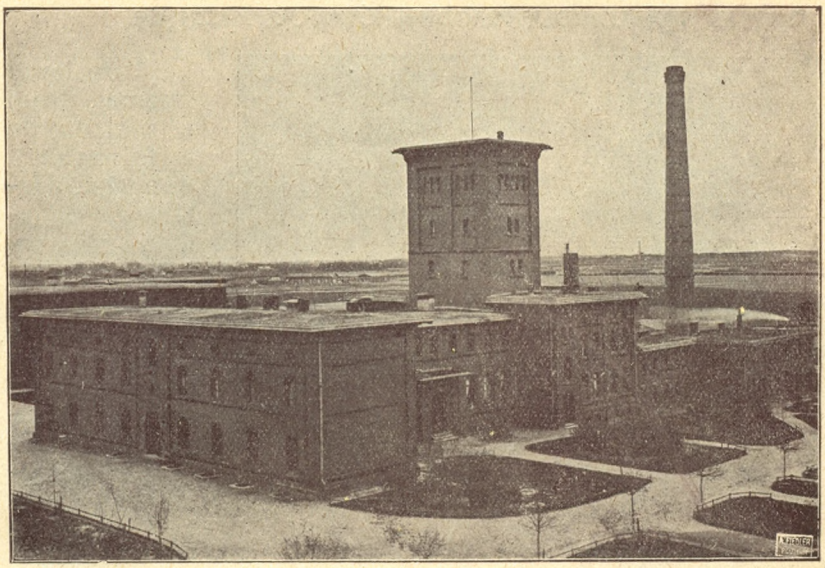
I. GMACH ADMINISTRACYJNY.

Na parterze (Ryc. 13) gmachu administracyjnego mieszczą się biura zarządu (kancelarja, intendantura, rejestratura, kasa, poczekalnie, ubikacje służbowe dyrektora i lekarzy, apteka, laboratorjum, muzeum anatomo-patologiczne, sala konferencyjna (Ryc. 14.) kasyno lekarskie, biblioteka, na I i II piętrze sala teatralna (Ryc. 15), sala wykładowa (Ryc. 16), mieszkania lekarzy-asystentów i urzędników administracyjnych.

II. BUDYNEK GOSPODARCZY

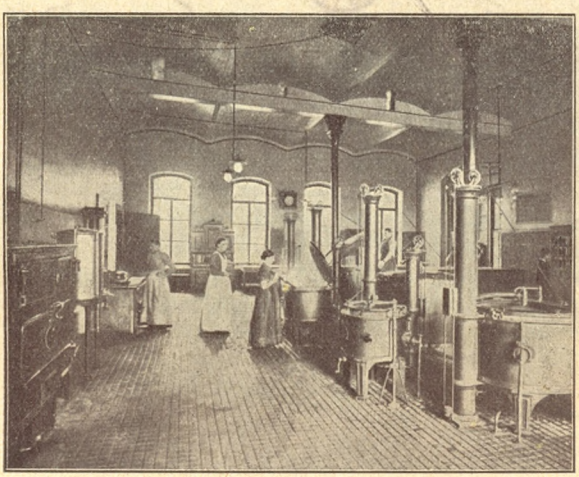
Budynek gospodarczy (Ryc. 17) mieści: śpichrze, komory, biuro klucznika, kuchnię parową (Ryc. 18) z przynależnemi ubikacjami ubocznemi jak spiżarnia, umywalnia statków, mleczarnia; potrawy dla I i II klasy przyprawia się na dużem ognisku, dla III klasy w kotłach żelaznych (miedziane kotły zabrała podczas wojny władza wojskowa) z parowem ogrzewaniem; kartofle parzy się w parowniku, pieczywo piecze się we framugach w piecu, potrawy ogrzewa się w odpowiednich szafach. Posadzka w kuchni wyłożona jest płytami żłóbkowanemi, ściany do wysokości 2 metrów pokryte są białymi kachlami, sufit zaopatrzony jest w wentylator elektryczny. Naprzeciw kuchni znajduje się lodownia i izba do płukania jarzyny.

Na piętrach znajdują się mieszkania dla klucznika i personału kuchennego, spichrze i komory, a w piwnicy desinfektorjum i komórki dla przechowywania surowców.



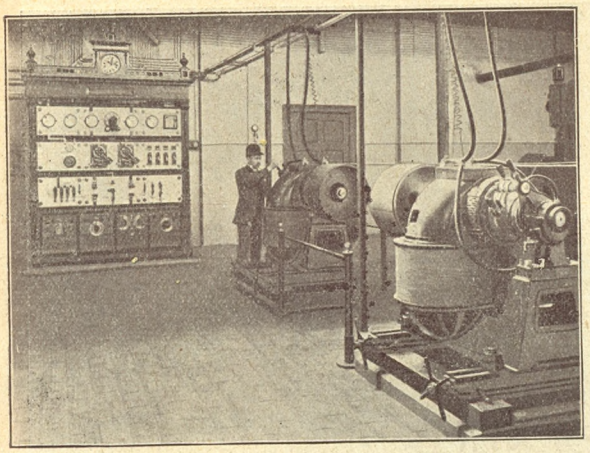
Ryc. 17.

Pralnia parowa posiada urządzenia techniczne, jak cementowane kubły do namaczania i kotły do gotowania bielizny, do prania maszynowego, przyrządy do płukania, centryfugę. Wypraną bieliznę odsyła się windą na I piętro do suszenia ciepłem powietrzem. Wszystkie maszyny prowadzone są siłą elektryczną. Na I i II piętrze mieszczą się składy bielizny, materjałów krawieckich, szewskich i t. p., komory, szwalnie, maglownia i mieszkania dla praczek i szwaczek.



Ryc. 18.

Za pralnią znajdują się hale maszyn (Ryc. 19) i kotlarnia (Ryc. 20), studnia elektryczna ślusarnia, mieszkanie dla I. maszynisty, w piwnicy akumulat., na I. pt. warsztat krawiecki, szewski, siodlarski, stolarski i mieszkania dla młodszego personału rzemieślniczego. W hali maszyn czynne są na zmianę 2 maszyny parowe, o



Ryc. 19.

sile 130 H. P. i 45 H. P. (S. K.)

Akumulatory mogą gromadzić elektryczność na 24 godziny. Kotlarnia zawiera 4 duże kotły, każdy 360 centnarów ciężki o 88 m^2 powierzchni; piwnice boczne mieszczą pompy parowe do nawodnienia, rezerwoary z ciepłą wodą na kąpiele, kondensatory i t. d. Na podwórzu węglowem wznosi się komin do wysokości 100 stóp. Nad halą maszyn wznosi się do wysokości 40 m wieża z 2 rezerwoarami do wody po 75 cbm pojemności. Po obu stronach kotlarni przybudowano łazienki dla kąpieli zwyczajnych i natryskowych.

III. PROSECTORIUM.

Zawiera salę do autopsji, pracownię dla lekarzy do badań anatomo-patalogicznych, salkę do składania zwłok, kaplicę, z której wychodzi pogrzeb na cmentarz zakładowy.

IV. KOŚCIÓŁ.

Ma 2 ołtarze, dla katolików i protestantów i 160 miejsc do siedzenia.

V LODOWNIA

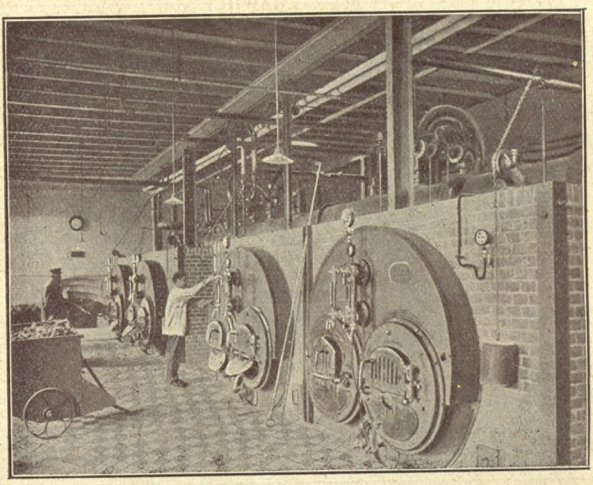
Wznosi się w parku męskim i pomieści 60 m^3 lodu.

VI. KRĘGIELNIA.

Zamknięta i ogrzewana położona jest w parku męskim.

VII i VIII MIESZKANIA DLA OGRODOWEGO i II. ODDŹWIERNEGO

Położone przy wejściu bocznem po obu stronach drogi prowadzącej na folwark.



Ryc. 20.



Ryc. 21.

XI. CENTRALNE OGRZEWANIE.

Ogrzewanie Centralne (na oddziałach zamkniętych) odbywa się częściowo za pomocą pary, częściowo za pomocą ciepłego powietrza; oba systemy mogą funkcjonować osobno lub razem. Pawilony dla spokojnych, pracujących i niespokojnych ogrzewa się ciepłem powietrzem. Wentylacja jest podwójna.



Ryc. 22.



Ryc. 23

W „zamkniętym" zakładzie każda sala ma otwory do przewietrzania letniego resp. zimowego; albo wentylacja jest połączona z ogrzewaniem centralnem, którem doprowadza się poprzednio ogrzane, świeże powietrze. Pawilony dla chorób zakaźnych posiadają wentylację urządzoną na szczycie dachu.

X. TELEFONY.

Wszystkie budynki i ubikacje służbowe mają połączenie telefoniczne między sobą za pośrednictwem centrali umieszczonej w pokoju służbowym I. oddźwiernego; istnieje również połączenie telefoniczne pozamiejscowe. Wszystkie gmachy są zaopatrzone w piorunochrony.

XI. WODA.

Pięć studni o zapędzie elektrycznym doprowadza do rezerwoarów wodę z warstwy piaszczystej 10 m grubej, która znajduje się 35—45 m pod powierzchnią ziemi. Warstwa zawierająca wodę położona jest głęboko pod dnem jeziora Jelonek, z którem nie ma połączenia. Jezioro, nie zbyt głębokie, zajmuje nizinę między terenem Dziekanki a wzgórzem, na którem leży Gniezno (Ryc 21). Wydajność studni wynosi obecnie około 32 cbm na godzinę. Elektromotory podnoszą wodę na wieżę, z której wodociągami doprowadzana bywa do wszystkich domów. Chemiczne i fizykalne badania wody dały wyniki pomyślne. Badanie bakterjologiczne było zbyteczne ze względu na wielką głębokość (ca 40 m), z której woda pochodzi.

XII. KANALIZACJA.

Wszystkie domy mają klozety z automatycznem płukaniem. Płynne odpadki usuwa się drogą kanalizacji. Odpływy gromadzą się w basenie murowanym cementem i zasklepionym, wylewają się przy pomocy pomp na pola irygacyjne (ca 20 mórg).



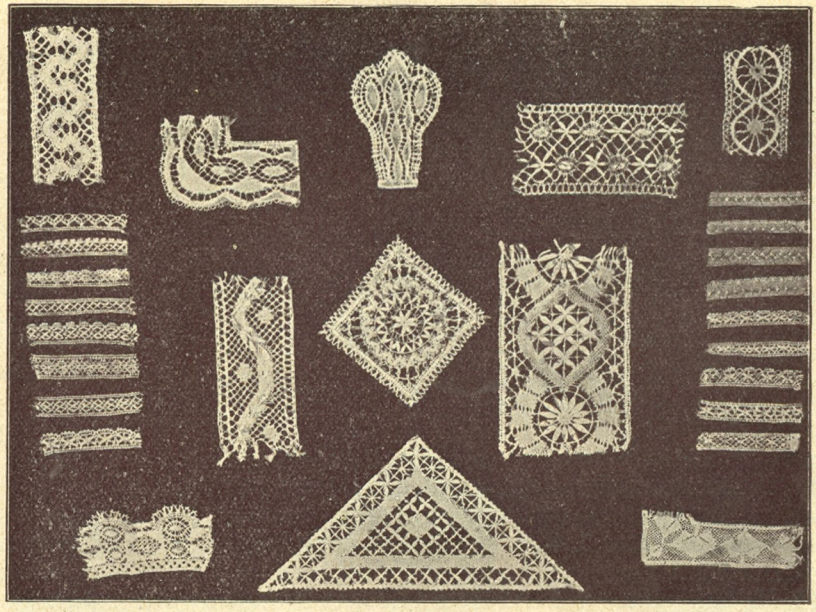
Ryc. 24

XIII. ODŻYWIANIE.

Chorzy III. klasy otrzymują rano pół litra kawy z mlekiem, do tego 1 bułkę, na obiad 3 razy na tydzień mięso, ziemniaki i jarzynę i t. d., w dni bezmięsne okrasę, w piątki potrawy postne. Na kolację podaje się zupę, pozatem mężczyznom 350 gr., kobietom 250 gr chleba. Drugie śniadanie i podwieczorek podaje się na życzenie, pacjentom pracującym bezpłatnie. Djeta dla gorączkujących i dla rekonwalescentów, dodatki zapisane przez lekarza, są bezpłatne. Pożywienie I i II klasy jest lepsze co do formy, obfite i urozmaicone. Dzienne koszty utrzymania wynoszą dla I klasy 5—7 zł, dla II klasy 3,50 zł.



Ryc. 25.

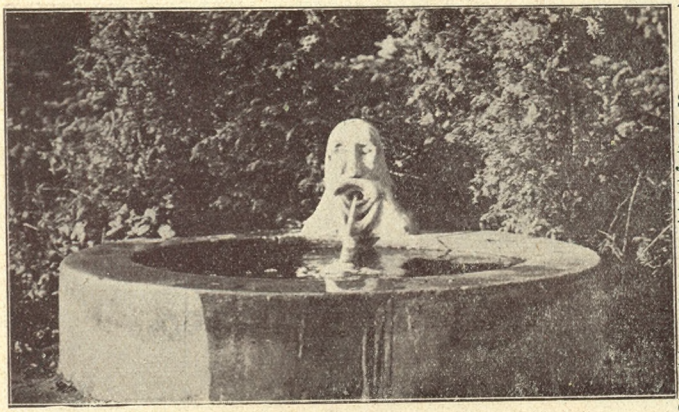


Ryc. 26

dla opłacających III kl. 2,50 zł, dla pacjentów ubogich i kasowych 1,75 zł. Osoby pochodzące z poza Województwa Poznańskiego dopłacają 20 proc. do powyższych kwot.



Ryc. 27



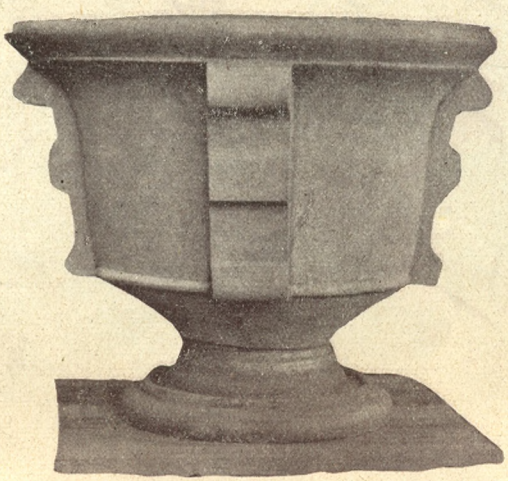
Ryc. 28

XIV. PERSONAŁ.

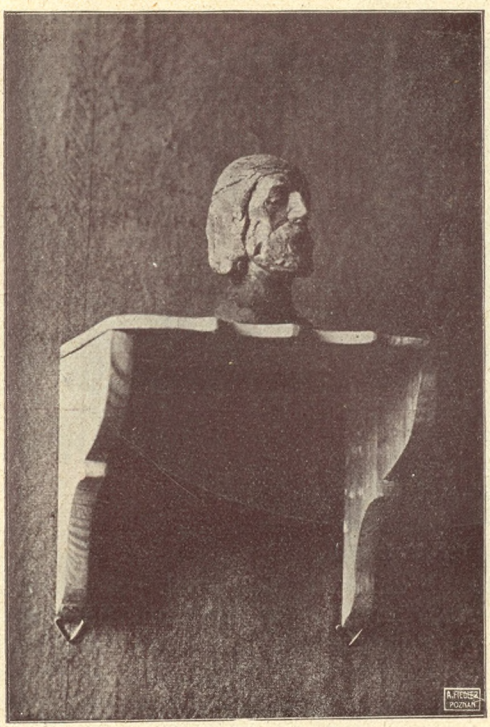
Na czele Instytucji stoi Dyrektor, który jest naczelnym lekarzem i kierownikiem administracji Zakładu Oprócz dyrektora etat przewiduje 2 lekarzy prymarjuszy, 2 lekarzy-ordynatorów i 2 lekarzy-asystentów, 182 urzędników i funkcjonarjuszy zakładowych oraz służby folwarcznej Dla praktykantów medycyny wyznaczone są 4 miejsca Personał pielęgniarski przyjmuje się do służby po starannym wyborze. Młodzi kandydaci i kandydatki do zawodu pielęgniarskiego pobierają naukę pielęgniarstwa psychjatrycznego w kursach o 2-rocznym programie wykładanych przez lekarzy zakładowych

XV. GŁÓWNA ZASADA LECZNICTWA PSYCHJATRYCZNEGO.

Główną zasadą lecznictwa psychjatrycznego w Dziekance jest utrzymanie chorego na możliwie wysokim poziomie socjalnym za pomocą odpowiedniego zajęcia i wychowania. To też 95% pacjentów jest zatrudnionych różnemi robotami; latem spotyka ich się w licznych gromadach zatrudnionych na roli (Ryc. 21, 22, 23), w ogrodach (Ryc. 24), w parkach, na placach pilnie i spokojnie pracujących Zimą zatrudnia się chorych więcej w warsztatach i pracowniach. (Ryc 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31).



Ryc. 29



Ryc. 30

XVI. WARUNKI PRZYJMOWANIA CHORYCH DO ZAKŁADU

Chorych przyjmuje się do zakładu na następujących warunkach.

1. Świadectwo lekarza urzędowego, zwykle lekarza powiatowego, który poświadczył, że pacjent jest psychicznie chory i potrzebuje koniecznie opieki zakładowej.

2. Zobowiązanie osoby prawnie upoważnionej do zawierania umów obowiązujących, że będzie ponosić wszelkie zwyczajne i nadzwyczajne koszty utrzymania i leczenia chorego w zakładzie; podpis winien być zatwierdzony przez urząd kompetentny (starostwo powiatowe, magistrat, urząd policyjny).

3. Wywiad urzędowy o stanie majątkowym pacjenta oraz osoby wymienionej pod liczbą 2, wystawiony przez kompetentne starostwo powiatowe, magistrat, urząd policyjny.

Kompetentny jest urząd, jeżeli



Ryc. 31



Ryc. 32, footbal

w jego obrębie chory ostatnio zamieszkiwał wzgl. przebywał.

Załączniki pod lit. 2—3 winny być sporządzone na formularzach przepisanych przez Poznańskiego Starostę Krajowego. Piśmienne zezwolenie Poznańskiego Starosty Krajowego na przyjęcie chorego przedkłada się Dyrekcji Zakładu przy zgło-



Ryc. 33. Pacj. przy grze w piłkę nożną.

szeniu chorego. Wskazane jest poprzednie uwiadomienie zakładu o dniu i godzinie przybycia pacjenta.



Ryc. 34

Zakład przyjmuje chorych w dni powszednie w godzinach urzędowych od 8 rano do 7 wieczorem. W wyjątkowym i nagłym wypadku, gdy groźny stan chorego wymaga natychmiastowej opieki zakładowej, przyjęcie może nastąpić każdej chwili bez poprzedniego zezwo enia Starosty Krajowego, na podstawie odpowiedniego świadectwa lekarskiego.

W każdym razie choremu powinna towarzyszyć osoba mająca upoważnienie do zawierania umów obowiązujących, a więc mężowi żona, żonie mąż, dzieciom rodzice wzgl opiekun, rodzicom pełnoletnie dzieci albo prawnie upoważniony zastępca.

W razie ubóstwa chorego, należy przedłożyć oprócz świadectwa lekarskiego, przynajmniej piśmienne poświadczenie gminy, z której pacjent pochodzi wzgl odnośnego magistratu, starostwa powiatowego, kasy chorych lub innej instytucji zobowiązanej do świadczeń za chorego, że przyjmuje na siebie koszty kuracji.

II. POWSTANIE I ROZWÓJ ZAKŁADU.

A.

Dnia 17. czerwca 1890 r. Starosta Krajowy w Poznaniu (ówczesny Landeshauptmann) nabył 116,731 hektarowy majątek Dziekanka pod Gnieznem za 186 700 mk. na własność „prowincji" poznańskiej celem wystawienia na tym terenie zakładu psychjatrycznego.

1893. W październiku 1891 r. rozpoczęła się budowa zakładu; przy końcu 1893 r. gmachy już były pokryte, tak że z początkiem roku 1894 można było przejść do urządzeń wewnętrznych (drzwi, okna, wodociągi, ogrzewanie itd.), które postępowały szybko; we wrześniu i październiku 1894 r. w budynkach głównych i w niektórych pawilonach przeznaczonych dla chorych poustawiano meble i rozdzielono bieliznę itd. Budowa zakładu kosztowała około 3 miljonów marek.

Z pierwszym transportem chorych przybyło 25 pacjentów z Owińsk, niebawem nastąpiły dalsze transporty; przyjmowano także chorych z po-



Ryc. 35

wiatów; w dniu 31. marca 1895 r. czyli w dniu zamknięcia pierwszego roku obrachunkowego znajdowało się w Dziekance 242 pacjentów; w tej liczbie 223 chorych pochodziło z Owińsk.

Zakład był początkowo przeznaczony dla potrzeb obwodu (Regierungsbezirk) bydgoskiego i dla kilku powiatów obwodu poznańskiego: Września, Jarocin, Pleszew, Ostrów, Ostrzeszów, Kępno, Odolanów.

1894. W jesieni 1894 r. założono ogrody i parki; roboty ogrodowe ukończono w większej części w ciągu roku 1895.

1895. Na wiosnę 1895 r. zbudowano kilka szop, potrzebnych dla celów gospodarczych, zakupiono dom mieszkalny przy szosie poznańskiej dla żonatych urzędników i ukończono budowę kaplicy z dwoma ołtarzami; ołtarz znajdujący się po prawej stronie nawy przeznaczony jest dla katolików, drugi dla ewangielików. Pierwotnie nabożeństwa odbywały się w świetlicy zakładu wzgl. w sali wykładowej.

Z powodu znacznej odległości cmentarzy gnieźnieńskich od zakładu, pogrzeb był drogi, dlatego założono własny cmentarz w zagłębieniu położonem przy drodze do Dalek, a niewidocznem dla mieszkańców Dziekanki. Ziemia zawierająca piasek z gliną, odpowiadała przepisom ustawowym, to też z łatwością otrzymano pozwolenie władz na założenie cmentarza, który podzielono na dwie części: dla katolików i ewangielików. Umarłych wyznania mojżeszowego chowa się na cmentarzu żydowskim gnieźnieńskim. Poświęcenie cmentarza zakładowego nastąpiło na początku 1896 r. przez kapelana katolickiego i pastora ewangielickiego.

1896. W tym roku zaprowadzono dla pielęgniarzy kursy dokształcające pod kierownictwem lekarzy zakładowych.

Dla pacjentów zajętych na folwarku i na polach drygacyjnych dźwignięto parterowy pawilon zawierający sypialnię, bawialnię i dwa pokoje i zbudowano na terenie folwarku dom mieszkalny dla 4 rodzin robotniczych, który później rozbudowano dla 6 rodzin.

Z powodu podatku gminnego od uboju rogacizny, nierogacizny i drobiu w Gnieźnie, zakład biorąc mięso od dostawców gnieźnieńskich, płacił znaczną daninę miastu. Reklamacje w tej sprawie nie odniosły skutku. Dla tego poczęto bić w zakładzie bydło z własnego folwarku Dziekanka. Próba wypadła zadawalniająco, a wskutek powiększenia ilości bydła i tuczników, dla których odpadki z kuchni stanowią bardzo dobre



Ryc. 36

pożywienie, można było wkrótce pokryć całe zapotrzebowanie mięsa i wyrobów. To też zaniechano sprowadzania towaru z Gniezna. Wozownię zamieniono na rzeźnię. Mięso stąd przewożono dla dalszego wyrobu do zakładu. Nabyty tym sposobem towar mięsny był lepszy i tańszy. Mięso przechowywano w lodowni urządzonej naprzeciwko kuchni. Lód bierze się z okolicznych stawów.

W chwili otwarcia zakładu nie wszyscy rzemieślnicy i pielęgniarze byli żonaci, to też zmiany w personale były częste i wynosiły w pierwszych latach 100%. Ażeby tym niedogodnym stosunkom zaradzić, wybudowano w r. 1896 dla pielęgniarzy żonatych dwupiętrowy dom mieszkalny, zawierający pomieszkanie dla 12 rodzin i oddano go w roku 1897 do użytku.

1897. Prócz kilku pawilonów dla spokojnych pacjentów, wszystkie inne budynki szpitalne miały okna zakratowane. Ponieważ kraty u okien

BIBLIOTEKA AKADEMII MEDYCZNEJ w Gdańsku

robiły na chorych przygnębiające wrażenie jak też na zwiedzających zakład, przeto usunięto je z pawilonów przeznaczonych dla spokojnych chorych, ale pozostawiono je w oknach pawilonów dla niespokojnych chorych.

W planie budowy przewidziano początkowo miejsc	600
+ 2 pawilony dla zakaźnych a 14 łóżek	28
+ dom dla pacjentów zajętych na polach irygacyjnych	12
razem:	640

1898. Już w r. 1897 liczba chorych wynosiła 600 i można było się spodziewać dalszego napływu pacjentów. Ażeby zapobiedz przepełnieniu, zniesiono w domach dla fizycznie ułomn. po 2 separatki, przedsionek i kuchenkę, wyjęto ściany i urządzono sypialnię dla 10 chorych i pokój dla lekarza. Tym sposobem przybyło $2 \times 10 = 20$ nowych miejsc. Celem przygotowania dalszych miejsc ustawiono w pawilonach przeznaczonych dla pacjentów spokojnych po 2×12, dla niespokojnych po 10 i dla półspokojnych po 5 łóżek, a w pensjonatach I-szej i II-giej klasy na piętrach 33 łóżka dla III-ciej. W ten sposób otrzymano 97 miejsc.

Z powodu powiększenia zakładu odnowiono i powiększono z wielkim nakładem kosztów baterje akumulatorowe.

1900. W miarę zwiększania się ilości chorych rosło także zapotrzebowanie wody. Istniejące pompy nie wystarczyły, zwł., że jedna się zepsuła. Dla tego wywiercono nową pompę w pobliżu III-go pawilonu dla niewiast w głębokości 36 mtr. Poprzednio wykończono pompę przy pawilonie VIII dla kobiet, której zakładanie rozpoczęto przy budowie zakładu. Teraz pokryto ją dachem i zaopatrzono zapędem elektrycznym; pompy te na razie zupełnie wystarczały.

Przez dokupienie 122½ morgi ziemi ornej od sąsiedniego folwarku Dalki powiększył się obszar Dziekanki do 155 ha. 75 ar. 28 mkw.

Na wystawie owoców i warzyw w jesieni roku 1900, urządzonej przez miasto i powiat gnieźnieński, zakład otrzymał srebrny medal.

1901. Dyżury personalu na oddziałach zmieniały się codzień. Ten sposób służby wykazywał pewne niedogodności, dla tego zaprowadzono służbę stałą. Miało to ten wynik dodatni, że chorzy przyzwyczajali się do personalu, pielęgniarze poznawali lepiej pacjentów.

Z powodu przepełnienia przekazano 30 chorych do zakładu w Kościanie. W Dziekance pozostało 683 chorych; w następnym roku liczba wzrosła do 706.

1902. W 1902 roku należało odnowić dachy na wszystkich prawie pawilonach, co spowodowało znaczne wydatki dla prowincji. Winę ponosił budowniczy, który użył zły materjał i wogóle źle wykonał prace. Wykazało się to przy zdejmowaniu dachów; przykryte przez innego budowniczego dachy trzech pawilonów sąsiednich prócz małych nieszczelności były zupełnie dobre. Szkodliwe podobno przebicia dachów, dokonane przy zakładaniu telefonów, piorunochronów itd., później niedostatecznie pokryte.

1903. Dotychczas zakład uniknął poważniejszych epidemji. Jednakże w lutym r. 1903 wybuchnęła epidemja tyfusu, która dopiero w maju wygasała. Zachorowały ogółem 23 osoby, przeważnie z personalu; 3 chorych umarło (w tem 1 pacj.) Poszukiwania za źródłem zarazy doprowadziły do Gniezna, gdzie zachorzenia na dur były dość liczne. Przy tej sposobności, przez urzędników wydziału zdrowia bardzo skrupulatnie przeprowadzone badania w zakładzie wykazały korzystne warunki higjeniczne. Po wyzdrowieniu chorych bardzo dokładnie krew i ekskrementa każdej osoby jeszcze przez dłuższy okres czasu; roznosicieli laseczników usunięto przez zwolnienie ze służby personalu podejrzanego i przez umieszczenie pacjentów zakładowych w barakach dla osób zakaźnych. W tym roku zaprowadzono umundurowanie personalu pielęgniarskiego i gospodarczego.

Klozety z automatycznem płukaniem często nie funkcjonowały, bądź to wskutek zatkania się rury odlewnej, bądź to wskutek niezbyt szczelnego zamykania się wentylów; z tego powodu woda płynęła bez przerwy. Niepotrzebne ubywanie wody i prawie stałe zajęcie rzemieślników naprawami urządzeń klozetowych powodowały znaczne koszty. Dla tego przystąpiono do przebudowy ustępów; zaprowadzono system „Tornado". Liczba chorych dosięgała cyfry 769; 109 pacjentów przekraczało etat. Przepełnienie to sprawiało duże trudności dla zakładu.

1904. Z powodu przepełnienia zakładu (802 chorych) przewieziono 100 pacjentów do nowo wybudowanego zakładu w Obrawalde.

W celach odżelaźnienia ciepłej wody włączono filtry do kotłów dla gorącej wody.

1905. W części środkowej domu mieszkalnego dla lekarzy-prymanjuszy nadbudowano piętro i osiągnięto tym sposobem powiększenie każdego mieszkania o 2 pokoje.

1906. Zabiegi w celach zaprowadzenia opieki rodzinnej dla chorych, nie potrzebujących koniecznie kuracji w zakładzie, natrafiały na duże trudności. Okoliczni gospodarze bowiem nie chcieli przyjmować w rodzinną opiekę rekonwalescentów po ostrych psychozach albo chroników, a miasto Gniezno ze względu na warunki miejskie nie było odpowiedniem miejscem dla opieki rodzinnej. Ponieważ stała się aktualną budowa domów mieszkalnych dla pielęgniarzy żonatych, więc połączono kwestję opieki rodzinnej ze sprawą budowy domów mieszkalnych dla pielęgniarzy. Postawiono 3 domy i przeznaczono w każdym budynku jeden pokoik dla pacjentów. Pierwszy dom oddano do użytku zimą 1907 r.

1907. Więźniów, którzy zachorowali na psychozę w więzieniu, oddano do zakładu w Obrawalde, gdzie znajduje się osobny i odpowiednio skonstruowany pawilon dla chorych przestępców.

W pawilonach dla niespokojnych chorych wyjęto ściany pomiędzy środkowemi izolatkami i urządzono z nich salę dla obłożnie chorych; tym sposobem przybyło miejsca dla chorych.

Ażeby mieć stale kwiaty w pawilonach, postawiono cieplarnię dla kwiatów.

Dla pralni zakładowej zakupiono magiel najnowszego systemu. Przewody dla ciepłej wody, które po większej części składały się z rur ołowianych wymagających często naprawy, zastąpiono rurami żelaznemi z powłokę cynkową; pozatem urządzono w ustępach dla mężczyzn spłukiwania posadzki.

Ubikacji ubocznych, jak kuchni, kąpieli, sieni itp. nie można było dostatecznie ogrzać z powodu pojedyńczych okien. O ile budżet na to pozwalał, wstawiano stopniowo podwójne okna wykonane w stolarni zakładowej.

Ze względów praktycznych nie wysyłano w tym roku do władzy centralnej rachunków do rewizji, ponieważ co kwartał przyjeżdżał delegowany urzędnik krajowy na rewizję rachunkowości zakładu, a w końcowej rewizji uskuteczniał ostateczną kontrolę rachunków. Tym sposobem różne formalności, rekursy i podobne pisma stały się zbyteczne; pozatem urzędnik administracji centralnej mógł poznać bliżej i ocenić życie wewnętrzne zakładu.

1908. Ilość chorych w roku 1908 wynosiła 722. Wobec braku kandydatów na psychjatrów niektóre posady lekarskie były wolne; zamiast 2 lekarzy asystentów pracował tylko jeden asystent i to przejściowo.

1909. W tym roku ukończono budowę drugiego domu pielęgniarskiego i rozpoczęto budowę trzeciego, którą ukończono w r. 1909. Pielęgniarzom zamieszkującym nowe domy oddano 12 pacjentów w opiekę rodzinną, każdemu pielęgniarzowi po 2 chorych. Instytucja opieki rodzinnej okazała się dla pacjentów korzystną, dla zakładu była mniej racjonalną, bo zmniejszała szczupłą już ilość pacjentów pracujących.

Przewiezienie 53 chorych do zakładu w Obrawalde zmniejszyło coprawda ogólną liczbę pacjentów w Dziekance, ale nie przyniosło ulgi dla zakładu, bo ubyli tylko chorzy spokojni; pawilony dla spokojnych chorych tym sposobem opustoszały, natomiast pawilony dla niespokojnych, niedołężnych, dla nowoprzyjętych nadal były przepełnione i zakład musiał odmawiać przyjęcia nowych chorych. Domy dla epileptyków urządzone podobnie jak pawilony dla półspokojnych z tą tylko różnicą, że ogród okolony był murem, trzeba było przerobić na oddziały dla niespokojnych chorych, a w pawilonach dla półspokojnych urządzono oddziały dla obłożnie chorych.

Na kursach dokształcających dla lekarzy urządzonych w tym roku w Akademji Poznańskiej Dyrektor Zakładu miewał wykłady połączone z demonstracjami pacjentów, których przewożono na ten cel do Poznania.

W listopadzie r. 1909 uczęszczali na wykłady psychjatryczne w zakładzie klerycy i profesorowie seminarjum gnieźnieńskiego. Wykłady i demonstracje te odbywały się okresowo. Ażeby zaradzić brakowi lekarzy, w miejsce lekarzy asystentów przyjęto praktykantów.

W kuchni pokryto ściany do wysokości 2 mtr. białymi kaflami porcelanowymi, wprowadzono coroczną rewizję urządzeń technicznych i maszynowych przez inżynierów fachowców z Towarzystwa dozoru nad kotłami parowymi.

W miejsce żarówek węglowych, po przeprowadzeniu prób, które dały pomyślne wyniki, zakupiono żarówki metalowe, ponieważ takowe zużywały mniej prądu. Dla tych żarówek trzeba było przerobić całą instalację, co narazie spowodowało znaczne wydatki.

Na folwarku, w izbie obok stajni, z powodu wadliwie postawionego komina, wybuchł pożar, który zagrażał stajni i spichlerzowi. Niezwłoczna pomoc zakładowej straży ogniowej mimo niedostatecznej wody usunęła niebezpieczeństwo.

W tym roku Sejmik prowincjonalny uchwalił, że urzędnicy i rzemieślnicy po 10-letniej nienagannej służbie mogą być ustaleni z prawem do emerytury. Prawo to już poprzednio otrzymał personał pielęgniarski.

1910. W roku 1910 ukończono budowę willi dla lekarzy ordynatorów. Celem przeprowadzenia ściślejszego dozoru w zakładzie zbudowano przy bocznem wejściu naprzeciw mieszkania ogrodowego domek dla II. oddźwiernego i przeniesiono tam warsztat szewski; szewc podczas zajęcia swego mógł uważać na bramę.

W pawilonach dla niespokojnych wyjęto ściany pomiędzy trzema pokoj. i urządz. salę dzienną. Pozatem wstawiono szamotowe wanny do kąpieli prolongowanych. Wskutek zużycia się maszyn parowych zakup przynajmniej jednej nowej był konieczny. Z powodu powiększenia zakładu i większego zapotrzebowania prądu elektrycznego sprowadzono maszynę o 130 S. K. (dotychczasowa maszyna posiadała siłę 60 S. K.) i dynamo o stałej wydajności 64 kilowaty (poprzednie dynamo wydawało tylko 42 kilowaty). Maszyna jest doskonała, bo mimo codziennego użytkowania nie potrzebowała dotychczas żadnej znaczniejszej naprawy.

1911. Pola położone w pobliżu toru kolejowego były nadmiernie wilgotne; zdrenowano je według zasad techniki.

Ponieważ między trzodą chlewną zakupywaną u handlarzy często wybuchały choroby zakaźne, zaprowadzono własną hodowlę wieprzy. W tym celu zamieniono rzeźnię i wozownię na chlewy, a rzeźnię przeniesiono do budynku dla sikawek pożarowych.

Urządzenie kuchenne uzupełniono kotłem parowym do gotowania mleka; urządzono także nową pralnię parową.

Do zajęć kobiecych wprowadzono na oddziałach żeńskich koronkarstwo.

W lecie 1911 r. pojawił się tyfus. Natychmiastowa izolacja chorych i gruntowna desinfekcja ubikacji miała ten skutek, że epidemja nie rozszerzyła się; wszelako trzy osoby umarły na tyfus. Po zniesieniu kwarantanny pojawiły się nowe wypadki tyfusu na oddziałach dla niespokojnych; jako roznosiciela choroby rozpoznano matołka przybyłego z Rosji. Wobec tego zamknięto zakład dla przyjęć mężczyzn aż do czasu wygaśnięcia epidemji (w kwietniu 1912 r.) Ogółem chorowało na tyfus 13 osób.

1912. Liczba chorych przekraczała cyfrę 700. Ażeby umożliwić przyjmowanie chorych w dalszym ciągu, przekazano 20 pacjentów do zakładu Branitz na Śląsku.

W ciągu zimy odbywały się w Dziekance kursy psychjatryczne z demonstracjami chorych dla prawników gnieźnieńskiego sądu powiatowego i okręgowego.

Warsztaty tkackie powiększono; dla braku miejsca przeniesiono je do suterenów w IV pawilonie dla mężczyzn. Rozszerzono także pracownię koronkarstwa.

Baterje akumulatorowe z powodu zużycia musiały być zupełnie odnowione.

W kuchni nastąpił wybuch miedzianego kotła parowego. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności poważne szkody nie powstały. Przy badaniu gruzów okazało się, że wewnętrzne ściany kotła wskutek długoletniego szorowania stały się tak cieńkie, że nie wytrzymały naporu pary. Ponieważ stwierdzono tę wadę także w kotle drugim, przeto usunięto oba kotły, zastępując je nowymi z blachy niklowej.

W kuchniach do umywania statków wymieniono drewniane i cynkowe wanienki na żelazne emaljowane z dopływem wody zimnej i ciepłej i z odpływem. Piece, które niedostatecznie ogrzewały kuchenki, zastąpiono piecami z większą powierzchnią ogrzewalną.

Ponieważ pola irygacyjne nie otrzymywały równomiernie i w dostatecznej ilości odpływów, które płynęły zwykłemi bróżdami, przeto wyłożono główne kanały cementem; robotę tę z powodu niedostatecznych funduszów rozłożono na kilka lat.

W tym roku cmentarz zakładowy musiał być powiększony.

W lecie 1912 r. pojawił się znowu tyfus (8 wypadków) z zejściem śmiertelnem w jednym przypadku. Jako pierwsza zachorowała pielęgniarka, która przyniosła chorobę z Gniezna, gdzie tyfus występował okresowo. Także dwie rodziny pielęgniarskie zostały nawiedzone chorobą. Natychmiastowa izolacja chorych i skropulatne stosowanie wszystkich możliwych środków zaradczych wstrzymały rozszerzenie się choroby.

1913. W roku tym zbudowano trzy dwumieszkaniowe domy obszerniejsze aniżeli poprzednie, z obszerniejszą kuchnią, z dwoma pokojami na parterze, z pokojem dla pacjentów i dla członków rodziny na piętrze. Tym sposobem powstały wygodne i zdrowe mieszkania dla sześciu rodzin pielęgniarskich. Pozatem wybudowano większy dom dla trzech rodzin urzędniczych (nadpielęgniarza, maszynisty i ogrodnika). Obok postawiono pralnię i łaźnię dla pielęgniarzy. Rozszerzono tkalnię, ponieważ coraz więcej chorych zgłaszało się do tej pracy. Liczba kołowrotków wzrosła do 10. Sprowadzono także mały kołowrotek dla wyrobu wstążeczek i dwa kołowrotki dla słabszych osób, na których przerabiano nieużyteczne szmatki na płaty do szorowania. Wyroby tkalni pokrywały zapotrzebowanie na firanki, pościele, ręczniki; pozostałe zapasy magazynowano tak, że starczyły na lata wojny. Koszta wyrobów kalkulowały się nie wiele taniej od rynkowych towarów, ale zato wyroby były lepsze i trwalsze. Dla braku miejsca przeniesiono rozszerzoną pracownię koronkarstwa do suteren pawilonu IV dla kobiet. Koronki sprze-

dawano do składów i osobom prywatnym. Tablicę modeli koronkowych powiększono z 60 na 100 wzorów. Zakłady w Kocborowie i Świeciu przysłały do Dziekanki swoich pielęgniarzy i pielęgniarki na naukę tkactwa i klockowania.

W pralni zamieniono starą maszynę do prania na inną najnowszego systemu; w pensjonatach ulepszono ogrzewanie.

1914. W lutym 1914 r. na oddziale dla niespokojnych kobiet pojawił się tyfus. Źródła pochodzenia choroby nie wykryto. Dalszych zachorzeń nie było. Dopiero w czerwcu znowu zachorowały na tyfus dwie pacjentki; kilkakrotne badania stolca i krwi wszystkich chorych i personału wykazały, że roznosicielką zarazy znowu była pielęgniarka, pozatem kucharka; obie kobiety zwolniono ze służby. Pacjentkę z objawami podobnymi do tyfusowych przeprowadzono na stałe do pawilonu dla chorych zakaźnych.

W kuchni usunięto 3 stare kotły miedziane i ustawiono kotły z czystego niklu i maszynę do gotowania kawy.

W pawilonach dla pacjentów pracujących naprawiono i częściowo przebudowano werandy.

Z dniem wybuchu wojny powołano pod broń lekarzy, pielęgniarzy i urzędników. Powstał dotkliwy brak personału sanitarnego i administracyjnego. Na cele wojskowe trzeba było oddać na razie 60 łóżek na oddziałach męskich. We wrześniu przybyli pierwsi ranni — później na oddziale wojskowym przebywali tylko żołnierze chorzy nerwowo i psychicznie. Leczenia podjęli się pozostali lekarze zakładowi.

1915. Wprowadzenie kartek na chleb ujemnie wpłynęło na odżywianie chorych. Ogólna drożyzna znacznie powiększyła koszta utrzymania. Atoli zapasy nagromadzone w dawniejszych czasach pozwoliły odżywiać chorych jeszcze w dostatecznej mierze. W celu wykorzystania każdego kawałka terenu oddano część parku i miejsce do suszenia bielizny pod uprawę rolną.

Do odpływów w kuchni włączono aparat do odtłuszczania wylewów; w ten sposób zebrane tłuszcze sprzedawano fabrykom chemicznym na bardzo korzystnych warunkach.

Ogrzewanie centralne wykazało różne braki i nie rentowało się. Odnowienie i uzupełnienie instalacji z powodu wojny nie dały się uskutecznić.

Z powodu rekwizycji przedmiotów mosiężnych trzeba było wydać naczynia kuchenne jak kotły, dzbanki itp. Zastąpiono te rzeczy sprzętami z lanego żelaza pokrytego emalją albo z blachy cynkowej. Zakup tych przedmiotów spowodował znaczne wydatki. Należy także wziąć pod uwagę ten szczegół, że sprzęty nowo nabyte nie były tak trwałe jak rekwirowane.

1916. Z powodu ogólnej drożyzny i braku żywności wzmogła się śmiertelność do 19%, albowiem nie było czem karmić osób fizycznie słabych, chorych, wycieńczonych, które tylko dietą — mlekiem, mięsem, kakao — można utrzymać przy siłach.

W maju 1916 r. zachorowała pielęgniarka na tyfus i po niej 2 pacjentki znajdujące się w tym samym pawilonie.

W pralni urządzono elektryczną wytwornię ługu bielącego, który okazał się dobrym namiastkiem mydła i nie niszczył bielizny.

Tkalnię trzeba było zwinąć dla braku surowca. Lepiej stała sprawa klockowania, bo zakład posiadał dostateczne zapasy nici; ilość pacjentek zmniejszyła się wskutek śmierci i wskutek zwolnień z zakładu.

1917. Brak żywności i opału zmuszał do najdalej posuniętych ograniczeń. Z tego powodu odżywianie było niedostateczne. Na oddziałach panowało dokuczliwe zimno. To też śmiertelność wzmogła się w zastraszającej mierze; cmentarz zakładowy musiał być ponownie rozszerzony. Odsetka śmiertelności w tym roku doszła do 31,8%. Była to największa śmiertelność w Dziekance.

Władze wojskowe zarekwirowały cenne kuchenne urządzenia z niklu. Zastąpiono je aparatami żelaznymi, które okazały się nieekonomicznymi, bo trudno się rozgrzewały i potrzebowały więcej pary. Prócz poniklowanych kotłów zabrano aluminjowe talerze, garnki, miski itp. W miejsce zabranych przedmiotów sprowadzono sprzęty emaljowane. W kaplicy zakładowej zdjęto z organów cynkowe piszczałki.

Z powodu drożyzny chorym w tym roku nie urządzono gwiazdki.

Pola irygacyjne były przesycone i dla tego mało wydajne. Instytut dla ochrony roślin w Bydgoszczy polecił dodać wapna albo przeprowadzić płodozmian. Wobec tego nie stosowano irygacji przez dłuższy czas, lecz zasiano zboże. Pola irygacyjne przełożono na grunta sąsiednie.

1918. Na ptrzeby wojska przeznaczono trzy pawilony, w których poprzednio przebywali pacjenci pracownicy. W tych pawilonach rozmieszczono żołnierzy cierpiących na choroby nerwowe i psychiczne. Ponieważ lazaret wojskowy z każdym dniem się powiększał, okazała się potrzeba przygotowania dalszych ubikacji szpitalnych. Wobec tego oddano jeszcze jeden pawilon do dyspozycji wojska. Było to możliwem, ponieważ zmalała liczba chorych cywilnych. Ilość żołnierzy chorych leczonych na oddziale wojskowym w Dziekance w końcu roku 1918 wyrażała się cyfrą 217.

Po zawieszeniu broni w dniu 11. 11. 1918 r. wnet się wypróżnił lazaret wojskowy; pozostało tylko niewiele żołnierzy ciężko przychicznie chorych i cierpiących na nerwy.

Personał pielęgniarski powoli wracał z wojny.

Dostawa węgli była nieregularna, w końcu ustała zupełnie; to też od połowy lutego 1918 r. centralne ogrzewanie nie było czynne. Kotły opalane drzewem dostarczały pary zaledwo na potrzeby kuchenne, dla maszyn, pralni i oświetlenia.

1919. Podwyższenie porcji chleba i ziemniaków poprawiło znacznie stan odżywienia pacjentów; śmiertelność zmniejszyła się; ale zato ceny podnosiły się coraz więcej, powodując podwyższenie kosztów utrzymania chorych.

W ciągu roku 1919 zarząd Dziekanki objęli urzędnicy polscy, przejmując w spadku noworodka urodzonego z pacjentki, która zaszła w ciążę w zakładzie i nie umiała podać, kto był ojcem dziecka. Słabowite niemowlę żyło tylko kilka miesięcy.

Od tego czasu upłynęło przeszło pięć lat. Temu okresowi poświęcony jest następujący rozdział niniejszej kroniki.

B.

Oddział wojskowy oddany do dyspozycji polskich władz wojskowych zapełnił się w krótkim czasie znowu chorymi żołnierzami, atoli tym razem polskimi.

Z dniem 31. marca 1919 r. Dyrektor „Geheimrat" Dr. med. Kayser przeszedł w stan spoczynku. Zastępstwo dyrektora objął prymarjusz Dr. med. O. von Domarus.

W dniu 1 lipca 1919 r. Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski z Berlina został powołany na dyrektora i naczelnego lekarza Zakładu.

STAN OSOBOWY. Przeciętna ilość dzienna pacjentów (wyłącznie żołnierzy) i ogólna liczba lekarzy, urzędników i funkcjonarjuszy w Dziekance przedstawiała się w następujący sposób.

W ROKU	1919	1920	1921	1922	1923	1924
Przeciętna dzienna liczba pacj.	573	565	626	599	589	582
Ogólna liczba personału zakładowego bez robotn. folwarczn.	133	123	127	113	126	129

Według budżetu na rok 1924 personał Zakładu (folwark włącznie) miał wynosić 189 osób; w rzeczywistości liczył 141 osób; zatem 48 osób mniej (bez rob. folw. 129).

W administracji zatrudnionych było w każdym roku 1 inspektor, 1 sekretarz, 1 rendant, 1 klucznik, 4 pomocników biurowych i 1 uczeń biurowy.

Personał lekarski nie osiągnął dotąd jeszcze pełnego stanu osobowego z powodu braku odpowiednich kandydatów. Dziekanka oddała swoich lekarzy, przeważnie na stanowiska kierownicze do inn. zakładów (Kocborów — Dr. Kryzan, Owińska — Dr. Wietrzyński, Rybnik — M. Wiendlocha, Kościan — Dr. de Beaurain jako zastępca dyrektora i Dr. Małecki jako asystent). Przy przeciętnym stanie chorych określonym w przytoczonym powyżej zestawieniu prócz dyrektora nieraz było lekarzy tylko 2—3, tak że na jednego lekarza przypadało przeszło 200 chorych. To też działalność lekarzy często musiała się ograniczać do najniezbędniejszych czynności.

Oprócz dyrektora obowiązki lekarskie w Dziekance pełnili i pełnią panowie:

1) Prymarjusz Dr. med. Oton von Domarus,
2) Ordynator Dr. med. Fr. Hoegg, (obaj wyprowadzili się w końcu marca 1920 do Niemiec).

3) Prymarjusz Dr. med. St. Kryzan, (od 1. 8. 1919 r. do 31. 3. 20. d. 1. 4. 1920 r. Dr. Kryzan objął stanowisko dyrektora w Kocborowie).
4) Lekarz Brunon Taberski (od 1. 8. 19 do 5. 3. 21).
5) Lekarz-asystent Dr. med. Jan Wietrzyński (od 18. 5. do 20. 8. 1920, objął kierownictwo zakładu w Owińskach).
6) Prymarjusz Dr. A. Falkowski, (od 24. 4. 21 do 31. 8. 1922 r).
7) Asystent Hypolit Latyński, (od 1. 7. 1921 r. do 31 marca 1922).
8) Prymarjusz Dr. de Beaurain, (od 25. 7. 21 r. do 1. 6. 1924 r., przeniesiony do Owińsk).
9) Lekarz-asystent M. Wiendlocha, (od 30. 9. 1921 do 2. 6. 1922 r., objął kierownictwo zakładu w Rybniku).
10) Lekarz-asystent Dr. med. Stanisław Salkowski, od 15. 10. 1923 do 14. 5. 1924 r.)
11) Lekarz-asystent Dr. med. Brunon Nowara, (od 19. 11. 1923 do 31. 1. 1924 r).
12) Asystent Jan Małecki, (od 8. 11. 1924 r. do 1. 1. 25 r., przeniesiony z dniem 2. 1. 25 do Kościana).
13) Prymarjusz Dr. O. Bielawski, (od 24. 10. 1921 r.)
14) Ordynator Dr. M. Siemionkin, (od 1. 9. 1922 r)
15) Prymarjusz Dr. med. E. Reimann, (od 1. 6. 1924 r.)
16) Praktykant Franciszek Berezowski, (od 10. 11. 1924 r).

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych pacjentów i wogóle pacjentów z osobliwymi psychopatologicznymi przejawami. Przy tej sposobności bywały rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, orzeczenia sądowo - psychjatryczne itp.

Lekarze zakładu wyjeżdżali często jako eksperci na rozprawy sądowe: do Poznania, Bydgoszczy, Inowrocławia, Ostrowa, Leszna, Wrześni; w roku 1924 przypadków sądowo-psychjatrycznych karnych i cywilnych było 56 włącznie orzeczeń na rozprawach bez poprzedzającej obserwacji. Między sądownictwem a Dziekanką istnieje ożywiony i ścisły kontakt. Prymarjusz Dr. Bielawski jest równocześnie lekarzem sądowym przy Sądzie Okręgowym w Gnieźnie.

Z początku nieregularnie, od dwóch lat regularnie, odbywały się co 2 tygodnie naukowe zebrania lekarzy zakładowych, mianowicie w pierwszej połowie każdego miesiąca „naukowe posiedzenia lekarzy zakładu ze współudziałem lekarzy i innych gości z Gniezna", a w drugiej połowie miesiąca „kliniczne zebrania lekarzy zakładu". Na posiedzeniach tych omawiamo aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem i rozpatrywano ciekawsze przypadki psychjatryczne i neurologiczne, Głównym tematem badań i licznych dyskusji był, przed 4 laty przez Dyr. Piotrowskiego

wysunięty przedmiot rozgraniczenia schizofrenji. Następstwem tych dociekań było oddzielenie katatonji od schizofrenji, jako też zwężenie i sprecyzowanie formy nozologicznej schizofrenji. Słuszność tego stanowiska potwierdziły wyniki badań chemicznych dokonanych przez Dr. Bielawskiego w laboratorjum zakładowem i doświadczenia eksperymentalne Dr. Siemionkina na oddziałach. Dr. Bielawski prowadził systematyczne badania krwi i płynu mózgordzeniowego na odczyn Bienackiego, na cholesterynę, globulinę, cukier i śledził pojawianie się odczynu Wassermanna u katatoników i chorych cierpiących na encephalitis lethargica; wyniki tych badań były podstawą, na której Dr. Bielawski oparł swoją tezę wygłoszoną na Zjeździe Psychjatrów we Lwowie (1923), że katatonja nie należy do schizofrenji, że jest raczej zbliżona do parkinsonizmu. Przy badaniu katatoników Dr. Bielawski napotkał na objaw zgięcia palców przy nagniataniu przedniej bocznej powierzchni goleni (odruch inwersyjny palców) i antagonistyczny objaw pałucha. Dr. Siemionkin wspólnie z Dr. Bielawskim przeprowadzał u tych samych chorych eksperymenty elektrodiagnostyczne.

Lekarze zakładu wygłaszali referaty na posiedzeniach Poznańskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego, uczestniczyli w zjazdach psychjatrów polskich w Warszawie (1920), w Poznaniu (1921), w Wilnie (1922), we Lwowie (1923), w Lublińcu (1924), i wygłosili szereg wykładów na tematy, które były przedmiotem badań w Dziekance.

Następujące prace z Dziekanki były referowane wzgl. ogłoszone drukiem:

I. Dyr. Al. Piotrowski.

1) Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. Pamiętnik I. Zjazdu Psychjatrów Polskich 1921.
2) Plan nauczania dzieci niedorozwiniętych zestawiony według wzorów niemieckich; Pamiętnik I. Zjazdu Psychjatrów Polskich 1921.
3) Śmiertelność w zakładach psychjatrycznych podczas wojny światowej. Nowiny Lekarskie, Poznań, Rocznik 34.
4) Diagnostyka psychjatryczna dla studentów i lekarzy, Wende i Sp. Warszawa 1923.
5) Uwagi do terminu „otępienie" z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox". Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
6) Paranoja i poczytalność. Nowiny Lekarskie, Poznań, Rocznik 35.
7) Alkoholizm i ustawodawstwo. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
8) Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
9) O potrzebie ustanowienia centralnego urzędu psychjatrycznego. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.

10) Przesądy i uprzedzenia w przedmiocie psychjatrji; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
11) O Lidze Profilaktyki i Hygjeny psychicznej; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
12) Pourazowa zwrotna nieruchomość źrenic. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik II.

II. Dr. Ad. Falkowski.

1) O klasyfikacji anatomopatologicznej schorzeń ciała prążkowanego.
2) O wartości klinicznej objawu Piotrowskiego, Neurologja Polska, 1922.

III. Dr. Ch. de Beaurain.

O nerwicach urazowych; referat wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy w Dziekance ze współudziałem lekarzy z Gniezna, w dniu 4. stycznia 1924 r.,; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rok I.

IV. Dr. O. Bielawski.

1) Opór pamięciowy u psychicznie chorych. Rocznik Psychjtr. Warszawa, 1922.
2) Przyczynek do tematu: Senne marzenia a pokrewne objawy psychiczne w schizofrenji; streszczenie, Rocznik Psychjatr. Warszawa, 1922.
3) Odruchy patologiczne w katatonji, Nowiny Lekarskie, Poznań, 1923.
4) Odczyn Biernackiego u psychicznie chorych, autoreferat, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
5) Katatonoid psychorodny. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
6) Objawy motoryczne w katatonji a sprawach pozapiramidowych. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
7) Przyczynek do patologji humoralnej w katatonji, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik 1.
8) Parę uwag o leczeniu porażenia postępującego; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
9) Parkinsonizm nierozwinięty czy katatonja? streszczenie w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
10) Zespół objawów prążkowo-wzgórzowy; Now. Psychj. Rocz. II. domości; streszczenie, w Nowinach Psychjatrycznych, Rocznik I.
11) O mechanizmach psychicznych działających w półmrokach świadomości. Now. Psychj. Rocznik II.
12) Przyczynek do symetrycznych zaburzeń troficznych natury oparzeniowej po ciężkich napadach padaczkowych; Now. Psychj. Rocznik II.

V. Dr. M. Silemionkin.

1) Rewolucja, społeczeństwo i zachorzenia psychiczne; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rok I.

2) Objawy motoryczne w katatonji a w sprawach extrapiramidowych (wspólnie z Dr. Bielawskim) Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rok I.

VI. Frąckowiak, cand. med.

O wartości klinicznej objawu małego palca u nogi (Pousepp) u psychicznie chorych. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.

Dnia 19. maja 1921 r. tj. w 3-cim dniu II. Zjazdu Psychjatrów Polskich uczestnicy Zjazdu obradowali w Dziekance i zwiedzili zakład. Lekarz prymarjusz Dr. Falkowski przedsawił kilkunastu chorych z odruchem antagonistycznym Piotrowskiego, objaśniając znaczenie diagnostyczne i wartość kliniczną objawu. Objaw Piotrowskiego polega na tem, że w organicznych zachorzeniach mózgu uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w brzusiec mięśnia piszczelowego przedniego powoduje zgięcie stopowe nogi albo palcy. Odruch ten (a priori chorobowy) występuje o wiele wyraźniej, jeżeli stopę ułożymy i utrzymujemy w grzbiet. zgięciu; niekiedy objaw występuje tylko przy zastosowaniu wspomnianego rękoczynu. Następnie Dyrektor Piotrowski demonstrował przypadek choroby Wilsona i referował o doświadczeniach psychjatrycznych w Dziekance. Zjazd zakończył Dr. Radziwiłłowicz okolicznościowem przemówieniem.

W r. 1921 i 1922 Dyrektor Piotrowski wykładał dla studentów uniwersytetu poznańskiego psychjatrję ogólną, psychjatrję kliniczną i practicum psychjatryczne, a w czasie wakacji uniwersyteckich w r. 1923 i 1924 kilku studentów uniw. poznańskiego i krakowskiego pracowało w Dziekance pod kierownictwem Dyrektora i lekarzy Zakładu w celach pogłębienia studji psychjatrycznych.

Ponieważ dawał się dotkliwie odczuwać brak czasopisma psychjatrycznego (Rocznika Psychjatrycznego w ciągu 4 lat wyszedł tylko jeden zeszyt, w r. 1922), przeto w grudniu r. 1923 Dyr. Piotrowski, dzięki subwencji ze strony Starostwa Krajowego Poznańskiego i Pomorskiego, założył Miesięcznik „Nowiny Psychjatryczne" i redagował go jako redaktor naczelny. Redaktora zastępował Dr. Bielawski, stały współpracownik czasopisma.

W styczniu 1924 r. wyłoniła się w Dziekance komisja lekarska jako podkomitet Ligi Profilaktyki i Hygjeny psychicznej w Gnieźnie. Komisja otworzyła bezpłatną poradnię psychjatryczną. Z ramienia tego podkomitetu miewał Dr. Piotrowski wykłady o alkoholiźmie dla szerszej publiczności z Gniezna i dla wojska, a Dr. Bielawski wygłosił odczyt publiczny z obrazami świetlnymi o rozwoju psychjatrji praktycznej.

PERSONAŁ PIELĘGNIARSKI. Po odejściu w r. 1920 doświadczonych pielęgniarzy, a zwłaszcza pielęgniarek niemieckich, powstały trudności z tego powodu, że nowo przyjęty młody personał polski przedstawiał surowy materjał, który nie miał wyobrażenia o pielęgno-

waniu chorych w ogólności, a o dozorowaniu psychicznie chorych w szczególności, przytem nie stosował się do zleceń lekarza, czasem nawet postępował wbrew zarządzeniom jego. Fatalne skutki tego nieposłuszeństwa nie dały na siebie czekać i objawiły się w przypadku usiłowanego samobójstwa z zejściem śmiertelnem (w r. 1920). Pacjentka W., znajdująca się w stanie depresji, symulowała wesoły nastrój i wprowadzała w błąd niedoświadczone pielęgniarki, które nie mógły pojąć lekarza nawołującego je do starannego i pilnego czuwania nad chorą, którą pielęgniarki uważały za zdrową. Pacjentka wymknęła się niespostrzeżona, pobiegła na strych i wyskoczyła oknem na bruk, odnosząc złamanie czaszki, wskutek czego na drugi dzień umarła. Był to w ciągu ubiegłych 6 lat, jedyny przypadek samobójstwa w Dziekance.

Męski personał pielęgniarski został zastąpiony doświadczonymi pielęgniarzami Polakami, wydalonymi z zakładów niemieckich; przyjęto ich z radością. Niestety był to element zrewolucjonizowany i ferment burzliwy, który wniósł do zakładu niepokój. Personał tubylczy, przez przybyszów prowokatorów z Niemiec i przez emisarjuszy Związku Zawodowego Robotników i Rzemieślników w Gnieźnie pobudzony do nieposłuszeństwa względem przełożonych, uległ agitacji. Odtąd zachowywał się prowokująco, krnąbrnie, hardo, opornie. Dnia 6. 8. 1920 r. w czasie bolszewickiego najazdu, przyjechał do Dziekanki poseł Nader z Warszawy i zwołał wiec pielęgniarzy, na którym przemawiał podburzająco, agitując w sposób niesmaczny i demagogiczny przeciw władzy przełożonej; sens przemówienia był ten, że pielęgniarzy traktuje się w Dziekance jak niewolników, że dyrektor nie ma więcej praw od nich, bo jest tak samo robotnikiem jak oni, że nie mają się krępować, nie mają brać najmniejszego względu na jego obecność, że mu nie wolno karcić podwładnych, że za nimi stoi silny Związek liczący 600 000 członków z dewizą — jeden za wszystkich, wszyscy za jednego — związek, z którym się nawet minister liczyć musi. Mówca poddał nielojalnej, uszczypliwej, złośliwej, niesprawiedliwej krytyce zarządzenia ówczesnego Starosty Krajowego Wyczyńskiego, wołając, że Starosta Krajowy „albo za rychło, albo za późno się urodził", że to nie jest urzędnik, że urzędników trzeba sobie dopiero wychować. To też nie dziw, że pod wpływem takiego niewłaściwego przemówienia posła niektórym słuchaczom przewróciło się docna w głowie. Zamiast w krytycznej dla państwa chwili, jaką był okres nawały bolszewickiej, nawoływać lud do spokoju i porządku, jak by to uczynił każdy poważny, patrjotycznie myślący, rozumny człowiek, p. poseł Nader swojem niefortunnem wystąpieniem pogmatwał pojęcie słuszności i swojem podburzającem demagogicznem przemówieniem wywołał wrzenie i niezadowolenie u słuchaczów. Zamiast ułatwić trudną pracę organizacyjną władz, p. N. utrudniał ją, wprowadzając rozprężenie i zamęt w umysłowości personału. Skutek był ten, że kilku funkcjonarjuszy wypowiedziało zupełnie posłuszeństwo; tych wydalono niezwłocznie. Wskutek energicznej postawy władzy przełożonej, która nie ulękła się ani gróźb ani strajków

itp., lecz wystąpiła z uzasadnioną surowością względem wichrzycieli, incydent został wnet zlikwidowany. Roztropniejsi ocknęli się i przyszli do równowagi. Od tego czasu panuje w Dziekance spokój i wzorowa dyscyplina; personał na ogół jest posłuszny, obowiązkowy i sumienny.

Personał pielęgniarski podzielony jest na następujące grupy:

I. Personał kontraktowy:

1) Posługujący — 1) Posługująca.
2) Pielęgniarz pomocniczy — 2) pielęgniarka pomocnicza.

II. Urzędnicy ustaleni z prawem do emerytury:

3) Pielęgniarz — 3)pielęgniarka.
4) Oddziałowy — 4) oddziałowa.
5) Nadpielęgniarz — 5) nadpielęgniarka.

Młode osoby zgłaszające się do służby pielęgniarskiej, nie posiadające odpowiedniego wykształcenia i kwalifikacji, przyjmuje się na posługujących.

Personał posługujący przedstawia najniższą warstwę służby szpitalnej. Dla osób inteligentniejszych i pod względem moralnym ustalonych odbywają się kursy przygotowawcze pielęgniarstwa psychjatrycznego z 2 rocznym programem. Na kursach teoretycznych, w semestrze zimowym, wykładają lekarze zakładowi 1) anatomję i fizjologję człowieka, 2) hygjenę, 3) psychjatrję praktyczną. Pozatem dyrektor w osobnych lekcjach poucza słuchaczów o obowiązkach i odpowiedzialności prawnej pielęgniarzy, tłomaczy przepisy służbowe.

Po 2 latach kandydaci składają egzamin. Po złożonym egzaminie awansują na pielęgniarzy pomocniczych. Dopiero pielęgniarze pomocniczy należą do personału pielęgniarskiego i dostają wyższe pobory.

Posługujący, który nie brał udziału w kursach, pozostaje nadal posługującym.

Po 10-letniej nienagannej służbie pielęgniarz pomocniczy, o ile przeszedł kursy dokształcające, może starać się o posadę pielęgniarza - urzędnika z prawem do emerytury. Ta 10-letnia praktyka przygotowawcza daje rękojmię, że kandydat na pielęgniarza nauczył się pielęgnować psychicznie chorych, zna swoje obowiązki i przepisy i że pozostanie trwale w obranym zawodzie. Ustalenie otrzyma tylko ten kandydat, który posiada moralne kwalifikacje na urzędnika. Nie każdy pielęgniarz pomocniczy przeto zostanie pielęgniarzem etatowym. W Dziekance pracują pielęgniarze pomocnicy, którzy mają poza sobą 15 lat służby.

Z pomiędzy pielęgniarzy ustalonych (zwanych także etatowymi) wybiera się oddziałowych, którzy mają dozór nad oddziałem. Umiejący samodzielnie pracować, energiczny, zaradny, roztropny pielęgniarz oddziałowy może zostać nadpielęgniarzem, o ile wakuje posada nadpielęgniarza.

Zmiany personału zachodzą dość często tylko na najniższym stopniu służby, t. j. u posługujących, rzadko między personałem pomocniczym, a już wcale nie pomiędzy pielęgniarzami ustalonymi.

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego incl. posługujących, po odciągnięciu pielęgniarzy prywatnych i dozoru nocnego, przedstawiał się przed 5 laty jak 1:8. Z początku ze względów oszczędnościowych, później z przyczyn zasadniczych, zredukowano ilość personału w tak znacznej mierze, że czasami przypadał tylko 1 pielękniarz (wzgl. posługujący) na 11 pacjentów. Służbę nocną zredukowano. Zamiast 17 pielęgniarzy dozoruje w nocy tylko 10—11 osób. Kontrole nocne bowiem wykazały, że przy podwójnym dozorze (jeżeli równocześnie czuwają dwie osoby), jedna osoba prawie regularnie śpi. Wobec tego zniesiono podwójny dozór. Na każdym oddziale czuwa w nocy jedna osoba, starsza, doświadczeńsza. W pobliżu natomiast śpi druga, młodsza osoba, której obowiązkiem jest, na zawołanie czuwającego dać pomoc. Za każdą przerwę we śnie z przyczyny służbowej, przebudzony zyskuje we dnie jedną godzinę wolną od pracy, t. zn. że pracuje jedną godzinę mniej, a jeżeli wstawał w nocy 3 razy do chorych, dzień następny dla niego jest zupełnie wolny od pracy. Ten sposób dozoru nocnego okazał się korzystniejszym, albowiem pozwolił zmniejszyć ilość pielęgniarzy nocnych o 7 osób, co przynosi znaczne oszczędności w budżecie personalnym. Obecnie na 580 pacjentów przypada 87 pielęgniarzy i pielęgniarek, 44 mężczyzn i 43 kobiet. Od tej liczby należy odjąć 2 nadpielęgniarzy i 2 nadpielęgniarki, 6 osób zatrudnionych w pielęgnacji prywatnej, 10 osób służby nocnej i 1 uczennicę na przełożoną, pozostaje 66 pielęgniarzy, pielęgniarek i posługujących do dyspozycji chorych, t. zn. stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawia się obecnie jak 1:9.

Personał ten wystarczył zupełnie, albowiem w Dziekance panuje zasada, ażeby jak najwięcej pacjentów wyzwolić z pod dozoru i przyzwyczaić do poprawnego życia samodzielnego. Mimo szczupłej liczby pielęgniarzy samobójstwa w ostatnich 4 latach w Dziekance nie było.

Podróże służbowe.

w r. 1919	odbyto	podróży	służb.	9,	wszystkie	do Starostwa Krajowego.			
„ „ 1920	„	„	„	38,	z tych	34	do Star. Kraj.	i	4 inne
„ „ 1921	„	„	„	15	„ „	11	„ „	„	„ 4 „
„ „ 1922	„	„	„	7	„ „	4	„ „	„	„ 3 „
„ „ 1923	„	„	„	15	„ „	8	„ „	„	„ 7 „
„ „ 1924	„	„	„	10	„ „	4	„ „	„	„ 6 „

Razem odbyto 94 podróże

Z tych przypadło na zarządzenia Starostwa Krajowego 80, na zarządzenia Zakładu 14.

Celem podróży były konferencje p. Dyrektora na Starostwie Krajowem w sprawie organizacji zakładów psychjatrycznych, w sprawach personalnych, w sprawach opału i odzieży. Inne podróże miały na celu kongresy psychjatrów, przewiezienie pieniędzy i pacjentów.

ROZRYWKI. Ze względu na stan wojenny w pierwszych latach życia państwowego Polski, zabawy dla pacjentów odbywały się rzadko. Później, gdy się sytuacja poprawiła, urządzano je częściej.

Latem zwykle pacjenci przebywali na dworze, bawili się tańcem na murawie, grywali w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki w bliższą okolicę, wozem lub koleją. W jesieni, gdy pogoda nie sprzyjała, prawie w każdą niedzielę po południu, pacjenci gromadzili się na sali teatralnej zakładu celem wspólnej zabawy towarzyskiej połączonej z tańcami. Zimą na wielkiej sali odbywały się przedstawienia teatralne, kinematograficzne, koncerty, zabawy taneczne. Orkiestry wojskowe (69 pp. i 17 p.a.p.) z Gniezna koncertowały dla chorych w Dziekance; także gnieźnieńskie Koło śpiewackie wystąpiło z pięknym programem na wieczorze koncertowym urządzonym w Zakładzie dla chorych. Gdy do Gniezna zawitał cyrk, znaczną ilość widzów stanowili pacjenci z Dziekanki. Po za częstemi zabawami na oddziałach urządzono w r. 1924 dla chorych na wielkiej sali Zakładu 14 większych przedstawień teatralnych, kinematograficznych i koncertów, połączonych z zabawami tanecznemi, w których brali udział także zaproszeni goście z Gniezna.

Do upiększenia zabaw nieraz przyczynił się chór pielęgniarek. Ćwiczeniami chóru świeckiego kierował Dyr. Piotrowski, chórem kościelnym dyrygował Dr. de Beaurain, a po nim organista katolicki.

BIBLJOTEKA. Pacjenci i urzędnicy korzystali regularnie i licznie z bibljoteki Zakładu zawierającej 4677 tomów, mianowicie:

beletrystyka	3301	tomów
biblj. naukowa lekarska	1200	„
biblj. administracyjna	176	„
	4677	tomów

W ciągu 1924 r. wypożyczono lektury beletrystycznej 6240 tomów.

INWESTYCJE w okresie 1920—1924. W r. 1920 naprawiono kocioł do ciepłej wody na kąpiele po stronie męskiej.

W roku 1921 naprawiono pompy do posilkowania kotłów parowych.

W roku 1922 naprawiono 3 pompy do pompowania wody i wybudowano piątą pompę z elektromotorem, naprawiono drugą pompę do posilkowania kotłów parowych, izolowano rury do centralnego ogrzewania, odrestaurowano oddział IV. m. i ż.

W roku 1923 naprawiono gruntownie drugą maszynę zapędową i baterję akumulatorów, położono nowe belki w kręgielni, naprawiano kominy i zaciekające prawie na wszystkich budynkach dachy, mianowicie dach na pawilonie IV. ż., który się był zawalił z powodu spróchniałych belek.

W roku 1924 gruntownie naprawiono dynamo, kocioł do ciepłej wody na kąpiele po stronie żeńskiej, automatyczną pompę do pompowania ścieków, wentylator w kuchni zakładowej, który od kilku lat był nieczynny, założono nowe rury do centralnego ogrzewania, wybudowano 8 nowych werand przy mieszkaniach pielęgniarzy, położono nowe linoleum w VII paw. ż., ukończono naprawę bateryj akumulatorów, rozebrano mur okalający ogród paw. V. ż. a obmurowany ogród oddziału VI. ż. otoczono żywopłotem przed ostatecznem rozebraniem murów, pokryto olejną farbą ściany w kuchni i w przyległych ubikacjach jako też w la-

zienkach, rozpoczęto pracę przy zakładaniu nowego filtra do piątej pompy, w celach konserwacyjnych pomalowano okna w budynku administracyjnym, gospodarczym, w paw. I ż. oraz w mieszkaniach dyrektora i lekarzy, przebrukowano dziedziniec na przodku, wyłożono kostkowym brukiem drogę od bramy głównej do gmachu administracyjnego i pokryto brukiem mozaikowym miejsce naokoło kandelabra przedniego, założono wodociągi do wodotrysku przed kościołem, rozszerzono i zmieniono rozmieszczenie sieci oświetlenia elektrycznego i ulepszono oświetlenie ustawieniem kilku nowych lamp i silniejszych żarówek, naprawiono aparat do wyrabiania wody sodowej, który od wielu lat był zepsuty.

Część wyszczególnionych prac została wykonana przez pacjentów, mianowicie przełożenie bruku na dziedzińcu, wyłożenie drogi kostkowym brukiem i miejsce naokoło kandelabra, co przysporzyło zakładowi znacznych oszczędności. Prace te byłyby kosztowały 1 167,20 zł., w rzeczywistości kosztował piasek tylko 29 złotych.

Dla ilustracji sprawy powyższej wzmiankowanej niech posłuży załączone zestawienie prac malarskich i brukarskich wykonanych przez pacjentów Zakładu.

PRACE MALARSKIE I BRUKARSKIE. Z następnego zestawienia dowiadujemy się, jakie prace malarskie i brukarskie zostały wykonane przez pacjentów Zakładu w ciągu ostatnich 4 lat z pożytkiem dla Zakładu i ile Zakład zaoszczędził wydtków z tego powodu.

ROK	PAWILONY	UBIKACJA	ILOSC kwm	WARTOSC PRACY zł gr
1920	VII. p. żeński	Sala i łazienka malowaua	188	56,40
1921	I. p. żeński	Kuchuia, 2 pokoje i sufit w jadalni	72	21,60
1922	VI. p. żeński	Sala na I. piętrze malowana	144	43,20
„	II. p. męski	I łazienka malowana	68	20,40
1923	IV. p. żeński	Sufity w 5 salach odnowione, pokój lekarski i korytarz malowany	360 18	124,20
„	X. i IX. p. żeński	X. i IX. p. kompletnie malowane	2000 i 1680	600,— 52,80
„	VIII. p. „	Jadalnie malowana	105	31,50
„	V. p. żeński	2 sale na parterze malowane	200	60,—
„	I. p. męski	Sufit w 2 pokojach i 2 pokoje malow.	126	37,80
„	VII. p. męski	Jeden pokój malowany	88	26,40
1924	V. p. żeński	I. piętro sufity odnowione	112	33,60
„	VI. p. „	Korytarz malowany	88	26,40
„	VII. p. „	Sala i korytarz malowane	80	24,—
„	III. p. męski	10 pokoji, 2 łazienki, 2 umywalnie, 1 kuchnia, 4 korztarze, 4 ustępy, 2 sienie malowane	1608	482,40
„	II. p. męski	I pokój malowauy	160	96,—
„	VI. p. męski	II pokoji. I kuchnia, I łazienka i I umywalnia malowane	1688	506,40
„	VI. p. męski	2 ustępy, 2 korytarze, 2 sienie i II drzwi malowane	300	180,—
1922	Dom Admin.	16 pokoji i 3 kuchnie malowane	768 18	293,40
„	Dom Gosp.	3 pokoje i kuchnię malowane	144	43,20
	Dom mieszkalny		18	4,40
1920	dla pielęgniarzy	2 pokoje i 2 kuchnie	50	15,—
1924	„	14 pokoji i 14 kuchеń	420	126,—
„	p. ordynatorów	I pokój i I łazieńka	40	12,—
			razem	2 917,10

Powyższą kwotę zaoszczędził zakład przez to, że prace malarskie wykonane zostały przez pacjentów. Zakład przełożył w roku 1924 = 1495 kw. m. bruku własnemi siłami. Robocizna włącznie dostawy żwiru kosztuje 0,80 zł za 1 m. kw. x 1459 = 1167,20 złotych odlicza się zakupiony żwir . . . . . = 29,— „ 1 138,20

razem zysk = 4 055,30

ZATRUDNIENIE. W roku 1919 zatrudniono 37,7% pacjentów w ogrodach, na roli, w warsztatach, w biurach, w gospodarstwie domowem i przy klockowaniu,

w roku 1920 = 36,5%
w roku 1921 = 57,5%
w roku 1922 = 76,5%
w roku 1923 = 85,5%
w roku 1924 = 95,4%

	dni robocze w roku	liczba zatrudnionych chorych przeciętnie dziennie
W roku 1919 zatrudniano pacjentów w biurach, warsztatach, przy szyciu i gospodarstwie domowem	36 327	99,2
na roli i w ogrodach	12 678	34,5
razem:	49 005	133,7
w roku 1920	47 123	129
	21 618	59,1
razem:	68 741	188,1
w roku 1921	54 077	148,1
	31 489	89
razem:	85 566	237,1
w roku 1922	112 285	309
	55 580	152
razem:	167 865	461
w roku 1923	130 595	357,6
	59 130	162
razem:	189 725	519,6
w roku 1924	141 533,5	387,9
	61 393	168,2
razem:	202 976,5	556,1

OGRODNICTWO. W roku 1919 wynosił dochód

z ogrodnictwa	11 873,08 mk.
za drzewo opałowe, wycięte w parku zakładowym	4 200,— mk.
razem:	16 073,08 mk.

Wydatki wynosiły:

a) pobory ogrodnika	5 596,— mk.
b) zakup nasion, narzędzi, mierzwy	1 404,95 mk.
	7 000,95 mk.

Z powyżej wykazanych wydatków przypada $^2/_5$ na utrzymanie parków. Dla wyliczenia zysku w ogrodnictwie liczy się $^3/_5$ wydatków do rozchodu, zatem 4 200,57 mk.

pozostała nadwyżka wynosi 11 872,51 mk.

Na tej samej podstawie obliczony dochód i rozchód z ogrodnictwa zakładowego i z parków zakładowych wykazuje dla zakładu zysk:

w roku 1920	38 145,18 mk.
w roku 1921	675 687,70 mk.
w roku 1922	969 877,90 mk.
w roku 1923	671 943 442,00 mk.
w roku 1924	2 750,45 zł.

ODŻYWIANIE.

Rok 1919.

Według zakończenia kasowego wydano na żywność dla pacjentów i personału	494 814,42 mk.
z tego:	
a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	11 873,08 mk.
b) produkty z własnego folwarku	83 784,15 mk.
c) zakupiona żywność	399 157,19 mk.
	494 814,42 mk.

Rok 1920.

Wydano na żywność	3 230 453,52 mk.
z tego:	
a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	54 996,— mk.
b) produkty z własnego folwarku	266 246,72 mk.
c) zakupiona żywność	2 909 210,80 mk.
	3 230 453,52 mk.

Rok 1921.

Wydano na żywność	26 416 422,65 mk.
z tego:	
a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	708 901,80 mk.
b) produkty z własnego folwarku	5 070 660,50 mk.
c) zakupiona żywność	20 636 860,35 mk.
	26 416 422,65 mk.

Rok 1922.

Wydano na żywność	132 612 287,70 mk.
z tego:	
a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	1 275 811,— mk.
b) produkty z własnego folwarku	17 969 339,— mk.
c) zakupiona żywność	113 367 137,70 mk.
	132 612 287,70 mk.

Rok 1923.

Wydano na żywność	19 403 432 352,— mk.
z tego:	
a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	719 971 048,— mk.
b) produkty z własnego folwarku	3 890 535 200,— mk.
c) zakupiona żywność	14 792 926 104,— mk.
	19 403 432 352,— mk.

Rok 1924.

Wydano na żywność	159 283,95 zł.
z tego:	
a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	6 263,64 zł.
b) produkty z własnego folwarku	25 349,26 zł.
c) zakupiona żywność	127 671,05 zł.
	195 283,95 zł.

PRZYODZIEWANIE.

Zakład przyodziewał:

w r. 1919	przeciętnie	354	pacjentów	III kl	(ubogich)
w r. 1920	„	400	„	III kl	„
w r. 1921	„	533	„	III kl.	„
w r. 1922	„	498	„	III kl.	„
w r. 1923	„	566	„	III kl.	„
w r. 1924	„	534	„	III kl.	„

Na przyodziewek wydano:

w r. 1919	6 040,42 mk.
w r. 1920	17 988,50 mk.
w r. 1921	509 446,50 mk.
w r. 1922	5 218 851,50 mk.
w r. 1923	408 386 210,— mk.
w r. 1924	72 648,— zł.

Wobec tego kosztował przyodziewek za 1 pacjenta:

w r. 1919	dziennie	0,4,68	mk.,	rocznie	17,06	mk.
w r. 1920	„	1,26	mk.	„	44,97	mk.
w r. 1921	„	26,47	mk.	„	955,80	mk.
w r. 1922	„	287,11	mk.	„	10 479,62	mk.
w r. 1923	„	976,80	mk.	„	72 153,05	mk.
w r. 1924	„	0,37,2	zł.	„	136,04	zł.

III. ZESTAWIENIA STATYSTYCZNE.

A. RUCH OSOBOWY.

1) Leczono w ciągu roku:

1919 — 722	chorych	(579 cywilnych	i 143 wojskowych)
1920 — 925	„	(754 „	i 171 „)
1921 — 968	„	(871 „	i 97 „)
1922 — 823	„		
1923 — 835	„		
1924 — 802	„		

2) Przewieziono do innych zakładów:

	a) niemieckich	b) do polskich zakładów
w roku 1919	— 5 chorych	1 chorego
„ 1920	— 10 „	—
„ 1921	— 6 chorych	1 chorego
„ 1922	— 2 „	3 chorych
„ 1923	— 4 „	45 „
„ 1924	—	24 „

3) Przyjęto do Dziekanki z innych zakładów:

	a) z niemieckich	b) z polskich
w roku 1919	—	—
„ 1920	—	—
„ 1921	— 175 chorych (Obrawalde)	—
„ 1922	—	—
„ 1923	—	87 chorych (z Kobierzyna
„ 1924	—	6 „ (z Kościana

4) W opiece rodzinnej znajdowało się:

w roku 1919 — 9 chorych
„ 1920 — 6 „
„ 1921 — 6 „
„ 1922 — 13 „
„ 1923 — 14 „
„ 1924 — 14 „

B. STATYSTYKA.

I. Umieszczonych w zakładzie.

	1919 r. m.	k.	raz	1920 r. m.	k.	raz	1921 r. m.	k.	raz.
Pacjentów było w dniu I. stycznia	222	242	464	209	201	410	218	248	466
żołnierzy „ „ „	121	—	121	132	—	132	66	—	66
w roku sprawozdaw. przybyło pacjentów	61	54	115	158	186	344	201	204	405
„ „ „ żołnierzy	22	—	22	39	—	39	31	—	31
zatem było odżywianych pacjentów	283	296	579	367	387	754	419	452	871
„ „ „ żołnierzy	143	—	143	171	—	171	97	—	97
razem odżywianych	426	296	722	538	387	925	516	452	968
Ubyło w roku sprawoydawczym	m	k.	r.	m.	k.	raz.	m.	k.	raz.
1) Urlop i ostat. zwolnieni pacjenci	36	51	87	100	97	197	77	85	162
zwolnieni żołnierze	11	—	11	27	—	27	66	—	66
2) przewiezienie pacj. do zakł. niem.	3	2	5	8	2	10	4	2	6
„ „ „ „ polsk.	—	1	1	—	—	—	1	—	1
3) zmarło	30	41	71	37	37	74	54	58	112
4) oddaliiło się	5	—	5	4	3	7	4	1	5
zatem uleczyło się pacjentów	74	95	169	149	139	288	140	146	286
„ „ „ żołnierzy	11	—	11	105	—	105	97	—	97
razem ubyło	85	95	180	254	139	393	237	146	383
pozostało 31. grudnia pacjentów	209	201	410	218	248	466	279	306	585
„ „ żołnierzy	132	—	132	66	—	66	—	—	—
razem	341	201	542	284	248	532	279	306	585
przeciętna dzienna		573			565			626	

	Rok 1922 m.	k.	raz	1923 m.	k.	raz	1924 m.	k.	raz.
Pacjentów było w dniu I. stycznia	279	306	585	289	280	569	315	301	616
przybyło w roku sprawozdawczym	153	85	238	136	130	266	98	88	186
zatem było odżywianych	432	391	823	425	410	835	413	389	802
Ubyło w roku sprawozdawczym	m.	k.	r.	m.	k.	raz.	m.	k.	raz.
1) Urlop i ostat. zwolnienl pacjenci	92	60	152	50	50	100	67	60	127
2) przewiezieni do zakł. niemieck.	1	1	2	1	3	4	—	—	—
„ „ „ polskich	3	—	3	28	17	45	8	16	24
3) zmarło	42	44	86	27	35	62	38	32	70
	5	2	7	4	4	8	3	2	5
zatem ubyło	193	111	254	110	109	219	116	110	226
pozostaje w dniu 31. grudnia	289	280	569	315	301	616	297	279	576
przeciętna dzienna		599			589			582	

I. RELIGJA.

	katol. m.	k.	ewang. m.	k.	żydzi m.	k.	razem m.	k.	raz.
Pacjentów było w dniu I. stycznia 1919 r.	122	126	83	101	17	15	222	242	461
żołnierzy „ „ „ „	112	—	9	—	—	—	121	—	124
przybyło pacjentów	38	29	21	19	2	6	61	54	115
„ żołnierzy	22	—	—	—	—	—	22	—	22
razem	294	155	113	120	19	21	426	296	722
ubyło pacjentów	41	49	29	39	4	7	74	95	169
żołnierzy	9	—	2	—	—	—	2	—	2
stan w dniu 31. 12. 1919 r. pacjentów	119	106	75	81	15	14	209	201	410
„ „ „ „ „ żołnierzy	125	—	7	—	—	—	132	—	132
razem	244	106	82	81	15	14	341	201	542
w roku 1920 przybyło pacjentów	114	130	40	48	4	8	158	186	344
„ „ „ żołnierzy	39	—	—	—	—	—	39	—	39
razem	397	236	122	129	19	22	538	387	925
ubyło pacjentów	94	77	50	52	5	10	149	139	288
„ żołnierzy	98	—	7	—	—	—	105	—	105
stan w dniu 31. 12. 1920 r. pacjentów	139	159	65	77	14	12	218	248	466
„ „ „ „ „ żołnierzy	66	—	—	—	—	—	66	—	66
razem	205	159	65	77	14	12	284	248	532

	katol.		ewang.		żydzi		razem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	raz.
w roku 1921 przybyło pacjentów	146	131	40	48	15	25	201	204	405
„ „ „ żołnierzy	31	—	—	—	—	—	31	—	31
razem	382	290	105	125	29	27	516	452	968
ubyło pacjentów	102	88	31	45	7	13	140	146	286
„ żołnierzy	97	—	—	—	—	—	97	—	97
stan w dniu 31. 12. 1921 r. pacjentów	183	202	74	80	22	24	289	306	585
„ „ „ „ „ żołnierzy	—	—	—	—	—	—	—	—	—
razem	183	202	74	80	22	24	279	306	585
w roku 1922 przybyło	114	57	32	19	7	9	153	85	238
razem	297	259	106	99	29	33	432	391	823
ubyło	97	65	27	30	19	16	143	111	254
stan w dniu 31. 12. 1922 r.	200	194	79	69	10	17	289	280	569
w roku 1923 przybyło	109	96	14	19	13	15	136	130	266
razem	309	290	93	88	23	32	425	410	835
ubyło	86	86	20	16	4	7	110	109	219
stan w dniu 31. 12. 1923 r.	223	204	73	72	19	25	315	301	616
w roku 1924 przybyło	77	69	15	13	6	7	98	88	186
razem	300	272	88	85	25	32	413	389	802
ubyło	94	87	17	14	5	9	116	110	226
stan w dniu 31. 12. 1924 r.	206	185	71	71	20	23	297	279	576

2. ZAWÓD. ROK 1919 ROK 1920

a) mężczyźni	Stan 31. 12. 1918	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1919	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1920
ziemianie	2	—	—	2	1	2	1
małorolni, gospodarze	12	6	7	11	3	5	9
kamienicznicy	3	2	3	2	3	3	2
przemysłowcy	24	10	12	22	16	17	21
kupcy	12	3	4	11	5	5	11
uczeni	7	2	3	6	1	—	7
nauczyciele	4	—	1	3	—	1	2
urzędnicy	7	1	2	6	2	1	7
urzędnicy prywatni, wojskowi, muzycy	12	2	5	9	3	2	10
technicy	—	—	—	—	1	—	1
robotnicy	62	23	25	60	49	41	68
uczniowie szkolni	3	—	—	3	2	5	1
handlarze, kelnerzy	7	2	3	6	3	4	5
bez zawodu	67	10	9	68	69	65	72
razem a)	222	61	74	209	158	149	218

b) kobiety bez zawodu	Stan 31. 12. 1918	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1919	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1920
żony, córki z inteligencji	8	3	4	7	3	1	9
„ „ z średn. stanu małorolni	96	23	27	92	61	45	108
„ „ z stanu robot.	54	11	13	52	34	23	63
zarobkujące							
nauczycielki, bony	1	3	—	1	1	—	2
krawcowe i strojarki	11	1	3	9	3	4	8
książkowe, sprzedawaczki przekupki	1	1	—	2	1	1	2
gospodynie, kucharki, towarzyszki,	4	—	2	3	6	5	4
akuszerki, pielęgniarki	1	12	—	1	—	—	1
służące, robotnice	66	54	44	34	77	60	51
razem b)	242	54	95	201	186	139	248

a) mężczyźni	ROK 1921 Stan 31. 12. 1920	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1921	ROK 1922 przybyło w ruku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1922
ziemianie	1	2	1	2	—	—	2
małorolni gospodarze	9	4	2	11	4	3	12
kamienicznicy	2	3	—	5	2	3	4
przemysłowcy	21	24	22	23	17	12	28
kupcy	11	17	14	14	4	15	3
uczeni	7	2	1	8	—	2	6
nauczyciele	2	—	1	1	—	—	1
urzędnicy	7	5	4	8	3	3	8
urzędn. pryw., wojskowi, muzycy,	10	5	4	11	5	3	12
technicy	1	3	1	3	2	2	2
robotnicy	68	66	48	86	48	39	95
uczniowie szkolni	2	2	—	4	11	6	9
handlarze, kelnerzy	5	3	2	6	1	1	6
bez zawodu	72	65	40	97	58	54	101
razem a)	218	201	140	279	153	143	289

b) kobiety bez zawodu	Stan 31. 12. 1920	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1921	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1922
żony, córki z inteligencji	9	4	2	11	—	1	10
„ „ średn. stanu, małorolni	108	39	19	128	7	21	114
„ „ z stanu robotn. zarobkujące	63	24	14	73	11	16	68
nauczycielki, bony	2	5	3	4	—	2	2
krawcowe,, strojarki	8	5	4	9	3	4	8
książkowe, sprzedawaczki przekupki	2	6	4	4	2	2	4
gospodynie, kucharki, towarzyszki	4	5	3	6	1	2	5
akuszerki, pielęgniarki	1	—	—	1	—	—	1
służące, robotnice	51	116	97	70	61	63	68
razem b)	248	204	146	306	85	111	280

a) mężczyźni	ROK 1923 Stan 31. 12. 1922	przycyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1923	ROK 1924. przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1924
ziemianie	2	1	—	3	2	1	4
małorolni, gospodarze	12	6	1	17	9	7	19
kamienicznicy	4	—	3	1	—	1	—
przemysłowcy	28	29	—	57	20	32	45
kupcy	3	10	—	13	7	12	8
uczeni	6	—	2	4	3	2	5
nauczyciele	1	1	—	2	1	—	3
urzędnicy	8	—	—	8	10	4	14
urzędn. pryw., wojskowi, muzycy	12	—	2	10	3	5	8
technicy	2	—	1	1	2	1	2
robotnicy	95	47	35	107	33	27	113
uczniowie szkolni	9	—	3	6	2	3	5
handlarze, kelnerzy	6	—	3	3	—	—	3
bez zawodu	101	42	60	83	6	21	68
razem a)	289	136	110	315	98	116	297

b) kobiety bez zawodu	Stan 31. 12. 1922	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1923	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1924
żony, córki z inteligencji	10	—	2	8	12	4	16
„ „ średn. stanu małorolni	114	27	63	78	22	25	75
„ „ z stanu robotn. z stanu zarobkujących	68	31	29	70	24	39	55
nauczycielki, bony	2	4	—	6	3	1	8
krawcowe i strojarki	8	4	1	11	5	7	9
książkowe, sprzedawaczki przekupki	4	3	1	6	1	1	6
gospodynie, kucharki, towarzyszki	5	2	2	5	3	3	5
akuszerki, pielęgniarki	1	—	—	1	—	1	—
służące i robotnice	68	59	11	116	18	29	105
razem b)	280	130	109	301	88	110	279

3. WIEK PACJENTÓW.

pacjentów przybyło w wieku:	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
do lat 20	7	4	12	8	11	8	15	11	14	10	16	14
między 20—30 r.	14	16	41	48	40	45	49	26	48	44	27	21
„ 30—40 r.	13	10	39	47	49	47	44	21	32	34	21	19
„ 40—50 r.	11	10	31	39	44	38	28	7	22	23	14	8
„ 50—60 r.	7	7	13	27	36	38	9	5	14	8	12	7
„ 60—70 r.	6	4	5	6	16	21	7	6	4	7	3	6
„ 70—80 r.	2	2	1	2	5	2	1	5	2	—	—	—
„ 80—90 r.	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—
wieku nieznanego	1	1	15	9	7	7	4	4	—	3	5	5
razem:	61	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

4. STAN RODZINNY:

	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
samotni	28	24	98	106	118	124	94	40	80	68	47	46
żonaci (zamężne)	26	21	54	71	72	56	53	31	50	45	37	35
owdowiali	6	7	6	7	—	13	4	13	3	14	—	7
rozwiedzeni	—	2	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—
stan niawiadomy	—	—	—	2	4	3	2	—	3	2	—	—
w seperacji	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	61	54	158	186	20	204	153	85	136	130	98	88

5. PORAZ KTÓRY DO ZAKŁADU

przyjęto	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
1 raz	48	41	148	178	194	200	142	77	124	122	63	62
2 „	9	9	7	7	4	2	5	4	8	3	22	19
3 „	3	1	1	—	1	1	4	—	3	1	6	4
4 „	—	—	—	1	1	1	—	2	—	2	4	2
5 „ i więcej	1	3	1	—	1	—	2	2	1	2	3	1
razem	64	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

6. POCZĄTEK CHOROBY PRZED PRZYJĘCIEM DO ZAKŁADU

	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
do 1 miesiąca	12	15	26	27	38	41	27	22	16	21	15	16
„ 2 „	3	3	11	14	24	16	15	8	7	9	4	5
„ 3 „	4	3	9	8	9	7	7	4	3	5	9	7
„ 6 „	7	6	5	11	15	14	15	6	12	10	6	15
„ 1 roku	5	4	7	15	18	12	17	6	12	11	13	7
„ 2 lat	3	3	10	16	12	19	14	7	21	12	14	11
„ 3 „	6	1	13	16	13	17	8	6	17	10	6	4
„ 5 „	2	5	13	12	16	19	6	5	9	9	8	5
„ 10 „	4	3	17	12	12	21	11	4	10	10	7	4
ponad 10 „	5	2	19	23	18	10	9	3	10	6	8	3
od dzieciństwa	1	2	22	27	19	21	15	10	15	22	5	7
niewiadomy	9	7	6	8	7	7	8	5	4	5	3	4
nie byli psych. chor.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
razem	61	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

7. DZIEDZICZNOŚĆ CHOROBY STWIERDZONO w roku 1919 = 30%, 1920 = 31%, 1921 = 33%, 1922 = 27%, 1923 = 33%, 1924 = 32%

8. Z KODEKSEM KARNYM BYŁO W KOLIZJI w r. 1919 = 4 mężczyzn, 1920 = 7 mężczyzn i 6 kobiet, 1921 = 19 mężczyzn i 2 kobiety, 1922 = 4 mężczyzn i 2 kobiety, 1923 = 7 mężczyzn i 2 kobiety.

Celem obserwacji psychjatryczno-sądowej w sprawach karnych: w roku 1919 było = 3 mężczyzn i 3 kobiety, 1920 = 12 mężczyzn i 7 kobiet, 1921 = 10 mężczyzn i 2 kobiety, 1922 = 16 mężczyzn i 3 kobiety, 1923 = 10 mężczyzn i 5 kobiet, 1924 = 8 mężczyzn i 1 kobietę.

Statystyką niniejszą nie są objęte przypadki w sprawach cywilnych i orzeczeń biegłych na terminach.

9 CZAS POBYTU w ZAKŁADZIE.

Stan zwolnienia w roku 1919.

do lat	miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objaw chorób psych. m.	bez objaw chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
—	1	2	3	1	—	4	2	2	—	—	1	9	6
—	2	3	1	2	1	1*	3	—	—	3	2	9	7
—	3	1	2	1	2	2	1	—	—	—	3	4	8
—	6	1	3	1	1	3	7	—	—	1	2	6	13
—	12	—	2	2	4	3	5	—	—	2	3	7	14
2	—	—	1	2	2	4	1	—	—	4	6	10	10
5	—	1	—	1	1	3	4	—	—	6	8	11	13
10	—	—	—	—	2	1	2	—	—	2	5	3	9
15	—	—	1	—	1	1	2	—	—	6	6	7	10
ponad 15	—	—	—	—	—	2	—	—	—	6	5	8	5
	razem	8	13	10	14	24*	27*	2	--	30	41	74	95

* z tych przeniesiono do innnych zakładów 3 mężczyzn i 3 kobiety.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1920.

do lat	miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objaw. chorób psych. m.	bez objaw. chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
—	1	1	3	4	1	5	3	1	--	1	2	12	9
—	2	2	2	6	8	5	9	--	--	2	3	15	22
—	3	4	2	8	5	5	6	--	--	3	4	20	17
—	6	3	1	7	7	5	7	--	--	2	3	17	18
—	12	2	4	3	4	11	12	--	--	4	2	20	22
2	—	1	—	7	4	11	9	--	--	6	4	25	17
5	—	2	—	6	2	7	5	--	--	4	5	19	12
10	—	—	—	1	3	4	3	--	--	4	3	9	9
15	—	—	—	—	1	—	1	--	--	4	4	4	6
	—	—	—	—	—	1	—	--	--	7	7	8	7
	razem	15	12	42	35	54*	55*	1	--	37	37	149	139

* z tych przeniesiono do innych zakładów 8 mężczyzn i 2 kobiety

Stan zwolnienia z zakładu w w roku 1921.

do lat	miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objawów chorób psych. m.	bez objawów chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
--	1	1	2	10	2	5	7	--	2	7	2	23	15
--	2	2	4	6	8	7	5	--	--	2	2	17	19
--	3	1	4	11	5	6	4	--	--	2	5	20	18
--	6	1	2	6	10	6	4	--	--	10	5	23	21
--	12	1	2	4	5	5	5	--	--	7	19	17	31
2	--	--	2	3	5	4	3	--	--	7	5	14	15
5	--	--	--	1	2	2	1	--	--	8	4	11	7
10	--	--	--	1	--	2	1	--	--	--	5	3	6
15	--	--	--	--	--	--	--	--	--	4	5	4	5
ponad 15	--	--	--	1	3	--	--	--	--	7	6	8	9
	razem	6	16	43	40	37*	30*	--	2	54	58	140	146

* z tych przeniesiono do innych zakładów 5 mężczyzn i 2 kobiety.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1922.

do lat	miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objawów chorób psych. m.	bez objawów chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
--	1	--	1	5	1	7	4	--	--	--	1	12	7
--	2	3	--	5	6	14	7	--	--	4	3	26	16
--	3	2	1	2	9	9	7	--	--	1	2	14	19
--	6	1	--	10	3	9	7	1	--	3	5	24	15
--	12	1	--	4	5	7	6	--	--	10	5	22	16
2	--	--	--	5	2	6	4	1	--	10	15	22	21
5	--	--	--	--	1	2	1	1	--	4	5	7	7
10	--	--	--	1	--	--	1	--	--	3	4	4	5
15	--	--	--	--	--	2	--	--	--	2	1	4	1
ponad 15	--	--	--	2	--	1	1	--	--	5	3	8	4
	razem	7	2	34	27	57*	38*	3	--	42	44	143	111

* z tych przeniesiono do innych zakładów 4 mężczyzn i 1 kobietę.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1923

do lat	miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objawów chorób psych. m.	bez objawów chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
—	1	2	—	—	2	7	4	—	—	2	3	11	9
—	2	1	1	1	5	7	—	—	—	4	2	13	8
—	3	—	—	1	4	4	3	—	—	1	—	6	7
—	6	—	—	6	5	5	2	—	—	2	2	13	9
—	12	3	—	10	3	4	2	—	—	1	6	18	11
2	—	1	1	4	1	5	6	—	—	4	7	14	15
5	—	1	—	1	3	14	14	—	—	7	9	23	26
10	—	—	—	—	3	3	1	—	—	3	3	6	7
15	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	3	2
ponad 15	—	—	—	—	—	1	3	—	—	2	2	3	5
	razem	8	2	24	26	51	36	—	—	27	35	110	99

*) z tych przeniesiono do innych zakładów 29 mężczyzn i 20 kobiet.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1924

do lat	miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewylecz. m.	niewylecz. k.	bez objawów chorób psych. m.	bez objawów chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k
—	1	2	—	5	2	5	3	—	--	3	2	15	7
—	2	3	1	1	3	5	4	1	--	--	1	10	9
—	3	1	1	1	3	2	3	—	--	2	2	6	9
—	6	5	2	5	9	3	3	1	--	7	8	21	24
—	12	1	—	5	7	2	5	—	1	6	7	14	20
2	—	2	1	2	3	5	2	—	--	11	4	20	10
5	—	1	—	4	8	10	14	—	1	7	5	22	28
10	—	1	—	—	1	—	—	—	--	--	1	1	2
15	—	—	—	—	—	--	—	—	--	1	1	1	1
ponad 15	—	—	—	3	1	2	—	—	--	1	1	6	2
	razem	16	5	26	37	34	34	2	2	38	32	110	110

*) z tych przeniesiono do innych zakładów 8 mężczyzn i 16 kobiet

10. POSTACIE CHOROBOWE

u pacjentów nowo przybyłych.		1919 m	1919 k	1920 m	1920 k	1921 m	1921 k	1922 m	1922 k	1923 m	1923 k	1924 m	1924 k
dementia paral. p.		10	2	14	2	16	2	15	3	20	1	12	1
tabo paral.		1	--	1	1	2	--	2	--	--	1	1	--
lues cerebri		1	--	1	1	1	1	1	--	1	1	4	2
lues cerebro-spinal.		--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	--	--
dementia senilis		2	5	4	7	7	7	2	3	2	1	1	3
psych. arterioscler.		--	--	--	1	2	8	4	3	3	3	2	1
paranoia		1	1	4	9	9	17	5	3	--	2	2	2
paraphrenia		--	--	2	3	14	7	2	1	7	2	4	1
schisophrenia		15	12	28	39	24	49	17	12	13	17	9	6
katatonia		2	4	3	8	10	20	14	6	7	6	3	2
psych. maniac. depr.		10	11	13	17	14	13	12	13	10	18	5	17
melancholia		5	5	3	9	7	10	3	14	2	14	2	9
oligo-phre-nia	debilitas	--	1	5	4	3	3	13	1	8	11	4	4
	imbecillitas	1	6	8	13	12	9	7	2	5	8	3	2
	idiotia	--	--	21	24	32	20	3	--	7	14	7	2
moral. insan.		--	--	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--
encephal. chron.		--	--	--	1	2	1	3	--	1	--	1	--
encephal. letharg.		--	--	--	--	--	--	1	1	8	2	6	3
amentia		3	2	1	7	3	4	1	6	--	7	--	11
psych. infect.		--	1	1	--	1	2	1	2	1	2	4	1
epilepsia		5	1	17	21	11	11	14	5	18	7	7	5
psychopatia		--	--	2	4	3	2	5	1	2	--	5	5
neurasthenia		--	--	8	7	4	2	2	--	--	--	--	--
histerja		2	2	7	5	5	5	5	5	1	6	--	4
psych. react.		--	--	3	1	4	2	3	2	1	1	4	4
morphinismus		--	--	--	--	1	1	2	--	2	1	3	--
alcoholismus		2	1	7	--	8	--	9	--	7	--	7	--
opiophagia		--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1
morbi organ.		1	--	1	2	4	7	4	2	5	4	1	2
morbns Wilsoni		--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1
morbus Huntingthoni		--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--
syndroma strio-thalam.		--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--
sclerosis multipl.		--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	--	--
paral. cerobri infant.		--	--	1	--	1	--	--	--	1	--	1	--
morbus Basedowi		--	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--	--
sine signo		--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--
	razem	61	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

II. PRZYCZYNY ŚMIERCI

	1919		1920		1921		1922		1923		1924	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
paralysis progressiva	2	.	7	.	12	.	.	.	6	.	5	.
tabo-paralysis	.	1	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.
lues cerebri	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
arteriosclerosis cerebri	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
apoplexia	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.
tumor cerebri	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.
fractura basis cranii	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
meningitis	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.
morbus Wilsoni	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.
morbus Huntingtoni	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
epilesia	.	1	1	4	2	6	3	5	.	.	.	.
katatonia	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.
marasmus senilis	2	4	2	3	.	5	7	5	.	1	5	6
debilitas cordis	9	22	3	7	18	25	8	16	7	14	14	16
vitium cordis decompensata	.	.	1	.	.	1	.	.	.	1	1	1
myocarditis	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
arteriosclerosis	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.
t. b. c. pulmanum	14	12	17	15	10	11	7	9	10	13	8	7
phthisis pulmonum et intest.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
tuberculosis miliaris	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
enteroch. tuberculosa	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.
t. b. c. laryngis	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
t. b. c. ossis	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.
pneumonia croup.	2	1	3	2	1	2	2	1	.	1	1	.
oedema pulmonoum	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.
asthma bronchial.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
pleuritis	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
influenza	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
nephritis	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1	.	.
carcinoma	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
anaemia perniciosa	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
inanitio	.	.	.	3	3	5	4	4	.	3	.	.
phlegmona	1	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.
erisipeles	.	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	.
razem	30	41	37	37	54	58	42	44	27	35	38	32

12. ŚMIERTELNOŚĆ PACJENTÓW WEDŁUG PŁCI I MIESIĘCY.

	1919		1920		1921		1922		1923		1924	
	m		k		m		k		m		k	
Styczeń	4	1	2	3	4	5	3	12	2	5	4	2
Luty	4	8	4	5	3	6	6	8	-	3	6	2
Marzec	3	2	3	4	7	5	3	4	1	3	10	5
Kwleeień	2	3	5	3	4	6	5	2	4	6	1	6
Maj	-	7	3	-	4	6	2	5	7	3	2	3
Czerwiec	2	3	1	2	8	7	2	2	4	1	2	3
Lipiec	2	5	1	3	4	2	5	2	1	3	2	2
Sierpień	2	5	4	3	3	3	4	4	2	2	2	5
Wrzesień	2	1	3	3	6	7	6	-	2	1	2	1
Październik	3	1	3	1	2	2	1	-	2	3	3	1
Listopad	2	4	3	5	1	4	4	3	1	3	2	2
Grudzień	4	1	5	5	8	5	1	2	1	2	2	-
	30	41	37	37	54	58	42	44	27	35	38	32

IV. GOSPODARSTWO ROLNE

Sprawozdanie niniejsze folwarku Dziekanka obejmuje pięcioletni czasokres od 1. 7. 19 do 30. 6. 1924.

ROLNICTWO. Obszar folwarczny obejmuje:

8 1932	ha terenu, zabudowań dróg i wody
2 2080	ha ogrodu
115 8589	ha ornej roli
4 8861	ha łąki
2 0646	ha nieurodzaju
razem 133 2108	ha.

W gospodarstwie folwarcznem pracowali następujący deputanci: włodarz, szwajcar i stróż. W roku 1920 zatrudniano 4 fornali i 20 najemników, w 1921 roku 3 fornali i 10 najemników, w następnych 3 latach po 2 fornali i 7 najemników z rocznym kontraktem. Deputanci oprócz gotówki wynoszącej dla włodarza i szwajcara po 100 zł., dla fornali po 90 zł., dla stróża 80 zł. rocznie, pobierali następujący deputat: po 20 ctr. żyta, 6 ctr. pszenicy, 6 ctr. jęczmienia, 60 ctr. perek, 30 ctr. węgli, 8 mtr. drzewa opałowego, 3½ ltr. mleka dziennie i 1 mordze roli. Ilość najemników, którym płacono dziennie 1,50 zł., zredukowano do 7 osób. Redukcja nastąpiła na rozporządzenie p. Dyrektora zakładu Dr. med. Dr. fil. Piotrowskiego, który zarazem wyznaczył większą liczbę pacjentów zakładu do pracy na folwarku. Za prace te folwark płacił zakładowi roczny ryczałt w kwocie 1000 zł., w roku 1923/24 2000 zł. Deputantów i najemników używano tylko do oprzętu bydła. Folwark był rewidowany przez p. Starostę Krajowego, przez p. Dyrektora zakładu oraz przez urzędników Starostwa Krajowego. W styczniu 1923 r. włóczęga jakiś wzniecił pożar stoga słomy, który jednakże został zlokalizowany przez straż pożarną Dziekanki, składającą się z personalu zakładowego. Przy gaszeniu pożaru pomagali doraźnie liczni pacjenci zakładu. Straż pożarna zakładowa przy tej sposobności dała dowody swojej sprawności.

BUDYNKI. Budynki gospodarcze, murowane i znajdujące się w dobrym stanie, były zabezpieczone od ognia w Krajowej Ubezpieczalni na kwotę 64 000 zł. za opłatą 70 zł. 80 gr., żywy inwentarz na 95 000 zł. za opłatą 94 zł. 75 gr. premji. Na remont budynków wydano w roku 1920 = 1813 zł. 66 gr., w roku 1921 = 2958 zł. 51 gr., w roku 1922 = 2 100 zł., w roku 1923 = 2 200 zł. a w roku 1924 = 2 100 zł. i 72 grosze.

ZBIORY. OGÓLNY ZBIÓR WYNOSI z OBSIANYCH GRUNTÓW.

Wyszczególnienie	w roku 1920 kg.	1921 kg.	1922 kg.	1923 kg.	1924 kg.	UWAGI razem kg.
Pszennica	4000	3000	3000	6000	12000	27000 kg.
Żyto	50939	50541	64425	55000	52400	273305 „
Jęczmień	26300	28000	13050	13500	16200	97050 „
Owies	10000	30660	34451	39000	54600	168711 „
Perki	118000	180900	100895	400000	315000	1114795 „
Buraki cukr.	92851	200350	93325	169300	134825	690651 „
„ past.	66300	90000	100000	30000	50000	336300 „
Mieszanka	9695	—	18350	3950	5500	37495 „
razem	378085	582451	427496	716750	640525	2745307 kg.

DOCHÓD. (BRUTTO) z GOSPODARSTWA ROLNEGO WYNOSI:

Wyszczególnienie	w roku 1920 zł	gr	1921 zł	gr	1922 zł	gr	1923 zł	gr	1924 zł	g
a) Wartość zboża	34483	75	41878	42	31126	50	47354	50	48728	—
b) Za zaprzęgi i zwózkę węgli	830	—	825	—	6500	—	4500	—	4018	16
c) Za dzierżawę	60	—	62	—	54	—	—	—	—	—
d) Różne nieprzewidziane wpływy	90	25	257	—	—	—	50	—	52	48
razem	35464	—	43022	42	37680	50	51904	50	52798	64

ROZCHÓD.

Wyszczególnienie	w roku 1920 zł	gr	1921 zł	gr	1922 zł	gr	1923 zł	gr	1924 zł	gr
a) Wartość wysiewu	4815	40	4352	03	3355	—	6872	50	4304	—
b) Zakupione nasienie	2255	60	2493	78	3510	—	2680	—	2108	—
c) Sztuczne nawozy	6707	91	4775	43	4000	—	2000	—	2045	—
d) Pensje i zasługi	8623	54	7728	54	6000	—	6000	—	6000	—
e) Wartość deputatu	2100	86	2100	86	2860	—	3475	—	3475	—
f) „ mleka	1154	50	1154	50	1642	—	1642	—	1642	—
g) „ przez pacjent. zakładu wykon. prace	1000	—	1000	—	1000	—	1000	—	2000	—
h) Za młockę (parówkę)	696	90	627	75	950	48	1018	80	990	—
i) Opał do młócki	229	63	186	55	298	62	315	50	225	85
k) Wartość zapasów z poprzedniego roku	136	70	786	65	35	—	35	—	120	—
l) Wartość węgli i drzewa dla deputantów	1260	—	1080	—	900	—	900	—	900	—
m) Za dzierżawę	—	—	700	—	700	—	700	—	700	—
n) Strata na wadze przez czyszczenie i wyschnięcie	250	08	360	85	172	20	290	—	189	95
razem	29231	12	27346	94	25423	30	26928	80	24699	80

INWENTARZ ŻYWY.

Jako inwentarze pociągowe utrzymywano 17 koni

ROGACIZNA.

W $19^{19}/_{20}$ r. wskutek niedostatecznej wojennej paszy wydajność mleka była bardzo niska, tak że na krowę przypadają =4 litr.

W $19^{20}/_{21}$ r. Przy racjonalnem odżywianiu bydła wzrosła wydajność przeszło o 50%, wobec tego przypadają przeciętnie dziennie na krowę = 6 litr.

W $19^{21}/_{22}$ r. Z powodu zarazy płucnej wyprzedano bydło

W $19^{22}/_{23}$ r. Dokupiono 14 krów; wydajność mleka była zadowalniająca ,tak że na krowę przypadają = 7½ litr.

W $19^{23}/_{24}$ r. Wynik wydajności mleka w stosunku do ub. roku pozostaje niezmieniony =7½ litr.

NIEROGACIZNA.

W $19^{19}/_{20}$ r. Według urzędowego stwierdzenia powstała pomiędzy nierogacizną zaraza chlewna, wobec tego musiano pozostałe świnie i prosięta usunąć tj. zdatne na ubój oddać zakładowi a prosięta wyprzedać.

W $19^{20}/_{21}$ r. Przystąpiono do odkażania (desinfekcjonowania) świniarni, położenia nowej podłogi oraz szczepiania nowo kupionym świniom surowicy

W $19^{21}/_{22}$ r. Stan świniarni zmienił się dodatnio.

OWCE. Owce pasły się przeważnie na koniczynie i ścierniskach, a tylko zimą pozostawały w oborze na suchej paszy, przez co koszta utrzymania ich są niskie.

BILANS ŻYWEGO INWENTARZA

Wyszczególnienie	w roku									
	$19^{19}/_{20}$ zł	gr	$19^{20}/_{21}$ zł	gr	$19^{21}/_{22}$ zł	gr	$19^{22}/_{23}$ zł	gr	$19^{23}/_{24}$ zł	gr
A. Dochód										
a) Inwentarz pociągowy	7825	—	800	—	8100	—	6700	—	6750	—
b) Bydło rogate	19992	—	21526	—	16682	—	20138	—	21018	—
c) Nierogacizna	4580	—	1830	—	3850	—	2670	—	6730	—
o) Owce	2125	—	1848	—	710	—	975	—	1400	—
e) Drób	901	—	624	—	803	—	1095	—	945	—
f) Różne	100	—	40	—	65	—	80	—	100	—
razem	35523	—	33868	—	30210	—	31658	—	36943	—
B. Rozchód										
a) Inwentarz pociągowy	13182	—	12760	—	17200	—	15012	—	17806	—
b) Bydło rogate	16117	—	15658	—	14673	—	14327	—	15704	—
c) Nierogacizna	8336	—	2219	—	4364	—	2310	—	5907	—
d) Owce	1950	—	2274	—	885	—	816	—	1568	—
e) Drób	503	—	703	—	622	—	741	—	758	—
f) Różne	300	—	117	30	206	60	189	93	284	25
razem	40388	—	33731	30	37950	60	33395	93	42027	25

OGÓLNY BILANS.

Wyszczególnienie	w roku									
	$19^{19}/_{20}$ zł	gr	$19^{20}/_{21}$ zł	gr	$19^{21}/_{22}$ zł	gr	$19^{22}/_{23}$ zł	gr	$19^{23}/_{24}$ zł	gr
A. Dochody.										
Zbiory z gospodarstwa rolnego .	35464	—	43022	42	37680	50	51904	50	52798	64
Żywe inwentarze . . .	35523	—	33868	—	30210	—	31658	—	36943	—
Martwe inwentarze . . .	80	98	—	—	—	—	23	43	2000	—
razem	71067	98	76890	42	67890	50	83585	93	91741	64
B. Rozchody.										
Remont budynków . . .	1813	66	2958	51	2100	–	2200	—	2100	72
Zbiory z gospodarstwa rolnego .	29231	12	27346	94	25423	30	26928	08	24699	80
Żywe inwentarze . . .	40388	–	33731	30	37950	60	33395	93	42027	25
Martwe inwentarze . . .	—	—	563	29	90	82	–	–	—	–
Remont martwych inwentarzy .	2518	–	3040	98	1950	—	2230	62	3100	–
Inne wydatki	2723	74	1333	79	917	36	2277	19	2280	78
razem	76674	52	68974	81	68432	08	67032	54	74208	55
W przeciwstawieniu pod A. Dochodów	71067	98	76890	42	67890	50	83585	93	91741	64
zysk	—	–	7915	61	—	–	16553	39	17533	09
strata	5606	54	—	—	541	58	—	—	—	—

V. SPRAWOZDANIE ADMINISTRACYJNE ZA R. 1924.

KRAJOWEGO ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO DZIEKANKA.

1. POŁOŻENIE. Powiat Gniezno, poczta Gniezno, Stacja Kolejowa Gniezno. Odległość od poczty 1,5 km. od stacji kolejowej 2 klm.

2. NIERUCHOMOŚĆ. Zakład obejmuje obszar (włącznie 8 5810 ha roli dzierżawnej) 160 356,2 ha, w czem:

a) roli uprawnej	128 339,9 ha
b) łąki	4 886,1 ha
c) ogrodów i parków	18 035,85 ha
d) dziedzińców i dróg	3 791,9 ha
e) pastwisk	2 064,6 ha
f) cmentarzy	1 150,0 ha
g) przestrzeni zabudowanej	2 087,85 ha
	160 356,2 ha

Teren ten stanowi 2 osobne jednostki gospodarsze (zakład i folwark) i tworzy samoistny obszar dworski.

Po wyłączeniu gospodarstwa rolnego, które obejmuje 133,210,8 ha, przypada na obszar zakładu 27,145,4 ha. W tem jest:

a) pola irygacyjnego	4 800,0	ha
b) ogrodów i parków	15 827,85	ha
c) dziedzinców i dróg	3 791,90	ha
d) przestrzeni zakładowej	1 575,65	ha
e) cmentarzy	1 150,0	ha
	27 145,4	ha

3. POJEMNOŚĆ. Zakład, w roku 1924 dawał pomieszczenie 802 pajcentom.

4. PERSONAŁ. Etatowych (ustalonych) było lekarzy 2; urzędników administ. 2; rzemieślników 4; pielęgniarzy 21; służby 2.

Klasyfikowanych było lekarzy 2; urzędników adminstr. 1; pomocników biurowych 2; rzemieślników 2; pielęgniarzy 8; służby 4.

Kontraktowych było lekarzy i prakt. 3; pomocników biur. 2; rzemieślników 3; piel. posług. 58; służby 13, oraz ponadto pobocznych: 3 duszpasterzy, 1 organista kat. i 1 organista ew. Ogółem zatrudniał zakład (etatowych, klasyfikowanych i kontraktowych) 129 osób.

Z pośród osób zatrudnionych w zakładzie w dniu 31. grudnia 1924 r. pełniło służbę przez

lat	w Zakładzie			w służbie krajowej		
	etatow.	klasyf.kow.	kontrak-towych	etatow.	klasyf kow.	kontrak-towych
do 1 roku	—	1	29	1	—	2
1—2	—	—	12	—	—	1
2—5	14	8	29	1	—	—
5—10	2	5	4	—	—	3
ponad 10 lat	17	5	1	13	3	—

OPIEKA DUCHOWNA. Duszpastertswo sprawowali ks. dziekan Zabłocki, pastor Heyse i rabin Dr. Kraus. Nabożeństwa katolickie i ewangelickie odbywały się w kaplicy zakładowej co 14 dni, dla żydów 1 raz w miesiącu. Pacjenci przystępowali do sakramentów św., o ile stan psychiczny i potrzeba tego wymagały.

5. DYSCYPLINA. Zarządzeniami Dyrekcji wymierzono w roku 1924 5 osobom 6 kar porządkowych i rozp. p. Starosty Krajowego z dnia 2. 6. 24 L. dzk. 1463/24 16 osobom 16 kar porządkowych.

6. BIEG CZYNNOŚCI. Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normuje ogólnie regulamin dla zakładu z dnia 5. 3. 1895, przepisy służby wewnętrznej z dnia 2. 3. 97, przepisy dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 01 z zał. A. B. C. — instrukcja z dnia 2. 3. 1897, instrukcja dla kas zakładowych z dnia 27. 2. 1901, zarządzenie Starstwa Krajowego z dnia 23. 7. 1923 L. dzk. 5856/23 — 8 i z dnia 23. 7. 1923 L. dzk. 1671 23. — 8 w przedmiocie zmiany opłaty za pacjentów w Krajowych Zakładach Psychjatrycznych, z dnia 24. 3. 1923 r. L. dzk. 777/23 — 1 w przedmiocie zmiany przepisów o poborach urzędników etatowych Starostwa Krajowego z dnia 12. 5. 1923 L. dzk. 14—311/23 w przedmiocie ważności kwitu pocztowego, z dnia 23. 7. 2223/23 — 1 w przedmiocie przeliczania kredytów

przewidzianych w budżecie na złote polskie, z dnia 18. 8. 1923 L. dzk. 2498/23 — 1 w przedmiocie księgowania złotych polskich, z dnia 8. 3. 1923 L. dzk. 1057/23 — 1 w przedmiocie poświadczeń rachunków, z dn. 14. 5. 1923 L. dzk. 1604/23 — 1 w przedmiocie wypłacania urzędnikom krajowym poborów. Przepisy te zostały w ciągu roku sprawozdawczego uzupełnione rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 7. 2. 24 L. dzk. 873/24 — 8 w przedmiocie oddania ubrania zwolnionym pacjentom, z dnia 3 11. 24 L. dzk. 8937/24 — 8 w przedmiocie przyjmowania inwalidów, z dnia 21. 2. 24 L. dzk. 826/24 — 1, z dnia 16. 4. 24 L. dzk. 2188/24 — 1, z dnia 24. 6. 24 L. dzk. 3779 24 — 1 w przedmiocie budżetu zakładowego, z dnia 2. 1. 24 L. dzk. 2499 23 — 3, z dnia 4. 1. 24 L. dzk. 1 24 — 3, z dnia 4. 1. 24. L. dzk. 2 24., z dnia 8. 1. 24. L. dzk. 227 24 — 3, z dnia 12. 1. 24 L. dzk. 51 24 — 3 z dnia 8. 8. 2. 24 L. dzienik. 142 24 — 3, z dnia 28. 2. 24 L. dzienik. 286 24 — 3, z dnia 27. 2. 24 L. dzk. 276 24 — 3, z dnia 17. 3. 24 L.dzk. 2231 24 — 3, z dnia 24. 4. 24 L. dzk. 3478 24 — 8 z dnia 14. 5. 24 L. dzk. 3988 24 — 8, z dnia 3. 9. 24 L. dzk. 1216 24 — 3, zdnia 3. 9. 24 L. dzk. 1215 24 — 3, z dnia 12. 9. 24 L. dzk. 1240 24 — 3, w przedmiocie likwidowania kosztów pielęgnacji, z dnia 7. 2. 24 L. dzk. 517 24 — osob. w przedmiocie zaokrąglania poborów urzędników z dnia 15. 2. 24 L. dzk. 767 24 —1 w przedmiocie księgowania dochodów i rozchodów z dnia 14. 10. 24 L. dzk. 6669 24 — 1 w przedmiocie zamknięć kasowych z dnia 21. 2. 24 L. dzk. 982 24 — 1, z dnia 8. 4. 24 L. dzk. 1967 24 — 1 w przedmiocie urlopów dla urzędników, z dnia 2. 8. 24 L. dzk. 5221 24 — 1 w przedmiocie zatrudnienia urzędników niemców niewładających językiem polskim, z dnia 9. 2. 24 L. dzk. 14 — 74 24 w przedmiocie stawiania kaucji przez urzędników, z dnia 27. 2. 24 L. dzk. 1061 24 w przedmiocie nieprzyjmowania wniosków pisanych w niemieckim języku.

W okresie od 1. 1. 24 — 31. 12. 24 zakład otrzymał wpływów 5781 nowych; 27 niezałatowionych w roku 1923, to jest razem: 5808; z tego załatwił w rku 1924 5774 a przeniósł na rok 1925 34.

Według przepisów obowiązujących, w roku 1924 zakład przedkładał perjodycznych sprawozdań: miesięcznych 5, rocznych 1.

Urzędowanie opierało się na 21 wzorach formularzowych.

Pracę powyższe wykonywało 3 urzędników biurowych, 4 kancelaryjnych.

7. NABYTKI. a) Urządzenie kuchenne: Zakupiono 4 duże garnki kamienne do nakładania owoców, 1 garnek żelazny, 1 imbryk, 8 tarek, 3 tasaki, 2 miski, 60 noży do jarzyny, 71 noży do strugania perek, 60 wiader, 16 nabierek, 140 talerzy, 100 filiżanek, 100 podstawków.

b) urządzenie hygjeniczne. Na czyszczenie bielizny i oddziałów, na kąpanie i mycie chorych zużyto mydła 826,5 kg.

c) urządzenie wychowawcze. Zakupiono 42 książki dla bibljoteki beletrystycznej, abonowano dla chorych 5 gazet, zakupiono 2 talje kart do gry, zakupiono 1 piłkę nożną.

d) pomoce naukowe. Zakupiono 24 książki dla bibljoteki lekarskiej i 3 książki dla bibljoteki administracyjnej.

8. OPAŁ, ŚWIATŁO I WODA. W roku sprawozdawczym zużyto: a) opału 35,423,0 centnarów, — do palenia w kuchni, pralni przez cały rok oraz do ogrzewania 384 ubikacji o ogólnej pojemności 51 493 kbm. w czasie zimowym od 1. stycznia do 31. grudnia 1924 r. przyczem utrzymywano temperaturę 16° — 17° C. b) światła 138,250 kilowatów; oświetlano 730 ubikacji o ogólnej pojemności 89 926 kbm. przez 12 miesięcy, dziennie przeciętnie 11 godzin. Prócz tego oświetlano drogi, wejścia przed budynkami zamieszkałymi i place zakładowe. c) wody 109,500 kbm.

9) WYŻYWIENIE. Na przeciętną dzienną porcję dla jednego pacjenta z klasy ubogich, wziętą z jednego tygodnia, składało się:

makoronu 18,6 gr	mięsa 57,2 gr	ziemniaków 857,7 gr	jarzyny 228,6 gr	okrasy 11,5 gr	mąki żytn 38,6 gr
kaszki 35 gr	mleka 0,3,4 l	kiszki kasz. 10 gr	grochu 13,6 gr	pęczaku 24,2 gr	kawy 20 gr
cukru 30 gr	chleba 660 gr	smalcu 20 gr	marmelady 5 gr	margaryny 11,4 gr	śledzi 1 szt.

Wartość porcji dziennej w kalorjach, obliczonych jako przeciętna z pokarmu podanego w tygodniu, wynosiła 3959,3 kalorji.

Porcja przeciętna dzienna zawierała kalorji:

w roku 1923 = 3571
w roku 1924 = 3959,3

różnica = 388, 3 in plus w r. 1924, minimum konieczne wynosi dla nieczynnego leżącego słabego pacjenta 2100 — 2800 kalorji.

Opłatę za utrzymanie dzienne w ciągu roku sprawozdawczego zmieniano, zależnie od wahań waluty; wynosiła ona dla pacjentów ubogich od 1. 1. — 29. 2. po 1,50 zł., od 1. 3. — 30. 6. 24 po 2 zł., od 1. 7. do 31. 12. 24 po 1,75 zł.

10. REWIZJE I WIZYTACJE. W roku sprawozdawczym odbywały się rewizje przez p. wyższego radcę krajowego Hahna i przez rewizorów kasowych p. wyższego radcę rachunkowości Arndta i radcę rachunkowości p. Kinowskiego. Pan wyższy radca krajowy Hahn rewidował zakład raz w r., p. Arndt raz, radca rachunkowości Kinowski dwa razy.

Wizytacji zakładu odbyło się w ciągu roku sprawozdawczego 3. Wykonali je pan Starosta Krajowy Begale raz, pan wyższy radca krajowy Hahn raz i pan wyższy radca krajowy Grabowski raz.

SPRAWOZDANIE KASOWE.

DZIAŁ	OKREŚLENIE DZIAŁÓW 1919 1920	1921	1922	1923	1924
	Dochód				
I	Zwrot kosztów za utrzymanie i przyodziewanie chorych	I	I	I	I
II	Z gospodarstwa ogrodowego			II	II
III	Zarobki za prace pacjentów na folwarku (za pomieszkania i ogrody urzędników 1921 i 1922	III	III	III	III
IV	Nadwyżka z gospodarstwa rolnego	II	II	IV	IV
V	Ze sprzedaży odpadków kuchennych i t. d.			V	V
VII	Różne	IV	IV	VII	VII
	Ogółem				
	Wydatki				
I	Emerytury	I	I	I	I
II	Pobory	II	II		II
III	Remuneracja				
IV	Zasługi				
V	Odżywianie i odzież służbowa personału	V	III	II	III
VI	Podróże służbowe i informacyjne	VI	IV	III	IV
VII	Na nadzwyczajne zapomogi	VII	V	IV	V
VIII	Odżywianie pacjentów	VIII	VI	V	VI
IX	Przyodziewanie			VI	VII
X	Czyszczenie			VII	VIII
XI	Lekarstwo i t. p.			VIII	IX
XII	Psychiczne środki lecznicze			IX	X
XIII	Duszpasterstwo			X	XI
XIV	Koszty pogrzebu			XI	XII
XV	Budynki, maszyny i uzupełnienia budowlane	IX	VII	XII i XII	XIII
XVI	Wymiatanie kominów			XIV	XIV
XVII	Opał i oświetlenie	X	VIII	XV	XV
XVIII	Utrzymanie ogrodów zakładowych	XI	IX	XVI	XVI
XIX	Utrzymanie i uzupełnienie inwentarza	XII	X	XVII	XVII
XX	Koszty administracyjne	XIII	XI	XVIII	XVIII
XXI	Biblioteka lekarska	XIV	XII	XIX	XIX
XXII	Podatki i ubezpieczenia	XV	XIII	XX	XX
XXIII	Różne	XVI	XIV	XXI	XXI
XXIV	Na pokrycie ewentualnych niedoborów				
	Ogółem				
	Własne dochody wynosiły				
	zatem potrzebna była dopłata krajowa (dział VI)				

1919		1920		1921		1922		1923		1924	
mk	f.	mk	f.	mk	f.	mk	f.	mk	f.	zł	gr
475.465	56	3.609.685	92	32.538.219	31	166.180.923	32	30.430.127.057	18	433.125	32
11.783	08							719.971.048	—	7.233	94
1.000	—	1.000	—	19.587	80	27.656	—	132.039.570	—	2.000	—
		105.583	27	4.013.487	97	1.717.898	50	2.759.588.285	65	228	90
890	90	900						140.838.570	—	754	98
121.730	19	1.263.438	63	2.719.554	04	8.184.892	78	421.463.086	53	13.236	96
610.869	73	4.980.607	82	39.290.849	12	176.111.370	60	34.604.027.617	36	456.580	10
12.409	—	3.960	—	4.455	—	914.523	—	5.994.031.072	40	3.088	52
187.737	87	1.183.393	89	5.917.785	—	67.157.826	50			168.940	49
76.985	28	682.795	08	2.247.572	80						
9.057	90	71.950	82	252.797	—						
1.878	50			175.000	—			2.225.531.091	—	15.893	12
494	29	1.544	—	23.594	—	148.572	—	16.855.691	—	555	01
557	70	880	—	1.000	—	8.000	—			50	—
494.814	42	3.230.453	52	27.140.326	—	139.441.735	84	19.403.432.352	—	159.629	14
6.040	62	17.988	50					408.386.210	—	72.648	
4.172	40	26.725	85					89.669.645	—	4.282	70
8.540	48	25.566	35					59.366.567	60	2.094	79
2.203	79	11.434	57					73.370.335	—	1.248	37
2.273	75	2.542	70					23.786.467	—	1.256	69
46.022	37	369.133	53	7.601.331	56	58.905.156	59	1.407.297.262	05	36.026	97
583	33	975	—					18.022.053	—	986	20
264.279	56	1.533.098	39	8.340.816	62	52.188.068	20	778.364.567	62	62.561	34
1.404	95	4.315	70	od 470	—	94.940	—	25.022.610	—	1.608	05
7.977	64	30.366	90	9.380	—	606.625	—	723.228.677	—	16.026	37
2.711	53	33.838	35	81.357	32	413.472	41	78.308.018	—	2.952	15
435	15	18.133	15	25.054	50	56.930	50	29.534.591	—	1.442	77
4.683	47	33.448	70	370.465	95	4.387.975	95	477.080.305	40	15.881	23
208.209	88	444.581	63	4.312.056	20	94.514	50	2.772.740.102	29	1.902	03
1.343.473	88	7.727.126	63	56.502.521	95	324.418.340	49	34.604.027.617	36	569.073	94
610.869	73	4.980.607	82	39.290.849	12	176.111.370	60	34.604.027.617	36	456.580	10
732.604	15	2.746.518	81	17.211.672	83	148.306.969	89	*)		112.493	84

*) W roku 1923 wynosił dochód własny bez dopłaty krajowej . . . . . 34.604.027.617.36 mk.
faktyczny rozchód wynosił . . . . . 31.891.487.201,03 „
była nadwyżka z dochodów własnych . . . 2.712.540.416,33 „
którą odstawiono Głównej Kasie Krajowej w Poznaniu i zapisano w rozchodzie działu XXI.
Na końcu roku pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacjentów w kwocie . . . . . 5.339.067.036, mk
Po uregulowaniu zaległości wynosiła by nadwyżka . 8.051.607.452,33 mk.
Oprócz tego przyjęto na rok 1924 jako dochód materjał żywnościowy i opałowy równowartości . . 3.665.560.000, — mk.
ogółem nadwyżka dochodów nad rozchodem w r. 1923 wynosiła . . . . . 11,717.167.452, 33 mk.

VI. LECZNICTWO PSYCHJATRYCZNE w DZIEKANCE.

W „Nowinach Psychjatrycznych" 1924 r. nr. 7 (Zeszyt Zjazdowy) ogłosiłem referat pod tytułem: „Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego", w którym podałem ujemnej krytyce sposoby lecznictwa psychjatrycznego ustalonego w ubiegłych 30 latach, stosowanego dziś jeszcze i polegającego na tem, że chorych trzyma się za kratami i murami, niespokojnych i niebezpiecznych izoluje się, pacjentów zaczepnych, skłonnych do wyładowań gwałtownych ubiera się w kaftany, maski, rękawice skórzane, przywiązuje do łóżka osiatkowanego. Z łagodniejszych metod postępowania wymieniłem następujące: przetrzymywanie chorych przez dłuższy okres czasu w łóżkach, kąpiel prolongowaną, zawijanie kocowe, zastrzykiwanie skopolaminy, morfiny itp., masowe rozdawanie środków chemicznych na uspokojenie i na sen, określiłem kraty, mury, izolatki jako cechy więzienia, a zawijanie kocowe i zastrzykiwanie skopolaminy jako kaftan gorszego gatunku, przetrzymywanie pacjentów dłuższy czas w łóżku jako łagodniejszy sposób izolowoania i odrzuciłem te metody postępowania jako nieracjonalne.

W Dziekance krat i izolatek, kaftanów, łóżek osiatkowanych itp. niema, mury znikają powoli ale konsekwentnie bez uszczerbku dla porządku w Zakładzie. Kąpieli prolongowanych i terapji chemicznej z dawniejszych wskazań psychjatrycznych używa się tylko wyjątkowo.

Główne filary lecznictwa stanowią: 1) treściwe, obfite odżywianie; 2) hygjena; 3) systematyczne wychowanie pacjentów do pracy (95% pacjentów zatrudnionych w trzech rodzajach zajęcia: a) praca pożyteczna, b) zajęcie luksusowe, c) zatrudnienie nieproduktywne) i 4) psychoterapja.

Doświadczenie zebrane w praktyce szpitalnej ostatnich lat w Dziekance pokazało, że lecznictwo psychjatryczne może się bez całego szeregu tradycyjnych form postępowania, które przy dokładniejszem rozpatrzeniu okazały się jako mniej wartościowe i zbyteczne. Te formy leczenia zostały częściowo porzucone, częściowo zmodyfikowane.

Mimo zmian w lecznictwie psychjatrycznem Zakładu Dziekanka:

1) niepokój na oddziałach dla chorych niespokojnych nie jest większy niż dawniej; przeciwnie, chorzy zachowują się na ogół spokojniej niż w okresie panowania izolatek, kaftanów i terapji chemicznej,
2) bezsenność nie pojawia się częściej i nie jest więcej uporczywa i rozpowszechniona niż była przed 4 laty, kiedy prawie każdy pacjent na oddziale dla niespokojnych co wieczór dostawał obowiązkową dawkę na sen,
3) niema artefaktów, niema prawie zanieczyszczań i odleżyn,
4) niema samobójstw,
5) niema przypadków śmierci gwałtownej wskutek nieszczęśliwych wypadków,
6) Odsetka śmiertelności zmniejszyła się.

Referat ten pragnę w niektórych szczegółach uzupełnić kilkoma uwagami i ilustracjami.

Metodyczne leczenie pościelowe z przesłanek psychjatrycznych zostało w Dziekance w zasadzie zarzucone jako zbyteczne i bywa stosowane tylko wyjątkowo. Doświadczenie bowiem wykazało, że przetrzymywanie w łóżku pacjentów podnieconych nie uspakaja chorych, a zahamowanych osłabia. Najnowsze próby przeprowadzone na oddziałach dla niespokojnych nietylko potwierdziły słuszność tutejszego stanowiska terapeutycznego, ale nadto upewniły nas, że szematyczne leczenie metodą pościelową, praktykowane dawniej, wzmaga niepokój ruchowy i chałaśliwość chorych, którzy pobudzają się wzajemnie wrzaskiem, wymyślaniem, wyskakiwaniem z łóżek i lataniem po sali. Jest to zrozumiałem, jeżeli wstawimy się w położenie pacjenta fizycznie zdrowego, który bezczynne leżenie w łóżku musi odczuwać poprostu jako torturę. Natomiast spoczywanie w ubraniu na leżaku latem w ogrodzie, a zimą na werandzie, przynosi choremu ulgę i sprawia widoczną przyjemność.

Przy tej sposobności wypada zwrócić uwagę na szczegół następujący.

Przed 5 laty na salach zapełnionych chorymi leczonymi metodą pościelową można było spotkać autystów, na każdej sali po kilku, a nawet kilkunastu. W miarę rozwijanie się obecnego systemu leczniczego w Dziekance, ilość chorych autycznych zmniejszała się z każdym rokiem; obecnie autystów absolutnych w znaczeniu Bleulerowskiem w Dziekance prawie niema, a autystów parcjalnych tylko 3 kobiety, których autyzm stwierdzono dopiero po przeszukaniu oddziałów za autystami. Okazało się, że personał za mało zajmował się temi chorami.

Doświadczenie to nasuwa wniosek, że autyzmu, jakkolwiek wypływu chorobowego stanu psychicznego, nie należy uważać jako objaw rdzenny, lecz jako objaw wtórny, niekiedy nawet raczej jako artefakt.

W okresie leczenia pościelowego, pościel szybko niszczyła się, była podarta, zanieczyszczona, brudna, bo chorzy wylewali i rozrzucali pokarm, kobiety smarowały krwią, moczem, kałem, ślinami. Smarujące osoby dawniej zamykano, często nagie, w izolatkach, gdzie w odosobnieniu smarowały dalej pokrywając ściany, podłogę, własne ciało malowidłami z kału, wydając cuchnący zaduch w koło siebie.

Obrzydliwe te i niepożądane zjawiska znikły z chwilą zaprowadzenia leczenia bezpościelowego. Dzisiaj pościel jest cała, biała, czysta, nie zabrudzona i ulega tylko wskutek dłuższego używania zabrudzeniu zwykłemu, jak każda pościel używana w warunkach normalnych; niema już więcej smarowania krwią, moczem, kałem; niema też cuchnących ubikacji. Tak samo nie jeden stan podniecenia, niepokój ruchowy, niejedno wyładowanie gniewliwe, chałasowanie, mianowicie na oddziałach dla niespokojnych, okazały się przy ściślejszem badaniu nie jako właściwy przejaw chorobowy, lecz jako artefakt, jako skutek nieumiejętnego postępowania personału pielęgniarskiego, nieoględnego zarządzenia terapeutycznego lekarskiego lub jako produkt niekorzystnych warunków wewnętrznych oddziału. System stosowany w ostatnich latach doprowa-

dził do tego, że oddziały dla niespokojnych chorych prawie nie różnią się od oddziałów dla spokojnych. Pacjentów zdolnych do pracy zatrudnia się w odpowiedni sposób. Pozostają na oddziałach tylko chorzy chałaśliwy, drażliwi, agresywni; tych się segreguje na małe grupy, z których wybiera się jednostki niezadowolone, drażliwe, pieniacze, skłonne do wybuchów gniewliwych, pobudzających swojem niespokojnem zachowaniem otoczenie do chałasowania i umieszcza się je na oddziałach, gdzie znajdują się pacjenci otępiali, słabowici, obojętni. Tu chałaśliwy pieniacz żadnej szkody nie wyrządzi; gdy spostrzeże, że nie robi wrażenia na otoczeniu, uspakaja się i z czasem staje się nawet pożytecznym pomocnikiem pielęgniarza. Wyeliminowanie takiego niespokojnego osobnika z oddziału dla niespokojnych ma to znaczenie, że usunięta została przyczyna do zatargów. Agresywnych pacjentów rozmieszcza się w małych grupach na poszczególne sale, gdzie ich się zatrudnia odpowiedniemi robotami domowemi, a tych, którzy do sytsematycznego zajęcia nie są zdolni z jakichkolwiek powodów, albo którzy pracować nie chcą i są skłonni do wyładowań gwałtownych, nakłania się do gry footbalowej (Ryc. 32, 33); nietylko latem, ale także zimą, piłka skórzana zawsze leży w ogrodzie i każdej chwili może być używana. Zawsze znajdzie się ktoś do rzucania piłką, inny odpowiada i gra wnet, jest w biegu. Pielęgniarze mają zlecenie rozpoczynania gry footbalowej, gdy spostrzegą, że u pacjentów drażliwych niepokój się wzmaga. Również gra w kręgle jest skutecznym środkiem do uspokojenia chorych, wywołuje bowiem wesoły nastrój. Hałaśliwych krzykaczy, śpiewaków nakłania się do śpiewu zbiorowego.

Na oddziałach dla niespokojnych kobiet pielęgniarki mają obowiązek, podniecone chore z niepokojem ruchowym, skłonne do wyładowań motorycznych nakłaniać do tańcy figurowych (Ryc. 35), chałasujące pobudzać do śpiewu chórowego.

Nazywamy ten sposób postępowania: systematycznem organizowaniem chałasu i niepokoju ruchowego. Chałas i niepokój ruchowy pozostają wprawdzie, ale przybierają estetyczniejszą formę, zatracają natomiast nieprzyjemne cechy chaosu. A więc, chaotyczne, żywiołowe, dzikie wyladowywania motoryczne organizujemy, nadając im odpowiedni kierunek przez pracę, grę (football, kręgle) taniec; krzyk zamienia się wtedy w śpiew zbiorowy. Jesteśmy jeszcze daleko od ideału, który nam przyświeca, ale już początki naszych zabiegów dały wyniki zadawalniające, albowiem dawniejsze oddziały dla niespokojnych zniknęły; są dnie, w których na oddziałach dla niespokojnych panuje większy spokój niż w pracowniach, gdzie swobodny gwar ludzkich głosów napełnia powietrze.

Izolatka, kąpiel prolongowana, zastrzykanie skopolaminy, zawijanie kocowe w takich warunkach są zbyteczne.

Inny sposób uspokajania podnieconych chorych polega na tem, że lekarz wpływa perswazją na wyobraźnię chorego. Błędem jest mniemanie, że chory w ostrym okresie zaburzeń psychicznych nie jest przy-

stępny perswazjom. Doświadczenia zebrane w Dziekance świadczą inaczej. Wszelako nie zawsze i nie u każdego chorego działa perswazja na dłuższą metę, atoli czy skopolamina, nasennik lub kąpiel prolongowana i t. p. działają na dłuższy czas? środki te wywierają wpływ uspakajający tylko na kilka godzin. Tymczasem łagodna, cierpliwa perswazja ma często trwalszy skutek. Wprawdzie perswadowanie wymaga od lekarzy dużo cierpliwości, poświęcenia i indywidualnego traktowania chorych.

Poniżej przytoczone przykłady ilustrują wybitnie dodatni wpływ perswazji.

Pacjentka Z., b. zakonnica, wskutek omamów słuchowych miała urojenia, że ks. kardynał-prymas na nią czeka i ją woła. Chora z tego powodu była bardzo niespokojna, lamentowała głośno i domagała się natarczywie, ażeby ją wypuszczono do ks. arcybiskupa. Lekarzowi udało się uspokoić pacjentkę w ten prosty sposób, że jej wydał klucze i polecił szukać ks. arcybiskupa. Chora, gdy się przekonała o bezskuteczności swoich dochodzeń, uspokoiła się i przestała lamentować. Kosztowało to lekarza pół godziny biegania, ale wynik był dodatni, bo pacjentka była przez cały tydzień spokojna, później jej lamenty osłabły. W tym przypadku koc, strzykawka, lub kąpiel prolongowana byłyby chorą może także uspokoiły, atoli czy na cały tydzień?

Chorych zaczepnych omija się; osoby z dążnościami niszczycielskiemi naprowadza się na inne myśli. Pacjent Hart. uważający siebie za reformatora, walczący, jak się wyrażał, z wszelkiemi przejawami kultury, przytem religijny, tłukł obrazy, bo to „niepotrzebne przedmioty". Ażeby go uspokoić, usunięto obrazy z sali. Gołe ściany oszpecone gwoździami i dziurkami, nie dawały sali estetycznego wyglądu. Wobec tego lekarz pertraktował z pacjentem, ażeby pozwolił powiesić obrazy święte. Początkowo chory się opierał temu, w końcu pod wpływem perswazji zgodził się na powieszenie jednego obrazu, później pozwolił powiesić więcej obrazów świętych i dzisiaj ściany znowu pokryte są obrazami. Ten sam pacjent nie cierpiał osób z okularami i uderzył lekarza w twarz, ażeby mu rozbić szkła. Towarzysze pacjenta czynili mu zarzuty z tego powodu, a lekarz go omijał. Chory wziął to sobie do serca i nie atakuje więcej osób z okularami.

I w tym wypadku obyło się bez izolatki, bez kaftana, bez pościeli, bez kąpieli prolongowanych, bez zastrzykania skopolaminy, bez zawijania kocowego.

Pacjentka L., przywieziona do Dziekanki z innego zakładu, gdzie była izolowana, bo tłukła szyby, zaczęła zaraz po umieszczeniu jej na oddziale tłuc szyby. Szkodę naprawiono niezwłocznie. Ponieważ praktyka niszczycielska nie ustała, przedłożono chorej rachunek za wyrządzoną szkodę i zapytano jej, ile szyb zamierza jeszcze wybić, bo trzeba zawczasu kupić szkło na zapas. Po tej rozmowie pacjentka przestała tłuc szyby; chora znajduje się w Dziekance 3 lata i nie stłukła już ani jednej szyby.

I w tym przypadku nie kaftan, nie izolatka, nie prolongowane kąpiele, nie zastrzyki skopolaminy, lecz łagodna, przyjazna, żartobliwa perswazja odniosła skutek pożądany.

Pacjent B. skarżył się bezustannie, że go się trzyma w więzieniu, że pragnie być zwolnionym (rodzina nie chce chorego mieć u siebie), wymyślał, pieniaczył i był w obejściu bardzo nieprzyjemny. Gdy mu lekarz zalecił, ażeby się samowolnie oddalił z zakładu, gdyż ma pieniądze i nie jest krępowany, pacjent uspokoił się i od tego czasu (temu 2 lata) ani razu nie powtórzył, że chce być zwolniony, że go się trzyma w więzieniu.

Nawet pacjenci złośliwi, na pozór niebezpieczni, pod wpływem łagodnego obchodzenia i odpowiedniego zatrudnienia zmieniają się w skromnych, usłużnych pomocników.

Pacjent Het. był na początku swego pobytu w Dziekance opryskliwy, wrogo nastawiony do otoczenia i domagał się natarczywie zwolnienia, na co stan jego nie pozwalał. Lekarz przemówił do jego honoru i powierzył jego opiece chorego, sparaliżowanego od dzieciństwa idjotę, który o własnych siłach ruszać się nie może. Het. pielęgnuje towarzysza z najstaranniejszą troskliwością, wozi go po parku, dba o jego wygodę i jest zadowolony z dobrego uczynku. Chorych można z korzyścią zatrudnić w pielęgniarstwie niedołężnych towarzyszy pod warunkiem, że wybierze się odpowiednie osoby do odpowiednich chorych. Nie każdy pacjent nadaje się do pielęgnowania chorych albo na pomocnika pielęgniarza, tak samo jak nie każdy rodzaj rękoczynów pielęgniarskich może być wykonany przez pacjentów. Jeżeli pacjent jest pobudliwy, bojaźliwy, to nie należy go zatrudniać przy zabiegach chirurgicznych, bo pod wrażeniem widoku krwi albo objawów bólu ze strony opatrywanego może zesłabnąć, zemdleć, a histeryk może nawet dostać napadu szału z wyładowaniami gwałtownemi skierowanemi przeciwko lekarzowi lub pielęgniarzowi. Wtedy nie jest winien pacjent, lecz lekarz, który popełnił błąd, nieopatrznie wybierając do pomocy niestósowną osobę.

W załączonych tablicach zestawione są niektóre zapiski statystyczne z oddziałów, zrobione w ostatnich 6 latach, które nadają się do przeprowadzenia porównania stanu rzeczy w poszczególnych okresach.

ZAPISKI STATYSTYCZNE z ODDZIAŁÓW. 2 FRAGMENTY.

Tablica 1 przedstawia fragmenty notowań statystycznych z r. 1921 i z r. 1924 postawione obok siebie w celach porównawczych.

Notowania obejmują ostatnią trzecią miesiąca kwietnia r. 1921 (tabl. a) i miesiąca października 1924 (tabl. b.). Porównanie tych dwóch fragmentów statystycznych ilustruje wyraźnie różnicę, jaka powstała między stanem w r. 1921 a w r. 1924 wskutek ewolucji metod leczniczych w Dziekance. W r. 1921 zatrudnionych było na ca 620 chorych dziennie 357 osób, t.j. 57,5% (w r. 1920 tylko 36,5%), w r. 1924 zajętych było 535 osób na 560 pacjentów, t. j. 95,4%.

Tabl. a) kwiecień 1921

Data	Ilość pacjentów	Zajęcie	Obłożni przew. ze wzgl. psychj.	Zanieczyszcz.	Odleżyny	Leki podawane z powodu psychj.
20	616	323	93	10	2	27
21	614	331	90	10	2	26
22	615	337	85	9	2	26
23	615	346	83	11	2	16
24	615	149	82	12	2	8
25	615	357	80	12	2	9
26	616	352	81	10	1	9
27	617	359	82	11	1	7
28	616	359	81	11	2	7
29	618	369	80	10	2	—
30	620	357	82	8	2	—
31	—	—	—	—	—	—

Tabl. b) październik 1924

Ilość pacjentów	Zajęci	Obłożni ze wzgl. cielesnych	Obłożni ze wzgl. psychj.	Zanieczyszcz.	Odleżyny	Leki podawane z pow. psychj.
561	535	14	—	—	—	1
562	535	14	—	—	—	1
562	535	16	—	—	—	2
562	535	16	—	—	—	1
562	535	17	—	—	—	1
561	535	17	—	—	—	3
561	—	17	—	—	—	3
561	535	17	—	—	—	4
561	535	17	—	—	—	3
559	535	17	—	—	—	2
560	535	17	—	—	—	2
560	535	17	—	—	—	1

1 Tablica porównawcza.

W r. 1921 stosowano system pościelowy jeszcze w przypadkach 80—93, w 1924 metody pościelowej z przesłanek psychjatrycznych nie stosowano ani razu; obłożnych było tylko 14-17 chor. ze wzgl. fizyczn.

Zanieczyszczań notowano w 1921 r. w ciągu 10 dni 114 razy, w 1924 w tym samym okresie nie było ani razu zanieczyszczenia. Odleżyny notowano w tabl. a. dziennie w 2 przypadkach, w tabl. b. odleżyn nie notowano ani razu. Leków uspakajających i nasennych zapisano w r. 1921 do 27 dawek na dzień, w r. 1924 natomiast zapisano najwyżej 4 nasenniki na dobę.

STAN ZDROWOTNY. Tablica 2 ilustruje stan zdrowotny w Dziekance w ostatnich 6 latach

Tablica 2. Stan zdrowotny.

rok	1919	1920	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat
przeciętna dzienna ilość chorych:	573	565	626	599	589	582	
A. I. CIERPIENIA ZEWNĘTRZNE.							
a) odra	—	—	—	—	—	—	—
b) płonica	—	—	—	—	—	—	—
c) róża	—	1+ / 1	—	1+1 / 1	—	—	2
d) świeżba	7+6 [1] / 13	5+5 / 10	4+3 / 7	2+3 [1] / 6	3+4 [2] / 9	3+5 [1] / 9	54
e) ropnie i wrzodzianki	11+5 / 16	9+7 / 16	7+4 / 11	5+6 / 11	6+8 / 14	4+6 / 16	74
f) odleżyny	4+3 / 7	2+1 / 3	1+1 / 2	(1)+ - / (1)	1+(2) / 1 (2)	- +(1) / (1)	13

1) $\frac{7+6}{13}$ oznacza $\frac{\text{ilość mężczyzn i kobiet}}{\text{razem}}$

Tablica 2. Stan zdrowotny.

rok	1919	1920	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat
przeciętna dzienna ilość chorych:	573	565	626	599	589	582	
CHOROBY WEWNĘTRZNE.							
a) rozwolnienie	8+10 / 18	5+6 / 11	7+8 / 15	6+7 / 13	4+5 / 9	3+8 / 11	77
b) czerwonka	—	—	—	—	—	—	—
c) dur brzuszny	—	—	—	(1)+ - / (1)		-	1
d) zimnica	—	—	—	-	—	- +(1) / (1)	1
e) gruźlica	14+12 / 26	17+15 / 32	10+11 / 21	7+9 / 16	13+10 / 23	8+7 / 15	133
B. ZJAWISKA NIEPOŻĄDANE.							
1) zanieczyszczenia	1627+862= 2489	2320	846	94	25	21	5795
2) oddalenie się	5+ / 5	4+3 / 7	4+1 / 5	3+2 / 5	3+4 / 7	2+2 / 4	33
3) nieszczęśliwe wypadki bez następstw poważnych	—		+2 / 2	- +1 / 1	2+ - / 2	—	5
4) Samobójstwa	—	- +1 / 1	—	—	—	—	1
5) Wybryki pacjentów względem lekarzy i pielęgniarzy.	nie zapisano			—	3+ - / 3	1+ — / 1	4
6) bójki pacjentów pomiędzy sobą	nie zapisano			1+ - / 1	2+ - / 2	2+ / 2	5
7) poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	—	—	—		—	—	—

rok	1919	1820	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat
C. TERAPJA.							
1) sztuczne karmienie zgłębnikiem , . . .	5+5 / 10	2+4 / 6	1+6 / 7	2+2 / 4	4+2 / 6	3+3 / 6	39
2) drobne i większe opatrunki	11+12 / 23	18+16 / 34	15+13 / 28	14+8 / 22	16+10 / 26	12+15 / 27	160
3) zabiegi chirurgiczne .	—	—	1+2 / 3	2+ - / 2	2+1 / 3	1+1 / 2	10
4) zastrzyki skopol . .	11+ - / 11	10+ - / 10	—	2+ / 2		I(I) + (I) / 1+(1)	24
5) kąpiele prolongowane:							
a) ze wzgl. psychjatr.	4+2 / 6(48)	3+1 / 4(34)	2+1 / 3(26)	2+1 / 3(18)	1+1 / 2(12)	2+2 / 4(10)	22 (148)
b) „ „ fizycznych	12 (213)	6 (140)	15 (378)	9 (203)	12 (203)	9 (203)	63 (1340)
6) zawijanie kocowe .	-	—	—	—	—	—	
7) izolacje	2+ - / 2	—	—	—	—	—	2
8) nasenniki per os . .	72+80 / 152	64+60 / 124	38+15 / 53	7+7 / 14	8+11 / 19	2+22 / 24	386
D. ŚMIERTELNOŚĆ.						6,9%	Dziekanka
1) ogólna %	12 %	10,7%	13 %	10 %	7,3%	19,7%	chorych z Kobierzyna
2) gruźlica %	40%	45%	19,6%	22 %	37 %	22,4%	
3) autopsja	2+2 / 4	4+ - / 4	2+ / 2	3+1 / 4	2+ / 2	3+2 / 5	

Z cierpień zewnętrznych pojawiała się częściej świerzba. Dochodzenia wykazały, że chorobę wnieśli pacjenci nowo przyjęci, którzy przybyli ze świerzbą do zakładu. Ropnie i wrzodzianki powstawały często wskutek okaleczenia przy pracy z nieostrożności i nieoględności. Z powodu małej liczby obłożnie chorych jako też z powodu wydoskonalenia się personału w pielęgnowaniu, ilość przypadków z odleżynami z każdym rokiem zmniejszała się, tak, że w r. 1922 i 1924 w zakładzie nie powstał ani jeden przypadek odleżyn. Notowane odleżyny, z wyjątkiem jednego w r. 1923, należały do pacjentów, którzy już z odleżynami przybyli do zakładu i tu w kąpielach prolongowanych, ran swoich się pozbyli.

Z chorób wewnętrzn. mieliśmy w ciągu 6 lat jeden przypadek tyfusu, przeniesiony do zakładu przez pacjenta z zewnątrz, i jeden przypa-

dek zimnicy, przyniesiony przez pacjentkę z zewnątrz. Natychmiastowe odosobnienie chorych i desinfekcja oddziałów miała ten skutek, że choroby nie rozpowszechniły się.

Ilość przypadków gruźlicy, która w r. 1921 i 1922 zmniejszyła się, podniosła się znowu w r. 1923 z tego powodu, że między pacjentami przetransportowanymi do Dziekanki z Kobierzyna znajdowało się wiele chorych gorączkujących, cierpiących na gruźlicę. Dzięki ścisłemu przestrzeganiu hygjeny na oddziałach gruźlica w ostatnich 6 latach wykazała najmniejszą ilość przypadków w r. 1924.

Ciekawe zjawisko przedstawia pozycja B. l. „zanieczyszczanie". Podczas, gdy w r. 1919 notowano zanieczyszczań 2489 razy, w roku 1924 było ich tylko 21, a więc na miesiąc nawet nie 2 zanieczyszczenia. W rzeczywistości rzecz przedstawia się jeszcze korzystniej, bo miesiącami całymi nie było ani razu zanieczyszczenia; natomiast dnia 11 kwietnia 1924 r. posługująca, która chciała odejść bez wypowiedzenia, przez umyślne niedbalstwo podczas dozoru nocnego dopuściła do zanieczyszczenia się 6 pacjentek. Posługującą pociągnięto do odpowiedzialności, nałożono jej karę dyscyplinarną i wydalono natychmiast z Zakładu.

Mimo daleko posuniętej swobody, którą daje się pacjentom, mimo usunięcia krat i części murów, oddalenia chorych znajdujących się pod ścisłym dozorem, nie zdarzają się częściej niż w okresie murów, krat, izolatek i krępowania.

Nieszczęśliwe wypadki, jak wywichnięcie lub złamanie ręki lub nogi lub też innego rodzaju okaleczenie przez nieostrożność (poślizgnięcie się i upadek) lub przy wyskoczeniu z okna podczas usiłowania oddalenia się, wydarzały się sporadycznie. W r. 1924 nie było ani jednego nieszczęśliwego wypadku. W tem miejscu wypada dodać, że dnia 2 stycznia 1923 r. kucharka przez pomyłkę zamiast natronu wsypała sody do pokarmu. Z tego powodu cały szereg pacjentów miał przez kilka godzin dolegliwości, jak ból głowy, ból żołądka, wymioty, uczucie słabości. Poważniejszych następstw nie było.

W ciągu ostatnich 6 lat w Dziekance zdarzył się tylko jeden przypadek usiłowanego samobójstwa z zejściem śmiertelnem i to w r. 1920. Bliższe szczegóły o tym wypadku zawiera ustęp traktujący o służbie pielęgniarskiej. Odtąd w Dziekance przypadków samobójstwa nie było.

W ostatnich 2 latach zdarzyło się 2 razy, że chory uderzył lekarza, a w trzech przypadkach pielęgniarza; przyczyną gwałtu nie były osobiste niechęci, lecz omamy słuchowe lub też urojenia chorego.

Na męskim oddziale w ostatnich 3 latach pacjenci wszczynali między sobą bójkę w 5 przypadkach, bez poważnych następstw. Rozdrażnionych przeciwników rozdzielono na inne oddziały, gdzie się wnet uspokoili.

Mimo swobody ruchów, jaką się chorzy cieszą, mimo, że się mężczyźni stykają często z kobietami, nie było w ostatnich 5 latach przypadku porodu nielegalnego. Dowodzi to o przezorności personalu pielęgniarskiego.

Leczenia chemiczno-fizykalnego w praktyce psychjatrycznej w Dziekance nie uważa się z zasadniczych względów jako główną terapję.

Sztuczne karmienie (zgłębnikiem) stosowane było tylko wtedy, gdy inne sposoby karmienia zawiodły.

Zaniechano zastrzykiwań skopolaminy. W roku 1919 i 1920 zastrzyknięto skopolaminę jeszcze w 11 i 10 przypadkach. W roku 1921 skopolaminy nie używano wcale; tak samo było w r. 1923. W roku 1922 okazała się potrzeba zastrzyknięcia skopolaminy dwom niebezpiecznym, gwałtownym pacjentom, których innymi sposobami nie dało się uspokoić. W r. 1924 trzeba było zastrzyknąć skopolaminę gwałtownemu epileptykowi w stanie zamroczenia. Zastrzyk w drugim przypadku był niepotrzebny (pacjent z niepokojem ruchowym nie chciał pozostać w łóżku) i dokonany samowolnie przez młodego, nowo przyjętego lekarza-asystenta, nie obeznanego jeszcze z praktyką tutejszą. Doświadczenie wykazało, że można się bez skopolaminy obyć.

Kąpiele prolongowane z przesłanek psychjatrycznych stosowano także tylko w wyjątkowych przypadkach, w ciągu 6 lat 148 razy w 22 przypadkach; natomiast stosowano je częściej w zachorzeniach cielesnych, w ciągu 6 lat 1340 razy w 63 przypadkach.

Zawijań kocowych nie aplikowano w ciągu 6 lat ani razu, albowiem środek ten jest problematycznym, szkodliwym, męczącym i przedstawia gorszą formę kaftana.

Izolację zaordynowano tylko 2 razy i to jeszcze w r. 1919. Od tego czasu nie izolowano ani razu.

Nasenników rozdano nie wiele, w ciągu 6 lat tylko 386 dawek, z tego najwięcej, bo 329, w pierwszych 3 latach, a tylko 57 w ostatnich 3 latach. Dokładna rejestracja i obserwacja chorych bezsennych wykazała zbyteczność nasenników.

BEZSENNOŚĆ.

Dla ilustracji sposobu traktowania chorych bezsennych niechaj posłuży tablica 3.

WRZESIEŃ 1923.

Data		Mężczyźni						Kobiety																																	
		Z	T	H	B	B	Z	M	B	O	R	M	D	L	D	S	K	P	H	R	S	G	F	B	B	K	U	M	P	S	K	S	Z							
1	dzien.	0	1	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	5	5	.	4	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	dzien.	0	0	0	0	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	9	7	7	.	.	3	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	dzien.	0	0	0	0	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	8	8	7	7	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	dzien.	0	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	7	.	.	4	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	dzien.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	2	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Data		Mężczyźni						Kobiety																													
		Z	T	H	B	B	Z	M	B	O	R	M	D	L	D	S	K	P	H	R	S	G	F	B	B	K	U	M	P	S	K	S	Z
8	dzien.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	6	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	3	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12	dzien.	0	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	.	.	6	6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
14	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
15	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
16	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
17	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
18	dzien.	0	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	6	.	.	6	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.
19	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	0	.	.	.	.	.	.	.	.
20	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.
21	dzien.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	7	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
22	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.
23	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
24	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.
25	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	0	.	.	.	.
	noc.	6	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	0	.	.	.	.
26	dzien.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	0
	noc.	7	.	.	3	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	0
27	dzien.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	0
	noc.	3	.	.	3	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	3
28	dzien.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
29	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
30	dzien.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0
	noc.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0

Tabl. 3. Stan bezsenności w miesiącu wrześniu 1923 r.

Wychodzimy z założenia, że dorosła, zdrowa osoba, pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie 7 godzin snu. Wobec tego chory z ostrą psychozą śpiący 4 godziny na dobę, nie potrzebuje nasennika. Krótkotrwały sen naturalny jest zdrowszy niż długotrwały sen wywołany środkiem hypnotycznym. Rejestrujemy, jak widać z tablicy, chorych, którzy sypiają mniej niż 4 godziny na dobę i obserwujemy do-

kładnie dalszy przebieg tej bezsenności. Okazuje się, że chorzy ci zwykle mają krótkie okresy bezsenności. Tym osobom nie podaje się nasenników. Dopiero po trzech nocach bezsennych wzgl. po trzech dniach, w których chory sypiał mniej niż 4 godziny na dobę, podajemy nesennik w wysokiej dawce, (zwykle nirwanol 0,9 —1.2.), poczem następuje, zaraz albo dzień później, okres krótszy lub dłuższy dostatecznego snu. Jak z załączonej tablicy wynika, w miesiącu wrześniu 1923 r. podano tylko 1 raz środek nasenny, mianowicie na oddziale żeńskim pacjentce P. Na oddziale męskim natomiast nie rozdawano wcale nasenników, bo nie zachodziła potrzeba. Mężczyźni zarejestrowani cierpieli w miesiącu poprzednim na bezsenność, dla tego pozostali jeszcze pod ściślejszą obserwacją.

USZKODZENIA PRZEDMIOTÓW

Podnieceń i gwałtownych wyładowań nie było wiele. Jak tablica 4 wykazuje, uszkodzeń przedmiotów przez pacjentów podnieconych było w ciągu 6 lat tylko 250.

Uszkodzenie przedmiotów przez pacjentów podnieconych.

Rok	1919	1920	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat	
Przeciętna dzienna ilość pacjentów	573	565	626	599	589	582		
szyby (i ściany) .	16+12[1] / 28	12+14 / 26	14+10 / 24	10+8 / 18	8+5(+2) / 13 (+2)	6+4 / 10	121	Zapiski statystyczne z oddziałów.
Meble	4+— / 4	2+1 / 3	—+1 / 1	7+— / 7	2+— / 2	1+— / 1	18	
Odzież . . .	18+5 / 23	5+2 / 7	4+3 / 7	5+— / 5	5+2 / 7	4+2 / 6	55	
Pościel . . .	6+6 / 12	2+3 / 5	2+3 / 5	3+1 / 4	5+1 / 6	2+— / 2	34	
Bielizna .	4+3 / 7	2+5 / 7	1+2 / 3	2+1 / 3	1+1 / 2	—	22	
Ogółem uszkodzono przedmiotów	74	48	40	37	32	19	250	

Tablica 4 Uszkodzenie przedmiotów

W r. 1919 pacjenci wzburzeni uszkodzili 74 przedmioty. W miarę ustalenia się systemu traktowania chorych, jaki dzisiaj w Dziekance obowiązuje, uszkodzenia przedmiotów zdarzały się coraz rzadziej, tak że w r. 1924 było ich tylko 19, t. j. 75% mniej niż w r. 1919. W ostatnim roku (1924) chorzy w stanie rozdrażnienia stłukli tylko 10 szyb, (w r. 1919 — 28), nie podarli ani jednej sztuki bielizny.

ZAJĘCIE PACJENTÓW.

Najlepszym środkiem uspakajającym jest zajęcie chorego, to też 95% pacjentów w Dziekance jest zajętych. (A ilustr. 21. 22, 23, 24), w jaki sposób wykazuje tablica 5, zawierająca podział pracy w miesiącu październiku 1924 r. Kolumna pod tytułem „osobni" mieści pacjentów trudniących się malarstwem, rzeźbiarstwem, fotografowaniem, grą itp. (załączone zdjęcia dokonane są przez pacjentów).

[1]) $\frac{16+12}{28}$ itp. oznacza = $\frac{\text{ilość mężczyzn + kobiet}}{\text{razem}}$

Podział pracujących w październiku 1924 r.

		Mężczyźni													Kobiety										
Data	Ilość chorych	Domowi	W ogrodzie	Na folwarku	W kuchni	W biurze	Warsztaty	Usługi	Malarze	Opieka rodz	Przy pompie	Przy wózku	Osobni	Ogółem	Domowi	W ogroozie	Na folwarku	W kuchni	Przy jarzynie	W pralni	Przy szyciu	Przy klockowaniu	Opieka rodz	Usługi	Osobni	Ogółem
1	576	59	35	78	4	4	31	8	2	7	-	10	33	271	40	15	30	4	27	10	52	17	9	9	63	276
2	577	59	35	78	4	4	31	8	2	7	—	10	33	271	40	15	30	4	27	10	52	17	9	9	63	276
3	582	59	35	78	4	4	31	8	2	7	-	10	33	271	40	15	30	4	27	10	52	17	9	9	63	276
4	582	59	35	78	4	4	31	8	2	7	—	10	33	271	40	15	30	4	27	10	53	17	9	9	63	277
5	582	—	—	-			—	—	—	—	—	—	—	—	-	-	-	—	—	—	—	-		—	—	
6	581	70	60	20	4	4	29	8	3	7	—	10	56	271	40	15	30	4	27	10	53	17	9	9	63	277
7	580	55	35	79	4	4	29	8	3	7	-	10	37	271	50	15	30	4	27	-	53	17	9	9	63	277
8	578	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27	—	53	17	9	9	63	277
9	577	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27	-	53	17	9	9	63	277
10	578	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27	—	53	17	9	9	63	277
11	578	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27		53	17	9	9	63	277
12	578	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	-	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	580	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27	—	53	17	9	9	63	277
14	578	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	51	15	30	4	27		53	17	8	9	63	277
15	564	50	35	79	4	4	29	8	3	8	5	10	42	277	49	15	20	4	26	—	50	17	8	9	53	261
16	564	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	59	25	20	4	30	—	62	17	8	9	27	261
17	561	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	59	25	20	4	30		60	17	8	9	26	258
18	561	57	36	79	4	4	29	9	3	8	5	10	34	277	59	25	20	4	30	—	60	17	8	9	26	258
19	561	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	561	57	36	79	4	4	29	5	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
21	562	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
22	592	57	36	79	4	4	9	8	3	9	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
23	592	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
24	562	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
25	561	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
26	561	—	—	-	-	—	—	—	—	—	—	—	-	—	-	-	-	-	-	-	—	—	—	—	—	—
27	561	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	26	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
28	561	57	45	70	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	3	10	49	17	8	9	38	258
29	559	57	45	70	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	6	30	-	57	17	8	9	38	258
30	560	57	50	65	4	4	29	8	3	8	5	19	34	277	48	25	20	6	30	—	57	17	8	9	38	258
31	560	57	50	65	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	6	30	-	57	17	8	9	38	258

Tablica 5, Podział pracy,

ŚMIERTELNOŚĆ.

W roku 1917 (najfatalniejszy rok wojny światowej) śmiertelność wynosiła 31,8%. Do roku 1919 odsetka śmiertelności zmniejszyła się do 12%. W r. 1921 przetransportowano z Niemiec do Dziekanki 175 chorych, między tymi znaczną ilość osłabionych, wycieńczonych kandydatów śmierci. To też śmiertelność w tym roku wzmogła się do 13%. W końcu 1923 przybył do Dziekanki transport 87 chorych z Kobierzyna, między tymi cały szereg gorączkujących, cierpiących na gruźlicę. Chorzy kobierzyńscy znowu pogorszyli statystykę śmiertelności w Dziekance. Kobierzyńskich pacjentów umarło w 1924 r. 19,7%, wobec 6,9% pacjentów Zakładu tutejszego. Dziekanka ma znaczną odsetkę chroników, starych, zniedołężniałych, znajdujących się w stanie charłactwa, a mu-

siała oddawać do Kościana na roboty rolne liczne szeregi pacjentów fizycznie zdrowych, a w zamian dostawała słabowitych, umierających (w jednym transporcie, przeznaczonym dla tutejszego Zakładu, chory S., umarł na dworcu w Gnieźnie przy opuszczaniu wagonu). Z tego powodu odsetka śmiertelności zmniejsza się tylko powoli. Korzystne warunki hygjeniczne jednakże rokują na przyszłość pomyślnie, tak że należy się spodziewać, że odsetka śmiertelności dalej będzie się zmniejszała.

Autopsje,

Autopsji dokonano mało, bo nie mogły odbywać się regularnie z powodu trudności formalnych. Sekcji wolno bowiem dokonać tylko za poprzedniem zezwoleniem rodziny nieboszczyka, a to trudno otrzymać.

Pacjentów, których stan poprawił się tak dalece, że opieka zakładowa nie jest koniecznie potrzebna, zwalnia się na ich życzenie lub na żądanie rodziny i nie czeka się na chwilę wyzdrowienia. Tem się tłomaczy znaczna ilość pacjentów zwolnionych „w stanie polepszenia", a stosunkowo mała liczba pacjentów wyleczonych.

AL. PIOTROWSKI

„MARYÓWKA"

pensjonat kuracyjny gruntownie zreorganizowany: **Warszawa-Mokotów, Dolna 17,** tel. 222-40. Przyjmuje uzdrowieńców, nerwowych i niegwałtownych psychicznie chorych. Najn. metody leczn. Leczenie malaryczn. Dyrektor dr. **W. Strawiński**, b. wieloletni ordynator szpitali psychjatrycznych. Konsultanci: **dr. Piotr Pręgowski i dr. Adam Wizel.**

BIURO TECHNICZNE

BOLESŁAW GUST :: GNIEZNO, UL. DABRÓWKI 11

TELEFON Nr. 259.

Żarówki elektryczne: „Philips i Osram".
Aparaty lekarskie: Roentgena, Solukslampe, Radjofor, Vapofor, Radjoluks i Samoks, Instalacje elektryczne i sanitarne.

DOSTAWA WSZELKICH MATERJAŁÓW

STARA DROGERJA
W. TROJANOWSKI

ZAŁOŻONA ROKU 1881

GNIEZNO

UL. WARSZAWSKA 6. TELEFON Nr. 258

KONTO BANKOWE:
POLSKI BANK HANDLOWY - BANK POŻYCZKOWY
MIEJSKA KASA OSZCZĘDNOŚCI
KONTO CZEKOWE PRZY P. K. O. Nr. 203 510

CZĘŚĆ II.

(DZIAŁ NAUKOWY).

PRACE ORYGINALNE.

DOC. DR MED. R RADZIWIŁŁOWICZ

USIŁOWANIE*)

„Ago, ergo sum".

TREŚĆ: Rodzaje usiłowania. Działanie dowolne i niewolne Działanie samorzutne. Nawyk. Instynkt. Pożądanie. Popęd Postępowanie. Wolna wola. Determinizm i indeterminizm.

Moment życia psychicznego nie ogranicza się do doznawania i spowodowanego przez nie uczuwania przyjemności lub przykrości, lecz uczucie prowadzi do czynów, przyczem uczuwana przyjemność powoduje czynność, mającą na celu utrzymanie źródeł przyjemności, a uczuwanie przykre powoduje czynność, mającą na celu usunięcie źródeł przykrości. Przyjemność, biorąc rzecz ogólnie, podtrzymuje działalność, przykrość ją tłumi. Quidquid petitur, petitur sub specie boni.

Działanie może być dowolne lub niewolne. Działanie dowolne jest zawsze świadome, działanie niewolne może być również świadome, lub może być bezwiedne. Działanie dowolne może łatwo przechodzić w działanie niewolne. Działanie podświadome stanowi ogniwo przejściowe pomiędzy działaniem świadomem i bezwiednem.

Zewnętrznie, przedmiotowo działanie dowolne może nie różnić się zupełnie od niewolnego. Różnica jest podmiotowa; w jednym wypadku polega na całkowitem zdawaniu sobie sprawy z celu działania i środków wiodących do celu, w drugim rzecz cała obywa się bez kierowniczego udziału świadomości, chociaż pozornie działanie ma wszelkie cechy działania świadomego i dowolnego. W dziaiałaniu podświadomem, proces odbywa się bez kierowniczego udziału świadomości, czynność jest zwykle, niezawsze jest cel, do którego dąży się w działaniu, droga działania odbywa się bez kierowniczego udziału świadomości, nadzorowana tylko w pewnej mierze przez świadomość.

Genetycznie w rozwoju gatunku czynność dowolna poprzedza niewolną. Niewolna rozwija się z dowolnej. Co jest niewolne w jednostce, było dowolne w gatunku, w pokoleniach poprzednich. W rozwoju jednostki czynności niewolne poprzedzają dowolne.

Budowa układu nerwowego wskazuje wyraźnie, że teleologicznie układ stanowi przekładnię pomiędzy odbiorczą i oddawczą fazą życia ustroju, że jest ogniwem pośrednim pomiędzy zmysłowymi narządami odbierającemi bodźce od świata zewnętrznego, a narządami oddawczemi, ruchowemi, przeobrażającem otrzymane podniety w odpowiedzi ruchowe. W ten sposób urzeczywistnia się orjentacja ustroju, jego oddziałanie na zjawiska świata zewnętrznego.

*) Rozdział z książki przygotowanej do druku p. t „Podstawy Psychologji w zarysie"

W każdem usiłowaniu zawarte jest działanie mięśniowe. Układ nerwowy ośrodkowy jest narządem sortującym podniety nerwowe. Właściwe źródło czynności tkwi w układzie ośrodkowym. Bodźce zewnętrzne są powodem czynności, przyczyna czynności tkwi w czynnościach komórek nerwowych układu ośrodkowego. Dopływające do nich podniety, powstałe pod wpływem bodźców zewnętrznych, są tylko czynnikami wywołującemi stan czynny w komórkach ośrodkowego układu, ułatwiającemi komórkom ośrodka przebycie progu ich pobudliwości i przejście w stan czynny. Czynność sama zależy od fizjologicznej sprawności samych komórek, od stopnia napięcia zachodzących w nich własnych spraw fizjologicznych. Orjentacja ustroju zależy zatem nietylko od sprawności odbiorczych i oddawczych narządów, zależy także, i to przedewszystkiem, od sprawności narządów nerwowych układu ośrodkowego. Ich czynność rozstrzyga o losie podniet, które dostały się do układu, czy podnieta dopłynie w sposób właściwy do właściwego narządu ruchowego? Działanie komórek układu ośrodkowego jest zatem szersza niż zwykłej przekładni mechanicznej. Działanie jest czynne, a nawet rozstrzygające.

Jest najzupełniej do pomyślenia fakt, że komórki układu ośrodkowego mogą przechodzić w stan czynny nietylko pod wpływem bodźców dopływających z zewnątrz ustroju, lecz także pod wpływem podniet powstałych w samym ustroju np. wskutek zmian w chemizmie krwi, pod wpływem wydzielin gruczołów dokrewnych, a nawet, być może, poprostu wskutek spraw swoistych zachodzących w samych komórkach nerwowego ośrodka. Jednem słowem, jest najzupełniej możliwe, a przynajmniej niema wystarczających dowodów przeciwnych, że samorzutne działanie komórek układu ośródkowego może spowodować czynności z powodów wyłącznie wewnętrznych, powstałych w samym ustroju bez tego, ażeby wyłącznem źródłem tych czynności miały być tylko powody zewnętrzne, działanie bodźców świata zewnętrznego na narządy zmysłowe.

Układ nerwowy gromadzi zapasy energji, której wyładowanie może nastąpić z różnych powodów a w ich liczbie i powodów powstałych w ustroju i w samym układzie ośrodkowym. W ten sposób powstają czynności samirzutne. Są to czynności rozwojowo najwcześniejsze i stanowią punkt wyjścia w powstawaniu czynności dowolnej. Nadbudowujemy naszą wolę nad temi czynnościami samorzutnemi. W miarę posuwającego się rozwoju urastają one do granic czynności kierowanych wyraźną działalnością świadmości, wyraźnych aktów wysiłku i woli. Pierwotny akt przyjęcia pokarmu jest podstawą do dokonywania mysiłków w celu jego zdobywania. Krzyk dziecka pierwotnie instynktowny przechodzi szybko w postać dowolną i wiąże się bezpośrednio z przedstawianiem źródła doświadczonej przyjemności, zadowolonego głodu.

Stwierdzenie faktu powstawania czynności samorzutnych, spowodowanych przez przyczyny wewnętrzne, niezależnie od powodów zewnętrznych, stanowi sprawę pierwszorzędnego znaczenia psychologicz-

nego. Usiłowanie, wewnętrznie uwarunkowane, stanowi podstawę doświadczenia, że pewnym naszym aktom przypisujemy wyraźnie charakter „wolnej woli" uwarunkowanej czynnikami wewnętrznemi niezależnemi od pobudek zewnętrznych a nawet przeciwstawiającemi się tym pobudkom. Fizjologicznem źródłem tego doświadczenia jest samorzutna z przyczyn wewnętrznoustrojowych wynikła działalność komórek ośródkowego układu nerwowego.

Samorzutny charakter pewnych czynności nie zmienia zasadniczego charakteru czynności układu, że są one odruchowe. Wszelka czynność odruchowa jest niewolna i bezwiedna. Odruchowe są nietylko czynności rdzenia. Pewne czynności mózgowe są również natury odruchowej. Fakt ten, że pewne czynności mózgowe są świadome, nie wyłącza, ażeby inne nie miały być odruchowe. Czynność odruchowa nie posiada oblicza podmiotowego, lecz czynność dowolna posiadająca to oblicze jest ściśle związana z czynnością odruchową. Psychologicznie obchodzi nas tylko czynność dowolna, musimy jednakże dążyć do zdawania sobie sprawy z czynności odruchowej, z którą czynność dowolna jest ściśle związana. Obchodzi nas nietylko podmiotowa strona sprawy, lecz obchodzą także i jej fizjologiczne warunki. Większość czynności ustroju, to czynności odruchowe, przebiegające bez udziału świadomości. Czynność świadoma łatwo przechodzi w podświadomą, podświadoma w bezwiedną.

Czynność świadoma stale powtarzana staje się czynnością nawykową. Nawyk jest sprawą podświadomą, przebiega pod progiem świadomości. Świadomy zwykle jestpoczątek sprawy, dajszy jej przebieg obywa się bez kierowniczego udziału świadomości. Świadomość czuwa nad działaniem nawykowem i wkracza, kiedy coć popsuje się w działaniu. Naprawia błąd, poczem czynność powraca do dawnego biegu i obywa się bez kierownictwa świadomości. W miarę utrwalania się nawyku czynność nawykowa oddala się coraz bardziej od progu świadomości i stopniowo zbliża się do granicy, która ją oddziela od czynności całkowicie bezwiednej.

Okolice podkorowe, leżące poniżej płaszcza mózgowego, są prawdopodobnie głównem siedliskiem czynności nawykowych. Czynności tych narządów mózgowych nie są pozbawione całkowicie współdziałania narządów rozwojowo wyższych, lecz współdziałanie to jest dorywcze, niestałe, zachodzi tylko w warunkach wyjątkowych, w warunkach zwykłych cała czynność przebiega w granicach narządów podkorowych.

Nawyk jest wytworem ćwiczenia. Znamienną jego cechą jest mechaniczność, automatyczny charakter ruchów nawykowych. Psychologicznie nawyk ma znaczenie szersze, niż przypisywane mu powszechnie. Wszelkie działanie pwtarzane zaczyna powoli stawać się nawykowem. Działanie świadome ogranicza się do działań nowych a przynajmniej nieczęsto powtarzanych. Jedynie wtedy, gdy mamy uczynić coś nowego i niepowszedniego, musimy z możliwie największą wyrazistością, przez szczególne ześrodkowanie uwagi uprzytomnić sobie wyobrażenie celu, do którego dążymy oraz wyobrażenie ruchów wiodących do celu. W na-

wyku obie te sprawy stopniowo wypodają, z początku wypada droga, a potem i cel a całe zjawisko, o ile przebiega prawidłowo, obywa się bez kierowniczego udziału świadomości.

Dzięki utorowaniu dróg potrzebnych w ośrodkowym układzie nerwowym wskutek powtarzanych ćwiczeń czynność nawykowa staje się zupełnie łatwa. Porządek ruchów potrzebnych do wykonania złożonej czynności nawykowej układa się automatycznie w ten sposób, że czucie mięśniowe wywołane przez ruch początkowy staje się podnietą wywołującą ruch następny, czucie mięśniowe wywołane przez ruch następny staje się podnietą wywołującą ruch dalszy itd., aż wreszcie nie nastąpi ruch ostatni, który zakończy łańcuch powiązanych ze sobą ruchów, przebiegających, jak widać, w wyraźnym typie odruchowym.

Powoduje to nietylko łatwość czynności nawykowej, powoduje to również szybkość w wykonywaniu tej czynności, wypadają wszystkie ogniwa pośrednie namysłu, rozwagi, wyboru. Podnieta nie odbywa całej drogi przewodnictwa nerwowego, wyładowanie ruchowe idzie po linji „krótkiego spięcia". W nawyku świadomy i dowolny jest początek działania, w tem znaczeniu, że pierwszy ruch jest dokonany pod wpływem kierowniczym świadomości, wszystkie ruchy dalsze są wykonywane w typie odruchowym wskazanym powyżej. Przystosowanie może być tak dokładne, że początkowy bodziec zmysłowy, który czynność zapoczątkowuje, nawet może nie być uświadomiony należycie i wymołać podświadomie cały szereg skojarzonych odruchów. Tak bywa np., kiedy, zmieniamy ubranie w dzień, i wyjmiemy zegarek, ażeby przenieść do innej kieszeni, nakręcamy go, chociaż pora po temu była wybrana zupełnie niewłaściwie.

Mechanicznie powiązanie ze sobą szeregu ruchów nawykowych może być tak dokładne, że interwencja świadomości przeszkadza prawidłowości ruchów, ruchy wykonywane są lepiej przy całkowitem niewtrącaniu się uwagi niż przy jej udziale. Poucza o tem codzienne doświadczenie każdego.

To, co nazwamy pospolicie rutyną, stanowi przyzwyczajenie do nawykowego wykonywania czynności z zapoznaniem potrzeby pozostawienia świadomemu kierownictwu działaniem właściwego mu udziału.

Znaczna większość naszych codziennych czynności jest nawykowa o różnych stopniach osiągniętego ruchowego automatyzmu, mniejszego lub większego zaniku udziału czynników świadomych w kierownictwie działaniem.

Miarą osiągniętego stopnia doskonałości czynności nawykowej jest dokładność wykonywanego szeregu ruchów oraz niechybność odpowiedzi ruchowej, ilekroć okaże się właściwy bodziec. Wreszcie miarą czy czynność osiągnęła pełnię nawykowej sprawności jest trudność napotykana przy wprowadzaniu zmian w szeregi ruchów nawykowych. Nawpół wytworzone nawyki łatwo można zmienić, nawyki całkowicie ukształtowane zmieniają się jedynie pod naciskiem niezwykle upartego wysiłku.

Utrwalenie nawyku, doskonałe utorowanie potrzebnych do jego wykonywania dróg w układzie nerwowym zależy od czasu i uwagi poświęconych wykonywaniu pewnych ruchów aż do przyswojenia ich sobie całkowicie. Działanie musi być uprzednio dokładnie przyswojone przy kierowniczym udziale świadomości, i dowolnie wykonane ruchy powinny wydoskonalić czynność, która ma stać się nawykową. Dalej ruchy powinny systematycznie być powtarzane, często ćwiczone, wreszcie powinien być niezakłócony porządek powtarzania ruchów oddzielnych, tworzących czynność nawykową. Po pewnym bodźcu powinna niechybnie, stale powstawać pewna czynność, przyczem szereg ruchów powinien powtarzać się niezmiennie w jednym stałym i tym samym porządku kolejności ruchów. Dzieci, od których rodzice wymagają wykonywania czegoś, pozwalając im jednakże raz poraz zaniedbywać działania, nigdy nie nabędą nawyków doskonałych. Podobnie nawyk nie powstanie przy pozostawianiu wolnego wyboru działania.

Nawyk ogranicza działanie do pewnych dróg określonych, utrwala pewne stałe połączenia w ośrodkowym układzie nerwowym. Dzięki temu czynności, które stały się nawykowemi z czynności dowolnych stają się niewolnemi, zyskują natomiast stałość i niezmienność. W ten sposób nawyk pod pewnym względem staje się przeciwny temu, co rozumiemy pod słowem rozwój. Będąc sam wytworem rozwoju, z kolei dąży poniekąd do zatamowania rozwoju dalszego. Oczywiście całkowicie tak nie jest. Przedewszystkiem przyswojenie pewnych nawykowych ruchów samo w sobie posiada wartość pod tym względem, że ułatwia nabywanie ruchów nowych. Ruchy nowe nigdy nie bywają nowe całkowicie. Opanowanie pewnych ruchów pozwala nam opanować inne, szczególnie wtedy, jeżeli ruchy nawykowe nie nabrały bezwzględnej postaci, kiedy istnieje jeszcze możność dokonywania w nich zmian. Dokonywanie zmian w ruchach już istniejących jest zadaniem o wiele łatwiejszem, niż uczenie się grupy ruchów całkowicie de novo. Czynność dowolna jako kierowana świadomością jest działaniem wyborczem i przeobrażalnem. Nawyk jest wytworem czynności dowolnej dąży jednakże do stania się czynnością podświadomą i automatyczną, a przez to stałą i niezmienną. Łatwość, szybkość i pewność w wykonywaniu, zdobywane przez nawyk są pożyteczne dla ustroju o tyle, o ile zachodzą odpowiednie warunki. Gdybyśmy musieli ześrodkowywać uwagę na każdym ruchu, który wykonywamy nawykowo, nie moglibyśmy wykonać nawet tysiącznej części naszej pracy codziennej. Nawyk jest dużem zaoszczędzeniem czasu i uwagi, umożliwia świadomości zdobywanie nowych postaci czynności: czynności dowolnych. Tem umożliwia rozwój dalszy, rozszerza zakres naszego działania świadomego. W tem tkwi jego biologiczny pożytek. Oczywiście te same czynnik tworzące biologiczną pożyteczność nawyku stają się źródłem szkodliwości, jeżeli zajdą inne okoliczności, zmienią się warunki, do których czynność nawykowa była przystosowana. Wtedy stałość, łatwość i dokładność wykonywanych ruchów, właściwe nawykowi, zamiast pożytku przynoszą szkodę. Nawyk powinien pozostawać pod

nadzorem świadomości i jej wpływem kierowniczym, szczególnie zapoczątkowanie czynności powinno być możliwie najbardziej poddane temu wpływowi, ażeby mogło zawsze uledz sprawdzeniu, czy zachodzą warunki właściwe dla wykonania czynności nawykowej. Dalej powinna istnieć pewna plastyczność, pewna możliwość zmian w czynności nawykowej w zależności od stwierdzonej świadomie potrzeby dokonania tych zmian, możność zastąpienia czynności podświadomej przez czynność dowolną, świadomą. Pełnię rozwoju osiąga jednostka, która posiada wprawdzie możliwie największą możność spełniania największej liczby czynności nawykowych, która jednakże ma możność wykonywania ścisłego nadzoru nad czynnościami nawykowemi, każdorazowego ich opanowania względnie zaprowadzenia w nich zmiany w razie stwierdzenia potrzeby dokonania opanowania lub zmiany. Możliwe jest to jedynie przy utrwalonej czynnościowej przewadze okolic mózgowych rozwojowo późniejszych nad wcześniej powstałemi. Znaczna musi być sprawność okolic wcześniej powstałych, żeby mogły wogóle zachodzić czynności nawykowe, znaczna sprawność okolic rozwojowo późniejszych, ażeby nadzór wogóle mógł być wykonywany. Sprawność ta musi być większa, powinna istnieć pewna stała przewaga czynnościowa nad okolicami wcześniej powstałemi, wtedy działalność nawykowa będzie obracała się w granicach rozwojowo pożytecznych.

Poza temi granicami w przeciwnym razie stanie się biologicznie szkodliwa, zamiast być czynnikiem postępu stanie się czynnikiem uwstecznienia.

Biologicznie i psychologicznie pokrewny nawykowi jest instynkt. Instynkt jest bezwiednem dążeniem do wykonywania celowych czynności. Celowość w instynkcie nie polega na uświadamianiu sobie celu, do którego dąży się, jak również nie polega na świadomości dróg wiodących do celu. Celowość instynktu jest biologiczna, jest dążeniem do wykonywania czynności, których pożyteczność dla ustroju została stwierdzona w biegu rozwoju gatunku, dzięki doświadczeniom pokoleń poprzednich. W instynkcie jednostki dziedziczy skapitalizowany dorobek tych doświadczeń w postaci odpowiedniej budowy ustroju głównie jego układu nerwowego przystosowanego do wykonywania czynności biologicznie pożytecznej. Przychodzi do gotowego, bez prób i doświadczeń, zostaje przez przyrodę uposażona w szereg narządów umożliwiających działania pożyteczne, korzysta z gotowych narządów bez potrzeby dokonywania sama wysiłków w celu ich wytworzenia. Dzięki istnieniu wrodzonych lub samorzutnie rozwijających się połączeń w drogach nerwowych, powstaje anatomiczne podłoże odruchów stanowiących podstawę wszelkiej działalności instynktowej. Każdy objaw instynktu to odruch, albo szereg tak ze sobą powiązanych odruchów, że jeden wywołuje drugi w ten sposób, że czucie ruchowo powstałe w wyniku pierwszego odruchu powoduje ruch następny, czucie ruchowe powstałe w jego wyniku wywołuje ruch dalszy itd. aż wreszcie nie nastąpi ruch ostatni, który zamyka szereg powiązanych ze sobą odruchów. Powodem pierwszego ruchu jest albo

bodziec zewnętrzny, który podziałał na odbiorczy narząd zmysłowy albo podnieta wewnętrzna powstała w samym ustroju: Ruch pierwszy staje się punktem wyjścia szeregu odruchów stanowiących razem przejaw instynktu. Pod tym względem instynkt jest podobny do nawyku, różnica polega na tem, że nawyk poprzedza czynność dowolna, która wytwarza potrzebne połączenia w układzie nerwowym, w instynkcie tego niema, narządy potrzebne wytwarzają się same bez jakiegokolwiek udziału świadomości osobniczej.

Instynkt jest sprawą wrodzoną, obywa się zupełnie bez kierowniczego udziału świadomości, jest bezwiedny w tem znaczeniu, że może wprawdzie powodować zmiany w stanie świadomości, w doznawaniu i uczuciu, lecz odbywa, jak mówimy, drogę mechaniczną, świadomość nie wywiera na czynność instynktową żadnego czynnego wpływu. Cała pełnia pożytecznej dla ustroju czynności instynktowej przebiega bez czynnego udziału jednostki. Odbywa się bez ćwiczeń uprzednich, bez wroru do naśladowania, bez jakiegokolwiek uprzedniego przygotowania.

Instynkt jest całkowicie oddziedziczony. Wymaga dla swego powstania i uzewnętrznienia tylko jednego, tego mianowicie, ażeby rozwój układu nerwowego osiągnął ten stopień, kiedy drogi nerwowe niezbędne dla wykonywania czynności już wytworzyły się w układzie, zostały już utorowane, powstały połączenia pomiędzy odpowiedniemi drogami czuciowemi i ruchowemi, zostały ustalone potrzebne ogniwa skojarzeniowe. Kiedy to nastąpi, czynność powstaje sama pod wpływem bodźców zewnętrznych np. widoku zdobyczy lub wewnętrznych np. zmienionego chemizmu krwi, działania gruczołu o wydzielinie wewnętrznej lub jakiej innej. Instynkt, który osiągnął taki stopień, jest to instynkt doskonały

Nie wszystkie instynkty ustroju są doskonałe. Można, zdaje się, z dużym stopniem prawdopodobieństwa stwierdzić, że większość instynktów, nietylko u człowieka, lecz i zwierząt jest niedoskonała. Istnieć może wrodzona dążność do wykonania pewnej czynności, lecz dążność sama okazuje się niedostateczna, nie obejmuje całej czynności. Wrodzony jest początek, inicjatywa, która w dalszym ciągu zawodzi. Zwierzę rozpoczyna samorzutnie pewną czynność, wykona jej początek, lecz potem staje bezradne, nie wie samo, co ma zrobić dalej z dążnością, której nie umie urzeczywistnić. Stwierdzono, że pisklęta wymagają przykładu, pouczenia przez starsze w wykonaniu czynności, która pozornie ma wszelkie cechy instynktu doskonałego. Ptaki posiadają ogólny instynkt budowania gniazda, lecz jeżeli umieścić je w warunkach sztucznych, budują gniazda niedoskonałe. Ptaki posiadają ogólne dążenie instynktowe do wydawania dźwięków, lecz wychowane od urodzenia w warunkach takich, że nie słyszą dźwięków właściwych swemu gatunkowi, usiłują wprawdzie wydawać dźwięki, lecz wydają dźwięki, obce swemu gatunkowi, a nawet uczą się ydawać dźwięki właściwe gatunkowi innemu, w którego środowisku zostały wychowane.

Zasadniczym czynnikiem w przyswajaniu przez zwierzęta właściwych im czynności, uzupełnieniem braków instynktu niedoskonałego jest naśladownictwo. Widok ruchów, wykonywanych przez zwierzęta dorosłe, słyszenie dźwięków wydawanych przez rodziców, pobudza młode do naśladowania ruchów i dźwięków. Usposobienie wrodzone do wykonywania ruchów i wydawania dźwięków ułatwia naukę. Dzięki wrodzonemu usposobieniu ruchy potrzebne do wykonywania pewnej czynności powstają łatwiej, prędzej wyróżnicowują się z ogólnego tła wrodzonej ruchliwości. W ten sposób wrodzone usposobienie i dążenie do naśladowania wszelkich czynności przyspieszają nabywanie potrzebnych gatunkowi działań i przyzwyczajeń. Tą drogą dochodzą zwierzęta do tego, że młode pokolenie staje się ścisłym odwzorem pokoleń poprzednich. Wystarcza naśladownictwo, które samo wydaje się być również instynktem, dążeniem wrodzonem. Poucza o tem obserwacja zwierząt i ludzi. Młode zwierzęta i dzieci samorzutnie ujawniają naśladownictwo po dojściu do pewnego wieku. Dążenie naśladowcze ujawnia się wyraźnie i w wieku późniejszym, świadomie, żeby nie odróżniać się od innych, lecz także ry mimowolnie przybiera postać i wykonywa ruchy osób, które potrafiły poddać go swemu wpływowi, skupić na sobie jego uwagę.

Każdy ruch naśladowany pozostawia po sobie ślad, ułatwiający powstanie następnych; każdy przyczynia się do utorowania drogi potrzebnej w układzie nerwowym, ustala ją i utrwala.

Jasna jest korzyść, którą osiąga jednostka, człowiek czy zwierzę, z tego ogólnego instynktownego dążenia do naśladownictwa. Jeden ten instynkt może zastąpić szeregi instynktów oddzielnych albo je uzupełnić.

Biologiczne znaczenie naśladownictwa jest wyraźne. Nadaje ono ustrojowi większą plastyczność, ułatwia przystosowanie do środowiska. Instynkty doskonałe w przeciwieństwie do niedoskonałych są stałe, niezmienne. Zwierzę musi czynności wykonywać; jeżeli okoliczności zewnętrzne tego wymagają. W najwcześniejszych okresach życia instynkt doskonały jest konieczny. Z chwilą powstania instynktu naśladownictwa czynności zaczynają układać się według wzorów dostarczonych przez starsze, które hamują dalszy bieg instynktowych objawów. Tylko instynkt doskonały jest bezwiedny w tem znaczeniu, że obywa się całkowicie bez kierowniczego udziału świadomości. Instynkt niedoskonały jest tylko częściowo bezwiedny, poza tem jest świadomy lub podświadomy. Instynkt doskonały powstaje z niedoskonałego w ten sposób, że w miarę posuwającego się rozwoju zmniejsza się coraz bardziej udział świadomości w powstaniu zjawiska instynktowego. Wreszcie udział ten znika całkowicie i czynność sama odbywa się bezwiednie bez jakiegokolwiek udziału świadomości. Dobór naturalny, utrzymywanie się gatunków doskonalszych w walce o byt, przeżywanie jednostek bardziej uzdolnionych w szeregu odmian tego samego gatunku tłomaczy w pewnej mierze powstawanie instynktu, lecz nie tłomaczy go całkowicie. Dopiero zjawisko dążenia podmiotowego, udział świadomości w powstaniu zjawisk daje nam pełne wytłomaczenie zjawiska. Współdziałanie świadomości

popycha rozwój jednostki, przyczynia się do zwiększenia jej uzdolnienia w sprostaniu wymaganiom życia, utrzymania się w walce o byt. Powoli z pokolenia w pokolenie kształtują się i doskonalą narządy nerwowe niezbędne do wykonywania potrzebnej czynności, słabnie coraz bardziej nadzór świadomości nad niemi, czynności stają się coraz bardziej wrodzonemi, coraz bardziej odruchowemi, coraz mniej pewna czynność wymaga kierowniczego lub nadzorczego udziału świadomości. Czynności niezbędne do utrzymania się przy życiu otrzymują z urodzenia potrzebne po temu narządy, i czynności przez nie wykonywane są wrodzone. W miarę posuwającego się rozwoju instynkty początkowo niedoskonałe, doskonalą się przy udziale świadomości. Czynności pożyteczne dla rozwoju jednostki stają się coraz bardziej nieświadomemi, znika coraz bardziej czynnik świadomy w ich powstaniu. Początkowo przebiegają jeszcze podświadomie, wreszcie stają się całkowicie bezwiednemi.

Biologiczna rola świadomości występuje w tych sprawach z całą wyrazistością i siłą.

Nie inaczej dzieje się na poziomie ludzkim. Tutaj również nie w mniejszej niż u zwierząt mierze czynności zmechanizowane powstają z czynności, które początkowo odbywały się przy udziale świadomości, później odbywają się bez tego udziału. Różne są tylko dalsze rozwojowe koleje u człowieka i u zwierząt. U zwierząt rozwój utrzymuje się na pewnym poziomie, u człowieka posuwa się dalej. Człowiek z całego królestwa zwierzęcego przecodzi najdłuższy odkres dzieciństwa, to znaczy, że jego układ nerwowy najdłużej zachowuje większą plastyczność, większą podatność do zmian, właściwą młodości. Dziecko może najdłużej drogą naśladownictwa i powtarzanych ćwiczeń rozwijać swe narządy nerwowe, potrzebne do wykonywania pożytecznych czynności, doskonalić swe niedoskonałe instynkty i nawyki. Po ich ustaleniu świadomość, wolna od nadzoru i od kierownictwa w zakresie czynności do życia niezbędnych, zeskodkowuje się na czynnościach rozwojowo coraz wyższych. Uwolniona od czuwania nad czynnościami niższego porządku, które w miarę postępującego rozwoju stają się coraz bardziej podświadomemi, a nawet wreszcie bezwiednemi, uzyskuje możność skupienia się na czynnościach wymagających szczególnie jej kierowniczego udziału.

Jak widać z powyższego, rozdział pomiędzy czynnościami świadomemi i bezwiednemi nie jest zupełny; czynności dowolne przechodzą łatwo w niewolne, jedne wiążą się z drugiemi.

Ujęcie powyższe drogi powstania czynności niewolnych z dowolnych wskazuje, w jaki sposób osiąga jednostka wolność w kierowaniu własnemi ruchami.

Przedewszystkiem: przez zmechanizowanie, zautomatyzowanie jak największej liczby czynności pożytecznych i zwolnienie w ten sposób świadomości od współdziałania w tych czynnościach, które już jej kierowniczego czy nadzorczego udziału nie wymagają.

Droga jest bardzo powolna i przeobrażenie czynności dowolnych w niewolne stopniowe: wymaga wysiłku i czasu. Pamiętać trzeba, że

na to, ażeby pewna czynność się zautomatyzowała, potrzeba, ażeby w układzie nerwowym nietylko powstały potrzebne połączenia nerwowe, lecz żeby te połączenia drogą powtarzanych wysiłków zostały utorowane w niższych odcinkach układu, w tych dziedzinach, w których zachodzą odruchy i oddziaływania. Czynność musi uprzednio ukształtować narząd odpowiedni, potem dopiero może odbywać się prawidłowo. Jasna rzecz, że jest to droga druga.

Dziecko musi ciągle uczyć się i ćwiczyć w nabywaniu zręczności, w zmienianiu i przeobrażaniu popędów i dążności w tworzeniu nowych złożonych czynności, jak mowa, pismo itd. Wszystko to są czynności świadome. Dziecko uczy się ich bardzo powolnie i wdraża się w nie drogą wielkiego wysiłku i trudu. Drogą ciągłego ćwiczenia, ustawicznych doświadczeń zmusza swój układ nerwowy i mięśniowy do coraz mocniejszego podlegania nadzorczemu działaniu świadomości. Stopniowo przeobraża ono i doskonali swe oddziaływanie na podniety i pobudki i dochodzi do tych wyników nietylko dlatego, że uświadamia sobie to, co ma być wykonane, że wie co i jak ma być zrobione, lecz ponieważ przekonywa się, że sama wiedza o tem nie wystarcza, że trzeba drogą prób i ćwiczeń zdobywać potrzebną wprawę. Same nakazy świadomości nie poruszą ciała, jego mięśni. Dziecko podobnie, jak piskle czy szczenię, musi dokonywać prób, szukać dróg aż znajdzie drogę właściwą, pozna różne możliwości wyjść i nauczy się trafiać na właściwe, które mu jest w pewnej chwili potrzebne. Każdy, zwierzę i człowiek, musi to zrobić za siebie. Przy pomocy uwagi i uczucia, które wspomagają powtarzanie czynności przyjemnych, a utrudniają powstawanie czynności przykrych sprawa posuwa się stale naprzód. Ciągle powtarzane próby, wytrwałe naśladownictwo to droga początkowa powstawania odpowiednich czynności, działań właściwych. Próby pierwsze są zawodne. Dla wykonania prostej czynności palcami używa się początkowo wszystkich nieledwie mięśni ciała. Pierwsze zapięcie kuzika u kurtki wprowadza w grę nietylko mięśnie ręki, lecz także ramion, nóg, tułowia; język jest również w robocie, chociaż chodzi tylko o ruch palców, które bez jego pomocy guzik zapną. Wreszcie dochodzi się do wyniku jeszcze bardzo grubego i niedokładnego. Na podstawie zdobytego doświadczenia dziecko podejmuje próbę ponowną. Odpadają powoli wszystkie zbędne niepotrzebne ruchy towarzyszące, język wraca na miejsce i pozostaje w spokoju, to samo nogi, głowa, tułów, wreszcie po szeregu prób, nietylko pomyślanych lecz i wykonanych, przychodzi działanie ograniczone tylko do ruchu mięśni pewnych tylko palców o pewnym tylko napięciu mięśniowem, które okazuje się wystarczającem dla wykonania potrzebnej czynności.

Wrodzona wzmożona ruchliwość dziecka, rozlany charakter tej ruchliwości wspomagają je, przynoszą mu pożytek. Zwiększają możliwości, że pomiędzy wykonanemi ruchami znajdzie się wreszcie ruch potrzebny, na którym dziecko skupi uwagę, utrwali jego odwzór w swej pamięci, zespoli silniej z pewnem doznawaniem zmysłowem z pewnym obrazem i przy następnej potrzebie ruch taki już wtedy łatwiej wystąpi

i wyodrębni się z ogólnej ruchliwości przed innemi jako ruch właściwy. W ten sposób dziecko drogą doświadczenia zdobywa nowe ruchy złożone. Na poziomie ludzkim, u dzieci sprawa ta w dużej mierze przebiega samorzutnie bez udziału innych. Dziecko ćwiczy się samo wytrwale w wykonywaniu czynności prowadzących do celu, który chce osiągnąć. Przychodzi to mu łatwiej niż szczeniętom lub pisklętom. Rozumie, zdaje sobie sprawę z celu, do jakiego dokonanie czynności prowadzi i który rzeczywiście pragnie osiągnąć, lepiej może nadzorować działalność własną, poprawiać próby nieudane. U zwierząt zdobycze w ten sposób osiągane nie idą ani tak łatwo ani tak daleko. Ich ograniczona możność rozumienia staje temu na przeszkodzie. Jeżeli, jak widzimy u zwierząt tresowanych, uczonych, umysł ludzki stanie na miejsce umysłowości zwierzęcej, rozszerza się znacznie skala tych możliwości i można wyuczyć zwierzęta czynności, do których, pozostawione sobie samym, nigdy dojść by nie mogły.

Wyniki doświadczeń tego rodzaju są nieraz zadziwiające. Zwierzęta robią wrażenie, że wykonują czynności kierowane świadomością, jak liczenie, wyszukiwanie kart itp. Czynności są w rzeczy samej kierowane świadomością, lecz świadomością nauczyciela, nie ucznia.

Rozważania powyższe utorowały drogę do zrozumienia powstawania czynności dowolnych, w których wchodzą w grę czynniki poznawcze wyższego porządku rozwojowego, wyobrażanie i myślenie. Wyobrażanie istnieje jeszcze na poziomie zwierzęcym i współdziałała w powstawaniu czynność i określanych jako pożądania i popędy, które bardziej szczegółowego omówienia nie wymagają. Zrozumienie ich w dostatecznej mierze wynika wprost z rozważań powyższych.

Myślenie istniejące jako stały objaw życia duchowego tylko na poziomie ludzkim warunkuje powstanie postaci czynności dowolnej, stanowiącej szczytowy wyraz rozwojowy usiłowania, określanej nazwą postępowania.

W postępowaniu współdziała z myśleniem samowiedza, świadomość jaźni, w szczególności świadomość jaźni moralnej. Samowiedza, jako źródło postępowania podporządkowuje sobie pod tym względem myślenie. Wywiera wpływ przemożny nietylko na postępowaniu, lecz także i na samomyślenie. Myślenie jako ujęcie celów odległych i ogólnych, pojęć szczęśliwości i własnego doskonalenia wchodzi w grę w wyborczej działalności świadomości. Świadomość wybiera między motywami, pewnym daje pierwszeństwo przed innemi, wspomnienia popełnionych błędów, stają się źródłem czynności umysłowej, rozwaga i przewidywanie wysuwają się na plan pierwszy.

Samowiedza moralna uznanie motywu wysuniętego przez myślenie za zgodny z nią, za dobry rozstrzyga o postępku. Uczucie nie przestaje być źródłem czynów również i na tym poziomie rozwojowym. Rozwój w dziedzinie uczuciowej polega na przemieszczeniu źródeł uczucia od zmysłowych ku umysłowym, ku pojęciom ogólnym, oderwanym. W biegu rozwagi natychmiastowa przyjemność niższego porządku, narzucająca się

nam jako cel usiłowania w pewnej chwili może zostać odrzucona dla przyjemności rozwojowo wyższej chociaż dalszej, bardziej odległej w czasie, a przynajmniej może być odrzucona, chociażby dlatego, że poddanie się przyjemności chwilowej byłoby równoznaczne z obniżeniem swej własnej skali rozwojowej, a jej odrzucenie posunięciem się w swej własnej samowiedzy na wyższy rozwojowy szczebel. Dlatego odrzucamy natłaczającą się przyjemność, ponieważ jej odrzucenie jest przyjemniejsze, a przynajmniej mniej przykre, niż byłoby jej zadosyćuczynione.

Samowiedza jako współczynnik postępowania posiada znaczenie większe niż myślenie, narzuca myśleniu swe ograniczenia i nakazy. Ja tak nie myślę, bo ja tak nie postępuję. W miarę posuwającego się rozwoju rośnie coraz bardziej wpływ samowiedzy, postępowanie coraz bardziej opanowuje niższe postaci usiłowania.

Drogą opanowywania wskazuje fizjologja układu nerwowego. Ażeby mogły powstać czynności pewne muszą powstać w układzie nerwowym narządy potrzebne do ich wykonywania. Muszą nietylko powstać w układzie nowe drogi przewodnictwa nerwowego, nowe zespoły komórkowych połączeń, lecz muszą być drogi te utorowane, a ich sprawność fizjologiczna musi być większa, niż sprawność dróg służących czynnościom niższego porządku rozwojowego. Wtedy tylko nowoutworzone narządy nerwowe opanują narządy wcześniej powstałe jeżeli będą miały nad niemi wyraźną czynnościową przewagę. Droga osiągnięcia przewagi jest wskazana przez ogólne prawo biologiczne, że czynność tworzy narząd Przez pilne baczenie ażeby nakazy jaźni moralnej nie wietrzały w samych tylko pomyśleniach i zamiarach z jej zakresów, lecz zawsze znajdowały ujście w czynach, torujemy w układzie nerwowym drogę ich urzeczywistnienia, budujemy narządy wykonawcze jaźni moralnej. Wiara bez uczynków jest martwa nie tylko w katechizmie. Jest martwa i w psychologji. Bez wytworzenia narządów odpowiednich bez siły wykonawczej, wszelki nakaz jaźni moralnej będzie martwy, ulotni się jak kamfora. Wytrwałe ćwiczenie, wykonywane czynności coraz dokładniejsze, dzięki postępującemu doskonaleniu odpowiednich narządów nerwowych zapewnia wreszcie jaźni moralnej wpływ całkowity na postępowanie, a postępowaniu całkowite opanowanie instynktów, i nawyków. Zamiast działań podyktowanych przez vis a tergo instynktowych popędów i ślepej namiętności, pojawiają się coraz częściej czyny dyktowane rozwagą i zastanowieniem, kierowanem przez pewną vis a fronte celu, który zanim zostanie urzeczywistniony, musi być uznany za dobry za zgodny z jaźnią moralną człowieka. Wolna wola w znaczeniu bezprzyczynowej dowolności nie istnieje, a przynajmniej nie znajduje potwierdzenia w doświadczeniu. Nie znajduje go również i determinizm w znaczeniu zależności całkowitej czynów od warunków zewnętrznych, zupełnej bezsilności czynników wewnętrznych pod tym względem. Pewna postać względnego indeterminizmu wydaje się najbardziej odpowiadać doświadczeniu. W miarę posuwającego się rozwoju rośnie coraz bardziej znaczenie czynników wewnętrznych ich wpływ na bieg i charakter życia jednostkowe-

go. Dojrzewa coraz bardziej doskonali się sprawność myślenia, rośnie coraz bardziej wpływ jaźni moralnej na czyny człowieka. Determinizm cechuje początkowo okresy życia; ustępuje w okresach dalszych coraz bardziej w miarę posuwania się ku rozwojowym szczytom. Rozwój idzie niewątpliwie w kierunku indeterminizmu, coraz bardziej bezwzględnego, systematycznego i stopniwo rosnącego podporządkowania czynników zewnętrznych wymaganiom wewnętrznym. Od stanów ślepego poddania się tym czynnikom aż do stanów, kiedy np. prowadzony na szubienicę skazaniec polityczny może opanować wszystkie swoje wzruszenia i tak głęboko tkwiący w każdej żywej istocie instynkt życia, że może pocałować kata, który ma go za chwilę powiesić, u różnych ludzi, a nawet u tych samych w różnyc momentach życia, możemy obserwować szczeble oddzielne drabiny rozwojowej, której szczyt zajmuje niewątpliwie ów skazaniec. Oczywiście i na tym rozwojowym poziomie zjawiska psychiczne są całkowicie uzależnione od czynności układu nerwowego ustroju, w którym zjawiska zachodzą. Duch bezpośredniego wpływu na warunki fizjologiczne układu wywierać nie może. Największy wysiłek woli nie poruszy ramienia, którego splot nerwowy jest przecięty. Dla wykonywania czynności psychicznych są koniecznie narządy wykonywania czynności; czynność jest wynikiem działalności narządów, lecz duch pozbawiony wpływu bezpośredniego może w sposób pośredni wywzreć wpływ na wytwarzanie narządów potrzebnych i tem przyczynić się do własnego uwarunkowania do zdeterminowanie siebie samego. Przez umiejętny dobór środowiska a z tem przez dobór czynników zewnętrznych działających na układ nerwowy, przez pilne baczenie ażeby podniety przebiegały całą przeznaczoną dla nich drogę i dopiero w czynności wyraźnie świadomej znajdowały ujście, toruje i utrwala nowe drogi w układzie nerwowym, stwarza nowe narządy nerwowe, które bez jego wysiłku własnego nie mogły by powstać. Osięga przez ćwiczenia świadome dokonywanie czynnościowa przewagę okolic rozwojów późniejszych nad wcześniej powstałemi. Przyspiesza tym samym bieg własnego rozwoju i dźwiga w ten sposób siebie samego na wyższe rozwojowe szczeble. Nad czynnością samorzutną uwarunkowaną wewnętrznie, wynikłą z samorzutnej działalności komórek nerwowych układu, nadbudowuje czynność dowolną, której szczytowym wyrazem jest postępowanie, kierowane myśleniem i nakazami jaźni moralnej. Rozszerza i wzbogaca zakres wykonywany przez układ nerwowy czynności, wprowadza w grę coraz to nowe elementy składowe układu, których zasób jest nieprzebrany.

Budowa układu nerwowego jest tego rodzaju, że pełnię rozwoju zdobywa jednostka tylko drogą wysiłków własnych, drogą możliwie najdalszego rozszerzenia zakresu czynności świadomej i drogą zapewnienia jej przewagi nad czynnościami podświadomemi i bezwiedniemi. Nie wystarcza samo istnienie pewnych narządów w układzie nerwowym: istnienie stwarza warunek rozwoju, nie stanowi samego rozwoju. Ewolucji budowy powinna towarzyszyć ewolucja czynności.

Z urodzenia porządek ten jest odwrotny. Różne czynniki składają się na to. Niższe ogniwa dróg nerwowych leżą bliżej źródeł, skąd droga nerwowa czerpie podniety, pobudzające je do życia, do wzmożonej działalności czynnej, podnoszącej jej sprawność fizjologiczną, bliżej obwodowych narządów zmysłowych odbierających bodźce przychodzące ze świata zewnętrznego. Dalej leżą one bliżej skąd przychodzą podniety powstałe z roślinnego życia ustroju, dostarczającego stałego pobudzenia układowi ośrodkowemu — bliżej układu spółczólnego. Wreszcie sprawy krwiobiegu w okolicach mózgowych wyższych rozwojowo późniejszych są tego rodzaju, że okolice te pod względem łatwości dopływu krwi a z tem i środk. odżywcz. dla komórek nerwowych są bardziej upośledzone, niż okolice niższe, rozwojowo wcześniejsze. Ciśnienie krwi w naczyniach krwionośnych jest w nich niższe, światło naczyń doprowadz. krew jest węższe, ciałka krwi z pewną trudnością muszą przeciskać się przez nie kiedy gdzieindziej przepływają z łatwością. Biologiczna celowość takiego urządzenia jest zrozumiała. Okolice te spełniają czynności najsubtelniejsze, najbardziej dokładne nie mogą ulegać zalewowi krwi, który by mącił ich sprawność czynnościową. Krew musi dopłynąć tylko w takiej ilości w jakiej jest potrzebna w każdej chwili. Jej dopływ musi zależeć od wykonanej przez komórkę czynności, od zużycia środków odżywczych. Czynność samej komórki reguluje dopływ środków, zwiększa przy pracy, zmniejsza w bezczynności, poprostu przyciąga krew mocniej czy słobej zależnie od potrzeby i w miarę dokonywanej pracy.

Czynności późniejsze odwracają ten przyrodzony porządek. Zmuszanie podniet zewnętrznych do przebywania całej drogi przewodnictwa nerwowego, do docierania do kory mózgowej, jako siedliska czynności świadomej, przeobraż. się ich dopiero w korze w podniety ruchowe, czego wyrazem jest czynność dowolna, kierowana wyraźną świadomością, przy żywym wyborze dróg jej działania, przy doprywie podniet z różnych dróg przewodnictwa nerwowego, przerabianych wyężonej pracy myślowej na rozumowe wskazania, przy pilnym a czynnym przestrzeganiu nakazów jaźni moralnej i wytrwałem ich wykonywaniu, podnosi się stopniowo fizjologiczna sprawność ogniw wyższego porządku rozwojowego w układzie nerwowym, zostaje zapewniona przewaga czynnościowa okolic mózgowych rozwojowo późniejszych nad wcześniej powstałemi.

Przyroda właściwie obdarzyła człowieka po macoszemu. Kazała mu żyć w warunkach najtrudniejszych, a nie dała mu z urodzenia całej pełni środków potrzebnych do sprostania warunkom, walki o byt. Dała mu tylko jedno nieprzeparte pragnienie rozwoju, które, z niesłabnącą siłą wielkiego prawa przyrody każe mu iść ciągle naprzód, piąć się coraz wyżej po kamienistych i pełnych przeciwności ścieżkach życia ku rozwojowym szczytom.

Człowiek nie posiada ani pazurów lwa, ani węcha psa, ani nóg jelenia, lecz uzupełnia swe braki w sposób doskonalszy od tego, jak czyni to przyroda w królestwie zwierzęcem. Łopatą wydłuża i rozszerza dłoń,

grabiami uzupełnia palce, zamiast nóg do przenoszenia się z miejsca na miejsce ma do swego rozporządzenia szereg środków spełniających te czynności lepiej niż narządy przyrodzone. Brak płetw zastępuje statkami, brak skrzydeł samolotami. Analiza chemiczna daje mu lepszą ocenę środków spożywczych niż węch i smak, a miarami i wagami mierzy człowiek ściślej niż czuciem mięśniowem i uciskowem. To, czego nie dała mu przyroda, uzupełnia kultura, stanowiąca wytwór jego działalności duchowej. Zdobycze pracy pokoleń poprzednich przyswajają sobie jako spadek społeczny w wychowaniu, wysiłkiem własnym popycha dalej rozwój środków kulturalnych zapewniających jemu i gatunkowi możność utrzymania się przy życiu, uchronieniu siebie i gatunku od zagłady. Dokonywa czegoś więcej. Jego działalność duchowa nie ogranicza się do samego tylko doskonalenia narzędzi walki o byt. Pod wpływem rodzących się w człowieku potrzeb wyższego porządku ulegają stopniowemu przekształceniu warunki bytowania, przeobrażają się poglądy na sam byt, jego jakość i wartość.

Sam fakt utrzymania się przy życiu fizycznem nie wystarcza. Pojawiają się pożądania lepszego, wyższego bytu. Wzrastają coraz bardziej i nabierają coraz większej mocy w miarę postępującego rozwoju. Pojawiają się pożądania nowych, lepszych form istnienia, zaczynają być dokonywane w tej dziedzinie wynalazki, nie mniej pożyteczne co wynalazki w dziedzinie narzędzi walczenia. Powstają nowe wytwory myślowe o wyższych postaciach bytu, które, wcielane w życie, posuwają naprzód rozwój jednostki i gatunku. Świat, który stworzył jednostkę zaczyna być przez nią przeobrażany. Duch ludzki jest czynnikiem, który przeobrażenia dokonywa. Doborem podmiotowym dostosowaniem środowiska do swoich wymagań uzupełnia warunki doboru przyrodzonego — przystosowanie jednostki do warunków środowiska. Stworzonemi przez siebie nabytkami kultury podnosi człowieka i otaczający świat na coraz wyższe szczeble bytu.

Zaczynają ulegać zmianom przyrodzone warunki fizyczne, ulegają przeobrażeniu warunki współżycia, które ze stadnego skupienia przekształcają się w zorganizowany ustrój społeczny, przewartościowaniu ulega sam byt, jako wartość. Podstawowe prawo biologiczne walki o byt nie ulega zaprzeczeniu, lecz samo prawo ulega rozwojowi w obu swych członkach, — walki, jako narzędzie walczenia i bytu, jako wartości bytowania. Ostateczna formuła prawa nabiera takiego brzmienia, że prowadzi się coraz bardziej zacięta walka, coraz to doskonalszemi środkami o coraz to lepszy, wyższy byt.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka Dyr. Dr. med. Dr phil. Al. Piotrowski

TRZY PRZYPADKI NAPADOWEJ ZWROTNEJ NIERUCHOMOŚCI ŹRENIC SPOWODOWANEJ CIĘŻKIM URAZEM GŁOWY*)

podał
ALEKSANDER PIOTROWSKI

Od chwili odkrycia objawu zwrotnej nieruchomości źrenic przez Robertsona w r. 1869 nie ustała dyskusja nad kwestją klinicznej wartości tego fenomenu. Symptom wzmiankowany najczęściej zachodzi w wiądzie rdzenia i w porażeniu postępującem. Moebius utrzymywał, że zwrotna nieruchomość źrenic zasadniczo dowodzi istnienia jednej lub drugiej choroby.

Według opinji większości autorów objaw ten może pojawić się bez wiądu rdzenia i porażenia postępującego tylko u osób syfilitycznych bez względu na to, czy istnieją innego rodzaju wskaźniki chorobowe ze strony systemu nerwowego lub nie.

Nonne i Wohlwill stwierdzili klinicznie i anatomicznie izolowaną zwrotną nieruchomość źrenic w przypadku, gdzie nie było żadnych objawów porażenia postępującego, wiądu rdzenia lub kiły mózgordzeniowej, gdzie „cztery reakcje" były negatywne, gdzie badania mikroskopowe mózgu i rdzenia dały wyniki ujemne co do kiły, gdzie atoli kiła była pozytywnym szczegółem wywiadów.

Obaj autorzy kończą wywody swoje uwagą, że nie jesteśmy uprawnieni upatrywać z Moebiusem w zwrotnej nieruchomości źrenic przejawu tylko wiądu rdzenia, porażenia postępującego albo kiły mózgordzeniowej. Przypadek powyższy nie może być inaczej tłomaczony jak tem, że izolowana zwrotna nieruchomość źrenic przedstawia residuum dawniejszej sprawy anatomicznej sifilitycznej i że wypada przyjąć wygaśnięcie procesu, jeżeli reakcje płynu mózgordzeniowego są negatywne.

Dopóki odczyn Wassermanna nie był znany, dopóty trzeba było w przypadkach, w których objektywne badanie nie wykazało żadnych momentów przemawiających za kiłą, ograniczyć się do rezultatu osiągniętego z wywiadów; pozostała przeto pewna odsetka przypadków ze zwrotną nieruchomością źrenic, w których nie było można odnaleść znamion kiły. Mianowicie w alkoholizmie chronicznym obserwowano kilkakrotnie ten objaw i liczono się z tem, że i alkoholizm przewlekły może wywołać zwrotną nieruchomość źrenic.

Obecnie rozpoznajemy kiłę w przypadkach bez zewnętrznych objawów syfilitycznych za pomocą odczynu Wassermanna. (Oppenheim nie był przekonany o wartości dowodowej reakcji Wassermanna).

Jak niezmiernie rzadko obserwowano zwrotną nieruchomość źrenic w zachorzeniach niekiłowych, wykazują nietylko dawniejsze statystyki Moeliego, Siemerlinga, Uthoffa, Thomsena i innych, ale także doświad-

*) Referat wygłoszony na klinicznem posiedzeniu lekarzy w Dziekance w d. 16. XII 24

czenia Bumkego, który badał kilka tysięcy źrenic i stwierdził zwrotną nieruchomość tylko w wiądze rdzenia, w porażeniu postępującem, w kile mózgu i w kile konstytucjonalnej.

Kwestję, czy zwrotna nieruchomość źrenic zachodzi także w zachorzeniach systemu nerwowego pochodzących z innej przyczyny jak kiła, Nonne rozstrzygnął twierdząco.

W r. 1912 i w r. 1915 Nonne opisał przypadki zwrotnej nieruchomości źrenic w ciężkim alkoholiźmie chronicznym z negatywnymi wynikami badań na kiłę. Doświadczenia Nonnego potwierdził R. Mees własnemi spostrzeżeniami. Pflüger i Mees na podstawie badań serologicznych przyśli do wniosku, że zwrotna nieruchomość źrenic bywa powodowana również alkoholizmem chronicznym. Że także alkohol metylowy wywołuje w przypadkach zatrucia zwrotną nieruchomość źrenic, wykazał A. Fuchs. Maas i Hoche, jakkolwiek przyznają, że w alkoholiźmie chronicznym w ostrym okresie intoksyracji obserwowano kilkakrotnie zwrotną nieruchomość źrenic trwającą krótki czas, to według ich mniemania, sprawa trwałej zwrotnej nieruchomości źrenic w alkoholiźmie chronicznym mogłaby być tylko wtedy rozstrzygnięta pozytywnie, gdyby nasze metody badania pozwalały z pewnością wykluczyć kiłę.

Wobec rzadkiego występowania zwrotnej nieruchomości źrenic jako następstwa alkoholizmu, nie należy zatem alkoholizmu uważać za przyczynę objawu, jeżeli chory miał kiłę.

Przy omawianiu statystycznych danych zebranych w piśmiennictwie w sprawie zwrotnej nieruchomości źrenic Bumke w drugiem wydaniu swojego dzieła o zaburzeniach źrenicowych uznaje pod względem praktycznym przejściową zwrotną nieruchomość źrenic u pijaków, obserwowaną przez Nonnego, wskazuje jednakże na okoliczność, że i Nonne po wprowadzeniu odczynu Wassermanna do badań rozpoznawczych nie spostrzegł więcej żadnego przypadku alkoholowej zwrotnej nieruchomości źrenic: Bumke dodaje, że temsamem w piśmiennictwie nie jest znany żaden przypadek zwrotnej nieruchomości źrenic, w którym kiła byłaby wykluczona.

Temu twierdzeniu przeczą obserwacje autorów, którzy zwrotną nieruchomość źrenic stwierdzili w chorobach różnego pochodzenia, mianowicie w cukrzycy (I. Dünner, A. Westphal, Biermann), w stwardnieniu rozsianem (von Rad, własne spostrzeżenia), w syringomyelji (Sicard i Gałęzowski), po dyfterji (Fr. Keller), po epidemicznem zapaleniu opon mózgu (Alfred Rechler); zwrotna nieruchomość źrenic może pojawić się wyjątkowo przy nadmiernym wysiłku mięśniowym, np. przy silnym uścisku dłoni (E. Redlich); zwrotna nieruchomość źrenic i objaw Westphala mogą stanowić nieprawidłowość zarodkową (Strohmeyer). Mniej sporną jest sprawa zupełnej nieruchomości źrenic, którą znajdujemy nietylko w kiłowych zachorzeniach systemu nerwowego, ale którą stwierdzono także w alkoholiźmie chronicznym, w psychozie Korsakowa, w arteriosklerozie mózgu, w otępieniu starczem, we wzmożonem ciśnieniu wśródczaszkowem (hydrocephalus, meningitis, tumor cerebri), w zacho-

rzeniach jąder w kile odziedziczonej, wreszcie jako jedyny objaw zalegający przebytego uszkodzenia mózgu natury syfilitycznej, toksycznej i traumatycznej; (również znane są dość liczne przypadki histerji, w których obserwowano zupełną nieruchomość źrenic—Röder, Donath, Aurand, Moebius, Frenkel, Nonne, Beselin, Weil, Block, A. Westphal).

Hoche, Binswanger i in. utrzymują, że w histerji nie zachodzi zwrotna nieruchomość albo ciężkie oddziaływanie źrenic na naświetlanie po myśli Robertsona. Tymczasem Alfred Kempner opisał przypadek histerycznych napadów drgawkowych z rozszerzeniem nierównych źrenic i zwrotną ich nieruchomością w napadzie.

Niekiedy obserwowano objaw podobny do symptomu Robertsona jako pozostałość zachorzenia nerwu okoruchowego porażonego wskutek urazu (Krüger, Seggel). Axenfeld utrzymuje, że zwrotna nieruchomość źrenic może także przedstawiać objaw pierwotny jako trwały znak zmian w mózgu powodowanych urazem. Właśnie dlatego, że chorzy wtedy równocześnie objawiają często zaburzenia psychiczne, przypadki owe mogą niekiedy, stosownie do okoliczności, powodować trudności rozpoznawcze. Atoli zjawiska takie są rzadkie. Wypada przypomnieć, że publikacje w tym przedmiocie pochodzą przeważnie z czasów, w których reakcja Wassermanna jeszcze nie istniała.

Do niedawna była nierozstrzygnięta kwestja, czy zwrotna nieruchomość źrenic (po myśli A. Robertsona) może być powodowana urazem. To też dla neurologa ważniejsze od przypadków poprzednio wyszczególnionych są obserwacje zaburzeń w postaci zwrotnej nieruchomości źrenic, które zachodziły w związku z urazem czaszki.

Jedną grupę można odłączyć od tych przypadków, których patogeneza łatwo da się wytłomaczyć; są to przypadki, w których histerja urazowa obok innych objawów chorobowych wykazywała także symptomy źreniczne. Tu dotąd należą np. przypadki Hitziga i Gumpertza. Nieprawdopodobny i przez autora samego negowany jest natomiast związek między urazem i zmianami źrenic w przypadku Oppenheima. Poszkodowany wskutek ciężkiego urazu czaszki (upadek na tył głowy podczas wykolejenia pociągu) miał obustronną zwrotną nieruchomość źrenic przy szeregu innych objawów nerwowych. Oppenheim upatrywał w tem zjawisku dowód, że u pacjenta rozwinęła się choroba organiczna systemu nerwowego. Z tem zapatrywaniem godzi się Uthoff, wskazując na swoich chorych z obrażeniem głowy i rdzenia, u których obserwował zwrotną nieruchomość źrenic.

W nowszych czasach pojawił się szereg publikacji o zwrotnej nieruchomości źrenic jedno — albo obustronnej, przemijającej lub trwałej, powstałej w następstwie urazu czaszki, że wymienię tylko ogłoszenia von Rada, R. Botziana, W. Meyera, R. Finkelnburga, Kl. Bergl'a.

(Br. Fleischer, E. Nienhold pisali o zupełnej nieruchomości źrenic pourazowej).

Wobec rozbieżności zdań co do pochodzenia objawu zwrotnej nieruchomości źrenic warto każdy przypadek niejasny i sporny zarejestro-

wać i rozważyć kryterja odgraniczające przypadek niekiłowy od kiłowego. Poniżej przytoczone przykłady przedstawiają objaw źreniczny jako symptom powstały na podstawie traumatycznej.

Do opublikowania niniejszej notatki powodowała mnie ta okoliczność, że w pewnym przypadku orzeczono o pacjencie cierpiącym na nerwicę urazową, który wykazywał nieprawidłowości źreniczne w postaci przemijającego zmniejszonego oddziaływania na światło, autor wywodzi, że objaw ten nie jest wytłomaczony urazem głowy, ponieważ niema śladu złamania czaszki, że raczej możliwem jest, że nieprawidłowości w oddziaływaniu źrenic przedstawiają objaw zachorzenia organicznego centralnego systemu nerwowego, które rozwinęło się niezależnie od urazu głowy, że przeciw tej opinji nie przemawia ujemny wynik badania na odczyn Wassermanna. Pacjent kilkakrotnie był badany przez lekarzy, atoli ani razu nie zauważono zaburzeń źrenicznych.

Klinicznie chory przedstawiał obraz następujący:

I. L. S. 51 l., kategorycznie zapełwniał, że nie miał kiły. W maju r. 1915 S. uległ był ciężkiemu urazowi głowy; podczas zderzenia dwóch wagonów kolejki elektrycznej pacjent upadł na pręt żelazny, o który całą siłą uderzył prawą stroną głowy. Po wypadku nastąpił silny ból głowy i pojawiły się wymioty. Stopniowo rozwinęły się dolegliwości i objawy nerwicy urazowej. Częste badania, którym się chory z powodu cierpienia musiał poddawać, nie wykazywały żadnego objawu organicznej choroby nerwowej, nie było żadnych znaków wskazujących na kiłowe zachorzenie nerwowe, mianowicie źrenice były rozszerzone w średnim stopniu, równe, okrągłe i zwężały się prawidłowo na naświetlenie i na nastawienie. Trzy lata później podczas napadu nadzwyczaj silnego lewostronnego bólu głowy, pojawiły się u chorego nieprawidłowości w oddziaływaniu źrenic, mianowicie lewa źrenica była większa od prawej i reagowała na naświetlenie leniwie, ledwo dostrzegalnie. Nieprawidłowość ta ustąpiła po dwóch dniach, gdy przeszedł ból głowy. Po napadzie stan źrenicy był prawidłowy; źrenica reagowała normalnie na naświetlenie i na nastawienie. W ciągu dalszej siedem miesięcznej obserwacji pacjenta ból głowy pojawił się jeszcze dwa razy. Za każdym razem towarzyszyły napadowi temu zaburzenia źreniczne w postaci nierówności źrenic i leniwego oddziaływania lewej źrenicy na naświetlenie. Badanie nie wykazało żadnych objawów kiłowych. Odczyn Wassermanna w surowicy krwi i w płynie mózgordzeniowym był negatywny.

Ze względu na okoliczności towarzyszące powstaniu cierpienia, wobec ujemnych wyników badania na kiłę jako też wobec doświadczeń własnych i innych, nie mogło być wątpliwości co do charakteru objawu źrenicznego, który w tym przypadku nie był wyrazem sprawy kiłowej centralnego systemu nerwowego, lecz zjawiskiem powstałem na podstawie traumatycznej. Związek pomiędzy zwrotną nieruchomością źrenic — bo o ten objaw choroby tu chodzi — a ciężkim urazem głowy uwydatnia się zbyt wyraźnie. Wniesek odpowiedni nasuwał się tem natarczywiej, że miał precedensy w dwóch następnych przykładach.

II. I. B. 48 lat, nie miał kiły; w dniu 17. kwietnia 1916 przy zderzeniu dwóch wagonów kolejki elektrycznej B. wypadł z tylnej płatformy na bruk i uderzył głową o kamień tak silnie, że zaraz stracił przytomność; później wymiotował. Od tego czasu

pacjent dostawał napady bardzo silnego prawostronnego bólu głowy. Poszczególny napad trwał kilka dni. W tym czasie chory był nadmiernie pobudliwy, rozdrażniony, gwałtowny. Na wyżynie napadu prawa źrenica była maksymalnie rozszerzona i nie zwężała się na naświetlenie, natomiast słabo na nastawienie. Z powodu dolegliwości chorego i jego drażliwość, badanie było niezmiernie utrudnione. W szczegółach napad przedstawiał się w ten sposób:

Najprzód uderzał moment, że prawa źrenica była szersza niż lewa, reagowała opieszale i niezupełnie na naświetlenie. W późniejszym okresie napdu nastąpiło maksymalne rozszerzenie i nieruchomość źrenicy na naświetlenie. Również potęgował się ból głowy, trwający 2 lub 3 dni. Twarz chorego była zaczerwieniona. Stopniowo ból głowy zmniejszał się i wreszcie zupełnie ustąpił, podczas gdy źrenica jeszcze czas niejaki pozostawała rozszerzona i nieruchoma na naświetlenie. Nastąpił potem okres trwający jeden do dwóch dni, w którym źrenica reagowała na naświetlenie opieszale; po tym okresie wróciła funkcja prawidłowa. W czasie napadu powyżej opisanego ciśnienie krwi było wzmożone. W czasie wolnem od napadów ciśnienie krwi wynosiło 115 do 130 nawet 110 mm. Podczas napadów ciśnienie krwi dochodziło do 140, 150, 160 a nawet 180 mm. Mierzenie ciśnienia krwi w ciągu całorocznej obserwacji pacjenta było przeprowadzane przez 5 miesięcy. Badania na kiłę dały wyniki ujemne, mianowicie odczyn Wassermanna w surowicy krwi i w płynie mózgordzeniowym był ujemny.

Napad powyżej opisany przedstawia zespół czterech objawów charakterystycznych: skargi na silny ból głowy po prawej stronie, nieruchomość prawej źrenicy na naświetlenie (tylko w napadzie), wzmożenie ciśnienia krwi (do 180 mm.), zaburzenia psychiczne w dziedzinie afektywnej.

III. P. Sch. 46 lat, miał trzy razy gonorrhoe, nie miał kiły. Przed 16 laty Sch. uległ był ciężkiemu urazowi, gdy upadł głową na żelazną szynę i prawą stroną twarzy uderzył tak silnie o żelazo, że stracił przytomność. Od tego czasu pacjent jest nerwowym. Podczas obserwacji badany wykazywał wyraźne objawy nerwicy urazowej z antagonistycznym odruchem mięśnia piszczelowego przedniego (obajw Piotrowskiego), pr>l, który często występuje w przypadkach ciężkiego urazu głowy z wstrząsem mózgu.

Od czasu do czasu Sch miewał napady silnego bólu głowy po lewej stronie. W czasie napadu lewa źrenica była maksymalnie rozszerzona i nieruchoma przy naświetlaniu. Twarz była czerwona, tętno napięte. Skóra na głowie po lewej stronie była na dotyk nadwrażliwa. Chory miał w tem miejscu uczucie rany, przy tem wrażenie, jakoby krew uderzała o ściany czaszki. Ojawy te trwały dwa do trzech dni, poczem nastąpił stan normalny.

Badania na kiłę dały wyniki ujemne; odczyn Wassermanna w surowicy krwi i w płynie mózgordzeniowym był negatywny.

Przytoczone poprzednio przykłady mają następujące cechy wspólne: zwrotna nieruchomość źrenic (w napadzie bólu głowy), w wywiadach ciężki uraz głowy, negatywne wywiady co do zakażenia kiłowego, negatywne wyniki badań na kiłę.

Tłomaczenie zaburzeń źrenicznych jako objawu zachorzenia kiłowego centralnego systemu nerwowego oznaczałoby w tym przypadku, wobec ujemnych wyników badań na kiłę, skrajny dogmatyzm diagnostyczny, nieuzasadniony obecnym stanem nauki.

Przeciwko organicznemu zachorzeniu centralnego systemu nerwowego natury syfilitycznej przemawia też ten szczegół, że zwrotna nie-

ruchomość źrenic występuje tutaj tylko rzadko, podczas napadu bólu głowy i trwa krótki czas kilka dni, znika z chwilą ustąpienia bólu głowy. W okresach wolnych od napadów bólu głowy — a okresy te trwają po kilka miesięcy — źrenice działają prawidłowo na naświetlenie i nastawienie i nie zdradzają żadnych zboczeń od stanu normalnego.

Wprawdzie w zaburzeniach kiłowych zachodzą niekiedy lekkie wahania w chorobowym stanie źrenic, ale te wahania są nieznaczne i nie są tego rodzaju, ażeby źrenice długie miesiące znajdowały się w stanie normalnym. Przeciwnie prawie zawsze można stwierdzić stan mniej lub więcej chorobowy źrenic.

Jeżeli w pierwszym z przytoczonych przykładów orzeczenie zawiera wzmiankę, że zwrotna nieruchomość źrenicy (słabsze oddziaływanie na światło) nie jest wytłomaczone urazem głowy ze względu na to, że niema śladu złamania czaszki, to wypada wskazać na przypadek Klemensa Bergl'a. Pewien żołnierz wskutek ciśnienia gazów z granatu eksplodującego w jego sąsiedztwie został odrzucony na 15 kroków i uległ silnemu wstrząsowi mózgu bez złamania czaszki. Poszkodowany miał przez 3 tygodnie zwrotną nieruchomość źrenic. Autor wyklucza kiłę i przyjmuje krwawienie albo kontuzję albo funkcjonalne uszkodzenie w sąsiedztwie centralnego odcinka łuku odruchowego wzrokowego.

Przy uwzględnieniu danych, mianowicie urazu głowy z wstrząsem mózgu i negatywnej kiły, należało przyjąć, że pojawiająca się zwrotna nieruchomość źrenic stoi w związku z urazem głowy i nie jest powodowana zachorzeniem kiłowem centralnego systemu nerwowego.

W każdym razie rozrzucone w piśmiennictwie publikacje o zwrotnej nieruchomości źrenic powodowanej urazem, świadczą, że istnienie objawu w przypadkach różniczkowego rozpoznania kiły centralnego systemu nerwowego, które mimo nowoczesnych środków diagnostycznych niekiedy powoduje jeszcze trudności, nie może być zużytkowane bezwzględnie jako objaw wyłącznie zachorzeń kiłowych, lecz przy braku wszelkich danych kiłowych, a przy istnieniu innych momentów chorobotwórczych zwrotna nieruchomość źrenic ma znaczenie objawu wywołanego temi innemi przyczynami, a więc w danym razie także ciężkim urazem głowy.

Tem więcej należało kierować się rozumowaniem poprzedniem przy ocenie omawianych przypadków, ponieważ poszkodowani, którzy byli zabezpieczeni od wypadku nieszczęśliwego, domagali się odszkodowania i chodziło tu w pierwszym rzędzie o orzeczenie odpowiadające na pytanie, czy cierpienie stwierdzone u pacjentów, stało w związku przyczynowym z urazem czy nie.

Ten szczegół właśnie jest charakterystyczny dla przytoczonych przykładów, które obok znaczenia teoretycznego mają wybitne znaczenie praktyczne.

Upatrując w zaburzeniach źrenicznych tylko objaw choroby syfilitycznej centralnego systemu nerwowego, biegły temsamem musiał wy-

kluczyć związek przyczynowy między urazem a cierpieniem. W najkorzystniejszym razie orzeczenie mogło zawierać opinję, że, jakkolwiek uraz głowy ze względu na zwrotną nieruchomość źrenic nie jest przyczyną swoistą cierpienia, to jednak należałoby przyjąć, że wskutek ciężkiego urazu głowy ze wstrząsem mózgu choroba syfilityczna pogorszyła się, wzgl. wybuch jej został przyspieszony.

Takie orzeczenie byłoby błędne, nie odpowiadałoby stanowi rzeczy i skrzywdziłoby poszkodowanych.

Tymczasem związek przyczynowy między urazem a cierpieniem wobec wyraźnych znamion nie da się zaprzeczyć; zatem pretensje petentów o odszkodowanie były uzasadnione.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

ZESPÓŁ OBJAWÓW PRĄŻKOWO - WZGORZOWY

podał

OSKAR BIELAWSKI.

Pragnę podać tu przypadek zachorzenia neurologiczno-psychicznego, które nie tyle jest rzadkie, ile, zdaniem mojem,— często przeoczane z przyczyny, że psychoza utrudnia tu wgląd do zaburzeń natury neurologicznej, utrudnia dokładne wykrycie i zanalizowanie tych zaburzeń.

P. T., lat 36, inżynier z zawodu Dziedzicznie nie obarczony; rozwijał się prawidłowo; kiły, gruźlicy nie przechodził. W roku 1920 przebył dur wysypkowy; jakąś inną infekcyjną chorobę, durowej natury, przebył w r 1922. Po wyleczeniu z ostatniej, pracował w swym zawodzie jeszcze do maja 1923 r., kiedy to począł skarżyć się na częste bóle głowy, miewał stany o których się sam wyrażał, iż mu „się wydawało, że warjuje". Wkrótce zaniechał pracę, zaniedbał swe sprawy. Oświadczył, że nie potrzebuje pracować, gdyż mu pieniędzy zarobionych wystarczy. Wreszcie, pewnego dnia, zamyka swój pokój hotelowy (w Grodnie) i, jak stoi, wyjeżdża do Warszawy. Dopiero wówczas poczęło się otoczenie domyślać, cierpienia psychicznego u p. T. Stał się apatyczny, powolny, małomówny, cichy, niedbały o swą garderobę i toaletę. Sypia dłużo, niekiedy zasypia już w trakcie rozmowy.

Leczył się w paru lecznicach stołecznych i, z rozpoznaniem schizofrenji, dostaje się do naszego Zakładu w dniu 5. 7. 24.

STAN OBECNY CIELESNY. Źrenice zwężone, lewa ma formę owalną Obie oddziałują leniwie na naświetlenie, dostatecznie na zbieżność. Drobne drżenie wysuniętych rąk, spuszczonych powiek. Język nie drży, nie zbacza. Mioklonja-minus. Wyraźny objaw diffuzji (Neri) w formie zginania palców przy stosowaniu prądu farodycznego z miejsca przyczepu m. trójgłowego do wyrostka łokciowego. Lekkie napięcie mięśni w kończynach. Twarz nieco skrzępła, postać pochylona ku przodowi. Odruchów z podeszwy brak, przy badaniu jednak tych ostatnich powstaje skurcz odruchowy mięśnia czworogłowego. Odruch ten prędko się jednak wyczerpuje. Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane. Odr. kolanowy żwawszy po stronie lewej. Odr. mięśnia piszczelowego przedniego wzmorzony obustrzonnie, żwawszy jest jednak po stronie lewej. Odruchów Achillesa brak. Ergometr dla ręki prawej: (1) 49, 39, 28, (2) 40,

41, 40, — dla ręki lewej (1) 23, 39, 40, (2) 39, 20, 31. Czucie na dotyk jest nie zmienione. Badanie estesiometrem Webera dało następujące wyniki: 2 czucia dotyku— przy rozwarciu nożek cyrkla do 2 cm. na piersi; tenże efekt przy rozwarciu cyrkla do 1 cm na dłoni i palcach, wreszcie, na plecach — odczuwanie 2 dotyków przy rozwarciu — do 3 cm. Przy zachowaniu czucia dotykowego, uderza silne zaburzenie w dziedzinie wrażliwości chorego na podniety termiczne i bólowe. Nie odróżnia próbówki z b. zimną wodą od tak gorącej, że ją badający nie może przez chwilę trzymać w swej dłoni. Efekt nidwrażliwości na podniety tej natury jest u chorego jednaki w każdej okolicy skórnej Wzgl. małe wahania termierne odróżnia badany lepiej. Na głębokie ukłucia igłą (po całej skórnej powierzchni) otrzymujemy odpowiedzi: „tępo". Dotknięcie palącym się papierosem skóry chorego, leniwym głosem taksuje ostatni niekiedy, jako ukłucie; najczęściej jednak nie cofa ręki przy przypalaniu i nie rozpoznaje czucia wcale. Okazało się również, że pacjent nie jest wrażliwy na łechtanie, nie wywołuje ono u niego żadnego odruchu obronnego. Subjektywne skargi chorego na nieokrślonej natury bóle, które od czasu do czasu, odczuwa w dolnych kończynach, zwłaszcza lewej, nie dały przy najdokładniejszem badaniu żadneych objektywnych podstaw. Czucie głębokie (mięśniowe) nie wykazało zboczeń od normy. Z dziedziny wegetacyjnej zanotować należy u chorego dolyurję, łojotok, pocenie kończyn.

Serologicznie: mocz bez białka i cukru Krew: Weil — Feliks, Widal — ujemne Kilkakrotne badanie Wassermanna w krwi i płynie dało wynik ujemny. Pandy + + +, Nonne — Appelt + +, Weichbrodt + + +; leukocytoza — 4 — 6, niektóre ciałka białe w stanie rozpad. Cholesteryna w płynie około 0,02 w 100 cm.^{3} płynu

STAN PSYCHICZNY cechuje nieomal niezmiennie bradyfrenja i bradypsychizm wogóle, raz mniejszy, raz większy i, tylko zrzadka, przerywany krótkotrwałemi okresami podniecenia w myśli i ruchu Naogół myśl depce się nieoml na jednym temacie, bez możności przejścia na nowe drogi kojarzeniowe, stąd liczne objawy sterotypji w mowie i piśmie Intelekt, jako takowy nie wydaje się, by był wciągnięty pierwotnie w sprawę chorobową Pacjent robi błędy w wykonywaniu zadan algebraicznych, widocznem est tu jednak, że źródło tych błędów tkwi nie w defektach pamięciowych, lecz w trudnościach w posługiwaniu się zdobytym niegdyś materjałem kojerzeniowym a to na skutek zahamowania psychicznego. Stwierdzamy u pacjenta również bierność w zachowaniu się i powolność cuozym rozkazom oraz stałą apatję.

Streszczając się stwierdzamy, że część obrazu klinicznego dotycząca zaburzeń psychicznych, motorycznych i roślinnych zbliżona jest najbardziej do stanu, który się określa mianem parkinsonizmu. Etjologja tego zachorzenia w przypadku danym, nie jest jasna, gdyż nie wiemy, czy wymieniony w anamnezie krótko przed zachorzeniem przebyty „stan durowy", mamy kwalifikować jako początek (ostry przebieg) nagminnego zapalenia mózgu, czy też była to przeciwnie jakaś inna infekcyjna (kiłowa?) choroba mózgu, w następstwie której rozwinęło się opisane tu cierpienie. Pozostawiając zagadnienie to otwartem, zwrócimy się do innej kategorji objawów, które cechują zachorzenie — do swoistej natury dzissocjacji czuć którąśmy stwierdzili u badanego. Owe rozszczepienie czucia różni się tu tak jawnie od zaburzeń czucia natury analogicznej spostrzeganych w zespołach rdzenia. (Brown-Sequard, zespół centralny, zachorzenie sznurów, syryngomielja itp.), że

uważałbym za zbyteczne wdawać się tu w szczegółową rozprawę dotyczącą odróżnienia jego od tych zachorzeń. Już sam fakt rozlania specyficznej dissocjacji po całej skórze, przytem po obu stronach ciała jednakowo, przemawia przeciw tym zachorzeniom jak również i brak zaburzeń w dziedzinie czucia mięśniowego. Wykluczyć również będziemy musieli możliwość umiejscowienia sprawy, powodującej rozszczepienie czucia, w mózgu przedłużonym w postaci jakiegoś ogniska tam (hemianestezja alternans), lub wreszcie we wstędze. Ogniska wstęgi powodować mogą wprawdzie również rozszczepienie czucia, mimo, że drogi czucia i bólu są tu już po skrzyżowaniu. Dissocjacja pochodzi tu z tej przyczyny, że drogi czuciowe przebiegają tu w, bądź co bądź, pewnej odległości od siebie, to też często się zdarza, że jest porażone wyłącznie tylko jedno czucie: bólu, względnie ciepłoty. To też pomijając te wszystkie nieaktualne dla naszego przypadku możliwości wyszczególnionych już dissocjacji czucia, zastanowimy się nieco obszerniej nad sprawą umiejscowienia procesu we wzgórzu wzrokowem.

Z cennych prac Head'a*), opartych na doświadczeniach i obserwacjach klinicznych, wiemy, że badacz ten uważa pewną część wzgórza wzrokowego za jedną z najważniejszych punktów węzłowych dróg czuciowych. Dla pewnych podniet jest wzgórze wzrokowe stacją końcową drogi do świadomości, mianowicie dla takich jak czucia bólu, wysokiej temperatury — słowem wszystkich podniet afektywnych, połączonych stale z właściwym im tonem uczuciowym, (więc nietylko ujemnym, lecz również dodatnim). Ośrodek ten dla podniet tych leży w części bocznej wzgórza wzrokowego. Czynność jego nie polega na gołym procesie przyjmowania wrażeń czuciowych, lecz więcej, bo na ocenie porównawczej przeżyć tego rodzaju do przebytych już niegdyś. Jest i inna właściwość życia psychicznego, połączonego z tym ośrodkiem. Mianowicie, bez wpływów hamujących, które według hipotezy H. przebiegają włóknami od kory do tego ośrodka, — czucia bólu i temperatury stają się bardziej rozlane, przesadnie dokuczliwe i długotrwałe. Innemi słowy hamulce te przyczyniają się do żywszej modulacji, skrócenia i zlokalizowania omawianych uczuć. Zaburzenia więc okolic leżących dośrodkowo od węzłów czuciowych wzgórza, wywołują w dziedzinie czucia zjawiska analogiczne do uszkodzeń torebki wewnętrznej i kory — odhamowania. Od Head'a wiemy również po eksperymentach, które ten badacz dokonywał na samym sobie, że uczucia przypalenia (wywołane przez silne oziębienie lub gorąco), dalej głębokie czucie bólu, łechtania i drgania należą do jednej grupy t. zw. czuć protopatycznych. Włókna służące im za przewody biegną w specjalnym trakcie, który się kończy w talamus opticus. Podrażnienie tego ośrodka (eksperymentalne) wywołuje przystęp swoistej rozlanej bolesnej sensacji

Wprawdzie, zdanie przytoczonego powyżej autora, uważającego wzgórze za siedlisko świadomości wzmiankowanych czuć, w sensie zdol-

*) Sensory disturbances form cerebral lesion (Brain. Vol. XXXIV Parts II. u. III. ref. Neur. Centr. 1909, 1912 i inn)

ności powzięcia sądu porównawczego o każdem z tego rodzaju doznawań, — nie podzielają niektórzy badacze (Marie, Bouttier, Pieron). Ten ostatni już jednak przyznaje wzgórzu wzrkowemu conajmniej rolę ośrodka oddziaływania wzruszeniowego na podniety czuciowe.

Po tych paru uwagach sądzę, iż wolno wyciągnąć wniosek, że wykryty u chorego zespół zaburzeń w dziedzinie protopatycznych czuć i to w sensie ich upośledzenia, — znamionuje zanikowy proces, umiejscowiony w bocznej części wzgórza wzrokowego. Być może, owe, nieokreślonego umiejscowienia i charakteru, okresowe skargi chorego na ból, — odpowiadają tlącemu się tam gdzieś jeszcze procesowi zapalnemu. Mniej prawdopodobnem byłoby umiejscowienie sprawy nieco wyżej, w przyjmowanych przez H. włóknach niosących z kory impulsy hamujące do wzmiankowanych jąder. Prócz problemtyczności sprawy przeznaczenia tych włókien, przemawia przeciw podobnej koncepcji również całość obrazu zaburzeń czuciowych tu spotkanych. (Musielibyśmy w takim razie spotkać się tu z objawami niejako „hypperrefleksji czuciowej", czego nie widzimy).

Po uwzględnieniu całokształtu objawów chorobowych występujących w omawianym przypadku, należy przyznać, że proces nie ograniczył się tu jedynie do zajęcia wzgórza i striatym. Lekka pareza lewostronna natury piramidowej, oraz pewne zmiany w źrenicach każą przyjąć, że zakres objęty zmianami chorobowemi jest szerszy i nie skupił się tylko w dwóch wyspach usadowionych po obu stronach torebki wewnętrznej.

Parę uwag jeszcze dotyczących zespołu jądra prążkowanego. Używam tu terminu tego w znaczeniu raczej symbolicznym (jako równoważnika ruchowych zaburzeń pozapiramidowej natury), niż z zamiarem ściślejszego anatomicznego umiejscowienia procesu. Czynię to omówienie z tej przyczyny, że bądź co bądź i mimo szeregu pięknych prac badaczy tej dziedziny, nie udało się ustalić dotąd ściślej roli w tej sprawie poszczególnych sąsiadujących z całem prążkowanem ośrodków i dróg. Zwłaszcza prace najświeższe (eksperymentalne i patologo-anatomiczne) — wygłoszone częściowo na ostatnim kongresie alienistów i neurologów w Paryżu, raczej przysporzyły szereg nowych wątpliwości (Bremer, Nissem, Van Bogaert, Donnagio, Anglade, Foix, Urechia, Malescu i wielu innych). Stwierdzono mianowicie, że w procesie zachorowania parkinsonicznej natury nie rozstrzygniętą jest dotąd rola i udział miejsca czarnego w mózgu, jądra czerwonego a nawet móżdżczka z jego jądrem zębatym.

Powróćmy teraz do opisanej w naszym przypadku psychozy z zespołem prążkowo-wzgórzowym, jako całości. Już na początku tej pracy zaznaczyłem, że nie jest to zachorzenie rzadkie. Niekiedy jest zato dość trudne do wykrycia. Zawdzięczając tylko okoliczności, że w przypadku omawianym można było, mimo pewnego zahamowania, udostępnić sobie o tyle drogę do psychiki badanego, że się udało przeprowadzić dość dokładne badania czucia, — umożliwionem tem samem okazało się

ściślejsze rozpoznanie neurologiczne. Częściej jednak zahamowanie psychiczne, towarzyszące podobnemu zespołowi zaburzeń czucia jest tak silne, że trudno ustalić dokładnie ten ostatni, a trudniej jeszcze stwierdzić ową dissocjację, o rozpoznanie której najwięcej tu chodzi. Napotykany w podobnych razach brak wrażliwości na podniety czuciowe tłomaczymy sobie (przy pobieżnym badaniu) odwróceniem na wewnątrz uwagi chorego, kompleksami psychicznemi, autyzmem itp. Samo zaś zachorzenie zbywa się w tych razach mianem katatonji, a w najlepszym razie — parkinsonizmem, o ile dopisały odpowiednie dane z anamnezy chorego. Jestem jednak przekonany, na podstawie dokonanych badań innych chorych, że nie jest tak mała liczba zachorzeń natury katatonicznej, gdzie się uda ugruntować rozpoznanie o brzmieniu jak w tut. pracy, uzgodnione bardziej z duchem czasu i nowoczesnemi zdobyczami anatomo-klinicznemi. W literaturze francuskiej został również opisany przypadek, pod względem neurologicznym nieomal identyczny z podanym powyżej (Guiraud i Daussy).

Zdając sobie dokładnie sprawę, że ujęcie w ten sposób formy omawianego zachorzenia, bez poparcia obserwacji klinicznej badaniem patologo-anatomicznem, — pozostaje tylko konstrukcją kliniczną, — mam jednak nadzieję, że ogłoszenie go drukiem może się przyczynić do wyróżniania ujętych ściślej jednostek i zespołów chorobowych na miejsce mglistych pojęć w rodzaju schizofrenji i jeszcze dotąd nieomal identyfikowanej z nią przez wielu autorów „katatonji".

STRESZCZENIA i OCENY.

H. Bieder — ZUR WISMUTBEHANDLUNG DER SYPHILIS Münchener Medizinische Wochenschrift N. 37 — 1924 r. Würzburg. B. stosował śródmięśniowo — Spirobismol, Nadisan, Milanol, Bisuspen; śródżylnie — Nadisan, Wismut-Diasporal, Wismuleń. Najlepiej znosili chorzy i najlepsze otrzymano wyniki po stosowaniu preparatów Milanolu, Bismogenolu, Spirobismolu, najgrorsze zaś po stosowaniu Wismulenu. Przeprowadzono 85 kuracji (1100 wlewań); ustalono dodatni wpływ Bi. na objawy kliniczne, na odczyn W. we krwi, na same krętki i na stan płynu mózgowo-rdzeniowego we wszystkich okresach kiły Autor daje pierwszeństwo preparatom podawanym śródmięśniowo przed podobnie podawanymi preparatami Hg. Z objawów ubocznych podczas leczenia spostrzegano:— wzniesienie ciepłoty do 38,5°, rąbek bizmutowy na dziąsłach dolnych siekaczy, stomatitis słabego stopnia, bóle głowy i zębów, białkomocz, wysypkę pokrzywkową, utratę wagi. Próby z nowymi preparatami jak Casbis, Mesurol, Bismophan nie są ukończone

Stawirej—„Kochanówka".

F. Dietel — EINE METHODE ZU SOFORTIGER BEHANDAUNG VON SALVARSANINFILTRATEN (M. M. W. N 4. 1925). Autor gorąco zaleca w wypadkach utworzenia się nacieku podczas stosowania wlewań śródżylnych neosalsalvarsanu następującą metodę postępowania: należy natychmiast odłączyć strzykawkę od igły, zawartość strzykawki wypuścić, poczem aspirować z nacieczenia neosalvarsan kilkakrotnie; inną strzykawką i inną igłą wstrzyknąć w owe nacieczenie i w okolicę około 10 cm^3 fizjologicznego wyjałowionego roztworu soli kuchennej. Roztwór ów rozcieńcza salvarsan, który już nie może wtedy działać żrąco. Jako wa-

runek dobrego wyniku stawia autor natychmiastowe postępowanie.

Stawirej—„Kochanówka„

G Schneider. Illenau — ÜBER LUMINALINJECTIONEN BEI ERREGUNGSZUSTÄNDEN. (M. M. W. N. 50—1924) Wzmianki o podskórnem stosowaniu soli sodowej luminalu znajdujemy u licznych autorów (Wetzel, Geissler, Raecke, König, Treiber). Wlewania powyższe wkrótce były zaniechane z powodu występowania miejscowych zmian zapalnych i martwicy. Nie chcąc się pozbyć tak dobrego pod wielu względami środka leczniczego, autor postanowił znaleźć sposób podawania luminalu, któryby dał możność uniknięcia wyżej wspomnianych objawów ubocznych. Autor przygotowuje 20% rozczyn soli sodowej luminalu, przyczem rozpuszcza ją na zimno w destylowanej i uprzednio wyjałowionej wodzie Rozczyn świeżo przygotowany filtruje i na 30 cm rozczynu dodaje 3 krople czystego kwasu karbolowego; wstrzykiwanie wykonywa śródmięśniowo, a mianowicie: do m. deltoideus, w górną i zewnętrzną część pośladków, albo do m. quadriceps cruris Kwas karbolowy należy dodawać do rozczynu, by uniknąć występowania ropni Śródmięśniowe zastrzykiwanie luminalu znajduje zastosowanie u chorych niespokojnych i odmawiających przyjmowanie leków. Sch zaczyna od dawki 2 cm^3 powyższego rozczynu 1—2 razy dziennie; w stanach silnego podniecenia dochodzi nawet do 5 cm^3 2 razy dziennie, to znaczy 2,0 gr. soli sodowej luminalu bez jakichkolwiek szkodliwych objawów. Działanie zbiorowe tego środka zmusza niekiedy do przerwy w stosowaniu luminalu na przeciąg kilka dni Mniejwięcej po 45 min. chorzy zasypiają, albo uspakajają się, są przystępniejsi i lepiej jedzą Autor na tysiące wlewań nie zauważył szkodliwego działania ubocznego.

Bokun — Dokontowa „Kochanówka".

Trènel i Cuel. — ALIMENTATION ARTIFICIELLE PAR VOIE NASALE SANS SONDE (Annales mèdico psycholog. 1924 nr. 2, juillet) W przypadkach, gdzie karmienie sztuczne psychicznie chorych przy pomocy zgłębnika nie jest wskazane, lub też męczące i utrudnione, — proponują autorzy stosować wlewanie niepośrednie mleka przez nozdrzę.

Pozycja pacjenta przy zabiegu — leżąca; wlewanie powolne, nieomal kropla po kropli; mleko musi być ciepłe. By się przekonać, że płyn nie trafia do tchawicy, — należy wlać poprzednio odrobinę ciepłego rozczynu fizjologicznego soli kuchennej (nie wody, która drażni). Płyn leje się z filiżanki o ryjku, względnie z podobnie zakończonej łyżeczki. Płyn ścieka przytem po tylnej ściance gardła (pharynx) nie wywołując przystępów kaszlu.

Przy cierpliwości i wytrwałości można wprowadzić w ten sposób wystarczającą ilość pokarmu potrzebnego do odżywiania chorego O. B.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

— POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHJATRYCZNE (Zarząd Główny) prosi nas o umieszczenie następującego okólnika:

Do Zarządu oddziałów P. T P Warszawa, dn 24 2. 1924.

W październiku r. z. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego otrzymał pismo Zarządu Oddziału Krakowskiego z zawiadominniem, że „Oddział uchwalił wobec pogłosek, jakoby Zjazd Psychjatrów miał się w przyszłym roku nie odbyć, — obstawać przy decyzji, odbycia Zjazdu w Krakowie w Zielone Świątki 1925 r, powziętej przez Zjazd w Lublińcu, wychodzące z założenia, że decyzja ta jest z natury rzeczy miarodajna i nie może być zmieniona". Natomiast w lutym roku bież. Krakowski Komitet Organizacyjny VI-go Zjazdu Psychjatrów Polskich zawiadomił Zarząd Główny pismem z dnia 12. 2 25., że „postanowił na swem ostatniem posiedzeniu jednomyślnie termin Zjazdu w Krakowie przenieść na rok 1926".

Zarząd Główny Polskiego Tow Psychiatrycznego na posiedzeniu, odbytem w dniu 23 2. 25 r, po rozważeniu położenia, stworzonego przez decyzję kolegjów Krakowskich, doszedł do wniosów następujących:

1) Wobec uchwały Krakowskiego Komitetu Organizac. VI-ty Zjazd Psychjatrów Polskich nie może odbyć się w terminie i miejscu wskazanem przez V Zjazd w Lublińcu

2) Konieczność odbycia dorocznego Walnego Zgromadzenia Ogólnego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zmusza Zarząd Główny do przeniesienia terminu i miejsca zgromadzenia i połączenia go ze Zjazdem Lekarzy i Przyrodników, który ma odbyć się w Warszawie w lipcu roku b

3) Odczyty i referaty przygotowane na VI Zjazd Psychjatrów Polskich należy zgłaszać do Sekcji Neurologiczno-Psychjatrycznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników na ręce Przewodniczącego Sekcji ppułk Dr-a Nelkena (Warszawa, Marszałkowska 33)

Stwierdzając w warunkach stworzonych przez Krakowski Komitet Organizacyjny VI-tego Zjazdu P. P który samowolnie uchwalił nie organizować w r b Zjazdu w Krakowie, — a więc powziął uchwałę, co do której Oddział Krakowski zastrzegał się, że Zarządowi Głównemu nie przysługuje prawo jej powzięcia, — Zarząd Główny uważa, że w tym stanie rzeczy nie może spełniać nadal swych obowiązków, składa swe mandaty i upoważnia skarbnika Towarzystwa, Dr Łapińskiego (Warszawa, Bonifraterska 12) do załatwiania spraw bieżących Towarzystwa do czasu wyboru nowego Zarządu Przewodniczący: (—) J. Mazurkiewicz Zastępca Przewodniczącego: (—) W. Łuniewski Skarbnik: (—) T. Łapiński. Sekretarz: ( ) R. Radziwiłłowicz

— XII-ty ZJAZD LEKARZY i PRZYRODNIKÓW POLSKICH odbędzie się w Warszawie w lipcu roku 1925 po 14-letniej przerwie

Dla braku miejsca podajemy z pomiędzy 33, już utworzonych sekcji, tylko te, które mogą najbliżej zająć psychjatrę: sekcja psychologji — prof Józef Joteyko (Wilcza 47). Sekcja nauk antropologicznych — prof Kazimierz Stołyhwo (Piękna 4) Sekcje chorób nerwowych i umysłowych: a) choroby nerwowe — Bregmann (Marszałkowska 124), b) choroby umysłowe — Nelken (Marszałkowska 33) Sekcja medycyny sądowej — prof Grzywo — Dąbrowski — (Wilcza 20).

Referatami głównemi sekcji N Ps są: 1) O ropniach mózgu (ref. J Rothfeld) 2) O nagminnem zapaleniu mógu (Z. Szymanowski, J. Kaelichen, S Handelsman, T. Simchowicz).

Komitet uprasza o nadsyłanie prac wraz z krótkiem streszczeniem do Sekretarjatu (Plac Trzech Krzyży 4—6) do 15 5 rb

— TOWARZYSTWO LEKARSKIE FRANCUSKO-POLSKIE zawiadamia, że II kongres lekarski francusko-polski odbędzie w Paryżu od 23 do 26 kwietnia, poczem nastąpią wycieczki do Vichy, Lyonu, Nancy i Strasburga

Wszelkich informacji udzielają sekretarze Towarzystwa Le. Fr.-Polski go: Dr Józef Zieliński, Wspólna 51 m 6 tel 225-26, Dr. Melanowski, Żórawia 31, tel. 502-50

— Z IZBY LEKARSKIEJ WARSZAWSKO-BIAŁOSTOCKIEJ Po dokonaniu wyborów przez Radę Izby w dniu 14 grudnia 1924 r członków Zarządu i ich zastępców na rok 1925 i ukonstytuowaniu się Zarządu w dniu 30 grudnia 1924 r skład jego stanowią: Naczelnik Izby Dr. Przyborowski A, Zastępcy Naczelnika: Dr Jakowicki W, Dr Osiński E; pisarz Izby Dr Sochacki Ig; skarbnik Dr Kasperowiczowa M; członkowie Zarządu: Dr. Dr Kwaśniewski M, Lewin G, Mutermilch St, Zelisławski J; zastępcy członków Zarządu: Burzyński J, Filipowicz W, Kowalczewski J Mossakowski J, Offenberg J, Podkóliński F, Śmiechowski A, Wojnówna Z, Zamenhof L

— KOMUNIKAT IZBY LEKARSKIEJ WARSZAWSKO-BAŁOSTOCKIEJ O normie płacy za godzinę pracy lekarskiej w ambulatorjach i innych zakładach leczniczych. Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu swojem w dniu 14 grudnia 1924 r uchwaliła normę płacy za godzinę pracy lekarskiej w wysokości 10 złotych. Zgodnie z art 22 Ustawy z dnia 2. XII 1921 r w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie Polskiem — „jeżeli warunki płacy odbiegają od norm ogłoszonych przez Izbę Lekarską, lekarz winien zawiadomić o nich na piśmie Izbę"

— „WYCHOWANIE FIZYCZNE". Wyszedł z druku nowy zeszyt tego pisma Nr 7 — 12 z 1924 r redagowany przez prof Eug Piaseckiego w Poznaniu. Po dłuższej przerwie będzie wychodzić w odstępach kwartalnych, i to w marcu, czerwcu, wrześniu i grudniu Na treść zeszytu 7—12 składają się: artykuły oryginalne dra St Kopczyńskiego, — Lekarz szkolny na zachodzie, prof E. Piaseckiego — Wychowanie fizyczne w Grecji starożytnej, oceny nowych książek, przegląd czasopism, wiadomości z towarzystw, instytucyj i zjazdów, notatki bibljograficzne i kronika Redakcja i Administracja — Poznań 3, Ogród Botaniczny. Prenumerata roczna 10.

BIBLIOTEKA MUZEUM LEKARSKIEGO w Warszawie

W. LEBIEDZIŃSKA

KSIĘGARNIA I SKŁAD PAPIERU

DAWNIEJ P. RAUCH GNIEZNO CHROBREGO 37

WŁAŚCICIELE J. i W. LEBIEDZIOWIE

TELEFON № 385

Posiadają na składzie w większych ilościach książki szkolne, beletrystyczne, dzieła w ozdobnych oprawach, książki z obrazkami dla młodzieży i do nabożeństwa, nuty, żurnale mód i gazety. Księgi handlowe i wszelkie materjały biurowe, papier kancelaryjny handl., koperty, kasetki, wykwintne i zwyczajne, powinszowania dla różnych okoliczności, pocztówki artystyczne i inne, karty do gier, towary skórzane, teki do akt, portfele etc.

APTEKA POD ORŁEM

w Gnieźnie, ulica Farna - Tel. 498

STEFAN GANCKOWSKI

dawniej H. KUGLER

najstarsza apteka w miejscu, przywilej. z roku 1794, poleca wszelkie środki lecznicze, oraz specyfiki: krajowe i zagraniczne.

CATGUT najprzedniejszej jakości

dostarcza:

Chirofil Tefelski i Ska

FABRYKA - CATGUTU

w Poznaniu, ul. Masztalarska 2

1215

NOVARSENOBENZOL-BILLON

(Dwuoksydwuamidoarsenobenzol - metylen - sulfoksylat sodowy).
WSKAZANIA: Kiła, Dur powrotny, Angina Vincenti, Zimnica i t. p.
OPAKOWANIE: Ampułki zawierające po 0,15 - 0,30 - 0,45 - 0,60 - 0,75 - 0,90 gr. w pudełkach po jednej, po dziesięć i po pięćdziesiąt sztuk.

NARSENOL

Novarsenobenzol w tabletkach, powlekanych specjalną masą.
Preparat przeznaczony do użytku wewnętrznego (drogą doustną) jako kuracja uzupełniająca zastrzyki dożylne. Flakon zawiera 80 tabletek po 0,1 gr.

NERVOSAN

Sal bromatum rubrum compositum granulis. Związek bromu, żelaza, białka i fosforu.
WSKAZANIA: Epilepsja, Padaczka, Bezsenność, Neurastenja, Stan histeryczny, Paraliż postępowy, Pobudliwość.
DAWKOWANIE: Początkowo 2 proszki dziennie, w godzinę po śniadaniu i po południu; po pewnym czasie 3, a później 4 proszki. Przyjmować w pół szklance wody, najlepiej gazowanej. Pudełko zawiera 30 proszków.

EXTR. GLYCERINAT. CEREBRI

Wyciąg glicerynowy ze świeżego narządu. 1 cm³ wyciągu = 1 gr odnośnego narządu.
WSKAZANIA: Choroby nerwowe, Histerja, Neurastenja, Uwiąd starczy, Wyczerpanie umysłowe, Osłabienie pamięci, Padaczka, Wszelkie rekonwalescencje.
Flakon zawiera 20 cm³ płynu.

EXTR. GLYCERINAT. TESTICULORUM

Wyciąg glicerynowy ze świeżego narządu. 1 cm³ wyciągu = 1 gr odnośnego narządu.
WSKAZANIA: Niemoc płciowa, Azoospermja, Histerja, Neurastenja, Padaczka, Gruźlica, Wyczerpanie fizyczne i umysłowe, Niedokrwistość. Flakon zawiera 20 cm³ płynu.

PHOSPHIT-CAPSULAE
PHOSPHIT-PULVIS

Organiczny związek fosforu, otrzymywany z nasion oleistych.
WSKAZANIA: Skrofuły, Choroba angielska, Gruźlica, Niedokrwistość, Blednica, Wyczerpanie fizyczne i umysłowe, Ozdrowienie, Ciąża, Cierpienia nerwowe, Histerja, Bezsenność.
OPAKOWANIE: PHOSPHIT-PULVIS w słoikach po 10 gr.
PHOSPHIT-CAPSULAE w pudełkach po 30 kaps. à 0,25 gr.

PRZEMYSŁ.-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS i SYN

Sp. Akc.

WARSZAWA

Państwowy Zakład Higieny
Filia w Łodzi
Dz. 11.11.47.
II. 1215

Voir résumé français à la fin du chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA
RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK II. DZIEKANKA KWART. IV.
1925

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

WSPÓŁPRACOWNICY:

PROF. DR. AMALDI — FLORENCJA, DR. BONASERA — PALERMO, DOC. DR. BUSCAINO — FLORENCJA, DYR. DR. CYRAN — LUBLINIEC, DR. DOKONTOWA — KOCHANÓWKA, DYR. DR. ŁUNIEWSKI — TWORKI, DR. MINKOWSKI — PARYŻ, DOC. DR RADZIWIŁŁOWICZ — WARSZAWA, PROF. DR. SCIUTI — NEAPOL, DR. SIEMIONKIN — KOBIERZYN, DYR. DR. SIWIŃSKI — KOCHANÓWKA, DR. STAWIREJ — KOCHANÓWKA, DR. SWIETŁOW — KOCBOROWO, PROF. DR. ST. WŁADYCZKO — WILNO.

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH" T. A. W GNIEŹNIE

BIBLIOTEKA

TREŚĆ:

VI-ty Kongres przeciwalkoholowy w Katowicach — Doc. Dr. med. R. Radziwiłłowicz . . . . . str. 235
I. Prace oryginalne 240
1. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski. — Spostrzeżenia psychjatryczne zagranicą . . . 240
2. Dr. Oskar Bielawski. — „Schizofrenja" 267
3. Karol Mikulski. — Przypadek Syringomyelji po nieszczęśliwym wypadku przy pracy . 295
4. Fr. Berezowski. — Próby leczenia niektórych procesów ekstrapiramidowych przez stosowanie As+Hg+J 300
II. Streszczenia i oceny 306
III. Prace oryginalne z dziedziny psychjatrji i neurologji zawarte w pismach polskich 311
IV. Wiadomości personalne . . . 312

SOMMAIRE:

VI-me Congrès Antialcoolique à Katowice en Pologne . . page 235
I. Travaux oryginaux 240
1. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski. — Impressions psychiatriques de l'étranger . . 240
2. Dr. Oscar Bielawski. — „La Schizophrénie" 267
3. Charles Mikulski. — Sur un cas de syringomyélie à la suite d'un accident de travail . . 295
4. Fr. Berezowski. — Essais thérapeutiques dans quelques formes morbides extrapyramidales par l'emploi de l'As+Hg+J. 300
II. Résumés et appréciations . . . 306
III. Liste des travaux originaux psychiatriques et neurologiques contenus dans des journaux polonais 311
IV. Personalia 312

„Nowiny Psychiatryczne" zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posledzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych" z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (2,80 zł.) i wysyła się pod opaską. Poza abonementem — 4 złote.

REDAKCJA „NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH".

ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI

rozpisuje niniejszem

KONKURS

na 2 posady prymarjuszy lekarzy i 5 posad sekundarjuszy lekarzy wzgl. asystentów przy zakładach dla umysłowo chorych w Lublińcu i w Rybniku. Do posad tych przywiązane są pobory grupy VI., VII. wzgl. VIII. urzędników państwowych, 40% dodatku wojewódzkiego, 30% dodatku funkcyjnego, wolne mieszkanie, bezpłatny opał i oświetlenie, ogródek warzywno-owocowy i deputat w mleku.

Posady te są prowizoryczne na przeciąg jednego roku, poczem nastąpić może stabilizacja, ewentualnie o jedną grupę wyżej.

Podania zaopatrzone w uwierzytelnione odpisy: a) metryki urodzenia, b) dyplomu lekarskiego, c) świadectwa obywatelstwa polskiego, d) w życiorys oraz ewent. w metryki ślubu i metryki urodziu dzieci, wnosić należy do

ŚLĄSKIEGO URZĘDU WOJEWÓDZKIEGO W KATOWICACH

Voir résumé français à la
fin du chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA
RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK II. DZIEKANKA KWART. IV.
1925

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

WSPÓŁPRACOWNICY:

PROF. DR. AMALDI — FLORENCJA, DR. BONASERA — PALERMO, DOC. DR. BUSCAINO — FLORENCJA, DYR. DR. CYRAN — LUBLINIEC, DR. DOKONTOWA — KOCHANÓWKA, DYR. DR. ŁUNIEWSKI — TWORKI, DR. MINKOWSKI — PARYŻ, DOC. DR. RADZIWIŁŁOWICZ — WARSZAWA, PROF. DR. SCIUTI — NEAPOL, DR. SIEMIONKIN — KOBIERZYN, DYR. DR. SIWIŃSKI — KOCHANÓWKA, DR. STAWIREJ — KOCHANÓWKA, DR. SWIETŁOW — KOCBOROWO, PROF. DR. ST. WŁADYCZKO — WILNO.

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH" T. A. W GNIEŹNIE

II 1215

AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ROK II. DZIEKANKA KWART. IV.

1925.

VI-ty KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY w KATOWICACH

w dniach 25 — 27. IX. 1925 r.

W dniach 25.—27. września rb. odbył się w Katowicach Zjazd Przeciwalkoholowy. — Był to szósty zjazd kolejny. — Poprzednie odbyły się w Tarnowie, Krakowie, Lwowie, Warszawie, Poznaniu. —

Udział uczestników początkowo był niebardzo liczny, lecz już w trzecim dniu obrad zebrała się spora gromada przyjezdnych i miejscowych, którzy wypełnili szczelnie widownię teatru, w którym odbywały się plenarne zebrania Zjazdu, a pochód przez miasto uczestników przed zamknięciem Zjazdu wypadł nawet imponująco.

Zjazd zagaił prof. Gantkowski z Poznania. — Do prezydjum zostali wybrani: prof. Gantkowski jako przewodniczący, jako jego zastępcy: Br. Skalski z Łodzi, p. Restorofowa z Warszawy oraz ks. Czempiel z Katowic. — Powitalne przemówienia wygłosili: wojewoda Bilski, w imieniu minstra spraw wewn., red. Szymański jako delegat generalnej dyrekcji Służby Zdrowia, p. Chwalenik jako delegat ministerstwa pracy, delegat ministerstwa kolei, delegaci ks. ks. biskupów: Hlonda z Katowic, Jabłrzykowskiego z Łomży, Fulmana z Lublina. Następnie składali życzenia w imieniu centr. Tow. roln. p. Resterofowa, w imieniu nar. Organizacji Kobiet p. Chmielińska, Szymkowiakowa, dr. Rzeczycka w im. kliniki psychjatrycznej Uniw. Warsz. oraz Dr. Radziwiłłowicz w im. Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Powitanie D-ra Radziwiłłowicza brzmiało jak następuje:

Przynoszę Zjazdowi pozdrowienie i pokłon od Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. — Kto lepiej od lekarza-psychjatry potrafi ocenić doniosłość i znaczenie zadań, stojących przed Zjazdem, od lekarza - psychjatry, stykającego się nieomal codziennie z tragicznymi wprost skutkami nałogu, którego początki przebiegają pozornie tak niewinnie. — Walka z alkoholizmem stanowi stały przedmiot troski naszego Towarzystwa. — Na każdym dorocznym Zjeździe Psychjatrów Polskich zapada uchwała o konieczności utrzymania w całej rozciągłości ustawy z dnia 23. IV. 1920 r. (przeciwalkoholowej) — bywa podnoszony stanowczy sprzeciw przeciwko wszelkim dążeniom ograniczenia przepisów ustawy. — Na ostatnio odbytym Zjeździe w sąsiednim Lublińcu w roku zeszłym, alkoholizm był przedmiotem zasadniczym

obrad zjazdowych, przyczem rozważono nietylko sprawę leczenia alkoholików, lecz także dotyczące ich stosunki prawne: pod względem karnym, cywilnym i administracyjnym. — Jest zatem sprawa walki z alkoholizmem bliska sercu każdego psychjatry polskiego; niech mi wolno będzie złożyć Zjazdowi najserdeczniejsze życzenia najbardziej owocnego wyniku jego prac".

Przebieg obrad zjazdowych, plenarnych i sekcyjnych stał na wysokim poziomie pod względem treści i formy referatów oraz poprawności i powagi dyskusji. — Prof. Gantkowski pozyskał słuchaczy wymową, poruszał ich zmysły szerokiem i naukowem pogłębieniem poruszonych zagadnień. — Przemawiał na zebraniach plenarnych, pouczał i informował w licznych zebraniach sekcyjnych.

Red. Szymański w bardzo starannie opracowanym referacie zobrazował obowiązki państwa i społeczeństwa w walce z tą rosnącą w zastraszający sposób klęską społeczną. — Prof. Strumiłło z Lublina przedstawił groźny stan alkoholizmu wśród młodzieży szkolnej. P. Prof. Dediowa mówiła o udziale kobiet w walce z alkoholizmem; referat pod względem treści głęboki; znakomicie ujęty w wymowną formę, wywarł na słuchaczach wielkie wrażenie, porwał ich i wywołał owację zachwyconego i bardzo licznego audytorjum. — Były to referaty na posiedzeniach plenarnych. — Z referatów sekcyjnych odznaczyły się referaty D-ra Kuropatwińskiego o ustawie przeciwalkoholowej oraz prof. Kostrzewskiego o monopolu spirytusowym; były one przedmiotem gorących rozpraw, w których między innymi uczestniczył wice-dyrektor monopolu spirytusowego p. Bukowiński. — Dalej bardzo cenne przemówienia wygłosili w sekcjach Dr. M. Roszkowski z Warszawy, ks. Dr. Ciemniewski ze Lwowa, prof. Seelib ze Starogardu i p. Czajkowski z Warszawy.

Dr. Hercod, dyrektor międzynarodowego Biura dla walki z alkoholizmem przybyły specjalnie na Zjazd na zaproszenie komitetu organizacyjnego, wygłosił odczyt o zakazie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. — Na podstawie własnych obserwacji (Dr. Hercod był w Ameryce dwukrotnie od czasu wprowadzenia zakazu) — wykazał błogosławione skutki zakazu pod względem moralnym, gospodarczym, społecznym i sanitarnym. — Przestrzegał przed brakiem krytycyzmu, z jakim są przyjmowane wiadomości o ujemnych skutkach zakazu, głoszone przez międzynarodowy kapitał alkoholowy" i przytaczał szereg przykładów pod tym względem. — Jeden z przykładów dotyczył nas bezpośrednio. — Jak wiemy, z chwilą powstania Państwa Polskiego rozpoczął się silny ruch reemigrantów z Ameryki do Polski. — Ponieważ stosunki graniczne nie były jeszcze dostatecznie uregulowane w Buchs w Szkajcarji na pograniczu z Austrją, trzeba było utworzyć obóz reemigracyjny. — Jedna z gazet szwajcarskich wysłała specjalnego sprawozdawcę, który na podstawie wywiadów z reemigrantami, podał do wiadomości publicznej, jakoby przyczyną powrotu emigrantów do Ojczyzny jest fakt zakazu w Ameryce, co w rozumieniu emigrantów ogranicza ich wolność osobistą, dla tego uciekają z Ameryki, bo liczą, że w Polsce znajdą wolność całkowitą.

Odczyt wygłoszony z wielką swadą po francusku był bardzo umiejętnie tłumaczony przez prof. Seeliba.

Podczas Zjazdu odbyły się specjalne zebrania, między innemi wojskowych pod przewodnictwem gen. Horoszkiewicza, funkcjonarjuszów policji i kolejarzy, uczniów seminaryjnych pedagogicznych. — Podczas Zjazdu dawano w teatrze dramat Zenona Parviego p. t. „Knajpa", znakomicie wyreżyserowany i odegrany. — Urządzono też specjalną wystawę, na której zwracały uwagę tablice przeciwalkoholowe, wydane przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia. — Tablice są do nabycia po cenie bardzo przystępnej w Gen. Dyr. Sł. Zdr. (Warszawa, Nowowiejska róg Topolowej) i powinne być rozpowszechnione i uwidocznione w miejscach publicznych, przedewszystkiem w szkołach, urzędach gminnych, poczekalniach dworców kolejowych, w poczekalniach Kas Chorych itp.

Zjazd powziął następujące uchwały:

Zwrócić się do min. spraw wewn. o istotne i ścisłe wykonywanie ustawy przeciwalkoholowej; do min. oświaty o wprowadzenie w szkołach wszystkich typów obowiązkowego nauczania o szkodliwości używania napojów alkoholowych, oraz o wprowadzenie katedr alkohologji na uniwersytetach; zwrócić się do wszystkich księży biskupów z prośbą o przeznaczenie w każdej djecezji jednego księdza do prowadzenia specjalnej propagandy przeciw pijaństwu.

Na Zjazd nadesłano dużo telegramów powitalnych od władz, instytucji, osób, wśród których wymienić należy serdeczny telegram ks. kardynała prymasa Dalbora.

W Zjeździe wzięła udział delegacja m. Łodzi z Drem Skalskim na czele, delegaci p. Rosset i Herz. — Delegacja przywiozła specjalne wydawnictwo miejskiego wydziału statystycznego i interesujące wykresy o alkoholiźmie w Łodzi.

Szczere i serdeczne podziękowanie należy się głównemu organizatorowi Zjazdu ks. Gałdyńskiemu, działającemu z ramienia Ligi Antyalkoholowej, która zwołała Zjazd, redaktorowi J. Szymańskiemu, przewodniczącemu organizacyjnego komitetu warszawskiego i prof. Gantkowskiemu — niestrudzonemu i świetnemu przewodniczącemu prac zjazdowych.

Zjazd tem różnił się od poprzednich, że była na nim utworzona oddzielna sekcja lekarska, której należy poświęcić bardziej szczegółowe omówienie.

Sekcję lekarską otworzył przewodniczący Dr. Radziwiłłowicz przemówieniem, w którem wzywał lekarzy do stworzenia związku lekarzy abstynentów, gdyż tylko lekarz abstynent może być skutecznym orędownikiem walki z alkoholizmem. Obecni przychylili się do wniosku i dali początek organizacji, której dalsze losy złożyli w ręce Dra Skalskiego. Dalej przewodniczący zachęcał obecnych lekarzy członków zebrania do czynniejszego udziału w piśmiennictwie przeciwalkoholowem ogólnem i specjalnem, albowiem na nich leży przedewszy-

stkiem obowiązek uświadamiania ogółu, a nistety i samych lakarzy, o szkodliwości alkoholu.

Właściwe obrady Sekcji otworzył prof. Wodziczko z Poznania bardzo starannie opracowanym referatem, w którym zdawał sprawę z pracy doświadczalnej profesora amerykańskiego Stockard'a nad dziedzicznością alkoholizmu. Doświadczeń dokonywano na szczurach, badano zwyrodniający wpływ alkoholizmu jednego z przodków aż do 4 pokolenia potomstwa i stwierdzno w spsób nieulegający żadnej wątpliwości dowody, że tak daleko sięga zwyrodniający wpływ alkoholizmu pod względem fizycznym i psychicznym. (większa liczba poronień, zmniejszona liczba potomstwa, zmniejszona waga noworodków, osłabienie sprawności psychicznej, również doświadczalnie stwierdzone.)

Następny był referat prof. Gantkowskiego o sposobach leczenia alkoholików. Podnosił znaczenie przychodni dla alkholików, która powinna posiadać nietylko charakter poradni, lecz powinna być czynnikiem opiekuńczym nad chorym, dawać mu nietylko poradę lekarską, pomoc farmaceutyczną, pomoc w postaci fizycznych zabiegów leczniczych wszelkiego rodzaju, lecz także podparcie moralne chorego w jego dążeniu do wyzwolenia się z nałogu. Oczywiście radykalną drogę leczenia upatruje prof. Gantkowski tylko w zamkniętym zakładzie leczniczym i tutaj jako główną przeszkodę widzi brak pośród pomocniczej służby lekarskiej abstynentów, a tylko przy całkowitej abstynencji całego otoczenia chorego w zakładzie może być skutecznie przeprowadzone leczenie alkoholika w Zakładzie zamkniętym. Referent zupełnie słusznie uważa, że abstynencja powinna być odrazu w całej pełni zastosowana przy leczeniu alkoholizmu, powolne odzwyczajanie od alkoholu jest niewłaściwe.

Doktorka Rzeczycka, asystentka Warszawskiej Kliniki Psychjatrycznej, przedstawiła i omówiła tablice z wykresami wzrostu liczby przypadków psychoz alkoholowych, leczonych w ciągu 5-ciu lat ostatnich na Klinice. Cyfry zaiste zastraszające (u kobiet wynosił wzrost z 0 — 5%, a u mężczyzn z 2,06% — 27% ogólnie leczonych chorych na klinice w ciągu pięciu lat).

W dyskusji zabierali głos: Ksiądz ze zgromadzenia Braci Kamiljanów w Tarnowskich Górach, który informował zebranych o Zakładzie dla leczenia alkoholików, prowadzonym w tem mieście przez Braci, oraz o warunkach przyjmowania chorych do Zakładu. Są trzy klasy chorych: abstynencja bezwzględna zasadą leczenia, abstynencja bezwzględna otoczenia warunkiem leczenia. P. Mieczysław Herz, Delegat Magistratu w Łodzi, podnosił znaczenie posiadania dla skutecznej walki z alkoholizmem szczegółowych i wielostronnych wykazów statystycznych; popierał wywody wnioskiem o potrzebie przeznaczania sum odpowiednich na te cele z funduszów, przypadających Ministerstwu Spraw Wewnętrznych Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) z dochodów monopolowych. Ksiądz Szuman, nawiązując do referatu prof. Wodziczki, wskazywał na potrzebę posiadania i rozpowszechniania wydawnictw naukowo pogłębionych, które dawałyby do ręki duszpasterzom materjał, potrzebny w ich walce z alkoholizmem.

Dr. Radziwiłłowicz, godząc się całkowicie z wywodami prof. Gantkowskiego, podnosił trudności prawne, związane z umieszczaniem alkoholików w zakładach zamkniętych, wskazywał, że alkoholików z wyraźnymi objawami ciężkiego zwyrodnienia psychopatycznego należy przy umieszczaniu w zakładach psychjatrycznych kwalifikować jako psychicznie chorych, jako dotkniętych chorobą psychiczną na podłożu przewlekłego alkoholizmu, co jest zgodne ze stanowiskiem psychjatrycznem, a przez co uniknie się powikłań prawnych, które nastręcza kwalifikowanie tego rodzaju chorych jako przewlekłych alkoholików, bez podkreślenia rozstroju psychicznego, którym są dotknięci. Dr. Radziwiłłowicz wskazał dalej źródło nagłego wzrostu liczby przypadków psychoz alkoholowych na klinice, które upatruje w tem, że podczas wojny na terenie b. zaboru rosyjskiego istniał zakaz bezwzględny sprzedaży alkoholu i błogosławione skutki zakazu ujawniły się odrazu w zniknięciu alkoholizmu z życia, szpitali, klinik i sądów. Z ponownem przywróceniem alkoholu we własnem państwie alkohol powrócił do życia, szpitali, klinik i sądów i rośnie z zastraszającą wprost szybkością. Potwierdza wywody Drki Rzeczyckiej danemi, czerpanemi z własnego doświadczenia.

Podkreślam wysoki poziom zarówno referatów, jak i dyskusji, przeprowadzonej nad referatami.

Doc. Dr. med. R. Radziwiłłowicz.

PRACE ORYGINALNE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski

SPOSTRZEŻENIA PSYCHJATRYCZNE ZAGRANICĄ.

Referat[1]) na posiedzeniu lekarzy w Dziekance w dniu 4. VII. 1925 roku

wygłosił

ALEKSANDER PIOTROWSKI.

Materjału do uwag poniżej spisanych dostarczyły następujące zakłady:[2])

1) Zakład kantonalny (zarazem klinika uniwersytecka) Burghölzli koło Zurychu w Szwajcarji zwiedziłem dnia 15. 4. 25 r.; informował i oprowadzał mnie po zakładzie prof. Bleuler, dyrektor zakładu.

2) Zakład psychjatryczny w Cogoleto koło Genui we Włoszech, zwiedziłem w dniu 18. 4. 25 r., informował i oprowadzał mnie dyrektor Dr. Giovani de Paoli i pp. Dr. Daneo, Dr. de Priore i p. Bianchi.

3) Zakład Psychjatryczny w St. Pierre w Marsylji we Francji, zwiedziłem dnia 22. 4. 25 r.; oprowadzał i informował mnie dyrektor C. Signoret, pozatem naczelny lekarz oddziałów męskich i naczelny lekarz oddziałów żeńskich.

4) Zakład psychjatryczny w Palermo (Sycilja), zwiedziłem dnia 1. 5. 25 r. W nieobecności dyrektora prof. Dr. Giovani Dotto oprowadzali i informowali mnie pp. Dr. Bonasera i Dr. Marguglio.

---

[1]) Według „Sprawozdania z informacyjnej podróży zagranicznej" sporządzonego po myśli uchwały Poznańskiego Wydziału Krajowego z dnia 29. X. 1924 do p. 12 porz. obr. B. IV. i V.

[2]) W powyższych notatkach nie są uwzględnione zakłady mniej ważne pod względem organizacji i urządzeń jako to: Zakład psychjatryczny w Top-Tash koło Skutari w Azji mniejszej, Oddział psychjatryczny w Szpitalu Aleksandra w Zofji (Bułgarja) i oddziały psychjatryczne w Tunisie (Afryka).

Zakład Top-Tash znajduje się w niewielkiej odległości od Skutari na terenie dawniejszego meczetu i mieści się w starych zabudowaniach poklasztornych, dając pomieszczenie ca 600 chorym pochodzacym z Konstantynopola i okolicy.

Jest to jedyny większy państwowy zakład psychjatryczny w Turcji. Wygląd wewnętrzny jest na ogół ponury. Sypialnie są obszerne, czysto utrzymane. O zajęciu pacjentów niema mowy. Chorzy, wizytą zaciekawieni, wykazywali pogodny, zadowolony, przyjazny nastrój; stan odżywienia przedstawiał się dobrze, natomiast odzież była licha. Niektórzy pacjenci okryci byli szmatami, inni prezentowali się nago.

Lekarz dyżurny nie umiał dać informacji tak co do kwestji czysto psychjatrycznych jak co do organizacji i wewnętrznego urządzenia zakładu. Dyrektor (Osman Bey) mieszka w Konstantynopolu i dojeżdża do Top-Tash 2—3 razy w tygodniu.

5) Zakład psychjatryczny w Capo di Chino koło Neapolu zwiedziłem dnia 4. 5. 25 r.; informowali i oprowadzali mnie: dyr. prof. Michele Sciuti i pp. Dr. Ansalone Gerardo i Dr. Ignazio Goffredo.

6) Zakład psychjatryczny St. Onofrio in Campagna koło Rzymu, zwiedziłem dnia 7. 5. 25 r. W nieobecności dyrektora prof. Dr. A. Gianelli informował i oprowadzał mnie Dr. Carlo de Sanctis.

7) Zakład psychjatryczny „Chiarugi" we Florencji, zwiedziłem dnia 10. 5. 25 r.; informował mnie dyr. prof. Dr. Paolo Amaldi, oprowadzał prof. Dr. Giunio Catola.

8) Zakład psychjatryczny Lipotmezö pod Budapesztem, zwiedziłem dnia 22. 9. 1924 r.; informował mnie dyrektor radca ministerjalny Dr. med. Gustaw von Oláh, oprowadzał doc. Dr. Bakody.

9) Zakład psychjatryczny „Am Steinhof" pod Wiedniem zwiedziłem 24. 9. 1924 r., informował mnie dyrektor zakładu prof. Berze, oprowadzał lekarz dyżurny.

* * *

Z wyjątkiem zakładu w Burghölzli urządzonego tylko dla 400 chorych, wszystkie inne wyszczególnione zakłady należą do typu zakładów **wielkich.** Każdy z nich ma pomieszczenie dla przeszło 1000 pacjentów. Najmniejszym z nich jest Lipotmezö (1200 łóżek). Największym jest zakład olbrzym „Am Steinhof" pod Wiedniem, mieszczący 3000 chorych. Reszta zakładów zajmuje miejsce pośrednie. Saint Pierre w Marsylji liczy 1300 miejsc, Capo di Chino koło Neapolu 1500 miejsc, zakład „Chiarugi" we Florencji przeszło 1600 miejsc, San Onofrio in Campagna koło Rzymu 2000 miejsc, Cogoleto koło Genui przeszło 2000, Palermo 2400 miejsc.

Szpital Aleksandra w Zofji w Bułgarji położony za miastem, ma oddział neurologiczno-psychjatryczny na 100 łóżek, dla 50 mężczyzn i 50 kobiet; jest to zarazem klinika uniwersytecka. Kierownikiem oddziału jest Dr. St. Danadjew. Izolatki (11) stale są zajęte. Pacjenci, cieleśnie i psychicznie zaniedbani, traktowani są nieracjonalnie, bez systemu. Oddział jest urządzony ubogo, prymytywnie, niehygjenicznie, ubikacje są brudne, ciasne; niema się gdzie ruszyć.

Tunezja nie ma ani jednego większego zakładu psychjatrycznego. Zasady nowoczesnej psychjatrji nie są tam zane. Społeczeństwo (arabowie i beduini), pod względem psychjatrycznym zupełnie nieświadome, opiera się oddaniu chorego, nawet niebezpiecznego, do szpitala. Na tem tle powstają często scysje między władzą wykonawczą a publicznością. Chorego przetrzymuje się najchętniej w domu, we warunkach najgorszych; niebezpiecznego odstawia się do przytułku „Tekia" (75 łóżek) w Tunisie, przeznaczonego tylko dla muzułmanów. Warunki szpitalne są prymytywne, „średniowieczne". Pacjenta pozostawia się samemu sobie.

Żydzi mają własny oddział dla psychicznie chorych (12 łóżek) w Ariana koło Tunisu, gdzie warunki sanitarne nie są lepsze.

Psychicznie chorych europejczyków oddaje się na 2 tygodniową obserwację do ogólnego szpitala francuskingo w Tunisie (400 łóżek, ca 40 łóżek dla psychicznie chorych), urządzonego zupełnie nowocześnie, skąd chorych potrzebujących koniecznie dłuższej opieki zakładowej przewozi się do szpitali psychjatrycznych we Francji, mianowicie do St. Pierre — Marsylji, St. Alban — Lozerie, St. Tour — Nicei. Rząd francuski buduje wielki zakład psychjatryczny na 1000 łóżek w La Manouba koło Tunisu. Dyrektorem tego zakładu jest mianowany Dr. G. Perrussel z Paryża, który kieruje pracami związanemi z budową i organizacją zakładu.

Zakłady wielkie administrują się **taniej** niż małe. Zakład „Am Steinhof", na 3000 chorych, ma 1 dyrektora i 20 lekarzy. Tymczasem zakłady Burghölzli, Lipotmezö i Capo di Chino, razem mają ca. 3100 chorych, zatem mniejwięcej tę samą ilość co zakład „Am Steinhof". Ilość personału lekarskiego jest jednakże daleko większa, albowiem dyrektorów jest trzech, lekarzy 40. Odpowiednio powiększone cyfry znajdujemy w dziale administracyjnym. W zakładzie „Am Steinhof" administracją gospodarczą kieruje jeden administrator. Natomiast w trzech zestawionych zakładach administratorów jest trzech. Ilość pomocników biurowych w zakładzie „Am Steinhof" jest większa niż w każdym pojedyńczym zakładzie wyżej wymienionym, lecz znacznie mniejsza, niż liczba urzędników administracyjnych w trzech zakładach razem wzięta.

Zakłady, o których mowa, należą w przeważającej ilości do nowszych, z wyjątkiem Lipotmezö, Burghölzli i St. Pierre w Marsylji. Ostatnio wymienione trzy zakłady należą do starszych; przedstawiają one bowiem przestarzały typ **blokowy** zakładu psychjatrycznego.

Natomiast nowsze zakłady zbudowane są według typu pawilonowego. Pawilony zwykle, lecz nie wszędzie, są ustawione w sposób symetryczny, t. zn. że oś środkową zajmują budynki administracyjne, gospodarcze, warsztaty, maszynerja i t. p. Pawilony szpitalne rozłożone są po obu stronach osi środkowej. Jedna strona przeznaczona jest dla kobiet, druga dla mężczyzn. Najnowszym zakładem który zwiedziłem, jest prowincjonalny zakład „S. Onofrio in Campagna" koło Rzymu, oddany do publicznego użytku 20. lipca 1913. Niektóre z zakładów wymienionych zostały założone wprawdzie na początku przeszłego stulecia, albo jeszcze wcześniej, jak np. zakład w Palermo i zakład we Florencji, jednakże można zaliczać je do zakładów nowoczesnych, albowiem na początku bieżącego stulecia zostały one rozbudowane, rozszerzone i uzupełnione podług systemu pawilonowego.

Należy podkreślić, że wszystkie wzmiankowane powyżej zakłady, a w szczególności pojedyńcze pawilony mimo okalających murów i krat w oknach, przestawiają się zewnętrznie pod względem **estetycznym** bardzo okazale i sympatycznie, a to z tego powodu, że są zbudowane stylowo; ściany i mury pomalowane są biało. Wobec tego w porównaniu z zakładami wyszczególnionymi nasze wielkopolskie zakłady przedstawiają się bardzo niekorzystnie ze względu na nieestetyczny, koszarowy styl budynków i ponury ich wygląd, powodowany surowym, brudnym kolorem ścian.

Już przy wejściu do zakładów wzmiankowanych, wszędzie imponujące wrażenie robi gmach administracyjny z obszernymi przedsionkami i korytarzami, monumentalnemi schodami, licznemi biurami, luksusowo urządzonemi ubikacjami dyrektorów i lekarzy. Nadto, niektóre zakłady, jak zakład w Palermo, zakład Capo di Chino koło Nea-

polu, zakład S. Onofrio koło Rzymu i zakład Chiarugi we Florencji mają bogate archiwa, muzea antropologiczne z wartościowymi preparatami anatomicznymi, **bogato** wyposażone laboratorja chemiczne, pracownie dla badań naukowych, anatomo - patologicznych, gabinety z najnowszymi przyrządami do terapji fizykalnej, jak elektroterapja, balneoterapja itd., zasobne w dzieła naukowe bibljoteki lekarskie i czytelnie dla lekarzy, w których są wyłożone czasopisma zawodowe w różnych językach i nie było tylko pisma polskiego; odtąd jednakże są wyłożone Nowiny Psychjatryczne. Wypada wspomnieć o tem, że niektóre zakłady, jak np. Gogoleto koło Genui i S. Onofrio koło Rzymu posiadają misternie skonstruowany miniaturowy odlew zakładu, rozłożony pod szkłem na obszernym stole; przy pomocy tego planu plastycznego przybysz bardzo łatwo może się zorjentować w sytuacji.

Co się tyczy administracji, to z wyjątkiem zakładu w S. Pierre w Marsylji we Francji, o którym będzie później mowa, organizacja administracji i praktyka lekarsko - psychjatryczna w zasadzie we wszystkich wymienionych zakładach prawie jest ta sama i zachodzą tylko pewne odchylenia lokalne.

* * *

We Włoszech opieka państwowa psychjatryczna uregulowana została ustawą o zakładach psychjatrycznych, ogłoszoną 14. lutego 1904 r., oraz regulaminem wykonawczym do ustawy. W ustawie tej opiekę społeczną i państwową nad psychicznie chorymi ujęto wszechstronnie i wyczerpująco. Pozatem organizację wewnętrzną zakładu, tak sanitarną jak administracyjną, uregulowano osobnymi przepisami zawartymi w t. zw. regulaminach, mianowicie:

a) w „regulaminie organicznym“,
b) w „regulaminie specjalnym“.

Nowszy „regulamin organiczny“ np. zakładu „Chiarugi“ we Florencji, wydany dla personału sanitarnego, administracyjnego i dla służby niższej, zatwierdzony przez „radę prowincjonalną“ uchwałą z dnia 25. lipca, uchwałą z dnia 13. października i 22. grudnia 1924 r. jakoteż uchwałą „prowincjonalnej komisji administracyjnej“ na posiedzeniu w dniu 3 grudnia 1924 r. i 14. stycznia 1925 r. w decyzjach nr. 2314 i 68, obejmuje w 7-miu rozdziałach z 50-cioma artykułami całokształt obowiązków i praw personału zakładu. W rozdziale 8, w 18 artykułach, są wyszczególnione przepisy, ilustrowane 10 tablicami, dotyczące poborów urzędniczych, emerytur, grosza wdowiego i sierocego. Z regulaminu tego dowiadujemy się m. in., że urzędnicy działu administracyjnego, mianowicie buchhalter i ekonom, w swoich funkcjach zależni są od „delegata i deputacji prowincjonalnej“. W sprawach książkowości urzędnicy wymienieni stoją pod nadzorem „głównego prowincjonalnego urzędnika książkowości“, w sprawach gospodarczych podlegają dyrektorowi, po myśli art. 28 regulaminu wykonawczego do ustawy psychjatrycznej z dnia 4. lutego 1904 r. Pod względem dyscyplinarnym buchalter podlega „generalnemu sekretarzowi prowincji“,

AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

ekonom natomiast dyrektorowi zakładu . Buchalter ma do swojej dyspozycji dwuch pomocników. Ekonom rozporządza osobnemi siłami pomocniczemi: wspierają go podekonom, dwaj aplikanci i stenotypistka. Buchalter jest odpowiedzialnym za prawidłowy bieg administracji zakładu i działa pod kierownictwem i nadzorem „głównego sekretarza prowincji". Ekonom jest kierownikiem działu gospodarczego, a jego obowiązki wypływają z „regulaminu specjalnego". Tak samo obowiązki pozostającego personału ustalone są „regulaminem specjalnym".

Kompetencje dyrektora określa art. 4 ustawy o zakładach psychjatrycznych z dnia 14. lutego 1904 r. i art. 28 regulaminu wykonawczego do wzmiankowanej ustawy jako też „regulamin specjalny". Stanowisko dyrektora i posady lekarzy prymarjuszy bywają obsadzane przez „radę prowincjonalną" w drodze publicznego konkursu. Inni urzędnicy służby sanitarnej otrzymują nominację od „deputacji prowincjonalnej" na propozycję dyrektora. Przepisy tyczące nominacji personału są zawarte w art. 17, 18, 22, 24, 26 regulaminu wykonawczego do ustawy o zakładach psychjatrycznych z dnia 14. lutego 1904 r.

Starszy „regulamin organiczny" zakładu psychjatrycznego w Palermo, zatwierdzony dnia 6. lipca i 23. listopada 1907 r. przez „komisję prowincjonalną opieki społecznej" ze zmianami proponowanemi przez „wyższą radę zdrowia" obejmuje w 8 rozdziałach i 111 artykułach przepisy dotyczące wewnętrznej służby w zakładzie, służby administracyjnej, sanitarnej, pielęgniarskiej i gospodarczej, odpowiednio do tego, personał dzieli się na 3 grupy, na personał administracyjny, tabela A., na personał sanitarny wyższy, tabela B., na personał sanitarny średni i niższy, tabela C. Do tabeli pierwszej zalicza się urzędników administracyjnych, którzy podlegają „radzie" administracyjnej". Wyższy i niższy personał sanitarny podlega dyrektorowi. . Personał administracyjny otrzymuje nominacje od „rady administracyjnej". „Nadintendent" jest naczelnikiem administracji zakładowej, podlega „radzie administracyjnej" i jej prezydentowi. Posiada on pełen autorytet i odpowiedzialność za urzędników administracji i ekonomji, jakoteż wykonywa władzę dyscyplinarną nad personałem jemu podległym i ma stałe mieszkanie w zakładzie.

Dyrektor zakładu ma pełny autorytet we wewnętrznej służbie sanitarnej, wykonuje nadzór w dziale ekonomicznym szpitalnym, posiada władzę dyscyplinarną nad podwładnym mu personałem, jest odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie służby wewnętrznej i za ścisłe wykonywanie przepisów ustawy z dnia 14. lutego 1904 r., mianowicie nr. 36, jakoteż odnośnego regulaminu wykonawczego. W artykule 47a cytowanego „regulaminu organicznego" wyszczególnione są bardzo dokładnie wszystkie funkcje sanitarne, a w artykule 46b ustalone są kompetencje dyrektora w zarządzie gospodarczym zakładu. Artykuł 48 precyzuje zakres nadzoru sanitarnego, artykuł 49 przyznaje dyrektorowi stałe mieszkanie w zakładzie psychjatrycznym i głos doradczy w „radzie administracyjnej" w sprawach techniczno - sanitar-

nych. Artykuł 50 przewiduje zastępstwo dyrektora przez lekarza prymarjusza we wszystkich sprawach służbowych obowiązujących dyrektora z wyjątkiem spraw wskazanych artykułem 47 literą M. W dalszych artykułach „regulaminu organicznego" jest mowa o kompetencjach i obowiązkach zastępcy dyrektora, lekarzy oddziałowych i lekarzy prymarjuszy, lekarzy asystentów, lekarza dyżurnego, chirurga i okulisty, o służbie w pracowniach naukowych, o służbie aptekarskiej, o służbie sekretarza przy dyrektorze, o służbie personału pielęgniarskiego wyższego i niższego. Rozdział 8 wreszcie traktuje o kompetencjach i obowiązkach personału administracyjnego zatrudnionego w służbie wewnętrznej.

„Regulamin specjalny" zakładu „Chiarugi" we Florencji zawiera w 9 rozdziałach i 162 artykułach przepisy w zakresie działalności władzy nadzorczej, dyrekcji, lekarzy i innych urzędników. Z artykułu 2 wzmiankowanego rodziału dowiadujemy się, że „prezydent deputacji prowincjonalnej" zastępuje „urząd opieki społecznej" we wszystkich aktach cywilnych i administracyjnych. Artykuł 3. ustala, że administracja zakładu psychjatrycznego powierzona jest „radzie prowincjonalnej", która zarządza zakładem przez „deputację prowincjonalną". Deputacja ta naznacza co dwa lata „delegata prowincjonalnego" i dwuch zastępców wybranych zawsze z pomiędzy członków deputacji albo z pomiędzy radców prowincjonalnych. Zastępcy są obowiązani spółdziałać albo też zastępować delegata w administracji zakładu. Z dalszych artykułów dowiadujemy się o sprawach podlegających kompetencji „rady prowincjonalnej", o kompetencjach i obowiązkach deputacji prowincjonalnej i delegata prowincjonalnego. Rozdział 2 obejmuje przepisy tyczące dyrekcji i personału sanitarnego; czytamy w art. 12, że dyrektor jest najwyższym chierarchicznym autorytetem nad całym personałem służby wewnętrznej zakładu, stosownie do art. 4 ustawy z dnia 14. lutego 1904 r. i jest zależnym od deputacji i od delegata prowincjonalnego. Dalej dowiadujemy się o szczegółach zastępstwa dyrektora, o kompetencjach i obowiązkach lekarzy oddziałowych i lekarzy praktykantów jakoteż o funkcjach aptekarza. Rozdział 3 wyszczególnia dokładnie i drobnostkowo wszystkie sprawy należące do służby administracyjnej, mówi o kompetencjach sekretarjatu, administracyji prowincjonalnej, o książkowości zakładowej, o służbie gospodarczej, o kasowości, o godzinach służbowych personału administracyjnego. Rozdział 4 traktuje o służbie technicznej, rozdział 5 o duszpasterstwie, rozdział 6 o służbie pielęgniarskiej i przewiduje w licznych artykułach w sposób ścisły, szczegółowy i drobnostkowy wszelkie obowiązki z osobna dla każdej kategorji służby pielęgniarskiej. Rozdział 7 obejmuje przepisy tyczące urlopów dyrektora, lekarzy i personału, określa warunki zwolnienia personału, omawia środki dyscyplinarne, które mogą być zastosowane względem personału i przewiduje dla tych celów osobną „radę dyscyplinarną". Rozdział 8 wspomina o kasie, z której się wynagradza pacjentów pracujących, a w rozdziale 9 wreszcie jest mowa o pacjentach; tych dzieli się na chorych komunalnych

i klasowych. Podobnie, lecz zwięźlej, bo tylko w 4 rozdziałach i 45 artykułach traktuje przedmiot „regulamin specjalny" zakładu psychjatrycznego w Palermo, uchwalony przez „radę administracyjną" na posiedzeniu w dniu 5. lipca 1916 r. i zatwierdzony przez wyższą radę zdrowia w dniu 19. grudnia 1918 r. Rozdział 1 poświęcony jest organizacji służby, z rozdziału 2 dowiadujemy się o warunkach nominacji i promocji personału sanitarnego wyższego i niższego, rozdział 3 zawiera przepisy dyscyplinarne i przewiduje radę dyscyplinarną tak samo jak cytowany „regulamin specjalny" zakładu „Chiarugi" we Florencji. Wreszcie w rozdziale 4 są unormowane godziny służbowe.

Przytoczyłem dla ilustracji niektóre tytuły z czterech regulaminów, 2 organicznych i 2 specjalnych, obowiązujących w dwuch zakładach, mianowicie we Florencji i w Palermo. Regulaminy te różnią się co do formy, tj. pod względem zewnętrznym. Redakcja i ujęcie przedmiotu jest inna w regulaminach zakładu we Florencji i inna w regulaminach zakładu w Palermo. W kwestji zasadniczej jednakże wzmiankowane regulaminy zawierają jednakową treść, albowiem opierają się na tej samej podstawie, tj. na ustawie o zakładach psychjatrycznych z dnia 14. lutego 1904 r. i na regulaminie wykonawczym do tej ustawy.

Ustawa ta w regulaminie ogólnym (5. III. 1905) przepisuje, że personał pielęgniarski wyższy i niższy w zakładach psychjatrycznych winien wykazać, że brał udział w kursach pielęgniarskich i złożył egzamin. Odpowiednie kursy odbywają się w każdym zakładzie psychjatrycznym.

Z regulaminów powyżej przytoczonych, dowiadujemy się jeszcze że zakłady prowincjonalne we Włoszech podlegają komisji **„Il Consiglio Provinciale di Amministrazione"**, na której czele stoi prezydent i trzech lub czterech radców. Odpowiadałoby to mniejwięcej urządzeniom Starostwa Krajowego.

Na czele zakładu stoi psychjatra jako dyrektor, na czele zarządu gospodarczego stoi administrator (buchhalter, ekonom, nadintendent), który w zarządzeniach swoich kieruje się intencjami dyrektora.

Służba lekarska w zakładach wymienionych jest dobrze zorganizowana i odpowiada w znacznej części wymaganiom praktyki zakładowej. Liczba lekarzy jest dość znaczna. Zakład „Chiarugi" we Florencji na 1600 chorych ma 10 lekarzy, zakład S. Onofrio koło Rzymu na 2000 chorych 10 lekarzy, zakład Capo di Chino koło Neapolu na 2400 chorych ma 15 lekarzy. Wypada nadmienić, że nie wszędzie dyrektor i lekarze mieszkają w zakładzie. Stale w zakładzie przebywa lekarz dyżurny. Dyrektor i inni lekarze dochodzą do zakładu na godziny służbowe. Tylko w niektórych miejscowościach dyrektor ma mieszkanie w zakładzie, np. w Cogoleto, Palermo, Neapolu, Florencji. Dyrektorzy zakładów w Cogoleto, Florencji, Palermo mieszkają w gmachach administracyjnych. Dyrektor zakładu Capo di Chino koło Neapolu zamieszkuje wspaniały piętrowy pałac o 24 pokojach, położony

na terenie zakładu. Ponieważ dyrektorzy i lekarze wykonują praktykę prywatną, więc stanowisko ich materjalne jest bardzo korzystne.

Zakłady psychjatryczne we Włoszech położone w bliskości miast uniwersyteckich służą równocześnie celom uniwersyteckim, **a dyrektorzy i lekarze są profesorami.** (Zakład w Palermo — Dyrektor prof. Dr. Dotto, zakład Capo di Chino koło Neapolu — Dyrektor prof. Dr. Sciuti, zakład „S. Onofrio in Campagna" koło Rzymu — Dyrektor prof. Dr. Gianelli, prymarjusz prof. Dr. Bonfiglio, zakład „Chiarugi" we Florencji — Dyrektor prof. Amaldi, prymarjusz prof. Dr. Catola i. i.) W bogato urządzonych pracowniach naukowych lekarze mają dużo sposobności do badań naukowych, dla tego też nauka psychjatryczna w tych zakładach kwitnie i postępuje naprzód.

Praktyka psychjatryczno - lekarska wewnętrzna w zakładach, o których mowa, stosuje się według zasady ogólnie rozpowszechnionej. Zakłady otoczone są wysokimi murami, tak samo pawilony dla niespokojnych pacjentów, których wypuszcza się tylko na niezbyt obszerne gołe podwórko obmurowane (Palermo). Do innych pawilonów przylegają małe ogródki okolone wysokim drucianym płotem (Cogoleto, Neapol). W ogródkach tych przechadzają się chorzy. Ogródki takie robią wrażenie klatek, jakie się widzi w ogrodach zoologicznych dla ptactwa. Okna są zakratowane. Pawilony posiadają izolatki z przymocowanemi do podłogi łóżkami (Neapol), w których się izoluje pacjentów niespokojnych i głośnych; prawie wszystkie izolatki są stale zajęte. Dalej używa się przyrządów do mechanicznego ubezwładnienia ruchliwych chorych, jak kaftany bezpieczeństwa, albo chorych przywiązuje się w kaftanach do krzeseł (Palermo), albo do łóżek (Rzym) albo wreszcie trzyma ich się pod obserwacją w ciemnych izolatkach. (Palermo).

Mury i kraty nie robią na chorych ani na przechodniów zbyt ujemnego wrażenia, albowiem publiczność włoska jak wogóle ludność zamieszkująca kraje położone nad morzem śródziemnem, do murów i krat jest przyzwyczajona, bo domy prywatne tubylców przeważnie otoczone wysokimi murami, a okna prawie regularnie są zakratowane, nie tylko na parterze, ale także na piętrach. Jeżeli więc tego szczegółu nie potrzeba akcentować jako objawu ujemnego w zewnętrznym wyglądzie zakładów włoskich, to jednak należy podkreślić fakt, że u nas wysokie mury i kraty przedstawiają w pierwszym rzędzie cechę więzienia i stanowią niepotrzebne oszpecenie szpitala, które nie powinno mieć miejsca.

Na wyszczególnienie zasługuje fakt, że w zakładach włoskich kładzie się wielką wagę na przyprawianie potraw. Personał kuchenny specjalnie jest wykwalifikowany. Kuchnia znajduje się pod zarządem męskim, tj. kucharza, jego personał pomocniczy jest także męski. Chorzy otrzymują rano kawę, czekoladę, mleko, 2 śniadanie o 12 godzinie jest obfite, tak samo obiad o 6 godzinie. Kiszki są z programu wykreślone. Natomiast ważny czynnik pożywienia stanowi czekolada, którą się podaje wszystkim chorym, klasowym i komunalnym w różnej formie, na drugie śniadanie często jako dodatek w kawałkach. Pieczywo pochodzi z własnej piekarni zakładowej, jest zawsze świeże i smaczne. Przy-

gotowanie pokarmu dla chorych i pracę w piekarni miałem sposobność obserwować m. in. w Cogoleto.

Zakład **Cogoleto** koło Genui zasługuje na wyszczególnienie ze względu na swoje celowo i hygjenicznie urządzone warsztaty pracy tak dla mężczyzn jak dla kobiet, w których liczni chorzy znajdują zajęcie.

Nowoczesny zakład w Cogoleto zbudowany w r. 1908 mogący dać pomieszczenie 2400 pacjentom, jest bardzo obszerny i posiada 45 pawilonów przeznaczonych dla celów szpitalnych i 16 budynków dla celów administracyjnych, gospodarczych i mieszkalnych. Budynki nie są ustawione systematycznie, lecz porozrzucane na terenie górzystym nad morzem. Położenie zakładu jest bardzo piękne. Okolica zdrowa, powietrze zawsze łagodne, nie gorące, czyste, górskie. Ubikacje warsztatowe, mianowicie dla pracy przy maszynach, są obszerne, położone na parterze, mają dużo światła i powietrza. Warsztaty w rodzaju szwalni, tkalni, itp. są umieszczone w jasnych obszernych salach.

Pacjenci w zakładach włoskich dzielą się na dwie kategorje, na pacjentów komunalnych i klasowych. **Opłatę** za pacjentów komunalnych uskutecznia prowincja wzgl. komuna. Opłata ta nie jest jednolicie uregulowana i w każdym zakładzie jest inna. W Palermo za komunalnych opłata wynosi ca 1,55 zł, w Neapolu ca 3 zł, w Rzymie ca 4 zł, we Florencji ca 2,50 zł. Tak samo opłata za pacjentów klasowych różni się od zakładu do zakładu. W Palermo opłata za I. kl. wynosi ca 9 zł, II. kl. = ca 5 zł, III. kl. = 3,35 zł, we Florencji I. kl. wynosi ca 8 zł, II. kl. 7 zł (?); w Capo di Chino jest tylko jedna klasa = 3 zł.

Od zakładów włoskich pod względem organizacji wewnętrznej nie różni się zasadniczo zakład szwajcarski Burghölzli.

Kantonalny zakład w **Burghölzli** koło Zurychu jest zarazem kliniką uniwersytecką. Dyrektorem zakładu jest lekarz — psychjatra (prof. Bleuler); odpowiedzialny za administrację zakładu jest administrator. Zakład podlega „dyrekcji urzędu zdrowia" w Zurychu.

Jako klinika uniwersytecka zakład Burghölzli jest bardzo bogato wyposażony w pracownie naukowe. Personał sanitarny jest nadzwyczaj liczny. Na 400 chorych w zakładzie pracuje 14 lekarzy, a stosunek personału pielęgniarskiego do chorych przedstawia się jak 1:5 (w Dziekance obecnie na oddziale dla kobiet stosunek ten wynosi 1 : 13).

I w Burghölzli znajdujemy mury, kraty i cele. Jako inowację techniczną pokazał prof. Bleuler mechanizm dopływowy dla gorącej wody na kąpiele. Kurek nie znajduje się na widocznem miejscu nad wanną lecz jest schowany, zamknięty we framudze wmurowanej i dostępny tylko personałowi kąpielowemu, który posiada klucz do tego mechanizmu. Tym sposobem chory znajdujący się w wannie, nie może mechanizmu otworzyć, nie może dolać gorącej wody, tem samem niebezpieczeństwo poparzenia się chorego z własnej winy jego jest wykluczone. Jakkolwiek Dziekanka takich nowoczesnych technicznych

urządzeń nie posiada, to jednakże i tutaj niebezpieczeństwo poparzenia się chorego gorącą wodą w wannie nie istnieje, albo jest zredukowane do minimum ze względu na to, że personał dozorujący przy kąpieli jest odpowiednio instruowany i ma obowiązek skrupulatnego dozorowania chorego, jakoteż istnieje zakaz dolewania gorącej wody do wanny podczas przebywania pacjenta w kąpieli.

Wysoko pod względem urządzeń stoi zakład węgierski **Lipotmezö**; pod względem praktyki psychjatrycznej stosuje się w nim w ogólności tę samą zasadę, co w innych zakładach. Wypada przedewszystkiem podkreślić, że jedzenie dla chorych jest bardzo obfite, urozmaicone i bardzo smacznie przyprawione, a na szczególną uwagę zasługuje fakt, że pacjentom komunalnym nie podaje się jedzenia według systemu wojskowej kuchni polnej, t. z. wszystko razem gotowane i podane w wielkich miskach, lecz podaje się w tej samej formie co pacjentom klasowym, t. zn. w kilku daniach i na talerzach.

Ten sposób podawania pokarmu pacjentom komunalnym referent przejął z zakładu w Lipotmezö i od pół roku podaje się w Dziekance pacjentom komunalnym jedzenie na talerzach w dwóch albo trzech daniach tj. zupę, mięso i jarzynę albo leguminę, albo kompot, a nie jako mieszankę w miskach. Nowy sposób podawania został przyjęty przez pacjentów z wielkiem zadowoleniem, choć by już z tego powodu, że chorzy mają wrażenie, iż ogólna porcja jest większa.

Osobne miejsce w rozważaniach niniejszych zajmuje zakład **St. Pierre w Marsylji** (Francja), albowiem instytucja ta jset zorganizowana na innej zasadzie, aniżeli zakłady poprzednio wymienione. Opieka nad psychicznie chorymi we Francji jest uregulowana ustawą psychjatryczną z r. 1838, która należy do najstarszych ustaw psychjatrycznych w Europie. Dlatego w porównaniu z ustawą włoską z roku 1904 jest ona przestarzała.

Zakłady psychjatryczne we Francji w przeważającej większości nie są administrowane przez psychjatrów, lecz przez niefachowców, przez osoby bez wykształcenia medycznego i psychjatrycznego. Często posada dyrektora zakładu psychjatrycznego uważana bywa jako synekura dla zasłużonego polityka, albo prefekta departamentu. Dyrektor zakładu jest tylko administratorem i niczem więcej. Lekarz psychjatra na administrację zakładu niema wpływu. Szpital psychjatryczny podzielony jest na sekcje. Każda sekcja przedstawia samodzielną jednostkę sanitarną; na jej czele stoi lekarz psychjatra jako „médicin en chef". To też w każdym zakładzie psychjatrycznym jest tyle szefów lekarzy ile oddziałów.

System ten jest także stosowany w zakładzie psychjatrycznym St. Pierre w Marsylji, który zwiedziłem jedynie w tym celu, ażeby się przekonać naocznie o praktyczności i o pożyteczności dla psychjatrji systemu wzmiankowanego. Kierownikiem zakładu jest dyrektor niefachowiec. Pozatem czynnych w zakładzie jest trzech psychjatrów w charakterze „médecin en chef". Każdy lekarz ma do pomocy asysten-

ta. Zakład St. Pierre w Marsylji nie zrobił na mnie korzystnego wrażenia. Krytyka moja jednakże nie zwraca się przeciwko osobom, lecz przeciwko tamtejszym stosunkom. Podkreślam, że tak dyrektor zakładu, p. Signoret, (jedyny kierownik, który na moje piśmienne zgłoszenie się, że zamierzam zakład zwiedzić, przysłał mi zaproszenie na zwiedzenie zakładu) jak i lekarz naczelny oddziału męskiego i lekarz naczelny oddziału żeńskiego zrobili na mnie wrażenie ludzi poważnych, którzy dokładają wszelkich sił, ażeby zakład postawić na możliwie wysokim poziomie szpitalnym. Jeżeli im to się nie udało, nie jest to ich wina, lecz wina systemu. Wymienieni panowie przyjęli mnie z wielką uprzejmością i serdecznością i z całą gotowością informowali mnie o wszystkiem, co wiedzieć pragnąłem. Ten stosunek osobisty pozostawił w mojej pamięci najmilszy obraz wspomnieniowy. Nie mogę tego powiedzieć o zakładzie.

Wprawdzie wygląd zewnętrzny zakładu, mianowicie głównego gmachu administracyjnego i pięknych wil lekarskich jest wspaniały. Obszerny hal w gmachu głównym z monumentalnemi drzwiami prowadzącemi do pokoi urzędowych lekarzy szefów robi imponujące wrażenie. Atoli urządzenia wewnętrzne na oddziałach chorych wywołują krytykę.

O zakładzie informował mnie najprzód p. dyrektor Signoret. Jednakże informacje jego były ograniczone, p. dyrektor umiał informować tylko o sprawach biurowych administracji zakładowej. M. in. dowiedziałem się, że pacjentów dzieli się na 6 klas: pacjenci „hors-classes" płacą dziennie ca 11,70 zł, „exceptionels" płacą ca 7,75 zł, pacjenci I. kl. płacą dziennie ca 6 zł, II. kl. ca 4,25 zł, III. kl. ca 3,75 zł; za pacjentów komunalnych płaci komuna ca 3 zł; pacjenci komunalni dostają 2—3 dania na obiad. O kwestjach wewnętrznej służby psychjatryczno - lekarskiej dyrektor nie mógł mi dać żadnej wiadomości i musiał poprosić p. Dr. Wahla o ściślejsze informacje, atoli p. Dr. W. odpowiadał na szczegółowe pytania tylko o tyle, o ile odnosiły się do jego oddziału męskiego; natomiast nie umiał dać żadnych informacji o innych oddziałach i nie mógł także dać informacji, jeżeli chodziło o sprawy oddziałowe, które sięgały w dziedzinę administracyjną. Trzeba się było zatem znowu udać po informację do dyrektora. Informacje z działu czysto lekarsko - psychjatrycznego zostały uzupełnione szczegółami z oddziału dla kobiet, gdy przybył naczelny lekarz tegoż oddziału. Mimo, że wiadomości o zakładzie St. Pierre pochodzą od trzech informatorów, nie są one tak wyczerpujące jak informacje z innych zakładów. Każdy lekarz ma ograniczony tylko zakres działalności i nie troszczy się o to, co się dzieje za ścianą, u sąsiada; w swoim zakresie jest jednak samodzielny i niezależny. Takie rozluźnienie organicznych części wpływa oczywiście ujemnie na rozwój zakładu, albowiem brak przewodniej myśli psychjatrycznej, niema też jednolitego planu. Żaden z tych panów nie objął całokształtu organizacji i potrzeb zakładu psychjatrycznego. Jest to zrozumiałem,

skoro uwzględnimy fakt, że nikt nie może interesować się sprawami, co do których nie ma odpowiednich ingerencji i kompetencji. Jak dyrektor niepsychjatra może się starać o rozwój szpitala psychjatrycznego, jeżeli nie wyczuwa, (a nie może wyczuwać, gdyż niema do tego odpowiedniej fachowej podstawy i rzeczowych kwalifikacji) braków i postulatów psychjatryczno - zakładowych? Jak lekarz oddziałowy może pchnąć naprzód rozwój szpitala psychjatrycznego, jeżeli jego działalność jest ograniczona tylko do zabiegów lekarskich względem pacjentów znajdujących się na jego oddziale? A choćby nawet chciał zaprowadzić na swoim oddziale jakąkolwiek inowację, to napotka z pewnością na sprzeciw dyrektora niefachowca, jeżeli ten nie zrozumie potrzeby takiej inowacji i odmówi wsparcia ze względów choćby tylko fiskalnych. Jeżeli zaś jeden lekarz zaprowadzi na swoim oddziale pożyteczną inowację, a inny lekarz u siebie tego nie zrobi z jakichkolwiek powodów, to między poszczególnymi oddziałami mogą powstać takie różnice zasadnicze, że zakład zatraci zupełnie charakter jednolity. Zakład St. Pierre ma liczne urządzenia fizykalno-terapeutyczne. Są one jednak rozłożone nieracjonalnie, niepraktycznie, niewygodnie, porozrzucane bez planu, w małych ciasnych ubikacjach. Chorzy głośni i ruchliwi bywają przetrzymywani w małych, ciasnych, ciemnych komórkach o oknach zakratowanych, w których znajduje się na środku przymocowane łóżko w kształcie pudła z drzewa, wyłożonego słomą, w którem pacjent w razie potrzeby wypoczywa; innych pacjentów niespokojnych trzyma się w ciepłej kąpieli w zamkniętej wannie z otworem tylko dla głowy. W niektórych ubikacjach, mianowicie tam, gdzie jest dużo pacjentów zanieczyszczających się moczem i kałem, zaduch utrudnia oddechanie. W dniu, w którym zakład zwiedziłem, na oddziale kobiecym znajdowało się 48 pacjentek stale zanieczyszczających się. W takich warunkach powstają łatwo odleżyny; nie dziw więc, że na oddziale żeńskim znajduje się dziennie 4—5 przypadków z odleżynami (w Dziekance zanieczyszczań i odleżyn niema prawie wcale); to też ogólny stan hygjeniczny w zakładzie St. Pierre nie jest tak pomyślny, jak by mógł być; odsetka śmiertelności wynosi 9%.

Podczas mojej bytności w zakładzie St. Pierre przekonałem się, że mylą się ci, którzy spodziewają się lepszego prosperowania zakładów, gdy na czele zakładu stanie kierownik niepsychjatra. System stosowany w Niemczech, w Szwajcarji, we Włoszech, w Austrji, w Czechosłowacji, na Węgrzech, w Polsce, gdzie dyrektorem zakładu jest z reguły fachowiec, tj. lekarz psychjatra, jest odpowiedniejszy, praktyczniejszy i korzystniejszy dla sprawy psychjatrycznej, albowiem całokształt spraw szpitalnych i psychjatrycznych znajduje się w jednem ręku; doświadczony dyrektor fachowiec lepiej orjentuje się w potrzebach i w brakach zakładu, może działać planowo, systematycznie, przystosować formę administracji do treści zakładu, tj. do potrzeb i postulatów psychjatrycznych. W służbie wewnętrznej niema rozbieżności, albowiem dyrektor daje inicjatywę i wykreśla kierunek, w którym praktyka ma kroczyć, a myśl psychjatryczna się rozwijać.

Tam, gdzie na pierwszym planie stoją względy administracyjne, sprawa psychjatryczna schodzi na plan drugi, co nie może wyjść na korzyść chorym.

Zupełnie inny obraz przedstawiały zakłady włoskie.

Dla ilustracji pewnych szczegółów załączam w następujących ustępach krótki szkic opisowy trzech wybitniejszych zakładów nowoczesnych i wymieniam:

1) zakład w Palermo jako wzór zakładu powstałego przez przebudowanie i uzupełnienie innego instytutu (pojezuickiego),

2) zakład „S. Onofrio in Campagna" koło Rzymu jako zakład najnowszy,

3) zakład „Am Steinhof" pod Wiedniem jako zakład olbrzym.

Zakład w Palermo został założony w roku 1824. W nowszych czasach okazał się niewystarczającym dla zwiększającej się liczby chorych, dla tego wybudowano nowy zakład.

Nowy zakład powstał na początku bieżącego stulecia w odległości 1 kilometra od Palermo, nad drogą prowadzącą do znanych katakomb kapucyńskich i roztacza się na gruntach pojezuickich „Vignicella", na obszarze obejmującym 210 000 metrów kwadratowych. Do zakładu wchodzi się przez bramy w głównym gmachu administracyjnym na ulicy Pindemonte, od której prowadzi szeroka aleja, długości 800 metrów, w głąb terenu zakładowego. Po stronie lewej głównej drogi wznosi się na pierwszym planie pawilon dla chorych spokojnych, na drugim planie willa pensjonarska, następnie klinika i znowu willa dla pensjonarzy, poczem następują dwa pawilony przeznaczone dla paralityków, dla chorych zanieczyszczających się i dla dzieci. Prawa strona drogi zajęta jest przez zakład zamknięty, w którym znajdują się pawilony dla chorych podnieconych. Środkowy odcinek drogi głównej przechodzi przez ładny plac, gdzie wznosi się elegancki gmach dla pacjentów nowo przyjętych. Za tym gmachem znajduje się czworoboczna przestrzeń zamknięta po bokach budynkami szpitalnymi (lazaret), dla mężczyzn po lewej stronie, a dla kobiet po prawej. Od tego czworobocznego miejsca, które leży w samym środku terenu, roztacza się ku wyżynom część zakładu, składająca się z 8 pawilonów, ustawionych w dwuch szeregach i przeznaczona dla mężczyzn, a ku nizinie ciągnie się część zakładu przeznaczona dla kobiet. Wszystkie pawilony połączone są korytarzami; małe wozy rozwożą na szynach pożywienie do poszczególnych oddziałów i różne przedmioty życia gospodarczego. Stara fabryka pojezuicka przemieniona została na oficynę i na kolonję rolniczą.

Gmach administracyjny ma dwa piętra. Na parterze znajdują się biura. Na pierwszym piętrze mieszka dyrektor i inspektor; pozatem jest tam szereg pokoi przeznaczonych dla rady administracyjnej. Drugie piętro zawiera mieszkania vicedyrektora, ekonoma i innych urzędników.

Oddział dla pacjentów nowo przyjętych mieści się w wielkim gmachu, 72 metry długim, podzielonym na dwie sekcje: sekcja dla

mężczyzn znajduje się u góry, sekcja dla kobiet na dole; pozatem na parterze leżą ubikacje lekarskie, biura inspektoratu, łazienki dla nowo przyjętych pacjentów, sala dzienna, jadalnia i pokoje gościnne. Sypialnie znajdują się na piętrach. Część środkowa gmachu zawiera pracownie naukowe i pokój lekarza dyżurnego.

Oddział dla chorych spokojnych składa się z 4 pawilonów położonych niedaleko budynku przeznaczonego dla pacjentów nowo przyjętych. Każdy z nich zawiera na parterze sale dzienne i sypialnie, a na piętrze sypialnie, szatnie i pokój lekarski.

Oddział dla półspokojnych wznosi się obok oddziału dla spokojnych i mieści się w dwuch pawilonach o identycznej budowie jak domy dla spokojnych.

Oddział dla niespokojnych składa się z 2 pawilonów. Pawilony dla niespokojnych mężczyzn są połączone dwoma korydarzami, do których przytykają izolatki. Pawilony dla kobiet połączone są jednym podłużnym korydarzem. Każdy pawilon zawiera dwie sypialnie, salę dzienną i refektarz. Izolatki wychodzą na podwórko.

Urządzenia leczniczo - kąpielowe rozdzielone są na dwa pawilony, dla niespokojnych mężczyzn i kobiet; w sali kąpielowej znajduje się 12 wanien. Dalej jest sala dla kąpieli leczniczych, sala dla stosowań hydropatycznych z przyrządami do natrysków strumieniowych i do natrysków deszczowych.

Szpitale dla cieleśnie chorych mają na parterze oddział chirurgiczny z salą operacyjną, salą opatrunkową, salą, w której są przechowane instrumenty oraz umywalnie. Na piętrze mieści się oddział dla chorych wewnętrznych, obejmujący dwie sypialnie, pomiędzy któremi znajduje się sala dzienna.

Oddział dla zanieczyszczających się, dla paralityków i dla dzieci obejmuje dwa pawilony parterowe, położone na końcu aleji głównej po lewej stronie.

Każdy pawilon składa się z części środkowej i dwuch skrzydeł i zawiera refektarz, cztery sypialnie i dwie sale dzienne, łazienki i pokoiki do izolowania chorych.

Wille, dwupiętrowe, dla pacjentów klasowych, położone są po lewej stronie głównej aleji; jedna willa urządzona dla mężczyzn, a druga dla kobiet. Na parterze znajdują się sale dzienne, refektarz, pokój przyjęć. W tylnej części urządzony jest przytułek dla chroników. Na piętrze są pokoje sypialne.

Budynek gospodarczy ma trzy piętra. — Na parterze znajduje się kuchnia, śpiżarnia, apteka, biuro gospodarcze. Na pierwszem piętrze są mieszkania dla sióstr, na drugiem piętrze szatnie i pracownie kobiece.

Zakład w Palermo wydaje czasopismo „Il Pisani“ poświęcone sprawom psychjatrycznym (tak jak Dziekanka wydaje Nowiny Psychjatryczne). „Il Pisani“ bywa wysyłany do Dziekanki w zamian za Nowiny Psychjatryczne i będzie drukował prace naukowe z Dziekanki, tak jak Nowiny Psychjatryczne drukują prace ze zakładu w Palermo.

Nowszym od zakładu w Palermo jest zakład S. Onofrio. Jest to w ogóle najnowszy zakład.

Prowincjonalny Zakład Psychjatryczny **„S. Onofrio in Campagna"** koło Rzymu był oddany do użytku publicznego dnia 28. lipca 1913 r. w stanie nie zupełnie wykończonym. Dopiero po wojnie zakład został doprowadzony do stanu dzisiejszego. Zakład leży w pięknej pagórkowatej okolicy, oddalonej o 5 klm. od Rzymu, z którym jest połączony kolejką elektryczną. Zakład wybudowany jest według systemu pawilonowego i składa się z 26 pawilonów szpitalnych i 15 budynków służących do pomieszczenia biur administracyjnych i urządzeń gospodarczych. System symetryczny nie był ściśle przestrzegany. Zachowano jednakże zasadę, że budynki gospodarcze postawiono w miejscu środkowem terenu, a pawilony szpitalne na peryferji. Zakład posiada 2000 łóżek. Jedne pawilony są jednopiętrowe, drugie dwupiętrowe. Tylko budynki t. zw. kolonji rolnej mają trzy piętra. Mniejsze domy zawierają 30 — 40 łóżek, a obszerniejsze gmachy po 120, i dzielą się na kilka oddziałów. Wszystkie pawilony szpitalne zawierają najnowsze urządzenia techniczne, ogrzewanie centralne gorącą wodą, wodociągi dla wody ciepłej i zimnej, elektryczne oświetlenie, umywalnie, łazienki, klozety, szatnie, komory do przechowania sprzętów, pokoje gościnne dla gości odwiedzających chorych, gabinety lekarskie i t. p. Każdy pawilon ma swój ogródek. Pawilony szpitalne dzielą się na następujące kategorje: dwa pawilony dla pacjentów nowo przyjętych, cztery pawilony dla chorych spokojnych, dwa domy dla półspokojnych, dwa domy dla niespokojnych, dwa domy dla epileptyków, dwa pawilony dla chorych potrzebujących stałego dozoru, trzy pawilony dla zanieczyszczających się, dwa budynki dla cieleśnie chorych, jeden pawilon dla dzieci i jeden dom dla przestępców, jeden pawilon dla pacjentów, cierpiących na choroby zakaźne; jeden dom przeznaczony jest specjalnie dla suchotników. W pawilonie lazaretowym (dla cieleśnie chorych) znajduje się osobny oddział chirurgiczny, posiadający salę operacyjną z przynależnemi ubikacjami pobocznemi i wszelkiemi urządzeniami kliniki chirurgicznej, prócz tego gabinetdentystyczny. Personał pielęgniarski znajduje w razie choroby pomieszczenie i opiekę lekarską na osobnym oddziale. Pawilon dla dzieci jest wyposażony we wszystkie przedmioty potrzebne dla nauczania i wychowania dzieci niedorozwiniętych.

Pawilon dla suchotników, wybudowany według najnowszych postępów w leczeniu tych chorych, otoczony jest werandami; tu przebywają chorzy przez cały dzień na świeżem powietrzu i na słońcu.

Urządzenia techniczne, jak wielką kuchnia centralna, mechaniczna pralnia, elektryczna piekarnia, lodownia, aparat desinfekcyjny, założone są według najnowszych zdobyczy technicznych.

Laboratorja dla prac naukowych są bogato wyposażone w najnowsze aparaty. Zakład ma instytut anatomo-patologiczny, laboratorja chemiczne i serologiczne, gabinety psycho - fizyczne i eksperymentalno - psychologiczne i zasobną bibljotekę naukową.

W organizacji służby sanitarnej i pielęgniarskiej zaprowadzono pewne inowacje, które się uważa jako znaczny postęp, mianowicie, zatrudnia się w pawilonach dwie kategorje personalu. Do pierwszej kategorji należą osoby starsze, w pielęgniarstwie doświadczone, którym się powierza służbę pielęgniarską. Do drugiej kategorji należy personal młodszy, mniej wykwalifikowany i mniej zdolny do funkcji pielęgniarskiej. Ten personał zatrudnia się pracami grubszemi na oddziałach, jak porządkowanie oddziału, czyszczenie i usługiwanie. Podział ten ma swoje zalety przejawiające się właściwie w tem, że

1) personał pielęgniarski doborowy i wykwalifikowany nie jest drogi, ponieważ nie jest liczny,

2) personał służebny niewykwalifikowany jest eo ipso tańszy. System ten jest ekonomiczniejszy i od lat kilku zastosowany także w Dziekance. Dziekanka bowiem ma nieliczny personał pielęgniarski wykwalifikowany, pozatem zatrudnia niewykwalifikowany, ale bardzo tani personał służebny w postaci posługujących.

Dyrekcja zakładu S. Onofrio zaprowadziła na próbę 8-godzinny dzień pracy. Próba nie udała się, tak pod względem technicznym jak i ekonomicznym. Po krótkim czasie trzeba było powrócić do 24-godzinnego dnia pracy, — t. j. te 24 godziny pracy oznaczają pobyt na miejscu służby przez 24 godziny, poczem następuje dzień wolny.

Służba lekarska jest w ten sposób zorganizowana, że część szpitalna zakładu podzielona jest na sekcje. Każda sekcja obejmuje kilka pawilonów szpitalnych. Na czele sekcji stoi lekarz prymarjusz, któremu do pomocy przydany jest lekarz sekundarjusz. Prymarjusz ma do swojej dyspozycji małe laboratorjum, w którem przeprowadza mikroskopowe i chemiczne badania dla celów klinicznych.

Wskutek tej organizacji służby psychjatryczno - lekarskiej jest zachowaną ciągłość leczenia i dozoru jednej i tej samej sekcji pawilonowej, pozatem badania i obserwacje chorego pogłębiają się.

Zakład Psychjatryczny „S. Onofrio in Campagna" koło Rzymu przeznaczony jest dla prowincji rzymskiej i ma dać pomieszczenie wszystkim chorym psychicznie, pochodzącym z tej prowincji. Zakład z łatwością da się powiększyć do 2500 łóżek. Pod względem ekonomicznym jeden taki wielki zakład na 2500 chorych jak S. Onofrio jest dla prowincji tańszy i potrzebuje mniej dopłaty krajowej, niż trzy zakłady po 800—1000 chorych.

Największe moje zainteresowanie wzbudził zakład olbrzym **„Am Steinhof"** pod Wiedniem.

Zakład Psychjatryczny „Am Steinhof" pod Wiedniem powstał w bardzo krótkim czasie. Kamień węgielny założono w dniu 27. września 1904 r. w obecności cesarza, a zakład oddano do użytku publicznego trzy lata później, także w obecności cesarza. Zakład tworzy rozłożyste pięknie położone miasto obejmujące ogromny kompleks wspaniałych gmachów (60), pomiędzy temi 36 pawilonów szpitalnych; 24 budynki służą do celów administracyjnych, gospodarczych i mieszkalnych. Pomijając budowle kosztowne pełne przepychu z urządzeniem

luksusowem, jak wspaniały kościół, zbudowany w stylu secesjonistycznym z pozłacaną kopułą, z wyłożonemi marmurem ścianami, z pięknymi witrażami, z 4 olbrzymiemi figurami z bronzu nad wejściem przedstawiającemi aniołów, dający pomieszczenie 1000 osobom, którego budowa kosztowała 30 miljonów guldenów przedwojennych (w r. 1907), pomijając wspaniałe gmachy przeznaczone dla celów towarzyskich, obszerne i bogato urządzone ubikacje urzędowe dyrektora i lekarzy, wspomnę tylko takie urządzenia szpitalne, które w pierwszym rzędzie zasługują na uwagę pod względem lekarskim i hygjenicznym.

Chcąc zwiedzić cały zakład wygodnie, trzeba się posługiwać pojazdem, albowiem zwiedzenie zakładu piechotką jest bardzo męczące i trwa ¾ dnia.

Zakład jest z Wiedniem połączony koleją elektryczną. Na dziedziniec zakładu wchodzi się głównem wejściem między dwoma budynkami; lewy zawiera ubikacje służbowe oddźwiernego, w budynku po prawej stronie ma swoją siedzibę policja. Plan zakładu wykazuje symetryczne rozłożenie. Na pierwszym planie osi środkowej wznosi się imponujący gmach administracyjny, w którym znajdują się na parterze biura, sale do prac naukowych, muzeum psychjatryczne, na pierwszem piętrze mieszkanie dyrektora. Na drugim planie osi środkowej postawiony jest gmach teatralny z kompletnem urządzeniem scenicznem; ściany pokryte są malowidłami. Oprócz sali teatralnej budynek zawiera cały szereg mniejszych pokoji, przeznaczonych do zabaw i zebrań towarzyskich. Na trzecim planie wznosi się budynek kuchenny; kuchnia o ścianach pokrytych do połowy kachlami, wyposażona jest w 19 kotłów niklowych i w płukalnie z marmuru, w światło elektryczne łukowe. Za budynkiem kuchennym widzimy dwa domy, mianowicie: budynek gospodarczy i śpichrz. Na końcu osi środkowej wznosi się na wzgórzu kościół.

Po prawej stronie osi na pierwszym planie, wysuniętym nieco ku frontowi, znajdują się pawilony dla pacjentów świeżo przyjętych z ostrem zachorzeniem psychicznem, dla spokojnych, półspokojnych i niespokojnych mężczyzn. Na drugim planie wznoszą się pawilony dla chorych mężczyzn chroników. I tu każdy pawilon ma swoje przeznaczenie. W jednym pawilonie znajdują się pacjenci spokojni, w innym niespokojni, w trzecim obłożnie chorzy i suchotnicy wzgl. tacy, którzy cierpią na choroby infekcyjne. W pewnem oddaleniu od tych pawilonów stoi na osobności budynek przeznaczony dla chorych gwałtownych. We wschodniej części zakładu leżą budynki gospodarcze, warsztaty, dom mieszkalny dla personału gospodarczego, dom desinfekcyjny, pralnia, kotłownia, chlewy, dom ogrodowego i oranżerja. Po lewej stronie osi środkowej znajdują się pawilony dla kobiet. Podział i organizacja tej części jest ta sama co po stronie męskiej. Na drugim piętrze pawilonów szpitalnych urządzono mieszkania dla personału pielęgniarskiego. Wyżsi i średni urzędnicy, zamieszkują dwie duże kamienice.

Na dalszym planie wznosi się wspaniałe **sanatorjum** dla pacjentów nerwowo chorych, których cierpienie ujawnia się w dziedzinie psychicznej. Sanatorjum to składa się 10 budynków, może pomieścić 356 pa-

cjentów, jest urządzone z wielkim przepychem i komfortem i wyposażone bogato we wszystkie środki lecznicze nowoczesnej terapji fizykalnej, jak mechano-elektro-hydro- i balneoterapja; sanatorjum ma urządzenia do zastosowania kąpieli słonecznych i powietrznych, sale gimnastyczne, basen dla pływaków i liczne salony dla celów towarzyskich, pokoje gościnne, czytelnie, salon muzyczny, pokoje bilardowe, pokoje dla palących, jadalnie, promenoary itp.

Sanatorjum dzieli się na dwa oddziały, z których jeden jest przeznaczony dla mężczyzn, drugi dla kobiet. Na oddziałach tych znajdujemy pawilony t. zw. otwarte, do których przyjmuje się pacjentów na tych samych warunkach, które obowiązują w każdym innym sanatorjum niepsychjatrycznem. Dalej pawilony dla nowo przyjętych półspokojnych, niespokojnych i zniedołężniałych. Sanatorjum ma własną kuchnię, własny gmach administracyjny i budynek dla celów kuracyjnych. Przy urządzaniu sanatorjum wzorowano się na pierwszorzędnych sanatorjach zachodnich, że wymienię tylko sanatorja we Wiesbaden, (które nb. znam z własnej praktyki jako lekarz ordynator w sanatorjum Kurhaus Bad Nerotal w r. 1907).

Tylko 10 budynków zakładu posiada centralne ogrzewanie na odległość, wychodzące z kotłowni. Centralne ogrzewanie na odległość nie dochodzi do wszystkich pawilonów, gdyż przeprowadzenie kanałów dla rur ogrzewających napotkało na znaczne trudności ze względów terenowych. Niektóre mieszkania mają ogrzewanie piecami kaflowymi albo żelaznymi, mianowicie pokoje w sanatorjum, sale na oddziałach leczniczych i na oddziałach dla chroników.

Sieć telefoniczna zakładu łączy przez aparat centralny 235 telefonów między sobą; na każdym oddziale, w każdem mieszkaniu lekarskiem, urzędniczem i w pokoju służbowym znajduje się telefon. Zakład ma połączenie z siecią telefoniczną pozamiejscową przez trzy aparaty. Pozatem istnieją dla wewnętrznego użytku jeszcze elektryczne przewody sygnałowe prowadzące z poszczególnych oddziałów do mieszkań pielęgniarzy.

Kontrola służby nocnej odbywa się w ten sposób, że osoba pełniąca nocny dozór, w pewnych krótkich odstępach czasu robi znaki kluczykiem w mechaniźmie schowanym w murze i chronionym tym sposobem przed uszkodzeniem. Znak zrobiony kluczem w aparacie bywa drogą przewodu elektrycznego przenoszony na zegar znajdujący się w miejscu centralnem, gdzie kontroler każdej chwili może się przekonać, gdy spojrzy na zegar, czy służba nocna funkcjonuje prawidłowo, czy pielęgniarze, stróże etc. są na swojem stanowisku. W razie jakiejkolwiek nieregularności na zegarze kontroler niezwłocznie udaje się na miejsce, skąd nie doszedł znak przepisany, ażeby stwierdzić przyczynę przerwy.

W obrębie zakładu kursuje kolejka elektryczna, która przewozi żywność na poszczególne oddziały, bieliznę do pralni i z powrotem, oraz materjał opałowy.

Mimo olbrzymich rozmiarów zakładu, organizacja wewnętrzna jest przejrzysta, prosta i praktyczna. Na czele zakładu stoi dyrektor

lekarz-psychjatra, prof. Dr. Berze. Pod względem sanitarnym zakład dzieli się na kilka oddziałów, na których czele stoją samodzielni lekarze prymarjusze, którzy jednakże podlegają dyrektorowi; dyrektor może zarządzenia prymarjuszów zmienić, albo znieść; za swoje zarządzenia sam odpowiada.

Za sprawność administracyjną odpowiedzialnym jest pierwszy urzędnik administracji; odpowiada on za wszystkie sprawy majątkowe, mianowicie za kasowość, za rachunkowość, za korespondencje w sprawie ściągania opłat i prowadzenie ksiąg; we wszystkich innych zaś sprawach administracyjnych ponosi odpowiedzialność wspólnie z dyrektorem, jednakże zarządzenia dyrektora, jako kierownika zakładu, w zakresie budżetu są dla niego obowiązujące. Dyrektor nie administruje sam, lecz jest kierownikiem administracji; jako kierownik administracji nie potrzebuje gubić się w zmudnych czynnościach tyczących szczegółów administracyjnych, gdyż siły swoje ma skupić na kierownictwie całości.

Organizacja służby lekarskiej w Steinhofie przedstawia się w sposób następujący.

Zakład podzielony jest na 3 sekcje:

1) Oddziały lecznicze ca 800 chorych;
2) Oddziały dla chroników ca 1800 chorych.
3) Sanatorjum — 356 chorych.

Służbę lekarską pełni czterech prymarjuszy, trzech ordynatorów, 10 asystentów, jeden lekarz anatomo - patolog oraz jeden lekarz „gospodarz".

Lekarze prymmarjusze podlegają dyrektorowi bezpośrednio co do leczenia chorych w miarę istniejących przepisów o tyle, o ile te przez dyrekcję nie zostaną zmienione. Na oddziałach im podległych lekarze prymarjusze działają samodzielnie i ponoszą wszelką odpowiedzialność za swoje zarządzenia. Troszczą się oni o potrzeby życiowe swoich chorych, przepisują im djety, wyznaczają im różne zatrudnienia, organizują dla nich spacery, starają się dla nich o rozrywki, o nabożeństwa, czuwają nad ich korespondencją, donoszą dyrekcji ustnie i piśmiennie o stanie choroby swoich pacjentów, o nadzwyczajnych zajściach na oddziałach, decydują o odwiedzinach chorych. Przeprowadzają cielesne i psychiczne badania nowo przyjętych pacjentów, rozdzielają ich na poszczególne oddziały, zwłaszcza, jeżeli chodzi o chorych zakaźnych, względnie gwałtownych, odbywają codziennie główną ranną wizytę z innymi lekarzami, im podległymi, na swoich oddziałach, oprócz tego odwiedzają częściej swoje oddziały, informują się o stanie cielesnym i psychicznym swoich chorych. Przestrzegają, żeby umierający bywali zaopatrzeni, stwierdzają przyczynę śmierci i wypełniają w księgach odpowiednie formalności. Doglądają, ażeby historje choroby ich pacjentów były dokładnie prowadzone, podkreślają nadzwyczajne zachorzenia cielesne na ich oddziałach, wydają piśmienne orzeczenia na żądanie dyrekcji, współpracują z dyrekcją przy układaniu sprawozdań i statystyk. Troszczą się o należyty stan urządzeń leczniczych, kon-

trolują pożywienie chorych, co do składu jakościowego oraz ilościowego. Lekarze prymarjusze są bezpośrednimi przełożonymi innych lekarzy na swych oddziałach oraz personału pielęgniarskiego.

Pouczają personał pielęgniarski, czuwają nad wypełnieniem obowiązków, donoszą dyrekcji o ewentualnych zwolnieniach, proponują podwyższenie poborów, udzielają pochwał, nagan. Lekarze — prymarjusze przestrzegają skrupulatnie przepisów higjeny na swoich oddziałach, dbają o bezpieczeństwo tak chorych jak i personału pielęgniarskiego, przypominają przepisy pożarowe a w razie stwierdzenia jakichkolwiek niedomagań donoszą o tem dyrekcji i stawiają wnioski o usunięcie tychże albo o naprawę.

Jeden z lekarzy - prymarjuszy jest zastępcą dyrektora i jako taki w sprawach zasadniczych działa w intencji dyrekcji, ponosząc wszelką odpowiedzialność za swoje zarządzenia. Wszyscy lekarze są mu służbowo podlegli oraz zobowiązani do współpracy przy wykonywaniu jego obowiązków.

Każdy oddział ma lekarza - oddziałowego, oraz lekarza - asystenta. Gdy prymarjusz osobiście nie wizytuje oddziału, wtedy zastępuje go lekarz oddziałowy, który o zarządzeniach swoich, za które jest odpowiedzialny, powinien donieść lekarzowi - prymarjuszowi. Zresztą działalność lekarzy oddziałowych nie różni się od działalności lekarzy-asystentów.

Podobnie lekarze - ordynatorowie w sanatorjum podlegają prymarjuszowi. W razie jego urlopu względnie nieobecności zastępuje go z reguły jeden z ordynatorów. Lekarze zobowiązani są spółdziałać z nim razem.

Lekarz prymarjusz odbywa konferencje na swoim oddziale i główną wizytę z lekarzami ordynatorami. Oni spisują dokładne karty szpitalne z historją choroby swych pacjentów, tak aby mogły przydać się do celów naukowych.

Śmierć chorego stwierdza lekarz, który spisywał historję choroby danego pacjenta. Lekarze oddziałowi instruują personał pielęgniarski i organizują odpowiednie kursy dokształcające.

Do osobistej dyspozycji dyrektora postawiony jest lekarz, pełniący funkcję gospodarza zakładu. Lekarz gospodarczy pomaga dyrektorowi w sprawach biurowych, kontroluje prace chorych w warsztatach, na wolności, w kuchni, pralni, w oborach, oranżerji, łaźniach, oraz w gmachu administracyjnym; stara się o zabawy dla chorych, opiekuje się personałem pielęgniarskim, oraz rodzinami pielęgniarskiemi. W razie potrzeby pełni służbę na oddziałach; służbę tę wyznacza dyrektor; wtedy lekarz gospodarczy jako ordynator podlega bezpośrednio prymarjuszowi.

Lekarz-patolog, ustalony przez uniwersytet na wniosek dyrektora, jest kierownikiem laboratorjum, wykonuje autopsje, przeprowadza badania mikroskopowe, za swoje zarządzenia odpowiada przed dyrektorem.

Lekarze są przydzieleni poszczególnym oddziałom w następujący sposób:

I. **Oddziały lecznicze:** a) męskie: 1 prymarjusz i 3 asystentów; b) żeńskie: tak samo.

II. **Oddziały dla chroników:** (mężczyźni i kobiety) stoją pod kierownictwem 1 prymarjusza; pozatem każdy oddział ma swego lekarza ordynatora resp. asystenta.

III. **Sanatorjum:** 1 prymarjusz, 1 ordynator, 2 asystentów.

Służba lekarska:

ad I) Prymarjusz wspólnie z asystentami wizytuje rano swoje oddziały, zaczynając od oddziału dla nowoprzyjętych. Bada on każdego nowoprzyjętego sam, albo pod jego kierownictwem jeden z jego asystentów. Po zbadaniu przekazuje chorego na odpowiedni oddział; jeżeli okaże się potrzeba przeniesienia chorego z oddziału leczniczego do oddziału dla chroników, prymarjusz zawiadamia o tem dyrektora.

Lekarze asystenci spisują historje choroby pacjentów im przydzielonych.

Każdy asystent ma kolejno dyżur, który rozpoczyna się o 8-mej rano i trwa 24 godziny. Podczas dyżuru lekarz znajduje się w godzinach przyjęć w sali konferencyjnej, załatwia wizyty, udziela informacji o stanie chorych, interwenjuje przy przyjęciach, oraz kontroluje pożywienie chorych. Popołudniu o 4-tej wizytuje oddziały i musi być gotowym na wszelkie zawołanie. Prymarjusz w godzinach przyjęć winien przebywać w obrębie zakładu, z wyjątkiem świąt i niedziel.

ad II) Lekarz prymarjusz odbywa co dzień rano wizytę, odwiedzając wspólnie z podległymi lekarzami raz oddział męski, drugi raz oddział żeński. W tym dniu, kiedy prymarjusz nie odbywa wizyty, zastępuje go ordynator z asystentem. Oddziały infekcyjne odwiedza się na końcu wizyty. Historje choroby prowadzą ordynatorzy i asystenci. Służba trwa 24 godziny.

Lekarz dyżurny znajduje się w obrębie zakładu. Wizyta popołudniowa ma miejsce o 4-tej w dni powszednie, o 5-tej w niedzielę i święta. W godzinach przyjęć prymarjusz musi przebywać w swojem mieszkaniu, oprócz świąt i niedziel.

ad III) Należy tu także t. zw. „dom kuracyjny". W domu kuracyjnym pełnią służbę lekarze kolejno przez miesiąc. Przez ten czas nie są zajęci w sanatorjum, ani na oddziałach, muszą jednakże bywać na konferencjach lekarskich, kontrolować raporty i wykonywć zarządzenia prymarjusza. Lekarz pełniący służbę w domu kuracyjnym, wykonuje tu wszelkie zabiegi lecznicze, zaordynowane przez prymarjusza.

Prymarjusz wizytuje z podległymi lekarzami swoje oddziały, zaczynając od oddziału dla nowoprzyjętych, bada każdego nowoprzyjętego, a po zbadaniu przeznacza go na odpowiedni oddział. Dyżury są zorganizowane tak samo jak na oddziałach leczniczych i na oddziałach dla chroników.

WNIOSKI.

Spostrzeżenia moje poczynione podczas zwiedzania zakładów zagranicznych wyszczególnionych w poprzednich ustępach, nasuwają mi następujące wnioski:

I. Pod względem administracji:

Nie przekonałem się o tem, ażeby system administracyjny zagraniczny tak co do organizacji władz nadzorczych jakoteż co do kierownictwa zakładu był odpowiedniejszy niż system tutejszy. Przeciwnie stwierdziłem, że odmienny system administracji zakładu, obowiązujący np. w St. Pierre w Marsylji, ma niejedną stronę ujemną (brak przewodniej myśli psychjatrycznej, planowości, jednolitości).

System administracyjny włoski tak co do organizacji władz nadzorczych, jakoteż co do samego kierownictwa zakładu w zasadzie podobny jest do tutejszego, który się opiera na systemie powszechnie zaprowadzonym w Europie środkowej.

Podobnie są administrowane zakłady: Burghölzli (Szwajcarja), Lipotmezö (Węgry) i „Steinhof" (Austrja). Właśnie olbrzym-zakład (3000 chorych) „Am Steinhof" pod Wiedniem, jeden z najnowszych, dla którego po długich studjach i rozważaniach i wszechtronnem rozpatrzeniu sprawy, wybrano system administracyjny ogólnie panujący w Europie środkowej, dowodzi, że system ten jest odpowiedni i praktyczny.

Różnice, jakie istnieją między administracją zakładów wyszczególnionych (z wyjątkiem zakładu St. Pierre w Marsylji) a administracją tutejszą polegają na tem, że dyrektorzy tych zakładów mniej są obarczeni załatwianiem drobnych szczegółów administracyjnych; odpowiedzialność za te rzeczy spoczywa na urzędnikach administraycjnych. Zwyciężyło bowiem zapatrywanie, że dyrektor ma administracją zakładu **„tylko kierować"**, nie należy wymagać od niego, ażeby sam administrację wykonywał. Dyrektor jako „kierownik administracji zakładu" tem samem może energję swoją więcej skupić na zajmowaniu się ogólnymi problemami szpitalnictwa psychjatrycznego i może więcej czasu poświęcić sprawom naukowym i stronie psychjatryczno - lekarskiej.

Dyrektorzy zakładów zagranicznych mają do własnej osoby przydzieloną siłę pomocniczą pisarską do załatwiania spraw piśmiennych, dyrektor zakładu „Am Steinhof" ma nawet do swojej osobistej dyspozycji osobnego lekarza, który załatwia biurowe sprawy dyrektora.

Zalecałoby się zmodyfikować tryb tutejszej administracji w ten sposób, ażeby dyrektor był „kierownikiem administracji", a nie potrzebował gubić się w szczegółach administracji, za które odpowiadać powinien urzędnik administracyjny.

Tylko część czynności administracyjnych bowiem wymaga koniecznie osobistej interwencji dyrektora, mianowicie ta część, która jest organicznie związana z interesem chorych i z zagadnieniami kierownictwa zakładu, przedewszystkiem wtedy, gdy chodzi o załatwienie spraw wywierających wpływ na stosunki społeczne i osobiste chorych.

Taki organiczny związek nie istnieje mojem zdaniem np. między kierownictwem zakładu a załatwianiem pewnych szczegółów z kasowości jak codzienne badanie stanu kasy, dziennika kasowego, przechowywanie ksiąg kasowych itp., nie istnieje konieczna potrzeba bezpośredniego stykania się z palaczami, służącymi etc.

Czynności te mógłby wykonywać inspektor zakładu i ponosiłby za nie odpowiedzialność. Wystarczyłoby, gdyby Dyrektor był, jak na zachodzie, „kierownikiem administracji zakładowej". Dobro chorych wymaga, ażeby w lekarzu - kierowniku na pierwszym planie stał lekarz, a nie urzędnik administracyjny. Przydałaby się dyrektorowi osobna siła pisarska do pomocy.

Zakłady zagraniczne mają okazały wygląd zewnętrzny. Ponury wygląd zewnętrzny Dziekanki można by do pewnego stopnia złagodzić przez otynkowanie i pomalowanie na biało budynków. Atoli biały wygląd zakładu nie jest rzeczą zasadniczo psychjatryczną. Ważniejszem jest urządzenie wewnętrzne zakładu i duch jaki w nim panuje.

II. Pod względem psychjatrycznym:

Zakłady wymienione stosują wobec chorych **metodę**, mojem zdaniem, **nieracjonalną**; mury, kraty, cele, łóżka osiatkowane, mechaniczne ubezwładnienie za pomocą odpowiednich urządzeń i środków jak kaftany bezpieczeństwa, koce, zakryte wanny.

Rzeczy takich w Dziekance niema. Przed 5 laty zarzuciłem ten system stosowania środków przymusowych i nie myślę go z powrotem wprowadzać, albowiem nie jest on lepszy od systemu stosowanego obecnie w Dziekance, który polega na tem, że chorym daje się jaknajdalej posuniętą swobodę, nie krępując ich. Usiłowania terapeutyczne raczej skierowane są w stronę utrzymania chorych na możliwie wysokim poziomie socjalnym za pomocą odpowiednich zajęć, psychoterapji i wychowania do życia społecznego.

Należy zdjąć z zakładu znamię więzienia i zamienić zakład zamknięty na szpital otwarty na sposób szpitali o przeznaczeniu ogólnem dla chorych cielesnych.

III. Urządzenia wewnętrzne zakładu.

1) Urządzenia **kuchenne** w niektórych zakładach zagranicznych są prawie olśniewające (Lipotmezö pod Budapesztem, „Steinhof" pod Wiedniem). Marmury, nikel, kachel, oto materjał, który w pierwszym rzędzie uderza przychodnia (Steinhof). To też kuchnie wyglądają nadzwyczaj czysto i apetycznie.

Widok kuchni zakładu w Dziekance odbija niekorzystnie od tego co widziałem w innych zakładach. Zalecałoby się pokryć ściany kuchni w Dziekance kachlami do posowy, a żelazne kotły jako niehygjeniczne, nieekonomiczne zastąpić kotłami niklowymi.

2) Zakłady zagraniczne poświęcają dużo uwagi i miejsca **warsztatom** pracy. Jakkolwiek liczba pacjentów zajętych w zakładach, które zwiedziłem, jest mniejsza (10—33%) niż w Dziekance (95—97%), to jednakże zakłady te są wyposażone w warsztaty daleko

lepiej niż Dziekanka; przedewszystkiem pod względem hygjenicznym przedstawiają się korzystniej (dużo przestrzeni, dużo światła i powietrza). Niektóre zakłady jak „Steinhof" (Austrja) mają osobne budynki, w których znajdują się warsztaty.

Zalecałoby się zatem postawić na terenie Dziekanki osobny budynek warsztatowy. Nadmieniam przy tej sposobności, że wypadałoby założyć w Dziekance **piekarnię,** co było by pod względem ekonomicznym korzystnem dla zakładu. Zakłady zagraniczne mają własne piekarnie, które dostarczają dla chorych smaczne pieczywo i które zarazem tworzą warsztaty pracy dla chorych.

3) W opisie zakładu „Steinhof", zaznaczyłem, że zakład ten posiada osobne sanatorjum dla płacących pacjentów nerwowo chorych, wspaniale urządzone i bogato wyposażone w urządzenia fizykoterapeutyczne.

W ubiegłych latach już kilkakrotnie przedstawiałem projekt (cf. pisma z d. 13. VII. 1920 i z d. 14. VII. 1924 L. dz. 2989/24) urządzenia na terenie Dziekanki **sanatorjum** dla płacących nerwowo chorych i przedłożyłem odpowiednio naszkicowany plan.

Urządzenia fizykoterapeutyczne w sanatorjum służyłyby równocześnie celom leczniczym zakładu psychjatrycznego.

O ile by wystawienie takiego sanatorjum w Dziekance nie było jeszcze aktualne, zalecałoby się jednakowoż wystawić **budynek z urządzeniami dla fizykoterapji** i zrównać pod tym względem Zakład w Dziekance z zakładami zagranicznymi.

4) Na wysokim poziomie stoją w omawianych zakładach zagranicznych **pracownie naukowe,** bibljoteki i fizykalna terapja. Pod tym względem Dziekanka jest uboga. Zakład nasz posiada tylko laboratorjum do badań chemicznych i mikroskopijnych, zachodzących w codziennej praktyce lekarskiej, atoli nie posiada pracowni naukowych. Wobec tego zalecałoby się pod tym względem zakład lepiej wyposażyć. Ponieważ urządzenie pracowni naukowych w formie laboratorji różnego typu, (chemiczne, serologiczne, fizjologiczne, psychofizyczne) w tej mierze co w zakładach zagranicznych byłoby narazie kosztownem, zalecałoby się wyznaczyć na przyszły rok w budżecie pewną kwotę (2 000 zł) na zakupienie odpowiednich aparatów, ażeby dyrekcja w razie potrzeby, gdyby lekarze Zakładu przeprowadzali badania doświadczalne, czy to chemiczne, czy serologiczne, czy fizjologiczne, czy psychofizyczne, dla których byłyby potrzebne różne aparaty, mogła umożliwić badania przez zakupienie nowych aparatów. Z biegiem czasu pracownia naukowa przez uzupełnienie rozwijałaby się stopniowo i tem samem stanęłaby na poziomie pracowni zagranicznych.

5) W Dziekance stosowany jest stary system kontroli za pomocą zegarów wydawanych służbie wieczorem przed rozpoczęciem dozorów nocnych. Zegary często ulegają uszkodzeniom. Dlatego kontrola nie zawsze jest ścisła. Zegary bada się dopiero na drugi dzień rano, więc notatki o nieprawidłowościach podczas służby nocnej docho-

dzą późno do wiadomości centrali. W interesie służby zalecałby się zaprowadzić system kontroli elektrycznej stosowanej w zakładzie „Am Steinhof" pod Wiedniem i polegającej na tem, że osoba pełniąca nocny dozór, w pewnych krótkich odstępach czasu robi kluczykiem znaki w mechaniźmie schowanym w murze i chronionym tym sposobem przed uszkodzeniem. Znak zrobiony w aparacie bywa drogą przewodu elektrycznego przenoszony na zegar znajdujący się w miejscu centralnem, gdzie kontroler każdej chwili może się przekonać, gdy spojrzy na zegar, czy służba nocna funkcjonuje i może sprawdzić natychmiast przyczynę przeszkody na miejscu, skąd brak znaków.

IV. Personał sanitarny.

Lekarzy było i jest za mało w Dziekance. Ażeby powiększyć stan osobowy lekarzy, polepszyć opiekę lekarską i wyzyskać należycie materjał chorobowy dla celów naukowych w tym stopniu, iżby Zakład pod względem naukowym, tak jakościowo jak ilościowo mógł konkurować skutecznie z zagranicą, potrzeba, iżby sztab lekarzy zakładowych był powiększony i to przez siły dostatecznie przygotowane i wartościowe.

Jest zatem wskazane ustanowić więcej posad etatowych dobrze płatnych, ażeby kandydat poświęcający się zawodowi psychjatrycznemu mógł w stanowisku lekarza zakładowego upatrywać cel życiowy, albowiem mało jest takich, którzy tylko ze względów ideowych i naukowych poświęcają się służbie zakładowej i wyrzekają się wygód i przyjemności stanowisk intratniejszych; pobory lekarzów w Dziekance są niskie.

Z tego powodu brak odpowiednich kandydatów na stanowiska psychjatryczne, a młodsi lekarze psychjatrzy opuszczają swoje posady i przechodzą na praktykę ogólną.

Zakłady zagraniczne mają przedewszystkiem prosektora i zatrudniają oprócz lekarzy psychjatrów jeszcze innych specjalistów; chirurga, okulistę, dentystę i aptekarza.

Wobec braku kandydatów psychjatrów, możnaby powołać do służby zakładowej chirurga, internistę, okulistę, którzyby opatrywali przypadki z chorobami cielesnemi; tym sposobem ulżyliby lekarzom psychjatrom, którzy wtedy mieliby więcej czasu do intensywniejszej pracy w lecznictwie psychjatrycznem.

Najwięcej daje się odczuwać **brak prosektora.**

Personał pielęgniarski w zakładach zagranicznych jest przygotowany do służby pielęgniarskiej przez fachowe wykształcenie, albowiem pielęgniarze muszą przejść odpowiednie kursy pielęgniarskie i złożyć egzamin.

W Dziekance odbywają się od 5 lat kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego dla personału. Kandydaci po ukończeniu kursów i złożeniu egzaminu otrzymują świadectwo, które niestety nie ma znaczenia, ponieważ nie jest dyplomem urzędowym.

Starania moje o uzyskanie urzędowego zatwierdzenia dla świadectw wystawionych pielęgniarzom po ukończeniu kursów, dotąd nie osiągnęły skutku.[1])

* * *

Zwiedzenie zakładów zagranicznych dało sposobność do nawiązania stosunków osobistych z przedstawicielami zagranicznej nauki psychjatrycznej. Pozyskałem poważnych uczonych jako spółpracowników dla Nowin Psychjatrycznych. Prof. Paolo Amaldi we Florencji ofiarował swój referat „Alkoholizm a zachorzenia psychiczne we Włoszech", a Dr. Bonasera w Palermo przysłał pracę na temat: „Gruźlica a zachorzenia psychiczne" do wydrukowania w Nowinach Psychjatrycznych. Prof. Sciuti w Neapolu przyrzekł także artykuł naukowy dla naszego czasopisma.

Nowiny Psychjatryczne w abonamencie zamiennym będą wysyłane do zakładów zagranicznych i obecnie jako jedyne czasopismo polskie wykładane w czytelniach tych zakładów. Prace naukowe z Dziekanki będą drukowane w czasopismie włoskiem „Il Pisani" w Palermo.

---

[1]) W czasie druku niniejszych „spostrzeżeń" nadeszło do Dyrekcji Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka potwierdzenie przez M. S. W. — G. D. S. Z. — tutejszych kursów pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Hôpital Psychiatrique public du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil Al. Piotrowski.

IMPRESSIONS PSYCHIATRIQUES DE L'ETRANGER

par
ALEXANDRE PIOTROWSKI.

L'auteur rapporte les impressions qu'il a eues en visitant des hôpitaux psychiatriques à l'étranger. En comparant l'asile de Dziekanka à ceux de l'étranger, il formule les conclusions suivantes.

Le directeur de l'hôpital psychiatrique Dziekanka est chargé inutilement de bagatelles administratives. Il n'est guère nécessaire que le directeur expédie lui - meme toutes les affaires administratives, il suffit qu'il dirige l'administration de l'hôpital. [1])

Contrairement à d'autres asiles, il n'existe pas à Dziekanka ni grilles, ni chambres d'isolement, ni camisoles de force, ni enveloppements, ni injections de scopolamine et de morphine, ni distributions schématiques en masse de somnifères. Les aliénés ne sont pas alités. Les murs sont pour la plus part abolis.

La thérapeutique psychiatrique a pour but de maintenir les malades à un niveau social le plus élevé possible, par la psychothérapie, par le travail (95—97% des malades sont occupés à toutes sortes de travaux), par l'éducation à la vie familiale et sociale.

A Dziekanka, il serait nécessaire de construire et d'installer un sanatorium pour les malades atteints de maladies nerveuses, un bâtiment spécial paur la physico-thérapie, un bâtiment spécial pour les ateliers, une boulangerie, il faudrait améliorer les laboratoires, reformer le contrôle du service de nuit, augmenter le nombre des médecins.

---

[1]) L'autorité a déjà tenu compte d'une demande, formulée à ce sujet.

Z Krajow. Zakładu Psychjatr. Dziekanka. Dyr. Dr med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

„SCHIZOFRENJA"

podał *)
OSKAR BIELAWSKI.

Kilkanaście lat temu, na zmianę pojęcia klinicznego dementia praecox, wysunął Bleuler nową koncepcję, opartą, tym razem, przeważnie na symptomatologji. Jest nią schizofrenja. Granice grupy tak nazwanej miały się początkowo widocznie pokrywać z granicami psychozy Kraepelina, gdyż w tytule monografji zurychskiego uczonego z roku 1911, jak też w podręczniku jego, obok wyrazów „Gruppe der Schizophrenien" tkwi, jako widoczny odpowiednik tego pojęcia, — „dementia praecox".

Jednakże, jak to można było przewidzieć, wprowadzenie nowych kryterjów rozpoznawczych, obowiązujących w tej grupie, (bo przeniesienie punktu ciężkości na stronę fenomenologiczną zachorzenia), nie mogło się obyć bez zmian zakresu schozofrenji w stosunku do dementia praecox. Ponieważ, dalej, ocena produkowanych przez chorego objawów psychicznych, z punktu widzenia kardynalnych, często psychologiczno-teoretycznych, symptomów Bleulera w praktyce nie zawsze się okazała łatwą i jasną, a w stopniu wysokim jest zawsze zależną od psychicznego nastawienia badacza,— powstała przeto stąd wielka niepewność w djagnostykowaniu, która z biegiem czasu, na skutek rozbieżności w intepretacji objawów chorobowych, coraz bardziej się wzmogła.

Statystyka ostatnich lat wykazała, że cyfry wyrażające stosunek ilości schizofrenji do ilości innych chorób leczonych w zakładach, są dla różnych zakładów bardzo odmienne od siebie a wahają się od 75% (Burghölzli) do 10% i niżej (Dziekanka). Na cyfrowej przestrzeni pomiędzy temi biegunami mogilibyśmy umieścić z polskich zakładów i szpitali: Tworki (50 — 60%), Kochanówkę (20 — 25%). Uderzająca ta różnica ilości rozpoznań ze schizofrenją, rzecz naturalna, nie tłomaczy się żadnymi warunkami miejscowymi mogącymi wpłynąć na częstość tego zachorzenia. Zawiniła tu raczej różnica kryterjów rozpoznawczych w różnych ogniskach wiedzy psychjatrycznej. Przyczyny tego mogą być podzielone na dwie kategorje. Pierwsza — jest natury ogólniejszej i dotyczy wadliwości i nieścisłości naszej terminologji psychjatrycznej wogóle. Jeden i ten sam zewnętrzny efekt psychopatologiczny, mający więc jedną nazwę, — ma często w podłożu różne mechanizmy, a więc, tem samem, charakteryzuje rozliczne, często nader odmienne od siebie procesy zachorzenia. Już na innem miejscu mieliśmy sposobność ilustrować to na przykładach **),

*) Na XII. Zjeździe Przyrodników i Lekarzy został wygłoszony referat pod tytułem „El. a schizofrenja", dotąd nigdzie nie drukowany. Monografja niniejsza zawiera, w ogólności, myśli wyrażone w tamtym referacie.

**) Katatonoid psychorodny — Now. Psych. 1924.

których zresztą przytoczyć można dużo. Stereotypowymi więc nazywamy, powtarzane krocie razy boczne ruchy głowy idjoty, stereotypowymi chrzcimy zazwyczaj, zewnętrznie do nich podobne, (przeczące) ruchy głowy histeryka, które są np. wyrazem symbolicznym bronienia się przed pokusą. Pierwszy jest objawem atawistycznym, a niekiedy też ma podkład neurologiczny nabyty, drugi objaw — jest to ostatnie ogniwo skomplikowanego procesu psychicznego. Weźmijmy drugi przykład — stupor, ten tak częsty, a pospolity objaw w psychjatrji. Jakże różnorodny jest jego mechanizm i geneza, zależnie, czy będzie to osłupienie pomieszanego, czy wyraz zahamowania psychicznego (w histerji, melanholji), czy neurologicznego, (parkinsonizm), czy wreszcie mieszanka tych kilku czynników naraz. Nie lepiej jest z pojęciami, jak np. negatywizm, który również jest raz objawem psychicznym i funkcjonalnym, inny znów raz — wręcz neurologicznym, organicznym. Obok z tem wypada nam przyznać się do wręcz przeciwnego źródła nieścisłości. Niektóre z objawów, mające różne nazwy i, według naszych mniemań, będące wyrazami różnych mechanizmów psychicznych, — w przypadkach konkretnych okazuje się, iż zawierają zbyt mało z objektywnego kryterjum odróżniającego je. Decydują tu o tej lub innej nazwie raczej tylko teorje tłomaczące nam ich mechanizmy wzgl. natura choroby, której mają być one właściwe. Jedno więc niewiadome określamy przez drugie niewiadome. Mówimy o rozprzężeniu (w schizofrenji), o pomieszaniu myśli (w amencji), o rozstrzeleniu myślowem, (przy gonitwie w manji). W rzeczywistości zaś o przyjęciu jednego z tych trzech objawów, rozstrzyga często jedynie, sugerujące to przyjęcie i poprzedzające je, ogólne rozpoznanie choroby wzgl. nasza inklinacja, do tego a nie innego rozpoznania, gdyż objektywne charakterystyczne cechy każdego z nich są conajmniej niezbyt trwałe, pewne i przekonywujące.

Przyczyna druga faktu, że kontury schizofrenji nader niejasno się zarysowują w łonie tablicy nozologicznej, leży w samej już koncepcji. Tak więc, schizofrenję znamionować ma szereg objawów, które znane są nam ze stanów hypnicznych, a więc: Verdichtungen, Begriffsverschiebungen, Symbole, Fehlen der Zielvorstellungen, Nebenassoziationen, Ablenkungen, krótko mówiąc — cały arsenał freudoskich pojęć mechanicznych. Wpływ jednak Freuda nie wyraził się jedynie w zapożyczeniu terminologji. W schizofrenji wypowiedział się tenże duch twórczy, nacechowany, że się tak wyrazimy, pewnym „autyzmem", i dał piękną i porywającą budowlę myśli, zato... niedość realną, niedość odpowiadającą życiu. Struktura schizofrenji pomyślana jest nawskroś w sposób artystyczny. To też trzeba mieć intuicję i natchnienie artysty, by rozpoznać schizofrenję właśnie tam, gdzie by to uczynił jej twórca. Wszystkie objawy zasadnicze (Kardynalsymptome) są to pojęcia psychologiczno - teoretyczne. Rozpoznanie tych objawów u chorego dopuszcza wielką dowolność w interpretacji procesów psychicznych, zwłaszcza dla braku kontrolującego tu czynnika introspekcji, a często też — niemożności przeprowadzenia dokładnej analizy psychologicznej. Dla tego też badacz

może mieć zawsze złudzenie, że jest na dobrej drodze rozpoznania, mimo, iż w istocie błądzi. Zresztą koncepcja „senno - marzeniowa" (traumhaftes Denken) jest zbyt jednostronna i wązka, by na niej można było oprzeć rozpoznanie ¾ wszystkich leczonych w zakładach przypadków zachorzeń psychicznych. Jest też li tylko pozorne podobieństwo pomiędzy myśleniem archaicznem, a istotnie hebefrenicznem. Różnica zaś — zasadnicza i jakościowa. Tam powstają te stany w związku ze zmniejszeniem uwagi, zmniejszeniem siły światła świadomości, wzgl. na skutek odszczepienia kompleksów (dissocjacji) i są, w tym sensie, zmianami ilościowemi i czynnościowemi. Tu, w hebefrenji wyzwala się dusza pierwotna i bierze przewagę nad uporządkowanem myśleniem na skutek trwałych destrukcyjnych (organicznych) zmian w ustosunkowaniu starego i nowego psychizmu. Dla tego też ani skupienie uwagi, ani t. zw. „odreagowanie", ani żadne zabiegi psychoanalityczne nie odniosą tu poważniejszego sukcesu. Oczywiście, że niekiedy wzmiankowane dwa procesy (oniryczno* - archaiczny i hebefreniczny) bywają, na krótkich odcinkach przebiegu myślenia, do siebie podobne, lecz podobieństwo jest tu tylko powierzchowne, jakie np. zachodzi pomiędzy manją właściwą, a stanem manjakalnym w por. post., pomiędzy pseudo-demencją pourazową, a otępieniem organicznem, — bezwładem histerycznym, a organicznem porażeniem odnośnych kończyn.

Zbytne przejęcie się wyszukiwaniem znamion senno-marzeniowego myślenia w każdym przypadku schizofrenji musi spowodować owe „Verschiebung" całej grupy jaknajbliżej w kierunku psychoz funkcjonalnych, co jednak, już przy pobieżnym rzucie oka na jej przebieg i zejście (w otępienie swoistego typu w wielu przypadkach) wydaje się bardzo nieprawdopodobne. Im bardziej więc odwraca się Bleuler od grubych anomalji myślenia i uderzających zaburzeń uczucia w dem. praex., do subtelnych odcieni schizofrenicznej konstytucji, tem bardziej się zaciera pojęcie choroby psychicznej. Ostatnio widzi już Bleuler w schizofrenji jedynie chorobowe skondensowanie anormalnych reakcji duchowych, co ją bardzo zbliża do innych konstytucji jak to histerycznej, paranoidnej itp., a w konsekwencji, pociąga za sobą nieprzezwyciężalną trudność racjonalnego wytłumaczenia organicznych zmian w mózgu schozofrenika, które nie są tu bynajmniej przypadkowe.**

*) Wyrazu tego używamy w charakterze greckiego synonimu do pojęć „traumhafte", „senno-marzeniowe". Francuzi terminem tym posługują się, zdaniem naszem, w sposób niewłaściwy, gdyż ich „psychoses oniriques", powstałe na skutek intoksykacji i autointoksykacji, nie mają wszystkich zasadniczych cech charakreryzujących marzenie senne. W szczególności, w psychozach tych nie występuje zatracenie pojęcia własnej osobowości, które tak często widzimy w snach, w stanach hypnoidnych i tych psychozach funkcjonalnych, które nadają obecnie tenor całej bleulerowskiej schizofrenji.

**) Próby wytłomaczenia otępienia w schizofrenji „drogą funkcjonalną" (patrz Meyer - Gross. Zur Frage der Demenz schizophrener Endzustände, Jahr. d. Dtsch-Ver. f. Psychiatrie, Jena 1923) i per analogiam do otępienia pourazowego, wydają się nam zbyt sztuczne i mało przekonywające.

Teorję o schizoidach (Bleuler — Kretschmer) natomiast można by wprost porównać do rodzaju filozoficznego światopoglądu, jestto religja, nie zaś podstawa dla definicji choroby psychicznej. Streszczając zapatrywania Bleulera wyrażone w pracy: „Die Probleme der Schizoidie und Syntonie" (Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 78 1922) pisze Kretschmer:

„Schizoid und Cyclothymie (Syntonie) sind Reaktionsweisen, die bei jedem Normalen in wechselnden Mischungsverhältnissen vorkommen. Bloss ihre Ubertreibungen bilden die Krankheiten der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins. Die Nebenkomponenten sind für Behandlung nud Voraussage oft so wichtig wie die hauptsächliche, und est ist fraglich, ob es sich noch lohnt, in unklaren Fällen zu untersuchen, ob es sich um manisch-depressives Irresein oder um Schizophrenie handle; es liegen eben Symptome aus beiden Formkreisen vor. Beim Gesunden, wie beim Geisteskranken können sich als Einheit vererben. Schizoide und cyclothyme Veranlagung verhalten sich nicht antagonistisch, sondern sie ergänzen sich wie Gesicht und Gehör".

Przytoczonych tu para zdań wykłada nam postulaty tej teorji. Widzimy już z tego, że, stykając się z nieubłaganem życiem, musiała teorja ta poczynić mu sporo dotkliwych ustępstw kosztem swojej przejrzystości, co uczyniło ją jeszcze bardziej zawiłą. Biegunem jednej konstytucji jest psychoza manjakalno- depresyjna, która, jak wiemy, przy najburzliwszym przebiegu nie powoduje destrukcji w mózgu (jest chorobą funkcjonalną), — biegun konstytucji schizoidnej jest to choroba psychiczna o rozpadzie osobowości, uczuć i woli, choroba, której już nawet według zapatrywań autora schizofrenji, towarzyszą wyraźne zmiany organiczne w mózgu. Należy na jedno się zgodzić z Bleulerem, na to, że hołdując pojęciu schizoidji i podnosząc tą konstytucję do kryterjów zasadniczych schizofrenji, ma się, w niektórych konkretnych przypadkach, nieprzezwyciężalną trudność przy różniczkowem rozpoznaniu (pomiędzy man.-dep. a schiz.), trudność która się wydaje piszącemu te słowa większa dziś, niźli w razie, gdybyśmy wrócili do źródłowych określeń dementiae praecocis i folie á double forme. (Kraepelin'a i Baillarger'a). Okoliczność, że autyzm jest wspólny wielu zespołom psychopatologicznym, przyciągnęła do schizofrenji rozliczne obce obrazy kliniczne. W istocie jednak autyzm (jeżeli mamy zatrzymać ten termin) jest pojęciem obrazu klinicznego o różnorodnem pochodzeniu, a w dementia praecox jest on objawem (zarówno jak zresztą w melancholji) wtórnym, mającym swe źródło (w przypadku pierwszym) w zaburzeniach dziedziny uczuć i w odczepieniu się tej dziedziny od procesów intelektualnych. Zwolenników schizofrenji (o zakresie obejmującym 75% wszystkich pozostałych zachorzeń psychicznych) winien chyba zresztą zastanowić fakt, że choroba, która liczebnie trzykrotnie przewyższa wszystkie inne zachorzenia psychiczne, brane razem, o ile to nie jest choroba epidemiczna, — znaczyć musi tyle co ignorantia morbi, gdyż w przeciwnym razie byłaby ona prawdziwem unicum całej medycyny. Dalej, pojmowana, tak szeroko, jak dotąd, schizo-

frenja dopuszcza każdą najśmialej pomyślaną prognozę. Nie mniejsza rozmaitość jest także w przebiegu choroby. A więc, choć w zasadzie się przyjmuje przebieg przewlekły (z obostrzeniami od czasu do czasu), przechodzący w końcu w pewien stały „Endzustand mit Defekt", to jednak opisywany jest, obok z nim, przebieg wręcz przeciwny,—okresowy czy cykliczny, gdzie w międzyczasie nie udaje się stwierdzić żadnych zmian chorobowych. To też dokładne zastanowienie się nad zagadnieniem granic grupy schizofrenji, a wyrażając się ściślej, nad sprawą klasyfikacji szeregu rozlicznych zachorzeń, które się narazie łączy w jedną grupę pod to miano, a które właściwie łączy li tylko brak dla nich odpowiedniego miejsca w klasyfikacji, — przyprowadza nas do wniosku, że grupa ta brana w tak imponującej rozciągłości niema nic swoistego co by ją jako jednostkę chorobową charakteryzowało.

Już dwa lata temu, na Dorocznym Zjeździe Psychjatrów Polskich we Lwowie, autor niniejszej rozprawy poważył się zakwestjonować jednolitość schizofrenji, usiłując udowodnić, że katatonja, jako swoista organiczna choroba mózgu, pojmowana ściśle za Kahlbaumem, nie należy do schizofrenji*) (tezę tą podziela Piotrowski i Władyczko oraz szereg zagranicznych autorów, o których, ażeby się nie powtarzać, wspomnimy później.) Odczuwało się już wtedy potrzebę reform w łonie schizofrenji. Jednakże, ponieważ główna i najbardziej rażąca rysa przebiega w niej pomiędzy postaciami chorobowemi o cechach organicznego zachorzenia mózgu, a formami funkcjonalnemi, — z kurtuazji przeto dla wielkiego zurychskiego uczonego, którego definicja bliższą jest procesów funkcjonalnych, — przypuszczało się, że najwłaściwiej będzie przystąpić do odgraniczenia bleulerowskiej grupy właśnie od strony procesów organicznych.

W myśli o rozczłonkowaniu schizofrenji vel dem. praecox w dobie dzisiejszej nie jest się już bynajmniej odosobnionym. Dzieli ją, względnie wyraża uwagi krytyczne pod adresem tej grupy szereg poważnych autorów zagranicy, jak Padeano, Claud, Borel, Robin, Cellier, Guiraud, Gaupp, Page, Metzdorff, Lewis, Ameghino, Lowrey, Meyer, Berger, Skliar, Lange, Hall, Bumke, Hoffmann, Jacobi, Benon, Sommer, Robertson, Pellacini, Brousseau, Lautier, Ostankoff, a w kraju, jednocześnie z tą pracą ogłosił Piotrowski na XII. Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Warszawie rozprawę na temat: „Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji.

W celu lepszego ujęcia objawów i zespołów w schizofrenji, oraz dla określenia postaci chorobowych, rzuca się mniej lub bardziej udane nowe terminy, jak „schizotymja" (Bornstein), polifrenja (Renault d'Allonnes), „Melancholja schizofreniczna" (Minkowski), „schizomanja" (Claud), „katafrenja" (Austregesilo), „schizonoia" (Codet), „hypothymia chronica**" (Benon), pseudoschizoid" (Montesano), i inne.

*) Odruchy patologiczne w katatonji. O. Bielawski (Nowiny Lekarskie 1922)

**) Wyraz ten miałby zastąpić termin schizofrenję. (Nie jest on również zbyt udany, gdyż z treści może przypominać melancholję. Już właściwiej by było mówić o disthymji i disbulji w przypadkach schizofrenji).

Proponowane są również rozliczne przekształcenia i nowe podziały na podgrupy w łonie dawnej dementia praecox, a więc:

Cellier dzieli dem. praex. na następujące części: 1) dem. praex. (typ Morel'a) — objawy hebefreno - katatoniczne z wyraźnem otępieniem i rozprzężeniem, 2) hebefreno-katatonja, lub folie discordante (Chaslin) — przypadki podobne do powyższych, lecz uleczalne lekkie. Oddzielnie od tego należy traktować 1) psychozy paranoidne, parafrenję, 2) folie circulaire chez les dégénerés (Magnan) (Wahnbildung der Degenerirten niem.) 3) amentja, schizophrenia simplex — otępienie zwykłe w konstytucji schizoidnej.

Podnieść z uznaniem należy tu odłączenie procesów paranaoidnych od schizofrenji (używamy dotąd wyrazu schizofrenja jako synonimu dem. praex.) oraz fakt, iż autor akcentuje tu istnienie przystępów psychozy u osobników psychicznie zwyrodniałych, której i przebieg i zejście jest odmienne od psychoz schizofrenicznych, a która do schizofrenji nie należy. Konstytucję schizoidną stawia autor ten również oddzielnie od dementia praecox.

Claud, Borel, Robin (szkoła św. Anny) odróżniają następujące grupy: 1) hebefrenja (Morel), 2) schizofrenja właściwa — otępienie postępujące, 3) lekkie formy schizofrenji — schizoid Kretschmera i 4) schizomanja — stoi na pograniczu schizofrenji, a konstytucji schizoidnej. Etjologja drugiej grupy jest organiczna, autointoksykacyjna, innych — dziedziczno - degeneratywna. Etjologja trzeciej grupy jest konstytucyjno - psychologiczna.

Widzimy z tego, że autorzy powyżsi odróżniają dem. praex. od schizofrenji, którą nazywają niekiedy schizomanją, zbliżając tę ostatnią do psychoz funkcjonalnych. Tylko dla ostatniej charakterystycznym objawem ma być autyzm. Schizomanja nie prowadzi do otępienia i oparta jest na konstytucji.

Lautier przeprowadza następujący podział: 1) psychose hallucinatoire chronique symptomatique = paraphrenia, 2) folie discordante = heberfreno-katatoniczne jądro schizofrenji, 3) demence precoce vraie = typ Morel, 4) confusion mentale chronique ou demence postconfusionelle = stany końcowe powstałe po stanach przypominających amencję (amentoidnych) i osłupieniowych, 5) delire d'emblée ou episodique des dégénérés.

De Fursac zacieśnia granice schizofrenji, uznając tylko grupę hebefreno-katatoniczną w niej. Podobne stanowisko zajmuje Halberstadt. Używa on tylko w klasyfikacji terminologji własnej.

Należy stwierdzić, że, z pomiędzy wszystkich form schizofrenji, te ostatnie (hebefrenja i katatonja), jako oddzielne postacie, są najbardziej zakończone, najwyraźniej się jeszcze zarysowują w mozaice proponowanych podgrup schizofrenji. Na później odłożymy sprawę omówienia, czy mimo to należą one do bleulerowskiej grupy.

Kleist, Mollweide, Adler, Ghirardini, Bischoff, — uważają, że schizofrenja stanowi grupę zachorzeń powstałą na tle zwyrodnienia dziedzicznego. Kleist odróżnia w schizofrenji 1) otępienie psycho-motoryczne (katatonja), 2) otępienie afektywne (hebefrenja), 3) otępienie

rozprzężeniowe (inkohärente Verblüdung) oraz psychozy paranoidne z defektami (paranoide Defektpsychosen).

Na stanowisko zupełnej negacji schizofrenji, jako postaci chorobowej, stoją Blumke i Hall. — Niema schizofrenji, są tylko reakcje tej formy na bodźce różnorodne, którymi mogą być intoksykacja, czynniki wewnątrz-wydzielcze, jak równie dobrze, faktory natury psychicznej. Bumke w swej pracy dostatecznie uzasadnił negatywne stanowisko do schizofrenji. Jednak musimy sobie uświadomić, że zadowolenie się koncepcją „reakcji" na olbrzymiej przestrzeni tablicy nozoligicznej nie posuwa sprawy pojęcia istoty zachorzenia bynajmniej naprzód. Jeżeli dziś wiemy, że napad podaczkowy ma bardzo różnorodną genezę i stwierdzenie jego nic prawie nie mówi o istocie cierpienia, to również reakcja schizofreniczna, w pojmowaniu Bumkego i innych, w dziedzinie ¾ w zachorzeń psychicznych wyświetli nam zgoła bardzo mało. Zresztą wydaje się nam, że sama owa „reakcja" inny nieco będzie miała wyraz zależnie od tego, czy powstanie na skutek urazu psychicznego, czy spowoduje ją np. zatrucie. A więc tem samem „reakcja" ta nie dużo ma w sobie zasadniczych cech charakterystycznych.

Zajęcia się zagadnieniem schizofrenji, wśród myślącego ogółu psychjatrów jest dużo. Jeżeli mamy mnóstwo różnych klasyfikacji, zaliczających do schizofrenji te lub inne postacie kliniczne, to niezmiernie więcej jest rozlicznych teorji rozwiązujących istotę zachorzenia. A więc prócz konstytucjonalno-oniryczno-archanicznej (szkoła zurychska) mamy egzogenno-intoksykacyjną (Halmes, Buscaino, Ciampi, Ameghino, Bolsi), abiotroficzną i dziedziczno- zwyrodnieniową (Klarfeld, Alford, Loewy, Schuster), kiłową (Ostankoff, Tretjakoff, Toporkow, Page, Austregesilo), gruźliczą Cezarrano, Wolfer, Hoffmann), roślinną (Raphael, Parsons, Woodwell) i wiele innych (King, Rowlings, Gruhle, Gestlin, Ewald Coraredo, Wiersma). Żadna z nich dotąd jednak nie zdobyła przekonania ogółu badaczy, żadna nie okazała się celującą, i nie mogła objąć wszystkich postaci dotąd zaliczanych do dem. praex. vel. schizofrenji. Dlatego też wydaje się racjonalniejszem, próby rozwiązania istoty schizofrenji, (a właściwie istoty tych chorób, które się dotąd, bez dokładniejszego uporządkowania ich, tam wtłacza), próby te poprzedzić możliwie dokładnem odgraniczeniem od niej szeregu innych znanych nam postaci. Rzecz naturalna, że, dla braku dotąd charakterystycznego kryterjum dla schizofrenji, owe odgraniczenie jest jednostronne i trudniejsze niźli w wypadkach, gdzie rozpoznawane różniczkowo postacie są dostatecznie klinicznie skrystalizowane. Wymaga przeto ta praca bardzo ścisłego i skrupulatnego djagnostykowania zachorzeń , graniczących z schizofrenją. Wyrażając się językiem chirurgów, musimy się postarać w pierwszym rzędzie o dobrą linję demarkacyjną dla części zdrowych w psychjatrji nim się zabierzemy do sanacji źródła psychjatrycznych nieporozumień. Dopiero po tem zadaniu czeka nas zadanie drugie — rozejrzenie się w materjale pozostałym (na zewnątrz linji demarkacyjnej), poddanie go analizie klinicznej, laboratoryjnej, anatomicznej i wszelkiej innej, w celu poznania, co by z niej mogło się

złożyć na jednolitą formę chorobową. Tą drogą okólną należy, wydaje się nam, zmierzać do celu, gdy zawodzą, jak dotąd, wszelkie najpomysłowsze syntezy.

* * *

Z uwagi na potrzebę większego skonkretyzowania się, o ile chodzi o nakreślenie granic oddzielających inne postacie chorobowe od schizofrenji, — musimy rzucić tu przynajmniej parę szkiców klinicznych dla form, które, być może, u innych autorów miałyby widoki na wejście do grupy schizofrenicznej, a które wynosimy po za jej nawias.

PSYCHOZY PODACZKOWE. Wiemy z doświadczenia i literatury, że wcale nie rzadko, zdarzają się formy tego zachorzenia bez klasycznych napadów świętej choroby tak, że rozpoznajemy je wówczas tylko na podstawie innych znamion fizycznych czy psychicznych właściwych padaczce. Otóż, gdy objawy trwałe, jakoto upośledzenie intelektualne specjalnej natury, zwolnienie przebiegu procesów psychicznych, zaburzenie mowy i t. p., są niezbyt wyraźne, dalej, gdy chory nie produkuje stanów pełnego zamroczenia świadomości ani też innych psychicznych równoważników napadu podaczkowego (absence, zemdlenia), natomiast gdy występują często zaburzenia natury wzruszeniowej w formie rozstroju uczuciowego (Misstimmungen), omamy i rozliczne sensacje, urojenia, dodajmy, fragmentatywnej natury, a prócz tego—stany niepełnego zamroczenia świadomości, — wtedy przypadek taki będzie odpowiadał wszelkim symptomatologicznym wymogom schizofrenji. Bo stany lekkich zamroczeń świadomości mogą dać nam szereg objawów natury senno - marzeniowej (traumhaftes Denken), albo wręcz katatonicznej (Grünthal*), a wzmiankowany rodzaj zaburzenia uczucia oraz fragmentatywność urojeń i myślenia, wogóle, odpowiadają w pewnej mierze kryierjom schizotymiczno- schizonoicznym. Mając tę okoliczność na względzie, musi się być ostrożnym z rozpoznawaniem schizofrenji w przypadkach podobnych. Dokładniejsze badanie charakteru, uzupełnienie pewnych momentów z wywiadów, wreszcie przyjrzenie się przebiegowi, potwierdziło w niejednym z obserwowanych przypadków potrzebę liczenia się z podobną formą psychoz padaczkowych.

Spostrzeżenie I. B. lat 51, stolarz. Wywiad nie daje żadnych pozytywnych dat. Będąc pewnego dnia w oberży, zwrócił na siebie uwagę, że mówi zupełnie bez związku i dziwacznie się zachowuje. Chory twierdzi, że już od pięciu dni umieszczony jest w szpitalu, gdzie wszystkich zabijają, lecz niech już go wolej oddadzą do wojska niż wieszać lub ścinać. On *ma trzech synów, z nich trzeci to on sam*. Ojciec zaczarował go, *obrócił w konia* i sprzedał. Chory oświadcza, że *on jest „nic"*, on *„jest papugą*, który został głupcem, bo się dużo uczył". „Teraz wszystko zniknęło, ja djabeł". Chory *uderza rytmicznie ręką po ławce*, gniecie swe prącie, *grymasuje*, to znów *stoi na jednej nodze, przybiera dziwaczne pozy*, czołga się po ziemi. *zachowuje nadane mu pozy*, leży na ziemi niby rozkrzyżowany z otwartemi usty. Chory mówi, *że zabił otaczających go* i prosi o przebaczenie. Lekarza tytułuje „cesarska mość". Woła, że należy *mu odciąć nogę, by się przekonać, czy on jest istotnie on*

*) Porównaj spostrzeżenia podane przez Marchand'a i Thomas'a.

Stan taki z podnieceniami i zwolnieniami trwa miesiące. Dopiero, gdy ostre objawy psychozy poczęły zwolna ustępować, stwierdzono osłabienie umysłu, o cechach charakteru padaczkowego. Napadów kurczowych nigdy chory nie miał. Po paru tygodniach nastąpił nowy przystęp podniecenia.

Opis tego przypadku zapożyczony jest jeszcze od Krafft - Ebing'a. Autor ten kwalifikował go na idiopatische periodische Irresein in Vorn von Delirium (pomieszanie okresowe). Morel zalicza formę taką do psychoz podaczkowych. Mniejsza zresztą o to, kto z nich ma słuszność. Chodzi tu nam o zaakcentowanie, że postacie takie nie powinne być rozpoznawane jako schizofreniczne mimo zewnętrznego podobieństwa do nich. (Do tej kategorji zachorzeń należy, zdaniem naszem, zaliczać również przypadki opublikowane przez Leupoldt'a) *). Pozwalamy sobie na przytoczenie tego spostrzeżenia, dokonanego przed tylu laty, kiedy nie znano jeszcze dem. praex. ani schizofrenji, by unaocznić, jak rozpoznawali ówcześni klinicyści, którzy wolni byli od hypnotyzującego czaru pięknej konstrukcji psychjatrycznej Bleulera. Wszak mielibyśmy i tu wszelkie potrzebne znamiona dla rozpoznania schizofrenji, — „rozpad osobowości", cały szereg „katatonicznych" objawów i typowe „traumhafte" Denken.

POMIESZANIE OKRESOWE dawnych autorów, jako pojęcie klin wydaje się nam, dla braku lepszego, jeszcze dziś aktualnem. Nie mamy tu bynajmniej na myśli przytoczonego powyżej spostrzeżenia, lecz własne obserwacje. Z pomiędzy czterystu ca. chorych mężczyzn w Dziekance jes w chwili obecnej ośmiu (a więc 2% leczonych), którzy mogliby, według dawnej nomenklatury, nosić to rozpoznanie, a których obraz kliniczny raził by swoją odrębnością, gdyby go zaliczyć do schizofrenji, a także okazał by się co najmniej wybitnie atypowy, gdyby go wtłoczyć do każdej innej przyjętej dziś formy zachorzenia psychicznego. Oto przykład:

Spostrzeżenie II. B. B. lat 36 robotnik. Ojciec i dziad—alkoholicy. Siostra otępiała, miewa stany pomieszania. P. zachorował 6 lat temu. Pod względem fizycznym i nerwowym—nic godnego uwagi. Chory podaje dość dokładnie personalja, w dalszej rozmowie ogranicza się do *stereotypowego „nie wiem"*. W czasie i otoczeniu orjentacja niedokładna. Stwierdzić udało się pewne otępienie intelektualne.

Spokojny, *zamknięty w sobie*. Kontakt z otoczeniem dość luźny. W parę miesięcy po przyjęciu podniecił się. Sądzi, że jest w Olkuszu u lekarza. Zagadnięty, co za ludzie go otaczają, poczyna się rozbierać, „no to dawaj pan swoje spodnie", mówi z uśmiechem, „bo moje liche, a pańskie lepsze....., czy pan zna Kraków? Kraków austryacki, któż kazał wysyłać broń!? (czy jest zdrów?) *„teraz Bogu dzięki jestem chory"*. Zagadnięty czy słyszy głosy — „pan jest ze wsi, czy pan jest z miasta?..... nie, ja gardzę pieniądzmi..... kto będzie płacił?" (za co?) „a no, za pismo i teraz, za życie".

Mowa wybitnie rozprzężona i fragmentatywna tak, że *braknie zupełnie związku pomiędzy poszczególnymi frazesami*. Chory źle sypia, dużo mówi, wzgl.

*) Leupoldt, c. v. Aetiologische Analysen, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Psych. Bd. 94. 1924.

mruczy coś do siebie, *grymasuje, powtarza stereotypowe ruchy* dłonią i ramieniem, jak by chciał coś zgarnąć. Podniecenie ruchowe nieznaczne. P. zapoznaje otoczenie. Stan taki trwa 3 tygodnie, poczem następuje stopniowo uspokojenie. Chory źle przypomina sobie, co się z nim działo w okresie podniecenia, jest przytem jakgdyby zawstydzony. Spokojny, zorjentowany. Nieco tylko *odludny i apatyczny*. Badanie pod względem intelektualnym w okresie tym pozwala stwierdzić otępienie umysłu, odpowiadające, w przybliżeniu, 12 latom wieku. Jest zborny, nie zdradza jednak żadnych życzeń, w szczególności, odnośnych zwolnienia go z zakładu. W miesiąc później—nowy przystęp podniecenia. Żąda by mu lekarz oddał swe ubranie, niekiedy mówi coś do siebie, to znów robi ruchy jakgdyby odgarniał. Mówi coś o powozie, żąda by mu oddano pieniądze, usiłuje zerwać lekarzowi pierścionek z palca, oświadcza, że on wszystkich zaaresztuje. W ruchach, w porównaniu do wielomówności, jest stosunkowo spokojny. P. widocznie nie poznaje otoczenia, nie wykonuje zleceń. „Sprzedaj mi tę laskę za tysiąc rubli, a nie, to odwieź mnie do Pana Boga, a nie, to do Krakowa, zanim wyciągnę szablę. *Oddaj mi ten pierścień, ja z tobą wezmę ślub*", mówi do lekarza. *„Jak chcesz żyć, to musisz w rowie nogi trzymać, a za indultem koń". Na zlecenie, by usiadł—wysuwa język i obraca się trzykrotnie wkoło siebie.*

Stwierdzono, że chory w ciągu ostatnich lat znacznie otępiał. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez znamion chorobowych. B.-W. w krwi i w płynie ujemny. Stan podniecenia, naprzemian z okresami względnego spokoju i normalnej świadomości, powtarza się dość regularnie.

Spostrzeżenie III. I. M. lat 30, robotnik. Dziedzicznie rzekomo nie obarczony. Uczył się dobrze. Chorób gorączkowych, kiły—nie przechodził. Zachorował przed trzema laty. Choroba zaczęła się od bezsenności. M. przestał pracować. Wygłasza mowy treści religijnej, po nocach krzyczy. Na pytania odpowiada szeregiem zdań bez związku. Co do miejsca, czasu i otoczenia, orjentuje się niedokładnie. Stan ten z nieznacznemi wahaniami utrzymuje się w przeciągu kilku tygodni. Chory przeważnie mówi dużo, *mowa jest nacechowana rozprzężeniem kojarzeniowem. Zmanierowany, stereotypowy we wszystkich swych przejawach.* Niekiedy jest *wyraźnie negawistyczny.* (Tak streszczoną kartę szpitalną, zaopatrzoną w rozpoznanie schizofrenia, przysłano wraz z pacjentem do Dziekanki).

Pod względem fizycznym i nerwowym nie przedstawia chory nic szczególnego W dwa tygodnie po przyjęciu pacjent się uspokaja i udziela następującego wywiadu przypomina sobie, ze słów rodziców, że będąc dzieckiem, miał jakieś kurcze czy konwulsje. W jesieni zeszłego roku „pokręciło mu się w głowie". Sądził, że musi wygłaszać kazania, pokazywała mu się monstrancja, widział również djabłów. Wszystko to szło jedno po drugiem „jak maszyna" i trwało blizko miesiąc. Powtórnie zdarzyło mu się to już w poprzednim zakładzie psychjatrycznym. Widział czarne plamy na ludziach, mówił kazania.

Eksploracja dokładna dziedziny intelektualnej wykazała oznaki otępienia umysłu oraz pewne cechy zwyrodnienia podaczkowego: egocentryzm, mitrężność i powolność w myśleniu zresztą dość słabo wyrażone. Płyn mózgowo-rdzeniowy czysty. Hyperleukocytoza minus, globuliny (Pandy) ++ B.—W. w płynie i krwi ujemne.

Pacjent mówi cóś niezrozumiałego, grymasuje, niekiedy szepce cóś tajemniczo do siebie, to znowuż przybiera *posągowe pozy*, w których trwa długą chwilę. Inny raz fika koziołki po murawie, wymyśla i woła. *Badającego* nie *nazywa* wprost lekarzem,

lecz *inspektorem, doradcą wyższym, sędzią; jednak rozumie, że z lekarzem ma do czynienia.* Poczyna niespodzianie lamentować, wszystkich przepraszać, całować buty pielęgniarzom, prosić, by mu darowali ojca i jego winy. Już po chwili—usposobienie pogodne. *W mowie trwa zupełne pogmatwanie tematów.* Podniecony, zdezorjentowany *wykonuje bezładne ruchy,* drze ubranie, atakuje otoczenie. Mówi. „ja jestem M., a córka Helena Sikora, lat 289, bo to jest szkaplerz, muszę to namoczyć w żyrce (?)..... *ja jestem Stachowiak,* a ty jesteś sercem mojem". Wskazuje, że ma sensacje w okolicy serca. „Dziewiętnasta..... piętrze, jedenastą, szesnastą, bo tu jest serce, trzeba je ścisnąć żeby zguba, ... bo Stachowiak jest sprawiedliwy, a ja nie jestem żyd, tak jak Poręba mówi..... ale brak mi zębów. Tu jest chowana księżna, to jest ojciec dzieciąt..... Helena M. to jest tak *ślub ogólny,* jak by ktoś zmarł albo, co wy teraz jesteście sędzią, *a ja jestem zabity wczoraj „(śmieje się)".* „Ręce muszę malować, bo tu jest ścięte". Klęka, modli się, *uderza rytmicznie kolanami o podłogę—„to na przykład". Lekarza nazywa Bogiem Ojcem, sędzią i policjantem, mimo że go zawsze poznaje i traktuje jako lekarza.*

Stany podniecenia zmieniają się ze stanami „czystemi" nawzajem w sposób wybitnie okresowy i trwają za każdym razem po dwa, trzy tygodnie. W okresach wolnych od podniecenia, poza objawami otępienia i, stąd pochodzącą, lekką apatją, — nic szczególnego.

U obu tych chorych, którzy przybyli do Dziekanki z innych zakładów, była rozpoznana schizofrenja.

W spostrzeżeniach ostatnich, jak też w przypadkach pozostałych, niezacytowanych tu dla braku miejsca, zwraca na siebie uwagę badacza kilka wspólnych i stałych rysów charakterystycznych dla nich.

Są niemi: okresowość, zwolna postępujące otępienie i charakter pomieszaniowo- bredzeniowy psychozy z towarzyszącym jej znacznym stopniem zakłócenia świadomości. Proces myślowy w okresie podniecenia ma niektóre cechy myślenia onirycznego (jak w zamroczeniu) i tem może imponować jako schizofreniczny, a powstała, wskutek otępienia, pewna apatja powoduje rozluźnienie kontaktu z otoczeniem, co wygląda, również, tylko pozornie na autyzm.

Oczywiście, że każdy z objawów przytoczonych może się zdarzyć także i w schizofrenji, jednak ścisły ich zespół i przebieg psychozy w przypadkach zacytowanych różni się tak dalece od obrazu pozostałych schizofrenicznych form, że zaliczenie ich do ostatnich, pozbawiło by grupę schizofreniczną jakichkolwiek cech charakterystycznych. Mają te postacie pewne też podobieństwo do psychoz padaczkowych (o przebiegu pozbawionym napadów kurczowych i pełnych równoważników. psychicznych). Z drugiej strony obserwujemy coś podobnego w przypadkach oligofrenji (w stanach psychicznego podniecenia, po przebytych np. w dzieciństwie organicznych sprawach mózgu). Daje ona obraz otępienia, oraz okresowy przebieg psychozy w formie, już to częściowego zamroczenia świadomości, już to pomieszania i bredzenia. Z opisanych jednak powyżej spostrzeżeń stwierdzamy, że upośledzenie intelektualne jest tu nabyte i, w miarę czasu i rozwoju psychozy, postępuje (co zbliża ją znowuż do padaczki.) Rzecz naturalna, nie znamy dziś etjologji wyodrębnianej tu postaci, jednak stwierdzić musimy, że

opisane formy mają właściwe sobie cechy symptomatologiczne i kliniczne, które bynajmniej nie charakteryzują schizofrenji i zasługują by je traktować oddzielnie od ostatniej, niezależnie od tego, czy będą one zaliczane do psychoz padaczkowych, pozapalnych, intoksykacyjnych, czy wreszcie, dla braku ściślejszych momentów etjologiczno-rozpoznawczych, — pozostawimy je w dawnej grupie pomieszania okresowego.

NIEDOROZWÓJ PSYCHICZNY, jak wiemy ma bardzo różnorodną etjologję.

Zajmują nas tu w pierwszym rzędzie postacie, które są połączone z psychozą, wypływającą z istoty zachorzenia podstawowego. Niedorozwój, prezentujący się jako goły minus potencji psychicznych, a spowodowany czynnikami, które li tylko psychizm hamują, żadnych natomiast ośrodków jego specjalnie chorobowo nie pobudzają, — nie wchodzi tu w rachubę. A więc pragniemy mówić przedewszystkiem o formach oligofrenji powstałych na skutek czynników zapalnych, infekcyjnych, a po części, intoksykacyjnych. W nader wielu takich przypadkach, proces, poczyniwszy raz spustoszenia, nie wygasa całkowicie, tli się tu i owdzie, lub daje, od czasu, znać o sobie wybuchami wyraźnej psychozy. W innych znowuż razach, stwierdzamy punkty podrażnienia w mózgu, jak oto blizny pozapalne, względnie inne anomalje wygojenia. To też i symptomatologja psychoz, mających swe źródło w niedorozwoju psychicznym jest również bardzo urozmaicona. Między innemi wiemy, jak często głuptak produkuje objawy katatoniczne. Rozliczne para i bradykinezy, steryotypje, negatywizm, mutyzm i cały szereg roślinnych symptomów katatonicznych — są także właściwe oligofrenji, jak każdej innej organicznej chorobie mózgu, o ile tylko proces zachorzenia zawadzi o jądra szare, wzgl. okolicę podstawy mózgu. Oczywiście, mamy tu na myśli objawy katatoniczne w sensie ścisłym i właściwym definicji Kahlbauma.

Gdy ubytek intelektu u głuptaka nie jest znaczny, a więc podłoże obecnej ostrej psychozy nie uderza badającego swą wyrazistością, gdy, dodajmy, wywiad, zebrany o chorym zawiera również skąpe w tej materji daty — łatwość popełniania błędu djagnostycznego na korzyść schizofrenji jest tu wówczas wielka.

Zwłaszcza wrodzona kiła, jak wiemy, jest tym czynnikiem etjologicznym, na który przypada gros psychoz połączonych z niedorozwojem. To też szereg autorów, przeważnie rosyjsk. (Ostankoff, Tretjakoff, Toporkow) hołduje drugiej skrajności, gdyż nawet kliniczną koncepcję całej schizofrenji usiłuje przenieść na etjologiczne podłoże kiły. Mówi się więc zamiast o psychozach kiłowych, o schizofrenji, a w najlepszym razie, przy uwzględnieniu niedorozwoju psychicznego, — o t. zw. formach „zaszczepionych". Wydaje się nam jednak, że termin „Propfhebefrenie" nie byłby w wypadkach podobnych na miejscu, gdyż imputuje on pojęcie przyniesienia choroby z zewnątrz, podczas gdy w przypadku omawianym objawy hebefreniczno- katatoniczne wyłania sama, powodująca niedorozwój, choroba podstawowa. Zespół ten jest tu więc integralną jej częścią.

Nie zawsze jednak pewne znamiona katatoniczne u głuptaka mają już świadczyć o destrukcji natury organicznej w jego mózgu. Jak objaw Babińskiego oznacza u dorosłego wyzwolenie się (wskutek pewnych organicznych zmian w układzie nerwowym), z pod wpływu wyższych ośrodków ruchowych, autonomicznych lokalnych centrów ruchu, a u niemowlęcia tenże objaw oznacza tylko tyle, że te ośrodki wyższe jeszcze się nie rozwinęły w tym stopniu, by dominować, — tak też i w dziedzinie ekstrapiramidowej może więc ostatnia przeważać nad psychizmami wyższemi nie jedynie z przyczyny powstał. destrukcyjnych zmian organicznych w mózgu (stawiających ją w dissocjację do kory i wyzwalających z pod jej wpływu). Istniejąca od urodzenia przewaga archaicznego psychizmu i niedorozwoju wyższych ośrodków hamujących i regulujących, sprawia że głuptak w ten sposób, już z natury zachorzenia, jest, że się tak wyrazimy, uprawniony do pewnych katatonicznych przejawów.

W związku z tem nie możemy pominąć milczeniem momentu, który odgrywa nieomal pierwszorzędną rolę przy rozpoznawaniu psychoz schizofrenicznych, a który jest niemniej właściwy niedorozwojowi psychicznemu. Mowa tu o rozlicznych reakcjach i produkcjach puerylnych, które u dziecka zdrowego są przejawami normalnemi i, znamionując duszę na wcześniejszym stopniu ontologicznego rozwoju w ogóle, występują też tam, gdzie ona nie mogła osiągnąć poziomu psychizmu dorosłego człowieka wskutek choroby. A więc: nie dość uporządkowany sposób myślenia, skłonność do tworzenia neologizmów, perseweracje i stereotypje, zmanierowanie, grymasowanie, niedostateczne rozgraniczenie uczuć przyjemnych od przykrych (disthymia). Objawy te zdolne są zabarwić na sposób specyficzny każdą psychozę, powstającą w wieku dziecięcym i młodocianym i nadać jej pewien „hebefreniczny" wygląd (Lange, Homburger). Cóż dopiero gdy chodzi o niedorozwój psychiczny, który cofa psychizm o kilka, kilkanaście lat w dzieciństwo.

Ponieważ, dalej, w przypadkach niedorozwoju psychicznego mamy również wszelkie powikłania psychiczne, właściwe przebiegowi psychoz padaczkowych, przeto, by się nie powtarzać, stwierdzamy tu, że powiedziane o odgraniczeniu tej ostatniej grupy od schizofrenji, odnosi się również i do postaci oligofrenicznych.

Drugi biegun obecnej grupy schizofrenicznej styka się z różnemi zachorzeniami natury czynnościowej i zwyrodnieniowej. A więc:

PSYCHOZA SZAŁOWO-POSĘPNICZA. W typowym swym przebiegu jest to nieomal przeciwieństwo kliniczne i symptomatologiczne do Bleulerowskiej grupy. Chodzi nam tu jednak o wykreślenie miejsca dla słupów granicznych między temi zachorzeniami tam, gdzie się granice zacierają i przez to umożliwiają niepomierne powiększenie terytorjum jednej grupy kosztem drugiej. Jedną więc ze stałych i zasadniczych różnic przebiegu jest remisyjno-ekzacerbacyjny charakter pierwszej, a cykliczny — drugiej. Rzeczą jest zrozumiałą, że, jeśli ta zasadnicza różnica przy rozpoznawaniu nie będzie brana w rachubę, — to schizofrenja straci najwłaściwszą dla swego przebiegu cechę kliniczną. Wprawdzie, okresy zwolnienia mogą w przebiegu schizofrenji

stanowić niekiedy daleko posunięty regres objawów chorobowych, *nigdy jednak nie równa się on całkowitemu zdrowiu psychicznemu.* Spostrzeżene to potwierdzają prace Müller'a i Lange'go.

Że w przebiegu psychozy m.-d. występują niekiedy w mniejszej lub większej ilości, zaburzenia psychormotoryczne i prawdziwe objawy katatoniczne oraz halucynacje, strzępy przygodnych urojeń i pewne cechy rozprzężenia myślowego, — wiedzą o tem wszyscy badacze. Lange stwierdził, że zespół katotoniczny zachodzi tu często, zwłaszcza w wieku najmłodszym i u starców. Powstanie więc jego w psychozach man.-dep. (jeżeli nie zależy od przypadkowych komplikacji) ma tu tenże charakter dziecinady i reakcji puerylnego psychizmu, który, jak już wzmiankowano na innem miejscu, cechuje niektóre zaburzenia katoniczne osobników psychicznie niedorozwiniętych i wybitnie młodych.

Na innem miejscu usiłowaliśmy ustalić, że nawet istotne objawy katatoniczne nie są bynajmniej jądrem schizofrenji, lecz zespołem występującym w wielu różnych zachorzeniach. Cóż dopiero mówić o takich ogólnego znaczenia produkcjach psychicznych, jakiemi są omamy, urojenia, lub pewna niezborność w myśleniu. To też, z drugiej strony, stwierdzenie ich w pewnym przypadku zachorzenia nie wyklucza eo ipso rozpoznanie psychozy man.-depr.

Z doświadczenia wiemy, że ten sam stan manjakalny (psych. szał.-posępn.) w jednym przypadku zachorzenia jest przedewszystkiem nacechowany uczuciem pogody i nie powoduje zbytniego rozstrzelenia myśli, (nawet przy znacznem nasileniu manji), w innych znowuż razach charakteryzuje pieniaczeniem, kłótliwością i wybuchami gniewu. Znamy również i taki przebieg manji, gdzie, przy już nieznacznem podnieceniu ruchowem i w mowie, udaje się zauważyć wysoki stopień niezborności psychicznej w ogólności, a zwłaszcza procesów myślowych. Dla tego też znajomość ostatniej okoliczności nie pozwoli badającemu zaliczać przypadków podobnych do schizofrenji już tylko z tytułu zaobserwowanego objawu, stojącej inadekwatnie do nasilenia gonitwy myślowej, inkoherencji.*

Znanem jest również, że niektóre formy obłąkania szałowo- posępniczego rozpoczynają się pierwszą fazą manjakalną, mającą wszelkie cechy typowego stanu pomieszania. Dopiero fazy następne nabierają cech charakterystycznych dla manji wzgl. melancholji.

Spostrzeżenie IV. A. K. lat 36, żona sołtysa. Jeden jej brat w wieku lat 24 cierpiał w przeciągu blizko pół roku na, bliżej nie dającą się określić, psychozę. K. jest od 10 lat zamężna, ma 7-mioro dzieci. Wszyscy psychicznie zdrowi.

Pewnej nocy (w roku 1915), zupełnie nagle, wystąpiły u niej objawy choroby psychicznej. Poczęła wołać i przeklinać, wymyślać na sąsiadów, robiła swemu mężowi sceny zazdrości, nie jadała. Zniszczyła swoje łóżko, bo, jak motywuje, okradziono ją. Podczas przyjęcia śmieje się i płacze, to znów rzuca się do sprzętów, by wszystko demolować. Pytania badającego pozostawia najczęściej wręcz bez odpowiedzi i widocznie, zajęta wewnętrznemi przeżyciami, nie słyszy ich. Twarz niekiedy (przez parę godzin) wyraża osłupienie. Chora jest nieruchoma i widocznie zupełnie zdezorjentowana. Odmawia przyjmowania pokarmu, nie motywując niczem tej odmowy. Sen niedostateczny. Grymasowanie, dziwaczne zachowanie się, wielomówność, silne podniecenie

*) Użyliśmy tu terminu tego (za Wernicke'm, Ziehen'em i Joly) w sensie rostrzelenia myślowego, właściwego manji.

ruchowe. Raz p. jest w stanie osłupiałym, niesprzystępna i zahamowana, to znów, już po paru godzinach, poczyna wszystko demolować, drzeć na sobie ubranie. Przy tem nieustannie mówi. Czwartego dnia po przyjęciu musi się chorą sztucznie odżywiać. P. stale *odmawia przyjmowania pokarmu, bo* jak powiada, mąż ją bardzo pobił i *była bardzo „przejęta"*. W przeciągu dnia zupełnie spokojna, w nocy zaś poczyna ponownie skakać, śpiewać, nieustannie mowić, demolować wszystko, co ją otacza. Oświadcza, iż ktoś jej powiedział, że musi krzyczeć, że *pragnie w zakładzie pozostać* na stałe, *tylko należy pozamykać wkoło drzwi i okna*. Będzie jej tutaj jak w niebie. Nie poznaje otoczenia ani miejsca. *Człowiek o szarej głowie nakazał jej wyrywać włosy* z głowy i krzyczeć. Ten mały człowiek siedział na jej łóżku, ona go nie zna. Mówił: „matko, matko, daj twój włos". Te głosy jej tak mówią, bo jest zła. Zanieczyszcza się, brudzi się łajnem. Każe sobie podawać do jedzenia tylko kartofle, sól i wodę.

Dwa dni później: oczy ma wciąż zamknięte, modli się, nie odpowiada na pytania Tegoż dnia po południu: krzyczy, grozi, drze bieliznę, jest bardzo podniecona ruchowo. *Zamyka sobie rękami usta, grymasuje, przybiera dziwaczne pozy*. Zanieczyściła się łajnem i posmarowała się niem. Zdezorjentowana, nie może znaleść swego łóżka. Otwiera usta, lecz nie mówi, wzdycha, woła „o Jezu".

Przy końcu miesiąca stan chorej się znacznie polepszył. Jest spokojna i zborna. Nie pamięta nic z przebytej choroby. Po kilku dniach zostaje zwolniona jako wyleczona.

Pół roku potem występuje już zupełnie typowy stan melancholji z urojeniami samooskarżenia, silną depresją i zahamowaniem. Trwa stan taki trzy miesiące, potem zwolna przechodzi w stan manjakalny: chora ożywia się, przejawia dużo inicjatywy i przedsiębiorczości, nieustannie mówi, źle sypia. Włóczy się całemi nocami po okolicy, kradnie sąsiadom kury, gęsi i niepotrzebne nikomu drobiazgi, lub przesiaduje w karczmie.

Odtąd regularnie dwa razy do roku zmienia się stan manjakalny na depresyjny. Choroba trwa już dziesięć lat.

Pierwsza faza zachorzenia, brana oddzielnie, przedstawia się klinicznie, jak stan pomieszania z silnem zakłóceniem świadomości, a ze względu na niektóre „katatoniczne" objawy i naturę urojeń, może niektórym badaczom imponować też jako schizofrenja. Jest to jednak tylko, że się tak wyrazimy, jeszcze nie poróżniczkowana mieszanka melancholji i manji naraz. W dalszym ciągu zachorzenia przejawiają się formy te w sposób już skrystalizowany i wyraźny.

PARAFRENJA. Sprawę wyodrębnienia tej postaci od dem. praex. przesądził już Kraepelin. To też, poza szkołą zurychską, nie dużo jest zwolenników pozostawienia jej w łonie bleulerowskiej grupy. Zdecydowanemi tego przeciwnikami zaś są Piotrowski, Bielawski, Lewis, Skliar, Schuster, Greco, de Fursac, Cellier i wielu, wielu innych. Niektórzy z nich zaliczają do psychoz paranoidnych i łączą z parafrenją również paranoidną formę schizofrenji. (Cellier, Skliar, Schuster, Greco, Lewis. *). Z przyczyny braku ściślejszej charakterystyki tej ostatniej, pojmuje ją i zakraja każdy badacz na inny sposób tak, że dziś jest wręcz trudne porozumienie się pomiędzy klinicystami, co rozumieć pod pojęciem dementia paranoides, a co pod parafrenją. W każdym razie wydaje się nam, że parafrenja Kraepelina z jej podformami (systematica, expansiva, hallucynatoria, confabulatorja) jest może trochę zbyt szematyczna. Nie zawsze się udaje odnieść psychozę do jednej z wyszczególnionych tu form, mimo, że nie brak jej zasadniczego (pozytywnego) kryterjum, którem jest ukształtowanie się urojeń na podstawie doznawanych omamów, **) oraz kryterjów negatywnych tj. braku podo-

*) Autor ten zalicza parafrenję do psychoz manj.-depr.

**) Piotrowski. — Kilka uwag w przedmiocie schizofrenji. Now. Psych. 1925.

bieństwa do innych psychoz schizofrenicznych, braku znamion rozdzwięku pomiędzy uczuciem i wolą, a procesami myślowemi z drugiej strony, wreszcie — braku otępienia.

Pozostaje nam jeszcze omówić stosunek do schizofrenji form chorobowych o naturze funkcjonalnej, mechanizmach, reaktywnych, a których tłem jest

ZWYRODNIENIE PSYCHICZNE. Niektóre z pomiędzy nich odpowiadają pod względem symptomatologicznym całkowicie koncepcji Bleulera. Mamy tu więc autyzm kompleksowego pochodzenia, proces myślowy ma wszelkie znamiona „traumhaftes Denken", no i wreszcie zachodzą w przypadkach takich również często rozliczne zaburzenia natury psychomotorycznej. Dla tego też formy te są zupełnie uprawnione do pozostawienia ich przy schizofrenji. Jednak, rzecz jasna, będą te formy odbijać rażąco od innych do niej wcielonych, jak np. od postaci blizkich typowi Morel'a i Heckera, — ciężkich, nieuleczalnych, prowadzących do specjalnego typu otępienia. Różnice pomiędzy niemi są natury klinicznej, etjologicznej i symptomatologicznej. Bo, choć podłoże choroby, w rodzaju opisanej przez Morel'a jest dla dzisiejszych badaczy szeregiem domyślników, to jednak, wiemy to z góry, że się będzie ono różnić od etjologji np. schizotymji bornsteinowskiej, katatonoida Bielawskiego lub przypadków opisanych przez Clauda, Borel'a i Robin'a, gdzie już sami autorzy przyjmują naturę reaktywną tych zachorzeń. Różnica zaś symptomatologiczna jest również bardzo wielka, a mechanizmy stojące za produkowanemi objawami są wręcz odmienne tu i tam. Tu proces psychiczny i jego kompleksy są tymi czynnikami pierwotnymi, które wywołują zmianę w ustosunkowaniu psychicznem kory do ośrodków niższych (szarych jąder), wyłaniając rozliczne fenomeny właściwe zakłóceniom harmonji w tej dziedzinie mózgu. Jak histeryk może zaprodukować nam pewne troficzne i motoryczne objawy, tak też i schizotymji będą właściwe zespoły „katatonoidne" i „heboidne". Jednak na wszystkich objawach tu produkowanych leży piętno „psychorodności" i sprawia, że możemy się wczuwać w stan taki, a także po części wpływać psychicznie na przebieg i utrzymywać jaki taki kontakt z psychizmem chorobowym pacjenta, nawet przy silnem zakłóceniu władz psychicznych u ostatniego. W przypadkach zaś dementia praecox sensu stricto Morel'a podstawa mózgu jest zaatakowana pierwotnie, a zmiany powstałe w następstwie tego procesu pozwalają tylko na nieznaczną poprawę, gdyż są one natury organicznej, zwyrodnieniowej i powodują defekty w tkance szlachetnej mózgu.

Dla tego też nasuwa się tu myśl, że w celu uniknięcia rozbieżności i sprzeczności etjologicznej, symptomatologicznej i klinicznej w łonie jednej grupy klinicznej, to znaczy bleulerowskiej schizofrenji (stawiając typ Morel'a obok przypadków funkcjonalnych), jeżeli już termin schizofrenji ma być w psychjatrji zatrzymany, to przez wzgląd lojalności dla jej autora, należy (za szkołą św. Anny) uważać za schizofreniczne tylko formy stanowiące niejako skondensowanie konstytucji schizoidnej. Na tle tem powstać może psychoza natury funkcjonal-

nej, a o cechach schizoidnej reakcji. Stanowiła by ona obok z psychozą Ganzera, przypadkami psychoz histerycznych, paranoją i innemi reakcjami psychicznemi, jedną z podgrup reakcyj psychotycznych u psychopaty.

Od nich, za Magnanem, odróżniać będziemy jednak postacie, które francuzi nazywają „delire chez les dégénérés, a niemcy „Wahnbildung der Degenerirten". Mają one przebieg okresowy, albo napadowy (bouffé délirant) i nie stanowią niezbędnie reakcji na psychiczne traumy. Fenomenologicznie mogą się przedstawiać zarówno jak tamte.

* * *

Po tak dokonanej rewizji różnych form klinicznych stykających się z schizofrenją, a po części dziś do niej zaliczanych, — pozostaniemy przy liczebnie dość szczupłej grupce postaci klinicznych, wynoszących według obliczeń dokonanych w roku ub. na oddziałach moich w Dziekance około 5% wszystkich zachorzeń. Wyłania się z nich dość wyraźna sylwetka hebefrenji—dem. prx. (Morel'a) i katatonji sensu stricto (Kahlbaum'a). Prócz tych wydaje się nam, zasługuje na wyodrębnienie postać, która zachodzi jeszcze rzadziej niż powyższe, a w niektórych swych odmianach (gdy się dołączy do niej większa ilość objawów katatonicznych) zbliżona jest do formy melancholia attonita Baillarger'a, depressive Verblödung Kraepelina, melancholia cum stupore innych autorów. Bleuler o tyle słusznie zalicza ją do schizofrenji, że traktuje odrębnie od psychoz manjakalno-depresyjnych. Sam termin „melancholia attonita" z powodu swego brzmienia przyczynia się już po części do zaliczenia określanych przez nią postaci do psychoz cyklicznych, mimo zasadniczej między niemi różnicy. Dla tego też właściwiej by było (gdy chodzi o formę czystą tego zachorzenia) nazwać ją obłąkaniem bolesnem. Zbliżonymi doń są przypadki w rodzaju opisanych przez Minkowskiego*), pod nazwą „melancholja schizofreniczna", a jeszcze bardziej — podane w spostrzeżeniu Fammenne'a**), (mimo, że są one tam rozpatrywane w oświetleniu odmiennem, psychorodnem) i Halberstadt'a.

Oto główne cechy omawianej postaci — obłąkania bolesnego:

W wywiadzie zazwyczaj nic szczególnego, *niekiedy gryppa* (Fammenne). Cierpienie rozpoczyna się zwiastunami, jak to: częste bóle głowy, zły sen, lęki, niepokój i depresja, niezdolność do pracy, rozluźnienie kontaktu z otoczeniem.

Wkrótce potem, najczęściej nagle, wpada chory w stan pomieszania (większego lub mniejszego stopnia): przyćmienie świadomości, fragmentatywne, najczęściej uczuciowo ujemnie zabarwione urojenia, silny niepokój ruchowy, wreszcie przykrej treści omamy, przeważnie o somato-psychicznym charakterze. Niekiedy też chory wpada w osłupienie (pomieszaniowej natury). Stan taki trwa dnie i tygodnie, a na zmianę mu przychodzi stopniowo okres chroniczny.

Tu uderza nas w pierwszym rzędzie, jako objaw zasadniczy, swoisty rodzaj depresji, depresji, która *nie jest bynajmniej adekwatną* (jak w melancholji) *do treści* procesów myślowych, ani też, tem mniej, ta smutna treść jej

---

*) Etude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de melancholie schizophrénique. (Journ. de psychol. norm. et pathol. 1923.)

**) Un cas de melancholie avec troubles de la cinesthesie. (Journ. de neurol. et de psych. 1924.)

systematycznie nie towarzyszy. Przeciwnie, jest to *pierwotne niejako halucynowanie bólem rozlanej natury*, którego wyraz intelektualny może wręcz nie istnieć wcale, a w każdym razie stosunek idei do uczucia jest przypadkowy, przejściowy, niekiedy niedorzeczny. Zdarza się bowiem, że chory taki, podczas, gdy twarz jego skażona jest niewymownym bólem, a zachowanie się całe wyraża rozpacz, — wygłasza urojenia treśc obojętnej, lub dopuszczające (normalnie), kojarzenie się z dodatnim tonem uczuciowym, jak np. — ideje wielkości.

Objawami ubocznymi, lecz często towarzyszącymi stanowi temu, są wszelkie zaburzenia ruchowe, czuciowe i psychiczne, typu katatonicznego, a więc perseweracje, werbigeracje, stereotypje, — bradyfrenja i bradykinezja wogóle, niekiedy zmiany w dziedzinie czuć protopatycznych. (Ztąd też kombinacja tych objawów z obłąkaniem bolesnem nosiła nazwę melancholia attonita).

Przebieg choroby jest przewlekły, daje zwolnienia i obostrzenia.

W fazie końcowej „halucynacja bólem" traci na nasileniu, natomiast daje się stwierdzić większy lub mniejszy stopień osłabienia władz psychicznych, polegający w pierwszym rzędzie na 1) *rozprzężeniu pomiędzy życiem afektów i popędów, z jednej strony, a korą, z drugiej strony, 2) na przytępieniu afektywnem* i wreszcie niekiedy 3) na niepośredniem osłabieniu intelektu, które jest prawdopodobnie następstwem domniemanego czynnika intoksykacyjnego z okresu pomięszania.

Okres chroniczny zachorzenia zakończa też ezęsto zgon, przy objawach silnej kacheksji. W tym stadjum stwierdzamy u chorego częto gruźlicę ogólną, lecz, jak w katatonji, tak i tu, jest rzeczą conajmniej wątpliwą, czy gruźlica usadowiła się tu pierwotnie, czy też, przeciwnie kacheksja jest spowodowana jakiemś zatruciem, które leży w etjologji procesu, gruźlica zaś przyłączyć się mogła wtórnie.

Anatomja patalogiczna zachorzenia tego rodzaju nie jest jeszcze ustalona z przyczyny tej, że dotąd nie zwrócono żadnej uwagi na tę postać, nie traktowano jej odrębnie od schizofrenji. Na podstawie jednak prac Head'a, Buscain'a, Ansalone'a Bolsi, Boettiger'a, Olmer'a, Roger'a, Chirai i Lafonrad'a Richard'a Berre'a Spiller'a, Mc. Neil'a ma się pewne dane, że jest to proces intoksykacyjny, degeneratywny, a usadowiony w pewnych częściach wzgórza wzrokowego i jego okolicach — striatum oraz, że proces ten, co do lokalizacji, blizki jest stanom podobnym, spotykanym w chronicznej El.

Trzy te postacie — katatoniczna, hebefreniczna i bolesna, stanowią jądro ciężkich zachorzeń psychicznych, gdzie restitutio ad integrum jest wypadkiem rzadkim i wyjątkowym. Ich przebieg i zejście przemawiają za tem, że mamy tu do czynienia z trwałemi zmianami organicznemi w mózgu, o czem, zresztą, będzie mowa poniżej. Tu pragniemy tylko raz jeszcze stwierdzić, że należy je wyeliminować ze schizofrenji, jeśli pod ostatnią mamy za Bleulerem rozumieć li tylko egzagerację usposobienia konstytucyjnego. Dla tego też, odtąd, jeżeli używać będziemy terminu hebefrenja, katatonja wzgl. obłąkanie bolesne, to pod pojęciem tem w żadnym razie nie należy rozumieć ani synonimu ani podgrupy schizofrenji, tylko zespoły odrębne i odmienne od niej. Wyodrębniając hebefrenję (Morel), katatonję (Kahlbaum), oraz obłąkanie bolesne od schizofrenji, nie łączymy je narazie bynajmniej w jedną grupę, jednak musimy podkreślić parę cech wspólnych im wszystkim. Są niemi: a) niepomyślny przebieg psychoz, prowadzący do pewnego końcowego stanu o trwałych zmianach w ustosunkowaniu wzajemnem psychizmów wyższych i niższych, b) sąsiedztwo ośródków w mózgu, według naszego stanu wiedzy, jedynych, mogących nam wytłomaczyć produkowane syndromy, c) pewna wspólność momentów etjologicznych. Otóż ad c) należy zauważyć, że we wszystkich tu wyszczególnionych trzech postaciach możemy stwierdzić dla jednych przypadków wybitną rolę usposobienia dziedzicznego do zachorzenia, dla drugich — wpływ

na powstający tu proces zwyrodnieniowy u podstawy mózgu czynników nabytych toksycznej natury. Wydaje się, że etjologja przypadków ostatnich nie jest zbyt jednolita. Szkarlatyna, tyfus, gruźlica, niekiedy kiła, wewnątrz wydzielane toksyny, oraz jad powstający przy innych ostrych i przewlekłych ogólnych sprawach ustroju — są tymi momentami, dającemi impuls do procesu zwyrodnienia nieodpornej na nie części mózgu, którą w naszych wypadkach jest jego podstawa.

Oczywiście, że przebieg formy dziedziczno - zwyrodnieniowej (czy to w katatonji, hebefrenji, czy postaci bolesnej) będzie się w szczegółach różnił od nabytej formy zwyrodnienia szarych jąder. Tak więc forma dziedziczna hebefrenji, obejmująca całe pokolenia, ma przebieg wolniejszy, cichszy no i bardziej postępujący niźli hebefrenji nabytej pod wpływem szkodliwych czynników działających na ustrój jednej ludzkiej jednostki. Spustoszenie, jakie proces zwyrodnieniowy dokonywa w usposobionym do tego mózgu, po wytrąceniu go ostatecznie z równowagi na skutek działającego nań zatrucia jadem, (powiedzmy szkarlatyny, czy tyfusu) spustoszenie to w formach dziedzicznych rozłożone jest pomiędzy jednostkami całego pokolenia, jest ono przeto nie tak uderzające, a przebieg takiej choroby jest mniej burzliwy, bardziej systematyczny. Pod względem symptomotologicznym jednakże zasadniczej różnicy tu niema . To też i ośrodki zaatakowane są w ogólności te same i anatomiczne zmiany są analogiczne tu i tam. Do spraw nabytych dołącza się niekiedy, na samym początku choroby, czynnik natury amentywnej, spowodowany silnem działaniem rozlicznych toksynów, które pociągają za sobą powstanie pewnych znaków otępienia korowego, zmieniające i zaciemniające do pewnego stopnia, „podkorowe" objawy psychiczne.

Dla poparcia wyłożonego tu poglądu pozwolimy sobie na zacytowanie paru głosów z literatury jak też podamy wyniki badań anatomo-patologicznych dotyczące zajmującej nas części mózgu. Nie są ostatnie dotąd zbyt imponujące, oczywiście tylko dla tego, że żaden patolog nie ograniczył się do skupienia swej uwagi na wchodzących tu w grę, a wyodrębnionych trzech gdupach, lecz badał mózgi „schizofreników" t. zn. mózgi, bez ¼, wszystkich zmarłych w zakładach psychicznie chorych, w tej płonnej nadziei, że znajdzie coś, co by je wspólnie mogło charakteryzować. W warunkach takich, rzecz oczywista, znaleźć coś znamiennego np. dla hebefrenji, stanowiącej mniejwięcej $^1/_{20}$ (5%) wszystkich spotykanych zachorzeń, jest niepomiernie trudno.

Klarfeld utrzymuje, że we wszystkich przypadkach prawdziwego otępienia wczesnego znajdują się takie histologiczne zmiany w mózgu, które należy uważać za stanowiące podłoże psychozy. Jest więc to zachorzenie organiczne. Sprawa poraża elektywnie tkankę ektodermalną. Objawów zapalnych braknie, — mezoderma w procesie nie uczestniczy. Umiejscowienie jest dość indywidualne. W corpus striatum stwierdza się duże jądra bujającego gleju. Komórki są bardziej dotknięte procesem niźli włókna. Z braku danych dla przyjęcia egzogennej natury cierpienia, autor ten uważa chorobę za proces abiotroficzny na tle wrodzonej dyspozycji.

Josephy stwierdza w przypadkach dem. praex. wyraźne zmiany natury zwyrodnieniowej w ośrodkach pozakorowych, zaś w korze — w 3 i 5 warstwie komórek.

Ansalone wykrywa w badanych przypadkach otępienia wczesnego, barwikowe i tłuszczowe zwyrodnienie komórek mózgu.

Fünfgeld w pięciu przypadkach patol. antom. badania stwierdził w dem. praex. zmiany degeneratywne we wzgórzu wzrokowem (wewnętrznej części medjalnego jądra) oraz w substancji czarnej. Autor ten wstrzymuje się jednak od wyciągania ztąd dalej idących wniosków..

Brailowsky i Bertze oraz Juszczenko lokalizują proces w jądrach podstawowych i kwalifikują go na intoksykacyjno-zwyrodnieniowy.

Rawlings w swej gruntownej pracy o otępieniu w dem. praex. waha się, czy przyjąć dla stwierdzonych zmian organicznych w mózgu za przyczynę zwyrodnienie dziedziczne czy też intoksykację.

Marcuse stwierdza w badanych przezeń przypadkach bardzo silne barwikowe i tłuszczowe zwyrodnienie w thalamus i striatum. Obraz anatomiczny kwalifikuje na zwyrodnienie podstawy mózgu.

Alford uważa, że w podłożu dem. praex jest organiczny proces degeneratywnej natury. Nie zraża go fakt, że dotychczasowe patologo-anatomiczne wyniki badań nie są dotąd dostateczne i dla wszystkich przekonywujące, gdyż nie lepiej stoji sprawa np. z chorobą Huntingtona.

Buscaino stwierdza t. zw. „zolle di disintegrazione" w mózgu badanych cierpiących na dementia praecox chorych tak, że zdaniem jego zmiany te odzwierciadlają fenomen dissocjacji w tej psychozie. Nader liczne są zmiany zwłaszcza u podstawy mózgu, w jego szarych jądrach. Autor ten i jego adherenci przyjmują, na podstawie szeregu badań (wątroby, zawartości moczu, eksperymentu z hiosciną na królikach), intokcykacyjne tło zachorzenia.

Schuster. — Zmiany degeneratywnej natury w 3,5. warstwach kory, w area striata, oraz u podstawy wogóle. W katatonji stwierdził atrofię w okolicy spoidła.

Monakow szuka uzasadnienia morfologicznego dla hebefrenji i katatonji w stwierdzanej przezeń hypoplazji komór bocznych.

Naito, szczegółowo opisuje zmiany stwierdzone przezeń w dem. praex. Zmiany te, zdaniem jego, są dostatecznie charakterystyczne dla tej choroby. Chodzi tu o pewnego rodzaju cerebropatję, która dotąd niema analogji w anatomji patologicznej.

Buckley przeprowadza paralelę między zmianami we wzgórzu wzrokowem przy otępieniu wczesnem, a chorobą Wilsona.

Bonhoeffer utrzymuje również, że na hebefrenji sprawdziło się jego dawne twierdzenie, iż w ocenie lokalizacji procesów psychicznych nie należy przeceniać roli kory.

Küppers twierdzi, że zanika w tej chorobie psychicznej osobowość aktualna, wzgl., że niema ona dostatecznego wpływu na przebieg procesów psychicznych. To też otępienie jest w dem. praex. inne niż korowe i uzasadnienie anatomiczne tego otępienia nie leży w korze, lecz w okolicy wzgórza wzrokowego.

Geitlin opiera pojęcie interesującego nas zachorzenia na ustalonych przez Head'a i Holmes'a objawach, stwierdzanych przy organicznych zmianach we wzgórzu wzrokowem i okolicach. Przyczyna choroby — wrodzone anomalje w rozwoju pewnych części jąder podstawowych. Na powstanie zachorzenia mogły złożyć się też czynniki toksyczne.

Ewald. — Mózg zawiera odpowiedniki materjalne dla myślenia; podstawa mózgu — dla uczuć, woli, popędów. Przy hebefreniczno-katatonicznych symptomach, leży zaburzenie pierwotne w podstawie mózgu. Teoretyczne ujęcie sprawy (schizoidja) jest niedostatecznie uzasadnione, gdyż przeważają tam spekulacje psychologiczne nad psychjatrycznemi.

Specjalnie w dotyczeniu katatonji:

Na podstawie prac Schrijver'a, Best'a, Bernhard'a i innych, Buscaino próbuje ustalić nawet ośrodki dla poszczególnych neurologicznych zaburzeń w katatonji, a więc: dla katalepsji — globus pallidus i nucleus dentatus, dla manierowania — nucleus caudatus, putamen i t. p. W ogólności zaś zachorzenie to, (jak i w innych sprawach ekstrapiramidowych) obejmuje nucleus rubr., nucleus dentat., neo i paleostriat, oraz przednią szypułkę móżdżka.

Guiraud, objawy katatoniczne, jak: stereotypja, katalepsja, zatamowanie psychiczne, zmanierowanie, inadekwatność reakcyj afektywnych, echolalja, echopraksja, echomimja i inne stawia w paralelę z procesami, których ntura ekstrapiramidowa jest nam z góry znana. Autor wyciąga z tego wniosek,, że katatonja jest organicznem zachorzeniem podstawy mózgu. Tego dowodem są już chociażby obserwowane tu zaburzenia naczynioruchowe i troficzne. Obojętność psychiczna w stosunku do zaburzeń ruchowych jest tu spowodowana wypadnięciem czuć kinetycznych w następstwie uszkodzenia dośrodkowych dróg kinestycznych. Również Hoffman i Berger uważają katatonję za chorobę organiczną i zwalczają zapatrywanie przeciwne (psychorodne).

Tretiakoff i Pacheco stwierdzają w katatonji zony rozmiękczenia w okolicy n. d., a Frensdorf — w okolicy komór. Także

Steck, na podstawie neurologicznych badań, przychodzi do wniosku, że siedliskiem symptomów chorobowych w katatonji są szare jądra, gdyż pewne własności neurologicznej natury występują zarówno w katatonji, jak w zespołach organicznych striatum.

Horwitt, Thieli wskazują na trudność w różniczkowaniu pomiędzy parkinsonizmem, a katatonją powstałą np. po przebytej odrze.

Można by przytoczyć jeszcze wiele innych, analogicznych do poprzednich, uwag w przedmiocie katatonji, jako zachorzenia natury organicznej i ekstrapiramidowej jak Logre'a, Briand'a, Jourgoulescon'a, Laignel-Lavastin'a, Frenkel'a, których aby się nie powtarzać, nie cytujemy, gdyż umieściliśmy je w pracy innej*).

Przytoczone dopiero co głosy autorów, wyrażających pogląd na istotę choroby dem. praecox, wogóle zgodne są co do organicznej i zwy-

*) O. Bielawski. — Odruchy patologiczne w katatonji. Now. Lek. 1923.

rodnieniowej natury zachorzenia. Jako przyczynę tego procesu, przyjmują jednak dwa etjologiczne momenty — dziedziczny i toksyczny. (Czynnik toksyczny może być różnego pochodzenia).

Czerwoną nicią te dwa różne etjologiczne momenty (dziedziczny i nabyty) przechodzą też przez wszystkie trzy wyodrębnione tu ze schizofrenji grupy, nadając im (zależnie od tego, którzy z nich gra rolę wywoływacza) pewien specyficzny charakter przebiegu. Tak więc np. forma dziedziczna hebefrenji powstaje zwolna, jest ledwo postrzegalna na początku swego rozwoju i znamionuje się początkowo li tylko pewnemi cechami „oryginalności" w charakterze badanego. Choroba zwolna postępuje, daje niekiedy nieznaczne obostrzenie w swym przebiegu. Jest ten przebieg jednak wybitnie złośliwy i prowadzi w sposób nieunikniony do większego lub mniejszego stopnia zniedołężnienia psychicznego specyficznej natury. Forma intoksykacjna, a więc nabyta, jeśli ma w swej anamnezie z przed lat przebytą chorobę intoksykacyjną w rodzaju szkarlatyny, grypy, czy tyfus, które nadwątliły ustrój, powstaje również stosunkowo powoli, jakkolwiek cały przebieg znamionuje się tu szybszym alurem niźli w formie dziedzicznej. Wreszcie pozostaje odmiana trzecia, gdy psychoza rozpoczyna się nagle, poprzedzają ją zwiastuny w postaci bólu głowy i przykrych sensacji natury ogólnej. Początkowo mamy stan pomieszania (w większym lub mniejszym stopniu), który trwa tygodnie i miesiące. Zwolna okres ten mija, a na zmianę mu przychodzą stopniowo objawy ściśle hebefreniczne, katatoniczne, czy „bolesne". Przebieg tej choroby jest burzliwy a rokowanie — pomyślniejszem. W finale, obok specyficznego hebefrenicznego „Endzustand" stwierdzamy trwałe ślady korowego otępienia. To są następstwa spustoszenia, które poczynił, źródłujący stan pomieszania, czynnik toksyczny. Etjologja tej formy jest niejasna i prawdopodobnie także nie jednolita jak poprzednia, ma jednak charakter intoksykacyjny. Za intoksykacyjną naturą przemawia tu bynajmniej nie jedynie obraz kliniczny. Badania moczu na odczyn czarny Buscain'a, jak dotąd, wypadały tu zawsze dodatnio. Prócz tego udało się nam stwierdzić, że zabiegi zmierzające do rozcieńczenia domniemanego jadu w ustroju (upuszczanie płynu mózgowo - rdzeniowego z następczemi zaszczykiwaniami dokanołowemi rozczynu solnego, podawanie środków zwiększających wydzielenie moczu i inne) miały tu pewien sukces.

Różni się forma ostatnia od poprzedniej tem, że tu psychoza intoksykacyjna (stan amentywny) łączy się w jedną całoś, z powstałą na jej tle, psychozą zwyrodnieniową, podczas gdy w formie poprzedniej dzielić je może kilka lat czasu wzgl. pierwsza może mieć cichy i niepostrzegalny przebieg.

Pozostawało by tu omówić stosunek tak wyodrębnionych z schizofrenji postaci, do choroby, której kilka wybuchów epidemicznych, łącznie z przypadkami sporadycznemi, obserwowane w przeciągu ostatnich niespełna 10 lat, — pchnęło badacza na nowe tory myślenia i zapoznało go bliżej z rozlicznemi mechanizmami (neurologicznemi i psychicznemi) procesów podstawy mózgu. Mowa oczywiście o nagminnem zapaleniu mózgu. Zwłaszcza zajmują tu nas stany przewlekłe i formy

późniejsze tego zachorzenia, gdyż intoksykacyjno-zapalny charakter początku choroby, dającej objawy psychotyczne natury ogólnej, — zaćmiewa, niekiedy doszczętnie subtelne lokalne produkcje patologiczne, odbywające się w podstawie mózgu, która wyborczo i pierwotnie jest wszak tu zaatakowana przez czynnik chorobowy.

Otóż, jeśli przyjrzemy zaburzeniom poencefalitycznym, wzgl. porównamy podany przez badaczy opis symptomatologiczny tych stanów (Economo, Kollarits, Gerstmann i Schilder, Bychowski, Kanders, Meyer, Austregesilo, Homburger, Flatau, Grodhard, Mc. Neil, Herrmann, Chiray, Lafourcad, Sanctis - Banus, Horwitt, Gurewitsch, Küppers, Steck, Ostheimer, Balint, Rabiner, Meyer, Guiraud i Doussy, Teichmann, Pieńkowski, Handelsman, Perelmann, Perlman i Junitskaja, Rosenfeld, Roger), to stwierdzimy, że objawy i zespoły tu produkowane, a stanowiące wyraz organicznych (pozpalnych, zdaniem zaś innych, już zwyrodnieniowych — Orzechowski, Buscaino) zmian w poszczególnych ośrodkach podstawy mózgu, nie różnią się w zasadzie (jakościowo) od objawów obserwowanych w omawianych trzech grupach.

Zasadniczemi symptomami stanów poencefalitycznych będą w dziedzinie woli: niedostatek w spontaniczości wogóle, a pozatem, produkuje neurologiczne, jak stupor i ubóstwo mimiki (Kollarits, Otsheymer), sztywność, stereotypowość (Steiner), „Mangel und Uebermass an Antrieb" (Economo), akinezy (Gerstmann i Schilder), uszkodzenie wyrobionych ruchów instynktownych, które teraz zastąpić muszą ruchy dowolne (stąd niezgrabność), perseweracje (Bychowski) i hypokinezy (Meyer) w postaci palilalji (Balind), giętkości woskowej, manier i grymasowania (Rabiner).

Z drugiej strony są to wszak najistotniejsze neurologiczne znamiona katatonji. Przyjęcie motywacji psychicznej przy powstawaniu takich objawów w schizofrenji, jak słusznie mówią (Steiner i Berger), pozbawione jest zupełnie sensu. Dodajmy przytem, że objaw katatoniczny w rodzaju zatamowania (Sperrung) napotyka na wielkie trudności przy próbach funkcjonalnego uzasadnienia. Zatamowanie natomiast obserwujemy również (jak to podano powyżej), w stanach po El. i jest ono niczem innem, jak fazą akinetyczną extra-piramidowych zaburzeń ruchowych (Gerstmann). Drżenia występują, wprawdzie, rzadko w katatonji. Drżenie, extrapiramidowego pochodzenia, rozpatrywać jednak należy jako patologiczną odmianę hypertonji, spowodowaną podrażnieniem nadmiernem ośrodków tonusu (Flatau). Pomiędzy napięciem przeto, a drżeniem niema różnicy jakościowej, lecz tylko ilościowa. Dalej z pracy dokonanej wspólnie z kolegą Siemionkinem*) wynika, że objaw mioklonji synchronicznej nie jest bynajmniej obcy niektórym przypadkom katatonji. Również forma reakcji na bodźce elektryczne i mechaniczne w parkinsoniźmie i katatonji jest ta sama. To też fenomenologicznych różnic zasadniczych niema pomiędzy zaburzeniami motorycznemi spotykanemi w El., a w katatonji.

*) Odruchy motoryczne w katatonji a sprawach extrapiramidowych. Now. Psych. 1924.

To samo możemy powiedzieć o psychopatologji niektórych form El. chronicznej, gdy ją porównamy z zaburzeniami psychicznemi w katatonji, hebefrenji i obłąkaniu bolesnem. Znamionuje pierwsze: „Mangel an Antrieb" (Gerstmann, Küppers), ubóstwo spontaniczności (Kanders), zasadnicze zmiany w charakterze i osobowości (Meyer), w formie inadekwatnego działania uczuć do treści myślowej, przy zachowaniu władz intelektualnych (Mc. Neil), bradyfrenja (Meyer, Küppers), wreszcie — ubóstwo afektywne (Pellacini, Gurewitsch), zautomatyzowanie psychiczne i działania impulsywne (Meyer), dissocjacja myślenia (Perelmann) i pierwotne zaburzenie uwagi (jako wyraz panującego bezładu w jądrach podkorowych, — tej stacji rozdzielczej energji dla aktów intelektualnych — Naville, Bieron). Nie można, z drugiej strony, znaleźć trafniejszej i dobitniejszej symptomotologicznej charakterystyki, nad powyższą, dla dopiero co wyodrębnionych ze schizofrenji grup, jeśli się je rozpatruje łącznie. Oczywiście, że każda z pomiędzy ostatnio wymienionych postaci ma też swe odrębne cechy. Tak więc, przykurczowe zaburzenia motoryczne extrapiramidowej natury znamionują katatonję; zaburzenia zaś pierwotne w dziedzinie uczuć, w formie halucynowania bólem, przy rozdźwięku funkcji tych uczuć z resztą psychiki, stanowi sylwetkę dla formy „bolesnej". Gdy zaś w obrazie klinicznym występuje na pierwszy plan rozbrat pomiędzy popędem i uczuciem z jednej strony, a myślą — z drugiej strony, z wyraźną przewagą akcji automatycznych i impulsywnych nad procesami dowolnemi, kierowanemi uwagą, gdy dalej stwierdzamy rozprzężenie myśli, wogóle (z przyczyny uszkodzenia źródła energji psychicznej dla aktów myślenia) wtedy będziemy mieli obraz czystej hebefrencji, która może wprawdzie zostać niekiedy pokomplikowana (jak zresztą i formy poprzednie) przez dołączenie się do niej stanu, spowodowanego ostrą intoksykacją. Tylko więc występujące tu sporadycznie objawy pomieszaniowe są produkcjami psychicznemi pochodzącemi z kory, cały zaś zespół pozostałych zaburzeń psychicznych jest wyrazem uszkodzenia podstawy mózgu w różnych jego okolicach.

Po uwagach powyższych nie wyda się zbyt śmiałem twierdzenie niektórych autorów przyjmujących wspólną lokalizację dla procesu otępienia wczesnego i El. (Meyer, Gerstmann, Kollarits, Perlman, Junitskaja, Frenkel i inni). Są i tacy, którzy stany późniejsze po El. w pewnej mierze wręcz identyfikują z dem. praex. i mówią o t. zw. „dementia praecox postencephalitica", która prócz etjologji, nie różni się niczem od pozostałych form otęp. wczesn. (Sanctis-Banus, Logre, Briand, Kahen, Euzire). Jednak El., jako proces zakaźny i zapalny stanowi jedność pod względem etjologicznem, a jej chroniczne stany o formach przypominających hebefrenję, melanholję, czy katatonję — pozostaną zawsze tylko częścią choroby zasadniczej, lub jej niepośredniem następstwem, gdy chodzi o procesy zwyrodnienia powstałe na jej tle. Hebefrenja zaś właściwa, jako forma zachorzenia, ma etjologję niejednolitą. Może np. zostać odziedziczoną, jako usposobienie do zwyrodnienia podstaw mózgu, może też wystąpić po ciężkiej szkarlatynie, tyfusie, czy innej intokcykacji, na skutek więc osłabienia układu nerwowego

przez czynniki intoksykacyjne nabyte. Powiedziane doiero co o hebefrenji odnosi się w tejże mierze do formy katatonicznej i bolesnej.

Pomimo, że etjologja omawianych tu postaci nie jest jednolita, nie redukuje się przez to bynajmniej te formy kliniczne do znaczenia zespołów mogących powstawać tu i owdzie. Stanowią one odrębne postacie chorobowe, tak, jak chorobą jest np. wada serca, zapalenie mózgu, niedorozwój psychiczny itp. mimo, że każde z tych zachorzeń może mieć raz jedną, raz inną etjologję.

Podobieństwo wyodrębnionych postaci do El. jest takie same jakie mamy np. pomiędzy pewnemi formami lues cerebro-spinalis, a amiotroficznem stwardnieniem bocznem. Jest wspólna lokalizacja, zachorzenia oba prezentują się jednakowo również i pod względem symptomatologicznym. Nie można tego powiedzieć o przebiegu. Jak w przykładzie tym, tak też i w stosunku El. do omawianych form, odczepionych od schizofrenji, jest także pewna różnica w przebiegu. Podczas gdy nagminne zapalenie mózgu jest w pierwszym rzędzie sprawą zapalną i dotyka mezodermę — porównywane do niej postacie stanowią proces zwyrodnieniowy odbywający się wyborczo w tkance ektodermalnej. Mimo więc, że tu i tam są zaatakowane te same ośrodki mózgu, jednak w swych odcieniach nawet symptomatologja musi się tu różnić już z tej przyczyny, że w pierwszym przypadku proces przychodzi od strony naczyń, w drugim zaś — rozpoczyna się z miejsca w tkance szlachetnej. Nie zapędzając się więc zbytnio w uogólnienia, stwierdzamy jedynie fakt, że znajomość objawów chorobowych, produkownych w przewlekłych formach El., dopomogła badaczom do *przyjrzenią się z nowego punktu widzdnia przejawom chorobowym niektórych postaci zaliczanych do schizofrenji.* Możemy więc dziś przystąpić do odróżniania tych ostatnich *na podstawie symptomów,* które świadczą niezawodnie o *organicznych zmianach w podstawie mózgu.* Innemi słowy, bierzemy za *symptomatologiczne kryterja dla wyodrębnionych tu postaci, objawy świadczące o uszkodzeniu organicznem podstawy mózgu i znamionujące zmianę w ustosunkowaniu wzajemnem starego i nowego psychizmu, na skutek destrukcji powstałych w jądrach podkorowych i okolicy.*

Odtąd zaniechalibyśmy więc przywiązania zbytniej wagi rozpoznawczej do przejawów mających tak ogólne znaczenie jak np. „dziwaczne zachowanie się", „bizzar", „niedorzeczne" urojenia i halucynacje, „zaburzenia psychomotoryczne" i tym podobne produkcje psychiczne. *Uwaga badającego skieruje się ku niezbitym objawom organicznej dissocjacji pomiędzy psychizmami wyższymi i niższymi, ku pierwotnym zaburzeniom dziedziny uczuć, instynktów i popędów, oraz ekstramiramidowym disfunkcjom ruchowym.* Przekonamy się wówczas jak szczupłe liczebnie są odczepione grupy, jak wyraźne i charakterystyczne są ich cechy.

Wydawałoby się więc iż w tablicy nozologicznej należy zarezerwować miejsce dla wyodrębnionych form klinicznych w rubryce „sprawy organiczne (zwyrodnieniowe) podstawy mózgu". Dalsze badania

anatomiczne, serologiczne i obserwacje kliniczne już w zakresie tylko*) tych grup, pozwolą na stwierdzenie, czy stanowisko tu zajęte było istotnie słuszne. Rozprawa niniejsza jest więc tylko częścią zakreślonego planu pracy. Dalsze etapy — to sprawdzenie koncepcji na podstawie badań i obserwacji.

Wysuwając nowe kryterja **), nowy punkt widzenia dla kilku grup, znajdujących się dotąd na rozdrożu nozologicznem, wychodzimy od rzeczy znanych (objawy zachorzeń podkorowych), określamy więc sprawy przez momenty nam wiadome, a tego właśnie braknie dotychczasowej grupie schizofrenicznej, gdyż definjują ją pojęcia stanowiące tylko owoc konstrukcji myślowej i psychologicznego rozumowania badacza jak pojęcia Verdichtung, Verschiebung i im. podobn.) — są to niewiadome, o których nie ma się pewności, czy istnieją dla nich odpowiedniki realne,

Résumé.

Koncepcja schizofreji jest oparta na przesłankach czysto psychologicznych i liczy się za mało z rzeczywistością psychjatryczną. Cyfra, która wyraża ilość leczonej schizofrenji (75% Burghölzli) przewyższa trzykrotnie ilość wszystkich pozostałych chorób psychicznych. Już ten fakt musi zastanowić, czy nie mamy tu do czynienia ze zbiorowiskiem chorób, których nie jesteśmy w stanie dotąd rozpoznać.

Również analiza symptomatologiczna i ocena obrazów klinicznych szeregu postaci zaliczanych dotąd do schizofrenji, pozwoliła stwierdzić, że ramy bleulerowskiej grupy są za szerokie, a granice jej — rozpłyniste.

Z pośród form należących do schizofrenji, katatonja (Kahlbaum) i hebefrenja (Morel) są najbardziej wykończonemi postaciami klinicznemi.

Na wyodrębnienie zasługuje również forma zachorzenia, którą niektórzy autorzy opisują, jako melancholję schizofreniczną, a której zasadniczemi cechami fenomenologicznemi są: inadekwotność uczucia do myślenia i „protopotyczna", pierwotna natura zaburzeń w dziedzinie uczucia. Proponujemy nazywać tą postać kliniczną — obłąkaniem bolesnem.

Wszystkie trzy wymienione tu postacie wyprowadzają się fenomenologicznie z organicznych zaburzeń w podstawie mózgu (thalamus, striatum, n. dent. n. rub. i okolicy), oraz — z naruszenia łączności z korą (czyste objawy korowe są tu zjawiskiem akceseryjnem.)

Strona kliniczna zachorzenia przemawia za naturą zwyrodnieniową (w jednych przypadkach dziedziczną, w innych — intoksykacyjną, na tle dyspozycji dziedzicznej) zachorzenia. Potwierdzają to również badania anatomopotologiczne.

*) Gdyż dotychczasowe wyniki badań rozpływały się w morzu różnobarwnych postaci chorobowych zaliczanych dotąd do grupy schizofrenicznej.

**) Ze względu, iż praca wychodzi z Dziekanki, wypada tu zaznaczyć, by nie wprawić czytelnika w dezorjentację, że pogląd nasz na zagadnienie schizofrenji, różni się w niejednem od zapatrywań Piotrowskiego (obecnego dyrektora tego zakładu). Confer Al. Piotrowski.—Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji. Now. Psych. 1925.

Po wyeliminowaniu ze schizofrenji form niesłusznie do niej zaliczanych, gdyż należą one do innych psychoz (psych. manjak. depr., zwyrodnienia podaczkowego, psych. reaktywn., parafrenji i innych), dalej, po wyodrębnieniu z niej form: hebefrenicznej, katatonicznej i bolesnej, dla których dajemy definicję jako spraw zwyrodnieniowych (rozlicznego pochodzenia) w szarych jądrach—przychodzimy do wniosku, że *schizofrenja, jako grupa chorobowa może zostać całkowicie zlikwidowana*, wzgl. pozostałaby w psychjatrji w znaczeniu równoznacznika pewnej konstytucji psychopatycznej.

Hôpital Psychiatrique public. du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

„LA SCHIZOPHRÉNIE"

par

O. BIELAWSKI.

Le concept de schizophrénie est basé sur des notions purement psychologiques; il ne tient pas compte suffisamment de la realité psychiatrique. Sur le nombre total de malades de l'asile du Burghölzli à Zurich, 75 p. 100 sont considérés comme des schizophrènes. Cette circonstance à elle seule fait supposer que nous rangeons sous la rubrique „schizophrénie": des affections differentes que nous sommes encore hors d'état de distinguer les unes des autres.

L'auteur pour cette raison, soumet à une revision la notion de schizophrénie et énumère les formes cliniques qui selon lui, devraient en être séparées. Il remet en vigueur des notions anciennes délaissées actuellement comme la folie periodique, la „melancholia attonita", etc. Il désigen du nom de „melancholia attonita" une affection indépendante, nettement délimitée du point de vue clinique, dont le substratum anatomo-pathologique, consistant en une dégénérescence progressive, siègerait dans les noyaux gris du cerveau; il propose aussi pour cette affection le nom de „psychose douloureuse". Il sèpare également de la schizophrénie la catatonie (Kahlbaum) et l'hébéphrénie (Morel). Il considère toutes ces trois affections comme manifestations de dégénéresance, soit acquits à la suite de toxiinfections, soit héréditaire, de noyaux centraux. Il insiste, dans ces conclusions, sur la similitude de ces affections avec les troubles mentaux, observés souvent á la suite de l'encéphalite léthargique (pseudo - catatonie, pseudo - hebephrenie et mélancolie postencephalitiques) et propose de s'appuyer, pour le diagnostic differentiel, des trois formes cliniques en question sur les symptomes organiques, traduisant une lesion des noyaux centraux.

Si on sèpare de la schizophrénie les cas qui on y rattache à tort et qui appartiennent à d'autres psychoses, comme la folie maniaque - depressive, l'épilepsie, les psychoses reactionnelles, les bouffé delirant chez les dégénégré, les paraphrénies etc., si d'autre part on en separe les trois formes, dont il vient d'être question, c'est à dire la forme hébéphrénique, la forme catatonique et la forme douloureuse, toutes les trois counsidérées comme manifestation de lésions des noyaux centraux, la notion de schizophrénie autant qu'entité nosographique, se reduit à néant, selon l'auteur. Tout au plus pourrait on désigner de ce nom une constitution psychopatique particulière.

Z KAZUISTYKI ORZECZNICTWA.

Z Zakładu dla Umysłowo Chorych w Lublińcu. — Dyrektor Dr. med. E. Cyran

PRZYPADEK SYRINGOMYELJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU PRZY PRACY

podał

KAROL MIKULSKI

stud. med. U. S. B. w Wilnie.

Zagadkowa i niedostatecznie oświetlona etjologja jamistości rdzenia nieraz zapewne zmusza do zastanowienia się, czy choroba ta powstała na skutek jakiegoś wypadku, czy też z wypadkiem nie ma nic wspólnego. Zagadnienie to szczególnie ważne w okręgach przemysłowych naszego kraju — gdyż jak wiadomo syringomyelja szerzy się głównie wśród warstw robotniczych — może budzić często poważne wątpliwości, i dokładna znajomość okoliczności towarzyszących ewentualnemu urazowi może dopiero przemawiać za uznaniem czynnika zewnętrznego, lub przeciw niemu.

Przypadek nasz zaliczyć należy właśnie do tej ciekawej grupy, zaś orzeczenie wydane przez Dyrektora tutejszego Zakładu Dra med. E. Cyrana całkowicie uznaje etjologiczną ważność nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ chory Józef T. skierowany tutaj wraz z prośbą o wydanie orzeczenia lekarskiego.

Wywiady zebrane od matki chorego nic ciekawego do tej sprawy nie wnoszą. Oceniając sam wypadek, opieraliśmy się na danych zawartych w aktach sprawy, a obejmujących kilkadziesiąt stron pisma.

Badany Józef T. lat 26, robotnik kopalniany, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w grudniu r. 1917. Pracując późnym wieczorem przy zwożeniu węgla został najechany przez wózek z węglem, który uderzył go silnie w nogę tkwiącą między szyną kolejki, a przyległą belką. Czy badany wówczas upadł, a więc czy nastąpił uraz kręgosłupa, w aktach nie notowano.

Z braku opieki sanitarnej chory udał się sam do domu, jednakże w drodze z powodu okaleczenia nogi nie mógł iść dalej i przeleżał 3 godziny na śniegu, podczas silnego mrozu.

Około godziny 2-giej w nocy przechodzące robotnice zaniosły poszkodowanego do pobliskiego mieszkania, skąd rano został przeniesiony do szpitala, gdzie przebywał trzy miesiące, aż do wyleczenia nogi. W karcie szpitalnej przy przyjęciu zaznaczono, że układ nerwowy nie wykazuje objawów chorobowych. A więc badanie neu-

rologiczne, przy przyjęciu chorego do szpitala, nie wykazało żadnych zmian systemu nerwowego, zaś w trzy miesiące później, przy zwolnieniu chorego ze szpitala, zauważono osłabienie nerwów promieniowych, kładąc to na karb starego zatrucia ołowiem i stawiając mylne rozpoznanie — neuritis saturnina.

Jak wynika z zeznań świadków, badayn pracował przed wypadkiem regularnie i był zdrowy. Podczas pobytu w szpitalu narzekał na „przemarznięcie" ręki prawej i nie mógł tejże używać; zauważono również osłabienie ręki lewej. Tak więc w tym czasie rozwinął się niedowład, a następnie porażenie prawej ręki, wraz z jej zanikiem. Po wyjściu ze szpitala chory nie mógł powrócić do dawnej pracy, a otrzymał zajęcie przy otwieraniu drzwi; drzwi otwierał ręką lewą. Pracą tą zajmował się przez kilka miesięcy, zaś od r. 1919 stał się do pracy niezdolny i zaprzestał wogóle pracować.

Choroba rozwijała się stopniowo, poczynając od palców ręki prawej (postać zanikowa Aran - Duchenne'a). Z karty szpitalnej widać, że cierpienie to istniało bez podniesienia ciepłoty i bez objawów bólowych ze strony centralnego systemu nerwowego, chory skarżył się tylko na „przemarznięcie" ręki.

We wyglądzie chorego na pierwszy plan wybija się zanik prawej kończyny górnej, z ustawieniem ręki, przypominającem rękę kaznodzieja. Lewa dłoń, z równoległym kciukiem, przypomina rękę małpią. Również rzucają się w oczy liczne znamiona zwyrodnienia — prawie stale spotykane u osobników dotkniętych jamistością rdzenia. A więc czaszka okrągła, o niskiem czole, poprzecznie sfałdowanem, płatki uszne przyrośnięte, brwi zrośnięte, łuki brwiowe wybitnie zaznaczone, nos zapadnięty, szczęka dolna wysunięta, wreszcie wyraz twarzy świadczy o małej inteligencji.

Tak częste w syringomyelji skrzywienie kręgosłupa spotykamy i w naszym przypadku w postaci kyphoscoliosis dextra. Bark prawy jest podniesiony ku górze i ku przodowi, odwodzenie ręki prawej możliwe jest jedynie w zakresie 60^0. z powodu ankylozy w stawie barkowym. Łopatki odstają od klatki piersiowej — scapulae alatae.

Kończyna górna prawa jest porażona, siła jej = 0, siła dłoni lewej znacznie obniżone, określenie dynamometrem niemożliwe, gdyż chory nie może go w ręku odpowiednio trzymać.

Od dwu tygodni choruje na zwierzb ogólny całego ciała, szczególnie silne ognisko świerzbu pod lewą pachą; ma również zapalenie lewej powieki górnej. Bólu, ani swędzenia zupełnie nie odczuwa, a więc jest to świerzb bez swędzenia. Nawiasem zaznaczyć należy, że i żółtaczka pozbawiona jest przy syringomyelji swego stałego objawu — swędzenia.

Badanie układu nerwowego dało następujące wyniki: źrenice równe, kształtne, okrągłe, na światło prawa źrenica oddziaływa nieco słabiej, lewa — dobrze, na przystosowanie nie oddziaływują. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, nystagmus horizontalis obustronny obuoczny. Nerw twarzowy bez zmian. Język grubo mięsisty, na jego powierzchni górnej szereg linjowych małych zagłębień (lingua scrota-

lis), drżenie włókienkowe na jego dolnej powierzchni. Język wysuwa się prosto, nie zbacza.

ODRUCHY:	prawe	lewe		prawe	lewe
z bicepsa	brak	słabe	nadrzepkowe	żywe	żywe
z tricepsa	„	„	kolanowe	b. żywe	b. żywe
z radialis	„	„	Achillesowe	są	są
brzuszne górne	„	brak	stopowe	fleksja	fleksja
brzuszne dolne	„	„	gardzielowe	są	są
mosznowe	„	„	rogówkowe	słabe	słabe

Objaw Babińskiego —, Oppenheima —, Romberga +?. Drżenia stopy i rzepki niema.

Dermografja bardzo wybitna, ogólna, czerwona, rozlana z pręgą, trwająca około 3 godzin. Czucie dotyku zachowane z wyjątkiem prawej okolicy barkowej i połowy przedniej, górnej prawego ramienia. Czucie bólu znacznie osłabione, w okolicach wyżej wspomnianych całkowicie zniesione, tak samo i czucie temperatury. Erekcje prawidłowe, popęd płciowy — słaby.

Odczyn Wassermanna we krwi: wynik ogólny wątpliwy: z 1-ym antygenem++, z 2-im ++, z 3-im—.

Na zasadzie danych powyższych rozpoznaliśmy jamistość rdzenia, potwierdzając rozpoznanie postawione uprzednio przez lekarza-specjalistę.

W rozpoznaniu różniczkowem braliśmy pod uwagę zapalenie przerostowe opony rdzeniowej twardej w części szyjnej (Pachymeningitis cervicalis hypertrophica), jednakże brak podwyższenia ciepłoty, oraz wszelkich danych bólowych przy początku choroby przemawiało przeciw powyższemu cierpieniu, którego obraz jak wiadomo, może również towarzyszyć syringomyelji *).

Odrzuciliśmy także rozpoznanie zapalenia przewlekłego rogów przednich rdzenia, a to ze względu na istniejące zaburzenia czucia, które przy poliomyelitis anterior chronica nigdy nie występują.

Wynik odczynu Wassermanna mógłby nasunąć przypuszczenie zmian meta-kiłowych.

Nieodżałowanej Pamięci Ojciec mój opisał **) przypadek jamistości rdzenia wraz z bezwładem postępującym, tak, że sprawy te również mogą się kombinować. U naszego chorego jednak po za odczynem Wassermanna, i to zaznaczamy wątpliwym, innych objawów przemawiających wyłącznie za meta-luesem nie wykryliśmy, także uwzględniając i młody wiek chorego uważamy, iż komplikacja powyższa tu nie zachodzi.

Pozostaje więc rozpoznanie jamistości rdzenia i należy odpowiedzieć, czy wypadek przy pracy ma z tą chorobą coś wspólnego.

*) St. Borowiecki. Przypadek syringomyelji o typie pachymeningitycznym. Przegl. Lek. 1918 r. str. 194.

**) A. Mikulski. Przypadek bezwładu postępującego z jamistością rdzenia. Tyg. Lek. 1913 r. str. 371.

Chory był badany uprzednio przez eksperta, który w orzeczeniu swem zaopinjował stanowczo, iż wypadek powyższy (a więc i jego konsekwencje) nic wspólnego z chorobą nie mają i wobec tego renta ubezpieczeniowa choremu nie przysługuje.

Orzeczenie lekarskie wystawione przez Dyrektora Zakładu Dra med. E. Cyrana opierało się całkowicie na innych przesłankach, uważającą, iż na skutek wypadku chory uległ długotrwałemu działaniu niskiej temperatury, co bezwzględnie musiało się przyczynić do ujawnienia choroby.

Dzisiejszy stan nauki uważa syringomyelję za sprawę wrodzoną i kładzie szczególnie silny nacisk na uraz, podkreślając przeziębienie, mogące dać impuls do ujawnienia się procesu chorobowego, będącego dotychczas w stanie utajenia. Okaleczenie nogi, jako uraz, nie było poważne i zostało wyleczone bez uszczuplenia zdolności zarobkowej. Natomiast leżenie przez kilka godzin na śniegu i w mrozie, co również ustalono zeznaniami świadków, nabiera w wypadku tym znaczenie ciężkiego urazu, tembardziej, że chodzi tu o osobnika o silnie zaznaczonych cechach zwyrodnienia, a więc o małej wartościowości i odporności organizmu.

Szkodliwy wpływ niskiej, jak i wysokiej temperatury na układ nerwowy jest naukowo potwierdzony. Jeżeli więc istnieje, jak w naszym przypadku, i czasowa łączność (w przeciągu trzech miesięcy po wypadku wyraźne ślady dzisiejszej choroby), to nie można odmawiać przyczynowej łączności między wypadkiem i chorobą, przynajmniej o tyle, że przemarznięcie zmobilizowało u badanego dotąd utajony i nieaktywny proces chorobowy.

Jamistość rdzenia prawdopodobnie ujawniłaby się i bez tego czynnika później, tak jak bez żadnej zewnętrznej przyczyny pojawia się np. i zapalenie szpiku kostnego, wywołane również często przez uraz . Widząc tu analogję, musimy uznać, że jak osteomyelitis występująca po złamaniu zamkniętem, niepowikłanem kości a więc bez naruszenia ciągłości skóry — jest jednak wywołana przez to złamanie, tak i tutaj przeziębienie przyczyniło się do ujawnienia zmian syringomyelitycznych dotąd utajonych. Oczywiście powyższa analogja jest powierzchowna i stosuje się do czynników etjologicznych zewnętrznych, nie zaś do samych procesów, które, jak wiadomo, w osteomyelitis są charakteru zapalnego, zaś w jamistości rdzenia raczej nowotworowego.

Wskutek swej choroby, wywołanej przez wypadek przy pracy, chory stracił całkowitą zdolność do zarobkowania i w orzeczeniu lekarskiem została przyznana mu 100% renta od 1919 roku.

Wielce Szanownemu Panu Dyrektorowi Doktorowi Emilowi Cyranowi składam na tem miejscu podziękowanie za odstąpienie mi powyższego przypadku i wskazówki przy badaniu.

Hôpital Psychiatrique à Lubliniec.
Dir. Dr. med. Cyran.

SUR UN CAS DE SYRINGOMYELI A LA SUITE D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL

par
CHARLES MIKULSKI

Il s'agit d'un ouvrier J. T., agé de 26 ans, qui fut blessé accidentellement au pied. Il quitta le travail, pour rentrer chez lui. Il ne put continuer sa route, à cause de la douleur et resta sur place, dans la neige, par un froid intense, pedant 3 heures.

Le lendemain le blessé fut admis à l'hôpital. L'examen médical ne décela aucun symptôme neurologique.

Trois mois après apparurent les premiers signes de faiblesse des nerfs radiaux; on les considéra comme symptômes névritiques et on les attribua au saturnisme d'autrefois.

L'évolution de la maladie montra cependant qu'il ne s'agissait pas de névrite mais de syringomyélie.

L'auteur émet l'opinion qu'il existe un rapport de cause à effet entre la maladie neurologique et l'accident, en ce sens, que le blessé fut saisi par le froid et que cet événement a mobilisé le processus morbide qui existait juque là à l'état latent.

Kraj. Zakład Psychjatr. Dziekanka. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

PRÓBY LECZENIA NIEKTÓRYCH PROCESÓW EKSTRAPIRAMIDOWYCH PRZEZ STOSOWANIE As. + Hg. + J.

Referat na posiedzeniu klinicznem lekarzy w Dziekance dnia 10. 8. 25.

podał

FR. BEREZOWSKI.

Ponieważ nie znamy dotąd wywoływacza nagm. zap. m., przeto wyniki zabiegów leczniczych w zachorzeniu tem w ogóle, a w parkinsonizmie poencefalitycznym w szczególności, są przeważnie natury empirycznej, a w najlepszym razie oparte na domysłach dotyczących działania na domniemane drobnoustroje, specjalnie sporządzonej surowicy wzgl., czynników chemicznych, które by miały zdolność przenikania przez opony mózgu. Tak stosuje się dożylnie salicylan sodu (Cheinnisse), i winian antymonu (Silvestri), dordzeniowo urotropinę (Lehrmann), to znów wcierania rtęci, wzgl. zastrzyki salicylanu rtęci (Billegheimer); zalecane są też środki bioterapeutyczne, jak wstrzykiwanie specjalnie ku temu hodowanej i uodporniowej surowicy (Rosenow), lub też wstrzykiwanie dożylne płynu mózgowo - rdzeniowego, branego od tegoż chorego (Piticarin, Cheinisse). Celem wymienionego ostatnio zabiegu jest powołanie specyficznego niwecznika do walk z encefalitycznym jadem.

Zachęcony przez Dr. Bielawskiego, stosowałem kolejno As., Hg, i J. w przypadkach parkinsonizmu poencefalitycznego. Pozatem, wychodząc z założenia, że katatonja prezentuje się (jak wynika z prac Bielawskiego) w sposób identyczny z parkinsonizmem po El., tak pod względem reakcji mięśni na bodźce elektryczne, jak pod względem serologicznym i symptomatologicznym *) —, postanowiłem przeprowadzić analogiczną kurację również w typowych przypadkach katatonji (w ścisłem znaczeniu słowa) **), by się przekonać, jak reagują na te same chemikalja grupy, mające tak dużo ze sobą wspólnego pod względem symptomatologicznym, a z których jedna czeka dotąd jeszcze na ustalenie swej etjologji.

*) O. Bielawski. Odruchy patologiczne w kataionji (Now. Lek. 1923, Nr. 10) Tenże. Przyczynek do patologji humoralnej w katatonji (Now. Psych. 1924 Nr. 7).

**) O. Bielawski i M. Siemionkin. Objawy motoryczne itd. (Now. Psych. 1924 Nr. 7.)

Narazie mogę się tu podzielić wynikami prób leczenia tą metodą dokonanych na 8 pacjentach tutejszego Zakładu, z których 3 ma rozpoznanie „katatonja", 4 „parkinsonizm poencefalityczny".

Podawałem dożylnie neosalutan w ogólnej ilości 3 gr., zastrzykiwałem lek w odstępach dwutygodniowych, przeplatając zabiegi te co 5 dni domięśniowymi zastrzykami salicylanu rtęci. Po okresie salutanowym każdy pacjent otrzymywał kal. jodatum w przeciągu 2 miesięcy (dziennie 8 łyżek rozczynu 5.0:200.0). Wyniki pod względem klinicznym były następujące: jeden przypadek katatonji wyleczony; jeden przyp. ciężkiego parkin. poencefal. jest na granicy wyleczenia; jedna pacjentka z enc. leth. zmarła 4 tygodnie po kuracji. U dwóch parkinsoników nastąpiło znaczne polepszenie. Stan psychiczny i cielesny 3 pozostałych leczonych pacjentów dotąd jest bez wyraźnych zmian.

Spostrzeżenie I. Pacj. W., lat 21, z zawodu robotnik, dziedzicznie nieobarczony, przybył do zakładu w stanie silnego zahamowania psychicznego, nic nie mówił, patrzał w jeden punkt. Po parudniowym pobycie w zakładzie stan silnego zahamowania minął. Chory miał świadomość przebytego stanu, orjentował się w miejscu, czasie i otoczeniu, wykonywał prymitywne zlecenia, lecz stan stuporu często wracał; wtedy pacjent był małomówny, małoruchliwy i zahamowany w myśli. Cieleśnie obserwowano: wybitny łojotok, pocenie kończyn, ubogą mimikę twarzy, sztywność postawy. Odruchy kolanowe wzmożone, źrenice reagują dostatecznie na naświetlenie i zbieżność. Objaw dyfuzji (Neri) wyraźny w formie zginania palców przy stosowaniu prądu faradycznego z miejsca przyczepu m. trójgłowego ramienia do wyrostka łokciowego. Czucie bólu i temperatury nie wykazuje zaburzeń chorobowych. W płynie mózgowo-rdzeniowym globuliny (Nonne-Appelt +, Pandy ++). Wassermann we krwi i płynie negatywny. Rozpoznano katatonję.

Już w pierwszej połowie kuracji pacjent był bardziej ożywiony, zdawał sobie dokładnie sprawę ze swojego stanu chorobowego, zajmował się chętnie pracą fizyczną, interesował się otoczeniem. Po skończonej kuracji objawy powyżej wymienione zupełnie ustąpiły i chory w stanie całkowitego wyleczenia został zwolniony do domu po pięciomiesięcznym pobycie w zakładzie.

Spostrzeżenaie II. Pacj. Cz., lat 25, z zawodu absolwentka filozofji, dziedzicznie nieobarczona; zawsze słabowita, uczyła się bardzo dobrze. Mając lat 20 pacj. przechodziła czerwonkę. Przybyła do zakładu w stanie silnego stuporu. Cieleśnie: wychudzenie, łojotok na twarzy, sinica rąk. Zazwyczaj maskowata twarz, wyraża niekiedy przerażenie i pomięszanie. Źrenice oddziałują na światło leniwie, na zbieżność dobrze. Mioklonja synchroniczna mięśni mostkowo-gnykowych. Odruch spojówkowy zniesiony, język drży, nie zbacza, odru-

chy ścięgniste wzmożone. Objaw dyfuzji (Neri) dodatni. Wyraźne zmniejszenie pobudliwości elektrycznej mięśni. Psychicznie: pacj. jest sztywna, siedzi godzinami na jednem mejscu, nic nie mówi, twarz wyraża lęk. Pokarmu nie przyjmuje, bywa karmiona, źle sypia. Niekiedy tylko chora wymawia pojedyńcze wyrazy. Wassermann w płynie przy 0.1 mm^8 dodatni ++++. Cholesteryna — 0.05 na 100 cm^3 płynu. Rozpoznano El. letharg.

Po przebytej kuracji pacjentka jest ożywiona, rozmówna, zdaje sobie dokładnie sprawę ze swego stanu chorobowego, wspomina o różnych niedorzecznościach, które popełniała w stanie choroby. Wyraz twarzy pogodny, czasem wesoły; pacjentka chodzi na spacery, zajmuje się otoczeniem, czyta książki, grywa w tenis, śpiewa, tańczy. Czasami jednak miewa krótkotrwałe stany lekkiego zahamowania, które szybko mijają.

Na uwagę zasługuje fakt, że dodatni odczyn B.—W. w płynie mózgordzeniowym ustąpił tu po kuracji.

Spostrzeżenie III. Pacj. T. lat 37, z zawodu inżynier, dziedzicznie nieobarczony. W roku 1920 przebył dur wysypkowy, a w 22 inną infekcyjną chorobę, natury durowej. Miewał częste bóle głowy, stał się cichy, powolny, małomówny, niedbały, apatyczny; dużo sypiał, a niekiedy nawet zasypiał w trakcie rozmowy. Cieleśnie: źrenice zwężone, leniwie reagują na naświetlenie, dostatecznie na zbieżność. Drżenie wysuniętych rąk, oraz opuszczonych powiek. Wyraźny objaw dyfuzji (Neri). Lekkie napięcie mięśni w kończynach. Twarz nieco skrzepła, postać pochylona ku przodowi. Odruchów z podeszwy brak; przy badaniu tych ostatnich powstaje skurcz odruchowy mięśnia czworogłowego uda; odruch ten prędko się jednak wyczerpuje. Odruch kolanowy żwawszy po stronie lewej. Odruch mięśnia piszczelowego przedniego obustronnie wzmożony (Piotrowski). Odruchów Achilesa brak. Romberg słabo dodatni. Czucie na ból znacznie upośledzone; na głębokie ukłucia szpilką (po całej skórze) chory daje odpowiedzi „tępo", podczas gdy ukłacia lekkcie rozpoznaje prawidłowo. Czucie na ciepło po całem ciele również upośledzone; pacjent nie odróżnia probówki z wodą gorącą od próbówki z wodą zimną, natomiast mniejsze różnice termiczne poznaje dobrze. Wybitne pocenie kończyn, łojotok oraz poliurja. Kilkakrotne badanie krwi i płynu na odczyn Wassermanna dało wyniki ujemne. Globuliny w płynie: Pandy+++, Nonne —, Appelt ++, Weichbrodt +++. Psychicznie: zahamowany, ubogi w myśleniu i kojarzeniu, apatyczny, bierny w zachowaniu się, oraz powolny cudzym rozkazom. Rozpoznano parkinsonizm poencefalistyczny (forma prążkowo - wzgórzowa — Bielawski).

Po kuracji pacjent, znacznie ożywiony, interesuje się otoczeniem, czytuje książki, gazety, chętnie odbywa dłuższe spacery, wycieczki, jest wesołego usposobienia, żartobliwy. Sam przyznaje, że jego ciężki stan minął i czuje się teraz dobrze. Łojotoku niema. Odruchy kolanowe normalne, brak odruchu z mięśnia piszczelowego przedniego, Rom-

berg ujemny. Wystąpiły odruchy brzuszne i cremaster'a, których przed tem nie było. Zaburzeń czucia na ból i temperaturę niema.

Spostrzeżenie IV. Pacj. F. lat 35, kandydat na nauczyciela, dziedzicznie nieobarczony. Zachorował nagle, zaczął bredzić, uciekać i niszczyć, co mu w rękę wpadło; miewał halucynacje wzroku i słuchu. Cieleśnie: sinica kończyn, łojotok twarzy; źrenice jednakowe, na naświetlenie oddziałują leniwie, na zbieżność dobrze. Odruchy kolanowe wzmożone. Obustronny objaw Piotrowskiego (antagonistyczny odruch m. piszczel. przedniego). Pacjent nie odczuwa ukłucia szpilką, oraz nie odróżnia przedmiotów ciepłych od zimnych. Psychicznie: milczący, na pytania nie odpowiada, siedzi w jednej pozie bez poruszenia się, ze spuszczoną głową; zachowuje przez dłuższy czas nadaną mu sztuczną pozę z podniesionemi rękoma i zgiętą w kolanie nogą; niczem się nie zajmuje, a jeżeli każe mu się coś robić, to robi to automatycznie. Ma skłonność do autyzmu. Wyraz twarzy obojętny. Rozpoznanie katatonję.

Po przebytej kuracji znacznie ożywiony, ruchliwy, chętny do pracy; na pytania odpowiada, czasem jednak z trudnością, wyraz twarzy pogodny, niekiedy uśmiechnięty, Źrenice na światło dobrze reagują; czucie na ból i temperaturę zachowane. Antagonistyczny odruch mięśnia piszczelowego przedniego (objaw Piotrowskiego) niewyraźnie zaznaczony.

Co się tyczy pozostałych 4 przypadków, to o polepszeniu narazie nie można mówić. Należy tylko wspomnieć o tem, że w dwuch przyp. Wassermann był pozytywny w płynie przed kuracją, po kuracji natomiast ustąpił. Odczyn Wassermanna występował w 4 leczonych przypadkach. U chorych tych podłoże kiłowe było absolutnie wykluczone. Zjawisko, że Wassermann występuje u katatoników i w parkinsonizmie bez kiłowego podłaża, potwierdzają badania różnych autorów. Roques de Fursac twierdzi, że 20% katatoników ma dodatni odczyn Bordet-Wassermanna. Podobny wynik otrzymał Bielawski, badając płyn mózgowo-rdzeniowy u katatoników i w parkinsonizmie po El.: stwierdził on również, że dodatni odczyn Bordet-Wassermanna w płynie występował tam, gdzie była zwiększona ilość cholesteryny. Badania Bielawskiego zgadzają się w zupełności z badaniami Pighiniego. Pighini mniema, że zwiększona ilość cholesteryny w płynie powoduje dodatni odczyn Wassermanna. Skąd natomiast pochodzi jej zwiększenie w tych stanach patologicznych, dotychczas niewiadomo; możliwie, że powoduje je jad encefalityczny. W każdym razie nie mamy żadnych danych do przyjęcia podłoża kiłowego choroby w przypadkach naszych, a więc i sukcesy lecznicze nie mają tu nic wspólnego z zabójczem działaniem As, Hg. i J. na krętki blade.

Należy zwrócić również uwagę na wyniki serologiczne (zachowanie się płynu mózgordzeniowego) po kuracji. Przed zabiegami bowiem stwierdzono zwiększoną ilość globuliny we wszystkich leczonych przypadkach, oraz lekką polileukecytozę w przypadkach parkinsonizmu.

Wassermann w płynie był dodatni u 3 parkinsoników i w jednym przypadku katatonji (w anamnezie nie było żadnych danych co do kiłowego podłoża we wspomnianych przypadkach). Występował również we wszystkich leczonych przypadkach nadmiar cholesteryny w płynie. Po kuracji powyższe objawy patologiczne w płynie całkowicie ustąpiły.

Reasumując, pragnę podkreślić, że kuracja w postaci połączeń arsenu, rtęci i jodu, w przypadkach zachorzeń natury ekstrapiramidowej, daje wyniki zachęcające, zwłaszcza w parkinsoniźmie poencefalitycznym.

Jeżeli wolno na podstawie tak nielicznych przypadków wyciągać wnioski ogólniejszej natury—można by było mniemać, że praca niniejsza jest pewnym przyczynkiem, stwierdzającym również podobieństwo reakcji omawianych dwuch grup chorobowych na stosowanie jednakowych środków leczniczych, co być może, rzuci też światło na etjologję katatonji.

P. Dyrektorowi D-rowi Piotrowskiemu dziękuję na tem miejscu za łaskawe udostępnienie mi materjału klinicznego i laboratoryjnego, a p. Drowi Bielawskiemu za przekazanie mi tematu, oraz za udzielenie mi pomocy przy wykończeniu niniejszej pracy.

Hôpital Psychiatrique public. du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

ESSAIS THÉRAPEUTIQUES DANS QUELQUES FORMES MORBIDES EXTRAPYRAMIDALES PAR L'EMPLOI DE L'AS + Hg + J.

par
F. BEREZOWSKI.

Traitant des parkinsoniens postencéphalitiques et d'autres formes analogues (la catatonie — Bielawski), on a employé le neosalutan en injections intravasculaires, alternant avec le mercure en injections intramusculaires. Après la cure chaque malade recevait du iodure pendant deux mois.

Au point de vue clinique les résultats thérapeutiques sont les suivants: un cas de catatonie guéri, un cas de parkinsonisme grave postencéphalitique est sur le point de guérir, un cas d'encéphalite léthargique amélioré mourut quatre semaines après la cure; chez deux malades atteints de parkinsonisme l'état s'est beaucoup amélioré, les autres cas (3) ne montrent pas de changement.

Avant la cure la quantité de globulines était augmentée dans tous les cas. Dans le cas de parkinsonisme on a constaté une légère polyleucocytose.

Chez 3 parkinsoniens et dans un cas de catatonie la réaction de B.— Wassermann dans le liquide (0,1 mm^3) était positive. Ni l'anamnèse, ni l'exploration exacte de ces malades ne donnaient de signes de syphilis. Dans tous les cas traités on a constaté un excédent de cholésterine. La réaction positive de B. — W. se montre liée en outre à l'excédent de cholésterine. (Pighini, Bielawski).

Après la cure les signes pathologiques dans le liquide avaient disparu. (Les recherches sur la cholésterine sont encore en train).

L'auteur est d'avis que les résultats du traitement mentionné sont encourageants jusqu' à présent, surtout dans le parkinsonisme postencéphalitique.

STRESZCZENIA i OCENY.

Dr. Paweł Gantkowski. — O LECZENIU ALKOHOLIKÓW i ZWALCZANIU ALKOHOLIZMU.

(Archiwum Higjeny T. I. 2. II. 1925 - Wilno)

Apparent rari nantes in gurgite vasto— lekarze, walczący z alkoholizmem. Na czele nielicznego hufca od szeregu lat idzie autor pracy, wymienionej w nagłówku, który słowem wymownem, piórem utalentowanem i czynem (sam jest bezwzględnym abstynentem) — krzewi zasady walki z tą wielką klęską społeczną.

Praca obecna jest oparta na 20-letniem doświadczeniu; obejmuje wyniki, do których opracowania dostarczyła materjału (blisko 700 przypadków) działalność autora jako organizatora i kierownika miejskiej stacji opiekuńczej dla alkoholików, powołane, do życia w 1907 r. przez ówczesne władze miejskie Poznania. Leczeniem — oczywiście natychmiastowa i bezwzględna abstynencja, możliwa do przeprowadzenia wyłącznie tylko w specjalnym zakładzie dla alkoholików, opartym na regulaminie zakładu zamkniętego. Wyleczenie alkoholika inną drogą jest bardzo rzadkie. Ażeby zakład mógł skutecznie cel swój osięgnąć — musi być spełniony, poza wszystkimi innymi jeden zasadniczy warunek: całe otoczenie chorego, od kierownika - lekarza do najniższego funkcjonarjusza musi być bezwzględnie abstynenckie. Bez tego zasadniczego warunku o wyleczeniu alkoholika niema mowy, bo niemożna będzie zastosować w całej rozciągłości podstawowego środka leczniczego — abstynencji, skoro służba sama nie będzie z przekonania wstrzemięźliwa i będzie dostarczała pokryjomu alkohol pacjentom, niwecząc w ten sposób wszelkie usiłowania lecznicze. Dzieje się tak powszechnie w zakładach dla alkoholików i przyczynia się do dyskredytowania tej metody leczenia.

Autor słusznie odrzuca wogóle jako środek leczniczy alkohol, zwraca przytem uwagę lekarzy — jak łatwo nieopatrzne zastosowanie alkoholu może zrobić alkoholikiem człowieka, który ma pewne dziedziczne obarczenie w tym kierunku, który mógłby alkoholikiem nie zostać, gdyby nie zalecenie lekarza, który mu alkohol, jako środek leczniczy zastosował; przytacza sześć przypadków z własnej obserwacji, bardzo pouczających pod tym względem.

Stacje opiekuńcze dla alkoholików są omówione w artykule bardziej szczegółowo. Uwagi o zadaniach i zakresie działania stacji są bardzo cenne. Są oparte na własnem długoletniem doświadczeniu; powinien zapoznać się z niemi każdy, kto chce taką instytucję stworzyć lub nią kierować.

„Lekarz jest wychowawcą społeczeństwa pod względem higjenicznym, jego zatem obowiązkiem społecznym jest energiczna współpraca w walce z tą klęską społeczną, która tak samo, jak epidemje, dziesiątkuje ludność i osłabia siłę fizyczną narodu, jego energję i wolę".

Temi słowy kończy autor swą cenną pracę. Nie można nie zgodzić się z niemi w zupełności.

R. Radziwiłłowicz.

N. F. Pactet. — ZABURZENIA PSYCHICZNE U MASZYNISTÓW PAROWOZOWYCH I SZOFERÓW. Annales medico-psychologiques, czerwiec Nr. 1. 1925 r.

Autor wskazuje na niebezpieczeństwo, jakie grozi nam od psychicznie chorych maszynistów parowozowych i szoferów.

i przytacza cały szereg przykładów, z których wynika, że najczęstszą chorobą u wymienionych zawodowców jest porażenie postępujące. Autor powołuje się między innymi na referat M. Dupouy'a, w którym sprawozdawca donosi, że lekarz pełniący funkcje w służbie profilaktyki psychicznej w zakładzie Św. Anny, zbadał 36 szoferów, którzy mu się przedstawili z własnej woli wzgl. których rodziny przyprowadziły. 2/3 liczby szoferów kierowało automobilami publicznymi, 1/3 stanowiła zastęp szoferów prywatnych. Pomiędzy tymi szoferami stwierdzono następujące cierpienia: psychastenji 12, toksykomanji 2, epilepsji 2, alkoholizmu chronicznego bez osłabienia intelektualnego 5, alkoholizmu chronicznego z objawami dementywnymi 2, otępienia umysłowego różnego pochodzenia 3, porażenia postępującego 10. Do tego autor dodaje przykłady własnego doświadczenia i podkreśla fakt, że od roku 1920 w zakładzie Villejuife przyjął 35 szoferów autobusowych, kierowników automobilów publicznych i szoferów prywatnych. W dwudziestu przypadkach stwierdził porażenie postępujące. Razem z M. Dupouy'em autor przychodzi do wniosku, że takich osobników należałoby usunąć z dróg publicznych. Pozwolenia na kierowanie samochodem należałoby udzielać tylko po skrupulatnem zbadaniu kandydata przez lekarza; badanie to powinno się odbyć w centrali, gdzie, oprócz badania ogólnolekarskiego, przeprowadzonoby badanie szczegółowe, wykonane przez specjalistów: neuropsychjatrę, otologa, oftalmologa itp. Badania te powinny się powtarzać w pewnych okresach. Autor powołuje się na postulaty Akademji Medycznej z dnia 9. 1. 1924 r., w których w punkcie 4. wymaga się, że pozwolenie na kierowanie publicznym wehikułem wydaje się na przeciąg 10 lat. Po upływie tego czasu szofer powinien się poddać ponownemu badaniu lekarskiemu. W przypadkach specjalnych pozwolenie wystawionoby na przeciąg 3 lat, o ileby to komisja lekarska uznała za pożyteczne. Punkt 7 tych postulatów przewiduje, że każdy szofer, który spowodował nieszczęście z własnej winy, musi się poddać nowemu badaniu lekarskiemu. W końcu autor powołuje się na Dr. Anglade'a, który mu wspominał o raporcie Komitetu Higjeny Psychicznej z roku 1920,traktującym o wyborze i nadzorze psychjatrycznym nad osobami zajętemi w komunikacji publicznej. W punkcie 1 tego sprawozdania wyrażone jest żądanie, że osoba, która chce być dopuczczona do kierowania pojazdem w komunikacji publicznej na lądzie, na wodzie i w powietrzu, musi być umysłowo zdrową. Ponieważ w tej kwestji nikt nie może być własnym sędzią, kandydat powinien się poddać badaniu przez lekarza specjalistę, to jest neuropsychjatrę.

2. Kandydaci na kierowników publicznych środków transportowych muszą się poddać przedwstępnym lekarskim oględzinom neuropsychjatrycznym.

3. Funkcjonarjusze komunikacji publicznej winni w pewnych okresach i okolicznościach poddawać się specjalnym oględzinom lekarskim, których celem będzie sprawdzenie w interesie podróżnych i we własnym interesie badanych, czy psychonerwowy stan tychże jest zrównoważony.

4. Sposób wyboru i nadzoru neuropsychjatrycznego pozostawia się inicjatywie odnośnych zarządów lub przedsiębiorstw, atoli Państwo powinno wykonywać kontrolę. A. P.

Prof. Bechterew i Dr. Pewsner. — ADONIS VERNALIS UND DEREN PRÄPARAT „ADONILEN" BEI BEHANDLUNG VON EPILEPSIE UND ALLGEMEINEN NEUROSEN. (M. m. W. Nr. 27—1925).

Bechterew skombinował mieszankę z naparu miłka wiosennego (Adonis Vernalis), soli bromowych i kodeiny. Preparat ten stosowany przy padaczce w dostatecznych dawkach daje dobre rezultaty. Strony dodatnie tego leku są następujące:

po 1). Nie daje zjawiska kumulacji, które dają preparaty naparstnicy.

po 2). Lek ten można stosować przez czas dłuższy nie tylko przy padaczce ze zmianami w sercu, lecz i przy padaczce zwykłej. Zamiast środków nasennych w przebiegu padaczki lepiej jest używać preparatu Bechterewa.

Bechterew radzi w wypadkach bezsenności zmieszać swój preparat z lumiralem. Spostrzeżenia dały najlepsze wyniki przy padaczce, oraz przy nerwicach. Lek ten reguluje tętno, krążenie krwi i działa moczopędnie.

Strony ujemne tego preparatu są następujące:

po 1). Działa na błony śluzowe przewodu pokarmowego przez saponinę, wywołując dyspepsję, nudności, wymioty i biegunkę. Ażeby uniknąć tych zaburzeń, Bechterew dodał kodeinę.

po 2). Niestałe działanie danego środka; przyczyna ta leży w jakości oraz umiejętności przygotowania danego naparu.

Badania fizjologiczne oraz farmakologiczne nad „adonilenem" wykazały, że można zamiast naparu adonis vernalis Bechterewa użyć adonilenu. Doświadczenia przeprowadzono na sercach żab. Adonilen po krótkiem działaniu wzmacnia skurcz i przedłuża rozkurcz serca, oraz daje tętno pełne regularne.

Adonilen nie wywołuje kumulacji i nie daje zaburzeń dyspeptycznych. Używa się zamiast naparu w mieszance Bechterewa w następującym stosunku:

na 4.0—6.0 : 200.0 Infus. adonis vernalis używa się 12—18 kropli adonilenu, kodeiny 0.2 : 200.0, oraz soli bromowych 10.0—12.0 : 200.0. Daje się 4—5 łyżek dziennie.

Paszkiewicz („Kochanówka").

Dr. Ludwig Peters. — ZUR RECURRENSBEHANDLUNG DER PARALYSE. Archiv für Psychiatrie T. 73, zeszyt 5, z kwietnia 1925.

Peters przytacza wyniki leczenia porażenia postępującego za pomocą szczepienia zimnicy i gorączki powrotnej. Niemieccy autorzy, jak Weygandt, Gerstman, Reese, Peter, którzy rozporządzali znaczną liczbą, bo wynoszącą parę setek, przypadków porażenia postępującego leczonych zimnicą, podają liczbę remisji, znoszących przymusową detencję chorych w zakładzie, z częściową lub zupełną zdolnością do pracy zawodowej, na 50—60 proc. wszystkich przypadków leczonych. Angielscy autorzy, których spostrzeżenia dotyczą mniejszej liczby przypadków, mają wyniki gorsze. Autorzy, którzy leczyli porażenie postępujące gorączką powrotną, mają wyniki podobne do wyników leczenia zimnicą. Na 76 przypadków, leczonych przez Steinera i Plauta gorączką powrotną, 34 opuściło zakład z polepszeniem, 25 pozostało w zakładzie i 17 zmarło. Z 72 porażeńców, leczonych przez Sagola, 43,6 proc. wróciło do pracy, 12,7 proc. zachowało względną zdolność do pracy w zakładzie. Peters na 15 przypadków p. p. leczonych szczepieniem gorączki powrotnej, w 10 otrzymał remisję zupełną. Do szczepienia brał krew z żyły łokciowej w ilości 4—6 cm. od chorego na gorączkę powrotną w czasie 2 napadu gorączki i zastrzykiwał ją podskórnie porażeńcowi. Wpływ leczenia gorączką powrotną na zmiany serologiczne porażeńców nie zawsze był zgodny z kliniczną poprawą. Na 5 remisji zupełnych, tylko 2 przypadki dały wszystkie odczyny ujemne. Remisję dało się zauważyć w większości przypadków w 2 miesiące po szczepieniu. Peters kończy pracę swą uwagą bardzo optymistyczną, że dzięki szczepieniom zimnicy i gorączki powrotnej znaleziono nowy środek dla skutecznego zwalczania porażenia postępującego.

W. Mertz („Kochanówka".)

J.-A. Siaccard. — L'ARÉFLEXIE ACHILLIENNE DES TRAITEMENTS NOVARSENICAUX (PSEUDO-TABES NOVARSENICAL). — „Revue Neurologique" bulletin de la société de neurogie de Paris. Mai 1925.

Przy leczeniu swoistem kiły, nie powikłanej wiądem rdzenia za pomocą prepa-

ratów arsenowych, opisano szereg przypadków zupełnego zniesienia odruchów z obu ścięgien Achillesa. Dawniej zwiększano w tych razach dawki stosowanego środka, sądząc, że chodzi o objawy początkowe wiądu rdzenia, lecz przez to samo zatruwano jeszcze bardziej ustrój chorego. Wpływ szkodliwy arsenu oddziaływa niepostrzeżenie dla chorego, lub daje tylko nieznaczne objawy podmiotowe, jak mrowienia na podeszwach i paluchu oraz zmiany czuciowe i t. p.

Pobudliwość na prąd różnych grup mięśni podudzia, począwszy od mięśnia brzuchatego, łydki, ulega zaburzeniom ilościowym. Zniesienie odruchów kolanowych zdarza się niezmiernie rzadko: na 40 przypadków, obserwowanych w ciągu 5 lat, w jednym tylko przypadku zostało stwierdzone. Opisano także przypadek rozlanego zapalenia nerwów z niedowładem mięśni kończyn po zastrzykiwaniach novarsenobenzolu 0,20 przez 20 dni z rzędu. Brak odruchów ze ścięgien Achillesa utrzymuje się po zaprzestaniu leczenia w ciągu 3—4 lat. Autor radzi, aby w przeciągu 2—2½ miesięcy (okres leczenia) użyć arsenobenzolu 4,0—5,0 najwyżej 6,0 gr., stosując codzienne zastrzykiwania. Leczenie takie może być powtórzone 2—3 razy w ciągu roku bez ujemnych skutków.

Szczytt („Kochanówka".)

Dr. E. Morgenstern. — ÜBER SPIROBISMOLBEHANDLUNG BEI SPÄTSSYPHILIS (M. m. W. Nr. 18. 1925 r.)

Autor podaje wyniki stosowania spirobismolu w 8 przypadkach późnej kiły i stawia ten środek wyżej od preparatów Hg. Spirobismol zawiera J. i Chininum. Preparat ten polecają Citron, Joseph, Grunenberg i kliniki we Wrocławiu, Würzburgu, jako jedyny w późnych okresach kiły.

I) Objawy periostitis specifica ustąpiły zupełnie po 14-stu zastrzyknięciach spirobismolu,

II) Neuralgia n. trigemini specifica. Objawy ustąpiły zupełnie po 10-ciu zastrzyknięciach preparatu,

III) L. cerebri — po 14-stu zastrzyknięciach objawy zniknęły, względnie zmniejszyły się do minimum,

IV) Aortitis specif. — objawy, w postaci angina pectoris i t. d. — po 10-ciu zastrzyknięciach spirobismolu i 5 natr. salvars. prawie ustąpiły,

V) Endarteriitis specifica — objawy w postaci porażenia połowicznego ustąpiły po 10-ciu zastrzyknięciach spirobismolu i 5 natr. salvar.,

VI L. hereditaria - iritis. — Objawy zapalenia tęczówki ustąpiły po 10-ciu zastrzyknięciach, gdy wcierki, były bezskuteczne,

VII. Tabes dors. — Objawy przedmiotowe, jak również poprawa zaburzeń ruchowych nastąpiła po 10-ciu zastrzyknięciach.

VIII. Objawy hepatis gummosae po 14-stu zastrzyknięciach preparatu prawie ustąpiły.

W powyższych przypadkach infekcja nastąpiła przed 6—30 laty; prawie nie były one leczone. Podczas kuracji spirobismolem podawano do wewn. duże dawki Jodu. Autor, jako dowód wysokiej wartości powyższego preparatu, wskazuje na przypadek hemiplegji, l. cerebri i neuralgji n. trigemini.

Stawirej, („Kochanówka").

G. Halberstadt, — LA DÉMENCE PRÉCOCE MÉLANCOLIQUE. (Revue neurologique XXXII, Annéc, Tome II Nr. 1. Juillet 1925.)

Świat psychjatryczny uświadamia sobie dziś dostatecznie, że dementia praecox rozpoczyna się bardzo często krótszym lub dłuższym okresem depresji, ale, że choroba ta przed ostatecznem skrystalizowaniem właściwych sobie objawów przez długi czas larwuje się pod maską melancholji, to, powiada autor, ogólnie pomijane było do-

tąd milczeniem. — Nie znaczy to, aby w formie dementia praecox depressiva, zaprawionej urojeniami (Kraepelin), te ostatnie nie występowały: — owszem, ale są one tam bardzo szczelnie przysłonięte kirem objawów melancholijnych. — Powyższa synteza zjawiskowa ma nietylko znaczenie tereotyczne, ale przedewszystkiem praktyczne, gdyż w wypadkach melancholji, rozwijającej się u osobników młodych, panuje zwykle skłonność do rokowania pomyślnego. — Dobrze więc jest wiedzieć, że nazbyt często ukrywa się pod obsłonkami melancholji kiełkujący zarodek hebefrenji.

Pośród autorów, zajmujących się specjalnie formą melancholiczną demencji (dem. praecox) wymienić należy w pierwszym rzędzie Pfersdorfa, potem Wieg-Wickentala, Raecke'go, Rehma oraz Bleulera.

Autor ilustruje pracę swoją czterema przypadkami, z których jeden szczególnie zasługuje na krótkie streszczenie.

Pacjentka H., lat 27, obserwowana od 12. maja 1920 r. w chwili wstąpienia do zakładu i w pierwszych dniach swego pobytu zdradza objawy czystej melancholji: powolność procesów psychicznych, przygnębienie, samooskarżenie się, idee prześladowcze, halucynacje słuchowe, mowa ledwo dosłyszalna, przytem orjentacja doskonała. Rozpoznanie po dwóch tygodniach: „Melancholja". — Dopiero 20. października 1920 r. występują po raz pierwszy objawy takie jak stereotypje, grymasowanie, zaniedbywanie się, wypowiadanie idei prześladowczych z uśmiechem i od tego czasu początkowy i długotrwały obraz „melancholji" ustępuje opanowującej go demencji (dementia praecox).

J. Gawroński.

* * *

We Francji ukazało się nowe pismo naukowe, organ Ligi Hygjeny Umysłowej — „La Prophylaxie mentale". Wychodzi co trimestr. Redaktor naczelny — Dr. Genil-Perrin. Współpracownicy: Briand, Claude, Colin, Klippel, Legrain i inni. Redakcja: już w słowie wstępnem zaznacza, iż pismo jest przeznaczone dla szerszego ogółu w celu propagandy idei Ligi. To też artykuły, mając formę dostępną dla niespecjalistów, nie tracą jednak na swej wartości naukowej. Confer streszczenie następujące:

Dr. Genil-Perrin. — LES SUGGESTIONS DANGEREUSES. (La Prophilaxie mentale Nr. 1—2 1925.)

Starożytni grecy posługiwali się jednem tylko słowem przy określaniu zarówno lekarstwa, jak i trucizny. Najcenniejsze leki obecnej doby, są jednocześnie silną trucizną.

Metody terapeutyczne w psychjatrji posiadają wiele niebezpiecznych stron i dlatego też należy je stosować oględnie.

Autor przytacza przypadki własne, gdzie osiągnął zupełnie zadowalniaiące sukcesy terapeutyczne już przez stosowanie reedukacji, nie uciekając się więc do hypnozy, wzgl. psychoanalizy. To też racjonalna perswazja jest środkiem pewniejszym, aczkolwiek mniej efektownym, niźli metody powyższe. Traktuje ona nietylko chorobę, jako taką, lecz wywiera również wpływ na głębsze, psychologiczne podłoże cierpienia.

W przeciwieństwie do niej, hypnoza występuje przeciw konstrukcjom fikcyjnym chorego w sposób gwałtowny, przeto dla zdrowia moralnego szkodliwy.

W obu przypadkach Perrin'a wyleczenie nastąpiło dzięki zastosowaniu stałej reedukacji autokrytycyzmu. Nie ograniczając się bynajmniej do usunięcia jedynie cierpień, zaznaczonych w karcie szpitalnej, stara się ref. uchronić pacjenta od analogicznych dolegliwości na przyszłość. Posługując się innemi metodami przeciwstawiał by tylko fikcyjnym cierpieniom równie fikcyjne leczenie osiągając w ten sposób jedynie przejściową poprawę. Tak wmawia się w chorego wiarę w poniekąd mistyczną siłę, zamiast opierać jego wolę na podstawach realnych. Spowodowuje się chwilowy zanik choroby, podobnie jak morfina uśmierza ból fizyczny. Kuracja taka nie dosięga jednak źródła dolegliwości.

Jak hypnoza, również niebezpieczną metodą jest psychoanaliza. Rozstrząsa ona sumienie chorego aż do chwili odkrycia kompleksu erotycznego, który lekarz zacho-

wuje jako efekt końcowy, podobnie jak zręczny kuglarz wyciąga talję kart z kieszeni naiwnego widza.

Psychoanalizatorzy dobrowolnie pozbawiają się szacunku swoich pacjentów. Możemy sobie wyobrazić, jakie wrażenie wywołuje na chorym zaznajomienie go n. p. z kompleksem Edypa, t. zn. poddaniem mu myśli, że kiedyś w swej wyobraźni zgwałcił on rodzoną matkę lub zamordował ojca.

Leczenie psychoanalityczne, nieodpowiednio stosowane stanowi groźne niebezpieczeństwo dla zdrowia duchowego.

W Anglji prawo karze surowo takie niebezpieczne praktyki. Parlament belgijski uchwalił w roku 1892 prawo, karzące organizatorów publicznych seansów hypnotycznych. We Francji publiczne zajmowanie się hypnotyzmem wzbronione zostało lekarzom wojskowym.

Na zakończenie woła autor, że społeczeństwo francuskie bronić się będzie przeciw truciźnie psychoanalitycznej tak, jak zwalcza ono środki narkotyczne, którymi firmy niemieckie potajemnie zalewają rynek handlowy. H. Weychert.

PRACE ORYGINALNE z DZIEDZINY PSYCHJATRJI i NEUROLOGJI ZAWARTE w PISMACH LEKARSKICH POLSKICH. — ROK 1925.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Nr. 19. **F. Redlich:** Niezborność móżdżkowa i ślepota duszy po urazie u 21 miesięcznego dziecka.

Nr. 22. **K Orzechowski:** Cieniom J. M. Charcota poświęcone przemówienie.

Nr. 23. **W. Lipiński:** Wartość odczynu zmętnienia Meinickiego (M. T. R.) w serodiagnostyce kiły.

Nr. 24. **J. Szulisławska:** Z kazuistyki samobójstw przez rany cięte i kłute.

Nr. 27. **K Lewkowicz:** Czy może istnieć „samorządne" meningokokowe zapalenie opon i czy wymaga ono osobnego leczenia miejscowego?

Nr. 28. **A. Demaszewicz:** Sztuczna odma czaszkowa jako środek leczniczy w nagminnem zapaleniu opon mózgowych (meningitis cerebrospinalis epidemica).

Nr. 28. **K. Orzechowski:** Zaburzenia wegetatywne w chorobie Charcota.

Nr. 30. **J. Morawski:** Konstytucja i dziedziczność.

Nr. 32 i 33. **T. Jaroszyński:** Psychoterapja emocjonalna.

Nr. 34 i 35. **T. Fałkiewicz:** O wartości prognostycznej odczynu ze złotem koloidowem w przypadkach zapalenia opon mózgowych.

Nr. 38. **S. Higier:** Przyczynek do patogenezy ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień Pasteura.

Nr. 38. **H. Higier:** Z przebiegu podzwrotnikowej czyli złośliwej zimnicy mózgowej (Meningo - encephalitis malarica haemorrhagica).

Nr. 43. **A. Krause:** W sprawie napięcia układu nerwowego wegetatywnego w stanach tarczycowych (thyreoidismus).

Nr. 43. **B. Frenkiel:** Ze studjów nad układem współczulnym.

Nr. 44. **E. Artwiński:** O poliurji po zapaleniu mózgu.

Nr. 45. **St Sterling-Okuniewski:** O znaczeniu odruchu oczno-sercowego i o zastosowaniu praktycznem ucisku gałek ocznych.

Nr. 46. **W. Mikułowski:** Rzadki zespół opso-mioklonicznу u dziecka w przebiegu zapalenia mózgu.

Nr. 47. **J Leyberg:** Osmoterapja syfilitycznego płynu mózgowo-rdzeniowego przy pomocy dożylnych wlewań 40% salwarsanizowanej urotropiny.

Nr. 48. **E. Artwiński; M. Ostrowski:** O leczeniu porażenia postępującego oraz innych postaci kiły układu nerwowego zimnicą.

Nr. 48. **Stryjeński:** O znaczeniu odczynu Spatza w rozpoznawaniu porażenia postępującego.

Nr. 50. **Jaworski, W. Drożdż:** Przypadek nowotworu rdzenia.

WARSZAWSKIE CZASOPISMA LEKARSKIE.

Nr. 6. **H. Higier.** Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. (Dok.)

Nr. 6. **P. Baumritter:** O zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym w stanach zapalnych opon.

Nr. 6. **S. Tenenbaum**: Przyczynek do nauki o konstytucji.

Nr. 7. **E Herman**: O krwotokach podpajęczynówkowych.

Nr. 7. **A. Landau**: O podziale choroby Brighta.

Nr. 8. **G Bychowski**: Momenty psychoanalityczne w psychozach.

Nr. 11. **R Markuszewicz**: Niezwykły przypadek porażenia postępującego leczony zimnicą.

NEUROLOGJA POLSKA

Nr. 2. **E Flatau**: Encephaloleukopathia scleroticans progressiva.

Nr. 2. **Szpilman-Neudingowa I Poncz**: Przyczynek do badania pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Nr. 2. **Freyówna**: Przyczynki do topografji w trzonie mózgowym.

Nr. 2. **Gruszecka**: Przypadek choroby Raynaud'a powikłany przez sprawy wysiękowe i przez polymyositis acuta.

Nr. 2. **Higier**: „Syfilis i metasyfilis".

Nr. 2. **Jaroszyński**: „O nowszych poglądach w neurologji i psychjatrji francuskiej".

WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Nr. 3—4. **Doc. Dr. T. Jaroszyński**: Rola psychologa w wychowaniu fizycznem.

ARCHIWUM HIGJENY.

Nr. 2. **Pr. Dr Paweł Gantkowski**: O leczeniu alkoholików i zwalczaniu alkoholizmu.

ZDROWIE.

Dr. 3. **Dr. Witold Chodźko**: Walka z opium.

SZKOŁA SPECJALNA

Nr. 2. **Sterling**: (Dr. Wł.) — Badania nad pismem lustrowem dzieci normalnych i niedorozwiniętych.

Grzegorzewska (Dr. M.)—Iloraz inteligencji w skali Binet'a i jego znaczenie diagnostyczne,

Dunin Sulgustowska (M.) — Pracownie dla dzieci jako czynnik profilaktyczny w walce z przestępczością.

Stefanowicz Moskiewiczowa (A.)—Wyniki badań nad dziećmi skalą Binet'a w laboratorjum Instytutu Pedagogiki Specjalnej (Rok 1922/3 i 1923/4).

Nr. 3. **Szuman** (Dr. Stefan). — Rysunki schematyczne dzieci upośledzonych umysłowo.

Strassburger (Marja).—Wybór zawodu dla młodzieży niedorozwiniętej.

Stefanowska (Dr. Michalina).—Stan obecny szkół dla upośledzonych umsłowo w Warszawie.

KWARTALNIK KLINICZNY.

Nr. 3. **R. Markuszewicz**. O różniczkowem rozpoznaniu osłupienia katatonicznego i histerycznego. —

WIADOMOŚCI PERSONALNE.

Dr. Stanisław Maćkiewicz dnia 1. 12. br. objął stanowisko asystententa w Szpitalu Państwowym dla chorych psychicznie w Tworkach.

Dr. Stanisław Feliks Węgiel dnia 3. 8. br. objął stanowisko asystenta w zakładzie dla umysłowo chorych w Rybniku.

Dr. Włodzimierz Godłowski dnia 5.12.br. objął stanowisko asystenta w tymże zakładzie.

Dr. Alojzy Rediger dnia 1. 11. br. objął stanowisko asystenta w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Owińskach.

Dr. Ireua Michniewiczówna dnia 24. 10. br. objęła stanowisko asystentki w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Kościanie.

Dr. Ernest Reimann dnia 16 12. br. objął stanowisko prymarjusza w tymże zakładzie.

Dr. Juljan Gawroński dnia 16. 12. br. objął stanowisko prymarjusza w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka.

Dr, Mateusz Siemionkin dnia 1. 11. br. objął stanowisko prymarjusza w Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

NADESŁANE DO REDAKCJI

„Wychowanie Fizyczne", kwartalnik, poświęcony hygjenie szkolnej i kształceniu cielesnemu w domu, szkole, armji i stowarzyszeniach, red. nacz. Pror. Uniw. E. Piasecki, Poznań 3, Chełmońskiego 20. — Opuścił prasę nr. 3—4 (podwójny) rocznika VI, który zawiera między innemi dziesięc prac, odczytanych w Sekcji wych. fiz. XII Zjazdu lek. i przyr. pol. w Warszawie (pióra Prof. Uniw. Ciechanowskiego, Jonschera, Piaseckiego, Doc. Jaroszyńskiego, D-rów Osmólskiego, Oziębłowskiego, Szumana, wizyt. Wyrobka, prof. gimn. Fidzińskiego), sprawozdanie D-ra Strumiłły z wizytacji 45 obozów przysposobienia wojskowego, oceny nowych książek,, streszczenia celniejszych artykułów w czasopismach zagranicznych, relacje z posiedzeń Lekarzy szkolnych, sekcyj w. f. T. N. S. W., Pedagogicznego Kongresu Olimpijskiego w Pradze, przebieg święta sportowego młodzieży szkolnej w różnych Okręgach Szkolnych i t. p.

Numer ten (8 i pół ark. druku) zamyka rocznik 1925; następny ukaże się na Nowy Rok.

Skorowidz ukaże się w najbliższych tygodniach oddzielnie.

AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA



NAJWIĘKSZY SPECJALNY

DOM I FABRYKA

GARDEROBY MĘSKIEJ

I DLA CHŁOPCÓW

TELEFON 2996

NOVARSENOBENZOL-BILLON

(Dwuoksydwuamidoarsenobenzol - metylen - sulfoksylat sodowy).

WSKAZANIA: Kiła, Dur powrotny, Angina Vincenti, Zimnica i t. p.

OPAKOWANIE: Ampułki zawierające po 0,15 - 0,30 - 0,45 - 0,60 - 0,75 - 0,90 w pudełkach po jednej, po dziesięć i po pięćdziesiąt sztuk.

NARSENOL

Novarsenobenzol w tabletkach, powlekanych specjalną masą.
Preparat przeznaczony do użycia wewnętrznego (drogą doustną) jako kuracja uzupełniająca zastrzyki dożylne. Flakon zawiera 80 tabletek po 0,1 gr.

NERVOSAN

Cal bromatum rubrum compositio granulis. Związek bromu, żelaza, białka i fosforu.

WSKAZANIA: Epilepsja, Padaczka, Bezsenność, Neurestenja, Stan histeryczny, Paraliż postępowy, Pobudliwość.

DAWKOWANIE: Początkowo 2 proszki dziennie, w godzinę po śniadaniu i po południu i po pewnym czasie 3, a później 4 proszki. Przyjmować w pół szklance wody, najlepiej gazowanej. Pudełko zawiera 30 proszków.

EXTR. GLYCERINAT. CEREBRI

Wyciąg glicerynowy ze świeżego narządu. 1 cm^3 wyciągu = 1 gr. odnośnego narządu.

WSKAZANIA: Choroby nerwowe, Histerja, Neurastenja, Uwiąd starczy, Wyczerpanie umysłowe, Osłabienie pamięci, Padaczka, Wszelkie rekonwalescencje.

Flakon zawiera 20 cm^3 płynu.

EXTR. GLYCERNAT. TESTICULORUM

Wyciąg glicerynowy ze świeżego narządu. 1 cm^3 wyciągu = 1 gr. odnośnego narządu.

WSKAZANIA: Niemoc płciowa, Azoospermja, Histerja, Neurastenja, Padaczka, Gruźlica, Wyczerpanie fizyczne i umysłowe, Niedokrwistość. Flakon zawiera 20 cm^3 płynu.

PHOSPHIT-CAPSULAE
PHOSPIT-PULVIS

Organiczny związek fosforu, otrzymymany z nasion oleistych.

WSKAZANIA: Skrofuły, Choroba angielska, Gruźlica, Niedokrwistość, Biednica, Wyczerpanie fizyczne i umysłowe, Ozdrowienie, Ciąża, Cierpienia nerwowe, Histerja, Bezsenność.

OPAKOWANIE: PHOSPHIT-PULVIS w słoikach po 10 gr.
PHOSPHIT-CAPSULAE w pudełkach po 30 kaps. á 0,25 gr.

PRZEMYSŁ.-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS i SYN

Sp. Akc.

WARSZAWA