II. 1215

8 lamó
2200-2
ae 234/46

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - DREWNICA - KOCBOROWO - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE.

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK III. 1926
DZIEKANKA.

Rok III i IV, 1926/27.

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, PROF. DR. GANTKOWSKI — POZNAŃ, DR. GAWROŃSKI — DZIEKANKA, DYR. DR. ŁUNIEWSKI — TWORKI DR. MINKOWSKI — PARYŻ, DOC. DR. RADZIWIŁŁOWICZ — WARSZAWA, KURATOR DR. RYCHLIŃSKI — DREWNICA, PROF. DR. SCIUTI — NEAPOL, DR. SIEMIONIN — KOBIERZYN, DYR. DR. SIWIŃSKI — KOCHANÓWKA, DR. STAWIREJ — KOCHANÓWKA, DR. SWIETŁOW — KOCBOROWO, PROF. DR. ST. WŁADYCZKO — WILNO, DR. WIZEL — WARSZAWA.

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

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH" T .A. W GNIEŹNIE

II 1215



2251. K. 1947.

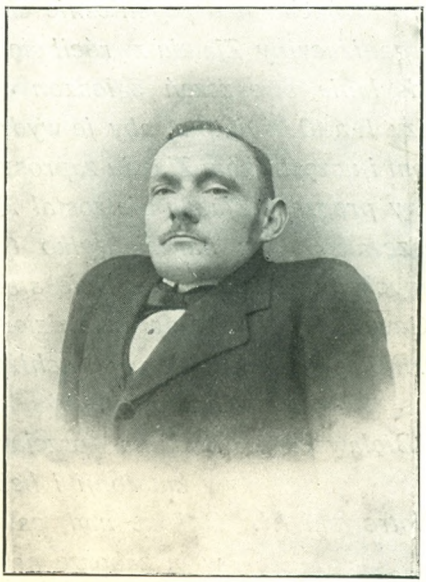
Ś. P.

Dr. med. WACŁAW JANOWSKI.

Dnia 22. grudnia 1925 r. po obłożnej chorobie i wskutek niedomogi mięśnia sercowego zmarł Dr. Wacław Janowski — prymarjusz Szpitala Państwowego dla chorych psychicznie w Tworkach.

Urodzony 5. 9. 1883 r. w Piotrkowie, zmarły pobierał nauki gimnazjalne w Częstochowie. Studja lekarskie odbywał w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Insbruku, Wiedniu i Freiburgu. Dyplom lekarski otrzymał w Dorpacie.

Po kilkunastomiesięcznej praktyce lekarskiej w Działoszycach, Dr. Janowski poświęcił się psychjatrji. Początkowo przez rok pracował w Przytułku m. st. Warszawy w Górze Kalwarji potem w Szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie i jego oddziale przy ul. Spokojnej (od 1912do1919 r.) wreszcie od marca 1919 r., —w szpitalu w Tworkach,gdzie aż do śmierci zajmował sta-



nowisko prymarjusza. Pomimo słabego zdrowia, spowodowanego ułomnością fizyczną, zmarły odznaczał się, jako lekarz, gorliwością, sumiennością i obowiązkowością. Zmarły brał czynny udział w posiedzeniach naukowych sekcji neurologiczno-psychjatrycznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w której pełnił przez dłuższy czas funkcje sekretarza, w posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego i w posiedzeniach konferencji lekarzy Szpitala w Tworkach.

Obdarzony bardzo łagodnem usposobieniem, odznaczając się niezwykłą dobrocią, subtelnością i tkliwością, zmarły zaskarbił sobie wielką sympatję licznej rzeszy pacjentów i współtowarzyszy pracy. W kołach lekarskich śp. Dr. W. Janowski pozostawia po sobie pamięć wysoce etycznego, serdecznego i uczynnego kolegi.

Cześć Jego pamięci!

DR. W. ŁUNIEWSKI

VI-ty Zjazd Psychjatrów Polskich

odbędzie się w dniach 22, 23, 24 maja b. r.

w Krakowie.

Tematy zasadnicze obrad:

I. dzień: Dziedziczność.

II „ Schizofrenja.

III. „ Opieka nad psychicznie chorymi.

Komitet organizacyjny Zjazdu zwrócił się do pp. referentów z prośbą o nadsyłanie streszczeń zgłoszonych referatów najpóźniej pomiędzy 1. a 10. kwietnia, aby je wydrukować i rozesłać innym referentom i uczęstnikom Zjazdu zaproszonym do dyskusji.

Szczegółowy program Zjazdu nie został Redakcji dotąd nadesłany; umieszczamy więc narazie tylko tymczasowe tytuły referatów podanych przez kolegów z Dziekanki.

I. Dr. Gawroński J. W sprawie dziedziczności.

II. a) Dr. Piotrowski Al. W sprawie schizofrenji (tytuł tymczasowy).

b) Dr. Bielawski O. Badania przejawów toksycznych w katatonji i hebefrenji.

III. Dr. Piotrowski Al. Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim.

Pozatem Dr. Gawroński zgłosi referat na temat: Wpływ systemu mięśniowego na rozwój świadomości.

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

HYPNOZA A KODEKS KARNY

podał*)
OSKAR BIELAWSKI

Na wstępie kilka uwag natury psychologicznej:

Jeżeli jedna osoba, przez swój autorytet moralny czy intelektualny, narzuca swe myśli osobie drugiej — zwiemy to sugestją.

Zasadniczą cechą sugestji jest, że poddane w niej myśli wchodzą do psychicznego systemu osoby sugerowanej nie dlatego, że są temu systemowi bliskie, przeciwnie, zostają one niejako wtłoczone do tego systemu pod wpływem powagi sugerującego. Nie są więc dostatecznie przetrawione i zasymilowane.

Sugestji można udzielać przy normalnym stanie świadomości sugerowanego, (w stanie czuwania) drogą już zwykłej konwersacji. Rola jej w życiu psychicznem jednostki, jak również w życiu społeczeństwa jest przeto wielka. W stanie hypnozy jest psychizm w ogólności dostępniejszy dla sugestji niźli w stanie czuwania.

Pod stanem hypnozy pojmujemy sztuczny, przez drugą osobę wywołany, a odmienny od normalnego stan świadomości, w którym procesy psychiczne są zupełnie lub częściowo wyzwolone z pod wpływu na swój przebieg tych czynników psychicznych, które odgrywają decydującą rolę w normalnym stanie świadomości. Są to: korygujące myśli, aktualne doznawania zmysłowe, dalej, zdobyte (drogą wpajania przez wychowanie, drogą doświadczenia czy spekulacji myślowej) zapatrywania, wierzenia, upodobania, wreszcie przekonania moralne, socjalne, estetyczne i inne, które stanowią niejako drogowskazy i wytyczne dla indywidualnego życia duchowego, na dobrze utorowanych drogach kojarzenia, któremi zwykła przebiegać myśl w normalnym stanie świadomości.

Stan hypnozy charakteryzuje się dalej tem, że na zmianę tym (zdobytym w życiu jednostki) wytycznym i drogowskazom — o kierunku myślenia, o uwzględnieniu jednych motywów, a poniechaniu in-

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowem w Dziekance dnia 17. 2. 26.

nych, o wypadkowej postanowienia — decydują tu nie psychiczne nastawienie zahypnotyzowanego, nie właściwości indywidualne jego sposobu myślenia i oddziaływania, nie jego postulaty etyczne i socjalne, nie wreszcie zasady logiki (które, nawiasem mówiąc, przyswaja się również w drodze doświadczenia) — lecz nieomal jedynie intencje hypnotyzera.

Podczas czuwania, zwłaszcza zaś przy myśleniu uważnem, zwykłe drogi kojarzeniowe są zbyt silnie oświetlone blaskiem naszej świadomości, a wszystko, co leży poza niemi, zbyt jest w cieniu, by myśl zboczyła z utartego szlaku, innemi słowy, — by „przyszła do głowy" koncepcja nie należąca do zdobytego doświadczeniem systemu psychicznego, wzgl. sprzeczna z tym systemem. Przy rozproszonem świetle świadomości (w rozmarzeniu), lub w półmrokach sennych marzeń, w stanach hypniczych — kontrast taki nie istnieje. Wtedy też hypnotyzer z łatwością i bez oporu może powieść myśl przez błędne ścieżki i manowce naszej duszy ku celom swym. Dusza zahypnotyzowanego błądziła by tak w chaosie przeciwieństw i fantastycznych urojeń, jak w sennych marzeniach, nie odróżniając rzeczy zasadniczych od przypadkowych, trwałych moralnych i socjalnych postulatów od sprzecznych z nimi myśli ubocznych. Dopiero hypnotyzer poprowadzi ją w kierunku swych intencji, a zaopatrując ważne dla raportu momenty psychiczne w odpowiedni przydźwięk uczuciowy, rzuci snop światła energji na nie, by wyryć je w pamięci zahypnotyzowanego i nadać im siłę żywotną do ekforowania po obudzeniu.

Powolna tym intencjom dusza uśpionego, nietylko myśli i działa*), lecz także doznaje, czuje i odczuwa to, co jest jej poddane (choć to nie odpowiada realnej, fizycznej rzeczywistości), a poszczególne ośrodki psychizmu, uruchomione przez hypnotyzera, pobudzając mechanizmy układu roślinnego i automatycznego, — mogą też wywołać prawdziwe zaburzenia cielesne w podległej im dziedzinie.

Dla oświetlenia sądowo - psychjatrycznych zagadnień, wyłaniających się ze znajomości psychologji hypnozy, należy pamiętać, że poddane myśli, intencje i postanowienia, pozostają w mocy także przez pewien czas po obudzeniu z hypnozy. Osobnik przeto już w stanie normalnej świadomości może działać i myśleć to, co mu było poddane w hypnozie mimo, że nie uświadamia sobie pochodzenia tych myśli i przekonań. Dostają się te sugestje hypnotyczne przeto do duszy je-

*) Gdyż ośrodki ruchowe nie są w tym stanie sparaliżowane tak, jak to jest w śnie normalnym.

go nie drogą doświadczenia, nie zostały więc one zasymilizowane, nie przeszły przez pryzmat systemu psychicznego osobowości hypnotyzowanego, — przeciwnie, stanowiąc element powstały z gwałtu i inwazji obcej woli, są dla reszty psychiki ciałem w pełnem tego znaczeniu obcem. Kompleks poddany jątrzy przeto duszę ofiary tymbardziej, jeśli treść jego jest niezgodna i sprzeczna z dorobkiem moralnym i intelektualnym osobnika poddawanego hypnozie. Stąd powstaje niepokój dręczący i walka wewnętrzna psychizmu rodzimego z intruzem, walka trudna, gdyż prowadzona w mrokach naszej świadomości, więc niejako poomacku, bez dokładnego uświadomienia sobie, kim jest ten wróg. Z drugiej zaś strony, jeśli postanowienie czynu, poddane podczas uśpienia, miało być zrealizowane w czasie jakimś po obudzeniu, a czyn sam jest przeciwny i wstrętny naturze hypnotyzowanego, jakże musi on dręczyć sprawcę, gdy go, wbrew swojej woli jednak, wykona.

Bezsenność, niepokój wewnętrzny, rozdrażnienie i rozterka duchowa, to znów przesadne rozegzaltowanie się, koszmary, upadek sił fizycznych i duchowych, a niekiedy wręcz ciężki rozstrój nerwowy — oto są następstwa i skutki takiego stanu duchowego poszkodowanego i sprawcy w jednej osobie. Nie trudno przewidzieć, że podobne uszkodzenie na zdrowiu duchowem pociągnąć może za sobą daleko idące konsekwencje dla poszkodowanego, do targnięcia się na życie własne włącznie.

Oczywiście, że skreślony powyżej psychologiczno-patologiczny szkic, już dla przejrzystości samej, podany jest tu nieco szematycznie, nie wyczerpuje bynajmniej wszystkich właściwości i mechanizmów hypnozy i sugestji w uśpieniu, daje on jednak pogląd na zasadnicze cechy i osobliwości życia duchowego w tych stanach, co znowuż pozwoli na powzięcie punktu widzenia na rolę tego czynnika w życiu społecznem, w szczególności przy konfliktach z prawem.

Szereg popularnych broszur, wydawanych dla użytku znachorów, szarlatanów i innych otumaniaczy mas, udostępnił też między innemi sztukę hypnotyzowania szerszemu ogółowi. To też zachodzi, doświadczeniem uzasadniona, obawa, że mogą stąd powstawać liczne nadużycia tej wiedzy dla frapujących widza efektów, dla bałamucenia łatwowiernych, ku uciesze gawiedzi jak również dla ciemnych celów przestępcy, a zawsze ku szkodzie zdrowia duchowego i fizycznego tak zwanego popularnie „medjum".

Że momenty poruszone ostatnio nadają się nie jedynie jako temat do sensacyjnej powieści i awanturniczych filmów, lecz narzuca

je już życie samo, — posłuży następujący przykład, wzięty z własnej praktyki sądowo - psychjatrycznej.

W jednem z większych miast Polski zachodniej osiedlił się przed paru laty niejaki K., szewc z zawodu. Rzemiosło to jednak od dawna już zarzucił, a ogłosił się jako „lekarz naturalista", zjednując sobie stopniowo coraz to więcej klijentów, werbowanych oczywiście przeważnie ze sfer niższych, którzy tłumnie dążyli do jego „gabinetu" po zdrowie i porady. K. rozdaje ziółka i napary, zamawia, zaczarowuje, wypędza djabła i hypnotyzuje. Gdy zajdzie potrzeba, trudni się także odgadywaniem np., gdzie się ukrył złodziej, który skradł jednemu z jego klijentów pieniądze, drugiemu buty itp. Tak wkrótce zasłynął K. na całą okolicę jako prorok, nadczłowiek i uzdrowiciel, a gadka gminna w mistycznym lęku i zachwycie urabia w swej wyobraźni i głosi o nim niestworzone bajki.

Owe zajęcie fachowe K. nie przeszkadza mu bynajmniej być gorliwym zwolennikiem komunizmu, nielojalnym obywatelem Polski, a ciążącym ku byłej ojczyźnie swej, zagorzałym prusakiem. To też snuje on plany odebrania Polsce Poznańskiego i Pomorza, a przyłączenia ich do Prus. Ba, tworzy nawet wśród okolicznych kolonistów-niemców, organizacje polityczne, mające na celu grabić i rabować majątki ziemskie, szerzyć niepokój, trwogę i nieufność do władz polskich, a w odpowiedniej politycznej chwili, uderzyć na policję i wojsko, przeciąć drogi komunikacji z resztą Rzeczypospolitej i przyłączyć się do Niemiec. K. ma też swoich ludzi zaufanych, z którymi naradza się i układa plany insurekcji.

W tym to mniejwięcej czasie poznaje go niejaka p. D., lojalna, jak dotąd i gorliwa polka - katoliczka, osoba psychicznie i nerwowo (jak można było wnioskować z wywiadów od jej męża) zdrowa, zato łatwowierna, o charakterze miękkim, uległym. Zgłasza się ona do „lekarza" - czarodzieja po poradę z powodu dokuczliwych bólów głowy. K. odkrywa w niej z miejsca wybitne skłonności pythiatyczne i oświadcza pacjentce, że pomoże tu tylko hypnoza, którą należy niezwłocznie zaaplikować. Nie mając nic do wyboru, zgadza się chora na seans, który zostaje przeprowadzony w obecności jej męża. K. usypia ją natychmiast, poddając we śnie, między innemi, potrzebę stosowania dalszych seansów. Odtąd D. zostaje stałem jego „medjum". Hypnotyzer poczyna stopniowo wpajać w nią, w stanie uśpienia, swe przekonania i plany przewrotu politycznego, a następnie demonstruje ją w celach agitacyjnych w trakcie, gdy wypowiada bluźnierstwa i różne

antipaństwowe, poddane przezeń, pomysły, rokując rychły upadek Polski, tryumf Niemiec, wyrażając pogardę dla wszystkiego, co jest katolickie itd. itd. To też medjum w krótkim czasie zmienia się duchowo do niepoznania. Stała się ślepą zwolenniczką K. zarówno w sprawach jego rewolucyjnych poczynań, jak też innych niecnych machinacji, biorąc przytem czynny udział we wszystkich antypaństwowych knowaniach K. Przytem stała się nader drażliwa, nierównego usposobienia, rozegzaltowana. Straciła sen i apetyt. Mąż mówił o niej, że „chodzi jak błędna".

Po roku niespełna tego rodzaju raportu, deprawującego duszę D., przypadek zdarzył, że jeden z byłych zwolenników K. zdradził go przed władzą i oddał w ręce przedstawicieli bezpieczeństwa publicznego. Upłynęły długie miesiące nim się stopniowo poczęła D. wyzwalać od sugestji antypaństwowych i wpływu K. na nią wogóle. Gdy po pół roku, na głównej rozprawie sądowej, zasiadła D. wspólwspólnie z K. na ławie oskarżonych, obwiniona o współudział w zbrodni zdrady stanu, — badanie ówczesne chorej pozwoliło stwierdzić znaczną poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego w ogólności. Utrata raportu z K., refleksje, powrót do dawnego otoczenia, a nadewszystko spowiedź u kapłana, przywróciły jej siły moralne tak, że jak się wyrażała „patrzy teraz innemi na niego oczami i nie może zrozumieć, jak ten niemiec mógł ją tak dalece opętać". Zaznaczyć tu nawiasem należy, że ani przewód sądowy, ani badanie oskarżonej, świadków, akt i t. p. — nie dały materjału do przypuszczenia, by żyła ona z K. w bliższych stosunków. Przeciwnie, badane okoliczności przemawiały by raczej przeciw temu przypuszczeniu. Akcentujemy ten moment, gdyż mógłby związek taki wytłómaczyć nam, przynajmniej po części, wpływ na nią K. pomimo hypnozy.

Biegły, (referent) na głównej rozprawie sądowej orzekł, że

1) oskarżona D. współdziałała z K. w knowaniach, zmierzających do zdrady stanu, na skutek raportu psychicznego, powstałego przez częste podsuwanie jej w hypnozie odnośnych myśli, oraz że w chwili dokonywania czynów karalnych, znajdowała się ona w stanie wykluczającym jej wolną wolę. Znawca nie wypowiedział się jednak po myśli § 51 w pełnem jego brzmieniu, tj. że owe wykluczenie wolnej woli nastąpiło wskutek chorobowego zaburzenia umysłu, czy nieprzytomności, (jak tego wymaga odnośny przepis uniewinniający), gdyż stwierdzony u chorej rozstrój nerwowy jest tylko następstwem częstych praktyk hypnotyzerskich i nie odpowiada kry-

terjom powyższym, raport zaś psychiczny z hypnotyzerem sam w sobie nie nosi cech chorobowych i jedynie skutki jego w permanencji mogą okazać się szkodliwemi dla zdrowia moralnego osoby hypnotyzowanej. Związek przyczynowy przeto przebiega tu nie od zaburzenia zdrowia ku czynowi karalnemu, lecz odwrotnie.

2) Oskarżona D. jest jednocześnie ciężko poszkodowana na zdrowiu wskutek uprawianych na niej, a wyzyskanych dla zbrodniczych celów praktyk hypnotyzerskich. W następstwie tego doznał dotkliwych obrażeń nie tylko jej ustrój nerwowy i fizyczny (ogólne wyczerpanie, rozstrój nerwowy), lecz także i to specjalnie ucierpiało zdrowie duchowe poszkodowanej, zwłaszcza w dziedzinie uczuć religijnych i moralnych — tak ważnych w regulowaniu stosunku osobnika do społeczeństwa. Psychizm jej siłą okoliczności został zmuszony do uważania zbrodni za czyn sobie właściwy, został więc w najwyższym stopniu zdeprawowany i zohydzony dla własnego „ja" poszkodowanej.

Ad. 1. Sąd, przy uwzględnieniu opinji rzeczoznawcy, przyjmując jaknajdalej idące okoliczności łagodzące, uznał jednak D. winną zbrodni przygotowywania zdrady stanu.

Ad. 2. Oskarżenie nie zostało przez prokuraturę wniesione, gdyż przepis prawa nie przewiduje podobnej natury uszkodzeń na zdrowiu, a oskarżyciel publiczny nie dopatrzył się kryterjów, czy należy ścigać sprawcę za tego rodzaju przestępstwa z urzędu, czy li tylko na wniosek poszkodowanej. Oczywiście, że wniosek podobny ze strony poszkodowanej nie wpłynął, najprawdopodobniej już z przyczyny pozostałych więzów raportu łączących ją z hypnotyzerem.

Jeszcze w roku 1923 pisał Wachholz w dziele swojem „Psychopatologja sądowa", że „do tej chwili kazuistyka sądowa nie notuje ani jednego przypadku, w którym by czyn zbrodniczy był następstwem sugestji kryminalnej*), wobec czego narazie w tym zasadniczym kierunku hypnoza nie posiada żadnego znaczenia praktycznego". Dziś, z zacytowanego przypadku widzimy, że pohypnotyczna sugestja kryminalna nabrała znaczenia praktycznego i wymaga też postępu w dziedzinie prawodawstwa, by, wypływające stąd czyny karalne, znalazły odpowiednią kwalifikację karną.

*) Prawdopodobnie cytowany autor ma tu na myśli sugestję podaną w hypnozie, gdyż z sugestją kryminalną, (która pokrywa się często już z pojęciem podżegania) uprawianą w normalnym stanie świadomości t. j. w stanie czuwania, styka się sądownik na każdym kroku.

Przytoczony zresztą przykład sądowo-psychjatryczny jest dość wymowny i nasuwa sam przez się główne momenty zetknięcia socjalno-psychologicznego czynnika hypnozy z kodeksem karnym.

a) Można więc popełnić czyn karalny, działając pod wpływem sugestji, poddanych w śnie hypnotycznym przez osobę drugą.

b) Nadużywając hypnozy i sugestji w hypnozie, można uszkodzić na zdrowiu osobę drugą, spaczyć i zdeprawować jej system psychiczny, zaszczepić do duszy sprzeczne z przekonaniami poszkodowanego intencje, myśli, uczucia i postanowienia, a przez częste praktyki hypnotyzerskie — spowodować rozstrój, oraz wyczerpanie nerwowe i psychiczne u hypnotyzowanego. Prawo winno przeto ścigać sprawców czynów podobnych.

Oczywiście, że w przypadku ad a), sędzia nie zastosuje przepisu o działaniu pod przymusem, gdyż prawo *) nie uznaje wogóle przymusu moralnego jako czynnika uwalniającego od winy i kary, (np. § 52 ustęp 1, 2, 3, n. u. k. i § 10 proj. a. u. k.), jak też dla tego, że działanie na skutek sugestji, udzielonych w hypnozie, ma tylko oddalone psychologiczne pokrewieństwo z przymusem psychicznym w pełnem tego słowa znaczeniu, tj. odbywającym się, w przeciwieństwie do tamtego, w stanie świadomości normalnej, dopuszczającym więc wolny wybór motywów, składających się na wypadkową czynu. Przymus ma miejsce tam, gdzie jest wolna wola, która może mu stawiać opór. Przy wykonaniu zaś sugestji hypnotycznych i pohypnotycznych jest ona sparaliżowana w stosunku do tych sugestji.

Jeden z komentarzy (Francka) do pojęcia poczytalności w n. k. k. brzmi jak następuje:

„Poczytalność jest to zdolność prawidłowego stanowienia na podstawie prawidłowo rozpoznanych motywów. Poczytalność zależy od uwzględniającego motywy normalnego stanowienia. Stanowienie nie

*) Mamy tu na myśli oczywiście jedynie przepisy obowiązujące na Ziemiach Polskich i nie cytujemy szeregu odnośnych paragrafów z kodeksów karnych państw zachodnich, by nadmiarem faktów nie przeładowywać pracy niniejszej, której zadaniem nie było wyczerpanie tematu, a tem mniej — wysunięcie konkretnego projektu nowego przepisu.

Zato zaznaczyć tu tylko możemy, że niejeden przepis zachodni, zredagowany jest pod tym względem szczęśliwiej od obowiązujących u nas. Tak np. artykuł 64 kodeksu Napoleona brzmi: „Niemasz przestępstwa ani zbrodni, jeżeli sprawca w chwili wykonania czynu znajdował się w stanie chorobowego zaburzenia umysłu (démence) albo działał pod wpływem nieodpartego przymusu". Jeżeli nawet, niedostępny nam w obecnej chwili, komentarz tego przepisu nie przewiduje tłomaczenia pojęcia siły w znaczeniu moralnem czy psychicznem, to z treści jednak przepisu, oraz z faktu omawiania tej okoliczności w przepisie dotyczącym niepoczytalności, wnioskowaćby należało, że przymus natury psychicznej nie jest tu wykluczony.

jest normalne 1) jeżeli osobie braknie zdolności pokierować swem zachowaniem się zgodnie z pojęciami etycznemi i socjalnemi, 2) jeżeli braknie zdolności do prawidłowej oceny pobudek do działania, lub zdolności do uwzględnienia wyobrażeń hamujących".

Widzimy, że obejmuje on przeto także kryterja działania pod wpływem poddanych w hypnozie obcych intencji, kiedy „osobie może (lecz nie musi) zabraknąć zdolności pokierowania swem zachowaniem zgodnie z pojęciami etycznemi i socjalnemi" i tymbardziej może „zabraknąć zdolności do prawidłowej oceny pobudek do działania, oraz zdolności do uwzględnienia wyobrażeń hamujących".

W konsekwencji powyższego, sprawcę czynu dokonanego w okolicznościach, jak wyżej, należy uważać za niepoczytalnego i uwolnić od winy i kary.

Po rozejrzeniu się jednak w odnośnych, dotyczących niepoczytalności, przepisach karnych, obowiązujących na Ziemiach Polskich, łącznie z formułą proj. Polsk. Kod. Karn. omawiającego niepoczytalność, — stwierdzimy trudność podciągnięcia karalnego czynu, popełnionego pod wpływem sugestji, dokonanej w uśpieniu, pod jeden z nich. Trudność ta wypływa już w pierwszym rzędzie z okoliczności, że każdy z tych przepisów zawiera człon psychjatryczny, ograniczający znaczenie kryterjów wyrażonych w członie psychologicznym przepisu, hypnoza zaś i jej niepośrednie następstwo—jakiem jest oddanie się przez hypnotyzowanego woli hypnotyzera, — nie jest zjawiskiem psychicznem nienormalnem, mimo, że występuje łatwo u niektórych osobników upośledzonych duchowo.

Niema więc tu ani „chorobliwego rozstroju czynności duchowych" (jeżeli chodzi o samo przyjęcie i wykonanie poddanych w hypnozie myśli), ani „nieprzytomności" w znaczeniu psychjatrycznem (§ 39. r. u. k.), niema też „chorobliwego zaburzenia czynności umysłu" (§ 51. n. u. k.) nie jest tu sprawca „w zupełności pozbawiony używania rozumu", ani też nie znajduje się on w stanie „przemijającego pomieszania umysłu i innym stanie obłąkania", (§ 2. a. u. k.).

W sprawie niepoczytalności proponuje Radziwiłłowicz *) przyjąć do polskiego prawa karnego brzmienie paragrafu 14. szwajcarskiej ustawy karnej, który tu podajemy:

*) Doc. Dr. R. Radziwiłłowicz — Polska lex ferenda o niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej. Now. Psych. 1923

„Nie podlega karze, kto w czasie popełnienia przestępstwa był psychicznie chory, ciężko niedorozwinięty umysłowo, lub głęboko zamroczony".

Wstrzymując się na tem miejscu od oceny *) tego przepisu ze stanowiska psychjatrycznego wogóle, zaznaczyć tylko pragniemy, że ta formuła nie obejmuje również czynów karalnych, wypływających z pohypnotycznego raportu, gdyż sprawca nie działa wówczas ani w stanie „głębokiego zamroczenia", ani tem mniej — „choroby psychicznej, wzgl. niedorozwoju". Czynnik ostatni może wystąpić tu tylko przypadkowo.

Na drugim Zjeździe Polskich Psychjatrów w Poznaniu przyjęta została do projektu formuła o niepoczytalności w następującem brzmieniu:

„Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia przestępstwa, wskutek chorobowego zaburzenia czynności psychicznych, niedorozwoju umysłowego lub zamroczenia świadomości, nie mógł rozpoznać znaczenia czynu dokonanego lub działać zgodnie z tem rozpoznaniem".

Ten przepis również nie ma zastosowania do czynów karalnych, popełnianych w okolicznościach, które tu omawiamy, gdyż wymaga on albo „chorobowego zaburzenia czynności psychicznych, albo zamroczenia świadomości". Działania zaś pohypnotyczne pochodzące z raportu nie odpowiadają ani temu ani owemu. Już lepszym z *tego* (akcentujemy to) względu byłby projekt Komisji Kodyfikacyjnej, którego odnośny ustęp brzmi:

„Nie będzie poczytany czyn, jeżeli w chwili jego spełnienia sprawca znajdował się, z powodu choroby umysłowej lub *innego zakłócenia czynności umysłowych,* w takim stanie psychicznym, który nie pozwalał mu rozpoznać znaczenia czynu, lub *stosownie do tego rozpoznania pokierować swem działaniem*".

Wyrazy podane tu kursywem mogą dotyczyć zarówno stanów psychotycznych, jak też psychicznego stanu sprawcy, działającego pod wpływem raportu.

Projekt austrjackiej ustawy karnej (par. 3.) w części, która by mogła być zastosowana do czynów popełnionych pod wpływem hypnozy i raportu, brzmi:

*) Patrz uwagi autora w dyskusji nad rozprawą o niepoczytalności na V. Zjeździe Psychjatrów Polskich w Lublińcu. Now. Psych. 1923.

„Kto w czasie czynu, z powodu *zaburzenia świadomości*, nie jest zdolnym zdać sobie sprawę z niesłuszności swego czynu, albo *działać podług tego swego sądu*, nie podlega karze".

Formuła ta nie mówi o zaburzeniach chorobowych, tylko o zaburzeniu świadomości, które nie zawsze jest chorobowe, a nie jest niem z natury swej, ani w stanie hypnozy, ani w okresie pohypnotycznym, gdy sprawca zabiera się do wykonania czynów poddanych mu podczas uśpienia. Dla tego też, nie wdając się w ocenę ostatnich dwóch przepisów, w ich zastosowaniu do działania z tytułu choroby psychicznej (co mogłoby posłużyć za oddzielny temat do rozprawy), stwierdzamy tu, że są one skonstruowane tak, że biegły może się wypowiedzieć po ich myśli, gdy chodzi o sprawę działania z sugestji pohypnotycznej.

Praktyczne jednak względy przemawiały by raczej za tem, by interesujące nas tu psychologiczne okoliczności działania (moment wpływu na czyn myśli, * poddanych w hypnozie) były omawiane w przepisie jasno i nie wymagały zawiłych komentarzy. Być może tez, połączenie takiego przepisu w jedną całość z przepisem dotyczącym niepoczytalności z tytułu choroby psychicznej, okazałoby się nieco sztuczne, gdyż formuła taka zawierać będzie wielką różnorodność odmiennych od siebie kryterjów to psychologicznej, to psychopatologicznej natury.

* * *

Jak widzieliśmy z przytoczonego sądowo - psychjatrycznego przypadku, na rozprawie głównej aktualnem było również zagadnienie ścigania sprawcy za uszkodzenie na zdrowiu poszkodowanej, powstałe w następstwie partackich, a oddanych na usługi niegodnym celom, zabiegów hypnotycznych. Uszkodzenia tego rodzaju należy uważać za ciężkie, gdyż dotyczą one najdroższego i najważniejszego organu człowieka — źródła jego wszystkich poczynań i stanowienia o sobie. Dlatego też już pozornie lekkie uszkodzenia w prawidłowem funkcjonowaniu czynności organu myśli i woli mogą się w następstwach swych odbić fatalnie na całem życiu osobnika, tak zależnem przecie od prawidłowych poczynań w dziedzinie woli.

Przestępstwo uszkodzenia na zdrowiu, dokonane w sposób, jak wyżej, winno być z reguły (niezależnie, czy znawca orzecze, że było ono lekkie lub ciężkie) karane z urzędu, gdyż poszkodowany, znalazszy

*) Ponieważ sugestji w hypnozie dokonuje się przy pomocy mowy, a mowa wyraża myśli, przeto już pod pojęciem „poddane w hypnozie myśli" ujmie prawodawca wszelkie i różnorodne poruszenia duchowe, powstałe w duszy hypnotyzowanego na skutek poddanej mu odnośnej myśli, a więc: rozliczne uczucia, doznawania, postanowienie wykonania czynu i t. p.

się pod wpływem czyjejś woli, której jest posłuszny, nie zdobędzie się sam, rzecz naturalna, na zaskarżenie sprawcy. Wypadek taki byłby nieomal równoznaczny z wyzwoleniem się z pod wpływu hypnotyzera.

Przepisy karne, obowiązujące dotąd na Ziemiach Polskich , nie przewidują podobnego przestępstwa. §§ 296, 297, 298, proj. a. u. k., 153—157 a. u. k., 468, 469, 471, 474 r. u. k. i 223 n. u. k. mówią wyraźnie o uszkodzeniu na ciele, okaleczeniu, naruszeniu funkcji organu ciała i t. p. Inne znowuż przepisy tegoż rozdziału (299 ustęp 4 proj. a. u. k., 152 a. u. k., 467 r. u. k. i 224 n. u. k.) omawiają wprawdzie karalność uszkodzeń psychicznych, ale sposób ujęcia odnośnych przepisów jest dla poruszonego zagadnienia zupełnie nieodpowiedni, gdyż:

1) wywodzi się je jako skutki urazów cielesnych,

2) uszkodzenie psychiczne ogranicza się do pojęcia choroby umysłowej, a znowuż gdzieindziej (np. w § 152 a. u. k.) mówi się o wrogim zamiarze, w następstwie którego uszkodzenie powstaje — okoliczności nie istotnej, a nawet ekscepcjonalnej tego rodzaju czynu.

Tak więc przepisy te, w części nas zajmującej, brzmią jak następuje:

§ 224 n. u. k. „jeżeli wskutek urazu cielesnego uszkodzony..... ulega chorobie umysłowej..... należy orzec karę itd."

§ 269 r. u. k. „winny spowodowania choroby umysłowej..... za takie bardzo ciężkie uszkodzenie ciała będzie karany itd."

§ 299 ustęp 4 proj. a. u. k. „kto przyprawi drugiego o chorobę psychiczną będzie karany itd".

§ 152 a. u. k. „kto we wrogim zamiarze względem drugiego działa tak, że spowoduje zaburzenie zdrowia, albo nadwyrężenie umysłu, winien jest przestępstwa ciężkiego uszkodzenia na ciele".

Natura uszkodzenia na zdrowiu, spowodowanego przez praktyki hypnotyzerskie i sugestje w hypnozie jest tak specjalna i odmienna od wszelkich innych urazów cielesnych z ich skutkami dla psychiki, że przepisy odnośne dotyczące ostatnich, nie mogą tu wchodzić w rachubę. Z drugiej strony, *skutki częstych praktyk hypnotyzerskich oraz sugestji, które powodują niedomagania duchowe, nie zupełnie się mogą pokrywać z pojęciem choroby psychicznej.* Ze znajomości mechanizmu zmian duchowych, spowodowanych przez hypnotyczne sugestje, konkludować należy, że jest to czynnik o tyleż chorobotwórczy, o ile też i demoralizujący, tj. jakby paczący wychowanie na krótszym odcinku życia duchowego poszkodowanego. Dla tych więc również

względów musimy stwierdzić, że żaden*) z przytoczonych przepisów nie może mieć zastosowania przy uszkodzeniu z hypnozy. Nie mniej też względy praktyczne, a między innemi wskazania, by ewentualnemu sprawcy przedstawiały się jasno faktyczne okoliczności psychologicznej natury, należące do ustawowej istoty czynu, — wymagają, by przepis karzący za spowodowanie u poszkodowanego, rujnujących jego zdrowie, bądź fizyczne, psychiczne czy moralne, następstw (hypnozy i sugestji w niej) nie dopuszczał błędnych komentarzy i wyrażał jasno myśl zasadniczą.

Na zachodzie **) karze prawo już samo uprawianie niebezpiecznych praktyk hypnotyzerskich i psycho-analitycznych bez względu na to, czy w konkretnym przypadku pociągają one za sobą szkodliwe następstwa dla hypnotyzowanego. Tymbardziej więc należy ścigać niepowołanych, partaczy i złoczyńców, którzy posługując się hypnozą i sugestją dla swych celów, rujnują zdrowie naiwnych ofiar dających się im wyzyskać. Należy przytem zaznaczyć, że t. zw. „dobrowolne" poddanie się hypnozie może być brane bez zastrzeżeń tylko przy pierwszym seansie, gdyż przy praktykach następnych sędzia winien się liczyć zawsze z okolicznością, że wola ofiary jest już w pewnej mierze poddana intencjom hypnotyzera, a więc w szczególności może jej być udzielony nakaz nie sprzeciwiania się dalszym seansom. Zresztą opinję o stopniu uległości danego osobnika wpływowi hypnotycznemu wogóle, a w chwili konkretnej w szczególności, jak też o stopniu uszkodzenia na zdrowiu, powstałego wskutek tego wpływu, wyda znawca. Znawca winien odpowiedzieć zwłaszcza na dwa zasadnicze pytania: 1) jakie następstwa (przeważnie natury nerwowej i fizycznej) dla zdrowia poszkodowanego miał sam stan hypnozy, niezależnie od poddawanych w hypnozie sugestji, 2) jakie konsekwencje i skutki dla zdrowia psychicznego, a w szczególności moralnego, miały sugestje hypnotyczne.

Zamiarem naszym było dać tu przyczynek do oświetlenia niektórych zagadnień sądowo - psychjatrycznych, które nie powinne być pominięte przy ustaleniu ostatecznego brzmienia projektu Polskiego Kodeksu Karnego.

---

*) Łącznie więc z § 152. a. u. k., którego człon psychologiczny ujęty w wyrazach „Nadwyrężenie psychiczne", z pomiędzy istniejących przepisów odpowiadałby jeszcze najbardziej istocie rozstroju z hypnozy, jednak część psychologiczna tego artykułu zupełnie nie odpowiada zachodzącym w tych wypadkach okolicznościom.

**) We Francji publiczne zajmowanie się hypnozą wzbronione jest w wojsku. Parlament belgijski uchwalił w roku 1892 prawo, karzące organizatorów publicznych seansów hypnotycznych. Również w Anglji karze prawo surowo czyny podobne.

* * *

W rezultacie dokonanych w rozprawie tej rozważań, pozwolimy sobie na postawienie paru wniosków:

1) Czyn karalny sprawcy, działającego w stanie hypnozy, lub pod wpływem poddanych w hypnozie myśli, zawiera kryterja czynu, popełnionego w stanie niepoczytalnym.

2) Obowiązujące na Ziemiach Polskich ustawy karne (za wyjątkiem projektu austrjackiej ustawy karnej, § 3) zredagowane są tak, że nie mogą objąć czynów karalnych, popełnionych w stanie niepoczytalności, wywołanej przez sugestje pohynotyczne.

3) Z brzmienia § 3 proj. a. u. k. i odnośnego przepisu proj. Komisji Kodyfikacyjnej Polskiej Ustawy Karnej, rozdz. 2. art. 10 § 1 wynika, iż sprawca czynu karalnego, dokonanego w stanie hypnozy lub pod wpływem udzielonych mu w hypnozie obcych myśli, będzie uwolniony od winy i kary.

4) Stroną ujemną, pod 3 zacytowanych przepisów jest, że nie wysuwają one wprost pojęcia hypnozy i poddania myśli w stanie hypnozy, jako psychologicznych okoliczności czynów, przez co ułatwiają błędną interpretację tych faktycznych okoliczności, które należą do ustawowej istoty czynu.

A) Obowiązujące na Ziemiach Polskich ustawy karne nie przewidują przestępstwa uszkodzenia na zdrowiu, wywołanego przez partackie praktyki hypnotyzerskie wogóle, albo też przez stosowanie podczas hypnozy szkodliwych, zwłaszcza dla zdrowia moralnego, sugestji.

B) Uszkodzenia tego rodzaju, ze względu na ważność dotkniętego organu, należy zaliczać do obrażeń ciężkich.

C) Nieuprawniony do wykonywania praktyk hypnotyzerskich, o ile w następstwie tychże powstało uszkodzenie na zdrowiu osoby drugiej, winien być karany z urzędu, gdyż ze względu na możliwość wpływu hypnotyzera na poszkodowanego, nie jest prawdopodobne wysunięcie takiego wniosku przez tego ostatniego.

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

L'HYPNOSE ET LE CODE PÉNAL

par

O. BIELAWSKI.

1. Un acte délictueux, accompli en état d'hypnose ou sous l'influence d'idées suggérées dans un tel état contient les éléments nécessaires pour être considéré comme étant accompli dans des conditions entrainant l'irresponsabilité.

2. Les dispositions pénales en vigueur en Pologne (à l'exception de l'article 3 du projet du Code Pénal Autrichien) sont redigées de telle façon qu'elles ne permettent pas d'appliquer la notion de l'irresponsabilité aux actes, accomplis en état d'hypnose ou sous l'influence de suggestions posthypnotiques.

3. Il résulte de la teneur de l'article 3 du projet du Code Pénal Autrichien ainsi que des dispositions correspondantes du projet, élaboré par la Commission, chargée d'établir le Code Pénal Polonais, (chapitre 2, article 10, paragraphe 1) que l'auteur d'un acte, accompli en état d'hypnose ou sous l'influence d'idées suggérées dans un tel état, sera considéré comme irresponsable.

4. Les dispositions susnommées présentent cependant l'inconvenient qu'elles ne mentionnent pas, d'une façon explicite, l'hypnose et les suggestions hypnotiques, autant que conditions psychologiques, appelées à déterminer la portée pénale de l'acte. Il en résulte la possibilité d'une fausse interprétation.

* * *

a) Les lois pénales en viguer en Pologne ne prévoient pas en tant qu'acte punissable l'atteinte, portée à la santé de quelqu'un par une application abusive de l'hypnose, dans des buts nonmédicaux, ou l'atteinte portée à la santé morale par la suggestion d'idées répréhensibles.

b) Les atteintes de cet ordre, en raison du préjudice causé devraient être assimilées à des blessures graves.

c) Celui qui se sert de l'hypnose d'une façon illégale, dans le cas, ou à la suite de ces pratiques une atteinte est portée à la santé d'autrui, devrait être mis en état d'accusation d'office car il n'est guère probable, en raison de l'influence exercée par l'hypnotiseur sur l'hypnotisé que ce dernier porte plainte lui-même.

L'auteur cite, à l'appui de ces conclusions, un cas médico-légal.

Une personne de haute moralité, à la suite de fréquentes séances hypnotiques, se trouve sous l'influence d'un communiste. Celui - ci en fait un partisan des idées communistes et s'en sert dans un but de propagande. A la suite de ces agissements, du désarroi moral et de la fatigue physique et psychique qu'ils déterminent, cette personne présente des signes nets d'un dérangement nerveux et est accusée en plus de complot contre la sureté de l'Etat.

Klinika chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu w Palermo.
Dyrektor prof. R. Collela.

PRZYCZYNEK DO STUDJUM BEZŁADU DZIEDZICZNEGO

(CHOROBA FRIEDREICHA [1])

podał
Dr. GIUSEPPE BONASERA.

Pomiędzy licznemi i charakterystycznemi objawami, stanowiącemi zespół bezładu dziedzicznego (ataxia hereditaria), uderzają, jak wiadomo, deformacje kończyn, pochodzące od atrofji muszkułów i od skórczeń aponeurotycznych i ścięgnistych. Zniekształcenia zachodzą w kończynach dolnych częściej niż w górnych i przedstawiają typ charakterystyczny. Déjérine i Thomas nie przypisują wspomnianym deformacjom tej wartości, co innym objawom chorobowym, atoli obszerna literatura w tym przedmiocie wykazuje, że prawie wszyscy autorzy, którzy mieli sposobność obserwowania choroby, stwierdzali wyżej wspomniane zmiany chorobowe.

Deformacje stopy, pojawiające się często, choć nie zawsze, obustronnie, przedstawiają w typie głównym formę stopy końsko - szpotawej, wykręconej ku dołowi i tyłowi. Kość stępowa wystaje, pierwszy członek palucha znajduje się w hyperekstensji, drugi w pozycji fleksji; ścięgna prostowników wystają.

U innych typów, mniej licznych, może brakować wyprostowanie palucha jakoteż wykręcenie stopy, a zniekształcenie może ograniczać się do stopy końsko-szpotawej. Niektóre zniekształcenia, rzadsze co do formy, opisane także przez Oppencheima i Cestana, polegają na hyperekstensji stopy i palców.

Zniekształcenia ręki, mniej liczne od deformacyj stopy, manifestują się odchyleniem osi od osi przedramienia, wydrążeniem dłoni, odpowiadającem wykręceniu stopy i wystąpieniem stawów śródręczno-palcowych. Członki pierwsze palców znajdują się w hyperekstensji, inne członki we fleksji, palec wielki w ekstensji, ścięgna prostowników wystają (patrz ilustrację 2. i 3.).

[2]) Oryginał włoski przysłany do wydrukowania w Nowinach Psychjatrycznych Tłom. A. P.

W mojej obserwacji znajdował się przypadek kliniczny tej bardzo rzadkiej formy chorobowej, przedstawiający charakterystyczne zmiany ręki i stopy. Uważałem za wskazane zbadać dokładnie ewentualne zmiany w kościach. Oprócz tego starałem się wyjaśnić stosunek owych zmian do innych zaburzeń troficznych, obserwowanych w tej chorobie.

Chory, którego badałem, miał brata, który przez dłuższy czas przebywał w klinice chorób nerwowych i umysłowych i który umarł na tę chorobę przed paru laty. Dla tego nie było możliwe przeprowadzić u drugiego wyczerpujących studjów osobistych. Atoli jego historja choroby dostatecznie uzupełnia charakterystyczny obraz deformacji i uwydatnia rodzinny charakter cierpienia.

U brata żyjącego mógłem obserwować osobiście wzmiankowane powyżej objawy i zademonstrować je radiograficznie i fotograficznie.

Obserwacja I. Gam . . . . . Tomasz, lat 50, bezżenny, pastuch, przyjęty do zakładu psychjatrycznego w Palermo dnia 10. czerwca 1900.

Wywiady o rodzinie. Kuzyn ojca chorego prawdopodobnie cierpiał na tę samą chorobę. Ojciec umarł przed dwoma laty, w 70 roku życia, na chorobę nieznaną. Matka umarła w 40 roku życia na krwotok. Jedna siostra umarła mając lat 39 na gruźlicę płuc, a druga w 32 roku życia na chorobę nieznaną. Jeden brat został umieszczony z powodu tego samego cierpienia w zakładzie psychjatrycznym i umarł przed laty. Drugi brat i siostra żyją i są zdrowi.

Wywiad indywidualny. Chory urodził się w terminie właściwym; poród odbył się prawidłowo. Pacjent nie przypomina sobie, czy w dzieciństwie cierpiał na zwykłą wysypkę.

W 12 roku życia zauważył, że trudno mu przychodzi utrzymać równowagę. Zataczał i potykał się, kilka razy upadł. Jednakże nie ustawał w pracy zawodowej. Później pojawiły się trudności przy poruszaniu palców, podczas gdy zaburzenia równowagi pozostały bez zmiany. W następnych latach zaburzenia równowagi przybierały nieco na nasileniu, a ruchy w palcach stawały się coraz więcej utrudnione, mianowicie ze strony ekstensorów. Ruchy kończyn górnych były utrudnione. Pacjent podaje, że czasem miewa uczucie silnych skurczeń w mięśniach nogi i uda, zwłaszcza podczas biegania w chwili podnoszenia stopy od ziemi. Zauważył też, że palce u ręki przyjmowały stale pozycję fleksji. W następstwie tego, chory (mając 23 lata) był zmuszony używać laski z powodu wzmagającej się niepewności przy chodzeniu i z powodu słabości w kończynach dolnych. Przed trzema laty pacjent został umieszczony w zakładzie psychjatrycznym.

Badanie przedmiotowe. Czucie. Czucie dotykowe jest przytępione na przegubie, w dolnej części nogi prawej i lewej. W środkowej i górnej części nogi jak i na udzie czucie jest zachowane, aczkolwiek stwierdzono punkty hypestetyczne

*) Obydwuch chorych, którzy są przedmiotem niniejszego studjum, przekazał mi prof. Collela, udzielając pomocy i rad podczas badań. Pierwsza obserwacja odnosi się do cho ego, który przebywał w klinice od 24 lat. Druga obserwacja odnosi się do jego brata, który przebywał przez długi czas w tej samej klinice i który przed laty zmarł w tutejszym zakładzie psychjatrycznym.

w części środkowej obu nóg i to po wewnętrznej stronie na lewej, a po zewnętrznej stronie na prawej nodze.

Czucie dotykowe jest zachowane na ramieniu i na przedramieniu. Na palcu serdecznym i małym daje się zauważyć po obu stronach wyraźna hypestezja, silniej zaakcentowana po stronie wewnętrznej międzypalcowej.

Czucie topograficzne wykazuje następujące cechy. Na piersi chory odczuwa jako dwa oddzielne punkty dotyk cyrkla Webera rozwartego na długość 5 cm., w okolicy przednio-zewnętrznej uda na odległość 6—7 cm, na nodze — w górnych $^2/_3$ częściach — jako dwa punkty odczuwa dotyki odległe od siebie na 5 cm., w części dolnej po prawej stronie na odległość 6 cm., po lewej stronie 6 cm. na wewnątrz, a 8 cm. na zewnątrz.

Ruchy. Pacjent nie może się utrzymać na nogach (figura 1). Podtrzymywany z obu stron i zachęcony do chodzenia, chory wyrzuca naprzód kończyny dolne; stopy pozostają w ekstensji, zachaczając końcem o ziemię.

Kończyny górne trzymane są w lekkiem zgięciu. Ruchy ich są bardzo ograniczone i niepewne. Brak ten występuje wyraźniej przy prostowaniu palców, z wyjątkiem palca wskazującego. Addukcja i abdukcja palców jest prawie zupełnie niemożliwa.

Przy chwytaniu przedmiotów, chory wykonywa szereg ruchów nieskoordynowanych, nim uchwyci przedmiot pożądany. Siła mięśniowa jest zachowana.

Można zauważyć drżenie włókienkowe, przedewszystkiem w obu mięśniach trójkątnych i nadkolcowych.

W kończynach dolnych uderza wybitnie nacechowana addukcja stopy, silniej występująca po lewej stronie (figura 1 i 3). Nadto stopy znajdują się w stanie lekkiego zgięcia podeszwowego. Palce są zgięte, mianowicie paluch prawy. Kolano jest podniesione (figura 1). Podeszwa jest wklęsła, najwięcej po prawej stronie.

Ruchy pasywne uda są możliwe. Zgięcie nogi odbywa się normalnie, natomiast wyprostowanie udaje się niezupełnie. Addukcja i abdukcja stopy jest obustronnie możliwa, atoli po prawej stronie ograniczona. Zgięcie i wyprostowanie stopy jest ograniczone. Przy prostowaniu palców, mianowicie palucha, odczuwa się dość silny opór.

Z ruchów aktywnych możliwemi są: zginanie, prostowanie, addukcja i abdukcja uda; ograniczone są ruchy nogi, a niemożliwe są ruchy stopy. Podczas wykonywania ruchów wzmiankowanych stwierdza się z jednej strony ogólną niepewność tak, jakby ruchy nie były skoordynowane, z drugiej strony można zauważyć opadanie kończyn z powodu własnego ciężaru, bez stopniowego działania mięśni podczas układania kończyny.

Siła mięśniowa w kończynach dolnych jest zachowana.

Odruchy. Odruch kolanowy jest zniesiony obustronnie. Odruchy skórne (jądrowe i brzuszne) są znacznie osłabione. Prawidłowym jest odruch tęczówki i odruch spojówkowy.

Zaburzenia troficzne i wazomotoryczne. W dolnej część podramienia objętość mięśni jest zmniejszona. Kłąb kciuka i palca małego u ręki zanikł. Mięśnie międzykostne są atroficzne. Na grzbiecie ręki ścięgna ekstensorów palców występują jaskrawie.

Objętość dolnej połowy uda jest obustronnie zredukowana w porównaniu z częścią górną, przednią. Mięśnie tylne i przednio-zewnętrzne nogi, mianowicie prawej, są zredukowane.

W okolicy kostek pojawił się obrzęk.

Skóra kończyn dolnych ma od połowy nogi kolor siniczy, cyanoza jest wybitniejsza po lewej stronie, mianowicie między górną a dolną częścią nogi i rozlana na rozległości na 4 palce szerokiej. Inna plama cyanotyczna znajduje się na zewnętrznej kostce.

Paznokcie palucha, drugiego i piątego palca prawej stopy, są zabarwione na kolor brudno-żółty.

Ciepłota górnych kończyn jest normalna, w nodze i w stopie zmniejszona.

Funkcje psychiczne. Chory obecnie poznaje otoczenie, rozumie pytania, lecz odpowiada z trudnością. Sprawność umysłowa od paru lat jest osłabiona i pacjent nie ma wyraźnych wyobrażeń o wydarzeniach z przeszłości.

Obserwacja II. Gam. . . . . lat 34; kawaler, wieśniak z Torretta.

Matka alkoholiczka; brat z powodu tej samej choroby znajduje sie w zakładzie psychjatrycznym, siostra głupkowata, miewa konwulsje. W 12 roku życia pacjent odczuwał trudności w utrzymaniu równowagi i przy prostowaniu kończyn górnych, mianowicie w ekstensorach palców. Stopniowo zaburzenia równowagi wzmagały się. Wystąpiły silne skurcze w mięśniach nogi i uda przy podnoszeniu stopy. Równocześnie palce obu rąk powoli zaczęły się zginać i pozostały zgięte. W tym samym czasie umysłowość, od urodzenia mało rozwinięta, coraz więcej słabła. Obecnie chory jest apatyczny, głupkowaty, nie wie, gdzie się znajduje, na pytania odpowiada z trudnością, słowa wymawia niewyraźnie. Trzyma się niepewnie na nogach z powodu skłonności do padania w tył.

Badanie objektywne. Wymiary czaszki. Wymiar podłużny 188 mm., poprzeczny 152 mm., obwód 560 mm., półkole przednie 300 mm., półkole tylne 260 mm., półkole prawe 295 mm., półkole lewe 265 mm., długość twarzy 160 mm., odstęp kości jarzmowych 120 mm, wskaźnik czaszki 80,86, typ czaszki przykrótkogłowy, waga 65 klg., wzrost 1,62 mtr.

Ruchy. Ruchy pasywne odbywają się prawidłowo. Ruchy aktywne natomiast są niesprawne, tak w kończynach górnych jak dolnych.

Chód jest chwiejny, bieganie z powodu ciężkiej paraplegji spastycznej prawie niemożliwe. Wskutek tego chory pozostaje stale w pozycji siedzącej, ma minę wyrażającą rezygnację i ból. Usiłując biegać, chory z trudnoscią podnosi nogi i pada w tył.

Palce prawej ręki są mocno zgięte i tylko z wielkim wysiłkiem można je wyprostować. Przy prostowaniu kończyn górnych odczuwa się opór.

Czucie. Czucie skórne jest przytępione pod względem kwantytatywnym; lecz nie pod względem specyficznym.

Odruchy. Odruch tęczówki i spojówki normalny. Odruch kolanowy obustronnie zniesiony. Odruchy brzuszne i jąder są osłabione.

Zaburzenia troficzne. Daleko posunięta atrofja mięśni, przeważnie w kończynach górnych, mianowicie w rękach, które mają charakterystyczny kształt rąk szponistych.

Funkcje psychiczne — od urodzenia mało rozwinięte. Pacjent przedstawia głuptaka apatycznego, odpowiada z trudnością na pytania, słowami niezrozumiałemi. Myślenie jest powolne. Treść myśli elementarna, bardzo ograniczona. Instynkt zachowawczy i przydźwięki wzruszeniowe są zachowane. Brak zupełnie zdolności krytycznych.

Ryciny radjograficzne kości, rąk, a przedewszystkiem stóp, wykazują dobitnie znaczne zmiany chorobowe, na które prosimy zwrócić uwagę.

Najprzód podpadają kształty kości stopowych, zgiętych w stronę podeszwy, przedstawiających kąt tępy w miejscu przyczepu palców do śródstopy. Kąt ten jest więcej wyrazisty w pierwszym stawie śródstopowo - palcowym i najwięcej widocznym u stopy prawej (figura 4 i 5). Nadto stwierdza się zredukowanie tkanki w główkach stawowych, w stawach śródstopowo - palcowych po obu stronach i w mniejszym stopniu także w stawach palcowych (figura 4 i 5). Trzon kości palcowych jest bardzo cieńki, mianowicie po stronie prawej. Szczegół ten uwydatnia się wyraźniej przy porównaniu kości palcowych z kościami śródstopowemi (figura 4). W kościach stępa stwierdzamy pewien stopień zaniku (figura 4). Zmiany chorobowe, o różnem nasileniu , znajdujemy więcej zaakcentowane w stopie prawej. Kości u ręki (figura 6) nie przedstawiają osobliwszych zmian chorobowych godnych uwagi za wyjątkiem lekkiego zredukowania palcy i główek stawowych w stawach palcowych prawej ręki.

Interesująca jest obserwacja faktu, że zmiany kostne są wybitniejsze w miejscach, w których kończyny są więcej zdeformowane. Wszystkie owe zmiany kostne, mogliśmy stwierdzić za pomocą radjografji. Jaka jest zatem patogeneza tych zmian chorobowych, w jakim związku stoją one z innemi zaburzeniami troficznemi, stwierdzonemi w obu przypadkach i jakie ogólne znaczenie mają one w tej chorobie?

Jest faktem niezaprzeczonym, że system nerwowy wywiera znaczny wpływ na odżywianie różnych tkanek.

Degeneracja włókien nerwowych, oddzielonych od ośrodka komórkowego (degenerazione discendente), zanik komórek nerwowych położonych wyżej miejsca przecięcia nerwu (degenerazione retrograda), atrofja muszkułów wskutek uszkodzenia ośródków troficznych, zaburzenia histologiczne i funkcjonalne niektórych gruczołów (jądra, gruczoły wydzielające ślinę i t. p.) z powodu rozluźnienia łączności z układem nerwowym, przedstawiają fakty niewątpliwe, które demonstrują wpływ systemu nerwowego na te organizmy.

Nie tak łatwo daje się wyjaśnić przyczyna zaburzeń troficznych innych tkanek (skóra, stawy, kości) w wielu chorobach systemu nerwowego, jak to w licznych przykładach przedstawia klinika. Z różnych teorji (wazomotoryczna, teorja nerwów troficznych, teorja zwrotna o trofiźmie nerwowym i t. p.) w obecnym stanie wiedzy, teorja zwrotna ma najwięcej prawdopodobieństwa. Na podstawie tej teorji przyjmuje się, że brak bodźców z peryferji powoduje zaburzenia w wymianie materji w centrach i wskutek tego zmniejsza odżywianie

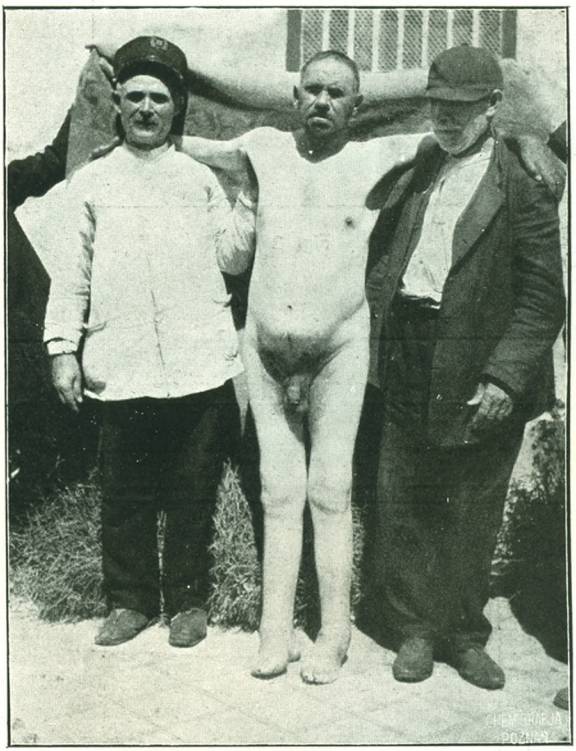


Fig. 1



Fig. 2

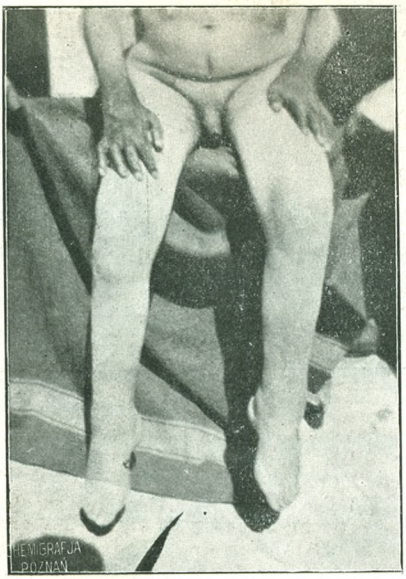


Fig. 3.

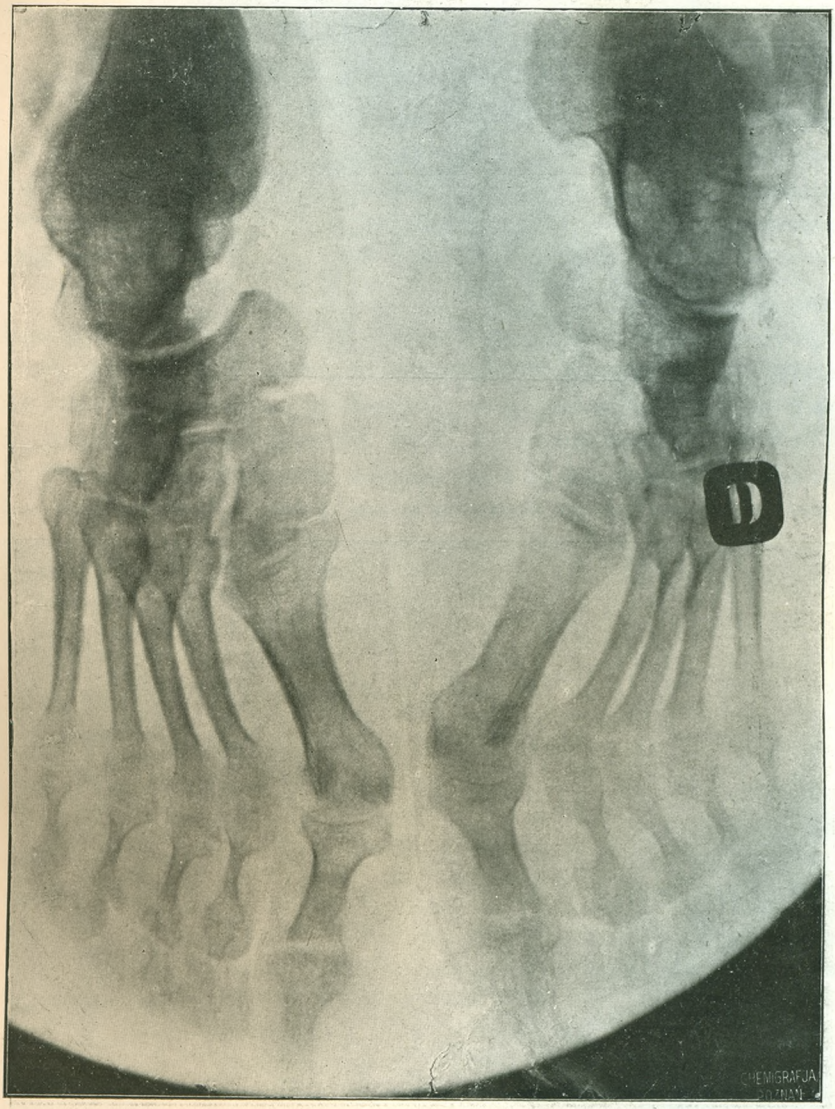


Fig. 4.

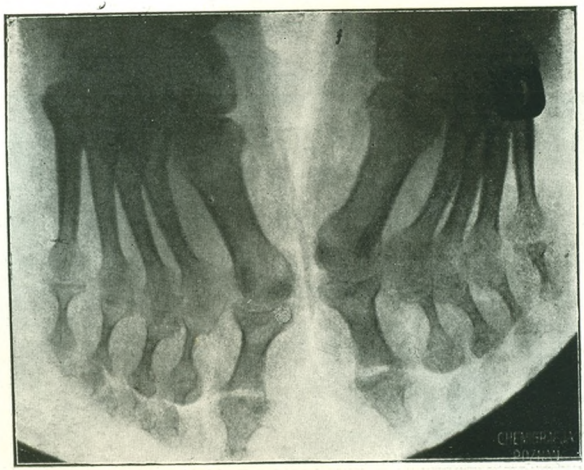


Fig. 5.

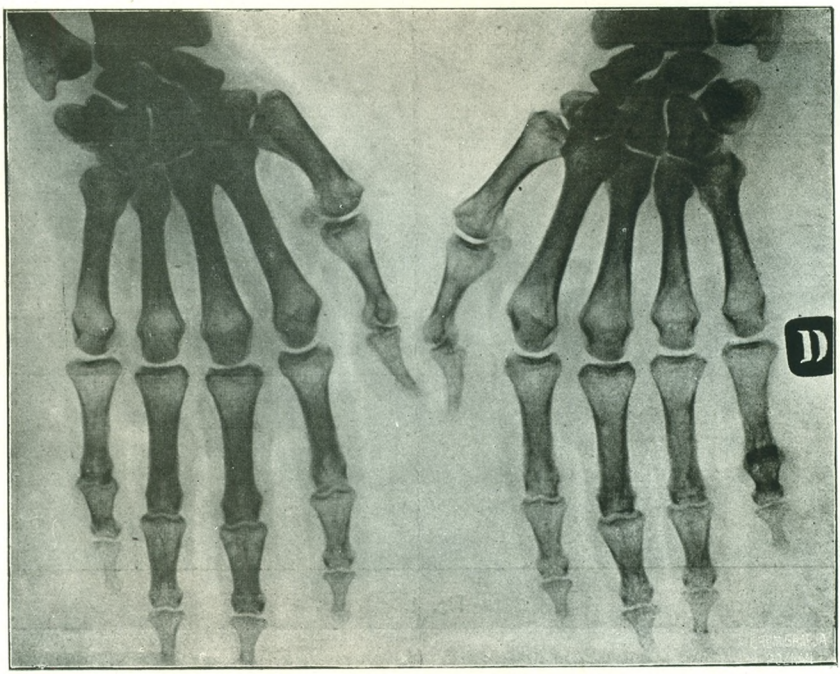


Fig. 6.

tkanek. Faktem jest, że zaburzenia troficzne w kościach i w stawach, w wiądzie rdzenia i w syryngomyelji (i prawdopodobnie we wszystkich chorobach z lokalizacją w tyłach rdzenia) są związane z zaburzeniami czucia.

Badania eksperymentalne Schiffa, Olliera i innych autorów wykazały, że po przecięciu nerwów można otrzymać atrofję kości.

Pozatem klinika demonstruje, że niektórym zachorzeniom systemu nerwowego towarzyszą zaburzenia troficzne kości, manifestujące się łamliwością i spontanicznem łamaniem się kości. Fakty te zostały stwierdzone częściej w wiądzie rdzenia, w syryngomyelji i w porażeniu postępującem.

Właśnie, biorąc pod uwagę lokalizację anatomiczną zmian patologicznych w zachorzeniach wyżej wzmiankowanych przeważnie w okolicach tylnych rdzenia, jako też ze względu na okoliczność, że w bezładzie dziedzicznym występuje podobny obraz anatomiczny, uważamy się za uprawnionych do wyrażenia zdania, że w zachorzeniach rdzenia, w których zmiany chorobowe umiejscowione są przeważnie w sznurach i w rogach tylnych, między innemi objawami chorobowemi uwydatnia się wyraźna dystrofja kości i tkanek rogowatych (skóra, paznokcie), podczas gdy w zachorzeniach rdzenia umiejscowionych przeważnie w rogach przednich, obserwuje się dystrofję mięśni. Atrofja kości obserwowana w „poliomyelitis anterior" jest następstwem niedorozwoju.

Z pewnością teorja zwrotna, podtrzymywana przedewszystkiem przez Marinesca, ma swoją wartość; także w naszym przypadku znaleźliśmy zaburzenia czuciowe. Pozostaje do stwierdzenia kwestja, czy we wszystkich przypadkach, w których spostrzegano dystrofję kości, notowano także zaburzenia czuciowe, mianowicie zaburzenia czucia dotykowego. Ograniczając się do faktów dostarczonych przez zdjęcia radjograficzne i celem jaśniejszego wyświetlenia powodu napotkanych zaburzeń odkładając na później uzupełnienie niniejszego studjum pod względem anatomicznym i histologicznym, uważamy się obecnie za uprawnionych do postawienia następujących wniosków.

1) W chorobie Friedreicha, poza dystrofją innych tkanek, obserwujemy zaburzenia troficzne kości, polegające na zredukowaniu tkanki w całości i na pomniejszeniu objętości kostnej. Dystrofje te występują więcej w kościach stopowych, gdzie stwierdzamy częściej deformacje.

2) Wzmiankowane zaburzenia dystroficzne kości są powodowane chorobą nerwową, a nie inną przyczyną.

3) Charakter tych zmian chorobowych różni się od charakteru zachorzeń powodujących atrofję mięśni i stoi prawdopodobnie w związku ze specjalnem umiejscowieniem zmian anatomicznych.

4) Fakty te pozwalają wypowiedzieć zdanie, które wyrażam z należytą rezerwą, że zachodzi możliwość dla tkanki kostnej istnienia ośrodka troficznego w okolicach tylnych rdzenia.

BIBLIOGRAFIA.

AUSCHER — La maladie de Friedreich, Soc. de Biol. 26 luglio 1890.
AUBERTIN — La maladie de Friedreich, Arch. génér. de méd. 1904 N. 32.
BIANCHI — Malattia di Friedreich, 1883.
BROUSSE — De l'ataxie héréditaire, Th. Montpellier, 1882 N. 37.
BONNUS — Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich. Th. Paris, 1898 N. 282.
BLOCA — Maladie de Friedreich, (in Manuel de Debove e Achard).
CERLETI E PERUSINI — Rivista di Pat. nerv. e ment. 1905 p. 353 (con bibliografia).
CESTAN E SICARD — La maine bote dans la maladie de Friedreich. Revue neurologique 1993 p. 1118.
COMBES — Maladie de Friedreich. Th. Montpellier, 30 luglio 1902.
CRISPOLTI — Malattia di Friedreich in una bambina. Policlinico, Sez. medica, 1909, pagg. 116 e 186.
DEJERINE E THOMAS — Malattia di Friedreich. Trattato delle malattie del midollo spinale, 1911.
DEMOULIN — Thèse de Lille, 1902, N. 68.
GUENOT — Thèse de Lyon, 1904, N. 183.
HUET — Thèse de Paris 1889.
LAIGNEL-LAVASTINE — Revue neurologique 1917 p. 297.
KARPLUS — Friedreich's Krankheit. Jahrbücher f. Psych. etc. Bd. XX. 1901.
MONDIO E. — Annali di Neurologia, anno 38°, fasc. VI, p. 300.
MARIE — Maladie de Friedreich. Trattato di Charcot, ecc. 1894.
MASSALONGO. Policlinico, sez. medica, 1917 p. 229.
MULLER — Annali di Nevrologia Anno 25° fasc. VI p. 483.
OPPENHEIM — Trattato delle malattie nervose.
STRÜMPEL — Patologia speciale medica, 1922.
SOAREZ DE SOUZA — Thèse de Rio Janeiro 1887.
WEBER — Deut. Medizin. Woch. 1901 p. 676.

Clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Palermo
Dir. prof. R. Colella.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE L'ATAXIE HÉRÉDITAIRE

(MALADIE DE FRIEDREICH)

par
LE DOCTEUR GIUSEPPE BONASERA.

L'auteur discute deux cas de l'ataxie héréditaire à propos de déformations des extrémités, surtout des os de la main et du pied, que l'on observe dans la maladie de Friedreich.

Il a étudié les altérations osseuses. Dans son rapport il se propose d'éclaircir les rélations qui existent entre ces phénomènes et les autres troubles trophiques, que l'on rencontre dans la maladie mentionnée.

Les résultats des recherches de l'auteur se présentent dans les conclusions suivantes.

1) Dans la maladie de Friedreich on observe—outre les distrophies rencontrées dans des autres tissus — des altérations trophiques des os, consistant en raréfaction in toto du tissu et en diminution du volume des os. Ces distrophies sont plus accentuées dans les os du pied, où les déformations se montrent plus fréquentes.

2) Les altérations distrophiques osseuses mentionnées sont provoquées par la maladie nerveuse et non par d'autres causes.

3) La nature de ces lésions est différente de celle qui occasionne les atrophies musculaires; probablement elle est en rapport avec la localisation spéciale de la lésion anatomique.

4) Ces faits permettent supposer — non sans la réservation due — pour le tissu osseux l'existence possible d'un centre trophique dans les zones postérieures de la moelle spinale.

STRESZCZENIA I OCENY.

J. Gawroński. — SZKOŁA ODRODZENIA. Poznań 1925, broszura 40 stron druku, z 3 rycinami. Księgarnia Fiszer i Majewski w Poznaniu, E. Wende i Spł. w Warszawie, L. Fiszer w Katowicach i Łodzi.

Praca ta jest wyrazem zapatrywań i metod autora, stosowanych przez niego w ciągu blizko 15 lat w dziedzinie wychowania dzieci psychicznie i nerwowo niedorozwiniętych, dlatego też może ona wzbudzić zainteresowanie psychjatry.

Broszurę można podzielić na dwie części: w pierwszej autor usiłuje dać naukowe uzasadnienie metody, — w drugiej wykłada nam sam system pedagogiczny szkoły w jej praktycznem zastosowaniu. Jest on zbliżony do systemów Montessori („Casa di bambini"), Stanley'a, Hall'a, Dewey'a (Elementary School Dewey'a w Chicago) i Kerschensteiner'a (Szkoła Pracy).

Główną więc właściwością tego rodzaju pedagogji jest podawanie przedmiotu nauczania w sposób zarazem najdostępniejszy i najprzyjemniejszy dla dzieci. Z jednej więc strony usuwa się możliwie wszystkie czynniki, działające na psychizm uczuciowo ujemnie (jak siedzenie w szkole, przestrzeganie ciszy, surowy rygor, groźba represji), z drugiej zaś strony zmierza się ku temu, by każdy przedmiot nauczania był zaopatrzony w dodatni przydźwięk uczuciowy i był jaknajbardziej uzmysławiany. Ztąd swoboda ruchów, pedagogiczne i intelektualne zabawy oraz obrazowe realizowanie wyuczanego. Każdą więc nieomal dziedzinę naukową: geografję, historję, matematykę, astronomję ba, nawet języki obce podaje G. dzieciom w ten sposób. Szkoła taka, to duży park, podzielony na „łożyska", gdzie dzieci, już to budują na ziemi mapę Polski, tworzą żywy zegar, którego wskazówkami są one same; w tenże sposób układają ruchomą tabliczkę mnożenia, odgrywają sceny historyczne i t. d. Prócz tego cały ten mały świat podzielony jest na rodziny, żyje ze sobą życiem społecznem, tworzy instytucje społeczne, współdzielnie, sądy i t. p., przez co wyrabia się u dziecka duch moralności społecznej i przygotowuje się ich do przyszłego życia. W trybie poza godzinami nauczania, zasługuje na podkreślenie m. i. wprowadzenie dziennika pisanego przez wychowańców. Jestto dobry i celowy czynnik, rozwijający krytycyzm i samoanalizę u dziecka.

Wyłożona tu pokrótce metoda wychowawcza, w zastosowaniu do niedorozwiniętych, jest ze wszech miar polecenia godna, gdyż usiłuje podać jak największy zasób wiedzy w sposób dla dzieci dostępny i strawny. Uwaga, ten czynnik psychiczny tak bardzo często upośledzony i niedomagający u większości oligofreników, a tak potrzebny dla sukcesów nauczania, — jest tu przyciągana przez barwność i jaskrawą zmysłowość podawanych wiadomości jak też przez zaopatrzenie ich w dodatni przydźwięk uczuciowy. Ztąd, już teoretycznie musi się wnioskować, że sukcesy nauczania w takiej szkole muszą być zachęcające. Gawroński jednak proponuje wprowadzenie tejże metody nauczania, w całej swej rozciągłości, również i w szkołach normalnych. Niektóre zasady, wyznawane przez autora, dzieli już współczesna pedagogika normalna, niższe zwłaszcza szkoły stosują metodę nauczania w ruchu, na świeżem powietrzu, nauczania możliwie poglądowego, a w każdym sklepie przyborów piśmiennych jest do nabycia mnóstwo różnych zabaw intelektualnych (z geografji, historji i literatury). Wydaje się nam jednak, że należy unikać krańcowości. Tak więc, dziecko zdrowe i rozwijające się nor-

malnie pod względem psychicznym, może i musi już wcześnie uczyć się myślenia abstrakcyjnego, gdyż ostatnie jest niezbędne dla wyższej kultury intelektualnej człowieka. Dla tego też uczeń, winien się w takiem myśleniu ćwiczyć. Metoda G., przystosowana dla niedorozwiniętych, u których siłą rzeczy jest to częstokroć fizycznie nieosiągalne i nieaktualne, oczywiście nie kładzie akcentu na tę dziedzinę pedagogiki.

W uzasadnieniu teoretycznem swej metody autor nie opiera się na właściwościach psychopatologicznych dziecka (jak to w paru słowach uczyniliśmy powyżej), woli natomiast budować nieco, zdaniem naszem, chwiejną konstrukcję biogenetyczną. Wychodząc więc z założenia, że życie jednostki jest powtórzeniem życia gatunku, mówi G.: „Każdy objaw, rodzący się w dziecku, stwierdzony przez wychowawcę drogą obserwacji, staje się dla niego (wychowawcy), na zasadzie tej przedziwnej odpowiedniości nie czemś przypadkowem i nic nie mówiącem, ale odtworzeniem odpowiedniego objawu w gatunku ludzkim, który był w prawieku szczeblem rozwojowym tego gatunku, a więc i u dziecka musi być czemś podobnem dla rozwoju jego istoty, t. j. funkcją rozwojową. Jasno i naturalnie zarysowuje się wobec powyższych rozważań istota i cel wychowania dziecka wogóle. Jest to a) czuwanie nad odtwarzającem się życiem, obserwacja jego objawów— in statu nascendi (metoda genetyczna), b) pomaganie w zużytkowaniu przez samo dziecko wespół z wychowawcą powstających objawów życia jako czynników dalszego rozwoju (metoda funkcjonalna)", G., wychodząc z tego założenia, że przyroda sama winna nam dyktować prawa wychowawcze, domaga się pozostawienia dziecku swobody celem wyrobienia w niem jaknajwiększej samodzielności. Mamy nadzieję, że autor przez to nie myśli jednak o pielęgnowaniu atawizmów i różnych zboczeń psychicznych swoich wychowańców i pamięta, że *ontogenetyczny rozwój jest odtworzeniem postępu ludzkości, jest jego funkcją, każde więc pokolenie, jeśli postępuje, winno wyprzedzać ontogenezę, nie zaś na niej się wzorować.*

Pomijając niektóre drobne formalne i rzeczowe usterki (nieścisła terminologja własna, niezupełne pokrywanie się postulatów teoretycznych ze stosowaną praktyką oraz inne), naogół stwierdzić należy, że praca, zwłaszcza w części wykładającej tak ciekawe i godne naśladowania pomysły autora, realizujące system szkoły poglądowo-ruchowej, zasługuje na bliższe zainteresowanie się nią. Korzystną stroną broszury jest również dobra polszczyzna i indywidualny styl. To też ubolewać tylko należy, że autor, dla poparcia swych tez, dopuścił się w kilku miejscach zacytowania w tekście opinji i listów rodziców swoich elewów (a raz nawet samego wychowańca), listów, skądinąd chwalebnych, ale zawsze niefachowych, co wraz z nadaniem szkole, przesądzającej rzecz, nazwy, może wywołać na czytelniku, niewątpliwie wbrew intencjom autora, wrażenie prospektu. Źle się więc przysłużył też autorowi wydawca, drukując i tak już obiecujący. tytuł, jaskrawemi czcionkami.

O. BIELAWSKI.

R. Benon. — PATHOLOGIE MENTALE ET RAPPORTS MÉDICO—LÉGAUX (Gaz. des Hop. 1826 Nr. 12).

Autor traktuje o formie i treści wzorowego orzeczenia sądowo-lekarskiego i podkreśla punkty, które szczególnie zasługują na uwzględnienie. Według jego postulatów orzeczenie winno być pisane jasno, szczegółowo, winno zawierać ścisłą diagnozę i wnioski; ekspert nie powinien używać mętnej terminologji i zawiłych dowodzeń. Jedynie fakty psychiczne powinny przemawiać przez się i świadczyć o chorobie psychicznej i nieodpowiedzialności chorego albo o jego zdrowiu psychicznem i odpowiedzialności wzgl. o odpowiedzialności zmniejszonej wskutek osobliwych anomalji.

W orzeczeniu sądowo-lekarskiem należy: 1) przedstawić w sposób ścisły sprawę, która jest przedmiotem oskarżenia, 2) podać motywy, powodujące badanie psychjatryczne

podsądnego, 3) opisać dokładnie stan psychiczny w chwili badania, 4) określić stan psychiczny w czasie popełnienia przestępstwa, 5) przedstawić historję choroby, o ile stwierdzono zaburzenia psychiczne i uznano je za właściwe i 6) wywiady, dotyczące okresu poprzedzającego chorobę, 7) ustalić diagnozę, 8) w końcu dołączyć rozważania sądowo-lekarskie i 9) wnioski.

W dalszym ciągu swojej publikacji autor zwraca uwagę na dwa szczegóły, mianowicie: stwierdzenie zaburzeń psychicznych i ich rozpoznanie; rozróżnia przytem trzy ewentualności: 1) zaburzenia psychiczne istnieją u podsądnego w chwili badania i istniały w czasie popełnienia czynu karalnego; 2) podczas badania nie stwierdzono zaburzeń psychicznych, które jednak istniały w chwili popełnienia przestępstwa; 3) niema i nie było zaburzeń psychicznych.

Do punktu pierwszego autor dołącza następujący komentarz. Zaburzenia psychiczne w momencie badania przestępcy i istnienie choroby psychicznej w chwili popełnienia czynu karalnego stwierdza się rzadko (według obliczeń autora w 5—10% przypadków zbadanych). O ile stwierdzono w chwili badania zaburzenia psychiczne i ustalono istnienie zachorzenia psychicznego w czasie krytycznym, należy badanego uznać za nieodpowiedzialnego i umieścić w zamkniętnym zakładzie psychjatrycznym.

W drugim punkcie autor zaznacza, że istnienie zaburzeń psychicznych w samej chwili popełnienia czynu karalnego stwierdza się jeszcze rzadziej (według obliczeń autora w 2% przypadków zbadanych).

Można wykazać np., że u badanego istniały w czasie popełnienia czynu karalnego objawy chorobowe, jak halucynacje i urojenia (np. w alkoholiźmie chronicznym), których nie stwierdzono podczas badania; wtedy biegły z konieczności wnioskuje, że podsądny w czasie dokonania czynu karalnego był niepoczytalny. Jeżeli takiego osobnika umieści się w zakładzie psychjatrycznym, to rodzina jego będzie domagała się zwolnienia go z zakładu. Chory nie powinien pozostawać dłużej w zakładzie, albowiem pod względem praktycznym jest on wyleczony z ostrej psychozy.

Epilepsia larvata, która występuje rzadko i nieomal błyskawicznie, o której istnieniu z tej racji nieraz się powątpiewa, wymaga więcej jeszcze powściągliwości w rozpoznawaniu, niż epizody psychotyczne alkoholowe.

W trzecim punkcie autor zwraca uwagę na takich podsądnych, którzy nie cierpią na zaburzenia psychiczne i którzy nie znajdowali się w stanie zachorzenia psychicznago podczas dokonania czynów karalnych, którzy jednakowoż wykazują pewne anomalje psychiczne, jakie znajdujemy np. u debilów, u ekstrawagantów, u impulsywnych, u osób perwersyjnych. Takich osobników nie należy uważać za nieodpowiedzialnych i nie należy ich umieszczać w zakładach psychjatrycznych. Jeżeli nasuwa się pytanie o odpotwiedzialności zmniejszonej, to można w tym przedmiocie dać odpowiedź twierdzącą ylko z punktu widzenia naukowego, lecz nie z punktu widzenia praktycznego i moralnego.

W końcu auror wymaga, aby już w dochodzeniach wstępnych, przeprowadzanych przez władze policyjne uwzględniać także stronę psychiczną przestępcy. Mianowicie należałoby opisać jego stan psychiczny przed popełnieniem czynu karalnego, stwierdzając zmiany charakteru i osobliwe objawy nerwowe, dać ocenę jego sprawności zawodowej, uwzględnić ewentualne skłonności do wybryków, do symulowania, wziąć pod uwagę kwestję dziedziczności itp. Także pośrednie obserwowanie sprawcy może być pożyteczne dla ekspertyzy sądowo-lekarskiej.

AL. PIOTROWSKI.

M. Briand i M. Brissot. — INTERVALLES LUCIDES ET CAPACITÉ JURIDIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS. (Annales Médico — Psychologiques Nr. 4. Avril 1925).

Lucida intervalla w chorobach psychicznych od bardzo dawna stanowią przedmiot zainteresowania w świecie prawniczym. Już kodeks Justyniana, określający sto-

sunek prawa do psychicznie chorych, uwzględnia również stany oprzytomnienia; w dziełach prawniczych średnich wieków niejednokrotnie spotykamy wzmianki o tym przedmiocie. Dawne prawodawstwo francuskie opierało się na poglądach i opinjach prawników średniowiecza.

Kodeks Napoleona nie uwzględnia w chorobach psychicznych okresów „lucida intervalla" jako takich, a przewiduje iedynie stałą niepoczytalność prawną oraz ciągłość kurateli.

Régis rozróżnia trzy rodzaje „lucida intervalla", a mianowicie:

1) poprawa w stanie chorobowym, polegająca na mniej lub więcej znacznem osłabieniu objawów patologicznych,

2) chwila oprzytomnienia, czyli zupełne, atoli krótkotrwałe ustąpienie objawów chorobowych,

3) intermisja, czyli powrót do zupełnego stanu normalnego na pewien okres czasu między jednym a drugim atakiem choroby.

Régis zarzuca współczesnemu prawodawstwu ignorowanie poszczególnych stanów „lucida intervalla" w przypadkach, gdy cierpienie psychiczne pociąga za sobą potrzebę ubezwłasnowolnienia chorego.

Autorzy, polemizując z powyższym zarzutem Régis'a, wyrażają przedewszystkiem powątpiewanie, czy można mieć absolutną pewność, że krótszy lub dłuższy okres sprawności umysłowej daje gwarancję rzeczywistego powrotu danego pacjenta do stanu normalnego. Czy bezwzględna swoboda, którą odzyskuje, nie może stać się niebezpieczną dla niego, szczególnie ze względu na sprawy majątkowe.

Régis cytuje prawodawstwo austryjackie, które uznaje zasadę stanu „intervallum lucidum". Autorzy godzą się na ten pogląd pod warunkiem, że istnienie stanu wzmiankowanego w chwili czynu jest dokładnie stwierdzone, podobnie jak to bywa w Prusach, gdzie przyjmuje się odpowiedzialność cywilną w okresie „intervallum lucidum", o ile pacjent nie jest ubezwłasnowolniony i o ile „intervallum lucidum" zostało ustalone przy współudziale lekarza przez sąd.

Referenci podzielają zapatrywanie Krafft-Ebinga, który twierdzi, że okresy zdrowia w psychozie perjodycznej (powrotnej) nie zawsze są zupełnie wyraźne, albo są bardzo rzadkie i dla tego nie zaleca przypisywać tym stanom zbyt wielkiego znaczenia.

Współczesne prawo cywilne uznaje ważność aktów, dokonanych w okresach „lucidum intervallum", pod warunkiem, że akty te nie posiadają cech choroby umysłowej oraz, że kontrahent nie znajduje się pod kuratelą lub w trakcie ustanawiania nad nim opieki.

Z punktu widzenia prawnego nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi do okresów oprzytomnienia, szczególnie w przypadkach osłabienia władz umysłowych. Według J. Falreta, remisja jest kwestją stopnia chorobowego, ma ona tylko wtedy znaczenie, gdy jest silnie zaakcentowana i trwała, gdy pacjent korzysta ze swobody stosownie do swoich zdolności i gdy niema podejrzenia, że będzie umieszczonym w zakładzie.

Wielu autorów kwestjonuje istnienie okresów bezwzględnego oprzytomnienia w chorobach przewlekłych. Można je stwierdzić tylko w wyjątkowych przypadkach zachorzeń. Régis zanotował kilka przypadków „intervallum lucidum" w demencji, w momentach przedśmiertnych.

Reasumując przytoczone wywody, autorzy zastanawiają się nad prawną ważnością aktów psychicznych, dokonanych przez osobnika, znajdującego się w okresie remisji i dochodzą do wniosku, że koniecznem jest poddawanie analizie jego czynów, czy nie mają one charakteru chorobowego.

W konkluzji referenci zaznaczają, że w przypadkach osłabienia intellektu, tylko bardzo rzadko następuje powrót do stanu normalnego. Zdaniem ich, osłabienie władz

umysłowych nie ulega przerwie, przeciwnie często postępuje, sporadyczne zaś okresy, w których mózg zdaje się normalnie funkcjonować, nie zasługują na miano „lucidum intervallum". H. WĘYCHERT.

E. C. Łokszina. — FUNKCIONALNOJE RASSTROJSTWO PIECZENI U DUSZEWNO - BOLNYCH. — Zaburzenia czynnościowe wątroby u psychicznie chorych. (Mediko-biołogiczeskij Żurnał. Wypusk 3. 1925).

Wychodząc z założenia, że wątroba stanowi niejako tamę dla czynników trujących w ustroju, przeprowadza ref-tka, w celu wyświetlenia roli wątroby w poszczególnych zachorzeniach psychicznych, — szereg badań laboratoryjnych i klinicznych, jak oto: próba hemoklastyczna Widal'a, próba Widal'a z adrenaliną i pilokarpiną, oznaczenie urobiliny i urobilogenu, próba z morfiną (Bertrane'a) i inne — wreszcie badanie dokładne układu roślinnego według Eppinger'a i Gess'a. Ogółem dokonano 1069 badań u 150 psychicznie chorych. Chorych podzielono w tym celu według rozpoznań i momentów anamnestycznych na dwie grupy. Pierwsza grupa badanych odpowiada rozlicznym psychozom powstałym w następstwie intoksykacji (przeważnie alkoholowej), oraz zachorzeniom z alkoholową anamnezą, w grupie drugiej skupione są przypadki, gdzie anamneza alkoholowa była wykluczona.

Interesujące wyniki badań wypadły w stanach poencefalitycznych i w schizofrenji. U 57% wszystkich badanych schizofreników próba hemoklastyczna Widal'a wypadła dodatnio. „Widal" był często dodatni, zwłaszcza w formach katatonicznych i hebefrenicznych. Na 10 badanych poencefalityków — 8 dało również wynik Widal'a dodatni.

W rezultacie szeregu wyszczególnionych powyżej badań i doświadczeń, konkluduje m. inn. ref-tka, że wyniki badań dotyczące schizofrenji i stanów poencefalitycznych wskazują na porażenie tu i tam jąder podstawowych mózgu, w których umiejscowione są roślinne ośrodki regulujące czynności wątroby. Analogja istnieje także i w obrazie klinicznym tych zachorzeń. Widocznie zaburzenia procesów biochemicznych przebiegają tu w jednym kierunku.

Ostateczne wnioski ref-tki brzmią:

1) Przy bredzeniu drżennem i alkoholizmie chronicznym jak również morfiniźmie, stwierdza się zaburzenia w czynnośei wątroby. Można im przypisywać rolę pierwotną w zachorzeniu.

2) Choroby psychiczne, połączone z intoksykacją alkoholową, niezależnie od charakteru samego zachorzenia, wykazują zaburzenia w czynności wątroby.

3) Stany poencefalityczne dały w 8 przypadkach na 10, zaburzenia w czynności wątroby.

4) Schizofrenja dała w 57% przypadków zaburzenie czynności wątroby. Należy tu przypuszczać, że pierwotnem jest zachorzenie ośrodków układu nerwowego, zachorzenie zaś wątroby jest objawem wtórnym. Dane te są nader ważne, gdyż zbliżają one nas do częściowego rozwiązania zagadnienia istoty i lokalizacji procesów schizofrenji i związku zachorzenia z jądrami podkorowemi mózgu.

5) Wątroba w większości przypadków zostaje wciągnięta w proces chorobowy nie częściowo, lecz we wszystkich swych funkcjach i będąc niejako sprzężona w czynnościach swoich z sąsiedniemi organami, powoduje także rozstrój w funkcji tych ostatnich.

6) Mimo możliwości, iż wątroba w jednych przypadkach jest porażona pierwotnie, a w drugich wtórnie, — dopuszczalna jest także ewentualność 3-cia, mianowicie — działanie jednoczesne czynników szkodliwych — na układ nerwowy, jak też na wątrobę.

7) Z okoliczności ścisłego związku czynności układu nerwowego z funkcją wątroby można wnioskować, iż obok zaburzeń wątroby powstają jednocześnie zmiany w ośrodkach roślinnych, w drogach wzgl. w łuku odruchowym. O. BIELAWSKI.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny

DZIEKANKA

Sprawozdanie za ROK 1925.

ZESTAWIŁ DYR. DR. MED. DR. PHIL. AL. PIOTROWSKI.

I. OGÓLNE.

W roku 1925 Zakład mieścił się we własnych gmachach, położonych w Dziekance, poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiadał urządzenia dla ca 900 chorych.

Na początku roku znajdowało się w Zakładzie 576, w końcu roku 881 chorych.

W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie 20 chorych, 10 mężczyzn i 10 kobiet.

W ciągu roku sprawozdawczego leczonych było 1079 pacjentów.

W ciągu ostatniego 10-lecia ilość chorych w Zakładzie wyrażała się w przeciętnych dziennych:

1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
703	681	558	518	445	468	585	577	574	582	694

Zakład obejmował następujące oddziały:

a) pensjonaty dla pacjentów I i II klasy,
b) oddziały obserwacyjne,
c) „ dla chorych niespokojnych,
d) oddziały otwarte,
e) lazaret,
f) pawilony dla zakaźnych,

Wizytacje: Wizytacji Zakładu w ciągu roku sprawozdawczego dokonał p. Starosta Krajowy Begale w towarzystwie Wyższego Radcy Krajowego Huberta, Wyższego Radcy Krajowego Hahna, oraz 3 członków Wydziału Krajowego (1×).

Rewizje: W roku sprawozdawczym dokonali rewizyj Zakładu: wyższy radca krajowy Hahn (1×) i wyższy radca rachunkowości Giernat (1×), w sprawach osobowych odwiedził Zakład Wyższy Radca Krajowy Grabowski (1×).

Personalja: W dniu 30.9.25. opuścił Zakład lekarz ordynator Dr. Siemionkin. Z dniem 15.XII.25. przeniesiono prymarjusza tutejszego Zakładu Dr. Reimanna do Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Kościanie, a miejsce jego w tutejszym Zakładzie objął z dniem 16.XII.25 Dr. Juljan Gawroński. Dnia 31.XII.25. wstąpił do Zakładu jako lekarz asystent Dr. Kazimierz Sągin.

Zmiana personału pielęgniarskiego pomocniczego i posługującego wynosiła w stosunku do stanu z 31.XII 24 = 3% dla męskiego, 28% dla żeńskiego.

Na czele Zakładu stał dyrektor Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski. Służbę lekarską pełnili: lekarz prymarjusz Dr. Bielawski, lekarz prymarjusz Dr. Reimann, później lekarz prymarjusz Dr. Gawroński, lekarz ordynator Dr. Siemionkin, jako famulus stud. med. Berezowski. W czasie wakacji uniwersyteckich Zakład dał gościnę 5 studentom medycyny z Poznania (2) i z Krakowa (3).

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 osobliwemi psychopatologicznemi przejawami. Przy tej sposobności bywały rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, orzeczenia sądowo-psychjatryczne itp.

Na posiedzeniach klinicznych i naukowych ze współudziałem gości z Gniezna omawiano aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem i rozpatrywano ciekawsze przypadki psychjatryczne i neurologiczne.

Bibljotekę lekarską skompletowano 44 książkami i abonowano następujące czasopisma lekarskie, częściowo drogą wymiany.

1) Polska Gazeta Lekarska.
2) Nowiny Lekarskie,
3) Warszawskie Czasopismo Lekarskie,
4) Medycyna Doświadczalna i Społeczna,
5) Biologja Lekarska,
6) Zdrowie,
7) Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego,
8) Gruźlica, Organ Związku Przeciwgruźliczego,
9) Archiwum Hygjeny,
10) Szkoła Specjalna,
11) Wychowanie fizyczne,
12) Neurologja Polska,
13) Roczniki Towarzystwa Naukowego w Toruniu,
14) Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie,
15) Wykłady lekarskie,
16) La Presse Médicale,
17) Revue Neurologique,
18) Annales Médico - Psychologiques,
19) L'Encéphale,
20) Gazette des Hopitaux,
21) L'Hygiène Mentale,
22) La Prophylaxie Mentale,
23) Archives Franco-Belges de Chirurgie,
24) Il Pisani, Giornale di Patologia Nervosa e Mentale,
25) Rivista di Patologia Nervosa e Mentale,
26) Folia Neuropathologica Estoniana,
27) Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
28) Nowiny Psychjatryczne,
29) Rocznik Psychjatryczny.

Jak w latach ubiegłych, tak i w roku 1925 głównym tematem badań i dyskusji był przedmiot rozgraniczenia schizofrenji, wysunięty przed 5 laty przez Dyr. Piotrowskiego.

W r. 1925 były referowane wzgl. ogłoszone, przeważnie w Nowinach Psychjatrycznych, następujące prace z Dziekanki:

I. Dyr. Al. Piotrowski drukował:

1) Sprawozdanie o 30 letniej działalności Krajowego Zakładu Psychjatr. Dziekanka, Now. Psychj. 1925. I.

2) Lecznictwo Psychjatryczne w Dziekance, Now. Psychjatr. 1925. I.

3) Trzy przypadki napadowej zwrotnej nieruchomości źrenic spowodowanej ciężkim urazem głowy, Now. Psychjatr. 1925 I.

4) Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji, Now. Psychjatr. 1925. III.

5) § 53 ustęp 3 N. U. K., Now. Psychjatr. 1925. III.

6) Spostrzeżenia psychjatryczne zagranicą, Now. Psychjatr. 1925. IV.

Tłomaczył z włoskiego prace przesłane dla Nowin Psychjatr.:

7) Alkoholizm a choroby psychiczne we Włoszech, nap. prof. P. Amaldi, Now. Psychjatr. 1925. II.

8) Gruźlica a zachorzenia psychiczne, nap. Dr. G. Bonasera, Now. Psychratr. 1925. II

Pozatem wygłosił szereg referatów klinicznych na posiedzeniach naukowych w Dziekance i umieścił kilka streszczeń w Nowinach Psychjatr. 1925.

Na zaproszenie Ligi Antyalkoholowej Dyr. Piotrowski wygłosił dnia 7.12.25 w Poznaniu referat na temat: „Wpływ alkoholu na umysł, wolę i życie moralne człowieka".

II. Prymarjusz O. Bielawski drukował:

1) Zespół objawów prążkowo-wzgórzowych, Now. Psychjatr. 1925. I.

2) Głos psychjatry w niektórych przypadkach zastosowania przepisu o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznych czynu, Now. Psychjatr. 1925.III.

3) „Schizofrenja", Now. Psychjatr. 1925.IV.

Pozatem tłomaczył z francuskiego:

Badania nad patogenezą zespołu ekstrapiramidowego, amencji i otępienia wczesnego, nap. V. M. Buscaino, Now. Psychjatr. 1925.II., wygłosił szereg referatów klinicznych na posiedzeniach naukowych w Dziekance, umieścił kilka streszczeń w Now. Psychjatrycznych 1925 i reprezentował Dziekankę jako delegat na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Warszawie 12—16 VII.25 i jako przedstawiciel Redakcji Nowin Psychjatrycznych na 50 l. Jubileuszu Tow. Nauk. w Toruniu dnia 17.12.1925; Dr. Bielawski jest równocześnie lekarzem więziennym przy Sądzie Okręgowym w Gnieźnie.

III. Ordynator M. Siemionkin drukował pracę:

O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego, Now. Psychjatr. 1925.II. (po francusku w Revue Neurologique, w zeszycie poświęconym pamięci Charcota).

Pozatem umieścił streszczenie w Now. Psychjatr. 1925.

IV. F. Berezowski drukował:

Próby leczenia niektórych procesów extrapiramidowych przez stosowanie As+Hg+J, Now. Psychjatr. 1925 IV.

Pozatem wygłosił na posiedzeniu klinicznem w Dziekance referat na temat: Kilka ciekawych uwag o osobowości psychopatologicznej zebranych z piśmiennictwa nowszego.

Rendantem (poborcą) zakładowym był do 30.6.1925 p. Wytrzyszczak, od 1.7.25 p. Kaczmarek, inspektorem Zakładu był p. Cabański, sekretarzem p Domagalski.

Duszpasterstwo sprawowali ks. dziekan Zabłocki do 31.10.1925, od 1.11.1925 ks. proboszcz Chilomer, pastor Heyse i rabin Dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały się w kaplicy zakładowej: dla katolików na ogół co 2 tygodnie, a w ostatnim kwartale co tydzień, dla ewangielików co 2 tygodnie, w sali wykładowej: dla żydów raz na miesiąc. Pacjenci katolicy przystępowali do Sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Zakład liczył w roku 1925 urzędników i funkcjonarjuszy:

etatowych					klasyfikowanych						kontraktowych					pobocznych		
lekarzy	urzędników administr.	rzemieśln.	pielęgniarzy	służący	lekarzy	urzędników administr.	pomocn. biurowych	rzemieśln.	pielęgniarzy	służby	famulns	pomocn. biurowych	rzemieśln.	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organistów	razem
2	3	4	23	2	1	—	2	2	8	4	1	2	4	75	12	3	2	150

Ogółem zatrudniał Zakład urzędników etatowych, klasyfikowanych, kontraktowych 145, wyłącznie urzędników pobocznych i służby folwarcznej. W ostatniem 10-cio leciu liczba tego personału wahała się znacznie:

1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
155	154	143	136	133	123	127	113	126	129	145

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 11. Dnia 1.X.25 było w Zakładzie Dziekanka zatrudnionego personału ogółem (lekarze, urzędnicy, służba, pielęgniarze) 142 na 839 pacj., t. z., że ogólny stosunek ilościowy personału do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 6, (w innych zakładach stosunek ten przedstawiał się jak 1 : 5, 1 : 4, jak 1 : 3.)

Pacjenci. W roku 1925 przypadało w Dziekance na jednego lekarza (incl. dyrectora) 250 : 300 chorych. Mimo to stan zdrowotny na oddziałach był naogół zupełnie zadawalniający, jak wykazują załączone statystyki; śmiertelność obniżyła się do 4,26%. Otwartej gruźlicy było tylko 12 przypadków. Śmiertelność na gruźlicę wynosiła 21%.

W celach terapeutycznych było zajętych 90,4% do 96,5% pacjentów rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, w parkach, w pawilonach, w warsztatach, robótkami ręcznemi.

Na dzienną rację jednego pacjenta składało się przeciętnie:

	chleba gr.	bułek gr.	mięsa gr.	tłuszczu gr.	mleka ltr.	jarzyny gr.	krupów gr.	ziemniaków gr.	mąki gr.	kawy gr.	cukru gr.	herbaty gr.	jajka sztuk	owocu gr.	śmietany gr.
I. kl.	230	200	385	105	0,3	250	225	750	100	30	80	4	$1^1/_2$	150	50
II. kl.	430	—	350	80	0,2	200	200	750	50	30	65	4	1	150	50
III. kl.	500	—	75	30,5	0,2	250	78	785	37	30	30	(2)	—	—	—

Opłata za pacjentów klasowych wynosiła w kl. I. od 5—7 zł, w kl. II. 3,50 zł, w kl. III. 2,50 zł dziennie. Pacjenci z poza Województwa Poznańskiego dopłacali 30%.

Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta wynosiła 1,75 zł, a faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

w miesiącu	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
złotych	2,27	3,50	2,24	5,68[1]	2,31	3,24	2,23	2,26	1,89	1,90	1,90	2,75

Wolnych miejsc było w roku 1925 = 3, jedno całkowite, jedno = $^3/_4$ i jedno = $^1/_3$.

W roku sprawozdawczym odbyło się dla pacjentów 26 zabaw, mianowicie 11 przedstawień teatralnych, połączonych z tańcami, 5 przedstawień kinematograficznych, jedno przedstawienie magiczne, 8 zabaw tanecznych, a w sezonie latowym koncertowały wieczorami orkiestry wojskowe 69 pp. i 17 pap. przy oświetleniu ogrodów lampionami.

[1]) Nierównomierność kosztów całkowitego utrzymania pacjentów tłómaczy się tem, że wskutek większych inwestycji i zakupów w danym miesiącu, koszty utrzymania wzrosły.

Latem grywali pacjenci w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki powozami i koleją w bliższe i dalsze okolice Gniezna.

Pozatem urządzono w dniach od 30.VIII.—1.IX.1925 r. na ulepszonym i uzupełnionym w przyrządy placu tenisowym konkurs tenisowy dla pacjentów i gości. I. nagrodę (zegar) otrzymał pacjent W., II. nagrodę w postaci garnituru na biurko przyznano pacjent. P., III. nagrodę (papierosy) otrzymał gość p. K.

Na przedstawienia teatralne, na odczyty, na widowiska w Gnieźnie posyłano pacjentów spokojnych; za ubogich wstępne opłacał Zakład.

Kursy pielęgniarstwa: W zimowym semestrze odbywały się teoretyczne kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Program nauki obejmował anatomję i fizjologję człowieka, higjenę i pielęgnowanie chorych, w szczególności pielęgnowanie psychicznie chorych, prawa i obowiązki pielęgniarzy. Na kursy wspomniane uczęszczał personał nowo przyjęty.

Część praktyczna kursu odbyła się latem.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia — zatwierdziło kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance.

II. DZIAŁ STATYSTYCZNY.

STAN ILOŚCIOWY CHORYCH

	mężcz.	kobiet	razem
W dniu 31.XII.24 . . . . =	297	279	576
Przybyło w roku 1925 . . . . =	261	242	503
Razem	558	521	1079

Ubyło w ciągu roku 1925

	mężcz.	kobiet	razem			
1) Urlop. i ostat. zwolnion.	88	56	144			
2) Zmarło	21	26	47			
3) Oddaliło się[1]) . . .	3	4	7	112	86	198
Pozostało w dniu 31.XII.1925 r. . . .				446	435	881

Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła 694 (582 chorych w roku 1924), w ostatniem półroczu natomiast 880.

STAN CHORYCH WEDŁUG WYZNANIA.

	rz. katol.		gr. katol.		protest.		żydów		ogółem		
	m.	k.	m.	k.	m	k.	m.	k.	m.	k.	razem
W dniu 31.12.24	206	185	—	—	71	71	20	23	297	279	576
przybyło	188	164	32	39	13	10	28	29	261	242	503
razem	394	349	32	39	84	81	48	52	558	521	1079
ubyło	99	67	1	2	9	10	3	7	112	86	198
pozost. 31.12.25	295	282	31	37	75	71	45	45	446	435	881

[1]) Rejestruje się pacjentów, którzy oddalili się z oddziałów zamkniętych, na których jest ścisły dozór. Nie uwzględnia się pacjentów mających swobodę ruchów, którzy się oddalili i wrócili.

ZAWÓD PACJENTÓW.

A. Mężczyźni.	Stan 31.12.24	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało 31.12.25
Ziemianie	4	2	2	4
Gospodarze	21	32	16	37
Przemysłowcy i rzemieślnicy	45	58	24	79
Kupcy	8	18	5	21
Uczeni	5	15	4	16
Nauczyciele	3	6	—	9
Uczniowie	5	11	2	14
Urzędnicy i wojskowi	22	23	10	35
Robotnicy	113	66	38	141
Handlowcy, kelnerzy	3	9	5	7
Bez zawodu	68	21	6	83
	297	261	112	446

B. Kobiety.	Stan 31.12.24	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostaje 31.12.25
a) bez zawodu.				
żony, córki z inteligencji	16	15	10	21
„ „ średniego stanu, małorolni	75	46	18	103
„ „ ze stanu robotniczego	55	67	23	99
b) ze stanu zarobkującego.				
Nauczycielki i bony	8	9	3	14
Krawcowe, modniarki	9	11	2	18
Książkowe, sprzedawaczki, przekupki	6	7	4	9
Gospodynie, kucharki, towarzyszki	5	8	2	11
Siostry, akuszerki, pielęgniarki	—	3	—	3
Służące, robotnice	105	76	24	157
	279	242	86	435

WIEK PACJENTÓW.

do lat 20	15	mężczyzn	12	kobiet
20 — 30	91	„	79	„
30 — 40	83	„	68	„
40 — 50	39	„	37	„
50 — 60	27	„	31	„
60 — 70	5	„	9	„
70 — 80	—	„	3	„
80 — 90	—	„	1	„
Niewiadomy	1	„	2	„
	261	mężczyzn	242	kobiety

razem 503

STAN RODZINNY.

samotni . . .	159	mężczyzn	119	kobiet
stanu małżeńskiego .	97	„	92	„
wdowcy i wdowy .	3	„	28	„
w rozwodzie . .	1	„	2	„
w separacji . .	1	„	—	„
niewiadomo . .	—	„	1	„
	261	mężczyzn	242	kobiety
	razem 503			

PO RAZ KTÓRY W ZAKŁADZIE.

poraz 1	191	mężczyzn	189	kobiet
2	39	„	38	„
3	19	„	12	„
4	6	„	2	„
5 i więcej	6	„	1	„
	261	mężczyzn	242	kobiety
	razem 503			

JAK DŁUGO CHOROWAŁ PACJENT PRZED PRZYJĘCIEM DO ZAKŁADU:

	mężcz.	kobiet	razem
Do 1 miesiąca . . .	34	29	63
„ 2 „ . . .	13	8	21
„ 3 „ . . .	7	5	12
„ 4 „ . . .	3	4	7
„ 5 „ . . .	9	8	17
„ 6 „ . . .	8	9	17
„ 1 roku . . .	40	36	76
„ 2 lat . . .	37	31	68
„ 3 „ . . .	25	19	44
„ 5 „ . . .	32	18	50
„ 10 „ . . .	23	37	60
ponad 10 „ . . .	17	26	43
od dzieciństwa . . .	13	12	25
	261	242	503

DZIEDZICZNOŚĆ stwierdzono w roku 1925 u 21,5% nowoprzyjętych.

KLASA WYŻYWIENIA	I. klasa		II. klasa		III. klasa		wolne miejsca 1/1		3/4		1/2		razem mężczyzn	razem kobiet	razem ogółem
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.			
Stan w dniu 31.XII.1924	7	15	16	21	273	241	1	—	—	1	—	1	297	279	576
Przybyło															
a) przyjęto nowych pacjentów	7	13	18	16	236	213	—	—	—	—	—	—	261	242	503
b) przejęto z innych klas	—	—	4	7	5	7	—	—	—	—	—	—	9	14	23
razem	14	28	38	44	514	461	1	—	—	1	—	1	567	535	1102
Ubyło															
a) zwolniono	6	10	13	13	93	63	—	—	—	—	—	—	112	86	198
b) przeniesiono do innych klas	1	5	1	5	7	4	—	—	—	—	—	—	9	14	23
razem	7	15	14	18	100	67	—	—	—	—	—	—	121	100	221
pozostało 31.XII.1925.	7	13	24	26	414	394	1	—	—	1	—	1	446	435	881

W OPIECE RODZINNEJ.

znajdowało się stale = 20 chorych, 10 m. + 10 k.

POD OBSERWACJĄ SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNĄ

w sprawach karnych było 8 mężczyzn i 1 kobieta.

ZWOLNIONO Z ZAKŁADU.

do lat	do miesięcy	wyleczonych m.	wyleczonych k.	w stanie polepsz. m.	w stanie polepsz. k.	bez zmiany m.	bez zmiany k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
—	1	5	1	1	.	5	1	1	6	12	8
—	2	2	3	2	3	8	4	1	3	13	13
—	3	3	2	6	7	2	4	4	.	15	13
—	6	9	5	9	6	5	1	2	4	25	16
—	12	3	2	10	7	3	4	4	1	20	14
2	—	5	2	4	3	2	3	3	6	14	14
5	—	.	1	3	1	1	.	2	2	6	4
10	—	.	.	.	.	.	.	.	2	.	2
15	—	.	.	1	.	1	.	2	.	4	.
ponad 15	—	.	.	.	.	1	.	2	2	3	2
	razem	27	16	36	27	28	17	21	26	112	86

Przewieziono do innych zakładów 2 mężczyzn.

DIAGNOZA u pacjentów nowoprzyjętych:

	m.	k.
dementia paral.	27	—
tabo-paralysis	1	—
lues cerebri	6	—
dementia senilis	3	15
psych. arteriosclerotica	4	10
morbi organici	5	—
oligophrenia debilitas	—	8
oligophrenia imbecillitas	32	18
oligophrenia idiotia	13	7
epilepsia	37	18
encephal. chron.	3	—
encephal. letharg.	9	—
parkinsonismus	6	—
amentia	5	8
psychosis infectiosa	—	2
do przeniesienia	151	86

	m.	k.
z przeniesienia	151	86
psychosis puerperalis	—	4
psych. intoxic.	4	—
alcoholismus	13	—
schizophrenia	16	45
katatonia	16	8
psychopathia	11	11
psych. react.	6	17
paranoia	1	2
paraphrenia	15	4
psych. maniac. depr.	22	60
hysteria	2	3
neurasthenia	3	1
sine psychosi	1	1
	261	242
	503	

(DODATEK)

Stan nowoprzyjętych chorych na oddziałach męskich z roku 1925
WEDŁUG KONCEPCJI DR-A BIELAWSKIEGO.

Oligophrenia	a) debilitas	7
	b) imbecillitas	25
	c) idiotia	13
Constitutio psychopathica	a) degeneratio hysterica	2
	b) „ epileptica	9
	c) forma schizoides	1
	d) forma syntonica	2
	e) (psychosis circularis) — Wahnbildung der Degenerierten — — folie circulaire chez les dégénérés (Magnan)	1
	f) alia	10
Psychosis reactiva	a) paranoia	1
	b) (psychosis catatonoides) — katatonoid psychorodny (Bielawski)	1
	c) psychosis traumatica	4
	d) alia	1
Psychosis ex involutione	a) dementia senilis	3
	b) arteriosclerosis	4
Psychosis intoxicativa	a) alcoholismus	13
	b) alia	4
Psychosis luetica	a) lues cerebri	5
	b) lues basis cerebri	1
	c) paralysis progressiva	27
	d) tabo-paralysis	1
Encephalitis (corticalis)	a) encephalitis chronica	1
	b) dementia postencephalitica	2
Encephalitis subcorticalis	a) encephalitis epidemica chronica	4
	b) psychosis postencephal. epid.	5
Degeneratio basis cerebri	a) degeneratio postscarlatinosa	1
	b) degeneratio postgrypposa	1
	c) psychosis dolorosa (Bielawski)	1
	d) melancholia attonita	1
	e) catatonia	15
	f) hebephrenia	15
	g) hebephreno-catatonia	2
Alii morbi basis cerebri	a) parkinsonismus posttraumaticus	2
Alii morbi org. cerebri		5
Epilepsia		28
(Disturbatio mentis circularis) — Zirkuläre Verwirrtheit — pomieszanie okresowe		5
Formae maniacales-depressivae		22
Paraphrenia		15
sine morbi		1
		261

NIEKTÓRE DANE STATYSTYCZNE Z ODDZIAŁÓW.

	W ciągu roku 1925
Choroby zewnętrzne	
a) róża	1 + 4[1] / 5
b) świerzb	1 + 3 / 4
c) ropnie i wrzodzianki	9 + 5 / 14
d) odleżyny	1 + — / 1
Choroby wewnętrzne	
a) rozwolnienie	3 + 2 / 5
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	—
d) zimnica	—
e) gruźlica otwarta	5 + 7 / 12
f) odra	—
g) płonica	—
Inne niepożądane zjawiska	
1) zanieczyszczenie	10 + 6 / 16
2) oddalenie się[2])	3 + 4 / 7
3) samobójstwo	—
4) usiłowane samobójstwo bez następstw poważniejszych	1 + — / 1
5) przypadkowe uszkodzenie cielesne (złamanie ręki lub wywichnięcie) z powodu nieostrożności pacj.	3 + 1 / 4
6) złamanie ręki pacj. przy rozbieraniu niepotrzebnie przymusowem	— + 1 / 1
7) wybryki pacj. względem lekarzy i pielęgniarzy	2 + 2 / 4
8) bójki pacj. między sobą	4 + 1 / 5
9) poród z nielegalnego zapłodzenia pacjentki	— + 1 / 1

[1]) mężez. -|- niewiasty / razem

[2]) nie uwzględniono przypadków oddalenia się pacj. mających swobodę, którzy znów wrócili.

Therapia	W ciągu roku 1925
1) sztuczne karmienie zgłębnikiem	1 + 2 / 3
2) drobne i większe opatrunki	12 + 10 / 22
3) zabiegi chirurgiczne	4 + 3 / 7
4) zastrzyki skopolaminy	—
5) zastrzyki morfiny	—
6) kąpiele prolongowane	
a) ze wzgl. psychiatrycznych[1])	2(12)+6(24) / 8(36)
b) ze wzgl. cielesnych	12(95)+7(50) / 19(145)
7) zawijanie w koce	—
8) izolacja (zarządzona przez lekarza mimo sprzeciwu Dyrekcji)	— + 2 / 2
9) nasenniki	6(14)+48(155) / 54(169)
10) leki w chorob. somatycznych	21(154)+24(289) / 45(443)
11) leki antyluetyczne	7+3 / 10
12) leki przeciw napad. epilep.	15 + 9 / 24
13) zastrzyki extr. opii	— + 3 / 3
14) zimnicę stosowano w p. p.	25 + — / 25
15) zajętych pacjentów było	94,4—96,5%
Śmiertelność.	
1) ogólna (4.26%)	21 + 26 / 47
2) gruźlica (21%)	4 + 6 / 10
3) autopsja	1 + 1 / 2
Uszkodzenie przedmotów przez pacj. wzburzonych.	
1) szyby i ściany	10 + 8 / 18
2) meble	2 + 2 / 4
3) odzież	4 + — / 4
4) bielizna	1 + 1 / 2

[1]) Liczby oznaczają ilość chorych, liczby w nawiasach oznaczają ilość stosowań.

PRZYCZYNY ŚMIERCI.

Paralysis progressiva	6	mężczyzn	—	kobiet
Encephalitis	—	„	1	„
Phthisis pulmonum	4	„	5	„
„ pulm. et intest.	—	„	1	„
Pneumonia	2	„	4	„
Insufficiencia cordis	3	„	10	„
Nephritis	3	„	—	„
Marasmus senilis	2	„	4	„
Enteritis chronica	1	„	1	„
	21	mężczyzn	26	kobiet
	razem 47			

SMIERTELNOŚĆ W POSZCZEGÓLNYCH MIESIĄCACH.

w styczniu	—	mężczyzn	4	kobiety
w lutym	1	„	1	„
w marcu	1	„	1	„
w kwietniu	3	„	2	„
w maju	3	„	2	„
w czerwcu	2	„	2	„
w lipcu	1	„	3	„
w sierpniu	1	„	3	„
we wrześniu	3	„	1	„
w październiku	2	„	—	„
w listopadzie	3	„	3	„
w grudniu	1	„	4	„
	21	mężczyzn	26	kobiet
	razem 47			

D.

III. ADMINISTRACJA.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałanie normowane jest ogólnie: regulaminem dla Zakładu z dnia 5. 3. 1895 r., przepisami służby wewnętrznej z dnia 2. 3. 1897 r., przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 1901 r. z zał. A. B C.—, instrukcjami z dnia 2. 3. 1897 r., instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27.2.1901 r., pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajow. z dnia 3.1.1925 r. L. dz. 10/25 — osb. w przedm. redukcji personału, z dnia 21. 1. 25 L. dz. 387/25 — l., dot. uposażenia urzędników krajowych. Instrukcja Starostwa Krajowego z dnia 22. 1. 25 L. dz. 397/25 dotyczyła wykonywania budżetu na rok 1925, oraz przepisy Star. Kraj. z dnia 30. 1. 1925 L. dz. 549/25 — l. dotyczyły wykonania budżetu na rok 1925. Rozp. Star. Kraj. z dnia 2. 2. 25 L. dz. 601/25 — l. dot. prowadzenia kontroli nad wpływami oraz wydatkami budżetu Zakładu na rok 1925, z dnia 4. 2. 25 L. dz. 563/25 — l. dotycz. opłat ryczałtowyeh za przesyłki pocztowe, uzupełniające rozporządzenie Star. Kraj. z dnia 6. 2. 25 dot. wykonania budżetu zakładowego na rok 1925, rozp. Star. Kraj. z dnia 28. 2. 25 dot. „uskutecznienia" przez Starostę Krajowego wydatków na rach. budżetu zakładowego w zakresie kredytów, podlegających dyspozycji dyrektora zakładu, z dnia 13. 2. 25 L. dz. 298/25 — 3 i z dnia 10. 3. 25 L. dz. 374/25 — 3 w przedmiocie zmiany opłaty za pacjentów w Krajowych Zakładach Psychjatrycznych z dnia 4. 3. 25 L. dz. 1755/25 — 1, w przedmiocie wynagrodzeń dla urzędników kra-

jowych za podróże służbowe, z dnia 22. 4. 1925 L. dz. 2854/25 — 1 w przedmiocie udzielenia urlopów urzędnikom krajowym, z dnia 6. 5. 25 L. dz. 1107/25 — osb. w przedmiocie wypowiedzenia posady urzędnikom nieetatowym, z dnia 11. 8. 25 L. dz. 5419/25 — 1 w przedmiocie zmiany lekarza powiatowego w Poznaniu, z dnia 3. 9. 25 L. dz. 5913/25—1 w przedm. wydawania zwłok Instytutowi Anatomicznemu w Poznaniu.

W okresie od 1. 1. 25 od 31. 12. 25 Zakład otzymał wpływów 6167 nowych; 34 niezałatwionych z roku 1924, t. j. razem 6201. Z tych załatwiono w roku 1925: 6186 a 15 przeniesiono na rok 1926.

Według przepisów obowiązujących, w roku 1925 Zakład przedłożył perjodycznych sprawozdań: dwutygodniowych 24, miesięcznych po 10 = 120, ćwierćrocznych po 2 = 8, rocznych 6.

Urzędowanie opierało się na 27 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało 3 urzędników biurowych administracyjnych i 4 siły kancelaryjne.

W roku 1925 urzędnicy zakładowi odbyli 19 podróży służbowych.

w miesiącu	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem
	—	—	2	—	1	4	1	3	1	1	6	—	19

Podróży w roku sprawozdawczym wykonano: do Starostwa Krajowego 4, na zarządzenie Star. Kraj. 6, na zarządzenie Dyrekcji Zakładu 9. Celem podróży do Starostwa Krajowego były konferencje p. Dyrektora w sprawie przyjmowania i przejmowonia chorych oraz podróże w sprawie zakupu łóżek, odzieży i bielizny: podróże inne podejmowano celem przewożenia pacjentów (repatriantów).

Zarządzeniem Dyrekcji wymierzono 13 osobom 13 kar porządkowych.

W ciągu roku sprawozdawczego wykonano następujące prace w Zakładzie.

W celach konserwacyjnych pomalowano okna i drzwi farbą pokostową w kaplicy, w domu odźwiernego, w willi dyrektora, w mieszkaniach lekarzy-prymarjuszy, w mieszkaniu ogrodowego, w prosektorjum, w 11 pawilonach dla mężczyzn, w 7 pawilonach dla kobiet, w kręgielni, w domku dla II. odźwiernego, w 9 budynkach mieszkalnych dla rzemieślników i pielęgniarzy, w 4 domkach ochronnych dla pomp elektr., pozatem naprawiono rynny deszczowe u wszystkich budynków i pokryto dachy świeżą papą i smołą, mianowicie: dachy 3 domków ochronnych dla pomp, dachy na altanach w parku męskim i w parku żeńskim, werandy pawilonu II. m., pokryto częściowo dachy chlewów i pralni należących do pielęgniarzy, postawiono nowy komin w paw. IV. ż., gdzie urządzono w suterenach prowizoryczne mieszkanie dla jednego pielęgniarza, podmurowano szczyt mieszkania stolarza, w 4 mieszkaniach pielęgniarzy połączono kuchnie bezpośrednio z mieszkaniami, urządzono nowe ustępy w pawilonach I, II, III, VI i VIII ż., oraz w I, II, III, VI m., w budynku gospodarczym i w głównym gmachu administracyjnym. Dla upiększenia Zakładu i dla rozrywki chorych wybudowano obok kaplicy wodotrysk (Ryc. 1) i poustawiano wazy ozdobne na dziedzińcu (Ryc. 2). Rysunki na prace ostatnie i budowę wykonał pacjent Zakładu. Celem uprzyjemnienia pacjentkom pobytu w Zakładzie ozdobiono ogród pensjonatu żeńskiego (Ryc. 3).

Do budowy wodotrysku i słupów z wazami zużyto cegły, uzyskane z rozebranego muru okalającego dawniej ogród pawilonu V ż, zakupiono tylko wapno i piasek.

Wybudowanie wodotrysku przez przedsiębiorcę kosztowałoby 1570 zł, tymczasem koszta faktyczne wynosiły tylko 250 zł.

W następującem zestawieniu podane prace malarskie wykonali pacjenci Zakładu, tem samem Zakład zaoszczędził 1687,50 zł.

Budynek	Ubikacje	m²	Wartość pracy
Paw. VIII. m.	sień, 8 sal i kuchnię	620	837,— zł
Paw. IX. m.	1 sień, 5 sal i umywalnia	480	648,— „
Paw. II. m.	1 łazienka	38	51,30 „
Dom gospodarczy	pokój kucharza	52	70,20 „
„ odźwiernego	centrala telefoniczna	60	81,— „
			1687,50 zł

Gabinet dyrektora umeblowano nowemi meblami wykonanemi w warsztatach Zakładu z materjałów zakładowych przy pomocy pacjentów.

W roku sprawozdawczym rozebrano mur, okalający ogród pawilonu VI ż. i ogrodzono miejsce to żelaznym parkanem. Do oparkanienia ogrodu zużyto kraty żelazne, wyjęte z okien pawilonów V i VI m. i ż. Celem ochrony parkanu od rdzy pomalowano go farbą minjową. Prace powyższe wykonali pacjenci Zakładu.

Cmentarz zakładowy ogrodzono od strony południowej i zachodniej sztachetami. Długość nowego parkanu wynosi 400 metrów.

Sztachety do parkanu i ustawienie tegoż wykonał Zakład sposobem gospodarczym przez stolarza zakładowego przy pomocy pacjentów. Do ogrodzenia cmentarza zużyto chore drzewa z parków zakładowych. W celach konserwacji pomalowano 200 m. płotu farbą olejną, dalszych 200 m. nie było można pomalować dla braku funduszu. Nastąpi to w roku 1926.

Prawie wszystkie budowle zakładowe posiadają płaskie dachy, kryte „cementem drzewnym". Ponieważ od 30 lat (maksymalny czasokres trwałości dla tego rodzaju dachów) nie były odnawiane, przeto trzeba będzie odnowić je zupełnie. Okapy wszystkich budynków potrzebują pokrycia farbą w celach konserwacji, ponieważ i dachy mogą runąć. Tak samo żelazny parkan, okalający Zakład, musi być pomalowany w celach konserwacji i ochrony od rdzy. Bruk w obrębie Zakładu jest zniszczony i musi być na nowo położony.

Zakład potrzebuje następujących nowych budynków:

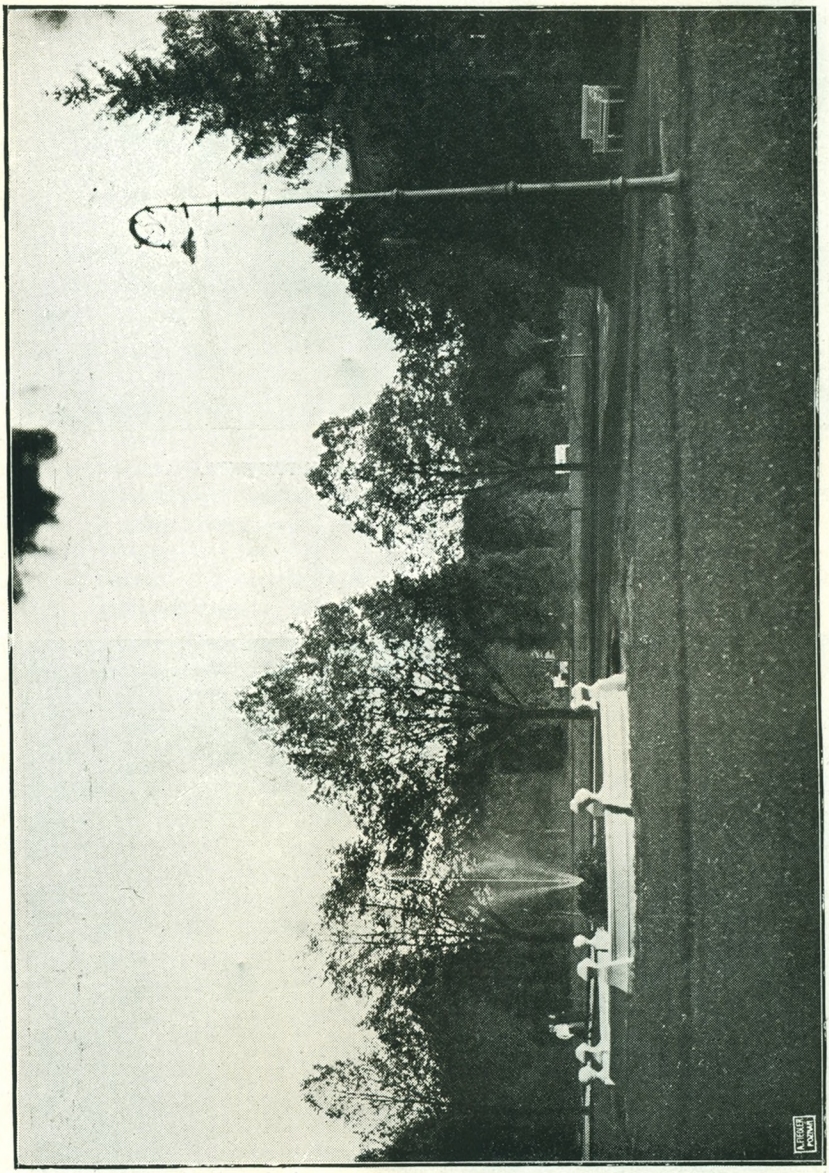
a) Dom dla czterech rodzin pielęgniarskich. (Istniejące mieszkania nie wystarczają. Służba zakładowa wymaga obecności pielęgniarzy na terenie Zakładu; obecność ich jest możliwa tylko wtedy, gdy pielęgniarze mieszkają w domach służbowych na terenie Zakładu.)

b) Dwie studnie na 120 m. głębokie. Obecnie Zakład posiada 5 studni elektr., które dostarczają wodę wprawdzie w dostatecznej ilości, które jednakże wymagają częstej naprawy z powodu zapiaszczania się filtrów. Byłoby wskazanem pogłębić studnie do 120 mtr.

c) Szopa do węgli o płaszczyźnie 500 metrów kwadratowych. Węgle leżące na dziedzińcu, przesiąkają wilgocią, tracą na wydajności cieplnej.

d) Szopa do wozów na folwarku Dziekanka. Wozy i maszyny stojące dotąd pod gołem niebem, niszczą się z powodu wpływów atmosferycznych.

W urządzeniach technicznych Zakładu wykonano w roku sprawozdawczym następujące naprawy.



Rycina 1. WODOTRYSK WYKONANY PRZEZ PACJENTA.



Rycina 2. WAZA OZDOBNA POMYSŁU PACJENTA.



Rycina 3. OGRÓD PENSJONATU ŻEŃSKIEGO.

W dwuch rezerwoarach do wody na wieży wodociągowej zaszwejsowano autogenicznie miejsce wyżarte rdzą i pomalowano rezerwoary w celach konserwacyjnych wewnątrz i zewnątrz farbą chroniącą od rdzy, założono nowy pas transmisyjny do motoru u pompy wodnej i do motoru w pralni zakładowej, naprawiono parownik do parowania perek w kuchni zakładowej, przytwierdzono 4 nowe zawory spustowe przy 4 kołach parowych w kotłowni, naprawiono pompę do pompowania ścieków, odnowiono płaszcz przewodu przy cewce motoru elektrycznego do zapędu dużej pompy ściekowej, naprawiono u parowej maszyny następujące części: duże łożysko po prawej stronie podwyższono i podmurowano, przy wentylach cylindra dorobiono 6 nowych bolców i 6 nowyeh buksów i otoczono kolektor przy dynamo. Zakupiono ruszty do kotła parowego, przy kotle 17 089, wymurowano sklepienie w dymnicy, założono nowe rury do centralnego ogrzewania w pawilonach I. i II. m. oraz II. ż. założono nowe przewody do gromochronów przy kominie, przy pawilonach VII. m. i VII. ż., oraz przy budynku gospodarczym od strony wschodniej, dokończono naprawy piątej studni, którą rozpoczęto w roku 1924.

W roku sprawozdawczym:

a) Zakupiono 1518 sprzętów kuchennych.
b) Uzupełniono urządzenia higjeniczne.
Zużyto 1037 kg. mydła do prania. do czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych.
c) Urządzenia wychowawcze:
Zakupiono 36 książek dla bibljoteki beletrystycznej, abonowano dla chorych 5 gazet, 8 czasopism.
d) Pomoce naukowe.
Nabyto 40 książek dla bibljoteki lekarskiej, abonowano 29 czasopism lekarskich, zakupiono 5 książek dla bibljoteki administracyjnej.

W roku sprawozdawczym zużyto:

a) opału 37 006,34 ctr. węgla, — w kotłowni, do opalania kuchni, pralni przez cały rok, oraz do ogrzewania 384 ubikacji o ogólnej pojemności 51493 kbm. w czasie zimowym, przyczem utrzymywano temperaturę 16—18° C,
b) światła 139 360 kilowatów; oświetlano 730 ubikacji o ogólnej pojemności 89 826 kbm. przez 12 miesięcy, dziennie przeciętnie 11 godzin. Prócz tego oświetlano drogi oraz place zakładowe i domy mieszkalne.

W r. 1926 należałoby wykonać następujące prace:

a) Centralne ogrzewanie ciepłem powietrzem pawilonów męskich i żeńskich III, V i VI trzeba przemienić na ogrzewanie ciepłą wodą, albowiem wydajność ciepła w pawilonach wymienionych jest zbyt mała w stosunku do zużytkokowanego opału.
b) W kuchni potrzebne są kotły miedziane i niklowe. Podniszczone kotły żelazne, w użytku od roku 1917 zamiast miedzianych zabranych przez władze wojskowe niemieckie, są nieracjonalne, bo niehigjeniczne i nieekonomiczne.
c) Należy założyć rury odciekowe przy lazaretach celem odwodnienia terenu.
d) Urządzić piekarnię.
e) Zakupić drugą maszynę zapędową o sile 120 koni. Dotychczasowa maszyna jest już od 15 lat w użyciu. Maszyna rezerwowa jest licha, starej konstrukcji, zbyt słaba, potrzebująca wiele opału, posiada siłę 40 koni. Gdyby maszyna stanęła, Zakład byłby bez siły zapędowej.

f) Potrzebna jest nowa sieć telefoniczna. Stara sieć jest tak dalece zniszczona, że naprawy są nieracjonalne, drogie i nie zaradzają złemu; aparaty są stare.

OGRODNICTWO.

W roku sprawozdawczym wynosił dochód z ogrodnictwa:

a) za warzywa	3308,90 zł
b) za drzewo opaławe z parków	115,— „
	3423,90 zł

Wydatki wynosiły:

a) pobory ogrodnika	3375,— zł
b) zakup nasion, narzędzi	1172,76 „
	4547,76 zł

Z powyżej wykazanych wydatków przypadają $^3/_5$ na utrzymanie parków. Dla zaznaczenia zysku w ogrodnictwie liczy się $^2/_5$ wydatków do rozchodu, zatem . . . . . 1819,04 zł

pozostała nadwyżka wynosi 1604,86 zł

C.

IV. SPRAWOZDANIE FINANSOWE
KRAJOWEGO ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO w DZIEKANCE ZA ROK 1925.

Dział	Rozdział	Paragraf	Określenie działu	Podług budżetu zł	Wpłynęło zł	Zatem w porównaniu z budżetem: więcej zł	Zatem w porównaniu z budżetem: mniej zł
			Dochody.				
1			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarjusze				
		2	Różne wydatki osobowe	14833,60	7270,16		7563.44
	7		Grzywny				
		2	Dyscyplinarne		62,—	62,—	
	1		Wpływy własne				
		6	Różne	35,—	638,88	603,88	
2			Srodki gosp. techn.				
	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	12274,22	9789,47		2484,75
		2	Urządzenia gosp.	3437,50	3437,85	0,35	
3			Destynatarjusze				
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	312987,50	286750,43		26237,07
4			Użytkowcy				
	XIX		Przyjęcie i zwolnienie				
		2	Zwolnienie	37,50	7,—		30,50
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	3262,50	14204,74	10942,24	
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	111325,—	288612,73	177287,73	
5			Zarząd finansowy				
	2		Czysty zysk z przeds.				
		1	Z gosp. rolnego (folw.)	12000,—	5191,23		6808,77
	VII		Dopłata krajowa				
		7	Dla Zakładu	146800,—	146800,—		
			razem	616992,82	762764,49	188896,20	43124,53
						145771,66	

Dochody w roku 1925 wynoszą . . . . . 762764,49 zł
Wydatki w tym samym czasie . . . . . 687839,42 „

Nadwyżka dochodów wynosi . . . . . 74925,07 zł
którą odstawiono do „Funduszu zakładów krajowych" Krajowego Związku Komunalnego, utworzonego uchwałą Sejmiku wojewódzkiego z dnia 25. listopada 1925 i zawydatkowano w budżecie zakł. pod rozdziałem XXXI. Na końcu roku 1925 pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacjentów w kwocie . . . . 32191,03 „

Oprócz tego przyjęto na rok 1925 jako dochód materjał żywnościowy i opałowy równowartości . . . . . 10432,08 „

Ostateczna nadwyżka w r. 1925 wynosi 117548,18 zł

Dział	Rozdział	Paragraf	Określenie działu	Podług budżetu zł	Wydano zł	W porównaniu z budżetem: więcej zł	W porównaniu z budżetem: mniej zł
			Wydatki				
1			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarjusze				
		1	Uposażenia	163123,62	204513,66	41390,04	
		2	Różne wydatki osobowe	77553,95	59740,67		17813,28
		3	Podróże służb. i przesiedl.	600,—	1410,50	810,50	
	II		Biuro				
		1	Środki lokomocji	937,50	937,50		
		3	Wydatki biurowe	1700,—	2199,70	499,70	
		4	Wydawnictwo	312,50	16,60		295,90
		5	Inne wydatki	100,—	89,79		10,21
	X		Zwrot kosztów				
		3	Emerytury i zaopatrzenia	3107,—	3496,40	389,40	
2	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	14837,50	19017,41	4179,91	
		2	Urządzeń gospodarczych	20625,—	15569,97		5055,03
		3	„ mieszkalnych	5625,—	20638,17	15013,17	
		4	„ hygjenicznych	1000,—	655,10		344,90
		5	„ leczniczych	1000,—	79,20		920,80
		6	„ pieczy duchownej	225,—			225,—
	XVIII		Opał, światło i woda				
		1	Opał	65000,50	64549,49		451,01
		2	Światło	600,—	581,66		18,34
	XIX		Ciężary				
		2	Publiczne	2350,—	3129,70	779,70	
3			Destynatarjusze				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		1	Przyjęcie	62,50	23,76		38,74
		2	Zwolnienie	450,—	50,59		399,41
			do przeniesienia	359310,07	396699,87	63062,42	25572,62

Dział	Rozdział	Paragraf	Określenie działu	Podług budżetu zł	Wpłynęło zł	W porównaniu z budżetem więcej zł	W porównaniu z budżetem mniej zł
			z przeniesienia	359210,07	396699,87	63 62,42	25572,62
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	46000,—	49741,31	3741,31	
		2	Żywność	148445,50	189503,06	41057,56	
		3	Hygjena	1000,—	949,40		50,60
		4	Opieka lekarska	5000,—	3860,16		1139,84
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	750,—	28,65		721,35
		2	Wychowanie	1375,—	1135,34		239,66
4			Użytkowcy				
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	10000,—	3093,37		6906,63
		2	Żywność	41512,25	41512,25		
		3	Hygjena	600,—	512,73		87,27
		4	Opieka lekarska	2000,—	189,25		1810,75
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	200,—			200,00
		2	Wychowanie	900,—	614,03		285,97
5	XXXI		Nadwyżka dochodów		74925,07	74925,07	
			razem	616992,82	762764,49	182786,36	37014,69
						145771,67	K.

V. SPRAWOZDANIE Z GOSPODARSTWA ROLNEGO.

Folwark Dziekanka obejmował w 1925 roku 518 mórg magdeburskich roli ornej i łąk. Do obrobienia tego obszaru potrzebnych byłoby 28 wykwalifikowanych robotników, licząc 5 osób na 100 mórg; rzeczywiście pracowało na folwarku tylko 10—12 najemnych, przeważnie w służbie podwórzowej, mianowicie: włódarz, stangret, szwajcer z pomocnicą, deputatnik przy nierogaciźnie, chłopak do mleka, stróż, 2 dziewczyny zaciągowe, 2 fornali.

Pracę na roli, jak rozsiewanie sztucznych nawozów, zasiewy, obróbka buraków cukrowych, koszenie i sprzęt ziemiopłodów, wykonywali pacjenci Zakładu. Podczas żniw było w gospodarstwie rolnem zajętych dziennie 90—120 pacjentów.

Przy konsekwentnem stosowaniu obecnego systemu zatrudnienia pacjentów w gospodarstwie rolnem należy spodziewać się okresu, kiedy robotnicy najemni będą zbyteczni, bo wszelkie prace będą mogli wykonać pacjenci Zakładu, co wpłynie korzystnie na budżet folwarku. Zatrudnienie 28 robotników płatnych powodowałoby około 58000 zł wydatków folwarcznych. Dalszą redukcję personału rolniczego kontynuowano w roku ubiegłym zwolnieniem włódarza jako siły zbytecznej,mimo że chorzy przejęci do Dziekanki z innych zakładów potrzebowali więcej dozoru, bo robili z początku trudności, nie umieli wykonywać nawet prostych robót. Tak np. pacjent M., przyszedłszy na folwark, płakał bezustannie i nie chciał wziąć do ręki żadnego narzędzia albo nie umiał posługiwać sią narzędziami. Później M. przyzwyczaił się do pracy, nauczył się różnych rękoczynów i dziś już wykonuje samodzielnie wszelkie prace na folwarku. Pacjent Z., który z początku stał nieruchomo na miejscu tam gdzie go postawiono, z oczami skierowanemi w słońce albo w obłoki, dzisiaj należy do dobrych robotników. Podobne doświadczenia zrobiono z innymi pacjentami nowo przyjętymi.

Rewizje: Folwark był rewidowany jeden raz przez członka Wydziału Krajowego, p. Szymana z Paryża pow. żnińskiego i 11 razy przez Dyrektora Zakładu.

Budynki: Budynki gospodarcze murowane znajdowały się w dość dobrym stanie z wyjątkiem obory, która potrzebuje w roku 1926 gruntownej naprawy. Obecne belkowanie jest tak zniszczone, że sufit grozi zawaleniem. Budynki folwarczne ubezpieczone są w Krajowym Ubezpieczeniu Ogniowem w Poznaniu na sumę 64 000 zł. Na remont budynków wydano w roku 1925 zł 185,23 tj. w stosunku do budżetu 1 814,77 zł mniej.

Zbiór ziemiopłodów wynosił w roku 1925:

kartofli	452 400 kg.	à 0,04 zł	=	18 096,— zł
pszennicy	6 125 „	à 0,35 „	=	2 143,75 „
żyta	43 575 „	à 0,22 „	=	9 586,50 „
jęczmienia	6 850 „	à 0,23 „	=	1 575,50 „
owsa	47 700 „	à 0,22 „	=	10 494,— „
mieszaniny	14 600 „	à 0,20 „	=	2 920,— „
buraków cukr.	157 957 „	à 0,04 „	=	6 318,28 „
siana	15 000 „	à 0,05 „	=	750,— „
mieszaniny ziel.	60 fur	à 5,00 „	=	300,— „
koniczyny	16 200 „	à 0,10 „	=	1 620,— „
		razem za		53 804,03 zł

Inwentarz żywy:

Folwark posiadał	koni	bydła	owiec	świń	gęsi	kur.	indyk.
I. stycznia 1925 roku	19	37	31	78	13	74	16
W ciągu roku przybyło							
przez zakup	4	17	92	54	—	—	—
„ ulęg	2	32	—	101	4	70	20
razem	25	86	123	233	17	144	36
W ciągu roku ubyło							
przez sprzedaż	6	52	95	184	5	20	7
wskutek choroby	2	—	—	28	6	92	1
Stan 31. 12. 1925 r.	17	34	28	21	6	32	28

Większa część ubytku stanowi bydło odstawione do Zakładu na rzeź.

Nierogacizna: Dnia 6. lipca 1925 r. 8 opasów uległo zatruciu paszą. Przyczyny zatrucia nie stwierdzono mimo dochodzeń i badań chemicznych. Pozatem padło 19 prosiąt zaraz po ulęgu z powodu zarazy chlewnej i 1 maciora podczas oproszenia.

Rogacizna: W roku sprawozdawczym przeciętna dzienna wydajność mleka 1 krowy wynosiła 9 ltr. W października 1925 r. stwierdzono urzędowo zarazę pyska i racic, która przeszła bez wypadków śmierci. Z powodu zarazy 11 krów porzuciło. Zarazę opanowano w krótkim czasie.

Inwentarz pociągowy: Na początku roku 1925 folwark posiadał 19 koni. W ciągu roku zakupiono 4 konie robocze, ponieważ 2 konie padły, jeden na paraliż serca i jeden na kolki. Drugie 2 konie zakupiono w miejsce 2 starych, które ciągle chorowały i były niezdolne do pracy na roli. Na końcu roku 1925 posiadał folwark 17 koni.

Bydło rogate i konie są ubezpieczone przeciwko zarazie. O.

VI. SPRAWOZDANIE FINANSOWE
FOLWARKU „DZIEKANKA" ZA ROK 1925.

Tytuł	Oznaczenie tytułu	Według budżetu zł	Rzeczywisty dochód wzgl. wydatki	W porównaniu z budżetem mniej	więcej
	A. Dochody.				
I	Stan	--	--	--	--
II	Dopłata z Głównej Kasy Kraj.	--	--	--	--
III	Czynsz dzierżawny	10,—	--	10,—	--
IV	Za sprzedaż ziemiopłodów	18000,—	15420,09	2579,91	--
V	Dochód z bydła	45290,—	29348,10	15941,90	--
VI	Sprzedaż martwego inwentarza				
VII	Korzyści z ogrodu	100,—	41,—	59,—	--
VIII	Różne	10600,—	1218,75	9381,25	--
	razem	74000,—	46027,94	27972,06	--
	B. Wydatki.				
I	Czynsz dzierżawny	--	--	--	--
II	Zakup nasion i artykułów pastewnych	6000,—	7745,—	--	1745,—
III	Zakup sztucznych nawozów	4000,—	2590,96	1409,04	
IV	Zakup żywego inwentarza	29100,—	13458,50	15641,50	
V	Zakup i utrzymanie żywego inw.	5000,—	5497,53		497,53
VI	Budowy	2000,—	185,21	1814,79	
VII	Państwowe i inne podatki	600,—	166,27	433,73	
VIII	Zabezpieczenie ogniowe	600,—	555,20	44,80	
IX	Deputat, masło i mleko	200,—	46,80	153,20	
X	Pobory	11500,—	8665,57	2834,43	
XI	Opał	2000,—	435,10	1564,90	
XII	Weterynarz i lekarstwa	200,—	206,40		6,40
XIII	Różne potrzeby gosp.	200,—	239,65		39,65
XIV	Znaczki inwalid. i kasa chorych	400,—	915,87		515,87
XV	Różne	200,—	128,65	71,35	
XVI	Odstawienie zbytniego stanu kasy do budżetu zakł.	12000,—	5191,23	6808,77	
	razem	74000,—	46027,94	30776,51	2804,45
				27972,06	
	Dochody wynoszą		46027,94		
	Wydatki „		46027,94		
			znosi się		

K.

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

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

ODRUCH Z KOSTKI ZEWNĘTRZNEJ — A OBJAW PIOTROWSKIEGO.

Referat na posiedzeniu klinicznem lekarzy w Dziekance w dniu 27. IV. 1926 r. wygłosił

K. SĄGIN.

Ottorino Balduzzi ogłosił w Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie pracę o odruchu z kostki zewnętrznej[1]). Odruch polega na tem, że uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w przedni brzeg kostki zewnętrznej powoduje wyprostowanie stopy. Autor proponuje, ażeby objaw nazwać odruchem kostki zewnętrznej (Reflex des aeusseren Malleolus). Opisując odpowiednie rękoczyny, Balduzzi zaznacza, że najłatwiej wywołuje się odruch u pacjenta, leżącego na grzbiecie z wyprostowanemi nogami (fig. 1.) albo na brzuchu z podniesionem podudziem: mięśnie muszą być nie napięte, a stopa lekko zgięta grzbietowo. Wyraźnemi cechami wzmiankowanego odruchu są: skórcz mięśnia brzuchatego łydki i wyprostowanie stopy. W niektórych przypadkach można zauważyć zamiast wyprostowania, addukcję stopy, a czasem jej extensję z addukcją. Autor kwalifikuje odruch ten jako odruch okostny, patognomoniczny dla zachorzeń organicznych centralnego systemu nerwowego.

Powyżej wspomniany objaw jest ściśle związany z odruchem, który już przed 13 laty opisał Al. Piotrowski jako „nowy odruch antagonistyczny" w Berliner Klinische Wochenschrift.[2]) Praca wzmiankowana stanowi właściwie ciąg dalszy publikacji Piotrowskiego o nowym odruchu „mięśnia piszczelowego przedniego", ogłoszonej w Berlin. Klin. Wochenschrift w roku 1912[3]) i w Nowinach Lekarskich[4]).

---

[1]) Dr. Ottorino Balduzzi: „Der Reflex des Malleolus externus". Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol. Band 58, I. Dezember 1925, Berlin.

[2]) Al. Piotrowski. „Uber einen neuen antagonistischen Reflex". Berliner Klinische Wochenschrift 1913 Nr. 16, str. 726.

[3]) Al. Piotrowski: „Uber ein neues Unterschenkelphaenomen", Berl. Klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51, str. 2412.

[4]) Al. Piotrowski: „Odruch mięśnia piszczelowego przedniego", Nowiny Lekarskie, rocznik XXV, zeszyt 3.

Odruch mięśnia piszczelowego przedniego, który nas w przypadku niniejszym mniej interesuje, pomijamy, a uwagę zwrócimy na „odruch antagonistyczny mięśnia piszczelowego przedniego“[1]), znany w piśmiennictwie i w terminologji medycznej jako „Objaw Piotrowskiego“[2]).

Objaw Piotrowskiego polega na tem, że uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w brzusiec m. tibialis anticus lub na granicy części średniej i dolnej mięśnia powoduje skurcz mięśnia brzuchatego łydki i wyprostowanie stopy; ten sam efekt wywołuje odruch z kostki zewnętrznej. Piotrowski opisuje odruch swój w sposób następujący: uderzywszy młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni pomiędzy guzowatością piszczeli a główką strzałki, spostrzegamy w niektórych przypadkach zamiast zwykłego zwrotu stopy na wewnątrz i zgięcia grzbietowego, odruch odmienny, tj. zgięcie podeszwowe stopy, wynik właściwy jedynie odruchowi Achillesa; dostrzegamy wyraźne kurczenie się mięśnia brzuchatego łydki. Zamiast mięśnia piszczelowego przedniego kurczy się jego antagonista i z tego powodu powstaje wynik zupełnie odwrotny. Ruch ten można wzmocnić nieco biernem zgięciem grzbietowem stopy (fig. 2) przy uderzeniu młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni (fig. 3). Piotrowski dalej zaznacza: wymienionego odruchu nie spotykamy u ludzi zdrowych, ani też u nerwowych lub u osób z funkcjonalną hyperrefleksją; jedynie osobniki cierpiące na organiczne choroby centralnego systemu nerwowego o charakterze spastycznym wykazują niekiedy ten odruch. Tem różni się on od odruchu mięśnia piszczelowego przedniego, który nie jest a priori objawem patologicznym; dopiero chorobowa zmiana jego postaci (po jednej stronie silniejszy niż po drugiej, albo po jednej stronie ujemny) nadaje mu wartość pod względem djagnostycznym, podobnie jak to ma miejsce przy odruchu kolanowym. Inaczej rzecz przedstawia się z odruchem antagonistycznym m. p. p.; ten jest a priori objawem patologicznym i obecność jego wskazuje na organiczną chorobę centralnego systemu nerwowego. Niekiedy dostrzegamy, że oba odruchy objawiają się równocześnie; jeden i ten sam bodziec wywołuje odruch mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny.

---

[1]) Al. Piotrowski: „Nowy odruch antagonistyczny“ Nowiny Lekarskie, rocznik XXV, zeszyt 4.

[2]) W. Gutmann: „Medizinische Terminologie“, 1920, pag. 936. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg.

Piotrowski dorzuca jeszcze wzmiankę, że niekiedy w zachorzeniach organicznych centralnego systemu nerwowego uderzenie w m. tib. ant. powoduje zgięcie podeszwowe palców stopy; odruch ten autor nazwał odruchem antagonistycznym palców stopy.

Streszczając wywody o nowych odruchach, które opisał Piotrowski, stwierdzamy, że uderzywszy w m. tib. ant., wywołuje się w przypadkach organicznej choroby centralnego systemu nerwowego 1) odruch mięśnia piszczelowego przedniego (w postaci patologicznej t. zn. po jednej stronie wzmożony, po drugiej stronie zaznaczony albo nie istniejący wcale), 2) odruch antagonistyczny m. p. p. (wyprostowanie stopy czyli objaw Piotrowskiego), 3) odruch antagonistyczny palców stopy (zgięcie podeszwowe palców stopy).

Z odruchów tych, jak późniejsze badania wykazały, najczęstszym objawem jest odruch ad 2) t. z. „objaw Piotrowskiego".

Fr. Stern badał wspomniany odruch na 317 chorych nerwowo i wyniki swoich badań ogłosił w Med. Klin.[1]) Na podstawie swych badań Stern doszedł do wniosku, że objaw Piotrowskiego nie zjawia się w chorobach funkcjonalnych, natomiast występuje obok objawów piramidowych, jak Babiński, Oppenheim, Mendel — Bechterew i in., że często występuje w przypadkach urazu głowy ze wstrząsem mózgu. Pozatem Stern zaznaczył, że omawiany objaw jest długotrwały, zjawia się wcześnie i łatwo może być wywołany; autor podkreśla, że objaw Piotrowskiego jest ważnym wskaźnikiem chorób organicznych mózgu.

A. Falkowski[2]) spotykał objaw ten często w przypadkach ciężkiego urazu głowy i w epilepsji, również w innych organicznych chorobach mózgu, jak paralysis progressiva, sclerosis multiplex, paralysis cerabralis infantilis, morbus Wlsoni.

Autor obserwował objaw Piotrowskiego obok objawu Babińskiego u paralityków dwie godziny po napadach paralitycznych; po dwuch dniach objaw Babińskiego znikał, natomiast objaw Piotrowskiego występował jeszcze w ciągu tygodnia.

M. in. Falkowski przytacza także trzy przypadki dziecięcego porażenia mózgu, gdzie Babiński był dodatni tylko w 2 przypadkach, a Piotrowski we wszystkich trzech, pozatem przypadek choroby Wilsona, gdzie od samego początku był dodatni Piotrowski, do czego dopiero w dalszym przebiegu choroby dołączył się Babiński. U jednej

[1]) Fr. Stern: „Die Klinische Verwertbarkeit des Piotrowskischen antagonistischen Reflexphaenomens", Med. Klinik. Berlin, 1916, nr. 14.

[2]) Ad. Falkowski: „O wartości klinicznej objawu Piotrowskiego", Neurologja Polska, Warszawa 1922.

katatoniczki pojawiły się drgawki z utratą przytomności: atak trwał 15 minut; w 10 godzin po ataku źrenice oddziaływały na światło, odruchy ścięgnowe były wzmożone, objaw Piotrowskiego z lewej strony dodatni, odruch Babińskiego z obu stron ujemny.

Natomiast w dwóch innych przypadkach choroba była umiejscowiona w rdzeniu, nie w mózgu: chodziło tu o myelites haemorrhagica i sclerosis lateralis amyotrophica. W obu przypadkach nie było objawu Piotrowskiego, natomiast objaw Babińskiego był dodatni.

Część konkluzyjna pracy Falkowskiego brzmi: „Spostrzeżenia Piotrowskiego, Sterna i moje wykazały, że objaw Piotrowskiego jest nadzwyczaj czułym wskaźnikiem djagnostycznym, jest o wiele stalszym, występuje wcześniej, trwa dłużej, aniżeli objawy piramidowe jak: Babiński, Oppenheim, Mendel — Bechterew, Rossolimo, Gordon, Trömner, Strümpel.

Brak odruchu Piotrowskiego przy umiejscowieniu sprawy chorobowej wyłącznie w rdzeniu, natomiast występowanie tegoż w zachorzeniach umiejscowionych w mózgu, zmusza nas do koniecznego wniosku, że objaw Piotrowskiego jest oznaką organicznych zachorzeń mózgowych". Autor stawia kwestję, czy objaw Piotrowskiego jest objawem piramidowym, czy też ekstrapiramidowym i kończy uwagą, że istnieją dane, które wskazują na to, że objaw Piotrowskiego jest objawem chorobowym ekstrapiramidowym i że zadaniem przyszłych badań będzie kwestję tę wyjaśnić.

Tego zadania podjął się M. Siemionkin i przeprowadził odpowiednie badania na 547 chorych różnego rodzaju: S. obserwował obecność objawu Piotrowskiego w schizofrenji, katatonji i encephalitis lethargica i ogłosił rezultaty swych badań w Nowinach Psychjatrycznych[1]), i w Revue Neurologique[2]). Autor uwzględnił także wyniki badań swego poprzednika O. Bielawskiego (ogłoszone w Nowinach Lekarskich[3]), który także znajdował objaw Piotrowskiego w katatonji i w schizofrenji.

Siemionkin doszedł do wniosku, że na podstawie wyników badań anatomo - patologicznych, można uważać schizofrenję jak również katatonję i encephalitis lethargica z wielkiem prawdopodobieństwem jako organiczne extrapiramidowe choroby mózgu i że obecność

[1]) M. Siemionkin: „O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego", Now. Psychj. rok. 1925, nr. 2, Dziekanka.

[2]) M. Siemionkin: „Sur le charactère intérieur du phénomène de Piotrowski, Revue Neurologique 1925, juin Tom. I nr. 6 et août, Tom II, nr. 2, page 313. Paris.

[3]) O. Bielawski: „Odruchy patologiczne w katatonji", Now. Lek., Poznań 1922.

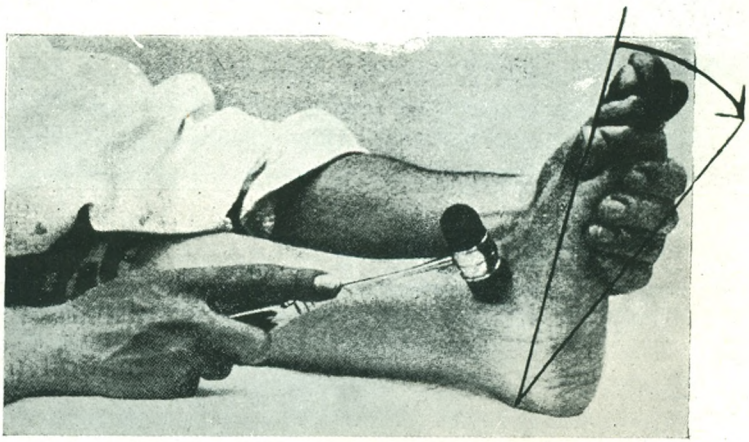


Fig. 1. Z PRACY BALDUZZI'EGO.

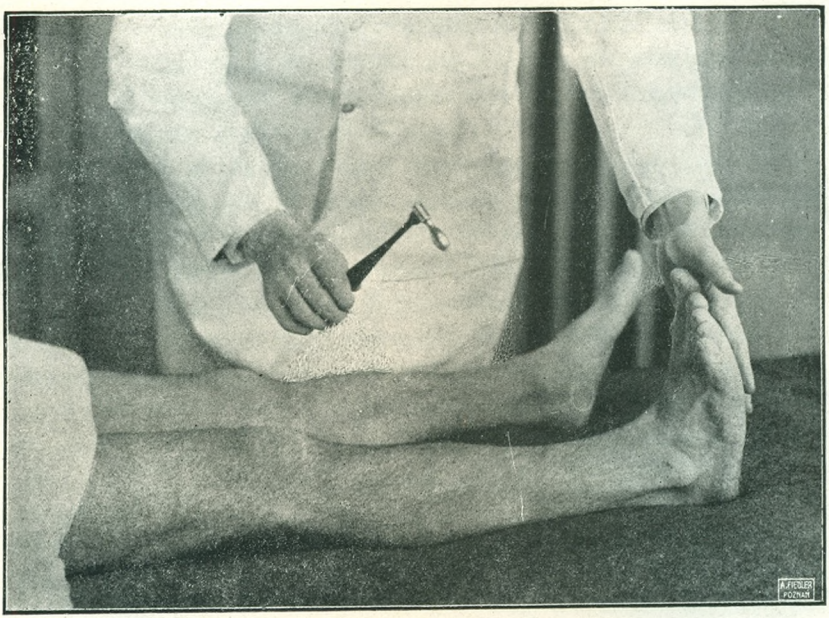


Fig. 2 Z PRACY SIEMIONKINA.

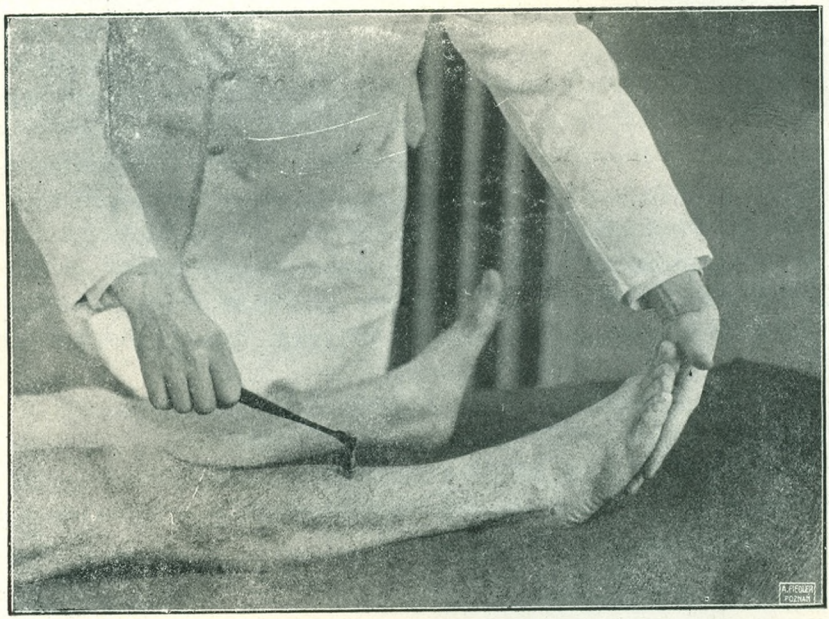


Fig. 3. Z PRACY SIEMIONKINA.

objawu Piotrowskiego właśnie w tych zachorzeniach, extrapiramidowych mózgu świadczy o tem, że odruch ten jest objawem extrapiramidowym.

Streszczając się, autor podkreślił, że objaw Piotrowskiego nie występuje u ludzi zdrowych i w chorobach funkcjonalnych, natomiast zjawia się często po ciężkim urazie głowy ze wstrząsem mózgu, występuje po napadach epileptycznych, nawet 2—3 dni po napadzie. Objaw ten jest czułym i łatwo wywołalnym symptomem. W końcu autor akcentuje, że badania jego potwierdziły wyniki badań autorów poprzednich i wykazały naturę extrapiramidową omawianego objawu.

Na 72 przypadki różnych chorób organicznych mózgu (ciężka epilepsja z demencją, chorea Huntingtoni, katatonia, schizophrenia, paralysis progressiva, encephalitis lethargica, ciężki uraz z trepanacją czaszki, idjotyzm, sclerosis multiplex, daleko posunięta arterjoskleroza mózgu, encephalitis poinfekcyjna, paralysis cerebralis infantilis) zbadanych przezemnie, wykazujących objaw Piotrowskiego obustronnie lub jednostronnie, po jednej stronie silniej niż po drugiej, stwierdziłem odruch z kostki zewnętrznej u 37 chorych: w 20 przypadkach jednostronnie, w 17 przypadkach obustronnie, w tem w dwuch przypadkach po jednej stronie silniejszy niż po drugiej. Odruch z kostki zewnętrznej można było wywołać tylko w tych przypadkach, gdzie pole refleksogenne (Reflexogene Zone) objawu Piotrowskiego było rozszerzone na całe podudzie. Jeżeli więc objaw Piotrowskiego po jednej stronie był słabo zaznaczony, to po tej stronie nie było odruchu z kostki zewnętrznej, natomiast po drugiej, gdzie objaw Piotrowskiego występował silnie, można było wywołać także odruch z kostki zewnętrznej. Tam, gdzie był odruch z kostki zewnętrznej, występował regularnie silnie objaw Piotrowskiego, natomiast nie zawsze towarzyszył objawowi Piotrowskiego odruch z kostki zewnętrznej.

W żadnym przypadku, gdzie objaw Piotrowskiego występował tylko jednostronnie, nie można było wywołać odruchu z kostki zewnętrznej po stronie wolnej od objawu Piotrowskiego.*) Bez objawu Piotrowskiego nie było odruchu z kostki zewnętrznej.

*) Uwaga: Podczas badań nad objawem Piotrowskiego i odruchem z kostki zewnętrznej zauważyłem w przypadku ciężkiej katatonji z obustronnym pozytywnym objawem Piotrowskiego bez odruchu z kostki zewnętrznej po obu stronach addukcję palucha, która następowała równocześnie z objawem Piotrowskiego i zamiast odruchu z kostki zewnętrznej. W 4 przypadkach pojawiło się z objawem Piotrowskiego równocześnie podeszwowe zgięcie palców stopy (porównaj Piotrowski: „Odruch antagonistyczny palców stopy" w publikacji „nowy odruch antagonistyczny" w Nowinach Lekarskich r. XXV, nr. 4 oraz „Uber einen neuen antagonistichen Reflex", Berl. Klin. Wochenschrift 1913, Nr. 16 page 727), wywołane w jednym przypadku także z kostki zewnętrznej.

Badania powyżej wspomniane dały ponownie sposobność do studjowania rozległości pola refleksogennego objawu Piotrowskiego i wykazały, że pole to, które, jak już poprzedni badacze (Piotrowski, Stern, Falkowski, Bielawski, Siemionkin) stwierdzili, rozciąga się od miejsca przyczepu m. piszczelowego przedniego aż do dolnej części podudzia, w niektórych przypadkach zaawansowanych organicznych zachorzeń mózgowych z ekscesywną hyperrefleksją, rozszerza się dalej ku dołowi i zajmuje także okolicę kostki zewnętrznej. Wiemy, że objaw Piotrowskiego występuje często już na początku organicznego zachorzenia mózgu, gdy inne symptomy patologiczne nie są jeszcze rozwinięte; natomiast odruch z kostki zewnętrznej ujawnia się dopiero wtedy, kiedy pole refleksogenne objawu Piotrowskiego jest odpowiednio rozszerzone.

Na rozszerzenie pola reflexogennego zwraca szczególnie uwagę także Robert Bing w swojej „Topicznej Djagnostyce"[1]), gdzie autor wskazuje na znany fakt, że w przypadkach nadmiernie rozszerzonego pola refleksogennego (a więc w zachorzeniach organicznych systemu nerwowego), odruch kolanowy może być wywołany nie tylko ze ścięgna kolanowego, lecz także uderzeniem w przednią powierzchnię piszczeli, albo nawet w grzbiet stopy; odruch adduktorów może być wywołany nie tylko z kłykcia wewnętrznego piszczeli, ale także ze wszystkich punktów położonych na przestrzeni sięgającej do kostki wewnętrznej.

Tak samo objaw Piotrowskiego może być wywołany w przypadkach niezmiernie rozszerzonego pola refleksogennego w organicznych zachorzeniach mózgu nie tylko z mięśnia piszczelowego przedniego, ale także z kostki zewnętrznej, na co zwrócił uwagę Skoczyński t. z., że odruch z kostki zewnętrznej stanowi tylko specjalny przypadek objawu Piotrowskiego.

Wobec tego stwierdzamy, że odruch z kostki zewnętrznej, opisany przez Balduzziego, nie jest zasadniczo czemś nowem, lecz tylko skutkiem dalszego rozszerzenia pola refleksogennego w objawie Piotrowskiego. Jak przytoczone głosy z piśmiennictwa świadczą, objaw ten stanowił od lat 13 przedmiot badań całego szeregu autorów, którzy jego właściwość, znaczenie i wartość kliniczną wykazali i ustalili.

---

[1]) Robert Bing: „Kompendium der topischen Gehirn- u. Rückenmarksdiagnostik". Pag. 27, Berlin u. Wien 1917, Urban u. Schwarzenberg.

Hôpital Psychiatrique Publique du Pays (Posnanie) à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

LE RÉFLEXE DU MALLÉOLE EXTERNE — ET LE PHÉNOMÈNE DE PIOTROWSKI.

Par
LE DR. K. SĄGIN.

L'auteur démontre, que le réflexe du malléole externe, décrit par Balduzzi dans la „Monatschrift fuer Psychiatrie und Neurologie" (vol. 58 I, déc. 1925) fait partie essentielle du phénomène de Piotrowski.

Le réflexe du malléole externe consiste dans l'extension du pied, obtenue par un coup du marteau à percussion, donné sur le bord antérieur du malléole externe. Balduzzi propose d'appeler ce symptôme „réflexe du malléole externe" (Reflex des äusseren Malleolus) et remarque que le moyen facile de causer ce réflexe c'est de faire coucher le malade sur le dos, les extrémités inférieures allongées (fig. 1), ou sur le ventre, le mollet relevé; les muscles doivent être détendus, le pied tenu légèrement dans une flexion dorsale. Les marques distinctives du réflexe en question sont: la contraction des musculi gastrocnemii et l'extension du pied. Dans certains cas on remarque l'adduction du pied et quelquefois son extension et adduction. Balduzzi qualifie ce symptôme de réflexe périostal, pathognomonique pour les maladies organiques du système nerveux central.

Le réflexe du malléole externe fait partie essentielle du phénomène, décrit il y a déjà treize ans par Al. Piotrowski dans la „Berliner Klinische Wochenschrift" 1912, nr. 51, p. 2412, et 1913, nr. 16, p. 726, de même que dans les „Nowiny Lekarskie", an XXV, nr. 3. et 4. Poznań.

Le phénomène de Piotrowski consiste en ce qu'un coup de marteau à percussion sur le musculus tibialis anticus ou bien sur la partie inférieure ou sur le milieu du muscle produit une extension des musculi gastrocnemii et l'extension du pied. Au lieu du musculus tibialis anticus c'est son antagoniste qui se contracte en produisant un effet tout

contraire, exclusivement propre au réflexe d'Achille. On peut renforcer l'effet en courbant légèrement en sens dorsal le pied (fig. 2) et en frappant de martellet percussif le m. tibialis anticus (fig. 3).

Le phénomène de Piotrowski ne se rencontre ni chez les gens bien portants ni chez les personnes atteintes de maladies fonctionelles, seulement dans les cas de maladies organiques du cerveau se produit souvent ce réflexe, qui est un phénomène de nature extrapyramidale.

L'auteur, ne manquant pas de mentionner les recherches de ses prédécesseurs (Piotrowski, Stern, Falkowski, Bielawski, Siemionkin) a examiné 72 cas de maladies organiques du cerveau présentants le phénomène de Piotrowski et a constaté le réflexe du malléole externe chez 37 malades. Il n'a été possible d'évoquer le réflexe du malléole externe que dans les cas où la zone réflexogène du symptôme de Piotrowski était étendue sur toute la jambe, jusqu'à comprendre la région du malléole externe. Là, où apparaissait le réflexe du malléole externe, le phénomène de Piotrowski s'accentuait régulièrement; au contraire, le réflexe du malléole externe n'accompagnait pas toujours le phénomène de Piotrowski. Sans le phénomène de Piotrowski il n'y avait pas de réflexe du malléole externe.

En résumé l'auteur relève le fait que le réflexe du malléole externe décrit par Balduzzi n'est pas en principe chose nouvelle, mais présente un effet de l'extension de la zone réflexogène dans le phénomène de Piotrowski. Comme on le voit d'après les ouvrages déjà cités, ce phénomène a été depuis treize ans un objet des recherches pour maints auteurs qui ont démontré et constaté son importance et sa valeur clinique.

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

OPIEKA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W B. ZABORZE PRUSKIM.

Referat dla VI-go Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie w dn. 23, 24, 25 V. 1926 r.

przygotował
AL. PIOTROWSKI.

Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim jest ustaloną ustawą z dnia 11. lipca 1891 r., obowiązującą od 1. kwietnia 1893 i regulaminami wykonawczemi do tej ustawy, dla Poznańskiego regulaminem z dnia 27. marca 1893 r. Według tej ustawy *krajowe* związki ubogich są zobowiązane do następujących świadczeń: umieszczenie i pielęgnowanie w zakładach psychjatrycznych wszystkich chorych psychicznie, idjotów i epileptyków, potrzebujących opieki zakładowej i dostarczenie im środków leczniczych i pielęgnacji.

Tymczasowo opłacający koszta kuracji krajowy związek ubogich może zażądać zwrotu kosztów od tego krajowego związku ubogich, w którego obrębie ma swoją siedzibę *miejscowy* związek ubogich, ostatecznie zobowiązany do świadczeń.

§ 31a ustawy ustala, że ogólne koszty administracyjne zakładu i koszty pogrzebu ponosi krajowy związek ubogich, który może zażądać zwrotu tych kosztów od miejscowego związku ubogich, ostatecznie zobowiązanego do świadczeń i to za pośrednictwem powiatu, w którym ów miejscowy związek ubogich ma swoją siedzibę. Powiat natomiast jest zobowiązany zwrócić $^2/_3$ kosztów miejscowemu związkowi ubogich.

Według § 31b, regulamin o przyjęciu i zwolnieniu chorego jako też wysokość kosztów kuracji zakładowej muszą być zatwierdzone przez kompetentnego ministra. Według § 31d powiaty wiejskie i miejskie mogą umieszczać swoich psychicznie chorych we własnych zakładach. W tych przypadkach powiaty wiejskie ponoszą same ogólne koszty administracyjne, wolno im jednakże ściągnąć od miejscowych związków ubogich $^1/_3$ tych kosztów.

Pozatem normują opiekę psychjatryczną liczne przepisy administracyjne, zawarte w okólnikach ministerjalnych.

Opieka psychjatryczna koncentruje się przeważnie w zakładach psychjatrycznych, atoli także opieka w rodzinie jest do pewnego stopnia zorganizowana.

Były zabór pruski posiadał cały szereg zakładów różnego gatunku dla psychicznie chorych, zakłady publiczne i prywatne, ogólne dla psychicznie chorych wszelkiego rodzaju i specjalne dla epileptyków, alkoholików i psychicznie chorych przestępców.

Obecnie następujące psychjatryczne zakłady publiczne przyjmują chorych psychicznie: w Rybniku i Lublińcu na Śląsku, w Dziekance, w Kościanie i Owińskach w Poznańskiem, w Kocborowie i Świeciu na Pomorzu. Zakład w Wejherowie na Pomorzu, mogący pomieścić 800 chorych, został zlikwidowany.

Wymienione zakłady (excl. Wejherowa) mogą dać pomieszczenie ca. 6600 chorym.

Według obliczeń statystycznych przyjmuje się, że na 1.000 mieszkańców przypada trzech psychicznie upośledzonych. Tylko Anglja posiada pomieszczenie w zakładach psychjatrycznych dla wszystkich chorych. Przed 40 laty w b. zaborze pruskim na 100 chorych znajdowało się w zakładach psychjatrycznych w Poznańskiem tylko 13, na Pomorzu tylko 15, na Śląsku 27 chorych, to znaczy, że Śląsk posiadał wówczas względnie najlepiej zorganizowaną opiekę zakładową dla psychicznie chorych, a Poznańskie najgorszą. Na wspomnianym terenie nie było dostatecznego pomieszczenia dla psychicznie chorych. Z biegiem czasu stosunki się poprawiły, gdy powstały nowe zakłady psychjatryczne, jak Dziekanka i Kocborowo, wzgl. gdy zostały powiększone stare zakłady jak Kościan, Owińska, Świecie, Wejherowo, Lubliniec i Rybnik. Obecnie na 100 chorych psychicznie ca 70 chorych znajduje opiekę w zakładach, to jest w stosunku 3:2. Ponieważ na trzech chorych tylko 1 chory potrzebuje koniecznie umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym, przeto w zakładach położonych na ziemiach b. zaboru pruskiego wiele miejsc jest niezajętych i wolnych i może być zużytych dla pacjentów z innych dzielnic Polski.

Opieka w rodzinie i kolonje psychjatryczne zorganizowane są w Dziekance i w Kocborowie. W opiekę rodzinną (przeważnie do pielęgniarzy żonatych) oddaje się pacjentów chroników (nie więcej jak 2 chorych do jednej rodziny), albo takich, których stan psychiczny

poprawił się tak dalece, że nie potrzebują koniecznie opieki zakładowej. Zakład ma nadzór nad tymi chorymi; lekarz zakładu, któremu opieka nad tymi chorymi została powierzona, odwiedza ich regularnie. Zakład płaci za chorego $^2/_3$ kosztów, jakie pobiera; pozatem daje łóżko, pościel i bieliznę. Chorego wolno zatrudniać lekkiemi zajęciami domowemi, nie wolno jednak wyzyskiwać go jako siły robotniczej.

Do utworzenia kolonji potrzebna jest rola, albowiem w uprawie roli mamy jeden z najlepszych środków terapji psychjatrycznej. Prawie wszystkie zakłady (z wyjątkiem Rybnika i Owińsk) posiadają własną rolę, począwszy od 300 (Świecie) do 1300 mórg magdeburskich (Kocborowo).

Dla zbrodniarzy psychicznie chorych istnieją odpowiednie szpitale wzgl. oddziały przy zakładach, jak oddział psychjatryczny przy więzieniu w Gradziądzu, przeznaczony dla 50 przestępców psychicznie chorych, oddział dla przestępców przy zakładzie psychjatrycznym w Kocborowie i przy zakładzie w Rybniku. Odpowiedni oddział dla przestępców psychicznie chorych w Poznańskiem dostał się razem z krajowym zakładem psychjatrycznym międzyrzeckim do Niemiec. Oprócz wymienionych zakładów psychjatrycznych istnieją jeszcze przytułki dla psychicznie chorych: w Poznaniu i w Gdańsku.

Zakład w Owińskach i zakład w Świeciu posiadają odpowiednie oddziały i szkołę dla dzieci niedorozwiniętych, zdolnych do nauki szkolnej.

W Poznańskiem każdy publiczny zakład psychjatryczny ma przydzielonych kilkanaście powiatów, z których rekrutują się pacjenci zakładu. Wszelako zakład może przyjąć także chorych pochodzących z innych okręgów.

Umieszczenie chorych w zakładach psychjatrycznych poznańskich jest unormowane przepisami uchwalonemi na posiedzeniu sejmiku krajowego w dniu 5. marca 1895 r. dla Dziekanki i Owińsk, a w dniu 27. lutego 1901 r. dla Kościana. Odnośne przepisy zostały zatwierdzone na podstawie § 42 rozporządzenia o administracji samorządu prowincji poznańskiej z dnia 5. listopada 1889 r. przez Min. Spraw Wewn. i Min. Oświaty.

Psychicznie chorych przyjmuje się do zakładów psychjatrycznych na następujących warunkach:

W celach umieszczenia osoby psychicznie chorej w krajowym zakładzie psychjatrycznym należy podać wniosek do Starosty Kra-

jowego (Poznańskie i Pomorskie) wzgl. do Urzędu Wojewódzkiego (Śląsk). Do tego wniosku należy dołączyć świadectwo lekarskie lekarza urzędowego o konieczności umieszczenia chorego w zakładzie, pozatem piśmienne zobowiązanie z legalizowanym podpisem osoby uprawnionej do ponoszenia kosztów zwyczajnych i nadzwyczajnych, powstałych z kuracji chorego w zakładzie, wzgl. w razie ubóstwa chorego należy przedłożyć prócz świadectwa lekarskiego przynajmniej piśmienne oświadczenie gminy, z której pacjent pochodzi, albo odnośnego magistratu, starostwa powiatowego, kasy chorych lub innej instytucji zobowiązanej do świadczeń za chorego, że przyjmuje na siebie koszty kuracji. Wreszcie należy dołączyć wywiad urzędowy o stosunkach osobistych i majątkowych pacjenta i osoby opłacającej koszty za pacjenta. Wywiad urzędowy wystawia kompetentna władza, t.j. starosta powiatowy, magistrat albo komisarz obwodowy, w którego okręgu chory do ostatniej chwili zamieszkiwał. Odpowiednie formularze przepisuje Starosta Krajowy. W nadzwyczajnych przypadkach, w przypadkach nagłych, wystarczy świadectwo lekarza prywatnego, a wniosek o przyjęcie można skierować wprost do dyrekcji zakładu psychjatrycznego. Dyrektor może wtedy bezpośrednio przyjąć chorego do zakładu, ale musi donieść o tem niezwłocznie Starostwu Krajowemu. Umieszczenie chorego w zakładzie winno być uskutecznione w przeciągu 8 tygodni od chwili, w której nastąpiło zezwolenie na przyjęcie. Po 8 tygodniach musi być podany nowy wniosek o przyjęcie.

Choremu powinna towarzyszyć osoba, będąca w posiadaniu dokumentu konwoju, który się przedkłada dyrekcji; konwojent otrzymuje zaświadczenie o przyjęciu chorego do zakładu.

O przyjęciu pacjenta donosi się Staroście Krajowemu, policji obwodu, w której zakład jest położony, policji miejsca, gdzie pacjent mieszkał, prokuratorowi okręgu sądowego, do którego należy miejsce zamieszkania pacjenta; prokuratorowi okręgu sądowego, w którym jest położony zakład, donosi się o przyjęciu pacjentów pochodzących z innych dzielnic lub krajów i państw. Na żądanie prokuratora zakład wysyła także regularne sprawozdania o stanie choroby pacjenta. O przyjęciu chorego ubezwłasnowolnionego zakład uwiadamia sąd opiekuńczy.

Koszty pielęgnacji opłaca się miesięcznie z góry, a za ubogich kwartalnie z dołu.

W Poznańskiem opłata za ubogiego wynosi 1.85 zł, a po 3 zł za chorych państwowych. W III. kl. opłaca się 3.00 zł, w II. 4.50 zł, w I. kl. 7—10 zł. Chorzy pochodzący z innych dzielnic dopłacają 30%.

Odżywianie pacjentów, unormowane regulaminem z dnia 16-go marca 1911 r., jest dostateczne, obfituje w białko i tłuszcz i daje 3 — 4000 kalorji dziennie.

Uchwałą z dnia 4. marca 1907 r. poznański sejmik krajowy wyznaczył pewną kwotę, z której wypłaca się w celach przyspieszenia oddania psychicznie chorych w opiekę zakładową, premję w wysokości jednorocznych kosztów kuracji tym miejscowym związkom ubogich, które spowodowały umieszczenie psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym w pierwszych trzech miesiącach po pojawieniu się pierwszych objawów chorobowych. O czasokresie wspomnianym decyduje dyrektor zakładu, a premję wyznacza Starosta Krajowy.

Starosta Krajowy jest uprawniony do przeniesienia chorego z jednego do drugiego zakładu jemu podwładnego. Dyrektor zakładu może chorego urlopować na 6 tygodni; urlopu na dłuższy czas udziela Starosta Krajowy.

O zwolnieniu chorego decydują następujące momenty:

Pacjent *musi* być zwolniony, jeżeli wyzdrowiał, jeżeli sąd odmówił ubezwłasnowolnienia albo zniósł ubezwłasnowolnienie, jeżeli władza, która zarządziła umieszczenie pacjenta w zakładzie, zażąda zwolnienia go, jeżeli rodzina albo prawny zastępca, który spowodował umieszczenie chorego w zakładzie, zwolnienia jego zażąda.

Pacjent *może* być zwolniony, jeżeli nie potrzebuje więcej opieki zakładowej, jeżeli zapłata za chorego nie jest uiszczona, jeżeli niema miejsca w zakładzie. O każdem zwolnieniu donosi się Starostwu Krajowemu, policji i prokuratorowi, wreszcie sądowi opiekuńczemu, jeżeli pacjent jest ubezwłasnowolniony.

W razie potrzeby konwój wyznaczany jest przez policję miejsca zamieszkania chorego, jeżeli niema stosownego konwoju rodzinnego. Choremu albo jego towarzyszowi wręcza się spis przedmiotów i gotówki, którą chory przy sobie posiada. Konwojent otrzymuje odpowiednią legitymację.

Urlopowanie i zwolnienie chorych niebezpiecznych dla otoczenia zależne jest od zgody urzędu policyjnego miejsca, w którem chory zamieszkuje.

Osoby chore, uwolnione od winy i kary z § 51 k. k. albo osoby, których sprawa sądowa została umorzona z § 203 procedury karnej, jako też przestępcy psychicznie chorzy, u których kara za popełniony czyn została zawieszona, dalej osoby, których umieszczenie w zakładzie spowodował urząd policyjny, z wyraźnem żądaniem uwiadomienia go o zwolnieniu chorego, osoby uznane za niebezpieczne przez zakład: wszystkie te kategorje mogą być zwolnione po przeprowadzeniu odpowiedniej korespondencji z odnośnem starostwem powiatowem, z policją miejsca, w której chory ma zamieszkać. Wymienionym władzom należy zakomunikować o zamierzonem zwolnieniu chorego z zakładu i przedłożyć materjał, mianowicie wyczerpujące orzeczenie lekarskie i dopiero po nadejściu opinji władzy, powziąć odpowiednią decyzję. O ile policja nie odpowiedziała w ciągu trzech tygodni, wtedy zakład może zwolnić chorego bezpośrednio, powinien jednakże donieść o dokonanem zwolnieniu odnośnej władzy administracyjnej, w której obrębie chory zamieszkuje. Do punktu pierwszego należy także uwiadomienie prokuratora. O ile prokurator sprzeciwi się zwolnieniu, a urząd policyjny zgodzi się na nie, wtedy sprawę należy przedłożyć wojewodzie. Również należy donieść komisji poborowej o zwolnieniu pacjentów, którzy jeszcze nie uczynili zadość powinności wojskowej.

Jeżeli oddalił się z zakładu pacjent niebezpieczny dla otoczenia, należy powiadomić o tem policję i wskazać ew. środki ostrożności. Jeżeli sprowadzenie pacjenta, który się oddalił, jest połączone ze stosowaniem przymusu, to nie pielęgniarz, ale funkcjonarjusz władzy bezpieczeństwa przyprowadza chorego z powrotem.

Natomiast choremu, udającemu się do zakładu psychjatrycznego na kurację, nie powinien towarzyszyć funkcjonarjusz policyjny w mundurze.

Służba wewnętrzna w poznańskich krajowych zakładach psychjatrycznych jest unormowana regulaminem z dnia 2. marca 1897 r. dla Dziekanki i Owińsk, a regulaminem z 27. lutego 1901 r. dla Kościana.

Na czele zakładu psychjatrycznego stoi dyrektor-psychjatra, który jest jednocześnie kierownikiem administracji i naczelnym lekarzem. Do pomocy dodani mu są urzędnicy administracyjni jak: inspektor czyli intendent, rendant, sekretarz krajowy; w czynnościach szpitalnych dyrektor ma do pomocy lekarzy. Obowiązki personału wyszczególnione są w następujących przepisach: §§ 1 i 2 tego regulaminu określają stanowisko i obowiązki poszczególnych grup funk-

cjonarjuszy zakładowych. W § 3. określona jest odpowiedzialność personału za szkody powstałe z jego winy. Zakazane jest personałowi przyjmować podarki od chorych lub od krewnych pacjentów. Datki pieniężne dla personału winne być składane do wspólnej kasy; kwotę zebraną z datków rozdziela dyrektor między personał. Nie wolno sprzedawać chorym albo kupować od nich nawet drobnostek, nie wolno pośredniczyć w ich korespondencji. W § 5. zabrania się używania alkoholu, w § 6 wymaga się absolutnej subordynacji. § 7. reguluje drogę i sposób zażaleń. W § 8 omówiona jest służba na oddziałach, § 9 dotyczy formy przyjęcia chorego na oddział. W § 10 jest mowa o ubraniu i bieliźnie, w § 11 o pożywieniu chorych; § 12 zawiera przepisy o zachowaniu się personału w specjalnych budynkach szpitalnych i warsztatowych, o urządzeniach technicznych i ich użytku. § 13 omawia stronę higieniczną urządzeń szpitalnych i życia szpitalnego. § 14 zaleca ostrożność przy manipulowaniu ogniem, jakoteż zakazuje wydawania chorym zapałek i palenia tytoniu na oddziałach. W § 15 mowa jest o dyżurach lekarskich, w § 16 o zwiedzaniu zakładu przez obcych.

Oprócz tych ogólnych przepisów istnieją specjalne przepisy służbowe dla personału pielęgniarskiego, gdzie w 19 paragrafach ujęte są obowiązki i czynności związane z pielęgniarstwem psychjatrycznem. Dodatek A. do tych przepisów zawiera wskazówki, jak należy się zachować wobec epileptyków podczas napadu kurczowego. Dodatek B. natomiast zawiera osobne przepisy dla służby nocnej. Pozatem istnieją osobne przepisy dla personału w przypadkach pożaru; w przepisach tych są wyszczególnione obowiązki różnych kategorji urzędników zakładowych, począwszy od dyrektora, a skończywszy na stróżu. Każdy urzędnik i funkcjonarjusz ma ściśle określony zakres działalności i odpowiednio wskazane stanowisko w czasie pożaru.

W Dziekance personał pielęgniarski podzielony jest na następujące grupy:

I. Personał kontraktowy.

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

II. Urzędnicy - pielęgniarze 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, inteligentniejsze osoby na uczenice.

Personał, zgłaszający się do służby zakładowej, musi się przed objęciem obowiązków poddać badaniu lekarskiemu i przedłożyć świadectwo moralności. Zwykle przyjmuje się personał na trzymiesięczną próbę. Dla najmłodszego personału wyznaczone jest wynagrodzenie w wysokości 20 zł, pozatem kompletne wolne utrzymanie, t. j. mieszkanie, opał, światło, pranie, ubranie służbowe i pożywienie 3. klasy, dające dziennie 3000 — 3300 kalorji. Personał nowo przyjęty zapoznaje się z przepisami służbowemi wszelkiego rodzaju. Z personałem nowo przyjętym bywa spisana umowa, którą strony podpisują, a kandydat zamiast przysięgi podaniem ręki obowiązuje się wobec dyrektora do posłuszeństwa i sumiennego wykonywania powinności służbowych.

Personał posługujący przedstawia najniższą warstwę służby szpitalnej. Dla osób inteligentniejszych i pod względem moralnym pewnych odbywają się kursy przygotowawcze pielęgniarstwa psychjatrycznego z 2-rocznym programem; kursy te uznane są jako kursy państwowe. Lekarze wykładają: 1) anatomję i fizjologję człowieka, 2) higjenę, 3) psychjatrję praktyczną. Pozatem w osobnych lekcjach poucza się słuchaczów o obowiązkach i odpowiedzialności prawnej pielęgniarza, tłumaczy się przepisy służbowe. Uczeń dowiaduje się, co to jest choroba psychiczna, uczy się rękoczynów potrzebnych do sprawnego podtrzymywania lub trzymania chorych słabowitych, dowiaduje się, jak należy ochronić chorego przed szkodliwościami, jak należy go karmić, kąpać, pielęgnować, przenosić itp. Wszystkie te wiadomości są wykładane zimową porą w kursach teoretycznych, a latem stosowane praktycznie na oddziałach.

Po 2 latach kandydaci mogą zgłosić się do egzaminu, o ile skończyli 21 rok życia. Po złożonym egzaminie w miarę kwalifikacji moralnych i zdolności, awansują na pielęgniarzy pomocniczych. Dopiero pielęgniarze pomocnicy 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-cio letnia praktyka przy-

gotowawcza daje rękojmię, że kandydat na pielęgniarza nauczył się pielęgnować psychicznie chorych, że zna swoje obowiązki i przepisy i że wytrwa w obranym zawodzie. Ustalenie otrzyma tylko ten kandydat, który posiada moralne kwalifikacje na urzędnika. Nie każdy pielęgniarz pomocniczy musi być eo ipso ustalonym.

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

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego incl. posługujących,, po potrąceniu liczby pielęgniarzy pryw. i dozoru nocnego, przedstawia się w Dziekance naogół jak 1:11, niekiedy jak 1:12. Z początku ze względów oszczędnościowych, później z przyczyn zasadniczych, zredukowano ilość personału. Służba nocna zorganizowana jest w ten sposób, że na każdym oddziale czuwa 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 chorego, następnego dnia jest zwolniony zupełnie 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 ca. 900 pacjentów przypada 107 pielęgniarzy i pielęgniarek, 56 mężczyzn i 51 kobiet. Od tej liczby odjąć należy 2 nadpielęgniarzy i 2 nadpielęgniarki, 16 osób zatrudnionych w pielęgnacji prywatnej, 11 osób służby nocnej i 1 uczennicę na przełożoną; pozostaje 80 pielęgniarzy, pielęgniarek i posługujących do dyspozycji chorych, t. zn. stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawia się obecnie jak 1:11.

Personał ten wystarcza zupełnie, albowiem w Dziekance panuje zasada, aby jaknajwięcej pacjentów wyzwolić z pod dozoru i przyzwyczaić do poprawnego życia samodzielnego. Mimo szczupłej liczby pielęgniarzy, samobójstwa w ostatnich 5 latach w Dziekance nie było.

Ogółem stosunek personału, t. j. lekarzy, urzędników administracyjnych, służby, personału pielęgniarskiego, do pacjentów przedstawia się jak 1:6.

Nadzór administracyjny nad krajowemi zakładami psychjatrycznemi wykonuje Starosta Krajowy (w Poznańskiem i na Pomorzu) wzgl. Urząd Wojewódzki (na Śląsku). Nadzoru psychjatrycznego obecnie niema. Dawniej nadzór psychjatryczny wykonywał generalny inspektorat psychjatryczny dla prowincji wschodnich, urzędujący w Berlinie.

Zakładów prywatnych nie warto na tem miejscu poruszać, bo ich już prawie niema, z wyjątkiem prywatnego zakładu dla alkoholików św. Jana w Tarnowskich Górach na Śląsku.

W ogólności przepisy dotyczące zakładów prywatnych przewidują następujące formalności przy przyjęciu chorego do zakładu:

Chory może być przyjęty na podstawie świadectwa lekarskiego, wszelako kierownik zakładu jest zobowiązany w przeciągu 24 godzin powiadomić lekarza powiatowego o przyjęciu chorego; lekarz powiatowy najpóźniej 48 godzin po przyjęciu chorego do zakładu musi pacjenta zbadać i poświadczyć konieczność opieki zakładowej. Od obowiązku przywołania lekarza powiatowego kierownik zakładu jest zwolniony, jeżeli chory przyniósł ze sobą świadectwo dyrektora zakładu publicznego albo innego lekarza urzędowego.

O przyjęciu chorego należy donieść w przeciągu 24 godzin prokuratorowi, policji miejscowej, policji w miejscu zamieszkania chorego; sądowi opiekuńczemu, jeżeli chory jest ubezwłasnowolniony. Do każdego doniesienia należy dołączyć kopję świadectwa lekarskiego, na podstawie którego przyjęcie chorego do zakładu zostało dokonane. Jeżeli pacjent jest obcokrajowcem, należy donieść o jego przyjęciu „prezydentowi prowincji", t. j. w naszych warunkach, wojewodzie. Na żądanie prokuratora kierownik zakładu musi regularnie referować o stanie chorobowym pacjenta. Przepisy tyczące zwolnienia chorego podobne są do przepisów obowiązujących w zakładach publicznych. Kierownik zakładu prywatnego może urlopować chorego na 2 tygodnie, ale musi donieść o tem policji odnośnego okręgu oraz policji w miejscu zamieszkania chorego. W nadzwyczajnych przypadkach, uzasadnionych osobliwemi okolicznościami, urlop może być przedłużony do 3 miesięcy. Chory niebezpieczny może być urlopowany albo zwolniony tylko za zgodą policji w miejscu zamieszkania chorego. O zwolnieniu chorego z zakładu, wzgl. o jego śmierci, kierownik zakładu donosi policji obwodu, w którym zakład jest położony, policji w miejscu zamieszkania chorego, prokuratorwi, sądowi zaś opiekuńczemu, jeżeli chory jest ubezwłasnowolniony.

Niektóre zakłady mają t. zw. oddziały otwarte dla dobrowolnie zgłaszających się kuracjuszów. Do tych oddziałów przyjmuje się pacjenta na podstawie jego wniosku, w którym chory prosi o przyjęcie na kurację do zakładu, oraz na podstawie świadectwa lekarskiego, zawierającego poświadczenie lekarza, że pacjent ma zrozumienie poddania się kuracji zakładowej i że choroba jego nadaje się do leczenia w zakładzie psychjatrycznym. W razie pogorszenia się choroby i potrzeby chory może być przeniesiony na oddział zamknięty, ale wtedy muszą być dokonane wszelkie formalności związane z umieszczeniem chorego w zakładzie zamkniętym. Nadzór nad zakładem prywatnym sprawuje lekarz powiatowy i komisja rządowa, w skład której wchodzi doświadczony psychjatra (zwykle dyrektor zakładu publicznego), kierownik wojewódzkiego urzędu zdrowia (lekarz) i doświadczony urzędnik administracyjny jako przedstawiciel elementu nie-lekarskiego.

Lekarz powiatowy ma obowiązek wizytować zakład prywatny 2 razy do roku, a komisja 1 raz. Przy każdej rewizji lekarze zakładu muszą być obecni, ażeby w razie potrzeby informować rewizorów.

Hôpital Psychiatrique public du Pays (de Posnanie) à Dziekanka.
Dir. Dr med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE DANS LES PROVINCES AUTREFOIS ANNÉXÉES PAR LA PRUSSE.

Par
ALEXANDRE PIOTROWSKI.

Rapport préparé pour le VI. Congrès des Aliénistes Polonais à Cracovie au 23, 24, 25 mai 26.

L'assistance aux aliénés dans les proviences autrefois annéxées par la Prusse repose en premier lieu sur le statut du 11. juillet 1891, qui veut que les Associations communales pour l'assistance aux pauvres, locales et régionales, assurent l'entrée, l'entretien et le traitement dans les hôpitaux psychiatriques de tous les aliénés, idiots et épileptiques qui réclament les services d'hôpital.

En outre de nombreuses instructions administratives énoncées dans les circulaires ministériels (de la Prusse) règlent le traitement qui se concentre principalement dans les hôpitaux psychiatriques (à Lubliniec et Rybnik en Silésie, à Dziekanka, Kościan et Owińska en Posnanie, à Kocborowo et Świecie en Poméranie). Le patronage familial est organisé de même.

Pour les aliénés criminels il y a des divisions spéciales, en Silésie à l'hôpital de Rybnik, en Poméranie à l'hôpital de Kocborowo et à la prison de Grudziądz (pour 50 malades). Les hôpitaux psychiatriques d' Owińska (en Posnanie), et Świecie (en Poméranie) ont des divisions particulières et des écoles pour des enfants oligophréniques, qui sont encore en état de suivre les cours scolaires.

L'hospitalisation des malades en Posnanie et leur renvoi sont réglés par les instructions arrêtées à la séance de la diète de Posnanie au 5. mars 1895 pour les hôpitaux de Dziekanka et d' Owińska et au 27. février 1901 pour celui de Kościan et ratifiées sur base de l'article 42 du décret sur l'administration de l'autonomie de la province de Posnanie au 5. novembre 1889 par le ministre des Affaires Intérieurs et celui de l'Instruction Publique (de la Prusse).

Par un arrêt du 4. mars 1907 la diète de Posnanie a décidé de payer une récompense aux communes pour le placement précoce des malades dans l'hôpital.

Le service intérieur dans les hôpitaux psychiatriques est réglé par les instructions du 2. mars 1897 pour l'hôpital de Dziekanka et d'Owińska et par l'instruction du 27. février 1901 pour Kościan.

Les devoirs du personnel, de même que sa position légale sont déterminés par les réglements généraux qui embrassent en 16 articles l'ensemble des fonctions. En outre, des réglements spéciaux en 19 articles et 2 suppléments (A et B) définissent les procédés qui se rapportent au service des aliénés et aux devoirs des garde — malades dans l'enceinte de l'hôpital.

La surveillance administrative des hôpitaux psychiatriques est accomplie par le „starosta krajowy" (en Posnanie et Poméranie) et par le „wojewoda" (en Silésie).

Les établissements privés sont soumis à des règles différentes et leur surveillance est autrement oraganisée.

VI ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH

Dnia 23, 24 i 25 maja b. r. odbędzie się w Krakowie
VI ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH*)

PIERWSZY DZIEŃ ZJAZDU
POŚWIĘCONY BĘDZIE ZAGADNIENIOM DZIEDZICZNOŚCI.

Referaty główne:

PROF. DR. ED. ZAŁĘSKI. STANOWISKO HODOWLI ROŚLIN WOBEC ZAGADNIENIA DZIEDZICZENIA NABYTYCH WŁASNOŚCI.

Zagadnienie brzmi: czy cechy nabyte przez jedno lub oboje rodziców w ciągu życia osobnikowego (jako zygoty) pod działaniem warunków życiowych są w całości lub częściowo przelewane na wydane w drodze generatywnej potomstwo?

Z rozstrząsań więc należy wyłączyć zjawiska takie, jak przekazywanie cech przy rozmnażaniu wegetatywnem, przekazywanie przez matkę, prawdopodobnie za pośrednictwem cytoplazmy jajka, zarazków lub uodpornień, wreszcie jako należące ściśle do ontogenezy, wpływy matki na somatyczne cechy płodu, wywierane w czasie życia płodowego.

Te grupy zjawisk, zaliczane do stosunkowo niedawna do zjawisk dziedziczności, zakłócały rozumowanie i w połączeniu z długim szeregiem doświadczeń i obserwacji, dotyczących rzeczywistej, w ścisłem znaczeniu, dziedziczności, przyczyniły się do tego, że zaczynając od Lamarcka (1811) aż do ostatnich czasów, liczni biologowie, początkowo niemal wszyscy bez wyjątku, obecnie sporadyczni, odpowiadają na powyższe pytanie twierdząco (lamarkizm, neo i psycho-lamarkizm, teorja „Mneme Semora“ i. i.)

*) Podajemy porządek obrad według dotychczasowego programu, ułożonego przez Komitet Organizacyjny Zjazdu, wraz z nadesłanemi do Redakcji streszczeniami i zmianami tytułów.

Dopiero w drugiej połowie XIX w. najprzód Walace, potem C. Naegeli a w szczególności A. Weissmann, zajęli wobec tego zagadnienia stanowisko wyraźnie negatywne, dowodząc (Weissmann) nieprawdziwości lub nieścisłości spostrzeżeń, na których się teorje lamarkistyczne opierają, albo też fałszywej ich interpretacji.

Ale w końcu XIX i na początku XX w. wykonano już zupełnie poprawnie liczne doświadczenia i obserwacje, dowodzące niezbicie, że anormalne czynniki zewnętrzne, działające na rodziców mogą, w stosunkowo zresztą nielicznych wypadkach, wywołać u potomstwa zmiany ściśle dziedziczne. Bliższe zbadanie tych faktów wykazało jednak, że do tego koniecznem jest, aby te czynniki działały w czasie OO lub spermatogonii, a dalej, że tylko w wyjątkowych razach zmiany cech u potomstwa występują te same, co u poddanych działaniu czynnika rodziców, że więc nie ma tu miejsca „indukcja rodzicielska" lecz wywołane bezpośrednio zmiany struktury gamet, prawdopodobnie ich chromozomów względnie chromomerów. (v. Linden, Fischer, Standfuss, Tower, Blaringsen). Badania Morgana rzuciły częściowe światło na mechanizm tych zaburzeń „crossing over" — „nadkrzyżowanie".

Jakie wobec tych zagadnień stanowisko zajęła hodowla roślin? Do końca XIX w. ogromna większość hodowców, świadomie lub częściej nieświadomie hołdowała teorjom lamarkistycznym, upatrując w bezpośredniem przelewaniu na potomstwo nabytych cech rodzicielskich główny, jeżeli nie jedyny, czynnik ewolucji, tj. polepszenia lub pogarszania odmiany.

Jednak już i wtedy pojedyńczy hodowcy stali wobec lamarkizmu na stanowisku przeczącem lub przynajmniej sceptycznem, postępując w praktyce jakby dziedziczenia nabytych właściwości nie było (Vilmorin, Andrieux częściowo od połowy XIX w., Robbethga i Giesecke, A. Jarasz i E. Załęski, i mniejwięcej od 1890, Nilson Ehle od 1896 itd.)

Obecnie prawie wszyscy praktyczni hodowcy przyjęli oparte na tem antylamarkistycznem założeniu metody, często bez zdawania sobie sprawy z istnienia samego zagadnienia.

Metody te są oparte na następujących zasadach:

a) Dziedzicznemi są tylko różnice między osobnikami, uwarunkowane różnicami w strukturze plazmy zarodziowej (różnicami genotypicznemi).

b) Cechy nabyte w życiu osobnikowem z reguły nie są przekazywane potomstwu.

c) Zmiany genotypu mogą być wywołane albo przez krzyżowania różnych form, w stosunkowo rzadkich wypadkach przez określone, bardzo od normalnych odbiegające warunki życiowe, działające w czasie powstawania gamet, lub wreszcie wskutek nieznanych nam dotychczas przyczyn („mutacje").

d) „Poprawienie" odmiany to jest dostosowanie jej do warunków życiowych lub do wymagań hodowcy może być dokonane tylko drogą doboru, to jest eliminacji wszystkich form genetycznie różnych, nie odpowiadających potrzebom, nigdy zaś drogą uprawy w „lepszych" warunkach.

e) Warunki wegetacyjne mają dla hodowcy znaczenie głównie jako moment „selekcyjny", to jest pozwalający rozpoznać, które formy są dla tych właśnie warunków najodpowiedniejsze. Bardzo od normalnych odbiegające, patogeniczne, warunki mogą w rzadkich wypadkach wywołać u potomstwa nowe dziedziczne cechy, najczęściej w nieokreślonych, rozbieżnych kierunkach, nie stojących w żadnym określonym stosunku do zmian, wywołanych u rodziców.

f) Różnice pomiędzy osobnikami są z tem większem prawdopodobieństwem dziedziczne, im mniej widocznym jest ich przyczynowy stosunek do warunków życiowych samych osobników lub ich rodziców.

PROF. DR. LEOPOLD ADAMETZ. O NORMALNYM I PATOLOGICZNYM CHARAKTERZE ZJAWISK MUTACYJNYCH.

Streszczenia nie nadesłano.

PROF. DR. JAN CZEKANOWSKI. DZIEDZICZNOŚĆ U CZŁOWIEKA W ŚWIETLE BADAŃ ANTROPOLOGICZNYCH*).

Zdecydowane Mendellistyczne stanowisko genetyków nie będzie budziło zastrzeżeń dopiero wówczas, gdy będą oni w stanie dać interpretację każdego konkretnego przypadku pozostającego w łączności z dziedzicznością. Ten stan jest jeszcze sprawą przyszłości. Tymczasem możemy jednak już stwierdzić, że poza jedną powyżej zaznaczoną rozbieżnością, dotyczącą nadmiernie wielkich współczynników dziedziczności u dalszych pokoleń potomków, co do której istnieje zresztą możliwość, że stanowi ona konsekwencję stosowanych metod badania, lub też nie uwzględnionych czynników ubocznych (dobory), badania biometryczne nie dostarczyły argumentów kwe-

*) Praca ta in extenso ukaże się w zeszycie trzecim b. r.

stjonujących poglądy genetyków. Co więcej najcenniejsze argumenty przemawiające na ich korzyść stanowią wyniki stosowania metod biometrycznych.

Przechodząc do zagadnienia ogólności poszczególnych Praw Mendel'a należy stwierdzić, że zupełnie powszechne jest jedynie prawo rozszczepienia. Zjawisko dominacji obserwujemy coprawda dość często. Nie jest ono jednakowoż bynajmniej powszechne. Mamy tu przytem do czynienia z bardzo różnemi kombinacjami. Tak naprzykład przy dziedziczeniu kategoryj serologicznych dwie kategorje (A i B) dominują w stosunku do trzeciej (O), dając przy krzyżowaniu formę pośrednią (AB.). Trzecie prawo Mendel'a natomiast, a mianowicie prawo niezależności cech, nie posiada bodaj poważniejszego znaczenia, gdyż mimo ciągłego krzyżowania się składników ludności europejskiej od okresu paleolitycznego aż do doby obecnej mamy nietylko do czynienia ze składnikami reprezentującemi współcześnie żyjące elementy rasowe, ale określanie systematyczne poszczególnych osobników nie nastręcza poważniejszych trudności przy zastosowaniu współczesnych metod statystycznych.

PROF. DR. EMIL GODLEWSKI, JUNIOR — PROBLEMAT DZIEDZICZENIA CECH NABYTYCH-CHOROBA JAKO CECHA NABYTA.

DOC. DR. JULJUSZ MORAWSKI. — BADANIA NAD DZIEDZICZNOŚCIĄ W PATOLOGJI LUDZKIEJ.

PROF. DR. STEFAN BOROWIECKI. — AKTUALNE ZAGADNIENIA PSYCHIATRYCZNE ZWIĄZANE Z DZIEDZICZNOŚCIĄ.

Streszczeń nie nadesłano.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane:

DR. MIECZYSŁAWA BRUNOWA. — BADANIA NAD DZIEDZICZNOŚCIĄ NA PODSTAWIE MATERJAŁÓW ZEBRANYCH W KLINICE PSYCHJATRYCZNEJ UNIW. WARSZAWSKIEGO.

Pokaz tablic, ilustrujących stosunki dziedziczenia konstytucji sytonicznej, względnie psychozy manjakalno-depresyjnej i konsty-

tucji schizoidalnej, względnie schizofrenji; wnioski, wynikające z powyższych stosunków.

DR. BOLESŁAW SIWIŃSKI. PORAŻENIE POSTĘPUJĄCE A DZIEDZICZNOŚĆ.

Streszczenia nie nadesłano.

DRUGI DZIEŃ ZJAZDU
PRZEZNACZONY JEST NA OMÓWIENIE SCHIZOFRENJI.

Referaty główne:

DR. WŁADYSŁAW STRYJEŃSKI. WSPÓŁCZESNE POGLĄDY NA SCHIZOFRENJĘ.

DR. GUSTAW BYCHOWSKI. SCHIZOFRENJA W ŚWIETLE PSYCHOANALIZY.

Streszczeń nie nadesłano.

PROF. DR. JAN MAZURKIEWICZ. ABIOTROFICZNY POGLĄD NA SCHIZOFRENJĘ.

Pokrewne poglądy na schizofrenję innych autorów. Wymagania, stawiane od schorzeń, zaliczanych do dziedziczno-rodzinnych. Wymaganiom tym odpowiada tylko pewna kategorja przypadków schizofrenji.

Drugą kategorję stanowią przypadki, powstające na tle wrodzonej konstytucji schizoidalnej.

Trzecią kategorję stanowią przypadki schizofrenji, powstającej pod wpływem szkodliwości zewnętrznych, które działają na konstytucję schizoidalną, syntoniczną lub normalną.

Stosunek schizofrenji do innych psychoz konstytucjonalnych.

Schizofrenja, jako schorzenie układu psychomózgowego.

DR. WŁADYSŁAW STERLING. ZWIĄZEK SCHIZOFRENJI Z WYDZIELANIEM WEWNĘTRZNEM.

Streszczenia nie nadesłano.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane.

Dr. JAN NELKEN. SCHIZOFRENJA A PRZESTĘPCZOŚĆ.

Streszczenia nie nadesłano.

DR. W. MATECKI i H. SPIELBAUM.

TYPY PSYCHOFIZYCZNE KRETSCHMERA W ŚWIETLE WŁASNYCH BADAŃ.

Książka Kretschmera pod tytułem „Körperbau und Charakter" (1921), wysunąwszy mnóstwo zagadnień natury somatycznej, psychologicznej i wzajemnego ich biologicznego stosunku, odbiła się głośnem echem w literaturze psychjatrycznej. Od 1921 r. cały szereg badaczy zajmuje się sprawdzaniem koncepcji Kretschmera, przyczem obok prac antropometrycznych (Sioli i Meyer, Olivier, Henckel, v. Rohden, Weissenfeld) i krytycznych rozważań psychologicznych (Ewald, Bleuler, Hoffmann i inni), zjawiają się ostatnio prace eksperymentalno-psychologiczne Munz, van der Horst, Kibler, Haarer i inni), oraz poświęcone zagadnieniu stosunku wzajemnego konstytucji i rasy, zapoczątkowane przez Stern-Pippera.

Nasza praca jest rezultatem badań szczegółowych, przeprowadzonych na 100 schizofrenikach-żydach, urodzonych na terenie b. Król. Polskiego. Zajęliśmy się li tylko wyodrębnieniem typów konstytucyjnych, trzymając się ściśle opisów Kretschmera, charakterystyką bliższą tych typów, jakoteż stwierdzeniem i określeniem biometrycznem stopnia korrelacji zachodzącej między konstytucją cielesną a psychozą, z uwzględnieniem wyników dostępnych nam z dotychczas ogłoszonych prac. Badania antropometrycznego dokonaliśmy ogólnie przyjętemi metodami, opisanemi przez R. Martina (Lehrbuch der Anthropologie, 1914), w opracowaniu biometrycznem posługiwaliśmy się metodami statystycznemi (Czekanowski, Czuber, Youle).

Śród zbadanych schizofreników mogliśmy naogół z łatwością wyodrębnić typy konstytucyjne opisane przez Kretschmera: leptosomny (asteniczny), atletyczny, dysplastyczny i pikniczny. Występowanie poszczególnych typów ilustruje tabela Nr. 1.

TABL. I. CZĘSTOŚĆ TYPÓW KONSTYTUCYJNYCH WŚRÓD SCHIZOFREN.

TYP	% %
Leptosomni	56
Atleci	9
Leptosomo-atletyczni	1
Dysplastyczni	11
Piknicy	13
Miesz.-pikniczni	7
Nie dający się określić	3
	100

TABL. II. ZESTAWIENIE WYNIKÓW PRAC RÓŻNYCH AUTORÓW.

	Kretschmer, Tübingen		Beringer Düser, Heidelberg		Ewald, Erlangen	Sidi, Klott, Meyer, Bonn		Olivier, Düren		Vercian, Lucca (Włochy)		Henckel, Monachjum		Jakob Moser, Królewiec		Van der Horst, Groningen (Holandja)		Michel, Weber, Feldhof b. Graz		Wyrsch, St. Urban Luzern (Szwajcarja)		O. Rohden Gründler b. Halle		Weissenfeld		Matecki Szpielbaum	
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schizofrenicy	175					43		64				100								192		220		64		100	
Astenicy	81	46,3				7	16,3	27	42,2			34								82	42,75			18	28,1	56	
Atletyczni	31	17,7				7	16,3	8	12,5		59,3	25			54,2		66,0		74,5	28	14,58			42	65,6	9	
Asteniczno-atletyczni	11	6,3				15	34,9	3	4,7			27			12,5					36	18,75	159	72,3			1	
Dysplastyczni	34	19,4		20,5		4	9,2	8	12,5		10,8	11							6,4	17	8,9	34	15,5			11	
Piknicy	2	1,1			Poszczególni	1	2,3	6	9,4		22,9	—			14,9		4		18,4	7	9,4			4	65,6	13	
Miesz. pikniczn.	3	1,7				9	20,7	9	14,0			2								11		15	6,8			7	
Nie dający się określić	13	7,4				—	—	3	4,7			1								11	5,73					3	
Cyrkularni	85					18						73										88					
Astenicy	4	4,7				—						12									0	11	12,1	6	20,7		
Atletyczni	3	3,5				—					15,2	3			8,3		12,0		25,8		0			2	4,3		
Asteniczno-atletyczni	2	23,5				—						7															
Dysplastyczni	—					—					0	—			0				0								
Piknicy	85	68,2			Często	3						33								10	100	77	84,6	20	83,3		
Miesz. pikniczn.	14	19,5				6					84,5	9			87,5		77,0		74,2	8							
Nie dający się określić	4	4,7				9						9															

W Tab. II. zestawiliśmy wyniki innych autorów. Jak w
z zestawienia: 1) w naszym materjale w 77% przypadków wyste
konstytucje, które według Kretschmera wykazują specyficzne pow
wactwo do schizofrenji (leptosomna, atletyczna, i typy dysplastyc
i pod tym względem nasze wyniki stoją w całkowitej zgodności z r
tatami innych autorów, natomiast 2) wśród schizofreników-ży
stwierdziliśmy znacznie wyższy odsetek typów leptosomnych.
o tej różnicy stanowi moment rasowy na razie trudno jest coś de
tywnego powiedzieć. W niektórych przypadkach schizofrenji u c
ników z budową pikniczną mogliśmy stwierdzić pewne osobliw
obrazu klinicznego, charakterystyczne dla psychozy manjakalno
presyjnej.

Uważaliśmy za wskazane ująć liczbowo związek między
dową cielesną a psychozą, drogą obliczenia współczynnika korrel
Wskutek tego, że w pracach innych autorów nie znaleźliśmy uwzg
nienia przypadków psychoz mieszanych (w naszym materjale miel
kilka takich wypadków), nie mogliśmy w tym celu zastosować me
obliczenia współczynnika współzależności dla zmienności fluktuacyj
zmuszeni byliśmy natomiast zastosować wzór dla zmienności alte
tywnej. Podkreślamy z naciskiem, iż tem samem nie zajęliśmy st
wiska, ku któremu zdaje się skłaniać Kretschmer, że jeśli ch
o psychozy endogenne, to wszystko, co nie jest schizofreniczne, jest
larne i przeciwne. Tę kwestję bowiem mogą rozstrzygnąć jedynie
sze badania zarówno somatyczne, jak i psychologiczne. Dotych
sowe badania, obejmujące przeszło tysiąc osobników łącznie z nasz
przedstawiają materjał w zupełności wystarczający do tego rod
obliczeń.

Celem obliczenia zestawiliśmy następującą tabelę:

TABLICA III.

	Oy (Cyrkularni)	ly (Schizofrenicy)	
OX Piknicy	P_1 208	P_2 71	Pox 279
IX Atleci Leptosomn— Dysplast.	P_3 62	P_4 663	Plx 725
	Poy 270	ply 734	1004

Przyczem P_1 oznacza ilość cyrkularnych o budowie piknicz
P 2 — ilość schizofren. o budowie piknicznej, P 3 — ilość cyrkulari

o budowie niepiknicznej, P 4 — ilość schizofren. o budowie niepikników, Poy — całkowitą ilość cyrkularnych i Ply — całkowitą ilość schizofreników.

Wzór dla obliczenia korrelacji brzmi (Lang, str. 420, Bauer, str. 150):

$$r = \frac{P1 \cdot P4 - P2 \cdot P3}{\sqrt{POX \cdot PIX \cdot POX \cdot PCX}} = \frac{208 \cdot 663 - 71 \cdot 62}{\sqrt{279 \cdot 725 - 270 \cdot 734}} = + 0{,}67$$

Z obliczenia wynika, że r = + 0,67. Przy zupełnej pozytywnej korrelacji r wynosiłby + 1, przy negatywnej r wynosiłby — 1. Określony przez nas współczynnik jest wysoki, wystarczy bowiem podać, iż współczynnik korrelacji dla tak ściśle sprzężonych cech, jak barwa oczu i włosów wynosi + 0,2189.

Tem samem uważamy, że podaliśmy ścisły dowód matematyczny istnienia głębokiej współzależności między psychozą a odpowiednią budową fizyczną, co, obok cennych cech rozpoznawczych może mieć znaczenie djagnostyczne.

W dalszym ciągu zajęliśmy się bliższą morfoligiczną charakterystyką poszczególnych typów konstytucyjnych. Na podstawie naszego materjału możemy dać dokładny wizerunek somatyczny typu leptosomnego (56 przypadków) i typu piknicznego (13 przypadków). Przyczem jest rzeczą godną podkreślenia, że już stosunkowo niewielka ilość przypadków (13) z budową pikniczną wystarczyła dla jej charakterystyki, co wskazuje na wielką jednolitość tego typu konstytucyjnego. Natomiast nie o wiele mniejsza ilość atletów (9) nie dała nam wyraźnego obrazu, co stoi w zgodzie z wnioskami innych autorów, którzy usiłowali przeprowadzić podział grupy atletycznej na kilka podtypów; tak np. Chaillou i Mac Auliffe wyodrębniają „type long" „court" swego „type musculaire", a Weissenfeld przeprowadza jeszcze bardziej drobiazgowy podział na Weich-Breit- i Hochathleten.

Przechodząc do zobrazowania typu leptosomnego i piknicznego, rozpatrzmy kilka cech, które zdaniem naszem rzucają dostateczne światło na zasadnicze różnice, zachodzące między temi grupami.

A więc co się tyczy wzrostu, już średnie arytmetyczne wykazują dużą różnicę 9 cm.

Leptosomni M = 162.93 cm.

Piknicy M = 158.8 cm.,

a więc nasi piknicy są wzrostu niskiego, leptosomni wzrostu powyżej średniego.

Tułów pikników jest względnie dłuższy i szeroki, leptosomnych zaś względnie krótszy i wąski.

Wskaźnik Pigneta daje ogólny obraz budowy cielesnej; wzór dla obliczenia ma postać następującą:

Wsk = wzrost (w cm.) — (obwód piersi (w cm.) + waga (w kg.)

TABL. IV. WSKAŹNIK PIGNETA.

	Leptosomni	Piknicy
Budowa bardzo mocna (X—15)	—	58,4%
mocna (11—15)	—	25,0%
dobra (16—20)	12,5%	—
mierna (21—25)	25,0%	8,3%
wątła (26—30)	25,0%	—
bardzo wątła (31—35)	17,5%	8,3%
zła (36— X)	20,0%	—

Najwybitniejsze różnice stwierdziliśmy w kończynach górnych i dolnych zarówno pod względem długości jak i grubości; różnice ujawniają się w wymiarach bezwzględnych i w stosunku do tułowia (proporcje).

TABL. V. ŚREDNIE ARYTM. DLA KOŃCZYN.

	Leptosomni	Piknicy
Długość bezwzgl. koncz. górnej	73,32 cm.	68,25 cm.
„ koncz. gór. w % tułowia	150,44	143,15
„ „ dolnei bezwzgl.	84,5 cm.	75,7 cm.
„ „ „ w % tułowia	172,9	158,5

Kończyny leptosomnych są długie i cienkie, pikników krótkie i grube. Jeszcze bardziej przekonywujące są tabele VI i VII, w których rozpatrujemy kończyny pod względem częstości występowania poszczególnych rodzajów kończyn.

TABL. VI. KOŃCZYNY GÓRNE.

	Leptosomni	Piknicy
Długoręcy (145—X)	72%	38%
Miernoręcy (140—144,99)	16%	31%
Krótkoręcy (X—139,99)	12%	31%

TABL. VII. KOŃCZYNY DOLNE.

	Leptosomni	Piknicy
Długonodzy (177—X)	36%	—
Miernonodzy (161—176,96)	52%	62%
Krótkonodzy (X—160,99)	12%	38%

Bardzo wymowne są różnice w budowie i kształcie twarzy leptosomnych i pikników. Również i nasze badania usprawiedliwiają w zupełności porównanie Kretschmera, że twarz jest kartą wizytową ogólnej konstytucji. Kształt twarzy leptosomnych jest przeważnie podłużny owalny, często jajowaty, z profilu szczęka dolna jest cofnięta, (często winkel-profilu — profil kątowaty) pikników zaś pięciokątne lub tarczowate.

Poniższe tabele Nr. VIII i IX ilustrują częstość występowania poszczególnych typów twarzowych i rozwój żuchwy u leptosomnych i pikników.

TABL. VIII. ŻUCHWA.

	Leptosomni	Piknicy
Wąskożuchwowi (X—71,99)	57%	31%
Miernożuchwowi (27—77,99)	38%	61%
Szerokożuchwowi (78—X)	5%	8%

TABL. IX. TWARZ.

	Leptosomni	Piknicy
Ponadszerokotwarzowi (X—78,9)	13%	31%
Szerokotwarzowi (79—83,9)	32%	54%
Miernotwarzowi (84—87,9)	32%	15%
Wąskotwarzowi (88—92,9)	23%	—

Śród grupy schizofrenicznej w zgodności z innymi autorami stwierdzieliśmy niezwykle częstą obecność cech zwanych degeneracyjnemi, jak Turmschädel, asymetrje twarzy i głowy, deformacje i asymetrje ucha, brak lub przyrośnięte płatki uszne, wysokie podniebienie i inne, przyczem u niektórych osobników cechy te występowały łącznie, dając obraz status degenerativus w pojęciu Bauera. Zwróciliśmy uwagę na charakter zgryzu i zaobserwowaliśmy częste występowanie zgryzów patologicznych (Tab. X.)

TABL. X. ZGRYZ SCHIZOFREN.

Stegodontja	66%
Opistodontja	6%
Ortodontja	8%
Progenja	15%
Zgryzy skrzyżowane	3%
Nieokreślone	2%

Obserwacyj tego rodzaju nie spotykaliśmy w dotychczasowych pracach poświęconych zagadnieniom konstytucji.

Stern-Pipper pierwszy postawił zarzut Kretschmerowi, iż typy konstytucyjne przez niego wyodrębnione są identyczne z zasadniczemi elementami rasowemi ludności Europy. A więc według Sterna-Pippera piknik miałby odpowiadać homo alpinus, typ leptosomny homo nordicus, typ atletyczny — homo dinaricus. Stwierdzanie typów kretschmerowskich na materjale odmiennym rasowo (żydzi polscy pod względem antropologicznym stanowią w przeważnej części konglomerat rasy armenoidalnej z orjentalno-semicką plus domieszki ludności miejscowej) dowodzi, iż typy konstytucyjne występują wśród ludzi najrozmaitszych ras. Rozwiązanie jednak niezmiernie ciekawego zagadnienia bliższego stosunku między konstytucją a rasą może nastąpić jedynie drogą dalszych badań metodologicznie zupełnie odmiennie od prac dotychczasowych (Stern - Pipper, Kretschmer, Henckel, Rhoden).

W dalszych naszych pracach postaramy się zająć stanowisko wobec powyższego problematu, jak również wobec zespołu innych zagadnień, wiążących się z niezwykle płodnemi koncepcjami Kretschmera.

ALEKSANDER PIOTROWSKI. OBJAWY SCHIZOFRENIJNE — A OSOBOWOŚĆ PSYCHOPATOLOGICZNA W SCHIZOFRENJI.

Nawiązując do myśli zawartych w referacie o otępieniu, wygłoszonym na Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie w 1922 r. (cf. Now. Psychjatr. 1924 nr. 1, 2, 3) oraz w uzupełnieniu wywodów w referacie swoim o schizofrenji opracowanym dla Zjazdu warszawskiego w roku ubiegłym (cf. Now. Psychjatr. 1925 nr. 3), autor stara się wykazać, że schizofrenja nie jest grupą chorobową jednolitą, lecz przedstawia zbiorowisko objawów psychopatologicznych, które w różnych kombinacjach zachodzą mniej lub więcej regularnie w rozmaitych zaburzeniach psychicznych odrębnych pod względem istotnym.

Tem się tłumaczy obfitość i wielorakość postaci chorobowych spotykanych pod firmą „schizofrenja“ oraz sprzeczne wyniki badań anatomopatologicznych w tych przypadkach.

Zjawiska tego nie należy tłumaczyć tylko ew. błędami diagnostycznemi. Chodzi tu raczej o błędne nastawienie poglądów na istotę schizofrenji.

Tak zw. rdzenne objawy schizofrenijne jak np. autyzm albo ambiwalencja bynajmniej nie są specyficzne dla schizofrenji, albowiem zachodzą one również często w innych zachorzeniach psychicznych różnego typu.

Autyzm nie jest objawem specyficznym, pierwotnym, lecz wtórnym, często artefaktem i powstaje przeważnie w samotności u pacjentów zaniedbanych.

Objaw ambiwalencji stwierdza się niekiedy także w melancholji. Wyciągnięcie ręki na powitanie i natychmiastowe cofnięcie jej oznacza ambiwalencję, albowiem chory dąży do celu i równocześne cofa się; grzeczność nakłania go do wyciągnięcia, a równocześnie poczucie własnej niegodności nakazuje cofnąć rękę — tak przynajmniej melancholik tłumaczy sprzeczne zachowanie swoje.

Rozrzutne szafowanie diagnozą „schizofrenja", postawioną na tle podobnych objawów zewnętrznych i związane z nią omyłki prognostyczne wytworzyły niepewność w ocenianiu przypadków chorobowych.

Wobec tego nie zaleca się rozpoznawać schizofrenji tylko na podstawie złudnych objawów zewnętrznych; należałoby raczej ująć psychozę od wewnątrz i uchwycić osobowość psychopatologiczną, która jest typową, o ile uwzględni się kardynalne kryterjum chorobowe, tj. rozpad molekułu psychicznego (posługując się językiem Rogues de Fursac'a) polegający na rozluźnieniu łączności między głównemi czynnikami psychicznemi — a więc ideatywnemi, afektywnemi, reaktywnemi.

Ten rozpad molekułu psychicznego przejawia się wyraźnie w hebefrenji; jeszcze więcej uwydatnia się on w schizofazji. Obie postacie chorobowe przedstawiają psychozy o charakterze przewlekłym.

Tam, gdzie molekuł psychiczny jest zachowany, o schizofrenji nie powinno być mowy.

Zatem wszystkie inne psychozy, jak parafrenja, liczne reakcje psychopatyczne, psychozy z urojeniami polimorficznemi, nie należą do grupy schizofrenijnej.

Z wyjątkiem parafrenji są to psychozy przeważnie przemijające, niekiedy powrotne, atoli nie kończące się tą osobliwą zmianą osobowości psychicznej, tak charakterystyczną dla hebefrenji i schizofazji.

Katatonja jako choroba raczej neurologiczna aniżeli psychjatryczna winna być odczepiona od schizofrenji, choroby par excellence psychjatrycznej.

Schizofrenja tak pojęta miałaby granice zwężone, co wpłynęłoby dodatnio na pewność rokowania. Badania anatomopatologiczne odbywałyby się z pewniejszą celowością; wyniki tych badań z czasem stałyby się zrozumialsze, ustaliły i związałyby się nierozerwalnie z postacią kliniczną psychozy.

DR. OSKAR BIELAWSKI. BADANIA PRZEJAWÓW TOKSYCZNYCH W KATATONJI I HEBEFRENJI.

Ref. w jednej ze swych prac poprzednich*) stwierdził, że schizofrenja pojmowana za Bleulerem i jego adherentami, — nie stanowi bynajmniej jednolitej, pod względem klinicznym, grupy chorobowej, nie stanowi nawet wyraźniejszego symptomatologicznego zespołu chorobowego i jest zbiorowiskiem różnych jednostek klinicznych. Niektóre więc z pomiędzy nich winne należeć już to do grupy psychoz. manj. depr., psychoz. podaczkowych, pomieszania okresowego wzgl. innych. Ref., pozatem, wysuwa też nowy punkt widzenia dla ujęcia pozostałych (w schizofrenji) postaci chorobowych. Charakteryzują je wspólnie zaburzenia, świadczące o zmianach organicznych (zwyrodnieniowych) w podstawie mózgu. Przyczyną degeneracji jest zatrucie.

To też Ref. w pracy tej podjął się szeregu badań laboratoryjnych i doświadczeń klinicznych mających wykazać słuszność „toksycznej koncepcji" dla wyodrębnionych ze schizofrenji grup (hebefrenji i katatonji). Narazie podjęte są badania moczu tych chorych na odczyn czarny Buscaina (nitrat d'argent chaud), dalej badanie ustosunkowania się krwinek u tych chorych (hemoklastyczna kryza Widala) i inne. Obok z tem podjęto stosowania (przy kuracji świeżych przypadków tego zachorzenia) zabiegów zmierzających do rościeńczenia i zneutralizowania domniemanych toksynów w ustroju chorego.

Dotychczasowe wyniki pozwalają uważać obecność w ustroju szkodliwych dla niego aminokwasów (grupy imidazotowej), jako czynnika intoksykacyjnego za prawdopodobne.

Przypadki (świeże) katatonji i hebefrenji, ujęte rozpoznawczo według koncepcji Bielawskiego zachowywały się, w stosunku do omawianych doświadczeń w sposób jednolity, co by również przemawiało za słusznością tej koncepcji.

DR. WŁADYSŁAW MEDYŃSKI. KONSTYTUCJA I WEWNĘTRZNE WYDZIELANIE W SCHIZOFRENJI.

Tenże — TWÓRCZOŚĆ ARTYSTYCZNA W SCHIZOFRENJI.

Streszczeń nie nadesłano.

*) Patrz „Schizofrenja", Now. Psych. 1925 zesz. IV.

TRZECI DZIEŃ ZJAZDU

OBEJMUJE SPRAWĘ OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W POLSCE.

Referaty główne:

DR. WŁADYSŁAW BEDNARZ. STAN OPIEKI NAD CHORYMI PSYCHICZNIE W PAŃSTWIE POLSKIEM W CHWILI OBECNEJ — MATERJAŁY DO WYPRACOWANIA PLANU ORGANIZACJI TEJ OPIEKI W PRZYSZŁOŚCI

Streszczenia nie nadesłano.

ALEKSANDER PIOTROWSKI. O STANIE OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W B. ZABORZE PRUSKIM. (patrz str. 67).

DR. ROMAN ZAGÓRSKI. O OPIECE NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W MAŁOPOLSCE.

Streszczenia nie nadesłano.

Odczyty uzupełniające:

DR. WITOLD ŁUNIEWSKI. NIEDOMÓWIENIA USTAWODAWSTWA HAMUJĄCE ROZWÓJ OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.

Katastrofalny brak miejsc dla pomieszczenia w Polsce conajmniej 20 000 chorych psychicznie nie jest niespodzianką. Opłakany stan opieki nad chorymi psychicznie w naszym kraju znany był dobrze przed wojną i katastrofy dzisiejszej nie można było nie przewidzieć.

Budowa kilku większych zakładów we wschodnich częściach Państwa stała się palącą potrzebą.

Uchwały wszystkich Zjazdów naszych, tej sprawy dotyczące nie osiągają wyników pozytywnych. Zamiast budowy nowych zakładów doczekaliśmy się zamykania istniejących.

Przyczyna bezowocności dążeń, zmierzających do realizacji postulatów opieki nad psychicznie chorymi, polega na tem, że nie da się uchwycić czynnika ustawowo odpowiedzialnego za wykonywanie opieki nad chorymi psychicznie.

Zasadnicza Ustawa sanitarna z dn. 19. VII. 1919 r. nakłada obowiązek opieki nad psychicznie chorymi nie na Państwo, lecz na nieokreślone bliżej organy „ciał samorządowych". Niepodobna myśleć, żeby „ciałem" tem mogła być gmina miejska lub wiejska, ani nawet powiatowy związek komunalny. Samorządu wojewódzkiego nie mamy.

Pomimo to znaleźć możemy w samem ustawodawstwie obowiązującem momenty wskazujące na to, że i Państwo winno by się zainteresować sprawą zakładów psychjatrycznych. Przedewszystkiem państwowy organ wymiaru sprawiedliwości potrzebuje miejsca dla pomieszczenia pewnej kategorji przestępców, uznanych za niepoczytalnych, którzy po myśli § 39 obowiązującego w b. zaborze rosyjskim Kodeksu Karnego podlegają przymusowemu internowaniu w zakładach leczniczych.

„Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonarjuszów Państwowych i zawodowych wojskowych" z dnia 11. XII. 1923 r. w § 42 przewiduje niedwuznacznie istnienie (Państwowych Zakładów dla umysłowo chorych i możność leczenia w nich na koszt Skarbu Państwa umysłowo chorych emerytów. Wykonanie tej Ustawy należy do Ministra Skarbu.

„Ustawa o opiece społecznej" z dnia 16. VIII. 23 r. nakłada na Państwo ciężar opieki nad obywatelami, którzy w żadnej gminie nie nabyli praw do opieki trwałej. Z art. 13 tej Ustawy wynika wyraźnie tytuł do opieki państwowej nad psychicznie chorymi włóczęgami. Wykonywać ją winien Minister Pracy i Opieki Społecznej oraz Mnister Zdrowia Publicznego — każdy w zakresie swoich kompetencji.

Są więc tytuły do zainteresowania Państwa sprawą budowy, ale niema gotowego przepisu, któryby wskazywał realną drogę do dania wyrazu tym zainteresowaniom.

Wydaje mi się, że do czasu powstania samorządu wojewódzkiego budową brakujących zakładów mogłyby zająć się jedynie ad hoc powołane t. zw. celowe związki samorządów powiatowych w granicach jednego lub kilku województw. Państwo mogłoby i powinno dać w tej mierze inicjatywę, udzielić związkowi subwencji bezzwrotnej i pożyczek.

Druga sprawa, która nas w związku z zagadnieniami opieki nad psychicznie chorymi interesować musi polega na uregulowaniu kosztów utrzymania chorych niedość zamożnych, którzy tych kosztów sami pokryć nie są w stanie.

Zamętowi jaki powstał w tej dziedzinie prawa podczas wojny wskutek splotu różnorodnych kolidujących ze sobą rozporządzeń jak również i przeżytemi zasadami prawa rosyjskiego, nakładającemi ciężar opieki nad ubogimi chorymi na gminy stałej przynależności, miała położyć kres polska „Ustawa o opiece społecznej" z dnia 16. VIII. 1923 r. Ustawa wprowadza nowoczesne pojęcia siedziby zasiłkowej

w gminie ostatniego rocznego bytu ubogiego, rozgranicza wyraźnie obowiązki poszczególnych szczebli w hierarchji organizacji samorządowej w zakresie opieki społecznej w szczególności opieki zakładowej i pozazakładowej. Do zakresu opieki społecznej ustawa wciąga wyraźnie „starców, inwalidów", nieuleczalnie chorych, umysłowo upośledzonych i wogóle ludzi niezdolnych do pracy". Ustawa podpisana przez Ministrów Pracy i Zdrowia i Spraw Wewnętrznych zredagowana jest tak niefortunnie, że poczęła budzić wątpliwości, czy dotyczy ona opieki zakładowej nad chorymi psychicznie. Rozporządzenie Min. Spr. Wewn. z dnia 29. II. 24 r. dało powód do komentowania prawa w tym sensie, że nie dotyczy ono kosztów leczenia chorych, za które odpowiedzialną miałaby być po dawnemu gmina stałego miejsca zamieszkania po myśli ustaw rosyjskich.

W Samorządach gminnych powstał spór o to, czy pacjent zakładu psychjatrycznego jest „nieuleczalnie chorym" czy też uleczalnym, czy jest lub nie jest eo ipso umysłowo upośledzonym. Spór oparł się o trybunał administracyjny — rozstrzygnięcie nie jest jeszcze znane. W międzyczasie Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej polskiej z dnia 29. VI. 24 r. wydane na podstawie Ustawy o naprawie skarbu uchyliło moc § 13 Ustawy o opiece społecznej, przerzucając obowiązki ciążące na Państwie na barki Samorządów Komunalnych Wojewódzkich — do czasu zaś wprowadzenia w życie Samorządu Wojewódzkiego rozporządzenie Prezydenta nakazuje przeprowadzenie repartycji kosztów, któreby obciążały po myśli Ustawy Państwa — pomiędzy powiatowymi związkami komunalnymi, wchodzącymi w skład województw w stosunku do liczby ich mieszkańców.

W związku z zarządzeniami rządowemi mającemi na celu sanację finansów państwowych w Ministerstwie Skarbu powstała koncepcja t. zw. samowystarczalności zakładów leczniczych. W szczególności zakłady psychjatryczne, figurujące przedtem bezpośrednio w budżecie Państwa zostały z tego budżetu wyłączone. Konieczność zapewnienia szpitalom środków na ich utrzymanie, wpływających niezmiernie opieszale, spowodowała rozporządzenie M. S. W. z dnia 29. II. 24 r. nakazujące władzom Samorządów Powiatowych wpłacanie kosztów leczenia za wszystkie podległe im gminy zaliczkowo w ciągu 8 dni od daty otrzymania rachunków. Rozsądne i zasługujące na uznanie rozporządzenie to nie jest niestety wykonywane, a jego prawomocność co gorsza została poddana kwestji.

Ustawa z dnia 19. 3. 1925 r. uchyla datujący się od roku 1841 obowiązek gmin wyznaniowych żydowskich opłacania kosztów leczenia za ubogich żydów i podporządkowuje chorych wyznania mojżeszowego z dniem 18. IV. 1925 r. prawom ogólnym.

Koszty za ubogich żydów powstałe przed wejściem w życie Ustawy, których ściąganie zostało począwszy od 25. XI. 1921 r. zawieszone mają być przecież pokryte przez gminy wyznaniowe i zasilić środki egzystencji „samowystarczalnych" szpitali. — Znaczne kwoty wynikających z tego tytułu zaległości należą w rzeczywistości do nieściągalnych. Pomimo ciężkich warunków bytu szpitali związanych z trudnościami ściągania ich należności z gmin — warunków szczególniej dotkliwych w zakładach psychjatrycznych, gdzie ubodzy chorzy stanowią przytłaczającą większość — ustawodawstwo nasze nakłada na szpitale ciężary bez realnego pokrycia.

Ustawa z dnia 19. V. 20 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby daje mianowicie instytucjom Kas Chorych przywilej opłacania w szpitalach „połowy własnego (ich) przeciętnego kosztu leczenia i utrzymania chorego". — Ustawa nie wskazuje praktycznie dającego się zastosować klucza do rozwiązania zagadki, kto i w jaki sposób będzie pokrywał pozostałą resztę „własnego przeciętnego kosztu" leczenia chorego i losy „samowystarczalnej" instytucji szpitalnej obciążone taką daniną traktują lekceważąco.

Doniosłym krokiem naprzód w interesującej nas sprawie będzie „Ustawa o pokrywaniu kosztów leczenia za chorych w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego", której projekt poprawiony w Senacie, doczekał się już w końcu marca rb. 3 czytania w Sejmie i ma się stać niebawem prawem. Koszty leczenia ubogich mają być po myśli projektowanej ustawy pokrywane przez gminy, w których chory zamieszkiwał przez rok jeden w ostatnim trzechleciu, względnie przez Powiatowe Związki Komunalne o ile rocznego miejsca zamieszkania w gminie ustalić się nie da. Najdonioślejszą zasługą mającej wejść w życie Ustawy będzie ściślejsze i humanitarniejsze określenie pojęcia ubóstwa niż to, jakiem operowały nasze gminy dotychczas. Projekt ustawy zalicza do liczby ubogich nie tylko tych co nic nie posiadają, ale także i tych, którzy nie będą w stanie „opłacić kosztów leczenia bez uszczerbku dla istnienia warsztatu pracy" zarówno samego chorego jak „i jego krewnych wstępnych i zstępnych w linji prostej".

Minie zapewne sporo czasu jeszcze zanim Ustawa wejdzie w życie, stworzy ona przecież podstawę do racjonalnej opieki i do przyszłej unifikacji naszego prawodawstwa w tej dziedzinie. Jakkolwiek praca ustawodawcza w zakresie opieki nad chorymi jak widać z powyższego powoli ale stale postępuje naprzód, to jednak ignoruje ona jeszcze całkowicie postulaty specyficzne, jakie stwarza zagadnienie opieki nad chorymi psychicznie, której ciężary wymagają rozłożenia na szersze barki wyższych jednostek administracyjnych.

Sądzę, że nadszedł czas najwyższy po temu, żeby w zaniedbanym b. zaborze rosyjskim Polski zajęto się sprawami opieki nad chorymi psychicznie i przygotowano grunt do planowej akcji realnej w zakresie tak bardzo pilnych niedomagań.

DR. ADOLF FALKOWSKI. PIERWIASTKI WYCHOWAWCZE W LECZENIU PSYCHICZNIE CHORYCH.

DR. ANTONI IWANOWSKI. OPIEKA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.
Streszczeń nie nadesłano.

Poza tematami głównemi zgłoszono następujące odczyty:

DR. JULJAN GAWROŃSKI. (Dziekanka) RZUT OKA NA BIOLOGICZNE PODSTAWY ROZWOJU I WYCHOWANIA DZIECKA

We współczesnych poglądach na rozwój dziecka kładzie się szczególny nacisk na aktywność tego rozwoju. Czynna natura dziecka, jego rozwijająca się jaźń, aktywności pełna, winna wchodzić w bezpośredni kontakt ze światem zewnętrznym i ztamtąd samodzielnie czerpać pokarm dla wzbogacenia powstającej świadomości, dla pomnożenia swoich przeżyć. Wychowawca powinien być w tej czynnej pracy dziecka tylko współdziałającym jego pomocnikiem, — cichym mistrzem.

Te zupełnie usprawiedliwione dążenia dzisiejszej pedologji, wcielające się powoli w praktykę pedagogiczną a oparte na obserwacji i doświadczeniu, znajdują silne oparcie w dziedziczności i jej przemożnych, decydujących wpływach na rozwój.

W embryologicznych fazach rozwojowych, w okresach, kiedy dziecko jako płód nie jest jeszcze istotą psychiczną, nie doznaje przeżyć w zetknięciu zmysłów ze światem zewnętrznym, bo ani narządy zmysłowe, ani mózg jako źródło powyższych czynności życiowych nie są jeszcze rozwinięte, ale znajdują się raczej w zawiązku, wówczas zachodzą już w życiu zarodka ludzkiego odziedziczone popędy

rozwojowe, które wskazują na jego (zarodka) aktywność, na jego czynne stanowisko wobec zjawisk rozwojowych. On, płód dzięki odziedziczonym właściwościom samoorganizacyjnym, mnemicznym ekforjacjom, staje się budowniczym własnego ustroju i w tej rozbudowie fundamentów ustrojowych postępuje tak, jak gdyby był świadom planu filogenetycznego, przejawiającego się odwiecznie w pniu zwierzęcym, a krystalizującego się odmiennie dla każdego gatunku, a więc i człowieka.

Złożone zjawisko biologiczne, które w rozwoju i w bycie człowieka dojrzałego nazywamy przeżyciem, jest wynikiem stosunku ludzkiego „ja" do świata zewnętrznego. Wszystkie psychizmy, wyobrażenia, pojęcia, sądy, akty poznawania i woli są wynikiem tego podstawowego stosunku. Przeżycia w powyższem ujęciu, będąc odbiciem świata zewnętrznego, są też odbiciem wpływów wychowawczych.

Dusza dziecka już w pierwszych latach życia nie rozwija się wyłącznie z siebie samej („aus sich selbst heraus" — Kretschmera), ale wciągnięta w potężny prąd kultury ludzkiej dzięki popędowi naśladowczemu, przyswaja sobie gotowe wzory mowy i sztuki ludzkiej. Inaczej jest w łonie matki, gdzie płód rozwija się zupełnie samorodnie z siebie samego, odtwarzając w swojej ontogenezie filogenetycznie przygotowane dla gatunku czynności i formy. Ontogeneza człowieka w łonie matki, formy i czynności embryonu, są niezamąconem żadnymi postronnymi czynnikami odbiciem dziedziczności. Tu gdzie panuje wyłącznie dziedziczność, zachodzą jednak zjawiska rozwojowe tego samego typu, co i w życiu pozałonowem dziecka, a więc wystawionem na wielostronne wpływy otoczenia, mianowicie i tu objawia się aktywność płodu, jego popęd do twórczości, jego praca plastyczna w celu nawiązania kontaktu z otoczeniem i wyzyskania tego otoczenia dla własnego rozwoju. Wszystkie embryonalne szczeble stwierdzają, że płód ludzki jest somatycznym zarodkiem „jaźni" człowieka dojrzałego, że to zarodkowe „ja" pracuje twórczo, plastycznie, nawiązując coraz ściślejszy stosunek z otoczeniem i aktywnie wyzyskuje je dla swego rozwoju, że przytoczymy tu jako dowód tylko takie akcesoryjne nadbudowy jak owodnia i jej wydzielina, organ rozbudowany z własnego materjału zarodka i służący mu za środowisko w okresie płodowym, allantois jako organ oddechowy, pępowina, itp.

Wyżej przytoczone zjawiska wskazują na fakt, że życie płodu, wyłączny rezultat dziedziczności, jest somatyczną podstawą dla pozałonowej rozbudowy duchowej człowieka, że w obu tych okresach

aktywność, twórczość, plastyczność architektoniki ustrojowej są głównemi podstawami rozwoju, naśladowczość, zaś, imponująca zbyt często u dziecka swoją zachłannością, jest czynnikiem ważnym, niezbędnym dla rozwoju duszy ludzkiej, ale w stosunku do rdzennych właściwości istoty ludzkiej, wcielonych jej przez dziedziczność jest czynnikiem drugorzędnym.

Dalszy ciąg pracy stawia materjał kazuistyczny — dziecięcy. Autor jako długoletni kierownik zakładu leczniczo - wychowawczego, gdzie stosował w wychowaniu i nauczaniu dziatwy metody szkoły twórczej, przytacza wypadki dzieci z inteligencji, u których dziedziczność ze strony rodziców i krewnych w kilku następnych linjach przedstawiała się normalnie, dzieci same w okresie przedszkolnym nie wykazywały żadnych objawów nienormalnych, nie przechodziły żadnych chorób, nie podlegały uszkodzeniom, były zdrowe cieleśnie (w paru wypadkach odra bez złośliwych następstw), przytem żywe, ruchliwe, ciekawe, obdarzone czynną uwagą i pamięcią.

W okresie szkolnym (uczęszczały wszystkie do szkoły zwykłej) dziecko było do niepoznania: ociężałość, apatja, brak zainteresowań, niechęć do nauki, nawet do zabaw. Wywiązująca się z tego tytułu cicha walka z rodzicami wywoływała niepożądane objawy moralne: skrytość, kłamliwość, drażliwość, podniecenia i obawy hypochondryczne.

Zmiana środowiska, przejście do metod wychowawczych, odpowiadających czynnej naturze dziecka, danie mu względnej swobody w wyborze zajęć, przystosowanie się do jego zamiłowań, bezpośrednie zetknięcie z przyrodą, przywróciły względnie prędko przyrodzoną aktywność, ożywienie umysłu, ogólną ruchliwość, twórcze pomysły i uzdolnienia, pod względem zaś moralnym zaufanie i szczerość, a nawet dziecięcą miłość do wychowawców. Podobne zmiany na lepsze stały się trwale, zkąd wniosek, że objawy ujemne były artefaktami, wywołanymi przymusem naśladowania czynności sprzecznych z odziedziczonemi właściwościami.

DR. JÓZEJ HANDELSMANN I DR. WANDA DOBROWOLSKA

ZNACZENIE ROZPOZNAWCZE BADANIA UWAGI W CHOROBACH PSYCHICZNYCH.

Po wyjaśnieniu, jakie motywy przemawiają za koniecznością badania uwagi u psychicznie chorych i jakie stanowisko zajmuje badanie tego procesu psychologicznego wśród innych, autorzy podają własne badania u blisko 100 psychicznie chorych, dokonane rozmaitemi me-

BIBLIOTEKA AKADEMII LEKARSKIEJ

todami, w celu przedstawienia poszczególnych właściwości uwagi i przeprowadziwszy analizę krzywych uwagi przechodzą do odpowiednich wniosków, stwierdzających znaczenie rozpoznawcze badania uwagi jako *objawu* pośród innych objawów u psychicznie chorego.

DR. BOL. SIWIŃSKI i DR. MERTZ. WYNIKI LECZENIA PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO ZA POMOCĄ ZIMNICY.

Streszczenia nie nadesłano.

DR. JULJAN GAWROŃSKI. WPŁYW NARZĄDU MIĘŚNIOWEGO NA POWSTANIE I ROZWÓJ ŚWIADOMOŚCI.

Autor opierając się na wynikach własnej obserwacji dziecka oraz na pracach E. Storcha, H. Sachsa, Apathy'ego wykazuje, w jaki sposób czynności aparatu mięśniowego wpływają na rozwój świadomości. Narząd mięśniowy już u pierwotnie uorganizowanych tworów jak robaki, jest związany z pokrywą skórną (integumentum) i występuje pod postacią worka skórnomięśniowego jako organ zmysłowo - ruchowy.

Ten ścisły kontakt utrzymuje się stale oraz czynnościowo rozwija się i potęguje w pniu zwierzęcym aby osiągnąć swoje maximum w ustroju ludzkim. Mianowicie narządy pochodzenia ektodermalnego jak pokrywa skórna, zmysły, mózg wraz z szarą korą są na najwyższym szczeblu rozwoju pnia zwierzęcego morfologicznie i funkcjonalnie ściśle związane jak ongi u robaków z organem pochodzenia mezodermalnego — systemem mięśniowym i w tym zespole wywierają wpływ na powstanie i rozwój świadomości. Bodźce, działające na zmysły, wywołują odpowiednie transformacje w samych organach zmysłowych. Te transformacje jako nowe bodźce przedostają się do szarej kory, wywołując tam odpowiednie stany czynne. Wyrazem tych stanów w szarej korze są psychizmy — elementy świadomości.

Świadomość powstająca tą drogą, nie jest jednak pełna i jasna. Te właściwości występują dopiero dzięki pracy mięśniowej, związanej z działalnością narządów zmysłowych, która to praca przezwycięża nastręczające się opory masy (materyi). W wyniku tej pracy powstaje dopiero poczucie rzeczywistości — świadomość pełna i jasna.

Narząd mięśniowy występuje więc jako aparat pośredniczący w powstawaniu wyobrażeń o przestrzeni, nieodłącznej od masy.

Proces, dzięki któremu powstają wspomniane psychizmy, anatomicznie jeszcze nie ustalony, ale psychobiologicznie usprawiedliwiony, przedstawia się następująco.

Jeżeli dane zjawisko świata zewnętrznego jako bodziec działa na zmysły, wówczas transformacje, które tam zachodzą, wywołują jednocześnie akty mięśniowe; dzięki tym ostatnim, ustrój wchodzi w kontakt z masą, ta zaś hamuje ruch mięśni. Drogą myosensoryczną, wychodzącą z komórek przednich rogów rdzenia pacierzowego w towarzystwie dróg piramidowych dostaje się odbitka aktu mięśniowego przezwyciężającego opór przestrzennej masy do szarej kory. Wyrazem tego procesu jest subjektywne odczucie rzeczywistości, związanej z działaniem bodźca. Jednem słowem bodziec, działający na zmysły, jednocześnie wpływa na obudzenie aktów mięśniowych i tem samem w korze szarej mózgu wywołuje dwie klisze, — zmysłową w jej ośrodkach czuciowych i mięśniową (myogenną) w jej ośrodkach motorycznych. Tym współczesnym procesom w korze szarej mózgu odpowiada świadomość pełna i jasna o bodźcu zewnętrznym — poczucie rzeczywistości.

Dziecko w początkach swego istnienia jako istota rdzeniowa i refleksyjna rozbudowuje w miarę ogólnego rozwoju gmach świadomości o świecie realnym dzięki jednoczesnej pracy zmysłowo - mięśniowej, objawiającej się w niezmordowanej jego (dziecka) ruchliwości oraz przezwyciężeniu oporów jakie mu w zabawach i pracach nastręcza masa.

Wnioski pedologiczne i psychopatologiczne (względnie pedagogiczne i psychjatryczne) streszczają się następująco. Pedologja współczesna wymaga od pedagogji obok pracy zmysłów także pracy mięśniowej dziecka. Temu wymaganiu odpowiada pragmatyzm Jamesa, systemy Deweya, Montesscu t. zw. szkoła twórcza w Szwajcarji, Belgji oraz Szkoła Odrodzenia w Polsce, założona przez autora. Wiele objawów psychopatolgicznych wypływa z rozszczepienia się w świadomości jej składników zmysłowych i mięśniowych, dlatego też współczesna psychoterapja dąży do zetknięcia chorego psychicznie ze światem zewnętrznym przez zajęcie go zabawą lub pracą mięśniową w warsztacie, w polu, ogrodzie i t. p.

Do referatów głównych można zgłaszać jeszcze odczyty uzupełniające najdalej do 20 kwietnia b. r.

Na wygłoszenie referatu głównego przeznacza się 30 minut, odczytu uzupełniającego 10 minut; czas przemawiania w dyskusji ogranicza się do 5 minut.

Komitet prosi wszystkich referentów o nadesłanie krótkich streszczeń referatów najdalej do 20 kwietnia b. r. Streszczenia te będą wydrukowane i rozesłane uczestnikom przed zjazdem.

Wkładka dla uczestników zjazdu wynosi 20 złotych.

Zapotrzebowania mieszkania zgłaszać należy do Komitetu Zjazdu najdalej do 10 maja b. r.

Zamawiający mieszkanie zechcą nadesłać zaliczkę w kwocie 10 zł.

KOMITET ORGANIZACYJNY VI ZJAZDU PSYCHJATRÓW POLSKICH:

Prof. Dr. Jan Piltz, prezes
Doc. Dr. Juljusz Morawski, wiceprezes
Doc. Dr Marcin Zieliński. sekr. generalny Zjazdu
Dr. Władysław Sochacki, skarbnik
Dr. Aurelja Sikorska, sekr. Komitetu Organ.

Adres Komitetu Organizacyjnego VI Zjazdu Psychjatrów Polskich:

Klinika neurologiczno-psychiatryczna Uniw. Jagiell.
Kraków ul. Kopernika 48.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

POSIEDZENIE LWOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

dnia 6. 3. 25.

W. JANUSZ: SAMOTNA TRICHOMIKOZA ŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO.

Z postępem metodyki badania laboratoryjnego i klinicznego, uwaga lekarza coraz częściej zatrzymuje się nad działem biologji, najmniej jeszcze poznanym, a wzbudzającym szczególne zainteresowanie nietylko teoretyka, ale też klinicysty. Działem tym jest sprawa postaci grzybków niższych oraz patogenezy schorzeń, przez nich wywołanych. Nauka chorób wewnętrznych mało dotychczas zwraca uwagi na grupę grzybic i ich przyczyny. Najczęściej i najwięcej zajmowano się grzybkiem promienicy, natomiast bardzo niewiele — grzybkami innemi. Jedynie autorzy francuscy, którzy, jak się o nich wyraża niemiecki uczony Plaut „Dumni być mogą, że położyli pierwsze podstawy do poznania patologji grzybic“ —, opracowali ten dział szczegółowo w podręcznikach chorób wewnętrznych.

Po szczegółowem omówieniu morfologji i biologji grzybków chorobotwórczych, ref. zastanawia się dłużej nad klasyfikacją włoskowca paciorkowego w grupie trichomikozy i gwoli większej jasności przychyla się do poglądu Petruschki, używania (w przypadkach, w których nie dało się wykazać wszystkich cech postaciowych i życiowych poszczególnego grzybka) określenia rodzajowego — trichomikozy, co uchroni statystykę tych schorzeń od błędów i nieporozumień. Przechodząc do podziału anatomo - klinicznego, ref. wyróżnia zależnie od umiejscowienia się zmian chorobowych: 1) Trichomikozę jamy ustnej i gardzieli, 2) trichomikozę płuc i 3) trichomikozę przewody pokarmowego, 4) trichomikozę skóry. Co do układu nerwowego, to znane są w piśmiennictwie światowem zaledwie poszczególne przypadki odosobnionej trichomikozy, opisy których przechodzą z jednego podręcznika do drugiego. Częściej natomiast stwierdza się w mózgowiu ropnie grzybkowe, powstałe zazwyczaj wtórnie. W piśmiennictwie polskiem z podobnemi przypadkami spotykamy się w opisach Bełkowskiego i Morawieckiej. S. Ciechanowski w Towarzystwie Krakowskiem pokazywał preparat pierwotnej promienicy ucha środkowego

z wytworzeniem następowem ropnia móżdżka; W. Nowicki spostrzegał w Zakładzie Lwowskim ropień mózgowia, spowodowany grzybkiem promienicznym na drodze przerzutowej z pierwotnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Do tych rzadszych przypadków odnoszą się również opisy osamotnionej promienicy nerwów jamy czaszkowej, a opisane przez Ernsta, jako promienica nerwów wzrokowych i przez H. Stahra w zwoju półksiężycowatym. Z zestawionego piśmiennictwa wynika, że sprawy grzybkowe nitkowate nawiedzają układ ośrodkowy nerwowy przeważnie wtórnie, ogniska zaś samotnej grzybicy mózgu należą, wobec braku grzybka w innych narządach, do rzeczy wyjątkowych.

Takim niezwykłym przypadkiem trichomikozy ośródkowego układu nerwowego w szeregu podobnych schorzeń jest przypadek, który ref. spostrzegał w zakładzie anatomji patologicznej we Lwowie, a w którym za życia rozpoznano nowotwór podstawy mózgu. Jest to pierwszy przypadek streptotrichozy ośrodkowego układu nerwowego, ogłoszony w piśmiennictwie polskiem, a rozpoznany histologicznie; przy uwzględnieniu zaś pracy Howarda, który do niedawna uważał swój przypadek wywołanych włoskowcem paciorkowym zmian pierwotnych układu nerwowego, za piąty w piśmiennictwie światowem, — wypada stwierdzić, że wykazanie grzybków nitkowatych w jamie czaszkowej należy niewątpliwie do wielkiej rzadkości.

Przypadek, spostrzegany przez ref-ta, dotyczy kobiety lat 24., żony zarobnika, zamieszkałej na wsi, która leczyła się na oddziale nerwowym Szpitala Państwowego we Lwowie. Z historji choroby Dra. A. Domaszewicza wynika, że obecne niedomagania rozpoczęły się przed 9-cioma miesiącami silnemi bólami głowy, szczególnie po stronie lewej. Było to kilka tygodni po porodzie. Chora karmiła wtedy dziecko. Od miesiąca stan jej znacznie się pogorszył, bóle stały się silniejsze. Chora nie jest w stanie podnieść lewej powieki. Apetyt dobry; stolec i mocz oddaje prawidłowo. Chora traci często przytomność. Stwierdza się u niej wyraźne objawy oponowe. Usta ma silnie zaciśnięte, przy podawaniu pokarmów kształtusi się. Dnia 4. 6. chora zmarła. Sekcja, wykonana w 12-cie godzin po śmierci wykazała co następuje: Przy oględzinach zewnętrznych, jako też sekcji narządów wewnętrznych nie zanotowano nic godnego uwagi. Głowa i tułów umiarowe. Czaszka typu mezencefalitycznego o zachowanym stosunku substancji zbitej do gąbczastej. Opona twarda jest silnie napięta, nie daje się sfałdować, a przez nią przeświecają poszczególne

zarysy zakrętów mózgowych. Opony miękkie są przekrwawione i lekko obrzękłe. Mózg wielkości odpowiedniej, ciężaru 1.380 gr., substancja mózgowa obrzękła i wybitnie przekrwawiona. Po wyjęciu mózgowia z jamy czaszkowej, uderza wyniosłość zgrubiałej twardówki podstawy czaszki, w okolicy foramen lacerum anterius po stronie lewej od siodełka tureckiego, wielkości i postaci małego jaja kurzego, ulegająca rozpadowi od szczytu. Na przekroju tkanka ta wykazuje jednostajne utkanie blado żółtawej barwy, przypominające tkankę włókniczka zbitego. Powierzchnia przekroju jest wilgotno-soczysta, gdzieniegdzie dopatrzeć się można różnopostaciowych ognisk rdzawych, które są jak gdyby wpryśnięte w tkankę włóknistą. Kości siodełka tureckiego od strony lewej są chropowate i nadżarte. Przysadka mózgowa nie wykazuje zmian widocznych. Opony miękkie w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, przeważnie po stronie lewej, wykazują obecność tkanki ziarnicowej. Opony miękkie mostu, a nawet rdzenia przedłużonego pokryte są również ściśle przylegającemi wybujałościami ziarninowemi, przeważnie po stronie lewej. W uchu środkowem znajduje się zawartość krwawo-soczysta bez obecności składników ropy.

Badanie drobnowidzowe skrawków z wyniosłości podobnej do nowotworu wykazuje pod małem powiększeniem gęstą sieć nitek w postaci długich przecinków, uwidoczniając pod dużem powiększeniem na końcach wzdęcia lub zgrubienia kolkowate. Leżą tu nici przeważnie pozakomorkowo i tylko niektóre z nich znajdują się także w komórkach. Większość tych nitek wykazuje nawet przesmykowate przewężenia, jak gdyby w tych miejscach dzieliły się one dichotomicznie. Dookoła grzebni stwierdza się, że tkanka ma charakter przewlekłego stanu zapalnego. W otoczeniu najbliższem grzybicy układają się komórki owalne z dużem jądrem i skąpą pierwoszczą: są to przeważnie komórki wielojądrzaste typu Maksimowa, dalej limfocyty o jądrach obfitujących w chromatynę, w niektórych z nich widoczne są nawet jąderka. Gdzieniegdzie spotyka się większe skupienia komórek olbrzymich o typie „Fremdriesenzellen". Pozatem stwierdza się nieco makrofagów, przeważnie nietypowych. Zwłaszcza na obwodzie zauważyć można komórki, których jądra ulegają rozpadowi — chromatolizie. Nieliczne komórki okazują zawartość eozyno-chłonną, niektóre znowu posiadają wodniczki. Obok nich stwierdza się również komórki nabłonkowate i plazmatyczne, niekiedy występujące w postaci olbrzymich tworów. Całość odpowiada ziarniniakowi, w którym są grzybice włoskowca paciorkowego. Obfite naczynia są szczelnie

wypełnione krwią, błona wewnętrzna ich jest wyraźnie zgrubiała i wybujała, oraz ulega zwyrodnieniu szklistemu. Opona twarda w pobliżu grzybni wykazuje również zmiany szkliste. Przysadka mózgowa na przekrojach nie zawiera ani nitek, ani kolonji grzybkowych. Badanie kory mózgowej, wykazuje obraz neuronofagji komórek nerwowych, a odpowiednio do tego, w częściach obwodowych, stwierdza się wyraźne bujanie gleju.

Obraz anatomiczny i histologiczny wykazuje zatem, że w wypadku tym zachodzi ogniskowe zakażenie trichomikotyczne, odpowiadające według zewnętrznych cech włoskowcowi paciorkowemu, który powodował przewlekły, umiejscowiony stan zapalny w postaci ziarniniaka, usadowionego samotnie na podstawie czaszki w twardówce w okolicy foramen lacerum ant. po stronie lewej; tu bowiem stwierdzono największe zmiany, które prawdopodobnie muszą być najstarszemi. Dopiero z tego miejsca zakażenie posuwało się na most i rdzeń przedłużony. Droga wtargnięcia grzybka chorobotwórczego do jamy czaszkowej nie jest w tym przypadku anatomicznie zaznaczona i przypuszczać należy, że muszą być brane tu pod rozwagę. zwykłe wrota tego zakażenia. A więc najczęściej jama ustna, która w tym przypadku nie wykazywała żadnych zmian już to pod postacią jakichś uszkodzeń, już też blizny. Również jama nosowa może być źródłem zakażenia poprzez blaszkę sitową, albo przez kość skalistą ze strony ucha środkowego. Miejsca te we wspomnianym preparacie, na przekroju podłużno-skośnym, zmian chorobowych nie przedstawiają; tkanka około-kręgowa zachowuje się zupełnie prawidłowo. O drodze przerzutowej nie może być mowy wobec braku ognisk grzybkowych gdziekolwiek na obwodzie. Pozostaje więc stwierdzić, że przypadek ten może być uważany za pierwotną, w pewnem znaczeniu , zmianę jamy czaszkowej o niewyświetlonym sposobie wtargnięcia grzybka. Znany jest fakt, że promienica opony twardej ma zwykle bardziej przewłoczny charakter, niż w narządach innych. Uwaga ta sprawdza się również na przypadku omawianym. Opona twarda, ze względu na zbitość swojej tkanki nie jest podatnem podłożem do łatwego rozrostu grzybków i przez dłuższy czas umiejscawia je, nie dopuszczając do przekroczenia obrębu opony twardej. Przytoczony obraz anatomiczny w przypadku tym najdosadniej tłómaczył by się przeto przewlekającą sprawą, niewyraźną pod względem klinicznym.

Rozpoznanie trichomikozy samotnej w jamie czaszkowej wzbudza u klinicysty specjalne zainteresowanie, boć w przypadkach grzybicy

rzutowej, z innego jakiegoś ogniska, rozpoznanie nie przedstawia zresztą większych trudności. Dla celów rozpoznawczych uciekano się do najrozmaitszych prób i sposobów, a w kierunku leczniczym nie szczędzono wysiłków, które zgodnie wykazują, że pomimo stosowania najrozmaitszych sposobów, jedynym środkiem leczniczym pozostaje po dziś dzień preparat jodu.

Na stole sekcyjnym rozpoznanie trichomikozy najczęściej uchodzi za gruźlicę lub kiłę w trzecim okresie i dopiero badanie drobnowidzowe jest w stanie sprawę w zupełności wyjaśnić. Zajęcie się w ostatnich czasach bliżej neurohistopatologją zwróciło uwagę ref-ta, że dla celów różniczkowego rozpoznania anatomo-patologicznego, ważnem jest pamiętać, iż w mózgu mogą wystąpić podobne obrazy natury wręcz niepasożytniczej, a raczej inwolucyjnej. Są to tak zwane gródki martwicze kory mózgowej, które w ostatnich latach zajęły uwagę neuro- i histopatologów. O. Fischer pierwszy zwrócił uwagę na te twory gródkowe w mózgu i łączył je z presbiofrenją. Podobieństwo tych gródek do tworów pasożytniczych upoważniło tego autora do nazwania ich sferotrichozą. Według niego, gródki te „spherotricheae" czyli „plaques" przedstawiają się pod postacą owalnych lub krągławych tworów, które w ośrodku swoim posiadają tak zwane jądro, składające się z masy, zabarwiającej się metodą Bielschowskiego na brunatno-czerwono. Dookoła niej widzi się jasną obwódkę, w otoczeniu której rozgałęziają się w nieprawidłowym porządku włókienka nerwowe rozpadające się na kolbowate zgrubienia. Twory te nie należą do ciał krystalicznych, gdyż, oglądane w świetle spolaryzowanem nie są dwułomnemi. Badania histologiczne Fischera zostały potwierdzone przez Oppenheima, Fullera i szkołę Alzheimera. Simchowicz przypisuje rolę główną w powstawaniu plaques dwum procesom: 1) rozrost, względnie zagęszczenie gleju i 2) bujanie włókienek osiowych. Przytoczone poglądy z piśmiennictwa nowoczesnego zaprzeczają najjaskrawiej pasożytniczemu pochodzeniu w powstawaniu gródek ogniskowych, stwierdzonych w mózgu psychicznie chorych starców. Pochodzenie więc tych blaszek nie stoi w związku z trichomikozą, a zależne jest od odkładania się substancji chemicznych, o nieznanym jeszcze składzie. Stwierdzenie grzybków nitkowatych w jamie czaszkowej należy niewątpliwie do wielkiej rzadkości, co może w pewnym stopniu zależeć także od tego, że sprawy grzybkowe uchodzić mogą za gruźlicę lub inne schorzenia. Dla tego też anatom w tych przypadkach, podobnie jak i internista w przypadkach posocznicy o niewyraźnem pochodzeniu, po-

winien zawsze pamiętać o możliwości wystąpienia sprawy grzybkowej. (Autoreferat).

DYSKUSJA.

P. Domaszewicz: Nadzwyczaj rzadki przypadek trichomikozy mózgu, wszechstronnie opracowany przez ref-a zasługuje na uwagę także ze względu na obraz kliniczny. Szczegółowe przedstawienie historji choroby zbyt wiele zabrało by czasu, ogranicza się ref. zatem do najważniejszych objawów, na podstawie których oparł rozpoznanie. Zajęcie licznych nerwów mózgowych, a mianowicie III, IV, V, VI, VII, po stronie lewej, sztywność źrenic na światło i bardzo nieznaczny wiotki niedowład kończyn po stronie przeciwnej oraz objawy oponowe przemawiały niewątpliwie za procesem zapalnym w oponach u podstawy czaszki. Ujemny odczyn Wassermanna we krwi i w płynie, przy pleocytozie, zwiększonej ilości białka i globuliny oraz nieprawidłowych krzywych złota i Mastix, — nie pozwalały na rozpoznanie sprawy kiłowej, dającej najczęściej podobny obraz kliniczny. Brak prątków Kocha i ujemny wynik bakterjologicznego badania nie upoważniał w dalszym ciągu obserwacji klinicznej do podejrzeń o gruźlicę. Leczenie rtęciowo-salwarsanowe przyniosło nieznaczną poprawę niedowładów i stanu podmiotowego, jednak wkrótce stan zaczyna się pogarszać, występują niedowłady nerwów mózgowych po stronie drugiej, niedowład wiotki obu kończyn dolnych, na dnie oczu — tarcza zastoinowa.

Wobec niemożności wyjaśnienia natury sprawy chorobowej, toczącej się niewątpliwie u podstawy czaszki, rozpoznanie kliniczne brzmiało: guz u podstawy czaszki. Autopsja potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne, niespodzianką natomiast był wynik badania histologicznego, które wykazało pierwotne trichomicomae podstawy czaszki, schorzenie, którego przyrody, wobec pierwotnego usadowienia się sprawy u podstawy czaszki, klinicysta za życia pacjenta nie mógł rozpoznać.

P. Leszczyński podnosi 1) brak wogóle ustalonej systematyki botanicznej grzybków chorobotwórczych, wskutek czego dzisiaj niepodobna zorjentować się w pasożytach roślinnych; 2) trudności rozpoznawcze przebiegu klinicznego polegają na podobieństwie sprawy do gruźlicy i kiły, tymbardziej, że terapeutycznie stosowany jod przy wszystkich trzech schorzeniach nie jest bez wpływu na ich przebieg.

P. Baracz podnosi rzadkość promienicy mózgowej (dotychczas znanej w 20 przypadkach); powstaje ona albo przez wędrowanie grzybka ze sąsiedztwa albo rzadziej drogą przerzutów. Z okolicy szczęki górnej i okolicy skroniowej może sprawa chorobowa przedostać się do dołu skroniowego, klinowo-podniebiennego (fossa infratemporalis) i ztamtąd przez szczelinę dolną oczodołową (fissura orbitalis inferior) do oczodołu i tkanki pozaoczodołowej, ztamtąd wreszcie może przenieść się przez tę szczelinę i otwór nerwu ocznego na podstawę mózgu. B. spostrzegał podobny przypadek u 30-letniego wieśniaka na oddziele chirurgicznym p. Ostrowskiego. Bardzo rozległy i uporczywy deskowato-twardy naciek z początku zajmował okolicę skroniową prawą, okolicę szczęki górnej i dolnej i większą część szyji. Leczenie polegało na wykonaniu operacji: nacięcie i wyskrobanie dostępnych ognisk, przyczem stwierdzono komunikację ogniska skroniowego z tworzeniem pod łukiem jarzmowym i obnażenie łuku jarzmowego. Równocześnie zastosowano leczenie wstrzykiwaniami marszszowemi 1% rozczynu siarczanu miedzi co kilka dni. Mimo to wystąpiły nowe ogniska na powiekach i sprawa chorobowa przeniosła się na okolicę wyrostka sutkowego, które to ogniska leczono w podobny sposób. Po 14 wstrzykiwaniach naciek ustąpił prawie zupełnie, tylko utrzymywał się w przedniej części okolicy skroniowej. Nagle wystąpiły bóle oka prawego coraz

wybitniej, wytrzeszcz, upośledzenia ruchów gałki ocznej i stopniowe osłabienie bystrości wzroku, które doszło do 1,60 prawidłowej bystrości. Sprawa chorobowa przeniosła się zatem do dołu skroniowego (fossa infra - temporalis) i przez dolną szczelinę oczodołową do oczodołu a właściwie — tkanki oczodołowej pozagałkowej. Celem utorowania drogi do wypróżnienia ogniska. wykonał p. Ostrowski wycięcie brzegu oczodołu aż do szczeliny oczodołowej dolnej, poczem bystrość wzroku poprawiła się, rana się zagoiła i chory wypisał się ze szpitala i odjechał do domu. Polepszenie jednak nie trwało długo. U chorego wystąpiły ponownie bóle głowy, bezsenność i gorączka; chory zmarł w miesiąc po wypisaniu się ze szpitala wśród zapalenia opon mózgowych. Z dotychczas znanych i opisanych dziewięciu przypadków promienicy oczodołu, 9 zakończyło się zejściem śmiertelnem, z tych w 8 wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Wobec tak znacznej złosliwości promienicy oczodołu i śmiertelności poleca p. B. wykonywanie w podobnych przypadkach zabiegu bardziej radykalnego. Nacieków promieniczych nigdy jednak nie należy wyłuszczać, tylko wyskrobywać rozmiękłe ogniska i tamponować je gazą, napojoną rozczynem siarczanu miedzi, a w nacieki należy wstrzykiwać ten rozczyn wśródmiąższowo.

Co się tyczy hypotezy Wrighta z Bostonu, zyskującej coraz więcej zwolenników, jakoby promienica była saprofitem, przebywającym stale na błonie śluzowej przewodu pokarmowego, który dopiero wskutek urazu lub osłabienia organizmu nabiera własności chorobotwórczych (enterogenetyczna infekcja), to p. B. z zapatrywaniem tem zgodzić się nie może i przeciwstawia dowody, przemawiające za zakażeniem od zewnątrz: znajdywanie bardzo częste w ogniskach promieniczych części ciał roślinnych (ości, kłosów) pokrytych kolonjami grzyba, występowanie choroby przeważnie u ludności wiejskiej podczas pory młócenia zboża, nie powstawanie nowych ognisk w przewodzie pokarmowym przez połykanie śliny i plwocin, pochodzących z ognisk promienicowych i wiele innych.

P. Janusz w odpowiedzi zaznacza, że Petruschky rzekomo miał otrzymać zupełne wyleczenie w 3 przypadkach streptotrichozy preparatem streptotrichiny, przygotowanym na wzór tuberkuliny. Co do podziału grzybków niższych, najdokładniejsza klasyfikacja morfologiczna jest — zdaniem mówcy — podana w podręczniku botaniki Liske.

POSIEDZENIE NAUKOWE LEKARZY W DZIEKANCE.

ze współudziałem gości z Gniezna w dniu 28. 5. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

Al. Piotrowski: *Przypadek sądowy. Zabójstwo męża.—Psychopatja, ograniczona umysłowość—psychoza reaktywna. Niepoczytalność.*

P. Piotrowski przedstawił—celem ułatwienia słuchaczom zrozumienia tematu właściwego—najprzód młodą dziewczynę J., lat 20, znajdującą się w stanie odrętwienia, objawiającym się sztywną postawą posągową, bezruchem, milczeniem, oporem przy ruchach biernych. Ref. podkreślił, że pacjentka nie popełniła zbrodni, nie miała żadnej sprawy karnej, nie przesiadywała w więzieniu, a jednak zachorowała na psychozę bez widocznego powodu i to w domu rodzicielskim; chora przybyła do zakładu w stanie silnego podniecenia z omamami i różnemi dziwacznemi urojeniami. W zakładzie po pewnym czasie podniecenie minęło, a rozwinął się stan zahamowania psychicznego, które ostatecznie przyjęło postać odrętwienia.

Następnie prelegent przeszedł do właściwego tematu i przedstawił zabójczynię męża D., lat 34, znajdującą się w takim samym stanie odrętwienia co pacj. J., wykazującym większe nasilenie, albowiem D. nie reagowała na głębokie ukłucia szpilką, które u pierwszej pacjentki wywoływały drgania całego ciała.

D. przed trzema laty zabiła swego męża wystrzałem z rewolweru. Wycelowawszy do śpiącego z odległości kilkudziesięciu centymetrów, zraniła go śmiertelnie. Po wystrzale sprawczyni porozrzucała po pokojach bieliznę i wyważyła okno, aby upozorować napad i zaalarmowała domowników. Sąsiedzi zorjentowali się wnet w sytuacji i podejrzewali D. o zbrodnię zabójstwa. D. osadzono w więzieniu. Obwiniona, po początkowem wypieraniu się, przyznała się do zbrodni, przedstawiając fakt w ten sposób, że wieczorem, zdenerwowana po kłótni z mężem, położyła się spać i usnęła; gdy się przebudziła, spostrzegła, że stoi z bronią w ręku w drzwiach prowadzących do pokoju męża. Poznawszy, co się stało, przestraszyła się ogromnie i ze strachu przed następstwami czynu upozorowała napad. D. twierdziła, że czyn popełniła, bo go wykonać musiała, bo ją do czynu coś popychało, że o szczegółach zbrodni nic nie wie i nic nie pamięta. W toku dochodzeń wydało się, że D. strzeliła poprzednio już raz do męża, podczas przechadzki, którą odbyła z nim tego samego wieczoru, lecz go nie ugodziła. I do tego czynu D. przyznała się. Świadków bezpośrednich obu wyżej wymienionych wydarzeń nie było. Później D. zmieniła zeznanie, posądzając swego kochanka W. o zabójstwo męża.

W więzieniu obwiniona miewała przemijające stany psychotyczne; wobec tego sąd oddał ją pod obserwację psychjatryczną.

Do Dziekanki podsądna przybyła dnia 20 marca 1922 r. w stanie zamroczenia histerycznego, które przeszło w ciągu dwuch tygodni. W następnym okresie D. usiłowała zbiedz, namawiała pielęgniarki, żeby jej do tego pomogły, starała się symulować chorobę psychiczną i w tym celu wypytywała się pielęgniarki, w jaki sposób najlepiej udawać chorobę.

W opinji sądowo-lekarskiej ekspert orzekł, że D. w chwili zabójstwa męża znajdowała się „prawdopodobnie w stanie zamroczenia" i zalecił ze względu na okoliczność, że w tym przypadku zdania biegłych co do poczytalności obwinionej mogą być podzielone, ażeby sąd zasięgnął opinji jeszcze drugiego psychjatry. Sąd uwzględnił tę propozycję i zażądał orzeczenia drugiego psychjatry, który zaopinjował, że podsądna w czasie dokonania karalnych czynów nie znajdowała się w stanie zamroczenia i że za czyny swoje jest odpowiedzialna.

Z powodu sprzeczności tych dwóch orzeczeń psychjatrycznych, sąd oddał D. ponownie pod obserwację psychjatryczną. Tam podsądna przebywała pół roku, udawała chorobę psychiczną i ostatecznie zbiegła. Eksperci (było ich dwóch) uznali podsądną za symulantkę i odpowiedzialną za czyny karalne.

Na głównej rozprawie sądowej w listopadzie 24 r. dwóch biegłych orzekło, że oskarżona jest osobą psychicznie ciężko upośledzoną i z tego powodu nieodpowiedzialną za swoje czyny karalne, trzeci biegły także uznał oskarżoną za osobę psychicznie upośledzoną, ale odpowiedzialną za swoje czyny karalne. Sąd oparł wyrok na orzeczeniu pierwszych dwóch psychjatrów i uwolnił oskarżoną od winy i kary, a prokurator przekazał ją, jako psychicznie chorą i niebezpieczną dla otoczenia, do zakładu psychjatrycznego.

D. przyjęto do tutejszego Zakładu 9.XII.24 r. O osobowości jej dowiadujemy się, że D. przed laty była leczona na histerję; jako dziecko z powodu bezwładu w nogach nie mogła stać ani chodzić przez kilka miesięcy, miewała napady, w których traciła przytomność i „rzucała się". Pod względem psychicznym uderzało, że D. miała inny charakter jak jej siostry: była złośliwą, drażliwą, opryskliwą, zaczepną. Rodzina uważała ją za „złe" dziecko. D. wyszła zamąż za urzędnika magistrackiego, z którym

miała dwoje dzieci. D. sprzeniewierzała się mężowi, miała stosunki z innymi mężczyznami, w nieobecności męża przyjmowała kochanków we dnie i w nocy u siebie i nie wstydziła się, gdy znajoma zastała ją w łóżku z obcym mężczyzną. Na zabawie, na której była z mężem, D. usunęła się z kochankiem W. do wynajętego gabinetu i położyła się z nim do łóżka w obecności innej parki, która równocześnie zajmowała drugie łóżko. W beztrosce o przyszły los własny i dzieci, dając tylko folgę swojej namiętności do kochanka W., za którego pragnęła wyjść zamąż, D. zgładziła męża, aby się od niego uwolnić.

Pod względem cielesnym badana wykazuje pewne znaki zwyrodnienia i osłabienia fizycznego; twarz jej ma rysy mongoloidalne: niskie czoło, skośno ustawione szpary oczne i wystające kości jarzmowe; uszy są przyrośnięte. Pozatem odruchy ścięgniste są bardzo żywe, nawet wzmożone, odruchy z błon śluzowych zniesione; czucie bólowe jest zniesione, zwłaszcza na twarzy. Przy opukiwaniu okolicy nad lewym szczytem płucnym słyszy się skrócony ton opukowy. Badania serologiczne dały wyniki ujemne.

Badanie intelektu wykazało niski poziom umysłowości badanej. Wiadomości szkolne obfitowały w liczne luki; sąd o rzeczach zebranych z życia codziennego często wypadał błędnie, niedokładnie, powierzchownie; pacjentka nie umiała kombinować, nie umiała myśleć na dalszą metę, żyła tylko chwilą obecną, nie troszcząc się o to, co dalej będzie. Zachowanie jej było dziecinne. Badana objawiała namiętności dorosłej kobiety, a umysłowość 15-letniego podlotka, — mimo doświadczenia życiowego jej zapatrywanie na świat, na życie i na obowiązki było płytkie. Podczaz badania D. szybko się męczyła i z tego powodu badanie trzeba było często przerywać.

W zakładzie D. przebyła najprzód okres manjakalnego podniecenia, w którym była bardzo wesoła i ruchliwa, śmiała się dużo, śpiewała, tańczyła; od czasu do czasu miała wybuchy gniewu; wtedy zaczepiała otoczenie; bez powodu uderzyła sąsiadkę, stojącą spokojnie obok i powaliła ją na ziemię. Przy innej sposobności odgrażała się, że ucieknie choć boso i nago i wszystkich pozabija; karać się nie da, a jeżeli ją będą karać, to poznają, co ona znaczy. Nastrój pacjentki był zmienny, wzruszeniowość bardzo pobudliwa; już błahe przyczyny mogły ją poruszyć. D. udało się wymknąć z oddziału i opuścić teren zakładu. Nie doszła jednak daleko, bo, gdy nieobecność jej zauważyły pielęgniarki, pobiegły za nią i przyprowadziły ją z powrotem. O tem samowolnem oddaleniu się D. później nic nie wiedziała i szczegółów zajścia nie pamiętała. Niekiedy D. wyrażała dziwaczne urojenia, że urodziła dzieci bez języków, że waży 30 centnarów, że ma syfilis, że chce zarazić cały świat, ażeby wszyscy ludzie poumierali; D. miewała często omamy wzrokowe: np. widziała „djabłów". Gdy okres podniecenia minął, pacjentka uspokoiła się, lecz była przygnębiona, płakała, modliła się, skarżyła się na bóle głowy, źle sypiała. Z czasem rozwinął się stan głębokiego zahamowania psychicznego z bezruchem; twarz była maskowata, wzrok pusty, postawa sztywna, przy ruchach biernych wyczuwało się opór. Pacjentka nic nie mówiła, na pytania nie odpowiadała, pokarmu nie przyjmowała, musiała być sztucznie karmiona (zgłębnikiem).

Wywiady i badania wykazały, że D. jest osobą psychicznie w wysokim stopniu upośledzoną i usposobioną do ostrych zachorzeń psychicznych. Przedstawia ona typ psychopatki z ograniczoną umysłowością, z licznemi objawami histerycznemi; jej poziom etyczny jest obniżony; już jako „złe" dziecko D. objawiała skłonności antyspołeczne. Brak hamulców etycznych, silna namiętność seksualna, której D. się ślepo poddawała, ułatwiły jej powzięcie zamiaru zbrodniczego i wykonanie zbrodni bez najmniejszych skrupułów. Jej ograniczona umysłowość nie mogła objąć skutków, wypływających z czynu karalnego dla niej samej, dla dzieci i dla jej rodziny. Zbrodnia wykonana na pozór z za-

stanowieniem i rozwagą, w gruncie rzeczy była wypływem psychiki na wskroś chorej. Z powodu znacznego upośledzenia psychicznego wolna wola jej była zniesiona. Osoba tego rodzaju co D. za czyny swoje odpowiadać nie może.

Wskutek strasznych przeżyć — zabójstwo męża, areszt, obserwacja sądowo-psychjatryczna, ucieczka z przytułku i ukrywanie się, ponowne pojmanie, więzienie, rozprawa sądowa, przekazanie do zakładu psychjatrycznego, stanowiły ciężkie ciosy dla pacjentki — jej z natury słaby system nerwowy nie wytrzymał działania szkodliwości i pod ich wpływem stan chorobowy pogorszył się znacznie i przeszedł w okres objawiający się zaburzeniami psychicznemi o typie manjakalno - depresyjnym. Ze względu na psychogenetyczność objawów chorobowych u D. wolno przypuszczać, że gdyby D. pozostała była na swobodzie, psychoza prawdopodobnie nie przedstawiałaba obecnej ostrej postaci. Jednakże błędnem jest przypuszczenie, że choroba psychiczny u D. powstała tylko z tego powodu, że D. znajduje się w zakładzie psychjatrycznym i w otoczeniu osób psychotycznych; że choroba taka nie powstaje w zakładzie, dowodzi przypadek pierwszy, w którym psychoza powstała u młodego dziewczęcia bez widocznych przyczyn, w domu rodzicielskim, w otoczeniu ludzi zdrowych. D. już od dłuższego czasu była psychicznie chorą i miewała okresy chorobowego podniecenia i zahamowania, cierpiała na depresję, na omamy. Chorobę u D. stwierdzono kilkakrotnie w czasje jej pobytu w więzieniu; nie ulega wątpliwości, że objawy, które uważano niekiedy jako udawane, w rzeczywistości były objawami chorobowemi. Obecny stan należy interpretować jako maksymalne nasilenie choroby psychicznej, która już dawniej objawiała się u D. Charakter i okresowość choroby pozwalają przypuścić, że D. także w czasie krytycznym znajdowała się prawdopodobnie w stanie podniecenia chorobowego. Z drugiej strony obecny ciężki stan psychotyczny u badanej wskazuje na to, że D. jest upośledzoną osobą usposobioną do zachorzeń psychicznych, bo tylko osoby usposobione zapadają na psychozę, jaką stwierdziliśmy u D.

Przypadek demonstrowany należy do najtrudniejszych, z jakiemi ekspertyza sądowa ma do czynienia. Osoby tego rodzaju co D., u których zaburzenia psychiczne w początkowych okresach choroby psychicznej nie są wyraźnie nacechowane i nie usystematyzowane, a objawy chorobowe mieszają się z prawidłowemi przejawami psychicznemi, wywołują często wrażenie, że osoby te symulują chorobę, mianowicie wtedy, gdy je się obserwuje w sytuacji dla nich zbyt przykrej, np. w więzieniu, w śledztwie sądowo-psychjatrycznem. Jeżeli u przestępcy takiego trudno się czasem dopatrzeć konkretnych, wyraźnych objawów psychotycznych w czasie popełnienia przez niego czynu karalnego, to rozwój ciężkiej psychozy, czy to w więzieniu, czy w zakładzie psychjatrycznym, wskazuje na zarodek anormalny, który bardzo często charakteryzuje się jako degeneracja psychopatyczna z moralnemi defektami. Psychoza jaskrawo uwypukla chorobliwość całej osobowości i pozwala niekiedy retrospektywnie zaopinjować w sensie niepoczytalności.

Przypadek sprawiający orzecznictwu sądowo - psychjatrycznemu takie trudności, jak przypadek demonstrowany, wymaga bardzo skropulatnych, starannych i wyczerpujących studjów, dochodzeń i badań całej osobowości podsądnego, jego życia i jego sprawy sądowej. Przeciwko tym postulatom dokładnej ekspertyzy sądowo-psychjatrycznej grzeszą wszystkie trzy orzeczenia, które zostały wydane w sprawie D. Podstawa, na której się orzeczenia te opierały, nie była dostatecznie ufundowana. Pierwsza opinja sądowo-psychjatryczna orzekująca, że podsądna w chwili zabójstwa męża „znajdowała się prawdopodobnie w stanie zamroczenia", nie byłaby się zakończyła tym błędnym wnioskiem, gdyby ekspert był dokładnie przestudjował akta sądowe i uwzględnił fakt, że podsądna

w chwili krytycznej, gdy rewolwer za pierwszem pociągnięciem nie funkcjonował, wyrzuciła łuskę od kuli, wystrzelonej już poprzednio na przechadce wieczorowej i dopiero po ponownem nastawieniu broni strzeliła do śpiącego męża.

Słuszność zatem miał drugi ekspert, skoro skrytykował z tego powodu ekspertyzę pierwszą. Słaba strona drugiej ekspertyzy polega na tem, że ekspert, nie badając podsądnej, na podstawie szczupłych jeszcze wówczas akt sądowych wyraził zbyt apodyktycznie opinję, że podsądna za czyny swoje odpowiada.

Trzecia ekspertyza natomiast zawiera dwa punkty, które osłabiają jej wartość; po pierwsze, eksperci przyjęli a priori, że mają przed sobą symulantkę; z tego błędnego stanowiska aprioristycznego oceniali przejawy psychiczne podsądnej i kwalifikowali je jako symulację; na tej podstawie wydali orzeczenie, że podsądna za czyny karalne jest odpowiedzialną. Ekspertyza nie powinna być wyrazem uprzedzenia podobnego jakie jest zawarte w następującem zdaniu: „Zależność od otoczenia, którą też możemy nazwać skłonnością do demonstrowania swego stanu, zrozumiemy, jeżeli staniemy na stanowisku, iż badana zarówno w przytułku jak i w więzieniu symuluje, a więc udaje chorobę umysłową".

Symulację należy najprzód przekonywująco udowodnić, a nie przyjąć ją a priori za podstawę do oceny przejawów psychicznych.

Drugim mankamentem tej ekspertyzy jest fakt, że mimo półrocznego pozostawania podsądnej pod obserwacją, eksperci nie zbadali jej stanu cielesnego, motywując to zaniedbanie oporem podsądnej.

Na głównej rozprawie sądowej biegli przyszli do równobrzmiącego wniosku, że oskarżona jest psychicznie upośledzoną; różnili się oni tylko w kwantytatywnej ocenie tego upośledzenia.

Dalsze badania w zakładzie tutejszym wykazały, że D. jest osobą c i ę ż k o upośledzoną psychicznie i ex re tego znacznego upośledzenia nieodpowiedzialną; jakoteż badania te potwierdziły słuszność opinji t y c h ekspertów, którzy na głównej rozprawie sądowej uznali D. za nieodpowiedzialną za swoje czyny karalne.

DYSKUSJA.

P. T o m a s z k i e w i c z zapytuje prelegenta, czy stan, w jakim obecnie znajduje się badana, minie, czy pozostanie; sądzi bowiem, że D. jest obecnie w stanie nieświadomości i nie będzie pamiętać przeżyć obecnych. Jeżeliby zachodziła ta pewność, że D. — będąc na wolnej stopie — nie popełni zbrodni, to można by ją ewentl. zwolnić.

P. K u s z e n i n przypuszcza, że otoczenie psychicznie chorych wpływa w znacznym stopniu ujemnie na stan psychiczny podsądnej; zapytuje, czy D. odsiadując ew. karę w więzieniu, zapadłaby na tak ciężki stan psychotyczny, w jakim znajduje się obecnie. Odnośnie do samej zbrodni popełnionej przez D., to musi się wziąć pod uwagę seksualizm — którego stan w krytycznym czasie był jednym z motywów. Gdy pobudliwość seksualna z wiekiem u obserwowanej się zmniejszy, a możliwie nawet obecnie tak się zmniejszyła, że nie ma wpływu jako pobudka na jej czynności -- czy przeto, gdy tych najgłówniejszych pobudek z seksualnej podniety braknie -- stan psychiczny D. nie poprawi się do tego stopnia, że D. będzie więcej zbliżona do ludzi normalnych, czyli że odpadnie potrzeba trzymania jej w zakładzie jako niebezpiecznej dla otoczenia?

P. S o b i e c k i podtrzymuje, że badana D. według orzeczenia psychjatrów jest nieobliczalną i niebezpieczną dla otoczenia i w każdej chwili mogłaby coś zbrodniczego popełnić, dlatego jako prokurator zarządził oddanie D. do zakładu psychjatrycznego. Gdyby psychjatrzy natomiast orzekli, że D. nie jest niebezpieczną, to wtedy mógłby się ewentualnie zgodzić na jej zwolnienie z zakładu.

P. Eimer zapytuje referenta, czy na podstawie fenomenów chorobowych, produkowanych przez podsądną D., można określić możliwość jej ewentl. występków zbrodniczych i ich jakość; sądzi, że gdyby psychjatrzy orzekli, że ta możliwość jest zbyt daleko posuniętą — to możnaby podsądną zwolnić z zakładu.

P. Bielawski zaznacza, że w tym wypadku jest rzeczą nadzwyczaj trudną zagwarantować, czy podsądna D. może coś zbrodniczego popełnić, czy nie; często bowiem jakieś zewnętrzne czynniki mogą ją do tego skłonić, czego przecież psychjatra przewidzieć nie może. P. B. zapytuje referenta, czy D. posiada inklinację do zbrodni, jaką chorobę rozpoznaje się obecnie u przedstawionej i czy czyn zbrodniczy był według referenta wypływem jej choroby czy też nie.

P. Reimann wspomina, że D. z początku reagowała silnie na różne bodźce zewnętrzne; i tak, dostawszy list z zaproszeniem na ślub, wpadła w stan manjakalnego podniecenia, a kiedy się przekonała, że nie może być na ślubie obecną, wpładła w depresję z silnem zahamowaniem psychicznem. Obecnie z powodu silnego zahamowania, D. nie reaguje na żadne wrażenia, czy przyjemne czy nieprzyjemne.

P. Łyskowski podkreśla, że ustawodawstwo powinno uwolnić społeczeństwo od tego rodzaju niebezpiecznego indywiduum co D. Gdyby psychjatrzy orzekli, że D. jest nieobliczalną i niebezpieczną, wtedy należałoby -- według niego -- umieścić ją w specjalnym zakładzie dla przestępców.

P. Piotrowski w słowie końcowem odpowiada pp. dyr. sądu okr. Dr. Tomaszkiewiczowi i prokuratowi Eimerowi, że stan, w jakim znajduje się obecnie badana, minie. Nie jest wykluczonem, że D. będzie sobie przypominała niektóre szczegóły z dzisiejszej demonstracji. D. jest nieobliczalną i przy sposobności może popełnić zbrodnię, tem bardziej jeszcze, że wskutek doświadczeń nabytych w czasie procesu powzięła przekonanie, że z powodu swojego ciężkiego upośledzenia psychicznego nie będzie pociągnięta do odpowiedzialności. Wszelako nie można z całą pewnością przepowiedzieć, że D. na wolności popełni zbrodnię, albo że jej nie popełni.

P. prokuratowi Kuszeninowi prelegent w odpowiedzi zaznacza, że D. byłaby także w więzieniu zachorowała na psychozę, jaką przy przedstawieniu wykazywała. Właśnie w więzieniu pojawiły się pierwsze ostre zaburzenia psychiczne w postaci zamroczenia histerycznego, chorobowego podniecenia lub depresji. Wskutek ciężkich wstrząsnień wzruszeniowych u D. podczas procesu, choroba wzmogła i rozwinęła się z czasem do poziomu obecnego. Zaznaczyć wypada, że w okresie podniecenia stan psychotyczny nie prezentuje się obserwatorom niefachowym tak jaskrawo i przekonywująco jako choroba jak w okresie depresji z zahamowaniem. W więzieniu stany te były często uważane jako udawane, symulowane; obecnie nikt nie będzie przyjmował symulacji u badanej, albowiem pacjentka nie ma żadnych powodów do udawania choroby.

Osoba, posiadająca od urodzenia zupełnie zdrowy system nerwowy, nie zapadnie na psychozę tego typu, który stwierdziliśmy u badanej (psychoza reaktywna, psychopochodna) gdziekolwiekbądź, a więc także nie w zakładzie psychjatrycznym. Chorobom takim ulegają tylko osoby usposobionie do zachorzeń psychicznych.

Zazwyczaj psychozy powstają w znacznej odległości od zakładu psychjatrycznego w okolicach, gdzie chorzy nie mieli nawet pojęcia o istnieniu takiej instytucji jak zakład psychjatryczny. Każda choroba rozwija się do punktu kulminacyjnego według właściwych praw patologicznych; tak samo psychoza, z początkiem lekko się zaznaczająca, może rozwinąć się ze znacznem nasileniem do maximum także w zakładzie psychjatrycznym mimo stosowań terapeutycznych. Żaden chory, znajdujący się w zakładzie psychjatrycznym, nie zachorował w zakładzie, lecz daleko poza zakładem; w zakładzie prze-

ważna część chorych przychodzi do zdrowia, wzgl. następuje u nich tak dalece posunięte polepszenie, że jako ozdrowieńcy wracają do dawniejszego środowiska i zawodu. Przyznać można atoli, że w wyjątkowym przypadku, jaki nam przedstawia D., psychoza nie byłaby prawopodobnie przyjęła obecniej postaci, gdyby pacjentka była na wolności. Z drugiej strony należy mieć na uwadze tę okoliczność, że wspomnienia dręczących przeżyć z procesu i ewentl. przykrości i prześladowania, pogarda i wrogie stanowisko ze strony publiczności, rozgoryczonej i wzburzonej zbrodnią, którą D. popełniła, z pewnością wpłynęłyby szkodliwie na słabą psychikę badanej i wywołałyby ciężki stan psychotyczny, choć może nie w tej postaci jaką widzieliśmy przed sobą.

Co się tyczy hyperseksualizmu u D. to należy się spodziewać, że w okresie inwolucyjnym nastąpi uspokojenie.

Prelegent następnie uzupełnia myśl p. Bielawskiego, zawartą w odpowiedzi tegoż na pytania mówców poprzednich o zbrodniczości badanej i zaznacza, że D. jest psychopatką znacznego stopnia z ograniczoną umysłowością, z licznemi objawami histerycznemi, skłonną do ostrych zachorzeń psychicznych, u której na pierwsze miejsce występowały defekty moralne obniżające jej poziom etyczny. D. w zakładzie tutejszym przebyła okres manjakalnego podniecenia. a obecnie znajduje się w depresji z silnem zahamowaniem psychicznem. Zbrodnię, którą pacjentka popełniła, prelegent kwalifikuje jako wypływ chorobowej osobowości psychicznej.

W dalszych wywodach p. Piotrowski tłomaczy, że działanie D. w chwili krytycznej było tylko pozornie „konsekwentne, przezorne".

Jeżeli wnioskuje się z postępowania D., że działała ona z premedytacją i że była poczytalną, to wolno tak wnioskować niespecjaliście. Nie wolno jednak w ten sposób konkludować psychjatrze, albowiem stanu psychicznego nie należy wywodzić ze sposobu dokonania czynu karalnego, lecz przeciwnie, czyn karalny należy wywodzić ze stanu psychicznego. Dla psychjatry orzekającego właściwie nie istnieje czyn karalny albo etycznie wysokowartościowy, bo psychjatra nie bada aktów psychicznych ze stanowiska etycznego, lecz ocenia je ze stanowiska psychologicznego i upatruje w nich tylko przejawy psychiczne. Jakkolwiek czyny karalne popełnione przez D., obserwowane z zewnątrz, pod względem formalnym przedstawiają pozornie działanie rozważne, to jednak są one wypływem na wskroś chorej duszy, a chora osobowość psychiczna, tak ciężko upośledzona, jak u D, nie może odpowiadać za swoje czyny, choć by logicznie przeprowadzone. Czyn wprawdzie może być klasyfikowany jako czyn karalny, atoli sprawca jako chora osobowość psychiczna nie może być pociągana do odpowiedzialności karalnej

---

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY w DZIEKANCE

dnia 17. 7. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz. d. Berezowski.

O. BIELAWSKI. „SCHIZOFRENJA".

(Praca in extenso wydrukowana w zesz. IV. r. 1925. Now. Psych.)

DYSKUSJA.

P. Reimann zaznacza, że u każdego melancholika możemy stwierdzić pewien niestosunek pomiędzy urojeniami melancholijnemi, a jego właściwym nastrojem (jako reakcja na urojenia). Np. pewien chory, podczas okresu melancholijnego znajdował się w stanie najsilniejszego lęku, ponieważ opanowany był przez urojenia, jakoby dopuścił się wielkiego przestępstwa, że znaleziony na ulicy powróz przechowywał u siebie. Tu jest wyraźny niestosunek między treścią myślową, a reakcją psychiczną na te myśli.

P. Siemionkin: Melancholja attonita seu passiva, oczywiście może być uważana jako symptom psychozy man.-depresyjnej w okresie depresji, na co wskazuje i Kraepelin; z równym skutkiem raptus melancholicus w „melancholja agitata seu activa" może przypominać stan silnego manjakalnego podniecenia, lecz w jednym i drugim przypadku stan melancholijny, jako podłoże, będzie miał urojenia skierowane ku sobie w pierwszym wypadku, a ból wewnętrzny w drugim. P. S. przytacza jako przykład kilka przypadków „melancholja attonita", które po kilku latach trwania przeszły bez żadnych komplikacji, nie pozostawiając po sobie defektu. Chorzy po wyzdrowieniu pracowali i byli użytecznymi członkami społeczeństwa; natomiast zgon melancholików, jak stwierdził, następuje z innych przyczyn, np. z tbc., pneumonia crouposa, ogólne osłabienie.

Likwidację formy chorobowej „schizofrenja" po myśli prelegenta, p. S. uważa za przedwczesną, bo zamało mamy przekonywującego materjału tak patologo-anatomicznego, jak i klinicznego, który by mógł ostatecznie zadecydować o ustaleniu podziału tablicy nozologicznej według propozycji prelegenta. Niektórych przypadków schizofrenji nie można umieścić w innych ramach systemu, jak tylko w ramach schizofrenji.

P. Piotrowski zaznacza, że koncepcja schizofrenji nie zadawala nie z tego powodu, że jej definicja jest mglista, jak to podkreśla prelegent, ale odwrotnie nie zadawala dla tego, że pojęcia ogółu psychjatrów o schizofrenji są mgliste; pochodzi to stąd, że koncepcja Bleulera opiera się na dedukcjach, których doświadczenie kliniczne nie zdołało podtrzymać. Z tej przyczyny zczasem także obraz schizofrenijny przybrał postać mglistą. Prelegent zestawia hebefrenję, katatonję i psychosis dolorosa w jedną grupę. Piotrowski uznaje wprawdzie, że objawy hebefreno-katatoniczne pojawiają się w różnych zachorzeniach psychicznych, np. w encephalitis lethargica, jednakże hebefrenja i katatonja, nie są postaciami chorobowemi jednej i tej samej grupy, lecz odrębnemi chorobami, albowiem katatonja sui generis jest chorobą ciężką, rzadko występującą, której kardynalne symptomy leżą w dziedzinie ruchowej, mianowicie w automatyzmach, objawiających się, bądź to w pozytywnym, bądź negatywnym kierunku. Do tego dochodzą liczne objawy chorobowe organiczne. Umysłowość, co do treści i formy, przytem nie potrzebuje być naruszona. W hebefrenji natomiast niema tych licznych objawów somatycznych, niema też charakterystycznych dla katatonji zaburzeń ruchowych, natomiast w pierwszej linji uwydatnia się rozluźnienie składników psychicznych, doprowadzające do rozpadu molekułu psychicznego. Katatonja prowadzi często do śmierci z katatonji. Hebefrenicy nie umierają na hebefrenję.

Piotrowski radzi nie łączyć katatonji i parkinsonizmu, mimo zewnętrznego podobieństwa, bo są to choroby zasadniczo od siebie różne. Katatonja jest chorobą konstytucjonalną, degeneratywną jąder podkorowych, na co wskazuje rozwój i przebieg kliniczny tej choroby, parkinsonizm natomiast jest wyrazem istniejących, względnie przebytych spraw zapalnych w jądrach podkorowych. I pod względem klinicznym są różnice w objawach chorobowych, a to w tym sensie, że zaburzenia ruchowe w katatonji prowadzą nas w dziedzinę automatyzmów, ruchy dowolne w katatonji są prawidłowe i nie wykazują żadnych zboczeń, w stanach parkinsonizmu zaś niema zaburzeń w dziedzinie automatyzmów, zato ruchy dowolne są chorobowo przeinaczone i nie odbywają się prawidłowo.

Znając cechę zasadniczą hebefrenji, względnie schizofrenji, nie będziemy ostrych zaburzeń psychicznych, występujących perjodycznie albo cyrkularnie u osobników usposobionych do zachorzeń psychicznych, mieszać z eksacerbacjami w przypadkach schizofrenji, albowiem u pierwszych znajdujemy w okresach wolnych od zaburzeń psychicznych zupełną prawidłowość wszystkich przejawów psychicznych, podczas gdy w schizofrenji

dokładna analiza psychologiczna pozwala stwierdzić w każdym okresie, wolnym od ostrych objawów, osobowość schizofreniją; tak samo ze schizofrenikami nie będziemy mieszać psychopatów i oligofreników, cierpiących na jakiekolwiek zaburzenia psychiczne. Panu Reimannowi p. Piotrowski przypomina, że twory myślowe melancholików i ich aktywność albo reaktywny sposób działania zawsze są adekwatne stanom wzruszeniowym i ta adekwatność przejawów psychicznych stanowi właśnie podstawowe kryterjum melancholji właściwej, w przeciwieństwie do stanów depresyjnych np. schizofrenijnych.

Tam gdzie tej adekwatności niema, nie może też być mowy o melancholji, lecz tylko o stanach depresyjnych w innej chorobie. P. Reimann, mówiąc o nieadekwatnem reagowaniu melancholików, miał z pewnością na myśli doświadczenie, że melancholik objawia reakcję maksymalną nawet na minimalne bodźce wruszeniowe.

P. Siemionkinowi p. Piotrowski wykazuje, że melancholia attonita, resp. agitata nie jest tem samem, co melancholia passiva resp. activa. Poprzednie wyrazy są wzięte z nomenklatury psychjatrji niemieckiej, a następne należą do nomenklatury psychjatrji francuskiej. Jedno i drugie różni się co do treści, albowiem melancholia attonita dawniejszej szkoły niemieckiej przedstawiała przypadki, w których chorzy znajdowali się w głębokiej depresji, w głębokiem zahamowaniu, nie mieli żadnej inicjatywy, nie okazywali żadnej energji, u których wola była w znacznym stopniu osłabiona, a nawet zniesiona. Melancholia agitata natomiast cechowała przypadki w wysokim stopniu ruchliwe, niespokojne, cierpiące z powodu silnych lękow. Melancholia passiva zaś charakteryzuje przypadki depresji i zahamowania psychicznego, którym brak wybujałych urojeń melancholijnych i wzruszeniowych; natomiast do melancholia activa zalicza się przypadki, w których stwierdzamy liczne urojenia melancholijne i stany wzburzenia wzruszeniowego, wskutek których chorzy dużo cierpią.

Wracając do schizofrenji, p. Piotrowski zaznacza, że przyszłem zadaniem naszem powinno być, ustawienie na miejscu rozbitej grupy schizofrenijnej mniejszych grup klinicznych o prostej, jednolitej, stałej zrozumiałej strukturze; wtedy będzie wytknięty kierunek dla badań anatomo-patologicznych; badania te będą mogły się odbywać z pewniejszą celowością, a wyniki ich z czasem będą zrozumiałe, ustalą się i zwiążą nierozerwalnie z postacią kliniczną choroby.

P. Bielawski oświadcza przedmówcy, że w referacie swym pragnął wyrazić myśl, iż jakkolwiek podstawy, na których Bleuler oparł pojęcie o schizofrenji, wydają się proste i mocne, — to jednak analiza ich wykazuje, że są one chwiejne i dają powód do nader mglistej interpretacji i jak to słusznie zresztą zauważył p. Piotrowski, „nie zostały wzmocnione przez doświadczenie kliniczne".

Ref. wyodrębnia z schizofrenji postać hebefreniczną, katatoniczną i postać psychozy bolesnej.

Ref. nie zamierza jednak bynajmniej łączyć dopiero co wyodrębnionych postaci w jedną grupę i tylko zaznacza, że są to choroby organiczne i że środek ciężkości procesów leży w szarych jądrach mózgu. Zaburzenia ruchowe ekstrapiramidowej natury przykurczowej znamionują objawy motoryczne w katatonji, zaburzenia zaś w dziedzinie uczuć (pierwotnych), przy rozdźwięku ich z zresztą psychiki (psychoza bolesna) będą miały związek ze sprawami chorobowemi we wzgórzu. Gdy zaś w obrazie klinicznym występuje na pierwszy plan rozdźwięk pomiędzy popędem i uczuciem z jednej strony, a myślą z drugiej strony, z wyraźnem przeważaniem czynności automatycznych nad dowolnemi i z objawami podniecenia ze strony tych pierwszych, gdzie dalej, zauważamy objawy rozprzężenia myśli, wogóle, — (tu, prócz jąder podstawowych wciągnięta jest wtórnie, a pod wpływem ogólnej intoksykacji, być może także pierwotnie, — kora), —

będą to objawy charakteryzujące hebefrenję. Dalej B. stwierdza,, iż kombinacja katatonji + hebefrenja, jak też obłąkanie bolesne + katatonja jest częstem zjawiskiem klinicznem, nie zamierza jednak stąd narazie wyciągać dalej idących wniosków o stopniu pokrewieństwa tych postaci z sobą.

Tem mniej nie zamierzał ref. łączyć parkinsonizmów z katatonją, jak to — wydaje się — mniema oponent p. Piotrowski, gdyż niema do tego realnych podstaw. Mimo to jednak ref. sądzi, że zdanie przedmówcy, co do zapalnej natury parkinsonizmu poencefalitycznego nie jest jeszcze ogólnie przyjęte (Orzechowski).

Ref. na podstawie osobistych doświadczeń klinicznych nie wyrobił sobie zdania, czy katatonja, pojmowana w znaczeniu ściślejszem słowa, jest jak uważa p. Piotrowski, chorobą konstytucjonalną degeneratywną, zato sądzi, że przynajmniej w etjolologji hebefrenji już dziś można zaakcentować dwa momenty (wrodzony i nabyty). Pierwszy jest to odziedziczona, konstytucyjna skłonność do degeneracji określonego ośrodka mózgu, drugi moment — jest to intoksykacja — czynnik nabyty i wydaje nam się — wieloraki. Fenomenologicznego różniczkowania przez p. Piotrowskiego katatonji a parkinsonizmu na podstawie tej, że w ruchowych objawach poencefalitycznych parkinsonizmu nie widzi oponent cech automatyzmu, — pozwala sobie refer. nie podzielać i wydaje mu się bardziej przekonywujące zapatrywanie Pieńkowskiego, wyrażone zwłaszcza w jego ostatniej pracy (Neurologja Polska).

Ref. stwierdza z zadowoleniem, że p. Piotrowski w zasadzie dzieli jego zapatrywanie, iż cykliczny przebieg psychozy w żadnej mierze nie może charakteryzować schizofrenji i może raczej służyć za różniczkowy moment djagnostyczny, wykluczający ostatnią w wypadkach, gdy taki przebieg jest niezbicie stwierdzony.

P. Reimannowi i p. Siemionkinowi, na ich pośrednie objekcje, dotyczące scharakteryzowania postaci obłąkania bolesnegn, odpowiedział już p. Piotrowski w sposób zupełnie wyczerpujący, dlatego referent wstrzymuje się od powtarzania tych samych uwag.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Szpital dla umysłowo i nerwowo chorych KOCHANÓWKA pod Łodzią.

Sprawozdanie*) za ROK 1924.

ZESTAWIŁ DR. MED. DYR. B. SIWIŃSKI.

Rok 1924 był dla Szpitala rokiem „gojenia się ran" zadanych przez wojnę i stan powojenny.

W pierwszym rzędzie odżywianie chorych znacznej uległo poprawie. Normy żywienia chorych psychicznie różnią się w każdym szpitalu nie tylko pod względem teoretycznego opracowania, ale i w rzeczywistości. Zrozumiały jest fakt, iż odżywianie chorych psychicznie podczas wojny i w okresie powojennym dalekie było od przepisów teoretycznych. To też na I. konferencji polskich psychjatrów szpitalnych w Kochanówce r. 1921 przyjęta została rezolucja następująca: „Wobec tego, że odżywianie chorych w szpitalach psychjatrycznych w Polsce nie odpowiada normom żywienia, pożądane i konieczne jest podawanie codziennie na osobę w każdym szpitalu chorym III. klasy produktów najważniejszych w ilości minimalnej następującej: chleba 450—500 gr., mięsa 200—230 gr., mleka 0,3 litra, kartofli 1000—1300 gr., tłuszczu w naturze 35—45 gr. poza innemi pokarmami".

Na ogół wrócić do zupełnie normalnego życia obecnie przeszkadza panosząca się wszechwładnie drożyzna, nie pozwalająca jeszcze na zniżenie wydatne stawki za leczenie i utrzymanie chorych.

Na tle Ustawy Sejmowej o opiece społecznej dochodziło do sporów z gminami, które nadsyłać poczęły listy, że płacić przestają za danego chorego, uważając go bowiem za stałego mieszkańca innej gminy.

Prezesem Komitetu Szpitala był jak i poprzednio p. Włodzimierz Horodyński. W skład członków Komitetu wchodzili pp. Berg, Buhle, Daube, Dr. Gole, Dr. Grabowski, Kopczyński, Olszewski, Petrykowski, Baczyński, Sułocki, Wagner i Dr. Siwiński, przytem wiceprezesem był Dr. Grabowski, skarbnikiem p. Olszewski. Komitet zasilił wydatnie kasę szpitalną urządzając bal maskowy w styczniu i w lecie kwestę uliczną.

W r. b. wybudowano Izbę przyjęć, brak której dawał się odczuwać. Myśl wybudowania Izby już dawniej istniała w łonie Komitetu. Nowoprzybyły chory przejść musi przez Izbę przyjęć, w której go kąpią, przebierają w czystą bieliznę i odzież. Lekarz dyżurny bada stan chorego, spisuje od rodziny wywiady w pokoju lekarza dyżurnego, poczem kieruje chorego na odpowiedni oddział. Wprawdzie brak jest jeszcze przy izbie pomieszczeń na kamerę dezynfekcyjną i odwszawialnię, co mamy w przyszłości uzupełnić, jednak już w postaci obecnej Izba przyjęć udoskonala system przyjmowania chorych.

26. sierpnia b. r. odbyło się otwarcie warsztatów dla chorych. Oddawna wiemy jak dodatnio wpływa praca na stan psychiczny chorych. Odtąd chorzy będą mieli stałą

*) Sprawozdanie podaje się w streszczeniu.

godziwą rozrywkę, praca będzie ich odrywać od omamów i urojeń i jednocześnie wzmacniać poczucie własnej wartości. Warsztaty otrzymały instruktora pracy, który poza kierownictwem robotami obowiązany jest dbać o rozrywki dla chorych i personelu, więc prowadzi teatr, tańce, organizuje wycieczki itp.

W r. b. pracowali jako ordynatorzy następujący lekarze: Dr. Bokun-Dokontowa, Dr. Stawirej, Dr. Szymański i Dr. Zylbercwajgowa.

Podczas lata pełnił czynności zastępcy ordynatora student med. Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie Karol Mikulski.

W roku bieżącym zostały ogłoszone następujące prace:

Dr. B. Siwiński. Przyczynek do leczenia porażenia postępującego za pomocą flogetanu. Nowiny Lekarskie.

Dr. B. Siwiński. Opadanie krwinek czerwonych w przebiegu chorób psychicznych. Polska Gazeta Lekarska.

Dr. Siwiński wygłosił w Tow. Lek. Łódzkiem referat p. t. „Uwagi o leczeniu porażenia postępującego za pomocą flogetanu".

W roku bieżącym prenumerowano następujące czasopisma lekarskie:

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny oraz Historji nauk przyrodniczych; Biuletyn Koła Psychologicznego studjum państwowego Instytutu pedagogicznego w Warszawie; Medycyna Doświadczalna i Społeczna; Neurologja Polska, Nowiny Lekarskie, Nowiny Psychjatryczne. Polska Gazeta Lekarska, Rocznik Psychjatryczny, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Annales de l'Institut Pasteur, Annales de Médecine, Annales Médico-Psychologiques, Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie, L'Encéphale, La Presse Médicale, Revue Neurologique, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Münchener Medizinische Wochenschrift, Wiener Klinische Wochenschrift, Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie.

Dział rozrywek był urozmaicany przez tańce niedzielne przy dźwiękach gramofonu, przedstawienia w teatrze szpitalnym, bal maskowy w ostatki, bal sylwestrowski, czytanie książek z bibljoteki dla chorych, gazet i ilustrowanych czasopism, spacery po lesie szpitalnym. W lecie odbyła się wycieczka chorych świadomych wraz z orkiestrą szpitalną do Łagiewnik, przytem chorzy mile spędzili dzień na świeżem powietrzu, zwiedzając starodawny klasztor. Trzykrotnie przyjeżdżała do Kochanówki orkiestra teatralna z Łodzi dając koncerty wprowadzające miłe ożywienie w życiu szpitalnem chorych i zdrowych.

W roku sprawozdawczym i ubiegłym specjalną troską otoczono las szpitalny zajmujący około 30 morgów.

Stosunki z personelem były dobre i w tym roku i dobór nowych pracowników trwał w dalszym ciągu; wprowadzono gradacje poborów dla personelu, zależnie od wysługi lat, wracając w ten sposób do systemu przedwojennego. W zimie, Dyrektor Szpitala Dr. Siwiński wykładał dla personelu anatomję człowieka z uwzględnieniem specjalnem układu nerwowego, pielęgniarstwo ogólne i psychjatryczne.

W roku sprawozdawczym założono telefony wewnętrzne na terenie szpitala pomiędzy budynkami szpitalnemi.

W szpitalu odbywały się konferencje kliniczne raz lub w razie większego napływu chorych dwa razy na tydzień; na konferencjach klinicznych ordynatorzy demonstrowali chorych nowoprzybyłych.

Poza konferencjami klinicznemi odbywały się raz na miesiąc konferencje naukowe, na których ordynatorzy wygłaszali referaty z zakresu psychjatrji i psychologji.

Oprócz tego lekarze brali udział w posiedzeniach Łódzkiego Tow. Lekarskiego.

Odbyły się również trzy posiedzenia Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego Oddziału Łódzkiego, na których omawiano tematy na V Zjazd psychjatrow polskich, poczem i na VI, który miał się odbyć w Krakowie w r. 1925. Poza tematami zjazdowemi omawiano sprawę założenia Ligi Higjeny Psychicznej zgodnie z życzeniem Głównego Zarządu Polskiego Tow. Psychjatrycznego.

W roku sprawozdawczym specjalną troską otoczyiśmy archiwum historji chorób, które dzięki dwudziestokilkoletniej pracy gorliwej wszystkich lekarzy jacy pracowali i pracują w Kochanówce stanowi poważny dorobek kliniczny, archiwum zostało ułożone według roczników i alfabetu. W przyszłości archiwum winno otrzymać osobny pokoik.

Liczba książek w bibljotece naukowej lekarskiej powiększyła się o 125 numerów i wynosiła 31. XII. r. b. 1233 numery. Do wojny w 1914 r. bibljoteka lekarska wynosiła 852 numery sprowadzone przez pierwsze 12 lat istnienia szpitala. Od r. 1915 do 1923 włącznie bibljoteka powiększyła się o 245 numerów.

LICZBY.

	męż.	kob.	raz.
NA DZ. I STYCZNIA POZOST.	93	114	207
W ciągu roku przybyło	269	262	531
„ „ „ leczono	362	376	738
„ „ „ wypisano	238	256	494
a) wyleczonych	38	46	84
b) z polepsz.	101	89	190
c) bez polepsz.	65	86	151
d) zmarło	34	33	67
pozostaje na 31. grudnia	124	120	224

ROZPOZNANIA (leczono 738).

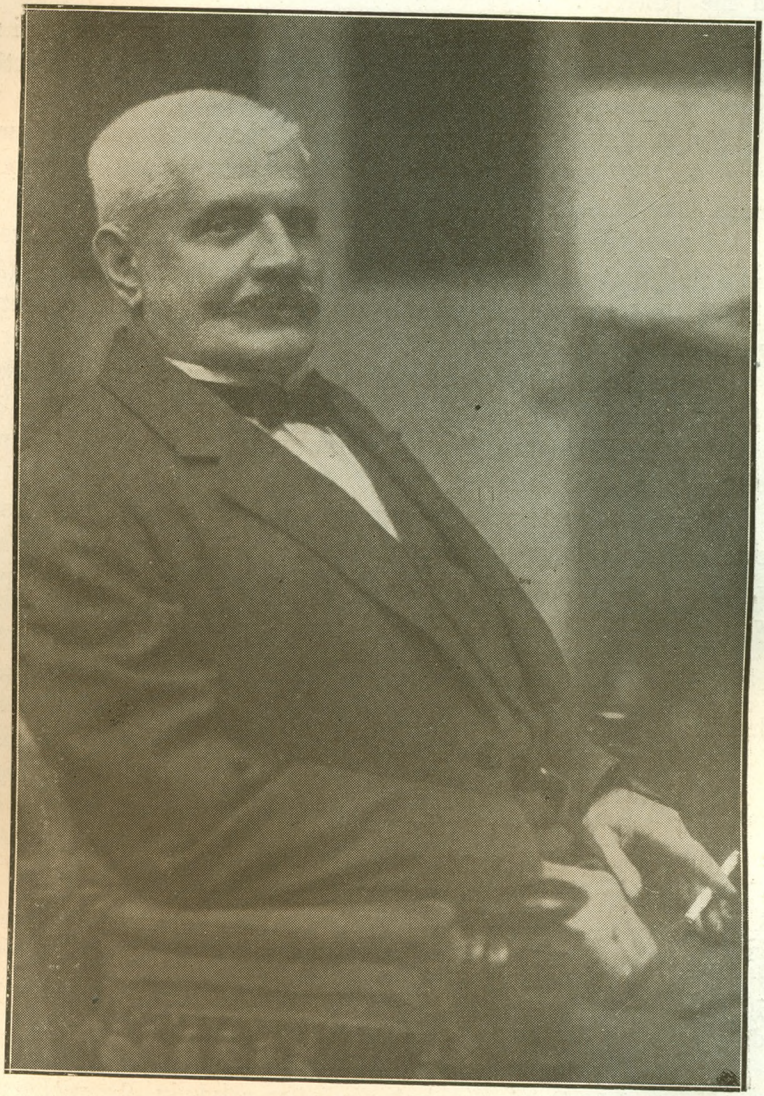
	męż.	kob.	raz.
Dementia praecox	111	117	228
Psychosis maniaco-depr.	38	94	132
Paranoia	—	2	2
Neurosis traumatica	3	—	3
Psychosis „	2	1	3
Psychastenia	4	—	4
Psychosis hysterica	10	34	44
„ epileptica	30	27	57
Hystero-epilepsia	1	1	2
Simulatio	1	—	1
Psychopathia constitut.	3	1	4
Paralysis progressiva	48	13	61
Taboparalysis	8	3	11
Lues cerebro-spinalis	9	12	21
Arteriosclerosis cerebri	4	2	6
Psychosis senilis et praesen.	18	34	52
Amentia	2	9	11
Alcoholismus chronicus	24	4	28
Psychosis post intox. CO.	—	1	1
Encephalitis letharg. epid.	19	4	23
Paralysis agitans	1	—	1
Cretinismus	—	1	1
Idiotismus et imbecillitas	15	10	25
Obserwatio	11	6	17

PRZYCZYNY ZEJŚĆ ŚMIERTELNYCH

	męż.	kob.	raz.
Tuberculosis pulm. et intest	6	6	12
Marasmus paraliticus	9	—	9
Encephalitis epidemica	2	—	2
Adynamia cordis	4	5	9
Vitium cordis	1	2	3
Pneumonia	4	1	5
Erysipelas	2	3	5
Status epilepticus et paraliticus	5	2	7
Haemorrhagia cerebri	—	3	3
Marasmus senilis	4	6	10
Marasmus	—	2	2

WYKAZ WPYWÓW i WYDATKÓW.

a) wpływy		
Opłata za leczenie, utrzymanie chorych	330 295.06	
Dochód z gospod.	5 320.06	
Inne	11 433.74	347 048,86
b) wydatki		
Różne	319 402.04	
Inwestycje	27 646.82	347 648,86



Kurator Dr. Med. KAROL RYCHLIŃSKI
Dyrektor Zakładu Psychjatrycznego w Drewnicy.
(z okazji 25-ciolecia zakładu Drewnicy)

Krótka biografja dra K. Rychlińskiego.

Urodził się w 1864 r. w ziemi Sandomierskiej. Ojciec Władysław za udział w powstaniu w r. 1864 był zesłany na Syberję i do kraju nie powrócił.

Szkoły średnie zaczął w Sandomierzu, skończył w Radomiu i zapisał się na studja lekarskie do Uniwersytetu Warszawskiego, które ukończył w 1890 r.

Był starszym asystentem przy klinice chorób nerwowych i umysłowych do 1897-go roku, w którym został mianowanym ordynatorem Szpitala Jana Bożego.

W roku 1907-ym przeszedł, jako ordynator oddziału nerwowego, do Szpitala Kolejowego, który opuścił, jako emeryt, dopiero w 1925 r.

W 1903 r. Uniwersytet w Kazaniu ofiarowywał mu docenturę przy katedrze chorób nerwowych.

Zaszczycony był również wyborem na profesora przez Uniwersytet Lwowski.

Wydział Krajowy galicyjski zapraszał go na dyrektora Kulparkowa.

Wszystkie zaszczytne propozycje nie pociągały go, gdyż zaangażował się w owe czasy do pracy społecznej i do tworzenia Warsz. Tow. Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, nad wznoszeniem podstaw na nowszych zasadach, zakładu w Drewnicy.

Z prac naukowych, które ogłosił drukiem w czasopismach lekarskich polskich, niemieckich i rosyjskich (przeszło 50) na wyróżnienie zasługują:

a) Nienormalne szlaki w rdzeniu.
b) Okresowa psychoza.
c) Istota natręctwa myślowego.
d) Przebieg kliniczny bezwładu postępującego.
e) Nowotwory mózgu a drgawki połowiczne.

Przyjmował czynny udział na polu publicystyki. Pisywał przez długi czas korespondencje do Nowin Lekarskich (Hołubek), miesięczny przegląd w krakowskiem piśmie lekarskiem, z pod jego pióra wychodziły artykuły krytyczne w Krytyce Lekarskiej (Tuhaj-bej).

Pozatem w poważniejszych miesięcznikach i organach prasy stołecznej i poznańskiej umieszczał obszerniejsze artykuły, obrazujące prądy ówczesnej myśli (Ateneum, Słowo, Dziennik Poznański, Gazeta Warszawska).

Po uchwaleniu przez Sejm odznaczenia orderem Pol. Restituta został w pierwszej liście zamieszczony jako kawaler krzyża.

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

WPŁYW NARZĄDU MIĘŚNIOWEGO NA POWSTANIE I ROZWÓJ ŚWIADOMOŚCI

Studjum psychobiologiczne*)

napisał
J. GAWROŃSKI.

Referat dla VI. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie dnia 27, 28, 29 czerwca 1926.

Wiemy dziś, że podłożem czynności psychicznych jest plazma w swoiście zróżniczkowanych formach komórek szarej kory mózgu. Podłoże to ulegało niezliczonym przemianom, utrwalając fizjologicznie i anatomicznie w miarę rozwoju i różniczkowania się, pewne typowe systemy zjawisk czynnościowych oraz ukształtowań morfologicznych i w tym ewolucyjnym pochodzie osiągnęło najwyższy szczebel rozwoju w szarej korze mózgu u człowieka. To przekonanie, że plazma jest podścieliskiem czynności psychicznych i że jako taka uległa i ulega od początku swego powstania, a obecnie i w stanie swego coraz większego rozkwitu prawom rozwoju, musi mieć podstawowe znaczenie jako punkt wyjścia dla rozważań psychobiologicznych o świadomości. Stojąc na powyższem stanowisku, stwierdzamy po pierwsze, że świadomość jest podmiotowem, tylko dla instrospekcji uchwytnem, odczuciem tych objektywnych zjawisk fizjologicznych, jakie zachodzą w zarodzi komórki szarej kory mózgu, a powstających pod wpływem bodźców świata zewnętrznego.

Po drugie wnioskujemy, że tak jak to somatyczne podłoże (kora mózgowa) całokształtu czynności duchowych ulegało i ulega jako swoista plazma prawom rozwoju, tak i jego podmiotowy wyraz — świadomość, tym samym prawom podlegać musi. Nie przestając być w istocie swej sobą, świadomość dzięki ewolucyjnym właściwościom

*) Uwaga. Studjum to opiera się 1° na własnej obserwacji dziecka w okresie długoletniej działalności leczniczo-wychowawczej, 2° na hypotetycznej pracy E. Storcha „Muskelfunktion und Bewusstsein" Grenzfragen des Nerven - und Seelenlebens. V. J. Bergmann. Wiesbaden i eksperymentalnych pracach H. Sachsa, Apathy'ego, przedstawiających narząd mięśniowy jako organ, pośredniczący w podawaniu wyobrażeń o masie i przestrzeni oraz dzięki temu pośrednictwu wzbogacający świadomość w odczucie otaczającej żywy ustrój rzeczywistości.

swego somatycznego podłoża — szarej kory — jest jako jej podmiotowy wyraz jakościowo i ilościwo inną na różnych szczeblach filo — i ontogenetycznego rozwoju: inną u zwierzęcia, inną u dziecka i inną u człowieka dojrzałego.

Wychodząc z powyższych biologicznych założeń, będziemy mogli w dalszych rozważaniach szukać dowodów i przykładów dla naszych twierdzeń nietylko u człowieka, jako wrzekomo wyłącznego posiadacza świadomości, ale sięgniemy w świat zwierzęcy, w ewolucyjne okresy jego powstawania t. j. jego filogenezę i we wzorach tego odwiecznego planu twórczości naturalnej szukać będziemy poparcia dla poruszonego przez nas zagadnienia.

Stwierdzając fakt, że system nerwowy i mózg wraz z korą jest ektodermalnego pochodzenia, a więc jakby uwewnętrznionym organem ektodermy, kojarzymy z nim fakt drugi, mianowicie, że pokrywa skórna w świecie zwierzęcym jest macierzą wszystkich zmysłów i sama jest organem zmysłowym dotyku. Ona to wraz ze zmysłami, znajdując się w stałem zetknięciu ze światem zewnętrznym, jest odbiorczynią, transformatorem i stacją nadawczą bodźców zewnętrznych przez peryferyczny system nerwowy do rdzenia mózgu i szarej kory.

W najwcześniejszych postaciach filogenetycznych zarówno u zwierząt, jak i embryonalnych — u człowieka (gastrula i jej pochodne), listek mezodermalny zrośnięty jest z listkiem ektodermalnym, stanowiąc z nim nierozerwalną całość. Jeżeli chodzi o twory gotowe, to najplastyczniej ujawnia się ta łączność u robaków (glista, pijawka itp.), gdzie warstwa ektodermy — stanowiąca powierzchnię zwierzęcia, zrośnięta jest z jego parjetalną mezodermą w tak zwany *worek skórno-mięśniowy — organ zmysłowo-ruchowy.* Już więc na najwcześniejszych szczeblach życia mięśnie związane są ściśle z pokrywą zmysłową i jako złożony narząd o podwójnem pochodzeniu oprócz czynności protekcyjnych, wydzielniczych, respiracyjnych, spełniają funkcje aparatu zmysłowo-ruchowego. W miarę rozwoju jestestw bezkręgowych zarówno narządy powstające z ektodermy jak i z mezodermy, różniczkują się coraz bardziej, (aby tylko ograniczyć się do zwrócenia uwagi na organy wzroku i lokomocji u owadów, u mątw i ośmiornic) nie przestają być jednak w ścisłym ze sobą kontakcie. U kręgowców, które odziedziczyły po bezkręgowych typowe wzory embryonalnego rozwoju, widzimy po gastrulacji zarodka ten sam ścisły kontakt listka mezodermalnego ościennego z ektodermalnym, nadto z tych samych listków, przylegających ściśle do siebie powstają: 1° przez tworzenie się

fałd nad struną grzbietową (chorda dorsalis) rura nerwowa ektodermalnego pochodzenia ,zaczątek centralnego systemu nerwowego, oraz 2^0 po obu jej stronach odcinki mięśniowe z listka mezodermalnego (t. zw. segmenty), różniczkując się i rozwijając w pniu kręgowców, przyczem nie przestają być ze sobą jak i w swoich morfologicznych pierwocinach (Amphioxus lanceolatus i t. p.) w najściślejszym kontakcie anatomicznym i fizjologicznym.

Pozwoliliśmy sobie tu na przytoczenie powyższych faktów, stwierdzających ścisłą łączność trzech narządów, mianowicie pokrywy skórnej (integumentu), peryferycznego i centralnego narządu nerwowego wraz z mózgiem i szarą korą (pochodzenia ektodermalnego) i systemu mięśniowego (pochodzenia mezodermalnego), łączność fizjologiczną i morfologiczną, istniejącą już w pierwotnych formach filogenetycznej twórczości (robaki) i trwającą w okresie istnienia i rozwoju pnia zwierzęcego oraz potęgującą się stale aż do najwyższych wzorów organizacyjnych (człowiek), na jakie dotąd zdobyła się natura. Uczyniliśmy to w celu przygotowania czytelnika do rozważań, skreślonych poniżej, które właśnie, wychodząc z tej, w całokształcie stworzenia istniejącej, łączności trzech powyżej wymienionych narządów, usiłują wykazać, jak one w tym przedziwnym kontakcie pomagają sobie wzajem do wytworzenia rozwojowo najpóźniejszej i najbardziej tajemniczej organizacji psychicznej, jaką jest świadomość. A ponieważ stosunek pokrywy skórnej, macierzy zmysłów, do mózgu i jego szarej kory jako podłoża świadomości jest w biologji i psychologji dostatecznie wyświetlony, system zaś mięśniowy jako narząd ruchliwości bywa w tym stosunku narządów zmysłowych do szarej kory albo pomijany albo zbyt mało jeszcze doceniany, zadaniem szkicu będzie wysunąć i uwypuklić jego rolę w powstawaniu i rozwoju świadomości.

Jeżeli obserwujemy rozwijające się dziecko, najbardziej nam podpada pod zmysły jego nadmierna (w stosunku do człowieka dojrzałego) ruchliwość. Dziecko jest też istotą par excellence ruchową. Całe jego życie poza snem, objawia się w ruchu. Brak ruchliwości, skłonność do siedzenia, pokładania się to objawy patalogiczne. Ruchliwość zaczyna się już w łonie matki, jako jeden z pierwszych objawów życia i trwa przez cały okres rozwoju, a więc niemowlęctwa, wczesnego dzieciństwa, okresu młodzieńczego, a nawet w okresie dojrzewania i objawia się już to w ruchach porodowych, w pierwszym oddechu w ssaniu i w nieskoordynowanych ruchach kończyn, już to w samodzielnej sztuce stawania, chodzenia, mówienia, w zabawach, sportach, pieszych wycieczkach i t. p. W niemowlęctwie idzie w parze

ta żywiołowa i nieskoordynowana ruchliwość z niedorozwojem szarej kory mózgu i ubóstwem świadomości.

W miarę potęgującej i różniczkującej się oraz bardziej skoordynowanej ruchliwości wzmaga się rozwój mózgu, szarej kory a z nią i świadomości. Ruchliwość dziecka, rozwój jego wogóle, rozwój jego mózgu i świadomości — to zjawiska, znajdujące się w ścisłej od siebie zależności. Z tego łańcucha zależnych zjawisk połączmy dwa ogniwa — pierwsze i ostatnie, t.j. ruchliwość dziecka i jego świadomość i zastanówmy się nad ich wzajemnym stosunkiem. Przypatrując się dziecku, zauważymy, że *jego ruchliwość w znacznej mierze skierowana jest na przezwyciężenie oporów, jakie nastręcza mu otoczenie.* W zabawach swoich z przedmiotami martwemi, którym oddaje się go dziny całe, jak piasek, żwir, glina, gałganki, patyki, lalki, pozatem stołki, krzesła itp. spotyka się *z masą* (materją), w której natrafia na opór bardzo różnorodny i przypatrując się tej masie, smakując ją (bierze wszystko w usta) i jednocześnie wąchając, wsłuchując się w jej dźwięki (uderza często z godną podziwu wytrwałością po kilkadziesiąt razy w rytmicznych lub arytmicznych ruchach kijem w kamień itp. (usiłuje przezwyciężać jej opór przez pchanie, przyciąganie, przesuwanie, dotykanie, gładzenie jej powierzchni, wtłaczanie nią palców (urabianie gliny) i nadawanie jej form różnorodnych. Te wszystkie przeżycia i doświadczenia z masą są przezwyciężaniem oporów, jakie ona pod postacią przeróżnych ciał stale nastręcza.

Masa, stawiając opór próbom dziecka, kuszącym się o zmianę jej formy i położenia, hamuje, powstrzymuje, różniczkuje, reguluje, rytmizuje ruchliwość rozwijającego się ustroju. Wrażliwą na te wpływy masy i podającą się jej biernemu oddziaływaniu (opór, ciężar) *może być w ustroju tylko tkanka mezodermalna, ściślej — tkanka mięśniowa. Wszędzie więc tam, gdzie z narządami zmysłowymi związana jest tkanka mięśniowa, staje się ona współpośrednikiem wywołującym wyobrażenie ciała, hamującego ruch.* Ale masa jest rozciągłą przestrzennie, dlategoteż w zetknięciu się z nią narząd mięśniowy staje się też aparatem pośredniczącym w powstawaniu wyobrażeń o przestrzeni, nieodłącznej od masy. Nie jedynie drogą zmysłów, ew. dotyku dostają się tedy do kory mózgowej odpowiednio urobione bodźce zewnętrzne, pochodzące od zetknięcia z masą i przestrzenią. *Masę i przestrzeń uświadamia sobie dziecko przy stałym współudziale czynności mię-*

*śniowej.**) Uprzytomnimy sobie to na schematycznym wykresie, zapożyczonym z pracy E. Storcha (patrz rysunek 1. i 2.), odpowiednio przystosowanym do celów naszych rozważań. Wyobraźmy sobie, że linja (na rysunku 1.) większego okręgu A. przedstawia nam czuciową powierzchnię ciała ludzkiego pochodzenia ektodermalnego. Jest to syntetyczny obraz narządów zmysłowych dziecka. Jedno z licznych zjawisk świata zewnętrznego B. staje się bodźcem, drażniącym tę powierzchnię. W momencie działania bodźca B. następuje jego transformacja, właściwa danemu narządowi zmysłowemu — Bz (zmysłowa). Przez nerwy dośrodkowe Bz, jako odpowiednik zmysłowy podrażnienia zewnętrznego B dostaje się do czuciowych ośrodków szarej kory, przedstawionej na rysunku linją okręgu wewnętrznego, mniejszego, i tam dzięki nieznanym bliżej zmianom utrwala się jako śród-korowa odbitka **) bodźca B — Bzk. Bz i Bzk są to transformacje energji komórek, reprezentujących swoiste czynności i ukształtowania płazmy.

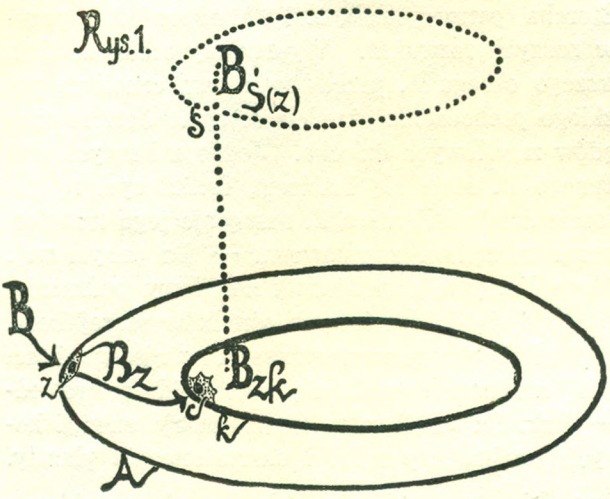
Bezpośrednim wynikiem grupy B, Bz, Bzk, jest akt psychiczny (Bzś,) — podmiotowe odczucie środkowej odbitki Bzk. Bzś jest elementem świadomości, przedstawionej na rysunku przez okręg kropkowany, odpowiadający wielkością okręgowi wyobrażającemu szarą korę mózgu. Wykres przedstawiony na rysunku 1. jest schematycznym wzorem syntezy pojedyńczych etapów, począwszy od bodźca B (świat zewnętrzny), jakie powstają w ektodermalnych organach zmysłowych i centralnym narządzie nerwowym dziecka i w finalnym wyniku stają się odczuciem, wyrazem psychicznym — składnikiem powstającej świadomości.

---

*) Uwaga. W przytoczonej powyżej pracy pisze E. Storch: „Die Masse ist das Wesentliche, was eine Erscheinung zum Objekt macht und ihr den Charakter der Wirklichkeit verleiht. Masse ohne räumliche Ausdehnung giebt es nicht. Raum ist die Bedingung der Massenwahrnehmung, wie die Zeit die Bedingung der Wahrnehmung überhaupt ist. Masse ist räumlich und fest. Sie setzt den Widerstand der Versuche, ihre Form zu verändern; sie hemmt die Bewegung. Die Muskulatur als Organ ist allein im Stande uns die Vorstellung eines die Bewegung hemmenden Körpers zu geben. Die Masse messen wir durch eine Bewusstseinstätigkeit, welche regelmässig die Muskelfunktion begleitet. Den Raum messen wir durch die Masse. So ist Masse und Raum durch unsere Muskeln als Wahrnehmungsorgan vermittelte Vorstellung". „Raumvorstellung und Massenvorstellung ist myogen. Nicht der Tastsinn spielt eine wesentliche Rolle bei der Wahrnehmung der Masse. Für die Vorstellung der Masse ist ganz gleich, ob ich sie mir warm, kalt, glatt, rauh, blau, weiss, denke; das Wesentliche ist Kraft, die nötig ist, sie in Bewegung zu versetzen". „Die durch Muskelfunktion ausgelösten Bewusstseinsvorgänge sind myopsychisch".

**) Uwaga. Odbitka jako wynik stanów czynnych w korze mózgowej.

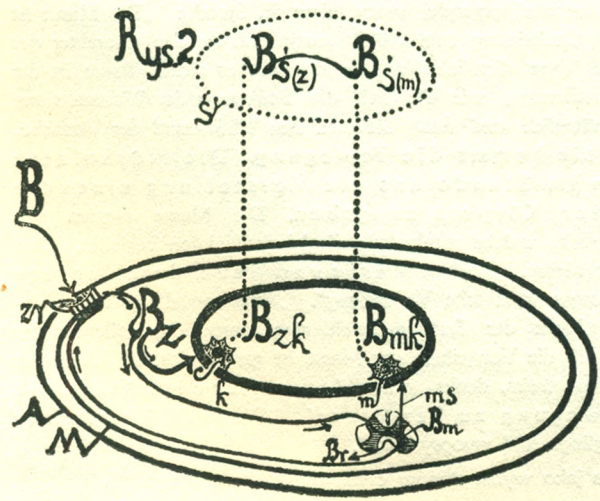
Objaśnienie do rys. 1.



A. czuciowa powierzchnia ciała. z. — jej ośrodek zmysłowy
B. bodziec zewnętrzny
Bz. swoista transformacja zmysłowa bodźca B.
k. szara kora mózgu. — c. — jej ośrodek czuciowy.
Bzk. śródkorowa odbitka bodźca B.
ś. — okręg kropkowany, symbolizujący biosferę świadomości.
Bś(z). — świadomy wyraz (odczucie) środkorowej odbitki Bzk.

Objaśnienia do rys. 2.

B. — bodziec zewnętrzny
A. — czuciowa powiecrzchnia ciała
M. — narząd mięśniowy
} zr. — ośrodek zmysłowo-ruchowy
Bz. — swoista transformacja zmysłowa bodźca B.
k. — szara kora mózgu. c. — jej ośrodek czuciowy
Bzk. — środkorowa odbitka bodźca B.
ś. — okręg kropkowany, symbolizujący biosferę świadomości.
Bś(z) — świadomy wyraz (odczucie) środkorowej odbitki Bzk.
Br. — Stan czynny mięśni, wywołany przez Bz Bm.



Bm. — wrys czynności mięśniowej Br. w motorycznych komórkach rdzenia (rogi przednie)
ms. — droga myosensoryczna.
m. — myosensoryczny ośrodek szarejkory w jej polach motorycznych.
Bmk. — śródkorowa odbitka Bm.
Bś(m). — myopsychiczny wyraz świadomości.

Z kolei przedstawimy wykres bardziej skomplikowany, który uwidoczni ważną rolę, jaką przy tworzeniu świadomości odgrywa narząd pochodzenia mezodermalnego t. j. system mięśniowy, ten, jak widzieliśmy wyżej, nieodłączny sojusznik i współpracownik pokrywy skórnej, narządów zmysłowych i mózgu. Na wykresie tym (patrz rysunek 2.) spotykamy dosłowne powtórzenie wykresu pierwszego z tą różnicą, że tu pokrywa zmysłowa zarysowuje się jako linja krzywa o podwójnym konturze. Jej wewnętrzny kontur przedstawia nam narząd mięśniowy, pracujący, jak zobaczymy, w synergistycznym zespole z narządami zmysłowymi przy powstaniu świadomości. Z chwilą kiedy bodziec B. wraził się w powierzchnię zmysłową jako Bz, wówczas następuje (niezależnie od procesu przemiany Bz w Bzk w środkorowych ośrodkach mózgu) jednoczesne podrażnienie odpowiednich mięśni, związanych z narządem zmysłowym, wychodzące z Bz. Skutek podrażnienia—to akcja mięśni Br. i jej wrys rdzeniowy Bm. Odbicie tych stanów czynnych wstępuje z motorycznych komórek przednich rogów rdzenia pacierzowego w odpowiednie formacje rdzenia przedłużonego (medullae oblongatae) przez anatomiczne dotychczas nieustaloną, ale biopsychicznie usprawiedliwioną drogę (wśród lub obok drogi piramidowej) t. zw. *drogę myosensoryczną,* która znajduje swoje zakończenie w komórkach szarej kory w Bmk mianowicie w jej polach motorycznych.*

Tej objektywnej środkowej odbitce Bmk**)odpowiada czysto subjektywny, dostępny tylko dla introspekcji, myopsychiczny wyraz

*) Uwaga. W wyżej pomienionej pracy E. Storch tak mówi: „Die gesonderte Annahme einer myosensorischen Bahn ist notwendig. Lange bevor das Kind eine Bewegung ausführen will, führt es sie reflektorisch (subcortical) aus. Der Wille zu schreien und demgemäss der materielle (corticale) Vorgang entsteht später als die Schreibewegung und deren spinale Innervation, so dass anzunehmen ist, dass das Cortin cale als eine Art Photographie der Muskeltätigkeit (oder des Vorganges in den Spinalzellen) durch eine centripetale Bahgebildet wird. Der Sitz der Willensentladung — die Pyramidenzellen ist nicht indentisch mit der Myopsyche und folglich ist die myosensorische Bahn auch nicht indentisch mit der Pyramidenbahn".

„Die myosensorische Bahn müsste in besonderen Fasern des Rückenmarks aufsteigen und an gesonderten Zellen der Grosshirnrinde endigen." „Die Muskelaktion veranlasst eine zentripetal gerichtete Nervenströmung, eine in der Anatomie noch nicht genauer festgelegte myosensorische Bahn, die sich in die Grosshirnrinde ergiesst. Die corticale Projection dieser Bahn ist dieselbe, wie die der motorischen Pyramidenbahn".

H. Sachs w pracy, Die Enstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen. Breslau 1897 podaje jako punkt wyjścia dla drogi myosensorycznej komórki motoryczne rdzenia przedłużonego (Höhlengrau).

**) Bmk wyobrażamy sobie jako rodzaj odbitki, wywołanej stanami czynnymi, w korze szarej.

świadomości — Bś/m/. Z tych więc dwóch wykresów, mających czytelnikowi ułatwić zrozumienie stosunku między bodźcem B., a jego psychiczną reprezentacją Bś/z/ = Bś/m/*) widzimy, że bodziec, wywierający swój wpływ na zmysły, przez swoje transformacje w narządach zmysłowych wywołuje zawsze czynności mięśniowe i że wskutek tego objektywne odbicie wpływów w korze szarej, pochodzi zarówno od organów zmysłowych, jak i od związanych z nimi mięśni. Z tej to racji i świadomość, jako psychiczny wyraz zjawisk śródkorowych, posiada w każdym akcie psychicznym, np. wyobrażeniu, odczucie wpływów zmysłowych — Bś/z/ —, jako też i jednoczesne odczucie wpływów mięśniowych — Bś/m/. Pełna świadomość, normalna, wywołana przez bodziec B., powstaje z połączenia powyższych odczuć Bś/z/ = Bś/m/ w jednę nierozerwalną całość. Im współczynnik myopsychiczny Bś/m/ jest silniejszy, tym realniej zarysowuje się w świadomości bodziec B., jako masa, wymiar, kierunek, przestrzeń — t.j. zjawiska świata zewnętrznego subjektywnie odczuwane jako rzeczywistość.

Stanąwszy na powyżej skreślonej platformie, kojarzącej powstanie świadomości ze współpracą i współrozwojem trzech systemów somatycznych pochodzenia ekto - i mezodermalnego, mianowicie pokrywy skórnej jako macierzy zmysłów, narządu nerwowego wraz z mózgiem i szarą korą oraz systemu mięśniowego, ułatwiamy sobie zrozumienie psychobiologicznego przeświadczenia, że filogenetycznie świadomość jako psychiczny wyraz somatycznych oddziaływań wspomnianych trzech narządów, wyprzedziła znacznie rodzaj ludzki oraz rozwijała się już w świecie zwierzęcym jako prodrom świadomości, występującej u człowieka już w całym swoim majestacie.

Potwierdza to w całej rozciągłości rozwojowej ontogeneza, dziecko bowiem w swoich pierwocinach życiowych (łono matki), w niemowlęctwie i wczesnem dzieciństwie jest istotą par excellence rdzeniową. Życie jego jest czysto refleksyjne, życie zaś świadome, przesycające się wolą i przemyślanym czynem rozwija się w okresie dojrzewania i w wieku młodzieńczym jako nadbudowa wszechwładnie panującej w dzieciństwie refleksyjności. Ta nadbudowa powstaje cegła po cegle, w myśl zasadniczego planu filogenetycznego jako wynik współpracy wspomnianych trzech systemów somatycznych. Działanie zmysłów w rozbudowie świadomości na refleksyjnym cokole, jakkolwiek pierw-

*) Uwaga. Znak = między Bś(z) i Bś(m) to nie znak równania, ale znak podwójnego, wzajemnego połączenia tych odczuć.

szorzędnego znaczenia, odbywa się u dziecka prawie niepostrzeżenie dla otoczenia, gdy tymczasem praca narządu mięśniowego podpada obserwatorowi aktów rozwojowych jako niezmożona ruchliwość, objawiająca się w niezliczonych czynnościach i związanych z niemi formach. Ta żywiołowa, refleksyjna ruchliwość dziecka nie jest tylko wyładowaniem nadmiaru rozwijającej się energji, *ale w pierwszym rzędzie instynktowną potrzebą bezpośredniego zetknięcia się ze światem zewnętrznym, a więc masą (materją)*, objawiającą się w przenajrozmaitszych postaciach, stanach, skupieniach w przestrzeni, oraz potrzeba pokonywania oporów, jakie ona (masa) w tych niezliczonych formach nastręcza. *To pokonywanie oporów w przestrzeni i czasie posiada swój wyraz psychiczny w świadomości*— postrzeżenie myopsychiczne. Pochodzi ono nie od organów zmysłowych, ale od pracy mięśniowej, porającej się z masą. Dziecko (naturalnie odnosi się to i do człowieka dojrzałego), doznając subjektywnego uczucia oporu, jaki przedstawia masa, tylko właśnie dzięki odczuwanemu oporowi tę masę poznaje jako objekt rzeczywisty. Jeżeli jego ruchy nie spotykają oporu, a więc subjektywnie nie wywołują odpowiedniego uczucia, wówczas w świadomości powstaje tylko obraz poznawczy pustej przestrzeni. Narząd mięśniowy, jako nieodłączny i odwieczny współpracownik narządów zmysłowych, anatomicznie i fizjologicznie ściśle z niemi związany, pośrednicząc w zetknięciu organizmu z masą w przestrzeni i czasie, wywołuje w świadomości ludzkiej poczucie rzeczywistości.

Powyższe rozważania psychobiologiczne, dotyczące zarówno wpływu narządu mięśniowego na rozwój świadomości i jej swoistego charakteru, pozwalają na wyprowadzenie odpowiednich wniosków natury pedologicznej i psychopatologicznej oraz mogą się przyczynić do wyświetlenia wielu zjawisk w zakresie tych dziedzin.

Pedologja współczesna, opierając się na bezpośredniej obserwacji życia dziecięcego w różnych okresach jego rozwoju oraz na wynikach psychologji doświadczalnej, coraz częściej stwierdza niedostateczność metody poglądowej w wychowaniu i domaga się gruntowania zabiegów wychowawczych nie tylko na bezpośredniem zetknięciu zmysłów dziecka ze światem zewnętrznym ale na rozwijaniu ergopsychicznych jego popędów. Na tem stanowisku stoi pragmatyczna psychologja James'a, pedagogiczne wysiłki Dewey'a, Montessori, t. zw. szkół pracy, a przedewszystkiem szkoły twórczej (Eocole active w

Szwajcarji, Francji i Belgji oraz Szkoła Odrodzenia w Polsce.* Wyżej wypowiedziane poglądy o roli narządu mięśniowego w powstaniu świadomości są psychobiologicznym potwierdzeniem słuszności najnowszych kierunków pedologicznych i praktycznych poczynań pedagogicznych, dążących do pełnego rozwoju władz psychicznych dziecka drogą samorodnej pracy zmysłów w skojarzaniu z pracą mięśniową.

Przechodząc z kolei do zjawisk psychopatologicznych, podkreślamy na wstępie, już w innych formach wyrażone powyżej przeświadczenie, że rzeczywistość danego zjawiska, odczuwana przez nas, a spowodowana oporami masy, jest w naszej świadomości reprezentacją bodźców nieodłącznych od przestrzeni, a więc bodźców myogennych. Jeżeli więc zespół reprezentacyj psychicznych Bś/z/, wywołanych bodźcami zmysłowymi, nazwiemy duszą zmysłową, (Pathopsyche E. Storcha) zespół zaś wyrazów psychicznych Bś/m/ — (patrz wykres drugi i odpowiedni tekst na str 6 i 7, spowodowanych przez bodźce myogenne, nazwiemy duszą mięśniową (Myopsyche E. Storcha) i raz jeszcze zaznaczymy, że normalnie tylko w połączeniu tych obu reprezentacji psychicznych zarysowuje się w naszej świadomości rzeczywistość, świat realny, to dojdziemy do wniosku, że poczucie rzeczywistości słabnie, kontakt subjektywny ze światem realnym rozluźnia się w świadomości ludzkiej wówczas, kiedy współpowstawanie odpowiednich reprezentacyj duszy zmysłowej i duszy mięśniowej nie dochodzi do skutku. Tem rozszczepieniem, rozstrojem duszy zmysłowej i mięśniowej możemy sobie wytłomaczyć cały szereg objawów psychopatologicznych, w ktorych kontakt z rzeczywistością jest narażony na szwank. U neurasteników spotykamy się często ze skargami, że nie widzą dokładnie otoczenia, że świat im się przedstawia jak za mgłą, że tracą kontakt z otoczeniem, że jakoś dziwnie niewyraźnie, karykaturalnie, przedstawiają im się zjawiska świata otaczającego. Jednocześnie zaś stwierdzamy u podobnych chorych, że siła ich wzroku jest normalna. W stanach psychotycznych cięższych spotykamy się z mniemaniem, że to, co chory widzi, nie jest prawdziwe, albo, że to nie jego osoba widzi. Takie same objawy chorobowe zachodzą w patologicznie zmienionej biosferze innych zmysłów i przy takiej już kumulacji objawów

*) W pracy J. Gawroński „Szkoła Odrodzenia" (Fiszer i Majewski, Poznań, 1925) streszcza autor wyniki 15-letnich zabiegów wychowawczych, uwzględniających nietylko udział zmysłów dziecka w jego rozwoju psychicznym, ale także jego ruchliwość, jego skłonność do pracy mięśniowej (metoda ruchowa w szkole).

patologicznych następuje bezradność, mniej lub więcej dotkliwy brak orjentacji, lęk z powodu utraty realnego gruntu pod nogami, podniecenie lub depresja jako wynik tego lęku — słowem groźne znamiona rozwijającej się psychozy.

Powyżej naszkicowane rozważania psychopatologiczne znajdują się też w zgodzie z najnowszymi kierunkami terapeutycznymi, stosowanymi w psychjatrji. Dążność do zajęcia jaknajwiększej ilości psychicznie chorych pracą, znajdując coraz szersze zastosowanie w praktyce zakładów psychjatrycznych, nie jest tylko usiłowaniem zajęcia chorego czemśkolwiek dla wyrwania go z jego autystycznej atmosfery, dla odwrócenia jego uwagi od chrobliwych uczuć, urojeń, omamów, dla zapewnienia mu dobroczynnych wpływów socjalnego współżycia, wreszcie, dla podtrzymania sprawności jego sił fizycznych i umysłowych, tak pożytecznej w okresach pochorobowych. Rdzenna, istotna wartość leczniczo - wychowawcza powyższych zabiegów — to nawiązanie ścisłego kontaktu przez psychicznie chorego ze światem zewnętrznym, z masą i wszystkimi jej atrybutami, otoczenie go bodźcami działającymi na zmysły w połączeniu z pracą mięśniową jako czynnikiem ergopsychicznym, dostarczenie przeżyć, na które składałyby się zarówno wpływy zmysłowe oraz myogenne i w tem synergistycznem oddziaływaniu na rozstrojoną, rozszczepioną świadomość, przywracanie jej powoli odczucia rzeczywistości, a z niem pełni świadomości i zdrowia psychicznego.

Hôptal Pychiatrique public du Pays, (Posnanie) à Dziekanka (Pologne).

L'INFLUENCE DU SYSTÈME MUSCULAIRE SUR L'ORIGINE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONSCIENCE.

Etude psychobiologique

par
JULIEN GAWROŃSKI.

Résumé.

L'auteur, s'appuyant sur les résultats de ses propres observations de l'enfant et sur les ouvrages de E. Storch, H. Sachs et Apathy, démontre de quelle manière l'appareil musculaire influence le développement de la conscience.

Les stimulus qui agissent sur les organes sensitifs produisent des transformations dans les organes mêmes. Ces transformations parviennent comme nouveaux stimulus à la substance grise du cerveau en y produisant des états actifs corrélatifs. Ces états dans la substance grise se manifestent comme psychismes — les éléments de la conscience.

La conscience produite par ces moyens n'est pourtant pas une conscience pleine et claire. Elle acquiert ces qualités grâce au travail simultané des muscles, jointe à l'action des organes sensitifs, et ce n'est que comme résultat de ce travail que la conscience devient pleine et claire.

Le système musculaire se manifeste comme agent intermédiaire dans la genèse des notions de l'espace. Le procès qui fait naître les psychismes et qui n'est pas encore localisé anatomiquement, mais bien justifié psycho-biologiquement, se traduit de la manière suivante:

Si un phénomène quelconque du monde extérieur agit comme stimulus sur les organes sensitifs, les transformations qui en dérivent produisent simultanément des actes des muscles, par lesquels le système musculaire entre en contact avec la matière (la masse), celle-ci reprénant le mouvement des muscles.

L' innervation partant des cellules des cornes antérieures de la moelle spinale (conjointement avec les voies pyramidales), par la voie myosensorique, parvient comme stimulus jusqu' à la substance grise du cerveau, y produisant des états actifs qui répondent aux actes musculaires — vainqueurs de la résistance de la matière.

En résumé, un stimlus qui agit sur les organes sensitifs, produit d'une manière indirecte des actes musculaires et en même temps évoque dans la substance grise du cerveau deux clichés: l'un sensitif dans les centres sensoriels (fig. 1), l'autre myogénique, dans les centres moteurs (fig. 2.) Ces procès simultanés dans la substance grise du cerveau ont pour effet la conscience claire et pleine du stimulus extérieur — le sentiment de la réalité.

L'enfant - nouveau né, être encore moelleux et réflexe dans la première époque de sa vie, bâtit à mesure de son développement l'édifice de sa connaissance du monde extérieur, par suite de l'effort simultané des sens et des muscles, ce qui se traduit par son infatiguable activité et le combat qu'il livre dans ses jeux à la résistance de la matière.

La conclusion pédologique et pédagogique à en tirer se résume en ceci:

La pédologie contemporaine exige du pédagogue non seulement l'exercice des organes sensitifs de l'enfant, mais encore celui de ses muscles. C'est à cette exigence que répond le pragmatisme de James les écoles de Devey, de Montessori, l'école nommée Ecole active en Suisse, en Belgique etc. l' Ecole de relèvement en Pologne, fondée et dirigée par l'auteur. Bien des phénomènes psychopathologiques dérivent de la disjonction des éléments sensitifs et musculaires et voilà pourquoi la psychiatrie moderne doit tendre à mettre le malade en contact avec le monde extérieur en lui procurant des jeux ou bien l'exercice des muscles dans des ateliers, dans les champs ou les jardins.

DZIEDZICZNOŚĆ U CZŁOWIEKA W ŚWIETLE BADAŃ ANTROPOLOGICZNYCH

PROF. DR. JAN CZEKANOWSKI. (Lwów).

TREŚĆ: KIERUNKI BIOMETRYCZNY I GENETYCZNY. — GŁÓWNE ETAPY ROZWOJU BADAŃ. — TRUDNOŚCI BADANIA DZIEDZICZNOŚCI U CZŁOWIEKA. — KOMPLIKACJE SPOWODOWANE PRZEZ PROCESY SELEKCYJNE. — OBECNY STAN BADAŃ. — WYNIKI OGÓLNE

KIERUNKI BIOMETRYCZNY I GENETYCZNY.

W badaniach nad dziedzicznością u człowieka zarysowują się bardzo wyraźnie dwa odmienne kierunki: biometryczny i genetyczny. Pierwszy jest starszy, zapoczątkowały go badania Calstona nad dziedzicznością wzrostu, wyniki których zostały podane po raz pierwszy w roku 1887. Drugi kierunek stał się aktualny nieomal dopiero w dwadzieścia lat później, gdy zajęto się wyjaśnianiem pytania, w jakim stopniu prawa Mendel'a stosują się i do człowieka. Teoretykiem i metodologiem szkoły biometrycznej jest K. Pearson, duszą zaś szkoły genetycznej w antropologji C. B. Davenport.

Istotę zasadniczego przeciwieństwa tych dwu kierunków stanowią nietyle odmienność stosowanych metod badania, jak różnica w poglądach na najbardziej podstawowe zagadnienia biologji ogólnej. Przeważna część przedstawicieli kierunku biometrycznego obstaje przy założeniu, że zmienność jest zjawiskiem ciągłem. A zatem stwierdzane różnice stanowią rezultat sumowania się zmian dziedzicznych, niezmiernie małych. Przyjmują oni przytem, że przyczynę zmian stanowią procesy selekcyjne. Są oni w zasadzie Darwinistami. Genetycy natomiast podkreślają fakty zmienności nieciągłej, kwestjonują wszechmocność doborów i kładą główny nacisk na składniki rasowe populacyj, zupełnie prawie nie uwzględniane przez kierunek biometryczny. Genetycy są oczywiście zdecydowanymi Mendelistami. Konsekwencję tego odmiennego ustosunkowania się do zjawiska zmienności stanowi wielokrotnie podnoszona hypertrofja matematyki w pracach kierunku biometrycznego, gdy w pracach genetyków zaznacza się tendencja do ograniczenia się jedynie do zwykłej kombinatoryki. W praktyce różnica polega na tem, że przy badaniach nad dziedzicznością dla biometry

punkt wyjścia stanowi tablica korelacji ujmująca podobieństwo, gdy genetyk opiera swe wnioski na tabelach genealogicznych, tylko w niezbyt licznych wypadkach pozwalających na bezsporną syntezę.

Zasadniczo niechętny stosunek genetyków do zdobyczy metodologicznych kierunku biometrycznego nie jest uzasadniony. Ich uwzględnienie i wyzyskanie stanowi jeden z zasadniczych warunków uporania się z temi trudnościami, przed któremi stanęły badania genetyczne antropologów. Nie chcąc rezygnować z badania nad dziedzicznością cech pomiarowych, nie można się ograniczać do podawania tabel genealogicznych. Przy tak powierzchownem postępowaniu nie jesteśmy nawet w stanie zdać sobie sprawę z tego, w jakim stopniu prawa Mendel'a wystarczają dla tłumaczenia postrzeganych faktów dziedziczności, i czemu przypisywać należy stwierdzane odchylenia, o które rozbijały się również i próby interpretacyj biometrycznych.

GŁÓWNE ETAPY W ROZWOJU BADAŃ.

Główne etapy w rozwoju badań antropologicznych nad dziedzicznością stanowiły: odkrycie prawa regresji przez Calston'a, ujęcie podobieństwa pomiędzy przodkami i potomkami współczynnikami podobieństwa, współczynnikami dziedziczności Pearson'a, stwierdzenie, że barwa oczu i cały szereg anomalij, tak morfologicznych jak i psychicznych, oraz właściwości serologiczne i patologiczne dziedziczą się według praw Mendel'a, wyjaśnienie, że prawo regresji Calston'a i wielkości, współczynniki dziedziczności Pearson'a, zdecydowanego przeciwnika Mendelizmu, stanowi konsekwencję rachunkową praw Mendel'a, przynajmniej gdy chodzi o podobieństwo rodzeństwa, oraz podobieństwo dzieci do rodziców. Przy badaniu podobieństw potomków dalszych pokoleń do ich odleglejszych przodków stwierdzamy bowiem większe współczynniki podobieństwa, aniżeli by tego na podstawie założeń Mendelizmu oczekiwać należało. Wyjaśnienie tej rozbieżności stanowi obecnie najbardziej aktualne zagadnienie badań antropologicznych nad dziedzicznością.

Dotychczasowy stan ostatnio poruszonego zagadnienia był przybliżenie następujący: Biometryczny kierunek, zajmując stanowisko negatywne w stosunku do praw Mendel'a, nie przypisywał tej rozbieżności szczególnej wagi i dążył do możliwie dokładnego opisu statystycznego zjawisk dziedziczności, nie troszcząc się zbytnio o ich interpretację biologiczną. Genetycy zajmując naogół negatywne stanowisko do biometrycznej „hypermatematyki", nie zdawali sobie wogóle sprawy

z istnienia jakichkolwiek rozbieżności. Metody ich badań były, a nawet i są jeszcze teraz, zbyt mało precyzyjne, by istnienie rozbieżności tego rodzaju mogło powodować u nich powstawanie wątpliwości co do zasadniczych artykułów wiary, jak prawa Mendel'a.

TRUDNOŚCI BADANIA DZIEDZICZNOŚCI U CZŁOWIEKA.

Badania nad dziedzicznością u człowieka napotykają bardzo wielkie trudności. Przedewszystkiem niezmiernie tu trudno o materjał dotyczący drugiego pokolenia potomków, to jest wnuków zbadanych dziadków. Musimy się tu ograniczać do cech, co do których można przypuszczać, że nie zmieniają się one z wiekiem. Do tej kategorji należą przedewszystkiem anomalje morfologiczne, materjał tego rodzaju nie może być jednak dostatecznie liczny. Wskutek tego uwagę badaczy absorbowały przedewszystkiem spostrzeżenia nad dziedzicznością barwy oczu, co do której przypuszczano, że ustala się ona stosunkowo bardzo wcześnie. Obecnie wiemy jednak już, że tak niestety nie jest, i że i tutaj musimy się bardzo poważnie liczyć z komplikacjami spowodowanemi przez przebieg procesu ciemnienia z wiekiem. Jest przecież możliwe, że nadmierne podobieństwo pomiędzy dziadkami i wnukami, w przeciwieństwie do zupełnie odpowiadającego oczekiwaniu Mendelistycznemu podobieństwu pomiędzy rodzicami i dziećmi jest spowodowane przez to, że porównujemy starcze wyblakłe oczy dziadków z niedopigmentowanemi oczami ich wnuków. To oczywiście musi powodować statystyczne spowodowanie podobieństwa, tem znaczniejsze, im dokładniej była przeprowadzana rejestracja odcieni barwy oczu.

Drugą bardzo wielką trudność stanowi niemożność odgraniczenia zasięgów rozsiewów cech antropolog. odpowiadających poszczególnym elementom genotypowym. Bezsporne rozgraniczenia tego rodzaju były dotychczas możliwe jedynie dla anomalji morfologicznych; tam nie mieliśmy jednak do dyspozycji dostatecznie licznego materjału. Obecnie serologja dała nam tego rodzaju cechę do dyspozycji i z jej odpowiedniem wyzyskaniem łączą się nadzieje jaśnienia podkreślonej tu rozbieżności pomiędzy Mendelistycznem oczekiwaniem a wynikami obserwacyj. Przynależność do grup serologicznych nie jest bowiem skomplikowana przez zjawisko zmienności i nie zmienia się z wiekiem.

Pozostaje nam jednak jeszcze jedno źródło trudności i komplikacyj, od których nie jest wolne i badanie dziedziczności serologicznej. Nie wspominaliśmy o niem dotychczas, gdyż w porównaniu do poprzednio wymienionych ma ono podrzędniejsze znaczenie. Dokładne ujmo-

wanie podobieństwa jest możliwe jedynie wówczas, gdy mamy do czynienia z cechami pomiarowemi. Przy cechach jakościowych, a zatem i przy badaniu dziedziczności serologicznej, musimy się zatem uciekać do obliczeń pośrednich. Stosowany tu powszechnie wzór posiada tę właściwość, że potęguje stopień podobieństwa pomiędzy dziadkami i wnukami. Czy wyłącznie w tej właściwości stosowanego wzoru tkwi wyłączna przyczyna stwierdzanej rozbieżności pomiędzy postrzeganymi faktami a Mendelistycznem oczekiwaniem dotychczas wyjaśnione nie zostało. Jest to jednak możliwe, gdyż wzór ten nie ujmuje zniżki współczynnika dziedziczności spowodowanej przez zjawisko dominacji, tak dobrze uchwytnej przy badaniu cech pomiarowych.

KOMPLIKACJE SPOWODOWANE PRZEZ PROCESY SELEKCYJNE.

Jednakowoż nawet i wówczas, gdyby wyjaśnione zostało, że stwierdzona rozbieżność nie może być całkowicie złożona na karb zmian cech badanych z wiekiem oraz właściwości stosowanego miernika podobieństwa, nie wynikała by stąd jeszcze konieczność kwestjonowania praw Mendel'a, jako ujęcia postrzeganych faktów dziedziczności u człowieka. Możliwe jest przecież, że założenia, przy których wysnuwałem konsekwencje rachunkowe nie były realizowane przez warunki obserwacji.

W istocie były one wysnute przy założeniu, przedewszystkiem, że osobniki obiedwu płci kojarzą się zgodnie ze statystycznym przypadkiem, a zatem, że nie wchodzi tu zupełnie w rachubę zjawisko doboru płciowego; dalej, że najróżnorodniejsze kombinacje rodziców są jednakowo płodne, oraz że u osobników mieszanych poszczególne kombinacje różnych kategoryj gamet mają jednakowe szanse zapłodnienia, a zatem, że nie wchodzi tu w rachubę dobór genetyczny. Oczywiście z tej strony należy się liczyć z możliwością poważnych modyfikacyj współczynników dziedziczności. Zagadnienie to nie zostało dotychczas jeszcze należycie zbadane. Najkorzystniejsze warunki jego badania nastręcza oczywiście serologja ze względów już wyżej wymienionych.

Kończąc omawianie komplikacyj spowodowanych przez oddziaływanie procesów selekcyjnych należy ogólnie zaznaczyć, że dotychczasowe wyniki ich badań pozostawiają jeszcze bardzo dużo do życzenia. Nie ulega wątpliwości, że śmiertelność jest w bardzo znacznym stopniu uwarunkowana przez selekcję. Olbrzymie jej efekty są jednak w bardzo znacznym stopniu złudne, gdyż znaczną bardzo rolę

odegrywają tu różnice w długości życia stanowiące właściwości rasowe. Działanie doboru płciowego jest natomiast może i poważniejsze niż się przypuszcza, gdyż oddziaływanie tego czynnika w znacznym stopniu zostaje zatarte przez niezmiernie skomplikowaną strukturę antropologiczną i społeczną ludności. Co do doboru genetycznego nie można dotychczas sformułować żadnych określonych oczekiwań.

OBECNY STAN BADAŃ.

Obecne badania nad dziedzicznością u człowieka ześrodkowują się około wyjaśnienia w konkretnych wypadkach, o ile wchodzi w rachubę zjawisko dominacji. W zupełności to zagadnienie zostało wyjaśnione jedynie dla dziedzicznych badań serologicznych. Co do pozostałych cech, pomijając barwę oczu, stosunki układają się w sposób znacznie bardziej skomplikowany. Nie osiągnęto tam jeszcze orjentacji ogólnej. Naogół niema tam oczywiście mowy o tak prostych ustosunkowaniach, jak przy barwie oczu. Nie można naprzykład dla wskaźnika głównego oczekiwać tak prostego ustosunkowania, by formy bardziej krótkogłowe dominowały nad formami bardziej długogłowemi. Badania X. Dr. B. Rosińskiego stwierdziły naprzykład, że istnieją dwa składniki skrajnie krótkogłowe, z których jeden w przeciwieństwie do drugiego zachowuje się recesywnie w stosunku do pośredniogłowców bez wątpienia nordycznych blondynów niebieskookich. Wchodzimy tu zatem już do dziedziny badań stosunkowo bardzo szczegółowych. Dodam nawiasem, że wyniki te pozostają w zgodności ze zniżkami współczynników podobieństwa, oczekiwanemi jako konsekwencja dominacji stwierdzonej drogą obserwacji bezpośredniej.

Nawet przy posiadaniu ogólnego kryterjum, w postaci stopnia nachylenia linji regresji, pozwalającego na stwierdzenie, czy zjawisko dominacji co do pewnej cechy w danym zespole wogóle wchodzi w rachubę, ustalenie wzajemnego stosunku, zachodzącego pomiędzy poszczególnymi elementami genotypowymi przy krzyżowaniu nastręcza poważne trudności. Wyjaśnienia tych zagadnień w ogólnej ich postaci wskutek tego można oczekiwać dopiero przy zastosowaniu indywidualizujących metod statystycznych, co jednak stanowi sprawę przyszłości. Dopóki to nie nastąpi, nie może być mowy o zadawalniającem rozwikływaniu trudności nastręczanych przez poszczególne konkretne przypadki. Mam tu na myśli przedewszystkiem określenia właściwości populacji na podstawie znajomości jej składników i ich ustosunkowania ilościowego.

Tymczasem interpretacja Mendelistyczna posiada jeszcze w bardzo znacznym stopniu charakter rozwiązywania łamigłówek. Występuje to najjaskrawiej w spekulacjach uciekających się do koncepcji polimerji.

WYNIKI OGÓLNE.

Oczywiście zdecydowane Mendelistyczne stanowisko genetyków nie będzie budziło zastrzeżeń dopiero wówczas, gdy będą oni w stanie dać interpretację każdego konkretnego przypadku pozostającego w łączności z dziedzicznością. Ten stan jest jeszcze sprawą przyszłości. Tymczasem możemy jednak już stwierdzić, że poza jedną powyżej zaznaczoną rozbieżnością, dotyczącą nadmiernie wielkich współczynników dziedziczności u dalszych pokoleń potomków, co do której istnieje zresztą możliwość, że stanowi ona konsekwencję stosowanych metod badania, lub też nie uwzględnionych czynników ubocznych (dobory), badania biometryczne nie dostarczyły argumentów kwestjonujących poglądy genetyków. Co więcej najcenniejsze argumenty przemawiające na ich korzyść stanowią wyniki stosowania metod biometrycznych.

Przechodząc zagadnienia ogólności poszczególnych praw, to należy stwierdzić, że zupełnie powszechne jest jedynie prawo rozszczepiania. Zjawisko dominacji obserwujemy coprawda dość często.

Nie jest ono jednakowoż bynajmniej powszechne. Mamy tu przytem do czynienia z bardzo różnemi kombinacjami. Tak naprzykład przy dziedziczeniu kategoryj serologicznych dwie kategorje (A i B) dominują w stosunku do trzeciej (O), dając przy krzyżowaniu formę pośrednią (A B). Trzecie prawo Mendel'a natomiast, a mianowicie prawo niezależności cech nie posiada bodaj poważniejszego znaczenia, gdyż mimo ciągłego krzyżowania się składników ludności europejskiej od okresu paleolitycznego aż do doby obecnej mamy nietylko do czynienia ze składnikami reprezentującymi współcześie żyjące elementy rasowe, ale określanie systematyczne poszczególnych osobników nie nastręcza poważniejszych trudności przy zastosowaniu współczesnych metod statystycznych.

L'HÉRÉDITÉ CHEZ L'HOMME EXAMINÉE À LA LUEUR DE RECHERCHES ANTHROPOLOGIQUES

par

PROF. DR. JEAN CZEKANOWSKI (Léopole).

Nous pouvons distinguer dans les études sur l' hérédité chez l'homme deux courants différents: le courant biometrique et le courant génetique. Le premier remonte aux recherches de Galton en 1886, le deuxième se manifeste une vingtaine d'années plus tard, quand on commença à s'intéresser à nouveau aux lois de Mendel. Le premier s'efforce d'introduir dans les conceptions de Darwin la mécanique analytique, le deuxième, par contre, a recours avant tout aux mathématiques élémentaires.

Les principales étapes dans l'évolution des recherches sur l'hérédité chez l'homme peuvent être marquées comme suit:

1. La découverte par Galton de la loi de regression;
2. L'application par Pearson (1888) de coefficients comme mesure de ressemblance entre ascendants et descendants;
3. La confirmation des lois de Mendel chez l'homme par Davenport et Hurst (1907 et 1908);
4. La demonstration faite par Czekanovski (1921) que la loi de regression de Galton et les valeurs numériques des coefficients de Pearson se laissent déduire, par le calcul, des lois de Mendel.

C'est ainsi que cette controverse se termine par une victoire des adeptes du courant génétique. Ceux-ci cependant ne doivent pas negliger entièrement les méthodes de l'école biométrique, ceci en raison de l'utilité d'une analyse plus approfondie, rendue surtout nécessaire par les faits fort complexes de sélection.

Les recherches anthropologiques sur l'hérédité se concentrent actuellement sur l'étude de la portée de la loi de dominance (Frets, Rosiński).

Zakład Psychjatryczny w Palermo. Dyr. prof. Dr. Giovanni Dotto.

BADANIE DOŚWIADCZALNE NAD DZIAŁANIEM SKOPOLAMINY NA TONUS SYSTEMU NERWOWEGO WEGETATYWNEGO U POENCEFALITYKÓW[1])

napisał

DR. DOM. MARGUGLIO.

Dyskusja nad zagadnieniem powyższem trwała długo i doprowadziła do wniosków przeróżnych, niekiedy wręcz sprzecznych. Niniejsza praca nie ma pretensji do tytułu wyczerpania i rozwiązania problemu w zupełności, bo nawet w części nie zdołała wyświetlić tego, co nazwaćby można jednym (a nie ostatnim) z przejawów choroby w wielokształtnym obrazie syndromu poencefalitycznego.

Praca ta napisana za radą prof. G. Santangelo, opiera się na fakcie, że skopolamina (i preparaty analogiczne) sprowadza u większości poencefalityków (czasową coprawda i przemijającą, lecz niemniej) wyraźną poprawę, i wywołuje: poczucie polepszenia, złagodzenie sztywności, chęć do pracy, itd.; w innych jednak przypadkach skutek ten jest nikły, a u niektórych osób, zamiast ulgi w cierpieniu, obserwujemy pogorszenie się stanu (zawroty głowy, mydriasis, ckliwość, wymioty, etc.) tak dalece, że przerwanie stosowania leku okazuje się koniecznem.

Wychodząc z założenia, że skopolamina w różny sposób działa na system nerwowy wegatatywny i, że chorobowe zmiany anatomiczne u poencefalityków zachodzą najczęściej w ośrodkach tego systemu, tj. w jądrach podstawowych mózgu — badałem u kilku pacjentów, będących pod moją obserwacją, zachowanie się neurotonusu układu sympatycznego i parasympatycznego, celem stwierdzenia:

1) czy wszystkim syndromom t. zw. „poencefálitycznym" odpowiadają stałe obrazy zaburzeń funkcjonalnych;

2) czy różnice w symptomach, pojawiające się po stosowaniu skopolaminy, polegają na ewentualnych różnicach w zuburzeniach jednego albo drugiego pacjenta.

[1]) Praca oryginalna włoska, przysłana do wydrukowania w „Nowinach Psychjatrycznych"; streścił B. M.

Pomijam zaburzenia z układu nerwowego współczulnego w encephalitis epidemica, zaobserwowane przez różnych autorów, a ograniczam się do spostrzeżeń tych tylko autorów, którzy przeprowadzili w tej kwestji badania szczegółowe.

Podczas gdy Lhermitte, Claude, Guillain, Gardère i de Massary obserwowali objawy, wskazujące na drażliwość systemu sympatycznego, większość autorów napotkała na syndrom wegetatywny z wyraźną przewagę objawów wagotonicznych nad sympatykotonicznymi, jak: sztywność w związku z niechęcią do wysiłków mięśniowych, nadmierne pocenie się, łzawienie ,zaburzenia oddechowe, wzmożenie odruchu oczno - sercowego, drażliwość itd. (Claude, Depuis-Dutemps, Laignel-Lavastine, Litwak, Rossi, De Lisi, Gabbi, Marie i Lewy, Bériel, Negro, Francioni, Ponticaccia, Giradi, Porot, Salmon, Awstregesilo etc.)

De Lisi przypisuje objawy wagotoniczne podrażnieniu formacji mesencefalo-mostowo-opuszkowej, w której są rozsiane jądra, należące w znacznej mierze do systemu autonomicznego. Rossi, Pozzu, De Lisi i Campanacci zauważyli — podczas badań farmako-dynamicznych — w większości przypadków, prócz żywej reakcji na substancje, pobudzające system parasympatyczny (pilokarpina, fizostygmina), zbyt słabe oddziaływanie na substancje sympatykotoniczne (adrenalina, atropina); wobec tego autorzy ci zaznaczyli, że zakłócenie równowagi w tym względzie polega więcej na hypotonji nerwu sympatycznego aniżeli na hypertonji nerwu błędnego.

Marinesco sądzi, że sztywność typu parkinsonowskiego u poencefalityków związana jest ściśle ze stanem wagotonicznym, i powołuje się w kwestji patogenezy tego syndromu na uszkodzenia ośrodków parasympatycznych, znajdujących się w „globus pallidus“ i w „substantia nigra“.

Opinji tej przeciwstawia się Salmon i twierdzi, że przypuszczając nawet istnienie ośrodków parasympatycznych w okolicach wymienionych, nie moglibyśmy wytłumaczyć sobie, jakim sposobem zaburzenia owe, czy to natury infekcyjnej, czy też degeneratywnej, mogłyby wywołać stan hyperfunkcji oraz wagotonji.

Salmon sądzi, że zaobserwowane objawy wagotonji jako też symptomy hypotonji sympatycznej łatwiej zrozumieć, gdy się przyjmie za przyczynę tego zjawiska obrażenie ośrodków sympatycznych; autor powołuje się na fakt, że głębsze zmiany anatomiczne znajdujemy w ciele prążkowanem i w śródmózgowiu, gdzie — zdaniem większości fizjologów — mają swoje siedlisko ośrodki sympatyczne.

Dalej Salmon zaznacza, że hypertonja ośrodków mostowo - opuszkowych, w których znajdują się jądra nerwu błędnego, spowodowana jest stłumieniem podniet soczewkowatych oraz mesencefalitycznych, działających hamująco na niższe ośrodki toniczne; tak — tłumaczy autor — wytwarza się grunt podatny dla hypotonji sympatycznej oraz hypertonji parasympatycznej.

Uderza przedewszystkiem stałość i precyzyjność tych uszkodzeń anatomicznych w każdym przypadku. Zaznaczyć jednak wypada, że pomiędzy licznemi i rozmaitemi obrażeniami anatomo - patologicznemi w śpiączce letargicznej nie brak i ciężkich nawet uszkodzeń ośrodków opuszkowych: Jakob opisuje takie obrażenia w jądrach opuszkowych oraz w rogach przednich, zaobserwowane u pacjenta M. S. (zmiany kmórek nerwowych z równoczesnem pomnożeniem tkanki glejowej), a Lewy łączy zaburzenia wegetatywne, zachodzące w chorobie Parkinsona, (między innemi) ze stałemi zmianami w jądrach tylnych nerwu błędnego — przytaczając, jako dowód, dawniejsze spostrzeżenia analogiczne Borgherini'ego, Dorere'go i Dana.

Najświeższe, najściślejsze, oraz, mojem zdaniem, najobszerniejsze badania nad tonusem systemu nerwowego wegetatywnego u poencefalityków zawdzięczamy dr. Ferraro, który zbadał system wegetatywny 16-tu chorych o symptomatologji klinicznej bardzo zbliżonej do typu prawie że parkinsonowskiego Ferraro, robiąc doświadczenia farmako - dynamiczne za pomocą wstrzykiwania adrenaliny, atropiny i pilokarpiny, zauważył:

w 11-tu przypadkach: amfotonję, hypertonję dwóch systemów antagonistycznych, z tych 4 razy bez przeważania jednego systemu nad drugim, 5 razy bez przeważania tonusu parasympatycznego, a 2 razy bez przeważania tonusu sympatycznego;

w 5-ciu przypadkach: wagotonję (hypertonję parasympatyczną), z tych 2 razy równocześnie z hyposympatykotonją.

Podkreślić tu należy wyraźną przewagę stanu hypertonji obydwóch systemów wegetatywnych antagonistycznych, a więc t. zw. amfotonję.

Pojęcie amfotonji nie jest rozpowszechnione wśród badaczy, nie cieszy się tem uznaniem, na jakie w rzeczywistości zasługuje, nietylko ze względu na niektóre reakcje wyraźnie paradoksalne, lecz szczególnie dlatego, że hypertonja obydwóch systemów antagonistycznych, regulujących funkcje przeróżnych organów życia wegetatywnego, jest często przyczyną naruszenia równowagi funkcjonalnej, jak i dlatego, że

jeden z systemów może mieć wyraźną przewagę w jednym narządzie, podczas gdy drugi może równocześnie przeważać w innym narządzie wzgl. innej okolicy (Danielopolu).

Pod wpływem badań dr. Ferraro nad amfohypertonją i amfohypotonją staraliśmy się poznać zachowanie się systemu wegetatywnego u 8-iu pacjentów, znajdujących się w naszym zakładzie.

Badając neurotonus, usiłowaliśmy przedewszystkiem zebrać u każdego chorego (o ile to było możliwe) dane pozytywne anamnestyczne (skłonność do tachykardji, do zaburzeń oddechowych, do hypersekrecji, do nadmiernej wrażliwości, etc).

Podczas badań zwracaliśmy szczególną uwagę na odruch oczno - sercowy, uważany za objaw bardzo ważny, ponieważ — według spostrzeżeń Petzetakisa — ucisk na gałki oczne pobudza równocześnie system sympatyczny jak i parasympatyczny, a jeżeli w warunkach normalnych objaw jest dodatni (+ 6, + 12), możemy ściśle określić normalną przewagę tonusu n. błędnego.

Pozatem uwzględnialiśmy inne odruchy, jak: objaw Erbena, pilomotoryczny, objaw źreniczny Loewego, dermografizm — badaliśmy czucie wewnętrzne i przeprowadzaliśmy najważniejsze próby farmakodynamiczne (atropiną, adrenaliną, pilokarpiną), stwierdzając stan neurotoniczny na podstawie dat, dostarczonych nam przez te sposoby badania.

Za podstawę naszych badań obraliśmy: zmiany pulsu, objaw oczno - sercowy, ciśnienie pojawiające się po zastrzyku jednego miligrama atropiny, a częściej występujące w przypadkach, w których trzeba koniecznie stłumić tonus n. błędnego wedle kryterjum dra. Danielopolu: „cyfra maksymalna przyśpieszenia, osiągnięta w położeniu poziomem, po zupełnem porażeniu n. błędnego, przedstawia tonus n. współczulnego; różnica między tą cyfrą a cyfrą, którą badany wykazywał przed zastrzykiem, przedstawia tonus n. błędnego".

Chwila, w której porażenie n. błędnego jest zupełne, zdradza się, zdaniem dra. Danielopolu, zanikiem objawu oczno - sercowego. Nie zawsze i nie w każdym przypadku doszliśmy do tego rezultatu; ze względu na cel naszych poszukiwań ograniczyliśmy się do tych badań, które wydawały nam się wystarczającemi do poznania stanu neurotonicznego.

Uwolniwszy więc n. współczulny od wpływów jego antagonisty za pomocą atropiny, zarejestrowaliśmy ten szczegół, mając na uwadze spostrzeżenia dra. Escudero; według jego zdania pomnożenie

się tętna jest normalnem aż do 10. uderzeń. Escudero podaje pozatem, jako wskaźnik wagotonji, wzmożenie silniejsze (10 — 40 uderzeń) — jako przedłużony czas trwania bradykardji początkowej, po której następuje tachykardja, a jako wskaźnik hyposympatykotonji podaje brak przyśpieszenia tętna.

Injekcje podskórne jednego miligrama adrenaliny pozwoliły nam uzupełnić badania nad pobudliwością n. współczulnego.

Tam, gdzie nie można było tymi zabiegami stwierdzić stanu neurotonicznego, stosowaliśmy zastrzyki pilokarpiny (1 cgr.) jako środka pobudzającego system parasympatyczny.

Stosowanie sposobu farmakologicznego, pozwalającego sparaliżować n. współczulny, posłużyłoby z pewnością do uzupełnienia tej metody badania. Hystamina jednak, która działa w tym kierunku, do dziś dnia nie jest w użytku.

Zgodnie z wytkniętym celem naszych badań zastrzykiwaliśmy w każdym przypadku skopolaminę, ze względu na jej wpływ na symptomatologję tak podmiotową, jak przedmiotową.

Dla braku miejsca podajemy tu jedynie krótki wyciąg z każdej historji choroby oraz z wyników osiągniętych w toku badań; [1]) cechy charakterystyczne wagatonji są, według naszych spostrzeżeń, następujące:

Dermographismus, miosis, salivatio, hyperhydrosis, vomitus, enophthalmus, bradicardia, nierówny oddech, słabe ciśnienie arteryjne, dodatni (+) objaw oczno - sercowy, reakcja Erben'a, oddziaływanie na atropinę oraz na pilokarpinę.

Znamiona sympatykotonji są następujące: Mydriasis, suchość w ustach, wytrzeszcz, tachykardja, nadmierne napięcie wzgl. zwężenie naczyń, ujemny objaw oczno-sercowy, objaw Loewy'ego, objaw pilomotoryczny, oddziaływanie na adrenalinę.

1.

S. A., mężczyzna, lat 25, z Comitini.

Encephalitis acuta od 1920 r. Od tego czasu pacjent cierpi na (stopniowo wzmagającą się): senność, zmęczenie, sztywność, bradykinezę, bradylalję.

Brak drżenia; nierówność źrenic; źrenice reagują opieszale.

Tętno 78 — oddech 18 — ciśnienie arteryjne 105.

---

[1]) Nie podaliśmy w całości szczegółów badań i analitycznych tablic przeprowadzonych eksperymentów, ponieważ stosowaliśmy metodę i zasadę dra Ferraro (O. C.) do którego odsyłamy czytelnika.

Objaw oczno-sercowy (—12) — objaw Erben'a (— 10).
Dermografizm czerwony — opóźniony.
Brak objawu pilomotorycznego.

Po zastrzyknięciu jednego miligrama atropiny:
reakcja maksymalna — po 20-tu minutach. Tętno 82 — oddech 20 — ciśnienie 112. Objaw oczno-sercowy (—6) — objaw Erben'a (— 8). Źrenice niezmienione — suchość w ustach.

Po zastrzyknięciu jednego miligrama adrenaliny:
Akcja maksymalna — po 25-ciu minutach. Tętno 79—85 — oddech 21 — ciśnienie 100—110. Objaw oczno-sercowy: od (—12) do (— 15). Objaw Erbena (— 12). Mydriasis.

Wynik: *amfotonja.*

Zupełnie wyraźne polepszenie stanu sztywności po zastrzyknięciu pół miligrama skopolaminy.

2.

P. A., mężczyzna, lat 24, z Montelepre.

Encephalitis od listopada 1920 r.

Po upływie (mniejwięcej roku: sztywność, bezczynność ruchowa, brak pobudliwości wzruszeniowej, bezsenność. Ogólna sztywność z objawami katatonoidalnymi, mydriasis, nierówność źrenic, brak drżenia.

Tętno 65. Oddech 18. Ciśnienie art. 100. Objaw oczno-sercowy (— 21). Objaw Erben'a (—13). Objawu pilomotorycznego niema. Dermografizm czerwony — opóźniony.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. atropiny:
reakcja maksymalna — po 30-tu minutach. Tętno 80. Oddech 20. Ciśnienie 115. Objaw oczno-sercowy (— 6). Nieznaczna suchość w ustach.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. adrenaliny:
reakcja maksymalna — po 30-tu minutach (trwa do 60-ciu). Tętno 64—75. Ciśnienie 100—105. Objaw oczno-sercowy — od (— 20) do (— 15). Oddach 20.

Wynik: Amfotonja (wagotonja i lekka sympatykotonja).

Działanie skopolaminy: polepszenie stanu, polegające na złagodzeniu objawów, jak — sztywność, bradykineza, bezruch; po zastrzyknięciu dawek większych (3-ci stopień preparatu antiscler.) występują zaburzenia w postaci ckliwości, zawrotów głowy, mydriasis.

3.

G. R., kobieta, lat 45, z Montemaggiore.

Encephalitis epidemica od 1920 r.

Zaburzenia ogólne, przypisywane wyczerpaniu nerwowemu. Po upływie paru miesięcy: hypertonja, drżenie w kończynach górnych, sztywność, wzmożone wydzielanie śliny, mydriasis.

Tętno 80. Oddech 19. Ciśnienie 105. Objaw oczno-sercowy (— 20). Objaw Erben'a (— 15). Dermografizm czerwony. Brak objawu pilomotorycznego.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. atropiny:

po upływie 20-tu minut: tętno 90, ciśnienie 110. Objaw oczno-sercowy (— 15). Objaw Erben'a (— 8). Suchość w gardle.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. adrenaliny:

po upływie 20-tu minut: tętno 85—95. Ciśnienie 105—115. Objaw oczno-sercowy (od —15 do —10). Objaw Erben'a (—6).

Wynik: amfotonja (z przeważaniem wagotonji).

Działanie skopolaminy:

czasowe ustąpienie drżenia i bezruchu, lekkie złagodzenie sztywności.

4.

C. M., mężczyzna, lat 41, z Palermo.

Encephalitis od 1919 r. Silne zaburzenia psychiczne, po których pojawiają się: niechęć do pracy, hyperhydrosis, maskowatość twarzy, pochylenie tułowia, drżenie. Ospałość we dnie, bezsenność i niepokój w nocy.

Tętno 70. Oddech 22. Ciśnienie 100. Objaw oczno-sercowy (—30). Objaw Erben'a (—20). Dermografizm. Brak objawu pilomotorycznego. Miosis.

Po zastrzyknięciu atropiny:

po upływie 20-tu minut: tętno 85. Ciśnienie 115. Objaw oczno-sercowy (—20). Objaw Erben'a (—15). Mydriasis. Umiarkowana suchość w gardle.

Po zastrzyknięciu adrenaliny:

po upływie 20-tu minut: tętno 68—75. Ciśnienie 105—112. Objaw oczno-sercowy (od —30 do —20). Objaw Erben'a (—15). Mydriasis.

Wynik: wagotonja. Złagodzenie drżenia po zastrzyku skopolaminy lub podobnych preparatów. Żadnego złagodzenia innych objawów; żadnych zaburzeń.

5.

L. S., mężczyzna, lat 21, z Castronovo.

Encephalitis lethargica w 1920 r. Po upływie kilku miesięcy: sztywność ogólna, drżenie w stawach lewych, impulsywność, niechęć do pracy. Postawa i chód typu parkinsonowskiego. Odruch źreniczny opieszały. Tętno 70. Oddech 20. Ciśnienie 100. Objaw oczno-sercowy (—25). Objaw Erben'a (—15).Dermografizm czerwony, opóźniony. Brak objawu pilomotorycznego.

Po zastrzyku atropiny:

po upływie 30-tu minut: tętno 85, oddech 30, ciśnienie 115. Objaw oczno-sercowy (—10). Objaw Erben'a (—0). Mydriasis.

Po zastrzyku adrenaliny:

po upływie 30-tu minut: tętno 72—80, ciśnienie 100—105. Objaw oczno - sercowy (—15). Objaw Erben'a (—10). Mydriasis. Niema uczucia zimna ani niedokrwienia w miejscu, w którem dokonano nakłucia.

Wynik: wagotonja. Zastrzyki skopolaminy (½wzgl. ¼ mgr.) sprowadzają coprawda pewne złagodzenie drżenia oraz sztywność, lecz powodują zarazem tak silne delegliwości subjektywne, że pacjent opiera się dalszemu badaniu.

6.

R. E., mężczyzna, lat 20, z Geraci.

Encephalitis epidemica od 1920 r., która powoduje hypertonję ogólną, drżenie ogólne i postawę wybitnie parkinsonowską. Bradykineza oraz kinezy paradoksalne. Niechęć do pracy. Tętno 76, oddech 22, ciśnienie 105. Objaw oczno-sercowy (—20). Objaw Erben'a (—5). Miosis oraz ślinotok niezmieniony. Zastrzyk adrenaliny nie wywołuje prawie żadnej reakcji.

Po zastrzyku pilokarpiny (1 cgr.):

po upływie 30-tu minut: tętno 78—72, ciśnienie niezmienione, objaw oczno-sercowy (—25). Miosis bez zmiany. Obfite poty.

Wynik: stan wagotoniczny z powodu hyposympatykotonji. Czasowy zanik wszelkich zaburzeń, poczucie zdrowia po zastrzyku skopolaminy (½mgr.)

7.

M. F., mężczyzna, lat 27. z Castelbuono.

Encephalitis w 1919 r. (trwała 45 dni). U chorego rozwijało się stopniowo poczucie ogólnej słabości i bezsenność; podczas badania

stwierdzono: lekką niechęć do pracy, hyperhydrosis, wybitny dermografizm czerwony, sztywność ogólną, wyraźniejszą po stronie prawej, bradykinezę, bradylalję. Źrenice normalne; drżenia nie było. Tętno 70, oddech 16, ciśnienie 110. Objaw oczno-sercowy (—6), objaw Erben'a (—4). Brak objawu pilomotorycznego. Reakcja Loewy'ego ujemna.

Zastrzyk atropiny (1 mgr.) powoduje:

po upływie 60-ciu minut: tętno 60, ciśnienie 100. Objaw oczno-sercowy = 0. Niema uczucia suchości w gardle. Po upływie 75-ciu minut: tętno 73, ciśnienie 115, objaw oczno-sercowy (—4).

Powtarza się zastrzyk po upływie 48-miu godzin (2 mgr.):

już po upływie 75-ciu minut występują następujące objawy: tętno 72—82, ciśnienie 108—115. Objaw oczno-sercowy = 0. Stan ten trwa do 90-ciu minut; poczem wraca stan normalny.

Zatrzyk adrenaliny:

po upływie 30-tu minut: tętno 72—75, ciśnienie 115. Objaw oczno - sercowy (—4). Objaw Erben'a (—0). Mydriasis. Pacjent skarży się na uczucie zimna. W miejscu nakłucia niema niedokrwienia. Reakcja Loewy'ego ujemna.

Zastrzyk pilokarpiny (1 cgr.).:

Niema prawie żadnej reakcji. Zrenice bez zmian. Umiarkowane poty.

Wynik: wyraźna hyposympatykotonja, lekka hypowagotonja.

Po zastrzyku skopolaminy: lekkie i przemijające złagodzenie sztywności. Pacjent nie skarży się na żadne dolegliwości.

8.

B. C., chłopiec, lat 15, z Palermo.

Encephalitis w 1921 r. Ogólna sztywność z myoklonją, wybitna niechęć do pracy. Bardzo ciężka hypertonja — tułów pochylony. Drżenia niema. Pod względem psychicznym: zupełna ociężałość, kinezje paradoksalne. Zrenice rozszerzone, nieruchome. Tętno 100. Oddech 20 (powierzchowny). Ciśnienie 120. Objaw oczno-sercowy (+4). Objaw Erben'a = 0. Objaw pilomotoryczny pozytywny. Dermografizm, zaczerwienianie się powolne.

Zastrzyk atropiny (1 mgr.):

po upływie 5-ciu minut: tętno 110. Ciśnienie 125. Objaw oczno-sercowy (+6). Reakcja Loewy'ego: dodatnia. Ze względu na stan ciężki pacjenta ograniczono badanie do powyższych zabiegów; zastrzyku adrenaliny nie stosowano.

Wynik: sympatykotonja. Zastrzyk antiscler spowodował *dawniej* nieznaczne złagodzenie sztywności i niechęci do ruchów, ale wywołał również lekkie dolegliwości podmiotowe. Zastrzyk skopolaminy (½ mgr.) *obecnie* nie miał już żadnego wpływu na wyżej wymienione objawy, natomiast wywołał zawroty i bóle głowy, suchość w gardle, uczucie ogólnego znużenia.

Mamy więc:

trzy przypadki amfotonji (hypertonję obu systemów, z tych dwa z przewagą tonusu parasympatycznego);

jeden przypadek zmniejszonej pobudliwości obu systemów (natury ośrodkowej lub obwodowej?);

dwa przypadki parasympatykotonji;

jeden przypadek hyposympatykotonji z przewagą tonusu parasympatycznego;

jeden przypadek wyraźnej sympatykotonji.

Jak widzimy, opisane powyżej przypadki (8) wystarczają w zupełności, aby udowodnić w pierwszym rzędzie brak zaburzeń trwałych, typowych w wegetatywnym systemie nerwowym u przedstawionych wyżej poencefalityków. Naszem zdaniem nietrudno wytłumaczyć rozmaitość wyników badań polimorfizmem w zmianach patologiczno - anatomicznych, stwierdzonych przez różnych autorów.

Polimorfizm ten jest znaczny, jeżeli zważymy, że obok obrażeń destruktywnych oraz degeneratywnych (szczególnie w „globus pallidus" i w „locus niger"), zauważono zmiany typu zapalnego i reakcyjnego w całej osi mózgowordzeniowej, jak również i w niektórych trzewiach.

Sądzimy, że podobnej rozmaitości zmian anatomicznych nie może odpowiadać typ jednolity zaburzeń funkcjonalnych.

Wyraźny wpływ na zachowanie się wegetatywnego systemu nerwowego wywiera również pierwotna konstytucja morfologiczna danego osobnika oraz względne odmiany somatyczne i wegetatywne.

Schlesinger zauważył, że zapaleniu mózgu ulegają w znacznej mierze mężczyźni silni i sądzi, że choroba czepia się naogół pewnych typów. Stern i Grote jednak doszli, w toku odnośnych badań, do wniosku, że niema żadnych znamion morfologicznych ani też anomalij funkcjonalnych, któreby wskazywały na predyspozycję chorobliwą. Wymienieni autorzy porównują — w cyfrach poniżej zestawionych — odsetki różnych typów morfologicznych (według klasyfikacji Kretschmera), znajdujących się wśród przypadków zapalenia mózgu z odset-

kami osobników, chorujących na inne neuropatje oraz „cierpienia", mające mało albo nie mające nic wspólnego z systemem nerwowym.

na		Lepto-somatici	atletici	picnici	displastici
100	encef.	33	34	31	2
100	neurop	37	33	22	8
100	wolnych od chorób nerwowych	39	35	24	2

Z tablicy powyższej wynika, że najróżnorodniejsze typy morfologiczno-wegetatywne mogą zapaść na zapalenie mózgu. Wobec tego należy podkreślić, że konstytucja somatyczna u poencefalityków nie warunkuje trwałej przewagi jednego systemu wegetatywnego nad drugim.

Inny ważny bardzo przyczynek do studjum nad tonusem systemu wegetatywnego mogą dać zmiany anatomiczne i funkcjonalne gruczołów „endokrynnych", objętych również procesem zapalnym, czy to w przypadku zachorzenia każdego gruczołu z osobna, czy też w przypadkach zaburzeń funkcjonalnych pluriglandularnych.

Myśl nasza zwraca się ku przysadce mózgowej, stojącej w tak ścisłym związku z ośrodkami wegetatywnymi śródmózgowia, że procesy chorobowe, przysadki mogą również wywołać zaburzenia w śródmózgowiu i naodwrót, (wedle Blüchera, drogą połączeń anatomicznych albo też funkcjonalnych, wskutek akcji biochemicznej wydzielin z przysadki). Zmiany chorobowe w przysadce u poencefalityków zauważyli liczni autorzy (Lhermitte, Tucker, Guizetti, Luzzatti, Ricci, etc); zmianom tym Salmon przypisuje część patogenezy hypotonji n. współczulnego oraz bradykinezy. Zespół objawów przysadkowych (adiposo-genitalis cum glycosuria et poliuria), ze zmianami chorobowemi systemu wegetatywnego podczas zapalenia mózgu, stwierdzili: Maige, Marnon, Brock i Koy, Grunewald, Stieffler, Bertoloni, Sargo, Santonelli, De Lisi.

Niedawno temu Santangelo, opisując dwa ciekawe przypadki, zaznaczył, że proces infekcyjny, doprowadzający do mniej lub więcej ciężkiej atrofji przysadki, może unicestwić albo zmniejszyć albo wogóle zmienić w jakibądź sposób funkcję gruczołu; rozmaitość kliniczną zaobserwowanych syndromów autor tłumaczy przedewszystkiem zaburzeniami w ustosunkowaniu się przysadki do ośrodków wegetatywnych — spowodowanemi zachorzeniem tych ośrodków wzgl. przysadki.

Nadnercze współdziała zawsze (czy to anatomicznie, czy też funkcjonalnie) w każdym procesie zapalnym, ostrym czy chronicznym, i t.

zw. stan poencefalityczny należałoby uważać jako skutek stałego krążenia zarazka w orgniźmie; faktem jest jednak, że uszkodzenia nadnercza spostrzegli: Monti (przekrwienie substancji rdzeniowej), Marinesco i Rizzi (procesy typu zapalnego) oraz De Lisi (zmiany natury zwyrodnieniowej).

I ten więc czynnik, (wspólnie z zacytowanymi poprzednio) wpływający w rozmaity sposób na wegetatywny system nerwowy, zależnie od istoty, czasu i trwania i charakteru procesu chorobowego — tłumaczy ową wielorakość objawów, którą zaobserwowaliśmy w zachowaniu się tonusu.

Nasuwa się teraz pytanie: czy tym tak rozmaitym warunkom funkcjonalnym neurotonusu odpowiadają owe poważne różnice w działaniu skopolaminy? Z pewnością elektywny wpływ skopolaminy na ośrodki, a bardziej jeszcze na zakończenia systemu wegetatywnego, powinien w znacznej mierze poprawić albo też pogorszyć(w razie przewagi parasympatycznej wzgl. sympatycznej) i to nieraz w stopniu bardzo wysokim symptomatologję i cenestezję ogólną pacjenta; znaleźlimy na to niezbite dowody w toku naszych badań, (porównaj obserw. I., III., IV., VI., VIII.) Zauważyliśmy jeszcze — w ciągu tych badań — drugą rzecz: mianowicie w wyżej wymienionych przypadkach, oraz w innych już dawniej badanych następowało: trwałe polepszenie stanu z powodu ustąpienia wzgl. złagodzenia sztywności, a częściowo i drżenia, na skutek (minimalnych nawet) dawek skopolaminy, i to *zupełnie niezależnie od zachowania się tonusu systemu wegetatywnego.*

Fakt ten nie potwierdzałby więc hypotezy dra. Marinesco, według której skopolamina działa deprymująco na system parasympatyczny oraz podniecająco na system sympatyczny, wobec czego sztywność byłaby związana ściśle ze stanem wagotonicznym. W takim razie bowiem skopolamina (zalecana przez drów. Barré i Reyes do stosowania po ustąpieniu zapalenia mózgu) działałaby w kierunku podwójnym: na ośrodki podkorowe n. współczulnego, uważanego za regulatora napięcia mięśniowego, oraz na korę mózgową — zmniejszając pobudliwość ośrodków motorycznych.

Nie chcemy (w przypadkach, gdzie taki stan wagotonji istnieje) przeczyć, że skopolamina działa w tym właśnie kierunku; ażeby jednak wytłumaczyć wpływ jej na sztywność tam nawet, gdzie przewagi parasympatycznej niema, przytaczamy hypotezę dr. Negro, według której sztywność mięśni jest wyrazem nietylko hypertonji mięśnio-włókienkowej, wynikającej z zachorzenia systemu mózgordzeniowego, lecz i wyrazem hypertonji sarkoplasmatycznej, spowodowanej uszko-

dzeniem systemu pallido-nigro-hypotalamicznego, tego regulatora tonusu sarkoplasmatycznego.

Do naszej opinji najbardziej zbliża się koncepcja Frank'a, który uważa sztywność za bezpośredni wyraz zachorzenia sarkoplazmy, i który, osiągnąwszy po wśródmięśniowych zastrzykach nowokainy polepszenie się stanu chorobowego, przyznaje skopolaminie tę samą właściwość paraliżowania sarkoplazmy, którą stwierdził także Sammartino.

WNIOSKI.

I. Tonus wegetatywnego systemu nerwowego u poencefalityków nie wykazuje zaburzeń trwałych, mimo że w większości przypadków stwierdzamy przewagę systemu parasympatycznego nad sympatycznym (częściej wskutek sparaliżowania tegoż ostatniego aniżeli wskutek podrażnienia pierwszego).

II. Ta rozmaitość zaburzeń stoi w związku z polimorfizmem uszkodzeń anatomicznych. W zapaleniu mózgu poszczególne typy somatyczne nie odgrywają roli; natomiast zmiany (anatomiczne wzgl. funkcjonalne) rozmaitych gruczołów wewnątrz-wydzielczych wywierają wpływ na system wegetatywny.

III. Działanie skopolaminy na symptomatologję poencefalityczną w sensie modyfikowania objawów tłumaczy się nietylko wpływem, jaki wywiera na tonus systemu parasympatycznego, lecz i — co do hypertonji — wpływem bezpośrednim na sarkoplazmę mięśniową, której uszkodzenie jest (naszem zdaniem) jedną z głównych przyczyn sztywności.

BIBLJOGRAFJA.

FERRARO: Il tono del sistema nervoso vegetativo nei cosi detti postumi dell'encefalite epidemica — Archivio di Patologia e Clinica medica, 1924.

SALMON: Sur le mécanisme pathogenique du syndrome parkinsonien post-encéphalitique — Revue Neurologique, 1924.

DE GIACOMO: Riforma medica 1925.

DE LISI e BUSINCO: Rivista di patologia nervosa e mentale 1925.

DE MASSARY: Thèse de Paris 1924.

JAKOB: Springer — Berlin 1923.

LEWY: Lewandowsky, Handbuch der Neurologie, Bd. 3, 1912.

id. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 50, 1913.

id. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 68, 1921.

PENDE: Debolezze di costituzione — Collezione Bardi 1922.

SANTANGELO: Il Cervello 1923.

id. Il Cervello 1925.

id. Il Medico Italiano all'Estero 1925.

STERN & GROTE: Archiv für Psychiatrie 75 2/3.

Hôpital Psychiatrique à Palermo.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE L'ACTION DE LA SCOPOLAMINE SUR LE TONUS NEURO-VÉGÉTATIF CHEZ LES POSTENCÉPHALITIQUES

par le
DR. D. MARGUGLIO.

En partant de la circonstance que la scopolamine agit d' une façon variable sur le système neuro - végétatif et que, d' autre part, des lésions anatomiques ont été constatées chez les postencéphalitiques dans les centres de ce système, c'est à dire dans les noyaux centraux, l'auteur a étudié chez huit postencéphalitiques le tonus des systèmes sympathique et parasympathique, afin de voir:

1) si des troubles fonctionnels correspondent, d' une façon constante, à tous les symptômes postencéphalitiques,

2) si les différences constatées après l'application de la scopolamine, correspondent à des différences existant dans le tableau clinique de divers malades;

L' auteur aboutit aux conclusions suivantes:

1) les postencéphalitiques ne présentent pas de troubles absolument constants du système neuro — végétatif; dans la majorité des cas toutefois on trouve une prédominance du système parasympathique sur le système sympathique;

2) cette variété de troubles est en rapport avec le polimorphisme des modifications anatomiques. Dans la pathogénie de l'encéphalite épidémique le type somatique du sujet ne joue aucun rôle. Par contre, les modifications, soit anatomiques, soit fonctionnelles, dans les glandes endocrines exercent une influence sur le système végétatif;

3) L' action de la scopolamine sur les symptômes postencéphalitiques, dans le sens d' une modification de ces symptômes, repose non pas uniquement sur l'action exercée par la scopolamine sur le tonus parasympathique, mais encore, en ce qui concerne l' hypertonie, sur une action directe sur le sarcoplasme musculaire, dont l' altération est une des causes principales de la rigidité.

KILKA SŁÓW O FILOGENETYCZNYM ROZWOJU MÓŻDŻKU I JEGO FUNKCJI*)

DR. EUGENIUSZ BRZEZICKI (Kraków).

Ponieważ Rijnberk w ostatnich swoich pracach nad móżdżkiem, zakrojonych na wielką skalę, odmawia móżdżkowi własności utrzymywania organizmu w równowadze i tak samo jak Goldstein przychodzi do wniosku, że móżdżku nie należy uważać ani za centrum koodynujące, ani nawet za organ taki, w którym się znajdują centra kierunkowe Bárány'ego, a tylko głównie za aparat tonizujący, co podnosi ostatnio do pewnego stopnia i Bremer, przeto wartoby się zastanowić o ile ci autorowie mają rację pod tym względem. Dowodzenia swoje opierają oni na doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, u których system cerebellarny był sztucznie uszkodzony. Dowodzenia jednak Rijnberka musiały wielu zadziwić, ponieważ móżdżek jako jeden z najstarszych tworów systemu centralnego, występuje filogenetycznie, równocześnie i równorzędnie ze systemem paleokinetycznym, a zdaniem wielu działa w ten sposób, że zaokrągla ruchy, przez dodanie komponenty synergetycznej, koordynującej i utrzymującej ustrój w fizjologicznej równowadze. Warto się zatem zaznajomić także z ostatniemi badaniami i innych autorów np. Tilney'a, Ariens- Kappers'a, Bolka i innych broniących przeciwnego zdania, jak Rijnberk.

Jak ze wszystkich dotychczasowych badań wynika, móżdżek jest jeszcze dla nas na pół zamkniętą księgą; ponieważ jednak stoi on w bardzo ścisłym związku z jądrami podkorowemi, czyli z I.-szym systemem pozapiramidowym, a od czasów badań Jakoba pewne jego odcinki zaliczyć możemy do tzw. II.-giego systemu pozapiramidowego, przeto móżdżek przedstawia tak dla anatomów, jak i dla klinicystów bardzo interesujący choć zawiły problem. Zdaje się, że anatomia porównawcza powinna właśnie być kluczem do tej nierozwiązanej jeszcze zagadki.

Oczywiście że pierwsze zaczątki właściwego móżdżku ukazują się dopiero u najniższych kręgowców, a mianowicie u minoga (petromyzon) z rzędu smoczkoustnych, (cyclostoma) kręgowca, stojącego

*) Skrót odczytu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Neurologicznem — 1. 4. 1926 r.

tylko o jeden stopień wyżej od najprymitywniejszego, właściwie bezmózgowego amphioxus lanceolatus. Zauważono jednak, że i u bezkręgowych, a więc owadów, mięczaków itd. musi się oczywiście znajdować jakiś homologiczny organ z móżdżkiem. Znany badacz amerykański Patten w swojem dużem porównawczem dziele „The evolution of the vertebrate and their kin" zwrócił uwagę na to, że np. latające owady wzlatujące i osiadające na kwiatach muszą mieć bajecznie zróżniczkowany i skonstruowany organ równowagi. To samo musimy powiedzieć o pływających bezkręgowych np. rakach i owadach wodnych. Niszcząc lub uszkadzając u tych bezkręgowych np. u dużego kraba „Limulus polyphemus" pewną okolicę zwojów przygłowowych wywoływał Patten stale zaburzenia równowagi. Po zniszczeniu po obu stronach tzw. neuromeru wagalnego, krab taki położony w wodzie na grzbiet, nie umie i nie może wrócić już do pozycji normalnej. Jeśli ten eksperyment wykona się tylko po jednej stronie, to zauważy się, że krab taki godzinami całemi kręci się w kółko w stronę operowaną. Każdy kto czytał znakomitą anatomię porównawczą Edingera, przypomni sobie, że ta sama operacja udawała się także Edingerowi przez uszkodzenie tzw. po niemiecku Schlundganglion. Nie dawno temu opisano przypadek tumoru mózgu u mrówki, która wykazywała zaburzenia równowagi, zaburzenia orjentacji w przestrzeni i anosmię. Patten idzie tak daleko(że już u pajęczaków (arachnidów) przypuszcza ten sam 4-ro pęcherzykowy podział mózgu, jaki mamy u kręgowców. Czwarty pęcherzyk uważa za równoznaczny z metencephalon i nazywa go „vagal organ". Tilney z Nowego Jorku nie zgadza się jednak z tym poglądem, twierdząc, że już u najniższych kręgowców, a mianowicie u smoczkoustych spotykamy się — w świetle badań embryogenetycznych — z bilateralnym zawiązkiem móżdżku, czego bezwzględnie niema u pajęczaków. U pajęczaków bowiem „ganglion stomodeale" przypuszczalne homologon móżdżku powstaje z pojedyńczego zawiązku.

Ostatnio Tilney bardzo intenzywnie pracuje nad rozwiązaniem różnych anatomo-porównawczych zagadnień, jakie przedstawia nam móżdżek kręgowców, ponieważ jednak zdanie jego różni się nieco od ogólnie u nas przyjętych koncepcji Edingera i Ariens-Kappersa, więc pozwolę sobie kilka słów o tem powiedzieć.

Najpierw jednak dla wykończenia całości obrazu, chciałbym poruszyć ciekawe zjawisko, a mianowicie to, że u najwyższych bezkręgowych np. członkonogich (arthropodów) przewód pokarmowy znajduje się *ponad* wentralnie położonym systemem nerwowym, i że homo-

logen mózgu otacza przełyk, gdy tymczasem u kręgowców obraz mamy wprost odwrotny czyli, że przewód pokarmowy leży *popod* dorsal nie położonym systemem nerwowym. Nasuwa się zatem pytanie, jak doszło w ciągu filogenetycznego rozwoju do tego stanu. Ponieważ niestety badania nad zwierzętami kopalnianemi (nawet ostracodermami, które tworzą jakoby pomost między arthropodami a kręgowcami) nie dało nam odpowiedzi, musiano dowody zastąpić przypuszczeniami. Nie podnosząc tu teorji Batesona, który przypuszcza, że od początku istnienia stworzeń, spotykamy takie dwa odrębne rodzaje zwierząt, przejdźmy do starej teorji St. Hilaire'a. Przypuszcza on, że z różnych przyczyn pewne bezkręgowce zmuszone były do pływania na grzbiecie i w ten sposób w ciągu wieków przyszło do zmiany położenia. Niedawno Gaskell wysunął teorję, że stopniowo żołądek został tak silnie infiltrowany przez komórki nerwowe, pochodzące ze zwojów około przełykowych, że w końcu sam zamienił się w pęcherzyk nerwowy, późniejszy zawiązek mózgu. W taki sam sposób przewód pokarmowy zamienił się powoli w późniejszy rdzeń. Ponieważ np. u embrjona ludzkiego infundibulum przechodzi z okolicy jamy ustnej do III-ciej komory, a ten przewód wyłożony nabłonkiem ma być właśnie szczątkiem dawnego przełyku, przeto ten fakt ma według Gaskella najlepiej uwidaczniać prawdziwość jego hipotezy. Teorja ta jednak nie odpowie nam na pytanie, skąd się bierze nowy przewód pokarmowy. Może najprawdopodobniejszą jest zatem teorja Pattena. Jest on zdania, że mózg u członkonogich żadną miarą nie mógł się rozwijać, gdyż musiałby zacieśnić i zwęzić przełyk, coby doprowadziło w końcu do śmierci głodowej zwierzęcia. Musiał się zatem utworzyć nowy otwór ustny na dorsalnej stronie bezkręgowca, następnie przyszło do odwrócenia się zwierzęcia tak, że to co było dawniej grzbietową stroną zmieniło się na brzuszną stronę.

Ponieważ nowa brzuszna strona z przewodem pokarmowym, wypełnionym gazami była oczywiście lżejszą od strony grzbietowej, przeto musiał się zjawić nowy organ, utrzymujący część brzuszną w dole, czyli utrzymujący stworzenie w pozycji równowagi fizjologicznej. Ten organ nazywamy ogólnie cerebellum, lub wedle Tilney'a parencephalon. Tilney wprowadził ten nowy termin za Arystotelesem, choć jest to może pomysł niezbyt udały, gdyż Ariens-Kappers nazywa już w ten sam sposób okolicę glandula pinealis, a mianowicie tzw. saccus dorsalis.

Biorąc pod uwagę móżdżek najniższego kręgowca, minoga (petromyzon) z rzędu smoczkoustych (cyklostomów) zauważymy, że u

jego larwy ammocoetes, nie wykonującej prawie żadnych czynnych ruchów oprócz ruchu utrzymywania równowagi, a więc utrzymywania lżejszej brzusznej części ku dołowi, wytworzyły się na rdzeniu przedłużonym 2 grzebienie (cristae), w których schodzą się nerwy z jeszcze dwułukowego błędnika i nerwy lateralne z aparatów bocznych ryby. Te 2 grzebienie na rdzeniu przedłużonym nazywa Tilney *cerebellum bulbare*. Jest to najniższy stopień rozwoju móżdżkowego.

U dojrzałego minoga (petromyzon) sprawa przedstawia się już nieco inaczej. Stworzenie to nie jest już tak nieruchome i pływa dostatecznie zgrabnie, by przyssać się do innej jakiejś ryby i żyć jej kosztem. Do tych zwinnych ruchów potrzebny jest oprócz aparatu równowagi, jeszcze wyższy aparat, umożliwiający korrelację ruchów z obydwu stron ciała. Dlatego też u petromyzon powstaje rodzaj mostku, który łączy wyżej przytoczone grzebienie i w którym znajduje się właśnie ów korrelacyjny aparat. Ten twór, w kształcie mostka, łączący owe grzebienie w rdzeniu przedłużonym, nazywa Tilney *cerebellum iugale*. *Cerebellum bulbare i iugale* tworzy zatem zawiązek aparatu równowagi i korrelacji i stoi w ścisłym związku z prymitywnym aparatem odruchowym, tzw. „archikinetycznym" w rdzeniu. Tilney nazywa je *archiparencephalon*. Archiparencephalon występuje jako najwyższy aparat równowagi i korrelacji u obecnie żyjących smoczkoustych, u zwierząt zaś wygasłych spotykamy go w formacjach od siluryjskiej do dewońskiej. Służy zaś on do archistatyki czyli do utrzymania optimum fizjologicznego ułożenia. (physiologic posture).

Ryby z rzędu plagiostomów np. rekiny są jak wszystkim wiadomo rybami o ruchach bardzo szybkich, rybami mogącemi przebywać olbrzymie przestrzenie, szybko zagłębiającemi się i wypływającemi na powierzchnię. Dlatego też *cerebellum bulbare i iugale* silnie się u nich rozwinęło i zróżniczkowało, i wykazuje wyraźne stratum granulare i moleculare. Powstają też komórki przypominające komórki Purkinjego. Rozwinięcie się cerebellum bulbare i iugale przypisać można także rozwinięciu się trzeciego semicyrkularnego kanału i ductus endolymphaticus, czyli rozwinięciu się aparatu błędnikowego. Ponieważ nazwy jak cerebellum bulbare i iugale nie są używane w dziele Ariens-Kappersa i są dopiero świeżo wprowadzone przez Tilneya, przeto dla wyjaśnienia dodam, że *cerebellum bulbare* odpowiada „auriculum" Kappersa, z którego później ma powstawać tzw. „flocculus", a *cerebellum iugale* odpowiada tzw. „Unterlippe" Kappersa.

Jednakże u rekinów powstaje jeszcze jeden nowy twór, pokrywający *cerebellum iugale*, a mianowicie *cerebellum mediale* zawiadujące zdaniem Tilneya synergią płetw bocznych, a może także i ogona. *Cerebellum mediale* odpowiada właściwie corpus cerebelli A. Kappersa, z którego rozwija się późniejszy „vermis". Tilney broniąc tej koncepcji dodaje, że na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że to co ogólnie nazywa się móżdżkiem, jest właśnie reprezentowane przez *cerebellum mediale*. Udało mu się jednak wraz z Elsbergiem odjąć u rekinów cerebellum mediale bez naruszenia cerebellum iugale i w ten sposób wywołać odpowiednie charakterystyczne objawy. Ta nowa część móżdżku *cerebellum mediale* powstać musiała ze względu na szybsze i bardziej skomplikowane ruchy u rekinów.

Płazy i gady mają móżdżek, który nie stoi w swoim rozwoju dużo wyżej od móżdżku ryb. Ten fakt był w każdym razie pewną niespodzianką dla tych, którzy u filogenetycznie wyżej stojących stworzeń spodziewali się znaleźć móżdżek, stojący na wyższym stopniu rozwoju. Przyczyny tego stanu doszukać się można w tem, że objawy motoryczne płazów i gadów na ziemi nie są o wiele bardziej skomplikowane niż u ryb w wodzie. A zatem u dotychczas omawianych kręgowców najważniejszym etapem rozwojowym móżdżku jest powstanie *cerebellum mediale*, — paleoparencephalon Tilneya, — nazwane przez A. Kappersa corpus cerebelli.

Olbrzymi już rozwój móżdżku znajdujemy u ptaków. Jest zresztą zupełnie zrozumiałem, dlaczego móżdżek musi być u ptaków tak silnie rozwiniętym. Lot stawia olbrzymie wymogi statycznym własnościom ptaków. Dlatego też występuje u ptaków bardzo silne rowkowanie móżdżka. Tilney i tu różni się od ogólnie przyjętych zasad. (A. Kappersa). Twierdzi on, że u dużych ptaków np. strusiów, — u których spostrzegamy oprócz automatycznych i zasocjowanych obronnych ruchów skrzydłami, samoistne i dowolne ruchy poszczególnych nóg np. przy kopnięciu podczas obrony lub drapaniu się — powstają już zaczątki bocznych płatów móżdżkowych, czyli tzw. *cerebellum laterale*. Natomiast Ariens-Kappers twierdzi, że boczne płaty móżdżkowe powstają dopiero u ssaków, a jako dowód przytacza fakt, że u ptaków nie spotykamy się jeszcze z mostem Varola, którego powstanie zależy od obecności półkul móżdżkowych. Zdaje się, że Tilney rzeczywiście się myli i prawdopodobnie przyjmuje u ptaków flocullus i paraflocullus za cerebellum laterale. A zatem najsilniej rozwiniętym jest u ptaków cerebellum mediale,-vermis zwierząt wyższych, które jak wyżej zaznaczyłem nazywa Tilney *paleoparencephalon*. Paleoparencephalon

jest zatem najwyższym stopniem rozwoju móżdżku u ryb, płazów, gadów i ptaków i służy jako system paleostatyczny potrzebny także i do synergji automatycznych i zasocjowanych ruchów, zależnych zresztą od systemu paleokinetycznego, czyli striatum. W czasokresie między formacją dewońską i paleoceńską, paleoparencephalon był wyrazem najwyższego rozwoju systemu móżdżkowego.

U ssaków równorzędnie z powstaniem właściwej kory mózgowej i ukazaniem się skomplikowanych poszczególnych fazowych ruchów kończyn, powstają też i boczne płaty względnie półkule móżdżkowe *cerebellum laterale*. Cerebellum laterale łączy się z cerebellum mediale przez odcinek nazwany przez Bolka lobus complicatus. Im bardziej ruchy zwalniają się od automatyzmów i skojarzenia, tem większe stają się płaty boczne. Ten stan najlepiej uwidacznia porównanie móżdżków różnych ssaków, jak np. konia, psa, i małpy. Od cerebellum laterale zależy utrzymanie postawy przy dowolnych celowych synergetycznych ruchach poszczególnych kończyn. Hemisfery móżdżkowe stoją w ścisłym związku z korą mózgową, czyli systemem neokinetycznym. Stosownie do tego można nazwać cerebellum laterale neoparencephalon. Neoparencephalon powstaje dopiero w formacji paleoceńskiej a w obecnej dobie jest charakterystycznym dla ssaków.

Reasumując wyżej powiedziane możemy przyjść do przekonania na podstawie najnowszych badań Tilney'a, Ariens-Kappersa, Bolka, Ingvara i innych, że część móżdżku nazwana archiparencephalon, czyli tzw. cerebellum bulbare i iugale odpowiada vermis inferior i jądrom westybularnym w rdzeniu przedłużonym u człowieka. Zniszczenie archiparencephalon wywołuje zaburzenia równowagi i zniesienie optimum fizjologicznej postawy.

Vermis superior zaś, odpowiada paleoparencephalon niższych zwierząt czyli jest równoznaczne z cerebellum mediale. Uszkodzenie tegoż, ma wywołać asynergję zasocjowanych automatycznych ruchów.

Półkule móżdżkowe u ssaków możemy w myśl badań Tilney'a nazwać *neoparencephalon*, czyli *cerebellum laterale*. Uszkodzenie tegoż ma wywoływać zaburzenia w synergji i dysmetrję dowolnych ruchów poszczególnych kończyn i członków. Rozwinięcie się cerebellum laterale u ssaków jest sprzężone z powstaniem i rozwojem mostu Varola, tak, że im lepiej są rozwinięte półkule móżdżkowe, tem silniej rozwiniętym jest także i most. Budowa móżdżku jest oczywiście ze względu na swoją funkcję bardzo skomplikowana i niezupełnie jeszcze znana. Wiemy już jednak, że kora móżdżkowa przyjmuje drogi ku

niej biegnące bezpośrednio ,wysyła zaś je tylko za pośrednictwem jąder móżdżkowych lub czepcowych, które tamże odpowiednio przeszaltowane rozchodzą się w systemie centralnym na wszystkie strony.

U człowieka wrodzony ubytek całego móżdżku lub większych jego części, nie koniecznie musi dawać wybitne kliniczne objawy. Przeciwnie nawet objawy móżdżkowe mogą być znikome, a brak móżdżku może znaleźć prosektor dopiero zupełnie przypadkowo. Natomiast ubytki móżdżkowe, powstające w późniejszym okresie życia, dają zawsze gwałtowne objawy móżdżkowe. Do takich objawów zaliczyć musimy 1) inkoordynację ruchową, opisaną przez Duchenne i jej pochodne, a mianowicie asynergję cerebellarną i dysmetrję, opisane przez Babińskiego; 2) przez uszkodzenie odpowiedniego centru dla tonusu kierunkowego przychodzi do tzw. „Vorbeizeigen" opisanego przez Barany'ego; 3) hypotonję, występującą przy chorobach móżdżku, możemy wytłómaczyć łatwo wiedząc, że móżdżek jest organem tonizującym. W ten sam sposób możemy wytłómaczyć ewentualną hypertonię. 4) Adiadochokinezę opisał Babiński jako objaw móżdżkowy. Może jest ona następstwem tzw. sukcessywnej indukcji Sherington'a, powstającej wskutek nieodpowiedniego napięcia antagonistów i powolności skurczu tychże antagonistów. Z tego też może powodu przychodzi do braku tzw. po niemiecku „Rückstossu", rebound phenomenon, przy próbach oporowych. 5) Rzadszym już objawem jest błąd w ocenianiu ciężaru mimo braku uszkodzeń czucia.

Jeśli występują zawroty głowy przy chorobach móżdżku, to objaw ten ma być charakterystycznym dla podrażnienia aparatu błędnikowego. Co się tyczy drżenia, występującego często przy chorobach móżdżku, to trudno jest jeszcze dokładnie powiedzieć ,jakiego właściwie jest ono pochodzenia. Wielu autorów twierdzi, że drżenie zależy od uszkodzenia nucleus ruber, lub jest objawem pallidarnym, chociaż Ramsay Hunt uważa drżenie intencyjne za specyficznie móżdżkowe statyczne drżenie.

Móżdżek jest zatem głównym organem statotonusu, organem koordyującym, organem rownowagi, organem przeciwstawiającym się sile ciężkości i pokonywującym bezwładność. (Ingvar).

Jak wspomnianem było na wstępie, wnioski Rijnberka, Goldmana a do pewnego stopnia także i Bergera niezupełnie zgadzają się z dotychczas ogólnie przyjętemi zasadami potwierdzonemi zresztą i przez Klinikę. Jasno z tych przeciwności wynika, jak ostrożnym należy być w ocenianiu objawów tak skomplikowanych aparatów, jak

móżdżek i jądra podkorowe. Wszystkie te systemy i aparaty kinetyczno-statyczne oddziaływują na siebie w sposób ogromnie skomplikowany i pozostają pod stałą wzajemną zależnością. I tak wielki motoryczny aparat korrelacyjny śródmózgowia i mostu zależy od aparatu fronto-ponto-cerebellarnego, od systemu cerebello-rubralnego, właściwego głównego systemu pozapiramidowego jakoteż i od subtalamicznego środka wegetatywnego i vice-versa. Nie wolno nam również zapominać o górującem znaczeniu kory mózgowej.

W ostatniem decenium neurologowie zaczęli się zajmować specjalnie nową dziedziną, mało dotychczas zbadaną, a mianowicie dziedziną systemu striarnego, pozapiramidowego, i dziedziną jąder podkorowych w ogóle. Zbadano i sklasyfikowano całą masę chorób dawniej niezrozumiałych z dziedziny ruchowej, odnosząc je właśnie głównie do jąder podkorowych. Wszystkie choroby, w których spotykano się z komponentą akinezy, hyperkinezy, zaburzeń tonusu, a nawet z zaburzeniami statycznemi starano się przesadnie wtłoczyć w wąskie ramki i uzależnić od systemu striarnego, względnie śródmózgowego. Obecnie coraz więcej słychać głosów przestrzegających przed jednostronnym poglądem na te, tak skomplikowane sprawy. I tak Ramsay Hunt i Kraus na nowo wyraźnie zwrócili uwagę na móżdżek, podnosząc korrelację tego organu z korą mózgową i systemami podkorowymi i wysuwając pewne jego objawy na pierwszy plan. Rewolucyjnie wprost, podziałały na obecne zbyt jednostronne poglądy na system striarny ostatnie wykłady Wilsona, który nie uzależnia już akinezy i hyperkinezy wyłącznie od systemu striarnego. Względnie dość podobne stanowisko zajęli Cruchet i Verger we Francji, a u nas Jarkowski. Słusznie też korze mózgowej i móżdżkowi winno się przypisać dużo z tych objawów, które lokalizujemy jeszcze w jądrach podkorowych. Wszystkie bowiem komponenty mechanizmów ruchowych są znacznie bardziej skomplikowane niż to sami przyznajemy i słusznie też Wilson przestrzega przed przeschematyzowaniem objawów ruchowych.

BIBLJOGRAFJA:

BARANY: Beziehungen zwischen Bau und Funktion des Kleinhirns. W. kl. W. 1912.
BATESON: The ancestry of the chordata cyt. Tilney.
BOLK: Hauptzüge der vergleichenden Anatomie des Cerebellum. M. f. N. u Ps. 1903
BOLK: Das Cerebellum der Säugetiere, Haarlem und Jena 1906.
BREMER: Recherches sur la physiol. du cervelet et considerations sur la physiopathologie du tonus musculaire, Journ. de neurol. et de psych. R. 25 Nr. 8 1925.
R. CRUCHET: Sur les désordres de la motilité du tonus musculaire dans les états parkinsoniens. Presse méd. R. 1926 Nr. 21.

EDINGER: Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane, Leipzig 1908.
GASKEL: The origin of the vertebrates, London 1908.
ST. HILAIRE: Sur la vertebre cyt. Tylney.
RAMSAY-HUNT: The Statesthetic and Kinesthetic Components of the afferent system, A. of N. 8, 311, 1922.
INGVAR: Zur Phylo und Ontogenese des Kleinhirns, Folio neurobiol Bd. XI.
JARKOWSKI: Kinesie paradoxale, Masson 1925.
ARIENS-KAPPERS: Die vergleichende Anatomie des Nervensystems, Haarlem 1920, 1921.
KRAUS: Walter Walking, A. of N. V. 9 Nr. 2, 1923.
MELLA: Associated locomotor movements A. of N. V. 10, N. 2, 1923.
MILLS AND WEISENBURG: Cerebellar symptoms and cerebellar localisation, Jour. of amer. med. assoc. Vol. 43, 1914.
PATTEN: The evolution of the vertebrates and their kin, Philadelphia 1912.
PRUS: Sur les localisations des centres moteurs dans l'ecorce du cervelet. Arch. Pol. des Sciences Biol. et med. 1901.
RIJNBERK: Ideés actuelles et derniers travaux concernant les fonctions du cervellet. Arch. neerland de physiol. de l'homme et des animaux Bd. 10 H. 2 1925. Ztralbl. XLIII. 3/4.
RIJNBERK: Les derniers recherches relatives à la question de la localisation dans le cervelet. Arch. neerland de physiol. de l'homme et des animaux Bd. 10. H. 2. 1925. Ztralbl. XLIII. 3/4.
TILNEY: Genesis of cerebellar functions. A. of N. ano Ps. V. 9 Nr. 2.
VERGER ET GRUCHET: Les états parkinsoniens et les syndromes brady-kinetiques, Paris 1925 p. 7 a 19.
WILSON: Lectures on some disorders of motility. Lancet T. 209 Nr. 1. Nr. 2 Nr. 5, 1925.

QUELQUES MOTS SUR LE DÉVELOPPEMENT PHYLOGÉNÉTIQUE DU CERVELET ET SUR SES FONCTIONS.

Par

Le Dr. BRZEZICKI (Cracovie).

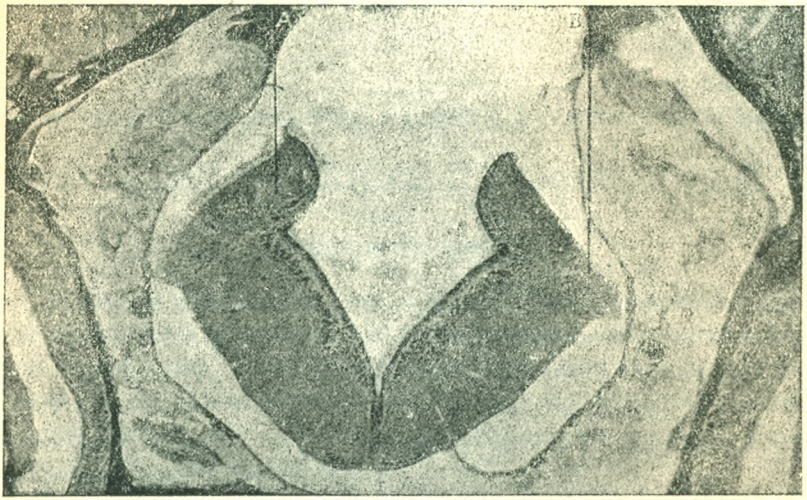
L'auteur réfléchit sur le rôle du cervelet dans le système nerveux. Selon Rijnbeck, Goldstein, Bremer etc., le cervelet est avant tout un appareil tonifiant.

Cependant les études récentes de Tilney, d'Ariens — Kappers, de Bolko, de Ingvar etc. — ont prouvé que chez les animaux inférieurs la destruction de la partie du cervelet nomnée archiparencephalon ou ce qu'on apelle cerebellum bulbare et jugale qui chez l'homme correspond aux noyaux vestibulaires de la moelle oblongée et au vermis inferior occasionne des perturbations dans l'équilibre et détruit l'optimum de l'attitude physiologique. Le vermis superior correspond au paleoparencephalon des animaux inférieurs ce qui veut dire qu'il équivaut au cerebellum mediale. Une lésion de ce dernier semble causer une asynergie des mouvements automatiques associés. Een accord avec les recherches de Tilney, les hémisphères cérebellaires chez les mammiféres peuvent être appellées neoparencephalon ou cerebellum laterale. Une lésion de celles-ci semble amener des perturbations de synergie et la dismétrie des mauvements volontaires de tel mambre ou extrémité.

Les lésions du cervelet chez l'homme provoquent les symptômes suivants: l'incoordination, l'asynergie cérebellaire, la dismétrie, le symptôme Barany, l'hypotonie, l'adiadochokynèse, l'errance dans l'appréciation du poids.

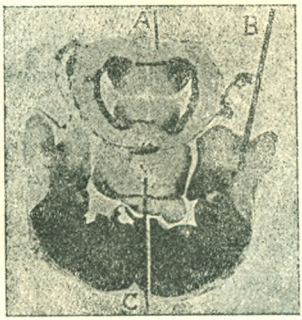
Le cervelet est donc l'organe principal de l'équilibre et de l'état statotonique; c'est l'organe de coordination, l'organe qi s'oppose à la force de gravité et qui maîtrise l'inertie.

PRZEKRÓJ ORALNEJ CZĘŚCI RDZENIA U MINOGA RZECZNEGO.



A. Cerebellum bulbare. B. Nerw słuchowy.

PRZEKRÓJ PRZEZ MÓŻDŻEK RYBY Z RODZINY REKINÓW.



A. Cerebellum mediale. B. Cerebellum bulbare. C. Cerebellum iugale.

Z Zakładu dla psychicznie chorych im. dra. med. K. Rychlińskiego w Drewnicy.

PRZYPADEK PSYCHOZY U OLIGOFRENIKA.

podał
HENRYK ROŻKOWSKI.

Analizując poszczególne przypadki zachorzeń psychicznych, psychjatra zadaje sobie pytanie, do jakiej grupy klinicznej — według dzisiejszej nomenklatury — ma być zaliczona ta lub owa psychoza. Obecnie Bleuler'owska schizofrenja jest jeszcze tym zbiornikiem, do którego wprowadzi się wszystko to, co nie może się pomieścić w innych ugrupowaniach zachorzeń psychicznych.

Przeglądając piśmiennictwo psychjatryczne lat ostatnich, widzimy, że budzą się wątpliwości, czy wszystkie postacie psychotyczne, zaliczane do schizofrenji, są rzeczywiście schizofrenją. W pracy swej „o postaciach niedorozwiniętych schizofrenji" przytacza dr. Wizel zdanie Wilmanns'a, że, nie bacząc na wielki postęp, jaki w ostatniem trzydziestoleciu uczyniła nauka o otępieniu wczesnem, stoimy dopiero w okresie początkowym wiedzy. „I rzeczywiście", mówi autor, „jeżeli rzucimy okiem na wielki obszar zagadnień związanych ze sprawą schizofrenji, to przekonamy się, że ani jedno z tych zagadnień nie zostało rozstrzygnięte, w sposób decydujący i nie budzący żadnych wątpliwośćci i, że zarówno wszystkie teoretyczne rozważania jak i koncepcje kliniczne, na ich gruncie powstałe, mogą być przyjmowane z większem albo mniejszem zastrzeżeniem".

W poszukiwaniu nowych określeń i stawianiu hipotez nie możemy jednak pominąć teorji Bleuler'a a nawet Kraepelin'a, na podstawie których pewne objawy kliniczne, cechujące cały szereg postaci chorobowych, uważane są za charakterystyczne dla schizofrenji. Rozpoznajemy owe psychozy przeważnie z objawów zewnętrznych, nie wnikamy natomiast w samo sedno rzeczy, a mianowicie nie stawiamy sobie pytania, z jakim ustrojem psychicznym w danym przypadku mamy do czynienia i w jaki sposób ten ustrój reaguje na poszczególne czynniki szkodliwe. Wniknięcie w ustrój psychiczny chorego dałoby nam możność lepszego orjentowania się w materjale klinicznym i ściślejszego określania jednostki chorobowej.

Przedstawienie następującego przypadku stanowi próbę analizy w tym kierunku. Chodzi w niem o pacjenta, u którego występują na zewnątrz objawy cechujące parafreników.

Chory lat 28, kawaler, z zawodu biuralista. Rodzice żyją — zdrowi. Ojciec, jak podaje chory, jest popędliwy i bardzo nerwowy. W rodzinie chorób psychicznych nie było. Chory ma 3 braci i siostrę — wszyscy zdrowi. Badany jest najstarszym w rodzeństwie. Rozpoczął naukę w 6. roku życia, w 8-ym zaś zaczął uczęszczać do 7-mio klasowej szkoły handlowej. W niższych klasach był bardzo pilny i z roku na rok otrzymywał nagrody. W 4-ej i 5-ej klasie szło mu już gorzej, a w klasie 6-ej został nawet na drugi rok. Nie powodzenia w szkole w pierwszym rzędzie — w drugim zaś niemożność odzwyczajenia się od samogwałtu, któremu badany w tym czasie ulegał — osłabiły znacznie układ nerwowy chorego. Dalej, dręczyły go zagadnienia natury teozoficznej, z któremi oczywiście nie mógł sobie dać rady.

Wybuchła wojna. W roku 1915-ym wojska austrjackie wtargnęły do Lublina i nasz chory, będąc 17-sto letnim młodzieńcem, zaciągnął się do legjonów. Uczestniczył w bojach — rannym nie był. W tym czasie przechodził czerwonkę, dur brzuszny i rzeżączkę.

Gdy miała nastąpić przysięga na wierność Niemcom, chory, aby jej uniknąć, uciekł za przykładem innych i po dość długiej tułaczce dostał się do domu. Do szkoły nie powrócił, gdyż nie miał chęci ku temu, dążąc jaknajprędzej do materjalnego uniezależnienia się. Znalazł zajęcie w kancelarji sędziego śledczego a następnie jako kancelista w Sądzie Okręgowym w Lublinie. Początkowo stosunki z przełożonymi były bardzo dobre. Pacjent nasz pracował gorliwie, często poza godzinami biurowemi, zdobywając sobie w ten sposób uznanie zwierzchników. Trwało to jednak niedługo. Uważał się za wyzyskiwanego przez sekretarza, nad którym intelektualnie — jak mu się wydawało — górował. Zaczęły się nieporozumienia z prezesem sądu, który słusznie żądał ścisłego przestrzegania przepisów biurowych. Chory odmówił. Napastował prezesa w sprawach interesentów poza godzinami przyjęć, a gdy został strofowany przez niego za przeszkadzanie mu w pracy, odpowiedział: „nie nos dla tabakierki, ale tabakierka dla nosa". W tym czasie chory kochał się bez wzajemności w podwładnej mu kancelistce, bolał nad tem. Z chwilą przeniesienia go na niższe stanowisko służbowe chory zupełnie już stracił równowagę ducha. Zaczął otaczać się pewną tajemniczością, podejrzewać, że w otoczeniu są ludzie mu nieżyczliwi a nawet czyhający na jego życie. W tym czasie w Lublinie jakiś sądownik popełnił samobójstwo. Badany snuł domysły o powodach samobójstwa, lecz ich nie chciał zdradzić nikomu. Koledzy, (prawdopodobnie w żartach) prosili go, by im wyjawił tajemnicę. Chory odmawiał. Wówczas jeden z nich miał powiedzieć: „pan dostaniesz pigułkę" (kulę w łeb). Te słowa utkwiły głęboko w pamięci chorego i od tej właściwie chwili datują się jego myśli prześladowcze. Badany opowiada, że bardzo często, wracając do domu, wieczorem, widział jakichś podejrzanych osobników, którzy niezawodnie go śledzili i, gdyby nie policja, której polecone było przez pewne partje czuwać nad nim — dosięgła by go ręka przeznaczenia. Partje te, jak również i policja miały jakieś ukryte, lecz wrogie względem niego zamiary. Jednym zależało na tem, by go zabić i zająć jego po-

sadę — drugim, aby zamordować go i wywołać rozruchy w kraju, ponieważ miał się kiedyś wyrazić, że po jego trupie przejdzie rewolucja. Chory dla swej obrony nosił przy sobie broń. Ojciec w obawie, by syn nie popełnił jakiego szaleństwa, odebrał mu rewolwer i wówczas badany powziął przekonanie, że ojciec uczynił to zupełnie nieświadomie pod wpływem masonerji. Młodszy brat służył w wojsku polskiem i, pełniąc służbę oficera inspekcyjnego, został zabity przez wartownika podczas kontrolowania wart. Zajście to tragiczne chory tłumaczył sobie w ten sposób, że zabójstwo popełniono na rozkaz 3-ej międzynarodówki, która również czyha i na jego życie. — Ostatniemi czasy chory źle sypiał, miewał przykre sny. Rodzice, zauważywszy chorobliwy stan syna, umieścili go w zakładzie. O tem opowiada chory w sposób następujący: „6-go marca rb. byłem z ojcem w starostwie. Miał tam być doktór o godzinie 10-ej, zjawił się jednak dopiero o 11-ej. Poproszono nas do poczekalni. W tym czasie przybyły tam też trzy osoby: ksiądz z czerwonym nosem, pani i jakiś starszy pan. Wszyscy zajęli się czytaniem gazet. Przy wejściu zobaczyłem policjanta, który miał nr. 145. Ja sobie wyobraziłem, że 1+4+5 jest 10, to znaczy, że 10. marca ma się coś stać, ale co — tego nie wiem. Ten układ osób miał znaczyć: ksiądz — śmierć, ja — głód, ojciec — mord, pani — wojna, a ten starszy pan — ogień, to znaczy 4-ch jeźdźców Apokalipsy. Mnie się zdawało, że 10-go marca będą jakieś zaburzenia w Lublinie, może bezrobotnych. Umocniło mnie w tem przeświadczeniu, że stanie się coś poważnego 10. marca i to, że widziałem nawet białych ułanów, których w Lublinie niema. W osobie księdza upatrywałem wodza przyszłego faszyzmu polskiego". Na pytanie, dlaczego tak rozumował, odpowiada: „Mussolini jest wodzem włoskiego faszyzmu, a naród włoski jest przeważnie katolicki, więc dlatego mi to przyszło na myśl. Uważałem nawet, że ten ksiądz będzie wodzem wojsk polskich, gdyż może być wojna z krajami protestanckimi, jakimi są Niemcy i Szwecja. Jak 2 a 2 jest 4, jak wiem, że szkło jest przeroczyste, że ta serwetka na stoliku w kancelarji jest biała, tak wiem, że, gdyby nie układ tych czterech osób w dniu 6-go marca, ja nie byłbym w szpitalu w Drewnicy".

Chory wierzy w przeznaczenie. Do przeczuć swych przywiązuje ogromne znaczenie, szukając wytłumaczenia w faktach, rzekomo historycznych: np. w tym, że żona Napoleona, Józefina, wiedziona wyłącznie przeczuciem, kilkakrotnie ocaliła życie swemu mężowi.

W takim stanie chory został przywieziony do Drewnicy. Z opowiadania krewnych dowiadujemy się, że badany był zawsze towarzyski, wesół, wielomówny, miał wybujałą fantazję i pewne dziwactwa: rozbierając się do snu, wyjmował wszystko z kieszeni, przeglądał szczegółowo, przeliczał i układał na stole; rachował także guziki od ubrania, aby przypadkiem którego nie zabrakło. W czasie załatwiania formalności kancelaryjnych, związanych z przyjęciem chorego do kancelarji wszedł technik telefoniczny. Chory właśnie coś opowiadał. Ujrzawszy jednak technika, przestał mówić i badawczo zaczął go mierzyć wzrokiem. Gdy technik wyszedł, chory obejrzał się, czy drzwi zamknięte i zapytał, kto to jest. Dowiedziawszy się, zaczął go wciągać w sieci swoich urojeń. Na oddziale poznał chorego rosjanina, byłego pułkownika, w którym do dnia

dzisiejszego upatruje szpiega bolszewickiego, coś knującego, i „kto wie", czy nie przeciwko niemu. W parę dni po przyjęciu do zakładu, chory zwrócił się do piszącego te słowa i pod wielkim sekretem oznajmił mu, że śniły mu się w nocy 4 fijołki alpejskie i 4 narcyzy. Fijołki w jego rozumowaniu oznaczały 4 jeźdźców Apokalipsy, narcyzy natomiast — miejscowy personel lekarski, a wszystko, razem wziąwszy, jest złą wróżbą dla niego, gdyż mogą wybuchnąć rozruchy, a wówczas on niechybnie zginie. W ciągu dnia pacjent zdążył całemu personelowi, oczywiście każdemu z osobna i pod wielkim sekretem, opowiedzieć o swoim śnie i jego znaczeniu. W dwa dni po wzięciu krwi z żyły, badany wyraził pretensje do lekarza za wyrwanie mu nerwu natchnieniowego i skarżył się, że nic pisać nie może. W rozumowaniu swem bowiem wychodził z założenia, że skoro w potocznej rozmowie używa się wyrazu „wena pisarska", a wzięcie krwi z żyły uszczupla ją, przeto i natchnienie ginie. W ostatnich czasach, widząc większe zainteresowanie się jego osobą, chory zaczął mniej o sobie mówić i podejrzewać otoczenie o jakieś wrogie względem niego zamiary. Pewnego razu chory powiedział zdanie: „mówią, że jestem chory na manję prześladowawczą, a ja się tylko boję o swoją skórę". Zachowuje się na oddziale od pierwszej chwili zupełnie poprawnie; w stosunku do otoczenia posłuszny, wielomówny, zawsze uprzejmy, lecz nieufny i podejrzliwy.

Pamięć chorego bardzo dobra: z nadzwyczajną dokładnością przypomina sobie najdrobniejsze fakty ze swego życia; dotyczy to jednak przeważnie rzeczy błahych. Najdokładniej orjentuje się w czasie i miejscu. Pojęcia moralne braków wyraźnych nie wykazują, są jednak ujmowane powierzchownie.

Pod względem somatycznym nic szczególnego. W płucach i narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Serce: granice normalne, tony czyste. Tętno 100 na minutę o dobrem napięciu. Źrenice równe, na światło i przystosowanie reagują sprawnie. Nieznaczny tremor języka i palców u rąk. Chory sypia i jada dobrze. W ostatnich dniach opowiada z mniejszem ożywieniem o swoich przeżyciach, a nawet czasami wypiera się poprzednio wypowiedzianych zdań.

Chory od wczesnego wieku odznacza się, jak sam się wyraża, zbytnią ciekawością i drobiazgowością, interesują go rzeczy fantastyczne. Otoczenia nie unika, nawet chętnie przebywa w towarzystwie. Na początku wieku szkolnego jest bardzo pilnym, uczy się dobrze, otrzymuje nagrody, o których z nadzwyczajnem zadowoleniem opowiada. Rozwój umysł. chorego, jak widać dalej, nie odpowiada wymaganiom szkolnym; chory robi coraz gorsze postępy w nauce. Do kojarzeń myślowych wciskać się zaczynają kompleksy seksualne, które przytłumiają i częściowo wypierają jego nastawienie religijne. Opowiadając o przebiegu służby wojskowej, chory obawia się, aby nie posądzano go o to, że był w wojsku łazikiem. Znalazłszy posadę biurową przypuszcza stale, że jest niedocenianym. Przydźwięk ambicyjny towarzyszy na każdym

kroku myślom i czynom chorego. Wreszcie zdegradowanie go na niższy szczebel służbowy jest punktem wyjścia dla dalszego snucia wyobrażeń treści prześladowczej i wytwarzania natrętnych wprost obaw. W psychice chorego ujawniają się dla otoczenia pewne zmiany. Pacjent staje się niedowierzającym, bojaźliwym, ponurym; ostatniemi czasy szuka nawet samotności. Urojenia o treści prześladowczej nie są usystematyzowane, jednak chory przy nich obstaje. Obraz, jak widzimy z całego opisu, przypadku, nabiera zabarwienia parafrenicznego. Czy tak jednak jest? Pozostawiam to pytanie narazie otwartem.

Nasz pacjent posiadał zdolność przyswajania sobie niektórych pojęć, czego wyrazem były niezłe postępy w szkole. Chory dużo czytywał, doszedł nawet do stanowiska, jednakże pojęcia jego i sądy nie były dostatecznie przetrawione i dojrzałe, a wskutek słabej naogół psychiki, zostały chorobliwie spaczone.

Do grupy, do której chory należy, zaliczyć możemy większość psychasteników, dotkniętych natrętnymi lękami i obawami, którzy, wskutek swoistego układu psychicznego, nie są w stanie swych fałszywych sądów prostować.

Nieuniknione acz nieszkodliwe dla innych ustrojów konflikty życiowe, trafiwszy na tak podatny grunt, doprowadzić musiały do wystąpienia powyżej opisanych objawów chorobowych.

W naszym przypadku mamy do czynienia z ustrojem debilika, który pod wpływem konfliktów życiowych poszedł drogą chorobową. Ta bowiem grupa — debilitas — oligofrenji, stojąca na pograniczu między wyraźnie zaznaczonym niedorozwojem umysłowym, a tem co nazywamy normą, wchłania zdaniem mojem w siebie omawiany przypadek. Również i niekompletne obrazy psychotyczne nie upoważniają nas zdaniem mojem, by przypadki podobne zaliczać do schizofrenji wzgl. parafrenji. Uwzględniając więcej oligofreniczne podłoże dla powstających psychoz, łatwiej będziemy mogli unikać błędów djagnostycznych i pewniej orjentować się w materjale klinicznym.

Na zakończenie niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie dr. K. Rychlińskiemu za jego cenne wskazówki oraz łaskawe udzielenie mi materjału klinicznego.

Hôpital Psychiatrique du dr. Rychliński à Drewnica (Varsovie).

UN CAS DE PSYCHOSE CHEZ UN OLIGOPHRÉNIQUE

par

Le Dr. HENRI ROŻKOWSKI.

L'auteur soutient que jusqu'à présent la schizophrénie de Bleuler constitue le récipient où l'on introduit volontiers tous les cas qui ne peuvent aisément trouver leur place dans les autres groupements des maladies mentales.

On constate la maladie psychique principalement d'après des sympômes extérieurs, sans pénétrer jusqu'au fond du cas, sans se demander quelle organisation psychique représente le cas donné et de quelle manière elle répond aux différents facteurs fâcheux.

Une étude plus profonde de l'organisme psychique du malade aiderait à juger l'unité morbide avec plus d'exactitude.

La description d'un cas qui montre des symptômes paraphréniques pourrait servir d'essai d'analyse dans cete matière.

Les malades de ce type se récrutent pour la plupart parmi les psychasthéniques, qui par suite de leur disposition psychique particulière ne sont pas en état de rectifier leur faux jugements. Des incidents inévitables dans la vie, sans aucune portée pour d'autres, doivent nécessairement, chez les sujets ainsi prédisposés, mettre en jeu des symptômes morbides.

Notre cas présente un organisme de débile chez qui l'affection mentale s'est développée par suite des difficultés de la vie. Le cas mentionné appartient à ce groupe d' oligophrénie (debilitas) qui se tient sur le marge entre l'arriération mentale et ce que nous appelons développement normal.

De même les images psychotiques incomplets n'autorisent pas à les attribuer à la schizophrénie ou à la paraphrénie. Prenant en considération le fond oligophrénique de la psychose nous serons en état de mieux éviter les erreurs diagnostiques et de nous orienter plus sûrement dans le matérial clinique.

Z TERAPJI.

Z Zakładu dla Umysłowo Chorych. Dr. med. Rychliński w Drewnicy.

W SPRAWIE NAGMINNEGO ZAPALENIA OPON.

Referat z pracy Dr-a K. LEWKOWICZA
streściła
Dr. Wanda Blüthówna.

Sprawą chorobową, którą się w ostatnich latach wiele zajmowano i o której wiele pisano, jest nagminne zapalenia opon. Między innymi, cierpieniem tem bardzo interesował się profesor Ksawery Lewkowicz, który w pracy swej pod tytułem „Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon" wysunął cały szereg nowych wniosków, mających duże znaczenie naukowe. Praca ta szczególniej interesować musi neurologów i psychjatrów, którzy stale z powyższem zachorzeniem mają do czynienia. Duży odsetek chorych na meningitis epidemica umiera, u innych zaś w następstwie przebytej choroby spotykamy często zaburzenia psychiczne.

Profesor Lewkowicz zwrócił uwagę, że siedliskiem tej chroby są nie opony, lecz komory mózgowe wraz z ich splotami naczyniowymi, motywując to tem, że od samego początku przy meningitis epidemica komory są zajęte zakażeniem, które utrzymuje się bardzo długo, podczas gdy w przestrzeniach podpajęczynowych, sprawa chorobowa szybko gaśnie, jeżeli choć mały odcinek zostanie odcięty od komór. Nigdy zaś nie spostrzeżono, by zakażenie utrzymywało się w przestrzeni podpajęczynówkowej, a zgasło w komorach. Jest to pogląd przeciwstawiający się zapatrywaniom dawnych badaczy, którzy napotkawszy ropę na oponach, uważali ją za główne siedlisko tej sprawy, nie zwracając uwagi, że ropa ta może się tu dostać z prądem płynu mózgowo-rdzeniowego, kierującego się tu z komór. Co do właściwości samych meningokoków, to w pracy prof. Lewkowicza jest zaznaczone, że są to zarazki nieżytotwórcze, żyjące głównie na nabłonku. Komory są nabłonkiem wyłożone, inaczej niż opony, które są wyłożone śródbłonkiem. Przemawia to znów za tem, że siedliskiem tej choroby są komory. Co się tyczy płynu mózgowo-rdzeniowego, to bywa on zakażony meningokokami wyłącznie w komorach. Profesor Lewkowicz, badając płyn swoich chorych dowiódł, że meningokoki w ko-

morach są żywotne i wyrastają w hodowli, w przestrzeniach zaś podpajęczynówkowych są po większej części pochłonięte przez fagocyty. Ropienie w komorach jest nieznaczne. Fagocytoza i bakterjoliza prawie nie występują. Zmiany zachodzące w płynie mózgowo-rdzeniowym na drodze od komór do przestrzeni podpajęczynówkowych zależą od materjału zakaźnego z komór. Jeśli wessanie odbywa się szybko, białka nie przybywa. Duża zawartość białka pochodzi od zastoiny płynu. W przestrzeni dotkniętej zastojem, zakażenie gaśnie. Co do zmian anatomo-patologicznych, to w okresach początkowych komory mogą przy oględzinach pośmiertnych mieć wygląd normalny, uderze tam tylko silne przekrwienie splotów. Ropienie jest nieznaczne, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy, który w splotach wciąż się wytwarza, nie pozwala na nagromadzenie się ropy na powierzchni w większej ilości. W późniejszych okresach choroby stwierdzamy w splotach nacieki ropne i zrosty ze ścianą komór; komory są rozszerzone, o zawartości mętnej i z domieszką ropy.

Co do leczenia meningitis epidemica, to profesor Lewkowicz odróżnia wyleczenie samoistne, wyleczenie dzięki stosowanym środkom napotnym i działaniu surowicy, wstrzykiwanej dordzeniowo i dokomorowo.

W wyleczeniu samoistnem odgrywają rolę czynniki miejscowe. Neutrofile usuwają mikroby mechanicznie. Bazofile i eozynofile za pośrednictwem wydzielanych przez siebe fermentów swoistych niszczą mikroby w płynie, nie na nabłonkach. W wyleczeniu samoistnem nie można przyznać neutrofilom, bazofilom i eozynofilom znaczenia rozstrzygającego. Wyleczenie to polega prawdopodobnie na reakcji samych komórek nabłonkowych.

Leczenie napotne stosuje się w formie kąpieli połączonych z zawijaniem w koce. Wpływ tego leczenia jest dodatni. Nie jest jednak udowodnione, na czem to polega. Wyleczenie należy pojmować jako wynik samoleczenia ustroju. Jest ono tem samem mniej pewne od leczenia za pomocą surowicy.

Przy leczeniu surowiczem należy zwrócić uwagę na utrzymanie odpowiedniego stężenia surowicy w komorach. Czasami dopiero po kilkunastu dniach, przy częstszem wstrzykiwaniu surowicy, można zauważyć zniszczenie większej ilości meningokoków i w końcu ich całkowite zniknięcie. Jeśli mamy zwężenie komór wskutek obrzęku mózgowia, to utrzymać ciągłość działania surowicy jest bardzo trudno, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy, który wciąż się wydziela, posiada siłę prądu odwrotnie proporcjonalną od szerokości komór i dlatego w tym

wypadku zmywa surowicę wstrzykniętą do komór. Należy więc przy zwężeniu komór wstrzykiwać surowicę częściej, t. j. kilka razy dziennie. U dzieci i osób młodszych można liczyć na to, że skutkiem zwężenia rowków mózgowych, płyn mózgowo-rdzeniowy będzie z trudem odpływać i komory się przez to rozszerzą. Czekanie jednak na rozszerzenie komór jest połączone z wielkiem niebezpieczeństwem. Może się rozwinąć wodogłowie, ropogłowie, ew. komory mogą pozostać przez całe życie w stanie zwężenia.

Surowicę wstrzykuje się dordzeniowo i dokomorowo. W przypadku, kiedy niema przeszkody w krążeniu płynów między przestrzenią podpajęczynówkową a komorową, surowica, wstrzyknięta dordzeniowo, dostaje się do komór w dostatecznem stężeniu i nie różni się w dodatnim wyniku leczenia od surowicy wstrzykniętej dokomorowo. Tam gdzie jednak przeszkody istnieją, surowica nie dostaje się do komór, a skutkiem ciągłego dopływu materjału zakaźnego z komór, nie tłumi sprawy zakaźnej w przestrzeniach podpajęczynówkowych. Należy wtedy wstrzykiwać surowicę dokomorowo.

Lewkowicz w pracy swej przedstawił nam szereg przypadków o przebiegu ciężkim, gdzie jednak leczeniem surowicą osiągnięto wyniki dodatnie. Opierając się więc na właściwości surowicy meningokokowej, której dodatnie działanie jest jedynie możliwe wtedy, kiedy ją wstrzykujemy domiejscowo, widzimy, jak ważnem jest zagadnienie pierwotnego siedliska choroby przy meningitis epidemica.

Praca Lewkowicza, wykazująca, że przy meningitis epidemica opony są zakażone wtórnie, że meningokok nie znajduje się na oponach, oraz w płynie źle się rozwija i szybko ginie, że wreszcie istotnem siedliskiem choroby są komory wraz z ich splotami naczyniowymi — ma niezaprzeczalną wartość.

Mamy więc przy nagminnem zapaleniu opon do czynienia z cierpieniem encefalitycznem, wskutek czego spotykamy cały szereg zmian zarówno w układzie nerwowym jak i w psychice chorego. Opierając się na badaniach i spostrzeżeniach Lewkowicza, widzimy, że omawiane tu stany chorobowe nie są beznadziejne, gdyż często następuje znaczna poprawa lub całkowite wyleczenie takowych.

Hôpital Psychiatrique du dr. Rychliński à Drewnica (Varsovie).

À PROPOS DE LA MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUE.

Référé de l'étude du prof. XAVIER LEWKOWICZ

Par

Melle Wanda Bluth, dr. med.

L'auteur résume l'étude du prof. Xavier Lewkowicz: „Thérapie spécifique de la méningite épidémique".

Le professeur Lewkowicz appelle l'attention sur le fait que dans meningitis epidemica ce ne sont pas les méninges qui forment le foyer réel de la maladie, mais bien les ventricules cérébraux avec leur plexus chorioidei; les méninges ne sont infectées que secondairement.

La maladie est causée par des organismes catarrheux qui végètent principalement sur l'épithélium. Les ventricules sont tapissés d'épithélium tandis que les méninges sont pourvues d'endothélium.

C'est exclusivement dans les ventricules que le liquide cérébrospinal peut s'infecter de meningococcus, qui de leur côté ne se développent que difficilement dans le liquide et y périssent vite.

Les altérations anatomopathologiques ne se manifestent que faiblement au début de la maladie. Les ventricules peuvent paraître normaux (à l'autopsie), il y a pourtant congestion notable des plexus. La suppuration est insignifiante car le liquide cérébrospinal qui ne cesse de se produire dans les plexus empêche l'agglomeration du pus à la surface en quantité appréciable. Dans les phases plus avancées de la maladie on constate des infiltrations purulents dans les plexus et des cicatrisations avec les parois des ventricules. Ceux-ci sont élargis, le contenu en est troublé, additionné de pus.

La guérison arrive d'elle-même, et consiste probablement dans la réaction des cellules épithéliales ou bien c'est une auto-cure de l'organisme si l'on emploie des sudorifiques, sous forme de bains combinés d'enveloppes des couvertures ou bien le malade est guéri par l'action du serum méningocoque en injections intraspinales ou intraventriculaires.

Z oddz. VI. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz Doc. Dr. med E Artwiński.

O LECZENIU PHLOGETANOWO-SALWARSANOWEM WIĄDU RDZENIA I INNYCH POSTACI KIŁOWYCH UKŁADU NERWOWEGO.

Doc. dr. med. E. ARTWIŃSKI — A. GRZEDZIŃSKI kand. med.

Oskar Fischer i Wiechowski z Pragi wprowadzili w życie preparat, który nazwali „Phlogetanem". Preparat ten jest pochodną z rozpadu ciał białkowych.

Rozpoczyna się leczenie od 2 cm^3 phlogetanu, który się zastrzykuje domięśniowo w okolicy pośladków. U chorych wycieńczonych i ludzi starszych rozpoczyna się od 1 cm^3. Co 3 wzgl. 4 dni daje się następne injekcje, stopniowo podnosząc dawkę aż do 5 cm^3.

Po każdych dwóch injekcjach phlogetanu — wlewanie salwarsanu (neosalutanu) w dawkach 0,3 do 0,6 gr., starając się aby wlewanie to było na dwa dni przed i w dwa dni po injekcji phlogetanu.

Leczenie trwa około 6 tygodni i kończy się wlewaniem salwarsanu.

Przy podnoszeniu dawek phlogetanu należy kierować się zawsze odczynem ogólnym chorego, a w pierwszym rzędzie wysokością ciepłoty i tam, gdzie przekroczyła ona 38 stopni, dawki się nie podnosi.

U niektórych chorych w kilka sekund po injekcji występuje silne zaczerwienienie twarzy połączone z lekkim zawrotem głowy i przez chwilę trudno wyczuwalnem tętnem w tętnicach obwodowych. Objawy te mijają szybko, bez jakichkolwiek groźniejszych następstw.

W miejscu wstrzyknięcia powstaje nieznaczny obrzęk oraz miejscowa bolesność, które to objawy wyrównują się zazwyczaj w ciągu 24 godzin po injekcji.

W kilka godzin po injekcji występuje dreszcz, uczucie ogólnego osłabienia, które utrzymuje się w ciągu kilku dni.

Przeciętnie najwyższa ciepłota waha się w granicach od 38,5 do 39 stopni.

Największa ilość chorób leczonych phlogetanem i salwarsanem przypada na chorych z wiądem rdzenia (grupa I), gdyż grupa ta obejmuje

36 osób. U 30 chorych udało się stwierdzić z wyjątkiem jednego przypadku, ustąpienie bólów strzelających i bólów opasujących oraz bardzo znaczną poprawę chodu, nawet w wypadkach daleko posuniętego bezładu.

O ile można sądzić na podstawie obserwacji chorych, z praktyki prywatnej, poprawa trwa minimalnie do roku.

Grupa II. (kiła mózgu i kiła mózgowo-rdzeniowa) obejmuje 14 chorych. U 12 udało się stwierdzić we wszystkich przypadkach zarówno poprawę podmiotową jak i przedmiotową.

Grupa IIIa obejmuje dwa przypadki niedowładu połowiczego. Pierwszy trwający od kilku miesięcy, drugi od szeregu lat.

U pierwszego chorego nastąpiło wyleczenie, u drugiego nie wystąpiła poprawa. Dwa przypadki wczesnej kiły układu nerwowego, u jednego poprawa zarówno przedmiotowa, jak i podmiotowa, u drugiego stan bez zmiany. Jeden przypadek epilepsji Jacksona, która pod wpływem leczenia rtęciowo-salwarsanowego nie ustępowała, po leczeniu phlogetanowo-salwarsanowem ustąpiła całkowicie.

Cztery przypadki z rozp. meningo - myelitis: poprawa zarówno przedmiotowa jak i podmiotowa.

Grupa IV. (paralysis progressiva i taboparalysis) obejmuje 2 chorych z rozp. porażenie postępujące. Bez poprawy. U 2 chorych z wiądem rdzenia ze zmianami psychicznemi (taboparalysis) stwierdzono znaczną poprawę stanu psychicznego. bóle znikły.

Na podstawie przeszło 2-letniej obserwacji 75 chorych szpitalnych i kilkunastu z praktyki prywatnej wysuwają autorzy następujące wnioski:

1) Leczeniu phlogetanowo-salwarsanowemu w wielu przypadkach wiądu rdzenia oraz kiły mózgowo-rdzeniowej należy przyznać przewagę nad leczeniem rtęciowo-salwarsanowem, które często pozostawało bez wybitniejszego wpływu, a leczenie phlogetanowo-salwarsanowe u tych samych chorych dawało wybitną poprawę.
2) W wiądzie rdzenia bóle i chód bezładny ulegały znacznej poprawie.
3) Zmiany objektywne, z bardzo nielicznymi jedynie wyjątkami, nie ulegały poprawie.
4) Uważa się za wskazane po roku powtórzenie leczenia. U chorych ze świeżemi zmianami w szczytach oraz białkiem w moczu leczenie to uważa się za przeciwwskazane.

streścił S. Bielawski.

AU SUJET DE LA CURE PHLOGETANO-SALVARSANIQUE DE L'ATROPHIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET D'AUTRES FORMES LUÉTIQUES DU SYSTÈME NERVEUX.

Présenté par E. ARTWIŃSKI, dr. med., doc. — A. GRADZIŃSKI, cand. med.

1) Dans bien des cas d'atrophie de la moelle épinière on a pu constater la supériorité de la cure phlogétano-salvarsanique sur une cure mercuro-salvarsanique, celle-ci n'ayant parfois produit aucun effet, tandis que la première amenait chez les mêmes sujets un mieux sensible.
2) Dans l'atrophie de la moelle épinière les douleurs et l'ataxie s'atténuaient visiblement.
3) Les altérations objectives, sauf des exceptions très rares, ne s'amélioraient pas.
4) Il semble indiqué de répéter la cure au bout d'une année.
Chez les sujets atteints d'albumen et de récentes altérations dans l'apex des poumons, cette cure parait contre-indiquée.

FILIP PINEL.

W ubiegłych wiekach los chorych cierpiących na zaburzenia psychiczne był smutny i opłakany, gorszy od losu przestępców odsiadujących karę w więzieniach za ciężkie zbrodnie. Psychicznie chorych uważano za niebezpieczne dzikie bestje, nakładano na nich kajdany, przykuwano ich do ścian cel ciemnych, brudnych, cuchnących, zimnych, wilgotnych, w dni zaś świąteczne pokazywano za pieniądze tłumom ciekawych, żądnych wrażeń i widowisk wstrząsających.

U schyłku 18-go stulecia traktowanie psychicznie chorych stało się bardziej humanitarne, dzięki reformom takich lekarzy-filantropów jak Chiarugi we Florencji, Tuke w Londynie i Pinel w Paryżu.

Na szczególne wyróżnienie zasługuje dziś Filip Pinel (1755—1826), którego setna rocznica śmierci minęła w dniu 26. października br. Pinel przeprowadziwszy uciążliwe walki z ciemnotą i barbarzyńskim przesądem, zreformował z gruntu metody postępowania wobec psychicznie chorych i położył przedewszystkiem ogromne zasługi, łagodząc warunki, w jakich ci chorzy przebywali.

Dnia 25. sierpnia 1793 r. wielki ten filantrop został mianowany lekarzem szpitala Bicêtre, gdzie się znajdował oddział dla osób psychicznie chorych. Zastał tam skandaliczne stosunki. Niezwłocznie po objęciu urzędu, zaczął z energją i zapałem, narażając własne życie wprowadzać w czyn nowe ideje. Nie zrażał się złem traktowaniem ze strony uprzedzonych do niego władz, które nie zrozumiały jego dążeń humanitarnych, mimo że ustawicznie głosiły: „wolność, równość i braterstwo".

Gdy z końcem 1793 r. Pinel przedstawił swój plan na zgromadzeniu Komuny, przewodniczący zebrania Couthon (paralityk) potraktował go jako wroga rewolucji, jako arystokratę, wołając: „Chyba sam jesteś warjatem, jeżeli chcesz obdarzać swobodą dzikie bestje!" „Biada tobie, jeżeli nas oszukałeś i między warjatami ukrywasz wrogów ludu!"

Nie znalazłszy u władz należytego uznania dla swoich humanitarnych poczynań, Pinel doczekał się pomocy ze strony, z której się najmniej spodziewał: bo oto zwyczajny dozorca szpitalny Pussin, czło-

wiek gminny, zrozumiał intencje ludzkiego lekarza i wykonywał troskliwie jego zlecenia: uwalniał z oków biedne ofiary ciemnoty i przesądu, oraz czuwał nad tem, ażeby chorzy byli traktowani łagodnie.

Scena, w której Pinel po raz pierwszy nakazał służbie w Bicêtre zdjąć kajdany z rąk chorych, została przekazana potomności na fresku Karola Muellera, znajdującym się w sali „des pas perdus" paryskiej Akademji Medycznej. Drugi obraz, pędzla T. Robert-Fleury'ego (1873), przedstawiający podobną scenę, zdobi ściany Salpêtrière.

Już ten jeden czyn Pinela — zdjęcie kajdan — wystarczy, ażeby wielkiemu filantropowi wystawić pomnik wdzięczności po wieczne czasy.

Dobroczynna działalność Pinel'a — to ważny etap w rozwoju psychjatrji praktycznej rozpoczyna nową epokę, a zasługuje na przypomnienie przedewszystkiem z tej racji, że nadała swoisty kierunek rozwojowi nowoczesnej psychjatrji szpitalnej. Tak zwany dawniej dom warjatów — to więzienie, środowisko niechlujstwa, zarazy, nędzy, nieszczęścia ludzkiego i śmierci — pod wpływem idei Pinel'a przeistoczył się stopniowo w szpital, w którym chorzy znajdują ochronę przed szkodliwościami, opiekę, pomoc lekarską, złagodzenie cierpień i nierzadko uzdrowienie. Ideje Pinel'a stanowią opokę, na której wspiera się budowa nowoczesnej psychjatrji praktycznej.

Al. Piotrowski.

XVIII-y MIĘDZYNARODOWY KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY W DORPACIE

21—29. VII. 1926 r.*)

Organizacja Kongresu Międzynarodowego w małym kraju, który niedawno odzyskał niepodległość i którego środki są ograniczone, nastręcza trudności wielorakie. Komitet centralny abstynenckich stowarzyszeń estońskich, który podjął się zorganizowania XVIII-go Międzynarodowego Kongresu Przeciwalkoholowego, zdołał sprostać zadaniu, zyskując zadowolenie powszechne i podziw wszystkich uczestników Kongresu.

Przygotowanie materjalne Kongresu było doskonałe, lepsze niż na wielu kongresach poprzednich. Jeżeli wygłaszamy słowa krytyki co do organizacji samej, czynimy to w tym celu, żeby wzbogacić nasze doświadczenia w urządzaniu przedsięwzięć tego rodzaju. Głos ogólny zarzucał zbyt długie trwanie Kongresu. Komitet estoński chciał go uczynić wielkim. Kongresy poprzednie nie trwały dłużej jak pięć dni, Kongres w Dorpacie zajął dni 8. Zmęczenie zaczęło powoli obejmować członków Kongresu. W ostatnich dniach trudno było rozpoczynać posiedzenia o wskazanej godzinie; sale były słabo napełnione, dyskusja mało ożywiona. W kongresach przyszłych trzeba będzie przyjąć zasadę, że kongres nie powinien trwać dłużej nad sześć dni: poniedziałek wieczór poświęcony zapoznaniu się uczestników, we wtorek otwarcie, posiedzenia bez przerwy do soboty w południe. Powinno to wystarczyć; trzeba pamiętać, że kongres wielojęzyczny międzynarodowy bardziej męczy niż kongres narodowy. Na kongresie w Dorpacie, zebrania różnych międzynarodowych związków przeciwalkoholowych lekarzy, nauczycieli, studentów, nabrały zbyt wielkiego znaczenia, niektóre z tych posiedzeń miały charakter małych kongresów z referatami i dyskusjami dotyczącemi nietylko spraw organizacyjnych, lecz także zagadnień ogólnych. Ponieważ zebrania te organizowały związki same, wynosiło się wrażenie braku związku z samym Kongresem. Trzeba będzie na przyszłość tworzyć sekcje Kongresu w ten sposób, że program prac w porozumieniu ze związkami ustaliłoby Biuro Kierownicze Kongresu. Sekretarze związków byliby łącznikami pomiędzy związkiem a biurem, w ten sposób otrzymywanoby większą jednolitość prac Kongresu. Długo opierano się dzieleniu Kongresu na sekcje. Wysuwano ten argument, że uczestnicy interesują się wielu zagadnieniami i nie mogliby korzystać z posiedzeń odbywających się w tym samym czasie w różnych miejscach. Jednakże walka z alkoholizmem przybrała tak szerokie rozmiary, rozprawy dotyczą tylu przeróżnych zagadnień, że trzeba przewidywać w przyszłości konieczność podziału Kongresu na sekcje. Przewodniczący sekcji mieliby obowiązek powiadomić uczestników o wynikach prac sekcyjnych na zebraniu plenarnem, zamykającem obrady.

*) Według sprawozdania dr. Hercot, dyrektora Międzynarodowego Biura Przeciwalkoholowego, zamieszczonego w 4-ym zeszycie Biuletynu Biura.

Uderzył wszystkich brak w obradach prawie zupełny języków francuskiego i angielskiego, dominował język niemiecki. Nie można z tego robić zarzutu organizatorom Kongresu, którzy przygotowali dostateczną liczbę referatów francuskich i angielskich. Przyczyną były warunki ekonomiczne. Odległość Dorpatu przeszkadzała prawie zupełnie anglikom, a belgom i francuzom zupełnie we wzięciu udziału w Kongresie. Język niemiecki, macierzysty dla wielu uczestników i najlepiej znany język obcy mieszkańcom środka i wschodu Europy, wysunął się w drodze naturalnej na czoło języków, w których toczyły się obrady. Referaty angielskie i francuskie odczytywano przed audytorjum, którego większość nie zrozumiała ich treści. Komitet urządzający Kongres, poparty przez Biuro Międzynarodowe, miał szczęśliwą myśl wydania skrótów większości zgłoszonych referatów, w trzech językach w jednej broszurce. W ten sposób uczestnicy Kongresu mogli nawet uczestniczyć w dyskusji nad referatem, wygłoszonym w nieznanym im języku.

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. Pöld, jego prawą ręką Willein Eruits, niestrudzony organizator ruchu przeciwalkoholowego w Estonji. Czynny udział w pracach Knogresu brali uczeni estońscy z profesorem Pusepp'em na czele, sławą Uniwersytetu w Dorpacie.

Wszystkie referaty będą wydrukowane w sprawozdaniu z prac Kongresu. Poświęcimy wtedy ważniejszym oddzielne omówienia.

Po raz pierwszy, na zasadzie nowego regulaminu, który pozwala na uchwały, Kongres powziął ich szereg następujący:

Uchwała zasadnicza. „Kongres jest głęboko przekonany, że alkoholizm tworzy jedną z największych klęsk naszego współczesnego życia społecznego. Nie określa metody najlepszej zwalczania zła, lecz obstaje przy tem, że społeczeństwo nie może nie poczuwać się do odpowiedzialności za sprzedaż alkoholu i wyniki sprzedaży. Alkoholizm jest wskazany zgodnie przez wszystkich jako groźba dla dobra publicznego, jest zatem bezwzględną koniecznością, ażeby społeczeństwo wytężyło siły do znalezienia środka zwalczania i zniszczenia zła.

Liga Narodów a sprawa alkoholu. Kongres przyłącza się do uchwały Międzynarodowej Konferencji Przeciwalkoholowej w Genewie, we wrześniu 1925, i żąda ażeby Liga Narodów zajęła się sprawą alkoholu, podobnie jak zajęła się sprawą opjum. Kongres wyraża wdzięczność Komisji Ligi Narodów Opieki nad Dzieckiem i Młodzieżą, za powzięcie uchwały objęcia swym programem prac sprawy alkoholu w odniesieniu do młodzieży.

Prawo wolnego rozstrzygania 1) Kongres podkreśla, że każdy naród ma prawo rozstrzygania o tem, jak chce zwalczać klęskę alkoholizmu, bez oglądania się na możliwość interwencji innego rządu, przyczem zaznacza z naciskiem, że w interesie pokojowych stosunków między narodami, żaden rząd nie może podejmować kroków w kierunku ograniczania woli innego narodu pod tym względem wyrażonej prawnie, przez zwalczanie kontrabandy lub drogą represji handlowych. 2) Tam wszędzie gdzie zakaz ogólny nie został wprowadzony, Kongres zaleca pozostawienie wyborcom gminnym i powiatowym możności stanowienia drogą głosowania powszechnego prawa zakazu alkoholu na swem terytorjum (opcja lokalna).

Zakaz alkoholu w Stanach Zjednoczonych. Kongres z żywem zainteresowaniem wysłuchał sprawozdania delegatów Stanów Zjednoczonych o wy-

nikach zakazu alkoholu i wyraża gorące życzenie, ażeby zostało podjęte ścisłe uzgodnianie wszystkich faktów i poczynań, które pozwoliłyby dojść do pewnych wniosków o wynikach zakazu alkoholu pod względem przemysłowym, społecznym, wychowawczym i religijnym.

Konwencja Międzynarodowa w Helsingforsie o kontrabandzie alkoholu. Kongres wyraża uznanie państwom, które ratyfikowały konwencję helsingforską lub postanowiły to zrobić, i wyraża mocne życzenie ażeby inne zainteresowane państwa jaknajszybciej ratyfikowały konwencję.

Kościoły a sprawa alkoholizmu. Kongres przyjmuje z radością do wiadomości, że przedstawiciele wyznań chrześcijańskich, uczestniczący w Kongresie, postanowili pracować nad utrzymaniem ścisłego wzajemnego porozumienia w tym kierunku, ażeby różne kościoły wywierały wpływ coraz mocniejszy moralny i społeczny w służbie energicznej walki przeciw alkoholizmowi.

Muzułmanie i administracje kolonjalne. Kongres stwierdza z żalem, że w kolonjach zamieszkałych przez muzułmanów, mieszkańcy pod wpływem europejczyków przestają być abstynentami. Kongres żąda od administracji kolonjalnych różnych krajów wszczęcia szybkiej a energicznej akcji w celu uchronienia miejscowej ludności przed rosnącem niebezpieczeństwem alkoholizmu.

Alkohol i nieszczęśliwe wypadki ruchu. Wobec stwierdzenia, że znaczny odsetek wypadków ruchu wynika z alkoholizmu, Kongres wzywa wszystkie rządy do wydania bezwzględnego zakazu alkoholu dla osób uprawnionych do kierowania środkami transportowymi i mających styczność z ruchem, i do ścisłego przestrzegania zakazu.

Biuro Międzynarodowe Pracy i ankieta o nieszczęśliwych wypadkach spowodowanych przez alkoholizm. Kongres składa podziękowanie Międzynarodowemu Biuru Pracy za zainteresowanie się sprawą alkoholizmu.

Ponieważ alkohol wywiera wpływ zgubny na wydajność pracy fizycznej i umysłowej robotników i staje się tą drogą przyczyną nieszczęśliwych wypadków, że dalej ankieta przedstawiająca stosunek pomiędzy alkoholizmem i nieszczęśliwymi wypadkami posiadałaby poważne znaczenie dla walki z alkoholizmem i dla opieki nad zdrowiem pracowników, Kongres wyraża życzenie, ażeby Międzynarodowe Biuro Pracy prowadziło dalej swe badania nad stosunkiem alkoholizmu do nieszczęśliwych wypadków w przedsiębiorstwach przemysłowych i innych, w których znajdują zajęcie robotnicy".

Wrażenie ogólne z Kongresu w Dorpacie da się streścić w ten sposób, że nie przyniósł on wyników nowych w sprawie alkoholizmu i metod walki z nim (co byłoby zresztą rzeczą trudną), zacieśnił jednak więzy międzynarodowe i tą drogą przyczynił się do uczynienia walki bardziej skuteczną. Lekarze, redaktorzy, wychowawcy, duchowni, studenci, którzy spotkali się na Kongresie, wrócili do domów mocno przekonani, że mają zadania wspólne, które tylko przez wysiłek wspólny mogą być urzeczywistnione. Wynik ten jest nieoceniony.

Estończycy, podjąwszy organizację Kongresu, chcieli wykazać, że chociaż kraj ich jest jeszcze mało znany, jest on jednakże ogniskiem kultury i zajmuje miejsce zaszczytne pomiędzy narodami cywilizowanymi.

Ref. R. Radziwiłłowicz.

STRESZCZENIA I OCENY.

STOSOWANIE PRAWA O ZAKAZIE ALKOHOLU W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI PÓŁNOCNEJ.

(Według sprawozdania przedstawionego na Kongresie Przeciwalkoholowym w Dorpacie d. 22. VII. 1926 r. przez panie Willebrandt i Luizę Foster).

Rząd amerykański jest dwoisty: federalny i stanowy. Zakaz w różnych Stanach był wprowadzony w różnym czasie. Stan Maine np. wprowadził zakaz już 1851 r. Kiedy wprowadzono zakaz ogólny, 85% Stanów posiadało już własne prawa o zakazie. Przed wprowadzeniem zakazu narodowego, rząd federalny wydaje zarządzenia ogólne dotyczące podatków od napojów spirytusowych, regulowania sprzedaży alkoholu, wprowadzenia zakazu na terytorjum zamieszkałem przez Indjan. Po wprowadzeniu zakazu narodowego prawodawstwa stanowe nie zostały pozbawione swych praw, wydawały zarządzenia własne, które nie mogły być tylko sprzeczne z prawem Volstead'a (prawo o zakazie narodowym), lecz mogły zawierać obostrzeżenia prawa. W ten sposób np. 21 stanów zabrania stosowania alkoholu jako środka leczniczego, czego zakaz narodowy nie zabrania. Administracja sprawami dotyczącemi zakazu jest rozdzielona pomiędzy administracją federalną i stanową. Stanowa rozstrzyga sprawy drobniejsze, federalna zajmuje się głównie sprawami kontrabandy alkoholu, przesyłaniem alkoholu z jednego stanu do drugiego, oraz innemi zorganizowanemi próbami naruszania prawa o zakazie. Departament Skarbu bada sprawy naruszania zakazu, zbiera dowody, cofa pozwolenia sprzedaży alkoholu dla celów przemysłowych. Departament Sprawiedliwości zajmuje się procedurą orzekania o przestępstwach przeciwko zakazowi. Przed rokiem do Departamentu Skarbu do spraw zakazu włączono wydział komór i straży celnej. To połączenie wydało doskonałe owoce, pomogło w wysokim stopniu do zniszczenia floty służącej kontrabandzie rumu, która nawiedzała brzegi Ameryki. W okresie czasu od lipca 1924 r. do maja 1926 r. przyłapano 1363 statki amerykańskie i 91 statków cudzoziemskich.

W departamencie Sprawiedliwości, sprawy dotyczące walki z zakazem, są od 4 i pół lat ześrodkowane w ręku jednej z autorek sprawozdania, pani M. W. Willebrandt.

Od wyroków federalnych okręgowych (Stany są podzielone na 81 okręgów sądowych) przysługuje skazanym prawo odwołania się do sądu odwoławczego federalnego, a niektóre sprawy przechodzą do Sądu Najwyższego.

W ciągu 6 i pół lat od wprowadzenia zakazu, wiele podniesiono głosów za i przeciw zakazowi. Wiele było głosów przeciwnych. Rząd nie może zajmować się ich prostowaniem, lecz może przedłożyć wykaz spraw rozważonych przez sądy.

Od 16-go stycznia 1920 r. do czerwca 1925 r. wydały sądy federalne zasądzających wyroków karnych — 154.772 w przestępstwach alkoholowych.

Stanowi to 80% sądzonych spraw tej kategorji. Nałożone grzywny przekroczyły sumę trzydziestu miljonów dolarów. Zasądzenia na więzienie wyniosły — ogółem — 12 tysięcy lat. Liczby pozornie wielkie, lecz trzeba pomyśleć, że obejmują okres 5 i pół lat i dotyczą 110-ciu miljonów mieszkańców. Wobec tego jest jasnem, że tylko znikoma mniejszość obywateli Stanów została skazana za przestępstwa przeciwko prawodawstwu federalnemu o zakazie alkoholu

WYNIKI ANKIETY URZĘDOWEJ O ZAKAZIE ALKOHOLU W FINLANDJI.

(Według artykułu dr. A. Koller'a, ogłoszonego w numerze 4-ym z br. Biuletynu Biura Międzynarodowego Walki z Alkoholizmem w Lozannie).

Obok zakazu amerykańskiego, zakaz finlandzki ześrodkowuje na sobie w dużej mierze uwagę tych, co walkę z alkoholizmem wypisali na swym społecznym sztandarze.

W 1922 r. została wyłoniona specjalna komisja urzędowa w celu przeprowadzenia ankiety, która zobrazowała wynik pod względem społecznym i hygjenicznym. Szereg tomów finlandzkich urzędowej statystyki przynosi obfite materjały ankiety.

Pierwszy zawiera dane o przestępstwie pijaństwa w 1923 r. Ankieta mogła objąć tylko przestępstwa w miastach, w których przestępczość wzrastała z roku na rok od czasu wprowadzenia zakazu. Przestępstw dopuszczali się szczególnie mężczyźni, lecz również udział kobiet w przestępstwach wzrastał w sposób poważny. Największa liczba zatrzymań z powodu pijaństwa, przypadała na niedzielę, święta oraz na soboty i wilje. Zawsze maximum wypadków wypadało na godzinę późną dnia i sięgało poza północ. Młodzi ludzie w wieku 20—30 lat stanowili 36,5% ogólnej liczby przestępstw. Robotnicy niewykwalifikowani oddają się najbardziej pijaństwu. Alkohol rozcieńczony jest najczęściej używany. Podobnie jak przestępstwo pijaństwa, zwiększa się z roku na rok przestępstwo przekraczania zakazu. Rok 1924, wydaje się, wykazuje pewną poprawę. Dotyczy to zresztą pierwszych 5-ciu miesięcy roku, objętych ankietą. Komisja przypuszcza, że zmniejszenie liczby przestępstw pod tym względem jest uzależnione nietylko od instytucji, lecz od znacznego wzrostu kontrabandy alkoholowej, która czyni tajny wyrób alkoholu mniej zyskownym.

Przestępstwa najczęstsze przeciwko prawu o zakazie, przechowywaniu i sprzedaży alkoholu są najczęściej przestępstwem pijaństwa. Wszystkie przestępstwa przeciwko prawu o zakazie, z wyjątkiem tajnego wyrobu, zdarzają się znacznie częściej w miastach aniżeli na wsi. Szoferzy i woźnice, marynarze, personel kawiarń są najczęstszymi przestępcami. Włościanie stanowią 3/4 ludności Finlandji, stanowią znikomy odsetek przestępczości. Zakaz wywarł wpływ ogromny na przestępczość pod tym względem, że przestępstwa przeciwko zakazowi przerosły bardzo szybko liczbę innych przestępstw wziętych razem. Ankieta o przestępczości (z wyłączeniem przestępstw przeciwko zakazowi) wykazuje, że prawie połowa przestępstw została spełniona pod wpływem alkoholu, czy to przez przewlekłego alkoholika, czy przez pijanego, czy też w celu zdobycia alkoholu. Przestępczość „alkoholową" spotyka się przedewszystkiem pomiędzy ludnością robotniczą. 36,5% przestępstw sądzo-

nych przez sądy wojenne, było popełnionych w stanie odurzenia. Większość osób zasądzonych do domów pracy — to byli alkoholicy.

Komisja urzędowa uzupełniła ankietę zebraniem odpowiedzi od wielu osób kompetentnych. Z odpowiedzi wynika, że z wprowadzeniem zakazu zmniejszył się w ogólności alkoholizm w miastach, wzrósł natomiast na wsi. Młodzież, a częściowo także kobiety, piją więcej niż przed zakazem. Przestępstwa są popełnione jawnie i wyroki skazujące nie są uważane za rzecz hańbiącą. Ten pożałowania godny stosunek do prawa jest objawem ogólnego lekceważenia przepisów prawnych, powszechnego po wojnie w Finlandji. Wbrew ogólnemu wrażeniu, jakie wywiera ankieta, w oddzielnych szczegółach często sprzeczna nawet w rzeczach dotyczących tego samego miasta czy miejscowości, trzeba pamiętać o tem, że większość wiadomości płynących od pastorów, nauczycieli, przedstawicieli robotniczych, przemawia wyraźnie na korzyść zakazu.

Dr. Lucien Lagriffe (Francja). — ALKOHOL JAKO PRZYCZYNA WYPADKÓW RUCHU.

Referat przedstawiony na 18-tym Kongresie Międzynarodowym w Dorpacie. Minął czas uważania umiarkowania za mniejsze zło. Umiarkowanie zbankrutowało. Nie można obecnie zamykać oczu na niebezpieczeństwo jakie ze sobą przynosi. Doświadczenie poucza, że nie jest ono niczem innem jak tylko stopniem niewstrzemięźliwości, ponieważ alkohol w każdej ilości, czy to w stanie bardziej stężonym, czy rozwodnionym, wywołuje zmiany ustrojowe, nie pozostające bez wpływu na psychikę a zatem i na stosunek jednostki do otaczającego świata. Od dziesiątków lat zostało to swierdzone na zasadzie badań naukowych. Praktycznego znaczenia nabrała ta sprawa w czasach najnowszych wobec zwiększonego ruchu kołowego wszelkiej postaci, dzięki czemu zmniejsza się znacznie przestrzeń pozostawiona pieszym do korzystania z dróg publicznych, a zwiększa się możliwość spotkań i nieszczęśliwych wypadków. Ustala się coraz bardziej pogląd, że ludzie, którym porucza się kierowanie środkami transportowymi, muszą rozporządzać całkowitą pełnią sprawności fizycznej i psychicznej. Najważniejszą przyczyną wpływającą na zmniejszenie tej sprawności są zatrucia, a w ich rzędzie pierwsze miejsce zajmuje zatrucie alkoholem traktowane powszechnie ze szczególniejszą względnością. Jeżeli wiele alkoholu wywiera wpływ ujemny, nie może mało alkoholu robić coś dobrego. Bardzo nieznaczne spożycie alkoholu obniża sprawność pewnych subtelniejszych mechanizmów, uwaga, szybkość decyzji ulegają zmniejszeniu. Czas oddziaływania przedłuża się. Są to wszystko okoliczności, które mogą stać się rozstrzygające w chwili, kiedy maszynista, szofer, lotnik musi zapobiec nieszczęśliwemu wypadkowi. Jeżeli zatem ma być zapewniona większa pewność ruchowi, który wkrótce zacznie zabierać więcej ofiar niż wojna, trzeba w pierwszym rzędzie postawić wymaganie, ażeby kierowcy ruchu posiadali całkowitą pełnię sprawności fizycznej i psychicznej i nie robili nic, coby ich zdolności panowania nad myślami i nerwami mogło osłabiać w najmniejszym nawet stopniu. Muszą oni zatem pędzić żywot całkowicie abstynencki. Spółczesny rozwój kultury i środków komunikac. wysuwa jako nakaz zwalczanie używek tego rodzaju jak alkohol, który nawet w małych dawkach tak wyraźnie zmniejsza panowanie nad sobą i ogólną sprawność psychiczną człowieka.

Prof. Harald Westergaard (Kopenhaga). — WPŁYW ALKOHOLU NA DŁUGOŚĆ ŻYCIA.

Literatura statystyczna dotycząca zagadnienia wpływu alkoholu na zdrowie jest raczej uboga. Badania podejmowane w tym kierunku dawały albo odpowiedzi tylko częściowe albo grzeszyły zastosowaniem metod niewłaściwych i błędnych. Do tych ostatnich należy np. praca prof. Raymonda Pearla z Baltimore, ogłoszona w 1923 r. p. t. „Działanie alkoholu na człowieka". Łudzono się nadzieją, że od towarzystw mających na celu opiekę nad chorymi można będzie otrzymać materjał o wpływie alkoholu na zdrowie, lecz otrzymywane dane, jakkolwiek nieraz ciekawe, nie dają podstawy do wniosków pewnych. Większą wartość przedstawiają materjały dostarczone przez towarzystwa ubezpieczeń na życie o ile posiadają oddziały szczególne dla abstynentów i nieabstynentów. Najbardziej znaną instytucją tego rodzaju jest United Kingdom Temperance and General Provident Institution założona w 1840 r.

Porównanie wyników tych dwóch oddziałów towarzystwa i innych podobnych wykazuje, że umieralność w grupie abstynetów jest wyraźnie mniejsza niż w grupie nieabstynentów. Nie można jednakże z tego materjału wyprowadzać wniosków dotyczących skutków bardzo umiarkowanego używania alkoholu, ponieważ niewielka mniejszość mocnych pijaków w oddziale nieabstynentów może spowodować znaczny wzrost odsetka umieralności.

Wiele towarzystw ubezpieczonych ogłosiło wyniki, dotyczące umieralności w różnych zawodach i klasach społecznych. Wyniki te zawierają wiele ciekawego materjału upoważniającego do wyciągnięcia wniosku, że odsetek umieralności jest wyższy u osób szczególnie wystawionych na spożywanie dowolne alkoholu w sposób nieumiarkowany. Szczególnie ciekawe jest sprawdzenie angielskie o małżeństwach, urodzeniach i zgonach obejmujące 132 zawody dotyczące lat 1910—1912. Uderza w szczególności w tem sprawozdaniu stosunek zwiększonej umieralności wskutek samobójstw i śmierci wskutek alkoholizmu i innych przyczyn. Fakty te mogą być tłómaczone w ten sposób, że stwierdzają, iż alkoholizm jest czynnikiem przy wzmożeniu odsetka umieralności. Doświadczenia dokonane w Danji podczas wojny dają ciekawe wyniki. W tym okresie czasu spożycie alkoholu zmniejszyło się znacznie u mężczyzn, kobiety były zawsze bardzo wstrzemięźliwe. Otóż statystyka duńska wykazuje znacznie większe zmniejszenie odsetka umieralności w latach wojny u mężczyzn niż u kobiet.

Wnioski ogólne które można wyprowadzić z tych badań, sprowadzają się do tego, że bez żadnej wątpliwości abstynenci jako grupa są zdrowsi od nieabstynentów, jako grupy. Jest prawdopodobne, że umieralność alkoholików zwiększa się ze wzrostem ich codziennego spożycia alkoholu. Natomiast, ponieważ grupa nieabstynentów obejmuje zarówno pijaków jak umiarkowanych, nie można drogą badań statystycznych wykazać różnicy wpływu umiarkowanego używania alkoholu na umieralność w zestawieniu z całkowitą abstynencją. Mamy prawo twierdzić, że nawykowe spożywanie alkoholu ma wpływ wyraźny na umieralność i różnice, spotykane pod względem higienicznym u różnych zawodów, mogą być w pewnej mierze przypisywane mniejszemu lub większemu spożyciu alkoholu w różnych zawodach. Alkoholizm powinien być zatem uważany jako czynnik bardzo poważny w spółczesnem życiu społecznem.

Prof. E. Kräpelin: DIE WIRKUNGEN DER ALKOHOLKNAPPHEIT IM KRIEGE. — Revue internationale contre l'alcoolisme, nr. 1. 1923.

Instytut niemiecki badań psychjatrycznych w Monachjum podjął sprawę zbadania skutków, jakie sprowadziło zmniejszenie spożycia alkoholu podczas wojny w Bawarji. Prof. Kräpelin zdaje sprawę z podjętych prac wydawnictwa Biura Międzynarodowego walki z alkoholizmem. Brak danych statystycznych utrudniał bardzo zbieranie potrzebnego materjału. Głównym napojem alkoholowym było oczywiście piwo. Przed wojną spożycie piwa wynosiło w Bawarji przeciętnie na głowę rocznie 232 litry. W 1918 wynosiło 138,8, co w rzeczywistości odpowiadało $^1/_3$ tej liczby, wobec zmniejszenia mocy piwa. Spożycie wódki również uległo znacznemu ograniczeniu. W wyniku poważne zmniejszenie liczby ostrych przypadków alkoholizmu, leczonych w szpitalach. W latach 1910-13 było przypadków 2598; w latach 1915-18 = 476. Liczba zgonów wskutek alkoholizmu wynosiła w 1913: 1,15 na 10.000 mieszkańców; w 1915: 0,74; 1916: 0,55; 1917: 0,38; 1918: 0,28.

W zakładach psychjatrycznych przyjęto alkoholików w latach 1910-13: 5515, w latach 1915-18: 1322. Zmniejszenie wynosiło: dla mężczyzn 77,6%, dla kobiet 68,5%. Na 100 mężczyzn, przyjętych do zakładów psychjatrycznych, alkoholizm był przyczyną choroby: 1912 w 26,0%, 1913 w 23,2%, w 1915 w 11,9%, w 1916 w 8,1%, w 1917 w 5,8%, w 1918 w 5,3%.

Alkoholowa statystyka kryminalna dla okręgów Monachjum i Traunstein, która wynosiła w latach 1910-13 = 5262 wypadki, w latach 1915-18 spadła do 129. Monachijska klinika psychjatryczna wykazywała alkoholizm jako przyczynę choroby: w 1913 w 17,2% przyjęć, w 1915 w 12%, w 1916 w 5,3%, 1917 w 4,4%, 1918 w 2,4%, w 1919 w 4,3%, w 1920 w 6,7%, 1921 w 13,7%, 1922 w 21,5%.

Zarzucano powszechnie, że przy ograniczaniu spożycia alkoholu zwiększa się spożycie morfiny. Na 186 przypadków morfinizmu, przyjętych do kliniki w latach 1915-21, nie było ani jednego, któryby został morfinistą wskutek powstrzymania się od spożywania alkoholu.

W zakończeniu swej pracy prof. Kräpelin zadaje pytanie, dlaczego tak ważne zagadnienia tak mało są znane publiczności i znajduje odpowiedź na pytanie to uporczywem oddziaływaniem kapitału alkoholowego na publicystykę usypiającem czujność prasy i opinji publicznej. R. R.

Prof. Dr. Joseph Berze (Wiedeń, Steinhof). — ZUR PHAENOMENOLOGIE UND ZUR THEORIE DES BEZIEHUNGSWAHNS.

Na tle przypadku schizofrenji paranoidnej z urojeniami k'sobnemi autor rozważa przedmiot „urojeń odnośnych" (Beziehungswahn).

Chory, świadom swoich niedomagań w sferze aktywności psychicznej, podaje m. in., że brak mu myśli, że myśleć nie może, nie wie nigdy, co „z jego myślenia wyniknie", że cierpi na mimowolny nieproduktywny tok myśli, że myślenie jest czysto reprodukcyjne, że kojarzenia odbywają się bez współudziału czynników hamujących, bo myślenie ustało, że wobec toku kojarzeń jest bezsilny, bo nie może hamować, że podświadomość jego jest rozszczepiona. Niekiedy chory ma uczucie, że nie jest dość przytomny, że raczej marzy na jawie, że nie wie, czy marzy, czy czuwa.

Na wyżynie choroby niema przedmiotu, któregoby pacjent nie odnosił do siebie. Z każdem spostrzeżeniem wiążą się natychmiast kojarzenia wywołujące urojenia k'sobne. Obłęd odnośny wykazuje dwie fazy przebiegu. W ciężkim okresie choroby uważa się wszystko za rzeczywistość: to się wie, że się coś odnosi". W drugim, lekkim okresie ma się uczucie współdziałania przy powstawaniu urojeń k'sobnych. W pierwszej fazie choroby między spostrzeżeniem a obłędem k'sobnym niema przerwy, w drugiej fazie taka przerwa istnieje, t. zn. że najpierw powstaje spostrzeżenie, a potem dopiero przychodzi uświadomienie, że treść spostrzeżenia odnosi się do własnej osoby. W przypadku, gdzie obłęd k'sobny pojawia się bezpośrednio, chory nie wie, dlaczego odnosi do siebie treść spostrzeżenia, natomiast, gdy obłęd k'sobny występuje dopiero po pewnym czasie, chory zdaje sobie sprawę, dlaczego odnosi do siebie spostrzeżenia, atoli czasem i to nie jest jasnem, albowiem zdarza się, że w przebiegu kojarzeń wystąpi naraz nie wyobrażenie, lecz nastrój bez wyobrażenia i chory nie wie, dlaczego ma taki nastrój. Obłęd k'sobny (nie zawsze) kojarzy się z nastrojem smutnym; zachodzi nieraz także nastrój radosny, pobudzający chorego do mimowolnego śmiechu.

Pacjent zaznacza, że na wyżynie choroby, gdy między spostrzeżeniem a obłędem k'sobnym nie ma przerwy, wchodzą w grę takie same kojarzenia jak w okresie polepszenia, tylko, że tego się nie dostrzega, bo nie można siebie obserwować dokładnie.

Obłęd k'sobny przedstawia się choremu jako rezultat zetknięcia się wyobrażeń o przydźwięku wzruszeniowym z mimowolnym tokiem myśli, który wywołany spostrzeżeniem, przebiega bez przeszkody i bez zahamowania. Innemi słowy, obłęd k'sobny wydaje się choremu jako symptom ugruntowany w niedomodze aktywności psychicznej i wywołany tokiem kojarzeń, przebiegającym bez zahamowania.

Autor wyraża opinję, że sposób pojmowania obłędu k'sobnego przez chorego jest przynajmniej w przypadku niniejszym racjonalny i dodaje, że niedomoga w aktywności psychicznej stanowi w genezie urojeń k'sobnych czynnik mniej lub więcej decydujący, pozatem wskazuje na różne teorje (Schulte, Linke, Stoering, Specht, Margulies, Cramer, Pick), według których podstawą urojeń k'sobnych są zaburzenia afektywne. Nieufność np. odgrywa tu znaczną rolę.

W przypadku opisanym należy właśnie podkreślić moment wzruszeniowy (szczególnie nieufne nastawienie chorego) jako „afektywną dyspozycję" dla powstania urojeń k'sobnych.

Być zniewolonym do przemyśliwania nad tem, czy się nic nie kryje pod powłoką przeżyć własnych, znaczy tyle, co ulegać przymusowi przypisywania przedmiotom i wydarzeniom prawidłowo rozpoznanym — oprócz rzeczywistego ich sensu — jeszcze innego o osobliwem znaczeniu. Znaczenie to jest wynikiem ustosunkowania się osoby myślącej do treści spostrzeżeń. Psychopata np. ze skłonnością prześladowczą stoi pod przymusem upatrywania w każdem zjawisku zdrożności, niesprawiedliwości, korupcji i dlatego przypisuje pewnym czynom osób przez siebie upatrzonych znaczenie czynów podejrzanych. U chorych „z dyspozycją afektywną", skłonnych do naginania własnego sądu o usposobieniu otoczenia lub pewnych osób albo nawet tylko

jednej osoby względem własnego „ja", przymus poprzednio wzmiankowany przyjmuje formę urojenia k'sobnego. Kierunek tego obłędu jest zależny od umysłowej i wzruszeniowej treści odnośnego nastawienia afektywnego (nieufność, zazdrość, zakochanie się), fenomenologicznie od właściwego obłędu odnośnego. W obłędzie k'sobnym każde wrażenie jest związane z urojeniem k'sobnem, albo urojenie k'sobne następuje automatycznie i niezwłocznie wskutek wyobrażeń z przydźwiękiem afektywnym, wywołanych mimowolnym tokiem myśli.

Nie stwierdzamy tu tego jednolitego kierunku urojeniowego, jaki spotykamy w przypadkach właściwego obłędu „odnośnego", spowodowanego nastawieniem silnie afektywnem. We właściwym obłędzie „odnośnym" mamy do czynienia z egocentrycznemi urojeniami „wykładnemi" (Deutungswahn). Obłęd zaś k'sobny, ujawniający się u naszego chorego, jest raczej urojeniem „aluzyjnem". Łącznikiem obu form urojeń jest egocentryczność. Właściwy obłęd odnośny opiera się na pewnej afektywnej dyspozycji; natomiast istotnym czynnikiem genetycznym obłędu „aluzyjnego" jest mimowolny tok kojarzeń, ugruntowany niedomogą aktywności psychicznej oraz wywołany afektem warunkującym nastawienie egocentryczne.

Według teorji autora pierwiastek omawianego zjawiska chorobowego tkwi w przeinaczeniu się procesu spostrzeżeniowego (zmiana ta jest objawem częściowym ogólnej niedomogi aktywności), z czego wynika akcent patologiczny spostrzeżenia, powodujący tłómaczenie jego treści w sensie obłędu odnośnego.

Zaburzenia w spostrzeżeniach pacjenta, o którym mowa, są natury illuzyjnej; pozatem akt spostrzegania nie bywa zakończony. Zaburzenia w apercepcji wywołują uczucia nieprzyjemne. Te uczucia nieprzyjemne przelewają się na treść spostrzeżeń i nadają jej akcent patologiczny, który prowadzi do urojeń odnośnych. Przytaczając teorję Schulte'go, że paranoik tłómaczy wprawdzie 'chorobliwie czyny i gesty ludzkie, atoli również nieprawidłowo odnosi do siebie przejawy czysto rzeczowe, upatrując w nich nietylko bezosobowe przedmioty, lecz także objektywację osobowych motywów; autor zaznacza, że w pewnych okolicznościach spostrzeżona rzecz, mimo że nie ma akcentu osobistego, może stanowić przedmiot urojenia k'sobnego. Nie chodzi tu jedynie o treść spostrzeżenia, albowiem urojenie k'sobne nie jest powodowane samem spostrzeżeniem i jego treścią, lecz wyobrażeniem o przydźwięku wzruszeniowym. Wyobrażenie to powodowane jest mimowolnym tokiem myśli, wywołanym przez spostrzeżenie. Mimowolny tok myśli może być wywołanym każdem spostrzeżeniem bez względu na jego treść.

Należy więc rozróżniać między obłędem odnośnym jako urojeniem „wykładnem", a obłędem odnośnym jako urojeniem „aluzyjnem".

Prof. Dr. Alberto Mochi, Le Caire, — LES FONDEMENTS, LES LIMITES ET LA VALEUR DE LA PSYCHOLOGIE SCIENTIFIQUE (Podstawy, granice i znaczenie naukowe psychologji)*)

Autor wychodzi z założenia, że stanowisko psychologji nie jest dostatecznie ustalone. Jedni uważają psychologję jako naukę biologiczną, inni iden-

*) Prof. Mochi w Kairze przesłał powyższy referat, który dnia 17-go maja 1926 r. wygłosi w Instytucie Egipskim, celem omówienia w Nowinach Psychjatrycznych.

tyfikują ją z metafizyką. Różne szkoły psychologiczne są raczej wyrazem poglądów osobistych ich twórców. W psychologji teraźniejszej autor widzi m. in. mieszaninę teoryj metafizycznych i tendencyj artystycznych; tak np. psychologja objektywna przypomina złą metafizykę, psychologja introspekcyjna chybiony twór sztuczny.

Koncepcja psychologji introspekcyjnej jak i refleksyjnej nie ma charakteru naukowego. W teorji asocjacyjnej życie psychiczne przedstawia się jako mozajka elementów skojarzonych; szkoła Bechterewa uznaje tylko odruchy, behawioryzm przyjmuje tylko związek między bodźcem a reakcją, zwolennicy paralelizmu uznają tylko zasadę równoległości między zjawiskami psychicznemi a faktami biologicznymi, psychoanalitycy ograniczają zadanie psychologji do studjum nad wpływem kompleksów nieświadomych na życie świadome.

Różne te szkoły zwalczają się nawzajem i spoglądają jedna na drugą z nieufnością, zamiast się wspierać i uzupełniać. Każda z nich usiłuje zawładnąć całą wiedzą. Niema tego rozgraniczenia i równoczesnego skoordynowania poszczególnych dziedzin według praw logicznych jak to się dzieje w biologji, gdzie są uwzględnione granice, znaczenie i wzajemny stosunek anatomji, fizjologji, embrjologji i nauki o dziedziczności.

Wymienione powyżej szkoły dostarczyły wprawdzie cennego materjału do badań psychologicznych, atoli brak jednolitego punktu widzenia powodował różne trudności; z jednej strony brak ten faworyzował tendencje do przekroczenia granic w dziedzinie formułowania definicji, określania klasyfikacji i poszukiwania przyczyn zjawiskowych, gdy chodziło o wniknięcie w ich genezę i istotę; z drugiej strony brak ten nie dopuścił do zlania się rezultatów badań, pochodzących z różnych ognisk naukowych, w jednolity system.

To też w takich warunkach psychologja nie mogła być klasyfikowana. Wobec tego autor starał się wykazać, jak można określić stanowisko psychologji jako samodzielnej gałęzi wiedzy i jak przy zastosowaniu jego metody krytycznej i zarazem konstruktywnej można wyjaśnić najwięcej dyskutowane problemy.

Należy tylko oczyścić psychologję od naleciałości filozoficznych. W rzeczy samej psychologja ma te granice, które jej są wyznaczone przez biologję. Różnice między psychologją a biologją są kwantytatywne, nie kwalitatywne.

Ze stanowiska biologicznego autor też krytykuje zasadnicze poglądy niektórych uczonych i nazywa bezwiednem filozofowaniem polemikę pomiędzy Kretschmerem a Bleulerem na tem.: „nieświadomego" i przychodzi do wniosku, że bez wątpienia wyrażenie „nieświadome życie psychiczne" zawiera w sobie kontradykcję, albowiem nieświadomość oznacza nieistnienie.

Definicja, że w doświadczeniu poza świadomością nie istnieje nic psychicznego, że psychicznem jest to, co się poznaje bezpośrednio, wyklucza możliwość badań naukowych i tem samem obala budowę Kretschmera u samej podstawy. Również Bleuler niesłusznie utrzymuje, że świadomością jest to, co się poznaje pośrednio, t. zn. deduktywnie.

Według opinji autora problem „nieświadomego" opiera się na fakcie, że przyczyny całego szeregu procesów psychicznych leżą poza granicami świadomości. Różniczkowanie między świadomem wydarzeniem psychicznem

(energja aktualna) a tendencją nieświadomą (energja potencjonalna) jest bezprzedmiotowe.

„Nieświadome" bynajmniej nie ma charakteru energji potencjonalnej, lecz jest energją aktualną.

Także przeciw polemice między Freud'em, Adler'em i Jung'em ex re nieświadomych kompleksów afektywnych zwraca się autor, stwierdzając, że kompleksy wzruszeniowe możemy studjować tylko wtedy, gdy wchodzą w konflikt ze wzruszeniem świadomem; pozatem autor podkreśla znaczenie freudyzmu, którego wpływ rozszerzył się na wszystkie szkoły psychologiczne i zaznacza, że bez analizy nieświadomych kompleksów afektywnych psychologja wzruszeniowości nie mogłaby być studjowana tak samo, jak bez analizy konfliktu między instynktami a postulatami etycznymi i socjalnymi nie można wytłumaczyć życia psychicznego dziecka.

Po krytyce stanowiska Jaspersa, któremu z powodu jego określenia materjalistycznej teorji Wernicke'go jako „mitologji mózgu" dostała się odprawa. że bez schematów Wernicke'go nie byłoby odkrycia apraksji i nie byłoby ustalenia analogji między afazją a asymbolją, autor — w celach wykazania, jak różnorakie mogą być stanowiska badaczy wobec zjawisk życia—zajmuje się teorją śmiechu, — (śmiech: 1. jako funkcja mięśniowa - przedmiot badan fizjologicznych, 2. jako wyraz pewnych stanów psychicznych - przedmiot badań psychologicznych, 3. śmiech stoi w związku z życiem kolektywnem i interesuje socjologję, 4. jest związany z komizmem i ma znaczenie estetyczne, 5. wyraża aprobatę lub dezaprobatę, więc ma znaczenie etyczne) — polemizując z Bergsonem i zaznaczając, że czysto psychiczna teorja śmiechu zgadza się z ogólną teorją przejawów psychicznych, wzruszeń, mowy, etc.

Autor wreszcie stwierdza charakter psychologji pozytywnej i dochodzi do wniosku, że psychologja jest wiedzą, której podobieństwo z biologją i fizyko-chemją nie da się przeoczyć. Przedmiotem psychologji są dane bezpośrednie świadomości, psychologja transformuje przedmiot ten w abstrakcje naukowe, posługuje się tylko jedną miarą, klasyfikuje, definjuje i przewiduje, ustalając związek między przyczyną a skutkiem.

Każde poznanie pozytywne rodzaju ludzkiego polega na uogólnianiu doświadczeń, poczynionych na zwierzętach i opiera się na obserwacji doświadczeń, dokonanych spontanicznie przez przyrodę. W dziedzinie psychologji analogja między człowiekiem a zwierzęciem jest tak nieznaczna, że metoda uogólniania nie daje żadnych wyników. Źródło poznania jest zatem zredukowane. W praktyce istnieje tylko jedna dziedzina, która pozwala, a nawet domaga się wniknięcia w świadomość bliźniego, dopuszcza eksperymentowanie z nim i zmodyfikowanie jego osobowości bez względu na jego zgodę lub niezgodę, mianowicie jest to dziedzina chorób psychicznych. Choroby psychiczne stanowią jedyne doświadczenie naturalne, które może być zużytkowane dla nauki, a psychicznie chorzy przedstawiają jedyny przedmiot, względem którego można stosować sposób badania, który jest zabroniony względem osobników psychicznie zdrowych.

To też psychologja taka, jak ją pojmuje autor, stanowi appendix psychopatolofji i psychjatrji i przyjęta jest bez zastrzeżeń tylko między psychjatrami.

W ostatecznych wnioskach autor dochodzi do psychologicznej koncepcji rozszerzonej i zmodyfikowanej, pozwalającej w sposób naukowy klasyfikować

zjawiska, które uszłyby systematyzacji i umożliwiającej jasne określenie praw, dających się zastosować do rozwiązania problemów praktycznych.

Elementarny fakt psychiczny, t. z. synteza pewnych zjawisk objektywnych i ich zdefinjowanie jest wydarzeniem tak naturalnem jak wszystkie inne. Psychologja posiada zatem swoje stanowisko za innemi gałęziami nauk przyrodniczych. Żadne trudności logiczne nie przeciwstawiają się jej rozwojowi.

M. Daday, X. Abély i Bauer. — UN FAUX RÊVE PREMONITOIRE, (Annales Méd. — Psychol. 1925, décembre nr. 5).

Studjum objawów metapsychicznych jak telepatja, jasnowidzenie, przepowiadanie coraz więcej nabiera znaczenia naukowego.

Zalecałoby się, ażeby psychjatrzy rzucili nieco światła na te fenomeny. Z tej racji racji autorzy opisują rodzaj jasnowidzenia, ażeby wykazać, że analiza kliniczna pozwala wytłomaczyć zjawiska takie w sposób naturalny.

Pani R. ,osoba inteligentna, przewidziała we śnie śmierć ojca i matki. Innym razem przewidziała śmierć siostry swojej. W ostatnich dniach swego pobytu na wsi, niedaleko C., pani R. miała obawy, jak twierdziła, że otrzyma telegram ze słowami „siostra umarła". Pewnego wieczoru, gdy zmrok zapadł, haftując i marząc, miała wizję, przedstawiającą cień zbliżający się i przybierający coraz wyraźniejsze kontury. W cieniu tym pani R. rozpoznała siostrę swoją, której twarz wyrażała głęboki smutek. Za tym cieniem pojawił się nieboszczyk ojciec i nieboszczka matka, wszystko troje płakało. Cień siostry dawał znaki, że znajduje się przy rodzicach, gestami i słowami dawał do poznania, że p. R. powinna pójść do kościoła, jeżeli chce duszę swoją zbawić. (Należy dodać, że mąż p. R. jest wolnomyślicielem i nie zgodził się na ślub kościelny, czego religijna p. R. od 18 lat się domagała, a wskutek wyrzutów sumienia, że nie wzięła ślubu kościelnego, cierpiała moralnie). P. R. twierdziła, że w chwili, gdy miała wizję, czuwała i nie straciła orjentacji, znajdowała się w swojem pokoju i cienie siostry i rodziców ujrzała przez okno.

Siostra p. R., mieszkająca w Paryżu, cieszyła się najlepszem zdrowiem i nie było żadnego powodu dla p. R. do zaniepokojenia się. Zdarzyło się jednak, że siostra zachorowała na appendictis z perforacją i umarła prawie nagle w jednym ze szpitali paryskich. Choroba i śmierć nastąpiły tak nagle, że p. R. nie mogła być powiadomiona na czas. Wysłano do niej telegram zawierający słowa „siostra umarła", który jednak adresatki nie zastał na miejscu, ponieważ p. R. na krótko przedtem opuściła C. i wróciła do Paryża, gdzie telegram dogonił ją i został jej wręczony z dwudniowem opóźnieniem.

Dwa dni po odebraniu wiadomości o śmierci siostry, p. R. wspomniała mężowi o swojej wizji po raz pierwszy. Wcześniej uczynić tego nie mogła, — jak twierdziła, — ponieważ przebywała na wilegjaturze w C., podczas gdy mąż urzędował w Paryżu. Dopiero po powrocie do Paryża mogła mężowi opowiedzieć o przeżyciu swem. Pozatem obawiała się drwinek męża, sceptyka i niedowiarka. W chwili zwierzania się mężowi ze swoich przeżyć, p. R. znajdowała się w stanie zupełnej świadomości i w dobrem zdrowiu psychicznem. Męża uderzyło opowiadanie żony, albowiem w szczegółach, mianowicie co do ubrania, treść zgadzała się z opisem, który później dała krewna, bę-

dąca obecną przy zgonie nieboszczki, a o ubraniu p. R. nie mogła nic wiedzieć, nie będąc uprzednio poinformowaną (w rzeczywistości p. R. znała dobrze garderobę siostry). Ten szczegół zrobił na mężu p. R. tak silne wrażenie, że dotychczasowy sceptyk i niedowiarek zgodził się wreszcie na ślub kościelny.

Mamy zatem przed sobą jeden z klasycznych i wyraźnych przypadków objawów metapsychicznych. Metapsychicy bez wątpienia wytłomaczyli by fenomen ten kryptestezją p. R., czyli osobliwą zdolnością do poznawania rzeczy odległych w czasie i w przestrzeni.

W świetle psychjatrycznem sprawa przedstawia się w sposób następujący. Dowiadujemy się, że nieoczekiwana wiadomość o śmierci siostry wywołała u p. R. głęboką emocję wzruszeniową. W następnych dniach p. R. była smutną i nie sypiała dobrze. Dla męża i dla otoczenia wprawdzie stan psychiczny p. R. prezentował się normalnie, a zeznanie o wizji wypowiedziane w tym okresie, robiło tem bardziej wrażenie prawdopodobieństwa. 8 dni po tej emocji, p. R. w nocy była niespokojna, wstała, robiła mężowi wymówki z powodu jego niewiary i modliła się. Następnej nocy niepokój, lęk z obłędem wystąpiły silniej. Przywołany lekarz zalecił umieszczenie p. R. w zakładzie psychjatrycznym w Ch., gdzie stwierdzono zamroczenie średniego stopnia z dezorjentacją, lękiem i niepokojem objawy, te zwykle pojawiały się o zmroku. Urojenia miały treść przykrą. Nad ranem p. R. uspokajała się, była zorjentowana, odpowiadała prawidłowo na pytania, przypominała sobie tylko niektóre urywki nocnych wizji, była świadoma swego stanu patologicznego i czuła się bardzo znużona. Dokładne badanie pacjentki pozwoliło jednak stwierdzić, że chora także we dnie miała lekki stan zamroczenia. Percepcja świata zewnętrznego nie była tak wyraźna jak zwykle. Chora znajdowała się pod wpływem swoich przykrych wizji nocnych. Szczególnie uderzały zaburzenia pamięciowe. Chora z trudnością przypominała sobie datę ważnych wydarzeń ze swego życia. Pamięć o faktach z najbliższej przyszłości była słaba. Chora nie mogła podać dnia śmierci siostry. Dał się zauważyć pewien stopień d'amnésie rétrograde et antérograde.

Na podstawie powyższego obrazu chorobowego, nie było trudno sprowadzić wspomnianą wizję, przewidującą śmierć siostry, do jej właściwego znaczenia. Chodzi tu raczej o scenę oniryczną, która miała miejsce po śmierci siostry, lecz z powodu zaburzeń pamięciowych, została przesunięta w okres poprzedzający śmierć. Podczas obserwacji chorej w zakładzie stwierdzono bowiem, że pacjentka cofała treść halucynacji w przeszłość. Pozatem skonstatowano u chorej objaw „déjà vu".

W wizji pani R. autorzy rozróżniają trzy składniki: cienie zmarłych, teren w C. i podkład wzruszeniowy, polegający na bojaźliwości wskutek osamotnienia i na wyrzutach sumienia z powodu zaniechania ślubu kościelnego.

Trzeba bowiem zaznaczyć, że p. R. udała się z synkiem na wakacje do C. bardzo niechętnie, tam żyła w osamotnieniu, a będąc niewiastą nadwrażliwą i pełną bojaźni, stale obawiała się napadu włamywaczy. Jeszcze teraz wspomina miejscowość C. z osobliwą niechęcią i przykrem uczuciem.

Wobec tego nasuwa się wniosek, że wspomniana powyżej wizja u p. R. była uwarunkowana zaburzeniami wzruszeniowemi, wywołanemi żywą emocją u osoby predydysponowanej do zaburzeń psychicznych.

Na tem tle powstały objawy paramnestyczne, powodujące przesunięcie w epokę dawniejszą scen onirycznych, które miały miejsce w okresie późniejszym, tj. po śmierci siostry.

Przypadek ten wykazuje, jak krytycznie należy odnosić się do tego rodzaju zjawisk i jak wiedza psychjatryczna mogłaby w pewnych przypadkach rzucić na nie odpowiednie światło.

A. Rodiet. — LES SORTIES PRÉMATURÉES DES ALIÉNÉS INTERNÉS. — (Gaz. des. Hop. 1926, janvier, nr. 2).

Autor wypowiada się przeciwko przedwczesnemu zwalnianiu psychicznie chorych z zakładu, dokąd po krótszym lub dłuższym czasie zwykle wracają, ponieważ okazali się asocjalnymi. Żadne przyrzeczenie chorego, że będzie się zachowywał poprawnie, żadne oświadczenie rodziny, że będzie czuwała nad chorym, nie posiada realnej wartości, gdyż nie bywa dotrzymywane. Wogóle rodzina jest wrogiem lekarza zakładowego a nawet chorego. Ona to opóźnia jego wyzdrowienie wizytami swojemi w okresie, gdy chory jest jeszcze podniecony i wzburzony, ona podtrzymuje jego urojenia, ona mu dostarcza wódki, a nawet broni, ażeby się mógł obronić przed rzekomymi wrogami. Ona domaga się natarczywie przedwczesnego zwolnienia chorego, u którego niema oznak wyzdrowienia a nawet polepszenia.

W departamencie Sekwany policja sprzeciwiła się przedwczesnym zwolnieniom na krótki czas próbny, a to z powodu ciężkich zbrodni i morderstw popełnionych przez chorych, zwolnionych na skutek natarczywych reklamacji ze strony krewnych, głuchych na perswazje lekarskie.

Wprawdzie przedwczesne zwolnienia chorych, np. epileptyków niezamroczonych albo oligofreników spokojnych, wydały dobre wyniki i mogą być pożyteczne, o ile moment zwolnienia jest właściwy, a chory jest w stanie przystosować się do wymagań życia społecznego.

Autor żąda, ażeby przyszłe ustawodawstwo o opiece nad psychicznie chorymi uprawniło lekarza do zwolnienia chorych na kilkodniową próbę pod warunkiem, 1) że chory, uznawany jeszcze jako internowany, będzie ustawicznie i skutecznie dozorowany, 2) że w środowisku rodzinnem pozostanie pod kontrolą lekarską, 3) że będzie umieszczony z powrotem w zakładzie po ukończonym urlopie lub nawet niezwłocznie, gdy bezpieczeństwo osoby jego albo otoczenia będzie zagrożone.

Żądanie to stanowiło część programu Ligi Higjeny Psychicznej. Prawdziwa profilaktyka psychiczna nie polega tylko na zapobieganiu opiece zakładowej i na pielęgnowaniu chorego przed umieszczeniem w zakładzie, lecz polega przedewszystkiem, jeżeli chory został już internowany, na wykluczeniu wszelkich przyczyn zaburzenia psychicznego i nawrotu choroby, która może powodawać nowe internowanie. A. Piotrowski.

E. Minkowski. — LA NOTION DE PERTE DU CONTACT VITAL AVEC LA REALITE ET SES APPLICATIONS EN PSYCHOPATHOLOGIE.

Autor w stale ponawianych usiłowaniach znalezienia istoty chorobowej schizofrenji, opierając się w obecnej pracy na filozofji Bergsona, daje wyraz przeświadczeniu, że zasadniczym rysem tego zachorzenia jest brak kontaktu życiowego z rzeczywistością. Utrata tego kontaktu jest jądrem patologicz-

nem schizofrenji, jest zaburzeniem istotnem, około którego jako znamiona akcesoryjne skupiają się znane objawy, ustalone przez Kraepelina, Bleulera, Masselona, Weyganda, Chaslina, Stransky'ego, Claude'a i in.

To jest treść rozdziału pierwszego. (le contact vital avec la réalité) W drugim rozdziale (Démence intellectuelle et démence schizophrénique) autor, snując dalej osnowę filozofji Bergsona w stosunku do psychopatologji, wysuwa na pierwszy plan objawowe różnice między inteligencją a instynktem w zamiarze wyświetlenia różnic między otępieniem (dementia) intelektualnem i t. zw. otępieniem schizofrenijnem. Inteligencja jest to synteza czynników psychicznych, odnoszących się do przestrzeni, do form stałych, nieruchomych (inertnych), jednem słowem do statyki bytu, instynkt zaś to zespół czynników psychicznych, związanych z wieczną falą życia (la durée vécue) — z dynamizmem życiowym. Oba te składniki przenikają się wzajemnie i tworzą harmonijną całość — normalną duszę ludzką. Harmonja ta pod wpływem czynników patologicznych ulega zakłóceniu i rozprężeniu. Inteligencja, pozbawiona hamulca, jakim jest dla niej instynkt, może w patologicznem górowaniu nad nim przybierać formy wybujałe aż do potworności i odwrotnie: stając się sama siedliskiem urazu (lésion), a więc słabnąc, inteligencja przyczynia się tem samem do zniekształcenia czynników, składających się na instynkt. Przechodząc z tych założeń filozoficznych na platformę psychopatologiczną, autor porównywa objawy demencji u paralityka i t. zw. demencji u schizofrenika. W pierwszym przypadku słabną wiadomości i obrazy pamięciowe, a więc czynniki inteligencji, czynniki statyczne, w drugim te ostatnie nietylko nie słabną, ale często imponują, natomiast rozluźniają się wiązania dynamiczne, pragmatyczne wówczas, kiedy u paralityka pozostają one nietknięte. Autor uzasadnia powyższe tezy porównawczą kazuistyką wśród paralityków z jednej i schizofreników z drugiej strony.

Trzeci rozdział (la pensée des schizophrènes) autor wypełnia charakterystycznymi przykładami myślenia u schizofreników i, zestawiając odpowiednie akty psychiczne, usiłuje dowieść, jak typ schizofreniczny pozbawiony zdolności asymilowania czynników dynamicznych życia (wydarzenia, zamiary, ruch, praca) opiera się wyłącznie na jego czynnikach statystycznych, na czynnikach wybujałej i stereotypowo zmanierowanej inteligencji, jak stopniowo traci poczucie harmonji z życiem.

Pozbawiwszy się kontaktu z bogactwem zjawisk życiowych i swoistą dla nich ruchliwością, schizofrenik staje na martwym punkcie doktryny, staje się apragmatyczny; ciągłość i trwałość przeżyć, zda się, znika z jego życia; wpada on w „sprzeczność z życiem", mierzy zjawiska życiowe jednostronnie, a mianowicie z ich wymiarów co nasuwa autorowi pojęcie racjonalizmu i geometryzmu chorobowego w schizofrenji.

Rozwój poglądów, tyczących się istoty zaburzeń w dementia praecox lub „Folies discordantes" Chaslin'a, albo wreszcie schizofrenji Bleulera, wykazał nam niedostateczność współczesnych pojęć psychologicznych w tej materji. Pojęcie zaniku kontaktu naturalnego z rzeczywistością należy najwłaściwiej tłómaczyć jako zaburzenia, rodzące objawy chorobowe natury schizofrenicznej. Pochodzące od autyzmu Bleulera pojęcie utraty kontaktu naturalnego z rzeczywistością inspirowane jest ideami Bergsona. Pojęcie to dzięki zasto-

sowaniu tych idei prowadzi do fenomonów psychopatologicznych drogą przeciwstawienia inteligencji instynktom jak również czynników statycznych czynnikom dynamicznym życia. Pod tym kątem dadzą się wyraźnie rozróżnić dwa wielkie procesy myślowe, splątane dotąd w psychopatologji: osłabienie intelektualne i rozprężenie schizofrenijne. Porównanie stanów końcowych u paralityków i schizofreników uwidoczni rysy krańcowe przeciwne: podczas gdy u paralityków zrąb dynamiczny psychizmu pozostaje nietknięty, natomiast czynniki statyczne, a w szczególności ślady mnestyczne, doznają coraz to większego upadku, to przeciwnie u schizofreników stan jest wprost odwrotny. Ta zasadnicza różnica tkwi w przebiegu różnych faz rozwojowych obu badanych zaburzeń chorobowych i pozwala tłómaczyć ich główne objawy. Demencja schizofrenijna ukazuje się nam w tych warunkach przedewszystkiem jako demencja pragmatyczna. W pewnych przypadkach schizofrenji towarzyszy osłabienie czynników dynamicznych prawdziwy przyrost czynników rozumowych i przestrzennych w dziedzinie myśli. Ten przerost warunkuje więc wszystkie cierpienia chorych i decyduje o poszczególnym obrazie klinicznym. To zdaje się upoważniać do mówienia w tych wypadkach o racjonalliźmie i „geometryzmie" chorobowym. J. Gawroński.

M. Serejski. — REGIONARNYJ WEGETATIWNYJ REFLEKS PRI GIPERTIREOIDIZME. — (Roślinny odruch rejonowy w hypertyreoidyzmie). — (Mediko-Biołogiczeskij Żurnał, wypusk 1-2).

Ref. opisuje odkryty przez siebie odruch, polegający na powstawaniu pod wpływem pilokarpiny rejonowego poczerwienienia i pocenia okolicy gruczołu tarczycowego, u chorych cierpiących na nadprodukcję tarczycy. W rezultacie doświadczeń dokonanych u dziewięciu tego rodzaju pacjentów, przychodzi S. do wniosku, że 1) w przypadkach wyraźnego i ukrytego hypertyreoidyzmu udało mu się stwierdzić „rejonowy odruch roślinny". 2) roślinny odruch rejonowy, umożliwiający wykrycie utajonej hyperfunkcji tarczycy, może być zaliczony do biologicznych testów dla wykrycia wzmożonej czynności gruczołu tarczycowego, 3) przy zaburzeniach w działalności tarczycy, roślinne jady zdolne są do wykrycia niedowartości nietylko gruczołu tarczycowego, lecz także organów innych, 4) metoda Eppinga - Gessa jest aktualną też w dobie dzisiejszej. ob.

Dominico Marguglio. — CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DELLE SINDROMI PSICOMOTORIE POST-ENCEFALITICHE. („Il Pisani", Palermo 1925).

Od pewnego czasu świat naukowy okazuje żywe zainteresowanie dla śpiączki nagminnej i jej przejawów klinicznych oraz dla wyniku badań anatomo-patologicznych, zwłaszcza w przypadkach t. zw. syndromów poencefalitycznych, uważanych bądź jako następstwa zakażenia ostrego, bądź też jako postacie chroniczne, a niekiedy jako choroby postępujące.

Badania te wydały — jak dotąd — plon jeżeli nie obfity, to bądźcobądź jednak pokaźny, przyczyniając się w znacznej mierze do naukowego ujęcia różnych syndromów motorycznych pozapiramidowych z punktu widzenia anatomopatologicznego (degeneracja jądra soczewkowatego postępująca, pseudo-

skleroza mózgu Westphala-Struempla, porażenie drżenne, atetoza, chorea, i in.) W dziedzinie fizjopatologji zwojów mózgowych, coprawda, ostatnie słowo nie zostało jeszcze wypowiedziane; natomiast anatomja patologiczna zawdzięcza badaniom tym cenne zdobycze, które posłużą niewątpliwie za punkt wyjścia dla badań głębszych, obejmujących całokształt rzeczy.

Autor omawia przypadek syndromu poencefalitycznego. Zaburzenia, w chwili badania silnie zaakcentowane, pojawiły się (po przerwie paromiesięcznej po stanie ostrym) w formie podostrej, potęgującej się coraz więcej i przybierającej w końcu wyraźne cechy przebiegu postępującego.

Uderza przedewszystkiem fakt, że w czynnościach nawet zwykłych wola nie występowała jako czynnik regulujący; badany wykonywał ruchy, gdy interwencja woli nie była konieczna, a wykonać ich żadną miarą nie mógł, jeżeli czynności te, np. pisanie, zależne były od woli.

Dalej autor rozpatruje wyniki badań anatomopatologicznych i wnioski swych poprzedników, którzy stwierdzili mniej lub więcej obszerne uszkodzenia kory mózgowej, wzgórza wzrokowego oraz ciała prążkowanego, przedewszystkiem zaś miejsca czarnego (locus niger); polegające na zmianach komórek nerwowych różnego stopnia aż do zupełnego prawie zaniku tychże (zgrubienie sklerotyczne naczyń, infiltracje limfocytoidne periwaskularne).

W kwestji jednak, jakim uszkodzeniom przypisać należy pewne objawy kliniczne, zdania są podzielone: podczas gdy jedni przyczynę wszelkich zaburzeń motorycznych upatrują zawsze w uszkodzeniu ciała prążkowanego (Français i Lhermitte), inni szukają tej przyczyny w uszkodzeniu miejsca czarnego (Tretiakoff, Foix, Verga). Z objawów klinicznych na szczególną uwagę zasługuje symptom hypertonji mięśniowej, wspólny wszystkim postaciom poencefalitycznym, oraz objaw sztywności psychicznej.

Następnie autor rozbiera krytycznie tłumaczenia tych objawów przez Sanguineti'ego, Salmona, Agostini'ego i Leona, i dochodzi do wniosku, że uszkodzeniom jąder podstawowych oraz miejsca czarnego odpowiadają klinicznie syndromy motoryczne, jak sztywność, drżenie etc.; syndromy zaś bardziej złożone, z objawami psychopatologicznymi, pojawiają się w miarę ogarnięcia przez chorobę coraz to dalszych części mózgu.

Aby zrozumieć przyczynę spotykanej często ociężałości psychicznej, należy — zdaniem autora — szukać przyczyny syndromu psycho-motorycznego w uszkodzeniu nietyle podstawy, ile kory oraz dróg korowo-prążkowych i korowo-czarnych. Uszkodzenia te rozluźniają węzły łączące ośrodki korowe i ośrodki mesencefalityczne, które z biegiem czasu uniezależniły się od ośrodków korowych do tego stopnia, że wywołują niekiedy objawy kinetyczne paradoksalne, na wzór tych, które autor w badanym przypadku zauważył.

Chorego leczono za pomocą „Antiscler Maggiotto“ (w injekcjach podskórnych). Dodatni wpływ na hypertonję i bradykinezę był wyraźny i ujawniał się w parę godzin po zastrzyku; atoli skutek zawsze był krótkotrwały — tem bardziej, gdy organizm przyzwyczaił się do przeciętnej dawki dziennej leku.

Gabriele Tripi. — CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DELL'ATETOSI. („Il Pisani“, Palermo 1925).

Zdaniem autora, dotychczasowe badania nad atetozą nie mogły dać dostatecznych wyników, ponieważ zamało wykonano autopsji, które mogłyby

wyświetlić patogenezę tego cierpienia. Bądźcobądź jednak prace naukowe lat ostatnich, mianowicie w przedmiocie śpiączki nagminnej, wzbogaciły chociaż pośrednio tylko dziedzinę badań traktującą o atetozie i wprowadziły na nowe drogi badania nad fizjologją jąder podstawowych.

Autor wymienia dotąd naukowo badane przypadki tej choroby, wspominając m. in. tezę paryską Charcota, opis ruchów atetotycznych przez Hammonda, różniczkowanie atetozy i hemiatetozy dokonane przez Seeligmuellera, wyróżnia Kurellę, który dał podstawę do badań dzisiejszych i Audry'ego, który zebrał 90 opisanych dotąd przypadków atetozy podwójnej.

Następnie autor podaje wyniki swych własnych badań klinicznych nad atetozą, przeprowadzonych u pacjenta zakładu psychjatrycznego w Palermo, a cierpiącego na atetozę ogólną, połączoną z głuptactwem.

Wywiady, zebrane w przypadku omawianym, wykazują wyraźne cechy psychopatyczne w ascendencji i w linji bocznej rodziny. Ojciec pijak, matka dotknięta paraparezą, siostra cierpiąca na otępienie wczesne; brat przebywał kilkakrotnie w zakładzie psychjatycznym, inny zdradza porywczość zawadjacką. Choroba pojawiła się u pacjenta w czwartym dniu po narodzeniu: chory miewał kurcze, do których przyłączyły się w czwartym miesiącu pierwsze objawy atetotyczne, wysuwające się z biegiem czasu na pierwszy plan. Pacjent wykazywał niedorozwój psychiczny, zaczął chodzić dopiero w 9-ym roku życia, a mówić w 14-ym, zdradzając już wówczas znaczne braki w dziedzinie psychicznej.

W badaniu objektywnem Tripi stwierdził u pacjenta ruchy poniewolne w całym układzie mięśniowym, wzmożenie napięcia mięśniowego, pewną hypertrofję niektórych mięśni, zaburzenia w mowie, spotęgowanie odruchów głębokich i naczyniowych, oraz niedorozwój psychiczny. Na podstawie powyższych oznak Tripi zaliczył dany przypadek do formy atetozy ogólnej wrodzonej, połączonej z głuptactwem.

Rozpatrując przypadek badany pod względem patogenetycznym, autor przytacza cały szereg teoryj o atetozie, jak: „teorja korowa" Eulenburga i Hammonda, rozwinięta przez Fornario, wedle której atetoza jest wyrazem obrażeń różnych części śródmóżdża, z którego wychodzą bodźce do kory motorycznej; dalej, teorja Sandera, według której przyczyny choroby szukać należy w uszkodzeniach dróg piramidowych (uszkodzenia te stanowią przeszkodę dla prądów nerwowych idących z komórek motorycznych kory mózgowej); Monakow upatruje w uszkodzeniach wzgórza wzrokowego oraz części retrolentykularnej torebki wewnętrznej warunek powstania atetozy. Według Mingazzini'ego atetoza jest zależna od uszkodzenia czepca. Hunt wyraża opinję, że atetoza przedstawia zespół chorei ze sztywnością mięśni, powodowaną zanikiem dużych komórek pallidalnych i zaznacza, że chorea jest wyrazem zaburzeń w małych komórkach, w neostratum, podczas gdy atetoza stoi w związku z destrukcją komórek pallidalnych (do wniosków Hunta przychyla się Souques). Według koncepcji Struempla („kompleks amyostatyczny") atetoza, hypertonja i ruchy poniewolne stanowią objaw jednolity i jako taki zależny od jednolitej genezy fizjo-patologicznej.

Mamy więc do czynienia z dwoma kierunkami patogenezy: pierwszy kładzie nacisk na uszkodzenia korowe, drugi — na uszkodzenia jąder podsta-

wowych. Badania anatomo-patologiczne (jak dotąd, nieliczne) zdają się przemawiać na korzyść drugiego.

Autor uwzględnia również rezultaty dokonanych autopsji w przypadkach atetozy i konkluduje, że wszystko przemawia wyraźnie za działaniem czynników toksycznych wzgl. procesów zapalnych na śródmóżdże podczas życia śródmacicznego albo podczas pierwszego okresu życia. Procesy te są umiejscowione w korze mózgowej albo w zwojach podstawowych, albo też na całej przestrzeni obejmującej tak korę mózgową jak jądra podstawowe.

W omawianym przypadku atetozy autor dochodzi do wniosku, że należy zaliczyć go do atetozy ogólnej wrodzonej, połączonej z zaburzeniami psychicznemi. Przyczyną choroby w danym przypadku jest prawdopodobnie ageneza kory mózgowej, a zwłaszcza zrazu czołowego, oraz jąder podstawowych (szczególnie jądra soczewkowatego i czepca), gdzie znajduje się przypuszczalnie ośrodek hamujący i regulujący napięcie mięśniowe, ośrodek działający poza wolą i świadomością na funkcje statyczne i dynamiczne całego systemu mięśniowego.

P. Pręgowski. — HILFSVERFAHREN BEI DER ERZEUGUNG DER KNIEREFLEXE. — (D. M. W. N. 42 r. 1925).

Ponieważ u neurasteników, licznych paralityków oraz niektórych schizofreników, używane zazwyczaj sposoby odwracania uwagi badanego oraz uniknięcia napięcia mięśniowego, (przeszkadzającym wywołaniu odruchów kolanowych), okazują się niedostatecznemi — autor poleca, obok metod ogólnie znanych, następującą:

1. Lekarz staje nie po prawej, lecz po lewej stronie badanego, przyczem pochyla się nad jego kolanami w ten sposób, że badany swych kolan nie widzi, i uderza młotkiem w ligam. patell. inf. Badany nie widzi, co się z jego kolanami dzieje, wobec czego niełatwo powstają u niego uczucia hamujące odruchy kolanowe a powodujące napięcie mieśni.

2. Lekarz, stojący po lewej stronie badanego, może, zanim uderzy w ligam. patell., położyć lewą rękę na m. quadriceps badanego, w środkowej trzeciej mięśnia, i nacisnąć mięsień, przestaje zaś naciskać w chwili uderzenia młotkiem perkusyjnym w ligamentum. Tym sposobem zmniejsza się wpływ napięcia mięśniowego na odruch.

3. Miast uderzać, młotkiem czy też ręką, bezpośrednio w lig. patell. inf., jak się to zwykle czyni, można to zrobić pośrednio; przykłada się do lig. patell. twarde, wąskie i dosyć długie narzędzie, np. linjał, które się następnie uderza. Autor używa w tym celu: linjału z twardej gumy, obustronnie pokrytego częściowo blachą z metalu; linjał jest 20 cm. długi i ma wąskie brzegi, jeden prosty, drugi „konkav" — 2) młotka podłużnego, różniącego się od młotka zalecanego przez Berliner'a tem, że jego dolna płaszczyzna jest prosta, podczas gdy u Berliner'a jest ona „konvex". Linjał przykłada się brzegiem prostym lub „konkav" do ligam. patell. inf., a młotkiem uderza się w drugi brzeg linjału.

Można uderzyć młotkiem nietylko na wysokości ligamentum, lecz i trochę z boku. W ostatnim przypadku linjał się trochę pochyla, wskutek czego uderzeniu podlega większa część, a nadewszystko brzeg ligamentum.

Rozumie się samo przez się, że w razie wykonywania równoczesnego sposobu 2. i 3-go (pośrednie pobudzanie ligamentum oraz naciśnięcie ręką m. quadriceps) linjał trzymać musi ktoś inny, np. badany.

Pośrednie pobudzanie ligamentum za pomocą linjału zasługuje na uwagę przedewszystkiem dlatego, że przy uderzaniu bezpośredniem niezawsze się w ligamentum trafia, zwłaszcza jeżeli jest krótkie. Br. M.

P. Pręgowski. — VIER FAELLE VON DELIRIUM MIT FIEBER, BEHANDELT MIT DALBETVACCIN (PROPIDON). — Neur. Wochenschrift nr. 27, rok 1926-ty).

Wiadomo, że stan ostry bredzenia zaciera inne objawy chorobowe o podłożu zakaźnem, pogarszające prognozę a wykrywane przy badaniu szczegółowem. Autor opisuje cztery ciężkie takie przypadki bredzenia powikłane sprawami zakaźnemi, które leczył propidonem, wakcyną, składającą się z hodowli gronkowców, paciorkowców i bac. pyocyaneus.

Leczenie dało w trzech przypadkach wynik nadspodziewanie dobry; jeden przypadek mimo przejściowego polepszenia zakończył się zejściem. Autor podaje wakcynę w zastrzykach w ilości 4 ctm.^{3} co trzy dni. U chorych słabszych zaleca oględniejsze podawanie, np. dw razy po 2 ctm^3 w odstępie 2 godzin. L. W.

Dr. W. A. Milizyna. — DIE BEHANDLUNG DER EPILEPSIE MIT TIERHIRNEXTRAKT. — (Mon. f. Psych. u. Neurol. Bd. LXI Heft 2. April 1926).

Przypuszczając, że padaczka jest chorobą pochodzenia infekcyjnego i opierając się na najnowszych pracach prof. K. Choroschko, jak gdyby kontynuując dziś zaniedbane już poczynania Lyon'a, Darkszewitch'a, Nikitina, tyczące się leczenia padaczki preparatami z mózgu zwierzęcego, autor zaleca stosować zawiesinę z mózgu, przygotowaną metodą Pasteur'a (przeciw wściekliźnie).

Myślą przewodnią zaprojektowanego leczenia jest przypuszczenie, że w mózgu chorego na padaczkę pod wpływem choroby powstają endotoksyny, które mogą być unieszkodliwiane przez działanie nań odpowiednich przeciwciał. Obecność takich ciał należy dopatrywać się w odpowiednio spreparowanej zawiesinie z mózgu przechowywanego (po sekcji zwierzęcia) przez 24 godziny na lodzie, który to warunek ma wyeliminować swoiste działanie zarazka wścieklizny. Zawiesina była stosowana podskórnie w ilości 1 cm^3, co dzień przez dni 30, po którym to czasie następowały miesięczne przerwy wypoczynkowe. Ogółem leczenie zastosowane było u 69 chorych (44 mężczyzn i 25 kobiet). Obserwacja przypadków leczonych trwała od pół do 2 i pół lat. Naogół chorzy przechodzili leczenie dobrze, pomijając tych, którzy oddziaływali nieraz ogólnem podrażnieniem na pierwsze zastrzykiwania. Samo leczenie odbywało się w warunkach normalnych wskazań djetetycznych i nieraz już na początku powodowało poprawę.

Stosowana zawiesina wchłaniała się całkowicie i sama przez się nie powodowała działań ubocznych.

Ogólne wyniki powyższego leczenia są następujące:

1) samo leczenie — jest nieszkodliwe (niektórzy chorzy przerabiali 9-ciokrotnie);

2) poprawia samopoczucie chorych (100% obserwowanych — poprawa snu, łaknienia);
3) przyczynia się do zmniejszenia częstości i osłabienia nasilenia samych napadów (u 99,7% obserwowanych);
4) uzewnętrznia wystąpienie przeczucia napadów (u 26% obserwowanych);
5) umożliwia zahamowanie poczynających się napadów (u 10,1% obserwowanych);
6) powoduje zawieszenie samych napadów na czas dłuższy lub krótszy.

Kasperowicz (Kochanówka).

Jan Szymański. — ALKOHOLIZM A DZIECKO I MŁODZIEŻ. (Wydanie drugie — powiększone. Warszawa 1926. Skład główny w księgarni G. Szylinga, Szpitalna 10. Cena 50 gr.)

Broszurka niewielka rozmiarami, a bardzo cenna i ważna treścią. Porusza najgroźniejsze strony społeczne alkoholizmu — pijaństwo wśród dzieci i młodzieży.

Na podstawie zebranych materjałów autor wykazuje, że dzieci polskie piją, że alkoholizm wśród dzieci i młodzieży to fakt realny, tak dalece groźny, że mówić potrzeba o nim jak najgłośniej, ażeby pobudzić społeczeństwo do wytężonej walki z tem zgubnem i stransznem zjawiskiem.

Ogólny wynik statystyk przeprowadzonych przez licznych badaczy tej sprawy stwierdza, że olbrzymia większość dzieci szkolnych pije. Dr. Kaczorowski na podstawie zbadania 10-ciu tysięcy dzieci szkół powszechnych we Lwowie wykazuje, że 8—20% dzieci piło napoje wyskokowe codziennie, czasem piło 38—50%, i niepijących nigdy nie było więcej jak 5,1—12%. Według tablicy cyfrowej ułożonej na podstawie 2500 własnych spostrzeżeń dr. Roszkowski stwierdził, że z pośród dzieci m. Warszawy, zgłaszających się do jego ambulatorjum po poradę lekarką, otrzymywało alkohol czasami:

w 1-ym kwartale życia	2,35% dzieci
w 2-im kwartale życia	6%
w 3-im kwartale życia	10%
w 4-ym kwartale życia	19%
W wieku 1— 2 lat	20%
W wieku 2— 4 lat	35%
W wieku 4— 6 lat	46,3%
W wieku 6— 8 lat	47,9%
W wieku 8—10 lat	48%
W wieku 10—12 lat	51%

Otrzymywało alkohol często a nawet upijało się:

w wieku 6— 8 lat	1,69%
w wieku 8—10 lat	2,2%
w wieku 10—12 lat	4%
w wieku 12—14 lat	6%

Matki dawały alkohol (według ich słów) dla wzmocnienia, poprawienia snu lub rozgrzania, a nawet wprost dla przyzwyczajenia. Tak było przed wojną, a obecnie? Dr. B. Miklaszewski w Łodzi zbadał 2.500 dzieci ze szkół

powszechnych i stwierdził, że z tej liczby nie zna alkoholu zaledwie 13,5%, 50,4% dzieci używa alkoholu rzadko, dorywczo; dosyć często używa go 24%; wreszcie systematycznie używających alkoholu było 7,6%; do tej kategorji należą też dzieci, które według własnych ich zeznań były nieraz pijane. W wielu przypadkach skonstatowano nawet, że dzieci w tym stanie przychodziły do szkoły.

W Wilnie według referatu Dyrektora Macierzy Szkolnej Stemlera, wygłoszonego na Zjeździe Narodowej Organizacji Kobiet w Warszawie w roku 1924-ym, — 40 dzieci 7-mio letnich ze szkoły powszechnej, badanych w sprawie używania alkoholu, udzieliło następujących odpowiedzi:

nie zna smaku alkoholu	1;
używało napojów alkohol. „często"	26;
używało ich „wczoraj"	10;
piło je „dziś rano"	3.

Dr. S. Brokowski, naczelny lekarz szkół powszechnych m. Wilna, ogłosił (Archivum Hygjeny, z. II., r. 1925) wyniki swych badań nad alkoholizmem wśród 10.000 dzieci uczęszczających do szkół powszechnych miejskich. Z nich znają smak alkoholu — 86,2%; znają stan upojenia alkoholowego — 23,5%; piją codziennie — 2,4%; piją raz na tydzień — 51.1%; zakupują wódkę sami — 1,4%; dostają od rodziców — 56,7%.

Ks. Sopoćko przeprowadził badania w Warszawie w 4-ch szkołach powszechnych i 4-ech średnich, zbadał razem 850 chłopców i 513 dziewcząt. Zbadał również 160 studentów jednej ze szkół wyższych. W szkołach powszechnych chłopcy, używający napojów alkoholowych, stanowili 69,5%, dziewczęta 61,5%. Wszystkie 8 zbadanych 7-mio letnich piły. Dzieci te piją przeważnie wódkę (70% odpowiedzi); 10% oświadczyło, że używa „wszelkich trunków" (były to przeważnie dzieci szynkarzy i restauratorów). Kilkoro dzieci przyznało się do używania denaturatu. Większość dzieci nie pamięta, kiedy zaczęły pić. Z odpowiedzi wynikało jasno, że początek używania alkoholu powstał pod przymusem otoczenia domowego. Przeszło 50% chłopców i dziewcząt oświadczyło, że piją „chętnie". Przeważająca liczba (ponad 80%) pije w święta, przyczem do świąt często zaliczano popołudnie sobotnie, „po wypłacie". Codziennie pije 4,4% chłopców i 8,3% dziewcząt. Badania były przeprowadzone przeważnie w dzielnicach robotniczych.

W szkołach średnich z ogólnej liczby 528 badanych uczniów i uczennic piło 66,5%. Wśród 160 studentów pewnego wyższego zakładu naukowego w Warszawie, nie było ani jednego abstynenta.

W epoce naszego odrodzenia w końcu 18-go wieku zrozumiano doniosłość walki z alkoholizmem. Elementarz dla szkół parafjalnych, wydany przez Komisję Edukacyjną, w drugiej swej części, obejmującej Naukę Obyczajową, naukę 7-mą poświęcił całkowicie sprawie wstrzemięźliwości. Nauka 7-ma nosi tytuł: „Zachować wstrzemięźliwość a chronić się od pijaństwa". Wobec dzieci zawiera tendencję czysto abstynencką. „Ten, który w młodości wszystkich rozgrzewających trunków nie pije i t. d.". Rzecz wydana w 1785 r. Jakże smutnie odbija od tych poczynań naszego pierwszego Ministerstwa Oświecenia, obojętność obecnego naszego Ministerstwa Wyznań Religijnych

i Oświecenia Publicznego, dla którego alkoholizm w szkole nie istnieje i nie wymaga żadnych środków zaradczych, chociażby np. w postaci wprowadzenia nauki alkohologji w seminarjach nauczycielskich i duchownych. Słusznie, jako motto swej pracy przytacza autor słowa św. Bazylego: „Rodzice, co powiecie Sędziemu Chrystusowi, który powierzył wam dziatki wasze, abyście je żywili i dali dobry przykład, kiedy to co wam Bóg dał, trawicie na pijatykach i dajecie zgorszenie".

Ref. R. R.

R. Radziwiłłowicz. — PODSTAWY PSYCHOLOGJI W ZARYSIE. — Warszawa 1926, druk i lit. p. f. „Jan Cotty".

Autor, powołany obecnie na profesora psychjatrji Uniwersytetu Wileńskiego, znany z całego szeregu cennych prac, że wymienię tylko „Psychjatrję Sądową" (Warszawa 1917) i „Myśli o myśleniu" (Warszawa 1921, Instytut Wydawniczy — Bibljoteka Polska), zebrał swoje wykłady z psychologji, które prowadził jako docent w Warszawie w ciągu dwóch trymestrów na wydziale lekarskim w trzecim roku studjów uniwersyteckich i wydał je w formie książki. Nasza literatura psychologiczna nie obfituje w podobne podręczniki; to też książkę Radziwiłłowicza należy przyjąć z zadowoleniem i powitać z wszelkiem uznaniem dla autora.

Czytelnicy naszego czasopisma mieli sposobność poznania tendencji „Podstaw Psychologji" z artykułu „Usiłowanie", drukowanego w 1-ym zeszycie 1925 r. Nowin Psychjatrycznych; artykuł ten, który autor łaskawie przeznaczył dla naszego pisma, stanowi obszerne streszczenie rozdziału X-go, uzupełnione uwagami końcowemi z rozdziału XI-go książki.

Jako dewizę autor postawił motto: „ago, ergo sum", czem sprecyzował swoje stanowisko naukowe, jakie zajmuje w kwestji pojmowania zjawisk psychicznych i określił charakter spraw psychicznych jako czynny. W wykładach swoich Radziwiłłowicz dążył do uwydatnienia szczególu, że zjawiska psychiczne nie są to stany, lecz akty psychiczne, że nie są to sprawy bierne, lecz wyraźnie czynne.

Bogata treść książki rozłożona jest na jedenaście rozdziałów, traktujących o teorjach psychologicznych, o metodach, o budowie i czynnościach układu nerwowego, o fizjologji zmysłów, o świadomości i podświadomości, o czuciu i postrzeganiu, o wyobrażaniu, o myśleniu, o uczuciu, o usiłowaniu, o jaźni i samowiedzy.

Kto zna prace Radziwiłłowicza, ten w „Podstawach Psychologji" natrafi na niejedną oryginalną koncepcję jako na starego znajomego w nowem ubraniu. Myśli, które poznaliśmy w „Myślach o myśleniu", spotykamy oprawione w nowe ramy, w których prezentują się jeszcze jaśniej, wyraziściej.

Jako przyrodnik (lekarz) autor starał się utrzymać wyłącznie przyrodniczy charakter wykładów nietylko w tej części, gdzie jest mowa o rzeczach czysto przyrodniczych jak budowa i czynności układu nerwowego, jak fizjologja zmysłów, którym to rozdziałom poświęcił dużo miejsca, lecz także wykłady, które są traktowane jako zagadnienie więcej teoretyczno-poznawcze niż psychologiczne, noszą cechy prelekcji czysto przyrodniczych.

Wywodom swoim autor często daje jaśniejszy i silniejszy wyraz w ten sposób, że w celach ilustracyjnych przytacza przykłady z psychopatologji,

na których tle normalne przejawy i przeżycia psychiczne nabierają właściwej wyrazistości.

W rozdziale o teorjach psychologicznych autor poddaje przekonywującej krytyce poszczególne doktryny psychologiczne, przyczem zwraca się przedewszystkiem przeciwko teorji asocjacyjnej.

Obszerny materjał, o którym pisze, autor opanował z suwerenną pewnością, opracował przedmiot starannie, przedstawił go jasno i zrozumiale, w sposób ewolucyjny, wykazując wszędzie rozległą erudycję. Autor jest oczytany w literaturze filozoficznej, zna prace psychologiczne zagraniczne, mianowicie pisane po angielsku; akcentuje wyraźnie ścisły stosunek swoich myśli do poglądów zawartych w dziełach psychologicznych angielskich i amerykańskich (George Croom Robertson, W. James).

„Podstawy Psychologji" przeznaczone są w pierwszym rzędzie dla słuchaczów medycyny. Ogólniejsze i szersze znaczenie książki Rodziwiłłowicza polega na tem, że wzbudza ona zainteresowanie nietylko u fachowców, a dzięki przystępności wykładu może stanowić dla każdego, co się interesuje i poświęcić pragnie studjum psychologji, obfite źródło wiadomości.

Zajmująca treść, w jasny i zrozumiały sposób przedstawiona, zapewnia pożytecznej książce powodzenie i poczytność. Już ten jeden szczegół, że książka jest pożyteczna, świadczy o jej wartości.

Al. Piotrowski.

Z PIŚMIENNICTWA RODZIMEGO. *)

Prof. W. Grzywo-Dąbrowski: PRZERWANIE CIĄŻY Z PUNKTU WIDZENIA SPOŁECZNEGO, PRAWNEGO I LEKARSKIEGO. (Wykłady Lekarskie, nr. 5—6, rok 1926).

W związku z pracami Komisji Kodyfikacyjnej, przygotowującej polski kodeks karny, cenna ta praca jest bardzo na czasie. Mamy też nadzieję, że prawodawca uwzględni niejedno ze słusznych uwag autora i przytoczonego materjału statystycznego, dotyczącego uzasadnienia karalności wzgl. zaniechania karania spędzenia płodu.

Autor przytacza dla porównania przepisy karne szeregu państw europejskich, cytuje zapatrywania na to zagadnienie wybitnych prawników, socjologów i lekarzy. Omawia dość szczegółowo rozlicznej natury przyczyny wzrostu poronień oraz ich skutki, i przychodzi do wniosku, że:

1) należy ustanowić wskazania społeczne przerwania ciąży;

2) ze wskazań społecznych przerwanie ciąży jest dopuszczalne w ciągu pierwszych 3 miesięcy, zawsze za zgodą matki, wzgl. jej rodziny, w następujących przypadkach:

a) zgwałcenie;

b) gdy ciąża oraz przyjście na świat dziecka obniży znacznie ekonomiczne warunki bytu matki lub jej rodziny, wzgl. spowoduje zmianę na niekorzyść warunków społecznych bytu matki;

c) gdy zachodzi bardzo uzasadnione przypuszczenie, że mogące przyjść na świat dziecko może być znacznie upośledzone pod względem psychicznym lub moralnym.

W konkluzji zaś dotyczącej walki państwa z zastraszającym wzrostem spędzenia płodu, mówi G. D. m. in.:

„Dzieje kar za wykonywanie poronień wykazały, że kara nie odstręcza kobiety od pozbycia się niemiłego płodu, że jest coś silniejszego od obawy kary, coś potężniejszego, co często nieraz zmusza do pozbycia sią ciąży za wszelką cenę — że siłą tą, która nieraz pcha kobietę do popełnienia przestępstwa, są warunki, wśród których ona żyje, warunki społeczne, ekonomiczne, moralne i t. d., i są one silniejsze, niż kary, niż obawa choroby, nawet śmierci.

Wydaje się wobec tego logicznem, że jeśli nie pomagają kary, należy do walki z tem złem chwycić się innych radykalnych środków. Jeśli warunki powodują poronienia, należy z niemi walczyć; walka zaś z warunkami, wytwarzającemi poronienia, jest bardzo a bardzo trudna i może dlatego prawodawstwa, idąc drogą najmniejszego oporu, łudzą się, że na drodze wysokich kar potrafią zaradzić złemu.

Najradykalniejszym i najpewniejszym sposobem walki z poronieniami byłaby poprawa warunków ekonomicznych i społecznych, co dałoby matkom możność wychowania większej ilości dzieci.

*) Na życzenie czytelników otwieramy dział, w którym będą umieszczane wzmianki o pracach polskich nadesłanych Redakcji.

W dużym stopniu może wpłynęłoby na zmniejszenie ilości poronień urządzanie żłóbków, domów opieki, ochron itp., gdzie pracujące matki mogłyby pozostawiać swe dzieci pod dobrym i dobrze zorganizowanym dozorem, w czasie, gdy same będą zajęte pracą zarobkową. W naszych warunkach środki te są jeszcze bardzo a bardzo dalekie od urzeczywistnienia.

Do zmniejszenia ilości poronień bezwarunkowo przyczyni się i zmiana poglądów na nieślubne matki i inny stosunek społeczeństwa do nieślubnych dzieci. Pod tym względem w ostatnich czasach w niektórych warstwach społeczeństwa rzeczywiście zarysowują się zmiany tych poglądów, jednak jeszcze jesteśmy daleko od tego, żeby matka nieślubnego dziecka była traktowana zupełnie narówni z matką, posiadającą prawe dzieci.

Należałoby matce (szczególnie nieślubnego dziecka) dać możność umieszczenia dziecka w domu wychowawczym, urządzonym, oczywiście, w odpowiedni sposób. Lęk, że matki zaczną masowo pozbywać się w ten sposób swych dzieci jest nieuzasadniony; instynkt macierzyński jest jednym z najsilniejszych instynktów, wobec tego nie myślę, żeby znalazła się zbyt duża ilość matek, które, mogąc wychować swe dzieci, dobrowolnie by się z niemi rozstały. Matki zaś, które bez koniecznej potrzeby oddadzą swe dziecko do domu wychowawczego, napewno nie będą dobremi matkami, a w takim razie, lepiej może będzie i dla nich i dla dzieci, gdy zostaną one oddane pod odpowiednią fachową opiekę. Kobiety w ciąży, wiedząc że mogą oddać dziecko do domu wychowawczego, zapewne rzadziej uciekałyby się do przerywania ciąży, niż to się dzieje obecnie. U nas obecnie domów wychowawczych jednak jest bardzo mało, a umieszczenie w nich dziecka przez matkę, jak mi wiadomo, jest rzeczą prawie że zupełnie niemożliwą, o ile nie podrzuci ona dziecka (co jest karane!), otwarcie zaś oddać go ona nie może, bo go tam nie przyjmą.

Z powyższego wynika, że racjonalna walka z poronieniami jest niemożliwą przy istniejącym stanie rzeczy i wytwarza się błędne koło: społeczeństwo (w osobie obowiązującego prawa) wymaga od kobiety, aby, o ile zajdzie ona w ciążę, pod żadnym pozorem jej nie przerywała i wychowywała dziecko, aczkolwiek zupełnie dobrze zdaje sobie sprawę, że nieraz kobieta nie ma możności doprowadzić ciąży do końca, a jeszcze częściej — nie może ona dziecka wychować. Ta oto niekonsekwencja społeczeństwa w stosunku do omawianego zjawiska znajduje swe jaskrawe odbicie w łagodnych wyrokach lub nawet w uniewinnieniu kobiet, oskarżonych o poronienie".

Józef Handelsman. — ZMIANY CHARAKTERU U DZIECI PO NAGMINNEM ŚPIĄCZKOWEM ZAPALENIU MÓZGU.

Autor daje opis kilku klinicznych przypadków fazy chronicznej n. z. m. u dzieci i na podstawie doświadczeń oraz odnośnej literatury charakteryzuje te stany jako przejawiające się *głównie w zmianie osobowości* Cierpienie rozpoczyna się od ogólnego niepokoju. Małe dzieci, które umieją się dobrze bawić, przepędzać czas wspólnie z innemi dziećmi, słuchać spokojnie opowiadań, stają się niespokojne, wykazują popęd do wyładowania ruchowego, wszystko dotykają, ale bez głębszego zainteresowania, rzecz dotkniętą natychmiast porzucają, niszczą zabawki, śmieją się lub płaczą bez przyczyny;

nie dają się *psychicznie opanować*; życzliwe lub poważne nawoływania, groźby, drobne lub większe kary mają tylko przejściowy skutek; takiż skutek wywołują nagrody, obietnice. Od czasu do czasu dziecko się zmienia, przytula się, dowcipkuje, bawi się, mówi miłe słówka, nagle jednak staje się bez przyczyny niegrzeczne, gburowate, krnąbrne; widywaliśmy dzieci, które np. całując gryzły dotkliwie. Słowem dziecko staje się niespokojne, ruchliwe, niepohamowane — a równocześnie kłótliwe, zmienne w nastrojach, nieposłuszne, krnąbrne, ordynarne, gburowate, aroganckie. Przeszkadza wszędzie, utrudnia życie rodzinie, a w szpitalu — chorym, personelowi; nikogo się nie boi, nikogo nie szanuje.

Starsze dzieci o wyższym stopniu rozwoju wykazują w tem cierpieniu zmiany poważniejsze i bardziej dokuczliwe, zwłaszcza z nadejściem okresu dojrzewania płciowego. Przy nadmiernej ruchliwości bardziej ordynarne; hałaśliwe zachowanie się, rzucanie mebli, tłuczenie szyb. Dalej obserwuje się u takich dzieci bardzo często kłamliwość, brutalność, skłonność do kradzieży niepotrzebnych, kłamstwa, oskarżania innych o brutalność. Homburger uważa tę trjadę — kradzież, kłamstwo i brutalność za specyficzną dla tego cierpienia. Wreszcie dzięki brakowi hamulców w życiu seksualnem obserwujemy szereg objawów, zaczynając od najordynarniejszych seksualnych wymysłów, a kończąc na czynach — bezwstydnej masturbacji ekshibicjoniźmie, gwałtach homo- i heteroseksualnych—wszystkie stopnie perwersji seksualnej. Pierwotny popęd do niepohamowanego zadawalniania swoich chęci u mniejszych dzieci wyraża się w postaci obżarstwa.

Zaburzenia intelektu są u nich wtórne, często bardzo nieznaczne; na skutek utraty ciągłości życia afektywnego przestają się one interesować życiem ogólnem.

Przypadki tego rodzaju zachorzenia u dzieci przypominają niekiedy *hebefrenje, stany hypomanjakalne*, najczęściej jednak *zwyrodnienie psychopatyczne*, zwłaszcza *moral insanity*.

Powstaje pytanie, czy i jakie są zmiany patologiczne mózgowe, które owo *rozszczepienie między życiem afektywno-popędowem a intelektualnem— zaburzenia charakteru* powodują.

Brak dotąd pewnych danych lokalizacyjnych, któreby pozwoliły bez stawiania hipotez, z pewnością określić mechanizm powstawania zaburzeń charakteru w tem cierpieniu.

„Częstokroć spotykanych zmian w węzłach podkorowych — mówi dalej autor, — pozwala jednak wyrazić (za Mazurkiewiczem) przypuszczenie, że anatomiczna dysocjacja dwóch układów nerwowych, wkazujących siłę kierowniczą nad aparatem ruchowym — jest zasadniczą przyczyną objawów".

A. Wizel. — O POSTACIACH NIEDOROZWINIĘTYCH SCHIZOFRENJI. (Pamiętnik ku uczeniu ś. p. prof. dr. med. A. Mikulskiego, rok 1925).

Autor na wstępie przyjmuje, że w obecnej chwili posiadamy zbyt mało danych biologicznych, aby z całą stanowczością orzec, czy schizoid, jako typ psychopatyczny istnieje, czy też jest on tylko poronnym, utajonym obrazem schizofrenji; jeżeli jednak hypoteza schizofrenji poronnej, występującej pod maską schizoidu, może budzić pewne wątpliwości, to istnieje inna kategorja przypadków poronnych, których istota schizofreniczna jest zupełnie wyraźna

i które istotnie nie są niczem innem, jak tylko postacią poronną schizofrenji. Takie postacie proponuje W. nazwać *skrycie poronną schizofrenją*. Sześć przypadków, które autor przytacza w rozprawie i zaopatruje w dość szczegółową analizę pod kątem symptomatologji Bleulera i Kretschmera, mają zdaniem jego, ilustrować tego rodzaju postacie skrycie poronnej schizofrenji.

Charakterystykę schizofrenji poronnej zaczyna autor od strony negatywnej. W obrazie klinicznym postaci tej brak prawie zupełnie objawów dodatkowych: chorzy nie halucynują, pozbawieni są właściwych urojeń, wolni są od trzech zespołów — manjakalnych, amentywnych, bredzeniowych, (z wyjątkiem stanów depresyjnych) nie wykazują wreszcie wcale lub wykazują tylko w postaci zaczątkowej objawy katatoniczne*) (zmanierowanie, dziwactwa, impulsywność, negatywizm).

Co do strony pozytywnej objawów, autor podnosi, że chorzy ci posiadają w pierwszej linji niezmiernie *silny autyzm* i znajdują się w bardzo luźnej łączności z rzeczywistością. Mają oni swój świat wewnętrzny, świat subjektywny, który zastępuje im całkowicie rzeczywistość. Stąd *skłonność kolosalna do marzeń*, wybiegających daleko poza sferę możliwości, stąd pęd do fantazjowania bez żadnych widoków na to, aby jakakolwiek z tych fantazyj mogła się urzeczywistnić. Zachodzą brdzo często zaburzenia kojarzeniowe, i afektywne oraz ambiwalencja (przyczem raz silniej, raz słabiej są rozwinięte), nigdy jednak nie dochodzą do pełnego rozwoju, a niekiedy występupują jedynie w postaci zarodkowej.

Niezmiernie charakterystyczną cechą tych zaburzeń w przypadkach niedorozwiniętej schizofrenji jest zdaniem autora, okoliczność, że chorzy tego rodzaju, posiadają całkowitą *świadomość odnośnych zaburzeń*. Chorzy mówią wyraźnie o swojem rozkojarzeniu myślowem, o swojej ambiwalencji, o swoim niedorównanym afekcie, mają wyraźne poczucie swojej dezagregacji i dysharmonji psychicznej. Autor zaznacza tu też znamienny fakt, mianowicie, że marzenia schizofreników niedorozwiniętych realizują niekiedy życzenia w sposób nie jawny, lecz symboliczny. Pod maską świadomego życzenia ukrywa się stłumione w nieświadomości życzenie; przedostaje się ono wówczas do świadomości w przeróbce symbolicznej.

Ci — jak ich autor nazywa — *„marzyciele patologiczni"* częstokroć kryją się ze swemi marzeniami; inni, bardziej zaawansowani, mówią o nich głośno i dążą wszystkiemi siłami do urzeczywistnienia swych fantazji, narażając się w ten sposób ciągle na zawody i na przykre przeciwności życiowe.

To samo dotyczy w równej mierze i *fantazyj* prześladowczych.

„Schizofrenicy niedorozwinięci" są w życiu wysoce *nieprodukcyjni* i ujawniają niesłychanie małą aktywność. Niektórzy niczem zgoła się nie zajmują, ignorują całkowicie świat rzeczywisty i nie poczuwają się do żadnych obowiązków, inni pracują i nawet zarobkują, ale czynią to niechętnie, z musu, zaopatrzeni jedynie w świat swoich myśli i marzeń, tak, iż żyją wówczas jak gdyby życiem podwójnem, inni wreszcie bardzo zaawansowani, do tego stopnia odbiegają od życia rzeczywistego, że jedyną dla nich przystanią okazuje się zakład psychjatryczny.

Przebieg postaci klinicznej jest, według autora, następujący: cierpienie rozwija się powoli i przebieg ma niezmiernie przewlekły, przyczem nie wy-

*) Te objawy nazywa W. katatonicznemi oczywiście za szkołą Bleulera. (ob).

kazuje ono żadnej dążności do ewolucji. Chorzy lata całe cierpią i produkują stale jeden i ten sam obraz kliniczny, czyli że są to przypadki *nawskroś stacjonarne*. Nie bacząc jednak na swój charakter niezmiernie przewlekły, mogą one cofać się w swym rozwoju i dawać nawet bardzo dobre remisje.

Autor stwierdza, że *schizomanja* Claude'a *jest* właśnie tą *schizofrenją poronną* i właśnie tą jej odmianą, którą nazywamy postacią marzeniową schizofrenji niedorozwiniętej. Tak pojęta schizomanja nie może, zdaniem W., rościć sobie najmniejszego prawa do zajęcia stanowiska równoległego z Bleulerowską schizofrenją, jak tego chce Claude i jego szkoła. Może ona być jedynie schizofrenji Bleulerowskiej podporządkowana.

Roman Markuszewicz. — UROJENIE CHRZTU W ZWIĄZKU Z KOMPLEKSEM KAZIRODCZYM W PRZYPADKU SCHIZOFRENJI.

Opis przypdku psychozy, rozpoznanej jako schizofrenja. Staranna analiza psychologiczna pod kątem freudowskich poglądów. Pacjent utożsamia się m. in. z szwagrem swoim, pragnie się ożenić z siostrą, a że jest żydem, zamierza się przedtem ochrzcić. Autor łączy te dwa kompleksy przyczynowo, gdyż chory wyraził się: „jeżeli ja jestem katolikiem, to siostra nie jest już moją siostrą, gdyż ona jest żydówką, a więc mogę się z nią ożenić". Afekt do siostry tłomaczy M. tak: chory osiąga nie tylko objekt erotyki dziecięcej t. j. matkę, lecz i mści się na swym ojcu, wyzwalając się przez urojenie chrztu z pod jego władzy. Bo jeżeli ojciec był bardzo nabożny, syn jest właśnie katolikiem. Chory nie chce uznać swego właściwego ojca — tego Jankla z czerwonemi oczyma — woli uznać innego ojca — wszechpotężnego Boga".

Na przypadku tym — mówi na innem miejscu autor — „widzimy nietylko miłość dla matki i jej imago — siostry, lecz i sposób, w jaki ona u dziecka powstaje. Nazywamy to kazirodztwem — lecz z tego uczucia powstaje później to przesublimowane uczucie dla naszych rodziców, z którego dumni jesteśmy nie tyle z samej naszej miłości dla rodziców, ile z wysiłku naszego, którego dokonaliśmy, tłumiąc w sobie to kazirodcze uczucie i sublimując je w uczucie inne — szlachetniejsze".

Urojenia prześladowcze ocenia autor pod kątem psychoanalizy w następujący sposób: „Zbyt dużo chory mówi o prześladowaniach przez żydów, i to nas zmusza do zastanowienia. Gdyż, jeżeli chory tak dużo mówi o tych prześladowaniach, to widocznie sprawiają mu one przyjemność, chociaż pozornie przeciwko nim protestuje, Że chory czerpie korzyści dla siebie z tych prześladowań, o tem już wspominaliśmy, gdyż dzięki tym prześladowaniom może się utożsamić z Chrystusem. Wiemy z marzeń sennych, że prześladowany chce być prześladowanym i pożąda w rzeczywistości swego prześladowcy, — gdyż odczuwa to prześladowanie jako atak seksualny. Widzimy ten sam mechanizm u naszego chorego...

„Chory chce mieć stosunek homoseksualny ze swym ojcem. A temi słowy chory sam nam wyjaśnia genezę swych urojeń prześladowczych: jest to bowiem atak tych ludzi, wobec których chory odczuwa homoseksualne pożądanie. Urojenie chrztu z kompleksem kazirodczym nie jest tu przypadkowo obok siebie postawione".

Analizę przypadku kończy autor temi słowy: „Przez wyraźne wypowiedzenie się kompleksu kazirodczego w naszym przypadku urojenie chrztu zostało zdemaskowane. Jest ono bowiem nietylko *przejawieniem się narcyzmu, lecz i próbą pozbycia się nieświadomie odczuwanej winy za kompleks kazirodczy.* Stąd dążenie do wyznania chrześciańskiego, które daje możność spowiedzi i rozgrzeszenia za popełnione grzechy, — a w przyszłości obiecuje raj. Ten raj na ziemi chory nasz osiągnął w psychozie, gdy odrzucił swą cenzurę moralną, t. j. „żydowskie zabobony".

Jak widzimy więc, w konkluzjach co do oceny genezy „kompleksu", nie można autorowi odmówić gorliwości w wyznawaniu Freud'a. To też nie zdziwi się czytelnik, gdy się dowie, że autor zalicza sposoby interpretowania objawów chorobowych tego rodzaju co wyżej, do „ogólno-przyrodniczych metod badania", lub, że przyrównywa — na innem miejscu — metodę psychoanalityczną do tak objektywnego, zdawałoby się nam, narzędzia jakiem jest histologja(!)

Atoni Wieczorek. — POLE WIDZENIA U CHORYCH NA PARALYSIS PROGRESSIVA.

Autor dokonał badań perymetrycznych u 64 paralityków — przyczem, uwzględniając różne przeszkody do badania i oceny wyników, wypływające ze stanu psychicznego paralityków, wybrał ich z pomiędzy aż 180-ciu chorych, których miał do badania. W konkluzji stawia autor następujące tezy:

1. W bezwładzie postępującym nawet przy braniu zmian ze strony nerwu wzrokowego i dna ocznego, *granice pola widzenia są najczęściej mniej lub więcej współśrodkowo ograniczone.*

2. *Zwężenia są pochodzenia czynnościowego, zależą od zaburzeń uwagi,* przyczem stale ustępują z chwilą, gdy stan psychiczny chorych pozwala na częste badania w korzystnych warunkach.

3. Właściwe dla paraliżu postępującego *zmiany cielesne nie mają bezpośredniego wpływu na granice pola widzenia.*

Stefan K. Pieńkowski. — JAMISTOŚĆ RDZENIA U DWÓCH BRACI BLIŹNIAKÓW. (Przyczynek kliniczny do patogenezy jamistości rdzenia).

Dwa przypadki jamistości rdzenia, które podaje tu autor do wiadomości, zasługują, jego zdaniem, na uwagę o tyle, że stanowią unicum w odnośnem piśmiennictwie: dotyczą bowiem *dwóch braci bliźniaków*

Z zestawienia danych z piśmiennictwa wynika, że ilość przypadków jamistości rdzenia o typie rodzinnym lub tak zwanym dziedzicznym nie budzących żadnych wątpliwości pod względem rozpoznania, jest znikomo mała. W większości opisanych w literaturze przypadków mamy do czynienia z zespołem Morvana, mogą więc one budzić podejrzenie w kierunku trądu, zwłaszcza, że niezawsze przeprowadzone były badania bakterjologiczne. Z pośród innych nie da się wykluczyć hydromyelia, lub odrębne od jamistości rdzenia schorzenie typu konstytucjonalnego.

Z własnej obserwacji podaje autor dwóch bliźniaków płci męskiej, Piotra i Jana, dziedzicznie nieobarczonych, urodzonych na czasie i normalnie. U Piotra choroba obecna rozpoczęła się około 32 r. ż., początkowo wystąpiły

bóle, uczucie chłodu i zaburzenia uczucia w prawym boku; potem dołączyły się nieznaczne objawy ze strony układu moczo-płciowego, a po kilku latach wystąpiły zaburzenia uczucia i osłabienie kończyn, początkowo w górnej prawej, potem w lewej, następnie w dolnej prawej, wreszcie i w dolnej lewej. Później kończyny dolne nieco więcej osłabły, w kończynie górnej prawej wystąpiło lekkie niestałe drżenie. Rozwinęła się prawie zupełnie niemoc płciowa. W 3-im roku choroby badany wykazywał pewne nienormalności w budowie czaszki, nieznaczne osłabienie działania mięśni lewej połowy twarzy, skrzywienie kręgosłupa w górnej części piersiowej w prawo, w szyjnej w lewo, wyższe ustawienie prawego barku, brak odruchów brzusznych, nieznaczny niedowład kurczowy obu kończyn dolnych z Babińskim prawostronnie, zaburzenia czucia zimna, ciepła i bólu na tułowiu i w kończynach dolnych, ślady po oparzeniach na klatce piersiowej. Po 10-ciu latach w kończynach górnych wystąpiły nieznaczne zaniki mięśniowe; w kończynach dolnych wzmógł się niedowład, zjawiła się kurczowość; granice zaburzeń czucia rozszerzyły się ku górze, dołączyły się zaburzenia czucia dotyku i czucia głębokiego w kończynach dolnych.

U drugiego bliźniaka, Jana, w 28 r. ż. wystąpiło osłabienie lewej kończyny górnej, uczucie zimna i parestezje w kończynach dolnych, początkowo prawej, potem w lewej i osłabienie ich. Badany w 35-ym roku życia wykazywał wielkie podobieństwo pod względem budowy ciała do brata swego Piotra. Pozatem: zaniki mięśniowe lewostronne barku i całej kończyny, obustronnie drobnych mięśni rąk: ręka szponiasto-małpia lewostronnie. Brak odruchów głębokich obustronnie. Ruchy czynne lewostronnie upośledzone, zwłaszcza obwodowo. Parapareza kurczowa kończyn dolnych, lewostronnie silniej zaznaczona. Upośledzenie czucia ciepłoty i bólu na tułowiu i kończynach dolnych. Liczne blizny i owrzodzenia na kończynach.

Podkreślić należy kilka ciekawych szczegółów, dotyczących obu chorych.

Biorąc pod uwagę, że obaj bliźniacy byli tej samej płci, można z dość dużem prawdopodobieństwem przypuścić, że rozwijali się oni w łonie matki w tych samych błonach płodowych, być może również, że poczęci zostali z jednego i tego samego jajka. Niewątpliwem jest — zdaniem autora — bądźcobądź, że warunki ich rozwoju wewnątrzmacicowego, były bardzo podobne, jeśli nie takie same.

U obu choroba rozpoczęła się w tym samym mniejwięcej okresie życia. U obu bliźniaków główne siedliska sprawy chorobowej dotyczyły mniej więcej tej samej wysokości rdzenia, a mianowicie górnej części rdzenia piersiowego.

Fakty te zmuszają do postawienia pytania: czy zachodzi jakiś głębszy stosunek między tem, że obaj chorzy są bliźniakami a tem, że obaj cierpią na jamistość rdzenia?

Sprawa ta — wedle autora — wiąże się ściśle z zagadnieniem, dotyczącem patogenezy jamistości rdzenia, ze sprawą wrodzonego lub nabytego pochodzenia tej choroby.

Za tem, że jamistość rdzenia jest chorobą wrodzoną, odrębną od jam, powstających w życiu osobniczem, przemawiają, zdaniem autora, następujące argumenty:

1) Częste nieprawidłowości zamykania się rynienki rdzennej i odrywanie się gniazd spongioblastów, spotykane w rdzeniach chorych, cierpiących na jamistość rdzenia.

2) Zmiany kształtu, nawet zdwojenia kanału rdzennego.

3) Inne zaburzenia rozwojowe, jak potworniactwo i heterotypiczność tkanek.

4) Jamistość rdzenia rodzinna.

Przypadki przez autora opisane popierają w punkcie 4-ym teorję wrodzonego pochodzenia choroby, wskazując na to, że obaj bliźniacy ulegli w swym rozwoju, odbywającym się w tych samych warunkach, takim odchyleniom od normy, które dały możność powstania u obu w życiu osobniczem jamistości rdzenia. Czy warunki te zależały od kształtowania się obu zarodków, czy też od innych szkodliwych wpływów, tego oczywiście w danym przypadkbu wyjaśnić się nie da. ob.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

ZAKŁAD W DREWNICY *)

Rządy zaborcy rosyjskiego odznaczały się brakiem samodzielnej myśli politycznej, nacechowane były niskim poziomem kultury narodu i w postępowaniu z narodem, będącym w niewoli, pewną brutalnością i samowolą urzędniczą. Naród polski o wiekowej swej cywilizacji i bezwarunkowo o znacznie wyższej kulturze mógł znieść wiele w stosunku do władzy zaborczej, mógł powtarzać sobie, że wynarodowić się nie da, nie mógł jednak pozwolić, by najeźdźca godził bezmyślnie w podstawy rodzimej cywilizacji.

Wyrazem tej cywilizacji naszej był między innemi ustrój naszej opieki nad biednym, dzieckiem i chorym. Ustrój ten, jak zresztą na całym zachodzie cywilizowanym, związany był nicią z wiarą i tradycją narodu, powstał i rozwijał się w ciszy murów klasztornych lub dworków parafjalnych. Ustrój, za słaby w postępie czasu, poderwany przeżyciami państwa polskiego, miał zdrowe fundamenty i był dowodem mocy ducha, który ożywiał pradziadów naszych. Rząd zaborczy w początkach 70-go roku zeszłego stulecia przez zabranie i skasowanie dóbr kościelnych i klasztornych zadał cios biedzie, niedołęstwu wieku dziecka i chorym. Nasze instytucje opieki społecznej i szpitale, pozbawione kapitału, wspierającego ich byt, zaczęły się chwiać i stopniowo dochodziły do ruiny. Społeczeństwo polskie w początkach 1880 roku zdawało sobie sprawę, że zaborca godzi w podwaliny cywilizacji narodu, że pragnie w życiu społecznem pogłębić zamęt okresu popowstaniowego.

Społeczeństwo polskie zrozumiało, że na drodze mrówczej pracy, pod hasłem, „sami sobie", należy stworzyć przeciwwagę zapędom zaborcy i zaczęło tworzyć potrzebne narodowi instytucje.

Drewnica jest wyrazem ówczesnej ideologji. Niżej podpisany, patrząc od 1890 r. na skutki strasznie zaniedbanej opieki nad umysłowo chorymi (do strasznie biednych i nielicznych zakładów mogło się dostać nie więcej, niż 6,3% potrzebujących koniecznie szpitalnej opieki chorych), wraz z gronem obywateli dobrej woli utworzył po długich staraniach Warsz. Tow. Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi i przystąpił, na uzyskanej na mocy ukazu carskiego wydmie piaszczystej w Drewnicy, do tworzenia zakładu dla umysłowo chorych. Do wybuchu wojny, dzięki poparciu społeczeństwa, rozwój Drewnicy szedł dosyć raźnie. Ludzie dobrzy i ofiarni dawali grosze i większe sumy (ś. p. Wiemanowa, pani Eugenja Kierbedziowa i inni).

W okresie tym spotykaliśmy się z wprost rozczulającymi faktami, np. nauczyciel szkoły, polak w głębi Rosji pracujący od młodych lat, w liście przesyła nam czek na 25 tysięcy rubli ze słowami: „Bóg wam dopomóż w dobrej sprawie. Ja stary, wygrałem pieniądze, które mi nie są potrzebne". Tworzyliśmy zakład na odmiennych podstawach niż te, które w owe czasy panowały. Na pawilonach nie wprowadzaliśmy krat u okień, nie wprowadzaliśmy kaftanów i t. p. środków krępujących chorego podnieconego, a opiekę na pawilonach powierzyliśmy kobiecie — polce, nawet na oddziałach męskich.

Po 25-ciu latach śmiało powiedzieć możemy, że system wprowadzony w Drewnicy w zasadniczej linji wytrzymuje krytykę: w szpitalu coraz mniej i coraz krócej widzimy katatoników i nieruchomych, niechlujnych autyków; stosunek chorych do personelu pielęgniarskiego jest coraz życzliwszy, a stosunek ich do nas lekarzy jest chwilami rozczulająco przyjacielski. Personel służ-

*) Z okazji 25-ciolecia istnienia Warszawskiego Towarzystwa Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Umysłowo i Nerwowo Chorymi — oraz istnienia Zakładu.

bowy z chorymi wykonywuje w zakładzie dużą robotę: Drewnica posiada za mały obszar ziemi (około 100 morgów magdeb.), licząc w to i kawałek lasu wysokopiennego (22m.) i zaprowadzonego parku (około 42 morgów).

W zakładzie jest 5 pawilonów dla chorych (7 oddziałów) i 7 budynków gospodarczych. Zakład posiada spławną kanalizację — systemu Meunier-Chambaux —, na całem terytorjum sieć wodociągową (system pneumatyczny), własną elektrownią akumulatory, motor na ssany gaz) i zaopatrzony jest w mechaniczną pralnię (wypiera 500 sztuk bielizny dziennie).

Od założenia w zakładzie znalazło opiekę 7123 chorych, którzy przebyli 1.546.492 dni.

Zakład nie korzysta z zapomogi Skarbu Państwa; byt swój opiera na samopomocy społecznej (abonament miejsc przez zarządy miast, większych przedsiębiorstw i gmin), oraz z dochodów własnego gospodarstwa (ogród owocowy, warzywny i t. p.). Niedobory udaje się dotąd pokryć z ofiar dobrych ludzi.

Zakład pobiera 4 zł. za dzień zakładowy, klasy nie posiada, klasyfikuje zaś chorych, kierując się rodzajem choroby i stopniem wychowania chorych.

Personelu urzędniczego nie mamy, biurowość — nader uproszczoną — prowadzą sami lekarze (wzory naszych wykazów załączamy) i dozorczynie oddziałowe (gospodynie oddziałów i działów gospodarczych). W roku bieżącym oddaliśmy do użytku publicznego nowy oddziałek dla obłożnie chorych kobiet (20 łóżek) i ładnie urządzony budynek do badań naukowych (pracownia anatomo-patologicz.). W dniu, gdy to piszę, w zakładzie jest 341 chorych, w tej liczbie zaś 22 silnie podnieconych, 42 pracujących i 86 wymagających bądź leżenia, bądź stosowania zabiegów lekarskich.

Pomoc lekarską wypełnia nas czterech.

Kurator Zakładu: Dr. med. Karol Rychliński.

(Poniżej podajemy szematy nadesłane przez Dyr. Rychlińskiego, a dające pogląd na sposób prowadzenia ewidencji życia zakładowego w różnych jego przejawach).

RUCH CHORYCH NA ODDZIAŁACH W M-CU ..... 1926 R.

ODDZIAŁY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
_____																															
_____																															
_____																															
Razem chorych																															
Personel służb.																															
Przybyło chor. nowych																															
Wróciło z urlopu																															
„ z uciecz.																															
Wypisano chor.																															
Wzięto na urlop																															
Zmarło																															
Uciekło																															
Podniecon. chor.																															
Pracujących																															
Biorących lek.																															

WYKAZ RUCHU CHORYCH WEDŁUG MIESIĘCY W ROKU 1926 R.

1926 rok

	W dniu 1 miesiąca było chor.	W ciągu miesiąca przybyło chorych				Ogółem przybyło	Przebywało chorych w ciągu miesiąca	W CIĄGU MIESIĄCA UBYŁO CHORYCH										W końcu miesiąca pozostało chorych	Dni zakładowych przebyli	Uwagi
		Przyst. przez		Przyst. przez inne o. u. s.		Powr. z url. lub uciecz.		Wypisano		Zmarło		Urlopowano		Zbiegło		Przenies. do innych szpitali		Ogółem ubyło					
	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	Mężczyzn	
	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	Kobiet	
	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	
Styczeń																					
Luty																					
Marzec																					
Kwiecień																					
Maj																					
Czerwiec																					
Lipiec																					
Sierpień																					
Wrzesień																					
Październik																					
Listopad																					
Grudzień																					

WYKAZ PRODUKTÓW WYDANYCH DO KUCHNI W M-CU ..... 1926 R.

Data	Chorzy	Personel	Razem	Mleko	Kawa	Cykorja	Herbata	Cukier	Chleb	Bułka psz.	Masło	Jaja	Mięso woł.	Mięso ciel. lub baran.	Wieprzow. schab, szyn.	Kiełbasa	Słonina	Smalec	Śledzie	Mąka żyt.	„ psz.	Kasza gryc.	„ jęczm.	„ jagl.	„ perł.	„ krak.	Pęczak	Płatki ows.	Manna	Fasola	Groch	Kartofle	Kapusta	Buraki	Marchew	Ryż	Ryba	Owoce	Wiosz.	Ser		
1																																									
2																																									
3																																									
itd. 31																																									

WYKAZ PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH, MATERJAŁÓW OPAŁOWYCH I TECHNICZNYCH ORAZ PRZEDMIOTÓW DOSTARCZONYCH DO MAGAZYNU W R. 1926.

Miesiące	Mąka żytnia	„ pszenna	Manna	Ryż	Cukier	Herbata	Kawa żyw.	Kawa	Cykorja	Kasza krakowska	„ gryczana	„ jaglana	Pęczak	Kasza perłowa	„ jęczmienna	Płatki owsiane	Fasola	Groch	Mięso wołowe	„ cielęce lub baran.	„ wieprzowe	Kiełbasa i szynka	Słonina	Smalec	Śledzie	Ryba	Mleko	Ser	Kartofle	Kapusta	Buraki	Marchew	Warzywa	Owoc — ogórki	Sól	Węgiel	Koks	Drzewo opałowe	Materjał bud. (deski itp.)	Żelazo	Smary	Mydło do prania	„ szare	Bielidło	Szczotki do podług	„ ręczne i malar.	Pokost — Nafta
Pozostało z roku 1925																																																
Zużyto w ciągu mies.—Styczeń																																																
„ „ —Luty																																																
„ „ —Marzec																																																
„ „ —Kwiecień																																																
„ „ —Maj																																																
„ „ —Czerwiec																																																
„ „ —Lipiec																																																
„ „ —Sierpień																																																
„ „ —Wrzesień																																																
„ „ —Październ.																																																
„ „ —Listopad																																																
„ „ —Grudzień																																																
Ogółem dostarcz. w ciągu roku																																																
Według wykaz. mies. spotrz.																																																

R-K EKSPLOATACJI ZAKŁADU W DREWNICY ZA ROK 1925.

WYDATKI	Złote	gr	Złote	gr
I. Personel				
pensje lekarzy	14750	—		
wynagrodzenie służby . .	45895	30	60645	30
II. Wydatki gospodarcze				
żywność dla chorych . .	127214	45		
środki lecznicze	3078	11		
opał i światło	11502	08		
pranie i utrzymanie czystości	4597	92		
remont budynków . . .	29331	08		
utrzymanie żywego inwent.	6248	21		
różne gospodarcze . . .	7164	98		
podatki i asekuracja . .	1447	41		
ogród zakładowy . . .	3191	25	193775	49
III. Remont i naprawa				
ruchomości	4736	88		
odzieży i bielizny . . .	16731	71	21468	59
IV. R-k amortyzacji				
ruchomości	7309	50		
nieruchomości	7097	50	14407	—
V. Fundusz rezerwowy na pokrycie projektowanych budowli			86686	97
			376983	35

DOCHODY	Złote	gr	Złote	gr
I. Opłata za chorych:				
1095 dni zakład. po 2 zł	2190	—		
3076 „ „ „ 3 zł	9228	—		
3047 „ „ „ 4 zł	13075	56	24493	56
II. Magistrat m. st. Warszawy za chorych:				
46442 dni zakład. po 3 zł	139316	—		
48191 „ „ „ 4 zł	192764	—	332080	—
III. Z gospodarstwa zakładowego:				
za zużyte na kuchnię i ogród	17859	74		
za sprzedane	2550	05	20409	79
			376983	35

Liczba dni zakładowych:
prywat. i inst. różne 7218.—
Magistr. m. st. Warszawy . . . . 94683.—
bezpłatnych . . . 6902.— 108753.—

Zakład Psychjatryczny

DREWNICA

Sprawozdanie *)
za
ROK 1925

ZESTAWIŁ DYR. DR. MED. KAROL RYCHLIŃSKI.

Dwudziesto trzeci rok działalności zakładu w Drewnicy od dnia urzędowego otwarcia, a w rzeczywistości 24-ty od chwili przyjęcia do zakładu, będącego w 1902 r. w okresie początkowym, pierwszych chorych, powinienem nazwać pierwszym jaśniejszym przebłyskiem od chwili wybuchu strasznej wojny. Rok sprawozdawczy pod względem moralnym i materjalnym był dla zakładu szczęśliwszym od lat poprzednich, odznaczał się bowiem równowagą w życiu chorych i co ważniejsza w życiu personelu, poświęcającego się opiece nad tego rodzaju chorymi. Przewodnia myśl, która przyświecała obywatelom od założenia zakładu, która, zdawało się, załamać się musi w przeżyciach okresu wojennego i powojennego, napowrót zajaśniała i zakład zaczął funkcjonować prawidłowo i mam przeświadczenie, spełnił swe zadanie prawidłowiej, niż w latach ubiegłych.

W roku sprawozdawczym w Drewnicy znalazło opiekę 467 chorych, którzy przebyli 108.753 dni zakładowych.

Ruch chorych wykazuje, że w r. 1924 pozostało chorych:

mężczyzn	111,	kobiet	161
przybyło nowych chorych:			
mężczyzn	106	kobiet	89
Ubyło:			
wypisanych w stanie poprawy:			
mężczyzn	61	kobiet	39
umarło:			
mężczyzn	36	kobiet	25

Po podsumowaniu wraz z chorymi urlopowanymi i jeszcze niepowróconymi do zakładu, w dniu 31-go grudnia 1925 r. było w zakładzie: mężczyzn — 125, kobiet — 191, razem 316 chorych.

Z zestawień widać, że zakład, obliczony na 250 chorych, był stale przepełniony, gdyż najmniej w ciągu miesiąca dawał opiekę 296 chorym (w lipcu), a było np. w listopadzie 363 chorych. Stałe przebywanie większej, ponad normę, liczby chorych wywoływało utrudnienie gospodarcze. Szczególniej oddziały kobiece, stale przepełnione wymagały rozszerzenia i dlatego domek na 15 osób, stale utrzymywany jako rezerwa w razie choroby nagminnej, musiał być przeznaczony na oddział stały kobiecy. Stało się to bez krzywdy, gdyż w zakładzie przez cały rok nie było przypadku choroby zakaźnej.

Według kategorji choroby zasadniczej mieliśmy z cierpieniem:

	m.	k.	razem
Psychosis maniacodepressiva	4	18	22
Psych. reactiva	—	3	3
Psych. epileptica	23	16	39
Delirium toxicum	1	4	5
Oligophrenia	38	20	58
Paraphrenia	22	23	45
Schizophrenia	56	104	160
Psych. alcoholica	21	2	23
Dem. arteriosclerot.	2	1	3
Paral. progressiva	33	11	44
do przeniesienia	200	202	402

*) Podane w streszczeniu. Red.

	m.	k.	razem
z przeniesienia	200	202	402
Laesio cerebri org.	4	2	6
Dem. senilis et praes.	6	25	31
Psychopathia const.	6	10	16
Lues cerebri	1	11	12
Razem	217	250	467

Zakład w przeważnej części opiekował się chorymi, przysłanymi przez wydział szpitalnictwa m. stoł. Warszawy. W roku sprawozdawczym m. Warszawa przesyła do Drewnicy mężczyzn chorych 93, kobiet 2.

Miasto stołeczne bez ewakuacji szpitala Jana Bożego nie mogłoby sprostać i 1/3 części tych zadań, jakie ma do spełnienia i dlatego zakład w Drewnicy dla miasta jest koniecznością i nietylko pod względem moralnym, ale nawet, jak wykazuje sprawozdanie rachunkowe i materjalnym.

Ta okoliczność, że zakład nasz przyczynia się miastu do możliwego spełniania nadmiernych potrzeb opieki nad umysłowo chorymi, ma dla zakładu naszego ujemne strony, gdyż szpital Jana Bożego przysyła wielu chorych z rozwiniętą gruźlicą lub w ciężkim stanie fizycznym, przez co odsetek śmiertelności wśród chorych w Drewnicy musi być większy, niż w innych zakładach.

Zmarło w roku sprawozdawczym chorych mężczyzn — 36, kobiet — 25, razem — 61.

Przyczyną śmierci było:

	m.	k.	razem
gruźlica	15	9	24
choroby serca i naczyń krwionośnych	5	6	11
uwiąd starczy	—	3	3
zmiany paralityczne	13	4	17
zapalenie płuc	3	2	5
choroba kiszek	—	1	1
Razem	36	25	61

W roku sprawozdawczym nie mieliśmy ani jednego przypadku nieszczęśliwego w zakładzie, a liczba ucieczek była stosunkowo znikoma, gdyż zbiegło przez cały rok 24 chorych, z pośród których 18 wróciło dobrowolnie na drugi lub trzeci dzień.

Względnie, bo jeszcze z wahaniami, ustalenie waluty naszej, terminowość w wypłatach za chorych, obok natężonej pracy ze strony pracowników zakładu sprawiły, że zdołaliśmy zakład cofnąć z pochyłości, na którą siłą konieczności lat ubiegłych wstąpić musiała placówka społeczna, oparta na dobroczynnym groszu, na wytrwałości jednostek, pozbawiona i tego skromnego zasobu, jaki wywiózł i dotąd nie zwrócił okupant rosyjski. Nie dostaliśmy ze skarbu Państwa naszego zasiłku, nie dobijaliśmy się przynależnego nam zasiłku, bo świadomi trudnych warunków, w jakich powstawała Odrodzona Polska, wybraliśmy drogę trudniejszą — kosztem własnego wysiłku, chcieliśmy przetrwać ciężkie chwile, byle skarbu nie podrywać. Głównem źródłem dochodów, z których żył zakład, była opłata za chorych, przysyłanych przez miasto i te instytucje społeczne, które korzystały z opieki zakładu dla swych chorych. Opłata ta średnio wyniosła w obliczeniu rocznem od 3.39 do 3.52 zł. Z opłat wpłynęło za 94.633 dni zakładowych, chorzy zaś przebywali 108.753 dni, przeto około 10 tysięcy dni zakładowych pokrywaliśmy z dochodów gospodarstwa, jakie prowadzi Drewnica, które zdołaliśmy odrestaurować i ono bowiem w okresie ciężkim znacznie podupadło i wymaga dalszych wysiłków.

W roku sprawozdawczym zdołaliśmy doprowadzić odżywianie chorych do potrzeb wymaganej normy. Ścisłe przez cały rok prowadzone wyliczenia kalorji w podawanych pokarmach według tablic Koeniga wykazuje, że średnio każdej jednostce dawaliśmy dziennie od 2405 (do kwietnia) do 2734 jednostek

cieplikowych (w sierpniu). Systematyczne ważenie chorych przekonało nas również, że odżywianie przebywających w zakładzie wstępować zaczyna na normalne tory. Zdołaliśmy szatnie zaopatrzyć w wystarczające zasoby, jak również magazyn produktów spożywczych i materjałów opałowych nie świecił, jak poprzednio pustką. Do bardzo dodatnich wyników doszliśmy również przez przeprowadzony znaczny remont wewnątrz pawilonów, przez kapitalne odnowienie wiązań, dachów i ścian w chylącym się do upadku budynku kuchennym i przez remont konieczny w innych zabudowaniach zakładowych. Dalsze wysiłki w kierunku potrzebnych odnowień są jeszcze konieczne, bo w ciągu 10 lat nic prawie nie mogliśmy odnawiać. Na dokonany remont wydaliśmy blisko 30.000 złotych, w konieczne zaś inwestycje włożyliśmy pokaźniejszy grosz.

W roku sprawozdawczym zdołaliśmy, zawdzięczając chętnej i owocnej pracy młodych sił lekarskich, szczególniej kol. Henryka Różkowskiego i kol. Dominika Ryniewicza, działalność naukową postawić na pewnej wysokości i dlatego z całą przyjemnością podnoszę tę stronę zakładu, gdyż mam wrażenie, że przy dalszej wytrwałości Drewnica ziści te postulaty, do których dąży psychjatrja i stać się może poważnym przyczynkiem do reformy obecnych zapatrywań w wielu kierunkach wiedzy lekarskiej.

Zabezpieczając lepszy byt pracowników szpitalnych (personel służbowy w Drewnicy jest już obecnie wynagradzany przyzwoicie i posiada nie mniejsze uposażenie, niż służba zakładów państwowych), pilnując moralnych potrzeb pracowników, dochodzić zaczynamy do pożądanych wyników; o pracę w zakładzie zgłasza się wielu kandydatów, pracę ciężką wykonuje zespół obecny sprawnie i chętnie i powoli wdrażają się pracownicy do rozumienia chorego i tych wymagań, które stawia należycie rozumiana opieka nad umysłowo chorymi. Z nielicznymi wyjątkami podjęta praca w tym kierunku wydała w roku sprawozdawczym wynik dodatni, chociaż dalecy jeszcze jesteśmy od tych wzorów, do których dążyć powinniśmy.

Szpital dla psychicznie i nerwowo chorych

KOCHANÓWKA

Sprawozdanie *)

za

ROK 1925

ZESTAWIŁ DR. MED. DYR. B. SIWIŃSKI.

Gospodarstwo rolne — 8 morgów — dało stosunkowo dosyć dochodu. Ogrody nieco zawiodły. W lesie i w pobliżu pawilonu AB zasadzono w roku sprawozdawczym 10 tys. sosen i świerków.

Kupiono też samochód ciężarowy oraz maszynę do pisania.

Postawiono płot, wysoki na 2 metry, przy pawilonie dla chorych niespokojnych, przeprowadzono rury wodociągowe do wszystkich domów mieszkalnych, uruchomiono telefony, wewnętrzne i zewnętrzne. Odnowiono pawilon im. E. Geyera, który ucierpiał na skutek pożaru, odnowiono i inne pawilony, nadając poszczególnym salom weselszy wygląd.

Swego czasu szpital wysłał był, na życzenie Magistratu m. Łodzi, 60 chroników do domu — dla braku łóżek. Niemal wszyscy ci chorzy jednak wrócili z powrotem do szpitala.

Bibljoteka dla chorych liczy numerów 412, a lekarska — 1384.

W szpitalu pracuje, prócz dyrektora, 4 ordynatorów. Na praktyce przebywało w szpitalu w lecie roku sprawozdawczego kilku studentów.

W przepiegu porażenia postępującego stosowano preparaty bismutowe łącznie z ostróżnem stosowaniem rtęci, jodu i neosalwarsanu, później szczepienie zimnicy. W otępieniu wczesnem stosowano nukleinian sodu, w encephalitis lethargica — urotropinę, phlogetan, mleko wyjałowione, hioscynę i ew. skopolaminę. W stanach podniecenia stosowano nadal koce suche i wilgotne, hioscynę podskórnie.

*) W streszczeniu. Red.

TABLICA I.

	m.	k.	razem
Na 1. I. 25. pozostało	130	148	278
W ciągu roku przybyło	252	289	541
Wypisana	183	239	422
Pozostaje na 31. 12. 25 r.	166	166	332

TABLICA II.

Wypisano:	m.	k.	razem
a) wyleczonych	14	51	62
b) z polepszeniem	81	87	168
c) bez polepszenia	88	101	189
razem	183	239	422

Śmiertelność wynosi 7,9 % (zmarło mężczyzn — 33, kobiet — 32).

Odsetek leczonych w szpitalu chorych wyznania mojżeszowego wynosi 33,33 %.

TABLICA III.

Przyczyny zejść śmiertelnych

	m.	k.	razem
Tbc. pulm. et intest.	4	8	12
Marasmus paralyticus	15	2	17
Encephalitis epidemica	—	1	1
Adynamia cordis	2	3	5
Pneum. croup. et hypost.	5	5	10
Bronchopneumonia	—	1	1
Status epilepticus	—	1	1
Status paralyticus	1	—	1
Marasmus senilis	2	4	6
Neoplasma cranii	1	—	1
Tumor cerebri	2	1	3
Inanitio	1	—	1
Arterioscl. cerebri	—	1	1
Insufficientia cordis	—	3	3
Peritonitis	—	1	1
Suicidium	—	1	1
razem	33	32	65

TABLICA IV.

Podług rozpoznania.

	m.	k.	razem
Dem. praecox	116	164	280
Psych. maniaco-depr.	34	86	120
Paranoia	2	2	4
Neurosis traum.	2	—	2
Psychosis traum.	1	—	1
Psychasthenia	3	1	4
Psych. hysterica	10	21	31
Psych. epileptica	27	29	56
Hystero - epilepsia	—	1	1
Psychop. consitut.	2	1	3
Paralysis progressiva	53	6	59
Taboparalysis	15	2	17
Lues cerebro - spinalis	9	10	19
Arterioscl. cerebri	1	—	1
Psych. sen. et. praesenilis	4	34	38
Amentia	—	8	8
Alcool. chron.	19	2	21
del. tremens	1	—	1
morphinismus	1	—	1

Psych. post. intoxicationem CO.	—	1	1
Enceph. leth. epidem.	16	7	23
Paralysis agitans	1	—	1
Cretinismus	—	1	1
Idiotismus	4	3	7
Imbecillitas	17	15	32
Dem. senilis	10	13	23
Observatio	29	27	56
Lues congenita	—	1	1
Tabes dorsalis	—	1	1
Eunuchoidismus	1	—	1
Agonia	1	1	2
Neoplasma cranii	1	—	1
Tumor cerebri	2	—	2

TABLICA V.

Dochody.

Opłaty za chorych		422.486.81 zł.
Różne wpływy		17.356.98 zł.
	razem	439.843.79 zł.

Wydatki.

Artykuły spożywcze	185.558.65 zł.
Bielizna, etc.	20.504.26 „
Opał i oświtelenie	32.304.56 „
Pensja	88.581.34 „
Remont	18.813.06 „
Budowa kaplicy	32.592.73 „
Utrzymanie inwentarza żyw.	16.440.50 „
Różne	45.048.69 zł.

PERSONALJA.

= Dr. med. Rafał Radziwiłłowicz, docent psychjatri Uniwersytetu Warszawskiego, b. kierownik Wydziału psychjatrycznego w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, został powołany jako profesor zwyczajny na katedrę psychjatri uniwersytetu Stefana Batorego. Wybór Radziwiłłowicza nastąpił jednogłośnie. Prof. Radziwiłłowicz, jeden z najenergiczniejszych i najruchliwszych uczonych naszych, posiadający obok rozległej wiedzy teoretycznej doświadczenie praktyczne, inicjatywę i zmysł organizacyjny, daje gwarancję że klinika psychjatryczna wileńska zakwitnie pełnem życiem, na pożytek nauki i chorych.

Redakcja Nowin Psychjatrycznych wyraża niniejszem prof. Radziewiłłowiczowi, swojemu cenionemu współpracownikowi, jak najserdeczniejsze życzenia wszelkiej pomyślności na nowym posterunku.

= Dr. med. Januszewski Wacław z Wilna, objął stanowisko asystenta w Krajowym Zakł. Psych. Dziekanka w dniu 8. 4. 26.

= Dr. med. Oberc Stanisław ze Lwowa, objął stanowisko asystenta w Kraj. Zakł. Psychjatr. Dziekanka w dniu 28. 4. 26.

= Dr. med. Sągin Kazimierz, asystent Kraj. Zakł. Psychjatr. Dziekanka, opuścił stanowisko dnia 1. 11. 26.

= Dr. Siemionkin Mateusz, prymarjusz Państwowego Zakładu w Kobieszynie, objął stanowisko prymarjusza Zakładu Psychjatrycznego w Lublińcu.

EMIL KRAEPELIN

† 7. X. 1926.

NIE ŻYJE. UMARŁ — PRZEŻYWSZY LAT 70 — WYBITNY MĄŻ NAUKI WIELKICH ZASŁUG, KTÓREGO NAZWISKO NIEROZERWALNIE ZWIĄZANE JEST Z ROZWOJEM I POSTĘPEM NOWOCZESNEJ PSYCHJATRJI KLINICZNEJ. OD 30 LAT PSYCHJATRZY CAŁEGO ŚWIATA UWAGĘ SWOJĄ MIELI SKIEROWANĄ KU NIEMU I Z WIARĄ PRZYJMOWALI KAŻDE SŁOWO, KTÓRE MISTRZ MONACHIJSKI GŁOSIŁ EX CATHEDRA. ACZKOLWIEK CIERPIĄCY, NIE USTAWAŁ W PRACY I JESZCZE 3 DNI PRZED ŚMIERCIĄ NAPISAŁ PRZEDMOWĘ DO 2 TOMU IX WYDANIA SWOJEJ „PSYCHJATRJI", A W OSTATNIEJ CHWILI DYKTOWAŁ INSTRUKCJE I WSKAZÓWKI DLA INSTYTUTU DO BADAŃ PSYCHJATRYCZNYCH, KTÓREGO BYŁ TWÓRCĄ — I ODSZEDŁ MIĘDZY NIEŚMIERTELNYCH.

NADESŁANE.

Okazał się zeszyt IV. Rocznika Psychjatrycznego, organu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Redaktor: prof. dr. Jan Mazurkiewicz, wydawca: dr. Józef Handelsman. Zeszyt zawiera prace: W. Sterlinga — O odrębnej postaci zamroczenia hysterycznego, występującej w okresie budzenia się ze snu, i o związku jej z letargiem i narkolepsją, W. Łuniewskiego — Przypadek pozbawienia trojga ludzi życia z motywów urojeniowych. Z. Messinga i F. Wicherta — Przyczynek do sprawy anatomicznej lokalizacji afektów i ich zaburzeń, W. Sterlinga i J. Handelsmana — Typ konstytucjonalny przedwczesnej dojrzałości płciowej, Z. Kamińskiego — Kilka uwag w związku z metodą „badania oporu" Abramowskiego, oraz: M. Bornsztajna — Przemówienie z powodu jubileuszu Zygmunta Freuda; pozatem: kronikę psychjatryczną, i sprawozdanie z VI. Zjazdu Psychjatrów Polskich.

Opuścił prasę tom IX. Neurologji Polskiej, organu Warszawskiego Tow. Neurologicznego. Redaktor: J. Koelichen, wydawcy: W. Jarecki i T. Jaroszyński. Zawiera prace: E. Flataua — O objawach mózgowych w gruźlicy podstawy, czaszki, dr. Henryka Higiera — Z kliniki rzadszych postaci otępienia, we wczesnem dzieciństwie nabytego, p. Łucji Frey — Przypadek tętniaka splotowatego rdzenia, W. Sterlinga — Palilalja jako objaw parkinsonizmu w nagminnem letargicznem zapaleniu mózgu, W. Tyczki — objawy neurologiczne występujące w związku z odmą, G. Bychowskiego — Odruchy położenia i ustawienia i indukcją ruchów; dalej Sprawozdanie z posiedzenia naukowego Warsz. Tow. Neurologicznego, oraz przegląd bibljograficzny.

„Wychowanie Fizyczne" kwartalnik, poświęcony higienie szkolnej kształcenia cielesnemu w domu, szkole, armji i stowarzyszeniach, red. nacz. Prof. Uniwers. W. Piasecki, Poznań 3, Chełmońskiego 20. Opuścił prasę nr. 4. rocznika VII, który zawiera m. in. artykuły: Dra. T. Drubczyka — O rozwoju fizycznym abiturjetów gimnazjalnych, prof. Pandlewskiego — O epidemji szkarlatyny, kpt. Jungrawa — O wych. fiz. i sporcie w Finlandji, por. Ciepiolowskiego — O pięcioleciu Centr. Szk. Gimn. i Sport. w Poznaniu, kpt. Barana — O sporcie polskim, dalej oceny nowych książek polskich i obcych, streszczenia, sprawozdania z towarzystw, instytucyj i zjazdów, z ruchu ćwiczebnego, ustawy, rozporządzenia i przepisy, notatki bibljograficzne, na mównicy, kronika.

Ukazał się Nr. 4 „Szkoły Specjalnej", kwartalnika poświęconego sprawom wychowania i nauczania anormlnych (organ Sekcji Szkolnictwa Specjalnego Związku P. N. S. P.).

Na treść Nr. 4. składają się bardzo ciekawe artykuły, a mianowicie: Dr. M. Grzegorzewska — Struktura psychiczna t. zw. „zmysłu przeszkód" niewidomych. Dr. M. Frmer — Różne postacie i przyczyny upośledzenia umysłowego. M. Więckowska — Badanie dzieci głuchoniemych metodą Herderche'go. W. Szuman — Wychowanie dzieci przestępczych w Belgji. Prócz tych artykułów zeszyt obejmuje kronikę krajową i zagraniczną szkolnictwa specjalnego, oraz sprawozdanie z literatury psychopagogicznej w tej dziedzinie.

SPROSTOWANIA.

W referacie A. Piotrowskiego „Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim", w Nowinach Psychjatrycznych 1926, II., str. 69, wymieniono mylnie Zakład Psychjatryczny w Rybniku między zakładami nie posiadającymi własnej roli. W rzeczywistości do Zakładu rybnickiego należy 1120,97 morgów magdeburskich. Zakład w Rybniku utrzymuje także szkołę dla matołków, w której obecnie znajduje się 69 dzieci.

Str. 85 napisano	winno być
SPIELBAUM	SZPIDBAUM

SKOROWIDZ AUTORÓW.

(Liczby tłustym drukiem, oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen).

Agostini 201. Andrieux 81. Andry 202. Apathi 101. Ariens - Kappers 159, 160. Artwiński **179.** Babiński 163. Balduzi O. 57, 64. Baracz **109.** Barany 163. Barré 154. Bateson 159. Bełkowski 104. Benon R. 31. Bergson **79,** 199. Beriel 144. Bertolini 153. Berze J. **191.** Bielawski **3,** 31, 37, 43, 60, 64, 66, **93,** 115, **116,** 118, 198. Bing R. 64. Blarings 81. Bleuler 118, 169, 194, 199, 212. Blüthówna 175, 212. Bolka 157. Bonasera G. **18.** Borgherini 145. Bremer 157. Briand M. 32. Brissot M. 32. Brok 153. Brokowski S. 206. Brunowa M. **83** Brzezicki E. **157.**

Cestano 18. Charcot 202. Chaslin 199. Choroszko R. 204. Ciechanowski 104. Claude 144, 199. Cramer 192. Cruchet 164. Czekanowski J. **82,** 88, **136.** Czuber 85.

Daday M. **196.** Dana 145. Danielopol 146. Darkszewitch 204. Dejérin 18. Depius-Dutemps 144. Dobrowolska **100.** Domaszewicz **109.** Dorere 145. Edinger 158, Ernst 105. Escudera 146, 147.

Falkowski 59, 64. Falter 33. Ferraro 145, 146, 147. Fischer 81, 108, 179. Foix 201. Foster 189. Francioni 144. Frank 155. Freud 195, 214. Fuller 108.

Gabbi 144. Gardère 144. Gawroński J. **30, 98, 101, 123.** Giesecke 81. Girardi 144. Goldstein 157. Gradziński A. **179.** Grote 152. Gruenewald 153. Grzywo-Dąbrowski **209.** Guillain 144. Guizetti 153.

Haarer 85. Hammond 202. Handelsman 100, **210.** Henckel 91. Homburger 211. van der Horst 85. Hunt 163, 164.

Jakob 145. James 101, 110. Janowski 1. Janusz W. **104.** Jarasz A. 81. Jarkowski 164. Jung 195.

Kaczorowski 205. Koller A. 188. Koy 153. Krafft-Ebing 33. Kraepelin 169, **191,** 199, Kretschmer 87, 90, 91, 152, 194 , 212. Kurell 202.

Lagriffe L. **189.** Laignel-Lavastine 144. Lamarck 80. Lehomme 201. Leszczyński 109. Lewkowicz K. **175.** Lewy 144. Lhermitte 144, 153, 201. Linden 81. Linki 192. De Lisi 144, 153, 154. Litwak 144. Luzatti 155. Lyon 204. Łokszina E. **34.** Łuniewski W. **94.**

Marguglio D. **200, 143.** Margulies 192. Marie 144. Marinesco 27, 144, 154. Martin R. 85. Markon 153. Markuszewicz **213.** De Massary 144. Masselon 199. Matecki W. **85.** Mazurkiewicz J. 84, 211. Maige 153. Meyer 91. Miklaszewski B. 205. Milizyna **204.** Mingazzini 202. Minkowski 198. Mochi **193.** Monakow 202. Munz 85.

Naegeli 84. Negro 144, 154. Nikitin 204. Nilson E. 81. Nowicki 105.

Ollier 27. Oppenheim 18, 108. Orzechowski 119.

Patten 158, 159. Pearl R. 190. Pick 192. Pinel 183. Pieńkowski 119. **214.** Piotrowski A. 32, **35,** 36, 57, 58, 59, 64, 65, **67, 91,** 94, **110,** 115, 117, 183. Pipper 85. Plaut 104. Ponticaccio 144. Porot 144. Pręgowski **203, 204.**

Radziwiłłowicz 10, 184, 207. Reimann 115, 116. Ricci 153, 154. Rijnberg **157,** 163. Robbethga 81. Rodiet A. **198.** Von Rohden 91. Rosiński B. 140. Rssi 144. Roszkowski 205. Rożkowski H. **169.** Rychliński **217.**

Sachs 101. Sammartino 155. Salmon 201, 144, 145, 153. Sanguinetti 201. Santangelo G. 143. Santonelli 153. Sargo 153. Sągin K. **57.** Scherington 163. Schiff 27. Schlesinger 152. Seligmueller 202. Serejski M. **200.** Siemionkin 60, 64. 117. Simchowiecz 108. Sioli 91. Specht 192. Spielbaum H. **58.** Staering 192. Stahra 105. Standfuss 81. Stern 59, 64, 85, 152. Stransky 199. Storch E. 101, 127, 129. Szymański **205.**

Tilney 158, 159, 160. Tomas 18. Tower 81. Tretiakoff 201. Tripi **201,** 202. Tucker 155.

Verga 201. Verger 164. Vilmorin 1.

Walace 84. Weissenfelg 91. Weissman A. 84. Westergard 190. Wernicke 195. Weygand 199. Wiechowski 179. Willebrand M. W. **187.** Wizel 169, **211.** Wieczorek **214.**

Youle 85.

Załęski E. **80,** 81.

SKOROWIDZ MATERJAŁU.

(Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen, omawiające odnośny materjał.)

Adiadochokinesis 163.
Afektywna dyspozycja 192.
Akineza 164.
Alkoholizm 34, **184 187 188 189, 191 205**
Ambiwalencja 92 (określenie), 91, 212
Amfotonja 145. (określenie) 148, 152.
Amfohypertonja 146.
Amfohypotonja 146.
Anosmia 158.
Antagonistyczny odruch palców stopy 59.
Aparat błędnikowy 163.
Apercepcja 193.
Apraksja 195.
Ataxia haereditaria **18.** (objawy).
Atetoza **201,** 202, 203.
Archiparencephalon 160.
Autyzm 91, 92, 199. 212.

Bezład dziedziczny 18 (objawy).
Biologiczne podstawy rozwoju dziecka **98.**
Biometryczny kierunek badań nad dziedzicznością 136.
Bradykardja 147, 148, 149, 151.
Bradykineza 148, 151, 201.
Bradylalja 147, 151.
Bredzenie 204.
Bredzenie drżenne 34.

Choroba Friedreich'a 18, 22 (patogeneza zmian kostnych); 22 (teorja zwrotna); 27.
Choroba Wilson'a 59.
Chorea 201.
Chorea Huntingtoni 63.
Chromomery 81.
Chromozomy 81.
Cerebellum bulbare 160, 161, 162.
Cerebellum iugale 160, 161, 162.
Ciałka prążkowane 144, 164, 201.
Ciąża 209 (przerwanie jej).
Crossing over (nadkrzyżowanie) 81.
Czucie dotykowe 20. 215.
Czucie topograficzne 20.

Debilitas 32, 173.
Degeneracyjne cechy 90.
Déjà vu 197.
Dementia 91, 192, 199, 200.
Dementia praecox 169, 199.
Dermografizm 146, 147, 148, **149.**
Dezagregacja 212.
Droga myosensoryczna 129.
Drżenie włókienkowe 20.
Dziecięce porażenie mózgu 59, 63.
Dziedziczność **80, 82,** 83, 84. (a choroby psychiczne); **136.**
Dziedziczne zmiany 71 (warunki).
Dyspozycja afektywna 192.
Dystroficzne zaburzenia w kościach 27.

Encephalitis 63, 144, 147, 148, 149, 155.
Encephalitis lethargica 60, 145, **210.**
Epilepsia 63, 93, **204.**
Epilepsia Jackson'a 180.
Epilepsia larvata 32.
Ekshibicjonizm 211.

Globus pallidus 144, 152.
Genetyczny kierunek badań dziedziczności 136.
Genotyp 82.
Gniazda spongioblastów 216.
Grudki martwicze 108.

Halucynacja 32.
Hebefrenja 92, **93, 117, 118, 119.**
Hemiatetoza 202.
Histerja 111.
Homo alpinus 91.
Homo dinaricus 91.
Homo nordicus 91.
Hydromyelia 214.
Hypotonja 144, 145, 163.
Hyposympatykotonja 152.
Hyperkineza 164.
Hypertonja 144, 145, 148, 163, 201, 203.
Hypertrofja mięśni 202.
Hyperrefleksja 64.
Hypnoza **3.** (określenie); **5** skutki; **12.**

Jamistość rdzenia **214,** 215, 216.
Jasnowidzenie 196.
Jądra czepcowe 163.
Jądra podstawowe 118, 203.
Jądra podkorowe 157, 164.
Jądra soczewkowate 200, 203.

Idjotyzm 63.
Impulsywność 212.
Intelekt 211.
Inteligencja 199.

Intermisja 33 (określenie).
Instynkt 199.

Katatonja 60, 92, **93**, 117 (określenie) 118, 119, 211.
Kiła układu nerwowego **179**, 180.
Kodeks Napoleona 9 (art. 64), 33 (a lucida intervalla) .
Kodeks Justynjana 32.
Kodeks Karny **3**.
Kodeks Karny rosyjski 95 (§ 39).
Komory mózgu 175, 176.
Komórki palidalne 262.
Komórki Purkini'ego 162.
pla 202.
Kompleks amyostatyczny Strümpla 202.
Kora mózgowa 108, 118, 154, 164, 202, 203.
Koncepcja toksyczna 93.
Konstytucja schizoidalna 84.
Konstytucja syntoniczna 84.
Konstytucyjne typy 88.
Korrelacja 88 (wzór do obliczeń).
Kryza Widal'a 93.

Lamarck'a teorja 81.
Locus niger 152, 201.
Lucida intervalla a Kodeks Napoleona 33.
Lucida intervalla 33 (rodzaje).

Manjakalno-depresyna psychoza 83, 93
Marzenia 212, 213.
Melancholja 92.
Melancholja attonita 117, 118 (określenie).
Melancholja passiva 117, (określenie): 118.
Mendla prawa 82, 83 (ocena ich), 136, 137, 141.
Meningitis epidemica **175**, 176.
Meningomyelitis 180.
Metoda antylamarkizmu 71, 81, 82.
Metoda genetyczna 31.
Móżdżek **157**, 160, 161, 162, 163.
Moral insanity 211.
Mutacja 82.
Mydriasis 147, 148, 149,
Meylitis haemorrhagica 60.
Myosis 149, 150, 151.

Nadkrzyżowanie 81.
Nadnercze 153.
Narząd mięśniowy, a świadomość **123**.
Negatywizm 212.
Neoparencephalon 162.
Neostratum 202.
Neurastenja 203.
Neurotonus 143, 146, 154.
Niepoczytalność 11, 110.
Nieprzytomność 10.
Nucleus ruber 163.

Objaw Babińskiego 59, 60, 215.
Objaw Erbena 146, 147, 148, 149.
Objaw Gordona 60.
Objaw hebefreno-katatoniczny 117.
Objaw Mendel- Bechterewa 59, 60.
Objaw Oppenheima 59, 60.
Objaw Piotrowskiego **57**, 59, 60, 63, 64.
Objaw poencefalityczny parkinsonizmu 119.
Objaw Rossolimo 60.
Objaw Struempla 60.
Objaw źreniczny Loewe'go 146, 147, 148, 149.
Odczyn czarny Buscaina 93.
Odruch antagonistyczny palców stopy 59.
Odruch kostki zewnętrznej **57** (zasada i sposób wykonania), 58, 64.
Odruch oczno-sercowy 146, 148, 149.
Odruch Piotrowskiego 58, 60, 63, 64, 88 (zasady i metody).
Oligofrenja **169, 173.**
Ontogeneza 99.
Opieka nad psychicznie chorymi **94, 67**
Opony mózgu 106, 175.
Oprzytomnienie 33 (stany).
Opuszka 145.
Organ zmysłowo-ruchowy 124.
Orzeczenie sądowo-lekarskie 31, (forma i treść).
Osobowość psychopatolog. w schizofrenji **91.**
Ośrodki mezencefalityczne 201.
Otępienie 91, 199.

Padaczka (patrz: epilepsia).
Paleoparencephalon 161.
Paralelizm 194.
Paranoia 193.
Parafrenja 192, 170, 173.
Parapareza 202, 215.
Paraplegia spastyczna 21.
Paralysis progressiva 63, 180, **214.**
Paralysis cerebralis infantidis 63.
Parasympaticotonja 152.
Parestezja 215.
Parkinsonizm 117 (określenie), 119, 144, 145.
Pedagogja 30 (główne własności).
Pedologja 102, 131.
Percepcja 197.
Pignet'a wskaźnik 89.
Poczytalność 9 (określenie).
Pole refleksogenne objawu Piotrowskiego 63, 64.

Porażenie drżenne 200.
Poronienie 209, 210.
Poliomyolitis anterior 27.
Poznanie 195.
Prawo Mendla 82, 83, 136, 137, 141.
Prawo regresji Clastona w dziedziczności 137, 140.
Prawo Volstadt'a 187.
Promienica oczodołu 110.
Przestrzenie podpajęczynowe 175, 176.
Przeżycie 99 (określenie).
Przymus 9 (kiedy zachodzi).
Przysadka mózgowa 153.
Psychologja **193**, 194, 195, 200, **207**.
Psychoanaliza 213.
Psychopatja **110**.
Psychoza **169**, 214.
Psychoza perjodyczna 33.
Psychoza bolesna (dolorosa) 117, 118, 119.
Psychoza manjak.-depr. 83, 93, 212.
Psychoza reaktywna 110.

Refleks wegetatywny **200**.
Refleksogenne pole objawu Piotrowskiego 63, 64.
Retrolentykularna torebka wewnętrzna 202.
Rola wątroby w zachorzeniach psychicznych **34**.
Rozkajarzenie myślowe 212.
Rozprężenie schizofrenijne 200.
Rzeczywistość 130.

Schizofrenja 34, 60, 63, **84**, **91** (pojęcie), 93, **116**, 117, 119, 169, 173, **198**, 199, 200, 203, **211**, 212, **213**.
Schizofrenja paranoidalna 191.
Schizofrenja poronna 211, 212.
Schizoid 211.
Schizomanja Claude'a 213.
Scleroris lateralis amyotrophica 60.
Sclerosis mózgu Westphal-Struempla 63, 201.
Sclerosis multiplex 63.
Selekcja 82, 139.
Śpiączka letargiczna 60, 145.
Śpiączka nagminna 200, 201.
Sprawozdanie z Zakładu Dziekanka 35
Sprawozdanie z Zakładu Kochanówka 120.
Sprawozdanie z Zakładu Drewnica 217.
Stan poencefalityczny 34, **143**, 152.
Stan hypnozy 3.
Stan hypomanjakalny 211.
Stan niepoczytalności 15.
Status degenerativus 90.
Symptom hypertonji mięśniowej 201.
Syndron motoryczny 201.
Syndron poencefalityczny 200, 201.
Symulacja 114.
System nerwowo - wegetatywny 143, 146, 152, 154.
System paleokinetyczny 157.
System parasympatyczny 144, 154, 155
System pozapiramidalny 157, 164.
System sympatyczny 144, 154, 155.
Świadomość **101** (rozwój), 105, **123**, 125, 212.
Sugestja 3 (określenie i cechy), 13.

Tachycardia 147.
Teorja asocjacyjna 194, 208.
Teorja korowa Eulenburga i Hommonda 202.
Teorja Lamarck'a 81.
Teorja „Mneme-Senora" w dziedziczności 80.
Teorja Sander'a (o atetozie) 202.
Teorja zwrotna w morb. Friedreich'a 22, 27.
Toksyczna koncepcja 93.
Tonus systemu nerwowego **143**, 145, 153, 154, 155.
Trichomikoza mózgu (podział anatomo-kliniczny) **104**, 106, 107, 109.
Typy atletyczne 91.
Typy konstytucyjne 88.
Typy leptosomne 88, 89, 90, 91.
Typy pikniczne 88, 89, 90, 91.
Typy psychofizyczne Kretschmera **85**.
Turmschaedel 90.

Urojenia 32, 212, **213**.
Urojenia aluzyjne 193.
Urojenia odnośne **191**, 192, 193.
Urojenia wykładne 193.
Ustawa karna austrjacka 11, 12 (§ 3).
Ustawa karna szwajc. 10, 11 (§ 14).
Uwaga 100 (badanie jej), 101, 214.

Wagotonja 144, 145, 148, 149, 154.
Wątroby rola w schorzen. psychicznych **34**.
Węzły podkorowe 211.
Wiąd rdzenia **179**, 180.
Wskaźnik Pignet'a 89.
Wychowanie dzieci 31.
Wzgórza wzrokowe 201, 202.

Zaburzenia dystroficzne kości 27.
Zaburzenia świadomości 12.
Zarazek wścieklizny 205.
Zespół Morvan'a 214.
Zjawisko dziedziczności 80.
Zmanierowanie 212.
Zwoje podstawowe 203.
Zwyrodnienie psychopatyczne 211.

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 IV. 1927
DZIEKANKA

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

WSPÓŁPRACOWNICY:

DR. BONASERA — PALERMO, PROF. DR. BUSCAINO — CATANIA, DYR. DR. CYRAN — LUBLINIEC, PROF. DR. GANTKOWSKI — POZNAŃ, DR. GAWROŃSKI — DZIEKANKA, DYR. DR. ŁUNIEWSKI — TWORKI, DR. MINKOWSKI — PARYŻ, PROF. DR. RADZIWIŁŁOWICZ — WILNO, DR. SIEMIONKIN — LUBLINIEC, DYR. DR. SIWIŃSKI — KOCHANÓWKA, DR. STAWIREJ — KOCHANÓWKA, DR. SWIETŁOW — KOCBOROWO, PROF. DR. ST. WŁADYCZKO — WILNO, DR. WIZEL — WARSZAWA

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

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH" T. A. w GNIEŹNIE



Dr. Med. ROMAN ZAGÓRSKI
Dyrektor Państwowego Zakładu dla Umysłowo Chorych
w
Kulparkowie.

Dr. ROMAN ZAGÓRSKI.

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Niepowetowaną stratę poniósł wschodnio-małopolski Zakład dla psychicznie chorych w Kulparkowie. — Dnia 27. lutego zmarł jego zasłużony Dyrektor Dr. Roman Zagórski — zmarł w sile wieku po kilkudniowej zaledwie chorobie. — Niespodziewana śmierć Jego okryła bolesną żałobą cały Zakład, który w Zmarłym stracił znakomitego kierownika, serdecznego ojca i opiekuna chorych.

Ś. p. Dr. Roman Zagórski, urodzony we Lwowie w r. 1875, ukończył studja lekarskie w r. 1901 na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. W tymże samym roku wstąpił na praktykę lekarską do szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie na oddziale Dr. Sawickiego począł się kształcić w psychjatrji. — W r. 1902 objął posadę lekarza w krajowym podówczas Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie. — Z młodzieńczym zapałem oddaje się tu niewdzięcznej pracy zawodowej, dając się odrazu poznać jako niezwykle inteligentna i utalentowana siła. — Były galicyjski Wydział Krajowy wysyła go jako stypendystę zagranicę, gdzie śp. Zmarły kształcił się u Prof. Kroeppelina w Monachium i na klinice paryskiej. — W r. 1919 Wydział Krajowy, uznając Jego niezwykłe zdolności organizatorskie i głęboką wiedzę fachową powierza Mu kierownictwo Zakładu w Kobierzynie — zakładu wprawdzie nowo-wybudowanego, ale zniszczonego wojną. — Dzięki wytężonej pracy, Zakład ten postawił śp. Dr. Zagórski na najwyższym poziomie lecznictwa psychjatrycznego, stawiając sobie trwały pomnik twórczej i pełnej poświęcenia pracy —

Lecz nie koniec Jego trudom, nie dozwolonem Mu było spocząć na laurach w ukochanym przez siebie Kobierzynie: posłuszny wezwaniu swej władzy obejmuje w r. 1925 kierownictwo Zakładu kulparkowskiego. Zakład ten o przestarzałych urządzeniach i tradycjach, przytem w wysokim stopniu zaniedbany — wszedł dzięki Jego nieugiętej woli, już po dwóch latach wytężonej pracy — na drogę istotnej i trwałej poprawy. Nie sposób wyliczyć całego dorobku Jego poczynań: wspomnę tu tylko o przeprowadzeniu racjonalnej segregacji chorych, zniesieniu wszelkich środków krępujących, zaprowadzeniu całego szeregu warsztatów pracy dla chorych, skutkiem czego procent chorych pracujących wzrósł szybko z 15 do 50, z tendencją do dalszego wzrostu, zapewnieniu chorym należytej opieki przez gruntowną reorganizację służby pielęgniarskiej, odbudowie zniszczonych budynków, zaprowadzeniu w miejsce naftowego — światła elektrycznego. — Z jaką energją, z jakim zapałem pracował śp. Zmarły ponad swe siły, świadkami byli w pierwszej linji Jego koledzy lekarze zakładowi, którzy porwani Jego dobrym przykładem ochotnie, mimo ciężkich warunków, byli Mu pomocni w Jego żmudnej pracy. Bo też potrafił ich ująć ukochany Dyrektor swemi rzeczywiście niezwykłemi zaletami charakteru. Jego takt, dobroć i wyrozumiałość, Jego żywe zainteresowanie się i odczucie potrzeb kolegów — kazały lekarzom widzieć w Zmarłym nie surowego zwierzchnika, a tylko starszego, idealnego kolegę, do którego w każdej chwili można się było zwrócić z całem zaufaniem.

Taką samą miłością i szacunkiem cieszył się Zmarły i u innych podwładnych Mu funkcjonarjuszy, a zwłaszcza u chorych powierzonych Jego opiece, a wyrazem tej miłości był szczery i powszechny żal, jaki pozostawił po sobie u wszystkich, którzy mieli z nim jakikolwiek kontakt.

W Zmarłym traci polska psychjatrja jednego z najtęższych swoich przedstawicieli, a społeczeństwo wybitnego obywatela.

CZEŚĆ JEGO PAMIĘCI!

Dr. Jan Fox.

DR. MED. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

DROGI I BEZDROŻA PSYCHJATRJI SPÓŁCZESNEJ

KRYTYKA I PRÓBA SYNTEZY.

Według wykładu wstępnego przy objęciu Katedry psychjatrji w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

Łaskawi Słuchacze!

Jest moją osobistą potrzebą zanim przejdę do omawiania zagadnienia, które nas tutaj zgromadziło, uczcić pamięć Tego, kto poprzedzał mnie na tej katedrze.

Ś. p. Prof. Antoni Mikulski żyje w naszej pamięci, jako wspomnienie o człowieku szlachetnym, gorącym patrjocie, zasłużonym działaczu społecznym, niestrudzonym badaczu w dziedzinie wiedzy, którą szczególnie umiłował. Zgasł w sile wieku, z niewątpliwą stratą dla społeczeństwa i nauki, zdążywszy zaledwie założyć podwaliny pod swą pracę pedagogiczną na tej katedrze.

Wyjątkowo pracowity, utalentowany pisarz do ostatniej chwili w pracy nie ustawał i tylko śmierć przedwczesna wytrąciła Mu pióro z kostniejącej dłoni przy korekcie ostatniego arkusza książki, będącej, w pewnej mierze, syntezą Jego działalności naukowej. Pozostawił po sobie dorobek znaczny na niwie, na której pracował, ceniony przez spółczesnych, mógł nie bez pewnej dumy powiedzieć o sobie w chwili zgonu „non omnis morior".

CZEŚĆ JEGO PIĘKNEJ PAMIĘCI!

Wykład wstępny jest dla każdego nowomianowanego profesora chwilą ważną i poważną. Ma przed Tymi, którzy go na to stanowisko powołali, usprawiedliwić, poniekąd, dokonany wybór, ma złożyć przed Nimi akt swej wiary naukowej.

Sądzę, że, poruszając zagadnienie drogi i bezdroży psychjatrji spółczesnej, zdołam może najłatwiej wywiązać się z zadania, stojącego przedemną.

Psychjatrja, w stosunku do innych dziedzin wiedzy lekarskiej, zajmuje stanowisko odrębne. Jeżeli w innych dziedzinach wiedzy materjałem doświadczalnym, z którego drogą metodycznego przemyślenia

zostaje urabiana treść nauki, jest doświadczenie zewnętrzne, zjawiska dostrzegane od zewnątrz, w psychjatrji zasadniczem źródłem naukowego poznania jest doświadczenie wewnętrzne, wewnętrzne przeżycia psychicznie chorych, dostrzegalne zewnętrznie tylko w nieznacznej mierze i częściowo. Jakkolwiek niewątpliwie pewne zjawiska cieleśne stanowią również przedmiot psychjatrycznego badania, gros naszego materjału naukowego dostarcza nam, podobnie jak w psychologji, introspekcja, t. j. postrzeganie własnych stanów świadomości, z tą różnicą, że w psychologji introspekcji dokonywa badacz, a w psychjatrji badany.

Własne przeżycia psychiczne chorego, w tej postaci, w jakiej rzeczywiście zachodzą, nieskażone w niczem przez aprioryczne poglądy badającego, zaobserwowane i odtwarzane przez samych chorych, a które my następczo układamy w kategorje psychjatrycznej klasyfikacji, stanowią nasz zasadniczy materjał naukowy.

Introspekcja jest dla psychjatrji nietylko dostarczycielką naukowego materjału, jest czemś więcej, jest sprawdzianem jej teorji i doktryn, jest pionem według którego jest oceniana wartość każdego teoretycznego ujęcia. Teorja w psychjatrji jest i nie może być niczem innem, jak tylko uogólnieniem doświadczalnych faktów. Wyrasta z doświadczenia i powraca do doświadczenia po stwierdzenie słuszności swych uogólnionych wywodów. Teorja nie jest nadrzędna doświadczeniu, lecz jest mu podrzędna. Doświadczenie w stosunku do teorji posiada znaczenie rozstrzygające, stanowi dowód, wobec którego muszą ustąpić wszystkie teoretyczne rozumowania. W psychjatrji, podobnie jak w innych naukach przyrodniczych, obowiązuje zasada „contra experimentum nullum argumentum", przyczem fakt„ że tutaj doświadczenie jest wewnętrzne w niczem nie zmniejsza słuszności samej zasady.

Jest to kierunek i stanowisko empiryzmu radykalnego (James) czy fenomenizmu (Renouvier), określane u nas czasami nieściśle, jako fenomenalizm i wiązane niesłusznie, bo niedostatecznie zasłużenie, z nazwiskiem Jaspersa.

Temu kierunkowi hołduję i na tem stanowisku stoję.

W psychjatrji panuje ogólne dążenie oparcia symptomatologji na podstawie psychologicznej. Dążenie najzupełniej słuszne. Wszelki chorobowy objaw psychiczny jest zboczeniem z drogi prawidłowego rozwoju duchowego i może być najlepiej badany na podłożu przedstawiającem rozwój normalny, t. j. na podłożu psychologicznem. Chodzi tylko o to, ażeby podłoże, jeżeli ma służyć za pdstawę psychjatrji jako nauce przyrodniczej, opartej na doświadczeniu, było również przyrodnicze, oparte na doświadczeniu. Niezawsze tak jest.

W psychologji, głównie niemieckiej, panuje nieomal wszechwładnie doktryna asocjacyjna, przenika z niej do psychjatrji i przepaja ją, jak woda gąbkę.

Doktryna jest nieprzyrodnicza, a przytem ciasna.

Zamiast w sposób ścisły obserwować fakty doświadczalne, opisywać je i poddawać rozróżnianiu, buduje ich, jakoby, odpowiedniki w sposób sztuczny, z wytworzonych przez siebie nieistniejących w rzeczywistości elementów oddzielnych, wyobrażeń, i podaje je za wyniki doświadczenia. Zapoznaje warunki fizjologiczne, w których zachodzą zjawiska psychiczne, uważa je za rzeczy same w sobie, niezależne od warunków ustroju. Pozostawia całe dziedziny życia duchowego poza nawiasem badania, ponieważ nie mieszczą się w granicach doktryny. Dla psychologji asocjacyjnej nie istnieje podświadomość, ponieważ nie tworzą jej wyobrażenia. Co ważniejsze, nie istnieje dla niej podmiot, stanowiący kamień węgielny wszelkiej budowy psychjatrycznej; niema dla niego również miejsca w kompleksie skojarzonych wyobrażeń.

Jaźń, t. j. podmiot w doświadczalnej postaci, jest niewątpliwym faktem psychologicznym, najbardziej bezpośrednią daną doświadczenia.

Nie może nie być dla jaźni miejsca w nauce, która chce być nauką przyrodniczą, opartą na doświadczeniu.

Jaźń jest jądrem krystalizacyjnem mgławicy psychicznej, jest struną grzbietową organizacji psychicznej. Bo pomimo wszelkie podnoszone sprzeciwy, duch, jakkolwiek nie jest organizmem, to pewne, jest czemś niezmiernie organizmu bliskiem, jest pewną postacią życia i nie da się ująć w więzy samych tylko mechanistycznych połączeń. Jest organizacją. Rośnie i rozwija się na podobieństwo rośliny, kiełkującej z nasienia, lub na podobieństwo ustroju, powstającego z zarodka. Badania spółczesne wydobywają coraz bardziej ustrojowy, organiczny charakter jaźni. Coraz więcej uwagi i miejsca w obecnej pracy naukowej poświęca się sprawie konstytucji psychicznej. Coraz wyraźniej w umysłowości naszej rysuje się fakt doświadczalny, że pomimo całej zmienności, jaka w życiu psychicznem zachodzi, istnieje zawsze pewien środek czynny, dążący stale do sprowadzenia wszystkiego do jednego, swojego mianownika, że istnieje zawsze pewne zwarte jądro wewnętrzne, które jakkolwiek samo ulega przeobrażeniom, jakie rozwój ze sobą przynosi, nie przestaje być pewną jednią, pewną zborną całością, krzepnącą coraz bardziej w charakterze coraz wyraźniejszej jednolitości wewnętrznej. W doświadczeniu rysuje się jako najgłębsza istota psychiki, jako najbardziej czynny jej składnik, jako czynnik, dokonywający wyboru w nastręczającym się materjale myślowym, jako

źródło wysiłku i uwagi, jako ośrodek skąd wypływać się zdają nakazy woli i kierownictwo postępowaniem. Jest czynnikiem, który przyjmuje i odrzuca. Jest siedliskiem zainteresowania, jest pośrednikiem pomiędzy odbiorczą i oddawczą fazą działalności psychicznej. Jest najbardziej stałym pierwiastkiem ducha, ulega zmianom i przeobrażeniom przez przyswajanie i wprowadzanie do jaźni duchowej doznawań płynących potokiem świadomości, lecz w doświadczeniu przedstawia się jako jądro stałe, przeciwstawiające się zmienności i niestałości, cechującej w ogólności życie duchowe(„James"). Tylko choroba psychiczna jest w stanie tę jednię zmóc i sprowadzić rozkład w spoistości wewnętrznej jaźni. Jaźń opiera się wytrwale przejściowym zaburzeniom psychicznym. Chorobliwy rozstrój psychiczny jeszcze jaźni nie narusza. Dopóki trwa wewnętrzna jej zwartość niema jeszcze choroby psychicznej. Dopiero kiedy jaźń sama ulegnie rozkładowi, kiedy zaczną rysować się wiązadła jej budowy, mamy prawo mówić o człowieku, że jest psychicznie chory, że przestał być sobą, że stał się sobie samemu obcy, że jest alienatus a se.

Jaźń zatem jest nietylko podstawowym doświadczalnym faktem psychologicznym, lecz jest normą oceny psychjatrycznej, wykreśla granicę, od której zaczyna się psychjatryczny fakt choroby psychicznej.

Dlatego psychologja asocjacyjna, odrzucająca jaźń, nie może być podłożem właściwem badań psychjatrycznych, może prowadzić je tylko na bezdroża.

Pozatem, doktryna asocjacyjna, skupiając niepodzielnie całkowitą uwagę psychjatry na samych tylko sprawach psychicznych, traktująca je jako sprawy same w sobie, niezależnie od ustroju, w którym zachodzą, odciąga myśl psychjatryczną od zjawisk cielesnych, jako warunków fizjologicznych spraw psychicznych. Wytwarza się w ten sposób jednostronność, która nie może nie odbić się ujemnie na działalności psychjatry w ogólności, a w szczególności na jego działalności jako lekarza.

Zaburzenia psychiczne są zasadniczym objawem choroby psychicznej, to pewne. Bez zaburzeń psychicznych niema choroby psychicznej; to prawda, lecz zaburzenia psychiczne nie są jedynym wyrazem choroby psychicznej.

Żadna choroba psychiczna nie przebiega bez zmian ogólnych w ustroju, zasada „mens insana in corpore insano" znajduje tutaj całkowite zastosowanie, w szczególności niema choroby psychicznej bez zmian, stałych czy przejściowych, w nowomózgowiu, t. j. w tej części układu nerwowego, która służy zjawiskom wyższego porządku rozwojowego, spra-

wom psychicznym. Wszelkie odchylenia chorobowe od normalnego biegu życia duchowego musimy traktować jako wynikłe wskutek zmian w działalności nowomózgowia. Każda choroba psychiczna jest chorobą mózgową i niema choroby psychicznej bez chorobowych zmian mózgowych. Jakkolwiek w chwili obecnej niezawsze możemy powiedzieć na czem te zmiany polegają, chociaż zakres naszego poznania w tej dziedzinie rozszerza się coraz bardziej, to jednakże posiadamy tak liczne dowody embrjologiczne, porównawczo - anatomiczne, fizjologiczne i patologiczno - anatomiczne, że to stało się dla nas pewnikiem, przy którym stać musimy niezłomnie, jeżeli tryb naszego myślenia ma być przyrodniczy, a nauka, którą uprawiamy, nauką przyrodniczą. Psychologja asocjacyjna, która z założenia zapoznaje tę stronę życia duchowego, nie może stanowić właściwego podłoża badań psychjatrycznych.

Natomiast psychologja traktowana w rzeczy samej, jako wiedza przyrodnicza, t. j. psychologja wolna od wszelkiej metafizycznej przymieszki, czem jest byt psychiczny sam w sobie, jaka jest jego istota, psychologja mająca do czynienia tylko z tem, co może być poznane i sprawdzone drogą obserwacji, psychologja traktowana biologicznie, rozszerzająca do najdalszych krańców fizjologiczne naświetlenie faktów psychicznych, tak pojęta psychologja może i powinna stanowić podstawę psychjatrycznego badania i psychjatrycznej oceny. Cały dział psychjatrji — psychopatologja ogólna — może być najlepiej przyswojoną na podłożu tak pojętej psychologji doświadczalnej.

W psychopatologji szczegółowej, tj. w psychjatrji właściwej, głównie w psychjatrji niemieckiej i pozostającej pod jej nieomal wyłącznym wpływem, psychjatrji polskiej, panuje kierunek zapoczątkowany przez Kräpelina, a którego najwybitniejszym rzecznikiem spółczesnym jest, obok twórcy kierunku, Bleuler.

Kräpelin podzielił psychozy na dwie postacie: uleczalną psychozę manjakalno-depresyjną i nieuleczalną — otępienie wczesne.

Z obserwacji Baillarger'a o „folie à double forme" i Kahlbauma o katatonji i hebefrenji, rozwiniętych dalej, wytworzył Kräpelin doktrynę, która miała uprościć klasyfikację, a przedewszystkiem miała dać psychjatrze w ręce narzędzie, pozwalające mu odrazu, przy rozpoznaniu, na podstawie samego tylko t. zw. przekroju psychicznego, przesądzić z góry także i rokowanie: dobre w pierwszej postaci — złe w drugiej. Stanowiło to clou doktryny. Doświadczenie nie potwierdziło pokładanej nadziei. Klasyfikacja powiększyła się o nowe nozologiczne postacie a rokowanie, przepowiadane na podstawie samego tylko rozpoznania, okazało się zawodne szczególnie w dziedzinie otępienia wczesnego.

Stwierdzono mianowicie, że w pewnej liczbie przypadków, i bynajmniej nie wyjątkowych, w których rozpoznano otępienie wczesne, chorzy, wbrew doktrynie, przychodzili do siebie. Doktryna stała się źródłem niewątpliwej krzywdy tych chorych i samej psychjatrji.

Bleuler próbował naprawić pomyłkę Kräpelina i zastąpił nazwę otępienie, którem przyjęto w psychjatrji określań stany przewlekłe i nieuleczalne, przez ukuty przez siebie termin, schizofrenja, nie zawierający w nazwie pojęcia nieuleczalności choroby, którą oznacza. Uległ natomiast Bleuler czarowi ukutego przez siebie terminu i rozlał pojęcie samo tak szeroko, że objął niem nieledwie wszystkie postacie chorób psychicznych o nieorganicznem podłożu. Nawet dosyć doświadczony psychjatra nie potrafi nieraz odgraniczyć, gdzie u Bleulera kończy się schizofrenja, a zaczyna inna postać psychozy. Nic w tem dziwnego. Bleulera wprowadza w błąd własny jego termin. Schizofrenja znaczy rozkład, rozpad, rozszczepienie, oczywiście jaźni. Dla każdego nieasocjacjonisty wszelka choroba psychiczna jest właśnie rozszczepieniem, rozkładem czy rozpadem jaźni, schizofrenja jest zatem równoznaczna z pojęciem wszelkiej choroby psychicznej i jasne jest dlatego, że Bleuler dopatruje cech schizofrenji t. j. rozpadu jaźni, w każdej nieledwie chorobie psychicznej.

Gdyby Bleuler, podobnie zresztą jak i Kräpelin nie był asocjacjonistą, pogrążonym całkowicie w objaśnianiu wszelkich spraw psychicznych za pomocą zespołów mechanistycznie ze sobą skojarzonych wyobrażeń i uznawał doświadczalny fakt jaźni, którego uznać nie może, bo mu jego istnienie przesłania asocjacjonizm, nie wpadałby na psychjatryczne bezdroża, na które go prowadzi asocjacyjna doktryna i własny termin.

Nie mogę dlatego iść za hasłem, dosyć powszechnem w psychjatrji niemieckiej i polskiej, „że jeden jest bóg Kräpelin, a Bleuler jego prorok“ (jakkolwiek wysoko cenię obu, jako wybitnych klinicystów, którym sam osobiście wiele zawdzięczam) ponieważ doktryny ich są sprzeczne z doświadczeniem.

Psychjatrja oddawna dąży wytrwale do oparcia swej klasyfikacji na zasadzie przyczynowej. Dążenie, zdaje się, z założenia zawodne.

Logiczna zasada przyczynowości, o ile znajduje całkowite zastosowanie w dziedzinie zjawisk fizycznych, w dziedzinie biologicznej, a w szczególności w dziedzinie spraw psychicznych, nie zawsze znajduje potwierdzenie w doświadczeniu. Dwa podstawowe człony zasady: że te same przyczyny wywołują te same skutki, a różne przyczyny

skutki różne oraz, że, z ustaniem przyczyny, ustaje jej skutek, zawodzą w tych dziedzinach.

Doświadczenie uczy, że tam wszędzie, gdzie mamy do czynienia ze zjawiskiem życia, spotykamy się z faktem, że te same przyczyny wywołują skutki różne, a różne przyczyny skutki podobne oraz, że „sublata causa non tollitur effectus". Dzieje się tak dlatego, że jako spółczynnik przyczynowego łańcucha w zjawiskach biologicznych wchodzi zmienny czynnik życia, powodujący zmienność w oddzielnych ogniwach łańcucha i sprowadzający sprzeczność z zasadą przyczynowości. Stąd zawodność każdorazowej próby oparcia klasyfikacji psychjatrycznej na przyczynowej podstawie. Nie inny los czeka, zapewne, i próbę najnowszą: podziału chorób psychicznych na wewnątrz i zewnątrz pochodne. Już potrzeba wprowadzenia trzeciej kategorji, mieszanej, wskazuje na kruchość podstawy podziału. Dalej, pomijając, że na chorobę psychiczną składa się przeważnie niejedna przyczyna, lecz ich szereg, że przyczyna choroby bywa niejednokrotnie nam nieznana, że obserwacja poucza nas, iż choroby pochodzące z tej smej przyczyny mogą różnie przebiegać, że objawy pozornie właściwe jakiejś jednej przyczynie zdarzają się w chorobie, wynikłej z innej przyczyny, podział na przyczyny wewnątrz i zewnątrz pochodne nie bierze pod uwagę zasadniczego czynnika psychjatrycznego: podłoża, na którem czynnik przyczynowy rozwija swą działalność, tj. usposobienia psychopatycznego, zwyrodnienia dziedzicznego i nabytego, które w każdym przypadku sprowadzi różne oddziałanie na działanie czynnika przyczynowego. Pozatem, podział czynników przyczynowych na zewnętrzne i wewnętrzne nie da się tak łatwo przeprowadzić, jak wydawało się to twórcom podziału. Trudno powiedzieć np. czy wydzielina wkrewna, jako przyczyna choroby psychicznej, jest wewnątrz czy zewnątrz pochodna, jeżeli, jak to wykazują badania spółczesne, charakter gruczołów o wydzielinie wewnętrznej musimy przypisywać nietylko narządom zewnętrznym w stosunku do układu nerwowego, lecz także i splotom naczyniastym, wyściółkom komór, glejowi, nawet ziarenkom barwikowym komórek nerwowych.

Całe zagadnienie przyczynowości w psychjatrji sprowadza się właściwie do stwierdzenia faktu istnienia dwóch czynników, powodujących powstawanie chorób psychicznych: dziedziczności i urazu, pozostających ze sobą w stosunku wzajemnym funkcji matematycznej. Wzrost jednego czynnika warunkuje zmniejszenie drugiego i odwrotnie, przy zwiększonem nasileniu drugiego,, wystarcza zmniejszone nasilenie pierwszego. Ciężkie obarczenie dziedziczne przy słabym urazie spowoduje powstanie choroby psychicznej, natomiast przy słabem obarcze-

niu dziedzicznem jest potrzebny silny uraz, ażeby wywołać skutek podobny. Jest to jedyne uogólnienie, które można wysnuć w tej sprawie z doświadczalnych faktów obserwacji psychjatrycznej.

W tym stanie rzeczy trudno opierać istotną klasyfikację psychjatryczną na czynniku przyczynowym.

Klasyfikacja, jeżeli ma być rzeczywista, t. j. ścisła i stała, musi wyrosnąć, jak w innych naukach, z własnego gruntu, a nie z zasady zapożyczonej z innej dziedziny wiedzy, jak w tym wypadku z logiki. Grunt pod klasyfikację psychjatryczną musi być urobiony naszemi własnemi psychjatrycznemi rękami. Psychjatrja jest nauką względnie młodą, przechodzi jeszcze okres „stawania się". Jest w tym stanie rozwoju, w którym znajdowała się astronomja przed Kopernikiem, a biologja przed Darwinem. Musi pracować i czekać cierpliwie aż przyjdzie ten, czy ci, co założą u jej podstawy zasadę równoznaczną z systemem słonecznym czy prawem rozwoju.

Do tego czasu musimy traktować każdą klasyfikację jako tymczasową, nie przypisywać żadnej znaczenia naukowego pewnika, brać każdą umownie, szukać w klasyfikacji ułatwienia i wygody, wybierać tą, która ze względów porządkowych będzie najodpowiedniejszą, bo oczywiście w psychjatrji, jak wszędzie, musi być jakiś porządek, chociażby tymczasowy. Ustalenie klasyfikacji, obowiązującej wszystkich, jest zadaniem Rządu na wniosek Zjazdu Psychjatrycznego.

Znaczenie klasyfikacji psychjatrycznej wogóle, wydaje mi się, jest przecenione. Ochrzczenie przypadku pewną nazwą, włożenie go do pewnej klasyfikacyjnej szufladki w psychjatrji przeważnie znaczy niewiele, znaczy mniej, niż w innych naukach lekarskich. Nie przesądza ani leczenia, ani rokowania, nie wystarcza nawet jako rozpoznanie. Określenie nazwy chorobowej sprawy jest właściwie dopiero punktem wyjścia rozpoznania. Przy badaniu nie można ograniczyć się do określenia samej tylko nozologicznej postaci. Należy w każdym przypadku uwydatnić jeszcze indywidualnie rysy samego przypadku, odróżniające go od innych, podobnych. Nie dorywczy przekrój psychiczny, lecz obserwacja, zestawienie przekrojów w różnych okresach choroby, pozwoli wnioskować o rokowaniu, które będzie różne i uzależnione nietylko od samej chorobowej postaci, lecz także i od przebiegu choroby samej, od odporności jednostkowej, od szeregu czynników indywidualnych, które wszystkie powinny być wzięte pod uwagę przy stawianiu rokowania. Indywidualistyczne powinno być również i leczenie, przyczem leczenie chorych pracą, dostosowaną do indywidualnych warunków każdego chorego, wysuwa się na pierwszy plan w szeregu psychjatrycznych metod

leczniczych. Przy takiem ujęciu właściwie każda klasyfikacja może być pożyteczna, a to tembardziej, że porządek, w jakim kolejno postacie nozologiczne są omawiane na wykładach, jest określany nietylko przez powzięty z góry system klasyfikacyjny, lecz także, i to głównie, przez rozporządzalny w pewnej chwili materjał kliniczny, albowiem oczywiście pokazy chorych stanowią także i w psychjatrji zasadniczą metodę pedagogiczną.

Z rozważań powyższych wynika, że droga rozwoju psychjatrji idzie utartym szlakiem wiedzy przyrodniczej i biologicznej. Psychjatrja, podobnie jak psychologja, ma do czynienia z pewną postacią życia, z życiem psychicznem, i podlega z tego względu ogólnym biologicznym zasadom. Jest bardziej biologiczna niż inne dziedziny wiedzy lekarskiej. Sprawdzianem psychjatrycznym oceny psychopatologicznego zjawiska, jako objawu choroby psychicznej, jest fakt przystosowania postępowania do warunków środowiska, t. j. fakt biologiczny.

Psychjatrji obce są wszelkie aprioryczne doktryny, nie znajdujące potwierdzenia w doświadczeniu. Stanowisko psychjatry jest indywidualistyczne w rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu, a radykalny empiryzm wytyczną jego naukowej działalności. Jego dociekania nie mogą zamykać się w granicach ściśle psychologicznych. Powinien niezmordowanie doszukiwać się źródła zaburzeń psychicznych w zaburzeniach ustroju i mieć na myśli nietylko zmiany w mózgowiu, będące zawsze warunkiem zmian psychicznych, a nowsze badania nad architektoniką kory mózgowej dostarczają mu wdzięcznego pola pod tym względem, lecz powinien objąć swemi badaniami wszystkie narządy ustroju, wszystkie jego soki, wszystkie gruczoły wkrewne, którym powinien poświęcić uwagę szczególną i szukać w nich źródeł zaburzeń psychicznych. Nie zawsze jeszcze je tam znajdzie, lecz powinien ich tam szukać, bo tak nakazuje mu postępować przyrodniczy punkt widzenia, obowiązujący każdego psychjatrę.

Taka jest droga, którą chcę iść w mojej pracy profesorskiej i takie bezdroża, których chcę unikać.

Pod względem ogólnym chcę stwierdzić, że jestem zdecydowanym wrogiem bezwzględnego determinizmu. Słuszny w dziedzinie zjawisk fizycznych, nie odpowiada determinizm bezwzględny doświadczeniu w dziedzinie zjawisk biologicznych, do których zaliczam, jak zaznaczyłem powyżej, również i sprawy psychiczne. Jako przyrodnik nie mogę oczywiście być wyznawcą bezwzględnego indeterminizmu. Natomiast indeterminizm względny, to znaczy, że pewnym — nie wszyst-

kim — naszym czynnościom przypisujemy charakter dowolnych, t. j. uwarunkowanych wewnętrznie, niezależnych od czynników zewnętrznych, a nawet przeciwstawiających się tym czynnikom, kierowanych, wbrew przeszkodom wewnętrznym czy zewnętrznym, świadomością celu i dróg, wiodących do celu i doprowadzanych do celu, uważam za słuszny, bo odpowiadający doświadczeniu.

Uznając, że czynności psychiczne są uwarunkowane przez zjawiska fizjologiczne ustroju, w którym zachodzą, uważam, że pozbawieni wpływu bezpośredniego na budowę i czynności samego ustroju, możemy pośrednio, drogą wykonywania czynności, w myśl ogólnie biologicznej zasady „la fonction fait l'organe" przeobrażać, kształtować, rozwijać narządy własne, możemy, jednem słowem, w pewnych granicach warunkować, determinować siebie samych. Dotyczy to wszystkich narządów ustroju, a więc i układu nerwowego, jego czynności, jako warunków fizjologicznych spraw psychicznych.

Granice tej autodeterminacji są znaczne i rosną w miarę postępującego rozwoju. Nasze zadania wychowawczo-lecznicze nie są zatem tak beznadziejne jak wskazywałaby to doktryna determinizmu.

Za szczytowy wyraz działalności psychicznej uważam postępowanie. Nie umniejszając wartości kartezjańskiej zasady racjonalizmu „cogito, ergo sum", „myślę — więc jestem", — nadbudowuję nad nią woluntarystyczną zasadę pragmatyzmu, któremu hołduję „ago, ergo, sum", „czynię — więc jestem".

Oto akt mojej wiary naukowej, który składam przed Wami, Łaskawi Koledzy, coście zechcieli mnie powołać na zaszczytne stanowisko profesora Uniwersytetu Stefana Batorego.

Prof. DR. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

LA VOIE ET LES DÉROUTES DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE.

Résumé.

Après avoir consacré quelques mots à la mémoire du prof. Mikulski, son prédecesseur à la chair de la psychiatrie à l'université de Wilno, l'auteur dépose sa confession scientifique et se déclare empiriciste radicale (James) ou phénoméniste (Renouvier), et considère l'introspection comme méthode principale de la psychiatrie, introspection exécutée par le malade lui-même. Après avoir critiqué la théorie associationiste et son application dans la psychiatrie, l'auteur critique les doctrines de Kraepelin et de Bleuler, comme non suffisement basées sur l'expérience et l'observation clinique et (par le même) trop doctrinaires, surtout la théorie de la schizophrénie, étendue par Bleuler presque à toutes les formes de psychoses à base non organique. L'auteur ne croit pas que le principe de causalité puisse constituer la base de la classification psychiatrique, car ce principe purement logique ne trouve pas d'application générale dans le domaine de la biologie, auquel appartient aussi la psychologie et la psychiatrie. La psychiatrie est une science récente et doit travailler patiemment jusqu'au moment où un principe tel que le système solaire dans l'astronomie ou la loi de l'évolution dans la biologie pourrait être pris comme base de sa classification (chaque science doit reposer sur sa propre base et non sur une base empruntée), comme le principe de la causalité emprunté à la logique. A la fin de son discours l'auteur se déclare indéterministe relatif et pragmatiste et supperpose à la dévise rationaliste „cogito, ergo sum" — la dévise volontariste „ago ergo sum".

ZABURZENIA DYNAMIZMU PSYCHICZNEGO I ICH INTERPRETACJA PSYCHOLOGICZNA.

E. MINKOWSKI, Paryż.

Często się słyszy, że psychologja — to rozdroże. Jest to słuszne i, w gruncie rzeczy, zrozumiałe. Psychologja, chcąc zgłębić tajemnicę duszy ludzkiej, ima się wszystkich środków badania, wypróbowanych uprzednio w innych dziedzinach wiedzy ludzkiej i dających rękojmię dopomożenia jej w tych usiłowaniach. Z tej racji psychologja trwa dotąd w poszukiwaniu dróg własnych.

Jeżeli jednak psychologja jest rozdrożem, jeszcze słuszniej powiedzieć to można o psychopatologji, która do trudnych zagadnień swej starszej siostrzycy zmuszona jest dołączyć i swoje własne. Ta okoliczność jednak nie sparaliżuje naszych usiłowań; może je raczej tylko ożywić, bo czyż zwyciężanie przeszkód nie jest celem wszelkiego wysiłku i celem całego życia? — Dla tego nie zrzekniemy się naszego zadania, ale stając na rozdrożu, poczuwamy się do tem większej ostrożności i przed obraniem którejkolwiek z dróg, tu się zbiegających, postaramy się przy każdej z nich postawić drogowskaz. Wszelka metoda, wszelka nauka biologiczna, filozoficzna lub inna może się stać pożyteczną w psychologji jak i w psychopatologji pod warunkiem, że utrzyma się we właściwych sobie granicach. Doświadczać i mierzyć możemy te tylko objawy życia ludzkiego, które się do tego nadają i które — powiedzmy bez wahania — zostały przez nas urobione w pewnej mierze dla tego właśnie rodzaju badań. Wiele objawów psychicznych, bynajmniej nie drugorzędnych, pozostanie, dzięki swojej naturze, poza obrębem tych badań. W gruncie rzeczy dzieje się to samo przy każdej innej metodzie. Kto o tem zapomina, bierze część za całość, a to czyni zawsze uczonego ograniczonym krótkowidzem, a wiedzę zubaża i pozbawia uroku. I dla tego wskazanem jest dla poruszonego zagadnienia określić już na wstępie kąt widzenia, pod jakim zamierzamy na nie spojrzeć.

Postaramy się uczynić to obecnie. Oto mamy wiekową schizofreniczkę, która od szeregu lat wykonuje bezustannie ten sam ruch stereotypowy. Ruch ten uderzająco jest podobny do ruchu szewca przy pracy. Stwierdzamy, że choroba rozpoczęła się w kilka miesięcy po

ciężkiem zmartwieniu. Chorą opuścił kochanek, szewc z zawodu (przypadek Junga). Pozornie oderwany ruch naszej chorej staje się odrazu zrozumiałym. Pojmujemy jego znaczenie: ruch ten jest dla nas odbiciem dalekiej przeszłości; w nim zawarta jest żywa treść. Psychologja uwzględniająca przedewszystkiem czynniki uczuciowe naszego życia tem się zadowalnia. Psychjatra, dopatrujący się stale organicznego podłoża, nie poprzestanie na tem. Taki kąt widzenia wyda mu się niedostatecznym. Uzna raczej tylko zaburzenia motoryczne w osobliwych ruchach naszej pacjentki. Szukać będzie dla nich wytłomaczenia anatomiczno - fizjologicznego. Przedstawiciele obu tych metod, odmiennych w ich zastosowaniu do badania danego objawu, jednocześnie mają i nie mają racji: mają rację w podkreślaniu istniejącego związku, nie mają zaś racji o ile ten związek uogólniają, wykluczając inne poglądy.

Nie chcemy tu rozstrzygać. Stoimy na rozdrożu i chodzi nam przedewszystkiem o słupy przydrożne. Z tego stanowiska możemy się prędko przekonać, że żadna z metod omawianych nie jest w stanie sama przez się wyczerpać badane przez nas zjawisko. Inne jeszcze drogi rozchodzą się z tego samego punktu. Kompleks uczuciowy nie objawia się u naszej pacjentki ani pod postacią marzenia ani pod postacią poszczególnego czynu symbolicznego. On uzewnętrznia się u chorej w sposób szczególny, to znaczy właśnie pod postacią ruchu stereotypowego, który już sam przez się nadaje osobowości pacjentki cechę wyraźnie schizofreniczną. Z drugiej zaś strony o ile chodzi o zaburzenie ruchowe, ruch stereotypowy nie krępuje ani postawy, ani ruchów dowolnych pacjentki, jakby to miało miejsce przy paraliżu, zesztywnieniu mięśniowem lub atetozie. Przeciwnie, ujawnia się on raczej jako zjawisko uboczne i niezależne od tamtych. Nie jest on wyłącznie zaburzeniem motorycznem, ale istnieje sam przez się i może jako taki służyć osobnikowi choremu za środek wyrażenia na zewnątrz swego ja. Schizofrenik, jak uczy doświadczenie, jest zdolny do poprawnego wykonywania ruchów .— Jeżeli więc takowych prawie nie spostrzegamy u naszej chorej, nie pochodzi to bynajmniej stąd, że jej ruchy stereotypowe powodują niemożność wykonywania tamtych, lecz raczej stąd, że jej aktywność pragmatyczna i popęd do ruchów celowych są w niej niejako zamarłe na zawsze. Tych okoliczności nie można bezkarnie pominąć ani przy objaśnieniu powyższych zjawisk afektem ani drogą anatomicznono-fizjologiczną. Ale czy objaśnienia te, zacierając — jak zresztą każda metoda — wiele odcieni, mogą wogóle takowe wyjaśnić? W każdym bądź razie nastręcza się tu jeszcze inny kąt widzenia. Nie wiążąc tego zjawiska z przesz-

łością uczuciową chorego, ani przypisując go ryczałtem zaburzeniom anatomiczno-fizjologicznym systemu nerwowego, możemy i powinniśmy nawet rozpatrzeć je w chwili teraźniejszej, w chwili jego powstania i w niem samem, starać się nadto o wyodrębnienie jego cech istotnych w stosunku do osobowości ludzkiej, wziętej jako całość. Jakkolwiek to może się wydać błahem, podkreślimy przedewszystkiem *jednostajność i jałowość* ruchu stereotypowego. Ruch ten w gruncie rzeczy ruchem nie jest, do żadnego celu realnego nie zamierza i jest ustawicznem rozpoczynaniem bez żadnego dążenia naprzód. Wieje z niego zimne tchnienie śmierci. Nasza chora nie umarła, skoro się porusza, ale też i nie żyje, ponieważ nie dąży naprzód. Ruch odbywa się prawidłowo, ale życie z niego uszło. Jest to dreptanie na miejscu. W ruchu tym jest *bezruch* i właściwie, nic pozatem. I w tym sensie ujmujemy go jako zaburzenie *dynamizmu życiowego.*

Teraz jasnem się staje, co rozumiemy pod pojęciem „dynamizm". On to organizuje pierwiastki, które składają się na życie nasze i tworzy z nich całość, która się rozwija, robi postępy, prze naprzód.

W fizyce też się traktuje o dynamice; przedmiotem jej jest stosunek sił do ruchu przez nie wywołanych. Jednakże, jak to trafnie wykazał Bergson, fizyka rozpatruje ruch tak, jak jej to dogadza: urabia go na własny sposób, rozkłada czas i przestrzeń na oddzielne części; ruch dla fizyka polega jedynie na fakcie, że dane ciało w chwili T znajduje się w punkcie A, zaś w punkcie B w chwili T + t. Pogląd powyższy wyklucza to, co stanowi samą istotę ruchu, mianowicie przejście z A do B. W samem założeniu niesie on w zarodku możność upodobnienia czasu do przestrzeni oraz utworzenia z niego za pomocą kolejnych abstrakcyj, czwartego wymiaru i unieruchomienia w ten sposób ruchu i świata.

Dla nas „dynamizm" odmienne ma znaczenie. Odpowiada on pojęciu pędu życiowego, pojęciu czasu w interpretacji filozoficznej Bergsona. Ruch stereotypowy jest w pojęciu fizyki ruchem i to o tyle, że odbywa się w przestrzeni; nie jest jednak ruchem z punktu widzenia życia, bo nie ma ani początku ani końca, ani przeszłości ani przyszłości i niema w nim „nowego w każdym momencie dziejowym" („du nouveau à chaque moment de l'histoire" Bergson); niema ani celowości, ani rozwoju, ani twórczości, bo jest on tylko jednostajnością i bezruchem. I to właśnie zdaje się być przedewszystkiem cechą tego objawu schizofrenicznego.

Zniewoleni zasadniczem przeciwstawieniem, ustalonem przez Bergsona, pomiędzy czasem i przestrzenią z jednej, intuicją i intelektem

z drugiej strony, przewidujemy już z powodu analizy ruchu stereotypowego, jakie usługi może nam to przeciwstawienie oddać. I pomimo jego pochodzenia filozoficznego, zapytamy, jaką możemy stąd odnieść korzyść w interpretacji faktów psycho-patologicznych.

Jeden z naszych schizofreników oświadcza, że mało przywiązuje wagi do pieniędzy, ponieważ *zajmują mało miejsca.* Nie uważa też za właściwe interesować się zwyżkami i zniżkami kursów na giełdzie, bo upatruje w tem zbyt wiele *ruchliwości,* przeciwnie zaś uwagę jego przykuwa projekt *rozszerzenia* Dworca kolejowego, o czem w tymże czasie pisze prasa. Tym sposobem zdradza on swoją niezdolność do przyswojenia sobie czegokolwiek, co stanowi ruch i życie oraz wykazuje równocześnie chorobliwe poddanie się czynnikowi natury czysto przestrzennej, kompensacyjnie udzielające się jego umysłowi. Wymiary przedmiotów stanowią tu o właściwej ich wartości, one też regulują zachowanie się chorego w stosunku do nich. W tem znaczeniu mówiłem o *geometryzmie chorobliwym.*

Te właściwości spotykamy u pacjenta od początku jego choroby. Wypisuje on na wielu stronnicach swój życiorys. Mówi w nim tylko o *przedmiotach;* osoby w grę tam nie wchodzą. Możnaby przypuszczać, że one nie istnieją dla niego. Jednocześnie czepia się rozpaczliwie wszystkiego, co jest stałem i niezmiennem w przyrodzie, starając się przytem, podporządkować świat cały prawom czystej geometrji. „Dręczony byłem", — pisze — „z powodu sklepień kościelnych. Nie mogłem pogodzić się z myślą, aby cały ich ciężar spoczywał na wiązaniach i filarach, oraz na zworniku. Nie dowierzałem również cementowi między kamieniami ciosowemi, gdyż stanowi on dla nich zbyt wątłą podporę, łatwą do zmiażdżenia". Biedził się też w dochodzeniach, czem się różni wrażenie, doznawane przy wkładaniu rąk do kieszeni wszytych prosto, lub ukośnie w płaszczu. Ażeby rozwiązać to zadanie wychodzi z założenia, że „w pierwszym wypadku tworzy się pewien związek równoległości pomiędzy rzeczami skrajnymi: ramionami i nogami". Symetrya w tych warunkach staje się siłą faktu oznaką doskonałości dla niego. To też ma zwyczaj stawać nieruchomo przed lustrem, nogi blisko siebie, w poszukiwaniu dla ciała swego pozycji bezwzględnie symetrycznej i nieruchomej; w tym celu nawet wstrzymuje oddech na tak długo, jak tylko może. Na ulicy zdarza mu się być pod wrażeniem przechodzącej niewiasty. Wraca wtedy do domu, siada na krześle, krzyżuje ramiona, przyjmuje pozę symetryczną i rozmyśla. Stara się rozwiązać problemat, dlaczego ciało kobiety robi specjalne wrażenie na mężczyźnie. Ponieważ ma nadzieję, że wszystko będzie sprowadzone do

matematyki, nawet wrażenia płci, rozmyślania jego idą w tym kiedunku. Dochodzi do postawienia kwestji, czy najwyższym stopniem piękna nie byłby kulisty kształt ciała, jako że kula jest formą doskonałą.

Myśl jego posługuje się czynnikami przestrzennymi, niezdolna do asymilowania postępu i czasu rozwija się ona w przestrzeni; dochodzi do unicestwienia wszelkiego ruchu, do przestrzennego zobrazowania wszelkiej zmiany i odmiany, każdego „przeżytego trwania". Przewiduje on opuszczenie Sanatorjum i perspektywa tej zmiany czyni go niezdecydowanym i niepewnym. Oto po jakiej linii idzie myśl jego: „Przypuszczam, że stąd pójdę. Jednak trzeba koniecznie, abym zawsze miał wrażenie, że nadal tu pozostaję i w tym celu potrzebuję czegoś, coby unaoczniało mój pobyt tutaj". — Opuszczając tedy dom zdrowia,, pacjent zabiera ze sobą wszystkie puste butelki i pudełka od lekarstw, zażywanych w czasie jego tam pobytu. Układa je w skrzynie i przechowuje starannie, żeby mieć *dowody* swego przebywania w domu zdrowia, oraz wrażenie, że się w nim nadal znajduje. W danym razie flaszki i pudełka stają się dla chorego symbolami i to *symbolami przestrzennymi* (jeśli mam wolno tak się wyrazić), bardzo różnymi od symbolów uczuciowych, o których nas pouczyła psycho-analiza. Rola pierwszych jest zupełnie inna. Służyć mają one przedewszystkiem do usunięcia wszystkiego, co ma związek z czasem, do wprowadze maximum bezruchu w życie, bezruchu, do którego zniewolony jest dążyć nasz pacjent z powodu charakterystycznej luki w jego psychice.

„Szukam bezruchu" — powiada — „dążę do spoczynku i unieruchomienia. Posiadam też skłonności do unieruchomienia życia koło siebie. Dla tego lubię przedmioty nieruchome: skrzynie, zasuwy, rzeczy, które zawsze są na jednem i tem samem miejscu i nie zmieniają się nigdy. Kamień jest nieruchomy, ziemia zaś się rusza, przeto nie wzbudza ona we mnie żadnego zaufania. Przywiązuję wagę tylko do przedmiotów stałych. Pociąg przechodzi przez nasyp, a więc pociąg nie istnieje dla mnie — chcę tylko położyć nasyp".

„Przeszłość — to otchłań. Przyszłość — to góra. I dla tego powziąłem myśl ustanowienia dnia—buforu między przeszłością a przyszłością. Przez cały taki dzień staram się nic nie robić, dlatego kiedyś w ciągu całej doby nie oddawałem uryny".

„Chciałbym przywołać swoje wrażenia z przed piętnastu laty, spowodować przypływ czasu minionego, umrzeć z temi samemi wrażeniami, z jakiemi przyszedłem na świat, krążyć, żeby się nie oddalać od podstawy, nie dać się wyrwać z korzeniem".

Ten osobliwy światopogląd i wpływający stąd krańcowy statyzm — nie jest bynajmniej stanem wyjątkowym u schizofreników, ale prawie objawem stałym. Zebrałem wiele przykładów tego zjawiska w poprzednich swoich pracach[1]. Ostatnio jeden z naszych chorych — „geometra" (przypadek stosunkowo lekki) — pisał nam po wyjeździe na letnisko, że nie może zżyć się z nową miejscowością i nie ma poczucia, że istotnie tam się znajduje. Przypisuje winę biegowi pociągu, który według niego był zbyt pośpieszny, aby umożliwić to zżycie się. Zresztą o ile gdzieś chwilowo przebywa, wyobraża sobie, że już wyjechał i dlatego nie wynosi stamtąd wyraźnego poczucia, że zmienił miejsce pobytu, i że bierze udział w otaczającem go życiu. Tenże sam chory chętnie przechowuje flaszki od lekarstw oraz stare recepty, ażeby mieć ślad widoczny po rzeczach minionych. Z uporem usiłuje ustalić rozkład czasu co do minuty i ma żal do życia, że mu się ono wymyka nieustannie z rubryk tego martwego zakrzepłego schematu. Jest gniewny, że któregoś dnia czuje się bardzo dobrze, kiedy według jego przewidywań powinienby czuć zmęczenie. „To nie ma sensu" — powiada. Czepiając się dalej tego, co jest przestrzennem w czasie (bezwzględnej wartości dat), nie może przypuścić, żeby jakaś znaczna zmiana zajść mogła w nim poza pierwszym dniem miesiąca, a szczególnie poza Nowym Rokiem. Podobnie wyżej wymieniony chory za żadną cenę nie chciał rozpoczynać leczenia w listopadzie, bo w tych warunkach „leczenie znalazłoby się na krawędzi obu lat i byłoby przez to rozerwane".

Tu przypomnimy, że Dide i Guiraud w podręczniku swoim zaznaczają, że u chorych dotkniętych obłędem wczesnym (czyli u naszych schizofreników) niektóre przyimki o znaczeniu czasowem, jak np. *kiedy, gdy,* — zastępowane bywają przyimkami miejsca, jak „gdzie", np. „wyjdę, *gdzie* godzina wybije ku wyjściu".

Dr. Robin opowiada o jednym schizofreniku, że strzelał z rewolweru do swego zegarka, żeby — jak mawiał — „czas uśmiercić".

Zanik dynamizmu życiowego, objawiający się zarówno w ruchach i mimice jako też w myślach i czynach pacjentów, zdaje się stanowić główną cechę schizofrenji. Zanik ten stanowi cechę istotną objawów schizofrenicznych. Czynniki życiowe, pozbawione swego podłoża swoistego, mającego je połączyć w czasie i stworzyć z nich łańcuch ciągły i ruchliwy, stają się niejako oderwane od siebie i zatracają więź wzajemną. Wspólne ich granice nie falują, ale biegną w prostej linji, jakby ostrem narzędziem przecięte. Zamiast się wzajemnie prze-

[1]) E. Minkowski. „La notion du contact vital avec la Réalité et ses applications en psychopathologie." Thèse de Paris. 1926.

nikać, przeciwstawiają się sobie wzajemnie. Dla tego też schizofrenik potrafi z osobliwą łatwością rozszczepić i wyłączyć całe gromady czynników życiowych, które — w rzeczywistości — dzięki właściwej im naturze, powinny pozostawać w związku z całością. Na schizofreników nie działa oddźwięk najbliższej przeszłości, który potężnie odzywa się w każdej chwili naszego istnienia i sprawia, że wszelkie stany duszy noszą w sobie ślad wzruszeniowy poprzednich stanów. Schizofrenik zastępuje samorzutne porywy rozumowaniem — i dochodzi w końcu do tego, że dobrze się czuje tylko w bezwzględnej przestrzeni i absolutnym racjonaliźmie. Nie brak mu właściwych pierwiastków życiowych, ale brak mu rzeczy najistotniejszej — brak mu życia. „Wyjąwszy rozum", — mawiał jeden z naszych schizofreników świadom swego stanu — „wszystko we mnie jest w bezładzie zupełnym. Istnieję cieleśnie, ale nie mam *żadnego wewnętrznego poczucia bytowania. Nie odczuwam przeżyć.* Ten brak odczucia zastępuję *rozumowaniem.* Dlatego też trafnie rozumuję ale tylko *w absolucie,* bo utraciłem wszelki kontakt z życiem".

Zgadzamy się tedy z wywodami Dide'a i Guiraud'a, gdy twierdzą że „cechą obłędu wczesnego (dementia praecox) jest całkowite i przedwczesne *zapadnięcie się źródeł instynktownych życia duchowego",* albo, że „osłabienie *pędu życiowego* oraz uczuciowości stanowi czynnik konieczny i dostateczny dla charakterystyki tej choroby". My jednak ujmujemy określenie „dementia praecox" w zakresie o wiele szerszym aniżeli to czynią Dide i Guiraud i wyznaczamy mu granice, nakreślone przez Bleulera, pod nazwą schizofrenji.

Najlepszym środkiem dla uwydatnienia głównych cech danej grupy zjawisk jest porównanie. To nas skłoniło do porównania z naszego punktu widzenia schizofrenji z otępieniem umysłowem. Przytem daliśmy pierwszeństwo późniejszym okresom obu tych procesów chorobowych, a to w przeciwieństwie do utrzymującej się wciąż skłonności oznaczania wszystkich bez różnicy stanów upadku (otępienia) mianem „demencji", które to miano obejmuje tym sposobem stany całkiem z punktu widzenia psychopatologicznego odmienne.

Posługując się orjentacją w przestrzeni jako środkiem porównawczym, rozważmy różnice, które na tym punkcie zachodzą między schizofrenikami a chorymi, dotkniętymi porażeniem postępującem (p.p.)

Badanie kliniczne stwierdza dezorjentację, jeśli osobnik chory nie potrafi dokładnie nazwać miejsca, w którem przebywa, albo jeżeli na postawione w tej sprawie pytanie odpowie: „nie wiem", albo w końcu da określenie błędne lub niedostateczne. Badanie kliniczne poucza

nas w ten sposób, że chorzy na porażenie postępujące w okresach późniejszych tej choroby, w przeciwieństwie do schizofreników nie mogą się zorjentować w czasie i w przestrzeni. W istocie jednak sprawa jest bardziej złożona i z badań zaburzenia orjentacji możemy zebrać o wiele więcej danych, aniżeli to potrafi uczynić badanie kliniczne.

W orjentacji przestrzennej człowieka normalnego działają czynniki conajmniej dwóch odmiennych kategoryj. Czynniki kategorji statycznej umieszczają przedmioty we wzajemnem ich ustosunkowaniu w przestrzeni geometrycznej, w której wszystko jest w bezruchu, jest względne i odwracalne. Ale my nie przypatrujemy się jedynie przestrzeni, znajdując się poza nią i, zadając sobie jako cel — oznaczenie stosunku geometrycznego wszechrzeczy. *Żyjemy* jeszcze w przestrzeni i nasze ja czynne stawia co chwila zasadnicze pojęcie: „ja—tu—teraz" i czyni zeń punkt absolutny — prawdziwe centrum świata. W życiu normalnem te czynniki wzajemnie się przenikają. Nasze wiadomości oraz obrazy pamięciowe gromadzą się około naszego podstawowego „ja — tu — teraz" i dają nam możność powiedzenia w sposób pragmatyczny, stosownie do danych okoliczności: „Jestem teraz w Paryżu, albo w Anglji, albo w moim gabinecie".

Chory na porażenie postępujące (na p.p.), który doszedł do okresu otępienia, na pytanie: „Gdzie Pan jest?" — odpowiada: „Tu". Nalegamy: „Ależ gdzie tu?". Chory uderza nogą o podłogę żeby wskazać miejsce, na którem stoi, albo wskazuje na nie palcem, albo ruchem ręki pokazuje pokój, w którym się znajduje. „Przecież tu", — powiada i wydaje się nawet być podrażnionym naszem natręctwem. Podobne oddziaływania często się spotyka u chorych na p.p.; skłaniamy się nawet do oświadczenia, że stanowią one ich cechę charakterystyczną.

Schizofrenik natomiast *wie* doskonale, gdzie się znajduje; tymczasem, ileż razy oświadcza, że się nie czuje być na tem miejscu, gdzie faktycznie jest; że się nie czuje być w ciele swojem, że słowo „istnieje" nie jest dla niego pojęciem wyraźnem. Ileż to razy, będąc pozbawiony orjentacji pragmatycznej i z tej racji uwolniony niejako od obowiązku ścisłego wyrażania się, daje odpowiedzi wprawdzie ścisłe pod względem geometrycznym, które jednak gubią się w nieokreślności oderwanego pojęcia przestrzeni i przeto nie mają wartości. Zapytany, gdzie studjował medycynę, schizofrenik jeden odpowiada: „Koło Marsylji", a gdy mu mówimy: „To znaczy, w samej Marsylji bo tam właśnie jest wydział medyczny", odpowiada w tenże sam sposób: „Tak, w tamtych stronach". A jeśli go kto zapyta o drogę do danego punktu, schizofrenik, nie troszcząc się o potrzebę danej chwili, zamiast wymienić dwa

punkty bliskie poszukiwanej miejscowości, wskaże nieraz na dwa odległe. Jakkolwiek w takiej odpowiedzi błędu niema, jest ona jednak bez wartości dla przechodnia. Wreszcie, jeśli dla rozrywki będzie chciał nauczyć się z książki jakiegoś ustępu na pamięć, obojętnem mu będzie, czy uczyni to we właściwym porządku, czy też wstecznym.

Zaburzenia wywołane przez porażenie postępujące dotyczą przedewszystkiem czynników statycznych orjentacji przestrzennej, gdy tymczasem ośrodek dynamiczny takowej, czyli owe: „ja tu — teraz" — pozostaje nadal nietknięte i czynne. U schizofreników sprawa przedstawia się odwrotnie.

Ten sam ośrodek dynamiczny objawia się w sposób podobny, ale bardziej ekstenzywny we wcześniejszych okresach porażenia postępującego. Na pytanie: „Skąd Pan przybywa?", paralityk odpowie: „Stamtąd gdzie byłem przedtem". Jeśli zapytamy: „Gdzie Pan jest?", — odpowie: „Tam, gdzie już od jakiegoś czasu przebywam.", albo też: „Tam, gdzie się dziś rano ubierałem", albo w końcu: „w domu, gdzie mnie umieszczono". Nie mogąc już w orjentacji przestrzennej posługiwać się czynnikami pamięciowymi chory na p.p. jest w niej zdezorjentowany w zwykłem znaczeniu tego słowa, jednakże rusztowania dynamiczne dla zmiany miejsca, wyrażające się w formule: miejsce X przedtem, miejsce Y teraz, — jest tu nietknięte i nie przestaje działać.

Odnajdujemy podobne cechy w innych jeszcze objawach spostrzeganych u chorych na p.p. Niektóre tylko przytoczymy.

Chory opowiada nam poprawnie, w porządku chronologicznym, co robił w czasie wojny, ale już nie wie, kiedy się wojna zaczęła, ani kiedy się skończyła. Pozostała więc pamięć o następstwie pewnej grupy przeżyć, ale zanikła zdolność ujęcia ich w stałe ramy lat, miesięcy i tygodni, t. j. w trwanie, przystosowane do przestrzeni i wymierne.

Obraz przestrzenny trwania zaciera się więc u chorych na p.p. Pozbawione ścisłych ram przeżycia rozsnuwają się swobodnie. Nie mają granic i dzięki swej nadmiernej ruchliwości porywają całą psychikę osobnika. W psychice tych chorych istnieje, zda się, li tylko *bezpośrednie* następstwo czasu wraz z nadmierną jego penetracją i szybkością. W ich opowiadaniu zdumiewająco często powtarzają się takie wyrażenia jak: *za chwilkę, zaraz, przed chwilą, niedawno.* Opowiadają też o samochodach, które pędzą z szybkością ośmiuset kilometrów na godzinę, o podróżach do Ameryki, odbytych w pięć minut. Dynamizm ten ogarnia całą istotę, przepełnia ją, zaciera granice między nią a wszechświatem, przekształca ją wraz ze światem otaczającym w jeden falujący ocean. Chory przejawia te stany w sposób plastyczny przez

swoje powszechnie znane urojenia wielkości, przez swe wspaniałe i fantastyczne projekty, do których wprowadza całe otoczenie i któremi ogarnia wszechświat. Jakiż to kontrast z bezruchem schizofreników!

U chorych na otępienie starcze, jak na to wskazuje badanie, spostrzegamy tę samą dezorjentację co do czasu i przestrzeni oraz podobne zaburzenia pamięci jak u chorych na p. p. Określamy ten stan u jednych i u drugich jako osłabienie umysłowe i przez to podkreślamy podobieństwo, zachodzące między nimi. To podobieństwo odnosi się litylko do ujawniającego się w obu chorobach deficytu. Jednakże po tem, cośmy powiedzieli, nie możemy poprzestać na braniu w rachubę samej tylko sprawy deficytu. Chcielibyśmy ponadto wiedzieć, *co pozostaje nietkniętem* u naszych pacjentów i co stanowi przewodni czynnik w ich objawach psychicznych. Zapytany o miejsce, gdzie się znajduje, chory na otępienie starcze odpowie tak, jak i chory na p.p.: „Tu", albo: „tam, gdzie obecnie mieszkam", albo wskaże na pokój, w którym przebywa. Owe: „ja — tu — teraz " pozostaje więc nietknięte i czynne, jak u chorego na p.p. Jednak zachowanie się pierwszych różni się pod pewnymi względami od tegoż u drugich. Pierwsi nie snują szalonych projektów i nie dochodzą do szczebla dynamizmu, obserwowanego u drugich. Zamiast urojeń wielkościowych spotykamy, przynajmniej w formie prostszej czyli w najczystszym typie otępienia starczego, obfitość fabulacyj i błędnych twierdzeń, które zresztą wydają się być zupełnie zgodne z ogólnem zachowaniem się tych chorych i ujawniają jeden z najbardziej charakterystycznych rysów ich psychizmu.

Istnieje zgodność uznawania fabulacji jako mechanizmu uzupełniającego, przyczem zwykle się dodaje, że tacy chorzy, chcąc zapełnić lukę, powstałą skutkiem zaniku pamięci, fabulują, ażeby wogóle *cośkolwiek* powiedzieć i dlatego opowiadają *byle co.* Ale, badając ten objaw bliżej, widzimy, że te fabulacje podlegają stałym regułom i że mają swoistą *strukturę wewnętrzną.* Zachowując swój charakter dynamiczny, uzupłniający mechanizm u chorych na otępienie starcze różni się od tegoż u chorych na p.p.

Pewna chora na otępienie starcze z własnego popędu opowiada nam codzień w czasie wizyty o tem, co się zrana jakoby stało. Np. między innemi opowiada nam, że syn ją odwiedził i szczegółowo powtarza swoją z nim rozmowę. Według niej zaledwie przed pięciu minutami miał stąd wyjść (wszystko to jest zmyślone). Następnie nam mówi, że wkrótce, nawet zaraz, po południu przeprowadzi się do siedziby, którą dla niej budują. Właśnie niedawno zwiedziła to mieszkanie ze swoją siostrzenicą. Przeszłość i przyszłość *bezpośrednia* odgrywają wielką

rolę w bajaniach chorej. Jednakże nie wyczuwamy tu takiego rozpętania dynamizmu, jak u chorego na p-p. w okresie szału chorobowego. Nie ma tego odmętu faktów i projektów, który bez względu na określony czas i na przestrzeń nieustannie i bezpośrednio porywa wszystko po drodze ku przyszłości. Chory na otępienie starcze nie opowie nam, że idzie na wyścigi w Longchamp i zaraz potem przedsięweźmie podróż naokoło świata, ani że wysadzi w powietrze wszystkie wyspy oceanu, a następnie sięgnie po księżyc i wsadzi go w szklankę. Na zapytanie: „Co pan robisz " nie odpowie nam: „Robię projekty i czekam na wypadki", jak to się zdarza u paralityka, który doszedł do okresu demencji i stał się wskutek tego niezdolnym do wypełnienia jakiemikolwiek obrazami pozostałego mu czystego dynamizmu — tej jedynej osnowy w zanikającem życiu duchowem. Zdawałoby się, że u otępiałego starca jakiś tłumik przygłusza ten dynamizm, że jakiś balast zwalnia jego rytm i pochód jego naprzód. Nasza dementka fabuluje zarówno o przeszłości jak i o przyszłości, *przeplata* nawet wciąż w swoich wynurzeniach oba te czasy. Wywołuje to pewne wrażenie stałości*). To syn mówił jej dziś rano, że ona zaraz wyjedzie. Zrana był tu, aby ją przywitać, dziś wieczór pójdzie z nim na obiad. Zresztą on zaraz tu wróci.

Nadto zasada następstwa *bezpośredniego* często robi miejsce u naszej pacjentki następstwu *okresowemu,* jakie się w życiu naszem przejawia jako następstwo dni, tygodni i miesięcy. Raz chora powiada, że wyjeżdża zaraz, to znowu, że za *dwa dni.* Mówi nam też, że *w zeszłym tygodniu* pojechała w swoje strony, aby wynaleść dla siebie siedzibę; w zmyśleniach swoich używa wyrazów „wczoraj, onegdaj, jutro, pojutrze" — spontanicznie. Ale co najbardziej u naszej pacjentki łagodzi pierwotny dynamizm, to ta ustawiczna skłonność do wprowadzenia i podkreślania *ciągłości* lub *powtarzania się faktów,* już to prawdziwych, już zmyślonych. Ta to skłonność właśnie jest w gruncie rzeczy istotną podstawą tak częstych u niej błędnych rozpoznawań i przyczyną przeceniania okresów trwania wydarzeń do niej się odnoszących, oraz nawiązywania wydarzeń chwili obecnej do przeszłości odległej. We dwa tygodnie po wstąpieniu do zakładu nasza chora powiada, że jest tu już od dziesięciu miesięcy. — Umieszczamy ją w innym pokoju; nazajutrz powiada, że już od dwóch tygodni w nim mieszka. Robimy

*) Oczywiście, nie chcemy przez to powiedzieć żeby nasza pacjentka codziennie powtarzała te same zmyślenia. Przeciwnie, są one w najwyższym stopniu urozmaicone. Jednak w każdem widać tę samą budowę wewnętrzną, która wskutek cech przez nas wskazanych zdaje się bardziej obciążoną czynnikami statycznymi aniżeli dynamizm paralityków.

w jej obecności notatki; nazajutrz powiada nam, że już *wiele razy* widziała, jak w ten sposób pisaliśmy, „i tu, i tam, także przedtem". Opowiada nam, że już *dwa razy* dała synowi znaczną sumę w czasie jego porannych odwiedzin. Mówi również, że *codziennie* w ostatnich czasach wychodziła na mszę. (W rzeczywistości ani syna nie widziała ani z zakładu nie wychodziła). Wkrótce obejmie znowu siedzibę, w której przebywała *przez czas długi.* Znajdzie tam tę samą odźwierną, która zerstą z jej stron pochodzi, również jak i młodszą, która służyła u chorej przez lat dwanaście. Co do mnie, to zna mnie conajmniej od dwóch lat; może mnie też widziała na dawnem swojem miejscu zamieszkania; w każdym razie widziała mnie i tu i gdzieindziej'. W tym tygodniu była w swoich stronach i widziała ojca (w rzeczywistości ojciec jej od dawna nie żyje).

Ślady pamięciowe zanikły zarówno u otępiałego starca jak i u paralityka. Jednak w psychizmie pierwszego „przeszłość" jako forma pusta bardziej ów psychizm krępuje niż u drugiego. To też chory na otępienie starcze stara się tę pustą formę zapełnić na nowo, czy to wprowadzając w nią teraźniejszość (błędne rozpoznawanie), czy też wypełniając ją wytworami wyobraźni. Poza następstwem bezpośredniem, zwróconem ku przyszłości, struktura wewnętrzna jego przejawów psycho-patologicznych ukonstytuowana jest na zasadach *okresowości, powtórzenia i ciągłości w czasie;* zasady te łagodzą szalony pęd czystego dynamizmu.

Nie możemy mówić o bezruchu u chorych na otępienie starcze, tak jak to czyniliśmy u schizofreników, boć pierwsi ani myślą, ani żyją w przestrzeni jak ostatni, ale żyją w czasie. A jednak w ich strukturze objawowej jest—w porównaniu do chorych na p.p.—jakby pewien balast. Balast ten jest utworzony, jak to już zaznaczyliśmy, przez czynniki ciągłości i powtarzania, które się stale u tych chorych pojawiają poprzez nadmierną zmienność treści wytworów wyobrażeniowych. Istnieje więcej przerw wolnych, więcej rozciągłości, więcej przestrzeni w czasie u chorych na otępienie starcze aniżeli u paralityków.

Jeżeli teraz dla porównania spróbujemy pokrótce scharakteryzować postawę podnieconych manjakalnie, możemy powiedzieć, że w przeciwieństwie do paralityków i otępiatych starców — manjacy, choć zachowują ślady mnemoniczne i są w stanie wprowadzać pojęcie przerw wymiernych w czasie, żyją przedewszystkiem — ażeby nie podzieć jedynie — *chwilą obecną.* Wpływ jaki wywierają każdej chwili na myśli manjaków pobudki przygodne, pochodzące z zewnątrz, jest tego dostatecznym dowodem. W niewyczerpanym potoku słów teraź-

niejszość panuje również. Znajdują się oni w zetknięciu z otoczeniem obecnej chwili i to właśnie skrępowanie teraźniejszością stanowi rys charakterystyczny ich psychiki chorobowej.

To skrępowanie objawia się niekiedy przez oddziaływania, które w pozornej swej banalności nie przykuwają uwagi nie mniej jednak powinny nas interesować. Zapytujemy chorą — manjaczkę — o jej rodzinę. Nie będąc w tej chwili podnieconą, opowiada prawidłowo na pytanie. Dowiadujemy się tedy, że kiedy zawierali małżeństwo, mąż chorej zamieszkiwał na północy, że po wojnie wolał zamieszkiwać na południu i że tam w dalszym ciągu prowadził swój interes. „Czy jest zadowolony?" zapytujemy. Z toku tej rozmowy widać, że przez powyższe pytanie rozumieliśmy, czy mąż chorej zadowolony jest z rozwoju interesów od chwili zamieszkania na południu, co miało miejsce już przed kilku laty. — Na to pytanie jednak nasza pacjentka odpowiada: „Kiedy, *teraz?* Nic o tem nie wiem". Teraźniejszość naszego pytania, które obejmowało cały okres miniony, przeobraziła się w odpowiedzi naszej chorej w teraźniejszość danego momentu. Rozmawiamy z inną chorą o jej rodzinie, rozpytujemy o wiek, miejsce zamieszkania, zawód członków rodziny. Tą drogą nawiązujemy rozmowę o córce naszej chorej, zapytując: „Co ona robi?" To pytanie, w toku rozmowy mogło tylko znaczyć: „Jakim jest jej zawód?". Chora nam odpowiada: „Kiedy, *w tej chwili?;* nie mogę wam odpowiedzieć".

Te ostatnie uwagi mają na razie tylko wartość pobieżnych uwag. Poruszone zagadnienia niniejszej pracy wymagają badań bardziej pogłębionych. Mamy nadzieję powrócić do nich w przyszłości. Na teraz zależało nam głównie na wskazaniu nowej drogi, otwierającej się na rozdrożach psychopatologji i na odsłonięcie rąbka zasłony, która dziś nieomal w całości pokrywa jeszcze problemat powstania i wewnętrznej budowy przejawów psychopatycznych.

Tłomaczył z oryginału J. Gawroński.

TROUBLES DU DYNAMISME MENTAL ET LEUR INTERPRÉTATION PSYCHOLOGIQUE.

Par E. MINKOWSKI.

Des méthodes différentes viennent s'entrecroiser dans le domaine de la psychopatologie. Chacune d'elles peut nous aider à mieux comprendre les manifestations de l'aliénation mentale. Il devient de nos jours indispensable de réserver aux notions Bergsoniennes la place qui leur revient en psychopathologie.

Bergson oppose l'intuition à l'intelligence. L'intelligence a pour objet le solide inorganisé, le discontinu, l'immobile; elle se sent à son aise dans l'espace. L'intuition, par contre, embrasse tout ce qui a trait au mouvement, au progrès, a la vie, au temps — elle se rapporte à tous les facteurs irrationnels du devenir.

Jadis, la psychiatrie se contentait de désigner tous les états de déchéance mentale du nom de „démence". Actuellement elle cherche à différencier de plus en plus ces états. Le processus schizophrénique est venu ainsi s'opposer à l'affaiblissement intellectuel. Les notions de Bergson sont susceptibles de préciser cette opposition.

C'est le dynamisme mental qui fléchit avant tout chez les schizophrènes, tandis que tout ce qui a trait au savoir, aux facteurs rationnels du psychisme reste intact. De là cette rigidité particulière qui caractérise toutes leurs réactions, de là aussi l'impossibilté d'intégrer les éléments se rapportant à l'organisation et à la progression de la vie dans le temps. Chez certains schizophrènes, ce fléchissement du dynamisme mental est accompagné d'une véritable hypertrophie des facteurs spatiaux et rationels de la pensée. Il semble permis de parler dans ces cas de rationalisme et de géometrisme morbides.

Les troubles observés au cours de l'affaiblissement intellectuel sont exactement l'inverse de ceux constatés chez les schizophrènes. Les notions de succession immédiate de vitesse, de mouvement, d'avenir servent de base aux manifestations psychiques des paralytiques généraux. Mais les souvenirs s'effacent et le dynamisme mental, libéré ainsi de ses lieus naturels, envahit tout le psychisme et s'exprime à l'aide d'idées délirantes de grandeur, connues de tous. Chez les

paralytiques généraux moins avancés, la notion du „moi — ici — maintenant", véritable pivot du moi agissant, reste intacte, tandis que les souvenirs concernant les rapports des choses dans l'espace défaillent. Les schizophrènes, par contre, ***savent*** où ils sont, mais prétendent ne pas ***se sentir*** à l'endroit où ils se trouvent.

Cette manière d'envisager les phénomènes psychopathologiques se laisse étendre encore davantage. Chez les déments séniles nous trouvons une désorietatnion et des troubles de la mémoire comparables à ceux des paralityques généraux; de même les facteurs se rapportant à la succesion immédiate jouent un grand rôle dans leur psychisme; mais à côté, dans leurs fabulations, interviennent en plus les notions de continuité, de périodicté, de succession médiate, de réitération, ce qui confère à leurs productions psychiques une teinte particulière qui n'existe pas chez les paralitiques généraux.

Le psychisme des maniaques semble, lui, être dominé entièrement par la notion du présent.

La méthode employée pourra fournir avec le temps des données plus précises encore concernant la structure intime des divers troubles mentaux.

Krajowy Zakład Psychjatr. Dziekanka. Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

ZASADY ORGANIZACJI SPRAW PSYCHJATRYCZN.

Referat dla VII Zjazdu Psychjatrów Polsk. w Kocborowie, d. 4. 5. 6. czerwca 1927 przygotował AL. PIOTROWSKI.

Psychicznie chory zajmuje w społeczeństwie i w życiu publicznem osobne miejsce, co znalazło wyraz w ustawodawstwie tak karnem jak cywilnem i społecznem. Jednostkom psychotycznym przyznaje się względy, które nie przysługują osobom zdrowym i stawia się im zarazem ograniczenia, jakich nie doznaje obywatel, posiadający pełnię praw obywatelskich. W swojej niemocy psychicznej chory zależny jest od ludzi dobrej woli, którzy się nim opiekują. Opieka nad psychicznie chorymi nie wszędzie jest należycie zorganizowana. Rozumnie, praktycznie i wszechstronnie ujęta na Zachodzie, przedstawia tam instytucję postawioną na mocnych fundamentach, wzniesionych przez naukę i długoletnie doświadczenie. W ustawach i przepisach zagranicznych, dotyczących opieki nad psychicznie chorymi, znajdujemy obfite źródła, z których czerpać możemy i wybierać wskazówki odpowiednie dla naszych potrzeb.[1])

Temat, o którym mowa, był często przedmiotem dyskusji publicznych i rozważań piśmienniczych wśród licznych fachowców, znakomitych uczonych i praktyków.

Przed wojną pojawiła się książka prof. Schultze'go z Gryfji[2]), w której autor omówił krytycznie sprawę opieki nad psychicznie chorymi w Niemczech, zwrócił uwagę na braki i niedomagania, jakie w ciągu lat się wyłoniły i postawił cały szereg, przekonywującymi argumentami popartych postulatów, zdążających do udoskonalenia odnośnych urządzeń.

Ponieważ zasady organizacji spraw psychjatrycznych na ziemiach Polski zachodniej są analogiczne z temi, które przedstawia w swojej książce prof. Schultze, przeto wywody uczonego dadzą się

1). Al. Piotrowski: Spostrzeżenia psychjatryczne zagranicą. Nowiny Psychjatryczne 1925, IV.

2). Schultze E. Prof. Dr.: „Das Irrenrecht". — Leipzig und Wien. Franz Deudicke. 1912.

w zupełności zastosować do stosunków tutejszych. Kreśląc następujące uwagi, korzystałem z materjału zawartego w dziele Schultzefgo. Uwagi te pozostawiają na uboczu ustępy prawa karnego i cywilnego oraz przepisy ustawodawstwa socjalnego, odnoszące się do osób psychicznie chorych, a uwzględniają tylko kryterja dotyczące spraw czysto psychjatrycznych: mianowicie opieki nad psychicznie chorymi.

W Polsce opieka nad psychicznie chorymi nie jest jednolicie uregulowana. Regulacja taka jest koniecznie potrzebna. Sprawy psychjatryczne mogą być uregulowane drogą ustawodawstwa, albo drogą rozporządzeń administracyjnych. Ponieważ opracowanie i uchwalenie przez Sejm odpowiedniej ustawy psychjatrycznej wymaga wiele czasu, a sprawa nie cierpi żadnej zwłoki, pozatem ponieważ brak doświadczenia na terenie ustawodawstwa psychjatrycznego i wiadomości psychjatrycznych, teoretycznych i praktycznych u czynników ustawodawczych nie rokuje pomyślnie co do praktycznej wartości ustawy psychjatrycznej, przeto w naszych warunkach zaleca się uregulować sprawy psychjatryczne drogą rozporządzeń administracyjnych. Miałoby to tę stronę dobrą, że uporządkowanie spraw psychjatrycznych nastąpiłoby w krótszym czasie. Należy przytem mieć na uwadze, że rozporządzenia administracyjne, które okażą się jako nieodpowiednie i niepraktyczne, każdej chwili mogą być cofnięte i zastąpione nowemi, odpowiedniejszemi rozporządzeniami. Jest to moment bardzo ważny, bo doświadczenia zebrane z praktyki rozporządzeń administracyjnych mogą wpłynąć w dodatni sposób na powstanie i rozwój późniejszego ustawodawstwa psychjatrycznego. Ustawa, choć błędna w założeniu, treści i formie, z konieczności obowiązuje zawsze przez długie lata i może być zmieniona, poprawiona i uzupełniona dopiero uchwałą Sejmu, a do takiej uchwały nie dochodzi się w tempie przyśpieszonem. Zarządzenia administracyjne, które okażą się z biegiem czasu jako praktyczne, celowe i pożyteczne, mogą później, gdy stan rzeczy będzie tego wymagał, uchwałą Sejmu nabyć formę ustawy.

*

Najważniejszą treść spraw psychjatrycznych stanowi postulat, ażeby każdemu psychicznie choremu zapewnić możliwie szybko odpowiednią i skuteczną opiekę. Wszelkie przepisy powinny nosić charakter dobrodziejstwa. Decydującym przytem powinien być lekarski punkt widzenia.

Współpraca prawników przy stwarzaniu odpowiednich regulaminów jest potrzebna i pożądana.

Jeżeli państwo ma się w całej rozciągłości wywiązać z tego zadania, musi ustanowić osobny urząd kompetentny w sprawach psychjatrycznych.[1]) Bez urzędu centralnego dla spraw psychjatrycznych jednolite przeprowadzenie opieki nad psychicznie chorymi jest bardzo trudne. Tylko osobny urząd daje gwarancję planowego, konsekwentnego i celowego rozwoju spraw psychjatrycznych i tylko przez centralny urząd psychjatryczny państwo może wykonywać dostateczny i dobroczynny nadzór nad zakładami psychjatrycznymi wszelkiego rodzaju. Na czele urzędu powinien stać teoretycznie wykształcony i praktycznie doświadczony psychjatra ze względu na to, że zadania urzędu są natury czysto psychjatrycznej. Rozumie się, że prawnik jako doradca w sprawach formalnych (i prawnych) zawsze będzie cennym współpracownikiem.

Zadania urzędu centralnego są tak ważne, tak wielorakie i tak liczne, że nie wystarczy zatrudnić psychjatry ubocznie. Tu jest konieczne potrzebna siła pełna, wolna od innych zajęć.

Do obowiązków centralnego urzędu należałoby w pierwszym rzędzie wykonywanie nadzoru nad wszystkimi zakładami psychjatrycznymi, tak publicznymi jak prywatnymi. Dalej w zakres kompetencji tego urzędu wchodziłoby wydawanie koncesji na zakładanie prywatnych zakładów psychjatrycznych. Obowiązkiem urzędu byłaby rewizja planów budowlanych i regulaminów wewnętrznej służby zakładowej, rewizja zakładów pod względem psychjatrycznym, higjenicznym i administracyjnym. Z powodu bliskiego kontaktu z zakładami psychjatrycznymi urząd miałby sposobność poznać cechy dodatnie i ujemne urządzeń psychjatrycznych i mógłby przeprowadzać ulepszenia. Pod nadzorem tego urzędu znajdowaliby się także wszyscy inni chorzy psychicznie, którzy nie są umieszczeni w zakładach psychjatrycznych. Urząd ten czuwałby także nad zdrowiem psychicznem społeczeństwa, pilnując rozwoju profilaktyki psychjatrycznej. Urząd zastępowałby sprawy psychjatryczne w Sejmie, informowałby w prasie społeczeństwo o stanie opieki nad psychicznie chorymi.

Centralny urząd powinien mieć prawo do wydania zarządzenia, że w celach leczniczych wolno zakładom psychjatrycznym przyjmować psychicznie chorych bez żadnych formalności. Przy Urzędzie centralnym warto ustanowić inspektora generalnego, któryby regularnie w pewnych terminach zwiedzał i rewidował zakłady psychjatryczne. W miarę zwiększenia się liczby zakładów psychjatrycznych możnaby inspektorowi generalnemu dodać do pomocy psychjatrów krajowych. Pozatem

1). Al. Piotrowski: O potrzebie ustanowienia urzędu psychjatrycznego. Nowiny Psychjatryczne. 1924, zeszyt 8-my.

osobna komisja rewizyjna, w której skład wszedłby szef Centralnego Urzędu Psychjatrycznego (a w jego zastępstwie generalny inspektor wzgl. psychjatra krajowy, pozatem decernent — prawnik i decernent — budowniczy), stanowiłaby ważny czynnik opieki nad psychicznie chorymi. W ten sposób w komisji rewizyjnej zastąpiony byłby element laików przez osoby z wyższemi kwalifikacjami, zdolne do zaopinjowania o służbie i o urządzeniach zakładowych ze stanowiska formalno-administracyjnego i rzeczowo-budowlanego. Rewizje powinny odbywać się niespodzianie w pewnych terminach w ciągu roku i obejmować książkowość, dokumenty pacjentów; Komisja przyjmowałaby petycje i zażalenia od chorych i od personalu i miałaby sposobność wypowiedzenia się na podstawie kart szpitalnych i własnych spostrzeżeń, czy ten lub ów chory, proszący o zwolnienie z zakładu, może być natychmiast wypisany, itp. Że rewizorzy muszą się znać na rzeczy i nie traktować trudnej sprawy ze stanowiska laików, jest jasnem. Do oceny osobowości psychopatologicznej trzeba także posiadać gruntowne wykształcenie i doświadczenie psychologiczne i psychjatryczne. Wtedy ocena w każdym przypadku będzie trafna w 90—95%, a błędna w 5—10%.

Gdyby o sprawach psychjatrycznych mieli decydować laicy bez wykształcenia i doświadczenia fachowego, wtedy ocena w każdym przypadku byłaby błędna w 95%, a trafna tylko w 5%. W konsekwencji i komisje rewidujące fabryki i ich urządzenia techniczne, jak kotły parowe, maszyny zapędowe, dynamo, itp., musiałyby składać się z laików a nie z fachowców. Z pewnością nikt dzisiaj na to się nie zgodzi.

Fachowcem psychjatrycznym nie jest bezwzględnie każdy lekarz praktyczny, lecz taki lekarz, który się może wykazać kilkoletnim wykształceniem i doświadczeniem psychjatrycznem. Tylko wtedy, gdy na odpowiednie stanowiska będą wybierane odpowiednie osoby, opieka nad psychicznie chorymi będzie dostatecznie zagwarantowana. Tej gwarancji wymaga wielo- i różnorakość zadań opieki nad psychicznie chorymi.

*

Instytut opieki nad psychicznie chorymi obejmuje w pierwszym rzędzie opiekę zakładową. Istnieją dwa typy zakładów psychjatrycznych: zakłady publiczne i zakłady prywatne. Jasno i wyraźnie sformułowane przepisy winny przeto obowiązywać przy przyjmowaniu i przy zwalnianiu chorych. Przy przyjmowaniu chorego do zakładu psychjatrycznego uwzględnia się okoliczność, czy chorego przyjmuje się na obserwację, czy też na kurację lub pielęgnowanie.

Wobec pacjenta przebywającego w zakładzie odgrywa ważną rolę problem dozorowania: 1) pod względem higjenicznym i sanitarno-policyjnym, 2) pod względem prawnym, przyczem wyłaniają się różne kwestje, jak sprawa pozbawienia wolności obywatelskiej, dalej sprawa ubezwłasnowolnienia, kwestja obrony praw osobistych pacjenta. Na osobnem miejscu stoją chorzy kryminalni i t. zw. dobrowolni kuracjusze. Jedni i drudzy potrzebują nieraz koniecznie opieki zakładowej. Jako wskazane miejsce opieki występuje w pierwszym rzędzie zakład publiczny.

Chodzi tu o zakład przeznaczony dla ludności cywilnej, a nie dla osób wojskowych

Publicznych zakładów (państwowych i krajowych) jest w Polsce 11, mogących pomieścić około 10.000 chorych. Liczba miejsc w publicznych zakładach jest zatem niewystarczająca dla państwa liczącego prawie 30 miljonów mieszkańców. Zakłady publiczne przeznaczone są w zasadzie dla pacjentów ubogich.

Ponieważ państwo obarczone jest całym szeregiem świadczeń publicznych, których nie może złożyć na inne barki, przeto opieka nad psychicznie chorymi, przynajmniej pod względem technicznym i organizacyjnym, a szczególnie pod względem finansowym, obarczyłaby państwo jeszcze więcej. Dlatego zaleca się opiekę nad psychicznie chorymi rozłożyć na samorządy wojewódzkie pod kontrolą państwa.

W obecnych warunkach zalecałoby się budować zakłady psychjatryczne, w których leczyłoby się ostre psychozy i pielęgnowało się równocześnie chroników, oligofreników i epileptyków. Pozatem potrzebny jest koniecznie przynajmniej jeden zakład, przeznaczony specjalnie dla alkoholików. W interesie chorych i społeczeństwa leży, ażeby psychicznie chory, potrzebujący opieki zakładowej, mógł każdego czasu bezpośrednio być przyjęty do zakładu. Jeżeli chory z powodu trudności, związanych z umieszczeniem go w zakładzie, musi dłuższy czas czekać na przyjęcie, może się zdarzyć, że choroba jego pogorszy się w znacznym stopniu, albo, że chory wyzdrowieje, nim jego przyjęcie do zakładu będzie możliwe.

Tam gdzie niema zakładów psychjatrycznych, a potrzeba ich daje się dotkliwie odczuwać, jest obowiązkiem państwa wybudować zakład, albo zmusić te czynniki, które są zobowiązane do wybudowania zakładu, ażeby to uczyniły. Jeżeli wielka liczba i jakość zakładów psychjatrycznych jest miarą kultury państwa, to można z większą pewnością powiedzieć, że ilość niezajętych miejsc w zakładach świadczy o troskliwej i przewidującej opiece nad psychicznie chorymi.

Zakład powinien być zbudowany na terenie, posiadającym wszelkie dane higjeniczne i powinien być postawiony w pobliżu miasta z dobrą komunikacją.

Na czele zakładu psychjatrycznego musi stać dyrektor lekarz-psychjatra, któremu powinna podlegać cała administracja. Ustanowienie równorzędnego dyrektora-administratora nie jest racjonalne ze względów ekonomicznych, technicznych i praktycznych. W dzisiejszych zakładach psychjatrycznych, w których psychicznie chorzy bywają zatrudnieni w różnych miejscach i różnemi robotami, przechodzą z jednego miejsca na drugie, gdzie strona administracyjna ściśle związana jest z czynnością leczniczą, kierownictwo powinno spoczywać w jednem ręku, t. j. w ręku dyrektora-lekarza. Dyrektor powinien być doświadczonym lekarzem, który przed objęciem kierownictwa zakładu może wykazać się kilko a nawet kilkonastoletnią praktyką w zakładzie psychjatrycznym. Dyrektor powinien mieć do swojej pomocy psychjatryczno-lekarskiej odpowiednią liczbę doświadczonych lekarzy na posadach samodzielnych i odpowiedzialnych, tj. lekarzy-prymarjuszy, pozatem lekarzy-ordynatorów i asystentów podległych prymarjuszom.

Nie mniej ważnym czynnikiem doskonałej opieki zakładowej dla psychicznie chorych jest doborowy, sumienny, w szkołach fachowych dostatecznie przygotowany personał pielęgniarski. Trzeba stworzyć stan pielęgniarzy psychjatrycznych. Personał ten bezpośrednio podlega lekarzom.

W braku psychjatrycznego zakładu publicznego może oddać znaczne usługi zakład prywatny. Zakładem prywatnym jest każdy zakład psychjatryczny, nie będący własnością państwa albo kraju i nie zarządzany przez państwo wzgl. kraj. Zakład prywatny nadaje się więcej dla pacjentów pochodzących ze sfer zamożniejszych. Takim chorym może zakład prywatny dać komfort, którego niema w zakładzie publicznym, przeznaczonym dla pacjentów ubogich.

Na otwarcie prywatnego zakładu psychjatrycznego potrzebna jest koncesja, t. j. zezwolenie władzy (Centralnego Urzędu Psychjatrycznego). Na czele prywatnego zakładu psychjatrycznego powinien koniecznie stać doświadczony psychjatra.

Podczas gdy zakład prywatny może sobie dobierać pacjentów i odmówić przyjęcia takim chorym, którzy mu są niewygodni, to zakład publiczny musi przyjąć każdego chorego, potrzebującego koniecznie opieki zakładowej i pochodzącego z odnośnego okręgu.

Dla niektórych pacjentów zakład publiczny jest nawet w pierwszej linji przeznaczony jako miejsce przejściowego pobytu. Dotyczy

to przeważnie osób przekazanych do zakładu przez sądy albo przez władze administracyjne pod obserwację psychjatryczną celem ustalenia poczytalności wzgl. niepoczytalności albo celem ubezwłasnowolnienia przekazanego. Umieszczenie takich pacjentów w zakładzie ma przeważnie charakter przymusowy. Tu należałoby rozstrzygnąć kwestję, czy zakład psychjatryczny jest obowiązany przyjąć pacjenta przekazanego na obserwację. W każdym razie w podobnym przypadku nie może być mowy o bezprawnem internowaniu chorego. W przypadku, gdzie wchodzą w grę interesy opieki społecznej, jak zabezpieczenie na starość, ubezpieczenie od niedołęstwa, choroby i wypadku, lekarz zakładowy nie ma prawa przetrzymywać na obserwacji pacjenta wbrew jego woli, tak samo i w sprawach dyscyplinarnych, albowiem brak przepisów odpowiednich, na podstawie których możnaby zmusić takiego pacjenta do pozostania pod obserwacją psychjatryczną.

Większość chorych znajduje pomieszczenie w zakładach psychjatrycznych w celach leczniczych, t. j. z przesłanek lekarskich. Tymczasem niefachowcy zapatrują się na umieszczenie chorego w zakładzie ze stanowiska pozbawienia obywatela wolności osobistej. Chodzi więc o to, który z dwóch poglądów zasługuje w pierwszym rzędzie na uwzględnienie. Doświadczenie uczy nas, że widoki leczenia są tem pomyślniejsze, im prędzej chory dostanie się do zakładu. Cały szereg pacjentów bywa umieszczany w zakładzie z opóźnieniem, gdy wyrządzili już sobie albo innym szkodę niepowetowaną.

Z uwag tych wynika, że w przedmiocie umieszczenia psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym miarodajnym być powinien lekarski punkt widzenia. Inaczej bowiem psychjatra byłby tylko pomocnikiem policyjnym. Rozumie się, że każdy psychicznie chory powinien doznawać jaknajtroskliwszej opieki i nie powinien być narażony na przykrości i szkody, nie powinien też przymusowo przebywać w zakładzie psychjatrycznym, jeżeli opieka zakładowa nie jest koniecznie potrzebna.

Z drugiej strony przyjęcie do zakładu psychjatrycznego powinnobyć ułatwione, a nie utrudnione uciążliwemi formalnościami.

Najważniejszym powodem do umieszczenia kogokolwiek w zakładzie psychjatrycznym jest zaburzenie psychiczne. Zaburzenie psychiczne przedstawia odmienny od normalnego stan psychiczny, stan chorobowy. Atoli nie każdy psychicznie chory potrzebuje koniecznie opieki zakładowej. Należy rozróżnić, czy opieka zakładowa w danym przypadku jest koniecznie potrzebna, czy tylko wskazana wzgl. pożą-

dana. Jako kryterjum konieczności opieki zakładowej należałoby uważać pomieszanie, szał i stany lękowe z dążeniem do samobójstwa.

Często umieszczenie chorego w zakładzie musi nastąpić z przyczyn zewnętrznych, jak: niepomyślne warunki życia domowego i złe warunki materjalne. Komu środki pozwalają, ten może leczyć się w domu, o ile znajdzie tam stosowne leczenie i odpowiednią opiekę i pielęgnację. Natomiast osoba samotna znajdzie staranniejszą opiekę w zakładzie niż u siebie.

Przyczyny umieszczenia chorego w zakładzie są zatem wielorakie i różnorodne, tak pod względem kwalitatywnym jak i kwantytatywnym; nie można wszystkich możliwości wyszczególnić w przepisach. Dlatego musi wystarczyć wskaźnik ogólny, że tylko ci chorzy powinni być umieszczeni w zakładzie psychjatrycznym, którzy w zakładzie znajdą dogodne warunki leczenia i pielęgnacji oraz bezpieczeństwo dla własnej osoby.

Kto zagraża bezpieczeństwu drugich w jakikolwiek sposób, powinien być unieszkodliwionym; jeżeli szkodzi przez swą chorobę psychiczną, powinien być umieszczony w zakładzie psychjatrycznym w interesie własnym i w interesie ogólnym. Nie należy z internowaniem zwlekać do chwili aż chory stanie się niebezpiecznym dla otoczenia, gdy zdarzy się nieszczęście, np. gdy chory popełni zabójstwo, gdy usiłował popełnić samobójstwo, gdy przetrwoni majątek swój i rodziny itp. Takiemu nieszczęściu należy zapobiedz przez wczesne umieszczenie chorego w zakładzie. Przy tej sposobności okazuje się potrzeba współdziałania doświadczonego psychjatry, który na podstawie swojej wiedzy i znajomości życia może właściwie ocenić stopień zachorzenia psychicznego i zadecydować, czy internowanie chorego jest w danej chwili koniecznie potrzebne czy nie. Wielu chorych np. nie przedstawia niebezpieczeństwa dla otoczenia, a jednak z powodu osobliwej natury zachorzenia potrzebują leczenia w zakładzie.

Więcej niebezpieczni od chorych psychicznie są naogół wenerycy, albo chorzy cierpiący na choroby zakaźne, a jednak zważa się mało na niebezpieczeństwo, grożące otoczeniu ze strony tych chorych. Dlatego zalecałoby się nie podkreślać zbyt dobitnie tego momentu, albowiem na pierwszem miejscu powinna stać potrzeba leczenia choroby, nie zaś konieczność internowania ze względu na niebezpieczeństwo.

Umieszczeniu psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym z powodu dążności samobójczych pacjenta sprzeciwia się opinja wychodząc z założenia, że dążności samobójcze nie są przestępstwem karalnem. Stanowisko to jest błędne, bo identyfikuje zakład psychjatryczny

z domem karnym. Tymczasem psychicznie chora osoba o dążnościach samobójczych, z powodu swojej choroby psychicznej nie wie co robi i nie jest odpowiedzialna za szkodę, którą wyrządza sobie, własnej rodzinie i społeczeństwu. Ilustruje to przykład następujący, gdzie ojciec licznej rodziny w stanie uleczalnej choroby psychicznej popełnił samobójstwo i zostawił w nędzy rodzinę, która stała się ciężarem dla społeczeństwa. W zakładzie psychjatrycznym pacjent byłby przyszedł do zdrowia i byłby mógł na rodzinę pracować i zarabiać.

Psychicznie chory, który z powodu swojej choroby zaniedbuje się i zanieczyszcza, który nie przyjmuje pokarmu itp., powinien pozostać w zakładzie psychjatrycznym pod opieką lekarską.

Jeżeli obywatela psychicznie zdrowego, który ma prawo do chorowania na ciele, nie można pod żadnym pretekstem zmusić do leczenia się, to zupełnie inaczej przedstawia się rzecz z chorym psychicznie, który sam dysponować nie może. Wolno narzucić mu leczenie wbrew jego woli w jego własnym interesie i w interesie ogólnym.

Leczenie psychicznie chorych jest pierwszem i najgłówniejszem zadaniem praktyki zakładowej.

*

Ze stanowiska lekarskiego przyjęcie chorego do zakładu nie powinno być uzależnione od zobowiązania do opłacania kosztów, tak samo jak nie należy zwalniać niewyleczonego chorego li tylko z tego powodu, że opłata za niego nie została uiszczona. Koszty za chorych ubogich powinny ponosić większe związki społeczne, zdolne do świadczeń materjalnych. Wtedy rodziny ubogich będą wcześniej umieszczać swoich chorych w zakładzie.

Do umieszczenia psychicznie chorego w zakładzie jest przedewszystkiem potrzebne świadectwo lekarskie.

W zasadzie winno wystarczyć świadectwo jednego lekarza, który stwierdził istnienie choroby psychicznej oraz potrzebę opieki zakładowej. Żądanie świadectwa lekarza — urzędnika wzgl. lekarza powiatowego powoduje nowe trudności.

Od dnia wystawienia atestu lekarskiego do chwili umieszczenia chorego w zakładzie nie powinno upłynąć więcej czasu niż dwa tygodnie. Ponieważ chory z powodu swoich zaburzeń psychicznych nie może działać samodzielnie, przeto inna osoba musi się zająć sprawami chorego, a więc musi wystarać się o świadectwo lekarskie, jako też wystosować odpowiedni wniosek o przyjęcie chorego do zakładu. Do czynności tych są upoważnieni w pierwszym rzędzie bliżsi i dalsi krewni, wreszcie inne osoby uprawnione.

Ze względów praktycznych zalecałoby się powiększyć szereg osób, które byłyby uprawnione do stawiania wniosków o przyjęcie psychicznie chorego do zakładu, mianowicie jeżeli chory żyje samotnie i nie ma żadnych krewnych.

Oprócz policji i władz administracyjnych powinni mieć takie prawo najbliżsi przyjaciele chorego, gospodarz, u którego chory zamieszkuje, pracodawca lub przełożony, i to bez nakładania na nich obowiązku do ponoszenia kosztów za chorego. Tak samo związki komunalne, kasy chorych i inne instytucje społeczne, zobowiązane do świadczeń społecznych powinny mieć prawo wnioskodawcy wobec zakładu psychjatrycznego. Byłoby wskazanem, aby dla opuszczonego, samotnego chorego, umieszczonego w zakładzie, kompetentny sąd na wniosek prokuratora niezwłocznie wyznaczył choremu dla wszystkich jego spraw majątkowych i osobistych prawnego zastępcę, który byłby łącznikiem między chorym a światem zewnętrznym.

Nie należy umieszczać psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym pod przymusem, t. j. na zarządzenie policji albo władzy administracyjnej, o ile się rodzina temu sprzeciwia i oświadcza, że postara się o należytą opiekę dla chorego.

Wspominając o roli policji, wzgl. władzy administracyjnej, jako wnioskodawcy, należy poruszyć także moment współdziałania władzy przy umieszczeniu chorego w zakładzie. O przyjęciu psychicznie chorej osoby do zakładu powinien zasadniczo decydować dyrektor zakładu, który przecież jest najlepszym rzeczoznawcą w tych sprawach, nie zaś urzędnik - laik.

Zdarzyć się bowiem może, że urzędnik niepsychjatra nie zgodzi się na umieszczenie w zakładzie psychicznie chorego, potrzebującego opieki zakładowej, bo niefachowiec nie może się tak dobrze orjentować w tej materji, jak doświadczony psychjatra. Jeżeli będzie chciał postępować racjonalnie, będzie się w każdym przypadku informował u psychjatry.

Współdziałanie władz przy umieszczeniu psychicznie chorego w zakładzie jest tylko wyrazem nieufności do psychjatrów.

Wskutek działania władz i z powodu uciążliwych formalności umieszczenie chorego w zakładzie opóźnia się znacznie. Dlatego praktyka przyjmowania psychicznie chorych do zakładu psychjatrycznego rozwinęła się w tym kierunku, że dyrektor zakładu, któremu z reguły wolno przyjmować w nagłych przypadkach chorych bez formalności powyżej wspomnianych — a większość przypadków należy do nagłych — praktycznie rzecz biorąc, decyduje o przyjęciu chorych.

Stanowisko i charakter urzędowy dyrektora zakładu powinno dawać dostateczną gwarancję prawidłowego postępowania przy przyjęciu psychicznie chorego do zakładu. Przecież na oddziały psychjatryczne przy szpitalach w większych miastach przyjmuje się psychicznie chorych bez żadnych formalności.

Tak samo przyjęcie psychicznie chorego do kliniki psychjatrycznej nie powinno być uzależnione od wypełnienia uciążliwych formalności.

Choremu nie powinien towarzyszyć do zakładu umundurowany policjant.

*

Również i zwolnienie chorego z zakładu jest zależne od wypełnienia różnych formalności. Chorego, znajdującego się na obserwacji psychjatrycznej, zwalnia się po jej ukończeniu. Należy go zwolnić także i wtedy, gdy czasokres przeznaczony na obserwację minął, a obserwacja nie została ukończona. Jeżeli obserwacja wykazała, że pacjent cierpi na chorobę psychiczną i potrzebuje koniecznie opieki zakładowej, wtedy należy wypełnić te same formalności jak przy przyjęciu chorego na kurację.

Wypisanie z zakładu pacjenta znajdującego się na leczeniu musi nastąpić, jeżeli pacjent wyzdrowiał. Rozumie się, że chodzi tu przedewszystkiem o wyzdrowienie w znaczeniu socjalnem, nie zaś w sensie klinicznym. Przytem trzeba mieć na uwadze moment, czy pacjenta należy wypisać w chwili, gdy ustąpiły objawy chorobowe, czy też później — w okresie rekonwalescencji.

Dysymulacja nie jest dowodem zdrowia psychicznego. Należy wystrzegać się przedwczesnego wypisania chorego, gdy nie jest jeszcze zrównoważony. Natomiast można przyśpieszyć zwolnienie pacjenta, gdy czekają na niego lepsze warunki bytowania. O tem może decydować tylko doświadczony psychjatra.

W niektórych przypadkach zaleca się zwolnić pacjenta z zakładu już wtedy, gdy nastąpiło pewne polepszenie, o ile są widoki, że w otoczeniu rodzinnem wyzdrowienie nastąpi prędzej niż w zakładzie. Pacjent może także być zwolniony, jeżeli nie potrzebuje koniecznie opieki zakładowej. Natomiast, jeżeli okoliczności przemawiają za tem, że chory przyjdzie prędzej do zdrowia w zakładzie niż w niepomyślnych warunkach rodzinnych, to przetrzymanie go w zakładzie staje się pożądanem. O stosunkach rodzinnych pacjenta najlepiej poinformuje policja.

W przypadkach, w których leczenie w zakładzie jest pożądane dla chorego, a rodzina domaga się wypisania pacjenta z zakładu wbrew sprzeciwom lekarskim, zaleca się zwolnić pacjenta za rewersem, t. zn.

rodzina podpisuje oświadczenie, w którem obowiązuje się do opiekowania się chorym i do czuwania nad nim.

O tem, czy chory nadaje się do zwolnienia z zakładu, może decydować tylko lekarz zakładowy-psychjatra, który chorego zna dokładnie.

Do żądania wypisania z zakładu ma prawo chory, następnie wszystkie te osoby, które mają też prawo do wniosku o przyjęcie chorego do zakładu, a więc: bliższa i dalsza rodzina, prawny zastępca, opiekun, przyjaciel, przełożony, gospodarz. Że władza nadzorcza albo ta władza, która zarządziła internowanie, ma prawo żądać zwolnienia pacjenta, nie ulega wątpliwości.

Pacjent, który wyzdrowiał z ostrej psychozy, a który ma skłonności antysocjalne, po zwolnieniu z zakładu nie jest więcej przedmiotem troski psychjatrycznej. Natomiast, o ile nie jest zupełnie zdrowy, a przytem niebezpieczny, wtedy należy donieść władzy policyjnej o zwolnieniu, a raczej należy zwolnienie takiego chorego uzależnić od zgody władzy policyjnej. W sprawach sądowo-karnych zwolnienie pacjenta może nastąpić tylko w porozumieniu z władzą. Pacjenta-ozdrowieńca, który z własnej woli pragnie pozostać w zakładzie, ażeby w spokoju dojść do zupełnego zdrowia, nie powinno wydalać się z zakładu, o ile zapłata za niego jest zapewniona. Tak samo nie powinno się pod przymusem zwalniać pacjenta, nie potrzebującego wprawdzie opieki zakładowej, ale jeżeli jego stosunki rodzinne nie są pomyślne.

Krótko mówiąc, zwolnić trzeba pacjenta, jeżeli wyzdrowiał, o ile nie chce pozostać w zakładzie z własnej woli jako dobrowolny kuracjusz. Można zwolnić pacjenta niewyleczonego, o ile tenże nie potrzebuje opieki zakładowej. Należy go zwolnić, jeżeli on sam albo osoba uprawniona tego żąda. Pacjent, potrzebujący jeszcze opieki zakładowej może być zwolniony tylko wtedy, gdy jego umieszczenie poza zakładem jest zapewnione i gdy władza się zgodzi. Na wniosek władzy przełożonej pacjent musi być zwolniony.

Wypisanie chorego z zakładu nie stanowi trudności, jeżeli chory ma być przeprowadzony do innego zakładu; wystarczy tu odpowiednie zaświadczenie dyrektora, że chory z powodu choroby psychicznej potrzebuje dalszego leczenia w zakładzie psychjatrycznym.

W przypadkach wątpliwych zaleca się pacjenta urlopować na pewien czas, ewtl. zwolnić go na próbę.

Jeżeli chory niebezpieczny opuścił zakład samowolnie (nie należy używać wyrazu „uciekł" wzgl. „zbiegł" bo zakład psychjatryczny nie jest zakładem detencyjnym wzgl. więzieniem, lecz jest szpitalem),

trzeba o tem powiadomić władze policyjne. Chorego, który nie wrócił po prawnie ustalonym terminie, wypisuje się.

Każdy chory umieszczony w zakładzie psychjatrycznym ma prawo i możność (i powinien je mieć) stawiania wniosków o zwolnienie, a zakład musi ułatwić choremu stawienie takiego wniosku i przedłożyć go odnośnej władzy, inaczej dyrektor naraża się na karę.

Każde zażalenie chorego, skierowane do władzy, powinno bezwzględnie być odesłane do władzy.

Najwłaściwszym opiekunem chorego pod względem prawno-formalnym jest prokurator, pod względem opieki rzeczowej, lekarskiej — najdoświadczeńszym znawcą jest psychjatra zakładowy.

Umieszczenie chorego w zakładzie psychjatrycznym może pod względem formalno-prawnym być zakwestjonowane nawet wtedy, gdy władza (ewtl. Urząd Centralny Psychjatryczny) zatwierdziła potrzebę leczenia chorego w zakładzie. Wtedy pacjent zawsze jeszcze ma możność wniesienia skargi do sądu o pozbawienie go wolności. Zażalenie chorego o nieprawne przetrzymanie w zakładzie winien rozpatrywać sąd po przesłuchaniu dwóch psychjatrów, w tem psychjatry zakładu, w którym petent przebywa.

O każdym chorym, przyjętym do zakładu, donosi się (przynajmniej w b. zaborze pruskim) [1]) niezwłocznie prokuratorowi; chodzi tu tylko o formalną stronę, o ochronę interesów chorego, umieszczonego przymusowo w zakładzie i nie ma to żadnego związku z ustawą karną. Uwiadamia się prokuratora dlatego, gdyż niema innego urzędu odpowiedniego. Gdyby istniał Urząd Centralny dla spraw psychjatrycznych, wtedy meldowanie chorego w prokuraturze byłoby zbytecznem.

Wymienione formalności byłyby niepotrzebne, gdyby psychicznie chorych przyjmowano do zakładów psychjatrycznych i zwalniano na tych samych warunkach, które istnieją w szpitalach ogólnych.

O przyjęciu i zwolnieniu chorego, znajdującego się w wieku poborowym, donosi się także okręgowemu P. K. U.

Każdy chory, przebywający w zakładzie, ma prawo swobodnej korespondencji. Jednakowoż korespondencja może być szkodliwą dla chorego czy to pod względem zdrowotnym, czy pod wzgl. socjalnym. Wtedy lekarz zakładowy powinien mieć nietylko prawo, ale nawet obowiązek kontrolowania korespondencji pacjenta. W każdym razie należy

1). Al. Piotrowski: Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. — Pamiętnik I-go Zjazdu Psychjatrów Polskich. Warszawa. 1921, oraz Al. Piotrowski: Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. Nowiny Psychjatryczne. 1926, II.

ekspedjować wszelkie zażalenia chorego do władz jako też korespondencje do jego prawnego zastępcy.

Listów, przedmiotów wartościowych, akt, które chory ma przy sobie, nie wolno wydawać nikomu, nawet władzom, bo inaczej lekarz zakładowy, który wydał własność chorego bez poprzedniego porozumienia się z nim, może być pociągnięty do odpowiedzialności za szkodę powstałą dla chorego z tego powodu.

System odwiedzania chorych przez rodziny i znajomych powinien się opierać na najdalej posuniętej liberalności, ponieważ leży w interesie zakładu, ażeby społeczeństwo przekonało się naocznie o życiu zakładowem. To jednak nie przeszkadza wstrzymać odwiedziny, gdy się okażą szkodliwe dla chorego. Odwiedzanie podsądnych jakoteż korespondowanie z nimi jest dopuszczalne tylko za zgodą sędziego śledczego. Jeżeli chory zachoruje na cierpienie chirurgiczne, można go operować tylko za poprzednią zgodą jego prawnego zastępcy wzgl. opiekuna, mianowicie, gdy chodzi o ciężką operację, chyba, że sprawa jest nagła i życie chorego zagrożone.

Lekarz zakładu psychjatrycznego nie ma prawa do przeprowadzania sekcji na zwłokach nieboszczyka bez zgody rodziny. W każdym przypadku, gdzie sekcja jest wskazana, trzeba zasięgnąć zgody rodziny, inaczej lekarz narazić się może na przykrości.

Pacjentów zajętych pracą zaleca się ubezpieczyć od wypadku.

Gdy chory popełni samobójstwo, lekarz odpowiada, o ile zawinił wskutek własnego niedbalstwa, nieostrożności i braku przezorności.

Psychicznie chorego należy obronić przed nadużyciami seksualnemi, mianowicie ze strony personału dozorującego, któremu za ten występek grozi kara więzienna.

Wypada wspomnieć jeszcze o chorych kryminalnych i o kuracjuszach dobrowolnych. Jeżeli się mówi o chorych kryminalnych, ma się na myśli w pierwszym rzędzie przestępców kryminalnych, którzy po zasądzeniu podczas odsiadywania kary więziennej zachorowali na psychozę. Od tych należy odróżnić psychicznie chorych, którzy z powodu chorobowych zaburzeń psychicznych popełnili czyn karygodny, albo którzy w chorobie psychicznej są niebezpieczni dla otoczenia. Chorzy, należący do ostatniej kategorji, mogą bez zastrzeżeń przebywać w każdym zakładzie psychjatrycznym. Natomiast przestępcy kryminalni, którzy zachorowali w więzieniu na psychozę, powinni być umieszczeni w osobnych zakładach dla chorych przestępców, albo na osobnych oddziałach znajdujących się przy więzieniach. Jeżeli do zakładów psychjatrycznych będzie się przyjmowało psychicznie chorych więźniów,

którzy mimo choroby psychicznej pozostają więźniami i potrzebują ściślejszego dozoru, to moment ten może wpłynąć ujemnie na reputację i szpitalny charakter zakładu, oraz odstraszyć rodziny psychicznie chorych od zakładu.

Bezprawne wypuszczenie chorego więźnia ze zakładu psychjatrycznego przez nieobowiązkowy, niesumienny personel, winno być karane.

Co do dobrowolnych kuracjuszów należy zaznaczyć, że chodzi tu o osoby psychicznie chore, mające poczucie choroby i zrozumienie dla swego stanu, którzy z własnej woli przychodzą do zakładu na leczenie. W przypadkach takich na pobyt chorego w zakładzie musi wyrazić zgodę ewtl. opiekun pacjenta albo jego prawny zastępca. Kuracjusz dobrowolny musi przedłożyć dyrekcji zakładu wniosek o przyjęcie oraz świadectwo lekarskie, że ma zrozumienie dla swego postępowania i że nadaje się do leczenia w zakładzie. O przyjęciu i zwolnieniu dobrowolnego kuracjusza donosi się władzy.

Przeciwko instytucji kuracjuszy dobrowolnych wysuwa się argument, że jest to tylko maska, pod którą kryje się przymusowe przetrzymywanie chorego w zakładzie. Dlatego uważam, że nie było by wskazanem udzielenie dyrektorowi zakładu prawa do zatrzymywania dobrowolnego kuracjusza z tytułu pogorszenia się stanu chorobowego pacjenta w zakładzie wbrew woli tegoż. Według mego zdania należy kuracjusza dobrowolnego — na jego życzenie — każdego czasu zwolnić z zakładu, bez względu na stan chorobowy.

Czem więcej będą miały zakłady kuracjuszy dobrowolnych, czem mniej pacjentów przymusowych, tem postępowszą będzie opieka psychjatryczna zakładowa.

Często identyfikuje się pojęcie psychicznej choroby z potrzebą ubezwłasnowolnienia chorego. Jak nie każdy psychicznie chory potrzebuje koniecznie opieki zakład., tak samo nie każdy psychicznie chory musi być ubezwłasnowolniony; również umieszczenie chorego w zakładzie psychjatrycznym nie stanowi a priori powodu do ubezwłasnowolnienia, jako też ubezwłasnowolnienie psychicznie chorego nie koniecznie dowodzi o potrzebie opieki zakładowej. W wielu przypadkach raczej ubezwłasnowolnienie umożliwia ubezwłasnowolnionemu pobyt wśród społeczeństwa, ponieważ stan ubezwłasnowolnieniowy chroni chorego przed szkodliwościami życia społecznego, z któremi nie dałby sobie rady.

Niektóre psychozy objawiają się w ostrej postaci, mijają szybko w opiece zakładowej. W takich przypadkach ubezwłasnowolnienie nie jest potrzebne.

Wobec tego ewtl. przepis, żądający bezwzględnie ubezwłasnowolnienia każdego chorego przyjętego do zakładu psychjatrycznego, byłby nieracjonalny i krzywdzący dla pacjenta. Opiekun nie powinien mieć nieograniczonego prawa do bezpośredniego internowania swego pupila w zakładzie psychjatrycznym. To prawo przysługiwałoby mu tylko w takich warunkach, w jakich się umieszcza każdą psychicznie chorą osobę, a więc jeżeli lekarz stwierdzi, że opieka zakładowa leży w interesie chorego, t. zn. jeżeli chory koniecznie potrzebuje opieki zakładowej.

Ubezwłasnowolniony powienien mieć to samo prawo do zażaleń co każdy inny chory.

Ubezwłasnowolnienie chorego znajdującego się w zakładzie psychjatrycznym, a domagającego się natarczywie zwolnienia i protestującego tem samem przeciwko przetrzymywaniu go w zakładzie, pogarsza raczej jego położenie. W przypadku ubezwłasnowolnienia powinna o potrzebie opieki zakładowej dla chorego decydować uzasadniona opinja lekarsko-psychjartyczna, nie zaś formułka sądowa.

Opieka nad psychicznie chorym nie kończy się z chwilą zwolnienia, albowiem pacjent, o ile tego potrzebuje, powinien doznawać opieki także poza zakładem psychjatrycznym, mianowicie gdy się znajduje w lecznicy niepsychjatrycznej, lub gdy przebywa w rodzinie. Niektórzy chorzy psychicznie leczą się w szpitalach niepsychjatrycznych z powodu różnych przesądów i uprzedzeń do zakładów psychjatrycznych i także z innych przyczyn, mianowicie, gdy chory udaje się do lecznicy z tej przyczyny, że przyjęcie do zakładu psychjatrycznego połączone jest z trudnościami formalnemi, podczas gdy w lecznicy niepsychjatrycznej przyjmuje się chorych każdego czasu bez żadnych formalności. Czasem też i w nagłej potrzebie rodzina oddaje psychicznie chorego do najbliższego szpitala, jeżeli zakład psychjatryczny jest znacznie oddalony. Warunki lecznicze w zakładach niepsychjatrycznych są niekorzystne dla chorych, bo terapja nie może być racjonalnie przeprowadzona tam, gdzie niema odpowiednich urządzeń, gdzie personał nie jest odpowiednio wykwalifikowany. W lecznicach tych czyli sanatorjach samobójstwa chorych, z powodu niedostatecznego dozoru, są częstem zjawiskiem.

Umieszczanie i przetrzymywanie psychicznie chorego w schroniskach, przytułkach, w domach poprawczych, w szpitalach powiatowych, w przytułkach dla starców itp. jest niedopuszczalne. Jak psychicznie zdrowych, ale cieleśnie zniedołężniałych starców nie wolno przetrzymywać w zakładzie psychjatrycznym, tak osoby psychicznie chore nie powinny pozostawać w schroniskach wzgl. przytułkach dla

starców itp. Psychicznie chorzy potrzebują spejalnego leczenia i specjalnej opieki, czego nie mogą dać lecznice niepsychjatryczne.

Pielęgnowanie psychicznie chorego w rodzinie może być przeprowadzone w rodzinie własnej lub obcej. Chodzi tu w pierwszym rzędzie o zorganizowaną opiekę w rodzinie, stojącą pod dozorem zakładu psychjatrycznego. W rodzinie pacjent znajduje odpowiednie ognisko domowe, mieszkanie i utrzymanie. Częste rewizje, przeprowadzane przez lekarzy zakładowych, stanowią dostateczną kontrolę. Najlepszą opiekę, zdaje się, powinna dać choremu nadającemu się do opieki w rodzinie — rodzina własna. Tymczasem doświadczenie wykazuje, że właśnie tutaj zachodzą duże niedomagania. Zdarza się, że chory bywa zaniedbywany, utrzymywany w niechlujstwie, przebywa poraniony, pokaleczony w chlewie na barłogu. Byłoby zatem wskazane roztoczyć nadzór także nad chorymi przebywającymi wśród własnej rodziny. Najstosowniejszym kontrolerem byłby lekarz powiatowy, który powinien mieć prawo do przekazania chorego mimo sprzeciwu rodziny do zakładu psychjatrycznego, gdy się przekona, że opieka w rodzinie w danym przypadku nie jest odpowiednia.

Opiekę nad psychicznie chorymi, przebywającymi w domach prywatnych, wykonywać mogłyby towarzystwa dobroczynności, założone w celu opiekowania się psychicznie chorymi.

Hôpital Psychiatrique Public du Pays de Posnanie à Dziekanka. — Dir. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

LES PRINCIPES DE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE AUX ALIÉNÉS.

Par AL. PIOTROWSKI.

Rapport préparé pour le VII Congrès des Aliénistes Polonais à Kocborowo le 4. 5. 6. juin 1927.

L'auteur discute l'organisation de l'Assistance psychiatrique dans les provinces occidentales de la Pologne et définit les postulats, qui, une fois réalisés, feraient faire un nouveau pas à l'évolution naturalle de cette Assistance.

L'organisation du régime des aliénés dans les provinces occidentales de la Pologne est simple et répond en général aux nécessités réelles, et les nouveaux postulats mis à jour par l'expérience seraient faciles à réaliser.

L'auteur souhaite que la même organisation soit étendue aux autres provinces de l'Etat, sous une forme plus parfaite encore et dans les limites déterminées par les nécessités et les conditions de la vie sociale.

L'auteur s'oppose à la voie législative, car il faudrait beaucoup de temps pour élaborer et faire sanctionner par la Diète une loi, tandis que la chose ne souffre aucun délai.

L'organisation du régime des aliénés par voie de décrets administratifs aurait l'avantage d'aboutir plus vite.

Les décrets qui se montreraient inopportuns ou seraient peu pratiques, pourraient être annulés de suite et remplacés par d'autres plus appropriés, tandis qu'une loi, fût-elle erronée dans son principe, sa teneur ou sa forme, serait nécessairement obligatoire pendant de longues années et ne pourrait être corrigée ou complétée que par une nouvelle décision de la Diète, ce à quoi on ne peut pas arriver rapidement.

Pour mener à bonne fin l'organisation psychiatrique il faut un Office Central, destiné exclusivement à ces affaires. Sa charge et ses

compétences embrasseraient l'ensemble de l'organisation: surveiller l'Assistance psychiatrique dans les hôpitaux psychiatriques publics et privés, dans les maisons de santé non psychiatriques et au sein des familles; déterminer les conditions tant matérielles que formelles pour l'admission et la sortie des malades, régler le traitement des malades au point de vue de l'hygiène, élaborer les règlements de police et la législation (en cas d'interdiction), définir les conditions pour le placement des malades criminels ainsi que des malades voulant se placer de leur propre gré.

Zakład Psychjatryczny w Palermo.

KONSTYTUCJA U FRENASTENIKOW*)

Napisał dr. JÓZEF BONASERA.

Odkąd w badaniach nad konstytucją psychicznie chorych zaczęto posługiwać się metodami opartemi na pewnej podstawie naukowej i badania te doszły — dzięki De Giovanni'emu — do znaczenia, którego dziś zaprzeczyć niepodobna, żaden autor nie próbował przenieść badania na teren tych chorób psychicznych, których cechą wybitną jest wadliwość pierwotna w rozwoju intelektualnym, jak to się dzieje we frenastenji.

Zagadnienie konstytucji w związku z patalogją i obrazem klinicznym okazało się trudnem do rozwiązania, co uznał nawet Birch-Hirschfeld, jeden z najwybitnieszych patologów, który stwierdził, że jeżeli do tej chwili nie zdołaliśmy ująć naukowo różnic indywidualnych, to nie uda się to nam i w przyszłości. Nie cofnięto się jednak przed (przewidzianemi przez znakomitego patologa) przeszkodami; nie przyśpieszono coprawda rozwiązania tego problemu, bądźcobądź jednak otworzyły się nowe widnokręgi, z których rozchodzą się — powoli, lecz stale — promienie, rozpraszające ciemności, które otaczają zawiłe to zagadnienie.

De Giovanni ma bez wątpienia wielką zasługę: ustalił doktrynę i dowiódł, że różnice indywidualne mają podstawę biologiczną i nadają się do klasyfikacji — atoli De Giovanni popełnił ten błąd, że dał nam metodę zbyt zawiłą i niewykończoną. W definicji jednostki antropologicznej wysuwa on jedynie wymiary ciała. Lukę tę usiłował wypełnić Viola, „drogą oparcia klasyfikacji na dwóch podstawach, miast jednej: na masie absolutnej i na proporcjach relatywnych". Swoją „metodą antropometryczną dla klasyfikacji typów morfologicznych" wyjaśnił on problem konstytucji w jej związku z obrazem klinicznym. Od czasów Violi datuje się rozkwit badań nad konstytucją, a metoda jego była stosowana kolejno w różnych chorobach psychicznych, a szczególnie w psychozach epileptycznych, w porażeniu postępującem, w psychozie manjakalno-depresyjnej oraz w „dementia praecox". Ponieważ brak dotąd studjów nad konstytucją frenastyników, przeto podjąłem się

1) Praca oryginalna włoska przesłana do wydrukowania w Now Psychjatrycznych. Streścił Br. M.

badań, opierając je na pracy o epileptykach dra. Józefa Comparato, któremu zawdzięczam niejedną cenną radę i wiele wskazówek.

* * *

Strona techniczna metody, którą się posługiwałem, zapożyczona jest od Violi[1]). Metodę tę (główne jej wytyczne) przedstawiam w skrócie, ażeby dać czytelnikowi możność orjentowania się w przedmiocie, mało dotąd znanym.

Do określenia tych typów morfologicznych Viola używa t. zw. „wymiarów fundamentalnych", które wykazują (w przybliżeniu coprawda) cechy charakterystyczne każdego osobnika.

Wymiary te są następujące:

Wymiary pionowe: I. *wzrost;* II. *długość mostka* (od wcięcia szyjowego do przyczepu wyrostka mieczykowatego); III. *długość nadpępcza* (od przyczepu wyrostka mieczykowatego do miejsca, w którem krzyżują się: środkowa linja pionowa brzucha i linja pozioma, znajdująca się na wysokości dolnej krawędzi klatki piersiowej); IV. *długość nadpępczo-łonowa* (od miejsca skrzyżowania się dwóch wzmiankowanych linji do górnego brzegu wzgórka łonowego); V. *długość kończyn dolnych* (od górnego brzegu wzgórka łonowego do szczytu kostki zewnętrznej stopy); VI. *długość kończyn górnych* (od brzegu wyrostka barkowego do linji międzystawowej tętna). *Wymiary poziome:* VII. *wymiar poprzeczny klatki piersiowej* (na poziomie czwartego żebra); VIII. *wymiar strzałkowy klatki piersiowej* (mierzony jak pod VII); IX. *wymiar poprzeczny „podżebrowy";* X. *wymiar strzałkowy „podżebrowy";* XI. *wymiar poprzeczny miednicy* (mierzony między końcami wierzchołków miednicowych).

Po ustaleniu wymiarów pionowych i poziomych robi się obliczenie, redukując do minimum liczby z otrzymanych wymiarów. Liczby ostateczne są wskaźnikami cech morfologicznych, charakterystycznych dla danego osobnika i przedstawiają się w sposób następujący:

Wskaźnik klatki piersiowej, który otrzymujemy z pomnożenia długości mostka przez wymiar poprzeczny „podżebrowy", oraz wymiar strzałkowy klatki piersiowej.

Wskaźnik górno-brzuszny (wynika z pomnożenia wymiaru mieczykowato-nadpępkowego przez wymiar poprzeczny „podżebrowy", oraz przez wymiar strzałkowy podżebrowy).

1) Metodo antropometrico di deformazione per la classificazione clinica dei tipi mornofologici. (Decima lettura del prof. Viola, Padova 1909).

Wskaźnik dolno-brzuszny (mnoży się długość nadpępczołonową przez wymiar poprzeczny miednicy, oraz przez wymiar strzałkowy „podżebrowy").

Wskaźnik kończyn (powstaje z dodania długości kończyn górnych do długości kończyn dolnych).

Z powyższych wskaźników otrzymujemy *wskaźnik brzuszny,* jeżeli dodamy wskaźnik brzuszny górny do wskaźnika dolnego, a *wskaźnik tułowia,* jeżeli dodamy wskaźnik klatki piersiowej do wskaźnika brzusznego.

Celem uproszczenia metody i ułatwienia zrozumienia indywidualnych cech charakterystycznych Viola opracował tablicę, w której każdy wskaźnik oznaczony jest pewnym stopniem. Tym sposobem w miejsce wymiaru rzeczywistego wstępuje *symbol.* Tablica dzieli się na 30 stopni ujemnych i 30 dodatnich, rozmieszczonych po lewej wzgl. prawej stronie zera, przedstawiającego średni wskaźnik normalny typu morfologicznego (wedle statystyki wykonanej w prowincji weneckiej).

Metoda Violi, poza łatwością obliczania oraz pamięciowem ujęciu wymiaru za pomocą symbolu, daje i tę korzyść, że obok kryterjum morfologicznego, zdobytego na podstawie wymiarów, podaje krytorjum fizjopatologiczne. W stosunku wymiarów kończyn i tułowia odnajdujemy związek między życiem organicznem a życiem wegetatywnem; możemy badać równowagę, w jakiej owe funkcje się znajdują i — w razie jej utraty — określić stopień osłabienia odporności na bodźce chorobowe.

*

* *

Niniejsza praca dotyczy przeważnie form frenastenji, których cechą charakterystyczną jest defekt i dysharmonja w rozwoju intelektualnym. Chorych tych De Sanctis nazywa „frenastenikami biopatycznymi", Tanzi: idjotami typowymi, inni, idąc śladem dra. Sollier'a: głuptakami (imbecilli). W myśl tej koncepcji nie uwzględniłem w moich badaniach przypadków z objawami somatycznymi, pochodzącymi od uszkodzenia mózgu w czasie porodu wzgl. w okresie poporodowym. Pominąłem również wszelkie przypadki z deformacjami szkieletu, oraz wszelkie inne przypadki, które z powodu jakiejkolwiek choroby wydawały się nieodpowiednimi do ścisłych badań morfologicznych.

Na zasadzie wyżej określonego „eklektycyzmu" wybrałem 100 mężczyzn, pochodzących przeważnie z Sycylji, częściowo zaś z Kalabrji. Uważam za zbyteczne podawać tu streszczenia historji choroby wszystkich badanych, bo tak djagnoza jak i przebieg kliniczny choroby psychicznej wykazują w każdym przypadku tyle podobieństw, że wyliczanie wszy-

skich objawów byłoby ciągłem powtarzaniem się. Mogę śmiało powiedzieć, że co do ich symptomalogji psychicznej uderzają przedewszystkiem wrodzone braki umysłowe, otępienie uczuć moralnych i społecznych, słaba pobudliwość afektywna, nieprawidłowości w zachowaniu się, zboczenia myślowe i czuciowe.

Dla łatwiejszego zrozumienia przedmiotu wyłuszczę tu swoją metodę.

Posługiwałem się antropometrem pionowym Morselli'ego. Na jego prawym brzegu kazałem umieścić (aby móc stwierdzić wymiary pionowe) na deseczce, podzielonej na stopnie, wskazówkę przesuwalną w kierunku prostopadłym i poziomym; na górnym brzegu kazałem umieścić węgielnicę, przesuwającą się w kierunku pionowym.

Po ustawieniu przyrządu w pozycji poziomej poleciłem badanemu ułożyć się na nim w stanie zupełnego spoczynku i bezruchu. Następnie naznaczyłem (ołówkiem dermograficznym) punkty styczne, wskazane przez dra. Viola, przesuwając wskazówkę do każdego tych punktów, stwierdzałem odnośne wymiary pionowe.

Następnie, po podniesieniu się badanego, przystąpiłem do stwierdzania wymiarów poprzecznych i strzałkowych tułowia, za pomocą cyrkla, służącego do wymierzania grubości (po ustaleniu punktów schodnych dla wymiarów poziomych).

Wziąłem też pod uwagę obwód klatki piersiowej i ciężar ciała celem stwierdzenia pewnych stosunków, poszukiwanych już przez innych autorów. Pozatem badałem wskaźnik czaszki oraz ogólny obwód poziomy czaszki; wymiary te są ważne, bo, jak wiadomo, u badanych przeze mnie frenasteników napotyka się często wymiary krańcowe czaszki, od największych do najmniejszych, co do obwodu ogólnego i różnych innych wymiarów. Stwierdzone wymiary i ustalone na ich podstawie wskaźniki użyłem nietylko w systemach I, II, III i IV, lecz zestawiłem je również w całości w 3 dużych tablicach A, B i C, w których umieściłem (w stu kolumnach) wymiary każdego badanego.

*

* *

W zestawieniu I-em uwzględniłem związki, jakie zachodzą między wskaźnikiem tułowia i wskaźnikiem kończyn. W kolumnie 1-ej mieści się skala stopni dodatnich i ujemnych. W kolumnie 2-ej i 3-ej znajdują się wskaźniki kończyn, odpowiadające rozmieszczonym wzdłuż skali stopniom. Rzut oka na tablicę wystarczy, aby zauważyć sła-

bą dążność do przeciętnego wskaźnika normalnego, bo wykazuje go jedynie pięciu badanych.

Przeważają natomiast odchylenia, zarówno wskaźnika tułowia jak i kończyn.

TABL. I.

Skala *wskaźnika tułowia*, czyli wskaźnik systemu wegetatywnego, oraz *wskaźnika kończyn.*

Stopień	Wsk. tułowia	Wsk. kończyn
+ 10	5	
+ 8	1	
+ 6	8	4
+ 4	12	6
+ 2	8	8
0	5	5
— 2	19	6
— 4	18	13
— 6	13	17
— 8	6	11
— 10	2	11
— 12	1	9
— 14	1	4
— 16		3
— 18	1	2
— 20		1

Stwierdzamy co następuje:

Na 100 badanych przeze mnie frenasteników, stwierdziłem (wedle klasyfikacji dra. Viola) u:

34 — nader wysoki wskaźnik tułowia (megalosplanchnicy);
61 — nader niski wskaźnik tułowia (mikrosplanchnicy);
5 — normalny wsk. tułowia (normosplanchnicy).

Wskaźnik kończyn zaś był u:

18 — nadmiernie wysoki;
77 — nadmiernie niski;
5 — normalny.

Z zestawienia wynika, że jedynie 5% frenasteników wykazywało rozwój normalny; 34% — nadmierny rozwój sytemu wegetatywnego, 18% — nadmierny rozwój systemu organicznego, 61% — zbyt słaby rozwój pierwszego, 77% — zbyt słaby rozwój drugiego.

Wyraźnie niedostatecznym jest więc u frenasteników tak rozwój kończyn, jak i systemu trzewiowego.

*
* *

W zestawieniu II-em badałem związek, zachodzący między kończynami a tułowiem, między tułowiem a brzuchem, oraz między odcinkiem górnym a odcinkiem dolnym brzucha.

Dane co do pierwszego umieszczone są w pierwszych trzech kolumnach.

Dążność do proporcji nadmiernych jest w tym przypadku nikła. Faktycznie tylko u 2% normosplanchników wskaźnik kończyn ma przewagę nad wskaźnikiem tułowia; u megalosplanchników — 6%, u mikrosplanchników — 4%. Przeciętne proporcje normalne są także rzadkie; kończyny są proporcjonalne do tułowia: u normosplanchników — w 2%, u megalosplanchników — 6%, u mikrosplanchników — 16%. Braki natomiast są zawsze wyraźne, najsilniej występują u mikrosplanchników, którzy w 56% wykazują nikły rozwój kończyn w stosunku do tułowia, podczas gdy u normosplanchników spotkałem ten objaw raz tylko na sto, a u megalosplanchników sześć razy.

Przechodzimy do studjum następnego związku, mianowicie związku między dwiema wielkiemi jamami ciała. Rozwój klatki piersiowej jest wyraźnie silniejszy aniżeli rozwój brzucha. Normosplanchnicy zdradzają dążność do proporcji średnich, bo w 2% rozwój ten jest proporcjonalny, a w 5% nadmierny, u megalosplanchników natomiast w jednym tylko przypadku (na sto) wadliwy; u 9% jest proporcjonalny, a u 50% nadmierny: u mikrosplanchników — w 4% wadliwy, w 8% proporcjonalny, a w 21% nadmierny. Ogółem więc rozwój klatki piersiowej w 76% jest silniejszy aniżeli rozwój brzucha.

Ostatnie trzy kolumny wykazują stosunek części górnej brzucha do jego części dolnej. Odchylenia zarysowują się tu silniej. U normosplanchników rozwój części górnej brzucha jest zawsze silniejszy aniżeli rozwój części dolnej; u megalosplanchników jest on w 2% proporcjonalny, w 58% — nadmierny, u mikrosplanchników: w 5% — niedostateczny, w 6% — proporcjonalny, w 24% — nadmierny.

U frenasteników istnieje więc (jak widzimy) umiarkowana dążność do proporcji normalnej między tułowiem a kończynami (25%), niema natomiast tej dążności w stosunku klatki piersiowej do brzucha; badania moje wykazują bowiem naogół wadliwość coraz to wyraźniejszą, im bardziej posuwamy się od części górnych tułowia do dolnych.

TABL. II.

Stosunek kończyn do tułowia, klatki piersiowej do brzucha, oraz stosunek części górnej brzucha do dolnej.

Stopnie	Stosunek kończyn do tułowia				Stos. kl. piers. do brzucha			Stos. części górn. brzucha do doln.		
+ 30										1
+ 28										1
+ 26										
+ 24										
+ 22										
+ 20										1
+ 18							2			
+ 16							2			2
+ 14							2			4
+ 12							3			3
+ 10	5						9		1	10
+ 8	1					1	8			4
+ 6	8		2	2		1	4			5
+ 4	12	2	1	3		2	8			12
+ 2	8	4	3	1	1	5	12		1	15
0	5	1	2	2		2	5			5
— 2	19	4	1	2	1		10	1	1	18
— 4	18	6	7		1	4	8	1	3	1
— 6	13	9	5	2		4	3		2	2
— 8	6	9	2					1		2
— 10	2	10	1		1					1
— 12	1	8	1					1		
— 14	1	4								
— 16		3								
— 18	1	2			1			1		
— 20		1								

* * *

Zestawienie III-cie wyświetla stosunek wymiarów klatki piersiowej. W kolumnie 3-ej, 4-ej i 5-ej ujęty jest stosunek wymiaru strzałkowego do poprzecznego. Jest on normalny w 20% przypadków, wadliwy — w 69%, nadmierny w 11%.

W kolumnie 6-ej, 7-ej i 8-ej widzimy stosunek pomiędzy długością mostka a wymiarem poprzecznym. Jest on proporcjonalny w 17%, wadliwy w 19%, a nadmierny w 64% przypadków.

Zestawienie to wykazuje nader słabą dążność rozwojową wymiaru strzałkowego oraz wyraźną dążność rozwojową wymiarów pionowych, wobec czego klatka piersiowa u frenastenika jest przeważnie spłaszczona w kierunku strzałkowym, a wyraźnie wydłużona w kie-

runku pionowym, tak, że utlenienie krwi niezawsze może odbywać się normalnie; uwydatnia się więc skłonność do chorób wyniszczających w ogólności — do gruźlicy w szczególności. Hypotezę tę potwierdzają liczne badania, przeprowadzone w tej kwestji i ręczę za nią mojem doświadczeniem osobistem, bo w jednej z ostatnich prac moich na temat stosunku gruźlicy do chorób psychicznych (Il Pisani 1925, I) stwierdziłem, że 33% frenasteników umiera na gruźlicę. Cyfra ta — acz dosyć wymowna — nie należy jednak do wygórowanych.

Przewaga wymiarów pionowych nad poziomymi u frenasteników pozwala nam przydzielić tych chorych do grupy „longitypów" dra Viola.

TABL. III.

Stosunek wymiarów wysokości klatki piersiowej do wymiaru poprzecznego.

		Stosunek wym. strzałkowego			Stosunek długości mostka		
		wadliwy	proporc.	nadmiern.	wadliwy	proporc.	nadmierny
		do wym. poprzeczn. kl. piers.			do wym. poprzeczn. kl. piers.		
+ 30							3
+ 28							2
+ 26							3
+ 24			1	1			3
+ 22							2
+ 20				1			4
+ 18						2	6
+ 16				2		1	5
+ 14		1				2	5
+ 12						3	4
+ 10	5					1	7
+ 8	1	3	1	2	1		7
+ 6	8	1	3	2	1	1	6
+ 4	12	3		1	5	1	4
+ 2	8	3	1	2	3	1	2
0	5	1	1		1	2	1
— 2	19	6	6		2		
— 4	18	7	2		1	3	
— 6	13	10	3		2		
— 8	6	10	1		1		
— 10	2	8	1				
— 12	1	4			2		
— 14	1	4					
— 16		3					
— 18	1	3					
— 20		2					
			*	*			
				*			

W tabeli IV-ej zestawiłem wyniki badań nad stosunkiem obwodu klatki piersiowej oraz ciężaru ciała do wzrostu.

Przedewszystkiem trzeba zaznaczyć, że wzrost niski przeważa nad wzrostem wysokim: 82% badanych przeze mnie było wzrostu bardzo niskiego, a 10% nie mierzyło nawet półtora metra; 8% wykazywało wzrost normalny, a tylko 10% — wyższy. Maximum wzrostu wynosiło 1.74 mtr.

Co do stosunku obwodu klatki piersiowej do wzrostu, stwierdziłem przewagę pierwszego nad drugim w 81% przypadków, wadliwość w 18%; stosunek prawidłowy jedynie w 1%. Naodwrót, ciężar ciała okazał się: w 79% niższy od liczby centymetrów ponad jeden metr (co do wzrostu); w 6% był proporcjonalny, a w 15% nadmierny.

Tablica wykazuje u frenasteników wyraźny rozwój obwodu klatki piersiowej; nie jest to dowodem silnej budowy znajdujących się w tej jamie narządów. Należy też wziąć pod uwagę wyraźny brak proporcji między różnymi wymiarami oraz najwyraźniej normalną formę klatki piersiowej, stwierdzoną w tablicy poprzedniej. Niski ciężar ciała i niski wzrost wskazują na wyraźne „niedokarmienie", typowe dla tego rodzaju chorych, oraz na wynikający stąd brak odporności na liczne choroby.

TABL. IV.

Stosunek obwodu klatki piersiowej i ciężaru ciała do wzrostu.

	Stosunek obwodu kl. piers. do wzrostu			Stosunek ciężaru ciała do wzrostu		
	wadliwy	proporcj.	nadmierny	wadliwy	proporcj.	nadmierny
+ 4 5	4		13	11		
+ 2 8	3		17	18		3
0 4	4	1	9	10	2	5
— 2 17	6		11	7		2
— 4 18	1		14	15	2	
— 6 16				14	2	4
— 8 19			10			1
— 10 2			5	4		
— 12 5			1			
— 14 2			1			
— 16 4						

Co do badania czaszki, to ograniczyłem się do wymiaru ogólnej objętości poziomej oraz wymiaru strzałkowego i poprzecznego (jako podstawy dla wskaźnika czaszki). Wskaźnik ten waha się między minimum 70-ciu a maximum 86.1; nie napotkałem więc na typy krańcowe (ultra-

dolichocefalne i ultrabrachycefalne), które spotyka się, jak utrzymują niektórzy autorzy, u frenasteników biopatycznych.

*
* *

Poziomy obwód ogólny.

Od mm.	491	do mm.	500	1	na	100.
Od mm.	501	do mm.	510	2	na	100.
Od mm.	511	do mm.	520	5	na	100.
Od mm.	521	do mm.	530	7	na	100.
Od mm.	531	do mm.	540	14	na	100.
Od mm.	541	do mm.	550	21	na	100.
Od mm.	551	do mm.	560	18	na	100.
Od mm.	561	do mm.	570	18	na	100.
Od mm.	571	do mm.	580	8	na	100.
Od mm.	581	do mm.	590	1	na	100.
Od mm.	591	do mm.	600	4	na	100.
Od mm.	601	do mm.	610	1	na	100.

Co do morfologji czaszki zauważyłem u badanych przezemnie chorych przewagę typów średnich oraz brak objawów zewnętrznych zahamowania rozwoju encefalitycznego wzgl. objawów, zdradzających ciężkie procesy hydrocefalityczne. Wynik ten jest tem donioślejszy, jeżeli się zważy, że przy badaniu pacjentów nie kierowałem się żadnym eklektycyzmem (o ile dotyczyło ewtl. zniekształceń czaszki).

*
* *

Powierzchowna obserwacja typu morfologicznego nie może dać nam ścisłego wyobrażenia o jego zdolnościach funkcjonalnych. Jedynie szczegółowe a głębokie studjum odnośnych korelacji i związków może dać nam wytłumaczenie jasne.

Stwierdziliśmy, że u frenasteników niema (w tych stosunkach) równowagi naturalnej: system życia organicznego kuleje w stosunku do systemu życia wegetatywnego, podczas gdy obydwa systemy są bez wątpienia niedostatecznie rozwinięte. Jeżeli narządy klatki piersiowej są lepiej rozwinięte aniżeli narządy brzuszne, to przewaga ta maleje do zera, gdy zważymy, że klatka piersiowa frenastenika jest spłaszczona w kierunku strzałkowym, a wydłużona pionowo i, że nie jest w stanie — wobec tego — umożliwić owym narządom dostatecznej sprawności funkcjonalnej.

Tak samo nie ma, jak już powiedziałem poprzednio, żadnego znaczenia rozwój obwodu klatki piersiowej — wyraz (napozór) zdolności żywotnych — jeżeli klatka piersiowa frenastenika nie ustosun-

kowała się do narządów oddechowych celem nadania im tej zdolności funkcjonalnej, której organizm wymaga. Prosty stąd wniosek, że chroniczne choroby narządu oddechowego oraz żołądkowo - kiszkowego znajdują tu na tle przeważnie swoistem pole do bujnego rozwoju, nawet gdy do ogólnej „cechy" somato - psychicznej degeneracyjnej nie przyłącza się „cecha" dziedziczna, swoista w pewnych chorobach.

Frenastenik jest więc jako całość osobnikiem o słabej konstytucji.

A teraz pytam: jaka jest przyczyna „endogenna" i „egzogenna" tej słabej konstytucji i jak się rzecz ma z zagadnieniem dziedziczności w tym wypadku?

Zanim odpowiem na to pytanie, podkreślę (po raz wtóry), że z pracy niniejszej wykluczyłem wszystkie te formy frenastenji, w których przyczyna choroby była dostatecznie wyjaśniona pochodzeniem zewnętrznem i uszkodziła mózg w chwili, gdy ten znajdował się w stadjum rozwoju. W tych przypadkach (frenastenje cerebropatyczne i biocerebropatyczne, według De Sanctis) do zahamowania rozwoju psychicznego, wyłaniającego się niekiedy na tle dziedziczności, przyłączają się najoczywistsze oznaki zahamowania rozwoju somatycznego, występującego najostrzej w systemach, zależnych od stref mózgowych najwięcej poszkodowanych.

Wolałem natomiast ograniczyć swe badania do form zahamowania rozwoju umysłowego (które De Sanctis określa mianem frenastenji biopatycznej) i szukać przyczyny zastoju za pomocą metod najnowszych.

Dawniej, kiedy to zahamowanie rozwoju umysłowego — imbecillitas degenerativa Tanzi'ego — uważano za lżejszą formę idjotyzmu, mniemano, że tak jedna jak i druga forma była skutkiem spontanicznego zahamowania rozwoju; w nielicznych tylko przypadkach przyznano, że zewnętrzne przyczyny, działające podczas porodu wzgl. po porodzie, na mózg, znajdujący się w stadjum rozwoju, mogą spowodować zahamowanie rozwoju psychicznego.

Nowsze natomiast badania rozbiły tę jedność etjologiczną, przypisując formom zwykłego niedomagania umysłowego pochodzenie dziedziczno - konstytucjonalne, formy zaś z cięższymi brakami somatycznymi i psychicznymi uważa się za nabyte, za postacie natury zewnętrznej, dające się dostatecznie określić, nie wykluczając jednak możliwości przyłączenia się do nich czynnika dziedziczności oraz czynnika zwyrodnienia.

Owszem: najnowsze badania przypisują czynnikowi dziedziczno-konstytucjonalnemu tak doniosłe znaczenie, że możnaby przypuszczać,

iż nawet w tych formach zahamowania rozwoju, w których przyczyna zewnętrzna jest tak oczywista, że, zdaje się, nie może podlegać dyskusji, zawsze odgrywa rolę podłoże dziedziczne, na którem chorobowy bodziec zewnętrzny mógłby działać z większą łatwością. I rzeczywiście Pende, w swej definicji konstytucji, stwierdza, że konstytucja jest istotnie uwarunkowana dziedzicznością, *wyjątkowo* zaś tylko wpływami szkodliwymi otoczenia na podkład dziedziczny w ustroju jednostki.

Viola teoretycznie przyznaje możliwość oddzielenia tego, co jest odziedziczone, od tego, co uważaćby można za nabyte; w rzeczywistości jednak cechy „nabyte" stanowią część tak intymną indywidualności, że stają się materjałem nader podatnym dla dziedziczności, wchodząc w skład konstytucji jako jej część integralna.

Wobec tego każda cecha dziedziczna winna w ciągu pewnego czasu być nabyta i tworzyć część nieodłączną dziedzicznej masy kształtującej. Chcielibyśmy stwierdzić, jakim sposobem u frenasteników biopatycznych pojawia się anomalja rozwoju, i jak ona staje się dziedziczną. Widocznie anomalja ta powstaje skutkiem zaburzeń w narządzie „chromozomnym". A więc jeżeli narząd ten jest wypadkową charakterów parcjalnych wszystkich bez wyjątku komórek organizmu rodzicielskiego (cech już wyraźnych wzgl. ukrytych jeszcze), jest chyba jasnem, że organizm, który się z tego zarodka wytworzy, przejmie (wyraźne już wzgl. ukryte jeszcze) cechy charakterystyczne organizmu rodzicielskiego, a tem samem ujawni się w nim i dziedziczność w sferze anomalji konstytucjonalnych.

Najnowszy kierunek patologji konstytucjonalnej przypisuje w kwestji ujęcia konstytucji indywidualnych doniosłe znaczenie funkcjonalnemu badaniu układu, przeznaczonego do utrzymania równowagi żywotnej organizmu, t. j. układu „neuroendokrynnego". Zwłaszcza badania dra. Violi, a później i Pende'go wykazały związek między działaniem różnych gruczołów wewnątrzwydzielczych a typami morfologicznymi, ustalonymi wedle klasyfikacji dra. Violi. Pende wyświetlił ponadto ugrupowanie różnych systemów hormonicznych, z których każden ma za zadanie pobudzać trofizm to tego, to owego narządu wzgl. układu organicznego, nie wyłączając trofizmu ośrodków psychicznych, z czego wynikałoby, że i ewolucja umysłowa zależną jest od normalnej działalności funkcjonalnej różnych grup hormonicznych.

Istota oraz działanie dwóch wielkich (stwierdzonych przez Pende'go grup byłyby następujące:

Pierwsza grupa wychodzi z tarczycy, z przysadki, a częściowo i z gruczołów płciowych i nadnercza — i działa pobudzająco na mor-

fogenezę systemu życia organicznego; druga natomiast, do której częściowo należą gruczoły płciowe i nadnercze, gruczoły przytarczowe, trzustka, grasica, szyszynka — pobudza procesy asymilacji w przemianie materji oraz morfogenezę życia wegetatywnego, a wstrzymuje morfogenezę systemu zwierzęcego i ewolucję morfologiczną (Pende). Warto podkreślić, że oba typy hormonów wpływają nietylko na morfogenezę organiczną, lecz i (w wysokim stopniu) na konstytucję osobowości psychicznej; badania Kretschmera wykazały też pewien paralelizm między konstytucją somatyczną a podstawowym temperamentem psychicznym.

Wracając do naszego przypadku, w którym — jako typ somatyczny — ustaliliśmy „długolinijny mikrosplanchniczny", t. j. typ, w którym mniej jest rozwinięty system życia wegetatywnego, możemy przypuszczać, że u frenasteników biopatycznych największe braki wykazuje grupa hormoniczna, do której należą niektóre hormony płciowe i nadnerkowe, przytarczowe, trzustkowe, grasiczne, szyszynkowe.

Stosując najnowsze zdobycze nauki do pracy niniejszej, pytam, jak i kiedy hormony endokrynne wpływają niekorzystnie na rozwój umysłowy u frenasteników biopatycznych?

Jak już zaznaczyłem, rozmaite grupy hormoniczne wpływają (każda) na narząd, który je wytworzył. Jeżeli chcemy sprowadzić u frenasteników czynnik anomalji do przyczyny endogenicznej, powinniśmy pamiętać o tem, że w organiźmie rodzicielskim system hormoniczny, niedostatecznie rozwinięty, powoduje w tem, co będzie kiedyś zarodkiem organizmu dziecięcego — brak równowagi, trwający w stanie potencjonalnym aż do chwili, kiedy zarodek ten zaczyna się rozwijać, a przejawiający się (w całej swej doniosłości) od chwili, w której rozpoczyna się ewolucja organiczna, aż do chwili, gdy dochodzi do anomalji zupełnej, t. j. do chwili, w której rozwój organizmu dobiegł kresu. A w przypadkach anomalji częściowych pamiętać należy, że przyczyna tego zjawiska tkwi w hypofunkcjonalności częściowej owych grup hormonów, pełniących czynność bodźców funkcjonalnych wyżej wymienionych systemów.

Wobec tego należałoby sądzić, że i w formach frenastenji cerebropatycznej (w których przyczyna anomalji jest dobrze znana) panuje również chwiejność hormoniczna konstytucjonalna, ułatwiająca zewnętrznym bodźcom szkodliwą działalność. Jeżeli jednak hypoteza ta niekoniecznie potwierdza się we frenastenjach cerebropatycznych, to jest ona jednak faktem niezawodnym w innych formach frenastenji.

* * *

Na podstawie syntetycznej mojej pracy można dojść do wniosku, że frenastenicy biopatyczni zdradzają skłonność do ogólnego hypoewolucjonizmu morfologicznego, bo dwa wielkie systemy żywotne wykazują wiele braków w stosunku do przeciętnego typu normalnego.

Wypadki sporadyczne hyperewolucjonizmu częściowego, spotykane w niektórych systemach, zdradzają (z powodu braku harmonji z rozwojem innych systemów) bardzo słabą skłonność do ściśle oznaczonych kombinacji morfologicznych, któreby mogły zapewnić organizmowi harmonję funkcjonalną — podstawę równowagi żywotnej.

Przewaga mikrosplanchnji, anomalja w budowie klatki piersiowej, zmniejszająca sprawność funkcjonalną mieszczących się w klatce narządów, niedostateczny rozwój jamy brzusznej, a zwłaszcza jej narządów, wssysających pokarm, uderzający brak proporcji między poszczególnemi częściami tułowia: wszystkie te czynniki są odpowiedzią wystarczającą na pytanie, dlaczego organizm frenastenika jest mniej odporny na bodźce chorobowe, działające bez przerwy z zewnątrz i dlaczego organizm taki znajduje się trwale w stanie chwiejnej równowagi i jest niezdolnym do walki z naturą.

Słabość konstytucji frenastenika stoi prawdopodobnie w związku z niedostatecznym rozwojem ogólnym hormonów; jeżeli bowiem obydwa wielkie systemy żywotne są niedostatecznie rozwinięte, należy przyjąć równoczesny hypoewolucjonizm obydwóch grup endokrynnych (ustalonych przez Pende'go) oraz wynikającą stąd hypofunkcję obu grup hormonów.

Takim sposobem kryterjum endokrynne, ustalone na podstawie wyników otrzymanych za pomocą metody antropometrycznej, nie pozwala nam zaliczyć frenasteników biopatycznych do czystego typu endokrynnego, lecz do typów (w najrozmaitszy sposób) mieszanych.

Koncepcją patogenetyczną, że zahamowanie rozwoju psychicznego u frenasteników biopatycznych spowodowane jest anomalją narządu chromozomnego zarodka, znajdującego się w stadjum rozwoju — należy zrozumieć w tem znaczeniu, że anomalja ta (czysto endogenna) tkwi — w stanie potencjonalnym — w narządzie endokrynnym niedostatecznie rozwiniętym; wskutek tego wytworzone przez ten narząd hormony nie mogą wpływać dodatnio na rozwój somatyczny i psychiczny.

Hôpital Psychiatrique à Palermo.

LA CONSTITUTION INDIVIDUELLE CHEZ LES PHRÉNASTHÉNIQUES.

Par le Dr. J. BONASERA.

Il s'agit de recherches portant sur cent phrénasthéniques, originaires en majeure partie de Sicilie et en partie de Calabrie, se signalant par un déficit et une disharmonie du développement intellectuel.

Les mensurations anthropométriques furent faites d'après la méthode du dr. Viola: taille, longueur du sternum, longueur xypho-épigastrique et épigastrique et épigastro-pubienne, longueur des membres inferieurs et supérieurs, dimension transverse et antéro-postérieure de l'hypocondre, dimension transverse du bassin.

Une fois ces mensurations faites, on obtient d'après un calcul approprié les indices suivants; l'indice du thorax, l'indice abdominal supérieur, l'indice abdominal inférieur, les indices des membres, de l'abdomen et du tronc. Ces indices traduisent les particularités morphologiques du chaque individu.

De plus, l'auteur tint compte du poids, de la circonférence du thorax et des indices du crâne.

Les résultats obtenus sont présentés en quatre tableaux: le premier concerne les rapports entre l'indice du tronc et l'indice des membres; le deuxième met en relief les rapports entre les membres et le tronc, entre le tronc et l'abdomen, ainsi qu'entre la partie supérieure et la partie inférieure de celui-ci; le troisième concerne les dimensions du thorax; le quatrième enfin — les rapports entre la circonférence du thorax et le poids, d'une part, et la taille, de l'autre.

Il resulte des recherches de l'auteur que l'équilibre naturel fait défaut chez les phrénasthéniques. Les organes ne sont pas développés d'une façon suffisante et ne fonctionnent pas régulièrement. Pour cette raison les affections chroniques du système respiratoire ainsi que du système digestif trouvent chez eux un terrain propice. Le phrénasthénique fait preuve ainsi d'une faiblesse constitutionelle.

L'auteur pose la question de savoir quelle est l'origine (endo - ou exogène) de cette faiblesse, et comment elle se présente du point de vue héréditaire. Il croit pouvoir admettre que ce sont des perturbations dans le système chromosomique qui sont à l'origine du développement insuffisant des phrénasthéniques.

Les phrénasthéniques (biopathiques) sont prédestinés ainsi à une hypoévolution générale d'ordre morphologique, à la suite d'un fonctionnement insuffisant des hormons.

Cette conception pathogénique qui ramène l'arrêt du développement psychique observé chez les phrénasthéniques biopathiques à une anomalie du système chromosomique de l'embryon doit être interprétée en ce sens que cette anomalie (purement endogène) consiste en une hypofonction d'ordre évolutif du système endocrinien; les hormons se montrent ainsi insuffisants pour activer normalement le développement somatique et psychique de l'individu.

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

„ODRUCH Z KOSTKI ZEWNĘTRZNEJ A OBJAW PIOTROWSKIEGO."

Podał dr. K. SĄGIN (Pleszew) i dr. ST. OBERC (Dziekanka).

W odpowiedzi na publikację dra. K. Sągina: „Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego", ogłoszoną w Nowinach Psychjatrycznych (1926, II.) i w „Rivista di patologia nervosa e mentale" (fasc. 3, 1926), Ottorino Balduzzi wywodzi w „Rivista di patologia nervosa e mentale" z dn. 30. X. 26 r. — w przeciwieństwie do Sągina —, że odruch z kostki zewnętrznej nie jest cząstką objawu Piotrowskiego, lecz przedstawia odruch oddzielny, że odruch ten zjawia się także — choć rzadko — u osób normalnych i ujawnia się w skurczu mięśni łydkowych, co powoduje zgięcie podeszwowe stopy, że skurcz ten jest zupełnie odosobnionym i że niekiedy towarzyszy mu skurcz mięśnia „tibialis posticus", co powoduje zgięcie i lekką addukcję stopy.

Co się tyczy odruchu Piotrowskiego, Balduzzi podaje, że zauważył, jak wskutek uderzenia młoteczkiem w górną część mięśnia tibialis anticus następował tylko skurcz tego mięśnia, nie zaś skurcz łydki. Uderzenie w mięsień piszczelowy przedni w jego części dolnej, albo w części średniej — pisze Balduzzi — wywoływało skurcz mięśnia piszczelowego przedniego, któremu czasem towarzyszył skurcz łydki. To jest — oświadcza Balduzzi — odruch Piotrowskiego i dodaje, że nie obserwował odosobnionego skurczu łydki i obserwować go nie było możliwem, ponieważ skurcz łydki jest wynikiem odruchu rdzeniowego, skurcz zaś mięśnia piszczelowego przedniego jest zwykłym skurczem mięśniowym, wywołanym pobudzeniem mechanicznem tego mięśnia. Wynikiem zaś tych dwóch skurczów złączonych musi być wyprostowanie stopy, któremu towarzyszy lekka addukcja.

Wreszcie Balduzzi wskazuje na dwie różnice, jakie zachodzą między odruchem z kostki zewnętrznej a objawem Piotrowskiego, mianowicie: 1). odruch z kostki zewnętrznej jest odruchem okostnym, ponieważ wywołuje się go uderzeniem młoteczka w okostną kostki zewnętrznej, natomiast objaw Piotrowskiego jest odruchem ścięgnisto-mięśniowym, ponieważ otrzymuje się go drogą pobudzenia mięśnia

piszczelowego przedniego; 2). skurcz odruchowy mięśni łydki polega — w odruchu z kostki zewnętrznej — na skurczu odosobnionym mięśni łydki, w objawie zaś Piotrowskiego na skojarzeniu skurczu mięśnia piszczelowego przedniego ze skurczem łydki.

Autor zaznacza dalej, że tak odruch z kostki zewnętrznej jak i objaw Piotrowskiego występują także u osób zdrowych, u których inne odruchy ścięgniste są żywe, mianowicie odruch z kostki zewnętrznej występuje w 5%, odruch Piotrowskiego w ca 20% przypadków normalnych, pozatem zachodzi on w zachorzeniach funkcjonalnych jak neurastenja i histerja, i wtedy, gdy odruchy ścięgniste są wzmożone, a więc także w zachorzeniach mózgowo-rdzeniowych z hyperrefleksją.

Wywody Balduzzi'ego streszczone powyżej zawierają jeden kardynalny błąd, który stał się przyczyną, że wnioski jego różnią się od wniosków Sągina.

Różnice te powstały z tego powodu, że Balduzzi traktuje jako objaw Piotrowskiego objaw skojarzony, który bynajmniej nie jest objawem Piotrowskiego w jego oryginalnej postaci, lecz jest odruchem skombinowanym. Objaw, znany w literaturze jako objaw Piotrowskiego i pod tą nazwą przyjęty do Terminologji lekarskiej Gutmanna*), polega w rzeczywistości na tem, że w chorobach organicznych centralnego systemu nerwowego uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni powoduje tylko skurcz mięśni łydki i zgięcie podeszwowe stopy, czyli wyprostowanie stopy. A zatem przy oryginalnym objawie Piotrowskiego niema ani skurczu mięśnia piszczelowego przedniego ani addukcji stopy, jak mylnie mniema Balduzzi. Piotrowski pisze wyraźnie[1]): przy uderzeniu w rozluźniony mięsień piszczelowy przedni występuje niekiedy zgięcie podeszwowe stopy, wynik właściwy odruchowi Achillesa. Faktycznie widzimy wyraźny skurcz łydki; ***zamiast mięśnia piszczelowego przedniego kurczy się jego antagonista.*** Autor stwierdza zatem ściśle, że objaw, który nosi jego nazwę, polega na skurczu mięśni łydki ze zgięciem podeszwowem stopy; niema przytem ani skurczu mięśnia piszczelowego przedniego ani żadnej addukcji. To też Piotrowski nazwał objaw ten odruchem antagonistycznym[2]). Także Sągin akcentuje wyraźnie (Rivista di patologia nervosa e mentale, fasc. 3, 1926, str. 266), że uderzenie młoteczkiem w mięsień piszczelowy

*). W. Gutmann: Medizinische Terminologie 1920. Urban & Schwarzenberg Berlin-Wien, str. 936.

1). Al. Piotrowski: Ueber einen neuen antagonistischen Reflex. Berliner Medizinische Wochenschrift. 1913 nr. 16, str. 726—728.

2) Ibidem.

przedni powoduje ***skurcz łydki i wyprostowanie stopy.*** Obserwacje Piotrowskiego, że objaw, noszący jego nazwisko, nie zachodzi u osób zdrowych i nerwowych jakoteż u chorych z hyperrefleksją i że jest objawem a priori patologicznym i patognomicznym dla organicznych zachorzeń centralnego systemu nerwowego, mianowicie mózgu, potwierdzili wszyscy badacze, którzy się właściwościami objawu tego zajmowali, co również wykazały nasze odnośne badania. Zupełnie czemś innem jest odruch mięśnia piszczelowego przedniego, który Balduzzi mylnie uważa za oryginalny objaw Piotrowskiego. Wprawdzie Piotrowski opisał objaw ten w Berliner Klinische Wochenschrift (1912, nr. 51) i w Nowinach Lekarskich (1925, nr. 3) stwierdzając, np. na str. 2412 cytowanego numeru Berliner Klinische Wochenschrift, że uderzenie w mięsień piszczelowy przedni leżącego i nieco ku wewnątrz zwróconego albo też luźno wiszącego, nienapiętego podudzia — w miejscu przyczepu mięśnia, albo też poniżej tego miejsca — powoduje w licznych przypadkach zgięcie grzbietowe i supinację stopy. Jest to reakcja odpowiadająca motorycznemu efektowi funkcji fizjologicznej mięśnia. Objaw ten Piotrowski nazwał odruchem mięśnia piszczelowego przedniego (Anticus - Reflex). Autor stwierdził dalej, że objaw ten nie zachodzi regularnie u osób zdrowych, natomiast zachodzi u osób wrażliwych, nerwowych, neuropatycznych, mianowicie u osobników z hyperrefleksją, u osób starszych, wychudzonych, fizycznie zredukowanych i obłożnie chorych, co się tłómaczy ogólnie wzmożoną pobudliwością odruchową z powodu wyczerpania organizmu, a więc także i mózgu, wskutek czego hamulce mózgowe są osłabione albo zgoła zniesione. (Z tem zgadza się spostrzeżenie Balduzzi'ego, który odruch z mięśnia piszczelowego przedniego stwierdził u 20% osób zdrowych, jako też u neurasteników i histeryków). W zasadzie jest to odruch fizjologiczny, mięśniowo-ścięgnisty. Piotrowski podkreśla, że w rzeczy samej odruch ten nie przedstawia nic szczególnego i że nabiera on znaczenia w organicznych zachorzeniach centralego systemu nerwowego tylko wtedy, gdy zmienia swoją formę, występując jednostronnie, albo po jednej stronie silniej niż po drugiej.

Widzimy stąd, że odruch z mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny (tylko ten ostatni nosi nazwę objawu Piotrowskiego) przedstawiają dwa różne samodzielne objawy. Pierwszy jest w zasadzie odruchem fizjologicznym, odruchem mięśniowo - ścięgnistym, drugi natomiast jest objawem a priori chorobowym, wskazującym na organiczne zachorzenie centralnego systemu nerwowego.

Zdarzają się wyjątkowo przypadki, gdzie oba te odruchy występują razem. Na to zwrócił uwagę Piotrowski w swej drugiej pracy[1]). Tak samo zwrócił uwagę na tę okoliczność ostatnio Sągin, gdy pisał na str. 268 „Rivista di patologia nervosa e mentale" (fasc. 3, 1926), że niekiedy obserwuje się, że oba objawy, t. j. odruch z mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny (objaw Piotrowskiego), występują razem. Ten sam bodziec powoduje odruch z mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny (Piotrowskiego).

Kombinacje tych dwóch odruchów miał przed sobą Balduzzi i mylnie nazwał efekt ten objawem Piotrowskiego, co doprowadziło go do wniosków odmiennych od wniosków Sągina i poprzednich autorów. Z pewnością nie byłoby do tego doszło, gdyby Balduzzi za przedmiot swoich badań wybrał prawdziwy objaw Piotrowskiego w jego oryginalnej postaci, t. j. odruch antagonistyczny, objawiający się tylko odosobnionym skurczem łydki i wyprostowaniem (zgięciem podeszwowem) stopy.

Jest zrozumiałem, że w przypadkach wzmożonej pobudliwości odruchowej w organicznych zachorzeniach centralnego systemu nerwowego, gdzie objaw Piotrowskiego (odruch antagonistyczny) jest pozytywny przy równoczesnem występowaniu odruchu mięśnia piszczelowego, przedniego, — objaw Piotrowskiego może być zakryty odruchem z mięśnia piszczelowego przedniego, jak to miało miejsce w przypadkach Balduzzi'ego, atoli zdarza się to rzadko. W każdym razie zaleca się w takich okolicznościach rozłożyć objaw na jego komponenty, t. j. na odruch patologiczny (antagonistyczny) czyli objaw Piotrowskiego, i na odruch fizjologiczny z mięśnia piszczelowego przedniego.

Co się zaś tyczy charakteru oryginalnego objawu Piotrowskiego (odruchu antagonistycznego) i odruchu kostki zewnętrznej, które się objawiają w izolowanym skurczu łydki i wyprostowaniu (zgięciu podeszwowem) stopy bez skurczu mięśnia piszczelowego przedniego, to możemy się powołać na osobiste doświadczenia, które zebraliśmy, przeprowadzając ponowne badania kontrolne na wielkiej ilości pacjentów. Wynik tych badań był następujący:

Zbadano 751 pacjentów, cierpiących na różne choroby psychiczne i nerwowe (psychopathia, paranoia, paraphrenia, cyclothymia, psychosis maniaco-depressiva, psychosis circularis, psychosis reactiva, amentia, psychasthenia, neurasthenia, hysteria, cephalea, pseudodementia traumatica, commotio cerebri, chorea Sydenhami, chorea Huntingtoni, ence-

[1]) Al. Piotrowski Ueber einen neuen antagonistischen Reflex. Berl.-Klin. Wochenschrift 1913, nr. 16, i Nowiny Lekarskie, rocznik 25., nr. 4.

phalitis epidemica, psychosis organica, degeneratio nuclei lenticularis, epilepsia, idiotismus, catatonia, schizophrenia, dementia alcoholica, dementia arteriosclerotica, dementia senilis et praesenilis, dementia paralityca, taboparalysis, lues cerebrospinalis, sclerosis multiplex) i stwierdz. w 132 przypad. objaw Piotrowskiego bądź obustronnie, bądź jednostron., lub występujący po jednej stronie silniej niż po drugiej i to w chorobach organicznych (mianowicie: w dementia senilis 4, epilepsia 20, idiotismus 32, catatonia 7, dementia alcoholica 2, arteriosclerosis cerebri 7, schizophrenia 28, dementia paralytica 7, lues cerebrospinalis 2, psychosis organica 1, commotio cerebri 2, encephalitis 11, sclerosis multiplex 7, chorea Huntingtoni 1, degeneratio nuclei lenticularis 1), między tymi ustalono 103 przypadki z odruchem z kostki zewnętrznej, który występował tylko tam, gdzie pole refleksogenne objawu Piotrowskiego rozszerzało się na całą goleń. Jednostronny odruch z kostki zewnętrznej występował przy obustronnym objawie Piotrowskiego tylko tam, gdzie Piotrowski objawiał się w silniejszym stopniu, natomiast nie obserwowano odruchu z kostki zewnętrznej jako odruchu samotnego, t. j. bez objawu Piotrowskiego. Rozumie się, że gdy mówimy o objawie Piotrowskiego, mamy na myśli objaw oryginalny, mianowicie opisany przez autora przed czternastu laty (skurcz mięśnia łydki z podeszwowem zgięciem stopy), a nie objaw w pojmowaniu Balduzzi'ego. Tylko w 10 przypadkach obserwowaliśmy objaw skombinowany, t. zn. odruch antagonistyczny (Piotrowskiego) + odruch z mięśnia piszczelowego przedniego, t. j. objaw, na który powołuje się Balduzzi.

Celem skontrolowania naszych doświadczeń sposobem graficznym, przy pomocy aparatu registracyjnego Zuntz'a, przeprowadziliśmy odnośne eksperymenty na paralityku, który wykazywał wyraźne obrazy odruchu antagonistycznego Piotrowskiego, — odruchu z kostki zewnętrznej objawu skombinowanego w pojmowaniu Balduzzi'ego (Piotrowski + odruch z mięśnia piszczelowego przedniego). Uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w górną część mięśnia piszczelowego przedniego, wzgl. w miejsce jego przyczepu, — powodowało tylko izolowany skurcz tego mięśnia albo jego skurcz z addukcją stopy, któremu towarzyszył skurcz mięśni łydkowych z podeszwowem zgięciem stopy, t. j. wynik obserwowany przez Balduzzi'ego, natomiast uderzenie w dolną część mięśnia piszczelowego przedniego, t. j. na granicy między częścią środkową a dolną, powodowało tylko skurcz mięśni łydki ze zgięciem podeszwowem stopy bez równoczesnego skurczu mięśnia piszczelowego przedniego i bez addukcji stopy. Ten sam wynik otrzymaliśmy z kostki zewnę-

trznej. Załączone krzywe przedstawiają: a) odruch skombinowany w pojmowaniu Balduzzi'ego (fig. 1.), b) odruch antagonistyczny Piotrowskiego (fig. 2 ze znakiem „a"), — i c) odruch z kostki zewnętrznej (fig. 3 ze znakiem „m"). Haczyk wstępny każdej krzywej oznacza wstrząs kończyny przy uderzeniu młoteczkiem perkusyjnym. Widzimy, że krzywa „m" fig. 3 jest równa krzywej „a" fig. 2, t. z. że odruch z kostki zewnętrznej jest identyczny z objawem Piotrowskiego.

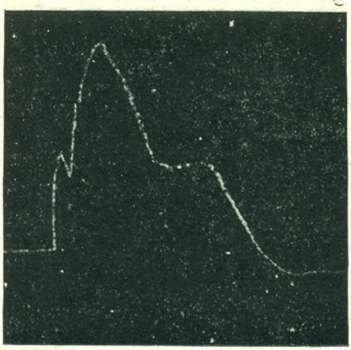


FIG. 1.

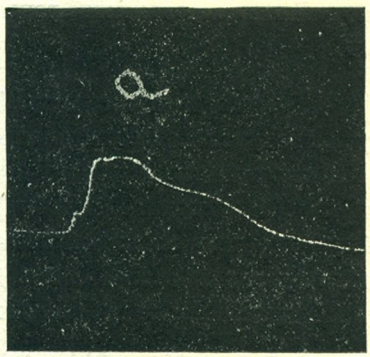


FIG. 2

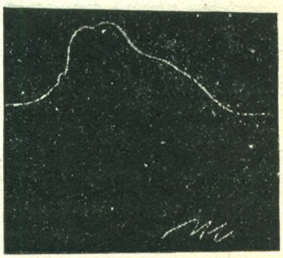


FIG. 3.

Należy w tem miejscu nadmienić, że podczas badań przeprowadzonych na pacjentach, zauważyliśmy kilku chorych z rozpoznaniem psychozy funkcjonalnej, jak: psychosis maniaco-depressiva, amentia, melancholia, mania, psychopathia, „psychosis", w których stwierdziliśmy objaw Piotrowskiego i odruch z kostki zewnętrznej. Zdawało się na razie, że zjawisko to przemawiałoby przeciwko zapatrywaniu Piotrowskiego i innych autorów, że odruch antagonistyczny Piotrowskiego zachodzi tylko w organicznych zachorzeniach centralnego systemu nerwowego, jednakowoż dodatkowe badania kliniczne tych przypadków i uzu-

pełnienie dat anamnestycznych wykazały, że nie są to osoby cierpiące tylko na psychozy funkcjonalne, lecz przypadki organiczne, mianowicie, w przypadku z rozpoznaniem psychosis maniaco-depressiva stwierdziliśmy lues cerebri, w przypadkach z djagnozą amentia rozpoznaliśmy porażenie postępujące i sclerosis multiplex, w psychozie melancholijnej dochodzenia anamnestyczne ujawniły ciężki wstrząs mózgu, w przypadkach psychopatji rozpoznaliśmy katatonję i encephalitis, chory znów z rozpoznaniem manji ma daleko posuniętą arterjosklerozę mózgu, a w przypadku z rozpoznaniem „psychosis" stwierdziliśmy „chorea Huntingtoni".

Badania nasze rozszerzyliśmy na cały szereg osób nerwowo zdrowych, ażeby raz jeszcze przekonać się, czy objaw Piotrowskiego i odruch z kostki zewnętrznej zachodzi u osób zdrowych. Zbadaliśmy 80 przypadków (31 mężczyzn i 49 kobiet) i u 6 badanych (3 m. i 3 k.) stwierdziliśmy pozytywny objaw Piotrowskiego, między tymi cztery osoby wykazywały odruch z kostki zewnętrznej po stronie, gdzie Piotrowski był wzmożony. Dokładne badanie neurologiczne wydało następujący obraz:

1). Badany N. — Objaw Piotrowskiego po prawej stronie dodatni, brak odruchu z kostki zewnętrznej, asymetrja twarzy, enophthalmus po stronie lewej, adiadochokineza, blizny na języku.

2) Badany Z. — Piotrowski pr. > l., odruch z kostki zewnętrznej po prawej stronie, hyperhydrosis, nystagmus, drżenie zamiarowe, napady z utratą przytomności.

3). Badany R. — Piotrowski obustronnie, odruchu z kostki zewnętrznej niema, Romberg +, hyperrefleksja, pr. > l., siła motoryczna pr. < l. (badany nie jest mańkutem), nystagmus.

4). Badany G. — Piotrowski l. > pr., odruch z kostki zewnętrznej po lewej stronie, Romberg +, hyperrefleksja, „sztywne kolana", słabość ruchowa w kończynach dolnych, nystagmus.

5). Badany J. — Objaw Piotrowskiego i odruch z kostki zewnętrznej obustronnie dodatni, Romberg występuje silnie, koordynacja naruszona; badany nie może stać na jednej nodze, nie może utrzymać równowagi, gdy ma iść z otwartemi oczyma po prostej linji. Badany miewa stany omdlenia.

6). Badany L. — Objaw Piotrowskiego l. > pr., odruch z kostki zewnętrznej po lewej stronie, Romberg +, hyperrefleksja l. > pr., klonus stopowy l. > pr., słabość ruchowa w kończynach dolnych.

Badania wykazały, że nie może tu być mowy o osobach nerwowo zdrowych. Objawy stwierdzone wskazują na organiczne zachorzenia centralnego systemu nerwowego.

Stwierdzamy więc, tak jak i poprzedni autorzy, że odruch antagonistyczny Piotrowskiego polega na skurczu mięśni łydkowych ze zgięciem podeszwowem stopy bez równoczesnego skurczu mięśnia piszczelowego przedniego z addukcją stopy; tam zaś gdzie obok odruchu antagonistycznego Piotrowskiego występuje równocześnie odruch z mięśnia piszczelowego przedniego, mamy do czynienia z objawem skombinowanym złożonym z dwóch odruchów, t. j. z patologicznego odruchu antagonistycznego (objaw Piotrowskiego) i z fizjologicznego odruchu z mięśnia piszczelowego przedniego (Anticusreflex). Ponieważ odruchu z kostki zewnętrznej nie stwierdziliśmy ani razu jako odruchu samotnego, lecz zawsze wtedy, gdy pole refleksogenne odruchu antagonistycznego Piotrowskiego było znacznie rozszerzone, przeto wnioskujemy, że odruch z kostki zewnętrznej stanowi cząstkę objawu Piotrowskiego. Istnieje tu ta sama zasada co w przypadkach odruchu kolanowego ze znacznie rozszerzonem polem refleksogennem, w których efekt odruchu kolanowego można wywołać nietylko ze ścięgna rzepkowego, lecz z całego podudzia a więc także z mięśnia piszczelowego przedniego. Tak samo można efekt odruchu okostnego piszczeli w przypadkach rozszerzonego pola refleksogennego wywołać nietylko z piszczeli, ale także i z mięśnia piszczelowego przedniego. W obu tych przypadkach nie będziemy mówili o jakimś osobnym odruchu z mięśnia piszczelowego przedniego lecz o wzmożonym odruchu kolanowym względnie o odruchu okostnym piszczeli, wywołalnym z mięśnia piszczelowego przedniego.

Rozumowania te prowadzą z konieczności do wniosku, że i odruch z kostki zewnętrznej w istocie swej jest objawem Piotrowskiego wywołalnym także z kostki zewnętrznej, gdy pole refleksogenne objawu jest rozszerzone na okolice tejże.

Hôpital Psychiatrique Public du Pays de Posnanie à Dziekanka — Dir. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

„LE REFLEXE DE LA MALLEOLE EXTERNE ET LE PHENOMENE DE PIOTROWSKI".

Par le dr. CH. SĄGIN (Pleszew) et le dr. ST. OBERC (Dziekanka).

Comme suite à la publication de dr. Ch. Sągin: „Le réflexe de la malléole externe et le phénomène de Piotrowski", parue dans les Nowiny Psychjatryczne (1926, II.) et dans la „Rivista di patologia nervosa e mentale" (fasc. 3, 1926,) Ottorino Balduzzi affirme dans la „Rivista di patalogia nervosa e mentale" (à la date du 30. oct. 1926, fasc. 5), contrairement à Sągin, que le réflexe de la malléole externe ne constitue pas une partie essentielle du phénomène de Piotrowski, mais bien un réflexe à part, et que ce réflexe se produit quoique rarement chez les personnes normales et se manifeste par la contraction des muscles jumeaux, causant ainsi l'extension (flexion plantaire) du pied, que cette contraction est isolée, et parfois accompagnée d'une contraction du jambier postérieur, ce qui produit une flexion et une légère adduction du pied.

Quant au phénomène de Piotrowski Balduzzi affirme avoir observé qu'un coup du marteau à percussion frappé à la partie supérieure du jambier antérieur déterminait seulement une contraction de ce muscle, et non pas une contraction des muscles jumeaux. Uu coup frappé au jambier antérieur, à sa partie inférienre, et surtout à la partie moyenne, dit Balduzzi, provoque une contraction du jambier antérieur, accompagné parfois d'une contraction des jumeaux. C'est là, dit Balduzzi, le phénomène de Piotrowski.

Ce n'est justement pas le phénomène de Piotrowski, affirment les auteurs. Le phénomène de Piotrowski dans sa forme primitive, comme l'ont déjà dit Piotrowski et d'autres auteurs, consiste en ce que dans les maladies du système nerveux central et en particulier dans celles du cerveau, un coup du marteau à percussion, donné au jambier antérieur, le pied étant tenu légèrement en flexion dorsale, au lieu de causer une contraction physiologique de ce muscle, avec adduction de la plante du pied, provoque un réflexe opposé, antagoniste, c'est à dire

une contraction isolée des jumeaux et une flexion plantaire (extension) du pied.

Ici il n'y a donc pas de contraction du jambier antérieur, ni d'adduction du pied. Partout où ce phénomène (contraction du jambier antérieur et adduction du pied) se produit, nous avons affaire à une combinaison du réflexe pathologique antagoniste de Piotrowski avec le réflexe physiologique du jambier antérieur. (fig. 1).

Les auteurs ont examiné 831 personnes tant bien portantes qu'atteintes de diverses affections mentales ou de maladies organiques du système nerveux central et ont constaté la présence du phénomène de Piotrowski, à savoir: une contraction isolée des muscles jumeaux et une flexion plantaire (extension) du pied (fig. 2) dans 132 cas de maladies organiques du système nerveux central, parmi lesquels dans 103 cas ils trouvèrent le réflexe de la malléole externe (fig. 3) qui cependant na se produisait jamais spontanément comme phénomène indépendant, mais était toujours associé au phénomène de Piotrowski, là où la zone réflexogène de ce phénomène était étendue à toute la jambe, y compris la région de la malléole externe.

En conséquence, les auteurs concluent que le réflexe de la malléole externe est une partie essentielle du phénomène de Piotrowski, qui ne se produit pas chez les personnes saines, mais constitue un phénomène pathognomonique des maladies organiques du système nerveux central et du cerveau en particulier.

Z Kliniki chorób nerwowych i psychicznych Królewskiego Uniwersytetu we Florencji. — Dyrektor prof. E. Tanzi.

Z PRAC NAJNOWSZYCH O ETJOLOGJI I PATOGENEZIE OTĘPIENIA WCZESNEGO.*)

Podał dr. V. M. BUSCAINO, adjunkt i docent.

Różne są drogi, któremi zdążają do celu badacze czynników etjologicznych i mechanizmów patogenetycznych otępienia wczesnego: jedni kładą nacisk specjalny na stronę psychologiczną, inni — na konstytucjonalno-dziedziczną, inni znów — endokrynną, anatomo-patologiczną, itp.

Mojem zdaniem jednak, badania podjęte w kierunku histo-neuropatologicznym oraz serologicznym dały wyniki o tyle dodatnie, że pozwalają spodziewać się całkowitego rozwiązania etjo-patogenetycznego problemu omawianej psychozy.

Jakież zmiany anatomo-patologiczne znajdujemy w mózgu chorego na dementia praecox?

Znaną mi jest cała odnośna literatura, którą analizowałem krytycznie, szczegółowo, w trzech czasopismach syntetyczno-krytycznych. Pozatem, przyczyniłem się też osobiście do badań histopatologicznych, ogłaszając wyniki dziesięciu przypadków badań odnośnego zachorzenia. Dotychczas zbadano ogółem, pod różnymi kątami widzenia, nie mniej niż 750 mózgów dotkniętych otępieniem wczesnem. Analizując uważnie te dane, stwierdzamy dwa (prawie u wszystkich badaczy wspólne) wnioski:

1). Conajmniej w 50% przypadków rozwija się otępienie wczesne w tych częściach mózgu i jego oponach, które doznały uszkodzeń w okresie życia płodowego, wzgl. po urodzeniu. (Anomalje ewolucyjne, ogniska leptomeningityczne, itd.) Wyniki te obliczone zostały na podstawie prac publikowanych w latach 1925—26.

2). w mózgu chorego na otępienie wczesne rozwijają się procesy histopatologiczne, nie natury zapalnej, lecz — zwyrodnieniowej, w komórkach nerwowych, w komórkach gleju, we włóknach nerwowych, w tkance podstawowej.

---

*) Z manuskryptu włoskiego tłomaczył Br. M.

Wśród anatomicznych zmian komórek nerwowych należy wymienić przedewszystkiem zwyrodnienie wodniczkowe (degeneratio vacuolovesicularis) tychże oraz formy ciężkich uszkodzeń rozmaitego nasilenia, aż do zupełnego zaniku komórek ogniskowo rozmaicie rozsianych.

Z pośród różnych typów patologicznych zmian we włóknach nerwowych spotykamy rozpad gronkowy („zolle di disintegrazione a grappolo"), o którym pisałem już w 1920 r. Znalazłem go w substancji białej, w zwojach podstawowych, oraz w innych warstwach pozakorowych; pisano o nich i we Francji, w 1923 r., jako o „ogniskach zwyrodnienia śluzowego" (Grynfeldt, Pélissier i in.). Bryłki o kształcie winogrona nie są cechą specyficzną otępienia wczesnego. Według moich badań, są one wyrazem zmian histochemicznych, nie zaś budowy, tkanki nerwowej, — co stwierdził Bolsi i ja. Pozatem wykazano zupełnie jasno, że i komórki nerwowe (Bolsi) i komórki glejowe (Grynfeldt, Pélissier, Bolsi, Mazzanti) mogą brać udział w formowaniu się tychże. Badania moje oraz badaczy późniejszych pozwalają dzielić owe gronka rozsiane oraz postacie (pod względem morfologicznym i histochemicznym) pokrewne na 10 różnych typów, o odmiennych cechach budowy i zabarwienia. Przedstawiają się w zasadzie jako plamki mikroskopijne, o kształtach rozmaitych, często — winogron, znajdujące się ciągle w związku z tkanką otaczającą, od której różnią się nietylko odmiennym wyglądem, lecz i cechami histochemicznemi. Nie są one wynikiem złogów, które osiadają na zdrowym systemie nerwowym, lecz skutkiem zmian w najdrobniejszych warstwach tkanki nerwowej.

Opis mój owych bryłek wywołał różne zarzuty: mówiono że bryłki tworzą się wskutek złego utrwalenia (Lewy), że są tylko błędami technicznymi (Mingazzini), że są to twory sztuczne, bez żadnego znaczenia biologicznego, powstające wskutek działalności utrwalaczy alkoholowych (Salustri, Ansalone, Antona); że są to twory sztuczne powstałe wskutek działania formaliny (Blondi) kwasu fosforomolibdenowego (Creutzfeldt), wskutek preperacji tkanki (Bielschowski), że są to odkrycia na tle agonji (Bielschowski).

Jak widzimy, zdania były na ten temat podzielone. Z obecnego stanu badań, po moich odpowiedziach i po ukazaniu się prac najnowszych, — wynika, że olbrzymia większość autorów, którzy z mikroskopem pracowali nad tem zagadnieniem, jest przekonaną o znaczeniu patalogicznem bryłek. Z pośród licznych badaczy tej kwestji (ja sam, Monakow, Ansalone, Marcus, Barbieri, Salustri, D'Antona, Bellavitis, De Lisi, Insabato, Bolsi, Mazzanti, Grynfeldt, Pélissier, D'Hollander, Rubbens, Van Bogaert, Nagasaka, De Allende, Navarro, Guiraud, Ey, Ferraro,

Simon) jedynie trzeci, piąty, szósty i siódmy przyznali, że bryłki, a ściśle mówiąc, bryłki typu pierwszego, są banalnymi sztucznymi tworami technicznymi.

Bryłki zwróciły na siebie uwagę tak licznych i poważnych badaczy z dwóch względów:

1). Ponieważ zauważyłem, że owe bryłki, rozsiane w tkance nerwowej, są według wszelkiego prawdopodobieństwa — w znacznej części — przyczyną powstania anormalnej czynności kojarzeniowej chorujących na otępienie wczesne, i to z powodu zmian, które powodują warjacje histochemiczne w rozwoju procesów nerwowych.

2). Według zebranego przeze mnie materjału, bryłki są jednym z histoneuropatologicznych wyrazów zatrucia aminą wzgl. substancją aminy typu pierwszego.

Istotnie:

a). bryłki o kształcie winogrona znalazłem, jedynie w górnej części opuszki, u dwóch królików, którym zastrzyknięto histaminę. Wyniki badań Barbieri'ego są ujemne (przy słabszych dawkach histaminy); w przypadkach pozytywnych są to albo bryłki wątpliwe typu I-go, albo też typów różnych (substancja która nie zabarwia się toluidyną);

b). Rozental zauważył — u królików, którym zastrzyknął inną aminę, a mianowicie guanidynę — drobniutkie uszkodzenia włókien nerwowych, identyczne z temi, które w jednej z prac moich określiłem jako twory początkowe typu A bryłek, które dziś zaliczamy do typu III-go;

c). pojedyńcze bryłki stwierdziłem u psa, któremu zastrzyknąłem morfinę.

d). pojedńcze bryłki stwierdziłem u psów zatrutych kalomelem, przy jednoczesnych ciężkich objawach ze strony przewodu pokarmowego (przejście aminy do krwiobiegu);

e). bryłki stojące w związku z naczyniami (prawdopodobnie typu III-go) stwierdził Brancati u zwierząt, którym zastrzyknięto substancję pochodzącą od przyżeganej świnki morskiej (substancję organiczną zasadową, mało używaną w podobnych eksperymentach);

f). rozsiane plamki substancji metachromatycznych (jako wytwory objawów zwyrodnienia miejscowego — pierwotnego, włókien nerwowych) zauważyli, za pomocą metody Donaggio, pp. Luzzatto i Levi u psów, którym zastrzygnięto inną aminę: winilaminę;

g). Ogniska zwyrodnienia śluzowego stwierdził Péliessier u psów, u których wykonano parathyroidektomję (zatrucie aminą, w rodzaju guanidyny — Paton, Franck, Herxheimer, i in.). Według Spadolini'ego następuje to w dużej mierze wskutek wnikania do krwiobiegu substancji typu aminy, przy wzmożonej przepuszczalności barjery jelit.

Wymienionych dziesięciu typów bryłek nie stwierdzono dotąd u zwierząt (świnek morskich, królików, psów) zupełnie zdrowych; nie zauważono ich również, w pewnych kategorjach chorób, u człowieka Buscaino, De Allende, Navarro, D'Hollander, Rubbens, Van Bogaert); stwierdzono je głównie u chorych na otępienie wczesne (Buscaino, Ansalone, Marcus, Barbieri, Bolsi, Mazzanti, Nagasaka, De Allende, Navarro, Guiraud, Ey), na amentia (Buscaino, D'Hollander, Rubbens, Van Bogaert), oraz u postencefalityków (Pélissier).

Zmiany zwyrodnieniowe w mózgu chorych na dementia praecox nie są rozsiane równomiernie lecz tworzą ogniska, nietylko w korze mózgowej, lecz i w zwojach podstawowych, w śródmózgowiu, w móżdżku, w moście, względnie też w opuszce. Naogół spotykamy stale uszkodzenia w korze mózgowej — prawie stale — we wzgórku wzrokowym (talumus). Najczęstszemi są uszkodzenia w corpus striatum oraz innych jądrach pozapiramidowych w zespołach katatonicznych. Wynika stąd, że w mózgu chorych na otępienie wczesne znajduje się ogromna ilość chorobowych ognisk drobnych, czy to skupionych więcej w warstwach pozakorowych, czy też w korze mózgowej, — nierównomiernie rozmieszczonych w pojedyńczych płatach; przeważają one w płacie czołowym, o rozmaitej budowie architektonicznej. Są nierównomiernie rozsiane w poszczególnych warstwach, lecz specjalną mają predylekcję do warstwy trzeciej, piątej i szóstej.

Czy zmiany te, które stwierdzono, związane są z chorobą? Według opinji ogromnej większości badaczy (nie wyłączając mnie) — tak. Uszkodzenia poważne zauważono bowiem i w wypadkach śmierci, nie spowodowanej chorobami przygodnemi, (Goldstein 10, Frankhauser 2, Montesano, Orton, Alzheimer 13, Rizza, Rosental, Ranke, Morse 17, Josephy 3, Scholz, Markus 2, Naito 3, Władyczko, Bolsi, Münzer, Pollak, Fünfgeld).

Z wszystkich tych spostrzeżeń najbardziej pouczające są te, w których śmierć nastąpiła nagle i nie była poprzedzona chorobą,

zwłaszcza w przypadkach samobójstwa (jeden przypadek Fankhausera, jeden — Josephy'ego, jeden — Münzera i Pollaka), w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (spostrzeżenia Josephy'ego: uduszenie wskutek dostania się żywności do dróg oddechowych), u zmarłych na nieprzewidziany zapad, ***bez objawów podniecenia psychomotorycznego,*** bez podniecenia katatonicznego (jeden przypadek Goldsteina, jeden — Fankhausera, jeden — Montesano, jeden — Ortona, jeden — Josephy'ego, dwa — Mazzanti'ego), bez objawów patologicznych, zwłaszcza natury zakaźnej, w trzewiach (objawów mogących wyjaśnić przyczynę śmierci).

Jest jasnem, że stwierdzone naogół uszkodzenia nie są wynikiem zmian pośmiertnych ,gdyż mamy wypadki śmierci nagłej, gdzie przytem dokonano autopsji w pięć godzin po zgonie (Fünfgeld), około trzech, czterech godzin (Fankhauser), trzech godzin (Münzer i Pollak), dwóch i pół godziny (Ranke), oraz jednej godziny po zgonie (Rosental), a wzmiankowane objawy zostały pozytywnie stwierdzone.

Nierównomierność w rozmieszczeniu tych zmian — wykazana (prócz mnie) przez: Naito, Nagasaka, Marburga, Münzera, Fünfgelda, — przemawia zupełnie wyraźnie za charakterem ***dysocjacyjnym*** (Lugano, Bleuler, Stransky, i in.) symptomów schizofrenicznych. ,

Fakt, że uszkodzenia znajdujemy w warstwach podstawowych („zona vegeto-emotiva"), w drogach korowo-pozakorowych i w pewnych warstwach tychże (3, 6), przemawia dostatecznie za dysocjacją*) w sferze intelektualno-wzruszeniowej. Udział wreszcie ośrodków pozakorowych w czynnościach pozapiramidowych, wyjaśnia nam przyczynę symptomatologji katatonicznej*) u niektórych chorych.

Objawy katatoniczne, występujące u chorych na otępienie wczesne, nie są pochodzenia psychicznego, lub wytworem podświadomie powstających kompleksów, lecz wynikają z toksycznych procesów chorobowych w ośrodkach nerwowych regulujących napięcie: ekstrapsychiczne zaburzenia ośrodków pozapiramidowych stanowią poszczególne bodźce, które powstają w dysocjowanym mózgu schizofrenika i uwidoczniają się później w sferze motorycznej.

U chorych na otępienie wczesne nie można więc wadliwej ich psychiki wytłómaczyć jedynie psychopatyczną konstytucją. Można ***tu winić*** aż do przesady rozmaite konstytucjonalne odcienia psychiczne,

*) Kwestje — poruszone tu pobieżnie — rozwinął autor szczegółowo w licznych swych pracach.

lecz między psychiką tych ostatnich a psychiką chorych na otępienie wczesne istnieje przepaść. Przepaść, — bo mózg tego rodzaju chorych jest usiany zmianami — z początku może tylko histochemicznemi, później i morfologicznemi, zgrupowanemi nader nierównomiernie w poszczególnych warstwach mózgu.

Proces biologiczny rozwijający się na tle otępienia wczesnego, powoduje więc zmiany organiczne w układzie nerwowym tych chorych, zmiany typu zwyrodnieniowego, które — ze względu na ich charakter (rozsianie ognisk chorobowych, z predylekcją do warstwy trzeciej, zwyrodnienie wodniczkowe komórek nerwowych) — należy uważać jako wytwory natury zewnątrzpochodnej w stosunku do mózgu, a ściśle mówiąc, jako skutek intoksykacji substancjami organicznemi zasadowemi (typu aminowego).

Fakt intoksykacji chorych na otępienie wczesne substancjami organicznemi typu aminy potwierdził cały szereg badań urologicznych. W 1921 r. pisałem o nader często stwierdzonym czarnym osadzie (reakcja z azotanem srebra, po ogrzaniu) w moczu chorych na amencję i na otępienie wczesne. Przy obecnym stanie badań, wynik dodatni tejże reakcji jest wyrazem ***zwiększenia ilościowego*** oraz różnorodnych zmian ***jakościowych*** (w porównaniu do warunków normalnych) ***organicznych substancji zasadowych*** (typu aminy), zarówno pierwotnych jak i wtórnych.

Ilościowemu zwiększeniu się towarzyszy zazwyczaj hypochlorurja. Zwiększenie owo spotykamy w wielu chorobach infekcyjnych (szczególnie w wypadkach zapalenia płuc i tyfusu) w amencji, u chorych na otępienie wczesne, w melancholji involucyjnej, u epileptyków biopatycznych w związku z napadem, — niema go zaś u normalnych, ani u manjaków, ani też u „czystych" melancholików.

Powyższe dane opierają się na 8350 reakcjach dokonanych częściowo przeze mnie (3500), częściowo przez licznych innych badaczy. Badania te wykazały w całej pełni słuszność moich wywodów w tej kwestji. Potwierdzają je pozatem badania starsze, nowsze i najnowsze, dokonywane innymi sposobami. Na dowód, że reakcja czarna jest spowodowana substancjami zasadowemi (z derywatów amonjaku), przytaczam jeszcze następujące fakty:

1). mocz o reakcji czarnej daje osad z rozczynem jodu z jodkiem, zaś z chlorkiem platyny — pojedyńcze kryształki, z kwasem pikrynowym — pojedyńcze kryształki.

2). substancje powodujące reakcję czarną tworzą osad z kwasem fosforowolframowym, z dwuchlorkiem rtęci, z azotanem srebra; zmieniają się gdy je poddamy *procesowi dysamidacji.* Są obecne wraz z osadem frakcjonowanym podług Weissa, we frakcji drugiej i trzeciej (zasady purynowe i zasady imidazolowe), nie zaś we frakcji pierwszej (kwas moczowy).

3). z pomiędzy organicznych substancji, mogących dać osad zabarwiony lub też czarny, o charakterze zbliżonym do strątu w moczu ludzkim, wyróżniają się — aminy pierwotne i wtórne.

Uwydatniające się coraz silniej odmiany ilościowe są wynikiem zwiększenia poszczególnych frakcji osadów czarnych oraz zwiększenie ilości aminów i amonjaku w moczu o reakcji czarnej w stosunku do normalnych). W piśmiennictwie poprzedzającem moje badania (w przedmiocie amencji i otępienia wczesnego) spotykamy dane co do *zwiększenia zasadowych substancji, dających możność strątu* z $AgNO_3$ interpretowanego mylnie jako wyłącznie zasady purynowe, podczas gdy argentum nitricum strąca i zasady imidazolowe: zasady iminowe w ogólności.

Odmiany jakościowe wynikają z licznych innych danych. Stwierdzono je m. in., w następstwie działania kwasu chromowego oraz dwuchromianu amonjaku na straty czarne, podczas gdy badania dokonane z substancjami organicznemi potwierdziły również słuszność stosowania tej metody różniczkowania. Wyodrębnienia wszystkich substancji organicznych typu aminy znajdujących się w moczu o reakcji czarnej, dotychczas nie dokonano. Jedynie w moczu jednego chorego dotkniętego amencją stwierdziłem cechy chemiczne, które wskazywały na obecność substancji typu histaminy, zawierającej także jądra pirymidynowe.*)

Na 217 chorych na otępienie wczesne, zbadanych conajmniej po trzy razy, oraz na 2117 reakcji dokonanych przeze mnie i przez licznych innych badaczy, — reakcja czarna była pozytywną w 51% przypadków (40% w amencji, 84% u chorych na tyfus, 84% w przypadkach zapalenia płuc); jest ona częstszą w początkach choroby aniżeli po upływie paru lat, tak u hebefreników, jak i u katatoników i paranoików. Poszczególne typy strątów są zwłaszcza częste u katatoników; reakcje są naogół odmienne od tych które spotykamy w gruźlicy narządu odde-

*) Pierścień imidazolowy histaminy i pirymidynowy znalazł w strącie czarnym, w swych dalszych badaniach, Galvialo.

chowego: stąd wniosek, że proces patogenetyczny w dementia praecox jest niezależny od zatrucia pochodzenia gruźliczego.

W rzeczywistości badania moje wykazują, że pozytywność reakcji czarnej w przypadkach otępienia wczesnego daje odsetek o wiele wyższy, a w niektórych badaniach prawie że 100%.

Dane urologiczne zgadzają się więc z wynikami badań histopatologicznych (bryłki rozpadu gronkowego) we wniosku, że w otępieniu wczesnem chodzi o zatrucie zasadowemi substancjami organicznemi typu aminy, a ściślej mówiąc, — zasadowemi substancjami organicznemi z grupą aminową i iminową.

Tyle co do zagadnienia patogenetycznego.

Gdzie tworzą się zasadowe substancje organiczne typu aminy, znajdujące się w moczu chorych na otępienie wczesne?

Z badań nad reakcją czarną wynika, że owe patologiczne substancje organiczne wydzielają się ***w pierwszym rzędzie*** przez mocz zakaźnie chorych.

Co do otępienia wczesnego, to badania histopatologiczne stwierdzają wyraźnie, że niema tam absolutnie ***żadnych procesów infekcji*** w mózgu. Nie jest jednak wykluczonem u chorych na otępienie wczesne — ***istnienie ognisk infekcyjnych w innych częściach organizmu,*** mogących spowodować zatrucie aminą, która wpływa później na system nerwowy.

Co się tyczy ewtl. możliwości zakaźnego pochodzenia otępienia wczesnego, należy zaznaczyć że ostatniemi czasy uwydatnia się wyraźnie kierunek sprzyjający gruźliczej etjologji schizofrenji. Nie można się nie zgodzić z ogólnymi poglądami Ciarla. Wiemy dobrze, że proces etjologiczny może dać objawy zgoła odmienne. ***Teoretycznie*** można przypuścić, że gruźlica ***może*** dawać objawy pomieszania, schizofrenji, i inne. Nie idzie tu jednak o to, czy gruźlica ***może*** być przyczyną otępienia wczesnego — natomiast zagadnienie jest tego rodzaju: ***czy w rzeczywistości gruźlica jest często przyczyną otępienia wczesnego?***

1). Ciarla opublikował około 10 historji choroby schizofreników, u których stwierdzono gruźlicę przed powstaniem zaburzeń umysłowych. Przypadkom tym można przeciwstawić z piśmiennictwa drugie tyle — a nawet więcej — przypadków chorych na otępienie wczesne, którzy znaleźli się na stole sekcyjnym w pełni rozwoju choroby umysłowej (mam na

myśli szczególnie wyżej wspomniane wypadki nagłej śmierci) — bez żadnych śladów procesów gruźliczych w trzewiach;

2). Stwierdzono kilkakrotnie wysoki odsetek chorych na otępienie wczesne, umierających z wyraźnemi objawami gruźlicy w trzewiach (Durocher, Mallet, Gosline, Roetsrowitch, Zalla, D'Allessandro, Ciarla).

Wielu jednak jest zdania, że te statystyki nie wykazują zupełnie ściśle związku *przyczynowego* między gruźlicą a otępieniem wczesnem.

I rzeczywiście — jeżeli badamy statystyki śmiertelności z powodu gruźlicy, wedle zawodów, zauważymy np., że śmiertelność u studentów wynosi więcej niż 50%. A nikt chyba nie wyciągnie z tej statystyki wniosku, że młodzieniec chwyta się studjów, ponieważ choruje na gruźlicę! Z tego samego powodu nie można przyjąć, że chorzy na otępienie wczesne (u których, według statystyki, śmiertelność z powodu gruźlicy również jest wysoką wzgl. bardzo wysoką) zapadli na tę chorobę z powodu gruźlicy. Ponieważ wiek młodzieńczy oraz studja ułatwiają rozwój gruźlicy, możnaby sądzić (jak słusznie zauważono), że właśnie otępienie wczesne jest warunkiem chorobowym *ułatwiającym* rozwój gruźlicy. Ze względu na to, że schizofrenja jest chorobą wybitnie chroniczną, zaczęto upatrywać przyczynę intensywniejszego rozwoju gruźlicy w długim pobycie w zakładzie dla umysłowo chorych. Badania dra. Zalli wykazały jednak, że na karb dłuższego bytowania w zakładzie nie można kłaść łatwego rozwoju gruźlicy u chorych na otępienie wczesne.

Nie ulega kwestji, że bardzo wysoki odsetek chorych na otępienie wczesne umiera na gruźlicę. Tłómaczenie jednak tego zjawiska z biegunowo przeciwnego punktu widzenia jest, mojem zdaniem, bardziej uzasadnione: nie gruźlica jest przyczyną otępienia wczesnego, lecz przeciwnie, otępienie wczesne (a conajmniej warunki biologiczne, będące podłożem otępienia wczesnego) ułatwia rozwój gruźlicy.

a). Z badań — przedewszystkiem — Kretschmera (potwierdzonych przez licznych badaczy) wynika, że wśród chorych na otępienie wczesne przeważają osobniki o konstytucji „mikrosplanchnicznej" (jak to określamy we Włoszech, wedle nomenklatury dra. Viola).

Niektórzy badacze zauważyli zupełnie słusznie, że ten typ konstytucji morfologicznej przeważa u chorych na gruźlicę (wybitniejsze typy prowadzą do dawniejszego określenia „habitus phtisicus"). Mikrosplanchnja, spotykana często u chorych na otępienie wczesne, tłómaczy nam więc częste wypadki gruźlicy u tych chorych.

b). Badania dra. Santangelo wykazały, u chorych na otępienie wczesne, proces toksyczny wyczerpujący bardzo szybko zasoby antytoksyczne organizmu: 1. badania nad wskaźnikiem antyhemolitycznym Condorelli'ego, 2. zmniejszanie się tegoż u większości chorych na otępienie wczesne.

To osobliwe zatrucie jest, mojem zdaniem, czynnikiem osłabiającym organizm i tem samem ułatwiającym rozwój gruźlicy. Obok badań dra. Santangelo przytoczę tu badania krwi, co do zawartości cholestyryny, — u chorych na otępienie wczesne chroniczne: stwierdzono nagół hypocholesterynemję (Pighini, Gibbs, Arnstein i in.).

c). Mojem zdaniem, przemawia przeciw genezie „gruźliczej" (a conajmniej z gruźlicy płuc) w przypadkach otępienia wczesnego, — jeden jeszcze argument: typy „strątu czarnego", o reakcji z azotanem srebra (po ogrzaniu), spotykane często w moczu chorujących na gruźlicę dróg oddechowych, są ***odmienne*** od typów spotykanych w moczu chorych na otępienie wczesne.

Z powyższych powodów nie wierzę, (tak długo, dopóki nie będzie argumentów ścisłych) żeby gruźlica miała często powodować otępienie wczesne. Wyjątek stanowi może — ze względów podanych niżej — gruźlica jelit oraz gruźlica gruczołów limfatycznych krezki, bo powodują osłabienie barjery oddzielającej strefę jelit od krwiobiegu.

Niewyczerpalnem źródłem organicznych substancji zasadowych typu aminy jest lumen jelitowy. Nie mogę tu, w tych krótkich uwagach patogenetycznych (chociażby pobieżnie tylko) potrącić o iście cudowne rewelacje najnowszych badań z chemji biologicznej, co do wpływu mikroflory jelitowej np. na rozpad ciał proteinowych, oraz na wytwarzanie się substancji toksycznych typu aminy. Wiele zespołów: tetanja, anemja perniciosa progressiva, i in. — stawia się zupełnie słusznie w związku z zatruciem pochodzenia jelitowego. Zwracam uwagę chociażby tylko na guanidyny, które powstają przeważnie w jelitach (Spadolini) i na histaminę, tworzącą się w świetle jelita, nawet w warunkach normalnych, kosztem „amino-acydohystydyny".

Ilość histaminy jest rozmaita, jak rozmaitą jest koncentracja soków wodoru w hodowlach, np. ***bacterium coli,*** na gruncie bogatym w histydynę. Histamina tworzy się w środowisku kwaśnem, nigdy zaś w środowisku zasadowem (Koessler, Hauke); następuje jednak szybko dysintoksykacja z błony śluzowej jelit (Koessler, Hauke). W wypadkach uszkodzenia błony śluzowej jelit (Spadolini) wprowadzenie

histaminy oraz innych amin daje wyraźne objawy biologiczne. Wstrzyknięcie guanidyny i histaminy powoduje ciężkie uszkodzenia, przeważnie (Rosental, Buscaino) w śródmóżdżku — później i w zwojach podstawowych.

Jeżeli, skądinąd, badamy objawy wywołane eksperymentalnie za pomocą przetoki Ecka, (bądź prostej, bądź skomplikowanej z powodu uszkodzenia trzustki), i objawy wynikające z uszkodzeń błony śluzowej jelit (Spadolini — z paratyroidektomji eksperymentalnej, z resekcji nerwów krezkowych, z procesów toksycznych lokalnych), — stwierdzamy — jak już podkreśliłem — że ***wszystkie te objawy toksyczne substancji pochodzenia jelitowego*** mają sporo cech wspólnych (zaburzenia wzruszeniowości, drżenia, drgania włókienkowe, ruchy pląsawicze, mioklonje, objawy hypertonji mięśni, katalepsja) z objawami źródłowanemi w zwojach podstawowych, a w szczególności z objawami ***typu ekstrapiramidowego.***

Z wymienionych przyczyn zasadniczych utrzymuję, że w otępieniu wczesnem wchodzi w grę zatrucie aminą pochodzenia jelitowego.

Liczne aminy wywierają też wpływ toksyczny na wątrobę. Również w otępieniu wczesnem stwierdzili liczni autorzy objawy niedomogi wątroby. Ważniejszem jednak jest to, co — odnośnie do jelit — sam stwierdziłem podczas autopsji chorych na otępienie wczesne (gdzie nie było gruźlicy), a mianowicie: plamy przekrwione, mniej lub więcej krwotoczne, w jelitach cienkich (6 przypadków). Bolsi stwierdził jelita cienkie przekrwione przez prawie całą długość, tak samo z krwotokami punkcikowatymi podśluzowymi, — w innym przypadku otępienia wczesnego, bez czynnych chorób infekcyjnych. Ostatnio Münzer zauważył błonę śluzową jelit lekko obrzękłą i ***zaczerwienioną,*** w jednym wypadku śmierci nagłej.

Do bezpośrednich uszkodzeń jelit dodajmy pośrednie, które faktycznie wskazują na ***zwiększoną przepuszczalność błony śluzowej jelit*** u chorych na otępienie wczesne:

a). częstsze reakcje skórne na surowicę wołu u chorych na otępienie wczesne (Sagel, Hauptmann), krążenie substancji proteinowych niedostatecznie spalanych, oraz reakcje allergiczne skóry;

b). zmniejszona zawartość wapna we krwi (Pighini, Looney i in.), oraz objawy ogólne spazmofilji (Goldstein, Kraepelin, Bertolani, etc.) u chorych na otępienie wczesne, stwierdzone pierwsze przez Spadolini'ego, drugie przez Spadolini'ego i Ferri'ego, w najrozmaitszych objawach intoksykacji z powodu uszkodzenia błony śluzowej jelit.

Mamy, wreszcie, doświadczenia badaczy angielskich i amerykańskich (Ford, Robertson, a zwłaszcza Cotton), co do *anormalności* mikroflory jelitowej u chorych na otępienie wczesne.

Posiadamy więc poważne dane na to, ażeby w większości przypadków kwalifikować otępienie wczesne jako zatrucie jadem jelitowym*) (typu aminy), normalnym i anormalnym, krążącym z powodu nadmiernej przepuszczalności błony śluzowej jelit. Jad ten działa na mózg — może**) — w licznych przypadkach — predysponowany.

BIBLJOGRAFJA.

BUSCAINO V. M. — „I dati attuali sulla anatomia patologica del sistema nervoso dei dementi precoci". — Rivista di patologia nervosa e mentale, Vol. 26, pag. 87, 1921 (con 156 indicazioni bibliografiche).

„ — „I dati più recenti (1920—1923) d'histologia patologica del sistema nervoso dei dementi precoci". — Rassegna di studî psichiatrici — Vol. 13, pag. 274 (con 37 indicazioni bibliografiche).

— „Risultati delle ricerche d'istopatologia del sistema nervoso di dementi precoci, fatte nel biennio 1924—1925". Con una appendice sulle „zolle di disintegrazione a grappolo". — Rivista di patologia nervosa e mentale, Vol. 31, pag. 329, 1926 (con 76 indicazioni bibliografiche, di cui 43 sulle zolle).

— „Ricerche sulla genesi e sulla importanza clinica delle reazioni nere, con il nitrato d'argento o caldo, nelle urine umane. 4 risultati ottenuti con la detta reazione, e fatti svelati da altre tecniche".

— „Ibid". Vol. 30, pag. 405, 1925 (con 98 indicazioni bibliografiche).

---

*). Ponieważ stwierdzo u niektórych gruźlików wzrost przepuszczalności jelit (bakteremje, z mikroorganizmów zwykle zlokalizowanych w świetle jelitowym), nie jest wykluczonem, że i gruźlica — w niektórych przypadkach — może, z powodu wzrostu przepuszczalności barjery jelitowej, spowodować objawy o typie schizofrenji. Lecz wydaje mi się, z przyczyn przytoczonych wyżej, że nie jest to regułą.

**). Powiedziałem „może", bo mojem zdaniem predyspozycja mózgowa jest nieodzowną: zatrucia eksperymentalne powstałe wskutek uszkodzenia błony śluzowej jelit, działają nader szybko u zwierząt próbnych. Prawdopodobnie jednak istnieją u chorych na otępienie wczesne, rozmaite stopnie przepuszczalności zwiększonej jelit, różne stopnie wrażliwości mózgu, oraz rozmaite typy substancji toksycznych pochodzenia jelitowego. Przeróżne kombinacje czynników, tak dalece różniących się, muszą powodować objawy o rozmaitem napięciu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université Royale de Florence
Dir. Prof. Dr. med. E. Tanzi.

EXTRAIT DES DERNIÈRES PUBLICATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

Présenté par le dr. V. M. BUSCAINO, professeur agrégé.

Au point de vue histologique la démence précoce doit être considérée comme une affection du cerveau: on observe notamment des lésions disséminées dans l'écorce de même que dans le plexus chorioide et dans la substance blanche; il s'agit d'altérations de structure et de perturbations histochimiques, les premières siégeant en majeure partie dans les lobes frontaux, et plus particulièrement dans la troisième scissure. Les résultats d'examens récents permettent d'affirmer que ces troubles sont d'origine toxique et qu'ils sont provoqués en grande partie par des bases chimiques organiques, dérivées de l'ammoniaque.

L'analyse de l'urine dans la démence précoce montre aussi un état toxique, causé par les substances du type d'amines.

Enfin, des recherches précises permettent d'exclure la tuberculose comme cause efficiente du mal, tandis qu'une série de recherches histopathologiques objectives et immédiates, de méme que des recherches indirectes attirent l'attention sur l'intestin en tant que source de substances du type des amines ayant pour conséquence les troubles toxiques du cerveau.

VII ZJAZD
PSYCHJATRÓW POLSKICH

w Kocborowie p. Starogard.

Odbędzie się w dniach 4—5—6 czerwca 1927 roku.

PIERWSZY DZIEŃ ZJAZDU.

(program tymczasowy)

Odczyt wstępny.

Prof. Dr. R. Radziwiłłowicz: Cechy psychjatrji, jako nauki biologicznej.

PSYCHOZA MANJAKALNO-DEPRESYJNA.

Referaty główne:

Prof. Dr. J. Borowiecki: Badania dziedziczności w psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. Chłopicki: Granice kliniczne psychozy manjakalno-depresyjnej.

Dr. M. Bornsztajn: Psychoza manjakalno-depresyjna w świetle psychoanalizy.

Doc. Dr. J. Morawski: Stany manjakalno-depresyjne objawowe.

Dr. A. Piotrowski: Leczenie i zapobieganie psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. W. Łuniewski: Psychoza szałowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej.

Odczyty uzupełniające:

Dr. A. Sikorska: Z serologji psychozy manjakalno-depresyjnej.

Dr. St. Piltz.: Badania farmakologiczne układu roślinnego w psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. W. Medyński: Balania konstytucyjne w psychozie manjakalno-depresyjnej.

Dr. W. Stryjeński: Stany przygnębienia wieku podeszłego.

Dr. W. Matecki: Stany manjakalne wieku podeszłego.

DRUGI DZIEŃ ZJAZDU.

DZIECI ANORMALNE.

Referaty główne:

Dr. Th. Heller: Zadanie i metody pedagogiki leczniczej.

Dr. Grzegorzewska: Stan opieki i wychowania dzieci anormalnych w Polsce i zagranicą.

P. M. Wawrzynowski: Znaczenie współpracy lekarsko-pedagogicznej dla metod nauczania i wychowania anormalnych dzieci.

Dr. Z. Rozenblumówna: Zakres kliniczny przejawów anomalji i charakteru dziecięcego.

Dr. W. Sterling: Endokrynologja oligofrenji.

Odczyty uzupełniające:

Dr. J. Gawroński: Podstawy racjonalnej organizacji społecznej w wychowaniu i kształceniu dzieci anormalnych w Polsce.

Dr. W. Medyński: Badania inteligencji metodą Rossolimo u dzieci anormalnych.

Dr. Siwiński: Psychopatologja dziecka.

Odczyty luźne:

Prof. Dr. Błachowski i Prof. Dr. Borowiecki: Epidemja psychiczna w Słupi.

Dr. Swietłow: Zaburzenia psychiczne w gigantyźmie.

Dr. J. Medem: O różnych zespołach odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach nerwowych i umysłowych i ich znaczeniu rozpoznawczem.

Dr. O. Bielawski: Taktyka kryminalna w świetle wiedzy przyrodniczej.

Dr. O. Bielawski: Postulaty eugeniki a stanowisko Państwa w sprawie spędzania płodu.

Dr. W. Jamuszewski: O bezsenności u psychicznie chorych.

Dr. Fr. Wichert: O zaburzeniach psychicznych i zmianach anatomicznych w przebiegu gruźliczego zapalenia opon.

Dr. R. Dreszer: Metoda szybkiego badania gleju.

TRZECI DZIEŃ ZJAZDU.

Dr. A. Piotrowski: Zasady organizacji psychjatrycznej.

Dr. W. Łuniewski: Projekt ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, opracowany w Departamencie Zdrowia.

Dr. J. Bednarz: Rys programu rozbudowy opieki zakładowej nad psychicznie chorymi w Państwie Polskiem.

Dr. St. Deresz: Opieka nad psychicznie chorymi pozazakładowa. Projekt organizacji.

Dr. A. Piotrowski: Samowystarczalność publicznych zakładów psychjatrycznych.

Na wygłoszenie referatu głównego przeznacza się 30 minut, odczytu uzupełniającego 20 minut; czas przemówienia w dyskusji ogranicza się do 5 minut.

Podczas zjazdu, w czasie, który później będzie dokładnie określony, odbędzie się I) Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, II) wycieczka do Kartuz.

Wkładka dla uczestników Zjazdu wynosi 20 złotych.

Uczestnictwo w Zjeździe i w wycieczce do Kartuz zgłaszać należy najpóźniej do dn. 20 maja r. b. do Komitetu Organizacyjnego na ręce Dr. Kryzana, Dyrektora Zakładu Psychjatrycznego w Kocborowie, p. Starogard.

KOMITET ORGANIZACYJNY.

I-y OGÓLNY ZJAZD LEKARZY SŁOWIAŃSKICH.

Jugosłowiańskie Towarzystwo Lekarskie zaprosiło, na swój doroczny Zjazd w Dubrowniku — w 1925 r. — przedstawicieli wszystkich narodów słowiańskich, a jednym z celów Zjazdu było zawiązanie Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego. Zjazd udzielił „Zarządowi Jugosłowiańskiego Towarzystwa Lekarskiego" mandatu ażeby porozumiał się ze wszystkiemi słowiańskiemi towarzystwami w celu utworzenia tymczasowego komitetu złożonego z 3-ch delegatów Jugosławji i po 2-ch delegatów od każdego państwa słowiańskiego; komitet ten miał opracować projekt Statutu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego i po dokonaniu tych prac przedwstępnych wyznaczyć miejsce i termin pierwszego Zjazdu Lekarskiego Wszechsłowiańskiego.

Na Zjeździe w Belgradzie odbyły się obrady delegatów w sprawie założenia Związku i opracowania statutu. Wniosek delegacji polskiej o zwołanie I-go Zjazdu Wszechsłowiańskiego w Warszawie na początku lata 1927 został uchwalony jednomyślnie, a ostateczne zredagowanie statutu Związku odłożono — również na wniosek delegacji polskiej — do zebrania delegatów w Pradze Czeskiej, w końcu r. ub. W Pradze statut przyjęto i pozostawiono Polakom zorganizowanie I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich oraz wybór tematów na Zjazd.

Zjazd odbędzie się w Warszawie, w dniach 25—29-go maja rb. Niżej podajemy program Zjazdu, Regulamin posiedzeń naukowych, tematy obrad oraz skład Komitetów.

Program Zjazdu:

25 maja środa: W godzinach 20—23 zebranie towarzyskie w celu wzajemnego zapoznania się.

26 maja czwartek:
- a) o godzinie 9½ rano otwarcie Zjazdu, przemówienia delegatów,
- b) od godz. 15-tej do 19-tej pierwsze posiedzenie naukowe (Sclema),
- c) wieczorem raut, wydany przez Zarząd m. Warszawy.

27 maja piątek:
- a) od godz. 9-tej do 13-tej drugie posiedzenie naukowe (Scarlatina),
- b) po południu zwiedzanie miasta, instytucji naukowych, urządzeń sanitarnych i t. p.
- c) wieczorem przedstawienie w Teatrze Wielkim.

28 maja sobota:
- a) od godz. 9-tej do 13-tej trzecie posiedzenie Zjazdu (organizacja urządzeń sanitarnych),
- b) po południu zwiedzanie miasta, instytucji naukowych, urządzeń sanitarnych i t. p.
- c) bankiet wydany przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

29 maja niedziela:
- a) od 9-tej do 11-tej posiedzenie Komitetu Centralnego Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego,
- b) o godzinie 11-tej zamknięcie Zjazdu.

Po Zjeździe o ile zbierze się odpowiednia liczba uczestników, projektowane są wycieczki po kraju. Wobec tego, że w dniu 30 maja w poniedziałek rano odbędzie się otwarcie Międzynarodowego Zjazdu Medycyny i Farmacji Wojskowej, uczestnicy Zjazdu Lekarzy Słowiańskich będą mogli wziąć udział w tej uroczystości. Wyjazd zatem na wycieczki po kraju nastąpi w dniu 30 maja w poniedziałek wieczorem.

Projektowane są trzy oddzielne wycieczki w kierunku:

a) Warszawa—Wilno—Warszawa—Kraków—Krynica—Tarnów—Łańcut—Lwów.

b) Warszawa—Poznań—Katowice—Kraków—Krynica—Tarnów—Łańcut—Lwów.

c) Warszawa—Kraków—Krynica—Tarnów—Łańcut—Lwów.

Wszystkie trzy wycieczki spotkają się w Krakowie i dalszą podróż odbywają razem. Wycieczki będą trwały 5—6 dni.

Uczestnicy Zjazdu z Polski otrzymają w czasie od 20 maja do 20 czerwca specjalne ulgi kolejowe w dowolnej klasie w wysokości 33% na przyjazd do Warszawy, na wycieczki po kraju i na powrót. Bilety ulgowe będą wydawane na stacji za okazaniem specjalnej legitymacji kolejowej i karty uczestnictwa w Zjeździe, które będą przysłane kolegom (i ich rodzinom), wybierającym się do Warszawy.

Na dworcu głównym będzie czynne biuro informacyjne Zjazdu.

Pokoje w hotelach, zajmowane przez uczestników Zjazdu, zwolnione będą od podatku hotelowego.

Opłata za udział w Zjeździe wynosi 10 złotych.

Biuro Zjazdu: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Niecała 7.

REGULAMIN POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

1. Posiedzenia naukowe Zjazdu rozpoczynają się:
   w dniu 26. maja o godz. 15-tej i trwają do godz. 19-tej;
   w dniach 27, 28 maja o godz. 9-tej i trwają do godz. 13-tej.
2. Każdy kraj wyznacza do każdego tematu jednego głównego referenta.
3. Jako koreferenci będą przemawiali wszyscy, którzy uprzednio w określonym terminie (t.j. do 15. kwietnia) zgłosili swoje referaty i nadesłali ich streszczenia.
4. Główni referenci I-go i II-go tematu mogą przemawiać niedłużej niż 30 minut, referenci III-go tematu będą mogli przemawiać 45 minut.
5. Czas na przemówienie dla koreferentów określa się najwyżej na 20 minut.
6. Czas przemówień dla członków zabierających głos w dyskusji nie może wynosić więcej niż 5 minut.
7. Pragnący zabrać głos w dyskusji proszony jest o złożenie na piśmie swojego nazwiska do prezydjum danego posiedzenia.
8. Po przemówieniu zabierający głos składa na piśmie swoje przemówienie sekretarzowi posiedzenia.

Tematy:

1. Twardziel (Scleroma) na ziemiach słowiańskich.
2. Szczepienia ochronne i akcja zapobiegawcza przeciw szkarlatynie i leczenie szkarlatyny surowicami.
3. Najwłaściwsze formy i metody urządzeń sanitarnych na ziemiach słowiańskich.

KOMITET ORGANIZACYJNY:

Prezes: prof. Dr. A. Gluziński
Wiceprezes: prof. Dr. B. Sawicki
Sekretarz Generalny: prof. Dr. F. Czubalski
Zastępca: Dr. W. Kowalski.

Członkowie:
Dr. J. Bączkiewicz
Dr. B. Jakimiak
Doc. Dr. W. Łapiński.

KOMITET GOSPODARCZY:

Prezes: prof. B. Sawicki
Zastępca: Dr. W. Kowalski
Sekretarz: prof. F. Czubalski
Zastępca: Dr. W. Kowalski.

Członkowie:
Dr. B. Jakimiak jako Skarbnik
Prof. L. Kryński
Dr. W. Łapiński
Dr. W. Szumlański
Dr. C. Wroczyński.

PODKOMITET MIESZKANIOWY:

Dr. J. Zawadzki (przewodniczący)
Dr. St. Kurtz (zastępca przewodniczącego)
Dr. Grzybowski, Dr. Jasielewicz, Dr. Vacqueret.

PODKOMITET PRZYJĘĆ:

Dr. W. Szumlański (przewodniczący)
Dr. H. Kucharzewski, Dr. St. Kurtz,

PODKOMITET WYCIECZEK:

Dr. Łuczycki (przewodniczący)
Dr. Przywieczerski, Dr. Surawski.

PODKOMITET MIESZKANIOWY:

Dr. Surawski (przewodniczący)
Dr. Przywieczerski.

PODKOMITET PAŃ:

Prof. Dr. L. Kryński
Profesorowa Czubalska
Profesorowa Sawicka
D-rowa Jasielewiczowa
Dr. Skolimowska
Dr. Szczodrowska
D-rowa Wagnerowa
D-rowa Wejnertowa.

Sekretarjat I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich będzie czynny w środy, od godziny 14 do 15 — w lokalu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

I-mu Ogólnemu Zjazdowi Lekarzy Słowiańskich życzymy owocnej pracy, w przekonaniu, że przyczyni się w dużej mierze (w myśl celów Związku) „do uniezależnienia narodów słowiańskich w dziedzinie kultury i oświaty, oraz do osiągnięcia ideału jedności słowiańskiej i wzajemnego porozumienia".

REDAKCJA.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 18. 7. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

O. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Morderstwo.—Lekkie zwyrodnienie psychiczne. – Próby symulacji. – Poczytalność*

K. l. 33, dziedzicznie nieobarczony, oskarżony o morderstwo. Z wywiadów wynika, że pacj. rozwijał się prawidłowo, uczył się miernie, na żadne zakaźne choroby nie chorował. Lues negat.

Cieleśnie: blizna na lewej skroni, kość lekko wciśnięta, skóra z kością nie zrośnięta (od uderzenia odłamkiem granatu na froncie), Romberg dodatni, język drży, odruch kolanowy prawy nieco wzmożony, oraz tendencja kloniczna w prawej stopie. Innych objawów patologicznych w dziedzinie układu nerwowego u osk. nie stwierdzono. Pod względem psych. uderzają niektóre niedorzeczne odpowiedzi, jak: 4+4=9, rok ma 10 miesięcy, miesiąc zawsze 30 dni i t. p. Pozatem osk. wykazuje zupełną zborność w zachowaniu się w stosunku do otoczenia i badającego lekarza. Na zapytanie dotyczące sprawy, badany odpowiada najczęściej silnem wzruszeniem, poczem poczyna drżeć na całem ciele, pada na ziemię, kopie nogami, tarza się, krzyczy i zawodzi.

Podsądny K. jest zbiegiem z więzienia, gdzie był osadzony za rozbój i rabunek. Wałęsał się po okolicy, pod obcem nazwiskiem zaczepiał kobiety i mężczyzn, prosząc o chleb i pieniądze. Na skutek tego aresztowała go policja, a w chwili, kiedy posterunkowy spisywał protokół, K. wyjął rewolwer i strzelił do posterunkowego, kładąc go trupem; poczem zbiegł.

p. Bielawski uważa podsądnego za osobnika lekko pod względem psychicznym upośledzonego i wyklucza u niego całkowicie chorobę psychiczną wzgl. znaczniejszy niedorozwój. W chwili popełnienia karalnego czynu podsądny nie znajdował się w stanie nieprzytomności, ani też w stanie chorobowego zaburzenia umysłu, któryby wykluczał jego wolną wolę. § 51 N. K. K. nie zachodzi.

DYSKUSJA.

p. Siemionkin przemawia za zmniejszoną poczytalnością osk. biorąc pod uwagę jego uraz głowy, oraz pobyt w więzieniu, który mógł spowodować psychozę. Poczytalność oskarżonego była zmniejszona jego małokrytycznością, wypływającą z upośledzenia psychicznego.

p. Piotrowski zwraca uwagę na obecny stan oskarżonego, który przedstawia obraz psychozy pourazowej, używanie alkoholu pogorszyło stan nerwowy badanego podsądnego. Oskarżony jest głuptakiem od dzieciństwa. Jest on upośledzony psychicznie, ale nie do tego stopnia, żeby jego wolna wola była wykluczona. Poczytalność jego w chwili dokonania karalnego czynu nie była zniesiona, ani zmniejszona.

p. Bielawski w odpowiedzi p. Siemionkinowi zaznacza, że zdaniem ref-a, o zmniejszonej poczytalności można mówić tam, gdzie na postanowienie czynu karalnego mogły mieć wpływ (nieznaczny, nie decydujący) czynniki upośledzenia psychicznego oskarżonego, czy to w sferze intelektualnej, moralnej, czy uczuciowej. Tak więc np. ref. głosuje za poczytalnością zmniejszoną u pobudliwego głuptaka, epileptyka, histeryka przy wykonaniu karalnych czynów impulsywnej natury, dalej przyznał by ref. także poczytalność zmniejszoną osobnikowi małokrytycznemu, gdy czyn może mu nasuwać wątpliwości co do oceny karalności jego, (np. głuptak dopuszczający się zgwałcenia, nierządów z małoletnimi, obcowania ze zwierzętami i t. p.) Gdy jednak pewne odchylenia od normy psychicznej lub upośledzenia u psychopaty leżą poza psychizmem, który normalnie musi być obudzony dla powzięcia postanowienia wykonania czynu karalnego, a motywy pro i contra nie mają w sobie nic chorobowego, — tam, zdaniem ref-a, niema też podstaw do przyjęcia poczytalności zmniejszonej.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 10. 8. 25.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

p. Berezowski: PRÓBY LECZENIA PO I NIE-POENCEFALISTYCZNYCH PROCESÓW EXTRAPIRAMIDOWYCH PRZEZ STOSOWANIE As + Hg + J.

(Referat in extenso ukazał się w zesz. IV. 1925 Now. Psych.)

W celach leczniczych w przypadkach parkinsonizmu poencefalistycznego i w pokrewnych formach (katatonja — Bielawski) stosowano dożylnie neosalutan i naprzemian domięśniowo-rtęć. Po kuracji każdy chory otrzymywał w przeciągu dwuch miesięcy jodynę.

Wyniki kuracji są następujące: jeden przypadek katatonji wyleczony, jeden przypadek ciężkiego parkinsonizmu poencefalitycznego jest na granicy wyleczenia, jedna pacjentka z enceph. let. zmarła 4 tygodnie po kuracji, u dwóch parkinsoników nastąpiło znacze polepszenie. Inne przypadki (3) dotąd bez zmian.

Uderzają objawy serologiczne (zachowanie się płynu mózgowordzeniowego) po kuracji. Przed zabiegami stwierdzono zwiększoną ilość globulinów we wszystkich przypadkach parkinsonizmu. W jednym przypadku katatonji i u 3 parkinsoników Wassermann w płynie był dodatni przy 0,1 mm^3, (w anamnezie nie było żadnych danych co do podłoża kiłowego). We wszystkich leczonych przypadkach zauważono nadmiar cholesteryny.

Po kuracji powyższe objawy patologiczne w płynie całkowicie ustąpiły. (Badania nad cholesteryną są jeszcze w toku).

Ref. konkluduje, że wyniki kuracji są jak dotąd zachęcające, zwłaszcza w parkinsoniźmie poencefalitycznym.

DYSKUSJA.

p. Bielawski utrzymuje, iż przy dzisiejszym stanie wiedzy trudno jest jeszcze udowodnić, że choroba psychiczna jednej z pacjentek, leczonych przez p. Berezowskiego, niema związku z kiłą. Jest to jednak przekonanie oponenta. Że chora ta nie cierpi na paral. progr., świadczy o tem odrębny obraz kliniczny. W organicznej chorobie psychicznej Bordet-Wassermann przy 0,1 mm^3 zachodzi nie jedynie w paral. progr., dla tego Bordet-Wassermann przy 0,1 mm^3 nie jest charakterystycznym dla paralysis progresiva.

p. Piotrowsk.: Ponieważ uważa encephal. leth. za chorobę zapalną jąder podstawowych (szarych), a katatonję jako degeneracje jąder, przeto wynik terapji i to terapji procesów zapalnych nasuwa myśl, że albo etjologja katatonji musi być inna albo przypadki poddane kuracji nie przedstawiają kakatonji, lecz mimo zewnętrznej postaci katatonicznej należą do procesów zapalnych mózgowych. Ilość przypadków poddanych kuracji jest zbyt mała, ażeby można z tego wyciągnąć wniosek ostateczny, tembardziej że bywają przypadki wyleczenia wzgl. znacznej poprawy, także u chorych, których nie poddawano kuracji. Z drugiej strony jednakże wyniki kuracji przeprowadzone przez p. Berezowskiego są przeważnie pomyślne i zachęcają dla tego do dalszych odpowiednich zabiegów leczniczych w encephal. letharg.

Badania serologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego dały pozytywny odczyn Bordet-Wassermanna przy 0,1 mm^3 płynu. Podobny wynik mamy w paralysis progresiva, lecz ani anamneza ani obraz kliniczny pacjentki nie przemawiają za paral. progr. Na uwagę zasługuje fakt, że u chorych na encephal. letharg. i katatonję, tam gdzie był Bordet-Wassermann pozytywny, prawie zawsze była ilość cholesteryny zwiększona.

p. Bielawskiemu, który wobec pozytywnego Wassermanna w 0,1 mm^3 płynu u encefalityków twierdzi, że wyniku takiego nie można zużyć jako wyróżniającego porażenie postępujące, p. Piotrowski odpowiada, że mimo występowania odczynu Wassermanna w 0,1 mm^3 płynu w encephalitis lethargica, objaw ten pozostaje nadal wartościowym wskaźnikiem różniczkowym dla paralysis progresiva z następujących powodów: 1) jest rzeczą obojętną, czy Wassermann, który przecież występuje w różnych zachorzeniach, pojawia się w chorobach nie kiłowych w mniejszej lub większej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, a więc także w 0,1 mm^3 płynu, albowiem w takich przypadkach kwestja paralysis progres., nie istnieje, mimo pozytywnego Wassermanna w 0,1 mm^3 płynu.

Natomiast w chorobach kiłowych systemu nerwowego dotąd pozytywny Wassermann w 0,1 mm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego zawsze wskazywał na paral. progres., i piśmiennictwo i doświadczenie nie znają ani jednego przypadku kiłowego nieparalitycznego, w którym Wassermann byłby pozytywny w 0,1 mm^3 płynu. 3) Dalej doświadczenie uczy nas, że w przypadkach kiłowych, gdzie Wassermann w 0,1 mm^3 i w 0,2 mm^3 płynu był negatywny a pozytywny w 0,3, 0,4, mm^3 itd., nie chodzi o paral. progr. względnie taboparalysis, lecz o chorobę kiłową innego typu, mianowicie lues cerebri, lues cerebro-spinalis, tabes dorsalis.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
dnia 21. 9. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

O. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny*) — Zbrodnia zdrady stanu; usiłowanie zgwałcenie i obcowanie cielesne z osobą doprowadzoną do stanu nieprzytomności; bluźnierstwa, partactwo lekarskie. — Psychopatja; konstytucja o paranoidnem zabarwieniu. — Poczytalność.*

Podsądny Kr., lat 40, oskarżony o zbrodnię zdrady stanu, przestępstwa przeciw moralności i inne. Kr., szewc z zawodu, poświęcił się w ostatnich latach „leczeniu" chorych przy pomocy różnych ziół, zaklinań, czarów i hypnozy. Miał niezwykłe powodzenie i zasłynął wkrótce jako prorok i nadczłowiek. Korzystając z łatwowierności pacjentek, Kr. nadużywał je cieleśnie w stanie uśpienia hypnotycznego. Będąc usposobiony wrogo do Państwa Polskiego (jest niemcem), agitował za komunizmem, organizował partje mające na celu przygotowanie przewrotu politycznego w Rzplitej i przyłączenie Pomorza i Poznańskiego do Niemiec.

Dziedzicznie nie obarczony, chorób zakaźnych nie przechodził.

Cieleśnie: czaszka i twarz przedstawia typ wybitnie lombrosowski; nos jest szeroki, oczy głęboko osadzone, podniebienie płaskie.

Pod względem psychicznym uderzają następujące cechy: Kr. zachowuje się wyniośle, okazuje przesadną pewność siebie, nieufność w stosunku do otoczenia. Badany twierdzi, iż jest powołany do wyższych rzeczy, ponieważ ma siłę uzdrawiania chorych, hypnotyzowania, odgadywania myśli i t. d. Wiedzę swoją zdobył z książek, które czytywał; to jednak nie wystarcza, trzeba być wybrańcem bożym, by mieć taką siłę. To też dużo ludzi zazdrości mu tego; chcą go zgładzić. Oskarżony nie ma omamów, nie ma również usystematyzowanych urojeń.

P. Bielawski charakteryzuje podsądnego jako psychopatę o konstytucji z lekkiem zabarwieniem paranoidnem. Jego wzięcie jako lekarza-naturalisty, jego sukcesy przy hypnotyzowaniu, jego powodzenie jako prowodyra partji, — wyrobiły w nim przekonanie, że jest człowiekiem o niezwykłych kwalifikacjach duchowych.

Podsądny Kr. w chwili dokonywania karalnego czynu nie znajdował się w stanie nieprzytomności, ani też takiego chorobowego zaburzenia umysłu, któreby wykluczało jego wolną wolę (§ 51 n. k. k. nie zachodzi).

DYSKUSJA.

P. prokurator Kuszenin zaznacza, że na podstawie materjału dowodowego podsądnemu wytoczyć można proces jedynie o zbrodnię zgwałcenia i bluźnierstwo, o ile naturalnie świadkowie to potwierdzą, nie zaś o zbrodnię zdrady stanu, co do której za mało jest dowodów rzeczowych.

---

*) Przypadek ten szczegółowiej, lecz z innej strony, został oświetlony w pracy Bielawskiego pod tytułem „Hypnoza a Kodeks Karny". Patrz Now. Psych. 1926 zeszyt I.

P. prokurator Sobiecki uważa podsądnego za członka sekty „Christian Science", która ma swoje centrum w Ameryce. Członkowie tej sekty na poparcie swoich zasad cytują pismo święto przy każdej sposobności. Podsądny ułożył sobie według tej teorji pewien system i według niego ludzi traktuje, lecząc ich. P. S. sądzi, że o jakimś chorobliwym stanie niema mowy. Za swoje czyny Kr. jest odpowiedzialny.

P. Reimann przyjmuje że podsądny przedstawia typ paranoika o typowych dla tej choroby urojeniach. Jest on człowiekiem chorym i za czyny swoje nieodpowiedzialnym.

P. Siemionkin uznaje podsądnego za degenerata, psychopatę, który używał różnych sztuczek, celem wyzyskania ludzi ciemnych i łatwowiernych.

P. Piotrowski wspomina, że charakter, postawa, zachowanie oskarżonego przypominają wprawdzie paranoję, atoli w tym przypadku jednak nie można mówić o paranoji, bo niema zasadniczej cechy chorobowej t. j. niema ani urojeń, ani systemu urojeniowego. P. Piotrowski charakteryzuje podsądnego jako psychopatę o charakterze paranoidalnym. Za swoje czyny Kr. jest odpowiedzialny.

DR. MED. KAROL DE BEAURAIN †.

Były asystent kliniki neurologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, prymarjusz Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance, a ostatnio — prymarjusz Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach.

Urodził się w roku 1867 w Kamieńcu Koszyrskim na Wołyniu. Studja średnie ukończył w gimnazjum płockim, studja wyższe odbywał w Bernie, Monachjum i Wiedniu.

Zmarł w dniu 16. lutego roku 1927 na aneurvzm serca, do ostatniej chwili pełniąc swe obowiązki lekarskie.

CZEŚĆ JEGO PAMIĘCI!

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Szpital JANA BOŻEGO w Warszawie

Sprawozdanie za ROK 1925 *)

OPRACOWAŁ TEODOR ŁAPIŃSKI

Mieszkańcy Warszawy, stolicy 30 miljonowego państwa, nie mają odpowiedniego szpitala dla psychicznie chorych; w roku sprawozdawczym na 320 etatowych miejscach Szpital Jana Bożego przeciętnie mieścił 350 chorych tak, że na podłodze z braku miejsc leżało często po kilku, a ilość odmownych biletów w roku 1925 wynosiła 250. Warunki te będą się stale pogarszać, gdyż zakład w Drewnicy, dokąd dotychczas byli ewakuowani chorzy ze szpitala Jana Bożego, już jest przepełniony.

TABLICA I.

Rozpoznanie	Pozostało z r. 1924		Przybyło w r. 1925		Ogólna ilość wypisanych		Pozostali na rok 1925	
	m.	k	m	k	m	k	m	k
I. Wrodzone psychozy:								
Idiotismus	1	1	1	—	—	—	2	1
Imbecillitas	2	1	9	4	5	4	6	1
Debilitas	—	—	2	—	1	—	1	—
II. Psychozy na tle wrodz. stanów etc.:								
Psychopathia	13	5	38	15	43	17	8	3
Psychastenia	—	—	2	—	2	—	—	—
Hysteria	—	2	—	2	—	4	—	—
Epilepsia	7	9	38	12	34	17	11	4
Ps. man.-depr.	5	9	18					
Schizophrenia	75	94	156	184	148	193	83	85
Status depress.	—	1	11	7	7	7	4	1
Status				—	4	—	—	—
Status amenticus	—	—	6	9	5	9	1	—
III. Psychozy nabyte w zest. z stanami w jakich powstały:								
Psych. reactiva	1	3	3	17	2	10	2	10
Post traumam	—	—	3	1	3	—	—	1
In lactatione	—	1	—	16	—	12	—	5
In climaterio	—	—	—	6	—	4	—	2
In infectione	—	2	1	2	1	3	—	1
Post infectionem	2	1	3	9	3	6	2	4
Ex infectione	—	—	2	1	2	1	—	—
Ex inanitione	—	—	2	—	2	—	—	—

*) W streszczeniu. Red.

Rozpoznanie	Pozostało z r. 1924		Przybyło w r. 1925		Ogólna ilość wypisanych		Pozostali na rok 1925	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
IV. Psych. z zatrucia:								
a) alkohol.								
alcoholismus chr.	2	—	45	8	43	7	4	1
epilepsia alc.	—	—	1	—	1	—	—	—
polienc. haemor.	—	—	—	1	—	1	—	—
polineuritis alc.	1	—	—	—	1	—	—	—
paranoia alc. chr.	2	—	3	1	5	1	—	—
delirium tremens	4	—	24	—	26	—	2	—
dipsomania	—	—	1	—	1	—	—	—
b) Morphinismus	2	—	5					
c) intoxicatio sublimato	—	—	—					
V. Psychozy nabyte z niewątpl. podkładem anatomicznym								
a) kiłowe:								
lues cerebr.-spin.	9	5	19	7	27	12	1	—
paralysis progr.	31	8	67	14	73	11	25	11
tabo paralysis	1	—	8	2	8	2	1	—
b) wieku późniejsz.								
dementia arter.-scl.	2	—	10	10	11	7	1	3
dementia praenilis	—	—	1	1	1	1	—	—
dementia senilis	2	5	8	12	8	8	2	9
c) alia:								
hydroceph. internus	—	—	1	—	1	—	—	—
abscessus cerebri	—	—	—	1	—	1	—	—
tumor cerebri	1	—	—	—	1	—	—	—
dementia e laesione cerebri organ.	2	—	11	3	11	3	2	—
VI. Postacie nieokreślone.	—	7	7	17	6	9	1	15
VII. Nie było zaburzeń psychicznych.	—	1	6	2	5	2	1	1
Ogółem:	165	155	516	388	508	373	173	170

Rzuca się w oczy wielka ilość alkoholików (83 mężczyzn, 10 kobiet), co stanowi 8% ogólnej liczby chorych, tymczasem gdy w roku 1924 śród 1185 obłąkanych notowano alkoholików 72 mężczyzn i 2 kobiety czyli 6,5%, a w roku zaś 1912 na 814 chorych liczba alkoholików dosięgała 32 mężczyzn i 7 kobiet, czyli niecałe 5%. — Wzrosła również liczba morfinistów.

Sądząc z materjału, jakim Szpital Jana Bożego rozporządza, widać, że w r. 1912 chorzy na bezwład postępujący stanowili 17% ogólnej liczby chorych z tegó roku, mianowicie na 814 obłąkanych było chorych z psychozami parasyfilitycznemi 114 mężczyzn i 24 kobiety; w r. 1924 na 1185 chorych było 172 tego rodzaju chorych, czyli chorzy z psychozami parasyfilitycznemi stanowili około 15%, wreszcie w r. 1925 chorzy na bezwład postępujący,

przymiot mózgowo-rdzeniowy i wiąd rdzenia wykazywali 14% czyli na 1224 chorych było ich 171. Co się zaś tyczy zejścia tego rodzaju cierpień, to w roku 1912 wypisano ze szpitala z poprawą 11 metasyfilityków czyli niecałe 8%, w r. 1924 z poprawą opuściło szpital 22 metasyfilityków czyli niecałe 13%, w roku zaś 1925 w polepszonym stanie zdrowia opuściło szpital 34 chorych tego rodzaju, czyli blisko 20%, jednem słowem, jako by najlepsze zejście wykazywali chorzy metasyfilitycy w r. 1925. W r .1912 zmarło 43 tego rodzaju osobników, czyli przeszło 31% ogólnej liczby metasyfilityków, w r. 1924 zmarło ich 42 czyli zgórą 24%, w roku zaś 1925 liczba zgonów dosięgła 31 przypadków, czyli 18%.

Takiego łagodnego przebiegu ze stosunkowo tak niską śmiertelnością nie można kłaść na karb li tylko skutecznej kuracji zimnicą, gdyż w roku 1925 stosowano zimnicę w 36 przyp., znaczną zaś poprawę obserwowano w 7 przypadkach bezwładu postępującego; takiego stosunkowo łagodnego przebiegu również nie sposób tłomaczyć przypuszczeniem, żeśmy energiczniejszą stosowali kurację niż za dawnych czasów, tembardziej, że istnieją autorzy, którzy wprost uzależniają powstawanie metasyfilistycznych cierpień od zbyt intensywnej kuracji antyluetycznej, a to w przypuszczeniu, że energiczna kuracja nie pozwala zainteresowanemu organizmowi wytworzyć dostatecznej ilości przeciwciał. Znajdujący się w ciele jad zagłusza się w taki sposób, a nie niszczy. Tłomaczyć taki łagodny przebieg bezwładu postępującego i innych tego rodzaju cierpień wzmożoną odpornością organizmu nie sposób wobec tych wszelkiego rodzaju fizycznych i moralnych braków, jakim podlegała i podlega dotychczas ludność Europy od czasu wojny światowej. Pozostaje jeszcze jedno przypuszczenie — czynnik chorobotwórczy stracił na natężeniu.

Ilość zgonów w r. 1925 wynosi 7%, następne miejsce należy się rokowi 1924, bo zgórą 9% (113 zgonów na 1185). Największą śmiertelność dał rok 1912, bo przeszło 10%. — Niska odsetka śmiertelności w roku 1925 tłomaczy się po części przesyłaniem mniej lub więcej ciężko fizycznie chorych do Drewnicy.

TABLICA II.

Cierpienia somatyczne.

Choroby	Mężczyźni	Kobiety
I. Choroby ogólne:		
zimnica (szczepiona)	26	10
odra	1	1
grypa	7	2
czerwonka (przyp. podejrz.)	5	1
róża	3	1
gruźlica (różne)	35	28
kiła	3	2
różne	24	6
II. Choroby narządów zmysłów:	16	1
III. Choroby narządu krążenia:	13	8
IV. Choroby narządu oddechowego:	50	29
V. Choroby narządu trawienia:	22	7
VI. Choroby narz. moczopłciowego i jego przydatków pochodzenia niewenerycznego:	39	10
VII. Choroby związane z ciążą:	—	8
VIII. Choroby skóry i tkanki łącznej:	21	19
IX. Choroby kości i narządu ruchu:	2	3
X. Starość:	2	6
XI. Zaburzenia chorobowe wywołane przez bodźce zewn.	7	16
XII. Ad VIII.	19	6

Rozpaczliwie przedstawia się sprawa chorych gruźliczych. W roku sprawozdawczym było 54 przypadków gruźlicy narządu oddechowego, czyli 4% ogólnej liczby chorych leczonych w szpitalu w tym roku, pozatem było 7 przypadków gruźlicy stawów i kości, 1 przypadek jelit. We wszystkich tych przypadkach gruźlica była zaobserwowana przed wstąpieniem do szpitala.

Wadliwa budowa szpitala, niemożność segregowania chorych i niedostateczna ilość służby zmuszała do unieszkodliwiania chorych, już to izolując ich, nakładając kaftany bezpieczeństwa, długotrwałe koce itd.

Z wypadków podajemy tu ważniejsze. Chory W. wyskoczył tak nagle przez okno na dach, a stąd do ogrodu, że służący nie zdołał zapobiec temu; obyło się bez poważnych obrażeń. Chory Ch. wyrwał sobie pod wpływem urojeń samooskarżenia, za pomocą drutu, wyjętego z łóżka, — jądro; w czasie tej operacji Ch. zachowywał się na łóżku tak cicho, że dopiero ślady krwi w ustępie zwróciły na niego uwagę służby. W roku sprawozdawczym 4 były próby samobójcze (1 mężcz. i 3 kob.), które w porę zostały dostrzeżone i udaremnione. Chory P. podpalił siennik w sypialni za pomocą zapałek przyniesionych przez rodzinę. Chorej K. przyniesiono esencji octowej, którą ona nie omieszkała wypić; obyło się bez wybitnych uszkodzeń. Pozatem było 7 wypadków ucieczki; 5 wróciło do szpitala dobrowolnie wzgl. przyprowadziła ich policja.

Podnieconych trzymano w łóżku, dawano im środki nasenne rano i wieczorem, stosowano długotrwałe kąpiele codziennie nie dłużej jednak nad 2 godziny wobec braku wanien i dostatecznej ilości służby, zalecano podskórne zastrzykiwania od 200 do 500,0 rozczynu fizjologicznego na. nucleinici i t. d. U chorych krzepkich w razie nieustępującego podniecenia stosowano kilkugodzinne obwijanie w mokre prześcieradła, na chorych zaś agresywnych, skłonnych do samokrzywdzenia lub niszczenia, nakładano kaftan bezpieczeństwa. Sprawozdawca boleje nad zbyt częstem stosowaniem środków krępujących, kładąc je na karb: przepełnienia szpitala, wadliwej jego budowy, braku służby i in. Z tych samych powodów uciekano się też zbyt często do izolowania chorych, tym samym tłomaczy się wielka ilość zużytych środków nasennych i narkotyków.

TABLICA III.

Ilość zużytych w roku 1925 środków uspakajających i nasennych.

Na. bromati	42.150 gr.	Morphii muriatici	36 gr.
Chlorali hydrati	3.500 „	Adalini	30 „
Veronali	2.000 „	Extr. Belladonnae	24 „
Trionali	950 „	Heroini	10 „
Extracti Opii	260 „	Pantoponi	7 „
Codeini	220 „	Cocaini mur.	7 „
Opii croccati	61 „	Hyoscini hydr.	4 „
Sulphonali	50 „		

Karmień sztucznych było: u 4-ch mężczyzn 11 razy i u 11 kobiet 247 razy. Wielką wagę szpital przywiązuje do pracy chorych. Chorych zaprasza się do pracy wkrótce po przybyciu do szpitala. Ogółem jednak pracowało tylko 50% chorych w roku sprawozdawczym. Dotychczas chorych mogących, a nie chcących pracować nie zmuszano. W roku natomiast 1926 Dyrekcja szpitala zamierza karać chorych niechcących, a mogących pracować, leżeniem w łóżku, cofnięciem widzeń i t. p.

Czytelnia dla chorych liczyła z końcem roku 1925 357 tomów; w roku sprawozdawczym przybyły 143 tomy.

Chorzy wydawali w r. 1925 pismo własne „Farys", zasilane artykułami ich pomysłu. Ścierały się zdania, rozmaite pomysły, — jednym słowem wrzało na oddziale życie, tak pożądane dla ludzi pozbawionych wolności.

Pozatem chorzy, pod kierownictwem lekarza, urządzali przedstawienia, zabawy taneczne (18), koncerty, 3 razy sprowadzono kino i raz urządzono wycieczkę na Bielany.

Szpital Jana Bożego posiada bibljotekę naukową (w liczbie zgórą 2000 tomów). Niestety, zmniejszenie kredytów zmusza szpital do odwołania prenumeraty pism naukowych.

Personel szpitala składał się w r. 1925 z:

1). lekarza naczelnego, 2 ordynatorów, 1 konsultanta - chirurga i 3 lekarzy asystentów;
2). felczera i felczerki;
3). intendenta, buchaltera, 2 kancelistów i kapelana;
4). dozorcy gospodarczego i organisty;
5). 16 sióstr miłosierdzia;
6). ślusarza, krawca i 2 szewców;
7) 99 osób personelu pielęgniarskiego;
8). 28 osób służby gospodarczej.

Przeciętny koszt utrzymania jednego chorego wynosił w miesiącu:

I.	3,63 zł.	V.	4,54 zł.	IX.	4,79 zł.
II.	4,45 zł.	VI.	2.92 zł.	X.	5,34 zł.
III.	4,09 zł.	VII.	4.21	XI.	4,88 zł.
IV.	4,55 zł.	VIII.	4,31 zł.	XII.	11,53 zł.

TABLICA IV.

Koszta wyżywienia według klas i miesięcy. (w złotych).

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
I. klasa	1.85	2.11	1.68	1.74	1.68	2.20
II. klasa	1.61	1.74	1.90	2.23	1.59	1.41
III. klasa	0.85	1.06	0.96	1.09	1.04	0.99

	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
I. klasa	2.20	1.85	1.82	1.75	1.63	1.94
II. klasa	2.03	2.10	1.65	1.72	1.50	1.69
III. klasa	1.02	0.98	1.05	1.02	1.08	0.98

TABLICA V.

Wydatki.

Pensja personelu	232.966.00 zł.
żywność chorych	121.634.83 zł.
remont budynków	75.098.15 zł.
odzież, bielizna pp.	29.818.67 zł.
żywność służby (suma zwrotna)	28.947.80 zł.
opał	17.277.17 zł.
leki i środki opatrunkowe	10.047.24 zł.
różne	53.427.68 zł.
razem	569.217.54 zł.

Dochody.

Magistrat dopłacił w r. 1925	323.573.67 zł.
za kurację chorych w r. 1925	184.173.96 zł.
za kurację chorych w r. 1924	35.706.55 zł.
za żywność	18.203.48 zł.
za mieszkania i świadczenia	5.091.28 zł.
z zajęć chorych	2.266.82 zł.
różne	201.— zł.
razem	569.217.54 zł.

(Uwaga: zestawienie dochodów rachunkowo się nie zgadza).

Zakład Psychjatryczny

KOBIERZYN

Sprawozdanie *)

za

ROK 1925

OPRACOWAŁ DOC. DR. J. MORAWSKI

TABLICA I.

Ruch chorych od początku istnienia zakładu.

	1918.	1919.	1920.	1921.	1922.	1923.	1924.	1925.
Było chorych w dn. 1. I.	—	246	365	598	610	633	586	815
Przyjęto w ciągu roku	527	578	729	798	790	764	826	902
Leczono w ciągu roku	527	824	1094	1396	1400	1397	1412	1717
Wypisano w ciągu roku	228	366	400	633	668	696	510	706
Zmarło w ciągu roku	53	93	96	153	99	115	87	108
Pozostało na d. 1. I.	246	365	598	610	633	586	815	903

Ilość zmarłych osób, w porównaniu z leczonemi, wynosiła: na rok 1918 — 10,06%, 1919 r. — 10,07½, 1920 r. — 8,77%, 1921 r. — 10,60%, 1922 r. — 7,07%, 1923 r. — 8,23%, 1924 r. — 6,16%, 1925 r. — 6,29%.

TABLICA II.

Ruch chorych w 1925 r.

Ilość etatowych łóżek	550
Było chorych na początku 1925 r.	815
Przyjęto w ciągu r. 1925 chorych	902
Wypisano w r. 1925	706
Zmarło w r. 1925	108
Pozostało na rok 1926	903
Przeciętna dzienna ilość	879
Najmniejsza dzienna ilość	768
Najwyższa dzienna ilość	951
Ogólna ilość leczonych w r. 1925	1717

Stałe przepełnienie zakładu (poważna część chorych sypiała na siennikach rozkładanych na noc na korytarzach) uniemożliwiało ścisłą segregację oraz indywidualne traktowanie chorych, utrudniało walkę ze świerzbą i czerwonką i t. p. Wynikiem gościnności zbytniej zakładu było to, że przewieziono około 300 chorych do zakładów pomorskich i poznańskich.

TABLICA III a.

Ogólna ilość leczonych według rozpoznań.

	m.	k.
Schizophrenia.	593	536
Idiotismus et cretinismus	8	8
Imbecillitas	47	33
Psychopathia constitutionalis	24	10
Psychopathia maniacodepresiva	36	21
Psychosis epileptica	93	29
Do przeniesienia	801	637

*) W streszczeniu. Red.

Z przeniesienia	801	637
Hysteria	11	14
Paralysis progressiwa	97	31
Paralysis lethargica	5	3
Inne psychozy organiczne	29	18
Psychosis praesenilis et senilis	17	27
Alcoholismus, morphin, cocainismus	25	1
Sine morbo psychico	1	—
razem	986	731

TABLICA IV.

Ubyło w roku sprawozdawczym:

	m.	k.	razem:
Wyleczonych	18	2	20
W stanie polepszenia	113	134	247
Bez zmiany	238	181	419
Zbiegłych	18	2	20
Zmarłych	56	52	108
razem:	443	371	814

Zbiegło 20 chorych, przeważnie z pracy w polu; w kilku wypadkach chorzy zostali odprowadzeni do Zakładu, większość z nich jednak pozostała w domu. Ucieczki chorych w roku sprawozdawczym nie były powodem żadnego nieszczęścia; próby ucieczek w tym roku z oddziału kryminalnego nie powiodły się.

TABLICA V.

Przyczyny zejść śmiertelnych w roku 1925.

Marasmus	3
Tbc. pulmonum	29
Dysenterja	7
Typhus abdominalis	2
Bronchopneumonja etc.	36
Vitium cordis etc.	9
Embolia art. pulm.	1
Enteritis, colitis	5
Nephritis acuta	2
Torsio—flexio—sigmoidea	1
Pyaemia, sepsis	12
Submersio	1
razem	108

TABLICA VI.

Podział zmarłych w 1925 r. podług chorób psychicznych.

Rozpoznanie:	mężczyźni:	kobiety:	razem:
Cretinismus	1	—	1
Delirium infectiosum	2	1	3
Psychosis maniaco-depressiva	2	2	4
Schizophrenia	17	32	49
Psychosis organica	3	2	5
Paralysis progressiva	26	13	39
Epilepsia	5	—	5
Hysteria	—	1	1
Encephalitis lethargica	—	1	1
razem:	56	52	108

Jedna chora zmarła w kąpieli.

W lecie wybuchła w Zakładzie czerwonka, na którą zapadło 21 osób. Duru brzusznego były 3 przypadki. — Prócz szczepień ochronnych zawsze stosowano we wszystkich wypadkach chorób zakaźnych odpowiednie środki dezinfekcyjne.

Nieszczęśliwych wypadków było 4 w roku sprawozdawczym; daleko posunięta paralityczka utonęła w kąpieli dzięki niedbalstwu pielęgniarki, która oddana została Sądowi; pozatem 3 przypadki lekkiego uszkodzenia kości u dwóch paralityków i jednej schizofreniczki bez powikłań (wszystkie przypadki wynikły z bójek między chorymi).

Chorych kryminalnych leczono w roku sprawozdawczym 35, z których wypisano w ciągu roku 10. Sine morbo psychico — 2.

Zawijania mokre otrzymywało miesięcznie (przeciętnie): mężczyzn — 59,83; kobiet — 122,92; kąpiele trwałe: 356,75 mężczyzn i 336,25 kobiet; odosobniono: 81,58 mężczyzn i 59,42 kobiet.

Miesięcznie pracowało (przeciętnie) chorych: 321,25 mężczyzn i 245,58 kobiet. Ilość dni pracy (przeciętna miesięczna): 6677,83 u mężczyzn, 4735,08 u kobiet.

Ilość pracujących wynosiła około 60%. Chorzy pracowali w polu i w ogrodzie, na folwarku, w kuchni, maszynowni, u szewca, krawca, przy tkackich warsztatach, itp.

Zakład dąży do zmniejszenia wszelkiego rodzaju środków krępujących (fizycznych i chemicznych), o ile warunki na to pozwalają. Przepełnienie oddziałów zmusza jednak do stosowania leków nasennych i odosobnień nawet tam, gdzie przy warunkach normalnych możnaby się bez nich obejść.

Właściwemu rozwojowi pracy chorych stoją na zawadzie częsta ich zmiana i brak osadu starych chroników. Przepełniony Zakład musi wypisywać chorych będących w stanie nieznacznego nawet polepszenia.

Biblioteka lekarska liczyła z końcem r. 1925 — 386 dzieł, biblioteka chorych i pracowników — 564 dzieła.

Zakład zatrudniał w końcu roku sprawozdawczego: 6 lekarzy, 1 medyka, rządcę, kapelana, 30 sióstr zakonnych, 11 urzędników kancelaryjnych, agronoma, inspicjenta technicznego i 231 niższych funkcjonarjuszy.

ZAMKNIĘCIE RACHUNKÓW NA ROK 1925.

A. Dochody.

Dotacje tymcz. Wydz. Samorząd.	921.288.99 zł.
Z kosztów leczenia	331.070.80 zł.
Gospodarstwo rolne	34.717.42 zł.
Różne	16.475.24 zł.
razem:	1.303.552.45 zł.

B. Rozchody:

Płace lekarzy i urzędników	67.140.34 zł.
Płace funkcjonarjuszy niższych	278.193.40 zł.
żywienie chorych	237.999.44 zł.
zakup bielizny	27.317.61 zł.
gospodarstwo rolne	19.609.13 zł.
sprzęty i meble	12.376.61 zł.
opał	50.515.91 zł.
woda	75.948.47 zł.
konserwacje budowlane etc.	91.847.58 zł.
inne wydatki osobowe	40.791.88 zł.
różne	93.694.79 zł.
razem:	995.435.37 zł.
odprowadzono do Kasy Skarbowej (zwrot pobranych kosztów)	323.389.03 zł.
pozostałość na rok 1925	3.435.76 zł.

Zakład Psychjatryczny

TWORKI

Sprawozdanie *)
za
ROK 1925

ZESTAWIŁ DR. W. ŁUNIEWSKI, DYR. ZAKŁADU.

Stan tymczasowości i nieokreślonej sytuacji prawnej Zakładu nie uległ, niestety, zmianie w r. 1925. Pod fikcyjnym szyldem „samowystarczalności" Zakład pozostawał w dalszym ciągu pod opieką Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i podstawowem źródłem, z którego czerpał on środki na swoje utrzymanie, pozostawała w dalszym ciągu dotacja państwowa, pokrywająca około 2/3 wydatków Szpitala.

Sprawa kosztów leczenia, które miały w zasadzie utrzymywać Zakład, nie doczekała się jeszcze jednolitego ustawowego ujęcia. Należności szpitalne egzekwowano po dawnemu z wielkim trudem, przeważnie bezpośrednio z gmin przynależności; efekt pieniężny tych zabiegów egzekucyjnych nie pokrył nawet 1/3 budżetu wydatków bieżących.

Od stycznia do września 1925 r. Zakład podlegał zwierzchnictwu Wydziału zakładów leczniczych i uzdrowisk przy GDSZ., od września zaś referatowi psychjatrycznemu, wyodrębnionemu z wydziału chorób społecznych.

Statutu organizacyjnego, któryby określał nareszcie prawne podstawy bytu Zakładu, jego stosunek do Państwa i Samorządów, jego obowiązki i prawa, nie doczekaliśmy jeszcze. W dalszym też ciągu Zakład obchodzić się musi bez regulaminu wewnętrznego, opierając swój ład wewnętrzny na tradycji ustnej i na dobrej woli jego funkcjonarjuszów.

Oddawna zbierające się chmury przepełnienia Zakładu chorymi spadły na Tworki w sposób dotkliwy dopiero z końcem roku 1925, kiedy ustała możność ewakuowania nadmiaru chorych do Zakładów b. dzielnicy niemieckiej. W ostatnich miesiącach roku byliśmy zniewoleni odmawiać przyjmowania chorych — odsyłaliśmy do domu nieraz po kilku chorych na dzień, których przyjąć nie byliśmy w stanie.

Z inwestycji, przypadających na dobro roku 1925 wymienić należy: 1) przybudówkę sali oraz nadbudowę piętra na skrzydle pawilonu pensjonarskiego męskiego, która powiększy pojemność Zakładu o 18 miejsc; 2) pobudowanie nowej chlewni murowanej na 150 świn; 3) doprowadzenie do porządku od szeregu lat zaniedbanych dróg bitych na terytorjum Zakładu; 4) nabycie 4 nowych kotłów parowych do kuchni; 5) uruchomienie drukarni nożnej i maszyn introligatorskich; 6) urządzenie gabinetu dentystycznego; 7) nabycie aparatu fotograficznego i 8) wyłożenie terrakotą pomocniczych ubikacji kuchennych.

W roku sprawozdawczym dokonano sprzedaży zbędnego w warunkach dzisiejszych silnika spalinowego na gaz ssany. W hali, opróżnionej po zdemontowaniu silnika, urządza się pracownię stolarską z szeregiem pomocniczych urządzeń mechanicznych.

Pozyskanie samochodu ciężarowego ułatwiło wybitnie aprowizację Zakładu i odbiło się korzystnie na kosztach żywienia.

W roku sprawozdawczym poniósł zakład bolesną stratę przez zgon ś. p. dra. Wacława Janowskiego. Z końcem roku sprawozdawczego skład osobowy lekarzy Zakładu ukonstytuował się, jak następuje:

Prymarjusze: dr. Bednarz, dr. Bobrowski, dr. Handelsman.
Sekundarjusze: dr. Deresz, dr. Jełowicki.
Asystent: dr. Mackiewicz.
p. o. asystenta: kol. Bobrowska.

*) Podane w streszczeniu. Red.

Udział lekarzy w pracach towarzystw naukowych zaznaczył się następującymi odczytami, referatami i pokazami:

A. W oddziale Warsz. Pol. Tow. Psychjatrycznego:

1) 24. 5. 25. Dr. Bobrowski: Pokaz zaburzeń troficznych na nodze u psychicznie chor. B.
2) „ Dr. Bednarz. Pokaz zaburzeń troficznych skóry (ichtiosis) u oligofrenika.
3) „ Dr. Jełowicki: Pokaz zaburzenia psychicznego pochodzenia organicznego (omamy wzrokowe przy ślepocie w otępieniu starczem);
4) „ Dr. Handelsman: Pokaz dwóch przypadków zaburzeń psychicznych pośpiączkowych: a) diabetes insipidus, b) bogaty zespół urojeniowy.
5) 6. 6. 25. Dr. Bednarz: Przypadek urojeń niewierności małżeńskiej alkoholika; (chory internowany w związku z zabójstwem szwagierki odgryza język żonie podczas jej odwiedzin w Zakładzie).
6) „ Dr. Bednarz: Pokaz przypadku schizofrenji kryminalnej o niezwykłym przebiegu (niedorozwój intelektualny — napady histeryczne — potem, po dłuższym czasie, obraz katatoniczny).

B. W sekcji chorób nerwowych i umysłowych Medycyny Sądowej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich:

7) 13. 7. 25. Dr. Handelsman: Zaburzenia psychiczne w nagminnem zapaleniu mózgu (referat programowy).
8) „ Dr. Bednarz: Umysłowo chory podejrzany o ciężkie przestępstwo a ustawa postępowania karnego.
9) „ Dr. Bednarz: Poczytalność zmniejszona a praktyka sądowa.

W druku ogłoszono następującą publikację: Dr. Łuniewski. Wiadomości początkowe z psychopatologji ogólnej (Wydawnictwo Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie).

Autopsji zwłok dokonano w r. 1925 — 38. Cenny materjał anatomo-patologiczny pozostał z braku prosektora bez opracowania.

Księgozbiór lekarski, liczący na początku roku 284 numery katalogu, wzrósł ku końcowi roku do liczby 346 numerów.

Nielekarski personel zakładu obejmował z końcem roku 265 osób. Przeciętnie jedna osoba personelu pielęgniarskiego przypada na około 6 chorych.

Rok sprawozdawczy zaznaczył się spadkiem odsetek zejść śmiertelnych do cyfry 4,86%. Gdyby z ogólnej liczby 72 przypadków śmierci, jakie zaszły w roku 1925 odjąć 40 wypadków śmierci, spowodowanej przez ciężkie organiczne cierpienia ośrodkowego układu nerwowego, należące z reguły do kategorji cierpień kończących się śmiercią, współczynnik śmiertelności ogólnej śród pacjentów Zakładu wyraziłby się cyfrą bardzo zbliżoną do współczynnika śmiertelności ogólnej śród psychicznie zdrowej ludności.

W szeregu przyczyn zejść śmiertelnych naczelne miejsce co do liczby zajmuje, jak zawsze, gruźlica. Z chorób zakaźnych ostrych jeden przypadek śmierci spowodowała róża. Pozostałe wypadki śmierci pod względem epidemiologicznym należą do obojętnych.

Na oddziałach izolacyjnych Zakładu przebywali przeważnie chorzy z otwartą gruźlicą, chorzy wymagający wzmocnionego odżywiania, dalej podejrzane przypadki zaburzeń żołądkowo - kiszkowych (około 30 w ciągu roku), przypadki grypy (około 20), zapalenia płuc włóknikowego (2), (malarji (4), zapalenia migdałków (7), zapalenia opłucnej 1). Przypadków róży było w Zakładzie wogóle w ciągu roku 15, z tych 10 na oddziałach kobiecych i 5 na oddziałach męskich.

Z inowacji dotyczących metod postępowania zasługuje na wzmiankę zorganizowanie systematycznych zajęć pedagogicznych dla chorych dzieci. Ochrona uruchomiona z dniem 1. X. 1925 pozostaje pod opieką fachowo wyszkolonej ochroniarki i funkcjonuje regularnie po 4 godziny na dobę.

Praca chorych utrzymywała się w ramach organizacji lat poprzednich; zajmował się nią Dr. Deresz. Rodzaje zajęć chorych pozostawały te same co i lat poprzednich. W stosunku do ogólnej liczby dni szpitalnych odsetek dni chorych pracujących wynosi: mężczyzn 28,03%, u kobiet 21,7%, przeciętnie około 25%.

Ucieczek zdarzyło się w roku sprawozdawczym 24: 19 na oddziałach męskich, 5 na oddziałach kobiecych; 7 z nich dotyczyło chorych podsądnych internowanych. Z liczby zbiegłych powróciło do zakładu po niedługim czasie 5 osób (w tem 3 podsądnych) 4 udały się bezpośrednio do domu i zostały formalnie „wypisane" przez rodziny, o pozostałych wiadomości nie otrzymano.

Ewakuacja chorych do Zakładów Województwa Pomorskiego i Poznańskiego wywołana przepełnieniem Zakładu objęła w roku sprawozdawczym 261 chorych Na dzień 1. I. 1926 pozostaje:

w Kocborowie	485	chorych,
w Świeciu	125	„
w Dziekance	44	„
w Owińskach	1	„
razem	655	chorych z Tworek.

Ruch Chorych.

Wyszczególnienie	Pozost. z poprz. roku	Przyjęto	Razem lecz.	Wypisano	Przen. do inn. szpitala	Zmarło	Pozostało na 31.12.25.
Mężczyźni	413	432	845	212	186	43	404
Kobiety	373	262	635	133	75	29	398
Razem	786	694	1480	345	261	72	802.

WYNIKI CHORYCH W ZAKŁADZIE przedstawiają się stosunkowo jak następuje:

wyniki dodatnie:	u 221	chorych, t. j.	32,60%	ubyłych;
wynik obojętny	u 385	„ „	56,78%	„
wynik śmiertelny	u 72	„ „	10,62%	„ .

Podział podług rozpoznań.

Wyszczególnienie	M.	K.	Razem.	M%.	K%	Razem%
Zaburzenia psychiczne po uraz. mózgu	2	—	2	0,46	—	0,28
Zaburz. przy chorobach org. (łącznie z park. pośpiączk.)	6	4	10	1,39	1,53	1,44
Zaburz. p. zatr. zewnątrz poch. (alkoholizm, morf. etc.)	30	5	35	6,95	1,91	5,05
Żab. na tle zatruć wewnątrz pochodn.	1	5	6	0,23	1,91	0,87
Psychozy infekcyjne.	2	3	5	0,46	1,15	0,72
Zab. psych. przy kile mózgu łącznie z poraż. postęp. i wiądem.	37	6	43	8,56	2,29	6,19
Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym.	19	27	46	4,39	10,30	6,63
Zaburz. na tle padaczki	30	18	48	6,95	6,87	6,91
Otępienie wczesne	200	141	341	46,30	53,82	49,14
Psych. szałowo-posępnicza	19	32	51	4,40	12,21	7,36
Psychopatja ustrojowa	17	6	23	3,94	2,29	3,31
Reakcje psychorodne	7	—	7	1,62	—	1,01
Paranoia	1	—	1	0,23	—	0,14
Oligophrenia	54	13	67	12,5	4,96	9,65
Przypadki nierozpoznane	3	2	5	0,69	0,76	0,72
Osobniki uznane za zdrowe	4	—	4	0,93	—	0,58
Razem	432	262	694	—	—	—

Z ogólnej liczby **PACJENTÓW KRYMINALNYCH** ubyło 76 osób (ogółem 93 osób: 81 mężczyzn i 12 kobiet), a mianowicie:

a) przeszło w stan internowanych na mocy decyzji sądowych, po myśli art. 39 k. k.	21 m.	2 k.	razem	23
b) przeszło w stan chorych zwykłych	— „	1 „	„	1
c) zwolniono z mocy decyzji sądowych	8 „	1 „	„	9
d) odesłano do domu poprawczego	1 „	— „	„	1
e) odesłano zpowrotem do więzienia	37 „	5 „	„	42
Razem	67 „	9 „	„	76.

OPINJI SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNYCH wydano w roku sprawozdawczym 75; 66 z nich dotyczyło mężczyzn i tylko 9 dotyczyło kobiet.

Pod względem **ROZPOZNANIA PSYCHJATRYCZNEGO** opinje sądowe roku sprawozdawczego dotyczyły następujących postaci klinicznych:

1. porażenia postępującego	3 m.	— k.	razem	3
2. otępienia starczego	1 „	— „	„	1
3. psychoz przedstarczych	— „	2 „	„	2
4. Schizofrenji	13 „	3 „	„	16
5. Oligofrenji	16 „	2 „	„	18
6. psychoz alkoholowych	8 „	— „	„	8
7. morfinizmu	1 „	— „	„	1
8. psychopatji ustrojowej	12 „	1 „	„	13
9. padaczki	1 „	1 „	„	2
10. Psychoz reakcyjnych	4 „	— „	„	4
Razem	59 „	9 „	„	68
Nie stwierdzono choroby psych. u:	6 „	— „	„	6
Ogólna liczba badań:	65 „	9 „	„	74

Z przypadków, w których choroby psychicznej nie stwierdzono, dwa dostały się pod obserwację na skutek starań obrony bez usiłowań udawania ze strony badanych, w pozostałych 4-ech przypadkach mogła być mowa tylko o symulacji.

Co do **RODZAJU PRZESTĘPSTW** badani pozostawali pod zarzutami następującymi:

1. zdrady głównej	3 m.	— k.	razem	3
2. dezercji	1 „	— „	„	1
3. przestępstwa przeciwko religji	1 „	— „	„	1
4. nieposłuszeństwa władzom	1 „	— „	„	1
5. przeciwdziałania wymiarowi sprawiedl.	1 „	— „	„	1
6. fałszu	2 „	— „	„	2
7. pozbawienia życia	25 „	2 „	„	27
8. uszkodzenia ciała i gwałtu na osobie	1 „	— „	„	1
9. nierządu	6 „	1 „	„	7
10. uszkodzenia mienia przez podpalenie	4 „	4 „	„	8
11. kradzieży i rozboju	12 „	2 „	„	14
12. oszustwa	6 „	— „	„	6
13. przestępstw na służbie państwowej	1 „	— „	„	1.

RUCH CHORYCH MŁODOCIANYCH, do których zaliczamy pacjentów do ukończonych lat 18, przedstawia się w cyfrach roku sprawozdawczego jak następuje:

Na dzień 1. I. 1925 pozostawało	chł. 24	dziew. 5	razem	29
w ciągu roku 1925 przybyło	„ 14	„ 12	„	26
z liczby tej w roku 1925 ubyło	„ 14	„ —	„	14
Pozostało na 1. I. 26	„ 24	„ 17	„	41.

Pozostali z końcem roku w Zakładzie dzielą się **CO DO ROZPOZNANIA** na następujące kategorje:

Niedorozwój intelektualny bez objawów ogniskowych	chł. 11	dziew. 6	razem 17

Zahamowanie rozwoju psych. przy porażeniu dziecięcem	chł.	2	dziew.	1	razem	3
Podaczka	„	5	„	6	„	11
Rozszczepienie psych. wczesne	„	3	„	3	„	6
Zaburzenia pośpiączkowe	„	3	„	1	„	4.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

1. Zapalenie płuc włóknikowe	m.	1	k.	2	razem	3
2. Choroby mięśnia sercowego	m.	2	k.	7	„	9
3. Gruźlica płuc i innych narządów	m.	8	k.	13	„	21
4. Róża	m.	—	k.	1	„	1
5. Ostre sprawy zapalne żołądka i jelit	m.	—	k.	1	„	1
6. Sprawy zapalne jelit przewlekłe	m.	—	k.	1	„	1
7. Uwiąd porażny	m.	7	k.	2	„	9
8. Napad porażny	m.	7	k.	—	„	7
9. Niedomoga czynnościowa serca	m.	14	k.	—	„	14
10. Status epilepticus	m.	1	k.	2	„	3
11. Wyniszczenie ogólne bez określonej bliżej przyczyny (wygłodzenie i inne)	m.	3	k.	—	„	3
Razem	m.	43	k.	29	„	72

Dochody Szpitala.

1. Dotacje GDSZ.	1.124.476,76 zł
2. Koszta kuracyjne	536.931,34 zł
3. Ferma i ogród	74.037,11 zł
4. Dochody różne	27.148,45 zł
	1.762.593,66 zł

Rozchody Szpitala.

1. Płace personelu	478.107,80 zł
2. Pomieszczenie (opał, światło i utrzymanie porządku	111.610,13 zł
3. Żywienie chorych	242.962,67 zł
4. Bielizna, odzież i sprzęty	84.665,77 zł
5. Utrzymanie chorych w zakładach pomorskich i poznańskich	676.736,18 zł
6. Ferma, ogród, inwentarz	44.815,25 zł
7. Rozchody różne	123.695,86 zł
Razem	1.762.593,66 zł

KOSZTA ŻYWIENIA CHORYCH wynosiły w poszczególnych klasach przeciętnie na dzień:

w klasie I-ej	144,6 groszy
w klasie II-ej	142,8 groszy
w klasie III-ej	81,2 groszy

TAKSA SZPITALNA wynosiła w roku 1925:
Od 1. I. do 31. V..: w klasie 1-ej 7,50 zł, w klasie 2-ej — 5 zł, w kl. 3-ej 3,25 zł.
Od. 1. VI. do 31. XII.: w klasie 1-ej 9 zł, w klasie 2-ej 6 zł, w klasie 3-ej 3,50 zł.

Na jedną porcję chorego wydatkowano przeciętnie dziennie:

chleba żytniego	261,0 gr.	431,0 gr.
bułki pszennej	214,0 gr.	76,0 gr.
mięsa	299,0 gr.	176,0 gr.
tłuszczu	52,5 gr.	32,0 gr.
mleka	0,23 ltr.	0,22 ltr.
ziemniaków	470,0 gr.	674,0 gr.
jarzyn różnych	269,0 gr.	336,0 gr.
krup, ryżu, grochu	38,0 gr.	87,0 gr.
mąki, makaronu	83,0 gr.	33,0 gr.
kawy	8,5 gr.	8,5 gr.
herbaty	0,6 gr.	0,5 gr.
cukru	64,0 gr.	46,0 gr.
jajek	0,4 gr.	0,17 gr.
owoców	100,0 gr.	39,0 gr
śmietany	0,35 gr.	—

Krajowy Zakład Psychjatryczny

DZIEKANKA

Sprawozdanie za ROK 1926

ZESTAWIŁ DYR. DR. MED. DR. PHIL. AL. PIOTROWSKI

I. OGÓLNE.

W roku 1926 Zakład mieścił się we własnych gmachach położonych w Dziekance, poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiadał urządzenia dla 1000 chorych.

Na początku roku znajdowało się w Zakładzie 881, w końcu roku 931 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie 21 chorych, 11 mężczyzn i 10 kobiet

W ciągu roku prawozdawczego leczono 1 283 pacjentów.

W ciągu ostatniego 10-lecia ilość chorych w Zakładzie wyrażała się w przeciętnych dziennych:

1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
681	558	518	445	468	485	577	574	582	694	903

Zakład obejmował następujące oddziały, mieszczące się w 21 pawilonach:

a) pensjonaty dla pacjentów I i II klasy, b) oddziały obserwacyjne, c) oddziały dla chorych niespokojnych, d) oddziały otwarte, e) lazaret, f) pawilony dla zakaźnych.

Rewizje: W roku sprawozdawczym dokonali rewizji kasy Zakładu w. radca rachunkowości Giernat (1 X) sekretarz krajowy Bartkowiak (3X), w sprawach administracyjnych w. radca krajowy Grabowski (3 X).

Personalja: W dniu 31. X. 1926 opuścił Zakład lekarz - asystent Dr. Sągin. Dnia 8. 4. 26 wstąpili do Zakładu jako lekarze — asystenci Dr. Wacław Januszewski i Dr. Stanisław Oberc.

Zmiana personału pielęgniarskiego pomocniczego i posługującego wynosiła w stosunku do stanu z 31. XII. 25. = 3% dla męskiego, 25% dla żeńskiego

Na czele Zakładu stał Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski. Służbę lekarską pełnili: lekarz-prymarjusz Dr. Bielawski, lekarz-prymarjusz Dr. Gawroński, lekarze asystenci Dr. Sągin, Dr. Januszewski, Dr Oberc. W czasie wakacji uniwersyteckich Zakład dał gościnę 2 studentom medycyny z Poznania (1) i z Wilna (1).

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 osobliwemi psychopatologicznemi przejawami. Przy tej sposobności były rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, orzeczenia sądowo - psychjatryczne itp.

Na posiedzeniach klinicznych i naukowych ze współudziałem gości z Gniezna omawiano aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem i rozpatrywano ciekawe przypadki psychjatryczne i neurologiczne.

Bibljotekę lekarską skompletowano 45 książkami i abonowano następujące czasopisma lekarskie, częściowo drogą wymiany:

1) Archiwum Historji i Filozofji,
2) Archiwum Higjeny,
3) Biologję Lekarską,
4) Filozofję Medyczną,
5) Kwartalnik Kliniczny,
6) Lekarza Wojskowego,
7) Medycynę Doświadczalną i Społeczną,
8) Neurologję Polską,
9) Nowiny Lekarskie,
10) Polską Gazetę Lekarską,
11) Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego,
12) Pamiętnik Polskiego Tow. Balneologicznego,
13) Pamiętnik Warszawskiego Tow. Lekarskiego,
14) Psychoanalizę,
15) Pamiętnik Zjazdu IV Higjenistów Polskich i V Lekarzy Działaczy Sanitarnych Miejskich w Wilnie,
16) Przegląd Dermatologiczny,
17) Przegląd Antropologiczny,
18) Przegląd Dentystyczny,
19) Przegląd Zdrojowo - Kąpielowy,
20) Rocznik Psychjatryczny,
21) Warszawskie Czasopismo Lekarskie,
22) Wiadomości Statystyczne,
23) Wychowanie Fizyczne
24) Wykłady Lekarskie,
25) Zagadnienia Metapsychiczne,
26) Zdrowie,
27) Medyko - biologiczeskij żurnal,
28) Obozrenjie Psychiatri i Neurologji i Reflexologji,
29) Annales Médico - Psychologiques,
30) Gazette des Hopitaux,
31) Le Monde Médical,
32) La Presse Médicale,
33) L'Encéphale,
34) Revue Neurologique,
35) Rassegna di Studji Psichiatrici,
36) Rivista di Patologia nervosa e mentale,
37) II Pisani,
38) Brain,
39) The Journal of Mental Science,
40) Fortschritte der Medizin,
41) Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,
42) Folia Neuropathologica Estoniana.

W r. 1926 były referowane wzgl. ogłoszone, przeważnie w Nowinach Psychjatrycznych, następujące prace z Dziekanki.

I. Dyr. Al. Piotrowski redagował Now. Psychj. i drukował:

1) Sprawozdanie za rok 1925, Now. Psychj. 1926, I.
2) Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim, Now. Psychj. 1926/II.
3) Objawy schizofrenijne a osobowość psychopatologiczna w schizofrenji, (streszczenie) Now. Psych. 1926/II.
4) Filip Pinel, Now. Psychj. 1926, III-IV.
5) Nekrolog ś. p. Kraepelina, Now. Psychj. 1926, III-IV.

Tłomaczył z włoskiego prace przesłane dla Nowin Psychjatrycznych:

6) Przyczynek do studjum bezładu dziedzicznego, nap. Dr. G. Bonasera, Now-Psychj. 1926, I
7) Badania doświadczalne nad działaniem skopolaminy, nap. Dr. D. Marguglio, tłom. wspólnie z p. B. M., w Now. Psychj. 1926, III/IV.

Pozatem wygłosił szereg referatów klinicznych na posiedzeniach naukowych w Dziekance i umieścił kilka streszczeń w Now. Psychjatrycznych.

II. Prymarjusz O. Bielawski, zastępca redaktora Nowin Psychjatrycznych, ogłosił drukiem:

1) Hypnoza a kodeks karny, Now Psych. 1926, I.
2) Badania przejawów toksycznych w katatonji i hebefrenji (streszczenie), Now. Psychj., 1926, II.

Pozatem wygłosił szereg referatów klinicznych na posiedzeniach naukowych w Dziekance i umieścił kilka streszczeń w Now. Psychjatrycznych.

III. Prymarjusz J. Gawroński ogłosił drukiem:

1) Wpływ narządu mięśniowego na powstanie i rozwój świadomości, Now. Psychj. 1926, III-IV.
2) Rzut oka na biologiczne podstawy rozwoju i wychowania dziecka (streszczenie) Now. Psychj. 1926, II.

Pozatem umieścił streszczenia w Now. Psychjatrycznych.

IV. Lekarz asystent K. Sągin, ogłosił drukiem:

Odruch z kostki zewnętrznej — a objaw Piotrowskiego, Now. Psychj. 1926, II.

Rendantem (poborcą) zakładowym był p. Kaczmarek, inspektorem Zakładu p. Cabański, sekretarzem p. Domagalski.

Duszpasterstwo sprawowali ks. proboszcz Chilomer, pastor Heyse i rabin Dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały się w kaplicy zakładowej: dla katolików co tydzień, dla ewangelików co 2 tygodnie, dla żydów co 4 tygodnie w sali wykładowej. Pacjenci katolicy przystępowali do Sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Zakład liczył w roku 1926 urzędników i funkcjonarjuszy:

ETATOWYCH					KLASYFIKOWANYCH						KONTRAKTOWYCH					POBOCZN.		
lekarzy	urzędników admin.	rzemieślników.	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędników admin.	pomocników biurowych	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	pomocników biurowych	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organistów	RAZEM
2	3	4	29	5	2	—	2	3	4	—	2	2	3	83	12	3	2	161

Ogółem zatrudniał Zakład urzędników etatowych, klasyfikowanych i kontraktowych 156, wyłącznie urzędników pobocznych i służby folwarcznej. W ostatnim 10-cio leciu liczba personału zakładowego wahała się znacznie.

1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
154	143	136	133	123	127	113	126	129	145	156

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 11. Dnia 1. X. 26 było w Zakładzie Dziekanka zatrudnionego personału ogółem (lekarze, urzędnicy, służba, pielęgniarze) 153 na 926 pacj., t. z., że ogólny stosunek ilościowy personału do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 6.

W roku 1926 przypadało w Dziekance na jednego lekarza przeciętnie 225, a w niektórych miesiącach, podczas choroby lekarzy, nawet 450 chorych dziennie.

W celach terapeutycznych było zajętych przeszło 90% pacjentów rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, w parkach, w warsztatach, na pawilonach, robótkami ręcznemi.

Pożywienie: Na dzienną porcję jednego pacjenta składało się przeciętnie:

	chleba	bułek	mięsa	tłuszczu	mleka	jarzyny	krup	ziemniaków	mąki	kawy	cukru	herbaty	jaj	owocu	śmietany
I	230	200	260	100	0,3	250	200	750	80	30	75	3	2	150	50
II	500	—	260	80	0,3	250	200	750	80	30	60	2	1	150	40
III	500	—	70	30	0,2	250	90	750	38	20	30	2	—	50	—

Chorzy, zatrudnieni pożyteczną pracą, otrzymywali jako dodatek: 10 gr. tłuszczu, 115 gr. chleba i 70 gr. kiszki lub sera. Cieleśnie słabi pacjenci otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego składające się z 2 jaj, ½ do 1 litra mleka i 200 gr. bułek. Obłożnie chorzy otrzymywali osobną dietę.

Opłata za pacjentów klasowych wynosiła w klasie I. do 31. marca 1926 5—7 zł., od 1. 4. do końca roku 7—10 zł. dziennie, w II kl. do 31. marca 1926 3,50 zł., od 1. 4. do końca roku 4,50 zł dziennie, w III kl. do 31. 3. 26. 2,50 zł. od 1. 4. do końca roku 3 zł. dziennie. Pacjenci z poza Województwa Poznańskiego dopłacali do powyższych stawek 30%.

Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta z Wielkopolski wynosiła 1,85 zł., a faktycznie całkowite utrzymanie kosztowało:

w miesiącu	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
złotych	2,48	1,71	1,93	1,25	3,02	1,54	3,41	3,25	2,71	3,50	1,81	2,34

Miejsc bezpłatnych było w roku 1926 = 3, jedno całkowite, jedno ¾, jedno ½.

Dni zakładowych spędzonych przez chorych psychicznie w zakładzie wzgl. na oddziałach w ciągu roku 1926 było 318 440, ogólna suma wydatków wynosiła 895 298,15 zł., zatem przeciętne dzienne koszty utrzymania jednego chorego przedstawiały kwotę 2,81 zł.

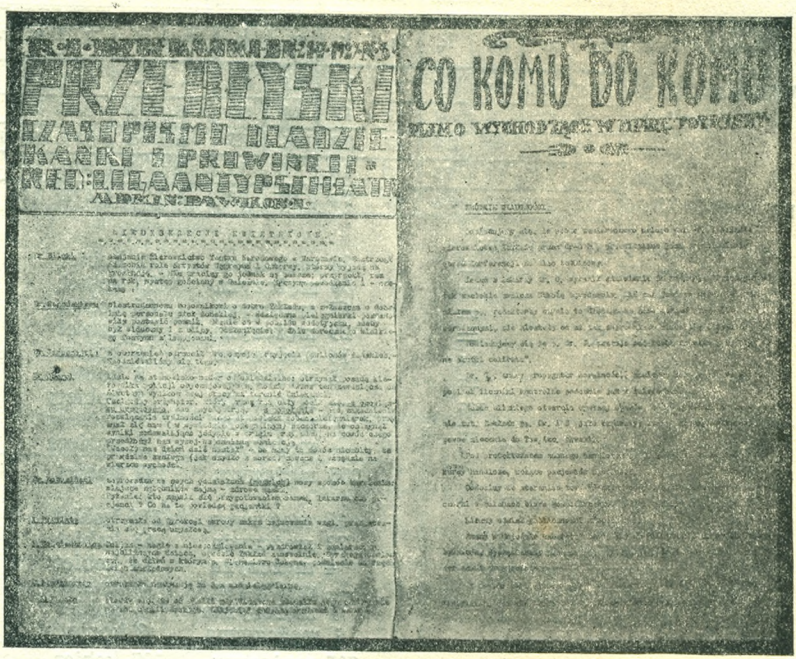
W roku sprazwozdawczym odbyły się dla pacjentów 24 zabawy, mianowicie 10 przedstawień teatralnych połączonych z tańcami, 4 przedstawienia kinematograficzne, 10 zabaw tanecznych, jeden koncert radjowy, recytacja p. Dr. Gawrońskiego: „Betleem Polskie" Łucjana Rydla. Latem koncertowała orkiestra wojskowa 17 p. a. p. przy oświetleniu ogrodu lampionami. W dniu 3 maja odbyła się uroczystość ku uczczeniu Konstytucji 3 Maja. Wygłoszony został okolicznościowy odczyt, odśpiewane zostały pieśni i wypowiedziane deklamacje.

Z nastaniem wiosny, aż do późnej jesieni, grywali pacjenci w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki powozami i koleją w bliższe i dalsze okolice Gniezna.

Jak w roku poprzednim, tak i w roku sprawozdawczym urządzono w dniach 15. i 16. września na placu tenisowym konkurs tenisowy dla pacjentów i gości. I nagrodę w postaci statuy, przedstawiającej rzut dyskiem, otrzymał pacjent P., II nagrodę w postaci garnituru do papierosów otrzymał pacjent Z., III nagrodę w postaci statuy przedstawiającej jeźdźca na koniu otrzymał praktykant lekarski W., IV nagrodę w postaci statuy przedstawiającej footbalistę otrzymał pacjent O., V nagrodę pocieszenia (papierosy) otrzymał pacjent Krz.

Na przedstawienia teatralne, na odczyty, na widowiska w Gnieźnie posyłano pacjentów socjalnych; wstępne za ubogich opłacał Zakład.

Pacjenci wydają 2 gazety humorystyczne (antagonistyczne): „Przebłyski" i „Co komu do komu".



Kursy pielęgniarstwa: W zimowym semestrze odbywały się teoretyczne kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Program nauki obejmował anatomję i fizjologję człowieka (Dr. Januszewski), higjenę (Dr. J. Gawroński), pielęgnowanie chorych, w szczególności psychicznie chorych (Dr. Bielawski), prawa i obowiązki pielęgniarzy (Dyr. Piotrowski). Na wspomniane kursy uczęszczał personał nowo przyjęty.

Część praktyczna kursu odbywała się latem.

II. STATYSTYKA.

Stan ilościowy chorych:

	mężcz.	kobiet	razem
W dniu 31. XII. 1925	446	435	881
Przybyło w roku 1926 . . .	205	197	402
razem .	651	632	1283

Ubyło w ciągu roku 1925

	mężcz.	kobiet	razem			
1) przez wypisanie . . .	120	106	226			
2) zmarło	47	65	112			
3) samowolne opuszczenie zakładu	6	8	14	173	179	352
Pozostało w dniu 31. XII. 1925 r.				478	453	931

Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła 903 chorych (w roku 1925 880).

Stan chorych według wyznania:

	rz.-katol.		gr.-katol.		protest.		żydzi		prawosł.		ogółem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	razem
W dniu 31. XII. 25	295	282	31	37	75	71	45	45	—	—	446	435	881
przybyło	163	136	8	9	12	17	16	30	6	5	205	197	402
razem	458	418	39	46	87	88	61	75	6	5	651	632	1283
ubyło	132	139	11	13	20	14	8	12	2	1	173	179	352
pozostaje 31.XII.26	326	279	28	33	67	74	53	63	4	4	478	453	931

Wiek pacjentów:

do lat 20	=	23 mężczyzn	22 kobiet
do lat 30	=	69 mężczyzn	59 kobiet
do lat 40	=	65 mężczyzn	66 kobiet
do lat 50	=	29 mężczyzn	21 kobiet
do lat 60	=	14 mężczyzn	16 kobiet
do lat 70	=	5 mężczyzn	8 kobiet
do lat 80	=	— mężczyzn	3 kobiety
do lat 90	=	— mężczyzn	1 kobieta
wiek niewiadomy		— mężczyzn	1 kobieta
		205 mężczyzn	197 kobiet

Stan rodzinny:

samotni	127 mężczyzn	116 kobiet
stanu małżeńskiego	72 mężczyzn	63 kobiet
wdowcy i wdowy	4 mężczyzn	14 kobiet
w rozwodzie	— mężczyzn	2 kobiety
w seperacji	1 mężczyzna	— kobiet
stan niewiadomy	1 mężczyzna	2 kobiety
	205 mężczyzn	197 kobiet

Po raz który w Zakładzie:

poraz 1	121 mężczyzn	129 kobiet
poraz 2	68 mężczyzn	57 kobiet
poraz 3	11 mężczyzn	8 kobiet
poraz 4	1 mężczyzna	1 kobieta
poraz 5 i więcej	3 mężczyzn	2 kobiety
niewiadomo	1 mężczyzna	— kobiet
	205 mężczyzn	197 kobiet

Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu:

	mężczyzn	kobiet	razem
Do 1 miesiąca	37	41	78
„ 2 miesięcy	15	23	38
„ 3 „	8	15	23
„ 4 „	7	5	12
„ 5 „	4	7	11
„ 6 „	8	10	18
„ 1 roku	32	25	57
„ 2 lat	25	18	43
„ 3 „	16	9	25
„ 5 „	8	12	20
„ 10 „	21	13	34
ponad 10 „	17	11	28
od dzieciństwa	7	8	15
	205	197	402

Dziedziczność stwierdzono w roku 1926 u 23% nowoprzyjętych.
W opiece rodzimej znajdowało się stale = 21 chorych, 11 m. + 10 k.
Pod obserwacją sądowo-psychjatryczną w sprawach karnych było 9 mężczyzn.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach:

w styczniu	6 mężczyzn	6 kobiet
w lutym	2 mężczyzn	7 kobiet
w marcu	3 mężczyzn	9 kobiet
w kwietniu	2 mężczyzn	11 kobiet
w maju	4 mężczyzn	6 kobiet
w czerwcu	7 mężczyzn	4 kobiet
w lipcu	2 mężczyzn	11 kobiet
w sierpniu	7 mężczyzn	2 kobiet
we wrześniu	6 mężczyzn	1 kobieta
w październiku	— mężczyzn	3 kobiety
w listopadzie	4 mężczyzn	3 kobiety
w grudniu	4 mężczyzn	2 kobiety
	47 mężczyzn	65 kobiet

Klasa wyżywienia:	I klasa		II klasa		III klasa		Bezpłatne miejsca						razem		
							1/1		3/4		1/2				
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	mężczyzn	kobiet	ogółem
Stan w dniu 31. XII. 1925	7	13	24	26	414	394	1	—	—	1	—	1	446	435	881
Przybyło															
a) przyjęto now. pacjentów	7	25	40	33	158	139	—	—	—	—	—	—	205	197	402
b) przyjęto z innych klas	1	—	10	6	6	14	—	—	—	—	—	—	17	20	37
razem:	15	38	74	65	578	547	1	—	—	1	—	1	668	652	1320
Ubyło															
a) zwolniono	2	12	35	28	136	139	—	—	—	—	—	—	173	179	352
b) przenies. do innych klas	8	5	3	5	6	10	—	—	—	—	—	—	17	20	37
razem:	10	17	38	33	142	149	—	—	—	—	—	—	190	199	389
pozostało 31. XII. 1926	5	21	36	32	436	398	1	—	—	1	—	1	478	453	931

Zwolnione z Zakładu:

do		wyleczonych		w stanie polepszenia		bez zmiany		zmarło		razem	
lat	miesięcy	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
	1	6	4	11	5	9	8	7	3	33	20
	2	7	3	10	6	7	5	6	1	30	15
	3	5	5	9	10	5	7	4	2	23	24
	6	7	8	7	9	8	6	3	7	25	30
	12	9	6	8	10	4	7	4	21	25	44
2		4	4	3	3	2	2	7	13	16	22
5			2	3	—	1	3	11	11	15	16
10			1					2	3	2	4
15								—	3	—	3
ponad 15				1				3	1	4	1
		38	33	52	43	36	38	47	65	173	179

ZAWÓD PACJENTÓW.

a) Mężczyźni.	Stan 31. 12. 25	przybyło w r. sprawozdawcz.	ubyło w r. sprawozdawcz.	pozostało 31. 12. 26
Ziemianie	4	3	2	5
Gospodarze	37	20	18	39
Przemysłowcy i rzemieślnicy	79	45	29	95
Kupcy	21	12	10	23
Uczeni	16	19	14	21
Nauczyciele	9	2	3	8
Uczniowie	14	7	6	15
Urzędnicy i wojskowi	35	11	15	31
Handlowcy-kelnerzy	7	18	22	3
Robotnicy	141	54	36	159
bez zawodu	83	14	18	79
	446	205	173	478

b) Kobiety.	Stan 31. 12. 25	przybyło w r. sprawozdawcz.	ubyło w r. sprawozdawcz.	pozostało 31. 12. 26
a) bez zawodu				
żony, córki z jnteligencji	21	27	23	25
„ „ średniego stanu	103	34	37	100
„ „ stanu robotniczego	99	51	48	102
b) ze stanu zarab.				
Nauczycielki i bony	14	6	7	13
Krawcowe, modniarki	18	5	8	15
Książkowe, sprzedawaczki, przekupki	9	5	5	9
Gospodynie, kucharki, towarzyszki	11	4	6	9
Siostry, akuszerki, pielęgniarki	3	2	1	4
Służące, robotnice	157	63	44	176
	435	197	179	453

PRZYCZYNY ŚMIERCI.

	m.	k.
paralysis progresiva	4	—
encephalitis	—	3
pthisis pulmon	7	23
„ „ et intest.	3	3
pneumonia	6	8
tabes dorsalis	1	—
gastroenteritis	3	4
sepsis	1	—
meningitis	1	—
marasmus senilis	3	11
status epilepticus	7	—
insufficientia cordis	9	6
tumor intestin	—	1
nephritis	—	4
influenza, arterioscler.	2	2
	47	65

NIEKTÓRE DANE STATYSTYCZNE Z ODDZIAŁÓW.

	W ciągu r. 1926
Choroby zewnętrzne	
	4 + 3 [1]
a) róża	7
	6 + 8
b) świerzb	14
	11 + 17
c) ropnie i wrzodzianki	28
	— + (1)
d) odleżyny, pacjentka przybyła z odleżynami	(1)
Choroby wewnętrzne	
	26 + 9
a) rozwolnienie	35
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	—
d) zimnica	—
	10 + 26
e) gruźlica otwarta	36
f) odra	—
g) płonica	—
Inne niepożądane zjawiska	
	12 + 13
1. zanieczyszczenie	25
2. samowolne opuszczenie zakładu [2]	4 + 5
a) z oddziałów otwartych	9
	2 + 3
b) z oddziałów zamkniętych, pod ścisłym dozorem	5
3. samobójstwo	—
	— + 1
4. usiłowane samobójstwo bez następstw poważnych	1
5. przypadkowe uszkodzenia cielesne z powodu nieostrożności pacjentów	— + 1
	1
	2 + 3
6. wybryki pacjentów względem lekarzy i pielęgniarzy	5
	2 + 6
7. bójki pacjentów między sobą	8
8. poród z nielegalnego zapłodzenia pacjentki	—

1) mężczyźni i niewiasty —
2) nie uwzględniono pacjentów mających swobodę, którzy znów wrócili.

Terapja.	W ciągu r. 1926
1) zabiegi chirurgiczne	2 + 7 9 20 + 20
2) drobne i większe opatrunki	40 6 + 9
3) karmienie zgłębnikiem	15
4) zastrzyki skopolaminy	—
5) zastrzyki morfiny	—
6) kąpiele prolągowane	13 (121) i 6 (47)
a) ze względów psychjatrycznych [1])	19 (168) 20 (185) i 14 (156)
b) ze względów cielesnych	84 (341)
7) izolacja	—
8) zawijanie w koce	— 5 (20) i 18 (154)
9) nasenniki	23 (174) 29 (294) i 57 (462)
10) leki w chorobach somatycznych	86 (756) 8 (158) i 11 (1190)
11) leki przeciw nap. epilep.	19 (1348 1 + 1
12) zastrzyki extr. opii	2 11 + 4
13) leki antiluetyczne	15 26 + 2
14) zimnicę stosowano w przypadkach pp.	28
15) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	92,7 — 96 %
Śmiertelność	
1) ogólna	47 + 65 112 10 + 26
2) gruźlica	36 3 + 5
3) autopsja	8
Uszkodzenie przedmiotów przez pacjentów wzburzonych	9 + 9
1) szyby i ściany	18 3 + —
2) meble	3 4 + 3
3) odzież	7 2 + 2
4) bielizna	4

[1]) Liczby oznaczają ilość chorych, liczby w nawiasach oznaczają ilość stosowań. *D.*

ROZPOZNANIE CHOROBY U PACJENTÓW NOWO PRZYJĘTYCH:

	m.	k.
dementia paral.	36	4
tabo paralysis	5	—
lues cerebri	5	9
dementia seuclis	2	11
presbyophrenia	—	1
psych. arteriosclerotica	2	7
hemiplegia	1	—
status apoplecticus	—	2
chorsa Hunfingtoni	2	—
sclerosis multipl.	1	1
encephal. chron.	4	3
encephal. letharg.	3	7
parkinsonismus	1	—
oligophrenia { debilitas	3	2
oligophrenia { imbecillitas	21	14
oligophrenia { idiotismus	6	3
epilepsia	25	23
amentia	1	9
psychosis infectiosa	1	3
psychosis puerperalis	—	10
psychosis intoxicativa	1	1
Korsakow	—	1
alcoholismus	16	—
mortinismus	5	—
cocainismus	1	—
neurasthenia	—	1
psychasthenia	2	—
hysteria	4	9
neurosis traumatica + simulatio psychosis	1	—
dementia traumat	5	—
psychopathia	8	4
psychosis reactiva	3	8
paranoia	—	1
paraphrenia	8	5
psych. maniac. depr.	13	28
melancholia	2	15
schizophrenia	5	14
katatonia	5	1
hebephrenia	6	—
paranoid	1	—
	205	197
	402	

III. ADMINISTRACJA.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normowany jest ogólnie: regulamin dla Zakładu z dnia 5. 3. 1895 r., przepisami służby wewnętrznej z dn. 2. 3. 1897 r., przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 1901 r., z zał. A. B. C. —, instrukcjami z dnia 2. 3. 1897 r., instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27. 2. 1901 r., pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 10. III. 26. L. dz. 366/26-3. dotyczące podwyższenia kosztów utrzymania za ubogich pacjentów, oraz rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 11. 3. 26. L. dz. 370/26-3 dot. podwyższenia kosztów utrzymania za pacjentów samopłacących, rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 15. 5. 26. L. dz 598/26-3 dot. samodzielnego dysponowania przez Dyrekcję kwotami preliminowanemi w budżecie w dz. 3. i 4. rozdz. XXIX. § 2. Obwieszczenie Województwa dotyczyło zniesienia obszaru „Słonawy Młyn" w powiecie obornickim. Rozp. Starostwa Krajowego z dnia 30. IIII 26. L. dz. 1622/26-1 dotycz. zakazu podpisywania pism urzędowych ołówkiem. Rozporz. Starostwa Krajowego z dnia 9. X. 26. L. dz. 5067/26-1 dotyczyło zachowania się urzędników wobec interesantów, rozporz. Starostwa Krajowego z dnia 25. X. 26. L. dz. 5211/26-1 dot. pobierania dopłaty krajowej, rozporządzenie Starostwa Krajowego z dnia 29. X. 26. L. dz. 5268/26-1 dotycz. uskutecznienia wypłat z kredytów, które zostały wyczerpane, rozp. Starostwa Krajowego z dn. 9. XI. 26. L. dz. 3478/26 — osb. dot. wypłacenia urzędnikom nieetatowym zamiast 30% tylko 15% dodatku krajowego. Regulamin tymczasowy w sprawie udzielenia zaliczek urzędnikom krajowym i rozp. Starostwa Krajowego z dn. 7. XII. 26. L. dz. 5827/26-1 dotyczyły brania udziału urzędników w uroczystościach publicznych.

W okresie od 1. I 26 do 31. XII. 26 Zakład otrzymał wpływów 10 227, 15 niezałatwionych z roku 1925, t. j. razem 10 242. Z tych załatwiono w roku 1926: 10 231, a 11 przeniesiono na rok 1927.

Według przepisów obowiązujących, w roku 1926 Zakład przedłożył periodycznych sprawozdań: dwutygodniowych 24, miesięcznych po 10 = 120, ćwierćrocznych po 2 = 8, rocznych 6.

Urzędowanie opierało się na 29 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało 3 urzędników biurowych administracyjnych i 4 siły kancelaryjne.

W roku 1926 urzędnicy zakładowi odbyli 16 podróży służbowych:

w miesiącu	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem
	1	2	1	2	1	1	—	3	4	—	1	—	16

Podróże w roku sprawozdawczym wykonane: do Starostwa Krajowego 3, na zarządzenie Star. Kraj. 3, na zarządzenie Dyrekcji Zakładu 10. Podróże do Starostwa Krajowego odbyły się celem zakupu odzieży i bielizny dla chorych i personału, na zarządzenie Starostwa Krajowego odbył podróż p. Dyrektor celem zwiedzenia wystawy ogrodniczej w Poznaniu oraz w sprawie pacjenta M.; inne podróże podejmowano celem przewożenia pacjentów (repatrjantów)

W ciągu roku sprawozdawczego wykonano następujące prace w Zakładzie.

W celach konserwacyjnych pomalowano żelazny parkan, okalający Zakład oraz parkany okalające ogrody pawilonów, w paw. I. m. pomalowano w jednym pokoju sufit i ściany tapetowano, w paw. II m. i II ż. wymalowano

łazienki olejną farbą, prócz tego wymalowano w paw. II ż. salę jadalną olejną farbą, w paw. VII ż. pomalowano sufit i ściany, jeden pokój olejną farbą, w paw. VII. ż i VII m. położono w jednym pokoju nowe podłogi i takowe pomalowano, w pomieszkaniu dyrektora pobielono sufity i wytapetowano 3 pokoje, oraz pomalowano werandę pokostową farbą, w pomieszkaniu pierwszego prymarjusza wytapetowano 3 pokoje, w pięciu pokojach wybielono sufity, pomalowano 2 przedsionki, kuchnię i łazienkę, ostatnią pokostową farbą, w pomieszkaniach niższych urzędników pomalowano 12 pokoji. 2 przedsionki i 5 kuchni klejową farbą, przy cmentarzu pomalowano nowo postawiony parkan sztachetowy długości 200 m. olejną farbą.

W drugiej oranżerji, w której nie było możności ogrzewania, postawiono piec i założono kanał do ogrzewania; dom mieszkalny stolarza, który w roku 1925 był podmurowany, otynkowano zewnątrz i wewnątrz, postawiono piec kaflowy i położono nową podłogę; ogród paw. VI. zdrenowano, ponieważ ogród był mokry i w porze deszczowej pacjenci nie mogli z ogrodu korzystać.

Powyższe prace, z wyjątkiem malowania parkanu żelaznego naokoło Zakładu i ogrodów przy pawilonach, wykonali pacjenci Zakładu, przez co Zakład zaoszczędził 1.150 zł. tyle kosztowałaby robocizna, gdyby prace te były wykonane przez przedsiębiorcę.

Z dachu dwupiętrowego budynku mieszkalnego dla pielęgniarzy usunięto piasek, który z biegiem czasu zmienił się w glinę i dach pokryto nową papą; naprawiono także uszkodzone kominy i rury spadowe.

Przy kuchni w mieszkaniu I nadpielęgniarza wybudowano przedsionek jako ochronę przed zimnem. Przy gromochronach założono częściowo nowe nadziemne styki, gromochrony naprawiono i założono nowe miedziane linki. W prosektorjum zainstalowano nowe przewody elektryczne, ponieważ stare przewody nie działały, tak samo na folwarku zainstalowano we wszystkich stajniach nowe przewody elektryczne, w oborze, która groziła zawaleniem, ustawiono nowe belkowanie.

Prawie wszystkie budynki zakładowe posiadają płaskie dachy, kryte „cementem drzewnym". Ponieważ od przeszło 30 lat (maksymalny czasokres trwałości dla tego rodzaju dachów) nie były odnawiane, przeto będzie trzeba odnowić je zupełnie. Okapy wszystkich budynków potrzebują pokrycia farbą w celach konserwacji. Bruk w obrębie Zakładu jest zniszczony i musi być przełożony.

Zakład potrzebuje następujących nowych budowli:

a) Dom dla czterech rodzin pielęgniarskich. Istniejące mieszkania nie wystarczają. Służba zakładowa wymaga obecności pielęgniarzy na terenie Zakładu; obecność ich jest możliwa tylko wtedy, gdy pielęgniarze mieszkają w domach służbowych na terenie Zakładu.
b) Szopa do węgli o płaszczyźnie 500 m. kwadratowych. Węgle leżące na dziedzińcu przesiąkają wilgocią, tracą na wydajności cieplnej.
c) Szopa do wozów na folwarku. Wozy i maszyny stojące dotąd pod gołem niebem, niszczą się z powodu wpływów atmosferycznych.
d) Budynku warsztatowego. Warsztaty mieszczą się obecnie w różnych budynkach, w piwnicach. Kontrola warsztatów jest utrudniona, warsztaty są za ciasne. Możnaby zatrudnić większą ilość pacjentów, lecz brak pomieszczenia.
e) Drugiej oranżerji. Istniejąca oranżerja jest zbyt niska. Zakład posiada kilka pięknych okazów roślin egzotycznych, których zimą nie ma gdzie umieścić.

W urządzeniach technicznych Zakładu wykonano w roku sprawozdawczym następujące naprawy:

Pogłębiono studnię przy III paw. ż. do 110 mtr. głębokości i założono nowy filter, ponieważ przy dawniejszej głębokości 40 m. woda się wyczerpała. Przedsiębiorca wywiercił studnię nawet do 150 m. głębokości, lecz natrafił na zbyt miałki piasek i filtr się zapiaszczał; wobec tego cofnął się do 110 m. Obecnie studnia ta daje dobrą wodę, lecz wydajność studni jest niewystarczająca, bo wynosi tylko 6,5 kbm. na godzinę.

Przy studni w hali maszyn założono także nowy filtr, na głębokości 38 m; woda się wyczerpała, nawet po remoncie studnia wydaje tylko 2 kbm. na godzinę.

Od dłuższego czasu Zakład cierpi na brak wody, wobec tego trzeba wodę od 8. wieczorem do rana zamykać, ażeby w nocy napełnić rezerwoary wodą na potrzeby dzienne. Przy studni obok III paw. m. naprawiono kilka rur, założono dwa nowe łożyska i dorobiono nowe widły tłokowe.

W kanałach pomiędzy paw. IV. i VII. m. i ż. założono nowe rury do centralnego ogrzewania, ponieważ stare rury były dziurawe. Przy parowej maszynie zapędowej obtoczono kolektor, założono kilka stalowych bolców i naprawiono łożysko korbowodowe.

Przy drugiej maszynie zapędowej wylano łożyska krzyżulcowe białym metalem.

w ogrodzie paw. IV. założono nowe rury wodociągowe, prowadzące do hydranta,

przy aparacie dezynfekcyjnym założono nowe rury paronośne, w pralni naprawiono maszynę do prania; pozatem zakupiono nowe pasy zapędowe do motoru przy studni.

W najbliższej przyszłości należałoby wykonać następujące prace:

a) Centralne ogrzewanie ciepłem powietrzem pawilonów męskich i żeńskich III, V, i VI. trzeba przemienić na ogrzewanie ciepłą wodą, albowiem wydajność ciepła w pawilonach wymienionych jest zbyt mała w stosunku do zużytkowanego opału.
b) W kuchni potrzebne są kotły miedziane i niklowe oraz parownik do ziemniaków. Podniszczone kotły żelazne, w użytku od r. 1917 zamiast miedzianych zabranych przez władze wojskowe niemieckie, są nieracjonalne, bo niehigieniczne i nieekonomiczne.
c) Należy założyć rury odciekowe przy lazaretach celem odwodnienia terenu.
d) Urządzić piekarnię.
e) Zakupić drugą maszynę zapędową o sile 120 koni. Dotychczasowa maszyna jest już od 15 lat w użyciu. Maszyna rezerwowa jest licha, starej konstrukcji, zbyt słaba potrzebująca wiele opału, posiada siłę 40 koni. Gdyby maszyna stanęła, Zakład byłby bez siły zapędowej.
f) Potrzebna jest nowa sieć telefoniczna. Stara sieć jest tak dalece zniszczona, że naprawy są nieracjonalne, drogie i nie zaradzają złemu; aparaty są stare.

W roku sprawozdawczym

a) zakupiono 3.892 sprzętów kuchennych,
b) uzupełniono urządzenia higjeniczne:
zużyto 1.511, o kg. mydła do prania, czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych.
c) Urządzenia wychowawcze:
Zakupiono 41 książek dla biblioteki beletrystycznej, abonowano dla chorych 5 gazet codziennych, 9 czasopism i ilustracji,
d) Pomoce naukowe:
nabyto 45 książek dla biblioteki lekarskiej, abonowano 42 czasopisma lekarskie, zakupiono 4 książki dla biblioteki administracyjnej.

W roku sprawozdawczym zużyto:

a) opału: 41 934 centn. węgla, i 63 m. drzewa — w kotłowni, do opalania kuchni, prasowalni przez cały rok, oraz do ogrzewania 384 ubikacji o ogólnej pojemności 51 493 kbm. w czasie zimowym, przyczem utrzymywano temperaturę 16 do 18° C;
b) światła 141 895 kilowatów, oświetlano 730 ubikacji o ogólnej pojemności 89 826 kbm. przez 12 miesięcy dziennie przeciętnie 11 godzin. Prócz tego oświetlano drogi, oraz place zakładowe i domy mieszkalne;
c) wody zużyto 99 500 kbm.

Ogrodnictwo.

W roku sprawozdawczym wynosił dochód z ogrodnictwa 3959,77 zł.
Wydatki wynosiły:

a) pobory ogrodnika 3372,— zł.
b) zakup nasion i narzędzi 2078,— zł.
razem 5450,— zł.

Z powyższego wydatku przypadają $^3/_5$ utrzymaniu parków i kwiatów. Dla zaznaczenia zysku w ogrodnictwie liczy się $^2/_5$ wydatków do rozchodu, zatem

rozchód 5450,— zł.
wchodzi 2180,— zł.
pozostaje 1779,77 zł.

C

IV. SPRAWOZDANIE Z GOSPODARSTWA ROLNEGO

Folwark Dziekanka obejmował w 1926 roku 518 mórg magdeburskich roli ornej i łąk. Do obrobienia tego obszaru potrzebnych było 28 wykwalifikowanych robotników, licząc 5 osób na 100 mórg; rzeczywiście pracowało na folwarku tylko 10 najemnych, przeważnie w służbie podwórzowej, mianowicie: włódarz, stangret, szwajcer, (mlecarz) z pomocnicą, deputatnik przy nierogaciźnie, (świniarek) chłopak do mleka, stróż, 1 dziewczyna zaciągowa i 2 fornali.

Pracę na roli, jak rozsiewanie sztucznych nawozów, zasiewy, obróbka buraków cukrowych, koszenie i sprzęt ziemiopłodów wykonywali pacjenci Zakładu. Podczas żniw było w gospodarstwie rolnem zajętych dziennie 120—140 pacjentów.

Przy konsekwentnem stosowaniu obecnego systemu zatrudnienia pacjentów w gospodarstwie rolnem należy spodziewać się okresu, kiedy robotnicy najemni będą zbyteczni, bo wszelkie prace będą mogli wykonać pacjenci Zakładu, co wpłynie korzystnie na budżet folwarku. Zatrudnienie 28 robotników płatnych powodowałoby około 64.000 zł. wydatków folwarcznych.

Rewizje:

Folwark był rewidowany 8 razy przez Dyrektora Zakładu i 1 raz przez wyższego radcę rachunkowości Giernata.

Budynki:

Budynki gospodarcze murowane znajdowały się w dość dobrym stanie z wyjątkiem obory, którą naprawiono w roku 1926. Budynki folwarczne ubezpieczone są w Krajowym Ubezpieczeniu od Ognia w Poznaniu na sumę 64.000 zł. Na remont budynków wydano w roku 1926 2.252,23 zł. w stosunku do budżetu 747,77 zł. mniej.

ZBIÓR ZIEMIOPŁODÓW WYNOSIŁ W ROKU 1926:

kartofli	210.996 kg.	à	0,08 zł.	=	16.879,68 zł.
pszenicy	2.100 kg.	à	0,56 zł.	=	1.176,00 zł.
żyta	34.950 kg.	à	0,41 zł.	=	14.329,50 zł.
jęczmienia	7.150 kg.	à	0.43 zł.	=	3.074,50 zł.
owsa	27.200 kg.	à	0,36 zł.	=	9.792,00 zł.
miesz. (zboże)	13.850 kg.	à	0,36 zł.	=	4.986,00 zł.
burak. cukr.	125.640 kg.	à	0,05 zł.	=	6.282,00 zł.
siana	32.000 kg.	à	0,05 zł.	=	1.600,00 zł.
miesz. (ziel.)	42 fur	à	8,00 zł.	=	336,00 zł.
słomy	100.000 kg.	à	0,015 zł.	=	1.500,00 zł.
			razem za		59.955,68 zł.

Inwentarz żywy:

Folwark posiadał	koni	bydła	owiec	świń	gęsi	kur	indyk
1. stycznia 1926.	17	34	28	21	6	32	28
w ciągu roku przybyło przez zakup	—	24	—	80	—	—	—
przez ulęg	2	13	1	—	—	—	—
RAZEM:	19	71	29	101	6	32	28
w ciągu roku ubyło przez sprzedaż	—	37	29	49	—	—	—
wskutek choroby	—	—	—	7	6	32	28
Stan 31. 12. 26.	19	34	—	45	—	—	—

Inwentarz żywy:

Większą część ubytku stanowi bydło odstawione do Zakładu na rzeź. W miesiącu wrześniu wybuchła z niewiadomych przyczyn cholera drobiu. Wobec tego wszystek drób padł.

Nierogacizna:

Stan zdrowia wśród nierogacizny był naogół dobry. Padło 7 warchlaków z powodu gruźlicy.

Rogacizna:

W roku sprawozdawczym przeciętna dzienna wydajność mleka 1 krowy wynosiła 9,5 ltr.

Inwentarz pociągowy:

Na początku roku 1926 folwark posiadał 17 koni.
Bydło rogate i konie są zabezpieczone przeciwko zarazie.

O.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

folwarku „Dziekanka" za rok 1926.

Tytuł	Oznaczenie tytułu	Według budżetu zł	gr	Rzeczywisty dochód wzgl. wydatki zł	gr	W porównaniu z budżetem: więcej zł	gr	mniej zł	gr
	A. Dochody								
I	Stan	—	—	—	—	—	—	—	—
II	Dopłata z Główn. Kasy Kraj.	—	—	—	—	—	—	—	—
III	Czynsz dzierżawny	—	—	—	—	—	—	—	—
IV	Za sprzedaż ziemiopłodów	27.500	—	28.219	72	719	72	—	—
V	Dochód z bydła	29.500	—	29.198	50	—	—	301	50
VI	Ze sprzedaży martw. inwent.								
VII	Korzyści z ogrodu	100	—	25	—	—	—	75	—
VIII	Różne	5.400	—	4.727	13	—	—	672	87
	razem:	62.500	—	62.170	35	719	72	1.049	37
								329	65
	B. Wydatki								
I	Czynsz dzierżawny	573	—	—	—	—	—	573	—
II	Zakup nasion i art. pastewn.	8.000	—	4.578	15	—	—	3.421	85
III	„ sztucznych nawozów	4.000	—	1.800	—	—	—	2.200	—
IV	„ żywego inwentarza	15.000	—	20.058	23	5.058	23	—	—
V	„ martwego inwentarza	5.000	—	4.965	48	—	—	34	52
VI	Budowy	3.000	—	2.252	23	—	—	747	77
VII	Państwowe i inne podatki	550	—	165	13	—	—	384	87
VIII	Zabezpieczenie ogniowe	600	—	700	15	100	15	—	—
IX	Deputat, mleko i masło	1.080	—	—	—	—	—	1.080	—
X	Pobory	9.140	—	9.262	59	122	59	—	—
XI	Opał	1.330	—	822	80	—	—	507	20
XII	Weterynarz i lekarstwo	500	—	498	94	—	—	1	06
XIII	Różne potrzeby gospod.	200	—	72	30	—	—	127	70
XIV	Znaczki inwal. i kasa chor.	900	—	911	12	11	12	—	—
XV	Różne	627	—	577	10	—	—	49	90
		50.500	—	46.664	22	5.292	09	9.127	87
								3.835	78

Dochody wynoszą . . . . . 62.170,35 złotych

Wydatki wynoszą . . . . . 46.664,22 „

Zatem czysty zysk . . . . . 15.506,13 „ K.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance za rok 1926

Dz.	Rozdz.	§	Określenie działu	Podług budżetu	Wpłynęło	W porówn. z budżetem	
						więcej	mniej
			DOCHODY				
I			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarj.				
		2	Różne wydatki osobowe	16.353.—	9.828.—59	—	6.524.41
	VII		Grzywny				
		2	Dyscyplinarne	35.—	—	—	35.—
	I		Wpływy własne				
		6	Różne	105.—	4.131.25	4.026.25	—
I			Środki gospodarczo-techn.				
	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	17.596.—	14.536.71	—	3.059.29
		2	Urządzenia gospodarcze	1.500.—	1.142.26	—	357.74
2			Destynatarjusze				
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	337.625.—	325.189.56	—	12.535.44
	XXIX		Wychowanie				
		5	Premja za pracę	2.000.—	2.000.—	—	—
4			Użytkowcy				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		2	Zwolnienie	37.50	63.—	25.50	
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	2.530.—	5.533.14	3.003.14	
		2	Żywność	2.980.—	7.839.45	4.859.45	—
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	481.361.50	532.790.58	51.429.08	—
5			Zarząd finansowy				
	2		Czysty zysk z przedsiębiorstw				
		1	Z gospod. rolnego, folwarku	12.000.—	15.506.13	3.506.13	—
	VII		Dopłata krajowa				
		7	Dla Zakładu	80.415.52	65.765.52	—	14.650.—
	2		Pozostałość kasowa	6.—	—	—	6.—
	XXXIII		Zaległości z poprzedniego okresu budżetowego	1.—	—	—	1.—
			Razem:	954.545.52	984.326.19	66.849.55 29.780.67	37.168.88

Dochody w 1926 r. wynoszą	984.326.19	
Wydatki w tym samym czasie	895.298.15	
Nadwyżka dochodów wynosi . . . . . (cfr. wydatki dz. 5. rozdz. XXVI) odstawiono ją do Funduszu zakładów krajowych Krajowego Związku Komunalnego, utworzonego uchwałą Sejmiku Wojewódzkiego z dn. 25. XI. 1925.		89.028.04 złotych
Na końcu roku 1926 pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacjentów w kwocie, którą się ściąga	81.836.52	
Prócz tego przyjęto na rok 1926 jako dochód materjał żywnościowy i opałowy równowartości . .	4.269.55	
Ostateczna nadwyżka w 1926 r. wynosi . . .		175.134.11 złotych
Po potrąceniu dopłaty krajowej w kwocie (cfr. dz. 5 rozdz. VII § 7)		65.765.52 złotych
Pozostaje nadwyżka kasowa		109.368.59 złotych

Dz.	Rozdz.	§	Określenie działu	Podług budżetu	Wydano	W porówn. z budżetem	
						więcej	mniej
			WYDATKI				
			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarj.				
		1	Uposażenie	272.492.—	221.674.98		50.817.02
		2	Różne wydatki osobowe	104.995.—	90.045.57	—	14.949.43
		3	Podróże służb. i przesiedlenia	1.200—	395.26	—	804.74
	II		Biuro				
		1	Środki lokomocji	5.000.—	4.507.88	—	492.12
		3	Wydatki biurowe	3.300.—	3.837.94	537.94	—
		4	Wydawnictwo	300.—	300.—	—	—
		5	Inne wydatki	100.—	99.35	—	—.65
	X		Zwrot kosztów				
		1	Podróże sł. i przesiedl.	600.—	300.—	—	—
		3	Emerytury i zaopatrz.	3.578.64	3.883.88	305.24	—
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
		2	Biuro — Inwentarz	1.—	—	—	1.—
			Środki gosp.-techniczne				
2	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	17.725.—	26.477.92	8.752.92	—
		2	Urządzenie gospodarcze	14.625.—	26.506 75	11.881.75	
		3	„ mieszkalne	6.000.—	5.811.34	—	188.66
		4	„ higjeniczne	1.000.—	283.40	—	716.60
		5	„ lecznicze	2.500.—	2.145.15	—	354.85
		6	„ pieczy duchown.	200.—	26.32	—	173.68
	XVIII		Opał, światło i woda				
		1	Opał	85.000.—	84 841.52	—	158.48
		2	Światło	1.200.—	1.199.08	—	—.92
	XIX		Ciężary				
		2	Publiczne	3.430.—	3.288.92	—	141.08
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
3		17	Utrzymanie	3.—	—	—	3.—
			Destynatarjusze				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		1	Przyjęcie	60.—	6.60	—	53.40
		2	Zwolnienie	450.—	18.—	—	432.—
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	50.500.—	46.850.97	—	3.649.03
		2	Żywność	182.500.—	179.745.64	—	2.754.36
		3	Hygjena	3.100.—	2.993.15	—	106.85
		4	Opieka lekarska	4.800.—	4.783.79	—	16.21
	XXIV		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	5.50.—	33.25	—	516.75
		2	Wychowanie	1.375.—	1.315.08	—	59.92
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
4		28	Utrzymanie, bielizna itd.	1.—	—	—	1.—
			Użytkowcy				
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież, obuwie	14.550.—	14.731.57	181.57	—
		2	Żywność	171.106.—	167.063.12	—	4.042.88
		3	Hygjena	300.—	281.15	—	18.85
		4	Opieka lekarska	1.200.—	971.39	—	228.61
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	100.—	1.—	—	99.—
		2	Wychowanie	700.—	578.18	—	121.82
	XXXIV		Pozostałość przenośna				
5		28	Utrzymanie, bielizna itd.	1.—	—	—	1.—
			Zarząd finans.				
	XXXIII		Zaległość z poprzed. okresu budżetowego	2.88	—	—	2.88
				954.545.52	895.298.15	21.659.42	80.906.79
							59.247.37

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

= Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia (M. S. W.) reskryptem z dnia 29. 11. 26. powołała Komitet, którego zadaniem jest rozpatrzenie zagadnień dotyczących opieki nad psychicznie chorymi. Jest to ciało prowizoryczne, które ma za zadanie przygotowanie materjału dla projektowanego urzędu psychjatrycznego Do zadań Komitetu w szczególności należy: opracowanie projektu opieki nad psychicznie chorymi, sprawa fachowego przygotowania personelu zakładów psychjatrycznych, projekty budowy zakładów psychjatrycznych i t. p. Przewodniczącym Komitetu jest Generalny Dyrektor Służby Zdrowia, zastępcą przewodniczącego — Naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrowisk. Obecnie do składu Komitetu należą z pomiędzy psychjatrów, pp. Bednarz, Łuniewski, Mazurkiewicz, Radziwiłłowicz, Rychliński i Steffen.

= Na mocy traktatu Wersalskiego przeszedł na własność Skarbu Państwa Polskiego Wojewódzki Zakład dla Alkoholików w Gościejewie, (najbliższa stacja kolejowa: Rogoźno pow. Oborniki). Zakład ten został oddany w administrację Starostwu Krajowemu w Poznaniu pod warunkiem kontynuowania przedsiębiorstwa. Zakład obecnie jest bardzo zniszczony, wymaga gruntownego remontu. Zakład obliczony jest na 30 łóżek wyłącznie dla narkomanów wszelkiego typu.

= Starostwo Krajowe w Poznaniu nie powzięło dotąd ostatecznej decyzji co do obsadzenia i terminu otwarcia zakładu.

= W roku ubiegłym został uruchomiony i otwarty Państwowy Zakład dla psychicznie chorych na Antokolu pod Wilnem. Chorych przyjmuje się już od początku bieżącego roku. Zakład mieści 120 łóżek. Dyrektorem Zakładu jest Prof. Dr. Radziwiłłowicz.

= Sejmik Województwa Pomorskiego wymówił dzierżawę instytucjom korzystającym czasowo z budynków zakładu w Wejherowie. Miejmy nadzieję, że dawny Zakład Psychjatryczny w Wejherowie będzie mógł rozpocząć ponownie swą działalność i to w czasie najbliższym.

= Rocznik Psychjatryczny. Ukazał się zeszyt 5-y tego pisma, obejmujący 218 stron druku.

Treść zeszytu: W. Stryjeński. — Współczesne poglądy na schizofrenję. W. Sterling. — Związek schizofrenji z wydzielaniem wewnętrznem. G. Bychowski. — Schizofrenja w świetle psychoanalizy. M. Bornsztajn. — Stanowisko kliniczne schizofrenji i nowa teorja jej patogenezy. M. Zieliński. — Wzruszenia u schizofreników. W. Matecki i H. Szpidbaum. — Typy psychofizyczne w świetle własnych badań. W. Medyński. — Konstytucja w schizofrenji. E. Wilczkowski. — Badanie konstytucyjnych serologicznych grup krwi u schizofreników i porażeńców postępujących. A. Sikorska. — Zaburzenia równowagi rozpyłkowej w surowicy schizofreników. A. Sikorska. — Schizofrenja w świetle niektórych badań serologicznych. E. Brzezicki. — Nowsze badania anatomo-patologiczne mózgu schizofreników ze szczególnem uwzględnieniem jąder podkorowych. E. Czajkowski. — O leczeniu gorączkowem schizofrenji. W. Medyński. — Twórczość artystyczna w schizofrenji. Kronika psychjatryczna. Od administracji. Polska bibljografja psychjatryczna. Setna rocznica zgonu Pinel'a. Nekrologja. Spis członków Polskiego Tow. Psychjatrycznego (1926 r.).

O NOWSZYCH POGLĄDACH BLEULERA NA SCHIZOFRENIĘ

podał

Dr. EUGENJUSZ BRZEZICKI (Kraków.)

cz. lekarz wol. w Burghölzli — Zürich (Szwajcarja).

Tylko człowiek może zachorować na schizofrenię. Inne choroby umysłowe, jak np. stany maniako-depressywne, epilepsja i t. d. mogą się zjawiać i u zwierząt; trudno sobie jednakże wyobrazić, by zwierzę mogło zachorować na schizofrenię, gdyż ta choroba zdarza się jedynie u ludzi. Takie jest zdanie Bleulera.

Oczywiście trudno jest mówić o chorobach umysłowych zwierząt, prawie nic o nich nie wiedząc, chociaż hysteryczne i epileptyczne objawy były już często u zwierząt obserwowane i opisane. Zdaje się jednak, że i ze schizoidnemi rysami spotykamy się u zwierząt domowych jak np. z podejrzliwością, nietowarzyskością, chytrością i autyzmem, co zresztą podniósł i Adametz na VI. Zjeździe Psychjatrów Polskich. Dlatego też to fascynujące poniekąd zdanie Bleulera należy przyjąć z wielką rezerwą.

Jak wiadomo w miejsce Kraepelinowskiego terminu Dementia praecox zaproponowałBleuler znacznie trafniejszy termin ***„schizofrenia“***, wychodząc ze słusznego założenia, że choroba ta powstaje często dopiero w życiu późniejszem i często nie tylko nie prowadzi do otępienia, ale cofa się w zupełności. W tym czasie nazwa „folie discordante“ zaproponowana przez ***Chaslin*** nie była jeszcze znana. I dziś jeszcze w niektórych klinikach używa się nazwy schizofrenia dla określenia lekkich stanów chorobowych, gdy dla określenia ciężkich stanów, używa się terminu dementia praecox. Najlepszym dowodem jak trudno jest czasami przydzielić jakiś przypadek do grupy schizofrenii jest to, że Bleuler sam starał się przez pewien czas odłączyć lekkie formy schizofreniczne, przebiegające pod formą zespołu paranoidalnego od grupy schizofrenii. To samo zrobił zresztą dawniej i Kraepelin odłączając t. zw. paraphrenię od dementii praecox.

1. Schizofrenia różni się od innych chorób umysłowych pewnemi cechami. Przedewszystkiem we wszystkich przypadkach schizofrenii

mamy mieć według Bleulera charakterystyczne zmiany anatomiczne. Mają one nawet być tak charakterystyczne, że już na pierwszy rzut oka pozwalają na postawienie djagnozy. — Schizofrenia jest zatem według Bleulera, nietylko jednostką kliniczną, ale i jednostką anatomo-patologiczną. Mojem zdaniem, przypomnę tu tylko mój zjazdowy referat, jest to jeden z tych poglądów Bleulera, które mogą podlegać dyskusji. Dlatego też zwróciłem uwagę Bleulera na licznych anatomów, którzy w schizofrenii nie znaleźli żadnych zmian anatomicznych. Otrzymałem na to moje zastrzeżenie odpowiedź, że nikt z anatomów nie przeszukał jeszcze w schizofrenii całego mózgu serjami. To, że ci autorowie zmian jeszcze nie znaleźli, nie jest dowodem, że one nie istnieją. — Nie zdaje mnie się jednak, żeby ta odpowiedź Bleulera wszystkich mogła zadowolić.

Przechodząc do objawów klinicznych, uważa Bleuler wyliczanie wszystkich symptomów chorobowych za rzecz trudną, dlatego też łatwiej jest z punktu widzenia semiologii dojść do celu ze strony negatywnej, per exclusionem; a więc percepcja, orjentacja pamięciowa, koordynacja motoryczna, są w schizofrenii zupełnie normalne. Taksamo charakterystyczne cechy psychoz organiczonych jak np. otępienia starczego, paraliżu postępującego i t. d., a więc niedokładność i powolność percepcyjna, zmniejszenie się ilości równoczesnych assocjacji i zależność ich od danej chwili, trudności ekforji wspmnień z ostatnich czasów, labilitas usposobienia i t. p. objawy, nie są symptomami schizofrenicznemi. W dziedzinie schizofrenii nie spotykamy się również z zaburzeniami charakteru tak, jak w epilepsji, a więc z powolnością myślenia, z wahaniem się i egocentrycznem zwężeniem myśli, z trudnością oderwania się od tematu, perseweracją afektywną i tendencją do gubienia się w szczegółach. W tensam sposób możnaby wykluczyć i inne objawy chorób psychicznych, których nie znajdujemy w schizofrenii.

Jedynemi wyjątkami są psychoza maniakodepresyjna, jakoteż i nerwica, których objawy są bardzo częste w schizofrenii, chociaż oczywiście zawsze w połączeniu z charakterystycznemi cechami rozszczepienia schizofrenicznego. Z powyższego więc jasno wynika, że grupa schizofrenii przedstawia pewne właściwości jedynie charakteryzujące tę chorobę. We wszystkich formach tej właśnie choroby, nawet w przypadkach najmniej charakterystycznych, znajdujemy pewne rozluźnienia normalnych assocjacji — „Assoziationslockerung". N. p. na pytanie, gdzie leży Egipt, nikomu ze zdrowych nie przyjdzie na myśl odpowiedź, że Egipt leży między Assyrją a Kongiem. Już sam fakt assocjowania starożytnego państwa Assyrji z nowoczesnem państwem Kongo, oznacza ignorowanie czasu w podświadomości chorego. A przecież orjentacja w cza-

sie, gra u zdrowego we wszystkich przejawach życiowych tak wybitną rolę. Egipt zresztą nawet nie graniczy z wyżej wymienionemi krajami. I chociaż z odpowiedzi chorego wynika bezwzględnie, że chory dokładnie się orjentuje w geografji i że nie chodzi tu o t. zw. „Trotzeinstellung", to przecież najprostsza odpowiedź, która nasunęłaby się odrazu każdemu z nas, jak to, że Egipt leży na północnym wschodzie Afryki, nie przychodzi na myśl choremu. Aby uwydatnić jeszcze silniej znaczenie tego zaburzenia assocjacji, należałoby może dać jeszcze kilka podobnych przykładów, jednakże już ten jeden powinien nam wystarczyć do wykazania tego „rozluźnienia assocjacji". Z tego rozluźnienia assocjacji można wyprowadzić różne dalsze zaburzenia tyczące się logiki myślenia i koncepcji, jak n. p. niedostateczność sądu, niedokładność, skondenzowanie kilku koncepcji w jedną i t. d.

Zaburzenia w sferze afektywnej mogą dojść do takiego stopnia nasilenia, że chory przez lata całe może ich zupełnie nie wykazywać. Chory taki żyje życiem czysto wegetatywnem, nie zwracając najmniejszej uwagi na siebie, tak, że nawet „instynkt" rozmowy może kompletnie zaniknąć. Takich chorych musimy oczywiście karmić, wieczorem musi sie ich kłaść do łóżka, a rano wyciągać z łóżka, a w razie pożaru nawet wyprowadzić z zakładu, gdyż chorzy tacy daliby się żywcem spalić bez wykonania najmniejszych prób ucieczki. Tacy chorzy mogą być tak obojętnymi, że znoszą bez słowa skargi najgorsze odnoszenie się pielęgniarzy.

Oczywiście w lżejszych przypadkach zaburzenia są mniej wybitne, jednak zdaniem Bleulera, zachodzi wtedy tylko różnica w stopniu nasilenia, a nie w jakości symptomów. Oprócz tego chory taki może bardzo nierównomiernie reagować na coś, co bezwzględnie powinno u niego wywołać odpowiednią afektywną reakcję. Oczywiście w niektórych przypadkach reakcja może być nawet zupełnie normalną, w innych, niema jej zaś zupełnie, nawet po najdrastyczniejszej przyczynie. W takich razach afektywność może być zupełnie sztywną, „steif", i nie iść równolegle ani z zewnętrznemi, ani też z wewnętrznemi zadrażnieniami. Mówimy wtedy, że plastyczność i ruchliwość uczuciowa jest zniesioną. Bleuler nazywa ten stan afektywną adiadochokinezą. Jednakże reakcje mogą być także zupełnie paradoksalne i wtedy możemy spotkać się z obrazem paratymii lub paramimii. Jeśli dwa zupełnie różne uczucia nadają równocześnie czynnościom lub myślom chorego odpowiedni charakter, to Bleuler nazywa ten stan ambiwalencją. Jeśli chory nie ma dostatecznego kontaktu z otoczeniem i żyje w swoim światku, to taki stan nazywamy autyzmem.

Dla Bleulera zaburzenia assocjacji, zaburzenia życia afektywnego jakoteż i autyzm są trzema kardynalnemi symptomami nigdy nie brakującemi w schizofrenii.

Wszystkie inne nam znane objawy schizofreniczne są mniej stałe, nie zawsze towarzyszą chorobie, mogą istnieć, znikać lub powtarzać się. Niektóre jednak z tych pobocznych dodatkowych objawów mogą być dla schizofrenii również bardzo charakterystyczne jak n. p. uczucie, że myśli chorego są nagle zatrzymane, „Sperrung", że myśli są narzucane, odciągane i to przez wrogów chorego, hypnotyzm i t. p. przyczyny. Tylko w schizofrenii spotkać można chorych znakomicie zorjentowanych, mających jednak całe masy ogólnych kinestetycznych halucynacji (jak n. p. uczucie elektryzowania, bicia, palenia, krajania, gwałcenia), a także takich, którzy nagle wykonują jakieś impulsywne czynności bez wystarczających motywów.

2. Pomieszanie spotykane w przewlekłych stanach schizofrenii, silnie się różni od pomieszania innego pochodzenia. Katalepsję, stupor, hyperkinezję, stereotypie, negatywizm, echopraksię i automatyzmy czyli wszystkie objawy katatoniczne możemy spotkać w formach wyraźnych tylko w schizofrenii lub psychozie mieszanej. Podobne objawy spotykane w encephalitis epidemica mają mieć — zdaniem Bleulera — zupełnie odmienny charakter. W gruncie rzeczy te wszystkie symptomy, które Bleuler uważa za objawy poboczne, mają także wybitnie schizofreniczny charakter. N. p. halucynacje schizofrenika różnią się zupełnie od halucynacji deliranta. Zresztą Kraepelin oparł swoje koncepcje o dementii praecox właśnie głównie na tych pobocznych objawach. W ten więc sposób możemy wyliczyć całą moc objawów spotykanych jedynie w grupie schizofrenicznej. I chociaż u jednego chorego nie spotykamy nigdy wszystkich objawów schizofrenicznych razem, to przecież kilka z powyżej wymienionych wystarczą nam dla postawienia dokładnej djagnozy. Bleuler jest także zdania, że objawy zależą w silnym stopniu od rasy. I tak schizofrenia u Słowianina będzie inną, jak u Germanina, chociaż oczywiście objawy schizofreniczne u dwóch Słowian mogą być różne. Oczywiście nadbudowa psychiczna będzie tu grała główną rolę, gdyż Słowianie mają w porównaniu do Germanów znacznie więcej hysteroidnych cech, które nadadzą charakterystyczne piętno całej chorobie.

3. Różnice skonstatowane w różnych obrazach i poddziałach klinicznych bezwzględnie nie dają nam prawa do rozczłonkowania grupy schizofrenicznej. Te różnice bowiem są tylko zewnętrznym wyrazem jedynego podstawowego procesu chorobowego. Schizofrenia, tak-

samo zresztą, jak każda inna choroba n. p. gruźlica, może się objawiać pod różnemi klinicznemi postaciami. Dzisiejszy syndrom katatoniczny paranoidalny, konfuzyjny lub dementywny, może być zastąpiony jutro przez inny zespół schizofrenicznej natury. Oczywiście większa część stanów końcowych w schizofrenii nie zmienia się wybitniej, jednak rodzaj postaci w stanach początkowych choroby, pozwala nam czasami odgadnąć prognozę i rodzaj formy końcowej. I tak n. p. formy paranoidalne o powolnym przebiegu, zachowują zwykle aż do końca swój charakter paranoidalny, gdy przeciwnie chroniczne, katatoniczne formy, kończą się zwykle daleko posuniętem otępieniem. Powyższe przykłady nie przeszkadzają jednak twierdzeniu, że w większości przypadków rodzaj objawów początkowych nie pozwala nam przewidzieć, jakie objawy towarzyszyć będą chorobie w stanach końcowych. Dlatego też wydzielanie stanów paranoidalnych ze schizofrenii zupełnie nie mogło się udać. Prof. Maier z Zurychu wykazał zresztą, że $^2/_3$ chorych, na których Kraepelin opierał swoją teorję o parafrenii objawiało po 9 latach także i inne znamiona schizofrenii. To samo zdaniem Bleulera da się powiedzieć i o próbach wydzielenia katatonji z grupy schizofrenicznej, chociaż wielu poważnych nawet autorów uważa katatonję za chorobę czysto neurologiczną. To samo także odnosi się i do różnic w szybkości postępu choroby. Na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogło, że chroniczny paranoid nie ma nic wspólnego n. p. z ostrą katatonią, która przecież po kilku nawet miesiącach może zupełnie ustąpić. Jednakże jeśli będziemy dokładnie śledzić zachowanie się pacjentów cierpiących na te dwie formy chorobowe, to często się przekonamy, że choroba zwykle postępuje naprzód nieznacznie, tem niemniej jednak stale. Każdy t. zw. „schub" pogarsza zwykle ogólny stan. Oczywiście nie należy zapominać, że choroba ta, w każdej fazie swej ewolucji nietylko może się zatrzymać, ale i cofnąć. Jednak przed i po każdym „schubie" możemy często zauważyć okres chronicznej ewolucji, a nawet w przypadkach, w których stan rzekomo wcale się nie zmienia, nigdy nie możemy wykluczyć możliwości ostrego pogorszenia.

Między zatem poszczególnemi formami schizofrenii może być na oko olbrzymia różnica, jednak liczne formy przejściowe tworzą właśnie ten pomost łączący i spajający te poszczególne formy w jedną całość. Zresztą każdy objaw ma swoje maximum i minimum nasilenia, jednak różnica jest tylko ilościowa. I tak n. p. otępienie schizofreniczne może się u jednego objawiać ledwo tylko dostrzegalnym lekkiem osłabieniem intelektualnym, u drugiego zaś może się objawiać najcięższą formą otępienia. Takie schizofreniczne otępienie może się charakteryzować po-

jawieniem się w coraz to większej ilości fałszywych i nie „à propos" assocjacji, dalej tem, że kontakt ze światem zewnętrznym jest zmieniony lub zniesiony, a także tem, że życie afektywne chorego jest jakby zablokowane. Jeśli wyżej wymienione objawy są silnie zaznaczone, to wtedy otępienie schizofreniczne jest wyraźne i postawienie djagnozy jest łatwe. Jeśli przeciwnie anormalne assocjacje są rzadkie, jeśli życie afektywne chorego nie jest tak silnie zaburzone, żeby dany osobnik uważany był za umysłowo chorego przez otoczenie, to wtedy mówimy tylko o psychopatji, dziwactwie lub neuropatji. A przecież jak wiemy chodzi tu jedynie tylko o różnice ilościowe. W pierwszym przypadku nasilenie objawów jest wybitne i dotyczy wszystkich prawie objawów życiowych chorego, w drugim zaś przypadku dominują jeszcze objawy normalne. W obu jednak przypadkach materjał myślowy ma być w całości nie naruszony.

4. Pomięszanie schizofreniczne jest wynikiem wyraźniejszych zaburzeń w assocjacjach. Oczywiście rozluźnienie assocjacji, które właśnie prowadzi do tego pomięszania, przedstawia pewne charakterystyczne odcienia. A jednak przyznać należy, że i w innych formach schizofrenii takie odcienia mogą się również znajdować, choć w stopniu słabszym. Próby oddzielania przypadków ciężkich od lżejszych są jednak nie realne, chociażby dlatego, że każda schizofrenia nie tylko może się w swoim przebiegu zatrzymać, ale i cofnąć.

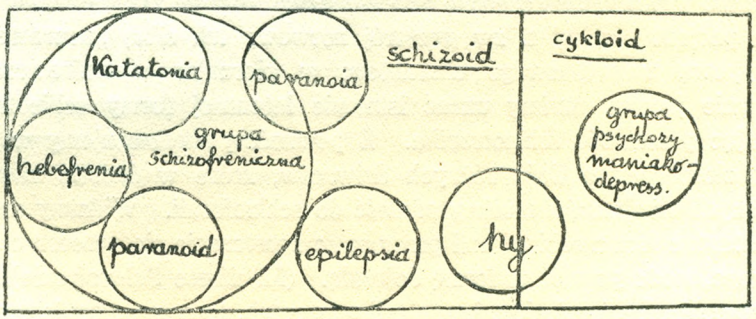
Z psychologicznego punktu widzenia ostra katatonja, manja hebefreniczna, urojenie prześladowcze i objawy otępienia są zupełnie różnemi stanami i dlatego niektórzy autorowie uważają te stany za poszczególne jednostki chorobowe. Wtedy różnica polega jedynie w klasyfikacji.

Przed kilkunastu laty — wysięki stanowiły jednostkę chorobową. Dziś wiemy, że wysięki mogą być różnego pochodzenia n. p. gruźliczego, reumatycznego, streptokokowego i t. d., i że klasyfikujemy je wedle choroby, która je wywołuje. To samo dzieje się w psychjatrji. Dla łatwiejszego porozumienia się używamy nazwy jak n. p. paranoid, katatonia, hebefrenia i t. d. nie zapominając jednak, że wszystkie te choroby należą do jednej i tej samej grupy schizofrenicznej.

W przebiegu paraliżu postępującego spotykamy się z symptomami manjakalnemi, melancholicznemi lub katatonicznemi. A jednak djagnoza się nie zmienia, gdyż opieramy się na anamnezie, etiologii i anatomii patologicznej. Był czas, kiedy lekkie przypadki gruźlicy były uważane za jedną chorobę, a „suchoty" za drugą. Dzisiaj ani się o tem nawet nie myśli. W analogiczny sposób nauczyliśmy się łączyć w jedną całość

lekkie i ciężkie formy schizofrenii. W chwili obecnej nie można znaleść dostatecznych jakościowych i ilościowych powodów, by stworzyć znowu nowe nazwy, któreby odpowiadały biologicznym danym. Zresztą nawet przy dokładnem psychologicznem badaniu musimy także przyjść do przekonania, że wszystkie kliniczne formy schizofreniczne wykazują przynależność do jednej grupy chorobowej. Próby zaś posunięcia klasyfikacji chorób umysłowych zbyt daleko, dały conajmniej wątpliwe wyniki. Wystarczy przypomnieć, że Chaslin w swojem dziele „La confusion mentale primitive" wydzielił aż 31 stanów halucynacyjnych. Z całą pewnością nie znalazł się nikt jeszcze, któryby używał tak zawiłej nomenklatury Chaslin'a. Zresztą poszczególne stany opisane przez Chaslin'a nie dadzą się nawet praktycznie oddzielić.

Grupę schizofreniczną można przedstawić graficznie jako koło, przecinające się w jednem miejscu z paranoją, a przylegające w drugiem do epilepsji. Histerja stałaby na pograniczu między temperamentem schizotymicznym, a syntonicznym z przewagą schizoidnej komponenty. (Cechy hysteryczne znajdujemy prawie we wszystkich chorobach psychicznych). Grupa psychozy cyrkularnej znajdowałaby się w mniejszym odcinku prostokąta części cykloidnej.



Ostatnie badania Kretschmerowskie, odnoszące schizofrenię do pewnych typów konstytucyjnych, są dla Bleulera jeszcze jednym dowodem, że schizofrenia jest rzeczywiście jednostką chorobową i to tak z punktu widzenia klinicznego, jak heredobiologicznego, etiologicznego i anatomicznego. Czy tę jednostkę nazwiemy chorobą, czy stanem, jest to już tylko kwestją gustu. Osobiście Bleuler uważa schizofrenię za chorobę.

Bleulerowska koncepcja o schizofrenii jest stosunkowo najbardziej przejrzystą i jasną. Znając dokładnie wszystkie wskaźniki Bleulera trudno jest postawić fałszywą djagnozę. W najgorszym razie możnaby

niektóre z tych stanów pomięszać z paranoją Kraepelina. Sama zaś paranoja jest zdaniem Bleulera psychogeniczną reakcją powstałą na tle schizoidalnej konstytucji, jako odrębna odmiana chorobowa. Różni się zaś od schizofrenii brakiem zmian anatomicznych i symptomów powstałych na tym tle. Zaś w grupie schizofrenicznej mieszczą się wszystkie stany zaczynające się nieznacznie od stanu zupełnego zdrowia i przechodzące stopniowo aż do najwyższych stanów otępienia, pomięszania, czy katatonji. Oczywiście jest jasnem, że lżejsze formy są najtrudniejsze do zdjagnozowania, taksamo zresztą jak trudnem do zdjagnozowania są lekkie formy tbc. lub debilitatis. Ta trudność djagnozy jest dlatego tak dużą, gdyż wrodzony charakter chorego obserwowany jeszcze przed wybuchem choroby, wykazuje w zawiązku te same rysy, z któremi spotykamy się i w rozwiniętej postaci schizofrenii. Jeśli obserwacja udowodni u jednostki, nie wykazującej w życiu społecznem odstępstw od normy i uważanej przez wszystkich za zdrowego osobnika, obecność jednego lub kilku urojeń lub halucynacji (nawet skrzętnie ukrywanych przed otoczeniem) to wtedy powinniśmy postawić djagnozę „schizofrenia latens". Tę formę schizofrenii wolno nam także rozpoznać gdy u t. zw. psychopaty konstytucjonalnego znajdziemy anamnestycznie w pewym, najczęściej młodzieńczym, okresie życia czas, w którym pacjent przebył t. zw. rozstrój nerwowy lub silną „neurastenię" z typową zmianą swego charakteru w kierunku schizofrenicznym. Głównie jednak musimy uznać istnienie latentnej formy schizofrenii, badając przeszłość schizofrenika. Z pewnością skonstatujemy w jego przeszłości pewną ilość różnych dziwactw, które w świetle naszych obecnych wiadomości musimy odnieść do schizofrenii. Widzimy zatem, że latentna forma schizofrenii przez samo zaostrzenie się procesu chorobowego, może przejść w formę dojrzałą. (Manifeste Schizofrenie). Jak długo schizofrenia nie jest jawną tylko latentną, to nazywamy ją zwykle „przez grzeczność" psychopatją lub po francusku dégénérescence. Dopiero wtedy, gdy oczywiste oznaki schizofreniczne rzucą się nam w oczy mamy odwagę mówić o schizofrenii. Najlepszym dowodem jest to, że t. zw. Magnanowskie „boufées délirantes" spotykamy tak u schizofreników, jak i u t. zw. degeneratów.

Na powyższe zapatrywanie Bleulera trudno się zgodzić we wszystkich punktach. Jeśli bowiem przypuścimy, że schizofrenia jest jednostką nie tylko kliniczną ale i anatomo-patologiczną z zupełnie charakterystycznemi zmianami anatomicznemi, to trudno jest nam uwierzyć, żeby schizoid różnił się od schizofrenii tylko ilościowo i żeby między zdrowiem, a ciężką bądź co bądź chorobą było tylko płynne przejście.

Raczej łatwiej jest nam przypuścić, że schizofrenia jest toksykozą lub procesem abiotroficznym o różnym stopniu nasilenia, mogącym dać czasami niecharakterystyczne anatomo-patologiczne zmiany. Wtedy hypoteza o płynnych przejściach między schizoidem, a schizofrenią stanie się możliwą do przyjęcia.

Według Bleulera trudno jest postawić granice między schizofrenią, a nerwicą. Wszystkie symptomy hysteryczne, neurasteniczne, obsesje, jednem słowem wszystkie symptomy nerwicowe spotykamy również i w przebiegu schizofrenii. Dlatego też przewlekłe, nieprononsowane formy schizofrenii są przez wielu klinicystów mylnie rozpoznawane, mimo, że dokładna i pewna djagnoza ma w tych przypadkach ważne prognostyczne znaczenie (Zwangsneurose).

A teraz należałoby powiedzieć kilka słów o przebiegu innych spraw psychotycznych u schizoidów; najjaśniej przedstawia się ta sprawa w psychozach organicznych. Jest oczywistem, że jeśli schizoid nabawi się paraliżu postępującego, otępienia starczego lub psychozy Korsakowa, to symptomy schizoidne będą komplikować dany obraz chorobowy. W nieorganicznych psychozach, najciekawszą formą będzie kombinacja symptomów schizofrenicznych z maniako-depressywnemi. Wtedy przychodzi do 3 możliwości: 1) Albo pojawiają się napady maniako-depresywne o zabarwieniu schizofrenicznem; w tych przypadkach nie przychodzi nigdy do formy dementywnej. 2) Albo pojawia się schizofrenia o cechach maniako-depressywnych, mająca nie najgorszą prognozę. 3) Lub pojawiają się równocześnie obie choroby z ich skutkami. Tę interesującą formę chorobową opisała Minkowska, a ciekawą jest dlatego, że ta forma może się przenosić z pokolenia na pokolenie. U takich chorych pojawiają się na przemian napady maniako-depressyjne i „schuby" schizofreniczne które ewentualnie mogą prowadzić do otępienia.

Wielce prawdopodobnem jest także, że niektóre stany maniakalne lub depressywne są niczem innem, jak objawami procesu schizofrenicznego. Prognoza takich mięszanych stanów zależy oczywiście od nasilenia tegoż procesu.

Od czasu badań Kretschmera i jego uczni jest dla nas zupełnie zrozumiałą rzeczą, że i epilepsja może często kombinować się ze schizofrenią. Jeśli schizofrenia wybuchnie u debila, to połączenie tych dwóch stanów nie daje zasadniczo nic bardziej charakterystycznego. Należy jednak pamiętać, że paranoia u oligofrenów, u których spotykamy się z wielką skłonnością do halucynacji sprawia pewne większe diagnostyczne trudności, gdyż niesłusznie uważana być może za paranoid schizofreniczny.

7. Schizofrenię należy uważać za chorobę fiziogenną czyli organiczną. Nie należy jednak zapominać o tem (co niestety aż za często się dzieje), że schizofrenia posiada olbrzymią psychogenną nadbudowę i że znaczna większość objawów tej choroby, jak halucynacje i urojenia jakoteż i cały sposób zachowania się chorego zależy w dużym stopniu od mechanizmów psychologicznych. Nie należy jednak popełniać tego błędu, jak to czynią szkoły psychoanalityczne, żeby z tego powodu uważać schizofrenię za chorobę psychogennicznego pochodzenia. Ta ich hypoteza jest bezwzględnie fałszywą, gdyż schizofrenia ma dużo wspólnych cech z organicznemi psychozami, jak n. p. takie symptomo-kompleksy, które powstają wprost na tle anatomicznych zmian, chociaż ma także pewną ilość wspólnych cech z nerwicami, jak n. p. ewolucję symptomów psychogennych na podstawie pewnej szczególnej konstytucji.

Organiczne pochodzenie schizofrenii nie ulega już dziś żadnej wątpliwości. O zapatrywaniu Bleulera na zmiany anatomo-patologiczne, mówiliśmy już wyżej. Z klinicznego punktu widzenia należy podnieść, że po 1) większość ostrych ataków powstaje bez widocznego motywu psychicznego, że po 2) droga do następowego otępienia jest również niezależna od sytuacji psychicznej i po 3) chorobę tę spotykamy we wszystkich warstwach społecznych. Porywa ona swoje ofiary, taksamo licznie między biednemi, jak i bogatemi. Ostatnia wojna mimo wszystkich shocków, trudności życiowych i reakcji hysterycznych nie powiększyła kadrów schizofrenicznych. Zresztą nauczyliśmy się już dziś bez większych trudności odróżniać psychogenne symptomy od organicznych.

8. Przyczyna powstawania schizofrenii jest na razie nie zbadaną. Może być, że zaburzenia w chemizmie organizmu powodują powstanie tego stanu. Możliwem jest, że jakaś przyczyna toksyczna lub pierwotne zmiany abiotroficzne wywołują nagle te charakterystyczne psychiczne symptomy, z których najważniejsze są zaburzenia assocjacji. Większość innych pozostałych symptomów udaje się zwykle, zdaniem Bleulera, z łatwością wyprowadzić z powyższego zasadniczego zaburzenia. Oczywiście to ostatnie zdanie Bleulera jest hypotezą, może nawet i niesłuszną. Zresztą sam Bleuler nie przypisuje tej hypotezie większego znaczenia, gdyż symptom, o którym mowa, jest tylko wyrazem ogólnego psychicznego zaburzenia w życiu osobnika.

Prawdopodobnem jest również, że zaburzenia w funkcji jąder podkorowych odgrywają dużą rolę w powstawaniu katatonji i zaburzeń z dziedziny afektu. Bleuler ma nawet wrażenie, że w schizofrenii główną rolę grają zaburzenia wszystkich instynktów, na razie jednak nie umie tego swojego przypuszczenia dostatecznie udowodnić.

Jak już poprzednio było wzmiankowanem z rozluźnienia assocjacji łatwo można dalej wyprowadzić tak zaburzenia logiki, jakoteż i urojenia.

Wszystkie halucynacje czuciowe spotykane tak w schizofrenii jakoteż i w niektórych innych psychozach organicznych, jak n. p. w delirium tremens, są tylko rezultatem źle interpretowanych parestezyi, czyli, że rzeczywiste podrażnienia zakończeń nerwowych są przez chorego na zewnątrz projektowane i ewentualnie także materjalizowane. N. p. uczucie, że się jest elektryzowanym jest z początku parestezją, którą sobie chory fałszywie interpretuje zależnie od swych urojeń. To samo odnosi się co do halucynacji wzrokowych. W halucynacjach słuchowych muzyka i głos są pochodzenia organicznego, oczywiście jednak treść tych halucynacji i rodzaj głosu zależne są od pewnych kompleksów, czyli, że są one psychogenicznego pochodzenia. Symptomy katatoniczne z ciężkiemi zaburzeniami ideacji, woli i ruchu są z pewnością organicznego pochodzenia, jednak i tu nadbudowa psychiczna może grać olbrzymią wprost rolę. Najlepszym dowodem są n. p. nagłe ruchy ciężkich katatoników powstałe pod wpływem afektu.

9. Jest wielce prawdopodobnem, choć trudnem do udowodnienia, że niektóre stany maniakalne lub depressywne w przebiegu ostrej schizofrenii są cyklotymicznego pochodzenia.

Pod wpływem otoczenia, pewnych zdarzeń, trudności mogą powstać pewne psychogenne objawy n. p. hysteryczne, neurasteniczne lub hypochondryczne. W schizofrenii zdolność odróżniania symptomów psychogennych od organicznych, ma olbrzymie praktyczne znaczenie i to nietylko prognostycznie, ale i społecznie n. p. ze względu na asekurację, przyjmowanie posad, w zeznaniach sądowych i t. d.

Symptomy organiczne, które oczywiście także mogą się cofać, są dowodem istnienia lub posuwania się procesu naprzód. Symptomy psychogenne powinny zniknąć zupełnie po usunięciu przyczyny. O ile przyczyna nie zostanie usuniętą, objawy psychogenne mogą się zamieniać stopniowo w chroniczne, jak to się n. p. dzieje w urojeniu prześladowczem, które powstaje zwykle na podstawie pewnych kompleksów. Nie wolno nam jednak nigdy zapomnieć, że większość symptomów jest pochodzenia mięszanego, czyli ma ona swoją organiczną i psychogenną komponentę. N. p. ślub młodszej siostry wywołuje w świadomości lub podświadomości u starszej siostry cierpiącej na latentną formę schizofreniczną, czyli na t. zw. psychopatję, pewien kompleks wrażeniowy, z powodu którego jej się zdaje, że jest ona niezdolną do polubienia kogoś, a także, że wogóle nie może być lubianą. Ten uraz psychiczny może

wywołać reakcję schizofreniczną, którąby rzecz oczywista, nie doszła do skutku, gdyby właśnie nie ten uraz.

10. Głównie psychogenne objawy przykuwają naszą uwagę z terapeutycznego punktu widzenia i te na razie są dostępne leczeniu. Po t. zw. „schubie" schizofrenicznym widzi się często, że chory nie może wrócić w życiu codziennem na tory normalne. Chory taki wprost kurczowo się trzyma niektórych urojeń, lub wykazuje pewne tendencje patologiczne, jak n. p. myśli samobójcze. Oczywiście już to, że chory nie może powrócić do normalnego trybu życia, jest oczywistym dowodem, że organiczny proces schizofreniczny jeszcze nie ustąpił, jednak i w tych razach próbując psychoterapję lub ewentualnie ostrożną psychoanalizę można często dojść do wcale ładnych terapeutycznych rezultatów. Powyższa sytuacja chorego przypomina nam, do pewnego stopnia, normalnego człowieka, który obudziwszy się po jakimś bardzo żywym śnie, nie może się zrazu zorjentować, co było snem, a co jawą (Traumhafte Zerfahrenheit). W przypadkach, gdzie przeważają symptomy organiczne, tam natrafia leczenie na przeszkody nie do przebycia. Przeciwnie zaś w przypadkach, gdzie większą jest psychogenna nadbudowa, prognoza zależy w dużej mierze od zdolności lekarza i jego umiejętności postępowania z chorym. Niejeden chory, który w jednym zakładzie siedziałby bez poprawy do końca swego życia, przeniesiony do drugiego zakładu, wraca pod wpływem odpowiedniego psychoterapeutycznego leczenia szybko do codziennych zajęć. Właśnie schizofrenia jest jedyną może psychozą, w której lekarz może wrócić choremu dużo z jego utraconych zdolności przystosowania się do życia.

11. Treść omamów i urojeń zależy od życzeń i obaw pacjenta. Jedynie w ciężkich przypadkach zamroczeń katatonicznych musimy odstąpić od tej hypotezy. Jest rzeczą oczywistą, że niektóre z tych życzeń i lęków zostały „verdrängt", ***wyparte ze świadomości,*** wobec czego, znajdując się w podświadomości, muszą być dla chorego nieznane. Dlatego też halucynacje i urojenia powstające w podświadomości, mają obcy charakter dla chorego i chory taki nie poznaje w nich swoich myśli i nie przypuszcza nawet, że pochodzą z jego osobowości. Nawet w chronicznych stanach urojeniowych, gdy pomięszanie jest bardzo silne, można jeszcze doszukać się w odpowiedni sposób głębokiego znaczenia urojeń. Oczywiście tu, znajomość psychologicznych mechanizmów odkrytych przez Freuda, jest pierwszorzędnej wagi. I mimo, że Bleuler sam nie jest Freudystą, uważa on, że lekarz nie obznajomiony z temi mechanizmami, może być co najwyżej dobrym djagnostą, nie będzie zaś nigdy dobrym terapeutą.

Większą część swoich obaw i pragnień, głównie pragnień seksualnych, wyraża chory symbolicznie. Zwykłe potoczne słowa mogą mieć dla chorego zupełnie inne znaczenie, taksamo kilka myśli może się skondensować i t. d. Często też mieliśmy w Burghölzli sposobność obserwowania mało inteligentnych chorych, którzy o Freudzie nigdy nie słyszeli, a którzy tłumaczyli swoje uczynki, myśli i sny dokładnie w sposób podany przez Freuda.

Dlatego też zdaniem Bleulera wszystkie te freudowskie mechanizmy bezwzględnie i zawsze odnajdujemy w schizofrenii i oczywiście seksualizm gra tu główną rolę. Jeśli chodzi o pacjentkę, to możemy śmiało powiedzieć, że wszystkie jej urojenia są seksualnego pochodzenia; oczywiście mamy tu na myśli szerokie freudowskie pojęcie seksualizmu. U pacjenta również znajdujemy pewną ilość seksualnych kompleksów, które zresztą istnieją zwykle obok kompleksów innego pochodzenia. Pod tym jednym względem uważa się Bleuler za adepta Freuda, gdyż uważa seksualizm za ten „spiritus movens" prawie wszystkich czynności człowieka.

Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że te seksualne kompleksy grają dominującą rolę w powstawaniu nerwic. Jednakowoż są rzeczy, co do których Bleuler nie zgadza się z Freudem. Nie wierzy on mianowicie w ewolucję instynktu seksualnego, a już zupełnie nie zgadza się z teorją Freuda o psychogennem pochodzeniu schizofrenii. Uważa on, jak już to zresztą podnieśliśmy powyżej, że symptomy psychogenne są pierwszorzędnej wagi, jednak nie są jedyne.

12. U członków rodzin schizofreników, jakoteż i u nich samych możemy się doszukać, przed wybuchem choroby, pewnych bardzo charakterystycznych cech charakteru. Te cechy charakteru są we wszystkich punktach podobne do tych cech, jakie charakteryzują chorego także i po uspokojeniu się „schubu" schizofrenicznego. Pod względem jakościowym nie różnią się one wiele od symptomów jawnej schizofrenii, która jest niczem innem jak silnem ilościowym wzmożeniem powyżej podanych cech. Bleuler i Kretschmer określają ten stan nazwą schizoidu. Jeśli u schizoidu granice normy zaczynają być przekraczane, wtedy mówimy o schizopatji, którą moglibyśmy inaczej nazwać psychopatją u schizoidu. W końcu tam, gdzie już zaczął się proces organiczny mówimy o schizofrenii. Schizoidalny sposób myślenia i czucia jest według Bleulera tylko wyolbrzymieniem reakcji schizotymicznej znajdującej się u każdego normalnego człowieka tego typu. Należy sobie także uprzytomnić, że od reakcji schizotymicznej normalnego człowieka, aż do schizofrenii mamy mieć płynne przejścia bez ostrych granic, tak, że między

schizofrenią, a schizotymicznym normalnym człowiekiem mieści się t. zw. schizoid, schizopata i latentny schizofren. Badając proces schizofreniczny, niektórzy autorowie uważają, że jest to osobny dziedziczny proces — gen. — znajdujący się u schizoidów. A jednak płynne przejścia od schizothymii do schizofrenii, o których była powyżej mowa, pozwalają nam raczej przypuszczać, że schizofrenia jest tylko wzmożeniem i wyolbrzymieniem reakcji schizoidalnych czyli schizoidu. O słabych punktach tej teorji mówiliśmy już powyżej, powtarzamy ją tu tylko dlatego, że Bleuler na nią zwraca szczególną uwagę.

Podobnie można się wyrazić i o psychozie maniako-depressyjnej. Zaczynając od reakcji syntonicznej, którą spotykamy u każdego człowieka, przechodzimy do grupy cyklotymicznej. Pewne nasilenie tej reakcji nazywamy cykloidem, następnie analogicznie do schizopatji wolno nam mówić o cyklopatji i w końcu przechodzimy do wybitnych objawów chorobowych psychozy maniako-depressywnej. Zresztą i badania genealogiczne potwierdzają tensam sposób myślenia.

Jest zupełnie niesłusznem mniemanie, że Kretschmer i Bleuler dzielą całą ludzkość na schizoidów i cykloidów (cyklotymów). Oba te charaktery wzajemnie zupełnie się nie wykluczają, a w swoich formach patologicznych są z punktu widzenia dziedziczności jedne od drugich taksamo niezależne, jak niezależnym jest n. p. talent do muzyki od długości włosów artysty.

Jak już mówiliśmy, niektórzy autorowie są zdania, że jakiś nowy czynnik musi wpłynąć na organizm, by przemienić schizopatję w schizofrenię. Dla Bleulera, jak wiemy ta hypoteza nie jest konieczną dla zrozumienia schizofrenicznego procesu. Jednak należy pamiętać, że schizofrenicy noszą w sobie większą ilość degeneratywnych cech w porównaniu z choremi na psychozę maniakalną, na paranoję i oczywiście w porównaniu z ludźmi zdrowemi. Ciężkie formy schizofrenii, spotykamy częściej u dysplastyków. Na podstawie tego można śmiało przypuścić, że pewne dziedziczne zaburzenia predysponują niektórych schizoidów do schizofrenii. Toby nam także tłumaczyło fakt, dlaczego schizofrenia stosunkowo tak często amalgamuje się z epilepsją, która również zdarza się częściej u dysplastyków. Oczywiście powyższym zapatrywaniom można zarzucić m. i i to, że schizofrenia taksamo często atakuje indywidua zdolne i inteligentne, jak też i debilów, między którymi znajdujemy dużą ilość dysplastyków.

Bleuler, po śmierci Kraepelina najwybitniejszy obecnie psychiatra świata, ustępuje w bieżącym roku z katedry psychiatrycznej w Zurychu. Ponieważ dużo jego myśli znajdujących się w powyższym referacie nie zostało ogłoszonych drukiem, przeto zdaje się mnie, że wielu lekarzy się niemi zainteresuje.

BIBLIOGRAFJA.

BLEULER, Dementia praecox 1912.
BLEULER, Lehrbuch der Psychiatrie 1923.
BLEULER, Physisch und Psychisch in der Pathologie 1915.
BLEULER, La schizophrénie. Referat ze zjazdu francuskich psychiatrów w Genewie, sierpień 1926.
BRZEZICKI, Nowsze badania nad anatomią patol. w schizofrenii, referat z VI. Zjazdu psychiatrów polskich. Polska Gazeta Lekarska 1926.
Własne notatki z rozmów prywatnych i seminarjów prowadzonych przez prof. Bleulera dla lekarzy kliniki psych. w Burghölzli.

IDÉES NOUVELLES DE BLEULER SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

Par le Dr. E. BRZEZICKI (Kraków).

L'auteur réflechit sur le rôle que Bleuler a joué dans la psychiatrie moderne, sur les idées originales par lesquelles il a contribué au progrès de la psycho-pathologie de la schizophrénie. L'auteur s'inspire avant tout des séances que Bleuler a bien voulu tenir avec ses assistants et les médecins dans la clinique psychiatrique de Burghölzli — Zurich. Passant en revue les théories récentes sur la schizophrénie il s'arrête sur les idées de l'eminent auteur suisse. Il analyse la description graphique de la schizophrénie et de la folie maniaco-depr. et la nouvelle classification (Kretschmer — Bleuler) du procès schizophrénique qui passe sans transition sensible de l'état normal du tempérament schizoïde par la schizopathie à la schizophrénie latente et puis à la schizophrénie manifeste et peut finir par les pires états démentiels conservant d'ailleurs toujours les mêmes signes des troubles psychiques. Donc la démence et les troubles de la sphère affective existent toujours, il s'agit uniquement de constater leur développement plus ou moins avancé. Bleuler défend les mêmes idées pour la folie maniaque-dépressive et constate la même rangée ascendente qui commence par la réaction syntone de l'individu normal et aboutit par les formes manifestes de la dite maladie.

L'auteur croit avec Bleuler que la schizophrénie est une affection à base organique physiogène pourtant avec une superstructure psychogène tellement grande que seul un médecin qui connaît bien la psychothérapie ou le méchanisme psychologique découvert par Freud peut démontrer comment les troubles psychogènes peuvent retrocéder.

Il parle également des rapports de Bleuler avec l'école psychoanalytique, du rôle prédominent de l'inconscient et de sexualité. Il est ainsi bien probable que beaucoup des schizophrénies frustes sont considérées comme des neuroses.

Finalement il faut bien remarquer que la schizophrénie est d'après Bleuler une maladie du genre humain, tandis que la plupart des maladies mentales endogènes comme l'épilepsie, les états maniaques-depressifs, l'hystérie peuvent être acquises également par les animaux.

Prof. Dr. Med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

PROJEKT ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO POD WILNEM.

Według memorjału złożonego przez autora Dyrektorowi Departamentu Zdrowia Publicznego M. S. W. w sprawie budowy Zakładu psychjatrycznego dla Województw: Białostockiego, Nowogródzkiego i Wileńskiego.

UWAGI WSTĘPNE.

Projektowany Zakład psychjatryczny ma do spełnienia zadanie trojakiego rodzaju. Ma dostarczyć pomocy i opieki lekarskiej psychicznie chorym wszelkiej kategorji tej połaci kraju; ma leczyć chorych ostrych, zapewnić opiekę chorym przewlekłym, ma leczyć i wychowywać dzieci upośledzone psychicznie, ma leczyć chorych nerwowo i psychopatycznie usposobionych, ma leczyć alkoholików i narkomanów, ma być stacją obserwacji sądowej i miejscem pobytu psychicznie chorych przestępców, uznanych przez Sąd za niebezpiecznych dla otoczenia.

Ma spełnienie wszystkich tych zadań utrzymać na poziomie wymagań nauki spółczesnej, musi zatem rozporządzać wszystkiemi urządzeniami leczniczemi i badawczemi, które umożliwiłyby mu sprostanie temu zadaniu, a także, ma cały bogaty materjał kliniczny, jaki daje zakład tego rodzaju, wyzyskać pod względem naukowym. Ma wreszcie, przez przyciągnięcie młodych sił lekarskich, dać nie tylko liczną, sprawną i żywą, bo młodą, pomoc lekarską chorym, lecz także stać się instytucją wychowawczą przyszłego pokolenia psychjatrów, których kraj ma zamało.

Wszystkie te trzy zadania uzupełniają się wzajemnie, tworzą całość jednolitą i wewnętrznie zwartą. Należało je poruszyć przed omawianiem szczegółów projektu, bez czego sam projekt byłby niedostatecznie zrozumiały.

PROJEKT SZCZEGÓŁOWY.

Teren zakładu powinien być wybrany w najbliższem sąsiedztwie Wilna. Dla tej połaci kraju, której ma służyć Zakład, Wilno jest ośrodkiem komunikacyjnym i gospodarczym. Ma wygodny dostęp kolejowy, co ułatwia dowóz chorych i dojazd rodziny dla ich odwiedzenia.

Sąsiedztwo z uniwersytetem pozwoli na łatwe korzystanie z pomocy specjalistów i urządzeń uniwersyteckich dla celów badawczych i naukowych. Z tych względów Zakład powinien znajdować się w możliwie najbliższem sąsiedztwie samego Wilna i posiadać z nim wygodne połączenia komunikacyjne.

Teren zakładu, oprócz warunków, wymaganych dla każdego zakładu leczniczego pod względem hygjenicznym i sanitarnym, jak grunt przepuszczalny, pewne zadrzewienie dla urządzenia parku i ogrodów, możność łatwego urządzenia kanalizacji spławnej, obfitość dobrej wody do picia, powinien leżeć w miejscowości malowniczej, o co pod Wilnem nietrudno, a co ma znaczenie przy leczeniu chorych psychicznie, powinien posiadać spory zasób roli zdatnej pod uprawę i pod ogród owocowy i warzywny dla wytworzenia dostatecznego warsztatu pracy chorych, jako zasadniczego środka w ich leczeniu. Obszar terenu zakładowego powinien wynosić, licząc po ¼ hektara na chorego — około 250 hektarów.

Całość instytucji, która ma być wzniesiona na tym terenie, jak zaznaczono powyżej, ma składać się z części oddzielnych a mianowicie: z zakładu psychjatrycznego sensu strictiori, przeznaczonego dla leczenia dorosłych i opieki nad niemi, złożonego z działów: zamkniętego i otwartego, z zakładu dla dzieci niedorozwiniętych, z zakładu dla nerwowych, z zakładu dla alkoholików i narkomanów, z zakładu sądowo-psychjatrycznego.

Oddzielne zakłady powinny być rozłożone na terenie w ten sposób, że zakład psychjatryczny, stanowiący trzon instytucji, jej ośrodek lekarski, administracyjny i gospodarczy powinien zajmować mniej więcej środek terenowego obszaru, u wstępu do terytorjum zakładowego; wyraźnie od niego oddzielony, powinien znajdować się oddział dla nerwowo chorych z własnym obszarem ogrodowym, który może nosić nawet nazwę odrębną np. Uzdrowisko dla nerwowych. Jest to wzgląd ważny dla usunięcia identyfikowania obu kategorji chorych — nerwowych i chorych psychicznie; w bliższem sąsiedztwie ośrodka, lecz również od niego oddzielony posiadający własny obszar pod boiska i ogródki.. Zakład dla dzieci; na krańcu zakładowego obszaru bliżej terenów z rolą uprawną Zakład dla alkoholików, wreszcie wydzielony z zakładu, oddział sądowy, o charakterze w pewnej mierze więziennym, otoczony wysokim murem, uniemożliwiającym ucieczkę, wogóle tak urządzony, ażeby zapewniał całkowite bezpieczeństwo otoczenia przed mieszkańcami tego oddziału. Otoczenie całego obszaru murem, a nawet parka-

nem byłoby zbyteczne i kosztowne, niewysokie ogrodzenie z żywopłotu i to przy niektórych tylko pawilonach wystarczy całkowicie.

Administracja, urządzenia gospodarcze (kuchnia, pralnia, składy, piwnice, lodownia, magazyny), urządzenia mechaniczne (kotłownia, elektrownia, wodociąg) są ześrodkowane we właściwym zakładzie psychjatrycznym. Kuchnie tj. samo przyrządzanie pożywienia, z zapasów dostarczanych ze wspólnych składów, mogą być oddzielne przy oddzielnych zakładach. Kanalizacja spławna, ogrzewanie centralne ciepłą wodą z napędem dla oszczędności ciepła. Oświetlenie elektryczne.

System budowy oddziałów dla chorych pawilonowo-blokowy, to znaczy, że zasadniczo system jest pawilonowy z tem, że niektóre oddziały mogą być zblokowane w jednym pawilonie, jakoto oddziały chorych napół spokojnych i spokojnych w jednym budynku, oddzielnie dla mężczyzn i dla kobiet oraz pawilony dla chorych słabych, infirmerja mogą być zblokowane w ten sposób, że dwa skrzydła mogą stanowić pomieszczenie jedno dla kobiet drugie dla mężczyzn, a trzon środkowy może mieścić salkę operacyjną i opatrunkową, gabinet lekarski, pokój dozorczyni z podręcznymi środkami opatrunkowymi, lekarstwami itd. przyczem piętro trzonu może być zużytkowane jako leżalnia dla gruźliczych z podziałem na obie płcie. Pozostałe pawilony są oddzielne. Ze względów klimatycznych Wileńszczyzny, krótkie lato, słotne wiosna i jesień, surowa zima, należy dążyć do tego, ażeby pawilony były połączone z budynkiem administracyjnym korytarzami, ażeby dostęp do pawilonów był kryty i ogrzany. Bez tego dostarczanie pomocy lekarskiej, dostawa pożywienia, wogóle obsługa pawilonów byłaby utrudniona.

Korytarze powinny być podziemne, żeby nie krępowały ruchów naziemnych pomiędzy pawilonami. Pozornie wydaje się rzecz ta zbyt kosztowną i zbyteczną. Jest konieczna ze względu na klimat, a koszt nie obciąży zbytnio budżetu budowy. Korytarze podziemne zbudować trzeba, ponieważ temi korytarzami iść muszą rury dla ogrzewania centralnego, przewodniki elektryczne, rozszerzenie korytarzu tak, ażeby można było swobodnie po nim przejść, nie powiększy już zbytnio kosztów.

Rozmieszczenie oddzielnych budynków samego Zakładu psychjatrycznego powinno być następujące: przy bramie wjazdowej furta z pomieszczeniem dla furtjana. W bliskości bramy kościół, ażeby pozazakładowi mieszkańcy, chcący modlić się, nie przenikali wgłąb zakładu.

Odrazu na wstępie do zakładu budynek administracyjny, mieszczący kancelarje, pokoje przyjęć, gabinet dyrektora, gabinet dyżurnego lekarza, bibliotekę, salę konferencyjną, pracownie badawcze i naukowe.

Na piętrze salę rozrywek dla chorych ze scenką, urządzoną dla przedstawień teatralnych, obrazów świetlnych, kinematografu, z garderobami dla obu płci. Na tym piętrze, z jednej strony, może mieścić się kaplica prawosławna, z drugiej strony kasyno urzędnicze. Piętro drugie należy przeznaczyć jako mieszkania dla lekarzy asystentów. Dla każdego dwa pokoje, 2 łazienki, jedna dla kobiet druga dla mężczyzn, oraz pokoje spólne, jadalnia i bawialnia. Pomieszczenia mansardowe, mogą być zużytkowane jako mieszkania niższej służby administracyjnej.

Budynek *gospodarczy i mechaniczny*, kuchnia, pralnia, składy, piwnice, lodownia, magazyny kotłownia, elektrownia, wraz z warsztatami, wieża ciśnień. Tutaj również powinny być ześrodkowane mieszkania niższej służby mechanicznej i gospodarczej. Dla średniej służby administracyjnej, gospodarczej i mechanicznej należy wznieść budynek oddzielny.

Zabudowania gospodarcze fermy zakładowej powinny być wzniesione oddzielnie, w bliskiem sąsiedztwie ogrodów i roli uprawnej, powinny obejmować mieszkanie ekonoma, parobków, z tem, że powinno tam znaleźć się pomieszczenie dla dziesięciu chorych zatrudnionych stale przy gospodarstwie rolnem, obora, stajnia i wozownia, chlewnia, garaż, stodoła z młócarnią i sieczkarnią.

Budynki dla chorych składają się z pawilonów *drzwi zamkniętych i otwartych.* Do pierwszej kategorji należą pawilony obserwacyjny, niespokojnych, słabych, nawpółspokojnych i spokojnych, do drugiej pawilony dla chorych pracujących w polu i ogrodzie. Pierwsze wymagają bliskiego sąsiedztwa z budynkiem administracyjnym jako ośrodkiem pomocy lekarskiej, drugie jako mieszczące chorych niewymagających opieki tak czujnej, mogą być bardziej oddalone od pawilonu administracyjnego. Ponieważ w pawilonach obserwacyjnym, dla niespokojnych i słabych znajdować się będą chorzy wymagający najszybszej pomocy lekarskiej i najczujniejszej opieki i nadzoru, pawilony te powinny leżeć w najbliższem sąsiedztwie budynku administracyjnego, budynek dla nawpółspokojnych i spokojnych może leżeć nieco dalej. Najlepiej rozplanować budynki w ten sposób, że furta, budynek administracyjny, budynek gospodarczy i mechaniczny leżałyby na osi zakładu, a pawilony chorych z rozdziałem na płcie leżałyby po obu stronach osi.

Wszystkie pawilony chorych powinny posiadać wystawy południowo-wschodnie, ustawione na godzinę 10½, pomieszczenie dla chorych na froncie, pomieszczenia gospodarcze, łazienki, ustępy, kuchenka, składy, gabinet lekarski, pokój podręczny dozorczyni od tyłu. Przed pawilonami drzwi zamkniętych, puste, wyżwirowane place, na których można

wystawiać leżaki, wzgl. łóżka z chorymi dla kąpieli słonecznych i powietrznych, zejście na te place od strony pomieszczeń chorych nie schodami, lecz rampą, po której łatwo można byłoby znosić chorych wzgl. zsuwać łóżka na kółkach. Oprócz tego werandy kryte z wyjściem wprost na werandę z sali chorych. Na piętrach werandy zabezpieczone przed wyskoczeniem chorego z werandy. Schody urządzić, gdzie są chorzy, z duszą tj. zabezpieczone przed skoczeniem z piętra na dół.

Przy każdym pawilonie ogródek, obsadzony żywopłotem strzyżonym na wysokości pół piersi człowieka, który utrudniałby ucieczkę, lecz nie zasłaniał jednocześnie widoku. W ogrodach niskopienne drzewa, aby nie odbierały słońca pawilonowi, krzewy, kwiaty, pielęgnowane przez samych chorych.

Okna, gdzie są chorzy, angielskie, to znaczy złożone z trzech kondygnacji, środkowej stałej i dwóch ruchomych, górnej zsuwanej na środkową, dolnej podnoszonej na środkową, przyczem dolnej części nie można podnieść wyżej nad 15 centymetrów, a górnej nie można niżej ponad tę liczbę opuścić. W ten sposób możność wyskoczenia oknem jest całkowicie usunięta. Szybki małe, nie szersze nad 15 ctm. wprawione w ramę żelazną. Szyby okrętowe zbyteczne, chyba w dolnych częściach okien w pawilonach dla niespokojnych. Okna tego typu mogą być podwójne, że są praktyczne można przekonać się w Lecznicy Związkowej w Krakowie gdzie zastosowano ten typ okien podwójnych. Nie są trudne do wykonania i ślusarze i stolarze miejscowi mogą wykonać je z łatwością. Jest to niewątpliwie najlepszy typ okna w zakładzie psychjatrycznym. Łazienka stanowi ważny składnik pawilonu psychjatrycznego, a w niej podłoga najtrudniejsze zagadnienie techniczne. Zalecałbym, za przykładem szpitali angielskich, podłogę z drzewa Teak-Tree — rodzaj sosny szczególnie smolistej, niewsiąkającej wcale wody. Z tego drzewa są budowane pokłady na statkach, masielnice do bicia masła we wzorowych mleczarniach. Drzewo na rynku angielskim jest 2½ raza droższe od sosnowego. Nie potrzeba go zresztą dużo, chodzi o pokrycie zwierzchniej powierzchni podłogi, deseczki ½ centymetrowe, a nawet cieńsze wystarczą. Otrzymuje się w ten sposób podłogę ciepłą, czystą, łatwo zmywalną i nie psującą się od zmywania. Przestrzegać należy przed linoleum, pod które w łazience zawsze będzie podchodziła woda, linoleum będzie garbiło się, będzie również kosztowne co podłoga projektowana a może droższe i zupełnie niepraktyczne. Wartość podłogi powyższej została wypróbowana w zakładzie leczniczym w Ciechocinku, podłoga okazała się dobrą i niezbyt kosztowną. Klamka w pawilonach chorych powinna być klamką tj. ma zamykać

i otwierać drzwi. Wszelkie jej namiastki w postaci zwróconych na dół haków, kieszeni metalowych wprawionych w drzwi, służących do pociągnięcia drzwi lub ich odsunięcia, lecz które drzwi ani nie zamykają ani nie otwierają, powinny zniknąć z budownictwa psychjatrycznego, I w zakładzie psychjatrycznym drzwi muszą być albo zamknięte albo otwarte. Tego obecnie stosowane mechanizmy nie dają. Jedynie klamka, prawdziwa klamka, tylko tak urządzona, żeby nie można było na niej powiesić się, tak jak ją widziałem stkonstruowaną w szpitalu w Dösen pod Lipskiem, osięga cel. Rączkę rzeczywistej klamki stanowi pół kuli wyżłobionej z boków, co daje łatwy chwyt klamki a jednocześnie zupełnie usuwa możliwość założenia na gładkiej półkuli pętli. Klamkę tego typu zrobi z łatwością każdy ślusarz, u nas nie będzie droższa od innych klamek przy zamówieniu masowem.

Wysokość pomieszczeń dla chorych nie powinna przekraczać 3.50 metrów. Im wyższe pomieszczenie, tem kosztowniejsze jego ogrzanie przyczem jego kosztowność rośnie w stosunku geometrycznym do przybywających centymetrów wysokości. Tylko ciepłe i łatwo ogrzewalne pomieszczenie może być łatwo przewietrzane. Okno angielskie dające przewietrzanie dolne i górne daje doskonałe przewietrzanie naturalne, bez potrzeby uciekania do sztucznego drogiego i łatwo psującego się, tylko pomieszczenie musi być ciepłe, dlatego im niższe tem lepsze i zracz nie tańsze. Powietrzem leżącym wyżej niż głowa już nie oddychamy, jego ogrzewanie jest próżną stratą ciepła, budowanie wysokich pokojów mieszkalnych jest kosztowne i nie osiąga celu do którego dąży się. Widziałem doskonały komunalny szpital w Herisau pod St. Gallen, najładniejszy ze szpitali szwajcarskich, w którym pomieszczenia na parterze miały 3.30 metrów, na pierwszem piętrze 3.25, a na drugiem 2.95 metrów wysokości. Pokoje wcale nie raziły, że są zbyt niskie.

Kubatura będzie różna w zależności od tego czy chory przebywa w tem samem pomieszczeniu w dzień i w nocy, czy tylko w dzień albo w nocy. Liczby są już ustalone dla każdego rodzaju pomieszczeń. Podłoga w pokojach chorych klepka dębowa najlepiej ułożona na podłożu z asfaltu jest to najlepszy i najtrwalszy typ podłogi szpitalnej, przykładem Tworki, w których ten typ podłogi trzyma się doskonale po 35 latach istnienia szpitala. Farba wszędzie klejowa dla nieutrudnienia przewietrzania przez ściany z wyjątkiem lamperji w pokojach pobytu dziennego, które najlepiej odrazu powlec farbą emaljową.

Radjatory ogrzewania centralnego pod oknami, lecz dosyć odległe od ściany, żeby można było poza nie dostać ręką, okurzyć i oczyścić.

Oświetlenie — plafoniery zabezpieczone w pawilonach dla niespokojnych chorych siatką drucianą, żeby nie można było rzucić w lampę pantoflem i stłuc.

W pawilonach dla chorych korytarze zredukowane do koniecznego minimum, co daje łatwość dozoru nad chorymi i jest oszczędne.

Pomieszczenia widne, jasne, kolory łagodne, wszędzie nawet w oddziałach niespokojnych obrazy na ścianach, kwiaty za oknem, a nawet w samych pokojach, gdzie przebywają chorzy.

W pokojach, gdzie przebywają chorzy niespokojni i hałaśliwi specjalna izolacja dźwiękowa. Warunek niezbędny przy obecnym systemie żelazno betonowym.

Rozmieszczenie pokojów w pawilonach oddzielnych można pomyśleć w sposób następujący: W pawilonie obserwacyjnym, pawilon piętrowy, rozkład pomieszczeń na każdem piętrze taki sam, trzy sale z oknami na przestrzał, każda na 7—8 chorych, tak rozmieszczone, ażeby, jakkolwiek oddzielne, łączyły się ze sobą drzwiami tak, żeby jedna pielęgniarka mogła łatwo dać baczenie na wszystkich chorych na salach. W tych salach będą zgrupowani chorzy wymagający najczujniejszego nadzoru, podejrzani o chęć samobójstwa. Do tych sal powinny przylegać dwa pokoje dziennego pobytu z jednej strony od frontu, z drugiej strony łazienka z trzema wannami dla celów leczniczych i ustępy. Oprócz tego powinny być dwa pokoje oddzielne dla chorych wymagających odosobnienia, lecz nie szatówki łatwo dostępne z niewielkiego korytarzyka; z przeciwnej strony kuchenka, pokój podręczny dozorczyni, gabinet lekarski. Na parterze w tym rogu budynku, gdzie leżą oddzielne pokoje, powinno być pomieszczenie izolacyjne z oddzielnem wejściem wprost ze dworu, przedpokoikiem, łazienką, ustępem, pokojem dla pielęgniarki na wypadek, kiedy przyjęty chory wywoła podejrzenie choroby zakaźnej i trzeba go będzie wyodrębnić od możności stykania się z innymi chorymi. Szatówek nie powinno być w żadnym pawilonie zakładu... Doświadczenie uczy, że psychjatryczny szpital spółczesny, dobrze urządzony i dobrze prowadzony, obchodzi się zupełnie bez szatówek i nie należy ich wprowadzać w nowym zakładzie. Cały pawilon na 50 chorych po 25 na każdem piętrze. W pawilonie dla niespokojnych, należy przewidzieć 4 sale sypialne, również z oknami na przestrzał, łączące się ze sobą i łatwo dozorowane, również 4 sale dziennego pobytu, oddzielne niekoniecznie łączne lecz łatwe do nadzoru, pozatem łazienka lecznicza z trzema wannami, ustęp, kuchenka, pokój lekarza, pokój dozorczyni ze składem podręcznym, mogą być jeden lub dwa pokoje

bez charakteru szatówki, dla chorych, którzy czują się lepiej zdala od innych. Cały pawilon na 35 chorych.

Pawilony dla chorych słabych, infirmerje piętrowe, jak zaznaczono powyżej, mogą być zblokowane, przyczem sala operacyjna, gabinet lekarski, pokój dozorczyni, magazyn, kuchenka, mogą być wspólne. Salę duże ponieważ będą to przeważnie chorzy obłożnie. Sale mogą być tak pomyślane, że łóżka są ustawione pod oknami, natomiast pobyt dzienny chorych w części środkowej sali z poustawionemi tam stołami i ławkami. Dwa, trzy pokoje oddzielne dla chorych wymagających izolacji ze względu na innych, (chorzy rakowaci, ze zgorzelami, cuchnący).

Każde skrzydło pawilonu na 50 chorych.

Pawilony dla półspokojnych i spokojnych, zblokowane razem. Budynek piętrowy z sypialniami na piętrze, pokojami dziennego pobytu na parterze. Pokoje dziennego pobytu połączone z warsztatami pracy chorych. Wzór takiego połączenia w szpitalu w Kocborowie pod Starogardem, gdzie to zadanie zostało szczególnie dobrze rozwiązane. Sypialnie zamknięte w dzień, pokoje dziennego pobytu zamknięte w nocy. Cały budynek na 70 chorych. Sale duże, łączne, ułatwiające nadzór. Łazienka z niewielką umywalnią na dole, większa umywalnia na górze. Gabinet lekarski, pokój dozorczyni na górze, kuchenka na dole, ustępy na obu piętrach.

Pawilony drzwi otwartych po dwa dla każdej płci, każdy pawilon na 50 chorych. Pawilony 1½ piętrowe, jak w Kobierzynie. Na parterze pokoje dziennego pobytu z łazienką, pokojem dozorczyni, z gabinetem lekarza, kuchenką, składzikiem, umywalnią dla rąk i nóg, dla chorych pracujących, wracających z roboty. Na piętrze sypialnie na 35 chorych, na poddaszu w mansardach sypialnie dla pozostałych 15 chorych, umywalnia, ustępy. W ten sposób budynek da się zużytkować najbardziej ekonomicznie, a jednocześnie zupełnie wygodnie.

Ponieważ organizacja Zakładu przewiduje opiekę rodzinną, wykonywaną poza obrębem zakładu w rodzinach włościan okolicznych pod nadzorem czynników zakładowych, należy pomyśleć o zorganizowaniu stacji pośredniej pomiędzy opieką poza zakładową, wykonywaną w zakładzie w tej postaci, ażeby, obok wspomnianych powyżej pomieszczeń na fermie dla chorych zatrudnionych przy gospodarstwie rolnem, przy każdem mieszkaniu rodzinnego pielęgniarza był pokój oddzielny na 2 — 3 chorych. Chorzy umieszczeni w ten sposób przechodziliby pewien okres próby czy nadają się do pozazakładowej opieki i dopiero po tem wypróbowaniu byliby oddawani pod opiekę rodzinną. Poza pomieszczeniami dla chorych należy przewidzieć jeszcze następujące budynki. Dom

mieszkalny dla dyrektora zakładu z ogrodem warzywnym i spacerowym, Dwa domy dla starszego personelu lekarskiego: dla zastępcy dyrektora, prosektora i dwóch prymarjuszów. W każdym domu dwa mieszkania z oddzielnemi ogrodami warzywnemi i spacerowemi. Budynki i ogrody można wzorować na przykładach urządzeń podobnych w Dziekance pod Gnieznem i w Kocborowie pod Starogardem, gdzie zagadnienia te są doskonale rozwiązane. Mieszkania lekarzy asystentów są przewidziane powyżej przy omawianiu budynku administracyjnego.

Ponieważ personel dozorczyń i pielęgniarek rekrutować się będzie przeważnie z pośród kobiet samotnych, należy dla ich pomieszczenia przewidzieć budynek oddzielny.

Przełożona dozorczyń powinna mieć 2 pokojowe mieszkanie, dozorczynie po jednym pokoju sypialnym i spólnych pokojach rekreacyjnych, pielęgniarki spólne sypialnie i spólne jadalnie i pokoje rekreacyjne. Liczba pielęgniarek przy projektowanych rozmiarach szpitalu sięgnie 60. Liczba dozorczyń oprócz przełożonej wyniesie przypuszczalnie po jednej na pawilon, plus dwie zastępcze z tem, że na każdym oddziele pawilonu dozorczyni miałaby pomocnicę, wybraną z pomiędzy pielęgniarek. Dozorczynie powinny być świeckie i rekrutować się z pomiędzy osób, które ukończyły szkołę pielęgniarek i odbyły praktykę w szpitalu psychjatrycznym. W zakładach powinny być wprowadzone kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego: dlatego w budynku pielęgniarek należy przewidzieć salę wykładową na 30 uczennic. Do tego celu może służyć spólna sala rekreacyjna. Dla personelu męskiego rodzinnego w liczbie 20 osób należy przewidzieć 5 czworaków po 4 rodziny w każdym z oddzielnym ogródkiem dla każdej rodziny. Mieszkania jedno lub dwu pokojowe z kuchnią przy każdem mieszkaniu jeden pokój dodatkowy dla pomieszczenia chorych odbywających stację pośrednią przed przejściem na opiekę rodzinną, o czem wspomniano wyżej.

Wreszcie ***kostnica*** z salą sekcyjną i pracowniami anatomicznemi położona w sąsiedztwie własnego zakładowego cmentarza.

Poza pomieszczeniami powyższemi, przeznaczonemi dla chorych ogólnych należy przewidzieć dwa ***pawilony dla pensjonarj.*** 1-ej i 2-ej klasy, jeden dla kobiet, a drugi dla mężczyzn, każdy na 25 chorych. Budynek piętrowy. Na parterze 10 pokojów oddzielnych dla pensjonarzy 1-ej klasy ze wspólną bawialnią, czytelnią, jadalnią, gabinetem lekarza, łazienką, ustępem, pokojem pomocniczym. Na piętrze 15 chorych 2-ej klasy, sypialnie wspólne, dla 2, 3, 4 osób, wspólna bawialnia, czytelnia, jadalnia, łazienka, ustęp, pokoje pomocnicze.

Zakład dla dzieci niedorozwiniętych na 60 dzieci powinien posiadać oddzielne pomieszczenie dla chłopców i dziewcząt od lat 7 — 14 i spólne dla dzieci obojga płci do lat 7. Dwie sale szkolne, mieszkanie dla 2 nauczycielek, gabinet lekarza, łazienki, kuchenka, pomieszczenia gospodarcze. Należy przewidzieć oddzielne pomieszczenia dla dzieci gruźliczych i przynajmniej 2 pokoje izolacyjne w razie zawleczenia choroby zakaźnej.

Zakład dla alkoholików i narkomanów na 50 osób, 40 mężczyzn, 10 kobiet w budynkach oddzielnych, położonych w sąsiedztwie gospodarstwa rolnego. Budynki piętrowe, na parterze pokoje dziennego pobytu, jednocześnie warsztaty pracy chorych, sypialnie na piętrze z pomocniczemi urządzeniami, jak w innych pawilonach chorych.

Zakład dla nerwowych i rekonwalescentów na 50 chorych 25 kobiet, 25 mężczyzn. W jednym budynku o 2-ch skrzydłach dla każdej płci, dla chorych 1, 2, 3-ej klasy. Parter 10 osób 1 i 2-ej klasy, piętro dla 15 chorych 3-ej klasy z oddzielną kuchnią, urządzeniami gospodarczemi, własnemi pomieszczeniami dla dozorczyni i pielęgniarek, gabinetem lekarza, własnemi urządzeniami leczniczemi, wogóle zakład dość znacznie wyodrębniony od całego zakładu.

Wreszcie *zakład sądowy* na 50 osób, 40 mężczyzn, 10 kobiet wzorowany na analogicznym zakładzie przy więzieniu w Grudziądzu, z własną administracją, własnym personelem dozorców i pielęgniarzy.

ORGANIZACJA ZAKŁADU.

Kierownictwo zakładem pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym spoczywa w rękach dyrektora, lekarza psychjatry. Dyrektor sprawuje władzę zwierzchnią nad całym zakładem ze specjalnem uwzględnieniem pod względem lekarskim właściwego zakładu psychjatrycznego i zakładu sądowego. Pomocnik dyrektora zastępuje go we wszystkich jego czynnościach, ma pod szczególnym nadzorem zakład dla dzieci, dla alkoholików i dla nerwowych. Do jego zadań należy troska o rozwój opieki rodzinnej i nadzór nad sposobem wykonywania tej opieki. Dwaj prymarjusze, każdy zarządza jedną połową właściwego zakładu psychjatrycznego, jeden kobiecą, drugi męską. Dziesięciu asystentów i asystentek zakładowych pełnią lekarskie czynności pomocnicze według rozkładu zajęć określonego przez dyrektora. Prosektor zakładu nie pełni czynności ordynacyjnych, jego zadanie polega na czuwaniu nad naukową stroną zakładu, nad wyzyskaniem materjału zakładowego dla celów naukowych.

Dyrektor Zakładu jest urzędnikiem w IV-tym stopniu służbowym, pomocnik dyrektora, prymarjusze i prosektor w V-tym stopniu służbowym, asystenci w VIII-ym.

Przełożona dozorczyni, której podlega bezpośrednio cały średni i niższy personel sanitarny ma VI stopień służbowy.

Każdy pawilon ma oddzielną dozorczynię, odpowiedzialną za pawilon, dozorczyni posiada pomocnicę na każdym oddziale. Pielęgniarki wzgl. pielęgniarze są pod bezpośrednim kierownictwem dozorczyni. Liczba pielęgniarek i pielęgniarzy w pawilonie waha się w zależności od potrzeb, najwyższa na oddziele obserwacyjnym, najniższa na oddziele drzwi otwartych.

Przeciętnie wypada jedna pielęgniarka wzgl. jeden pielęgniarz na 10 chorych, ogólna liczba niższego personelu sanitarnego około 80.

System dyżurów nocnych — szkocki, to znaczy, że pielęgniarki kolejno przez czas pewien w ciągu 2-ch do 3-ech miesięcy każda pełnią codziennie służbę nocną i są wtedy całkowicie wolne od zajęć dziennych.

Jeden z asystentów i jedna z dozorczyń pełnią kolejno dyżur dzienny i nocny w całym zakładzie.

Intendent szpitala również w VI-ym stopniu służbowym. Bezpośrednio podlega mu cały administracyjny i gospodarczy personel zakładowy. Skład personelu powinien być wzorowany na doświadczeniu w szpitalu w Dziekance. Dyrektor ze swym pomocnikiem, prymarjuszami, intendentem, przełożoną dozorczyń odbywa stałe konferencje gospodarcze, które mają jednakże tylko charakter doradczy. Władza jest całkowicie ześrodkowana w rękach dyrektora.

Niezależnie od tych konferencji, powinny odbywać się w zakładach stałe posiedzenia naukowe z udziałem wszystkich lekarzy czynnych w zakładzie; na posiedzeniach są omawiane ważniejsze przypadki kliniczne, orzeczenia sądowo-psychjatryczne, są wygłaszane referaty, przedstawiane streszczenia z bieżącego piśmiennictwa lekarskiego.

Dyrektora należy mianować z chwilą przystąpienia do budowy. Musi on czuwać nad wykonaniem planu budowy, w którego opracowaniu powinien również uczestniczyć. Trzeba pamiętać, że myśl w budowę układa właściwie psychjatra, budowniczy daje jej formę, rozwiązanie techniczne. Za zakład odpowiadać będzie dyrektor nie budowniczy, dlatego musi on stale brać udział w budowie i rozstrzygać szczegóły wykonania w myśl wskazań psychjatrycznych, do których powinna stosować się technika wykonania.

Dość wcześnie powinien być wybrany również prosektor zakładu, ażeby mógł mieć czas przygotować się do nowego, bądź co bądź, zakresu

swej przyszłej działalności. Przyszły prosektor zakładowy powinien przejść uprzednio stage w zakładzie anatomji patologicznej i w zakładzie patologji ogólnej, ażeby dobrze opanować wszystkie metody badania, potrzebne do utrzymania pracy naukowej lekarzy na poziomie wymagań wiedzy współczesnej. Ma być nauczycielem i kierownikiem młodego pokolenia psychjatrów, na jego odpowiedzialności będzie leżało zużytkowanie pod względem naukowym całego materjału zakładowego, powinien mieć czas i możność przygotowania się do tych zadań.

Czy należy ogłaszać konkurs na przygotowanie planów zakładu? — Wydaje się, że będzie to zbyteczne. Dla konkursu trzeba przygotować warunki konkursowe, to znaczy trzeba dokładnie wyszczególnić wszystkie potrzeby psychjatryczne z uwzględnieniem ich technicznego rozwiązania, tj. dać w ręce stającym do konkursu właściwie cały materjał już gotowy. W tym stanie rzeczy konkurs może dać niewiele, nieproporcjonalnie mało w stosunku do pracy i czasu, jaki zużyją na przygotowanie planów uczestnicy konkursu.

Zasady powyższego projektu były przedstawione Komisji Psychjatrycznej przy Departamencie Zdrowia Publicznego Min. Spr. Wewn. i uzyskały aprobatę Komisji. Należy wybrać na miejscu w Wilnie budowniczego, który łącznie z Komisją, wyłonioną przez Wojewodę Wileńskiego, opracuje plan szczegółowy projektu. Projekt zostanie przedstawiony ponownie do opinji Komisji Psychjatrycznej, z jej wnioskiem złożony Dyrektorowi Departamentu, a po uzyskaniu zatwierdzenia Władz, będzie przesłany Dyrekcji Robót Publicznych w Wilnie do wykonania. Dyrekcja, albo podejmie wykonania we własnym zakresie, albo odda wykonanie przedsiębiorcy wybranemu drogą ograniczonego konkursu.

Sądzić należy, że ta droga najlepiej i najprędzej doprowadzi do celu.

Projekt powinien być ogłoszony w specjalnem piśmie psychjatrycznem i poddany dyskusji fachowej.

Projekt powyższy był wzorowany w dużej mierze na projekcie podobnego zakładu, opracowanym na parę lat przed wojną dla Warszawy przez projektodawcę łącznie z D-rem Łapińskim i Inż. Rakiewiczem.

PROJET D'UN ÉTABLISSEMENT DES ALIÉNÉS à WILNO.

Par Le Prof. Dr. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Il s'agit d'un avant-projet d'établissement d'aliénés pour les trois départements de la Pologne nord-est, que l'auteur veut soumettre à discussion. Le projet se propose trois buts: un but médical: soigner les malades atteints de maladies mentales de toutes les catégories, un but scientifique: utiliser le matériel de l'établissement pour le progrès de la science, un but pédagogique: créer une pépinière d'une nouvelle génération de médecins aliénistes. L'établissement doit contenir un asile d'aliénés, proprement dit, composé de deux parties: clause et ouverte, avec des pavillons pour les maladies aigues et les maladies chroniques, avec patronage familial sous sa direction, un hôpital-école pour les enfants arriérés, un sanatorium pour les alcooliques, un sanatorium pour les malades atteints de maladies nerveuses et une maison pour aliénés criminels, séparée de l'hôpital. La direction médicale et administrative est réunie dans les mains du directeur médecin-aliéniste, secondé par son remplaçant, par deux médecins en chef, un prosecteur, libre de tout autre service, occupé uniquement des travaux scientifiques et par dix jeunes médecins, tant hommes que femmes, non mariés, pour qui le service à l'établissemnt ne sert que de dégré dans leur carrière future. L'établissement doit avoir 800 places.

ODRUCHY WZGLĘDNE

podał

D-r. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu wileńskiego Oddz. Polskiego Tow. Psych.

Wśród tytanów współczesnej medycyny zasługuje na szczególne wyróżnienie prof. fizjologji akademik J. Pawłow. Wiekopomne Jego prace obejmują 2 najistotniejsze zagadnienia fizjologji: 1) czynności gruczołów narządów trawienia i 2) naukę o odruchach względnych, której to dziedzinie wiedzy wielki nauczyciel fizjologji poświęcił ostatnie 25 lat swej twórczej pracy.

Już w czasie okresu swoich doświadczeń nad czynnościami narządów trawienia genjalny mój nauczyciel prof. J. Pawłow spostrzegł jaskrawą rolę czynnika psychicznego w przejawach fizjologicznych wydzielania śliny. Otóż pod wpływem tych doświadczeń, które niżej przytoczę, powziął on myśl, ujmować przejawy psychiczne, t. zw. działalność duchową, jako funkcję fizjologiczną wyższych ośrodków układu nerwowego. I otóż na zaraniu bieżącego stulecia prof. Pawłow kładzie podwaliny swej słynnej nauki o odruchach względnych, która będąc zainicjowana przez pracę doświadczalną nad czynnościami gruczołów ślinnych psa, wyrosła w potężny i harmonijny gmach, wspaniałą nową dziedzinę wiedzy, która obecnie skierowała ku Pawłowi, jako największemu mistrzowi fizjologji, uwagę całego świata lekarskiego.

Wypada zaznaczyć, że w kilka lat po rozpoczęciu nowego kierunku pracy, Pawłow dowiedział się, że w tym samym kierunku doświadczał w Ameryce psycholog Thorndike. Również do kierunku Pawłowa wkrótce przylgnął Kaliszer w Niemczech, który ów kierunek oznacza mianem metody tresowania, Bechterew zaś z Petersburga używa w takich wypadkach terminologji odruchy skojarzeniowe.

Ażeby uprzytomnić sobie istotę nauki o odruchach względnych, cytuję pracę d-ra S. Wulfsona, zatytułowaną „Praca gruczołów ślinnych".

Praca gruczołów ślinnych ujawnia zadziwiającą celowość. Tak, im pokarm jest suchszy, tem więcej wydziela się ślina, natomiast na wodę, wlaną do ust, wcale się ślina nie wydziela. Po drugie, faktem uderzającym jest jakość śliny, a mianowicie, podczas, gdy na pokarm wy-

dziela się ślina gęsta, obfitująca w śluz, jako smarowidło dla dogodnego połknięcia pokarmu,, natomiast na rzeczy niestrawne, n. p. piasek, sączy się ślina płynna oczywiście celem zmycia tylko tych rzeczy. Kwasy zaś wlane do ust zwierzęcia, wywołują wydzielanie śliny, obfitującej w białko celem, rzecz prosta, związania kwasów za pomocą białka.

Otóż, w pracy gruczołów ślinnych jaskrawie spostrzegamy zrozumiałe przystosowanie, celowość, którą filozofowie ujmowali jako siłę duchową, ochrzczoną mianem vitalismus i animismus i która to uwydatnia się fizjologowi współczesnemu jako akcja odruchowa, spowodowana wpływem bodźców zewnętrznych na specyficzne zakończenia nerwów dośrodkowych.

W akcji wydzielania się śliny dobitnie uwydatnia się ustosunkowanie się czynników psychicznych.

Otóż jeżeli podziałamy z odległości na zwierzę temi samemi bodźcami, które w razie bezpośredniego wprowadzenia do pyska wywołały wydzielenie śliny o określonej ilości i jakości, t. j. jeżeli pokażemy psu z odległości pokarmy, kwasy lub przedmioty niestrawne, otrzymamy wyniki te same co w wypadkach bezpośredniego dostarczania tych przedmiotów do pyska zwierzęcia. Taką właśnie reakcję psychiki prof. Pawłow określa mianem „odruchy względne".

A więc według nauki Pawłowa psychiczne wydzielanie śliny przy podrażnieniu zwierzęcia przedmiotami z odległości jest odruchem swoistym podobnie do mechanizmu bezpośredniego wprowadzenia pokarmów do ust, z tem tylko zastrzeżeniem, że ten odruch tymczasowy względny wytwarza się drogą innych odbiorczych powierzchni, jak oczy, uszy, nos, skóra i t. d. Pierwszy odruch, spowodowany pokarmem lub przedmiotami bezpośrednio wprowadzonemi do ust, t. j. bodźcami nieobojętnemi, jest bezwzględny, natomiast odruch nowej kategorji, z gruntu rzeczy nienaturalny, a sztuczny, jest względny.

Pojęcie odruchu jest dawną i trwałą zdobyczą nauki lekarskiej. Pod tą nazwą rozumiemy reakcję ustroju, zrealizowaną za pomocą układu nerwowego. Dotychczas fizjologowie używali miana odruch dla funkcji niższego piętra układu nerwowego. Równolegle z tem prof. Pawłow pierwszy wprowadza do fizjologji miano odruchy względne, znamionujące funkcje najwyższych odcinków układu nerwowego, które to funkcje traktuje się mianem podniet psychicznych. Otóż według nowelizacji fizjologa Pawłowa reakcja wydzielania śliny przy jedzeniu mięsa jest odruchem bezwzględnym, natomiast wydzielanie śliny tylko na widok mięsa jest odruchem względnym.

Zachodzi pytanie, jakie jest różniczkowanie anatomiczne między odruchem prostym (bezwzględnym) i odruchem względnym, jako czynnością najwyższą kory mózgowej?

Akcję odruchową niższego piętra układu nerwowego schematycznie cechują: podziałanie bodźca na obwód, przeniesienie podrażnienia przez neuron czuciowy na neuron ruchowy i nareszcie skurcz odpowiedniego mięśnia; to też składnikami łuku odruchowego są 3 stacje a to: 1) odbiorcza — receptor, 2) odprowadzająca — conductor i 3) stacja wynikowa — effector. To samo, — jak twierdzi prof. Pawłow — spostrzegamy i w strukturze anatomicznej odruchów względnych, o ile dołączymy do pojęcia receptor czynność analityczną kory mózgowej, t. j. rozkładanie i przekształcenie otrzymywanych bodźców, a do pojęcia conductor właściwość kojarzenia doznanych bodźców.

Odruchy względne wyższych odcinków układu nerwowego wyrabiają się dzięki istnieniu odruchu bezwzględnego. Tak, n. p. po uzyskaniu reakcji na wlanie psu do pyska kwasu, *zabarwionego tuszem chińskim* barwy czarnej, można pokazując psu nawet wodę tak samo zabarwioną, wywołać ten sam wynik, lub wytworzyć można reakcję oddzielania śliny za pomocą bodźców sztucznych, jak to: na widok naczynia, w którem podają psu pokarm, lub na dźwięk stroika, który warunkowo poprzedza akcję karmienia i t. d.

W pracach eksperymentalnych prof. Pawłow'a są nagromadzone bez liku przykłady pomysłowego wyrobienia odruchów względnych: t. zn. u zwierzęcia wyrobić można odruch względny wydzielania śliny na bodziec dźwiękowy tylko przy określonej ilości drgań stroika. Przytoczę następujące uderzające doświadczenie w tym kierunku. Jeżeli drażnić skórę psa prądem elektrycznym dostatecznej siły, zarazem z tem łącząc wielokrotnie karmienie zwierzęcia, to z biegiem czasu owa podnieta, t. j. drażnienie prądem elektrycznym bez równoczesnego karmienia powoduje zamiast reakcji obronnej, właściwej zwierzęciu, reakcję pokarmową t. j. zwracanie głowy w stronę rzekomego pokarmu i zjawienie się obfitego wydzielenia śliny.

Wytwarzane odruchy względne mogą gasnąć. Gaśnięcie zaś odruchów otrzymujemy przez wielokrotne działanie bodźca obojętnego, bez jednoczesnego działania bodźca nieobojętnego; częste powtarzanie dźwięku stroika bez równoczesnego wlewania kwasu powoduje to, że odruch względny przejawia się stopniowo coraz słabiej i nakoniec niknie.

Zasługuje na uwagę uderzający fakt, że gaśnięcie jednego odruchu względnego nie powoduje zaniku innych wytwarzanych odruchów

względnych, co wskazuje na właściwość różniczkowania odruchów względnych. W związku z tem przytoczę opis doświadczenia prof. Pawłowa z zastosowaniem, w charakterze bodźców względnych, mechanicznego podrażnienia 20 rozmaitych terenów skóry u psa. Otóż podrażniając mechanicznie w ciągu 30 sekund określony teren skóry z równoczesnem wlewaniem kwasu do jamy ustnej, otrzymywał Pawłow określony wynik wydzielenia śliny, powiedzmy ilość 30 kresek śliny w probówce. Podrażniając potem ten sam punkt skóry, bez równoczesnego wlewania kwasu, zauważył Pawłow gaśnięcie odruchu, np. 15 kresek zamiast pierwotnych 30 i nakoniec zupełne zniknięcie odruchu do zera. Lecz po zgaśnięciu odruchu, uczony sprawdzał kolejno siłę odruchów względnych na terenach przyległych, gdzie odruchy okazały się bynajmniej nie zatamowane. Powyższe różniczkowanie odruchów względnych prof. Pawłow stwierdził na 5 psach, na których doświadczał w ciągu całego roku.

Z tego znamiennego faktu różniczkowania odruchów wnioskujemy, że podnieta względna, która z początku promieniuje na znaczną część kory mózgowej, potem koncentruje się w miejscu bardzo ograniczonem.

To też odruchy względne w jaskrawej postaci wyjaśniają zdolności analityczne kory mózgowej. Odruchy względne jako ekspozytura układu nerwowego ośrodkowego, nasunąć muszą refleksje co do zdolności mózgu korzystania z doświadczeń i powstawania odruchów indywidualnych, zależnych od warunków życiowych i przystosowanych do tych warunków.

Zarówno wnioskować wolno, że z właściwości wyrobienia odruchów względnych, ich różniczkowania i hamowania rozwinęły się drogą ewolucji, właściwości kojarzenia myśli, udoskonalenia pamięci, a także dziedziny woli, w której walka pobudek może być identyfikowana z walką podniet i hamulców przy akcji wyrobienia odruchów względnych.

Wokoło zagadnienia odruchów względnych gromadzi się długi szereg kwestyj, dotyczących ustroju półkuli mózgowych. Tak, n. p. wypływa kwestja, jak rozumieć czynność dziedziny ruchowej kory mózgowej, a mianowicie, czy owej dziedzinie właściwa jest czynność odbiorcza (receptor), czy wynikowa (effector).

Otóż Pawłow wyrobił odruch względny z akcji ruchowej, mianowicie zgięcie nogi w określonym stawie, również wyrobił odruch z mechanicznego podrażnienia pewnego terenu skóry. Pozatem u pierwszego zwierzęcia wyciął gyr. sygmoideus (dziedzina ruchowa) a u drugiego zwierzęcia gyr. coronarius i ectosylvius, jako ośrodki odnośnego terenu skóry.

Wyniki tych doświadczeń były następujące: pierwsze zwierzę nie reagowało więcej odruchem na akcję ruchową, zachowując natomiast odruch na mechaniczne podrażnienie skóry. U drugiego zaś zwierzęcia odwrotnie był nieczynny odruch na mechaniczne podrażnienie skóry, natomiast zachował sprawność odruch na akcję ruchową.

Z podobnych doświadczeń Pawłow wnioskuje, że dziedzina ruchowa kory mózgowej jest stacją odbiorczą podobnie np. do sfery ocznej, i że wynik ruchowy przy podrażnieniu kory jest w gruncie rzeczy zjawiskiem natury odruchowej, to też kora mózgowa jest aparatem odbiorczym wielokształtnie analizującym i syntezującym nadchodzące podrażnienia, które tylko u dołu zapomocą włókien kojarzeniowych dosięgają aparatów ruchowych.

Pozatem w związku z odruchami względnemi Pawłow wysunął poważną kwestję lokalizacji w korze mózgowej. Wiadomem jest, że Munk ustalił w płacie potylicznym ośrodek wzroku, a w płacie skroniowym ośrodek słuchu. Natomiast szkoła Lucjani już dawno wypowiadała się za szerszem rozprzestrzenieniem ośrodków. Również klinicyści dysponują materjałem, który chwieje naukę o wązko-ograniczonych ośrodkach mózgowych.

Otóż Pawłow doświadczał w tym celu za pomocą metody odruchów względnych. Wyrabiając uprzednio u zwierząt reakcję zapomocą podniet względnych słuchowych i wzrokowych, pozatem dokonał wycinań w okolicy skroniowej i potylicznej, przyczem ustalił, że chociaż po tych zabiegach odruchy względne złożone niezawodnie szwankowały, to jednak przechowały się reakcje na bardzo proste podniety.

Wobec powyższego Pawłow stwierdza co następuje:

Każdemu aparatowi odbiorczemu na obwodzie odpowiada w korze mózgowej swoisty ośrodek, który odgrywa rolę stacji wysoce wyrafinowanej analizy dzięki swoistemu ustrojowi tego terenu, na co składają się: zwarte ulokowanie komórek tego terenu, liczebna łączność tych komórek i brak w tym terenie komórek innych czynności. Lecz poza wskazanym ośrodkiem na znacznej przestrzeni, a być może nawet na znacznej przestrzeni półkuli, istnieją również elementa odbiorcze, chociaż ich aktualność słabnie w miarę odległości od ośrodków właściwych.

Wreszcie, Pawłow, za pomocą metody odruchów względnych, usiłował rozwiązać zagadnienie fizjologji co do istnienia w korze mózgowej odosobnionych ośrodków wyższych czynności psychicznych.

Wiadomy jest fakt odmiennego zachowania się zwierząt po wycięciu bądź przedniej, bądź tylnej połowy półkul mózgowych, a mianowi-

cie po wycięciu tylnej połowy zwierzęta zachowują się prawie normalnie, natomiast po wycięciu przedniej połowy zwierzęta są bezradne, pozbawione zdolności wykonania ruchów celowych, a więc sprawiają wrażenie, że nie mogą rozumować. Jednakże doświadczenia Pawłowa w kierunku wyrobienia odruchów względnych upoważniły go do konkluzji zgodnej z opinją Munka, głoszącej, że nie istnieją odosobnione ośrodki wyższych czynności psychicznych i, że intelekt jest związany jednakowo z całą masą mózgową.

Zagłębiając się dalej w dział fizjologji pod etykietą „odruchy względne", akademik Pawłow usiłuje rzucić snop światła na rozmaite problemy psychologji. Szkoła Pawłowa zupełnie odrzuca wartość naukową psychologji subjektywnej, która dla wniknięcia w istotę duszy posługiwała się metodą introspekcji, to też Pawłow używa w nawiasach wyrazów „psychiczne" i „życie duchowe".

Prof. Pawłow tak reasumuje odnośny swój pogląd. Pierwotny człowiek, nie pojmując zjawisk naturalnych, zapożyczył w celu ich tłómaczenia przeżycia swego świata wewnętrznego, t. j. swe uczucia, popędy i myśli. Natomiast konsekwentny przyrodnik nie powinien naśladować tego błędu przy tłómaczeniu czynności duchowej wyższej rasy zwierząt i człowieka, lecz powinien ujmować duszę nie z wewnątrz, a z zewnątrz. Dusza, ten najwyższy szczebel życia, owiana w naszym światopoglądzie czemś wzniosłem i samoistnem, również winna być traktowana przez przyrodnika jako reakcja świata żyjącego na zjawiska z otoczenia.

Liczne wyniki zdobyte dzięki doświadczeniom szkoły Pawłowa za pomocą metody odruchów względnych przedstawiają niezmiernie cenny materjał, w szczególności dla psychjatrów. Sprawa przedstawia się następująco: Cała czynność masy mózgu składa się ze stanów podrażnienia i tamowania. I otóż z prac Pawłowa i Woskresenskiego okazało się, że tamowanie i sen są identycznym procesem. Jeżeli tamowanie obejmuje tylko nieznaczny teren mózgowy, mamy zjawisko powstrzymania pewnej czynności. Lecz skoro tamowanie ogarnia obydwie półkule mózgowe, następuje prawdziwy sen. Zdarzają się przypadki, że tamowanie nie objęło całego mózgu, również nie ześrodkowało się w jednym drobnym punkcie, lecz zajmuje szereg większych terenów, jednocześnie zmieszanych z terenami podrażnienia, wówczas mamy obraz hypnozy. Przy przejściu ze stanu zupełnego podrażnienia do stanu zupełnego zatamowania komórki kory mózgowej przechodzą szeregi faz, których stosunek do podniet ze świata zewnętrznego zniekształca się. Fazy te tłumaczą widzenia senne. Zdarzają się również wypadki,

gdy pod wpływem rozmaitych warunków nienormalnych mózg pogrąża się przewlekle w jedną z takich faz, które klinicysta ujmuje w postać hysterji, psychastenji i t. d.

Ażeby dalej ilustrować zastosowanie koncepcyj fizjologicznych do objawów psychjatrycznych, Pawłow zaczął w r. 1918 badać umysłowo-chorych.

Jako materjał kliniczny posłużyli Mu chorzy z objawami ociężałości i stanów skurczów tonicznych. Ponieważ ci chorzy dobrze rozumieli, co się do nich mówiło, byli więc zorjentowani i pamięć u nich nie była upośledzona, Pawłow wnioskował, że istota sprawy chorobowej polega u powyższych chorych na tamowaniu dziedziny ruchowej, które to tamowanie nie zajęło pozostałych terenów mózgowych. Zarazem Pawłow twierdzi, że stany analogiczne obserwował w swem laboratorjum u psów, poddanych doświadczeniom w kierunku odruchów względnych. Nadmienić należy, że u jednego z chorych, obserwowanych przez prof. Pawłowa, izolacyjne tamowanie dziedziny ruchowej zanikło po upływie wielu lat istnienia tego zjawiska, a mianowicie w wieku chorego 60 lat, co Pawłow tłumaczył tem, że z nastąpieniem starości słabną procesy tamujące, co właśnie uwydatnia się usposobieniem starców do gadatliwości, bujania i dziecinności. Przy tej okazji Pawłow czyni uwagę, że zamiast utartych w fizjologji metod analitycznych, polegających na usuwaniu części mózgowych celem ustalenia odnośnej czynności, możnaby korzystać z objawów patologicznych u umysłowo-chorych w celach różniczkowania, to też psychjatrja do pewnego stopnia byłaby czynnikiem pomocniczym dla fizjologji półkul mózgowych.

Na tem kończę szkic prac szkoły Pawłowa.

Swe reformatorskie poglądy wielki uczony, laureat nagrody Nobla, akademik Pawłow obwieszcza od szeregu lat ogółowi naukowemu na zebraniach uczonych z wyżyn kateder Europy i Ameryki.

Z naciskiem podkreślamy, iż Pawłow całkiem przeinacza psychologję, gdyż zamiast nauki samodzielnej psychologja redukuje się do rozdziału fizjologji mózgu.

Zestawiając spekulatywne wnioski dawnej psychologji z rewelacjami Pawłowa, osnutemi na faktach doświadczalnych z dziedziny fizjologji, mimo woli przypominają się szydercze słowa Fausta: „Ludzie uprawiający spekulację są podobni do trzody, która wałęsa się po marnych łąkach zamiast kroczyć po przyległych kwitnących pastwiskach".

Pod kwitnącemi pastwiskami pojmuje się studjum struktury duszy za pomocą metodyki odruchów względnych.

LES RÉFLEXES CONDITIONNELS.

Rapport référé par le dr. WIRSZUBSKI à la séance de l'Association des aliénistes, section de Vilno.

L'auteur discute le problème des réflexes conditionnels en citant la fameuse expérience de Pavloff.

Le mécanisme du réflexe conditionnel est le même que celui du réflexe absolu, avec cette seule différence, que c'est la membrane muqueuse qui dans le dernier cas sert de surface réceptrice, tandis que pour l'autre cas ce sont les organes de sens; le chien voit la nourriture, il sent son odeur, il entend les pas de la personne qui l'apporte, et le réflexe conditionnel se réalise grâce à la fonction analytique et synthétique du cerveau.

C'est aux réflexes absolus que les réflexes conditionnels doivent leur origine.

Par exemple: si l'on provoque une réaction par l'introduction d'un acide de couleur noire dans la gueule d'un chien, on peut constater que la vue seule d'un liquide noir p. e. de l'eau coloriée, provoque chez l'animal le même résultat que l'acide. Nous pouvons aussi provoquer un réflexe par le son d'une cloche, qui précéderait habituellement un repas. Le réflexe pourrait cesser d'apparaître si pendant quelque temps la cloche n'était pas suivi d'un repas.

Beaucoup de questions concernant la fonction des hémisphères du cerveau, se groupent autour du problème des réflexes conditionnels. C'est ainsi qu'il s'agit de savoir si l'on peut attribuer à la sphère des actions une activité réceptive (receptor) ou effective (effector.)

A l'aide de la théorie des réflexes conditionels de la sphère des actions, Pavloff affirme que la partie mobile du cerveau est un récepteur, pareil à la sphère ophthalmique.

Ensuite, en rapport avec les réflexes conditionnels, Pavloff avance la question de localisation dans l'écorce, en affirmant ce qui suit:

Chaque appareil récepteur correspond à son centre dans le cerveau, mais hormis le centre il existe également des éléments récepteurs, quoique leur activité s'affaiblisse en proportion de leur éloignement du centre.

Pavloff conclut, ainsi que Munk, que l'intellect est l'expression de l'activité de toute la masse cérébrale.

L'école de Pavloff rejette complètement la valeur scientifique de la psychologie subjective, qui se sert de la méthode introspective: d'après Pavloff la psychologie n'est pas une science indépendante; elle est réduite au rang d'une section de la physiologie du cerveau.

Les nombreuses expériences faites dans le laboratoire du prof. Pavloff, donnent un précieux matériel aux neurologues.

Ces expériences peuvent expliquer l'hystérie, la psychasthénie et certains cas des psychoses; la psychiatrie pourrait être, jusqu'à un certain point, un facteur aidant la physiologie des hémisphères du cerveau.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 2. stycznia 1926 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Sągin.

P. Gawroński przedstawia:

1). chorą C. K., lat 42, nie obarczoną dziedzicznie, która zachorowała poraz pierwszy przed 3-ma laty pod wpływem wstrząsających przeżyć w środowisku rewolucji bolszewickiej. Choroba jej objawiała się w nadmiernej lękliwości, przygnębieniu i kilkakrotnych zamiarach samobójczych. W momencie wstąpienia do Dziekanki i przez blisko 8-miomiesięczny pobyt w Zakładzie chora orjentowała się w czasie, miejscu i otoczeniu poprawnie, przytem stale powtarzała, że chce umrzeć i w tym celu połknęła już w domu sporo gwoździ, które wyciągała ze ściany, oraz igieł i ostrych odłamków szkła. Zawijała je zwykle w chleb i połykała. Potem stale doznawała i dotąd doznaje uczucia ciężaru w brzuchu. Mąż, chcąc chorą przekonać, kazał jamę brzuszną prześwietlić; obraz pustych jelit nie przekonał jej, owszem utrwalił urojenia a nawet spotęgował. Pacjentka w ostatnich czasach z całym spokojem powtarzała, że połknęła 5 funtów igieł, szkła i gwoździ i że czuje w brzuchu ciężar 50-funtowy, a że dotąd jeszcze nie umarła, to dowodzi, że ma zdrową naturę, zdrowy organizm. Parokrotnie przy tych skargach nastręczała lekarzowi konieczność rozkrajania brzucha i uwolnienia jej od tego ciężaru, na co się zgadza też mąż, przybyły w odwiedziny do chorej. Chora pierwszy raz wyjawiła chęć poddania się operacji już przed pięciu miesiącami. Bezpośrednio przed demonstracją pacjentki na posiedzeniu lekarskiem referent oświadczył chorej, że życzeniu jej stanie się zadość, że odbędzie się operacja. Wówczas chora odparła: „ja chcę do domu, ja nie chcę operacji", motywując odmowę tem, że niema dobrych operatorów, że są tu tylko „inkwizytorzy".

Podczas demonstracji chora oświadcza, że chciałaby umrzeć, bo zjadła szkło; choć jej nie smakowało, to jednak nie wymiotowała. Konkluduje: „ale ja nie wiem, co będzie ze mną". Chce umrzeć, bo zrobiła „niedobrze". Szkło jadła z myślą, że umrze. Ma wrażenie, że jest chorą psychicznie. Połknięcie szkła nie jest wyobrażeniem, lecz prawdą. Dalej pacjentka podaje, że czuje, iż jest inną niż dawniej. Dawniej dzieci kochała, obecnie nie kocha, bo dzieci jej nie kochają. Na operację nie zgadza się. Na pytanie, co robić z nią, odpowiada: „w ziemię". Zapewnia, że prócz szkła połykała gwoździe, stare, zardzewiałe, kupiła ich trzy funty, pozatem wyrywała ze ściany. Pierwsza porcja tych gwoździ wyszła; połknięta łyżeczka też wyszła. Badana twierdzi, że miała „psychoneurastenję" i dlatego chciała umrzeć; nie warto żyć, bo była obłożnie chorą. Jako dziecko przechodziła odrę. Zawsze była „markotną". 30 lat mieszkała w małem miasteczku. Matka jest histeryczką, ale „zdrowa jak kwiat". Chora ma „wielkie cierpienie moralne" ze względu na swoje postępowanie. Kiedy zachorowała, miała taką „słabość", że nie mogła

przejść przez ulicę, miewała zawroty głowy. Czasami ukazują się jej dzieci i słyszy, jak krzyczą. Podaje, że dzieci są białe, t. zn. mają białe włosy. Chciałaby umrzeć, nie dokonując samobójstwa, aby móc być pochowaną na cmentarzu. Na pytanie, czy chce wrócić na oddział, odpowiada, że nie wie (niezdecydowana). Nie warto, by jej podawać rękę.

DYSKUSJA.

P. O. Bielawski: Uwagi chorej co do zawrotów głowy i zemdleń, dalej świadomość choroby, perseweracja, słabość umysłowa, wreszcie słabe oddziaływanie źrenic każą myśleć o miażdżycy mózgu.

W każdym razie stan depresji nie jest czysty, nie jest typowy dla melancholji. Ze względu na wiek chorej (42 lata) i długie trwanie psychozy nasuwa się różniczkowe rozpoznanie pomiędzy melancholją involucyjną a miażdżycą.

Fikcyjna operacja, zmierzająca do usunięcia urojeń chorej, że ma igły w brzuchu, nie jest wskazana. Urojenia te nie są osią stanu psychopatycznego, nie są natury kompleksowej, funkcjonalnej.

P. Al. Piotrowski, choć nie neguje istnienia zaczątków arterjosklerozy, nie zgadza się jednak na koncepcję psychozy organicznej, albowiem osobowość psychopatologiczna nie odpowiada organicznemu zachorzeniu psychicznemu. Przyjąwszy pod uwagę depresję, poczucia niegodności, urojenia przygodne, ulotne, mianowicie urojenia hypochondryczne, przy zachowanym zresztą krytycyzmie, niezdecydowanie — wypada określić obraz chorobowy jako stan depresyjny z hipochondrycznemi urojeniami u psychopatki. Długotrwałość choroby nie przemawia przeciwko takiemu pojmowaniu istoty cierpienia.

Przypadek ten nie nadaje się do operacji.

P. Gawroński w zasadzie zgadza się z p. Bielawskim, że pacjentka jest arterjosklerotyczką. Ze względu jednak na charakter urojeń, na niezdecydowanie chorej skłonny jest przyjąć histerję; nie zgadza się na operację fikcyjną.

2): Pacjent K. B., lat 15, obciążony dziedzicznie, przybył do Zakładu z rozpoznaniem „schizofrenja". Dziad — nerwowy, babka — „melancholiczka", matka — ma Bazedowa, brat młodszy przebył zapalenie mózgu tbc.

Akt urodzin bardzo ciężki. Krzykliwość w niemowlęctwie, konwulsje do 7-go roku życia. Czerwonka w roku 1922. Bezsenność i bóle głowy przez cały rok 1923-ci z zaburzeniami przytomności, przytem dziwna ruchliwość kończyn i twarzy. Wogóle nadmierna ruchliwość — niepokój mięśniowy do 1925 r. Wówczas uderzało gwałtowne i aroganckie występowanie wobec rodziców.

Pacjent jest wątły, anemiczny, lękliwy, drażliwy, pobudliwy (pobudliwość objawia się gadatliwością) o woli mało rozwiniętej (nie umie opanować mowy, przeskakuje z tematu na temat), sugestywny, łatwo poddający się wpływowi otoczenia, przeczulony. Inteligencja nie wybitna, ale i nie upośledzona, myśl żywa, ruchliwa, popęd do spostrzeżeń, zamiłowanie do natury, do pracy fizycznej. Zaniedbany w nauce szkolnej i nie mający chęci do nauki. W przebiegu rozmowy często mówi: „Żyć nie warto, lepiej się zabić, jak taki nędzny żywot prowadzić". Po dłuższej rozmowie oświadcza, że szedł do referenta z drżeniem i bojaźnią, ale teraz się uspokoił, już go pokochał. Chciał

by się uczyć, albo pracować w ogrodzie, przytem się nie przemęczać, lubi czytać książki, ale to go męczy. Życiowo wyrobiony, zorjentowany. Widać, że się ocierał już o różne kąty. Zwyrodnienia fizycznego nie dostrzega się, prócz porażenia mięśnia kapturowego.

Pacjent domaga się zmiany dotychczasowego środowiska i opieki leczniczo-wychowawczej, przedewszystkiem starannej obserwacji w środowisku odpowiedniem.

DYSKUSJA.

P. Piotrowski stwierdza, że chory nie cierpi na schizofrenję, jak głosi świadectwo lekarskie, albowiem osobowość pacjenta psychopatologiczna nie jest schizofrenijną. Według wywiadów zebranych od matki przez p. Piotrowskiego, pacjent przebywał dawniej chorobę gorączkową w rodzaju grypy i potem nie sypiał, nawet pod wpływem nasenników, uprawiał zawzięcie bezwstydną onanję. Wytrzeszcz, osobliwa zmiana charakteru; charakter jest inny niż charakter właściwy temu wiekowi, złośliwość, niepohamowana arogancja, psotność, bezwstyd, gwałtowność — nasuwa wniosek, że mamy do czynienia z następstwami przebytej encephalitis lethargica.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 5. stycznia 1926 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Sągin.

1) Dr. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Szereg popełnionych oszustw. — Psychopatja. — Poczytalność zmniejszona.*

T. był już trzykrotnie karany za oszustwo w latach 1919 i 1923. Obecnie akt oskarżenia zarzuca mu szereg oszustw popełnionych w roku 1925. Okoliczności ich były mniejwięcej analogiczne. Wykazując się fałszywymi dokumentami wystawionymi na nazwisko niejakiegoś Z., oskarżony wprowadzał w błąd właścicieli różnych sklepów, wzbudzając w nich zaufanie do siebie jako osobnika zasobnego w pieniądze; tym sposobem zdobywał na kredyt towar, który następnie spieniężał.

Dla ilustracji wypada przytoczyć przynajmniej jeden fakt: w dniu 20. 4. 25 r. przybył T. do właściciela sklepu mebli D., żądając garnituru klubowego pociągniętego gobeliną i oświadczając, że chce go kupić dla szwagra. Ponieważ D. takiego garnituru nie miał na składzie, przeto T. wskazał na kanapę obciągniętą skórą, jako przedmiot kupna. D. żądał sześćset złotych; nato T. proponował zniżkę ceny i zapłatę gotówką. Wobec tego D. zgodził się na 550 złotych. Wtedy T. oświadczył, że poradzi się szwagra i opuścił sklep. Na drugi dzień T. w restauracji „pod Orłem" polecił stołowemu, ażeby przyprowadził właściciela restauracji. Temu zaproponował kupno kanapy, opowiadając, że znalazł się w kłopotliwem położeniu, gdyż sprowadził się z rodziną do B., a nie mając mieszkania, musi meble sprzedać, pozostała mu jeszcze kanapa, prawie nowa; ażeby wzbudzić litość, T. skarżył się na swoje kalectwo, przytem legitymował się dokumentami wystawionymi na cudze nazwisko. W końcu T. oświadczył, że za chwilę będzie przejeżdżał z kanapą koło hotelu, to można ją będzie obejrzeć, następnie udał się z tragarzem

i wózkiem do składu mebli, oświadczając, że jego szwagier godzi się na kupno kanapy. Jednocześnie oświadczył, że Izba Skarbowa w Poznaniu nie może wypłacić mu natychmiast zaległej renty, więc nie ma pieniędzy, że jednak wystawi weksel na 10 dni. Interes przyszedł do skutku. T. przyjechał z kanapą przed hotel „pod Orłem", gdzie kanapę sprzedał za dwieście złotych.

Do oszustwa tego i wielu innych T. przyznał się. Będąc w więzieniu, podsądny stawił wniosek o zbadanie go przez lekarzy, gdyż wskutek rozmaitych przejść miewał okresy, w których tracił pamięć, ponieważ cierpi na nerwy i serce. W piśmie do Izby Karnej T. mianował siebie „nestorem genjuszów", „wynalazcą serca wiekuistego, które się wkłada w organizm ludzki"; człowiek wtedy wcale nie umiera. Twierdził, że podobne idee wygłaszał już Neron, Dante, Shakespeare, Mahomet i Wirgiljusz, żądał, ażeby na rozprawę sądową przybyli przedstawiciele prasy międzynarodowej, on sam chciał się zjawić incognito. W tutejszym zakładzie badany podaje, że ciotka ze strony matki była rzekomo obłąkana, leczyła się w sanatorjum. T. urodził się rzekomo prawidłowo, uczył się średnio, otrzymał wreszcie maturę. Będąc dzieckiem, miewał, według opowiadania matki, szalone bóle głowy. W szkole łatwo ulegał namowom i dał się nakłonić do rozmaitych „głupstw", Raz wziął ojcu pistolet i podarował go koledze. Ojciec często mu robił wyrzuty, że plami imię rodziny. Również często badany kłamał bezpodstawnie i bezcelowo; to mu sprawiało przyjemność. W roku 1917 chorował na tyfus plamisty, w 1919 r. na grypę. Sześć lat temu stracił na wojnie obie nogi. Leczył się długo na nerwy w klinice dla umysłowo chorych w Kolonji. Bolała go głowa, był nieprzytomny, bo cierpiał na nogi, zażywał morfinę i pił. Ożeniony w roku 1916, miał jedno dziecko, które mu zmarło w wieku 2 lat. Choroby weneryczne badany neguje.

Stan obecny cielesny wykazuje brak podudzi obu kończyn dolnych, lekkie blizny w ciemieniowej okolicy głowy, które, jak twierdzi oskarżony, mają pochodzić od ran z postrzałów otrzymanych na wojnie. Blizny te są małe, z kością nie zrośnięte, owłosienie widocznie nie naruszone, kość w tem miejscu bez zmian. Badanie neurologiczne nie wykazuje nic charakterystycznego. Pod względem psychicznym stwierdza się pobudliwość afektywną. płacze i nie może się uspokoić i opanować. Pod względem intelektualnym nie stwierdzono u T. ani braków w dziedzinie pamięci ani też wybitniejszego upośledzenia zdolności krytycznych i syntetycznych.

DYSKUSJA.

P. Gawroński zaznacza, że w okresie rozwojowym pacjenta niejednokrotnie zdarzały się różne nadużycia, jak wykradanie rodzicom z biurka pieniędzy i t. p.; są to skłonności, znamionujące podrostka o zmniejszonej wartości moralnej. Na nią złożyło się obciążenie dziedziczne, przyczynić się też mogło i przebyte we wczesnem dzieciństwie zapalenie mózgu. Jeżeli młody osobnik z takiemi zadatkami wchodzi w życie w okresie wojny, która wciąga go w swój wir i staje się przez ciężkie uszkodzenie cielesne przyczyną chronicznego kalectwa i niedołęstwa fizycznego, osłabiającego energję życiową, to nadużycia popełnione przez niego w atmosferze powojennej stają się zrozumialsze.

Zawiele czynników szkodliwych zewnętrznych złożyło się na asocjalną pochyłą linję jego życia, aby on, staczając się po niej, miał znieść cały ciężar odpowiedzialności.

P. Piotrowski akcentuje, że T. pochodzi z rodziny, w której zachodziły choroby psychiczne. T. jest dziedzicznie obarczony. Już w młodości okazywał słabość woli, albowiem bardzo łatwo ulegał namowom towarzyszy i pod ich wpływem popełniał czyny niedozwolone. Maturę zdał z nadmiernym wysiłkiem, a studji aptekarskich nie mógł ukończyć. Na wojnie był zasypany i stracił oba podudzia. T. jest więc przez wojnę ciężko poszkodowany; po wojnie oddawał się pijaństwu i morfinizmowi. Z tego powodu osobowość psychiczna badanego, z natury uległego psychopaty o słabej woli, wyczerpanego skutkiem trudów wojennych, musiała jeszcze więcej ucierpić i załamać się, a wola jeszcze więcej osłabnąć.

Umysłowość badanego nie wykazuje wprawdzie grubych braków i zboczeń pod względem formalnym, atoli nie jest ona znowu tak wyrobiona, aby mogła należycie kierować wolą w każdej sytuacji, jaką sprowadza ciężka walka o byt w niekorzystnych warunkach zewnętrznych.

Reasumując zebrane dane o podsądnym, przychodzi się do wniosku, że T. jest osobnikiem chwiejnym, łatwo ulegającym każdemu silniejszemu bodźcowi, łatwo pobudliwym pod względem afektywnym, a wskutek słabej woli i braku energji niezdolnym do skutecznej walki z uciążliwemi przeszkodami, tak licznemi na drodze poprawnego życia społecznego. To też T., nie mogąc się przystosować do wymagań praworządnego bytowania, przy zdobywaniu pozycji zwrócił się w kierunku najmniejszego oporu i działał w tym kierunku, znajdując ułatwienie i pomoc w mętnem środowisku i powojennej niemoralnej atmosferze. W każdym razie przestępstwa popełnione przez T. są wypływem chorobliwej osobowości psychicznej.

U typu tego rodzaju co T., formalnie poprawny stan umysłowości nie jest decydującym wskaźnikiem oceny osobowości psychicznej. Tu trzeba uwzględnić przedewszystkiem inne stany psychiczne, jak wzruszeniowość i usiłowanie. Wtedy okazuje się, że łatwo pobudliwa afektywność góruje nad umysłowością i opanowuje ją daleko silniej, niż to ma miejsce w warunkach normalnych, i tem samem wywiera znacznie większy wpływ na słabą wolę i postanowienia, niż to czynić może umysłowość.

Wobec tego p. Piotrowski uważa, że u oskarżonego odpowiedzialność za czyny jest zmniejszona wskutek słabości woli.

O. Bielawski przychodzi do wniosku, że oskarżony T. jest psychopatą, w dodatku osobnikiem silnie wyczerpanym nerwowo i psychicznie, wskutek ciężkich przejść moralnych, wskutek kalectwa oraz zatruwania się morfiną i alkoholem. Życie psychiczne osobnika dotkniętego tak ciężkiem kalectwem układa się w sposób inny, niż życie osobnika nieupośledzonego, nasuwając mu myśl zdobywania sobie środków materjalnych drogą najłatwiejszą, aczkolwiek prawem zakazaną. Konsumowanie trucizny jak morfina i alkohol, osłabia układ nerwowy i władze psychiczne, zmniejsza wpływ hamulców etycznych przy walce motywów poprzedzających decyzję popełnienia czynów karalnych.

Wszystkie czynniki powyższe, brane łącznie, charakteryzują oskarżonego jako osobnika psychicznie spaczonego i upośledzonego. Jednak defekty

te nie są takie, by stan psychiczny podsądnego w chwili dokonywania czynów karalnych uznać jako stan wykluczający wolną wolę.

Zachowanie się T. w więzieniu i na rozprawie głównej należy kwalifikować jako wyraz po części świadomego, po części bezwiednego rozwiązania trudnej dla niego sytuacji, ucieczką w chorobę psychiczną już to w postaci marzeń o nieziszczalnych w rzeczywistości pragnieniach, jak wynalezienie wiecznie zdrowego serca (gdyż T. cierpi na przykre nerwicowe sensacje serca), jak wyobrażenie, że odgrywa znaczną rolę w społeczeństwie (w przeciwieństwie do rzeczywistości, która przedstawia się w formie wegetacji i szarego bezbarwnego życia, na które jest skazany wskutek kalectwa).

Ostatecznie referent konkluduje, że T., oskarżony o oszustwo, w chwili dokonywania karalnych czynów nie znajdował się w stanie nieprzytomności, ani też takiego chorobowego zaburzenia umysłu, któreby wykluczało jego wolną wolę, jednak T. jest ciężkim psychopatą i osobnikiem upośledzonym na duszy i na ciele; jego akty psychiczne odbywają się niezupełnie według norm osobnika psychicznie zdrowego. W więzieniu T. przebył lekki stan zakłócenia życia duchowego w postaci reakcji psychotycznej na sytuację.

2): P. Piotrowski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Podpalenie. — Oligofrenja. — Poczytalność wątpliwa.*

H. K., lat 61, podpalił z zemsty gospodarstwo syna swego i gospodarstwo sąsiada. Po dokonanym czynie udał się do pobliskiego stawu, aby się utopić. Zamiaru jednakże nie urzeczywistnił, bo przeszkodzili mu w tem sąsiedzi zdążający na miejsce pożaru. Wobec tego H. K. pobiegł do swego zięcia i tam się ukrywał do chwili aresztowania.

K. mieszkał na wymiarze u syna, któremu zapisał był przed rokiem swe 60-morgowe, bogato wyposażone gospodarstwo. Nie mógł się zgodzić z synową, z którą miewał często sprzeczki z powodu niedotrzymania umowy. Stosunek do niej tak się pogorszył, że K. wkońcu czuł głęboką urazę do niej, co wywołało chęć zemsty. Z tej zemsty K. podpalił posiadłość syna; budynki sąsiada podpalił także z zemsty, ponieważ ten namówił go do oddania gospodarstwa synowi. Do osoby K. podaje: ojciec i brat byli pijakami, on też jest pijakiem i spożywał dziennie do pół litra wódki. Tak samo przed czynem wypił około pół litra wódki. Jego nastrój w tym czasie był rozpaczliwy. K. nie miał chęci do życia i chciał popełnić samobójstwo. Wobec tego nie myślał o możliwości kary. Gdyby był wiedział, że samobójstwo mu się nie uda, nie byłby podpalił. Gdyby zwierzył się był żonie choć na 10 minut przed dokonaniem czynu, nie doszłoby do podpalenia. Gdyby mu ludzie nie przeszkodzili, byłby się utopił. Jeszcze przed wejściem do wody wypił resztę wódki z flaszki, którą miał przy sobie, bo chciał się upić i umrzeć. Wódka nie skutkowała.

Obecnie żałuje, że podpalił, ale nie żałuje, że mu się samobójstwo nie udało; chce ponieść karę zasłużoną. Obecnie nie popełniłby tego czynu. Do synowej urazy więcej nie czuje.

K. oświadcza stanowczo, że w czasie krytycznym nie mógł się oprzeć popędowi do podpalenia. Było to tak, że musiał podpalić. Jakaś siła pędziła go do podpalenia.

K. podaje dalej, że w rodzinie zawsze był nieco w tyle, że nie był tak rozwinięty jak reszta rodzeństwa. Opuścił szkołę wiejską z 3-go oddziału.

Był bardzo wrażliwy, łatwo pobudliwy, obrażał się przy lada sposobności i nie znosił, gdy jemu krzywdę wyrządzono; łatwo zapominał.

Przy badaniu K. wykazywał: obłożony język, zbaczający na prawo, silnie drżące powieki, częste kurcze mięśniowe na prawym policzku, wężykowate arterje na skroni, objaw Quinquaud'a w drżących palcach, żwawe odruchy ścięgniste, osłabioną pamięć i sprawność zapamiętywania, bezwładną mowę.

Na podstawie tych objawów należy uważać K. jako oligofrenika, pijaka, arterjosklerotyka, u którego w stanie wzburzenia afektywnego (złość do synowej i rozpacz) powstała myśl podpalenia, która opanowała całą jego istotę i pod wpływem alkoholu (½ litra wódki) siłą nieprzepartą wyładowała się w czynie karalnym. — U osób tego rodzaju co K. wzburzenie afektywne może być tak silne, że nie pozwala wystąpić i rozwinąć się myśli przeciwnej. Działanie wtedy nie jest działaniem z wyboru, działaniem wypływającem z zastanowienia, lecz działaniem popędowem.

Taki stan psychiczny należy do wyjątkowych, w których wolna wola jest ograniczona. To też p. dr. Piotrowski ma uzasadnione wątpliwości co do poczytalności K. w chwili dokonania karalnego czynu.

DYSKUSJA.

P. Bielawski uważa, że oskarżony wskutek osłabienia władz psychicznych pod wpływem alkoholu i z powodu konstytucji psychopatycznej skłonny jest do silnych wyładowań afektywnych, przeto w chwili wykonania czynu karalnego wolna wola jego była ograniczona.

J. Gawroński podnosi, że akt zemsty był wprawdzie w tym przypadku dokonywany z premedytacją, ale była to premedytacja starczej (miażdżyca) i pijanej w zwykłem znaczeniu tego słowa inteligencji (alkoholizm). Jeżeli 60-cioletni starzec popełnił głupstwo, że mając majątek, wyzbył się go dobrowolnie, nie zabezpieczywszy sobie materjalnego bytu, a potem czuł się pokrzywdzonym (przez siebie samego) i wywołał na tem tle konflikt z synową, mógł przecież szukać zadośćuczynienia choćby na drodze sądowej. Zemsta ujawniająca się w podpaleniu własnej siedziby i w dodatku gospodarstwa sąsiedniego, przypomina zemstę niedźwiedzia z bajki, który zabijając muchę na czole swego śpiącego przyjaciela pustelnika uśmiercił i jego. To jest gest osłabionego intelektu, zamroczonego częstemi i silnemi dawkami alkoholu oraz przytłumionego afektem wzburzonym, nie zaś czyn zwykłego zbrodniarza.

P. Piotrowski w słowie końcowem stwierdza, że mówcy dyskusyjni przyszli do tego samego wniosku co i on i istnieje tylko różnica w ocenie kwantytatywnej odpowiedzialności podsądnego, albowiem p. Gawroński poszedł o krok dalej od referenta i uznał oskarżonego za niepoczytalnego. P. Piotrowski wyraża jednak zdanie, że K. mógł się był poradzić conajmniej żony swojej, która z pewnością byłaby go powstrzymała od podpalenia. K. nie znajdował się w stanie nieprzytomności wzgl. zachorzenia psychicznego z wykluczeniem wolnej woli, więc nie był niepoczytalnym. Z drugiej strony K. jako oligofrenik (debilitas) i alkoholik jest psychicznie upośledzony, i z powodu tego upośledzenia jego wolna wola jest osłabiona.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 4. lutego 1926 r.

Przewodniczący p. Piotrowski. — Sekretarz p. Sągin.

P. Piotrowski przedstawia pacjenta K. S., b. ucznia szkoły handlowej w Moskwie, lat 24, dziedzicznie nie obarczonego. W młodocianym wieku nic szczególnego prócz wybitnych zdolności w matematyce. Mając lat 16, K. przebył malarję. W 1922 r. przeszedł szkarlatynę, podczas której był nieco podniecony i miał halucynacje. Po wyzdrowieniu halucynacje nie powtarzały się. Przed chorobą chłopiec był nadzwyczaj żywy, gimnastykował, pływał; nauczyciele uważali go jako zdolnego, ale leniwego ucznia. Zalegały u niego wypracowania szkolne. Był charakteru złośliwego, dokuczał otoczeniu, szczególnie najbliższemu. Choroba umysłowa objawiała się u niego zaburzeniami psychicznemi regularnie występującemi co trzy i cztery tygodnie. Przy badaniu pacjent twierdził, że jest popędliwy, gdyż zajmuje się onanją, że przyjechał tu, aby się leczyć; chciał się powiesić z nudów. Teraz już takich myśli nie ma, bo jeżeli się nudzi, to szuka jakiegoś zajęcia albo czyta książki. Czasami ma takie chwile, że nie może skupić uwagi. Zdrowie jego „nie jest nadzwyczajne". Czasami nawiedzały go myśli natrętne; K. zastanawiał się często nad rzeczami błahemi. Po chorobie w ostatnim czasie stał się obojętnym w stosunku do rodziny. Miewał czasami kłótnie i sprzeczki ze znajomymi. Nie wie, jak mu przyszło do głowy, że wybrał się do Radzymina. Szedł bez celu; uważa to za spacer (80 km.).

Obecnie liczenie idzie mu trudno. 14×13 nie potrafi pomnożyć, $7 \times 13 = 91$, $521 + 630 =$ ma „pustą głowę, trudno zebrać myśli", więc nie może odpowiedzieć. Nastrój ma bardzo smutny, bo nie ma co ze sobą robić. Chciałby się czem zająć (w rzeczywistości niczem zająć się nie chce, w żaden sposób nie można było go pobudzić do zajęcia). O wyjeździe do Niemiec mówi, że nie może mieć swego zdania i musi słuchać rozkazów ojca. Powiesić się nie chce, ale chciałby w jakikolwiek sposób „zniszczyć się".

Referent stwierdził u badanego: osłabienie psychiczne po infekcyjnej chorobie.

Pozatem p. Piotrowski przedstawia inżyniera M. S., lat 32. Matka jego nerwowa; ojciec miał „melancholję", z której po półtora roku wyleczył się i jeszcze przez dwa lata pełnił służbę. Potem stał się apatyczny, był sparaliżowany i umarł na organiczną chorobę. Badany jest żonaty; dzieci nie ma.

Pacjent był zawsze spokojny, poważny, odludny. W wieku lat 27 miał scysję z profesorem, twierdził, że profesor hypnotyzuje go i szykanuje za to, że pacjent nie chciał ożenić się z pewną panną. Nastąpił stan przygnębienia, ze smutnemi myślami prześladowczemi, trwający parę tygodni. M. doniósł „pułkownikowi", że szofer jego zahypnotyzował go.

Przy badaniu M. oświadczył, że jest mordercą i zbrodniarzem (należy poćwiartować go, spalić i t. d.). Posądzał siebie o współudział w zamachach i wszelkich zbrodniach, uważał że nie jest chory, lecz cierpi tylko karę bożą. Po południu tego samego dnia M. niepostrzeżenie oddalił się z sali stołowej do klatki schodowej i wyskoczył oknem.

Obecnie podaje, że wyskoczył oknem dlatego, że miał halucynacje wzrokowe. Jakaś biała postać goniła go. Samobójstwo uważa za zjawisko nor-

malne, o ile są powody do tego. Wprawdzie religja potępia samobójstwo, ale to rzecz osobista. Dziś nie targnąłby się na swoje życie; poprzednie usiłowania samobójcze były wypływem myśli chorobowych. Chciał skończyć samobójstwem, bo miał halucynacje wzrokowe i słuchowe. Czasami nawiedzały go myśli natrętne; lęków nie miał. — (Później pacjent przyznał się, że cierpiał wiele wskutek lęku, powodowanego myślą, że zabił swego wuja. Swego czasu negował lęk, bo nie rozumiał pytania, i zdawało mu się, że chodzi tu o lęk przed śmiercią, którego nie znał). Dzisiaj nie ma powodu do samobójstwa; nastrój ma teraz „normalny". Niekiedy słyszy „głosy", nie zwraca jednak na nie uwagi.

Pacjent cierpi na psychozę lękową.

DYSKUSJA.

O. Bielawski: osłabienie umysłu u pacjenta K. spowodowane jest nie zmianami funkcjonalnemi, lecz organiczną zanikową chorobą mózgu, mianowicie schorzeniem jąder podstawowych.

P. Al. Piotrowski odpowiada, że oczywiście choroby infekcyjne, wywołujące osłabienie umysłu, powodują pewne zmiany chorobowe w tkance mózgowej. W przypadku K. jednak referent nie ogranicza owych zmian do jąder podstawowych, lecz wyraża opinję, że ze względu na charakter czysto psychopatologiczny choroby, a nie neurologiczny, i ze względu na osłabienie przedewszystkiem funkcji umysłowych wyższego rzędu, mianowicie funkcji syntetycznych, należy w pierwszym rzędzie myśleć o uszkodzeniu kory mózgowej.

J. Gawroński: O WPŁYWIE NARZĄDU MIĘŚNIOWEGO NA POWSTANIE I ROZWÓJ ŚWIADOMOŚCI (por. Now. Psych. Nr. 2, 1926).

DYSKUSJA.

P. Piotrowski ma zastrzeżenia co do ilustracyj, które niezbyt wyraźnie przedstawiają sprawę poruszoną. Pozatem zaznacza, że kwestja przestrzeni i czasu stanowiła (od czasów Kanta) i stanowi jeden z najpoważniejszych problemów dociekań filozoficznych i do dziś nie została zadowalniająco rozwiązana. Według Kanta czas i przestrzeń nie są bynajmniej czynnikiem jakościowym wrażeń, lecz formą wyobrażeń, formą nie wypływającą z wrażenia, lecz powstającą ze wzajemnego oddziaływania i ustosunkowania się wyobrażeń; dlatego czas i przestrzeń nie mogą być wyobrażeniem.

Nazwę „patopsyche" oponent uważa za niefortunną w tym przypadku.

O. Bielawski podnosi, że stanów wywołujących rozdźwięk między czuciem mięśniowem a zwykłem sensorjum jest bardzo mało. Praktyka lecznicza zastosowania ruchu w zaburzeniach psychicznych daje dobre wyniki, ale to nie znaczy, że wyniki owe potwierdzają teorję. U dzieci ruchliwość nie jest opanowana przez korę mózgową, tylko przez centra podkorowe.

Dr. J. Gawroński, reasumując wszystkie uwagi pp. Piotrowskiego i Bielawskiego zaznacza, że gdyby nawet twierdzenia E. Storcha nastręczały pewne wątpliwości, to już samo życie dziecka normalnego, wszystkie okresy jego rozwoju, wypełnione ruchliwością, są jawnem świadectwem o powstawaniu aktów świadomości przy czynnym współudziale systemu mięśniowego, a więc o myogenetycznym ich charakterze. Świadomość nasza jako pod-

miotowy współodpowiednik wrażeń i wyobrażeń, powstających w korze mózgu pod wpływem odpowiednich bodźców dochodzących do ośrodków korowych jedynie przez zmysły, byłaby pozbawioną poczucia masy, przestrzeni, kierunku, odległości, a przez to samo i poczucia rzeczywistości. Dzięki tylko współpracy systemu mięśniowego z narządami zmysłowymi w przenoszeniu do świadomości wrażeń niezliczonych oporów (masa zawsze stawia opór, a opór przezwyciężają tylko mięśnie) powstają w niej drogą dośrodkową współczesne i współrzędne akty myopsychiczne. One to składają się na plastyczność naszej świadomości, dzięki której (plastyczności) kształtujemy świat zewnętrzny jako przestrzenny, a więc rzeczywisty.

Poczucie rzeczywistości nie jest odziedziczone, ale nabywane przez rozwijające się dziecko dzięki myotycznemu kierunkowi jego wychowania. Opanowane przez szkołę sedentarną, a więc amyotyczną, kształcone przeważnie z książki, bez stałego i czynnego kontaktu ze światem zewnętrznym, co mu obok zmysłów zapewnić może jedynie ustrój mięśniowy, dziecko przeistacza się w człowieka dojrzałego formalnie, w istocie zaś pozostaje niedorozwiniętem, jednostronnie wykształconem w stosunku do realnych wymagań życia, gdyż świadomość jego, uboga w elementy myopsychiczne, odczuwa rzeczywistość jakby za mgłą, w kształtach niejasnych, nieuchwytnych, stąd oddziaływanie takiego osobnika nawet na silne bodźce zewnętrzne jest słabe, chwiejne, niezdecydowane, jego stanowisko wobec otoczenia cechuje niepewność, bierność, a nawet bezradność i dezorjentacja — stany, które w silniejszym stopniu spotykamy w psychozach..

POSIEDZENIE NAUKOWE W DZIEKANCE

dnia 17. 2. 1926

z udziałem gości z Gniezna.

Przewodniczący: p. Al. Piotrowski. Sekretarz: p. K. Sągin.

O. Bielawski: „HYPNOZA A KODEKS KARNY“ (drukowany w Now. Psych. w roku 1926 (zeszyt 1.).

DYSKUSJA.

P. Tomaszkiewicz zaznacza, że prawo musi być ogólne, aby można wszystkie przypadki podobne podciągnąć pod pewien paragraf. § 51 możnaby nadać brzmienie ogólniejsze, wykreślając słowo „chorobowych“.

P. Sobiecki zaznacza, że § 51 rozróżnia stan nieprzytomności i stan choroby psychicznej. Stany hypnotyczne możnaby podciągnąć tutaj. Wachholz twierdzi, że nie notowano dotąd ani jednego przypadku, gdzieby bezsprzecznie dało się stwierdzić, że czyn był popełniony w hypnozie. Kazuistyki nie należy wprowadzać do prawa. „Uszkodzenie na zdrowiu“, według § 223 kk. nie odnosi się tylko do ciała, ale i do psychy, wobec tego istnieje możliwość pociągnięcia hypnotyzera do odpowiedzialności karnej za partactwo lub za niedbalstwo. Niektóre osoby etyczne, zahypnotyzowane, nie dopuszczają się jednak czynu nieetycznego, karalnego. Wypadek omawiany ma znaczenie tylko teoretyczne.

P. Eimer podaje, że prof. Makarewicz stoi na stanowisku, że pojęcie „przymus cielesny“ obejmuje także kryterja przymusu psychicznego. Wolnej

woli nie można kierować w złą stronę u osobnika nawskroś etycznego i moralnego. Oponent zapytuje, czy u osoby hypnotyzowanej czyn jest narzucony czy tylko kierowany. Referent nasuwa oponentowi myśl teoretycznych rozważań, że może się zdarzyć przypadek, gdzie ktoś umyślnie może się dać zahypnotyzować, aby popełnić czyn karalny. Dalej p. E. cytuje przypadek, gdzie pewna kobieta w stanie hypnotycznym obnażyła się do naga. Scena skończyła się atakiem histerycznym.

P. Droszcz widział dużo wypadków hypnozy i wpływy tejże na zdrowie medjum. Według jego zdania jest słusznem żądanie ukarania szarlatanów zajmujących się hypnozą.

P. Piotrowski zwraca uwagę na to, że medjum musi być uległe hypnotyzerowi i że musi dobrowolnie i z natężeniem skoncentrować uwagę na jeden punkt, jeżeli hypnoza ma przyjść do skutku, w jednej lub kilku minutach. Kardynalnemi cechami stanu hypnotycznego są objawy, jak zniesienie woli i sprawności sądzenia, łatwa uległość wobec hypnotyzera, równająca się poddaństwu, osłabienie a nawet wyeliminowanie hamulców korowych. Ze względu na szczegół zasadniczy jak uległość, skoncentrowanie uwagi w jednym punkcie, wypada przyjąć, że śpiącego nie można zahypnotyzować; sprawa ta jednak nie jest dostatecznie wyświetlona. Natomiast pewnem jest, że oporni, dzieci, cały szereg osób psychicznie chorych jak maniacy, melancholicy, chorzy ze stuporem (z wyjątkiem histeryków, epileptyków i paranoików), idjoci, gorączkujący, nie mogący skupić uwagi i nie mogący pozostać pewien czas bez ruchu, nie nadają się do hypnozy. Hypnoza jako terapja u psychicznie chorych jest bezskuteczna, a częste hypnotyzowanie umysłowo chorych może chorobę pogorszyć.

Częste hypnotyzowanie osób zdrowych, którzy z trudnością poddają się hypnozie, może późniejsze hypnotyzowanie ułatwić. Ciekawem zjawiskiem jest fakt, że mieszkańcy Indji angielskich poddają się hypnozie łatwiej niż europejczycy. W gruncie rzeczy należy przyjąć, że każdy osobnik, mogący skupić uwagę przez dłuższy czas bez przerwy na jednym punkcie, nie poruszając się ani razu, nadaje się do hypnotyzowania, jeden łatwiej, drugi trudniej, jeden zasypia prędzej, drugi później. Dyspozycja do zahypnotyzowania się leży w korze mózgowej i polega na szybkiem męczeniu się psychicznem osobnika poddającego się hypnozie. Kto łatwo psychicznie się męczy, łatwiej ulega hypnozie. Nikt nie może stwierdzić z całą stanowczością, że nie nadaje się do hypnozy. Objawy hypnotyczne nie są w każdym przypadku te same. Pod względem motorycznym stwierdzamy często objawy katatoniczne. Co do pamięci należy zaznaczyć, że głęboka hypnoza znosi pamięć na czas trwania hypnozy, w lekkiej hypnozie pamięć może być zachowana do pewnego stopnia. U osób słabowitych występują po hypnozie dolegliwości neurasteniczne. Wskutek częstego hypnotyzowania może powstać u osób słabowitych nawet psychoza. Uwzględniając objawy ujemne z jednej strony, nie należy z drugiej strony pominąć cech dodatnich hypnozy, która w całym szeregu funkcjonalnych zachorzeń nerwowych, stosowana indywidualnie i ostrożnie, stanowi skuteczny środek leczniczy, a w każdym razie jest pożyteczną w formie sugestji.

W sądownictwie czyn karalny popełniony w stanie pohypnotycznym nie może być subsumowany pod pojęcie § 51 kk., albowiem nie zachodzi tu żadne

kryterjum tego paragrafu, jak nieprzytomność i chorobowe zaburzenie psychiczne z wykluczeniem wolnej woli. Możnaby tylko powiedzieć, że wolna wola sprawcy działającego w stanie pohypnotycznym była wykluczona wzgl. osłabiona, a tego stanu kod. k. obowiązujące na ziemiach polskich nie uznają w przeciwieństwie do Kodeksu Napoleona, który w § 64 głosi:

„Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou qu'il a été contraint par une force, à laquelle il n'a pu résister", — t. zn., że nie będzie poczytane przestępstwo, jeżeli sprawca popełnił je w stanie zachorzenia psychicznego, albo jeżeli działał pod wpływem siły, której nie mógł się oprzeć. Człon drugi tego paragrafu zawiera kryterja, które znajdujemy także w stanie pohypnotycznym.

Nawet gdyby nastąpiło rozszerzenie § 51 n. k. k., wskutek wykreślenia wyrazu „chorobowego", jak proponuje p. Tomaszkiewicz, to jednak stan pohypnotyczny nie mógłby być podporządkowany pod pojęcie zaburzeń psychicznych (§ 51 n. k. k. brzmi: Nie ulega karze, kto w czasie dokonania przestępstwa znajdował się w stanie nieprzytomności lub w stanie chorobowych zaburzeń psychicznych, który wyklucza wolną wolę). Istnieje jeszcze jedno pytanie, czy rozszerzenie § 51 po myśli propozycji p. Tomaszkiewicza odpowiadałoby postulatom opinji publicznej, która z pewnością niechętnie widziałaby bezkarność pijaka, który popełnił przestępstwo w stanie zwykłego pijaństwa, gdzie wolna wola jest wykluczona z powodu zaburzeń psychicznych, które atoli nie są zaburzeniami chorobowemi.

P. Eimerowi odpowiada p. Piotrowski, że niewiasta, o której wspominał p. Eimer, była histeryczką i na uraz psychiczny, jakim jest hypnoza, zareagowała napadem histerycznym, co odpowiada doświadczeniom, że osoby słabowite po hypnozie często miewają różne dolegliwości i nieprawidłowości funkcjonalne, między temi może się pojawić i napad histeryczny.

P. Piotrowski kończy swoje wywody opinją, że o ileby ustawodawstwo włączyło hypnozę w orbitę swych postulatów, należałoby przy konstruowaniu odpowiedniej formułki uwzględnić także znaczenie hypnozy jako środka leczniczego. Taksamo jak to ma miejsce z morfiną, która jako trucizna wykluczona jest z wolnego handlu, atoli jako pożyteczny środek analgetyczny oddana do dyspozycji lekarzy.

O. Bielawski w odpowiedzi oświadcza, że bynajmniej nie zamierzał proponować konkretnych przepisów dotyczących karalności czynów dokonanych w związku z uprawianiem hypnozy, lecz tylko pragnął dać sądowo-psychjatryczne oświetlenie tematu.

P. Sobieckiemu odpowiada, że nie przypuszczał, że § 223 może objąć czyny karalne, stanowiące uszkodzenie zdrowia psychicznego i moralnego w szczególności w następstwie stosowania zgubnych praktyk hypnotycznych. § 223 brzmi: „Kto umyślnie krzywdzi inne osoby na ciele lub ich zdrowiu wyrządza uszczerbek, ulega za uraz cielesny karze... i t. d.". W każdym razie przepis ten dotyczy lekkich urazów, karalnych na wniosek, a nie z urzędu. Referent zaś kładzie akcent na to, że hypnotyzowanie należałoby karać z urzędu, gdyż osoba poszkodowana (wielokrotnie hypnotyzowana) zazwyczaj nie znajdzie w sobie tyle siły, by przeciwstawić się sprawcy w formie oskarżenia go przed sądem.

P. Eimerowi referent odpowiada, że określenie czynu dokonanego pod wpływem hypnozy i w stanie hypnotycznej sugestji jako czynu spełnionego pod przymusem fizycznym (o ile tylko prawo dopuszcza taki komentarz) jest zupełnie racjonalnem.

P. Piotrowskiemu referent odpowiada, że skłonny jest uważać zabiegi hypnotyczne i sugestję hypnotyczną za szkodliwe w każdym razie, a więc również stosowanie ich jako środka leczniczego. Szkodliwość polega oczywiście na rzuceniu niezasymilowanych myśli do psychiki hypnotyzowanego. Hypnoza, tak jak morfina, jest zawsze szkodnikiem dla ustroju. W ręku lekarza jednak odpowiednio dawkowana może mieć zastosowanie jedynie jako remedjum symptomatyczne. Oczywiście niekiedy hypnoza może usunąć dokuczliwe dolegliwości i w konkretnym przypadku przynieść choremu duży pożytek. Wtedy korzyść jest większa niż uszczerbek na zdrowiu wypływający z ogólnej istoty zabiegu.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

w dniu 27. 3. 1926 r.

Przewodniczy: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Sągin.

O. Bielawski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Opór przeciwko władzy. — Konstytucja histeryczna. — Poczytalność.*

S. W. lat 22 w dniu 31. 12. 25 r. wiecz. w towarzystwie dwóch kolegów udał się do kawiarni, gdzie już „dość wstawiony", rozpoczął awanturę. W. twierdzi, że nie pamięta, jak się dostał do aresztu i co się z nim potem wogóle działo. Nie przypomina sobie, że stawiał opór policji, że znieważył urzędnika policyjnego i zniszczył urządzenia w areszcie. Dalej podaje, iż cierpi na nerwy, „za chorobę nie odpowiada". Jeden ze świadków zeznaje, że W. wołał w restauracji: „co, psiakrew, policja chce odemnie", i zamierzył się krzesłem na policjanta. Przy aresztowaniu W. stawiał opór czynny i bierny, tak że musiano go przemocą wyprowadzić na ulicę, nie chciał iść, tylko kazał siebie nieść i to wysoko, aby się nie pobrudził. W. miał być wtenczas mocno pijany i nie wiedział, co czynił.

Stała komisja lekarska superrewizyjna stwierdziła, że W. miewał napady histeryczne i zaburzenia świadomości. Obserwacja szpitalna wykazała nerwicę przewlekłą, ujawniającą się napadami histerycznymi ze znacznem przyćmieniem świadomości, drgawkami toniczno-klonicznemi, osłabieniem odruchów spojówkowo-rogówkowych i źrenicowych.

Podsądny W. podaje o sobie, że pochodzi z rodziny dziedzicznie nieobarczonej, rozwijał się w dzieciństwie dobrze, uczył się dobrze. Na wojnie nie raniony, nie kontuzjonowany. W 1919 r. W. widział na ulicy osobnika w napadzie kurczowym. Kilka lat później, jako telegrafista przy stacji odbiorczej bez drutu, W. popadł w silne zdenerwowanie z tej przyczyny, „iż zaczęły grać wszystkie stacje i nie mógł odebrać depeszy". W tem zdenerwowaniu dostał W. napad kurczowy. Był już kilka razy karany za awantury uliczne. Podaje, że w dniu krytycznym — wieczór sylwestrowy — pił dużo w domu i w restauracji (ilości wypitego trunku ściśle jednak podać nie może), a ponieważ miał zajście z kucharzem, który go wyrzucił z kuchni kawiarnianej i bił go pięścią, przeto W. wpaść miał w tak silne rozdrażnienie, że z dal-

szych zajść pamięta tylko fragmenty. W szczególności nie pamięta żadnego z zarzuconych mu aktem oskarżenia czynów karalnych.

Badanie objektywne, neurologiczne i psychjatryczne, poza pewnemi znamionami histerycznej konstytucji (osłabienie reakcji spojówki i odruchu gardzielowego, pobudliwość uczuciowa) nie wykazało żadnych innych objawów upośledzenia psychicznego ani też choroby psychicznej.

DYSKUSJA.

J. Gawroński podnosi, że mimo napadów, które zostały stwierdzone przez komisję superrewizyjną, uważa badanego za symulanta.

A. Piotrowski stwierdza, że W. jest histerykiem, którego afekt — dnia krytycznego — był silnie wzburzony. Przeżycia badanego w ów wieczór sylwestrowy należy rozłożyć na dwa okresy. W pierwszym okresie, od chwili wstąpienia do restauracji do chwili przybycia do aresztu, W. znajdował się w stanie zwykłego pijaństwa i wybryki jego były wypływem tego stanu. Jego awantura z kolegą w restauracji i jego postępowanie na ulicy przedstawiają przejawy zwykłego podniecenia alkoholowego. Po aresztowaniu dochodzi do tego podniecenia reakcja na przeżycia psychiczne (bardzo przykre), w formie silnego wzburzenia afektywnego; (odurzenie patologiczne!?). Brak zeznań świadków w tym kierunku nie pozwala wydać ostatecznego orzeczenia, dla tego p. Piotrowski proponuje, ażeby odłożyć opinję decydującą do głównej rozprawy sądowej.

O. Bielawski stwierdza, że na podstawie istniejącego materjału dowodowego nie może przyjść do wniosku, że W. w chwili krytycznej znajdował się w stanie przemijającego chorobowego rozstroju psychicznego, powstałego bądź to pod wpływem alkoholu, bądź to pod wpływem afektu lub innej przyczyny. Nie stwierdza, by W. był psychicznie chorym lub niedorozwiniętym w znacznym stopniu. W chwili krytycznej W. działał pod wpływem silnego zdenerwowania, które jednak nie przekraczało granic normalnego stanu psychologicznego, oraz pod wpływem alkoholu, którego działanie nie przekraczało granic fizjologicznych. Ze względu na niedostateczny materjał pod względem wyjaśnienia, czy zachodził u W. stan nieprzytomności, ostateczne orzeczenie referent wyda na rozprawie głównej, po postawieniu odnośnych pytań świadkom, którzy mogliby kwestję wyjaśnić.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 27. 4. 26.

Przewodniczący: A. Piotrowski. Sekretarz: P. Sagin.

P. J. Gawroński przedstawia:

1) pacjentkę Cezarynę D., lat 66, dziedzicznie obciążoną ze strony matki i jej rodziny. Dziadek, matka, wuj zmarli na „pomieszanie". Chora już w młodym wieku była skłonna do samooskarżeń, mawiała, że jest brzydka, że rodzina się jej wstydzi, usuwała się też od gwaru i towarzystwa; zawsze była ceremonjalna i drażliwa. Od dwóch miesięcy podniecona, cierpi na bezsenność, głośno mówi do siebie, tupie nogami, bije się rękoma. Od tego też czasu przyjmuje chloral i inne nasenniki. Dnia 6. 4. r. b. rzuciła się do sadzawki. Wyratowana, uległa atakowi nerwowemu połączonemu z nieprzytomnością, rzucaniem rękoma i nogami, oraz ze śmiechem spazmatycznym.

Atak trwał godzinę, nieprzytomność trzy godziny. W dniu 20-go kwietnia br. przyjęta do zakładu. Somatycznie: źrenice słabo reagują na światło i zborność. Miękkie podniebienie nieczułe na dotyk, w jamach nosowych ozaena. Puls słaby, 104, równy, temperatura 37, 1° C. Wyraźne ślady miażdżycy. Psychicznie: chora zorjentowana, pamięć rzeczy odległych dobra; pacjentka uznaje, że jest chorą. Przeważają afekty depresyjne, urojenia hypochondryczne, istnieje skłonność do samooskarżania. Nastrój depresyjny; pacjentka widzi i przewiduje wszystko w czarnych kolorach.

Przy przedstawieniu pacjentka niechętnie odpowiada na pytania i raz po raz stuka pięścią w stół ze złością. Wie, skąd przyjechała, nie pamięta jednak, co jadła na obiad, ani też dnia ani miesiąca. Prosi, żeby nie męczyć jej pytaniami; w nocy nie sypia. Ruchy żywe, porywcze; chora nie wypowiada żadnych życzeń. Ma mieć szum w uszach. Wstaje, chodzi, rzuca z siebie chustkę, powiada, że chce pozbawić siebie życia.

Referent uważa przypadek ten za depresję na tle miażdżycy z histerją.

---

2) Pacjent Józef C., lat 51, dziedzicznie nie obciążony. Służył w wojsku w czasie wojny. Do chorób wenerycznych nie przyznaje się; nie pije. Obecna choroba rozpoczęła się 3. 4. 26 r. ; z początku przejawiała się podnieceniem psychomotorycznem. Chory krzyczał, biegał, był jednak dostępny perswazjom i uspakajał się pod ich wpływem. Somatycznie: źrenice wązkie, nierówne, lewa szersza, wężowatość i stwardnienie arterji, brak czucia bólu na całym tułowiu, przeczulica zaś na pośladkach. Na silne ukłucia igłą w kończynach pacjent nie reaguje, natomiast ma przeczulicę dłoni i palców, oraz pewnych miejsc na stopach. Czucie na ciepło i zimno zachowane. Chód niepewny, podrywany; przy zwrotach chory się zatacza. Psychicznie: pacjent zdradza objawy psychomotorycznego podniecenia. Właściwej gonitwy myślowej niema, ale nieustające głośne gadulstwo, z giestykulacjami i przeskakiwaniem z jednego przedmiotu na drugi. Hyperkontakt z otoczeniem: rozmawiając z lekarzem chwyta go wpół, wypełnia swoją osobą cały oddział, spogląda od czasu do czasu na sufit, od czasu do czasu nasłuchuje, jakby z kimś rozmawiał. Wyraźnych urojeń z natłoku rozbieżnych myśli dopatrzeć się nie można. Badany często się modli. Zorjentowany w czasie i miejscu, w stosunkach osobistych. W dwa dni potem chory zupełnie spokojny; zaledwie chwilowe przebłyski przedwczorajszego podniecenia. Czucie na ból na całem ciele normalne.

---

3) Pacjentka Weronika S., lat 52. O obciążeniu rodzinnem nic pewnego. Obecna choroba rozpoczęła się w grudniu 1924 r. lękami, uciskiem w okolicy serca, brakiem apetytu i snu. Obok tych objawów silne podniecenie, krzyki, ataki agresywności. Takie objawy powtarzały się dość często od połowy grudnia 1925 r. do 6. stycznia 1926 r. Od tej daty aż do połowy lutego S. była spokojna. W połowie lutego nowy okres podniecenia, trwający aż do przybycia chorej do zakładu, t. j. do 16. 3. 26 r. W tem ostatniem podnieceniu wyzywała męża, dzieci, uskarżała się, że ją krzywdzą, dzieci nie uznawała za swoje, tak samo męża. Perjod straciła przed 6-ciu laty. Somatycznie: lekka asymetrja twarzy (lewa połowa sparaliżowana), języczek zbacza również na lewo, lekkie drżenie palców u wyciągniętych rąk, puls słaby, nad sercem tony

głuche. Pacjentka przyszła do zakładu w wielkiem zaniedbaniu; włosy były zwinięte w kołtun i zanieczyszczone. W pierwszych paru tygodniach pobytu w zakładzie chora była podniecona (w czasie przyjęcia uderzyła pielęgniarkę w twarz). Uwydatniał się brak poczucia rzeczywistości, szczególnie wtedy, kiedy S. mówiła o swojej rodzinie. Mąż — to nie jej mąż; dzieci — to nie jej dzieci, bo ją biją! Nie nazywają jej matką, tylko „starą warjatką", „kurwą"! „Czy to są dzieci — to nie dzieci"! Głosów w czasie pobytu w zakładzie ani przedtem nie słyszała, „widziadeł" nie widziała. Chora uspokoiła się dość prędko; potem w jej zachowaniu zaczęła się uwydatniać pewna apatja: na kilkakrotne odwiedziny córek i rodziny pacjentka reagowała negatywnie, chodziła po sali, nie zdradzała najmniejszego zainteresowania się ich obecnością, nie rozmawiała z niemi. Różne pacjentki na wspólnej sali nazywała swojemi córkami, niby się niemi opiekowała, godziła się z pobytem w zakładzie.

4) Ewa F., lat 27, studentka. Obciążenia niema. Rozwój normalny. W czasie wstąpienia do zakładu pacjentka nie miała poczucia własnej choroby. Obecnie uznaje, że jest psychicznie chorą. Somatycznie: ogólna hyperaestezja czuciowa, pozatem nic szczególnego. Psychicznie; za przyczynę choroby pacjentka podaje miłość bez wzajemności. Badana jest bardzo zmienna w nastrojach, czasami gwałtowna, a nawet agresywna, czasami znów wpada w depresję: płacze, narzeka, poczem prędko się uspakaja, prędko też wpada w podniecenie. Zmiany te odbywają się w ciągu jednego dnia. W okresach depresji głównym tematem jej zwierzeń wobec lekarza i otoczenia są różne hypochondryczne urojenia, dotyczące własnej osoby i osób z rodziny lub znajomych. Raz mówi o wadzie serca, to znów, że jest zarażona kiłą i musi być odosobniona, oraz odpowiednio leczona, że robiono jej Wassermanna i że wypadł dodatnio, to znów mówi, że za trzy dni umrze, kiedyś znów mówi, że nie jest panną I dla tego przeniesiono ją na inny oddział, aby ją w tym kierunku zbadać. Rzadziej przenosi urojenia na ojca, brata, koleżankę, mówi, że ojciec jest chory; z tego powodu płacze, w nocy nie śpi, chce opuścić zakład, ażeby ratować ojca. Asocjalna, egoistyczna. W stanach podniecenia domaga się pracy, o ile się jej takową dostarczy, prędko ją porzuca. Urojenia, jakie snuje chora, łatwo jej wyperswadować, wypowiada je z uczuciem niepewności; wypowiadając urojenia o treści smutnej, ma wyraz twarzy lekko uśmiechnięty. Orjentuje się w czasie, miejscu i w stosunkach osobistych dokładnie. Pamięć zachowana. Referent przyjmuje w tym przypadku histerję.

DYSKUSJA.

ad. 1. p. Bielawski twierdzi, co do pacjentki Cerezyny D., że o ile serologicznie uda się wykluczyć lues, natenczas wypadnie przyjąć arterjosklerozę mózgu. W przypadku ad 2 p. Bielawski proponuje wykonanie punkcji lumbalnej, gdyż obraz kliniczny wielce przemawia za porażeniem postępującem. Stan bredzeniowy zachodzi wszak też w przebiegu p. p. Euforja, bezkrytycyzm i znaczne otępienie przemawiają również za p. p. — Do przypadku ad 4 p. Bielawski neguje histerję wysuniętą przez referenta, gdyż brak odpowiednich psychotycznych podstaw do przyjęcia histerji; stwierdza u chorej debilitas mentalis. Na tle niedorozwoju psychicznego powstała psychoza manjakalno-depresyjna w formie cyklicznej.

P. Piotrowski zwraca uwagę na słabe i nieregularne tętno pacjentki ad 1 (myocarditis arteriosclerotica), zaznacza, że „poniewolny" śmiech, nazwany tak przez referenta, pojawia się też przy arterjosklerozie. P. Piotrowski charakteryzuje stan badanej jako depresję u osoby organicznie chorej. Wątpliwość powstaje w tym kierunku, czy choroba psychiczna powstała na tle arterjosklerozy mózgu, czy też chora cierpi na dementia senilis. Ruchliwość, niepokój, mianowicie w nocy, przemawiałyby za chorobą „dementia senilis", natomiast drażliwość, opryskliwość, poczucie i świadomość choroby przemawia za arterjosklerozą mózgu. U pacjenta J. C. (ad 2) p. Piotrowski rozpoznaje stan delirium tremens i przytacza liczne przypadki z dawniejszej swojej praktyki, gdzie mimo negacji nadużywania alkoholu, obraz chorobowy przedstawiał wyraźne cechy „delirium tremens"; dopiero po śmierci pacjenta rodzina przyznała, że zmarły nadużywał alkoholu. Należy wspomnieć, że gdyby badanie serologiczne wypadło pozytywnie, przemawiałoby to za p. p.; wówczas możnaby uważać stan chorobowy pacjenta za pierwszy ostry przejaw p. p., albowiem choroba ta rozpoczyna się niekiedy ostrem pomieszaniem, podobnem do delirium tremens. — U pacjentki W. S. (ad 3) p. Piotrowski przyjmuje zaburzenia psychiczne u głuptaczki albo presbyofrenję. W tym kierunku należałoby przeprowadzić dalsze badania. — W przypadku E. F. (ad 4) p. Piotrowski przyjmuje debilitas mentalis i stwierdza psychozę manjakalno-depresyjną o typie nieregularnym i demonstruje graficznie różne typy i odmiany, regularne i nieregularne, psychozy m.-depr.; p. P. dochodzi do wniosku, że u badanej mamy do czynienia z formą zupełnie nieregularną psychozy manjakalno-depresyjnej, gdzie poszczególne fazy tak manjakalne, jak depresyjne wykazują różną trwałość, od kilku godzin do kilku dni i różne nasilenie, przerywane częste okresami, w których niema żadnych objawów psychotycznych.

P. Sągin zaznacza, że u pacjentki C. D. (1) nie należy łączyć stanu psychicznego w młodości pacjentki ze stanem psychicznym obecnym, gdyż pacjentka już od młodocianych lat cierpi na bardzo przykrą dolegliwość w postaci ozaeny. Zakażenie ozaeną w późniejszym wieku jest mało prawdopodobnem, a raczej pewnem w młodości i to z tego powodu, że błona śluzowa nosa u dzieci wzgl. u osób bardzo młodych jest mało odporna i łatwo ulega rozmaitym zachorzeniom. Stan psychiczny w młodości pacjentki, a mianowicie jej przygnębienie, odludność, służalczość, a nawet zamiary samobójcze, wypływały właśnie z cierpienia połączonego z nieuleczalną, niesłychanie przykrą dla pacjentki i otoczenia chorobą nosa. — W przypadku pacjentki E. F. (ad 4) p. Sągin, opierając się na tem, że pacjentka ni w swoich studjach ni w swojem zajęciu nie mogła pójść dalej, że jest dziecinną i niebardzo rozwiniętą mimo, że ma poza sobą maturę, stwierdza, że F. jest conajmniej debilną; psychoza jej przypomina psychozę manjakalno-depresyjną, o której też w tym przypadku w pierwszej linji trzeba myśleć. Psychopatka o typie badanej może także wykazywać objawy histeryczne.

W słowie końcowem p. Gawroński zaznacza, że w przypadku pacjentki Ewy F. (ad 4) myślałby w pierwszym rzędzie o histerji; uderza go tu także objaw ambiwalencji.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE

Państwowy Zakład Psychjatryczny

KOBIERZYN

Sprawozdanie *)
za
ROK 1926

PODAŁ DYR. DR. J. MORAWSKI

Ruch chorych w 1926 r. przedstawia się jak następuje:

Ilość etatowych łóżek	550
Było chorych na początku 1926 r.	903
Przyjęto w ciągu 1926 r.	447
Wypisano w ciągu 1926 r.	506
Zmarło	71
Pozostało na r. 1927	773
Najwyższa dzienna ilość	949
Najmniejsza dzienna ilość	760
Przeciętna dzienna ilość	870

Rozmieszczenie 940 chorych na 550 etatowych miejscach natrafiało na znaczne trudności, tembardziej, że — bez względu na przepełnienie Zakładu — musiano utrzymywać wprowadzoną z wielkiemi zachodami segregację chorych podług ich stanu psychicznego. Znacznie przepełnionymi okazały się zwłaszcza oddziały noszące charakter przytułkowych. Stan ten zmuszał do zagęszczenia łóżek, do zajęcia na sypialnie sal dziennego pobytu chorych, do układania pewnej liczby chorych (20—40 na każdym prawie oddziale) na siennikach po korytarzach, itp. Wynikały stąd nieporozumienia i bójki między chorymi, tembardziej że stosunek liczbowy personelu pielęgniarskiego do ogółu chorych przedstawiał się w roku sprawozdawczym jak 1:7. Warunki pracy lekarzy i personelu były nader trudne; to też były wypadki przejścia 1 lekarza i kilkunastu osób służby pielęgniarskiej do zakładów b. zaboru pruskiego, gdzie praca jest znacznie łatwiejsza a wynagrodzenie znacznie wyższe.

W chwilach największego przepełnienia Zakład miał na 948 chorych 5 lekarzy, prócz dyrektora, dalej: 16 Sióstr oddziałowych i 126 pielęgniarzy i pielęgniarek.

Dn. 30. 5. Tymczasowy Wydział Samorządowy zamknął dla nowych przyjęć zakłady w Kobierzynie i Kulparkowie i polecił Dyrektorom tychże zakładów wypisać jaknajwiększą ilość nie niebezpiecznych dla otoczenia i siebie chorych. Dzięki tym zarządzeniom ilość chorych w Kobierzynie — narazie — znacznie się obniżyła. Położenie zaczęło się wkrótce jednak pogarszać, bo wypadło przyjmować od nieodpowiadającego swemu przeznaczeniu oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Łazarza po 12 chorych miesięcznie. W grudniu 1926 r. Zakład wysłał 63 chorych do zakładów poznańskich. Mimo to grozi stopniowy powrót do dawnego przepełnienia (w maju 1926 r. — 77%, na końcu roku — 40%).

*) W streszczeniu Red.

Tablica I.

Rodzaj choroby	Pozostało z ub. roku m.	k.	Przyjęto m.	k.	Wypisano m.	k.	Zmarło m.	k.	Pozostaje na 1. I. 27 m.	k.
Oligophrenia	27	26	13	12	13	15	—	1	27	22
Psychopathia constitution.	8	3	10	2	11	2	—	—	7	3
Psychosis man.-depressiva	13	9	4	11	9	14	1	—	7	6
Schizophrenia	357	258	153	135	178	154	15	8	317	231
Psych. epileptica	53	23	25	1	31	8	2	2	45	14
Hysteria	—	6	2	4	2	6	—	1	—	3
Paral. progr.	55	14	22	8	16	5	24	5	37	12
Enc. letharg.	6	2	1	1	2	—	—	—	5	3
Inne psychozy organiczne	11	8	7	3	6	5	3	1	9	5
Psych. praesenilis et senilis	6	11	5	16	5	11	2	5	4	11
Alcohol., Morph., Cocainismus	5	—	7	2	7	2	—	—	5	—
Sine morbo psychico	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Observatio	—	—	2	1	1	1	1	—	—	—
	543	360	251	196	283	223	48	23	463	310
razem:	903		447		506		71		773	

Po raz pierwszy przyjęto 348 osób, po raz drugi 67 osób, po raz trzeci 26 osób, po raz czwarty 2 osoby, po raz piąty i ósmy po 1 osobie, po raz siódmy 2 osoby.

Tablica II.

Wypisano w 1926 r.	Mężczyzn	kobiet
Wyleczonych	2	2
Polepszonych	76	78
Bez zmiany	197	143
Zbiegło	8	—
Zmarło	48	23
razem:	331	246

Zbiegło 8 mężczyzn, przeważnie w czasie pracy. Czterech z nich pozostało w domu, czterej zostali odprowadzeni do Zakładu przez rodziny lub policję. Nieprzyjemnych komplikacji nie było.

Zmarło w roku sprawozdawczym — 71 osoba (48 m. i 23 k.), co w odniesieniu do ogólnej liczby leczonych w tym roku 1350 osób stanowi 5,26%. Porażeńców leczono 99 osób, z nich zmarło 29 osób, t. j. 29,2%. Ilość leczonych chorych bez porażeńców wynosiła w roku sprawozdawczym — 1251 osób, z nich zmarło 42 osoby, t. j. 3,35%.

Tablica III.

Przyczyny zejść śmiertelnych w 1926 r.

Marasmus	2	Enteritis catarh. etc.	2
Tbc. pulmonum	19	Pyaemia, sepsis	7
Dysenteria	1	Ictus paral., suffocatio	1
Bronchitis etc.	29	Suffocatio e cibo	1
Adynamia cordis etc.	8	Intoxicatio	1

Nieszczęśliwych wypadków było 4; daleko posunięta paralityczka, popchnięta przez inną chorą, doznała uszkodzenia 2 żeber, 1 paralityk zmarł w czasie śniadania, udławił się bułką rozmoczoną w herbacie, 1 paralityczka

zmarła w ataku epileptycznym w czasie śniadania. Wreszcie był wypadek podwójnego otrucia: Chora (z grupy chorób rozszczepieniowych) niejednokrotnie czyniła wyrzuty odwiedzającemu ją mężowi, że nie spełnia danej jej kiedyś obietnicy otrucia jej, gdy choroba okaże się nieuleczalną. Mąż odwiedzał chorą regularnie, odnosił się do niej bardzo serdecznie, i robił wrażenie człowieka zrównoważonego. W dniu wypadku mąż zachowywał sie prawidłowo, opłacił koszta leczenia za miesiąc z góry, i po zwykłej rozmowie z lekarzem udał się na oddział do żony, i — jak to się czasem zdarzało — dał asystującej przy widzeniu pielęgniarce przywiezione śniadanie z poleceniem przygotowania i podania chorej. Ze względu na serdeczny stosunek męża do chorej i prawidłowe zachowanie się jego, pielęgniarka nie zawahała się spełnić polecenia, wyszła do kuchni, i po parominutowej nieobecności znalazła obydwoje konających. Ze względu na użytą truciznę (cyankali) nie udało się odratować żadnego z nich.

We wszystkich 3 przypadkach dochodzenia Prokuratury nie wykazały winy ze strony pracowników Zakładu.

Tablica IV.

Podział zmarłych w 1926 r. podług chorób psychicznych.

	m.	k.	razem
Imbecillitas	—	1	1
Psych. maniaco-depressiva	1	—	1
Schizophrenia	15	8	23
Psychosis organica (bez p. p.)	3	1	4
Paralysis progressiva	24	5	29
Epilepsia	2	2	4
Hysteria	—	1	1
Psych. praesenilis et senilis	2	5	7
Observatio	1	—	1
razem	48	23	71

Z 11 wypadków róży (z nich 2 niespokojne chore przyjęto z różą) zmarła 1 osoba, z 3 wypadków czerwonki 1 osoba zmarła na czerwonkę, 2 wskutek innych chorób. Stosowano regularne szczepienia przeciwczerwonkowe u nowoprzyjętych chorych i powtarzano je co 2 — 3 miesiące u chorych z oddziałów infirmeryjnych i słabych fizycznie.

Tablica XI.

Psychicznie chorzy przestępcy w 1926 r.

Rozpoznanie	Było dnia 1. I. 26	Przyjęto w 1926 r.	Wypisano	Pozostaje na r. 1927
Hysteria	1	—	1	—
Oligophrenia	6	—	—	6
Psych. constitutionalis	4	4	3	5
Schizophrenia	11	—	1	10
Paral. progressiva	1	—	1	—
Psych. praesenilis et senilis	—	1	—	1
Sine morbo psych.	2	—	2	—
razem	25	5	8	22

W porównaniu z 1925 r. uwydatnia się dalsze zmniejszenie ilości zużytych fizycznych i chemicznych środków krępujących: stosowano koce w ciągu 1926 r. — 742 razy (w 1925 r. — 1737 razy), leki nasenne 162 razy, zastrzykiwania skopolaminy z morfiną 124 razy (w 1925 r. — 211 razy) przy różnicy ilości leczonych w ciągu roku — 387 chorych. Dążąc w dalszym ciągu do zmniejszenia ilości używanych środków krępujących, Zakład nie ma na celu

zupełnego ich skasowania, ponieważ środek krępujący, szczególnie w przepełnionym zwykle Kobierzynie, zabezpiecza chorych od bardziej nieprzyjemnych i szkodliwych komplikacji. Stosowano również kąpiele przedłużone i odosobnienia (pierwsze — 7467 razy, drugie — 869 razy).

Odsetka chorych pracujących wynosiła w roku sprawozdawczym około 60%. Ze względu na przepełnienie Zakładu i niemożność przeprowadzenia właściwej segregacji pracujących z powodu znacznej ilości chorych przytułkowego typu, nie można liczyć na znaczniejsze zwiększenie ilości pracujących. Chorzy pracowali w polu i w ogrodzie, w kuchni, w maszynowni, w warsztatach, oddziałach i w kancelarjach.

W końcu 1926 r. pracowało w Zakładzie, prócz dyrektora, 7 lekarzy (z nich 1 absolwent medycyny). Personelu pielęgniarskiego było (na 31. 12. 1926 r.): 52 mężczyźni i 80 kobiet. Praca pielęgniarska była bardzo ciężka, a awans lub inne drogi polepszenia bytu na razie wykluczone.

Dla pracowni naukowej i prosektorjum zakupiono: 1 objektyw immersyjny do mikroskopu Zeiss'a, wirówkę wodną, mikrotom Schanze'go, i in. Inwentarz Szkoły pielęgniarskiej powiększono przez zakupienie modelu tułowia ludzkiego i kilku książek.

Bibljoteka lekarska liczyła z końcem 1926 r. — 421 dzieło, biblioteka chorych i pracowników — 858.

Lekarze Zakładu, pracujący naukowo, ogłosili szereg prac i przyjmowali udział w pracach Towarzystwa Psychjatrycznego i Neurologicznego w Krakowie. Celem wykorzystania (chociażby tylko częściowego) materjału sekcyjnego zapoczątkowano obowiązkowe systematyczne badanie kory mózgowej we wszystkich wypadkach sekcyj zakładowych.

Część gospodarcza.

Dochody Zakładu w 1926 r. wynosiły:

Dotacje Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie	zł	549.025.—
Opłaty za leczenie chorych	„	461.225.92
Dochody z majątku i gospodarstwa	„	41.099.08
Różne	„	46.346.80
razem	zł	1.097.696.80

Kwestja wpływów kosztów leczenia przedstawia się bardzo smutnie, bo Zakład otrzymuje tą drogą nie wiele więcej ponad 42% ogólnej sumy wydatków.

Wydatki Zakładu wynoszą:

Wydatki osobowe	zł	436.710.08
Żywienie chorych	„	277.972.79
Opał, światło, konserwacja budynków etc.	„	201.305.24
Bielizna, obuwie, sprzęty i meble	„	47.134.79
Leki, utrzymywanie pracowni lekarskich i biblioteki, szkoła pielęgniarska	„	9.165.14
Druki, porto, podróże służbowe, środki lokomocji i inne wydatki administracyjne	„	26.127.50
Folwark i ogród	„	31.015.19
Różne	„	49.142.84
razem	zł	1.078.573.57

Koszt jednego dnia leczenia wynosił 3.— zł 39,5 gr., z tego na opłacenie personelu wypada 1 zł 37 gr, na wyżywienie chorych 85,5 gr, na wszystkie pozostałe wydatki — 1 zł. 14,5 gr.

Taksa wynosiła w kl. III. — 3 zł, w kl. II. — 7 zł, w kl. I. — 10 zł dziennie.

Ilość chorych I-ej klasy nie przenosiła 2 osób, na II-ej bywało przeciętnie po 75—80 dziennie, z tych ostatnich kilkanaście osób korzystało z najrozmaitszych zniżek.

W 1926 r. poddano remontowi 2 pawilony i szereg budynków administracyjnych i gospodarczych, oraz parę mieszkań lekarskich i urzędniczych. Zrekonstruowano ściany w 2 złożach oksydacyjnych oczyszczalni biologicznej, przeprowadzono gruntowną naprawę wiązania dachowego na kościele, naprawiono 4 kotły parowe, itp. Koszt ogólny powyższych robót wynosił zł 60.611.53. Pozatem, zainstalowano pompę z motorem dla celów irygacyjnych (kosztem 3.300 zł) i wymieniono podkłady na torze dowozowym Zakładu (kosztem zł 6.520.34), wreszcie odnowiono gruntownie samochód osobowy.

Uprawiano, prócz 10-morgowego pola, 8 mórg pastwiska i 2 morgów wikliny koszykarskiej: około 4,5 morga ziemniaków, 12 mórg owsa, 2 morgi buraków pastewnych, 5 m. kapusty, 1 m. buraków ćwikłowych i około 15 mórg siana.

Z początkiem 1926 r. stan inwentarza żywego wynosił: 23 krowy, 6 jałówek, 8 koni, 116 świń, 5 wołów, 1 cielę, 1 buhaja. W ciągu roku dostarczył folwark Zakładowi: 82 świnie, 2 woły, 3 krowy, 1 jałówkę 13 cieląt, 46.948 ltr. mleka.

Roboty na folwarku i w ogrodzie wykonywane były przez chorych zakładowych.

Ochronka dla dzieci funkcjonarjuszy Zakładu, opłacających po 1 zł. miesięcznie za dziecko, daje dodatnie wyniki.

Zakład Psychjatryczny

TWORKI

Sprawozdanie *)
za
ROK 1926

Zespół lekarski składał się z końcem roku sprawozdawczego, prócz dyrektora, z: 3 prymarjuszy, 2 ordynarjuszy i 4 lekarzy-asystentów. Na jednego lekarza przypadało w średnim rachunku 166 czynnych łóżek.

Dalej Zakład posiadał 1 kapelana, 13 urzędników, 13 Sióstr Miłosierdzia, 9 osób wyższego i 132 niższego personelu pielęgniarskiego, 81 osób służby technicznej i 14 personelu folwarcznego i ogrodowego.

Obszerniej motywowanych opinji sądowo-psychjatrycznych wydano 54 (47 m. i 7 k.). Autopsji zwłok dokonano 34.

Zimą lekarze prowadzili wykłady anatomji, fizjologji i higjeny na 6-tygodniowym kursie dla niższego personelu pielęgniarskiego.

Bibljoteka lekarska obejmowała z końcem 1926 r. 431 numerów; bibljoteka chorych i personelu — 2701 numerów katalogowych w 2886 tomach.

Udział lekarzy w pracach towarzystw naukowych zaznaczył się szeregiem odczytów, referatów i pokazów.

Biuro szpitala posiada 11 urzędników. Według dziennika podawczego w 1926 r. było w załatwieniu 15.068 aktów. Większa część korespondencji dotyczy kosztów kuracyjnych.

Tablica I

Ogólny ruch chorych w 1926 r.

	m.	k.	razem
Pozostało z poprzedniego roku	404	398	802
Przyjęto w ciągu 1926 r.	299	225	524
Razem leczono	703	623	1326
Wypisano	183	163	346
Przenies. do in. szpitali	59	35	94
Zmarło	37	38	75
Pozostaje na 31. 12. 1926	424	387	811

---

*) W streszczeniu Red.

Liczba przyjęć (524) stanowi 65,34% stanu chorych z dnia 1. 1. 1926 r. Liczba zmarłych stanowi 5,65% ogółu leczonych. Wyniki pobytu chorych w zakładzie przedstawiają się stosunkowo jak następuje:

wyniki dodatnie u 195 osób, t. j. u 37,87% ubyłych,
wyniki obojętne u 245 osób, t. j. u 47,57% ubyłych,
wyniki śmiertelne u 75 osób, t. j. u 14,56% ubyłych.

Na ogólną liczbę chorych było: samotnych — 50,19%, żonatych i mężatek — 43,32%, wdów i wdowców — 4,96%, niewiadomo — 1,53%.

Tablica II.

Podział podług rozpoznania.

Rozpoznanie	Pozostaje z poprz. r.		Przybyło		Ubyło		Pozostało na 1. 1. 27	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Zaburzenia psych. po urazach mózgu	1	—	2	—	1	—	2	—
Zaburz. przy chorobach organicznych	17	4	6	9	4	6	19	7
Zaburz. przy zatr. zewnątrz. pochodn.	22	4	20	4	18	3	24	5
Zab. na tle zatruć wewnątrz pochodn.	—	4	—	15	—	11	—	8
Psychozy infekcyjne	—	1	—	4	—	3	—	2
Zab. Psych. przy kile mózgu (p. p., wiąd.)	36	6	33	8	32	5	37	9
Psych. na tle miażdżycy i przemian wstecznych	9	44	18	25	10	24	17	45
Zaburzenia na tle padaczki	31	23	8	4	13	8	26	19
Otępienie wczesne	190	239	141	106	134	135	197	210
Psych. m.-depr.	15	26	10	34	10	25	15	35
Psychopatja ustrojowa	10	9	22	6	15	9	17	6
Reakcje psychorodne	3	—	10	2	8	2	5	—
Paranoia	1	1	1	—	1	—	1	1
Oligophrenia	64	36	25	8	28	5	61	39
Nierozpoznane	3	1	2	—	2	—	3	1
Sine morbo psych.	2	—	1	—	3	—	—	—
razem	404	398	299	225	279	236	424	387

Tablica III.

Rozpoznanie za życia zmarłych.

Rozpoznanie	m.	k.	razem
Porażenie postępujące	21	5	26
Porażenie z wiądem rdzenia	4	1	5
Otępienie starcze	2	3	5
Psychoza przedstarcza	1	5	6
Padaczka	2	4	6
Psych. man.-depr.	—	1	1
Rozszczepienie psychiczne	5	15	20
Niedorozwój psychiczny	1	2	3
Splątanie pozakaźne	—	1	1
Zaburz. psych. po urazie mózgu	1	—	1
Ropień mózgu na tle gruźlicy	—	1	1
razem	37	38	75

Tablica IV.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

Przyczyny śmierci	m.	k.	razem
Zapalenie płuc włóknikowe	5	2	7
Dur brzuszny	—	2	2
Ostre spr. zapalne żołądka i jelit	—	1	1
Zapalenie opłucnej wysiękowe	1	—	1
Gruźlica płuc i in. narządów	2	13	15
Choroby mięśnia sercowego	1	3	4
Niedomoga czynnośc. serca	6	7	13
Uwiąd poraźny	9	3	12
Napad poraźny	11	3	14
Stan padaczkowy	1	2	3
Zaduszenie się w napadzie padaczkowym	1	—	1
Wylew krwi do mózgu	—	1	1
Ropień mózgu	—	1	1
razem	37	38	75

Z ogólnej liczby (81 = 71 m. i 10 k.) *pacjentów kryminalnych* ubyło 54 osoby, a mianowicie:

przeszło w stan internowan. po myśli § 39 k. k.	m 17 k. 1, r. 18
przeszło w stan chorych zwykłych	m. 1 k. 1, r. 2
zwolniono z decyzji sądowych na wolną stopę	m. 10 k. 1, r. 11
odesłano do więzienia	m. 19 k. 4, r. 23
razem	m. 47 k. 7, r. 54

Tablica V.

Rozpoznanie psychjatryczne pacjentów kryminalnych.

Rozpoznanie	m.	k.	razem
Uraz i schorzenia org. mózgu	5	1	6
Schizophrenia	10	2	12
Oligophrenia	13	—	13
Alkoholizm i morfinizm	8	—	8
Degeneracja psychopatyczna	10	4	14
Psychozy reakcyjne	4	—	4
Psych. man.-depr.	1	1	2
Brak objawów patologicznych	4	—	4
razem	55	8	63

Przypadków planowo przeprowadzonej symulacji nie było.

Tablica VI.

Chorzy młodociani.

Rozpoznanie	Było dnia 1. I. 1926		Przybyło		Ubyło		Pozostało na 1. I. 27	
	Ch.	Dz.	Ch.	Dz.	Ch.	Dz.	Ch.	Dz.
Niedorozwój psych. bez objawów ogniskowych	11	6	—	1	2	1	9	6
Zaham. rozwoju przy porażeniu dziecięcem	2	1	—	2	1	—	1	3
Padaczka	5	5	1	1	2	1	4	5
Rozszczepienie psych.	3	3	—	1	—	2	3	2
Zaburz. pośpiączkowe	3	1	3	2	1	1	5	2
Histerja	—	1	—	—	—	1	—	—
Pląsawica	—	—	1	—	—	—	1	—
Moral insanity	—	—	1	—	1	—	—	—
razem	24	17	6	7	7	6	23	18

Zakład utrzymuje Szkółkę — Ochronkę dla dzieci psychicznie chorych, do której ogółem uczęszczało — w roku sprawozdawczym — 37 dzieci, mianowicie: 21 chłopiec i 16 dziewcząt. Usunięto, w ciągu 1926 roku, ze szkółki — z powodu niesocjalności, z powodu pogorszenia stanu — wzgl. wypisano ze szpitala 11 chłopców i 5 dziewcząt, tak że na rok 1927 pozostaje w Szkółce 21 dzieci (10 chł. i 11 dz.).

Na rachunek Zakładu w Tworkach leczyło się dn. 1. 1. 1927 r. w zakładach pomorskich i poznańskich ogółem 758 chorych, mianowicie: w Kocborowie — 489, w Świeciu — 115, w Dziekance — 89, w Owińskach — 37, w Kościanie — 28 chorych.

W roku sprawozdawczym stosowano nadal środki krępujące, a mianowicie: koce — 1187 (794+393), odosobnienie — 324 razy (169+155), imobilizację — 151 razy (15+136), hyoscynę — 779 razy (82+697), leki nasenne — 3899 razy (132+3767). Znaczne różnice cyfr, dotyczących metod postępowania lekarskiego na oddziałach żeńskich w porównaniu z oddziałami męskimi, nie dają się wyjaśnić jedynie tylko właściwościami płci chorych. Odbiły się tu prawdopodobnie różnice szkół psychjatrycznych, z jakich rekrutują się ordynatorzy oddziałów.

Ogółem odbyło się 48 zabaw dla chorych, z czego na sali rozrywkowej (niestety zbyt małej dla większej ilości chorych) 28 i na pawilonach 20. Było 9 przedstawień amatorskich i 19 zabaw tanecznych. Na pawilonie pensjonarzy mężczyzn zostało założone radjo.

Liczba dni pracy chorych stanowi 26,5% (27,9% u mężczyzn i 25,2% u kobiet) ogólnej liczby dni szpitalnych.

Ucieczek chorych (nie licząc przypadków, gdzie chorzy niebawem wrócili do zakładu) było w 1926 r. 14, a mianowicie 12 u mężczyzn i 2 u kobiet. Trzy przypadki dotyczyły chorych sądownie internowanych, którzy wszakże wrócili po kilku dniach. Z liczby 14 osób zbiegłych 6 powróciło do zakładu.

Nieprzyjęto do Zakładu z powodu braku miejsca w roku sprawozdawczym 240 mężczyzn i 95 kobiet, ogółem 335 chorych. Zakład przepełnia się materjałem chorych przewlekłych i staje się coraz mniej zdolnym do przyjmowania przypadków ostrych. Liczba podsądnych internowanych z mocy decyzji sądowych doszła z końcem roku do 137; stanowi ona 27,1% stanu chorych mężczyzn.

Tablica VII.

Choroby zakaźne w 1926 r.

Wyszczególnienie	m.	k.	razem
Dur brzuszny	—	8	8
Róża	2	6	8
Odra	—	1	1
Grypa	—	23	23
Angina	2	2	4
Zimnica	4	7	11
Gruźlica	10	6	16
Gościec stawowy	1	—	1
Ostre stany zapal. przewodów pokarmowych	3	—	3
Parotitis	—	1	1

Z nieszczęśliwych wypadków zasługują na wzmiankę: jeden — gdzie pielęgniarz spowodował złamanie żebr mało przytomnego paralityka, przez przygniatanie kolanem chorego (pielęgniarz został oddany w ręce wymiaru sprawiedliwości), oraz drugi — dotyczący chorej schizofreniczki, która popchnięta przez drugą chorą upadła tak nieszczęśliwie, że uległa złamaniu szyjki kości biodrowej. Chora ta cierpiąca na ciężką gruźlicę płuc, zmarła nie doczekawszy się zagojenia złamania.

Z ważniejszych inwestycyj dokonanych w 1926 r. wymienić należy: gruntowny remont 4 mieszkań lekarskich, urządzenie pracowni dla chorych (stolarni, tokarni, betonowni, szczotkarni, koszykarni i tapicerni), instalację nowej pompy odśrodkowej, budowę ogrodzenia terytorjum zakładowego, remont dachów i rynien w całym Zakładzie i in.

Zamknięcie rachunkowe za rok 1926.

A. Dochody.

Dotacje M. S. W., Dep. Sł. Zdr.		950.000.— zł.
Koszta kuracyjne zaległe i bieżące		1.067.144.94 zł.
Folwark i ogród		87.641.63 zł.
Dochody różne		9.424.20 zł.
	razem	2.114.210.77 zł.

B. Rozchody.

Płace personelu		486.952.09 zł.
Opał, światło, utrzymanie porządku		124.656.07 zł.
Konserwacja budynków, inwestycje bud.		165.449.54 zł.
Żywienie chorych		335.479.08 zł.
Odzież, bielizna i sprzęty		76.291.94 zł.
Utrzymanie chorych w zakładach b. zaboru pruskiego		805.041.65 zł.
Folwark i ogród		56.889.49 zł.
Różne		63.450.91 zł.
	razem	2.114.210.77 zł.

Przeciętny koszt jednego dnia zakładowego wynosił w 1926 r. — 404,2 gr. Taksa szpitalna wynosiła: od 1. 1. do 31. 1. 26 r. — kl. I. 9 zł, kl. II. 6 zł, kl. III. 3,50 zł; od 1. 2. do 31. 12. 26 r. — kl. I. 10 zł, kl. II. 8 zł, kl. III. 4,50 zł.

Uprawiano 28,25 ha pola i ogrodów. Folwark posiadał z końcem 1926 r.: 13 koni, 2 źrebaki, 30 krów mlecznych, 1 stadnika i 55 wieprzy. Folwark dostarczył zakładowi m. in. 78.216 ltr. mleka.

Zakład korzystał z usług dwóch samochodów ciężarowych.

SPROSTOWANIE.

W ostatnim numerze Nowin Psychjatrycznych zaszło niedopatrzenie przy układaniu ogłoszenia z Marjówki. Mimo nadesłanego sprostowania wydrukowano ponownie „Dr. L. Bardt“ zamiast „Dr. M. Giżycki“. L. Bardt nie posiada dyplomu lekarskiego. Ogłoszenie znajdujące się na trzeciej stronie okładki niniejszego zeszytu ma już treść poprawną.



Dr. med. WINCENTY SKOCZYŃSKI

Dr. med. WINCENTY SKOCZYŃSKI

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE

Niepowetowaną stratę poniósł świat lekarski: Dnia 13. 8. 1927 r. umarł w Poznaniu po długich cierpieniach w 62-ym roku życia wybitny neurolog polski śp. dr. med. Wincenty Skoczyński. Śmierć jego okryła żałobą kolegów oraz liczne zastępy pacjentów, wdzięcznych za ocalone życie i za odzyskane zdrowie.

Śp. dr. Skoczyński, urodzony w r. 1865, ukończył gimnazjum Marji Magdaleny w Poznaniu i studjował medycynę na uniwersytecie w Berlinie. Egzamin państwowy zdał pod auspicjami wielkiego Virchowa, doktorat medycyny uzyskał w Bonn, na podstawie dysertacji: „Beitrag zur Kenntnis der Sprachbewegungshalluzinationen und ihrer Beziehung zum Gedankenlautwerden". Przez szereg lat był lekarzem-prymarjuszem w uniwersyteckiej klinice neurologiczno-psychjatrycznej Charité w Berlinie. Od r. 1907 zajmował się praktyką lekarską w Poznaniu jako specjalista w chorobach mózgu i nerwów.

Śp. dr. Skoczyński pozostawił cenny zbiór przypadków z tumorami mózgu, które opisał bardzo szczegółowo i które później jako całość miał zamiar ogłosić drukiem. Na niektórych znajduje się napis „do druku". O każdym swoim chorym robił bardzo szczegółowe notatki, uzupełniając je listami i fotografjami.

Przez zgon śp. dra Skoczyńskiego powstała w szeregach neurologów polskich ogromna luka, która nie łatwo da się wypełnić. Niepowetowaną stratę dla piśmiennictwa lekarskiego stanowi okoliczność, że śp. dr. Skoczyński nie zdołał ogłosić drukiem swojej cennej pracy o tumorach mózgu, zawierającej wyniki długoletniego, bogatego doświadczenia i badania.

Wrodzony dar do subtelnej analizy wszelkich zjawisk jako też wysoki poziom inteligencji otwarły mu swego czasu dostęp do prymarjatu w niemieckiej klinice uniwersyteckiej. Ile to trzeba cenić, ten tylko się dowie, kto sobie uprzytomni, że w owe czasy szalała w Niemczech burza prześladowawcza wobec polaków. Jeżeli więc mimo to śp. dr. Skoczyński jako polak wbrew konkurencji licznych kolegów niemców zdołał zwrócić na siebie uwagę czynników uniwersyteckich i uzyskać tak zaszczytne wyróżnienie, że awansował na prymarjusza, to świadczy tylko o jego wartości, o jego zdolnościach, o jego wielkich zaletach lekarskich i ludzkich.

Śp dr. Skoczyński wyniósł z berlińskiej Charité głęboką wiedzę neurologiczną, bogate doświadczenie fachowe i sprawność łatwej orjentacji w zawiłych przejawach patologicznych systemu nerwowego i w ten sposób przygotowany doskonale do swego zawodu rozpoczął praktykę neurologiczną. W licznych trudnych przypadkach okazał on swoje wysokie kwalifikacje jako djagnosta, i olśniewał nieraz kolegów trafnością sądu, jasną, przekonywującą argumentacją oraz pewnością siebie. To też koledzy przyjmowali jego orzeczenia z wiarą, przekonaniem i uznaniem. Jako djagnosta, szczególnie w organicznych chorobach mózgu, śp. dr. Skoczyński śmiało może być porównany z równie już nieżyjącym sławnym neurologiem berlińskim prof. Oppenheimem.

Al. Piotrowski.

PRACE ORYGINALNE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

KILKA UWAG KORYGUJĄCYCH NIEKTÓRE BŁĘDY LICZBOWE W REFERACIE DR. J. BEDNARZA, OGŁOSZONYM W „ROCZNIKU PSYCHJATRYCZNYM“ 1927, VI., NA TEMAT: OBECNY STAN OPIEKI LEKARSKIEJ NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W POLSCE.

Skreślił

ALEKSANDER PIOTROWSKI.

Dr. Bednarz podaje w Roczniku Psychjatrycznym 1927, VI., na str. 68, w tablicy A, pod nr. 14, dla Województwa Poznańskiego następujące liczby dotyczące ilości psychicznie chorych, umieszczonych w Krajowych Zakładach Psychjatrycznych w dn. 1. I. 25:

TABLICA A.

Liczba psychicznie chorych, ulokowanych w szpitalach oraz pozostających poza szpitalem w dniu 1 stycznia 1925 w Rzeczypospolitej.

Nr. Nr.	Województwa	Zaludnienie w dniu 1. 1. 25	Zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach	Ulokowano w szpitalach				Pozostaje poza szpitalem			
				Ogółem	w %	Przypada		Ogółem	w %	Przypada	
						1 chory na mieszkańc.	chorych na 1000miesz.			1 chory na mieszkańc.	chorych na 1000miesz.
14	Woj. Poznańskie	1.967.649	1953	1140	58,3	1726	0,58	813	41,7	2420	0,42

a na str. 69, w tablicy B,—liczby rozporządzalnych „łóżek etatowych“:

TABLICA B.

Zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach psychjatrycznych, a liczba rozporządzalnych łóżek etatowych w dniu 1. I. 25 w Rzeczypospolitej.

Nr. Nr.	Województwa	Zaludnienie	Zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach			Jest łóżek			1 łóżko na chorych
			Ogółem	1 łóżko na mieszkańców	na 1000 mieszkańców łóżek	Ogółem	Przypada 1 łóżko na mieszkańców	Przypada na 1000 mieszkańców łóżek	
14	Woj. Poznańskie	1.967.649	1953	1:1008	1,0	1784	1 : 1.03	0,9	0,64

Tymczasem stan rzeczywisty przedstawiał się inaczej; mianowicie w zakładach poznańskich znajdowało się w dniu 1. I. 25 r.:

psychicznie chorych:

1) w Dziekance — 576
2) w Owińskach — 595
3) w Kościanie — 119

razem: 1290

a nie 1140, jak podaje autor w tablicy A.

Łóżek natomiast było:

1) w Dziekance — 971
2) w Owińskach — 1064
3) w Kościanie — 752

razem: 2787

a nie 1784, jak mylnie autor podaje w tablicy B.

Po potrąceniu 252 łóżek, wypożyczonych funkcjonarjuszom (Dziekanka — 71, Owińska — 144, Kościan — 37) pozostawało do użytku dla chorych psychicznie łóżek 2535, a więc po uwzględnieniu zapotrzebowania miejsc, które autor określił cyfrą 1953, — nadmiar łóżek wyrażał się liczbą 2535—1953=582.

Województwo Poznańskie dysponowało zatem znacznie większą ilością łóżek psychjatrycznych niż zapotrzebowanie miejpsc tego wymagało. Żaden wielkopolanin psychicznie chory nie potrzebował pozostawać bez opieki zakładowej, t. j. poza szpitalem, bo mógł każdej chwili znaleść pomieszczenie, opiekę i lecznie w zakładach.

Stosunek ilościowy łóżek do mieszkańców przedstawiał się jak 2535: 1.976.649 czyli 1:776, a nie 1:1103, jak mylinie podaje autor.

Liczba 776 jest wyższą od liczby Laehr'a (667); pochodzi to stąd, że dawniejsza prowincja poznańska posiadała 4 zakłady psychjatryczne, z których zakład Obrawalde (1 200 łóżek) koło Międzyrzecza przypadł Niemcom.

W dn. 1. I. 25 w Województwie Poznańskiem przypadło zatem na 1.000 mieszkańców 1.29 łóżek, a nie 0,9.

Niezajętych miejsc było 2535 — 1290 = 1245. Aby miejsca te wykorzystać, oddano część zakładu w Kościanie na inne cele, mianowicie do użytku szkoły dla głuchoniemych; pozatem przyjęto liczne rzesze chorych z innych województw.

Jeszcze korzystniej przedstawia się stan rzeczy obecnie. Województwo Poznańskie liczyło dnia 1. VIII. 27 r. — 1.967.865 mieszkańców. W tym dniu znajdowało się w zakładach województwa

łóżek:

1) w Dziekance — 1121
2) w Owińskach — 1103
3) w Kościanie — 702

razem: 2926

Po potrąceniu 306 łóżek (Dziekanka — 100, Owińska — 153, Kościan — 53), wypożyczonych personałowi, pozostaje miejsc psychjatrycznych 2620. Z tych zajętych jest przez chorych pochodzących z Województwa Poznańskiego 1331, jak wynika z następującego zestawienia:

	z Woj. Pozn.		*z inn. Woj.*		*razem*
1) w Dziekance	390	+	620	=	1010
2) w Owińskach	826	+	68	=	894
3) w Kościanie	115	+	205	=	320
razem:	1331	+	893	=	2224

Zapotrzebowanie miejsc określa cyfra 1968, t. zn. 1 łóżko na 1000 mieszkańców; jeżeli od faktycznej ilości łóżek potrącimy zapotrzebowanie miejsc, czyli 2620—1968, otrzymamy jeszcze 652 miejsca psychjatryczne in plus. Stosunek ilościowy łóżek do mieszkańców przedstawia się obecnie jak 1:751. Poznańskie może zatem zaspokoić własne potrzeby i oprócz tego może oddać 652 miejsca innym województwom.

Ponieważ obecnie w Poznańskiem tylko 1331 chorych potrzebuje koniecznie opieki zakładowej, więc ilość miejsc oddanych na inne cele jest znacznie większa. W każdym razie o tem, aby całe setki chorych pozostawały poza szpitalem, nie może być mowy.

Województwo Poznańskie posiada — tak jak zresztą i inne województwa zachodnie — instytucję opieki społecznej t. zw. „Krajowy Związek dla Ubogich", który na podstawie ustawy z dn.

11. lipca 1891 r. obowiązującej od 1. IV. 1893, oraz na podstawie regulaminu wykonawczego do tej ustawy z dn. 27. III. 1893, — jest zobowiązany do następujących świadczeń: umieszczenie w zakładach psychjatrycznych wszystkich chorych psychicznie, idjotów i epileptyków, potrzebujących opieki zakładowej i dostarczenie im środków leczniczych i pielęgnacji, — zaś społeczeństwo wielkopolskie jest obeznane ze sprawami opieki psychjatrycznej, — więc niema przeszkód ani materjalnych ani indywidualnych do umieszczenia każdego obywatela psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym, i każda rodzina, która zauważy najlżejsze objawy zboczenia psychicznego wśród swoich członków, ma możność niezwłocznie umieścić chorego w zakładzie; poza zakładem pozostają tylko nieliczne wyjątki. Wobec tego cyfrę 813 wzgl. 41,7%, podaną przez autora na str. 68, w tablicy A w Roczniku Psychjatrycznym 1927, VI, pod nr. 14, określającą ilość osób psychicznie chorych, pozostających rzekomo poza szpitalem, uważać należy za fikcyjną i nierealną, za wyraz błędnej kalkulacji przeprowadzonej na podstawie nieprawdziwych liczb podstawowych. Mylne to obliczenie możnaby wytłómaczyć ewtl. okolicznością, że autor prawdopodobnie za podstawę do swoich kalkulacji wziął cyfry budżetowe, mianowicie dla Dziekanki — 600 miejsc, dla Owińsk — 600, dla Kościana — 270, t. j. ogółem 1470. Do budżetów wstawiono rozmyślnie niższe liczby łóżek, niż przedstawiał stan faktyczny, albowiem budżety dla zakładów poznańskich były — z powodu braku pacjentów — zestawiane nie według ilości miejsc, rozporządzalnych dla psychicznie chorych, lecz według liczby chorych leczonych w czasie zestawiania budżetów.

Atoli nawet, gdy uwzględnimy liczby budżetowe, to jeszcze otrzymamy inne wyniki niż te, które wymienia autor.

Wskutek nieścisłych liczb pierwotnych wszelkie obliczenia statystyczne zanotowane w referacie Dra Bednarza pod nr. 14 tablicy A, na str. 68 i tablicy B na str. 69 Rocznika Psychjatr. 1927/VI. są błędne i z tego powodu bezwartościowe, a co za tem idzie, wnioski na temat opieki psychjatrycznej w Województwie Poznańskiem, wysnute z błędnych obliczeń, nie mają realnej podstawy i nie przedstawiają wiarogodnego źródła informacyjnego dla ew. późniejszych badań.

Hôpital psychiatrique public de Poznanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

QUELQUES REMARQUES CORRIGEANT LES DATES ERRONÉES DE DR. BEDNARZ À PROPOS DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN POSNANIE.

par

AL. PIOTROWSKI.

Le 1. I. 1925 il y avait dans les trois hôpitaux de Posnanie 2535 places destinées pour des aliénés, dont seulement 1290 étaient occupées par des malades soignés dans les asiles et 1245 lits étaient libres. Considérant un lit sur 1000 habitants comme rélation normale, le pays de Posnanie avait alors besoin de 1953 lits pour des aliénés, mais en vérité elle avait 582 places de plus disponibles. L'assistance psychiatrique en Posnanie possédait un lit sur 776 habitants, (aujourd'hui 1:751) et non 1:1103.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

WZROST ILOŚCI PRZYJĘĆ ALKOHOLIKÓW.

podał

DR. WACŁ. JANUSZEWSKI, lekarz asystent.

Przeglądając statystyki zakładów psychjatrycznych i spostrzeżenia lekarskie, widzimy wzrost alkoholizmu od czasu wojny światowej.

Prof. Achard, prowadząc — w ciągu sześciu miesięcy 1926 r. — statystykę alkoholizmu w Szpitalu Beaujou, stwierdził, że z pośród 418 mężczyzn nowoprzyjętych do szpitala — 44, czyli 10,5%, wykazało wyraźne znamiona intoksykacji alkoholowej. Wśród kobiet ilość ta wynosiła 38, czyli 6,3%.

Prof. Jan Lépine, dyrektor kliniki dla psychicznie chorych w Lyonie, stwierdza, że z jednej strony wzrasta ilość przypadków wszystkch postaci psychoz opilczych, z drugiej strony zaznacza się wyraźny wzrost — dotąd względnie rzadkiego — alkoholizmu u kobiet.[1])

Meyer E.[2]) podaje statystykę przyjęć alkoholików w Królewcu, w której widzimy silny % wzrostu alkoholików. I tak przyjęto: mężczyzn: 1919/20 — 6,93%, 1920/21 — 8,71%, 1921/22 — 12,58%; kobiet: w r. 1919/20 — 0,2%; 1920/21 — 0,61%; 1921/22 — 2,18%.

W Rosji, gdzie w czasie wojny zaprowadzona była prohibicja, widzimy gwałtowny spadek ilości alkoholików, leczonych w tamtejszych zakładach. I tak przyjęto alkoholików: w r. 1912 — 9130; 1913 — 10.210; 1914 — 6.857; 1915 — 911; 1916 — kilka przypadków.

W 1921 r., w Tomsku, z całej Syberji przyjęć alkoholików było 3 na 1977 chorych. W ostatnich czasach, gdy zezwolono na używanie wina mocnego 18% i piwa, liczba alkoholików wyraźnie wzrasta[3]).

Prof. Amaldi[4]), obserwując psychozy alkoholowe we włoskich zakładach psychjatrycznych, podaje że w trzechleciu 1919—21 pa-

---

[1]) Pr. Paul Cazeneuve: Annales d'Hygiène publ. — Nr. 4, 1926.

[2]) Meyer E.: Die Zunahme von Trunksucht und Trunkenheit.

[3]) Prozorow: Psichiczeskija rastrojstrwa i alkogol.

[4]) Prof. P. Amaldi: Alkoholizm a choroby psychiczne we Włoszech. — Nowiny Psychjatryczne, 1925, II.

cjenci, przyjęci z powodu psychozy alkoholowej do zakładów, stanowili 7,5% wszystkich przyjęć (mężczyźni — 11%, kobiety — 1,6%). W poszczególnych latach stosunek psychoz alkoholowych przedstawiał się następująco: 1919 r. — 6,0%; 1920 — 7,5%; 1921 — 9,2%.

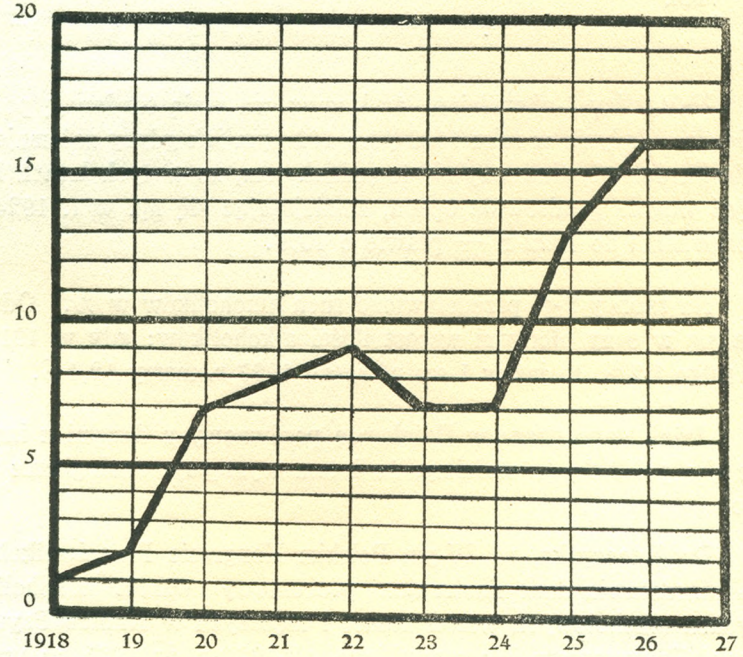
Obecnie chcę przedstawić dane statystyczne tyczące się alkoholików leczonych w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka w ciągu ostatnich dziesięciu lat (1918—27), przyczem rok 1927-y, objęty jest tylko do dnia 1. lipca.

I tak: w r. 1918 — 82 (1)[5]; 1919 — 61 (2 m. i 1 k.); 1920 — 158 (7); 1921 — 201 (8); 1922 — 153 (9); 1923 — 136 (7); 1924 — 98 (7); 1925 — 261 (13); 1926 — 205 (16); w 1-em półroczu 1927 r.— 129 (17).

W statystyce tej uwzględniono tylko przyjęcia mężczyzn do zakładu, gdyż w ciągu tych 9½lat przyjęliśmy tylko dwie kobiety (w r. 1919 jedną i w r. 1927 jedną).

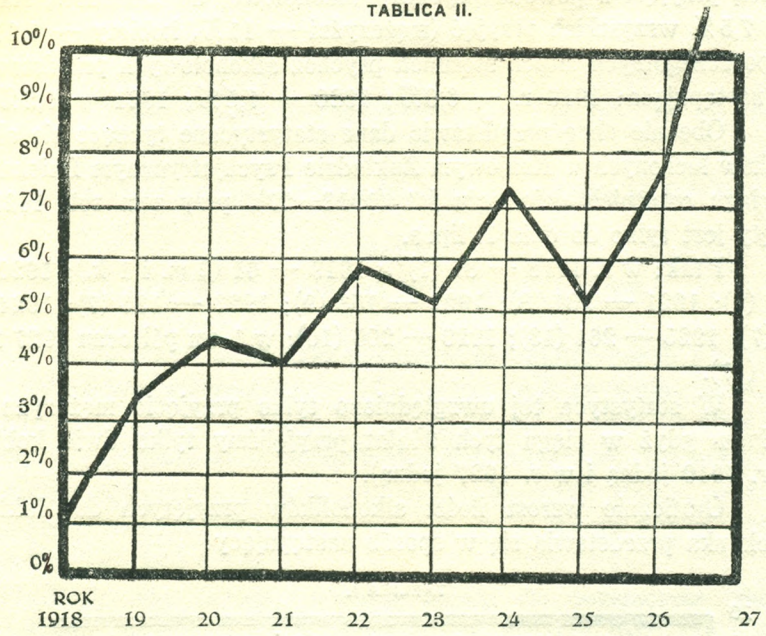
Graficznie wzrost ilości alkoholików przyjętych do Zakładu Dziekanka przedstawia się w sposób następujący:

TABLICA I.



[5]) Liczby bez nawiasów oznaczają ogólną ilość nowoprzyjętych, liczby w nawiasach — ilość nowoprzyjętych alkoholików.

TABLICA II.



Na tablicy 1-ej widzimy, że krzywa ma stałą tendencję podnoszenia się. Jedynie w roku 1923-ym i 1924-ym jak gdyby załamuje się i idzie ku dołowi; tłumaczy się to jednak tem, że w tych latach ilość przyjęć wogóle gwałtownie opada, zmniejszając się np. w r. 1924 — w porównaniu do 1922 r. — prawie o 40%.

Na tablicy 2-ej przedstawiono ruch alkoholików w %. Odrazu rzuca się w oczy olbrzymi wzrost ilości alkoholików; gdy w 1918 r. było tylko 1,2%, to już w 1-em półroczu 1927 r. mamy 12,4%.

Jeżeli dane nasze w Dziekance porównamy z danemi z innych zakładów polskich, to widzimy, że i tam występuje analogiczne zjawisko.

Dr. Rzeczyska, na IV-ym Polskim Kongresie Przeciwalkoholowym, przedstawia dane ilustrujące procentowy wzrost alkoholizmu i psychoz alkoholowych wśród kobiet i mężczyzn w Klinice Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, od 1920 r. do 1925 r.; wzrost ten przedstawia się w sposób następujący: 1920 r. m. 2,08%, k. 0,0%; 1925 — m. 27,48%, k. 5,04%.

W Kochanówce pod Łodzią — według sprawozdania dyrektora szpitala dra B. Siwińskiego — leczono alkoholików: w 1922 r. — m. 8, k. 0; w 1923 r. — m. 20, k. 4; w 1924 r. — m. 24, k. 4; w 1925 r. — m. 19, k. 2.

Procentowo: 1922 r. — m. 3,98%, k. 0,0%; 1923 r. — m. 9,8%, k. 1,85%; 1924 r. — m. 9%, k. 1,5%; 1925 r. — m. 7,5%, k. 0,7%.

W rocznych sprawozdaniach Tworek nie uwzględniono coprawda specjalnie alkoholików, a zaliczono ich do pacjentów z zaburzeniem przy zatruciach zewnątrzpochodnych (alkoholizm, morfinizm itp.); widzimy również wzrost ilości narkomanów w 1924 r.; m. 16 (5%), k. 4 (1,71%); 1925 r. — m. 30 (6,95%), k. 5 (1,91%); 1926 r. — m. 20 (6,6%), k. 4 (1,77%).

Z zestawienia tego widzimy, że w Polsce i zagranicą, od czasu wojny światowej ilość alkoholików leczonych w zakładach psychjatrycznych stale wzrasta. Ten sam wzrost daje się zauważyć w Dziekance. Większość alkoholików stanowią mężczyźni. Przyrostu przyjęć kobiet z psychozą alkoholową nie dało się w Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka stwierdzić.

W końcu niech mi będzie wolno na tem miejscu podziękować p. Dyr. Dr. Piotrowskiemu za przekazanie mi powyższego tematu i za łaskawe udzielenie mi wskazówek i rad przy opracowaniu zadania.

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

L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'ADMISSIONS DES ALIÉNÉS ALCOOLIQUES.

par

le DR. W. JANUSZEWSKI.

L'auteur, après avoir cité quelques statistiques de l'étranger, discute la question de l'augmentation du nombre d'admissions des alcooliques dans les dernières années après la guerre mondiale. Partout on peut constater cette augmentation.

En Pologne de même le nombre des aliénés tombés malades à cause d'intoxication alcoolique s'augmente rapidement d'année en année.

A Dziekanka cette augmentation dans les années de 1918 jusqu'à 1927 se manifeste dans la série de 1,2% pour l'année 1918 jusqu'à 12,4% pour les mois janvier — juin 1927.

La plupart des psychoses alcooliques appartient au sexe masculin. Les femmes sont en tout petite minorité. A Dziekanka il n'y a que deux femmes qui sont tombées malades par suite d'alcoolisme.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

SPOSTRZEŻENIA PSYCHJATRYCZNE Z CZECHOSŁOWACJI.

Podał
AL. PIOTROWSKI.

Spitalnictwo psychjatryczne w Czechosłowacji stoi na wysokim poziomie. Państwo czechosłowackie posiada pierwszorzędne zakłady psychjatryczne, mianowicie: sześć w Czechach (Kosmonosy, Dobrany, Oporany,, Górne Berkowice, Bohnice i Niemiecki Bród), oraz trzy zakłady na Morawji (Brno, Sternberg i Kromieryż).

Dwa nowe wielkie zakłady powstaną wkrótce — w Hroznietynie i w Bratysławji.

Zwiedziłem zakład w Dobranach (koło Pilzna) i dwa nowoczesne — w Bohnicech, koło Pragi, i w Kromieryżu, koło Prerowa. Przyjmowali mnie i informowali pp. dr. dr. M. Rosenzweig, Knapp i Machacek w Dobranach, dyr. dr. R. Smejkal, dr. Seifert w Bohnicech, dyr. dr. V. Navrat w Kromieryżu. Za szczodrze udzielane informacje wyrażam niniejszem moje podziękowanie.

Wymienione zakłady są zbudowane według rozpowszechnionego systemu pawilonowego; pawilony rozłożone naogół symetrycznie, mianowicie w ten sposób, że oś środkową zajmują zabudowania administracyjne i gospodarcze. Po obu stronach osi wznoszą się pawilony szpitalne. Zakłady czeskie robią na przybyszu sympatyczne wrażenie, albowiem budynki wykazują piękny styl architektoniczny. Wszystkie gmachy są białe i imponują artystycznie upiększonym frontem, i leżą w obszernych parkach; wszędzie dużo przestrzeni, miejsca, zieleni, światła i świeżego powietrza.

Ponurych widoków, jakie np. w zakładach polskich (z wyjątkiem zakładów galicyjskich) uderzają przybysza (koszarowy styl i więzienny wygląd nie należą do miłych wrażeń), — brak w zakładach czeskich. W stylu budowy tych zakładów uwypukla się postępowość i nowoczesność psychjatrji czeskiej. Psychicznie chory, dostawszy się w piękne otoczenie, odczuwa je przyjemnie.

Nietylko budowa, ale także bogato uposażone urządzenia wewnętrzne i techniczne, środki lecznicze, pracownie naukowe itp., świadczą o wysokim poziomie cywilizacyjnem zakładów czeskich.

Co się zaś tyczy strony leczniczej, sposobu traktowania chorych itp. należy podkreślić, że praktyka zakładowo-lekarska dąży w kierunku uprzyjemnienia pacjentom pobytu w zakładzie. Tu i owdzie spotyka się jeszcze reminiscencje przymusu, który jednakże przejawia się w formach łagodnych.

Na szczególną uwagę zasługuje sanatorjum dla pacjentów I-ej i II. klasy w Bohnicech koło Pragi. Sanatorjum dla nerwowo i lekko psychicznie chorych pacjentów samopłacących I-ej i II-ej klasy powinno znajdować się przy każdym zakładzie. To też zagranicą budują sanatorja przy nowszych zakładach psychjatrycznych.

Dużo troskliwości poświęca się urządzeniom kuchennym. Kuchnie są imponujące, lśniące od metalów błyszczących, czyste, obszerne, jasne, przewiewne, dobrze wentylowane.

Do kuchni głównej przylegają liczne kuchnie poboczne i ubikacje przeznaczone dla różnych celów kuchennych. Maszyny są pędzone siłą elektryczną. Ściany, pokryte polewanemi kaflami albo warstwą cementową i farbą olejną, znajdujemy nietylko w ubikacjach kuchennych, ale także i w łazienkach i w pawilonach szpitalnych. Budynki gospodarcze i pawilony szpitalne jako też warsztaty są zaopatrzone w najnowsze urządzenia techniczne, które gwarantują sprawne funkcjonowanie wszystkich części zakładu, czy to w dziedzinie służby szpitalnej, czy administracyjnej, czy gospodarczej.

Kontrola na wszystkich oddziałach jest bardzo ścisła, regularna i bezustanna, dzięki rozgałęzionej sieci telefonów i elektrycznych zegarów kontrolnych. Dla celów przyspieszonej komunikacji niejeden zakład posiada samochody ciężarowe, autobusy i samochody-dorożki.

Zakłady wspomniane należą do rzędu zakładów wielkich, t. zn. są obliczone na wielką ilość chorych, jak np. Dobrany — na 1.800, Bochnice — na 2.300.

W szczegółach godnych podkreślenia zakłady wymienione przedstawiają się w sposób następujący:

I.

ZAKŁAD DOBRANY.

Zakład wznosi się na płaskowzgórzu, opodal miasta Dobrany i został otwarty dla użytku publicznego dnia 15. września 1881 r. Jest to więc starsza instytucja, zbudowana symetrycznie według systemu pawilonowego.

Na osi środkowej leżą: gmach administracyjny, kaplica, kuchnia, hala maszyn, pralnia, łazienki, warsztaty, magazyny, kostnica i dom mieszkalny dla oddźwiernego. Po obu stronach osi środkowej rozmieszczone są pawilony dla chorych: po stronie południowej — dla mężczyzn, po stronie północnej — dla kobiet.

W części środkowej mieszczą się pawilony przeznaczone dla chorych wymagających stałej opieki i dozoru; pawilony te połączone są krytymi gankami. Na peryferji zakładu znajdują się pawilony dla chorych spokojnych, nie potrzebujących stałego dozoru.

Pawilony pierwszej kategorji są jednopiętrowe, inne — dwupiętrowe.

Poza parkanem zakładowym stoją: pawilon dla chorób zakaźnych, pawilony dla chorych pracujących w roli, oraz zabudowania folwarczne.

Na obwodzie rozległego parku znajdujemy sady i ogrody warzywne, w których pracują chorzy, nie mogący — ze względu na swą chorobę — pracować na folwarku, t. zn. poza obrębem zakładu. Dla chorych, nie nadających się do żadnej pracy, urządzono — obok poszczególnych pawilonów — ogrody okolone niskim parkanem.

Wnętrza pawilonów są przestronne, jasne, sale wysokie zawierają dostateczną ilość powietrza. Na wyszczególnienie zasługują wysokie, przewiewne pawilony przeznaczone dla chorych na gruźlicę.

Podłogi — parkietowe — zrobione są z drzewa dębowego. Ze względów praktycznych dobudowano w każdym pawilonie ubikacje dla celów gospodarczych jak: magazyny, pomywalnie, kuchenki podręczne i inn.

Pawilony ogrzewa się ciepłą wodą; tylko kolonje i pawilony dla chorób zakaźnych zaopatrzone są w piece kaflowe.

Zakład posiada własną kanalizację i oświetlenie elektryczne, oraz dostarcza światła także dla miasta Dobrany.

Gorącą wodę czerpie się z kotłów, znajdujących się w niektórych pawilonach. Jedna kotłownia zaopatruje 2—3 pawilony.

Zakład posiada własną piekarnię nowoczesną o zapędzie elektrycznym. W kuchni znajduje się dwanaście nowych kotłów niklowych (parowych) i kilka maszyn służących do przerabiania masła i krajania jarzyn. Pralnia zaopatrzona jest w podziemne urządzenia transmisyjne i w kotły do ogrzewania wody dla pralni, kuchni i łazienek.

Pawilony dla chorób zakaźnych posiadają nowoczesne urządzenia do dezynfekcji parą i formaldehydem.

Zakład może dać pomieszczenie ca. 1.800 chorym i zatrudnia personału pielęgniarskiego — przy 8-godzinnym dniu pracy — 423 osoby, mianowicie 221 mężczyzn i 202 kobiety; pozatem 9 lekarzy, 14 urzędników administracyjnych, 1 kapelana, 4 urzędników kancelaryjnych, 1 inspektora technicznego oraz odpowiednią ilość służby technicznej i gospodarczej.

Należy podkreślić, że zakład Dobrany jest bogato wyposażony w pracownie naukowe, laboratorja, posiada gabinet dla prac statystycznych, bibljotekę, nadto bogate urządzenia fizykoterapeutyczne.

II.

ZAKŁAD BOHNICE.

Do najwspanialszych, nowoczesnych zakładów psychjatrycznych należą Bohnice koło Pragi, położone na prawym brzegu Witawy, rozłożone symetrycznie i zbudowane również systemem pawilonowym. Budowę zakładu rozpoczęto w 1905 r., a ukończono w 1924 r.

Zakład składa się z trzech części głównych:

1) z pawilonów męskich i żeńskich dla III-ej klasy;
2) z t. zw. „sanatorjum“ dla I-ej i II-ej klasy, oraz
3) z kolonji dla chorych, pracujących na roli.

Budynki służące dla celów ogólno-zakładowych jak: gmach administracyjny, kościół, kuchnia, pralnia, hala maszyn, kotłownia, warsztaty mieszczą się na środkowej osi terenu. Na prawo i na lewo od osi środkowej rozmieszczone są pawilony dla chorych.

Wzdłuż szosy, po obu stronach gmachu administracyjnego, znajdują się: wila dyrektora, wile lekarzy i mieszkania urzędników, dalej osobna kolonja, t. j. domy mieszkalne dla personału pielęgniarskiego.

Na przeciwległym krańcu zakładu mieszczą się: domy mieszkalne dla służby, pawilony dla chorych pracujących na roli, lazarety (męski i żeński), składnica węgla, dom mieszkalny dla odźwiernego, kostnica i folwark.

Gmach administracyjny przedstawia się jako okazały jednopiętrowy budynek, w którym mieszczą się gabinety lekarskie i biura: na parterze — zakładowa centrala telefonów i telefon pozamiejscowy, pokoje przyjęć dla chorych, poczekalnia dla chorych, poczekalnia dla petentów, apteka i inn., na pierwszem piętrze — gabinety, biura, sala konferencyjna, bibljoteka lekarska i bibljoteka beletrystyczna. Bibljoteka lekarska zawiera 2.100 dzieł, beletrystyczna — przeszło 9.000. W 1925 r. wydano na cele bibljoteczne zgórą 25.500 koron.

Apteka ma własnego magistra pharm. Lekarstwa sporządza się nietylko dla chorych, lecz i dla urzędników i funkcjonarjuszy zakładu, oraz ich rodzin.

Za gmachem administracyjnym wznosi się piękny, okazały *kościół* w zmodernizowanym stylu romańskim.

Na dalszym planie położony jest *budynek kuchenny*. W kuchni mieści się 19 wielkich kotłów niklowych, 2 kotły do kawy, 6 kotłów niklowych do mleka, i inn. Gotuje się na parze o niskiem ciśnienniu. Do przygotowania pieczeni służą 2 angielki. W gmachu kuchennym mieszczą się pozatem: śpiżarnie, pomywalnie, strugarnie do ziemniaków i jarzyn. Odnośne prace wykonują chore pod dozorem pielęgniarek.

Personał kuchenny stanowią: 3 urzędnicy, 1 kucharz, 3 kucharki, 23 pomocnice, 3 rzeźnicy i 1 pomocnik kucharski. Kucharki i dziewczęta pracują 60 godzin w tygodniu.

Chorzy III-ej klasy otrzymują codziennie — prócz piątków — mięso. Na śniadanie — kawę i bułki, na obiad — mięso, na kolację — jarzynę i chleb (250 gr) z masłem.

Pacjenci I-ej i II-ej klasy otrzymują codziennie pieczeń. W piątek — zamiast mięsa — rybę lub inne potrawy postne.

W budynku kuchennym znajdują się pozatem: magazyny, rzeźnia, piekarnia i kantyna dla personału. *Piekarnia* — z urządzeniem elektrycznem — zaopatruje w chleb i pieczywo nietylko zakład bohnicki, lecz i zakład psychjatryczny w Pradze. Zapotrzebowanie roczne mąki wynosi 550.000 kg. W piekarni pracuje 2 piekarzy i 16 czeladników (po 8 godzin — na 2 zmiany).

W piwnicy budynku kuchennego mieszczą się: chłodne komory do przechowywania mięsa, mleka i piwa oraz lodownia.

W osobnym, rozległym budynku znajduje się *pralnia*, ślusarnia i hala maszyn. Pierwsze piętro przeznaczone jest na mieszkania dla służby kuchennej.

Pralnia ma urządzenia nowoczesne: 4 kotły do gotowania bielizny, 7 bębnów, 5 wyżymaczek i magle.

Na wzmiankę zasługuje suszarnia, która w ciągu dwóch godzin suszy bieliznę. Wszystkie maszyny pędzone są siłą elektryczną.

Obok pralni są ustawione łaźnie parowe: wielka łaźnia zawiera 14 wanien, pozatem mieści się tam szereg kabin dla mężczyzn i kobiet, każda o jednej wannie.

Opodal znajduje się *kotłownia*, zaopatrzona w 4 kotły parowe systemu Tischbeina.

Budynek warsztatowy obejmuje różne warsztaty, w których zatrudnia się chorych zdolnych do pracy. Pozatem, w budynku tym mieści się garaż na dwa samochody: jeden samochód-doróżkę, drugi — autobus, służący do transportu chorych, dzieci szkolnych, chorego personalu. Budynek warsztatowy zawiera też mieszkania dla 44 osób służby technicznej, mieszkania dla głównego dozorcy i dla 4 dozorców.

Ogrzewanie uskutecznia się z 3 centrali: 1) z kotłowni głównej, 2) z kotłowni umieszczonej w piwnicy pawilonu B2, 3) z kotłowni mieszczącej się w jednem z zabudowań folwarcznych — dla ogrzewania budynków na folwarku.

Wodę użytkową czerpie się z 8 studni artezyjskich położonych na prawym brzegu rzeki. Rury wodociągowe ułożone są pod ziemią. Wodę przeprowadza się przez filtry.

Wody do picia dostarczają obficie trzy studnie, na 16—20 m głębokie, a oddalone o 70—120 m od gmachu administracyjnego. Na 8 m od studzien nie wolno mierzwić, aby zapobiec zanieczyszczeniu wody. Czerpie się ją elektromotorem, następnie pędzi do rezerwoaru, skąd przechodzi do pawilonów i domów mieszkalnych.

Odpływy odprowadza się — po przefiltrowaniu — do rzeki.

Szpitalna część zakładu mieści się w 21 pawilonach; pawilonów dla mężczyzn jest ogółem 11, dla kobiet — 10 (niema pawilonu dla kobiet kryminalnych).

Każdy pawilon posiada salę dzienną (bawialnię), sypialnie, gabinet dla lekarza, kuchenkę, umywalnię, łazienkę, komorę, mieszkanie dla pielęgniarza oddziałowego itd. Wszędzie jest światło elektryczne, ciepła i zimna woda, w ustępach — porcelanowe klozety. Wszędzie posadzki. Werandy położone są od strony ogrodu. W pawilonie dla chorych na gruźlicę werandy zajmują całą południową stronę budynku; chorzy leżą na leżakach. Podłogi pokryte są linoleum.

Pawilony dla niespokojnych posiadają izolatki z oknami o grubych szybach. Oddziały dla chorych niebezpiecznych mają okna zakratowane.

Parterowy pawilon izolacyjny dla chorób zakaźnych ma 30 łóżek: 15 dla mężczyzn, 15 dla kobiet.

Personał wolny od służby nie przebywa w pawilonach, lecz we własnych mieszkaniach — w domach pielęgniarskich.

Dla ca. 200 pacjentów samopłacących I-ej i II-ej klasy wybudowano w pięknym parku wspaniałe *sanatorjum*, składające się z 8 budynków: 4 pawilonów dla panów, 3 dla pań i teatr. Teatr przeznaczony jest na przedstawienia i zabawy taneczne. Jest i plac tenisowy.

Każdy pacjent I-ej klasy ma osobny pokój; pacjenci II-ej klasy mieszkają po dwóch (i więcej) w jednym pokoju. Sanatorjum ma własną kuchnię i kotłownię.

Oddziały dla pacjentów pracujących na roli składają się z 6 pawilonów z 300 łóżkami.

Chorych zajętych pracą jest 15—20%. Chorzy, pracujący na roli, w warsztatach zakładowych itp., otrzymują obfitszy pokarm, pozatem dodatki jak: piwo, kawę, mleko, tytoń i in. Dla chorych tych urządza się co rok dożynki. *Bez pracy chorych zakład bohnicki nie mógłby istnieć.* Ilość chorych pracujących na roli zwiększa się w czasie żniw. Pozatem pewna ilość chorych pozostających na pawilonach zatrudniona jest pomywaniem statków, zamiataniem itp.

Do pawilonów, przeznaczonych dla chorych, pracujących na roli, przylega folwark i sad. Cały teren zakładu wynosi ogółem 303 ha; z tych 64 ha zajmują zabudowania zakładowo-lecznicze i gospodarcze, park — 25 ha, resztę zaś — folwark zakładowy i ogrody. Folwark przyczynia się wydatnie do samowystarczalności zakładu. Posiada on: 60 krów dojnych, 25 jałówek, 12 wołów roboczych, 7 par koni i 25 świń. Roczna produkcja mleka wynosi ca. 100.000 l.

Ogrodnictwo zajmuje obszar 6 ha i zaopatruje zakład w jarzynę i owoce, oraz w kwiaty. W ogrodzie warzywnym pracują chorzy pod dozorem personału pielęgniarskiego — pod kierownictwem jednego ogrodowego i 2 pomocników.

Opodal pawilonów dla chorych pracujących znajduje się *kostnica* z kaplicą pogrzebową, prosektorjum, laboratorjum serologicznem i bakterjologicznem oraz mieszkanie dla personału.

Zakład dba o dobór wykwalifikowanego i inteligentnego personału, któryby ułatwiał pracę lekarzom. Personał uczęszcza na kursy pielęgniarstwa. Zakład stara się przedewszystkiem zapewnić sobie pracowników stałych, wykwalifikowanych. Do celu tego dąży się przyznaniem personałowi wystarczających pensji (w gotówce i w naturze), ustalaniem go po czteroletniej służbie w zakładzie, ubezpieczeniem go na wypadek choroby, przyznaniem zapomóg w razie śmierci, przyznaniem urlopów (od 3 do 21 dni). Ustalonemu personałowi żonatemu płaci zakład 50% dodatku, personałowi samotnemu — 25%, czem umożliwia mu założenie rodziny.

Zasadniczo obowiązuje praca 8-godzinna, za wyjątkiem funkcjonarjuszy pracujących po 60 godzin na tydzień. Ośmiogodzinny dzień pracy nie obowiązuje również personału dozorującego chorych

przy pracy na roli i w ogrodnictwie, oraz personału pracującego na oddziałach dla chorych niebezpiecznych.

Każdy pawilon zatrudnia 21 pielęgniarzy wzgl. pielęgniarek, rozdzielonych na 7 grup po 3 osoby: 3 grupy pełnią służbę dzienną (= 9 piel.), 2 grupy — służbę nocną (=), 2 grupy — na urlopie (=6).

Bezpośrednie dozorowanie personału pielęgniarskiego należy do pielęgniarzy-oddziałowych i do nadpielęgniarzy wzgl. nadpielęgniarek, tak że ogółem pełni służbę na jednym pawilonie 23 pielęgniarzy wzgl. pielęgniarek. Prócz pensji otrzymują oddziałowi i dozorujący na większych oddziałach — dodatek 25 koron, na mniejszych — 15 koron. Z końcem roku kierownik administracji wypłaca oddziałowym, którzy pełnili swe obowiązki beznagannie, nagrody do wysokości 100 koron.

Personał pełni służbę w tygodniu — 3 dni (po 12 godzin) i 2 noce (po 12 godzin), ogółem więc 5×12=60 godzin. Służba dzienna trwa od godz. 6,30 rano do godz. 6,30 wieczór, nocna zaś — od godz. 6,30 wieczór do godz. 6,30 rano.

Służbę nocną kontroluje się często. Używane są w zakładzie zegarki kontrolne (elektryczne) systemu „Vigil" — firmy Fricz.

Personał nadpielęgniarski składa się z 4 nadpielęgniarzy i 3 nadpielęgniarek, których również obowiązuje służba 60-godzinna.

Zakład posiada mieszkania dla 450 pielęgniarzy i pielęgniarek, w tem 4 wielkie budynki dla personału samotnego (2 dla mężczyzn, 2 dla kobiet). W budynkach, przeznaczonych dla samotnych, mieści się ogółem 144 pokoi (przeciętnie 3 osoby w jednym pokoju). W każdym budynku znajdują się łazienki, pralnia, składnica węgla i in.

Personał pielęgnarski kupuje strawę — gdy pełni służbę — od zakładu i płaci za żywienie 7 koron dziennie.

Po służbie jednorocznej, podczas której uczęszcza na kursy pielęgniarstwa, odbywające się w zakładzie, personał składa egzamin przed komisją.

Zakład ma dyrektora-lekarza, administratora i kontrolera. Ogółem zatrudnionych jest: 15 lekarzy, 1 kapelan, 25 urzędników administracyjnych i kancelaryjnych, 2 urzędników gospodarczych, 194 służby, oraz 671 pielęgniarzy i pielęgniarek.

Budżet zakładu wynosi przeszło 27 miljonów koron, czyli ca. 6,5 miljonów złotych.

III.

ZAKŁAD W KROMIERYŻU.

Zakład zbudowano w latach 1904—1908, w odległości 1 klm od centrum miasta, na terenie 26,6 ha, naprzeciw szpitala miejskiego; do zakładu przylega kolonja rolnicza o powierzchni 56 ha.

Budynki położone na osi środkowej terenu zakładu służą (z wyjątkiem szpitala znajdującego się na krańcu północnym) dla celów administracyjnych i gospodarczych; po prawej i lewej stronie osi środkowej rozmieszczone są pawilony dla chorych. Wzdłuż szosy wznoszą się domy mieszkalne dla lekarzy i urzędników; na krańcu północno-wschodnim znajduje się kostnica.

Zachodnia grupa budynków (strona męska) liczy o cztery budynki więcej (2 pawilony dla obłożnie chorych, 1 pawilon dla chorych pracujących na roli, 1 budynek warsztatowy), aniżeli grupa żeńska i przylega do kolonji rolniczej.

Na południowym krańcu osi środkowej leży okazały *gmach administracyjny*, w którym się mieszczą biura, ubikacje urzędowe dyrektora i lekarzy, kasyno, teatr na 500 osób, bibljoteka i mieszkania urzędników.

Za gmachem administracyjnym wznosi się stylowy *kościół*.

Za kościołem *budynek kuchenny*, mieszczący kuchnie główną, zaopatrzoną w wentylator elektryczny. W kuchni pod ścianą stoi piec gazowy do przyrządzania porcji w mniejszych ilościach, oraz dwa rezerwowe kotły miedziane z ogrzewaniem bezpośredniem. W środku kuchni stoi 8 kotłów niklowych o pojemności ogólnej 2.300 l; 2 kotły można używać jako parowniki do ziemniaków. Pozatem — 2 maszynki do gotowania mleka (à 150 l) i jedna do gotowania kawy (150 l). Naprzeciw okna, którem się wydaje potrawy, stoją dwie ogrzewalnie parowe. Do pomywania naczyń w pomywalni służą 4 baseny betonowe emaljowane. Podobne baseny (do płukania jarzyn) znajdują się w strugarni. Odpływy kieruje się w części do rezerwoaru, znajdującego się na dziedzińcu, w części zaś bezpośrednio do kanału. Struganie ziemniaków i krajanie jarzyn odbywa się maszynowo — zapędem elektrycznym.

Obok kuchni głównej mieszczą się: biuro klucznika, magazyn podręczny gospodyni, rzeźnia i wytwórnia kiszek (z maszyną elektryczną i kotłem parowym do gotowania), komory do jarzyn, pomywalnia, strugarnia, mleczarnia, palarnia kawy oraz główny magazyn żywnościowy, piekarnia o dwóch piecach (systemu Werner-Pfleiderer),

urządzona wedle najnowszych wymogów techniki piekarskiej, jadalnia dla personału kuchennego, garderoba z ustępem, kuchnia do wypieku potraw mącznych. Na pierwszem piętrze mieszczą się — z frontu — mieszkania dla personału kuchennego, rzeźnickiego i piekarskiego. Od strony północnej znajduje się pralnia dla bielizny kuchennej oraz suszarnia i prasowalnia. Poddasze służy przeważnie jako magazyn. W piwnicy znajdują się komory do wyrobu wody sodowej, do krajania kapusty, zbiornik mleka oraz komory do przechowania wina i piwa. Lodownia może pomieścić 250 wozów lodu. Od strony zachodniej przylega do budynku kuchennego małe podwórko z kurnikami.

W pobliżu kuchni wznosi się *kotłownia*, posiadająca kotły parowe o wysokiem ciśnieniu (systemu Tischbeina). Parę przeprowadza się rurami do rozdzielacza umieszczonego w ścianie, na wysokości górnego brzegu omurowania kotłów. Wodę służącą do ogrzewania pawilonów pędzi się za pomocą trzech pomp centryfugalnych oraz jednego motoru elektrycznego przez cały system kaloryferów. Obok pomp centryfugalnych znajduje się regulator normujący obieg ogrzewanej wody. Na ścianie, ponad pompami, umieszczony jest rozdzielacz dla wszystkich przewodów pary i wody, wiodących przez podziemne kanały do kuchni i pralni oraz do pawilonów.

Na pierwszem i na drugiem piętrze mieszkają maszyniści; na parterze mieszczą się warsztaty kowalskie i ślusarskie, oraz magazyny, w suterynach zaś — składnica węgla. Na dziedzińcu znajduje się *kryta* składnica węgla oraz wielka waga.

Pralnia jest w części parterowa, w części jednopiętrowa i zawiera nowoczesne urządzenia z zapędem elektrycznym. W pralni mieszczą się również komory do dezinfekcji bielizny zakażonej.

Do pralni przylega — od strony południowej — suszarnia zaopatrzona w motor z zapędem elektrycznym. Obok suszarni znajduje się pokój służący do układania czystej bielizny, i magiel elektryczny, dalej — składnica bielizny i pokój, w którym wydaje się bieliznę na poszczególne pawilony. Bieliznę zniszczoną wciąga się windą do szwalni położonej na piętrze. Pozatem mieszczą się tam: jadalnia dla personału, garderoba i ustępy, oraz mieszkania dozorczyń i praczek.

U wejścia do zakładu stoją domy mieszkalne odźwiernego i woźnego. Mieszkanie odźwiernego jest połączone z pokojem służbowym i centralą telefonów.

Po obu stronach głównego gmachu administracyjnego wznoszą się domy mieszkalne dla lekarzy i urzędników, oraz wila dyrektora.

Opodal tych wil znajdują się *pawilony pensjonarskie* urządzeniem nie różniące się w niczem od mieszkań prywatnych. Przebywają tam tylko spokojni pacjenci.

Pawilony obserwacyjne dają pomieszczenie dla 40 chorych. Zawierają one po 2 duże sypialnie (po 10 łóżek), połączone z bawialnią, łazienki, gabinet lekarski (z osobnem wejściem dla nowoprzyjętych), sypialnie mniejsze (po 2 łóżka, 2 pokoiki zaś na 1 łóżko), izolatki, ustępy i in. Z sali dziennej wychodzi się na otwartą werandę i do ogrodu.

Na pierwszem piętrze mieszczą się: szatnia, pokój dla personalu (5 łóżek), sypialnia dla chorych (10 łóżek), umywalnia oraz pokój dla personału pełniącego służbę nocną. Na poddaszu mieszczą się magazyny, w piwnicy — pracownie.

Oddziały obserwacyjne dla chorych niespokojnych są jednopiętrowe. Na każdem piętrze mieszczą się samodzielne oddziały po 22—23 łóżek. Oddziały te różnią się od poprzednich tem, że zawierają więcej izolatek i że weranda jest zaopatrzona w siatkę z drutu. W piwnicy znajdują się warsztaty.

Pawilony dla chorych niespokojnych, również jednopiętrowe, zawierają po 2 samodzielne oddziały, każdy po 22—23 łóżek. U wejścia znajduje się pokój dla odwiedzających, a na piętrze — telefon dla nocnej straży. Pozatem — magazyn, pokój dla trzech pielęgniarzy, 2 bawialnie, umywalnia, sypialnie (po 4 i 7 łóżek), pomywalnia i łazienka, ustępy, oraz 14 izolatek. W piwnicach mieszczą się kotłownie do centralnego ogrzewania, oraz 3 wielkie pracownie z wejściem osobnem.

Pawilony dla spokojniejszych, położone obok budynku kuchennego, są jednopiętrowe i zawierają po 2 oddziały, każdy na 34 chorych i po 3 izolatki.

Pawilony dla niedołężnych (2 po stronie męskiej, 2 po żeńskiej) są również jednopiętrowe. W każdym mieszczą się dwa oddziały po 33 łóżka.

Pawilony dla spokojnych (jednopiętrowe) mieszczą po dwa oddziały. Na parterze znajdują się bawialnie i ubikacje uboczne; na piętrze — sypialnie. Jeden oddział może pomieścić 30 chorych i 3 pielęgniarzy. W piwnicy znajdują się magazyny i pracownie.

Chorzy, pracujący w warsztatach, mieszkają w pawilonie jednopiętrowym, dającym pomieszczenie 35—38 chorym. W piwnicy mieszczą się warsztaty, mianowicie: stolarski, malarski i tapicerski, kuźnia, koszykarnia; na parterze — bawialnie, pozatem warsztat krawiecki,

szewiecki i introligatorski; na piętrze — garderoba, magazyn, umywalnia, sypialnie i ustępy.

Pawilon dla chorych, pracujących na roli, urządzony jest podobnie jak oddział dla spokojnych, z tą tylko różnicą, że mieści jeden oddział dla 40 chorych. Piwnice (z osobnem wejściem) oraz poddasze służą jako składnice jarzyn i owocu.

Lazaret składa się z trzech odrębnych części. W środkowej, na parterze, mieszczą się ambulatorja lekarskie i pracownie (osobne dla mężczyzn i kobiet), poczekalnia dla pań (z osobnem wejściem), winda poczekalnia dla panów, sala operacyjna, sala do sterylizacji, magazyn do waty i bandaży, ustępy (z osobnem wejściem dla pań). W ambulatorjach znajdują się przenośne aparaty elektroterapeutyczne. Ubikacje położone na pierwszem piętrze służą jako laboratorja dla mikroskopji, chemji, endoskopji, fotografji itd.

Na każdem piętrze mieści się sypialnia na 15 łóżek: na parterze — dla chorób somatycznych niezakaźnych, na piętrze — dla gruźliczych.

Każdy z tych czterech oddziałów można łatwo izolować, ponieważ oddziały położone na parterze są — w razie potrzeby — dostępne z werandy.

Lazaret dla chorób zakaźnych mały budynek parterowy, posiada 5 łóżek dla pań i 5 dla panów. Oddział męski jest oddzielony kurytarzem i pokojem lekarskim od oddziału żeńskiego. Z kurytarza wchodzi lekarz przez pokój pielęgniarski do sali chorych. Sypialnia ogólna ma trzy wejścia wzgl. wyjścia: jedno dla nowoprzyjętych, jedno dla wyleczonych (przez łazienkę, gdzie chory — przed opuszczeniem pawilonu — zmienia bieliznę) i jedno z ogrodu.

Osoba, podająca chorym potrawy, nie jest narażona na kontakt z nimi. W piwnicy znajdują się naczynia, zawierające płyn do dezinfekcji bielizny; wejścia do piwnicy znajdują się z zewnątrz i są dla każdego oddziału osobne. Odpływy lazaretu odprowadza się do specjalnego zbiornka, tam poddaje się je dezinfekcji i odprowadza następnie do kanałów.

Kostnica, w części parterowa, w części jednopiętrowa, zawiera kaplicę, windę do zwłok, ubieralnię, salę do autopsji, pracownię do badań anatomo-patologicznych, łazienkę i ustęp. Na piętrze mieszczą się dwa mieszkania dla służby.

W kierunku zachodnim od pawilonu dla pracowników rolnych leży *kolonja rolnicza* Wszystkie budynki zaopatrzone są w oświetlenie elektryczne.

Obok dziedzińca znajduje się *oranżerja* i dom mieszkalny ogrodowego. Oranżerję ogrzewa kocioł umieszczony w piwnicy.

Wszystkie pawilony dla chorych (z wyjątkiem trzech) mają płaskie betonowe dachy. Budynki gospodarcze i mieszkalne mają dachy z cementu. Wszystkie budynki są zaopatrzone w gromochrony.

Okna w pawilonach są dwuskrzydłowe; w pawilonach dla niespokojnych posiadają one grube szyby (13 mm).

Drzwi są — wedle potrzeby — jedno — wzgl. dwuczęściowe. Drzwi izolatek wykonane są z dwóch warstw i zaopatrzone w okienko do obserwowania chorych.

Ściany oddziałów są *pokryte* (do wysokości 2 m) *warstwą cementową i pomalowane farbą olejną, w łazienkach — wyłożone polewanymi białymi kaflami.*

Podłoga jest pokryta posadzką lub linoleum. Zakład ma oświetlenie gazowe i elektryczne, dostarczone przez miasto.

Ogrzewanie centralne uskutecznia się w czterech centralach. Kotły są systemu Heinholza, Koertinga i Bolze'go. Wielka kotłownia do centralnego ogrzewania wodą (z zapędem mechanicznym systemu Bohlze'go) zawiera 4 kotły. Ogrzana woda (pędzona za pomocą pomp centryfugalnych przez cały system przewodowy) ogrzewa i służy równocześnie do gotowania wody (system Boilera). Obok wspomnianych kotłów znajdują się dwa kotły parowe o wysokiem ciśnieniu, systemu Tischbeina, służące do wytwarzania pary dla kuchni i pralni. W kotłowni i w pralni znajdują się aparaty kontrolne. Wentylacja jest podwójna. Sale są zaopatrzone w elektrowentylatory.

Wody dostarcza miasto, ponieważ próby podjęte w zakładzie (do głębokości 220 m) nie dały wyników pomyślnych.

Ustępy są zaopatrzone w przepłukiwanie mechaniczne.

Woda deszczowa spływa rynsztokami betonowymi do miejskiego kanału.

Wszystkie budynki są połączone ze sobą telefonem: w dzień — za pośrednictwem centrali w pokoju służbowym odźwiernego, w nocy — za pośrednictwem centrali w pawilonie dla niespokojnych chorych.

WNIOSKI.

Spostrzeżenia poczynione podczas zwiedzania zakładów nasuwają następujące wnioski:

Pod względem psychjatrycznym zakłady wspomniane nie zawierają niczego, coby było godnem naśladowania, albowiem stosowanie tam metod, jak: odosobnienie chorych w izolatkach, przetrzy-

mywanie ich w łóżkach siatkowych i pod pościelą, zawijania kocowe, zastrzykiwania środków uspokajających, kraty w oknach, nie jest racjonalne. Metody te uznałem jako szkodliwe i już przed laty zarzuciłem.

Pod względem administracyjnym zakłady czechosłowackie nie różnią się zasadniczo od zakładów w innych krajach Europy i jako instytucje przeważnie samorządowe są administrowane w podobny sposób jak zakłady w Polsce zachodniej. Na czele administracji zakładu stoi lekarz-psychjatra jako dyrektor, który jednakże nie administruje osobiście, lecz tylko kieruje administracją.

Godną naśladowania jest architektura zakładów czeskich, której brak niestety Dziekance. Zakład Dziekanka ma wygląd ponury z powodu brzydkiego stylu koszarowo-więziennego poszczególnych budynków, zbudowanych z czerwonej surowej cegły. Moment ten działa sugestywnie na chorą psyche pacjenta i to w ujemnem znaczeniu.

W Dziekance brak sanatorjum dla nerwowo chorych samopłacących I-ej i II-ej klasy. W ubiegłych latach już kilkakrotnie przedstawiałem projekt (cfr. pisma z dn. 13. 7. 20 i z dn. 14. 7. 24, l. dz. 2989/24) urządzenia takiego sanatorjum na terenie Dziekanki. Brak także urządzeń fizyko-terapeutycznych i pracowni naukowych, które w zakładach czeskich są bardzo bogato wyposażone. Brak w Dziekance również odpowiedniego budynku warsztatowego, któryby służył dla zajęcia chorych w celach terapeutycznych. Jako najwyższy cel terapji psychjatrycznej uważam zwalczanie wzgl. łagodzenie objawów chorobowych, pielęgnowanie i wzmacnianie pozostałych nienaruszonych sił psychicznych, utrzymywanie chorych na możliwie najwyższym poziomie społecznym i wychowanie ich do życia socjalnego. Do osiągnięcia tego celu służy m. in. także psychoterapja — w formie odpowiedniego zajęcia pacjentów. Dlatego dobrze urządzone i bogato wyposażone warsztaty są konieczną potrzebą.

Zakłady czeskie mają wzorowo urządzone kuchnie. Kuchnia w Dziekance stanowi prawdziwą bolączkę zakładu, albowiem bynajmniej nie odpowiada nowoczesnym wymogom technicznym, praktycznym i postulatom higjeny. Z powodu złej wentylacji para nie ulatnia się, lecz wypełnia kuchnię gęstą mgłą, tak że nie można dostrzec, co się w odległości 50 cm dzieje. Z tego właśnie powodu w najważniejszych chwilach pracy, t. j. dopołudnia, podczas przygotowania obiadu, nie można się w kuchni dostatecznie orjentować i swobodnie poruszać. Okoliczność ta wpływa deprymująco i hamująco na personał, który pozatem jest narażony na przeziębienie i katary, albowiem para osiada na

ubraniu, wilgotne ubranie zaś ochładza temperaturę ciała. Kuchnia jest więc niehigjeniczna, niezdrowa. Para osiada też na ścianach i ścieka po nich strugami. Ściany są stale wilgotne, wskutek czego czernieją. Kotły żelazne, mimo czyszczenia, wyglądają brudno i nieapetycznie. Strawa z takiej kuchni eo ipso musi mieć cechę pokarmu nieapetycznego. Zalecałoby się ściany kuchni i ubikacji bocznych pokryć — do samego sufitu — białymi kaflami, a kotły żelazne — jako nieekonomiczne i niehigjeniczne — zastąpić niklowymi.

W Dziekance telefony nie funkcjonują mimo częstej naprawy i wypowiadają nieraz posłuszeństwo w przypadkach nagłych. Oddziały muszą wtedy komunikować się przy pomocy posłańców, co nadzwyczaj tamuje sprawność służby i dezorganizuje ją. Personał przeznaczony do służby na oddziałach traci czas na posyłki.

Sprawność służby, tak w części szpitalnej jak w części administracyjnej i gospodarczej możnaby ulepszyć i podnieść do poziomu wyższego przez zaprowadzenie gęstej sieci telefonicznej i stałej kontroli za pomocą elektrycznych zegarów.

Hôpital Psychiatrique public de Poznanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

IMPRESSIONS PSYCHIATRIQUES DE L'ÉTRANGER

par

AL. PIOTROWSKI.

L'auteur rapporte les impressions qu'il a eues en visitant des hôpitaux psychiatriques dans la Tchécoslovaquie. En comparant l'hôpital de Dziekanka à ceux de la Tchécoslovaquie, il forme les conclusions suivantes.

A Dziekanka il n'existe pas ni grilles, ni chambres d'isolement, ni enveloppements, ni injections de scopolamine et de morphine, ni distribution schématique en masse de somnifères. En général les aliénés ne sont pas alités à cause des maladies psychiques. Les murs sont pour la plus part abolis.

La thérapeutique psychiatrique à Dziekanka a pour but de maintenir les malades à un niveau social élévé le plus possible par la psychothérapie, par le travail (ca. 90% des malades sont occupés a toutes sortes de travaux), par l'éducation à la vie familiale et sociale.

A Dziekanka, il serait nécessaire de bâtir un sanatorium — avec des installations physico-thérapeutiques — pour des malades atteints de maladies nerveuses, un bâtiment d'atéliers, agrandir les laboratoires scientifiques, augmenter le nombre des médecins, reformer le contrôle du service.

ZE ZJAZDÓW.

VII-my ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH W KOCBOROWIE

w dniach 4., 5. i 6-go czerwca 1927

SPRAWOZDANIE

Dnia 4-go czerwca 1927, o godz. 11,10 dyrektor Zakładu w Kocborowie dr. Kryzan zagaja i wita VII-y Zjazd Psychjatrów Polskich.

Jest bardzo ucieszony, że Kocborowo może gościć w swych murach psychjatrów polskich z całego kraju, na ziemi, do której jeszcze teraz roszczą pretensje dawniejsi zaborcy, stwierdza, że odbycie się Zjazdu na Pomorzu jest podkreśleniem polskości tej ziemi, której polskość utrzymaliśmy dotychczas i utrzymamy. Przemówienie przyjęto gorącymi oklaskami.

Następnie dr. Kryzan proponuje prof. Mazurkiewicza na przewodniczącego Zjazdu, co zostaje przyjęte przez aklamację.

Prof. Mazurkiewicz, obejmując przewodnictwo, dziękuje gospodarzowi za gościnę i odczytuje nadesłane powitalne telegramy i życzenia od dr. dr. Grzegorzewskiej z Warszawy, Soukupa z Pragi, Bornsztajna z Warszawy, Podwińskiego z Wilna, Zanda z Izar, prof. Piltza z Krakowa, od Senatu U. S. B. od prof. Radziwiłłowicza z Wilna, od Zakładu Dziekanka, od dyr. Piotrowskiego z Karlsbadu, od Redakcji „Nowin Psychjatrycznych", od Stuchlika z Czechosłowacji, Minkowskiego z Paryża, Medyńskiego, Haskoweca z Pragi, Michaleca z Pragi, Janecka z Bohnicy, prof. Łapińskiego z Zagrzebia.

Po odczytaniu nadesłanych listów i depesz witają Zjazd: 1) w imieniu Departamentu Sanitarnego Min. Spraw Wewn. — dr. Łuniewski, 2) w imieniu Wileńskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego — dr. Falkowski, 3) Krakowskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego — doc. Morawski, 4) oraz w imieniu Towarzystwa Kryminologicznego — dr. Nelken.

Przewodniczący prosi do prezydjum: dr. Rychlińskiego, doc. Morawskiego, prof. Grzywo-Dąbrowskiego, prof. Borowieckiego, dyr. Łunewskiego, dyr. Dekowskiego i dyr. Kryzana; do Sekretarjatu — dr. dr. Falkowskiego, Dreszera i Januszewskiego.

Zjazd przechodzi do obrad.

Przewodnictwo obejmuje prof. Grzywo-Dąbrowski.

REFERATY:

DR. WŁ. CHŁOPICKI: KLINICZNE GRANICE PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ. (streszczenie).

Granice psychozy m.-d. ostatniemi czasy niezmiernie się rozszerzyły, a sama ps. m.-d., jako jednostka chorobowa, zatraca przez to swoją swoistość i staje się zwolna, podobnie jak i schizophrenia, tym zbiorowym kotłem psychjatrycznym, do którego się wrzuca wszystko.

Z tego też powodu, jak również z powodu chaosu klasyfikacyjnego, panującego obecnie w psychjatrji, przeprowadzenie granic ps. m.-d. jest zadaniem niezmiernie trudnem. Po zachwianiu się bowiem kierunku symptomatologiczno-klinicznego, stworzonego przez Kraepelina z jego znanemi kryterjami (etjologja, przebieg, zejście), powstał kierunek etjologiczny — analizy strukturalnej (Birnbaum) i djagnostyki wielowymiarowej (Kretschmer), dążący do uniknięcia braków poprzedniej metody drogą możliwie całkowitego uwzględnienia wszystkich czynników, wpływających na powstanie, obraz i przebieg choroby. Jednak metoda analizy strukturalnej, niezmiernie logicznie i harmonijnie skonstruowana, niezawsze jest w stanie zrealizować swoje postulaty klasyfikacyjne z powodu niewypracowania odpowiednich pomocniczych metod i środków i na razie przedstawia raczej pewien kierunek myślenia psychjatrycznego, w którym należy iść celem pogłębienia samego ujmowania zjawsk psychotycznych i który dopiero z czasem stworzy prawdopodobnie nowy odmienny system klasyfikacyjny.

W oznaczaniu granic ps. m.-d. należy się kierować przy obecnym stanie wiedzy jedynie pewnemi wytycznemi empirycznemi, wskazanemi przez Kahna, charakteryzującemi zasadnicze właściwości psychozy, — a więc:

a) pod względem klinicznym — symptomatologją (stany manjakalne, depresyjne, mieszane), dobrotliwością zejścia i, w znacznym stopniu, przebiegiem.
b) pod względem psycho-patologicznym — emocjonalnemi wahaniami rozmaitego rodzaju i różnych nasileń,
c) pod względem patogenezy — powstawaniem endogennem psychozy, jako zaburzenia endokrynnego,
d) pod względem dziedziczności — wyraźnie dziedzicznym charakterem psychozy.

Ad. a) Chociaż podobny obraz kliniczny oraz perjodyczność i naprzemienność (cyrkularność) spotykamy w całym szeregu innych psychoz, jednak nie znamy żadnej psychozy, gdzieby stany manjakalne

i depresyjne tak wysuwały się na czoło obrazu klinicznego, a perjodyczność i naprzemienność występowały tak często i w tylu nawrotach.

Ad b) Stopniowe płynne przejście od manji i depresji okresowych przez cyklotymje i nastroje konstytucjonalne do fizjologicznych wahań nastrojowych.

Ad c) Samorzutność (endogenność) powstawania (podobnie jak z menstruacją). Występowanie podobnego obrazu klinicznego przy pewnych schorzeniach gruczołów dokrewnych, jak choroba Basedowa, Adissona, przy chorobach przemiany materji (cukrzyca). O ile przyjmiemy przemożny wpływ gruczołów dokrewnych na rozwój psychiczny i fizyczny człowieka, to najbardziej zgodnie potwierdzany przez szereg badaczy fakt występowania ps. m.-d. u osobników o piknicznej budowie przemawia za istnieniem pewnego powinowactwa, jak chce Kretschmer, pomiędzy tym właśnie „wzorem endokrynologicznym" a psychozą m.-d.

Ad d) Ps. m.-d. jest cierpieniem pewnych rodzin, przechodzi z generacji, jednak to dziedziczenie najprawdopodobniej nie odpowiada dominantnemu (jawnemu) manifestowaniu się cech, według teorji Mendla, — jak przypuszczał Rudin, — lecz posiada mechanizm biologiczny bardziej złożony.

Na podstawie zespołu powyższych wytycznych do ps. m.-d. należałoby odnieść manje i depresje jednorazowe lub okresowe wzgl. naprzemienne, stany stałych nastrojów depresyjnych lub manjakalnych z zaostrzeniami w postaci psychoz lub bez tych zaostrzeń, wreszcie stałe wahania się nastrojów od bieguna depresyjnego do manjakalnego — t. zw. cyklotymje.

Granice tak ujętej ps. m.-d. z innemi stykającemi się z nią psychozami można przedstawić jako szereg spornych klasyfikacyjnie terenów, które w pewnych wypadkach są zaliczane do jednej, — w innych znów — do drugiej psychozy.

Najczęściej musimy rozgraniczać w ten sposób psych. m.-d. od schizophrenji.

Taką dziedziną sporną dla ps. m.-d. i schizophrenji są t. zw. mięszane psychozy schizophreniczno-cyrkularne o obrazie klinicznym mięszanym i o przebiegu perjodycznym z remisjami lub też kończące się otępieniem schizophrenicznem, — spotykamy tu cały szereg przejść od psychozy remitującej dobrotliwej do postępującej z defektami i rozpadem osobowości.

Bardziej spornem zagadnieniem jest zagadnienie melancholji inwolucyjnej; jedni, jak Bumke, traktują ją jako psychozę organiczną, inni, jak Hoffmann, dopatrują się w niej psychozy mięszanej schizophre-

niczno-cyrkularnej, na podstawie mającego istnieć w tych przypadkach schizophrenicznego obarczenia dziedzicznego. Kretschmer znów przyjmuje istnienie specjalnego virus'u inwolucyjnego, powodującego swoiste nastawienie psychiki w okresie przekwitania.

Drugim wielkim spornym terenem jest ten, który odgranicza ps. m.-d. od paranoi. Dyskusja, jaka toczyła się dokoła paranoi, zatarła istniejący dawniej podział na choroby rozsądku i afektu — „Verstandeskrankheiten und Gemütskrankheiten", — ponieważ decydującym momentem w powstawaniu urojeń, jak wykazano, są czynniki natury uczuciowej. Spechtowi właśnie przysługuje wielka zasługa wykazania wpływu afektów mieszanych (deprseje przechodzące w manje np.) na powstawanie urojeń paranoidalnych. Stanów kwerulanckich o ile nie możemy obecnie, jak chciał Specht, odnieść całkowicie do ps. m.-d., to w każdym razie pewną część kwerulantów zaliczamy do grupy ps. m.-d., inną znów — do psychopatji paranoidalnej.

Dziedzina, gdzie obydwa pierwiastki (paranoidalne i manjako-depresyjne) spotykają się równocześnie, jest t. zw. hypoparanoia Kleista lub hyponoia Ewalda, w której obok afektywnej labilności istnieje nieufność, upór, żelazna wytrwałość; te postacie występują okresowo i nie prowadzą do zmian osobowości.

Również granica między histerją a ps. m.-d. nie zarysowuje się ostro, wyraźnie; takiem właśnie granicznem spornem zagadnieniem są depresje reaktywne. Że wstrząsy psychiczne zasadniczo nie wywołują ps. m.-d., lecz wspomniana psychoza powstaje endogennie, dowodem tego wielki eksperyment światowy — wojna, która nie zaprotokołowała więcej ps. m.-d, jak w czasie pokoju. Jednak niewątpliwe pewne endogenne stany, jak uczą spostrzeżenia Reissa, Spechta, doznają pod wpływem czynników zewnętrznych zaostrzeń w postaci psychoz (depresje konstytucjonalne, manje kwerulanckie) i to właśnie utrudnia rozgraniczenie tych spraw pomiędzy sobą. Najbliższem prawdy wydawałoby się nam ujęcie Kahna, utrzymującego, że na jednym biegunie stanów psychotycznych gromadzą się psychozy endogenne dziedziczno konstytucjonalne, na drugim — psychozy konstelacyjne, uwarunkowane czynnikami zewnętrznymi, — a pomiędzy tymi dwoma biegunami istnieje cały szereg stopniowych przejść.

Ewald, modyfikując schemat Kleista, przedstawia granice pomiędzy ps. m.-d. a psychozami reaktywnemi w postaci trzech stykających się ze sobą podgrup: do pierwszej należą — stany psychotyczne z labilnością afektywną endogenną, „autochtoniczną", — endogenne manje, depresje, postacie mieszane oraz endogenne stany paranoidalne,

np. hyponoia; do drugiej — odnosi on stany z labilnością mieszaną endogenną i reaktywną — depresje konstytucjonalne, kwerulantów manjakalnych; wreszcie do trzeciej — zalicza stany z labilnością reaktywną — depresje i urojenia reaktywne.

Perjodycznie występujące stany afektywne, manifestujące się w postaci dypso — i porjomanji, nastręczają podobne trudności klasyfikacyjne pomiędzy ps. m.-d. a epilepsją i należą do niewyjaśnionych spornych dziedzin psychjatrji.

Jak widzimy więc, obszar, zajmowany przez ps. m.-d., na jednym krańcu przechodzi do psychoz z defektami psychicznymi i wyraźnym rozpadem osobowości, a na drugim — bez uchwytnej granicy, — w dziedzinę zdrowia psychicznego. Na całym tym terenie stwierdzamy przeplatanie się i zazębienie się z ps. m.-d. całego szeregu stanów psychopatologicznych, jak stany paranoidalne, histerja, epilepsia, psychopatje wszelkiego rodzaju.

Ujęcie wszystkich tych stanów psychotycznych pod nazwą psychoz degeneracyjnych, jak to uczynił Schröder, a później w znacznie większym zakresie Kleist, tworząc z ps. m.-d. jądro całej tej obszernej grupy — wydaje się być za ogólnem, żeby mogło wyjaśnić sprawę stanowiska klinicznego poszczególnych psychoz, o których tu mówiliśmy. Sądzimy, że wszystkie te sporne zagadnienia, a co nas tu najbardziej obchodzi, zagadnienie granic klinicznych ps. m.-d. będzie mógł wyjaśnić w przyszłości cały szereg badań prowadzonych w rozmaitych kierunkach, a więc: badania serologiczne przez wykrycie swoistych dla ps. m.-d. zaburzeń endokrynologicznych manifestujących się odpowiedniemi zmianami w gospodarce soków ustroju, badania konstytucji fizycznej i psychicznej przez pogłębienie analizy charakterologicznej i wykrycie możliwości zróżniczkowania wyliczonych powyżej pokrewnych stanów psychotycznych, wzgl. znalezienie korelatu fizycznego w budowie ciała dla tych właśnie stanów, wreszcie — wielce z poprzedniemi badaniami związane — badania nad dziedzicznością przez znalezienie stałego niepodzielnego „pierwiastka" genotypicznego dla ps. m.-d.

DOC. MORAWSKI: STANY MANJAKALNO-DEPRESYJNE OBJAWOWE.

DYR. AL. PIOTROWSKI (Dziekanka) zgłosił referat na temat: LECZENIE PSYCHOZ MANJAKALNO-DEPRESYJNYCH I ICH ZAPOBIEGANIE (podany w streszczeniu).

Po krytycznym przeglądzie najważniejszych znanych sposobów leczenia psychoz manjakalno-depresyjnych i podobnych stanów choro-

bowych, autor wspomina o metodach leczniczych stosowanych w Dziekance. Podniecony manjak potrzebuje innego leczenia, innego melancholik z lękami.

Manjak może być niebezpiecznym dla siebie i otoczenia z powodu swoich nieobliczalnych czynów. Drażliwość, popędliwość, gniewliwość manjaka, jego ruchliwość nadmierna, jak również raptowne wyładowania melancholika z powodu lęków i wewnętrznego napięcia, szczególnie stany podniecenia, mogą zniweczyć nietylko stanowisko socjalne, zdrowie fizyczne i życie chorego, lecz mogą narazić na szwank moralność, życie otoczenia. Submanjak, niekiedy mimo przedsiębiorczości okazuje dość ostrożności i zmysłu krytycznego w sprawach pieniężnych i nieraz przeprowadza tranzakcje finansowe korzystne dla siebie i dla rodziny. Wszelako większość submanjaków reaguje na wszelkie bodźce zewnętrzne nader żywo, bezkrytycznie podnieca się coraz więcej i popełnia czyny nierozważne na własną i cudzą szkodę.

Melancholik zaś jest niebezpieczny przedewszystkiem dla siebie samego z powodu dążności samobójczych. Tylko ścisły dozór we dnie i w nocy, najdogodniej w ubikacjach położonych na parterze, może go od tego uratować. Skłonność do samobójstwa może jego czynami kierować nawet w okresie, gdy psychoza minęła, dlatego zaleca się ostrożność przy zwolnieniu melancholika z zakładu.

Przejawy psychopatologiczne powyżej wzmiankowane można złagodzić przez wykluczenie bodźców szkodliwych, które takie stany wywołują i wywołać mogą. Szkodliwości działających ujemnie na psychę chorego doszukać się można w smutnych stosunkach rodzinnych, jak systematyczne znęcanie się brutalnego męża nad żoną, rodziców nad dziećmi i odwrotnie, dalej nadmierny wysiłek umysłowy i cielesny we walce konkurencyjnej, troski i kłopoty.

Zaleca się zatem przeprowadzić chorego w inne otoczenie, które daje najlepsze warunki do poprawy choroby. Takiem otoczeniem wzgl. miejscem jest szpital psychjatryczny.

Specyficznych środków leczniczych terapja psychoz manjakalno-depresyjnych dotąd nie posiada mimo licznych prób ustalenia właściwej metody leczenia. Zalecane są najróżnorodniejsze sposoby zwalczania choroby, nie wykluczając psychoanalizy i hypnozy.

Leków mamy obfity wybór. Do środków dawniej chętnie używanych jak trional, sulfonal, weronal, medinal, hedonal, hyoscyna, chloralhydrat, amylenhydrat, paraldehyd, podawane w stanach manjakalnego podniecenia oraz opium, pantopon, brom, morfina, podawane w stanach depresyjnych, pojawiło się w nowych czasach mnóstwo prepara-

tów zalecanych jako środki skuteczne w manji wzgl. w melancholji, że wymienimy w pierwszej kategorji tylko natr. nucl. (Mignol, Petit, Adam), sperminę (Ornstein), gardenal (Frenkel i Lecroix), z drugiej zaś strony kodeinę (Benon), nowoprotynę (Oppler), somnifen (Ganz, Sakristan, José, Gepinto), strychninę (Hartenberg, Lérat), preparaty owarjalne (Rozenberg, Dziekanka), adrenalinę (Naudascher), sedobrol (Ulrich), natr. cacodyl. (Rogues de Fursac, Abély), eukodal (Jakoby), preperat z przysadki mózgowej (Laignel-Lavastine et Contemal). Wszystkie te środki są mniej lub więcej problematyczne.

Można działać tylko okolicznościowo — czystość ciała, bielizny, otoczenia, dużo świeżego powietrza i światła, kontrola funkcji fizjologicznych. Momenty te mogą narazie służyć do wywołania uczucia błogości u chorego i go uspokoić. Dobrym środkiem uspakajającym jest obfity, smaczny pokarm. U manjaków — z powodu utraty sił wskutek nadmiernej ruchliwości, — u melancholików, z powodu nieprzyjmowania pokarmu, może nastąpić stan inanicji, więc zaleca się stosować sztuczne odżywianie, nie dopiero po upływie dwuch tygodni, lecz już wcześniej, po 4-ch dniach. U nowoprzyjętych pacjentów, osłabionych, którzy przed przyjęciem głodowali, należy je niezwłocznie stosować. Skuteczną kontrolę odżywiania pacjentów, niedostatecznie przyjmujących pokarm, stanowi karta djetyczna, gdzie się wpisuje dokładnie każdorazową ilość i jakość spożytego pokarmu. Dożywianie stosuje się zgłębnikiem dożołądkowo, albo do odbytnicy albo zapomocą zastrzyków podskórnych w formie injekcji oleju.

Bez wątpienia najlepszym środkiem kuracyjnym jest psychoterapja, której zaczątek tkwi już w powyżej wzmiankowanym obfitym karmieniu chorego, w wygodnym łóżku, w racjonalnym podziale dnia, w regulaminie domowym, w odpowiedniem zajęciu. Są to momenty eliminujące szkodliwe wpływy i działające tem samym uspakajająco i łagodzą stany podniecenia. Wykluczenie przymusu, wykonywanie życzeń wykonalnych, odwrócenie uwagi od wrażeń przykrych, zabawy, zmiana oddziału, ewtl. separacja bez całkowitej izolacji i dodatki djetetyczne, wszystko to może działać uspakajająco. Nie należy izolować chorego zupełnie. Chory izolowany nie może być dostatecznie strzeżony i może sobie wyrządzić krzywdę. Właśnie w izolacji zachodzą najczęściej samobójstwa i okaleczenia. Od chwili, gdy w Dziekance zarzucono metodę izolowania chorych t. j. od 7 lat, nie zdarzył się ani jeden przypadek samobójstwa.

W przeciwieństwie do Kraepelina, Bleulera i in., autor zarzucił metody szematycznego stosowania środków przymusowych, nie dopusz-

cza do bezwzględnego izolowania chorego, nie uznaje za metodę racjonalną szablonowe leczenie pościelowe, ewtl. w łóżku osiatkowanem, zawijanie w koce, stosowanie kąpieli prolongowanych, podawanie leków uspakajających, zwłaszcza skopolaminy, szablonowe rozdzielanie środków nasennych. Metody te nie są celowe, a stosowane przymusowo, są nawet szkodliwe.

W celach stwierdzenia wartości metody, na zlecenie autora, przeprowadzono niedawno w Dziekance na oddziałach dla niespokojnych kobiet eksperyment leczenia pościelowego. Wszystkie niespokojne chore trzymano w łóżku. Okazało się, że niepokój wzmógł się znacznie i pacjentki bynajmniej się nie uspokoiły, przeciwnie jeszcze bardziej się podniecały. Po kilku dniach lekarze i pielęgniarki powróciły do metody bezpościelowej. Tylko wyjątkowo nastąpiło pewne uspokojenie. Podnieconego, cieleśnie osłabionego, wycieńczonego manjaka lub melancholika z lękami zaleca się położyć do łóżka, jeżeli istnieje pewność, że ten sposób traktowania rzeczywiście uspokoi chorego. Inaczej nie należy pacjenta wbrew jego woli przetrzymywać w łóżku wzgl. w wannie, bo chory wtedy bardziej się rozdrażnia, wpada w złość i staje się gwałtownym. Takie drażnienie chorego uważać należy jako postępowanie barbarzyńskie.

Większość manjaków uspokaja się prędzej, jeżeli im się da swobodę ruchów w granicach możliwych i skieruje ich uwagę w inną stronę.

Łatwo pobudliwych, drażliwych, agresywnych chorych omija się, daje im się zajęcie odpowiadające ich upodobaniom, np. gra na instrumencie muzycznym, gra towarzyska itp. Głośnych, krzykliwych, śpiewających manjaków zachęca się do śpiewania chórowego łatwych, popularnych, wesołych piosenek albo do tańców zbiorowych.

Silnie podnieconych wyprowadza się na dłuższe przechadzki, gdzie mają sposobność do wyładowania nadmiaru energji bez szkody dla otoczenia, a po powrocie podaje się im obfity, smaczny pokarm. Chorzy uspokajają się wtedy dość szybko i nastrój ich bywa pogodniejszy i łagodniejszy. Siły cielesne przytem nie słabną więcej niż w kąpieli prolongowanej, w zawinięciu kocowem, w izolacji, w kaftanie i t. p.

Pacjentów zdolnych do pracy zatrudnia się odpowiednio. Zajęcie łagodzi nastrój, odwraca uwagę od bodźców, podniecających wzruszeniowość odsuwa sposobność do zatargów z towarzyszami, ułatwia zignorowanie własnych dolegliwości w postaci urojeń, smutku i troski

Zatrudnienie uspokaja egzaltowanego chorego, nadające kierunek jego zapędom, modyfikując i łagodząc dążności niszczycielskie i zaczepne, odwodzi od narowów obrzydliwych jak smarowanie moczem, kałem, krwią, zdzieranie odzieży i bielizny, odwraca od masturbacji.

Praca na świeżem powietrzu, w ogrodzie, w parku, na dziedzińcu, wychowuje chorego, wprowadzając go w środowisko przyjemniejsze, dając mu sposobność do robienia spostrzeżeń w różnych dziedzinach zmysłowych i umożliwia przez to, co chory widzi, słyszy, czuje podczas zatrudnienia, odnowienie — drogą przypominania — dawnych, zapomnianych kojarzeń myślowych, wiadomości i sprawności umysłowych, pozwala na tworzenie nowych asocjacji realnych, na zbieranie doświadczeń, nabywanie zdolności pożytecznych, pobudza do prawidłowego myślenia, do odczuwania przyrody i zapobiega zanikowi władz psychicznych, które w nieczynności powoli, ale stale zmniejszałyby się do minimum.

Praca fizyczna zastępuje środek hypnotyczny, bo sprowadza fizjologiczne zmęczenie i sen.

O ile zabiegi w przedmiocie wychowania chorego do pracy mają odnieść pożądany skutek, winne być indywidualnie dobierane. Nie każde zajęcie, nie każda czynność, nie każda praca odpowiada skłonnościom i dążeniom chorego. Prace należy przystosować do sił fizycznych i psychicznych pacjenta, wtedy przyniesie ona pożytek dla niego i dla zakładu.

Jeżeli w taki sposób nie można uspokoić chorych hałaśliwych, drażliwych, agresywnych, pozostawia się ich na oddziałach, segreguje się w małe grupy, z których wybiera się jednostki niezadowolone, skłonne do pieniactwa, do wybuchów gniewliwych, pobudzających swojem niespokojnem zachowaniem się otoczenie do hałasowania i umieszcza się na oddziałach, gdzie przebywają pacjenci otępiali, słabowici, obojętni. Tu krzykliwy pieniacz szkody nie wyrządzi. Gdy spostrzeże, że nie robi wrażenia na otoczenie, uspokaja się i z czasem staje się nawet pożytecznym pomocnikiem pielęgniarza oddziałowego, pomagając mu w uprzątaniu i doglądaniu chorych słabowitych. Wykluczenie takiego niespokojnego osobnika z oddziału dla niespokojnych ma tę dobrą stronę, że usuwa się przyczynę zatargów. Agresywnych pacjentów rozmieszcza się w małych grupach na poszczególne sale, gdzie ich się zatrudnia odpowiedniemi robotami domowemi, a tych, którzy do systematycznego zajęcia nie są zdolni z jakichkolwiek powodów, albo którzy pracować nie chcą i okazują skłonność do wyładowań złośliwych i gwałtownych, nakłania się do gry footballowej. Nietylko latem, ale

także i zimą, skórzana piłka zawsze leży w orgodzie i każdej chwili może być używana. Zawsze znajdzie się ktoś skory do rzucania piłką, inni odpowiadają i gra wnet jest w biegu. Pielęgniarze mają zlecenie rozpoczynania gry footballowej, gdy spostrzegą, że u pacjentów niepokój się wzmaga. Również gra w kręgle jest skutecznym środkiem do uspokojenia chorych, wywołuje ona bowiem wesoły nastrój.

Na oddziałach kobiecych pielęgniarki mają nakłaniać podniecone chore z niepokojem ruchowym, skłonne do wyładowań motorycznych, do tańców zbiorowych; hałasujące zaś, krzykliwe chore — pobudzać do śpiewu chórowego.

Autor określa ten sposób postępowania mianem — „systematyczne organizowanie hałasu i niepokoju ruchowego". Hałas i niepokój ruchowy pozostają wprawdzie, ale przejawy te przybierają formę estetyczną, zatracają nieprzyjemne, dzikie cechy chaosu. Innemi słowy, chaotyczne, żywiołowe, dzikie wyładowanie motoryczne organizuje się, nadając im odpowiedni kierunek przez pracę, grę, taniec. Krzyk zamienia się w śpiew zbiorowy.

Izolatki, kąpiele prolongowane, łóżka osiatkowane, zawijania kocowe, kaftany, zastrzykiwania skopolaminy w takich warunkach są zbyteczne.

Inny sposób uspakajania podnieconych chorych polega na tem, że lekarz wpływa perswazją na wyobraźnię chorego. Błędem jest mniemanie, że chory w ostrym okresie manjakalnego podniecenia nie jest przystępny perswazjom. Doświadczenia, zebrane w Dziekance, świadczą inaczej. Wszelako nie zawsze i nie u każdego chorego działa perswazja na dłuższą metę, atoli czy skopolamina, nasennik czy kąpiel prolongowana itp. działają dłużej? Środki te wywierają wpływ uspokajający tylko na kilka godzin. Tymczasem łagodna, cierpliwa perswazja ma często trwalszy skutek. Wprawdzie perswadowanie wymaga od lekarzy dużo cierpliwości, poświęcenia i indywidualnego traktowania chorych. Nawet pacjenci złośliwi, na pozór niebezpieczni, pod wpływem takiego traktowania zmieniają się w skromnych, usłużnych towarzyszy.

Terapja chemiczna w takich przypadkach jest do pewnego stopnia zbędna. Zalecany gardenal okazał się przeważnie bezskutecznym środkiem. Organoterapja, mianowicie owarjoterapja, stosowana u kobiet, które zachorowały w wieku inwolucyjnym, wyników decydujących nie dała, ponieważ leczenie było przeprowadzane zbyt krótko i w nielicznych przypadkach. Natomiast warto posługiwać się w lecznictwie psychoz manjakalno-depresyjnych fizykoterapją we wszystkich

jej postaciach, t. j. hydro-, balneo-, elektro-, mechanoterapją jako środkiem leczniczym o wysokim walorze, który, działając na organizm somatyczny dodatnio, wywiera błogi wpływ na nasrtój chorego i tą drogą pośrednią poprawia jego stan psychiczny.

Rozumie się, trzeba indywidualizować i stosować tę terapję łagodnie. Pacjentów, skłonnych do halucynacji, zwłaszcza w postaci omamów dotykowych, nie należy elektryzować. Terapja fizykalna skutkuje w przypadkach nerwobólów i innych dolegliwości i zachorzeń cielesnych.

Niektóryz chorzy uspokajają się już, gdy spostrzegają, że ich się leczy w postaci tak widocznej, jaką przedstawia leczenie fizykalne. Terapja fizykalna — ciepłe kąpiele, elektryzacja — pomaga często w bezsenności.

Bezsennym naogół nie zapisuje się środków hypnotycznych, albowiem długoletnie systematycznie przeprowadzone badania w Dziekance nad bezsennością wykazały, że chodzi tu zwykle o bezsenność parcjalną, okresową. Chorzy sypiają przez pewien krótki okres — powracający od czasu do czasu — mało albo nie sypiają wcale. Gdy okres bezsenności minie, zjawia się znowu sen prawidłowy, bez względu na to, czy się stosuje środki nasenne lub nie.

Wychodząc z założenia, że dorosła zdrowa osoba pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie siedem godzin snu, przyjmuje się, że chory z ostrą psychozą manjakalno-depresyjną, śpiący cztery godziny na dobę, nie potrzebuje nasennika. Krótko trwały sen naturalny jest zdrowszy niż długotrwały wywołany środkiem hypnotycznym.

Rejestruje się chorych, którzy sypiają mniej niż cztery godziny na dobę i obserwuje się dokładnie 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 cztery godziny na dobę, podaje się nasennik w wysokiej dawce (zwykle nirwanol 0,9 — 1,2)[1]), poczem następuje — zaraz albo dzień później — okres krótszy lub dłuższy dostatecznego snu. Jeżeli sen nie następuje, dowodzi to, że pacjent przebywa okres bezsenności, w którym nasenniki nie skutkują. Zwykle po paru dniach sen wraca, spontanicznie, bez udziału środków hypnotycznych.

---

[1]) cf. Al. Piotrowski: Ueber Hydantoine als Hypnotica. — Münch. Medizinische Wochenschrift 1916, Nr. 43. Verlag von J. F. Lehmann, München.

Te okresy bezsenności nawiedzają tak manjaków jak i melancholików, tych ostatnich zwłaszcza w okresach silnych lęków i wewnętrznych niepokojów, które nieszczęśliwych chorych doprowadzają do rozpaczy, a niekiedy do samobójstwa. Melancholików takich — nie każdy melancholik jest pod tym względem dla siebie niebezpieczny — można ochronić w ten sposób, że oddaje ich się pod opiekę specjalnie wyszkolonych i doświadczonych pielęgniarzy, którzy w każdym przypadku winni się piśmiennie zobowiązać do troskliwego i bacznego czuwania nad życiem chorego pod odpowiedzialnością sądową. Ten system okazał się nader skuteczny; od siedmiu lat nie zaszedł w Dziekance żaden przypadek samobójstwa.

Przeciwko uporczywym, dręczącym, silnym stanom lękowym najlepszem remedium jest stary, znany sposób zastrzykiwania extr. opii ewtl. kilka razy na dobę. Zwykle wystarczy jedna injekcja. Jeżeli zabiegi te nie skutkują w pierwszych dniach, nie warto ich kontynuować.

Co się tyczy profilaktyki w psychozach manjakalno-depresyjnych wypada zaznaczyć, że jednym z najważniejszych problemów jest sprawa rodzenia. Zakaz rodzenia w rodzinach manjakalno-depresyjnych przedstawiałby wybieg bardzo wątpliwy. Wiadomo, że w wielu takich rodzinach stosunki nie są najgorsze, a cały szereg osób, cierpiących na psychozę manjakalno-depresyjną, przedstawia pod względem intelektualnym wysokowartościowy materjał ludzki.

Inaczej ma się rzecz z przerwaniem ciąży. Według poglądów prawniczych na Zachodzie przerwanie ciąży w interesie potomstwa nie jest dopuszczalne. Tam, gdzie chodzi o terapeutyczne cele, np. w melancholji połączonej z ciążą, zagrażającej matce, sprawa nie jest jeszcze przesądzona. Związku między ciążą a psychozą manjakolno-depresyjną nie da się ściśle określić. Znane są przypadki, w których depresja nie występowała w czasie ciąży, lecz w okresach wolnych. W innych znów przypadkach melancholja pojawiała się tak podczas ciąży jak i w okresach wolnych od ciąży. Przerwanie ciąży wzgl. poród naturalny nie wpływa decydująco na przebieg psychozy, która niekiedy ustępuje podczas ciąży, niekiedy trwa nadal, gdy dziecko się urodziło. Znane są także przypadki, gdzie wskutek przerwania ciąży choroba psychiczna się pogorszyła. Wszelako nie ulega wątpliwości, że melancholja stanowi niebezpieczeństwo dla chorej w myśl przesłanek prawnych, np. gdy istnieją skłonności samobójcze. Atoli opinja w tym przedmiocie nie jest jednolita. Na ogół wskazuje się na leczenie

w zakładzie psychjatrycznym, gdzie niebezpieczeństwo samobójstwa jest zmniejszone.

Od przypadków właściwej ciężkiej melancholji w ciąży odróżnić należy te przypadki, gdzie stan depresji u psychopatek, degeneratek, dziedzicznie obarczonych, cieleśnie i psychicznie osłabionych kobiet został wywołany obawą i lękiem przed połogiem i ponownem macierzyństwem, mianowicie, gdy jeszcze do tego dostąpią troski i kłopoty. Tego rodzaju depresja przedstawia się jako reakcja psychopatyczna, która ustępuje natychmiast, gdy ciąża jest przerwana. W takich przypadkach — wydaje się — jest więcej wskazanem przerwać ciążę i oddać zdrową żonę mężowi i matkę dzieciom, która w domu jest koniecznie potrzebna, niż przetrzymywać chorą w szpitalu, gdzie stan chorobowy może się nawet pogorszyć. Pozatem są jeszcze przypadki, gdzie melancholja wraca z ciążą; tu wskazaną byłaby raczej sterylizacja (resectio tubarum), niż niepewne w skutkach przerwanie ciąży,

---

DYR. ŁUNIEWSKI: PSYCHOZA SZAŁOWO-POSĘPNICZA W KAZUISTYCE SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNEJ.

Wbrew temu, czego można by było oczekiwać po symptomatologji psychozy szałowo-posępniczej, psychozę tę spotykamy w kazuistyce sądowej niezmiernie rzadko. Wśród 532 przypadków kryminalno-psychopatologicznych zakładu w Tworkach w ostatniem siedmioleciu psychoza manjakalno-depresyjna występowała zaledwie w 12 przypadkach, t. j. w 2,2%; w statystyce kryminalno-psychopatologicznej psychozy szałowo-posępniczej zaznaczyła się niezmiernie jaskrawo przewaga kobiet nad mężczyznami oraz względna przewaga semitów nad aryjczykami. Przewaga elementu żeńskiego nad męskim stoi w rażącej sprzeczności ze słabszą naogół skłonnością kobiet do czynów występnych; taką samą sprzeczność, zarówno co do ilościowego udziału jak i co do jakości popełnionych czynów występnych, ujawnia przewaga semitów nad aryjczykami.

Materjał statystyczny prowadzi do wniosku, iż moment patologiczny waży w etjologji czynu występnego więcej niż moment płciowy i rasowy.

Analizując przypadki kryminalno-psychopatologiczne z innych grup rozpoznań, referent stwierdza, że nietylko psychoza szałowo-posępnicza w postaci wyraźnej pod względem klinicznym, ale także i pierwiastek cyklotymiczny zdarza się naogół niezmiernie rzadko wśród chorych podsądnych. Zawsze też można było stwierdzić prze-

wagę płci żeńskiej tam, gdzie pierwiastki cyklotymiczne zaznaczyły się w obrazie klinicznym.

Dane osiągnięte z zestawień statystycznych przypadków powikłań kryminalnych rzucają pewne światło na nozologiczne stanowisko psychozy szałowo-posępniczej. Uważając wiele cech wspólnych z innemi postaciami psychoz degeneracyjnych, psychoza szałowo-posępnicza różni się od nich m. in. co do skutków społecznych, w szczególności co do wpływu jej na przestępczość.

PRF. PILTZ: BADANIE FARMAKOLOGICZNE UKŁADU NERWÓW AUTONOMICZNYCH Z UWZGLĘDNIENIEM PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ.

DR. STRYJEŃSKI: STANY PRZYGNĘBIENIA WIEKU PODESZŁEGO.

DR. MATECKI: O HETEROGENNYCH PIERWIASTKACH UROJENIOWYCH W STANACH DEPRESYJNYCH PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ.

Autor usiłuje odpowiedzieć na pytanie, czy wszystkie urojenia w stanach depresyjnych psychozy manjakalno-depresyjnej są jednolite, czy też należy przyjąć odmienną genezę niektórych pierwiastków urojeniowych. Autor łączy nową metodę badania klinicznego, psychologicznego (z uwzględnieniem kierunku fenomenologicznego i psychoanalitycznego) z metodą badania konstytucyjnego i genealogicznego — kroczy drogą badań przedewszystkiem Hoffmanna, Kahna i Langego. Wnioski autora oparte na szczegółowej analizie 5 przypadków zachorzenia są następujące: w obrębie psychozy manjakalno-depresyjnej należy pozostawić tylko te stany depresyjne, w których urojenia powstają na podłożu afektu depresyjnego, jednolicie przepajającego wszystkie funkcje psychiczne; tym stanom są właściwe urojenia grzeszności własnej, bezwartowości i zubożenia. Tym urojeniom brak systematyzacji, wyraźnych konturów, co cechuje również spotykane w niektórych przypadkach urojenia prześladowcze i hypochondryczne (somato-psychiczne), odnzaczające się rozlanym charakterem. W przypadkach o powyższym obrazie psychologicznym spotykamy najczęściej budowę ciała pikniczną, osobowość przedchorobową syntoniczną, a w drzewie genealogicznym — psychozę manjakalno-depresyjną, wzgl. syntoniczną konstytucję.

Urojenia zaś odznaczające się wyrazistością, ograniczonością, tendencją ku systematyzacji, rozwijające się na gruncie afektu depresyjnego, lecz rodzące się z kompleksów, należy odnieść na karb działania mechanizmów heterogennych, przedewszystkiem schizofrenicznych. Takimi heterogennymi pierwiastkami urojeniowymi są: urojenia grzeszności i prześladowcze, występujące nie w formie nieokreślonej, zmiennej, lecz często w liczbie pojedyńczej, i zatrzymujące się na objekcie wyraźnym; urojenia somato-psychiczne, jeżeli zajmują dominujące miejsce w obrazie klinicznym; urojenia o przeobrażeniu świata otaczającego, wzgl. końca świata. Pod względem psychoanalitycznym udaje się wykazać w urojeniach pierwszego typu mechanizm introjekcji, właściwy melancholji, w urojeniach heterogennych często mechanizm projekcji, właściwy schizofrenji paranoidalnej.

W przypadkach z heterogennymi pierwiastkami urojeniowymi udaje się stwierdzić elementy z heterogennego obszaru konstytucyjnego, a więc budowę ciała leptosomną, bądź w osobowości przedchorobowej komponenty schizotymiczne, wzgl. schizoidne, bądź wreszcie w obrazię genealogicznym — schizofrenję wzgl. konstytucję schizotymiczną lub schizoidną. Wnioski autora pokrywają się z wnioskami Hoffmanna, proponującego wyodrębnić melancholję z heterogennymi pierwiastkami urojeniowymi jako „schizoide Melancholie", z grupy psychozy manjakalno-depresyjnej dla podkreślenia przymieszki komponentu schizofrenicznego. Przeplatające się i przenikające częstokroć modyfikujące się nawzajem mechanizmy melancholji i schizofrenji tworzą liczne i zawiłe pod względem różniczkowo-rozpoznawczym obrazy z przewagą w poszczególnych przypadkach bądź jednego, bądź drugo mechanizmu. Ścisłe różniczkowanie urojeń w stanach depresyjnych może mieć nietylko znaczenie teoretyczne, lecz również praktyczne jak dla prognozy, ewtl. terapji.

DYSKUSJA

wspólna nad powyższemi referatami.

Dyr. Siwiński podaje — do referatu doc. Morawskiego — przypadek dwukrotnego wystąpieniami stanu podniecenia manjakalnego u chorego z objawami mocznicy (przy bardzo wysokiem ciśnieniu krwi). Pierwszy napad podniecenia manjakalnego przed 10 laty. W obydwu stanach przebieg psychozy był identyczny. Przemawiałoby to za słusznością twierdzenia, że w stanach manjakalno-depresyjnych objawowych mamy prawdopodobnie przyczynę zewnętrzną.

Prof. Mazurkiewicz zwraca uwagę, że termin „melancholja" oznacza dokładnie jednostkę chorobową, gdy pod nazwą depresji rozumiemy różne stany w różnych jednostkach chorobowych; proponuje uzgodnienie ter-

minologji. Następnie, w sprawie referatu dr. Mateckiego: uważa jego pogląd za zbyt jednostronny. Zbytne kładzenie nacisku na konstytucję psychofizyczną, przyczynia się do rozpływania się tej jednostki chorobowej.

Dr. Matecki odpowiadając prof. Mazurkiewiczowi, zaznacza, że chodziło mu jedynie o wyświetlenie psychologiczne kwestji i że to oświetlenie należałoby uzupełnić przez badanie biologiczne. Na tem zakończono dyskusję nad pierwszym tematem zasadniczym.

* * *

DR. ŚWIETŁOW: ZABURZENIA PSYCHICZNE W GIGANTYŹMIE.

Omawiane spostrzeżenie dotyczy pacjenta, który pochodzi z rodziny, gdzie kilka członków odznacza się bardzo wysokim wzrostem. Osobnik ma 21 lat, dziedzicznie obarczony (ojciec psychopata). W 9-ym roku życia, po przebytej ciężkiej szkarlatynie, zaczął szybko rosnąć, prześcigając wzrostem swych rówieśników. Nieprawidłowości w rozwoju tak psychicznym, jak fizycznym (włącznie gruczoły dokrewne). Wysokość pacjenta obecnie wynosi 2,02 m. Znamionom gigantyzmu towarzyszą objawy zaznaczonej akromegalji. Podług budowy ciała osobnik należy do odmiany dysplastycznej przy objawach częściowego eunuchoidyzmu. Seksualne życie rozpoczął w 16-ym roku życia, polucje rzadkie, libido osłabiona. Rozwój intelektualny podług Bineta Simona stoi na poziomie 11-letniego dziecka. Od 9 lat zdradza skłonność do pseudologia phantastica, — do awantur, — przywłaszczania sobie rzeczy obcych. W ostatnim czasie wystąpiły objawy megalomanji. Dobroduszny, lecz wobec nadmiernej ambicji, skłonny do uniesień, niekiedy gwałtowny. Słabowolny, lekko ustępuje pokusom i złym namowom. Rentgen wykrył znaczne rozszerzenie sellae turcicae, zgrubienie czaszki i niezakończony proces skostnienia chrząstek nasadowych.

Spostrzeżenie należy do zachorzeń wielogruczołowych. Patogeneza jego, prawdopodobnie, polega na kombinacyjnym zaburzeniu gl. pituitariae, gl. thyreoideae i gruczołów płciowych.

DYSKUSJA

Prof. Mazurkiewicz, dziękując prelegentowi za ciekawy odczyt, wyraża jednak wątpliwości co do wypływania braków etycznych i braków woli z ubytków intelektualnych.

Dr. Świetłow w odpowiedzi prof. Mazurkiewiczowi obstaje przy swojem zapatrywaniu.

DR. DRESZER: METODA SZYBKIEGO BADANIA GLEJU.

Istota metody polega na tem, że skrawki z materjału, utrwalonego w formalinie, utrwalone następnie w bajcy Cajala (nieco zmodyfikowanej), zostają zabarwione za pomocą barwiku, połączonego z jeszcze jedną bajcą (połączenie błękitu metylowego z kwasem pikrynowym). Barwią się astrocyty i zmiany w nich zachodzące; zwłaszcza dobrze wychodzi amebowate przeistoczenie astrocytów.

Referat połączony był z pokazem preparatów.

DR. J. MEDEM: O RÓŻNYCH ZESPOŁACH ODCZYNÓW PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO W CHOROBACH UMYSŁOWYCH I NERWOWYCH I ICH ZNACZENIU ROZPOZNAWCZEM.

Referent przedstawia wyniki blisko 500 badań płynu m.-rdz. wykonanych w pracowni Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej Uniwersytetu Poznańskiego w przeciągu 2-ch lat, t. j. za rok 1925 i 1926, i stara się uwydatnić, jak można uzyskać wyraźne obrazy zmian patologicznych, zachodzących w płynie, na podstawie zrozumienia wartości patogenetycznej i poszczególnych objawów płynu m.-rdz. oraz oparciu się nie na pojedyńczych objawach, lecz na wzajemnym ich stosunku do siebie i całym ich zespole. Obrazy te w pewnych wypadkach pozwalają postawić ścisłe rozpoznanie, w innych orjentują w sposób bardziej ogólny, pozwalając jednak usunąć wątpliwości powstałe przy badaniu klinicznem.

Referent dzieli wszelkie objawy w zakresie płynu m.-rdz. na następujące kategorje:

1) *Ogólny objaw wszelkich zaburzeń w zakresie płynu* — zwiększenie ilości białka.
2) *Objawy zapalne* — zwiększenie ilości białek białych (pleocytoza) i zmniejszenie się ilości cukru.
3) *Objawy zmian, toczących się wewnątrz worka oponowego* (endogeniczne) — silne odczyny Nonnego i Weichbrodta, krzywe koloidalne po stronie lewej („typ kiłowy i paralityczny").
4) *Objawy wzmożonej przepuszczalności opon* (egzogeniczne): krzywe koloidalne po stronie prawej (typ surowiczy), obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru, dodatni odczyn Braun-Husslera i hemolizynowy, ksantochromja luteinowa, obecność włóknika (siatka lub koagulacja), dodatni wynik prób funkcjonalnych na przepuszczalność opon.

5) *Objawy krwotoczne:* obecność ciałek czerwonych, ksanto (rubro-) chromja hemoglobinowa i dodatni odczyn na hemoglobinę.

6) *Objawy swoiste,* t. j. patognomiczne dla jednego schorzenia: obecność odnośnych bakterji patogennych, odczyn Wassermanna dodatni.

Z punktu widzenia całego obrazu zmian w płynie, referent rozróżnia 6 zespołów, z których każdy odpowiada pewnej grupie schorzeń układu nerwowego:

I. Zespół, charakterystyczny dla schorzeń kiłowych ośr. ukł. nerw. i stwardnienia wieloogniskowego: *„Zespół zapalny endogeniczny"* limfocytoza, wzmożenie ilości białka z silnymi odczynami globulinowymi, krzywe koloidalne po strone lewej, przepuszczalność opon normalna.

II. Zespół, charakterystyczny dla zapalenia gruźliczego opon i innych zapaleń opon, spraw przewlekłych, niekiłowych, *„Zespół zapalny egzogeniczny"* pleocytoza ze znacznym udziałem leukocytów, wzmożenie ilości białka ze słabymi odczynami globulinowymi, następujące objawy wzmożonej przepuszczalności opon: krzywe koloidalne po stronie prawej, obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru (lub jego obniżenie, jako objaw zapalny), jak również nieraz ksantochromja luteinowa i siatka włóknikowa.

III. Zespół, charakterystyczny dla zapaleń opon ropnych wszelkich pochodzeń: *„Zespół zapalny ostry"* mętny wygląd płynu, leukocytoza, obniżenie ilości cukru, pozatem wymienione objawy wzmożonej przepuszczalności opon.

IV. Zespół, występujący przy guzach rdzenia i tylnej jamy czaszkowej oraz przy zapaleniach rdzenia poprzecznych: *„Zespół zastoinowy":* ksantochromja luteinowa i koagulacja płynu (zespół Froin'a), znaczne wzmożenie ilości białka przy braku lub śladzie pleocytozy (zespół Sicard-Nonnego), wzmożenie ilości cukru i wymienione poprzednio objawy wzmożonej przepuszczalności opon.

V. Zespół, występujący często przy miażdżycy i urazach ośr. ukł. nerw. oraz czasem w słabym stopniu przy nowotworach: *„Zespół krwotoczny":* obecność ciałek czerwonych ksanto- (rubro-) chromja hemoglobinowa, dodatni odczyn na hemoglobinę, różne postacie ciałek białych (o własnościach fagocytar-

nych) oraz wymienione poprzednio objawy wzmożonej przepuszczalności opon.

VI. Zespół, występujący przy reszcie schorzeń organicznych ośr. ukł. nerwowego: *„Zespół wtórnego podraznienia opon“:* limfocytoza, wzmożenie ilości białka, obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru — wszystko to w niezbyt silnym stopniu, pozatem krzywe koloidalne z pewnem przesunięciem w prawo.

Ten ostatni zespół nie pozwala wprawdzie na odróżnienie poszczególnych chorób tej grupy od siebie, lecz odróżnia je od chorób grup poprzednich, dobrze scharakteryzowanych, oraz od wszelkich schorzeń funkcjonalnych, przy których płyn zmian nie wykazuje.

DYSKUSJA

Prof. Grzywo-Dąbrowski zaznacza, że jest to praca bardzo ciekawa, zrobiona z dużym nakładem pracy, ważna praktycznie co do wyników. Zapytuje prelegenta, jaka ilość przypadków poszczególnych grup chorobowych była badaną, czy była wyrażona różnica w zespole tym przy p.p. a kile mózgu, czy były przypadki krwotoków nadoponowych (haematoma epidurale).

Dr. Medem, w odpowiedzi, podaje, że ilość przypadków p.p. badanych było 65 — przypadków krwotoków nadoponowych nie obserwowano.

DR. OSKAR BIELAWSKI, Dziekanka, zgłosił referat na temat: TAKTYKA KRYMINALNA W ŚWIETLE WIEDZY PRZYRODNICZEJ.

Teoretyczne podstawy prawa karnego, ów fundament, na którym opierają się nieomal wszystkie powiązania karno-prawnego stosunku przestępczej jednostki do społeczeństwa, — są jeszcze, zarówno w naszym kraju jak i zagranicą, nazbyt przesiąknięte duchem scholastycznym, a — wypływając najczęściej wyłącznie z rozumowych przesłanek i konstrukcji logicznych — liczą się zbyt mało z prawami przyrody, które kierując zjawiskami życia, tem samem kierują też i czynami zbrodniarza. Pierwszy przyrodniczy klin zostaje wbity w system prawa karnego z chwilą*) przyjęcia do kodeksu karnego formuły niepoczytalności z powodu choroby psychicznej — formuły więc, w której po raz pierwszy w prawie, zabiera głos przedstawiciel wiedzy przyrodniczej. Odtąd też datuje się stałe jątrzenie tego „obcego“ — dla myśli prawniczej — „ciała“ w łonie prawno-karnego systemu. Dwa różne

*) Czasy Wielkiej Rewolucji, Kodeks Napoleona.

punkty widzenia, a nawet światopoglądy, nie mogą się tu ze sobą pogodzić. Stan walki pomiędzy socjalnymi a przyrodniczymi poglądami znaczy odtąd**) szlak historji rozwoju myśli prawniczej w dziedzinie kryminologji. Autor jest zdania, że w walce tej winien wreszcie zwyciężyć pogląd przyrodniczy. Kryminologja nie jest nauką socjalną, w znaczeniu ścisłem tego słowa, tak jak jest nią np. ekonomja, nauka prawa cywlnego, wekslowego czy międzynarodowego. Kryminologja jest jedynie niejako nauką stosowaną do potrzeb społecznych. Dla zgłębienia podstaw naukowych kryminologji wymagana jest gruntowna znajomość nauk przyrodniczych, *które* dopiero potrafią oświetlić należycie istotne źródła konfliktów karnych i wskażą nam sposoby skutecznego radzenia złu. Istota konfliktów karno-prawnych, mówiąc krótko, polega na fakcie, że każden sztucznie nie pielęgnowany gatunek, a więc i zorganizowany w społeszeństwo gatunek ludzki, składa się z jednostek o różnej wartości z punktu widzenia na postęp i rozwój gatunku. Stąd — wewnętrzne tarcia w łonie społeczeństwa, stąd gros konfliktów natury kryminalnej. W dalszych konsekwencjach takiego naturalistycznego założenia, musi się przyjść do wniosku, że kara, ten do niedawna nieomal jedyny wyraz stosunku społeczeństwa do przestępcy, pojmowana przytem jako reakcja społeczna, winna zmienić zasadniczo swe oblicze i — zbliżając się do pojęcia *kary* administracyjnej i wychowawczej — *winna się stać narzędziem zmierzającem zawsze do jakiegoś realnego celu społecznego,* winna więc nosić zawsze w sobie ten pierwiastek celowości i wreszcie — musi stanąć ona w rzędzie równym z innymi środkami zmierzającymi do tegoż celu t. j. walki ze zbrodnią. Środkami temi są wychowanie, leczenie, unieszkodliwienie sprawcy i inne. Kara, pozbawiona jakiejkolwiek celowości, a stosowana tylko na mocy formuły „kara jest funkcją winy". $K = f(W)$, winna być w naszych czasach uznana za okrucieństwo. W konsekwencji też powyższych rozważań, całokształt praktyk karnych byłoby właściwiej nazwać *taktyką kryminalną,* określeniem zawierającem moment utylitaryzmu w walce ze zbrodnią. Przy takiem oświetleniu rzeczy zniknie też przepaść pomiędzy pojęciami poczytalności a jej brakiem — pojęciami zresztą tak trudnemi do definjowania a budzącemi tak wiele słusznych zarzutów i wątpliwości natury logicznej. *Problem poczytalności jest rzeczą zasadniczą dla prawnika jedynie dopóty, dopóki operuje on pojęciem, wypływającej stąd, odpowiedzialności karnej. Znaczenie pojęć poczytalności i niepoczytalności, w świetle zagadnienia taktyki kryminalnej,*

**) Ściślej, od epokowego dzieła Lombrosa.

maleje; niejako zastępują je tu zagadnienia natury praktycznej, czy w danym wypadku kara odniesie skutek, osiągnie zamierzony przez prawodawcę cel, czy też nie, i za jakim innym środkiem wypadnie się wówczas obejrzeć. W wypadkach więc n. p. t. zw. „poczytalności częściowej", znawca nie ogranicza się jedynie do jej stwierdzenia, lecz oświetla sądowi okoliczności, czy zaaplikowana w stosunku do danego sprawcy taktyka kryminalna w formie kary odniesie swój wychowawczy wzgl. odstraszający skutek, czy nie. Zdarza się bowiem często, że z pomiędzy dwóch jednostek o poczytalności zmniejszonej, jedna z nich „potrzebuje" kary, dla drugiej zaś taktyka taka nie prowadzi do żadnego praktycznego celu.

Gdyby prawodawca zrezygnował z dotychczasowego systemu karno-prawnego — który go zniewala wiązać fatalnie pojęcie winy z konsekwencjami natury karnej — i traktowałby odtąd swe zadanie jedynie z punktu widzenia osiągalnych dla społeczeństwa korzyści, — natenczas nie miałby też, tyle co dotąd, trudności z definicją niepoczytalności, która była zawsze wadliwa, a która odtąd okazałaby się zbędną. Również i w praktyce sądowej, od ustalenia stanu poczytalności wzgl. jej wykluczenia, ważniejszem stanie się orzeczenie znawcy, — w każdym konkretnym przypadku psychopatologicznej ekspertyzy — czy zamierzona kara będzie miała swój wychowawczo-odstraszający skutek, wzgl. jaki sposób na sprawcę byłby najwłaściwszy.

Wyrażone w tej i następnej rozprawie myśli referenta stanowią niejako streszczenia odnośnych rozdziałów szkicu kryminologicznego autora „O zbrodniarzu i zbrodni", którego druk rozpoczynamy w niniejszym zeszycie Nowin Psychjatrycznych, w formie dodatku. (Red.).

DR. OSKAR BIELAWSKI, (Dziekanka) zgłosił referat na temat:

POSTULATY EUGENIKI A STANOWISKO PAŃSTWA W SPRAWIE SPĘDZENIA PŁODU.

Gdy rozważamy dotyczące doboru rodziców dla przyszłych pokoleń wskazania nauki o polepszeniu ludzkiej rasy, stykamy się wtedy z zagadnieniem potrzeby odnośnego normowania niektórych, najbardziej intymnych przejawów życia jednostek, jakiemi są: wzajemne ciążenie płci i stanowienie o potomstwie. Praktyczne plony wiedzy eugenicznej można osiągać zarówno drogą prywatnej inicjatywy społecznej (uświadamianie obywateli przez odczyty, wykłady, przez urządzanie muzeów itp.), jak też przez odnośne zarządzenia administracyjne czy ustawowe, nakładające na społeczeństwo obowiązek dostosowywania

się do nakazów eugeniki. Już samo spopularyzowanie eugenicznych idej wśród społeczeństwa drogą dobrowolnego ich przyswajania i — co za tem idzie — drogą również dobrowolnego zastosowywania ich w życiu — czyni dziś duże postępy i osiąga realne rezultaty. Nasuwa się jednakże pytanie, czy czynniki kierownicze organizacji społecznej — państwa, które winny dbać w perwszym rzędzie o społeczną wartość swoich obywateli, nie powinne przejąć tej inicjatywy prywatnej, a to w celu zapewnienia ideji tem większych na tem polu sukcesów. Czy nie należy więc przeprowadzać niektóre zasady eugeniczne drogą przymusowo-represyjną, w celu zjednania dla nich większego posłuchu u społeczeństwa? Odpowiedzieć na to można również pytaniem: jakże daleko wolno się posuwać państwu w ograniczeniu swobód indywidualnych, jeśli tego wymaga interes ogółu? Teoretyczna odpowiedź na to jest łatwa: maximum osiągalnego dobra ogółu przy minimum wyrządzania moralnych wzgl. fizycznych dolegliwości jednostce. Nieporównanie trudniej jednak jest zważyć ową quantitas w praktyce. Żyjemy wciąż jeszcze w czasach militaryzmu i fizycznej rywalizacji państw. Każde więc społeczeństwo stoi zawsze w pogotowiu do obrony swych bogactw materjalnych i wpływów, dba w pierwszym rzędzie o zwiększenie ilości żołnierzy i podatników. Stąd — drakońskie prawa karzące surowo spędzenie płodu ludzkiego. W całej Europie, za wyjątkiem jedynie Rosji Sowieckiej, karanym jest jako zbrodnia nawet czyn spędzenia płodu pochodzącego od zgwałcenia. Kobiecie nie wolno przeto wyzbyć się płodu nawet w wypadku, gdy ojcem jego jest zwyrodniały opryszek. Nawet tam, gdzie, według wszelkiego prawdopodobieństwa, można przewidzieć społeczne niedołęstwo i małowartościowość potomka, — prawo nie czyni wyjątków. Rekrucko-podatkowa idea państwowa głuchą jest na wywody statystyczne przemawiają za tem, że państwo, „opiekując się" niejako — jeszcze przed przyjściem na świat — duchowo i fizycznie charłym obywatelem, — zamiast zyskiwać w ten sposób żołnierza i podatnika, — piętrzy jedynie swe pozycje budżetowe w wydatkach na utrzymywanie więzieni, domów poprawy, szpitali psychjatrycznych, organów bezpieczeństwa publicznego, szpitali itp. Nieśmiałe — podjęte np. w niektórych stanach Ameryki Północnej — próby zajścia do sprawy udaremnienia zwyrodniałego potomstwa od strony innej, mianowicie — przez zarządzenie sterylizacji przestępców, idjotów, i wogóle tych których czynność rozpłodowa jest dla społeczeństwa niepożądana, — wydaje się, nie znajdą większego rozpowszechnienia i ogólnego przyjęcia, zarówno ze względów zasadniczych jak praktycznych. Intencje mijają się tu zresztą z celem. Dla społeczeństwa groźnym jest płód,

państwo zaś wymierza tu ostrze swych (bynajmniej nie obojętnych dla zdrowia) zarządzeń przeciw problematycznemu bądź co bądź — winowajcy, gdyż nie sposób przewidzieć, czy był by on wogóle płodził i czy jest płodny. Pamiętać przytem należy, że kastracja powoduje z reguły okaleczenie też duchowe. Gdyby dalej konsekwentnie wcielać w życie wzmiankowane idee niektórych amerykańskich socjologów, należałoby zastosować je, już w pierwszym rzędzie, do wielu wyradzających się duchowo rodzin — przedstawicieli t. zw. krwi błękitnej.

Jeżeli więc zmierzać do celu drogą prostą—a w myśl przytoczonej na początku dewizy—to punktem ataku dla myśli eugenicznej zostanie zawsze tylko zwyrodniały płód. Stąd wyciąga referent wniosek, że, jeśli daleką jest chwila, kiedy czynniki kierownicze społeczeństwa zrozumieją interes społeczny w przymusowem usuwaniu płodu tam, gdzie rokuje on życie aspołecznemu wzgl. antyspołecznemu obywatelowi, — to należy się jednak spodziewać, że w niedalekiej przyszłości *zniesione zostaną zakazy spędzenia płodu*) w przypadkach, gdy tego wymagają względy na dobro przyszłe rasy ludzkiej.*

DR. WICHERT: O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH I ZMIANACH ANATOMICZNYCH W PRZEBIEGU GRUŹLICZEGO ZAPALENIA OPON.

DYSKUSJA

Dr. Stryjeński: Związek przyczynowy między gruźlicą a schizofrenją nie jest ustalony i opiera się głównie na statystycznie wykazanej silnej zapadalności i umieralności schizofreników na gruźlicę. Fakt ten jest skutkiem 1) astenicznej konstytucji, 2) sposobu zachowania się w zakładach (nieruchliwość, niechlujstwo itp.). Gruźlica m a wpływ patoplastyczny w obrazie klinicznym schizofrenji np. odmowa jadła u gruźliczych schizofreników.

Dr. Wichert, w odpowiedzi, zaznacza, że przypadek pierwszy jest właściwie katatonją. W zakładach jest pewna ilość chroników asocjalnych, jak np. epileptycy, którzy jednak dają znacznie mniejszy odsetek zejść z powodu gruźlicy.

DR. ROZENBLUMÓWNA: ZAKRES KLINICZNY ANOMALJI I CHARAKTERU DZIECIĘCEGO.

---

*) Stosowanie wszelkich środków zapobiegawczych nie wchodzi w rachubę już z przyczyny, że jest niepewne w skutkach; możliwość zaś wyłonienia zakazu ograniczającego dowolne kojarzenia się płci, jest oczywiście zgoła nierealna.

DR. STERLING: ENDOKTRYNOLOGJA OLIGOFRENJI.

Autor omawia związek oligofrenji z wydzielaniem wewnętrznem gruczołów. Zatrzymuje się dłużej na stanach oligofrenicznych sprzężonych z dysfunkcją *gruczołu tarczowego przysadki mózgowej, szyszynki i gruczołów płciowych.* Analizując zebrany materjał kliniczny, stara się autor rozstrzygnąć dwie kwestje zasadnicze: 1) czy udało się ustalić zależność przyczynową niektórych typów oligofrenicznych od nienormalnej czynności gruczołów dokrewnych i czy 2) istnieją cechy swoiste, na zasadzie których rozpoznać można *gruczołowe* pochodzenie niektórych postaci dziecięcego upośledzenia umysłowego.. — W sprawie pierwszej dochodzi autor do wniosku, że przy dzisiejszym stanie nauki można uznać tylko prawdopodobieństwo związku przyczynowego pomiędzy zaburzeniami w czynności niektórych gruczołów dokrewnych a sprzężeniem z innemi kategorjami oligofrenji, traktując zjawisko to biologiczne jako defekt ogólny energji witalnej, którego oba punkty zaczepne tkwią z jednej strony w zakresie gruczołowo-wegetacyjnym, z drugiej zaś strony w mózgu. Nie posiadamy również danych tak pewnych, któreby umożliwiły nam rozpoznanie poszczególnych typów niedorozwoju jako *swoiście dysendokrynologicznych* — bez współistnienia korelacyjnych objawów cielesnych. Jednakowoż z pewnych faktów już istniejących, a których charakter, jak dotąd jest tylko fragmentatywny (psychopatologja przedwczesnej dojrzałości płciowej, typ pasożytniczy i dysdjastematyczny eunuchoidyzmu), daje się mieć nadzieję, że z biegiem czasu i pogłębieniem nauki o upośledzeniu umysłowem zagadnienie to rozwiązane będzie w sposób pozytywny.

* * *

Referaty do drugiego tematu zasadniczego.

DR. STEFANOWICZ-MOSKIEWICZ: SELEKCJA DZIECI UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO.

DR. GAWROŃSKI, (Dziekanka) zgłosił referat na temat: PODSTAWY RACJONALNEJ ORGANIZACJI SPOŁECZNEJ W WYCHOWANIU I KSZTAŁCENIU DZIECI ANORMALNYCH W POLSCE. (podany w streszczeniu).

Poczynania, jakie w odradzającej się Polsce dotychczas przedsięwzięto w dziedzinie wychowania i szkolnictwa dziatwy psychicznie anormalnej, są następujące. Z ramenia rządu utworzony został przy Ministerstwie Oświecenia wydział dla szkół specjalnych, w następstwie powstał Instytut Pedagogiki w Warszawie, wydający czasopismo

„Szkoła Specjalna". Są to przedsięwzięcia podwalinowe, przygotowujące materjał naukowy i zastępy sił wychowawczych pod rozbudowę systemu wychowawczo-szkolnego oraz organizację instytucyj wychowawczych, przeznaczonych dla dzieci anormalnych. Jestto działalność nawskroś racjonalna. Pozatem otwarto szereg szkół specjalnych dla dziatwy anormalnej w Warszawie i w miastach niektórych województw, które to szkoły (za wyjątkiem już dawniej istniejących szkół-internatów dla Ociemniałych i głuchoniemych) nie odpowiadają swemu zadaniu wskutek wadliwej ich organizacji. Są to naogół szkoły przychodnie, nie posiadają internatów, a więc ich wpływy wychowawcze są nikłe, kupią się w miastach, metody nauczania nie odbiegają wiele od metod szkół normalnych, klasy siedzące o nazbyt licznych gromadach dziatwy, a więc zasadnicza ich organizacja stoi w rozbieżności z istotnemi potrzebami dzieci anormalnych. —

Nauka w schroniskach dla dziatwy umysłowo niedorozwiniętej przy Zakładach Psychjatrycznych grzeszy również zbytniem werbalizmem, zasilanym niewystarczającą tu metodą poglądową oraz opiera swoje metody na najsłabszej władzy psychicznie upośledzonego tj. intellekcie, zamiast szukać punktów oparcia na somatycznych właściwościach (np. system mięśniowy), wchodzących tu w grę dzieci. Szkoły powyższe nie uwzględniają też ani w wychowaniu ani w rozwijaniu umysłu dziecięcego czynników społecznych jak indywidualna praca w gromadkach, ożywiona wspólnym celem itp. Prywatne wysiłki, uprawiające sporadycznie tę samą niwę, a znaczące ślady swej działalności już przed wojną, były i są w stosunku do istniejących potrzeb bardzo skromne, ale ponieważ bardziej indywidualizowały zarówno w obserwacji rozporządzalnego i zazwyczaj nielicznego materjału dziecięcego jak i w stosowaniu metod wychowawczo-nauczających, wkraczały przeto nieraz na drogi metodyczne swoiste, rozbieżne z dydaktyką szkoły normalnej, a nawet dochodziły, szukając metod nowych i doświadczając je, do ujęcia takowych w odpowiedni system.

Po tym treściwym (zapewne posiadającym i luki) przeglądzie zabiegów już istniejących wysunąć wypada ze względu na aktualność tej sprawy w kraju naszym główne postulaty w zakresie organizacji opieki nad dziećmi anormalnemi w Polsce, ujmując je w punkty następujące.

1. Szkoły dla dziatwy psychicznie anormalnej winny być internatami tj. instytucjami wychowawczemi par excellence. Wychowanie t. j. kształcenie charakterów oraz przygotowywanie wychowańców do samodzielnego życia w ramach indywidualnych możliwości winno być punktem wyjścia i podstawą do rozwoju umysłowego.

U w a g a. Wszelkich prowizorjów w tej dziedzinie działalności jak wyżej wymienione szkoły przychodnie w miastach z ich przepełnieniem, systemem ławkowym, opieraniem metod mających rozwijać duszę niedorozwiniętą i wykolejoną na obserwowanym modelu, obrazku i słowie, nie powinno się stosować (chyba wyjątkowo w myśl oportunistycznego nakazu („ut aliquid fieri videatur"), gdyż jest to nieprodukcyjny nakład energji życiowej organizatorów i wychowawców oraz pieniądza na torturowanie dziatwy i poświęcającej się tu elity wychowawczej.

2. Internaty szkolne mające opanować całkowicie i wszechstronnie anormalne dusze dziecięce, izolować je od zdegenerowanych rodzin oraz od przyśpieszonego, arytmicznego tętna życiowego, większych miast, winny być organizowane wyłącznie na wsi w bezpośrednim kontakcie z ziemią i przyrodą.

3. Podstawą wychowawczo-nauczającą i punktem wyjścia dla zabiegów około rozwoju somapsychicznego dziecka winna być praca mięśniowa (w formie zabawy ad hoc zorganizowanym, a więc odpowiadającym ilościowej i jakościowej skali popędów i usposobień dziecięcych, warsztacie rolniczo-ogrodniczo-rzemieślniczym) z lekkim przydźwiękiem wpływów intellektualnych, wzmagających się w miarę przyrostu zasobów pojęciowych u wychowańców.

U w a g a I. Pierwszym zakładem leczniczo-wychowawczym w Polsce Kongresowej dla dzieci anormalnych był zakład założony w r. 1903 w Warszawie przez Dr. J. Gawrońskiego. Potem powstała szkoła pp. Lublinerowej i Zylberowej w Warszawie, później zakład o charakterze przytułkowym przy Gminie Ewangelickiej tamże. W Krakowie założył zakład wychow. dla dzieci umysłowo upośledzonych prof. J. Piltz, prowadzony obecnie przez Dra Onufrowicza. W r. 1907 powstało uzdrowisko leczniczo-wychowawcze dra J. Gawrońskiego w Vevey (Szwajcarja), przeniesione po wojnie do Wielenia (Poznańskie). Większość tych zakładów z powodu wojny i trudnych warunków materjalnych w kraju istnieć przestała.

U w a g a II. Dr. J. Gawroński. Szkoła Odrodzenia. Nakład Fiszera i Majewskiego Poznaniu r. 1925. Jest to typ swoiście pomyślanej szkoły „Nowej (twórczej)", jakie już posiada zagranica, nadający się dzięki właściwości swoich metod dydaktycznych i odpowiadających potrzebom dziecka zarówno dla dziatwy normalnej jak i anormalnej.

Wiele też nowych obserwacyj pedagogicznych i pomysłów dydaktycznych z praktyki wygłoszono w referatach na posiedzeniach naukowych Twa Badań nad dziećmi w Warszawie.

4. Internaty szkolne ze swojem podniebiem, rozbudową, podstawowemi zajęciami mają mieć charakter kolonij wiejskich. Kolonja dla dziatwy anormalnej może ze względów ekonomicznych być dość liczną (do 250 dzieci), ale dziatwa musi być rozgrupowana przy właściwym doborze w małe ogniska rodzinne, koedukacyjne, nie przekraczające 6 dzieci (maximum), a to w celu realnego przeprowadzenia indywidualizacji w wychowaniu i szkoleniu, bez której intensywna praca rozwojowa nad dzieckiem anormalnem jest niemożliwa. —

U w a g a ad 3 i 4. Podobnie zorganizowane kolonje dla dziatwy anormalnej są nietylko najracjonalniejsze pod względem wychowawczym, gdyż zbliżają się do osiągnięcia najmniejszym wysiłkiem możliwie największych wyników, ale mają też niepoślednie znaczenie dla przyszłości życiowej swoich wychowanków, bo wdrażają ich w prace, które ułatwią im przyszłe zajęcia zawodowe oraz całokształt ich życia, nadto kierują swój wychowany materjał do wyludniającej się coraz bardziej wsi.

5. Utrzymując dla dzieci anormalnych wszystkich znanych dotąd kategoryj, zdolnych w mniejszej lub większej mierze do rozwoju somapsychicznego i rokujących nadzieję pewnej choć ograniczonej samodzielności życiowej kolonje wychowawczo-szkolne powyższego typu (obacz dla uzupełnienia obrazu system i metody dydaktyczne w pracy „Szkoła Odrodzenia", cytowanej poprzednio), powinno się przeprowadzić ścisły dobór dziatwy do każdej kolonii, a więc np. osobne kolonje dla pozornie mniejwartościowych tj. niedomagających w szkole (les faux anormaux ou les ignorants według Bineta) osobne kolonje dla głuptaków 1. stopnia (les débiles Bineta) i głuptaków 2. stopnia (imbéciles), kolonje ze spotęgowanemi wpływami wychowawczemi dla dziatwy asocjalnej (les instables Bineta), dalej kolonje dla niedorozwojów somapsychicznych na podłożu endokrynnem, itp. gdzie obok dobroczynnych wpływów wychowawczych i rozwijających umysł muszą być stosowane zabiegi lecznicze.

6. Na czele kolonij dla anormalnych powinni stać wykwalifikowani lekarze-wychowawcy.

7. Wychowaniem i kształceniem dziatwy anormalnej zajmują się przybrani rodzice (ojciec, matka lub oboje razem) — wychowawcy i wychowawczynie, wykwalifikowani w specjalnym przedmiocie (przyroda, matematyka itp.) z zakresu szkoły średniej, w kolonjach dla dzieci zdolniejszych umysłowo, w kolonjach zaś dla głuptaków wychowawcy i wychowawczynie wykwalifikowani w zakresie szkoły po-

wszechnej. Obie kategorje muszą być obeznane z zasadami pedagogiki specjalnej.

8. Całością opiekuje się i normuje ją wydział, złożony z lekarzy-wychowawców, z lekarzy szkolnych, resp. z lekarzy pedjatrów i hygjenistów oraz wychowawców przy Ministerstwie Oświecenia. Ministerstwo tworzy Seminarja pedagogiki specjalnej oraz wzorowe kolonje wyż. wymienionego typu, Województwa i Sejmiki tworzą kolonje, kształtowane na wzorach centralnych.

DR. GRZEGORZEWSKA: STAN OPIEKI I WYCHOWANIA DZIECI ANORMALNYCH W POLSCE I ZAGRANICĄ.

DYR. SIWIŃSKI: PSYCHOPATOLOGJA DZIECKA.

DYSKUSJA

wspólna nad drugim tematem zasadniczym.

Dyr. Górny do referatu XIII-go, w sprawie upośledzonych dzieci, zaznacza, że „szkoła matołków" przy Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Owińskach egzystuje od 1. 8. 1922. Poprzednio była szkoła specjalna dla Woj. Poznańskiego w Kościanie, założona tamże w r. 1899-ym przy tamtejszym zakładzie psychjatrycznym. Do szkoły matołków w Owińskach uczęszcza obecnie 42 dzieci, i to: 27 chłopców i 15 dziewcząt. Szkoła ma 2 klasy z 4 oddziałami:

1.	oddział	liczy	15 dzieci,
2.	„	„	13 „
3.	„	„	6 „
4.	„	„	8 „
	razem		42 dzieci

Wiek dzieci uczęszczających do szkoły:

od	5.	do 14-go roku życia	— 24 dzieci,
od	14.	do 18-go roku życia	— 16 dzieci,
od	18.	do 21-go roku życia	— 2 dzieci,
		razem	42 dzieci

Poziom umysłowy dzieci szkoły podług skali Simon-Binet'a:

J.J. poniżej 25 — 33 dzieci,
J.J. poniżej 40—25 — 6 dzieci,
J.J. poniżej 40—50 — 3 dzieci.

Użyteczność uzyskuje tylko mały procent dzieci szkolnych, ca. 20—25%. Użyteczność ta ogranicza się jednak wobec niskiego myślowego poziomu dzieci tylko do pracy w obrębie zakładu.

Urządzenie szkoły w gabinet pomocy naukowej, sale gimnastyczne, warsztaty wszelkiego rodzaju, ogrody itd. — dobre. Nauką w szkole zajmuje się nauczyciel wykwalifikowany i ochroniarka (wychowawczyni).

Dyr. Siwiński, do referatu dr. Rozenblumowej w sprawie dzieci anormalnych: koniecznem jest dokładne opracowanie metod badania dzieci anormalnych, — napotykamy na trudności, które mieliśmy także przy organizowaniu szkół pomocniczych w Łodzi. Konieczne jest założenie internatów dla dzieci mało zdolnych, celem uniknięcia wpływu środowiska. Pożądanem jest, by badanie dzieci w szkołach przez lekarzy-higjenistów było więcej skierowane na indywidualne badanie psychiki i fizycznej konstytucji dzieci.

Prof. Mazurkiewicz: podnosząc zgodność krzywych w starszym wieku między badaniem psychologicznem a spostrzeżeniami nauczycieli, zwraca uwagę, że niezgodność w młodszych latach można wytłómaczyć brakami fizycznymi u dzieci (upośledzenie wzroku lub słuchu), a także konstytucją psychiczną.

Dr. Wiendlocha, do referatu o dzieciach anormalnych, opisuje rozwój szkoły specjalnej dla dzieci umysłowo niedorozwiniętych w Rybniku na Śląsku i wielkie trudności administracyjnie, jakie trzeba było pokonać. Zaznacza, że kilka dzieci doprowadzono do tego stopnia rozwoju umysłowego, że mogły chodzić do 2-ej, 6-ej lub 7-ej klasy szkoły powszechnej w miejscu.

Jest dalej zdania, że należy więcej uświadamiać społeczeństwo o ważności szkół specjalnych, ze względu już na potrzebę przeprowadzenia obok uczenia leczenia specyficznego, np. organoterapji, kuracji antykiłowej itp., w pierwszym zaś rzędzie przez wzgląd na ważność leczenia psychjatrycznego wnosi, aby rozciągnąć specjalne kompetencje psychjatry na terenie szkół specjalnych dla dzieci psychicznie anormalnych.

Dr. Stefanowicz: rozbieżność obserwcaji nauczyciela i wyniki badania psychologicznego dzieci 7-letnich tłómaczy się tem, że wszystkie dzieci 7-letnie są na poziomie rozwojowym odpowiednim dla rozpoczęcia nauki szkolnej, jakkolwiek nie są anormalne. Należałoby przy przyjęciu dzieci do szkół przeprowadzać badania lekarskie i psychologiczne. 14-letnie dzieci, które były badane, uczęszczały do oddziałów 1. lub 2-go szkoły powszechnej. Główną przyczyną braku postępu w danym wypadku może być wrodzony niedorozwój umysłowy.

* * *

Dalsze tematy luźne.

PROF. BOROWIECKI: EPIDEMJA PSYCHICZNA W SŁUPI.

Kilkoro dzieci służby folwarcznej w Słupi Wielkiej pod Środą, które wybrały się zbierać zioła i kwiaty do święcenia w dzień Wniebowstąpienia dnia 14. 8. 1926 r., zobaczyło w pewnem miejscu w polu Matkę Boską. Widzenie to powtarzało się niemal codziennie wieczorem, a fakt ten w kilku tygodniach nabrał tak wielkiego rozgłosu, że coraz to większe tłumy pobożnych i ciekawych gromadziły się w miejscu widzeń dookoła dzieci. W pierwszych dniach września dołączyła

się do dzieci dorosła dziewczyna o usposobieniu wyraźnie histerycznem, która zapadła w stan przypominający niektórym zemdlenie, różniący się jednak od niego zesztywnieniem. W stanie tym miała ona również widzenie. Od dnia następnego wszystkie dziewczynki zapadały wraz z nową towarzyszką w stan podobny, widziały Matkę Boską, a nawet zaczęły Ją słyszeć. Dzień później zaczęła słyszeć Matkę Boską i dorosła dziewczyna.

Referent, dzięki uprzejmości władzy duchownej miał możność badania w klinice neurologicznej Uniwersytetu Poznańskiego trzech dziewczynek (12, 11- i 10-letniej) i dorosłej 28-letniej wizjonerki.

Badania te wykazały najniższą inteligencję (iloraz inteligencji 0,86) u dziewczynki 12-letniej, która pierwsza zobaczyła Matkę Boską i, jak się zdaje, innym Ją pokazała. Dwie drugie dziewczynki (11 i 10 lat) okazały inteligencję znacznie od niej wyższą (iloraz 1,003 i 1,05). Inteligencja dorosłej była niewysoka. Wszystkie wykazały w 5 różnych doświadczeniach nad sugestyjnością wielką podatność na wpływ zewnętrzny. Dziewczynki stały pod tym względem mniejwięcej na jednym poziomie, a największą sugestyjnością odznaczała się osoba dorosła. U najmłodszej 10-letniej udało się nadto wywołać na drodze sugestyjnej widzenie obrazka Matki Boskiej. Nie można było wykryć u badanych zdolności ejdetycznych. Ciekawy wynik dały natomiast badania spostrzegania i wyobraźni przy pomocy testów Rorszacha. Wykazały one wyraźny wpływ dziewczyny dorosłej na pozostałe oraz jednolite nastawienie psychiczne całej badanej czwórki, która widziała wszędzie w podawanych jej obrazach złych duchów i szatanów.

Wielkie znaczenie dla zrozumienia wydarzeń w Słupi noszących piętno wyraźnie epidemiczne mają wywiady, które nic nieomal nie mówią o wizjonerkach samych, świadczą natomiast wyraźnie o wielkiem przejęciu się otoczenia widzeniami dzieci od pierwszej chwili i przynoszą szereg legend o dzieciach, o cudzie, o wyleczeniach cudownych, o karach na niewierzących itd. Legendy te odsłoniły głębsze, pierwotne warstwy umysłu ludzkiego, otaczały aureolą trzy dziewczynki i nałożyły także na innych coś w rodzaju posłannictwa. Były one jakby równoważnikiem widzeń u dzieci: kto nie mógł widzieć Matki Boskiej, mógł choć pośrednio przyczynić się do tej „mszy odprawionej bez księdza", jak ktoś nazwał tłumne gromadzenie się ludności dookoła dzieci.

Zestawienie łańcucha wydarzeń w Słupi pozwala stwierdzić jak zjawisko niemal zupełnie normalne (prawdopodobnie iluzja u pierwszej dziewczynki) dało powód do powstania dalszych zjawisk na tle wybitnej sugestyjności (dalszych widzeń i legend), aż wreszcie ukształtowało

się pod wpływem osoby dotkniętej histerją na modłę histeryczną, a więc przybrało formę nawskroś patologiczną.

DYSKUSJA

Dyr. Siwiński: W szpitalu Kochanówka było zajście następujące: gdy zarządzono wykonanie sekcji u zmarłego wyznania mojżeszowego, rodzina — niezwykle liczna — otoczyła laboranta, grożąc mu śmiercią. Gdy na wezwanie wołającego o pomoc personelu przyszedłem, wzmógł się niepokój rodziny. Gdy wszedłem do prosektorjum, trzy osoby z pośród rodziny zmarłego dostały typowego napadu drgawek histerycznych. Dopiero przybycie obcych członków pogrzebu dopomogło nam opanować zajście. Wywiady okazały, iż 3 osoby, które dostały u nas napadu histerycznego, cierpiały na histerję oddawna. Jedna zaś osoba przebywała w zakładzie psychjatrycznym. Obawa przed sekcją wywołała typowe napady histeryczne i spowodowała stan podniecenia z odcieniem agresywnym.

Dyr. Łuniewski zapytuje prelegenta, jak kwalifikuje pierwotne ogniwo psychopatologiczne widzeń dziewczynek. W szczególności zapytuje, czy nie można by tych widzeń zakwalifikować jako paraidolji. Poza tem pytaniem zwraca się do prelegenta z prośbą o udzielenie, o ile to możliwe, wiadomości, jak została przyjęta i potraktowana opinja psychjatryczna przez te władze duchowne, które zarządziły poddanie dzieci obserwacji.

Prof. Borowiecki nie zgadza się, ażeby miał tu do czynienia z paraidoljami i przytacza opinję Kurji Biskupiej w sprawie wypadków w Słupi.

DR. NELKEN: NIEPAMIĘĆ WSTECZNA PO POSTRZALE GŁOWY, ZABÓJSTWA I SAMOBÓSTWA.

Prelegent podaje przypadek zabójstwa narzeczonej przez 30-letniego podoficera, który bezpośrednio potem przestrzelił sobie głowę w okolicach skroniowych na wylot. Po wyleczeniu chirurgicznem stały się widoczne cechy psychozy organicznej z zupełną niepamięcią wsteczną, która w dalszym przebiegu zredukowała się jedynie do przeżyć kompleksowych (narzeczona — rewolwer — zabójstwo — samobójstwo). W trzy i pół miesiąca po postrzale nastąpił zgon przy objawach ropnia mózgu. — W związku z tym przypadkiem prelegent rozpatruje stosunek luki pamięciowej wogóle do zamroczenia świadomości, zagadnienie niepamięci wstecznej organicznej i czynnościowej, dalej — zaburzenia psychiczne po postrzale mózgu wogóle, wreszcie — kryminologiczną stronę zagadnienia: poczytalność w czasie czynu przestępczego i w czasie postępowania sądowego, z możnością lub niemożnością odbywania kary, oraz sprawy dalszego niebezpieczeństwa dla otoczenia. Wreszcie oświetla zagadnienia t. zw. podwójnego samobójstwa oraz typ przestępczy zabójców kochanek.

DYR. AL. PIOTROWSKI, (Dziekanka) zgłosił referat na temat: ZASADY ORGANIZACJI PSYCHJATRYCZNEJ (podany w streszczeniu).

Oryginał drukowany w Now. Psychjatr. 1927, I — II.

Autor omawia organizację spraw psychjatrycznych na ziemiach Polski zachodniej i określa postulaty psychjatryczne, których urzeczywistnienie stanowiłoby dalszy etap w organicznej ewolucji opieki psychjatrycznej.

Organizacja spraw psychjatrycznych na ziemiach Polski zachodniej jest prosta i w ogólności odpowiada potrzebom praktycznym, a postulaty psychjatryczne, które się z czasem z praktyki wyłoniły, łatwo dałyby się urzeczywistnić. Autor pragnąłby widzieć organizację tę rozszerzoną na całe państwo, rozumie się, w formie udoskonalonej i w granicach zakreślonych potrzebami i warunkami życia społecznego.

Autor jest przeciwnikiem ustawodawstwa psychjatrycznego, ponieważ opracowanie i uchwalenie przez Sejm odpowiedniej ustawy psychjatrycznej wymagałoby wiele czasu, a sprawa nie cierpi zwłoki.

Jako najprostszą drogę do celu autor wymienia drogę rozporządzeń administracyjnych.

Organizacja spraw psychjatrycznych drogą rozporządzeń administracyjnych miałaby tę dobrą stronę, że uregulowanie opieki psychjatrycznej nastąpiłoby w krótszym czasie.

Rozporządzenia administracyjne, które okazałyby się nieodpowiednie i niepraktyczne, każdej chwili mogłyby być cofnięte i zastąpione nowemi, odpowiedniejszemi. Ustawa zaś, chociaż błędna w założeniu, treści i formie, musiałaby obowiązywać z konieczności przez długie lata i mogłaby być zmieniona, poprawiona lub uzupełniona dopiero nową uchwałą Sejmu, a do takiej uchwały nie dochodzi się w tempie przyśpieszonem.

Do przeprowadzenia organizacji spraw psychjatrycznych jest potrzebny osobny, samodzielny centralny urząd dla spraw psychjatrycznych. Jego zadania i kompetencje obejmowałyby całokształt spraw psychjatrycznych, nadzór nad opieką psychjatryczną w szpitalach psychjatrycznych, publicznych i prywatnych, w sanatorjach niepsychjatrycznych i w rodzinie, ustalenie przesłanek materjalnych i formalnych przyjmowania i wypisywania chorych, normowanie traktowania chorych pod względem higjenicznym, sanitarno - policyjnym oraz prawnym (w przypadkach ubezwłasnowolnienia), ukształtowanie warunków umieszczania w zakładach chorych kryminalnych i kuracjuszów dobrowolnych.

DR. ŁUNIEWSKI: PROJEKT USTAWY O OPIECE NAD PSYCHICZNIE CHORYMI, OPRACOWANY W DEPARTAMENCIE ZDROWIA.

DYSKUSJA

Prof. Mazurkiewicz odczytuje list prof. Radziłłowicza, w którym tenże proponuje

1) wniosek: potwierdzić postanowienie I-go Zjazdu psychjatrów w Poznaniu w tej sprawie;

2) wniosek: na czele głównego Urzędu Psychjatrycznego powinien stać psychjatra 4-go stopnia służbowego, a wojewódzkiego U. P. — jeden z dyrektorów zakładu danego województwa.

Dr. Łapiński widzi wiele usterek w statucie przedstawionym jako szkic, wobec tego błaga, by nie spieszyć się z jego wprowadzeniem w czyn. Statut winien być drobiazgowo przemyślany jak również omówiony na posiedzeniach poszczególnych oddziałów.

Dalej dr. Ł. oponuje, by ostateczna decyzja co do mianowania na zwierzchnie stanowiska zależała od Urzędu Psychjatrycznego. Nie widzi również potrzeby na składanie przysięgi w razie nominacji na dyrektora zakładu.

Dyr. Łuniewski: zgadzając się w całej rozciągłości z punktem 1-ym dezyderatu p. prof. Radziwiłłowicza, ma wątpliwość co do racjonalności ujęcia sprawy nadzoru wojewódzkiego w sposób, ujęty przez prof. Radziwiłłowicza w punkcie drugim. Sprawa organizacji wojewódzkiego Urzędu Psychjatrycznego należy do rzędu trudniejszych zagadnień ustawy o opiece nad psychicznie chorymi. Jak ją załatwi komitet w swoim projekcie, powiedzieć trudno.

Osobiście dr. Ł stawia wniosek kolektywnej formy nadzoru w województwach — sądząc, iż zakres spraw, któreby do Urzędu Wojewódzkiego należały, należy do kategorji takich spraw, w których kolektywna forma nie byłaby szkodliwą — może nawet pożyteczną dla sprawy. Wytworzenie dwóch kategorji dyrektorów jednakowych instytucji nasuwa dr. Ł. wiele objekcji zarówno zasadniczej jak i praktycznej natury, których tu dla braku czasu rozwinąć nie może. Ze względu na to, iż uchwały Zjazdu powinny przewidywać obowiązek popierania ich całą siłą przez każdego z uczestników Zjazdu, a więc także i tych członków Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, którzy zasiadają w komitecie psychjatrycznym, i że w razie zapadnięcia uchwały w sprawie tak konkretnej jak organizacja urzędu wojewódzkiego — psychjatrzy zasiadający w komitecie mogliby stanąć na mieliźnie w toku opracowywania projektu ustawy, — wobec tego, że sprawa ta nie jest dla wielu członków komitetu dostatecznie jasną, — dr. Ł *stawia wniosek*, ażeby Zjazd nie uchwalał wniosków zbyt krępujących i w szczególności w tej sprawie pozostawił wolną rękę tym dwom członkom, którzy zasiadają w komitecie.

Dyr. Siwiński: Konieczne jest ujęcie sprawy kontrolowania chorych o przynależności nieustalonej.

Rozbicie zwrotu kosztów na 3 instytucje stwarza trudności inkasowania należności.

Ustawa mogłaby zobowiązywać gminy do utrzymywania swych chorych mieszkańców, państwo mogłoby samorządom gminnym zwracać połowę kosztów„ zaś za chorych o nieustalonej przynależności winno płacić państwo.

Dr. Falkowski proponuje zostawić szczegółowe omówienie projektu do piśmiennego załatwienia, zaznacza tylko, że ustawa powinna być zredagowana możliwie krótko i bardzo ogólnikowo, natomiast powinien być wydany komentarz, do niej bardzo szczegółowy, psychjatrja powinna być niezależną; na czele U. P. powinien stać psychjatra; komitety Centralny i Wojewódzki powinne być nieliczne; głos decydujący powinien mieć psychjatra; zakłady psychjatryczne winne być zależne nie od Woj. Urzędu Zdrowia, lecz od ogólno-państwowych organizacyj psychjatrycznych; sprawa lecznictwa psychjatrycznego nie powinna być uzależniona od komitetów psychjatrycznych, lecz spoczywać wyłącznie w ręku lekarzy psychjatrów; trudno tworzyć komitety psychjatryczne w województwie, w którem niema ani psychjatrów, ani zakładów; kontrola nad lecznictwem psychjatrycznem powinna być wykonywana przez Centralny Urząd Psychjatryczny.

Prof. Mazurkiewicz popiera zdanie dr. Łuniewskiego w sprawie drugiego wniosku dr. Radziwiłłowicza.

Dyr. Bednarz *proponuje* nie powziąć uchwał wiążących członków komitetu psychjatrycznego wogóle, szczególnie w kwestjach inspekcji psychjatrycznej w województwach.

Dyr. Łuniewski podziela stanowisko dr. Bednarza i proponuje pozostawić członkom komisji wolną rękę w decydowaniu o tej sprawie.

Dyr. Wiendlocha proponuje na kierownika Woj. Urzędu Psychjatrycznego — dyrektora jakiegoś zakładu sąsiedniego województwa.

Prof. Mazurkiewicz stwierdza, że są 3 wnioski i proponuje oddać pod głosowanie wniosek 1) Radziwiłłowicza, 2) dra Bednarza i 3) dra Łuniewskiego. — Dr. Bednarz odstępuje od swego wniosku stwierdzając zgodność jego z wnioskiem Łuniewskiego. Wniosek dr. dr. Łuniewski-Bednarz przechodzi większością głosów (18).

Dyr. Łuniewski: Uwagi kol. Łapińskiego, Wiendlochy, Siwińskiego i Stryjeńskiego dotyczą w większości przypadków spraw nie rozpatrzonych i załatwionych po myśli tych kolegów. Dr. Ł. oświadcza, że inne uwagi ponotował także dla zakomunikowania ich komitetom.

DYR. AL. PIOTROWSKI,
(Dziekanka)
zgłosił referat na temat:

SAMOWYSTARCZALNOŚĆ PUBLICZNYCH SZPITALI PSYCHJATRYCZNYCH
(podany w streszczeniu)

Samowystarczalność publicznych szpitali psychjatrycznych jest możliwa. Podstawę do tego należy upatrywać w połączeniu szpitala z obszernem gospodarstwem rolnem i bogato wyposażonymi warsztatami oraz w uproszczonej administracji.

Budżet, rozumnie pomyślany i racjonalnie ułożony w dochodach oraz najdalej posunięta oszczędność w wydatkach, gwarantują samowystarczalność.

W krótkim streszczeniu nie sposób przedstawić wyczerpująco wszystkich pozycycji budżetowych, trzeba się ograniczyć do kilku uwag o oszczędności osiągalnych w gospodarstwie szpitala psychjatrycznego.

Niektórzy autorzy są zdania, że w szpitalach psychjatrycznych nie należy oszczędzać. Społeczeństwo powinno składać na cele szpitalnictwa psychjatrycznego hojne ofiary, albowiem zwyrodnienie, przejawiające się w chorobach psychicznych i cierpienia nagromadzone w szpitalach nie pochodzą jedynie z winy osób dotkniętych, lecz mają swoje źródło także w szkodliwościach zewnętrznych różnego rodzaju, wyjętych z pod wpływów ludzkich. Z drugiej strony choroby psychiczne powstają nieraz na tle ujemnych przejawów cywilizacji i są wyrazem jej błądzenia i przewrotności. Ofiary, które społeczeństwo składa na cele złagodzenia nieszczęścia, przedstawiają zaledwie znikomą cząstkę tych sum, które wydaje się na zbytek i nadużywanie uciech o wątpliwej wartości, prowadzących często do degeneracji i choroby.

Praktyka szpitalna, o ile na jej rozbudowę wpływają względy lekarsko-psychjatryczne, nie powoduje nietylko więcej kosztów i wydatków, niż inne instytucje, lecz może funkcjonować także oszczędnie. Oszczędności w szpitalnictwie są nawet wskazane.

Autor wyróżnia niektóre pozycje, które pozwalają robić oszczędności w wydatkach bez ujmy dla pacjentów.

W zasadzie nie powinno się oszczędzać na żywności, mianowicie w 3 klasie i w djecie. Atoli i w tej dziedzinie przy racjonalnej gospodarce, oględnem i rozumnem szafowaniu materjałem pokarmowem można w warunkach normalnych zrobić oszczędności bez obniżenia skali wyżywienia. Należy tylko ustalić, w jaki sposób odżywia się ludnośc w okolicy, skąd chorzy pochodzą, należy uwzględnić wymagania średniej warstwy ludności pracującej, a więc nie trzeba brać pod uwagę jako miarę porównawczą z jednej strony skalę pożywienia ubogich, z drugiej strony miennych gospodarzy. Ilość pokarmu dla pracującego robotnika wynosi według norm ustalonych przez Voit'a średnio 113 gr. białka, 56 gr. tłuszczu, i 500 gr. węglowodanów, co odpowiada 3055 kalorjom brutto (Atwater podaje brutto 3777, netto 3400 kal., Tigerstädt natomiast podaje brutto 3656, netto 3291 kal.)

Całodzienny pokarm dla robotnicy wyniósłby według Voit'a 94 gr. białka, 45 gr. tłuszczu, 400 gr. węglowodanów, co daje 2444 kalorji brutto, a 2200 kal. netto. Tigerstädt uważa tę ilość pokarmu za niewystarczającą; opinję tę podziela także autor.

Naogół można jednak na podstawie kalkulacji, przeprowadzonej według norm Voit'a, przygotować dostatecznie pożywny i przytem tani pokarm dla chorych, umieszczonych w 3 klasie.

Wszelako, pokarm ten z natury rzeczy nie będzie zawsze jednolity co do jakości i ilości; zależy to od potrzeb fizycznych i psychicznych pacjentów.

Pokarm nadzwyczajny jako droższy może być podawany tylko nielicznej grupie chorych.

Wszelkie dania powinny być podawane na stół w takiej formie i być tak przyprawione, aby chorzy mogli spożywać je łyżką. Pokarm powinien o ile możności być urozmaicony i apetyczny, lekko strawny i zdrowy, powinien zawierać białko, tłuszcz i węglowodany w dostatecznej ilości, ażeby choremu spokojnemu, obłożnie choremu mógł przysporzyć wagi.

Przyrządzenie tego pokarmu nie powinno gospodarce kuchennej przyczyniać zbytnich niedogodności i nie powinno przekraczać stawki budżetowej przewidzianej dla ostatniej klasy.

Materjał pokarmowy należy tak dobierać, aby nie był drogi, nie sprowadzać zbyt małych ilości, bo wtedy żywność podrożeje, lecz także nie gromadzić wielkich zapasów, bo materjały mogą się popsuć, co powodowałoby niepotrzebne straty. Drogiemi są zwykle przyprawy, jednakże w tej pozycji najłatwiej dadzą się zrobić oszczędności; zaleca się przyprawę zredukować, choćby już ze względów higjenicznych, albowiem niektóre przyprawy działają podniecająco na układ nerwowy, więc lepiej nie dodawać ich do potraw. Rozumie się, że chorzy przyzwyczajeni do potraw ostro przyprawionych, będą narazie narzekać na pokarm, atoli z czasem przyzwyczają się do higjenicznego pożywienia.

Należy zważać, czy po obiedzie i wogóle po każdym karmieniu pozostaje dużo resztek. W miarę zwiększania się ilości pozostałych resztek daje się na przyszły raz mniej kartofli, ryżu, jarzyny i t. p. W razie narzekania chorych na niedostateczne porcje zwiększa się porcje dodatkowe. O ile resztki pokarmowe zużyje się dla bydła hodowanego we własnem gospodarstwie zakładu, nic nie zginie.

Oszczędności są większe, jeżeli żywność pochodzi z własnej roli zakładu i jeżeli na niej zatrudnia się pacjentów.

Robocizna, wykonana przez pacjentów, przynosi znaczne korzyści i pozwala zredukować wydatki na robotnika obcego.

Z powodu zatrudnienia pacjentów można zredukować ilość personalu i zmniejszyć wydatki na służbę oraz zorganizować odpowied-

nio do nowych warunków i potrzeb tryb gospodarstwa. Zamiast jednego pielęgniarza na 8 chorych, wystarczy wtedy 1 pielęgniarz na 12 chorych. Zmniejszenie liczby personału dozorującego nie wpływa ujemnie na porządek w zakładzie, o ile organizacja służby jest sprężysta i służba sprawnie funkcjonuje. O nieszczęśliwe wypadki jak samobójstwo, śmierć gwałtowna wskutek wypadku: jak utopienie się w wannie, poparzenie itp. nie potrzeba się obawiać.

Praca fizyczna sprowadza sen i zastępuje środki nasenne, zmniejsza zatem wydatki aptekarskie. Jest różnica w wydatkach, zależnie od tego, czy się wydaje dziennie 2 porcje nasenników czy 200 porcji. Na ogół chemiczne środki hypnotyczne są zbyteczne. Jeżeli bowiem dorosła, zdrowa osoba, pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie 7 godzin snu, to chorzy z ostrą psychozą śpiący 4 godziny na dobę, nie potrzebują nasennika, albowiem krótkotrwały sen naturalny jest zdrowszy niż długotrwały sen wywołany środkiem hypnotycznym. Rejestrując dokładnie bezsennych, można się przekonać, że mają oni zwykle krótkie okresy bezsenności. Tym osobom nie warto dawać nasenników. Dopiero po trzech nocach bezsennych wzgl. po trzech dniach, w których chory sypiał mniej niż 4 godziny na dobę, zaleca się podać nasennik w wysokiej dawce, np. 0,9—1,2 nirvanolu[1]), poczem przeważnie następuje zaraz albo dzień później krótszy albo dłuższy okres dostatecznego snu. Mężczyźni cierpią mniej na bezsenność niż kobiety. Objaw ten tłomaczy się okolicznością, że mężczyźni poruszają się więcej na świeżem powietrzu, do czego ich pobudza praca w ogrodzie i w gospodarstwie rolnem; w skutek zmęczenia fizjologicznego łakną snu, podczas gdy kobiety, zajęte przeważnie w domu przy bieliźnie, szyciu itp. poruszają się mniej, są mniej zmęczone i mniej odczuwają potrzebę snu.

Zamiast środków chemicznych zaleca się stosować terapję fizykalną w postaci hydro-, elektro i mechanoterapji. Woda, prąd elektryczny, masaż są tańsze niż lekarstwa.

Znaczne oszczędności dają się osiągnąć przy pracach inwestycyjnych, wykonanych przez pacjentów-rzemieślników, zawodowców. Pacjenci z odpowiedniemi kwalifikacjami mogą być zajęci jako siły pomocnicze w biurach, w portjerni, w kuchni, w pralni, w warsztatach, przy pracy domowej na pawilonach, w ogrodnictwie itp. i mogą

---

[1]) cf. Al. Piotrowski: Ueber Hydantoine als Hypnotica. — Med. Wchschr. 1916, nr. 43, Verl. v. J. F. Lehmann, München.

zastąpić najemników, wskutek czego zakład zaoszczędzi dużo wydatków. Dodatkowe dożywianie pacjentów pracujących jest tańsze niż opłata najemników.

Pacjentów fizycznie zdrowych nie należy przetrzymywać w łóżku ze względów psychjatrycznych. Szablonowe leczenie metodą pościelową nie uspokaja bynajmniej chorych podnieconych, a osłabia zahamowanych, wzmaga raczej niepokój i hałaśliwość chorych, którzy pobudzają się wzajemnie wrzaskiem, krzykiem, ordynarnem wymyślaniem, wyskakiwaniem i przeskakiwaniem z łóżka na łóżko i lataniem po sali. Jest zrozumiałe, jeżeli przeniesiemy się w położenie fizycznie zdrowego pacjenta, że osobnik taki bezczynne leżenie w łóżku musi odczuwać poprostu jako torturę. W takich warunkach pościel szybko się niszczy, ponieważ chorzy, pozostający w łóżkach, zanieczyszczają i brudzą ją, wylewając i rozrzucając pokarm, smarując krwią, moczem, kałem, ślinami, rozdzierając ją na strzępy. Obrzydliwe te i niepożądane zjawiska znikają z chwilą zaniechania leczenia metodą pościelową. Jeżeli sypialnie we dnie pozostaną puste, to tem samem pościel i bielizna pozostanie czysta, biała, cała, nie zabrudzona i ulegnie tylko zabrudzeniu zwykłemu wskutek dłuższego używania jak każda pościel domowa zużywana w warunkach normalnych, bo nie ma na sali nikogo, co by ją zabrudził smarowaniem krwią, moczem, kałem, ślinami, pokarmem, niema nikogo, co by ją darł. Sale przewietrzą się i nie cuchną. Chroniąc pościel i bieliznę przed niepotrzebnem przedwczesnem zabrudzeniem i zniszczeniem, robi się oszczędności.

Za uszkodzenie przedmiotów wszelkiego rodzaju, jak pościel, bieliznę, szyby, meble i różne sprzęty przez podnieconych chorych z zapędami niszczycielskimi należy czynić materjalnie odpowiedzialnym personał dozorujący, o ile się okaże, że uszkodzenia nastąpiły z winy służby niedbałej, z powodu niedostatecznego dozoru. Jeżeli nieobowiązkowy personał będzie pociągnięty do odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez chorych niedostatecznie dozorowanych, to wtedy będzie staranniejszy i sumienniejszy, a skutki zapędów niszczycielskich będą rzadsze. Tem samem ochroni się sprzęty od przedwczesnego zniszczenia, co znów powiększy pozycję oszczędności.

Najlepszym środkiem do odwiedzenia chorych podnieconych od zapędów niszczycielskich jest — jak to już poprzednio zauważono — zajęcie i zabawa.

Niejeden chory podniecony z zapędami niszczycielskimi zabawiałby się wybijaniem szyb, łamaniem mebli, rozdzieraniem bieliz-

ny pościeli i powodowałby znaczne straty, gdyby odpowiednie zajęcie nie zmodyfikowało jego zapędów niszczycielskich i zużyło ich dla celów pożytecznych.

Pacjent — dawniej nieużyteczne, nieuniknione zło, — z którem się trzeba było pogodzić — pod wpływem systematycznego wychowania do pracy, przekształca się w wartościowego pomocnika, pozwalającego siły swoje zużytkować dla potrzeb zakładu, staje się towarzyskim, wesołym i lubi się zabawić.

Również na zabawach, przeznaczonych dla chorych, można robić oszczędności, urządzając je własnemi siłami. Własna orkiestra zakładowa, przygrywająca chorym do tańca, przedstawienia teatralne amatorskie, wykonane przez personał i pacjentów, są tańsze niż widowiska aranżerowane przez siły najemne, drogo opłacane. Obecnie radjo i kino przedstawiają wartościowy czynnik, urozmaicający pacjentom pobyt w zakładzie. Jednorazowy wydatek, połączony z instalowaniem odpowiednich aparatów, z czasem oprocentuje się sowicie.

Podczas zabaw zaleca się chorych częstować wodą selterską lub limonadą. Wyrób tych napojów we własnym zarządzie przynosi zysk i tem samem powiększa pozycję oszczędności.

DYR. BEDNARZ: RYS PROGRAMU ROZBUDOWY OPIEKI ZAKŁADOWEJ NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W PAŃSTWIE POLSKIEM.

DYSKUSJA

Dyr. **Morawski.** Zbudowanie zakładów psychjatrycznych nie wyda pożądanych wyników, o ile nie postaramy się o odpowiednią ilość odpowiednio wyszkolonych lekarzy. W 13 zakładach psychjatrycznych mamy 90 etatowych miejsc dla lekarzy (prócz dyrektorów); zajęto 70 miejsc, jest więc 20 miejsc niezajętych. Jakościowo przedstawiają się lekarze: 34 starszych psychjatrów, 24 aysystentów, ludzi niewyrobionych, których część się wycofuje wkrótce.

Jako braki obecne dr. M. uważa to,

a) że lekarze przyjmują dodatkowe prace, gdy powinni być tak uposażeni, by nie potrzebować dorabiać poza zakładem;
b) że nowi lekarze nie przybywają i konkursy pozostają bez wyniku;
c) że kandydatów na wyższe posady brak.

Naogół trzeba już teraz myśleć o przygotowaniu odpowiednich sił, bo przygotowanie trwa dłużej.

Dyr. **Siwiński.** Na terenie Woj. Łódzkiego istnieje silne przepełnienie szpitali psychjatrycznych. Kochanówka na 225 miejsc ma 460 chorych. Konieczną jest rozbudowa szpitala Kochanówki. Obecnie Kochanówka buduje

pawilon dla 80 chorych. Oprócz tego należy jeszcze dobudować 2 pawilony. Zabezpieczy to rozmieszczenie już przebywających w szpitalu chorych.

Do przemówienia dra Morawskiego: koniecznem jest otwarcie katedr psychjatrycznych we wszystkich wszechnicach Państwa Polskiego. Co do uposarzenia lekarzy winno ono być uzależnione od pracy naukowej (szybkość awansu).

Dr. Łapiński. W opracowaniu racjonalnego planu na lat 25 widzi dr. Ł. objaw wielce dodatni; racjonalny plan nie pozwoli poszczególnym gminom budować poszczególnych oddziałów, szpitalików, — wreszcie przytułków, — już to ze względu na odpowednie plany, już na miejsce, gdzie ma stanąć dana instytucja. Uważa, że lekarze nie są tak potrzebni, gdyż można sobie odpowiednio wyszkolić personel pomocniczy i na nim całą pracę w zakładzie oprzeć.

Dyr. Morawski protestuje przeciw takiemu traktowaniu sprawy.

Dr. Stryjeński: Kwestja materjalnego uposażenia lekarzy jest ściśle związana z rozwojem opieki nad psychicznie chorymi i tem samem staje się zagadnieniem pierwszorzędnej wagi. Zagadnienie to winno być rozpatrywane i rozwiązane łącznie z obecnemi usiłowaniami organizacyjnemi. Lekarze zakładowi witają fakt, że obecny Zjazd otwarcie sprawę tę porusza, skąd nadzieja jej załatwienia staje się realną.

Dyr. Bednarz zaznacza, że kwestja lekarska została poruszona w jego referacie, lecz nie została przeczytana wskutek ograniczonego czasu, natomiast będzie wydrukowana.

Na tem zakończono część referatową.

* * *

Przewodniczy prof. Mazurkiewicz.

Odczytuje *wniosek delegatów zakładów psychjatrycznych w sprawie utworzenia sekcji zawodowo - psychjatrycznej przy Towarzystwie Psychjatrycznem*, który to wniosek został dnia poprzedniego przyjęty na Walnem Zebraniu Tow. Psychjatrycznego (wniosek dr. Łuniewskiego).

Konkluzje wniosku zdążają do 3 punktów:

1) Przyjęcie tego wniosku przez Zjazd;
2) Skład sekcji zawodowo-psychjatrycznej ma być zadecydowany przez wnioskodawcę dra Bednarza;
3) Prośba do dra Morawskiego o napisanie memorjału uzasadniającego tę sprawę.

Wnioski zostały przyjęte.

Następnie przewodniczący odczytuje wniosek dra Deresza. Dr. Wiendlocha proponuje przyjęcie do wiadomości tych wniosków. Prof. Mazurkiewicz oponuje, twierdząc, że przyjęcie do wiadomości jest równoznaczne z ich poleceniem do wykonania Zarządowi, a w imieniu Zarządu może stwierdzić, że Zarząd nie może wziąć tego na swe barki, gdyż plan jest w niektórych punktach niewykonalny obecnie, — uważając jednocześnie ważność tego planu.

Dr. Bednarz popiera zdanie prof. Mazurkiewicza.

Dr. Siwiński proponuje odłożyć tę sprawę do następnego Zjazdu.

Wniosek dra Siwińskiego przeszedł.

* * *

Propozycje w sprawie tematów głównych na Zjeździe następnego roku:

Zgłoszono tematy: na I-y dzień — padaczka;
na II. dzień — psychopatja konstytucjonalna lub psychozy starcze i przedstarcze;
na III. dzień — psychjatrja społeczna i specjalnie sprawa pielęgniarstwa.

Po dyskusji (w której zabierali głos: dr. Bednarz, Morawski, prof. Mazurkiewicz, dr. Stryjeński), przechodzi wniosek dra Łuniewskiego: ograniczenie teoretycznej części do jednego tematu głównego, któremu ma być poświęcony 1-y dzień; 2-go dnia — psychjatrja społeczna; 3-ci dzień zostawić jako rezerwę dla referatów luźnych, ewtl. dla wyczerpania tematów dni poprzednich.

Jako tematy główne przyszłego Zjazdu uchwalono::

I. dzień — padaczka;

II. dzień — psychjatrja społeczna, sprawa pielęgniarstwa.

* * *

Miejsce przyszłego Zjazdu.

Zgłoszono następujące propozycje: Warszawa, Kochanówka, Wilno.

Po dyskusji ze względu na rozbieżność zdań przyjęto wniosek dra Łuniewskiego, ażeby sprawę wyznaczenia miejsca następnego Zjazdu powierzyć decyzji Zarządu. Jako termin Zjazdu uchwalono pozostawić Zielone Świątki.

Zestawił Dr. W. Januszewski (Dziekanka).

VII POLSKI KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY

WARSZAWA, 13 — 14 LISTOPADA 1927 R.

W GMACHU PAŃSTW. SZKOŁY HIGJENY

(Chocimska 24 — obok placu Unji Lubelskiej).

ODEZWA DO SPOŁECZEŃSTWA

Ciężkie położenie ekonomiczne i polityczne, w jakiem znalazła się Rzeczpospolita po odzyskaniu niepodległości, wymaga wytężenia wszystkich sił w celu wzmocnienia i ugruntowania samych podstaw bytu i rozwoju narodu i państwa.

Alkoholizm jest jedną z najcięższych klęsk społecznych, powodujących cały bezmiar zniszczenia pod względem moralnym, fizycznym i materjalnym.

Konieczna więc i niezbędna jest energiczna i wytrwała walka z tą wielką, a tak zadawnioną chorobą naszą — ale walka taka może być skuteczniejszą jedynie wówczas, gdy ją prowadzi się wspólnemi siłami całego społeczeństwa.

Obradom w sprawie wynalezienia i zorganizowania najlepszych sposobów walki z alkoholizmem poświęcony będzie —

VII-my POLSKI KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY W WARSZAWIE

w dniach 13 i 14 listopada 1927 r.

Do udziału w obradach Kongresu wzywamy i zapraszamy wszystkie organizacje samorządowe, społeczne, oświatowe oraz tych wszystkich, komu bliską jest doniosłość społeczna i państwowa naszej akcji

Złączmy się wszyscy we wspólnym wysiłku zbożnej pracy dla dobra przyszłych pokoleń!

PROGRAM

13. XI. Niedziela

Godz. 9.30 Nabożeństwo w Kościele Zbawiciela.

„ 10,30 Otwarcie Kongresu, wybór prezydjum i przewodniczących Komisyj. Powitania.

„ 11,30 Prof. dr. Paweł Gantkowski (Poznań) „Jak uczyć społeczeństwo zrozumienia dla nebezpieczeństwa alkoholizmu".

Godz. 12.15 Ks. Proboszcz K. Niesiołowski (Pleszew) „Zadania duchowieństwa w walce z alkoholizmem".

„ 13. Prof. dr. R. Radziwiłłowicz (Wilno) „Rola i zadanie lekarza w walce z alkoholizmem".

„ 13.40 Pokaz wystawy przeciwalkoholowej przez Mikołaja Skibę.

„ 14.20 Przerwa obiadowa.

„ 16.30 Prof. Adam Wodziczko (Poznań) „Alkoholizm a zwyrodnienie dziedziczne".

„ 17.15 Prof. dr. L. Wachholz (Kraków) „Alkohol a przestępstwo".

„ 18. Prof. dr. Tadeusz Strumiło (Lublin): „Organizacje młodzieży polskiej w walce z alkoholizmem".

„ 18,45 Przerwa.

„ 21. Raut.

14. XI. Poniedziałek

Godz. 9.30 Dr. Czesław Wroczyński (Warszawa) „Alkoholizm, a gruźlica".

„ 10.15 J. Glass, Sędzia Sądu Najwyższego (Warszawa) „Udział kolejarzy w walce z alkoholizmem".

„ 11. Dr. Ryszard Kunicki (Kraków) „O roli i zadaniach kas chorych w walce z alkoholizmem".

„ 11,50 Marja Moczydłowska b. posłanka (Wysokie Mazowieckie) „Sejm, rząd i społeczeństwo w walce z alkoholizmem".

„ 12.30 Przerwa obiadowa.

„ 15. Obrady Komisyj.

„ 18. Prof. dr. Władysław M. Kozłowski (Poznań) „Prohibicja w Ameryce" — i jednocześnie obrady Komisji Głównej.

„ 18.50 Zebranie plenarne Kongresu. Uchwalenie rezolucyj. Zamknięcie Kongresu.

15. XI. Wtorek

Zwiedzanie miasta. Wycieczki. Teatr. Film Przeciwalkoholowy.

Podczas Kongresu otwarta będzie w Gmachu P. Szkoły Higjeny Wystawa Przeciwalkoholowa (13 do 27 listopada) — Kongres poprzedzi: Kurs alkohologji w P. Szkole Higjeny (8—14 listopada).

MEMORJAŁ SEKCJI ZAWODOWEJ P. T. P.

z dnia 25. 9. 27 r. przedłożony Dyrektorowi Dep. Zdrowia przy M. S. W.

Dnia 25. 9. 1927 r. w Tworkach odbyło się posiedzenie Sekcji Zawodowej przy Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem, ukonstytuowanej na mocy uchwały VII Zjazdu Psychjatrów Polskich. Posiedzenie odbyło się w składzie następującym:

Dr. J. Bednarz (Małopolska) — przewodniczący,
Dr. M. Wiendlocha (Śląsk),
Dr. St. Górny (Wielkopolska),
Dr. H. Smolińska (Pomorze),
Dr. W. Kamiński (Kongresówka) — sekretarz.

Po przeprowadzeniu dyskusji sekcja stwierdziła rozpaczliwy stan szpitali psychjatrycznych w Państwie pod względem obsady przez siły lekarskie. Liczba chorych zwiększa się. Liczba zaś lekarzy wcale się nie zwiększa, raczej się zmniejsza.

Dane z połowy r. 1927 wykazują, iż na blisko 9.300 chorych, znajdujących się w 10 wielkich szpitalach psychjatrycznych Polski, wypada, oprócz dyrektorów, 50 lekarzy, zamiast 93, która to liczba jest potrzebna, aby chorzy byli należycie obsłużeni i leczeni (maksymalna norma na 1 lekarza — 100 chorych, zagranicą — około 50).

W poszczególnych szpitalach stosunki przedstawiają się, jak następuje:

Rybnik	około	780	chorych	5	lekarzy	brak	3	lekarzy
Lubliniec	„	750	„	5	„	„	3	„
Kościan	„	300	„	2	„	„	1	„
Owińska	„	910	„	2	„	„	7	„
Dziekanka*)	„	900	„	2	„	„	7	„
Świecie	„	750	„	4	„	„	3	„
Kocborowo	„	1300	„	5	„	„	8	„
Kobierzyn	„	800	„	5	„	„	3	„
Kulparków	„	1900	„	12	„	„	7	„
Tworki	„	860	„	8	„	„	1	„
Razem		9240		50			43	

*) Przyp. Redakcji: Liczby tyczące Dziekanki nie są ścisłe. W Dziekance jest 1013 chorych i 7 lekarzy.

Bez należytego obsadzenia stanowisk lekarskich oraz zabezpieczenia dopływu świeżych sił, szpitalnictwo psychjatryczne rozwijać się nie może i opiece nad psychicznie chorymi w Państwie grozi jeszcze większy upadek. Tymczasem młode siły nie przybywają, a nawet starsi lekarze odchodzą do innych specjalności. Dzieje się to ponieważ psychjatrja nie może zapewnić lekarzowi dostatecznego bytu, takiego, jak w innych dziedzinach medycyny (chirurgja, choroby wewnętrzne itd.) Psychjatrja musi doznać odpowiedniej opieki ze strony organów rządowych względnie samorządowych, a to przez polepszenie warunków egzystencji lekarzy i umożliwienia im wzbogacania swej wiedzy psychjatrycznej. Wychodząc z tych założeń, sekcja zawodowa przy Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem zwraca się do Departamentu Zdrowia Publicznego przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych z prośbą o wzięcie pod uwagę niżej wyłuszczonych postulatów i uwzględnienie ich przy układaniu ogólno-państwowej ustawy szpitalnej:

1) Dodatek funkcyjny dla pracowników szpitali psychjatrycznych w wysokości co najmniej 30% od poborów ze względu na uciążliwość i wyjątkowe trudne warunki pracy przy umysłowo chorych.

2) Wszyscy pracownicy szpitali psychjatrycznych, jako zmuszeni do mieszkania w obrębie zakładu, powinni otrzymywać mieszkanie, opał i światło in natura, bez potrącenia z poborów.

3) Wyznaczenie w budżetach zakładowych odpowiednich funduszów i upoważnienie dyrektorów do przyznawania gratyfikacji pracownikom na oddziałach szczególnie niebezpiecznych dla zdrowia i życia, wyszczególnianych ściśle w statucie (gwałtowny, kryminalny i t. p.)

4) Przyznanie dyrektorom szpitali, kierującym oprócz lecznictwa wszelkiemi sprawami administracyjno-gospodarczemi dodatku w wysokości 25%.

Uwaga: Dodatki terytorjalne, bądź inne kresowy, stołeczny, komunalny itp.), istniejące na danym obszarze, pozostają w swojej mocy niezależnie od dodatków wyżej wyszczególnionych.

5) W razie ujemnego wyniku konkursu na stanowiska dyrektorów lub lekarzy szpitalnych, władza przełożona danego szpitala ma prawo zaangażować odpowiednio wykwalifikowanego lekarza według swego uznania z poborami o stopień wyższemi od kategorji przewidzianej statutem. W tym wypadku byłaby wymagana zgoda Min. Spraw Wewnętrznych.

6) Stabilizacja lekarzy, którzy odbyli czas asystencki i złożyli odpowiednie egzamina, powinna następować nie później, niż w 3 lata od czasu rozpoczęcia pełnienia funkcji ordynatorskich. Termin ten może być skrócony, nie poniżej roku, na wniosek dyrektora, o ile kandydat wykaże odpowiednie kwalifikacje.

7) 30-letnią praca przy umysłowo chorych upoważnia do otrzymania pełnej emerytury, z zaliczeniem 4 lat za studja wyższe, dla lelekarzy, czas ten redukuje się do lat 26-ciu. Praca przy umysłowo chorych w charakterze pracownika kontraktowego, przed stabilizacją, wlicza się do lat emerytalnych.

8) Nominacje i awanse lekarzy w zasadzie odbywają się drogą konkursu, którego warunki określa statut szpitala, uwzględniając specyficzny charakter pracy lekarza zakładowego. Statut szpitalny powinien jednak przewidywać możność obsadzania stanowisk drogą zwykłych nominacji awansów wewnątrz-szpitalnych, o ile tego będzie wymagało dobro szpitala.

9) Aby utrzymać wiedzę lekarzy zakładowych na należytym poziomie, władza przełożona szpitala powinna przeznaczać odpowiedni fundusz na wysyłanie lekarzy na studja dokształcające.

Dr. J. Bednarz, delegat szpitali psychjatrycznych Małopolskich.
Dr. M. Wiendlocha, delegat szpitali psychjatrycznych Śląskich.
Dr. St. Górny, delegat szpitali psychjatrycznych Wielkopolskich.
Dr. H. Smolińska, delegat szpitali psychjatrycznych Pomorskich.
Dr. W. Kamiński, delegat szpitali psychjatrycznych Kongresówki.

Z PIŚMIENNICTWA RODZIMEGO.

Dr. Roman Markuszewicz — PSYCHOANALIZA I JEJ ZNACZENIE LECZNICZE. Nakładem Warszawskiego Kalendarza Lekarskiego. Warszawa 1926.

Książka pisana z wielkim entuzjazmem i nieomal czcią religijną dla teorji Freuda, a przeznaczona jest, jak to zaznacza autor już w przedmowie, dla szerszego ogółu czytelników. Autor zadaje sobie trud zaznajomienie czytelnika przedewszystkiem z leczniczem znaczeniem psychoanalizy.

Autor świadom widocznie szeregu zarzutów czynionych teorji i metodzie Freuda, w książce omawianej staje odrazu w pozycji obronnej, co wynika już chociażby z motto do pierwszego rozdziału, a co wprowadza niepotrzebny niepokój u czytelnika, który słusznie winien oczekiwać od książki — zgodnie z wyrażoną w przedmowie zapowiedzią — pozytywnych dat w miejsce niepotrzebnych prób polemizowania, które zresztą nie mogą licować z bądź co bądź dość elementarnym sposobem ujęcia tematu.

Broszura oddaje dość wiernie podstawowe założenia autora psychoanalizy i dlatego obok stosunkowo nielicznych dotąd przekładów i oryginalnych rozpraw, stanowi niezawodną wartość dla piśmiennictwa naszego.

Szkoda, że autor nie zechciał uzewnętrznić sposobu usystematyzowania materjału przez nadanie tytułów rozdziałom i zaopatrzenie książki w spis rzeczy. Drobny ten brak utrudnia nawet wprawionemu czytelnikowi szybkie orjentowanie się w całości.

Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, — TAJEMNICA LEKARSKA („Lekarz Polski" rocznik III. nr. 2. 1927).

Po krytycznem oświetleniu obowiązujących dotychczas na ziemiach Polskich ustaw w przedmiocie tajemnicy lekarskiej, — proponuje autor następujące wnioski:

1) Odpowiednie artykuły ustawy postępowania karnego winny być uzupełnione w tym kierunku, żeby i lekarze nie mogli być badani w charakterze świadków co do wiadomości, uzyskanych przez nich z tytułu wykonywania swego zawodu.

3) Nie mogą jednak lekarze odmówić zeznania, jeżeli osoba, której dotyczy uzyskana tajemnica, zwolni od niej lekarza i świadczenia zażąda.

3) Na żądanie wszelkich innych władz lekarz ma prawo wyjawić tajemnicę zawodową, tylko za zgodą osoby, której tajemnica bezpośrednio dotyczy o ile uzna, że ujawnienie tej tajemnicy nie zaszkodzi w jakibądź sposób osobie odnośnej.

4) W świadectwach zgonu wzgl. w innych świadectwach lekarskich, lekarz ma prawo pominąć rozpoznania choroby wzg. przyczyny śmierci, o ile uzna, że takie rozpoznanie może spowodować jakieś niedogodności dla chorego wzg. przykrości dla rodziny zmarłego.

W wypadkach, przewidzianych przez p. 3 i 4 ze względów statystycznych lekarz jest obowiązany do podania rozpoznania choroby wzgl. przyczyny śmierci do odpowiedniego urzędu bez podania nazwiska i adresu osoby odnośnej.

Na zakończenie zwraca się autor z apelem do interesujących się tą sprawą kolegów, by zechcieli wypowiedzieć się w przedmiocie obecnie aktualnym o tyle, że znajdujemy się w przededniu ustalenia polskiej kody fikacji karnej. O. Bielawski.

ORZECZNICTWO SĄDÓW POLSKICH w sprawach o unieważnienie, rozwód i separację małżeństw, w sprawach o alimentacje, nieślubne, pochodzenie itd. zebrał dr. Zygmunt Mandel, adwokat w Krakowie. W zbiorze tym umieścił autor zasadnicze orzeczenia wydane przez Sąd Najwyższy w Warszawie od początku jego istnienia a dotyczące najważniejszych kwestji prawnych, z tak aktualnej dzisiaj dziedziny prawa małżeńskiego.

Przejrzyście ułożone i zgrupowane orzeczenia zaopatrzone w motywa Sądu Najwyższego ułatwiają nawet laikowi zapoznanie się z stanem ustawodawstwa małżeńskiego oraz judykatury odnośnej we wszystkich dzielnicach Rzeczypospolitej.

Zebranie tych orzeczeń Najwyższej Instancji sądowej w Polsce uwydatnia jaskrawo chaos panujący w ustawodawstwie małżeńskiem, gdyż niejednokrotnie znachodzimy orzeczenia rozstrzygające jedną i tę samą kwestję (np. czy sądy cywilne są związane orzeczeniami sądów kościelnych wydanemi w sprawach małżeńskich) w rozmaity, krańcowo sprzeczny sposób.

MEDYCYNY PRAKTYCZNEJ — redaktor i wydawca dr. Kazimierz Bross — wyszedł zeszyt 4—6. Na treść zeszytu składają się następujące artykuły: J. Brossowa: Józef Lister. — J. Śniegowski: O leczeniu łuszczycy. — M. Szulc-Rembowski: Rozpoznanie początkowej gruźlicy płuc. — K. Bross: Wskazania do zastosowania sztucznej odmy piersiowej w gruźlicy płuc. — P. Schmidt: O przywróceniu dokrewnej czynności gruczołu płciowego (streszczenie). — St. Runge: Próby przeszczepienia gruczołów płciowych u zwierząt domowych. (streszczenie). — W. Janusz: Krytyczne uwagi na temat odbudowy ustrojów. — Przegląd prasy lekarskiej. — Środki lekarskie, zapiski lecznicze. — Wskazówki rozpoznawcze i praktyczne. — Poznańskie Wieczory Lekarskie 1927, Rok II. — Wymiana zdań w zakresie praktyki lekarskiej. — Kronika. — Komunikaty.

DODATEK DO NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH. Do zeszytu niniejszego dołączamy jako dodatek monografję Dr. O. Bielawskiego, lek.-prymarjusza Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka, traktującą „O ZBRODNI I ZBRODNIARZU" ze stanowiska przyrodniczego. Na monografję tę składa się szereg referatów, wygłoszonych przez autora na posiedzeniach lekarskich w Dziekance, które łączy między sobą ta sama myśl przewodnia i które tworzą tym sposobem organiczną całość. Monografja Dra Bielawskiego ukaże się w krótce na półkach księgarskich jako osobny tomik. Na całość składają się następujące rozdziały: Przedmowa autora, — Wstęp, — Ewolucja pojęć karno-prawnych, — Zbrodniarz a społeczeństwo, — W poszukiwaniu źródeł przestępstwa, — Polityka kryminalna, — „taktyka kryminalna". — Nauka prawa karnego

PERSONALJA.

Ruch lekarzy w Krajowym Zakładzie Psychjatr. Dziekanka za Rok 1927

W miesiącu marcu: dnia 1 przybył Dr. M. Luziński, dnia 31 odszedł Dr. St. Oberc. W miesiącu sierpniu: dnia 24 przybył p. Stefan Galon. W miesiącu wrześniu: dnia 13 odszedł Dr. Januszewski. W miesiącu listopadzie: dnia 6 przybył Dr Staszkiewicz, dnia 10 — Dr Bernardzikowski, dnia 14 odszedł Dr. Luziński, dnia 16 przybył Dr. Zajączkowski. W miesiącu grudniu: dnia 3 przybył Dr. Potencki.

Errata.

Strona 256, 10 w. od dołu

Wydrukowano:	Winno być:
„taktyka kryminalna". – Nauka prawa karnego.	Nauka prawa karnego a „taktyka kryminalna".

Str. 226, 1 wiersz od dołu

przybył	objął posadę

SKOROWIDZ AUTORÓW.

Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen.

Abély 225. Achard 198. Adam 225. **Adametz 129.** **Alzheimer** 75. Amaldi 198. Ansalone 73, 75. Antona 73. Arnstein 81. Atwater 253.

Baillarger 5. Balduzzi 62, 63, **64**, 65, **66**. Barbieri 73, 74, 75. Beaurin 95. Bechterew 158. Bednarz 193, 196, 252, **257**, 258, 259, 262, 264. Bellavitis 73. Benon 225. Bergson **14**. Bertolani 82. Bielawski 86, 91, 93, 94, 111, 168, 169, 171, 172, 175, **176**, 178, 179, 180, 182, **237**, **239**, 260. Bielschowski 73. Binet 245. Birch-Hirschfeld 46. Birnbaum **220**. Bleuler 5, 6, 18, 76, 129, 132, 138, **141**, **142**, 143, 225, Blondi 73. Bolsi 73, **75**, 82. Bonasera **46**. Borowiecki 219, **247**, **249**. Brancati 74. Brzezicki **129**, 143. Bumke 221. Buscaino **72**, 75, 82, 83.

Cajal 235. Cazeneuve 198. Chaslin 129, 135. Chłopicki **220**. Ciarla 77, 80. Comparato 47. Contemal 225. Cotton 83. Creutzfeldt 73.

D'Allessandro 80. Darwin 8. De Allende 73, **75**. De Giovanni 46. D'Hollander 73,75. De Lisi 73. Deresz 258. De Sanctis 48, 56. Dide 17, 18. Donaggio 74. Drescher 219, **235**. Durocher 80.

Ewald 222. Ey 73, 75.

Falkowski 219, 252. Ferraro 73. Ferri 82. Ford 83. Franck 75. Frankhauser 75, 76. Frenkel 225. Freud 140. Fünfgeld 75, 76.

Ganc 225. Gawroński 24, 111, 167, **242**, 244. Gepinto 225. Gibbs **81**. Goldstein 75, 76, 82. Górny **246**, 262, 264. Gosline 80. Grzegorzewska 246. Grzywo-Dąbrowski 219, 237. Grynfeldt 73. Guiraud **17**, **18**, 73, 75. Gutmann 63.

Hartenberg 225. Hauke 81. Hauptmann 82. Herxheimer 78. Hoffmann 221, 232, 233.

Insabato 73.

Jakoby 225. James 2, 4. Januszewski **198**, 219, 259. Jaspers 2. José 225. Josephy 75, 76. Jung 13.

Kahlbaum 5. Kahn 220, 222, 232, Kaliszer 158. Kamiński 262, 264. Kleist 222, 223. Koessler 81. Kraepelin 5, 6, 82, 129, 132, 220, 225. Kretschmer 58, 80, 135, 141, 192, 220, 221, 222. Kryzan 219.

Laehr 194. Laignel-Lavastine 225. Lange 232. Lecroix 225. Lépine 198. Lérat 225. Lewy 73,74. Looney 82. Lublinerowa 244. Lucjani 162. Lugano 76. Luzzatto 74.

Łapiński **96**, 251, 256, **258**. Łuniewski **104**, 105, **188**, 219, **231**, 249, 251, 252, 259.

Marburg 76. Mallet 80. Marcus 73, 75. Mazzanti 73, **75**, 76. Matecki **232**, 234. Mazurkiewicz 219, 233, 234, **247**, **251**, 252, 258, 259. Medem **235**, 237. Mendel 221. Meyer 198. Mignol 225. Mikulski 1. Mingazzini 73. Minkowski **12**, 219. Minkowska 137. Monakow 73. Montesano **75**, 76. Morawski 219, **223**, 257, 258, 259. Morse 75. Munk 163. Münzer 75, 76, 82.

Nagasaka 73, 75, 76. Naudascher 225. Naito 75, 76. Navarro 73, 75. Nelken **149**. Nonne 235.

Oberc **62**. Onufrowicz 244. Oppler 225. Ornstein 225. Orton **75**, 76.

Paton 75. Pawłow 158, 159, 161, 162, 164. Pélissier 73,75. Pende 57, 58, 59. Petit 225. Pighini 81, 82. Piltz **232**, 244. Piotrowski **27**, 29, 39, **62**, 63, 64, 65, 67, 69, 91, 93, 95, **109**, 168, 171, 172, 174, **179**, **180**, 183, **193**, 201, **203**, **223**, 229, **250**, **252**, 255. Pollak 75, 76. Prozorow 198.

Radziwiłłowicz **1**, **145**, 251, 252. Ranke 75, 76. Reiss 222. Renouvier 2. Rizza 75. Robin **17**. Robertson 82. Roetsrowitch 80. Rogues de Fursac 225. Rorschach 248. Rosenberg 225. Rosental 75, 76, 82. Rozenblumówna 241, 247. Rubbens 73, 75. Rudin 221. Rychliński 219. Rzeczyska 220.

Sakristan 225. Sagel 82. Sągin **62**, 111. Salustri 73. Santangelo 81. Scholz 75. Schroeder 223. Schultze 27. Simon **74**. Siwiński **201**, 233, 249, 251, 257, 259. Smolińska 262, 264. Sollier 48. Spadolini **75**, 81, 82. Specht 222. Stefanowicz 242, 247, 262, 264. Sterling **242**. Stryjeński **232**, 241, 258, 259. Świetłow **234**.

Tanzi 56. Thorndike 158. Tigerstädt 253.

Ulrich 225.
Van Bogaert 73, 75. Viola 46, 47, 48, 49, 50, 57.
Weichbrodt 235. Wichert **241.** Wiendlocha 247, 252, 258, 262, 264.
Wirszubski **158.** Władyczko 75. Woskresenski 163. Wulfson 158.
Zalla 80. Zylberowa 244.

SKOROWIDZ MATERJAŁU.

(Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen, omawiające odnośny materjał).

Adiadochokineza afektywna 131.
Adissona, choroba 221.
Adrenalina 225.
Afekt depresyjny 232.
Afekty mieszane 222.
Akromegalja 234.
Aktywność pragmatyczna 13.
Alkoholizm u kobiet 198.
„ a zwyrodnienie 260.
„ a przestępstwo 260
Alkoholizmu wzrost **198.**
Amylenhydrat 224
Anormalne dzieci — (opieka) 241, 246.
Anticus-reflex 82.
Asteniczne konstytucje 241.
Autodeterminacje 10.
Autyzm 113.

Bacterium coli 81.
Basedowa choroba 221.
Bezsenność 229.
Białko w płynie mózg. rdzen. 235.
Boufées délirantes 131.
Brom 224.
„Bryłek gronkowych" rozmieszczenie 75, 76.

Chloralhydrat 224.
Chronicy asocjalni 241.
Ciągłość faktów 22.
Cukier w płynie mózg. rdzen. 235.
Cukrzyca 221.
Cyklotymja 143—221—231—232.

Demencja 22.
Dem. praecox (a proc. histopatologiczne), 72.
Depresja 220.
„ konstytucjonalna 222.
„ reaktywna 222.
Depresyjne stany 224.
„ „ wieku podeszłego 232.
Determinizm 9.
Djeta 225.
Djagnostyka wielowymiarowa 220.
Dobór personału pielęgniarskiego 209.
Dozorowanie chorych 31.
Dynamizm psychiczny **12.**
„ życiowy 14, 12.
Dypsomanje 223.
Dysamidacja 78.
Dyssymulacje 37.
Dysendokrynologja 242.

Ekspertyza psychopatologiczna 239.
Empiryzm radykalny 2, 9.
Encephalitis epidemica 132.
Endokrynologja w oligophrenji 242.
Endokrynne zaburzenia 220, 223.
Eunuchoidyzm 242.
Epidemja psychiczna **247,** 248, 249.
Epilepsja 130, 135, 137, 142, 223, 241.
Eukadol 225.

Fabulacja 21.
Fizykoterapja 228.
Folie discordante 129.
„ a double forme 5.
Frenastenja biopatyczna 48, 56.
„ a gruźlica 53.
„ cerebropatyczna 56.

Gardenal 225, 228.
Geometryzm chorobliwy 15.
Gigantyzm (zaburzen. psych.) **234.**
Glej (badanie) **235.**
Gruczoły dokrewne 221, 242.
„ tarczowe 242.
„ płciowe 242.
„ ślinne 7.
Gruźlica a dementia praecox 79, 80, 81
Gruźlicze zapalenie opon 241.
Gyrus coronarius 161.
„ sygmoideus 161.

Halucynacje 229.
„ czuciowe 139.
„ kinestetyczne 132.
Hedonal 224.
Histerja 135, 164, 223.
Hermony endo-krynne a frenastenja 58.
Hypnoza 132, 163, **176,** 224.
Hypnotyczne środki 229.
Hypochlorurje 77.
Hyponoja Ewalda 222, 223.
Hypoparanoja Kleista 222.

Imbecillitas degeneratywna Tanziego 56.
Intoksykacja alkoholowa 198.
Intoksykacja substancjami organicznemi 77.
Introspekcja 2.
Intuicja 14.
Izolacja 208, 213, 215, 225, 226, 228.
Inanicje u melancholików 225.
Inwolucyjny wiek 228.

Kastracja 241.
Katatonja 134, 136, 241.
Kąpiele prolongowane 226, 228.
Klasyfikacja psychjatryczna 8.
Klatka piersiowa u frenastenika 52, 55
Kodeina 225.
Kolonje rolnicze dla psychicznie chorych 209, 210.
Komórki glejowe 73.
Kongres Przeciwalkoholowy **259.**
Konstytucja histeryczna 179.
„ paranoidalna 94.
„ schizoidalna 136.
„ u frenasteników **46.**
Koordynacja motoryczna w schizofrenji 130.
Koagulacja płynu m.-rdz. 236.
„Kryminalna taktyka“ (Bielawski) **237.**
Kryminologja 238.
Krzywe kolloidalne płynu m.-rdz. 235.
Kształcenie i wychowanie dzieci anormalnych 242.

Labilność afektywna 222.

Łóżka osiatkowane 228.

Manja 224.
Manja-depr. (stany objawowe) **223.**
Masturbacja 227.
Medinal 224.
Megalomanja 234.
Melancholja 230, 231.
„ inwolucyjna 221.
„ lękowa 224.
Mendla teorja 221.
Menstruacja 221.
Metoda dr. Violi 47.
„ pedagogiczna 9.
„ wychowania leczniczego 243.
Mikrosplanchnja 59.
Morfinizm 201, 224.

Natr. nucl. 225.
Nerwica 137.
Nerwy dośrodkowe 158.
Niepamięć wsteczna po postrzale głowy **248.**
Niepoczytalność 238, 239.
Nowomózgowie 4.

Objawy katatoniczne w dem. praecox 76.
Objaw schizofreniczny 14.
Objawy typu ekstrapiramidowego 82.
Odczyn Nonne-Weichbrodta 235.
Odpowiedzialność karna **238.**
Odruch antagonistyczny 63.
„ Piotrowskiego 63, 68.
Odruchy względne **158.**
„ z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego **62.**
Oligofrenja 172.
Operacja fikcyjna 168.
Opieka nad psychicznie chorymi **193, 251.**
„ rodzinna 42.
Opium 224.
Organizacja spraw psychjatrycznych **27, 250.**
Orjentacja pragmatyczna 19.
„ przestrzenna 20.
Otępienie wczesne 5, 21, **72.**
„ „ a infekcja w mózgu 79.
Otępienie wczesne a „rozpad gronkowy“ 74.
Owarjalne preparaty 225.

Padaczka 259.
Pantopon 224.
Parafrenja 129, 136.
Paraldehyd 224.
Paranoia 136, 222.
Paranoid 134.
„ schizofreniczny 137.
Perseweracja afektywna 130.
Pieniactwo 227.
Pikniczna budowa ciała 221, 232.
Pleocytoza w płynie m.-rdzen. 235.
Płyn mózgowo-rdzeniowy 235.
Poczytalność 91, 179, 238, 239.
„ wątpliwa 172.
„ zmniejszona 169.
Podniecenie psychomotoryczne 76.
Porażenie postępujące 19, 134, 137.
Porjomanja 223.
Pościelowe leczenie 226.
Praca psychicznie chorych 205, 226, 255, 266.
Profilaktyka w psych. m.-depr. **230.**
Prohibicja 261.
Przerwanie ciąży **230.**
Przysadka mózgowa 225.
Pseudologia phantastica 234.
Psychiczne epidemje 247.
Psychjatrja spółczesna **1.**
„ społeczna 259.

Psychastenja 164.
Psychoanaliza 16, 224.
Psychologja asocjacyjna 5.
Psychopatja 139, 161.
„ paranoidalna 222.
Psychopatologiczne objawy 224.
Psychopatologja 4.
„ dziecka 246.
Psychoza cyrkularna 135.
Psychozy degeneracyjne 223.
„ man.-depr. 5, 130, **220**, 221, 222, **223**, 228, 229, **231**.
„ schizofreniczne cyrkularne 222.
„ starcze 259.

„Reakcja czarna“ 77, 78.
Reakcje allergiczne skóry 82.
„ psychopatyczne 231.
„Rozpad gronkowy“ 73.
„ osobowości 221, 223.
Ruchy stereotypowe 73.

Sanatorja przy zakł. psych. 204.
Samobójstwa 42, 224, 225.
Schizofrenja 12, 129, 131, 132, 134, 142, 143, 220, 221, 233, 241.
Schizofrenja paranoidalna 223.
Schizoid 135, 141, 142.
Scopolamina 228.
Skarlatyna 234.
Skurcze toniczne 164.
Somnifen 225.
Spędzenie płodu **239, 240, 241.**
Sprawozdanie Szp. Jana Bożego **96.**
Sprawozdanie Zakładu Dziekanka **109**
Sprawozdanie Zakładu Kobierzyn 101, **184.**
Sprawozdanie Zakładu Tworki 104, **188.**
Środki nasenne 255.
Stany depresyjne 220, 233.
„ kwerulanckie 222.
„ paranoidalne 223.
„ podniecenia 224.
Sterylizacja 231, 240.
Strychnina 225.
Submanja 224.
Sulfonal 224.
Symbole przestrzenne 16.
Symulacja 91.
System hormoniczny **51.**
Szkoła odrodzenia **244, 245.**
Szkoła specjalna 243, 247.

Traumhafte Zerfahrenheit 140.
Trional 224.

Ubezwłasnowolnienie 40.
Układ neuroendokrynny 57.
Urojenia 233.
„ grzeszności 233.
„ heterogenne 233.
„ paranoidalne 222.
„ prześladowcze 232, 233.
„ w psych. manj.-depr. 232.
„ reaktywne 223.
„ somatopsychiczne 233.
„ wielkości 21.
Urząd psychjatryczny 29.
Ustawa psychjatryczna 28.

Virus inwolucyjny 222.
Vitalismus 159.

Weronal 224.
Widzenia senne 163.
Wysiąk 134.

Xantochromja hemoglobiny 236.
„ luteinowa 236.

Zabójstwo i samobójstwo 249.
Zakłady dla alkoholików 31.
Zakłady prywatne 32.
Zakłady psychjatryczne, na Antokolu pod Wilnem 129.
Zakłady psychjatryczne w Wejherowie 129.
Zakłady psychjatryczne w Czechosłowacji **203.**
Zatrucia pochodzenia jelitowego 82.
Zatrucia zzewnątrz-pochodne 20.
Zjazd psychj. polsk. w Kocborowie 7, 219.
Zmiany anatomiczne w schizofrenji 130.
Zmiany anatomiczne w dem. praecox 72.
Zwangsneurose 137.
Zwyrodnienie dziedziczne 7.
Zwyrodnienie wodniczkowe 7.

Biblioteka Akad. Lek. Gdańsk

II. 1215