

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM
PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCCBOROWO - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC -
OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE.

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK III.

DZIEKANKA

KWART. I.

1 9 2 6

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

WSPÓŁPRACOWNICY:

PROF. DR. AMALDI — FLORENCJA, DR. BONASERA — PALERMO, DOC. DR. BUSCAINO —
FLORENCJA, DŹR. DR. CYRAN — LUBLINIEC, DR. DOKONTOWA — KOCHANÓWKA, PROF. DR.
GANTKOWSKI — POZNAŃ, DR. GAWROŃSKI — DZIEKANKA, DŹR. DR. ŁUNIEWSKI — TWORKI,
DR. MINKOWSKI — PARYZ, DOC. DR. RADZIWIŁŁOWICZ — WARSZAWA, PROF. DR. SCIUTI —
NEAPOL, DR. SIEMIONKIN — KOBIERZYŃ, DŹR. DR. SIWIŃSKI — KOCHANÓWKA, DR. STA-
WIREJ — KOCHANÓWKA, DR. SWIETŁOW — KOCCBOROWO, PROF. DR. ST. WŁADY CZKO — WILNO.

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

Ś. p. Dr. Wacław Janowski	str. 1	Feu Dr. Venceslas Janovski	page 1
I. Prace oryginalne	" 3	I. Travaux originaux	" 3
1. Dr. O. Bielawski. — Hypnoza a kodeks karny	" 3	1. Dr. O. Bielavski. — L'hypnose et le code pénal	" 3
2. Dr. G. Bonasera. — Przyczynek do studjum bezładu dziedzicz- nego (Choroba Friedreicha)	" 18	2. Dr. G. Bonasera. — Contribu- tion à l'étude de l'ataxie héréditaire (Maladie de Frie- dreich)	" 18
II. Streszczenia i oceny	" 30	II. Résumés et appréciations	" 30
III. Z zakładów psychiatrycznych w Polsce	" 35	III. Rapports sur le service dans les hopitaux psychiatriques en Pologne	" 35
1. Krajowy Zakład Psychiatryczny Dziekanka. — Sprawozdanie za rok 1925. — Zestawił Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Pio- trowski.	" 35	1. Hôpital Psychiatrique Publique du Pays de Poznań à Dzie- kanka. — Année 1925. — Compte - rendu administratif et rapport médical, — présentés par le Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.	" 35

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

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychiatrycznych“ z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (2,80 zł.) i wysła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 złote za egzemplarz.

Redakcja „Nowin Psychiatrycznych“.

KONKURS!

W KRAJOWYM ZAKŁADZIE PSYCHIATRYCZNYM DZIEKANKA
(Wielkopolska) wakuje posada

LEKARZA INTERNISTY

posiadającego także praktykę chirurgiczną.

Zgłoszenia przyjmuje

DYREKCJA.

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.

Biblioteka Jagiellońska



1002661772

REDAKTOR NACZELNY:

ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:

OSKAR BIELAWSKI

ap
WSPÓŁPRACOWNICY:

PROF. DR. AMALDI — FLORENCJA, DR. BONASERA — PALERMO, DOC. DR. BUSCAINO —
FLORENCJA, DŹR. DR. CYRAN — LUBLINIEC, DR. DOKONTOWA — KOCHANÓWKA, PROF. DR.
GANTKOWSKI — POZNAŃ, DR. GAWROŃSKI — DZIEKANKA, DŹR. DR. ŁUNIEWSKI — TWORKI
DR. MINKOWSKI — PARYŻ, DOC. DR. RADZIWIŁŁOWICZ — WARSZAWA, KURATOR DR. RYCH-
LIŃSKI — DREWNICA, PROF. DR. SCIUTI — NEAPOL, DR. SIEMONIN — KOBIERZYŃ, DŹR.
DR. SIWIŃSKI — KOCHANÓWKA, DR. STAWIREJ — KOCHANÓWKA, DR. SWIETŁOW — KOCBO-
ROWO, PROF. DR. ST. WŁADYŹCZKO — WILNO, DR. WIZEL — WARSZAWA.

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:

GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH” T. A. W GNIEZNE

NOWINY

PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM
PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNYCH FOJSKI ZACHODNIEJ

WYDAWCA: WYDZIAŁ PSYCHJATRYCZNY UNIWERSYTETU
MEDYCYNICZNEGO W WARSZAWIE

WYDAWCA: ALEXANDER PIOTROWSKI



102356

II

3(1926)

Ś. P.

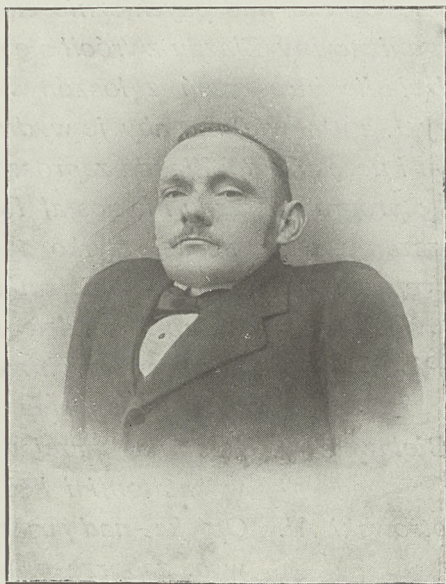
Dr. med. WACŁAW JANOWSKI.

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 psychjatrii. Początkowo przez rok pracował w Przy-

tułku m. st. Warszawy w Górze Kalwarji potem w Szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie i jego oddziale przy ul. Spokojnej (od 1912 do 1919 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 łagodnym usposobieniem, odznaczając się niezwykłą dobrocią, subtelnością i tkliwością, zmarły zaskarbił sobie wielką sympatię 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 rozesać innym referentom i uczestnikom 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 Psychiatr. 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 niżli 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 utworzonych drogach kjarzenia, 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 błędziła 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 energii na nie, by wyryc je w pamięci zahypnotyzowanego i nadać im siłę żywotną do ekforowania po obudzeniu.

Powolna tym intencjom dusza uspiętego, 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 - psychiatrycznych zagadnień, wyłaniających się ze znajomości psychologii 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 pełnym 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.

Bezsensowność, 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 duchowym 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 społecznym, w szczególności przy konfliktach z prawem.

Szereg popularnych broszur, wydawanych dla użytku znachorów, szarlatanów i innych otumaniaaczy mas, udostępnił też między innymi 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 - psychiatrycznej.

W jednym 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 klientów, 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 klientów pieniądze, drugiemu buty itp. Tak wkrótce zasłynął K. na całą okolicę jako prorok, nadczołowiek i uzdrowiciel, a gadka gminna w mistycznym lęku i zachwycie urabia w swej wyobraźni i głosi o nim niestworzone bajki.

Owe zajęcia fachowe K. nie przeszkadza mu bynajmniej być gorliwym zwolennikiem komunizmu, niełojalnym obywatelem Polski, a ciężącym 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 mniej więcej 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 innymi, potrzebę stosowania dalszych seansów. Odtąd D. zostaje stałym jego „medjum“. Hypnotyzer poczyną 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

antypaństwowe, 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 niecznych 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. wspólnie 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 materiału 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. Znaczący 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 szkodliwymi 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 uzyskanych 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 zohydżony dla własnego „ja“ poszkodowanej.

Ad. 1. Sąd, przy uwzględnieniu opinii 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 dopatrywał się kryteriów, 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 swoim „Psychopatologia 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 sędownik na każdym kroku.

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

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

b) Nadużywając hipnozy i sugestji w hipnozie, można uszkodzić na zdrowiu osobę drugą, spacyficzyć i zdeprawować jej system psychiczny, zaszczerpić do duszy sprzeczne z przekonaniami poszkodowanego intencje, myśli, uczucia i postanowienia, a przez częste praktyki hipnotyzerskie — spowodować rozstrój, oraz wyczerpanie nerwowe i psychiczne u hipnotyzowanego. 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 hipnozie, ma tylko oddalone psychologiczne pokrewieństwo z przymusem psychicznym w pełnym 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 hipnotycznych i pohipnotycznych 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 tłumaczenia pojęcia siły w znaczeniu moralnym czy psychicznym, to z treści jednak przepisu, oraz z faktu omawiania tej okoliczności w przepisie dotyczącym niepoczytalności, wnioskosłaby należało, że przymus natury psychicznej nie jest tu wykluczony.

jest normalne 1) jeżeli osobie braknie zdolności pokierować swem zachowaniem się zgodnie z pojęciami etycznymi i socjalnymi, 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 etycznymi i socjalnymi“ 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 psychiatryczny, ograniczający znaczenie kryterjów wyrażonych w członie psychologicznym przepisu, hypnoza zaś i jej niepośrednie następstwo—jakim 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 psychiatrycznem (§ 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. al. 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 psychiatrycznego 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”. Czynniki ostatni może wystąpić tu tylko przypadkowo.

Na drugim Zjeździe Polskich Psychiatrów 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 austriackiej 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 Psychiatrów 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 zawyłych komentarzy. Być może też, połączenie takiego przepisu w jedną całość z przepisem dotyczącym niepo czytalności 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 - psychiatrycznego 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. Dla tego też już pozornie lekkie uszkodzenia w prawidłowem funkcjonowaniu czynności organu myśli i woli mogą się w następstwach swych odbić fatalnie na całym życiu osobnika, tak zależnem przecie o 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, znalazzsy

*) Ponieważ sugestji w hypnozie dokonuje się przy pomocy mowy, a mowa wyraża myśli, przeto już pod pojęciem „poddane w hypnozie myśli” umie 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 ciełe, 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 ekscyjonalnej tego rodzaju czynu.

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

§ 224 n. u. k. „jeżeli skutek 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 nadwyżęzenie umysłu, winien jest przestępstwa ciężkiego uszkodzenia na ciełe“.

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 hipnozy. Nie mniej też względy praktyczne, a między innymi 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 (hipnozy i sugestji w niej) nie dopuszczał błędnych komentarzy i wyrażał jasno myśl zasadniczą.

Na zachodzie **) karze prawo już samo uprawianie niebezpiecznych praktyk hipnotyzerskich i psycho-analitycznych bez względu na to, czy w konkretnym przypadku pociągają one za sobą szkodliwe następstwa dla hipnotyzowanego. Tymbardziej więc należy ściagać niepowołanych, partaczy i złoczyńców, którzy posługując się hipnozą i sugestją dla swych celów, rujnują zdrowie naiwnych ofiar dających się im wyzyskać. Należy przytem zaznaczyć, że t. zw. „dobrowolne“ poddanie się hipnozie 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 hipnotyzera, a więc w szczególności może jej być udzielony nakaz nie sprzeciwiania się dalszym seansom. Zresztą opinię o stopniu uległości danego osobnika wpływowi hipnotycznemu 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 hipnozy, niezależnie od poddawanych w hipnozie sugestji, 2) jakie konsekwencje i skutki dla zdrowia psychicznego, a w szczególności moralnego, miały sugestje hipnotyczne.

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

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

**) We Francji publiczne zajmowanie się hipnozą wzbronione jest w wojsku. Parlament belgijski uchwalił w roku 1892 prawo, karzące organizatorów publicznych seansów hipnotycznych. Również w Anglii 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 austriackiej 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 parackie 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 entraînant l'irresponsabilité.

2. Les dispositions pénales en vigueur en Pologne (à l'exception de l'article 3 du projet du Code Pénal Autrichien) sont rédigées 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'inconvénient 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 vigueur 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 sûreté de l'Etat.

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

PRZYCZYNEK DO STUDJUM BEZŁADU DZIEDZICZNEGO

(CHOROBA FRIEDREICHA¹⁾)

podał

Dr. GIUSEPPE BONASERA.

Pomiędzy licznymi i charakterystycznymi objawami, stanowiącymi zespół bezładu dziedzicznego (ataxia hereditaria), uderzają, jak wiadomo, deformacje kończyn, pochodzące od atrofji mięśni i od skróceń aponeurotycznych i ścięgniastych. 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 deformacji stopy, manifestują się odchyleniem osi od osi przedramienia, wydrążeniem dłoni, odpowiadającym wykręceniu stopy i wystąpieniem stawów śródrečno-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 zmarł na tę chorobę przed paru laty. Dla tego nie było możliwe przeprowadzić u drugiego wyczerpujących studjów osobistych. Atoli jego historia choroby dostatecznie uzupełnia charakterystyczny obraz deformacji i uwydatnia rodzinny charakter cierpienia.

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

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

Wywiady o rodzinie. Kuzyn ojca chorego prawdopodobnie cierpiał na tę samą chorobę. Ojciec zmarł przed dwoma laty, w 70 roku życia, na chorobę nieznaną. Matka zmarła w 40 roku życia na krwotok. Jedna siostra zmarła 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 psychiatrycznym i zmarł 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 skurczy 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 psychiatrycznym.

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

*) Obydwóch chorych, którzy są przedmiotem niniejszego studjum, przekazał mi prof. Collela, udzielając pomocy i rad podczas badań. Pierwsza obserwacja odnosi się do choroego, 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 psychiatrycznym.

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 $\frac{2}{3}$ 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 lekkim 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 pożądanym. Siła mięśniowa jest zachowana.

Można zauważyć drżenie włókienkowe, przede wszystkim w obu mięśniach trójkątnych i nadkolewowych.

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 części podramienia objętość mięśni jest zmniejszona. Kłęb 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 sinicy, 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 się w zakładzie psychiatrycznym, 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 wzmagaly 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 obiektywne. 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 kg., 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 trudnością 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 niezrozumiałymi. Myślenie jest powolne. Treść myśli elementarna, bardzo ograniczona. Instykt zachowawczy i przydźwięki wzruszeniowe są zachowane. Brak zupełnie zdolności krytycznych.

Ryciny radiograficzne kości, rąk, a przede wszystkim stóp, wykazują dobitnie znaczne zmiany chorobowe, na które prosimy zwrócić uwagę.

Najprzód podpadają kształty kości stopowych, zgiętych w stronę podszwy, przedstawiających kąt tępy w miejscu przyczepu palców do śródstopy. Kąt ten jest więcej wyrazisty w pierwszym stawie śródstopowo - palcowym i najczęściej 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 cienki, mianowicie po stronie prawej. Szczegół ten uwydatnia się wyraźniej przy porównaniu kości palcowych z kośćmi śródstopowymi (figura 4). W kościach stępa stwierdzamy pewien stopień zaniku (figura 4). Zmiany chorobowe, o różnym 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 radiografii. Jaka jest zatem patogeneza tych zmian chorobowych, w jakim związku stoją one z innymi zaburzeniami troficznymi, stwierdzonymi 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 ośrodków komórkowych (degenerazione discendente), zanik komórek nerwowych położonych wyżej miejsca przecięcia nerwu (degenerazione retrograda), atrofja mięśni wskutek uszkodzenia ośrodków 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 teorii (wazomotoryczna, teoria nerwów troficznych, teoria zwrotna o trofizmie nerwowym i t. p.) w obecnym stanie wiedzy, teoria zwrotna ma najczęściej prawdopodobieństwa. Na podstawie tej teorii przyjmuje się, że brak bodźców z peryferji powoduje zaburzenia w wymianie materji w centrach i wskutek tego zmniejsza odżywianie

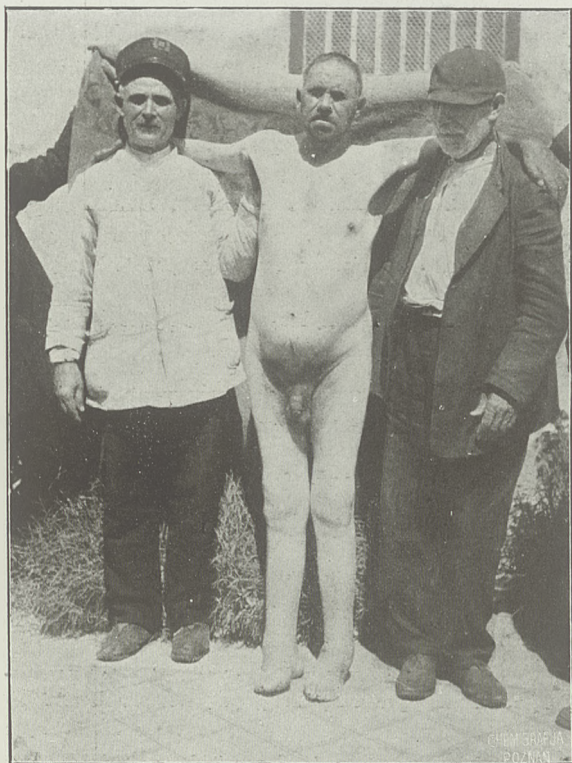


Fig. 1

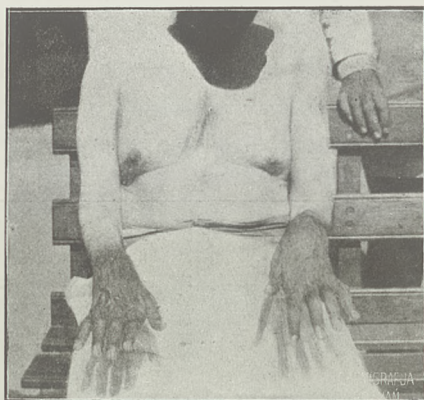


Fig. 2

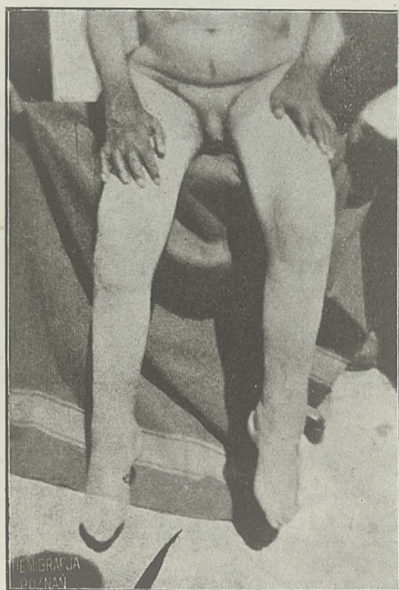


Fig. 3.

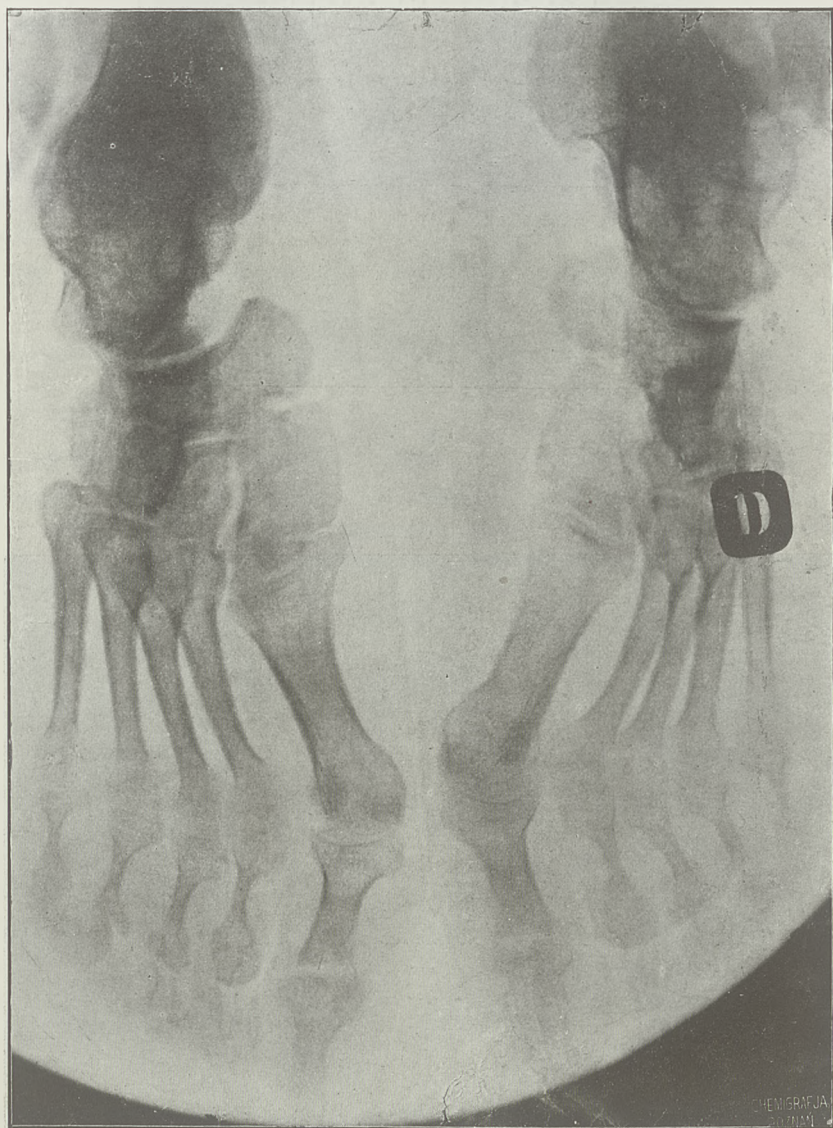


Fig. 4.

CHEMIGRAFIA
RITHMI

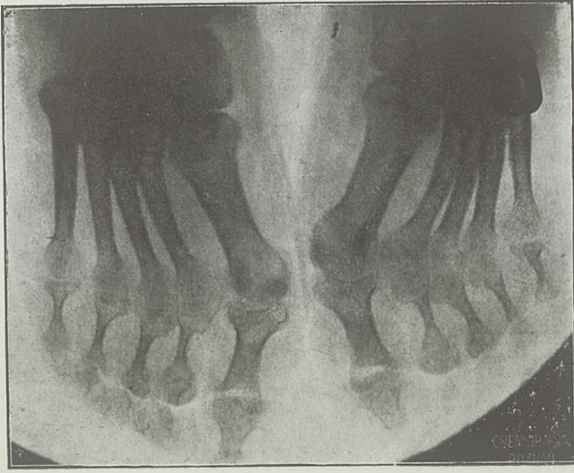


Fig. 5.

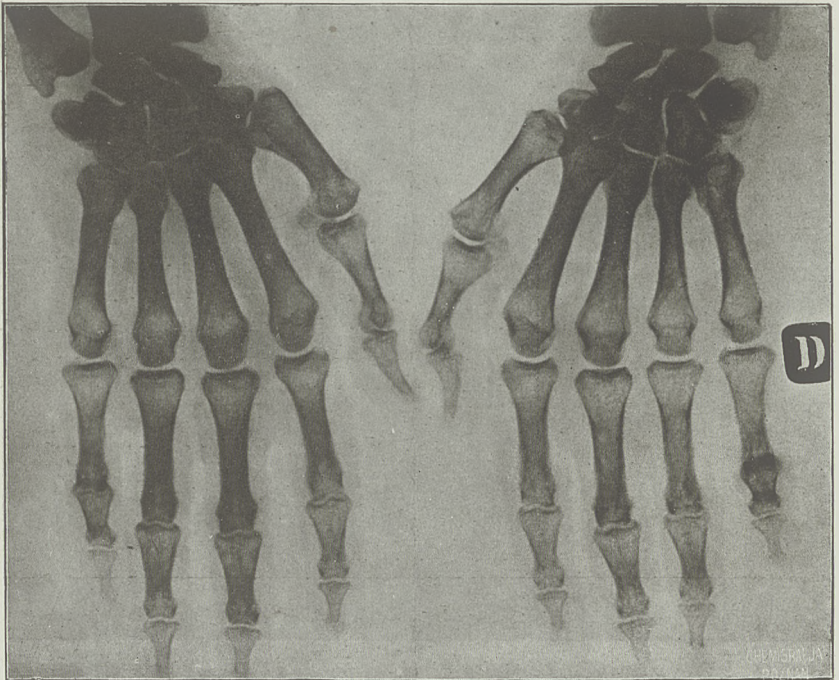


Fig. 6.

tkanek. Faktem jest, że zaburzenia troficzne w kościach i w stawach, w wiąździe rdzenia i w syringomyelji (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 spontanicznym łamaniem się kości. Fakty te zostały stwierdzone częściej w wiąździe rdzenia, w syringomyelji 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 innymi objawami chorobowymi 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 teoria 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 radiograficzne i celem jaśniejszego wyświeślenia 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 należyłą 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^o, fasc. VI, p. 300.
 MARIE — Maladie de Friedreich. Trattato di Charcot, ecc. 1894.
 MASSALONGO. Policlinico, sez. medica, 1917 p. 229.
 MULLER — Annali di Neurologia Anno 25^o fasc. VI p. 483.
 OPPENHEIM — Trattato delle malattie nervose.
 STRUMPEL — 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 relations 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 dystrophies 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 dystrophies sont plus accentuées dans les os du pied, où les déformations se montrent plus fréquentes.

2) Les altérations dystrophiques 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 blisko 15 lat w dziedzinie wychowania dzieci psychicznie i nerwowo niedorozwiniętych, dlatego też może ona wzbudzić zainteresowanie psychjatri.

Broszurę można podzielić na dwie części: w pierwszej autor usiłuje dać naukowe uzasadnienie metody, — w drugiej wykłada nam sam system pedagogiczny szkoły w jej praktycznym 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 zaopatrzonej w dodatni przydźwięk uczuciowy i był jaknajbardziej uzmysławiany. Ztąd swoboda ruchów, pedagogiczne i intelektualne zabawy oraz obrazowe realizowanie wyuczanego. Każdą więc niemal dziedzinę naukową: geografję, historję, matematykę, astronomję ba, nawet języki obce podaje G. dzieciom w ten sposób. Szkoła taka, to duży park, podzielony na „łóżyska”, 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 społecznym, 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 wychowaućców. 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 teje 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 wcześniej uczyć się myślenia abstrakcyjnego, gdyż ostatnie jest niezbędne dla wyższej kultury intelektualnej człowieka. Dla tego też uczeń, winien się w takim 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 teoretycznym swej metody autor nie opiera się na właściwościach psychopatologicznych dziecka (jak to w paru słowach uczyniliśmy powyżej), woli natomiast budować nieco, zdaniem naszym, 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 przypadkowym i nic nie mówiącym, ale odtworzeniem odpowiedniego objawu w gatunku ludzkim, który był w prawieku szczeblem rozwojowym tego gatunku, a więc i u dziecka musi być czemś podobnym 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 odtwarzającym się życiem, obserwacja jego objawów— in statu nascendi (metoda genetyczna), b) pomaganie w użytkowaniu 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 zбочeń psychicznych swoich wychowawców 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 (nieściśła terminologia 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 opinii i listów rodziców swoich elewów (a raz nawet samego wychowawca), listów, skądinąd chwalebnych, ale zawsze niefachowych, co wraz z nadaniem szkole, przesądzającej rzecz, nazwy, może wywołać na czytelniku, niewątpliwie wbrew intencjom autora, wrażenie prospektu. Żle 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 terminologii i zawiłych dowodzeń. Jedyne fakty psychiczne powinny przemawiać przez się i świadczyć o chorobie psychicznej i nieodpowiedzialności chorego albo o jego zdrowiu psychicznym i odpowiedzialności wzgl. o odpowiedzialności zmniejszonej wskutek osobliwych anomalii.

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

pod sądowego, 3) opisać dokładnie stan psychiczny w chwili badania, 4) określić stan psychiczny w czasie popełnienia przestępstwa, 5) przedstawić historię 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 zamkniętym zakładzie psychiatrycznym.

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 alkoholizmie 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 psychiatrycznym, 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 psychicznego 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 psychiatrycznych. Jeżeli nasuwa się pytanie o odpowiedzialności zmniejszonej, to można w tym przedmiocie dać odpowiedź twierdzącą tylko z punktu widzenia naukowego, lecz nie z punktu widzenia praktycznego i moralnego.

W końcu autor wymaga, aby już w dochodzeniach wstępnych, przeprowadzanych przez władze policyjne uwzględnić 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. Brisson. — 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, uwzględnią również stany oprzytomnienia; w dziełach prawniczych średnich wieków niejednokrotnie spotykamy wzmianki o tym przedmiocie. Dawne prawodawstwo francuskie opierało się na poglądach i opiniach prawników średniowiecza.

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

Régis rozróżnia trzy rodzaje „*lucida intervalla*”, a mianowicie:

1) poprawa w stanie chorobowym, polegająca na mniej lub więcej znacznym 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 austriackie, 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 współdziałaniu lekarza przez sąd.

Referenci podzielają zapatrywanie Krafft-Ebinga, który twierdzi, że okresy zdrowia w psychozie perorycznej (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 trwałą, 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 koniecznym jest poddawanie analizie jego czynów, czy nie mają one charakteru chorobowego.

W konkluzji referenci zaznaczają, że w przypadkach osłabienia intelektu, 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. WĘŁCHERT.

E. C. Łokszina. — FUNKCJONALNOJE RASTROJSTWO PIECZENI U DUSZEWNO-BOLNYCH. — Zaburzenia czynnościowe wątroby u psychicznie chorych. (Mediko-biologiczeskij Żurnał. Wypusk 3. 1925).

Wychodząc z założenia, że wątroba stanowi niejako tamę dla czynników trujących w ustroju, przeprowadza ref-ka, w celu wyświetlenia roli wątroby w poszczególnych zachorzeniach psychicznych, — szereg badań laboratoryjnych i klinicznych, jak oto: próba hemoklastyczna Widał'a, próba Widał'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 Widał'a wypadła dodatnio. „Widał“ był często dodatni, zwłaszcza w formach katatonicznych i hebefrenicznych. Na 10 badanych poencefalityków — 8 dało również wynik Widał'a dodatni.

W rezultacie szeregu wyszczególnionych powyżej badań i doświadczeń, konkluduje m. inn. ref-ka, 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-ki brzmią:

1) Przy bredzeniu drżennem i alkoholizmie chronicznym jak również morfinizmie, stwierdza się zaburzenia w czynności 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 sąsiednimi organami, powoduje także rozstrój w funkcji tych ostatnich.

6) Mimo możliwości, iż wątroba w jednych przypadkach jest porażona pierwotnie, a w drugih 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.

U. BIELAWSKI.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny

DZIEKANKA

Sprawozdanie
za
ROK 1925.

ZESTAWIŁ DŹR. 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, | d) oddziały otwarte, |
| b) oddziały obserwacyjne, | e) lazaret, |
| c) „ dla chorych niespokojnych, | f) pawilony dla zakaźnych, |

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

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

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. Julian Gawroński. Dnia 31.XII.25. wstąpił do Zakładu jako lekarz asystent Dr. Kazimierz Sągin.

Zmiana personelu pielęgniarzkiego 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 osobliwymi psychopatologicznymi 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 psychiatrii, psychologii i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem i rozpatrywano ciekawsze przypadki psychiatryczne i neurologiczne.

Bibliotekę 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) Biologia Lekarska,
- 6) Zdrowie,
- 7) Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego,
- 8) Gruźlica, Organ Związku Przeciwgruźliczego,
- 9) Archiwum Hygieny,
- 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 Psychiatryczne,
- 29) Rocznik Psychiatryczny.

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 Psychiatrycznych, następujące prace z Dziekan-ki:

I. Dyr. Al. Piotrowski drukował:

- 1) Sprawozdanie o 30 letniej działalności Krajowego Zakładu Psychjatr. Dziekan-ka, Now. Psychj. 1925. I.
- 2) Lecznictwo Psychiatryczne w Dziekan-ki, 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 psychiatryczne zagranicą, Now. Psychjatr. 1925. IV.

Tłumaczył 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. Psychjatr. 1925. II
 Ponadto 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 psychiatry w niektórych przypadkach zastosowania przepisu o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznych czynu, Now. Psychjatr. 1925.III.

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

Pozatem tłumaczył 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. Psychiatrycznych 1925 i reprezentował Dziekankę jako delegat na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Warszawie 12—16 VII.25 i jako przedstawiciel Redakcji Nowin Psychiatrycznych na 50 I. 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 ekstrapiramidowych przez stosowanie $As+Hg+J$, Now. Psychjatr. 1925 IV.

Pozatem wygłosił na posiedzeniu klinicznym 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 ewangelików 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 funkcjonariuszy:

etatowych					klasyfikowanych					kontraktowych					pobocznych			
lekarzy	urzędników administr.	rzemieśln.	pielegniarzy	służby	lekarzy	urzędników administr.	pomocn. biurowych	rzemieśln.	pielegniarzy	służby	famulus	pomocn. biurowych	rzemieśln.	pielegniarzy	służby	duszpa-sterzy	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 ostatnim 10-cioleciu liczba tego personelu 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 personelu pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 11. Dnia 1.X.25 było w Zakładzie Dziekanka zatrudnionego personelu ogółem (lekarze, urzędnicy, służba, pielęgniarze) 142 na 839 pacj., t. z., że ogólny stosunek ilościowy personelu 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. dyrektora) 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 różnymi pracami: na roli, w ogrodach, w parkach, w pawilonach, w warsztatach, robotkami ręcznymi.

Na dzienną rację jednego pacjenta składało się przeciętnie:

	chleba	bułek	mięsa	tłuszczu	mleka	jarzyny	krupów	ziemniaków	mąki	kawy	cukru	herbaty	jajka	owocu	śmietany
	gr.	gr.	gr.	gr.	ltr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	sztuk	gr.	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 uboższego pacjenta wynosiła 1,75 zł, a faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

w miesiącu	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
złoty	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 = ¹/₂.

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 letowym koncertowały wieczorami orkiestry wojskowe 69 pp. i 17 pap. przy oświetleniu ogrodów lampionami.

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

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

Pozatem urządzono w dniach od 30.VIII.—I.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 psychiatrycznego.

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

Część praktyczna kursu odbyła się latem.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia — zatwierdziło kursy pielęgniarstwa psychiatrycznego 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	przy-	ubyło	pozo-
	31.12.24	było		stało
	w r. sprawozd.			31.12.25
Ziemiańskie	4	2	2	4
Gospodarze	21	32	16	37
Przemysłowcy i rzemieślnicy	45	58	24	79
Kupcy	8	18	5	21
Uczni	5	15	4	16
Nauczyciele	3	6	—	9
Uczniowie	5	11	2	14
Urzednicy 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.

a) bez zawodu.

	Stan	przy-	ubyło	pozo-
	31.12.24	było		staje
	w r. sdrawozd.			31.12.25
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, sprzedawczki, przekupki	6	7	4	9
Gospodynie, kucharki, towarzyszk	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	"
	<u>261 mężczyzn</u>		<u>242 kobiety</u>	
	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	"
	<u>261 mężczyzn</u>		<u>242 kobiety</u>	
	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
		<u>261</u>	<u>242</u>	<u>503</u>

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

KLASA WYŻYWIENIA	I. klasa		II. klasa		III. klasa		wolne miejsca						razem			
							1/1		3/4		1/2		męż- czyn	kobiet	ogó- łem	
	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.

lat	do miesiący	wyleczonych		w stanie polepsz.		bez zmiany		zmarło		razem	
		m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	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 :

dementia paral.	27 m. — k.		z przeniesienia 151 m. 86 k.
tabo-paralysis	1 —	psychosis puerperalis	— 4
lues cerebri	6 —	psych. intoxic.	4 —
dementia senilis	3 15	alcoholismus	13 —
psych. arteriosclerotica	4 10	schizophrenia	16 45
morbi organici	5 —	katatonia	16 8
oligophrenia	{ debilitas — 8	psychopathia	11 11
		psych. react.	6 17
		paranoia	1 2
epilepsia	37 18	paraphrenia	15 4
encephal. chron.	3 —	psych. maniac. depr.	22 60
encephal. letharg.	9 —	hysteria	2 3
parkinsonismus	6 —	neurasthenia	3 1
amentia	5 8	sine psychosi	1 1
psychosis infectiosa	— 2		
	do przeniesienia 151 86		261 m. 242 k.

(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

NIEKTÓRE DANE STATYSTYCZNE Z ODDZIAŁÓW.

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

1) mężcz. -|- niewiasty
razem

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

Therapia		W ciągu roku 1925
1) sztuczne karmienie zgłębnikiem	.	$\frac{1 + 2}{3}$
2) drobne i większe opatrunki	.	$\frac{12 + 10}{22}$
3) zabiegi chirurgiczne	.	$\frac{4 + 3}{7}$
4) zastrzyki skopolaminy	.	—
5) zastrzyki morfiny	.	—
6) kąpiele prolongowane	.	
a) ze wzgl. psychiatrycznych ¹⁾	.	$\frac{2(12) + 6(24)}{8(36)}$
b) ze wzgl. cielesnych	.	$\frac{12(95) + 7(50)}{19(145)}$
7) zawijanie w koce	.	—
8) izolacja (zarządzona przez lekarza mimo sprzeciwu Dyrekcji)	.	$\frac{- + 2}{2}$
9) nasenniki	.	$\frac{6(14) + 48(155)}{54(169)}$
10) leki w chorob. somatycznych	.	$\frac{21(154) + 24(289)}{45(443)}$
11) leki antyluetyczne	.	$\frac{7 + 3}{10}$
12) leki przeciw napad. epilep.	.	$\frac{15 + 9}{24}$
13) zastrzyki extr. opii	.	$\frac{- + 3}{3}$
14) zimnicę stosowano w p. p.	.	$\frac{25 + -}{25}$
15) zajętych pacjentów było	.	94,4—96,5 ⁰ / ₀
Śmiertelność.		
1) ogólna (4,26 ⁰ / ₀)	.	$\frac{21 + 26}{47}$
2) gruźlica (21 ⁰ / ₀)	.	$\frac{4 + 6}{10}$
3) autopsja	.	$\frac{1 + 1}{2}$
Uszkodzenie przedmiotów przez pacj. wzburzonych.		
1) szyby i ściany	.	$\frac{10 + 8}{18}$
2) meble	.	$\frac{2 + 2}{4}$
3) odzież	.	$\frac{4 + -}{4}$
4) bielizna	.	$\frac{1 + 1}{2}$

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 „
	<u>21 mężczyzn</u>	<u>26 kobiet</u>
	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 „
w wrześniu	3 „	1 „
w październiku	2 „	— „
w listopadzie	3 „	3 „
w grudniu	1 „	4 „
	<u>21 mężczyzn</u>	<u>26 kobiet</u>
	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 personau, 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 ryczałtowych 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 Psychiatrycznych 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 — I 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 — I w przedmiocie zmiany lekarza powiatowego w Poznaniu, z dnia 3. 9. 25 L. dz. 5913/25—I w przedm. wydawania zwłok Instytutowi Anatomicznemu w Poznaniu.

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

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

Urządowanie 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 przejmowania 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 piełęgniarzy, 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 piełęgniarzy, postawiono nowy komin w paw. IV. ż., gdzie urządzono w suterenach prowizoryczne mieszkanie dla jednego piełęgniarza, podmurowano szczyt mieszkania stolarza, w 4 mieszkaniach piełęgniarzy 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 postawiano 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	m ²	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 materiałów zakładowych przy pomocy pacjentów.

W roku sprawozdawczym rozebrano mur, okalający ogród pawilonu VI ż. i ogrodzono miejsce to żelaznym parkanem. Do oparkania 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.

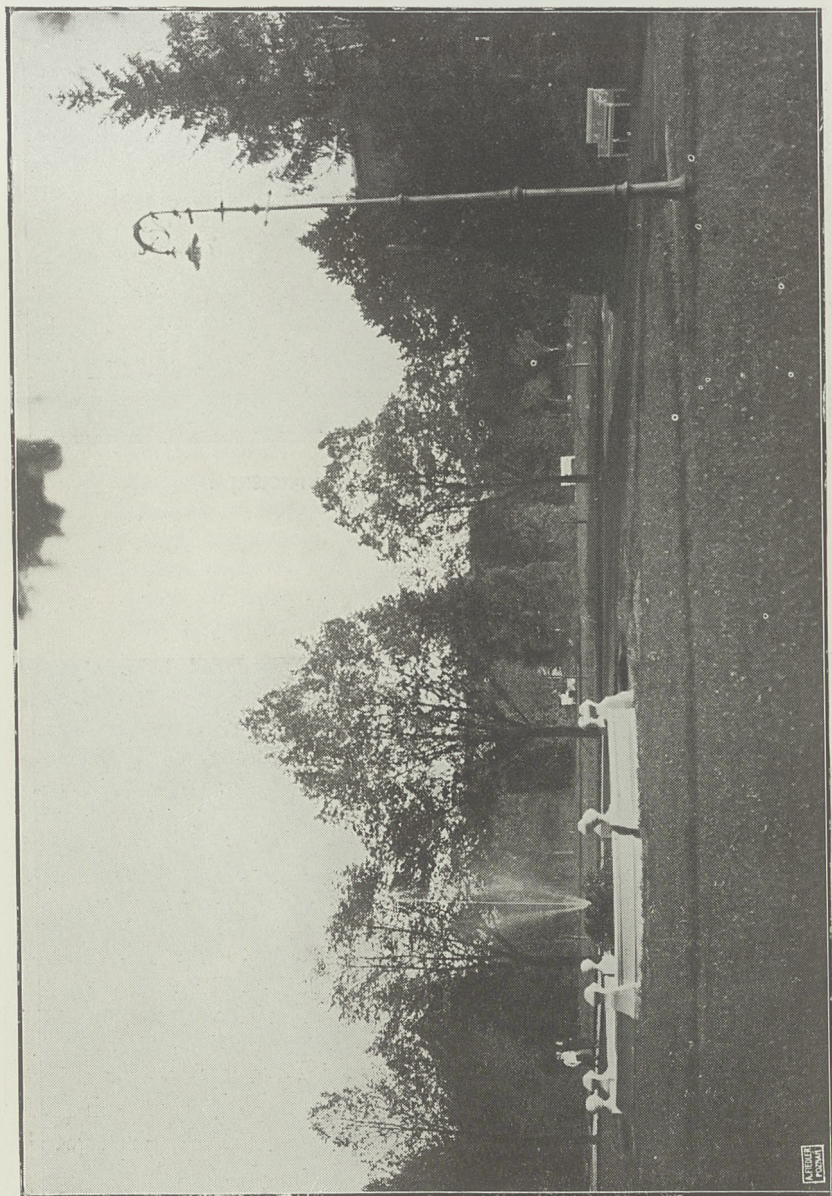
Sztachety do parkanu i ustawienie tegoż wykonał Zakład sposobem gospodarczym przez stolarza zakładowego przy pomocy pacjentów. Do ogrodzenia cmentarza zużyto chore drzewa z parków zakładowych. W celach konserwacji pomalowano 200 m. płotu farbą olejną, dalszych 200 m. nie było można pomalować dla braku 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 pielęgnarskich. (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 zapuszczania się filtrów. Byłoby wskazaniem pogłębić studnie do 120 mtr.
- c) Szopa do węgla o płaszczyźnie 500 metrów kwadratowych. Węgłe leżące na dziedzińcu przesiakają wilgocią, tracą na wydajności cieplnej.
- d) Szopa do wozów na fołwarku Dziekanka. Wozy i maszyny stojące dotąd pod gołym 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 dwóch rezerwoarach do wody na wieży wodociągowej zaszwajsonowano 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 nowych 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 higieniczne.
Zużyto 1037 kg. mydła do prania, do czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych.
- c) Urządzenia wychowawcze:
Zakupiono 36 książek dla biblioteki beletrystycznej, abonowano dla chorych 5 gazet, 8 czasopism.
- d) Pomoce naukowe.
Nabyto 40 książek dla biblioteki lekarskiej, abonowano 29 czasopism lekarskich, zakupiono 5 książek dla biblioteki 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 użytkowanego 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 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 użytku. 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,— „

Wydatki wynosiły:

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

Z powyżej wykazanych wydatków przypadają $\frac{3}{5}$ na utrzymanie parków. Dla zaznaczenia zysku w ogrodnictwie liczy się $\frac{2}{5}$ wydatków do rozchodu, zatem

1819,04 zł

pozostała nadwyżka wynosi 1604,86 zł

C.

IV. SPRAWOZDANIE FINANSOWE

KRAJOWEGO ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO w DZIEKANCIE ZA ROK 1925.

Dział	Rozdział	Paragraf	Określenie działu	Podług budżetu zł	Wpłynęło zł	Zatem w porównaniu z budżetem	
						więcej zł	mniej zł
Dochody.							
1			Zarząd				
	1		Urzednicy i funkcyjnarjusze				
	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 nieregulowane koszty utrzymania za pacjentów w kwocie	32191,03 „
Oprócz tego przyjęto na rok 1925 jako dochód materiał 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	mniej zł
Wydatki							
1	I		Zarząd				
			Urzednicy i funkcjonariusze				
		1	Uposażenia	163123,62	204513,66	41390,04	
		2	Różne wydatki osobowe	77553,95	59740,67		17813,28
		3	Podróże służb. i przesiedl. Biuro	600,—	1410,50	810,50	
	II		Sródki 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	„ higienicznych	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	Swiatlo	600,—	581,66		18,34
	XIX		Cięzary				
		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	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	Hygiena	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	Hygiena	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 magdeburgskich 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: wódzarz, stangret, szwajcer z pomocnicą, deputatnik przy nierogaciznie, chłopak do mleka, stróż, 2 dziewczyny zaciągowe, 2 fernali.

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 personelu rolniczego kontynuowano w roku ubiegłym zwolnieniem wóldarza 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 się narzędziami. Później M. przyzwyczyił 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 skierowanymi 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. Szymański 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 Ogniem 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	Folwark posiadał	koni	bydła	owiec	świń	gęsi	kur.	indyk.
żywy:	I. stycznia 1925 roku	19	37	31	78	13	74	16
	W ciągu roku przybyło							
	przez zakup	4	17	92	54	—	—	—
	„ uląg	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.

Nierogaczina: Dnia 6. lipca 1925 r. 8 opasów uległo zatruciu paszą. Przyczyny zatrucia nie stwierdzono mimo dochodzeń i badań chemicznych. Poza tem padło 19 prosiąt zaraz po ulegu z powodu zarazy chlewnej i 1 maciora podezsa oproszenia.

Rogaczina: W roku sprawozdawczym przeciętna dzienna wydajność mleka 1 krowy wynosiła 9 ltr. W październiku 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 Na początku roku 1925 folwark posiadał 19 koni. W ciągu roku zakupiono pociągowy: 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	Rzeczy- wisty 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 pa- stewnych	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 zbytecznego 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.