

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT III.

KOMITET REDAKCYJNY:

Prof. Dr WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI, ppłk. Dr JAN NELKEN
Doc. Dr RAFAŁ RADZIWIŁŁOWICZ, Dr WŁADYSŁAW STERLING

REDAKTOR:

Prof. Dr JAN MAZURKIEWICZ

WYDĄWCA:

Dr JÓZEF HANDLESMAŃ,

1926

SKŁAD GŁÓWNY: Księgarnia E. WENDE i S-ka (Tow. Wyd. „Ignis”)

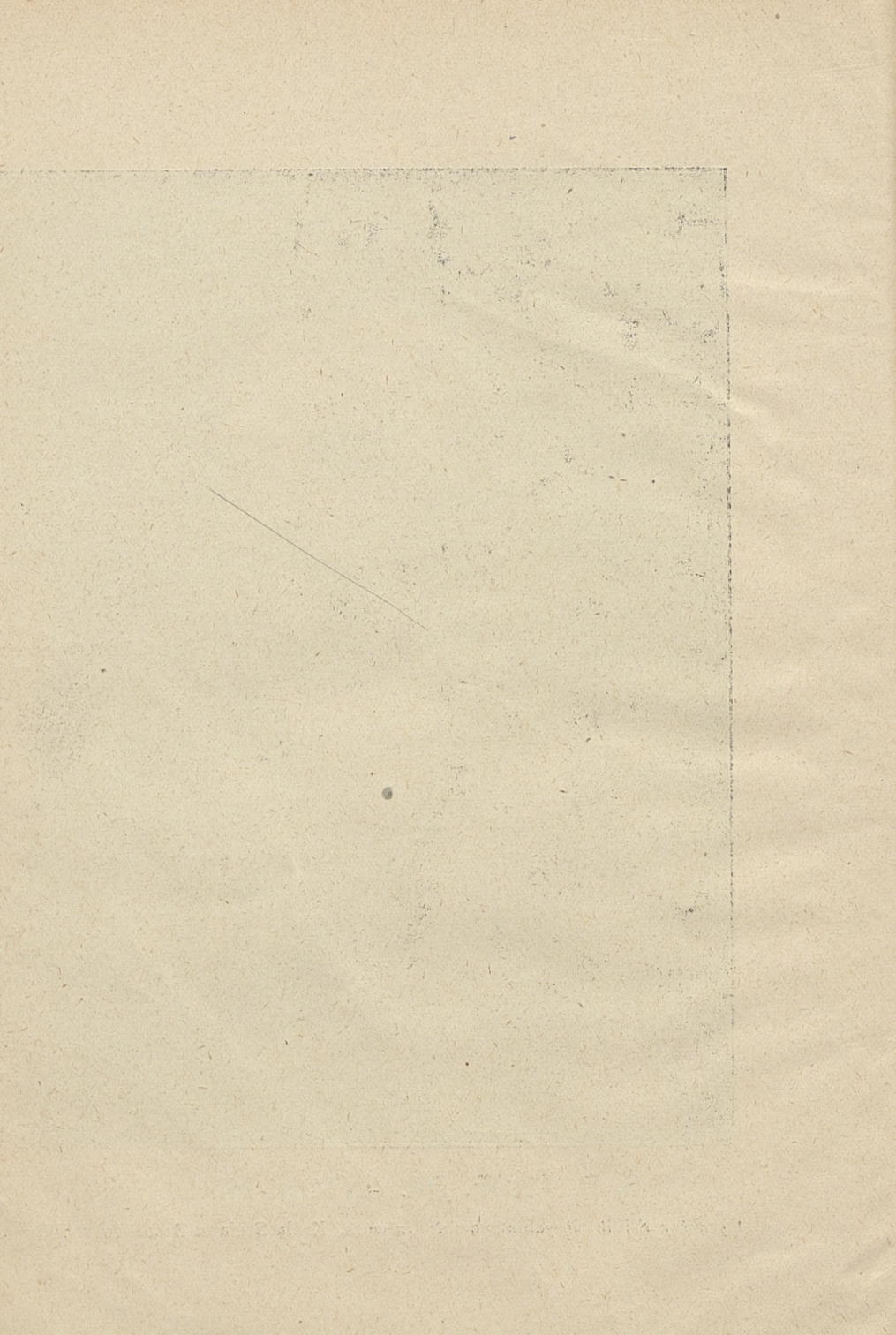
Adres Redakcji i Administracji „Rocznika Psychjatrycznego”: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Konwiktorska 7.

Cena niniejszego zeszytu 10 złotych. Zeszyty: I cena 3 zł. II 6 zł otrzymać można w Administracji.



Ś. P. PROF. DR. ANTONI MIKULSKI.

Dyrektor Kliniki Psychiatrycznej Uniwers. Króla Stefana Batorego w Wilnie.



Ś. P. PROF. DR. ANTONI MIKULSKI.

Dyrektor Kliniki Psychjatrycznej Uniwers. Króla Stefana Batorego w Wilnie.

Polskie Towarzystwo Psychjatryczne straciło jednego ze swych członków. Życie społeczne nie znosi pustki, i miejsce jednostki, która odchodzi, zajmuje wkrótce nowy przybysz. Dla dobra sprawy publicznej życzyć należy, aby ten nowy przybysz miał jako człowiek tę nieposzlakowaną czystość charakteru, i jako badacz naukowy takie wielkie umiłowanie rzetelnej, sumiennej pracy, jakie cechowały zawsze ś. p. prof. Mikulskiego. Niełatwe będzie zadanie Jego następcy, który Mu zechce dorównać...

Ś. p. Antoni Mikulski, uczeń Sikorskiego, Kraepelina i Lippsa, ze szczególnym zapalem oddawał się pracom psychologicznym. Już na skromnem stanowisku asystenta krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie pod Lwowem potrafił uzyskać od owoczesnych władz krajowych fundusze dla urządzenia pracowni psychologii eksperymentalnej, w której stworzył pierwsze w tym zakładzie ognisko pracy naukowej. W grudniu 1913 roku, po ustąpieniu z zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią Dr. Witolda Chodźki, późniejszego ministra zdrowia publicznego, objął dyrekcję tego zakładu, którym doskonale kierował, w którym przeżył ciężkie chwile bombardowania, — i w którym znowuż — w pełni trwania wojny światowej! — urządził w r. 1916 pracownię psychologiczną. Z Kochanówki powołany na katedrę psychjatrji do Uniwersytetu Króla Stefana Batorego w Wilnie, w ciągu krótkich paru lat pracy na tym ostatnim swoim posterunku zmuszony walczyć z wielkimi trudnościami organizacyjnymi, jeszcze w ostatnich chwilach swego życia zajmował się korektą swego podręcznika „Psychologii”.

Niełatwe były zatem te warunki życiowe, w których ś. p. Antoni Mikulski pracował naukowo. Ta praca naukowa była dla Niego ponieważ zbytkiem, na który mógł pozwalać sobie tylko w chwilach, wolnych od codziennych, a zawsze sumiennie spełnianych zajęć lekarza szpitalnego, a więc w chwilach, które inni poświęcają wypoczynkowi. Pomimo tego plon jego zamięlowania do własnych dociekań teoretycznych i praktycznych przedstawia się w postaci dwudziestu kilku prac naukowych, z których każda jest rzetelnie przemyślanym i pogłębionym przyczynkiem do naszej wiedzy.

Żywy umysł ś. p. Mikulskiego łatwo znajdował przedmiot do badań własnych w ciekawej kazuistyce (przypadek zwyrodnienia psychicznego, otępienie przedwczesne w przypadku akromegalji nietypowej), którą wyzyskiwał także dla badań eksperymentalnych (nad tętnieniem mózgu człowieka); interesował się nowymi metodami leczniczymi (nukleinian sodu); kwestją homoseksualizmu ze stanowiska medycyny i prawa; wpływem alkoholu na czynności psychiczne; literaturą i epidemjami psychopatycznymi; zaburzeniami psychicznymi przy nagminnem zapaleniu mózgowia.

Nic jednak nie pociągało ś. p. Mikulskiego tak bardzo, jak eksperymentalne badania psychologiczne. Pisał o pamięci i mnemonice, parokrotnie — w języku polskim i niemieckim — o metodach badania inteligencji, o badaniu uwagi umysłowo chorych, o wpływie alkoholu na uwagę, o swych doświadczeniach nad pojmowaniem i zapamiętywaniem u zdrowych i chorych, ze szczególnem uwzględnieniem poczucia pewności, o poczuciu rytmu u umysłowo chorych i osób zdrowych, — pomijając już bogaty dział eksperymentalny w podręczniku „Psychologii”. Wszystkie te prace wykazują zaletę, której nigdy nie można przecenić w nauce: można wierzyć ich rzetelności, bo eksperymentator każdy szczegół bada ostrożnie i sumiennie, i nigdy nie wyciąga wniosków zbyt pośpiesznych.

Niebogata psychiatria polska poniosła zatem tak istotną i wielką stratę, że nasze głębokie i szczere współczucie dla Rodziny ś. p. Prof. Mikulskiego staje się samo przez się zrozumiałe. Ale na tle tego wspólnego, ciężkiego żalu, zjawia się i wspólna pociecha, która już teraz zmusza spojrzeć w przyszłość. W tym samym zeszycie „Rocznika”, który poświęcamy ś. p. Prof. Antoniemu Mikulskiemu, umieszczamy pierwszą pracę Jego syna. Witamy serdecznie ten pierwszy występ na arenie polskiej publicystyki psychiatrycznej na-

szego najmłodszego kolegi — psychjatry. Pojmujemy ból jego rodziny, że zamknięte na wieki oczy Ojca już nie przeczytają tej pracy, która jednak będzie niewątpliwie dla Niej i wielką pociechą, jako nowy widomy dowód, że Myśl Ojca nie umarła, że żyć będzie nie tylko w pracach innych psychjatrów, ale i syna-dziedzica.

PROF. DR. ANTONIEGO MIKULSKIEGO PSYCHOLOGJA

podał

Dr. WŁADYSŁAW STERLING.

Książka, którą tu omawiam, jest jedną z nielicznych prób ujęcia podręcznika psychologii w sposób czysto *przyrodniczy*. Jest ona równocześnie hołdem, złożonym *eksperymentowi psychologicznemu*, który nadał różnorodnym przejawom zjawisk psychicznych ścisły liczbowy ekwiwalent, odnalazł w wahaniach niektórych objawów cielesnych stałych towarzyszy odpowiednich wahań zjawisk psychicznych i, rejestrując je subtelными metodami i aparatami, — umożliwił odczytywanie graficzne fluktuacji zjawisk psychicznych, który wreszcie zdołał uchwycić zjawiska niedostępne dla obserwacji zwykłej, a w najrozmaitszych, pozornie przypadkowych wzniesieniach i spadkach ich potrafił dostrzec pewne prawidłowości, a nawet czasem zawrzeć je w prawa. Cenną ambicją autora jest chęć zaznajomienia początkującego lekarza z tą wielką dziedziną zjawisk psychicznych, która pozwala się ująć przedewszystkiem od strony eksperymentalnej — oczywiście tam tylko, gdzie to jest możliwe. Z naciskiem bowiem już na samym wstępie podniesiona została — w przeciwieństwie do zjawisk materialnych, które poznajemy i badamy przedewszystkiem za pośrednictwem zmysłów — konieczność badania zjawisk psychicznych również za pomocą obserwacji, ściślej zaś mówiąc — za pomocą *postrzegania wewnętrznego* czyli *introspekcji*. Mikulski zupełnie wyraźnie traktuje psychologję, jako naukę przyrodniczą, jakkolwiek jasno zdaje sobie sprawę, że z łańcucha przyczynowego pomiędzy dziedziną psychiczną a cielesną znamy tylko końcowe ogniwa i że materialistyczne pojmowanie świadomości, jako wytworu mózgu, oraz pojęcie energii psychicznej, która wynikać ma z procesów fizyko-chemicznych ośrodków mózgowych — powinno być ostatecznie zaniechane.

Wbrew opinii tych badaczy, którzy upatrują przedmiot psychologii tylko w zjawiskach świadomych — stoi on na stanowisku, że zjawiska nieświadome i podświadome niewątpliwie należą do zakresu psychologii i nie mogą być usunięte po za jej nawias.

W doskonałym skrócie przebiega autor wszystkie dziedziny zjawisk psychicznych, począwszy od elementarnych przejawów psychiki dziecięcej, a kończąc na złożonych zjawiskach kojarzenia, wzruszeń i woli. Rzecz prosta, że przy wtłoczeniu tak olbrzymiego materiału w ramy krótkiego podręcznika nie wszystkie działy mogły być opracowane z jednakową pieczołowitością, to też nie będzie to uchybieniem dla istotnej wartości książki, jeżeli, podnosząc jej wielkie zalety, wytknę również niektóre usterki. Dotyczy to przede wszystkim rozdziału o początkach rozwoju psychicznego dziecka, który oparty jest na źródłach nieco przestarzałych (*Perez, Sully, Preyer*) i opracowany raczej z plastyką literacką, aniżeli z naukową ścisłością. Wiadomości w rozwoju mowy dziecka nie liczą się z wynikami źródłowych badań małżonków *Sternów*, a nadewszystko nie uwzględniają tak ważnych w tej dziedzinie badań *K. Appela* i *J. Rzętkowskiej*. W uwagach nad pamięcią ograniczył się autor do twierdzenia, że pamięć dziecka jest niezmiernie słaba, tymczasem z badań nowszych wynika, że tylko zdolność uczenia się pamięciowego dzieci do lat 14 jest daleko mniejsza, aniżeli u osobników dorosłych, natomiast zatrzymywanie pamięciowe raz wyuczonego materiału jest u dzieci daleko trwalsze, niż u dorosłych. (*Pentschen* i *Radossawljewitsh, Wesely*). W wywodach o rozwoju pojęć przestrzeni pominięty został fakt, że miara wzrokowa dla małych odległości rozwija się u dzieci stosunkowo wcześniej, natomiast percepcja odległych perspektyw rozwija się bardzo późno. W rozważaniach o pojęciach czasu nie uwzględniono znacznej dysproporcji pomiędzy bardzo wczesną i trafną oceną drobnych okresów oraz bardzo późnym rozwojem dokładnej oceny dłuższych okresów. W metodyce badania inteligencji dziecka nie uwzględniona została między innymi tak ważna metoda *Rossolimo*, nie podana modyfikacja *Termann'a* testów binetowskich, która obecnie obowiązuje w pedologii. Brak wzmianki o „wieku inteligencji” oraz o sposobach jego obliczania, brak wyjaśnienia pojęcia *ilorazu inteligencji* oraz wzmianki o próbach jego standaryzacji.

Rozdział o „czuciach w ogólności”, w którym nie trafia mi do przekonania interpretacja stosunku czuć do wyobrażeń na zasadzie analogii chemicznych, jest mimo to wzorowem sformułowaniem sta-

nowiska autora, które potrafiło zająć złoty środek pomiędzy krańcowym spirytualizmem a *par excellence* „fizjologiczną” psychologią Wundt’a. Szkoda tylko, że w roztrząsaniach następczych o „czuciach jako źródle poznania” wbrew zupełnie słusznemu założeniu, że psycholog powinien dokładnie zapoznać się z czuciami, nie zadawalniając się pretekstem, że czucia należą do fizjologii, — sprawa ta potraktowana została w sposób niemal telegraficzny, — zwłaszcza — o ile dotyczy to czucia dotyku, powonienia i smaku. Samo wyliczenie najważniejszych, choćby pominiętych tu faktów, przekroczyłoby wymiary tekstu, poświęcanego tym sprawom.

W doskonałych uwagach o „postrzeganiu” potrafił autor z wielką zręcznością zsyntetyzować poglądy rozmaitych nowoczesnych szkół psychologicznych. Ujmując łącznie z *Jamesem* postrzeżenie, jako świadomość przedmiotu, bezpośrednio obecnego w narządach zmysłów, dochodzi autor do wniosku, że związek pomiędzy postrzeżeniem i wyobrażeniem jest tak ścisły, że trudno jest wyodrębnić jedno od drugiego, w czym zbliża się do wyników badań eksperymentalnych szkoły *Külpego*. W tym samym rozdziale zgromadza autor szereg interesujących argumentów, dowodzących że teoria empiryczna wytworzenia się wyobrażeń czasu i przestrzeni nie da się utrzymać w obecnym stanie nauki, nakreśla najważniejsze metody badania eksperymentalnego postrzeżeń i, omówisz pojęcie „czasu reakcji”, przekonująco wymownie, że szybkość myśli jest wprawdzie bardzo znaczna, ale bynajmniej nie nieuchwytna.

Wykłady o „wyobrażeniach” i o „kojarzeniu wyobrażeń” zyskałyby znacznie na przejrzystości, gdyby nie były zamącone zupełnie zbędną polemiką z teorią „komórkowej lokalizacji” wyobrażeń, której nikt chyba nie traktuje dzisiaj na serio. Omawiając sposoby badania kojarzenia wyobrażeń, autor słusznie wynosi metodykę *Jung’a* ponad inne, szkoda jednak, że nie uwzględni również wyników badań szkoły *Jungowskiej* (*Wehrlin* i *Riklin* zawartych w wydawnictwie „*Diagnostische Assoziationsstudien*”), — cennych zarówno dla psychologii, jak i dla psychopatologii, i wykrywających zupełnie nowe postaci odchyłeń od przeciętnego typu kojarzenia. Analizując znaczenie badań nad kojarzeniem wyobrażeń dla sądownictwa, autor z całym krytycyzmem zaleca zachować wobec nich rezerwę i unikać wniosków zbyt pochopnych, ponieważ doświadczenie wykazuje częste występowanie kojarzeń wydłużonych i opacznych, które nie mają nic wspólnego z istnieniem wzruszeniowo zabarwionych kompleksów.

Rozdział o „uwadze” i metodach jej badania należy do najlepszych w całej książce. Z naciskiem zostało tu podkreślone znaczenie uwagi w procesie poznania. Identyfikując t. zw. uwagę czynną z pojęciem apercpcji *Wundt'a*, autor trafnie podnosi doniosłość stwierdzenia mniejszej lub większej doskonałości uwagi czynnej dla oceny stopnia rozwoju intelektualnego dziecka upośledzonego. Godzi się tu przypomnieć, że na tej właśnie zasadzie oparł *Teodor Heller* swoją klasyfikację niedorozwoju dziecięcego. Podając w sposób wyczerpujący sposoby badania uwagi, autor opisuje również metodę własną — nawiasem mówiąc jedną z najlepszych, jakimi może się pochlubić psychologia eksperymentalna.

Wykład o „pamięci” został poprostu przytłoczony niepomiarne obszernymi wywodami o mnemotechnice i o fenomenalnych rachmistrzach. Stąd też prawdopodobnie zabrakło miejsca na najkrótszą choćby wzmiankę o badaniach eksperymentalnych *Abramowskiego* i jego szkoły nad t. zw. *Kryptomnezją*, tak bardzo wzbogacających i pogłębiających naukę o pamięci. W uwagach o *engramach Semona* uderza brak zdecydowania — do jakiego rodzaju (męskiego czy żeńskiego) zaliczyć te twory, proces przypominania bowiem raz określony został jako *ekforja engramy*, innym razem znów jako *ekforja engramów*.

Metodyka „badania inteligencji” opracowana została w sposób wyczerpujący i wszechstronny i poprzedzona świetnymi wprost uwagami o stosunku inteligencji do innych dziedzin psychiki. Liczne i bardzo szczęśliwie dobrane przykłady ilustrują tu na każdym kroku myśl autora.

W rozdziale o „uczuciach” wbrew linii wytycznej książki spotykamy dociekania filozoficzne o stosunku kierunków optymistycznych i pesymistycznych do problemu uczucia, oraz przydługie uwagi polemiczne, zwalczające pogląd teleologiczny, dopatrujący się celowości procesów wzruszeniowych. W wykładzie o „wzruszeniach” obok przejrzystej analizy i trafnej krytyki teorii *James'a-Lange'go* spotykamy dość powierzchowne refleksje na temat wzruszeń *estetycznych*. Trudno np. zgodzić się z autorem, że *Hamlet* jako opera wywiera większe wrażenie estetyczne, aniżeli wystawiony jako dramat, ponieważ „do wrażeń wzrokowych dołączają się wrażenia słuchowe”. Analiza wpływu wzruszeń na procesy myślowe pomija całkowicie tak ważny pod względem praktycznym i tak aktualny obecnie problemat „przenoszenia wzruszeń drogą sugestji”.

Z wielkim umiarem i krytycyzmem skonstruowany ostatni rozdział książki omawia zagadnienie t. zw. *wolnej woli*; autor przeciwstawia się tu koncepcji deterministycznej, twierdząc, że nic nie stoi na przeszkodzie dopuszczeniu istnienia pomiędzy przyczyną a skutkiem — względnie postanowieniem a czynem — pewnego *czynnego* zadziałania psychicznego, które może być uważane za akt wolnej woli. Autor kończy podręcznik krótkimi uwagami o *temperamentach* i nawiązuje do dzieła *Kretschmer'a*, które poleca gorąco czytelnikom lekarskim.

Dzieło Mikulskiego jest pierwszym bodaj podręcznikiem psychologii, który jako zupełnie odrębny rozdział wprowadził analizę teorii Freuda. Nie jest to jednak wyrazem szczególnego respektu autora dla freudyzmu, większość rozważań bowiem tego rozdziału zmierza ku przekonaniu czytelnika, że powodzenie teorii nie ma nic wspólnego z jej prawdziwością. Nie wszystkie jednak argumenty autora wydają mi się przekonywające. Zwalczając np. teorię „płciowości”, mówi autor: „Przyroda w swych niezbadanych zamiarach bynajmniej nie stawia organów płciowych na pierwszym miejscu: przeciwnie rola wyższa przypada mózgowi, bez którego życie ludzkie jest niemożliwe, podczas gdy organy płciowe nie są dla życia niezbędne”. Nie występując wcale w obronie „panseksualizmu”, sądzę wszakże, że koncepcja Freuda, nadająca pojęciu popędu płciowego tak szeroki zakres, bynajmniej nie wiąże go z narządami płciowymi, ale właśnie z mózgiem, który jest siedliskiem i tworzywem nie tylko popędu płciowego, ale wogóle wszystkich popędów. Obawiam się również, że nieuprzedzonemu czytelnikowi mogą nasunąć się wątpliwości, czy teoria „której powodzenie nie ma nic wspólnego z prawdziwością”, zasługuje na to, ażeby poświęcić jej jeden z najobszerniejszych rozdziałów podręcznika.

Z obowiązku sprawozdawczego starałem się omówić nie tylko zalety, ale i usterki dzieła prof. Mikulskiego. Miło mi jest zaznaczyć, że te ostatnie zupełnie nie zmniejszają jego niepospolitej wartości jako podręcznika. Cechuje go przedewszystkiem całkowite opanowanie przedmiotu, krytycyzm i zdolność do syntetycznego ujmowania poglądów rozmaitych szkół psychologicznych, oraz nawskroś indywidualny sposób oświetlenia każdego zagadnienia. Nadewszystko zaś cenna jest w nim ta jasność, z jaką wysnuwa się myśl autora, poparta wielką obfitością mistrzowsko nieraz dobranych przykładów, operująca bez zarzutu zawiłym aparatem terminologicznym i wypowiadająca w for-

mie, na jaką może zdobyć się tylko prawdziwy talent pisarski. To też, jeżeli prof. Mazurkiewicz w przedmowie do książki podnosi jej „myśl przetrwoną i wykończoną w każdym rozdziale, w każdym zdaniu” i twierdzi, że, „trudno jest w krótkim podręczniku zawrzeć bogatszą treść podaną w jasnej i zwięzłej formie” — to wydaje mi się, że trudno jest w kilku zdaniach zawrzeć jej lepszą charakterystykę. Co jednakże nadaje dziełu temu zupełnie swoiste piętno, to ten wielki zapal, z którym traktowane są zagadnienia eksperymentalne, i który udzielił się autorowi jeszcze w pracowni monachijskiej *Kraepelina*. Jak wielu innych, którym dane było wynieść z pracowni tej choćby najdrobniejszy dorobek, przechodziłem i ja okres takiego zapalu, ale, jak w wielu innych, tak i we mnie późniejsze lata zachwiały wiarę w to, ażeby najściślejsze choćby pomiary i wykresy stanowić mogły najlepszy klucz do poznania psychiki zdrowej lub chorej. Mikulski jednak do końca zachował dla psychologii eksperymentalnej ten niczem niezamącony entuzjazm, który jedynie stwarzać może szkoły i wносить do nauki nowe wartości.

Z Zakładu dla Umysłowo Chorych w Lublińcu — Dyrektor Dr. med. E. CYRAN.

PRZYPADEK NAPADOWEGO KRZYKU I ZABURZENIA WOLI W PRZEBIEGU NAGMINNEGO ZAPALENIA MÓZGU.

podał

KAROL MIKULSKI, stud. med. U. S. B. w Wilnie.

— Pamięci Nieodżałowanego Ojca,
Najdroższego Przyjaciela i Nauczyciela...

W materiale klinicznym szpitala dla psychicznie chorych w Kochanówce, Kliniki Psychjatrycznej Wileńskiej i Zakładu w Lublińcu nie spotkaliśmy dotychczas objawu napadowego krzyku w przebiegu zapalenia nagminnego mózgu. Notujemy go po raz pierwszy u pacjentki Anny K., przyjętej do Zakładu dn. 22. VI. 25 r.

Wywiady: Anna K. lat 21, panna, bez zajęcia. Urodziła się na czasie, po porodzie miała jakąś wysypkę na ciele. Rozwijała się prawidłowo, do szkoły chodziła 6 lat, uczyła się średnio, była uparta. Zachorowała, jak podaje, w roku 1921. Odczuwała najpierw silny ból w plecach, następnie wystąpiły silne bóle głowy, trwające i nadal. Wywiady w kierunku senności nic szczególnego nie dają, spała czasem dużo, czasem mało. Apetyt zawsze dobry. Od roku nie może chodzić, przebywa stale w łóżku; ogólny stan fizyczny uległ pogorszeniu.

Objaw napadowego krzyku wystąpił po raz pierwszy przed dwoma laty. Krzyk ten początkowo pojawiał się co 7—8 dni, od roku zaś występuje co 4-tą noc i trwa nieraz z górą 20 godzin. Podczas krzyku chora odczuwa silny ból w plecach, oraz ból głowy. Nawykowe, a bolesne — jak podaje chora — zwichnięcie żuchwy datuje się od roku i ma miejsce przy każdym napadzie krzyku. Po napadzie szczękę dolną nastawiała matka chorej „uderzeniem w gębę”. Ślinotok trwający od kilku miesięcy.

W rodzinie matki—jeden przypadek choroby psychicznej.

Stan obecny: Budowa ciała typu astenicznego Kretschmera. Odżywienie złe, chora wychudzona, skóra blada, w okolicy pośladkowej zaczerwienienie. Płuca—

w prawym szczycie odgłos nieco skrócony, wdech zaostrozony, wydech przedłużony; pozatem oddech pęcherzykowy. Serce—bez zmian. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Mocz bez zmian, w płwocinie prątków Kocha nie wykryto. Ciśnienie krwi według sphygmomanometru Citrona—105.

Układ nerwowy: Postawa jak w parkinsonizmie. Chód chwiejny, o własnych siłach chora długo stać nie może. Retro i lateropulsio. Napięcie mięśniowe duże. Kontraktura palców, lewej ręki skutkiem unieruchomienia, palce ręki prawej ustawione à la main d'accoucheur. Siła mniej więcej dobra. Ruchy czynne powolne, bierne z oporem. Drżenie rąk. Oddech—24 na min., tętno — 96 — 112 na min.

Twarz maskowata, mimika zniesiona, często wyraz płaczu. Szczęka dolna opuszczona. Drżenie włókienkowe języka.

Żrenice okrągłe, szerokie, równe, na światło i przystosowanie nie oddziałują. Ruchy gałek ocznych zachowane, pole widzenia normalne. Słaby oczopląs pionowy i poziomy. Słuch nie upośledzony.

Odruchy: kolanowe — wzmożone, nadrzepkowe—żywe, Achillesowe—żywe, m. dwugłowego, m. promieniowego, brzuszne górne, brzuszne dolne, rogówkowe, gardzielowe normalne, brak rzepkotrzęsu i stopotrzęsu.

Objaw Babińskiego — ujemny, Oppenheima — ujemny. Dodatnio wypadają objawy: nosowo - bródkowy i oczny Simchowicza, zatraskowy mięśni kończyn, bólowy Babińskiego—Jarkowskiego i odruch Zylberlast—Zandowej.

Czucie dotyku, bólu i temperatury — zachowane. Odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny.

Stan psychiczny: zupełnie zorientowana, co do czasu, miejsca i otoczenia; świadomość i inteligencja zachowana.

Porozumienie z chorą wielce utrudnione. Na odpowiedź trzeba czekać długo, pobudzając wypowiedzanie się chorej ponownymi pytaniami. Przy odpowiedzi chora wykonywa wargami szereg ruchów drżących, szczególnie wargą dolną, a także częste ruchy polykowe. Odpowiada przeważnie po niemiecku. Podaje, że podczas napadów krzyku słyszy głosy, bardzo męczące, które mówią „umierasz już Szymek”; objaśnia, że Szymek—to jej dziadek. Nie może dokładnie powiedzieć, czy słyszy te głosy zzewnątrz, czy też to są jej własne myśli przymusowe. Innych głosów nie słyszy, ale miewa również omamy wzrokowe. Widuje mianowicie diabła, który jest czarny i „nęci” chorą. Męczące te omamy miewa podczas napadów krzyku, opowiada o nich bardzo powoli, co kilka minut—jedno słowo. Krzyk jej ma pewien związek z omamami, które mu zwykle towarzyszą, krzyczeć jednak musi „gdyż tak coś każe”. „Nie chciałabym krzyczeć, bo to boli, ale muszę”.

Łamięć zarówno dawnych wspomnień, jak i nowych wrażeń, nie jest osłabiona. Orientacja zachowana. Zaburzenia woli są wybitne, omówione poniżej. Uczuciowo nastroj przygnębiony. Znaczne nasilenie sprawy chorobowej, oraz krótkotrwałość obserwacji uniemożliwiły dokładniejsze zanalizowanie sfery uczuciowej. Inteligencja zachowana. Czucia zmysłowe, pomijając wzmiankowane omamy — bez zmian.

W Zakładzie obserwowano pierwszy napad przy wizycie rannej dn. 26.VI 1925 r. Napad krzyku rozpoczął się w nocy około godz. 2-ej. Według raportu służby nocnej — krzyk trwał ciągle i był głośny. O godz. 9 rano traci na swoim

nasileniu i odbywa się z krótkimi przerwami. Chora leży w łóżku z nogami wyprostowanymi, ręce zgięte spoczywają na klatce piersiowej. Głowa silnie wtył odchylona, oczy nieruchomo zwrócone w jeden punkt ku górze i nieco naprawo. Usta szeroko otwarte, widać dobrze tylną ścianę gardła, podniebienie miękkie, języczek i język, zwinięty w kształcie rynienki i silnie drgający, szczególnie podczas przerw w krzyku. Twarz zaczerwieniona, na skórze ramion i klatki piersiowej widoczne 4—5 zaczerwienień wielkości dłoni.

W godzinę po zastrzyknięciu scopolam, hydrobrom. stwierdzono senność, krzyk ustał, drżenie języka utrzymywało się. Chora wkrótce potem zasnęła. Podczas napadu zwicznęła szczękę dolną, którą nastawiono.

30. VI. 25 r. W nocy drugi napad krzyku, początek około godz. 1 m. 30 Chora krzyczała prawie do rana. Przy wizycie rannej zastaje się chorą w łóżku z głową, silnie wtył odchyloną, co zaobserwowano i przy pierwszym napadzie. Twarz zaczerwieniona, oczy zwrócone ku górze, wybitny oczopląs pionowy obu gałek ocznych. Słabe drżenie języka. Nie krzyczy, na pytania dłuższy czas nie odpowiada, w końcu mówi: „znowu krzyczałam”; wyraz twarzy płaczący, łzy w oczach. Gałki oczne nie dały się wyprowadzić z położenia przymusowego, w którym pozostawały jeszcze około 2 godzin, w ciągu których trwał oczopląs.

Napady krzyku występują więc w dalszym ciągu z tą samą charakterystyczną okresowością, którą podawały wywiady.

2. VII. 25 r. została chora zabrana przez rodzinę do domu.

Wobec wypisania chorej z Zakładu nie mogliśmy niestety przeprowadzić zamierzonej szczegółowej obserwacji napadów krzyku. W każdym bądź razie na zasadzie anamnezy i obserwacji w Zakładzie stwierdzamy w danym przypadku okresowe napady krzyku, przy czem okresy te występują regularnie, mianowicie powtarzają się co cztery dni i trwają od kilku do kilkunastu godzin.

Krzyk ten jest głośny, słychać go dobrze nie tylko w pobliżu chorej, ale i w dalszych pokojach. Po 20 do 30 minutach jego trwania występują krótkie, kilkuminutowe przerwy krzyku, podczas których obserwujemy tylko bardzo silne drgania języka; wkrótce krzyk pojawia się znowu, przy czem interwencja otoczenia nie jest w stanie go przerwać. Chora jada przy pomocy służby, często zanieczyszcza się moczem i kałem, co przy napadach krzyku niema jednak miejsca.

Krzyk, występujący u chorej, niema żadnego zabarwienia wzruszeniowego, nie można w nim odróżnić odcienia bólu, gniewu, rozpaczki lub t. p. Charakterem swym zbliża się raczej do bezbarwnego krzyku katatonicznego.

W przypadku naszym mamy więc do czynienia z przymusowością w postaci krzyku. Towarzyszą mu zmiany przymusowo-ruchowe gałek ocznych—visus superior, oraz języka—drżenie. Dołączają się tu myśli przymusowe (omamy słuchowe?) i omamy wzrokowe. Zespół

ten występuje okresowo i nie może być uważany za histeryczny. Chora żadnych cech hysterji nie przejawia, same zaś objawy są tak ciężkie i mają tak widocznie organiczną patogenezę, że myśl o hysterji upada. Skądinąd wiadomo, że nagminnemu zapaleniu mózgu towarzyszą często podobne objawy.

Nieodżałowanej pamięci Ojciec mój wspomina ¹⁾ o chorym, który miewał napady, polegające na wydawaniu dźwięków, podobnych do chrząkania. Chrząkanie to pod wpływem obietnicy wypisania ze szpitala, gdy przestanie chrząkać, występowało w ciągu kilku następnych godzin rzadziej, a więc chory mógł nad niem w pewnym stopniu zapanować; pewien wpływ psychiki, w szczególności woli jest tu widoczny i w tem napady encefalityczne zbliżają się do histerycznych. Jednakże podobieństwo jest tu tylko zewnętrzne.

Napady encefalityczne występują w różnych postaciach.

Najczęściej spotykamy je w zakresie ruchów gałek ocznych. W przytoczonej pracy ¹⁾ czytamy o napadowym ruchu gałek ocznych ku górze. Również często spotyka się drżenie powiek, wraz z ich opuszczaniem. Tamże jest mowa o ruchach przymusowych, o niepokoju ruchowym, gdy chory czuje „że coś się z nim dzieje”, nie pozostaje chwili w spokoju, podnosi się, siada i nie może sobie „znaleźć miejsca”. Niepokój ten szczególnie silnie występował w dwóch przypadkach *Falkiewicza* i *Rothfelda* ²⁾, zakończonych samobójstwem z powodu niemożności zapanowania nad temi ruchami. *Falkiewicz* i *Rothfeld* ³⁾, opisują również trzy przypadki przymusowego patrzenia w bok, lub ku górze, przyczem nie stwierdzają tej perjodyczności napadów, którą podkreśla *Ewald* ⁴⁾. U jednego z wyżej wspomnianych chorych, napad przymusowego patrzenia w górę łączył się również z myślami przymusowymi, a mianowicie chory odmawiał w myśli modlitwę „Zdrowaś Marjo” i pisał „w myśli ręką” wszystkie litery „a”, które zdarzają się w tej modlitwie. Napad przymusowego myślenia był przytem o wiele dokuczliwszy dla chorego, niż patrzenie w górę.

Podobne napady encefalityczne zostały opisane przez *B. Fischera* ⁵⁾, który widział napady patrzenia w bok, oraz obrotowe ruchy przymusowe (*manège*). *B. Fischer* opisuje również przypadek z myślami przymusowymi; myśli te są: „dlaczego ludzie chodzą na nogach, a nie na głowie”, „dlaczego mężczyźni nie mają długich włosów” i t. p. U chorego tego wystąpiło również przymusowe pisanie słów w odwrotnym porządku.

Goldflam ⁶⁾ spostrzegał u dzieci stereotypowe ruchy palców, zaś *Hermann* ⁷⁾ — u dorosłych myśli przymusowe, wraz z palilalią.

W naszym przypadku chora miewa podczas napadów krzyku prawdopodobnie również myśli przymusowe. Inteligencja chorej jest zbyt mała, aby mogła objaśnić, czy zdanie „umierasz już Szymek” jest „głosem” w pojęciu popularnem (i psychiatrycznem), czy też jej własną myślą. Przypuszczać jednak należy, że są to jej własne przymusowe myśli, które w tak wielkiem natężeniu mogą nabrać cech głosu odczuwanego zzewnątrz. Wiemy bowiem nawet z psychologii normalnej, że myśl o silnem zabarwieniu wzruszeniowem może robić wrażenie myśli, pochodzącej zzewnątrz, co w psychopatologii zdarza się dość często.

Ruchy przymusowe u dzieci w postaci stałego, monotonnego ściskania i rozwierania pięści opisuje *Quest* ⁸⁾. W pracy tegoż autora spotykamy się z nazwą *cri encephalique*, jako objawu występującego u dziecka również i w nycambulji (*Progulski* — *Gröblowa*). *Quest* nie podaje jednak, jak długo te napady krzyku trwały.

W przebiegu nagminnego zapalenia mózgu występują wreszcie t. zw. myoklonje. Kurcze te (myoklonje) dotyczą mięśni kończyn, lub mięśni brzucha. Widziałem taki „*danse du ventre*” w klinice psychiatrycznej U. S. B. u pewnego żołnierza, przyczem kurcze zmniejszały się, gdy chory leżał na brzuchu.

Omówione zmiany obejmują dziedziny myśli i mowy, a także dziedzinę ruchów, do niedawna uważanych za zależne wyłącznie od naszej woli, stąd też stary podział mięśni na zależne i niezależne od woli. Z kliniki nagminnego zapalenia mózgu można wnosić, że i zależne od naszej woli stają się w pewnych warunkach niezależnymi, co stwierdza się także i w innych chorobach jak np. drżączka porażenna, płasawica, kurcz mięśni szyjnych i t. p.

Przechodząc obecnie do objawów woli, musimy oprzeć się na tezach psychologicznych. Z punktu widzenia psychologii ⁹⁾ pojęcie woli obejmuje takie procesy jak chcenie, pożądanie, zjawiska towarzyszące wyborowi, postanowieniu i t. p., czyli toczące się w życiu wewnętrznem człowieka — w jego myślach.

Wola objawia się w myśli wówczas, gdy myślę o tem, o czem pragnę w danej chwili myśleć, w słowach, gdy mówię o tem, o czem chcę mówić, i w czynach, gdy spełniam jakiś czyn, gdy patrzę, słucham i t. p. — bez jakiegoś przymusu, a tylko dlatego, iż chcę tak, a nie inaczej postąpić. Oczywiście objawy woli mogą się przejawiać

w zakresie ruchowym tylko przy odpowiednim, nieuszkodzonym mechanizmie ruchowym.

Zaburzenia woli znajdujemy w całym szeregu chorób psychicznych, zwykle jednak, a nawet zawsze wraz z innymi zaburzeniami, a więc świadomości, nastroju, inteligencji i t. p.; to też analiza tych zaburzeń nastrocza wiele trudności, gdyż opierać się musimy na subiektywnych uczuciach chorego, spaczonych psychozą, bez wszelkich — jak to bywa często w psychiatrii — danych neuropatologicznych i neurogennych.

Zaburzenia woli wyraźnie występują w nagminnem zapaleniu mózgu. Nie są one samoistne, są pochodzenia wtórnego, ale tem większe mają znaczenie, tem bardziej tłómaczą nam olbrzymie znaczenie układu pozapiramidalnego dla wszelkich dziedzin życia.

W pracy „O anatomicznem podłożu stanów psychicznych i ich zaburzeń” omawia prof. *Mazurkiewicz*¹⁰⁾ wyniki badań swoich i autorów nad kwestją lokalizacji zjawisk psychicznych. *Munk* lokuje czynności psychiczne w t. zw. „sferach psychicznych”¹⁰⁾, lecz pojęcie to obalone zostało przez *P. Marie*, *Monakowa* i innych. *Monakow* uważa, iż istnieje specjalna sieć nerwowa, w której umieszcza on warsztaty nabytych zbiorów engramowych¹⁰⁾. W każdym razie świadomy proces myślowy lokalizuje się w półkulach mózgowych, przyczem istnieje nawet hipoteza, iż procesy te odbywają się w czwartej warstwie komórek kory.

Jednakże ulegają one wielkim wpływom podnieć, płynących ze zwojów podstawowych mózgu. Schorzenie tych jąder hamuje działanie woli — zjawiska psychicznego, toczącego się w korze. Schorzenie tych jąder działa na korowe ośrodki ruchowe nieraz wprost przeciwnie, a więc nie hamuje ich, owszem pobudza. I tak przypadki opisane przez *Falkiewicza* i *Rothfelda*²⁾ są tego wymownym przykładem. Chory, leżąc, przewraca się wbrew woli z boku na bok, a przecież w ruchu tym prócz sarkoplazmy, unerwionej pozapiramidalnie (prof. *Orzechowski*¹¹⁾), biorą udział włókienka mięsne, unerwione przez układ piramidalny, myofibrillarny, zależny od naszej woli. A jednak niema tu wpływu woli, wola nie może się przeciwstawić tym ruchom przymusowym i następuje podrażnienie ośrodków ruchowych.

Bezwzględnie istnieje wiele innych, bardziej „realnych” tłómaczeń wszelkich objawów napadowo-przymusowych w tym zachorowaniu. Jednakże, przyjmując istnienie stanu psychicznego w postaci

woli, musimy uznać, iż wpływ jej został tu wielce ograniczony, zaś niemożność zadziałania woli jest eo ipso jej patologią.

Zaburzenia psychiczne w encephalitis epidem. były rozpatrywane pod innym kątem widzenia, mianowicie dysocjacji w zakresie afektu, popędu i intelektu, przez *Pieńkowskiego* ¹²⁾, który uważa, że zmiany w zakresie afektu prowadzą i do zaburzeń w dziedzinie woli.

W każdym bądź razie objawy przymusowe w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu są dowodem działania układu pozapiramidalnego na czynności woli i wskazują, jak bardzo ograniczona jest w stanach patologicznych nasza „wolna” wola. Zarazem zaś w badaniach psychopatologicznych coraz częściej zstępujemy w dół do zwojów podstawowych, a nawet niżej ^{13) 14)}.

W ostatnich miesiącach *J. Schuster* ¹⁵⁾ opisał przypadek, w którym w 6-ym roku trwania stanu poencefalitycznego wystąpiły napady utraty świadomości, powtarzające się parę razy na dzień lub raz na parę dni, trwające — z kilkominutowymi przerwami — 3 do 4 godzin lub dłużej, i cechujące się przeraźliwym, głośnym wyciem, które autor przyrównywał do wściekłego szczekania psa lub kwiczenia świni, śmiertelnie przerażonej. Napad wycia poprzedza aura, trwająca 1 do 1½ godziny: chory leży nieruchomo, gałki oczne zwrócone na prawo, kąty ust ściągnięte nadół, wargi nieco otwarte, chory nie reaguje. Po ½ godzinnej krzyczeniu występowały współruchy, grube drżenie prawostronnych i delikatne lewostronnych kończyn, a później drgawki toniczno-kloniczne prawej ręki. Na szczycie najgłośniejszego wycia chory jest zupełnie nieprzytomny, ciepłota podczas ataku dochodzi do 38°. Po odmie mózgowej ataki te ustąpiły. Autor ten przytacza przypadek, opisany przez *L. Benedeka*, w którym występowały również napady krzyku przymusowego, czyli klauzomanja, jak to nazywa *Benedek*, raz na kilka miesięcy; krzyk był podobny do szczekania psa, kaszlu itp.

Na tem miejscu pozwolę sobie złożyć serdeczne podziękowanie Panu Profesorowi Janowi Mazurkiewiczowi za przejrzenie niniejszego przyczynku.

PIŚMIENNICTWO.

1. A. Mikulski.—Uwagi o zaburzeniach psychicznych przy nagminnym zapaleniu mózgowia (encephalitis epidem.) i stanach następnych. Polska Gaz. Lek. Nr. 1, 1924 r.

2. T. Falkiewicz i J. Rothfeld.—Czynności przymusowe w nagminnym zapaleniu mózgu. Pols. Gaz. Lek. Nr. 26, 1925 r.

3. T. Falkiewicz i J. Rothfeld. — Tamże.
4. l. c.
5. B. Fischer. — Medizinische Klinik. Nr. 42, 1924 r.
6. T. Falkiewicz i J. Rothfeld. l. c.
7. l. c.
8. R. Quest. — O patogenezie nagminnego zapalenia mózgu. Polsk. Gaz. Lek. Nr. 3. 1922 r.
9. A. Mikulski. — Podręcznik Psychologii dla użytku studentów medycyny i lekarzy. Wilno 1925 r.
10. J. Mazurkiewicz. — O anatomicznem podłożu stanów psychicznych i ich zaburzeń. Księga Zbiorowa Szpitala Kochanówka, 1918 r.
11. K. Orzechowski. — O unerwieniu pozapiramidowem. Polsk. Gaz. Lek. Nr. 22, 1922 r.
12. St. Pieńkowski. — Zaburzenia psychiczne przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu (encephalitis epidem. leth.). Pols. Gaz. Lek. Nr. 1, 1922 r.
13. J. Handelsman. — Zaburzenia psychiczne w zespole parkinsonowskim poencephalitycznym, Polsk. Gaz. Lek. Nr. 2 i 3, 1923 r.
14. H. Higier. — Czy i jak oddziałują mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. Warsz. Czas. Lek. Nr. 5 i 6, 1925 r.
15. J. Schuster. — Über das zwangsweise Brüllen als hyperkinetisches Symptom des Parkinsonismus. Klinische Wochenschrift 17 Sept. 1925.

DETERMINIZM I INDETERMINIZM

podał

Doc. Dr. Med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Uchodzi za rzecz powszechnie uznaną, że oba zagadnienia, które chcę uczynić przedmiotem obecnych rozważań, stanowią dziedzinę czysto teoretyczno-poznawczą czy filozoficzną. Są obce psychologii i psychjatrji. Zapewne pod pewnym względem tak jest. Oba pojęcia, jako sprawy oderwane od doświadczalnego podłoża, jako pojęciowe uogólnienia, leżą meta ta physica i bezpośrednio nas nie dotyczą. Lecz jako sprawy doświadczone, jako bezpośrednie dane świadomości, z których drogą przeróbki myślowej są tworzone oderwane uogólnienia, determinizm i indeterminizm należą do psychologii i obchodzą psychjatrów.

Z tego stanowiska, ze stanowiska radykalnego empiryzmu, czy fenomenizmu lub fenomenalizmu, jak ten tryb ujęcia zwykle mniej ściśle bywa u nas określany, chcę rozważyć i ocenić oba zagadnienia. Pozatem istnieje jeszcze jeden wzgląd, który skłania mnie do podjęcia tych rozważań. Determinizm, jako bezwzględna zasada ogólna uchodzi powszechnie za kanon przyrodniczego poglądu na świat. W tym charakterze wywiera silny nacisk na bieg naszego psychologicznego i psychjatrycznego myślenia, w wysokim stopniu przesłania związany z nim bezpośrednio i obchodzący nas bliżej indeterminizm, nadaje mu znaczenie niezgodne z rzeczywistością, z rzeczywistym doświadczeniem. Dlatego należało rozprawić się z nim, wyznaczyć właściwe mu miejsce i granice, ustalić wzajemny stosunek obu.*

Determinizm, jako doktryna, wypływa bezpośrednio z zasady przyczynowości; jest jej rozwinięciem i zastosowaniem.

Każdy skutek ma swoją przyczynę, ta znowu, jako skutek, wpływa z przyczyny poprzedniej i t. d. Każda rzecz, każde zjawisko

jest uwarunkowane przez szeregi przyczyn i skutków, jest przez nie zdeterminowane. Wszelkie szczegóły naszych doświadczeń, niewyluczając naszych pomysłów i usiłowań, są już przesądzone zgóry, uregulowane, jak jest uregulowany mechanizm dobrze skonstruowanego zegarka. Ciągłość przyczyn i skutków nie dopuszcza innego postawienia sprawy.

Czy tak jest w rzeczy samej.

Zasada przyczynowości powstała jako zasada logiczna, jako wytwór oderwanego myślenia, jako konieczny wymagalnik rozumowy. Została stworzona na długo przed powstaniem nauk przyrodniczych, zwłaszcza przed biologią, a szczególnie przed ich współczesnym rozwojem. Czy istotnie zasada sama jest tak bezwzględna, za jaką podaje ją logika. Czy znajduje w rzeczy samej równe zastosowanie w naukach przyrodniczych, czy godzi się w nich całkowicie z doświadczeniem, które posiada w tych naukach znaczenie rozstrzygające, przed którym musi ustąpić wszelkie założenie oderwane, wszelka myśl porwzięta zgóry, zgodnie z podstawową zasadą, obowiązującą bezwzględnie w każdej nauce przyrodniczej, że contra experimentum nullum argumentum. Należy zatem poddać rewizji granice jej zastosowania w tych dziedzinach wiedzy. Przytem należy rozważyć pod tym względem oddzielnie nauki fizyczne, tj. całą dziedzinę przyrody martwej, i oddzielnie nauki biologiczne, włącznie z psychologią.

W naukach fizycznych podstawę zasady przyczynowości stanowi doświadczalny fakt jednolitości zjawisk zachodzących w przyrodzie. Doświadczenie, że zjawiska wszelkie przebiegają w pewnym stałym porządku następstwa, i że następstwo to nie jest samem tylko następstwem w czasie, nie ogranicza się do faktu, coś występuje po czemś, lecz, że pewne, nie wszystkie, szeregi następujących po sobie zjawisk są połączone jedne z drugimi więzią ściślejszą i więź tę określamy nazwą związku przyczynowego. Oznacza to, że jedne zjawiska z konieczności następować muszą po innych, że jedne warunkują, determinują drugie, co pozwala przesądzić zgóry porządek samych zjawisk i kolejność ich następstwa. Na tej podstawie oparte jest wszelkie wnioskowanie indukcyjne, wszelka wogóle rzeczywista i całkowita indukcja, wszelka w ogólności możliwość indukcji. Jeżeli zmieszymy tlen z wodorem i przez mieszanie przepuścimy iskrę elektryczną, to spowodujemy wybuch, po którym pozostanie nieco wody. Tak jest zawsze. Dlaczego natomiast tak jest, dlaczego pewne zjawiska następują z konieczności po innych, na to nauki ściśle nie dają odpowiedzi. Nikt w zakresie tych nauk nie może wytłumaczyć, co w osta-

teczności sprowadza wynik, dlaczego dzieje się tak, a nie inaczej. Nauka stwierdza tylko stałość zjawisk, niezmiennosc porządku ich następstwa i to jej wystarcza. Natomiast filozofja i myśl ogólna nadaje zasadzie przyczynowości znaczenie szersze i głębsze. Nad doświadczalnym faktem niezmiennego porządku następstwa w szeregach faktów powiązanych w związki przyczynowe, nadbudowują pojęcie siły, jako przyczyny, powodującej zjawisko i twierdzą, że jedno zjawisko posiada moc, siłę wywoływania drugiego zjawiska. Jeżeli rzucam kamień i kamień spada na ziemię, to dzieje się tak dlatego, że ziemia przyciąga kamień, że posiada siłę sprowadzania tego skutku. Stwarzając przypuszczenia istnienia w ziemi siły przyciągającej kamień, filozofja i myśl ogólna przekraczają granice doświadczenia zewnętrznego, stanowiącego budowlany materiał myślowy w naukach ścisłych i nadbudowują pojęcie ogólne z materiału, zaczerpniętego z innego budowlanego źródła. Nadbudowa dokonana z innego myślowego tworzywa nabiera wskutek tego innego znaczenia i innej naukowej wagi gatunkowej.

Pojęcie siły jako przyczyny, sprowadzającej skutek, wyrasta z doświadczenia wewnętrznego, z doświadczalnego faktu, że ja posiadam moc ujawniania energii czynnej, że mogę wysiłkiem włanych mięśni sprowadzić zmianę w otaczającym mnie świecie zewnętrznym, przyczem wyraźnie zdaję sobie z tego sprawę, że źródłem tych zmian zewnętrznych był doświadczany wyraźnie mój własny wysiłek mięśniowy. Następnie to własne doświadczenie siły przenoszę na zjawiska zewnętrzne i przypisuję im to samo źródło powstania, które stwierdziłem u siebie. Dokonywam jednym słowem czynności określonej w psychologii jako antropomorfizacja, czy animizacja zjawisk zewnętrznych. Zapominając o wewnętrznym źródle powstania doświadczenia, podaję istnienie siły w przedmiotach zewnętrznych, jako fakt doświadczalny, równy innym faktom, stwierdzonym drogą doświadczenia zewnętrznego, chociaż doświadczalne źródło samego faktu jest inne.

Ze zjawiskiem antropomorfizmu i animizmu, jako z faktem doświadczalnym, spotykamy się dość często, w onto i filogonetycznie wczesnych okresach życia duchowego antropomorfizm jest faktem popolitym. Powszechne jest dążenie dzieci do animizowania i antropomorfizowania wszystkiego, co je otacza. Antropomorfizm i animizm cechują wczesne rozwojowe okresy wszystkich ludów. Mitologia antyczna przybierała je w szaty poetyckie, wierzenia ludów pierwotnych czynią to w formie mniej artystycznej, lecz jądro zjawiska pozostaje to samo,

doświadczenie wewnętrzne, wyniesione nazewnątrz i tam umiejscowione. Psychologia współczesna, szczególnie angielska i amerykańska, poświęciły dużo uwagi tej sprawie i ustaliły z całą ścisłością antropomorficzne źródło t. zw. kategorii realnych, a w ich liczbie w pierwszym rzędzie zasady przyczynowości.

Sprowadza to, rzecz prosta, znaczne ograniczenia jej w naukach fizycznych, a więc ogranicza również i znaczenie determinizmu w tych naukach, nie pozwala na rozciąganie jego zastosowania do tych granic, które zakreslają mu filozofja i myśl ogólna. Jest ono znacznie szczuplejsze.

Ograniczenia w dziedzinie biologicznej są jeszcze większe i sięgają głębiej. — Już stwierdzona w dziedzinie fizycznej stałość i niezmiennność porządku zjawisk, związanych w stosunki przyczynowe, niezawsze znajduje potwierdzenie w doświadczeniu w tej dziedzinie. Te same przyczyny mogą tutaj wywoływać skutki różne, a różne przyczyny te same skutki. Różne mogą być np. przyczyny pobudzające nerw ruchowy: mechaniczna, chemiczna, elektryczna, skutek będzie ten samskurcz mięśnia. Ta sama przyczyna, działająca na ustrój w jednym wypadku podniesie jego sprawność fizjologiczną, jeżeli natężenie bodźca zewnętrznego będzie obracało się w granicach biologicznej przystosowalności ustroju, natomiast, jeżeli granice te zostaną przekroczone, wyniknie skutek odwrotny, ustrój nie zostanie pobudzony, jego fizjologiczna sprawność nie podniesie się, przeciwnie sprawność obniży się, ustrój wyczerpie się, a nawet może zginąć, jeżeli działanie będzie zbyt silne lub zbyt długotrwałe. Tożsamość skutków przy wielorakości przyczyn i wielorakość skutków przy tożsamości przyczyn powstaje wskutek tego, że w tych wypadkach jako istotny współczynnik przyczynowego związku zachodzi zjawisko życia, z natury rzeczy czynnik zmienny i powodujący tem samem zmiennność zjawisk przy tych samych ich zewnętrznych uwarunkowaniach. *)

Zasada deterministyczna w tych wypadkach wyraźnie zawodzi. Jest to tak dalece uderzające, że dla uratowania czystości zasady logicznej przenosi się punkt ciężkości z warunków zewnętrznych na warunki wewnętrzne i przyjmuje się, że bodźce zewnętrzne są tylko

*) Podobny pogląd wypowiada prof. Wł. Dzierżyński, który w świeżo wydanej książce „Podręcznik chorób nerwowych” str. 12 powiada: „Stąd jest jasne, że te same przyczyny zewnętrzne często powodują różne skutki, gdyż te ostatnie są wynikiem nietylko przyczyn, ale i podłoża, na które szkodliwości zewnętrzne działają.”

powodem zjawiska, a przyczyna tkwi w czynnościach fizjologicznych, zachodzących wewnątrz ustroju, przyczem zapomina się, że pojęcie determinizmu wtedy tylko ma treść jakąś, jeżeli dotyczy wyłącznie uwarunkowań zewnętrznych, nie wkracza w dziedziny wewnętrzne, bo tylko wtedy może stanowić podstawę mechanistycznego poglądu na świat, a wszak o to głównie chodzi w doktrynie deterministycznej.

W wyniku rozważań powyższych musimy stwierdzić, że w przeciwieństwie do dziedziny fizycznej w dziedzinie biologicznej uwarunkowanie zewnętrzne zjawisk nie jest ani stałe ani niezmiennie, że ciągłości szeregów przyczyn i skutków przeciwstawiają się tutaj możliwości wielorakich wyników, a stałości — zmienność, uniemożliwiająca zdeterminowanie zgóry całego przyczynowego łańcucha.

Możliwość wielorakich i zmiennych rozwiązań przy tem samem uwarunkowaniu zewnętrznem uwydatnia się jeszcze bardziej, jeżeli jako współczynnik sprawy biologicznej wchodzi świadomość.

W sposób mniej więcej stały i niezmienny (z ograniczeniami i zastrzeżeniami wskazanemi powyżej przy rozważaniu zasady przyczynowości w zakresie spraw fizjologicznych) zdeterminowane są instynkty, czynności wrodzone, nie wymagające dla swego powstania ani kierowniczego udziału świadomości, ani uprzednich ćwiczeń osobniczych, powstające samorzutnie, wskutek istnienia w ustroju z urodzenia, pewnych urządzeń i narządów, których działanie stanowi przejaw instynktu. Dotyczy to jednakże tylko instynktów t. zw. doskonałych, obywających się w rzeczy samej bez świadomości i ćwiczeń uprzednich, lecz stanowiących, jak wiemy, znaczną mniejszość instynktów u zwierząt i człowieka. Większość stanowią instynkty niedoskonałe, których początek tylko jest wrodzony. Zwierzę posiada dążenie wrodzone do wykonywania pewnych czynności np. budowy gniazda, lub wydawania dźwięków, lecz rozpoczynszy czynność stoi dalej bezradne i nie wie co ma z rozpoczętą czynnością począć, jeżeli nie znajduje w działaniu starszych przykładu do naśladowania, któryby je wyprowadził z kłopotu i wprowadził na właściwą drogę. Pisklęta wychowane w środowisku ptaków innego gatunku, nie mogą przyswoić sobie śpiewu właściwego ich gatunkowi, próbują wydawać wprawdzie dźwięki, lecz nie są w stanie wydobyć właściwego dźwięku, a nawet drogą naśladownictwa dochodzą do tego, że przyswajają sobie śpiew obcy, właściwy gatunkowi, w którego środowisku zostały wychowane. Początek czynności jest zdeterminowany, wrodzony, wynika z przystosowania ustroju w pokoleniach poprzednich w biegu rozwoju ży-

cia gatunku, lecz dalszy ciąg czynności już nie jest wrodzony, musi być zdobyty przy kierowniczym udziale świadomości drogą naśladownictwa, a narząd wykonywania czynności musi być wytworzony drogą wysiłków i ćwiczeń osobniczych, zmierzających do osiągnięcia wzoru, dostarczanego przez dorosłych. Wpływa to znowu oczywiście w sposób dość znaczny na możność zdeterminowania zgóry samego zjawiska i wprowadza nowe ograniczenia doktryny. Ograniczenie będzie tem większe, im większy będzie udział czynnika psychicznego, jako źródła oddziaływania ustroju na zjawisko świata zewnętrznego. To samo uwarunkowanie zewnętrzne da różną odpowiedź w zależności od różnego rodzaju oddziaływania, jakie wywoła. „Ryk lwa, który rozpędza antylopy, zbiera do kupy szakale; zapadający zmierzch, który, sadza kurę na grzędę, wypędza lisa na żerowisko” (Ward).

Jeżeli ująć sprawę zastosowania determinizmu w dziedzinie biologicznej w jedną zasadę ogólną, to całe zagadnienie sprowadzi się właściwie do stwierdzenia istnienia w przyrodzie doświadczalnego faktu doboru przyrodzonego, t. j. dążenia jestestw organicznych do przystosowywania się w budowie i czynnościach do warunków zewnętrznych. Poza tę granicę zastosowanie doktryny deterministycznej w biologii nie wykracza. Lecz, jak wiemy, sam dobór przyrodzony nie obejmuje całości rozwoju, nie wystarcza całkowicie do jego wytłomaczenia. Tłomaczy część spraw, nie tłumaczy całości. Dobór przyrodzony sam w sobie może być równie dobrze czynnikiem rozwoju dalszego, jak zastoju lub uwstecznienia. Dopiero powstanie doboru podmiotowego, t. j. dążenia ustroju do przystosowywania warunków zewnętrznych do jego potrzeb i wymagań wewnętrznych, wypełnia lukę. Czynniki psychiczny, dobór podmiotowy, łącznie z czynnikiem ściśle biologicznym sensu strictiori, doborem przyrodzonym, uzupełniają się wzajemnie, warunkują dopiero całkowicie pełnię rozwoju. Wpływ czynnika psychicznego na zjawiska rozwoju jest obecnie konkretnym faktem doświadczalnym, stwierdzonym i wątpliwości nie następuje. Świadomość nie tylko nie jest jakimś epiphenomenon rozwoju, cieniem wlokącym się za życiem, niezdolnym w niczem na bieg jego wpłynąć, świstkiem ostrzegawczym na parowozie życia, jak rolę świadomości określił znakomity skądinąd biolog i filozof Huxley, lecz jest niewątpliwym współczynnikiem rozwoju, którego znaczenie i rola rośnie w miarę posuwania się po szczeblach hierarchii zwierzęcej.

Poza szeregiem obserwacji z życia zwierząt dowodzi tego przede wszystkim fakt postępującego rozwoju narządu świadomości, moż-

gu. Gdyby świadomość miała nie być czynnikiem biologicznym, jej narząd musiałby zaniknąć, jak zanika każdy narząd, który utracił rozwojową wartość.

Ponieważ jest przeciwnie, ponieważ mózg nie tylko nie zanika, lecz rośnie i rozwija się systematycznie, przyczem rosną i rozwijają się najbardziej te jego części, które służą czynnościom psychicznym coraz to wyższego porządku, stąd dla każdego biologicznie wyszkolonego umysłu wniosek prosty, że świadomość jest czynnikiem o rosnącym rozwojowym znaczeniu, przyczem czynnościom najwyższego porządku duchowego przypada największa rozwojowa rola, ponieważ narząd tych czynności osiąga największy rozwojowy stopień. Rzecz prosta, że stwierdzenie powyższego faktu w jeszcze większej mierze ogranicza zastosowalność doktryny deterministycznej w dziedzinie biologicznej i w jeszcze większym stopniu poddaje w wątpliwość możliwość zdeterminowania zgóry przyczynowego łańcucha w tej dziedzinie.

A w dziedzinie ściśle psychologicznej.

Jeżeli determinizm jest doktryną słuszną, jeżeli wszystko jest zgóry przesądzone i odbywa się bez mojego udziału, jeżeli ja sam jestem tylko biernym narzędziem w szeregu przyczyn i skutków odemnie niezależnych, jeżeli jestem tylko świadomym automatem, poruszonym przez sprężyny, na których działanie nie mogę wywrzeć wpływu, tem samem jestem nieodpowiedzialny za swoje czyny, jak jest nieodpowiedzialny automat, będący tylko posłusznym narzędziem w cudzym ręku.

Jest to wniosek prosty, narzucający się sam przez się każdemu, a jednakże odrzucany kategorycznie przez każdego, nawet najbardziej przekonanego wyznawcę deterministycznych doktryn. Każdy chce za swoje czyny odpowiadać, nie dopuszcza do uznania siebie za niepočetelnego, buntuje się przeciwko temu całe duchowe jestestwo każdego. I nie jest to ani objaw jakiegoś szczególniejszego przeczulenia moralnego, ani wyraz usposobienia psychopatycznego, lecz objaw najzupełniej normalny i zdrowy. Jest to co prawda tylko doświadczenie wewnętrzne, lecz tak ogólne, że musi liczyć się z niem każdy psycholog-przyrodnik, dla którego w tej dziedzinie ta postać doświadczenia posiada rozstrzygające znaczenie, przed którym musi ustąpić wszelka zgóry powzięta doktryna, podobnie jak musi ustąpić przed doświadczeniem zewnętrznem w każdej innej dziedzinie poznania. Oczywiście nie wszystkie czynności nasze noszą charakter czynności całkowicie od nas zależnych. Nie jesteśmy panami wszystkich na-

szych czynów, to pewne, lecz niewątpliwie nie wszystkie czynności nasze noszą charakter czynności, całkowicie od nas zależnych. Nie jesteśmy panami wszystkich naszych czynów, to pewne, lecz niewątpliwie nie wszystkie są nam zewnątrz narzucone i wiele z naszych postępów nosi wyraźnie charakter dowolny, od nas zależny. Postąpiliśmy tak, bo tak chcieliśmy postąpić.

Oczywiście indeterminizm bezwzględny w znaczeniu „wolnej woli”, t. j. całkowitej dowolności pobudek i chcenia w działaniu nie istnieje, a przynajmniej nie znajduje potwierdzenia w doświadczeniu, lecz nie istnieje także i determinizm bezwzględny w znaczeniu całkowitej bezsilności czynników wewnętrznych pod tym względem. Ponieważ pewnym naszym czynnościom nadajemy charakter czynności dowolnych, zależnych od nas samych, chodziłoby o zbadanie, dlaczego w doświadczeniu wewnętrznym przypisujemy im to szczególniejsze piętno dowolności, odróżniające je od innych, którym tego znaczenia nie nadajemy, oraz o zbadanie fizjologicznych warunków powstawania tych czynności.

Ogólny typ działalności ustrojów jest odruchowy. Wyraża się w nich t. zw. orientacja ustroju, zmiana zajętej przez ustrój postawy w stosunku do zjawisk świata zewnętrznego w wyniku działających na ustrój bodźców zewnętrznych. Lecz oprócz czynności powstałych z powodów zewnętrznych, znamy w biologii czynności, spowodowane przez czynniki wewnętrzne: zmieniony chemizm krwi, zmiany w działaniu gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, zmiany metaboliczne. Są to również przeważnie czynności o charakterze odruchowym, lecz posiadają one w doświadczeniu wewnętrznym charakter odmienny od odruchów, powstałych pod wpływem czynników zewnętrznych. Nadajemy im miano czynności samorzutnych i wydzielamy w kategorię odrębną. Są to zjawiska dość wczesne onto i filogenetycznie. Są to zjawiska niższego porządku duchowego, a źródła ich powstania leżą w granicach roślinnego życia ustroju. Podniety płynące z dziedziny układu współczulnego docierają do ośrodkowego układu nerwowego, powodują zmiany w warunkach fizjologicznych układu, znajdujące wyraz w przeżyciach psychicznych tej kategorii. Poza powyższymi czynnościami, których źródła powstania leżą tak czy inaczej poza granicami ośrodkowego układu nerwowego, należy mieć na uwadze czynności, wynikłe ze zmian fizjologicznych w samym układzie ośrodkowym, jego komórkach nerwowych, własnej ich czynności fizjologicznej, w ich własnym stanie czynnym, powstałym w nich samych,

wskutek nagromadzenia w nich zapasów energii fizjologicznej. Działalność tych komórek stanowiłaby warunek fizjologicznej czynności, której w doświadczeniu wewnętrzem przypisujemy charakter czynności dowolnej. Rzecz ta daje się całkowicie pomyśleć, a przynajmniej niema nic, co by przeczyło takiemu ujęciu sprawy.

Jeżeli natężenie stanów czynnych w komórkach układu nerwowego w okolicach rozwojowo najpóźniejszych, a więc służących czynnościom psychicznym najwyższego porządku duchowego, t. j. w komórkach kory mózgowej, a w pierwszym rzędzie w komórkach warstwy stycznej kory, będzie tego stopnia, że stan czynny w komórkach układu osiągnie przewagę nad stanem czynnym komórek rozwojowo wcześniejszych i jeżeli z tych źródeł popłyną podniety do oddawczej, czynnej strony układu, mamy warunki fizjologiczne czynności, której wyrazem psychicznym w doświadczeniu wewnętrznym będzie doświadczenie czynności dowolnej postępowania.

Jaka jest droga powstania tych zjawisk.

Anatomiczne i fizjologiczne warunki ustroju, w którym przebiegają zjawiska psychiczne, mają na nie, na ich przebieg wpływ rozstrzygający. Duch bezpośredniego wpływu na te warunki nie wywiera. Największy wysiłek woli nie poruszy ramienia, którego spłot nerwowy został przecięty albo jego ośrodek mózgowy został zniszczony. Dla wykonywania czynności psychicznych potrzebne są narządy ich wykonywania. Czynność jest wynikiem działalności narządów, jest to oczywiste. Lecz niemniej oczywiste jest również i to, że narząd sam jest wynikiem czynności, w myśl ogólnej zasady biologicznej, że „la fonction fait l'organe”, czynność tworzy narząd. Narząd beczynny ulega zanikowi, obumiera, narząd czynny rośnie i rozwija się. Czynność jest zasadniczym warunkiem rozwoju narządu, a nawet wprost samego faktu jego istnienia, jego zdolności do życia. Pomiedzy czynnością a jej narządem zachodzi stosunek, określany nazwą interakcji, wzajemnego oddziaływania, jedno warunkuje drugie i jest wzajemnie przez nie warunkowane. Pozbawienie wpływu *bezpośredniego* na budowę i czynności narządów naszego układu nerwowego, *pośrednio*, drogą wykonywania czynności, możemy oddziaływać na jedno i na drugie. Możemy przeobrażać, kształcić, doskonalić, rozwijać narządy własne, możemy, jednym słowem, warunkować, determinować siebie samych. Granice tej autodeterminacji są znaczne.

Trzeba pamiętać, że człowiek z całego królestwa zwierzęcego przechodzi najdłuższy okres dzieciństwa, rozwijać się przeto może

najdłużej. Posiada bardzo plastyczny układ nerwowy, którego plastyczność, jakkolwiek najbardziej podatna do zmian w okresie dziecięcym i młodzieńczym, nie zanika całkowicie nawet w najpóźniejszej starości. Dalej człowiek żyje w bardzo złożonych warunkach społecznego współżycia, które zmuszają go do wytrwałych wysiłków dla sprostania wymaganiom walki o byt, musi przeto, chce czy nie chce, dociągać się do najwyższych wymagań, na jakie go stać. Przez umiejętny dobór środowiska i warunków, w których mu żyć przychodzi, wyzyskuje skutecznie czynnik doboru przyrodzonego. Dlatego też starannie zabiegamy w wychowaniu o „atmosferę psychiczną” t. j. o właściwy dobór bodźców zewnętrznych, działających na ustrój i sprowadzających przystosowanie ustroju do bodźców, jego dociąganie się do nich. Dobór ten w dużej mierze zależy od nas samych. Możemy wybierać pomiędzy działającymi na nas czynnikami. Jednym poddawać się, naśladować je i przystosowywać się do nich, inne osłabiać, tłumić, zwalczać. Od nas samych w dużym stopniu zależy, czy przychodzące z zewnątrz bodźce będą nas duchowo podnosiły, czy obniżały. Dobór przyrodzony może być przez nas wyzyskany zarówno w jednym, jak w drugim kierunku. Ważniejsza może być jeszcze rola doboru podmiotowego, jako czynnika rozwojowego w rozwoju własnym i cudzym. Czynny stosunek do bodźców zewnętrznych, uznanych przez nas za rozwojowo dodatnie, pilne badanie, ażeby przechodziły one całą drogę przewodnictwa nerwowego i dopiero w czynności wyrażnie świadomej znajdowały ujście, ćwiczenia i wysiłki wytrwale podejmowane, ażeby dążenia uznane za dodatnie nie wietrzały, jak kamfora, w samych tylko pomysłeniach, lecz wlewały się w czyny, są to wszystko drogi wyzyskania czynnika doboru podmiotowego, jako czynnika rozwojowego, albowiem w ten sposób zapewniamy okolicom mózgowym rozwojowo późniejszą czynnościową przewagę nad okolicami wcześniej powstałymi, warunek niezbędny dla osiągnięcia całkowitej pełni rozwojowej ustroju. Budowa układu nerwowego jest tego rodzaju, że pełni tej bez ćwiczeń i wysiłków własnych osiągnąć nie można. Narządy nerwowe rozwojowo najpóźniejsze stanowią z urodzenia tylko pewne zaczątkowe twory, z których drogą powtarzanych ćwiczeń wytwarzają się całkowite narządy, t. j. tory i drogi nerwowe w korze mózgowej. Dziecko rodzi się właściwie bez kory mózgowej w powyższym rozumieniu. Czynności następne wytwarzają je, kształcą dalej i doskonają. Posiadanie samych tylko zaczątków narządów nie wystarcza. Potrzeba

nietylko osiągnąć całkowitą fizjologiczną ich sprawność, potrzeba osiągnąć taki stopień tej sprawności, ażeby istniała stała przewaga czynnościowa tych okolic nad okolicami wcześniej powstałymi. Jednem słowem ewolucji budowy powinna towarzyszyć ewolucja czynności, wtedy tylko zostaje osiągnięta całkowita rozwojowa pełnia.

Z urodzenia porządek ten jest odwrotny. Wrodzona sprawność okolic wcześniejszych jest większa, niż okolic powstałych później. Różne czynniki składają się na to. Z nich najważniejszy ten, że okolice te pod względem łatwości dopływu do nich krwi, a z tem i środków odżywczych, są bardziej upośledzone, niż okolice niższe, rozwojowo wcześniejsze. Ciśnienie krwi w naczyniach jest w nich niższe, światło naczyń doprowadzających krew jest węższe, ciała krwi z pewną trudnością muszą przeciskać się przez naczynia, kiedy gdzieindziej przepływają z łatwością. Biologiczna celowość takiego urządzenia jest jasna. Okolice te spełniają czynności najsztudniejsze, najbardziej precyzyjne, nie mogą ulegać zalewowi krwi, który mógłby mącić prawidłowość ich czynności. Krew musi dopływać do nich w takiej ilości, w jakiej każdej chwili jest potrzebna. Dopływ musi zależeć od wykonanej przez komórkę czynności, od zużycia dostarczonych środków odżywczych. Czynność samych komórek reguluje dopływ środków, zwiększa je przy pracy, większem zużyciu, przyciąga je poprostu mocniej lub słabiej w zależności od potrzeby, w miarę dokonanej pracy. Czynność zatem samych komórek jest warunkiem koniecznym ich fizjologicznej sprawności. Dlatego jeżeli chodzi o zapewnienie pewnej okolicy mózgu przewagi nad innemi, muszą być w zakresie czynności wykonywanych przez tę okolicę podejmowane żywsze ćwiczenia, wysiłki, gdyż bez nich przewaga, o którą chodzi, nie może być osiągnięta. W ten sposób przez zmuszanie podmiot do przebywania całej przeznaczonych dla nich drogi i znajdowania ujścia dopiero w czynności wyraźnie świadomej, to znaczy do docierania do rozwojowo najwyższych okolic mózgowych i przechodzenia dopiero tam na drogi ruchowe, zapewniamy tym okolicom przewagę nad okolicami wcześniej powstałymi, co w doświadczeniu konkretnem wyraża się w opanowaniu przez czynniki świadome podświadomych instynktów, nawyków, lub objawów wzruszenia. Dzięki większej sprawności fizjologicznej okolic rozwojowo najpóźniejszych w naszych przeżyciach psychicznych, zamiast działań podyktowanych przez *vis a tergo* instynktowych popędów i ślepej namiętności, wchodzi coraz bardziej w grę czynności, podyktowane przez rozagę i zastanowienie, przez pewną *vis a fronte*

celu, który, zanim zostanie osiągnięty, musi być uznany za dobry, za zgodny z pobudkami wyższego porządku duchowego.

W miarę posuwania się rozwoju rośnie coraz bardziej wpływ i znaczenie tych czynników. Rozwój idzie niewątpliwie w tym kierunku. Od stanów ślepego poddania się wpływom zewnętrznym aż do stanów, kiedy nakazy sumienia przeciwstawiają się najsilniejszym popędom i namietnościom i z tych zapasów wychodzą zwycięsko, obserwujemy szczeble kolejne drabiny rozwojowej, której szczyt zajmuje niewątpliwie człowiek, będący w stanie wszystkie swoje czynności podporządkować nakazom swojej jaźni moralnej. Tylko taki człowiek jest w rzeczy samej wolny, to znaczy wolny nie tylko zewnątrz, t. j. niezależny od działania bodźców zewnętrznych, lecz wolny także i wewnątrz, t. j. niezależny od podnieć, płynących z życia ustrojowego, opanowujący jego pobudki, przeciwstawiający im się czynnie. Dochodzi do tego stopniowo. Droga metodycznych ćwiczeń i wysiłków trzeba wyrobić w swoim układzie nerwowym narządy potrzebne i zapewnić im czynnościową przewagę nad innymi. Każdy musi przebyć tę drogę sam za siebie. Bez tego nie może dźwignąć się na szczebel rozwojowo wyższy. Droga ta to droga czynna. Wiara bez uczynków jest martwa nie tylko w religii, jest martwa także i w psychologii.

Biologicznie niema przeciwieństwa pomiędzy determinizmem i indeterminizmem.

Jako postacie doboru, jeden przyrodzonego, a drugi podmiotowego, oba uzupełniają się wzajemnie, jako czynniki warunkujące rozwój. W początkowych okresach rozwojowych, w onto i filogenezie, przeważa determinizm, ograniczony coraz bardziej w okresach dalszych przez indeterminizm.

Ze stanowiska radykalnego empiryzmu oba pojęcia w swych bezwzględnych postaciach muszą być odrzucone. Ani bezwzględny determinizm, ani bezwzględny indeterminizm, nie znajdują potwierdzenia w doświadczeniu. Znajduje tylko deterministyczny indeterminizm, współistnienie obu w różnym ustosunkowaniu wzajemnym na każdym rozwojowym szczeblu i w każdym rozwojowym okresie.

Z odrzuceniem bezwzględnego determinizmu usuwa się podstawa monizmu, jako przyrodniczego poglądu na świat. Opada również dualizm, niebędący niczem innym, jak zamaskowanym monizmem.

Jeżeli nie monizm i nie dualizm, więc cóż?

Wydaje się, że trzeba nawrócić do odwiecznej protagorejskiej zasady antropodeizmu, że człowiek jest miarą wszelkiej rzeczy, zmor-

dyfikowawszy zasadę zgodnie z wymaganiami, które do naszego myślenia naukowego wprowadza przyrodnicza wiedza współczesna, a w szczególności prawo rozwoju. Twierdzenie d'Alemberta, że świat to jeden fakt i jedna prawda, dzisiaj nam już nie wystarcza. Światów jest tyle, ile jest jednostek, które go ujmują, a prawd tyle, ile ust które je głoszą. Inny jest świat ameby, a inny człowieka, i niema jednej prawdy, bo nawet si duo dicunt idem, non est idem.

Pluralizm jest jedynie biologicznie uzasadnioną postacią poglądu na świat.

Zasadniczym błędem obu monizmów, zarówno materialistycznego, jak idealistycznego, a także i dualizmu, jest fatalistyczne przeświadczenie, iż świat ten jest tworem skończonym, niezmiennym, że pozostaje takim, jakim wyszedł z szóstego dnia genezy.

Jest przeciwnie.

Jest niewątpliwym faktem doświadczalnym, że świat tworzy się ciągle, że zmienia się stale, przeobraża się, ulega ewolucji i że ta ewolucja jest twórcza, przysparza stale dóbr, a zasadniczym źródłem tej twórczości jest czynnik psychiczny.

„Kto nie chce uznać rozumu przez małe r, jakoczyznika rozwoju musi uznać Rozum przez duże R, jako jego źródło”, powiada znakomity humanista oxfordzki F.G. Schiller w jednym ze swych szkiców filozoficznych, zatytułowanym „Darwinizm i przeznaczenie”.

Kiedy myśli się o tem, mimowoli przychodzą na pamięć słowa Spinozy, że człowiek żyjący sub specie mali tj. widzący tylko zło i tylko unikający zła, jest jeszcze niewolnikiem, że wolny dopiero jest człowiek, żyjący sub specie boni, tj. człowiek widzący także i dobro i tworzący to dobro.

O KONIECZNOŚCI REORGANIZACJI SZPITALNICTWA PSYCHJATRYCZNEGO W POLSCE.

podał

D-r ROMAN ZAGÓRSKI *).

- Prawidłowa organizacja szpitalnictwa psychiatrycznego wymaga:
- 1) aby każdy Zakład psychiatryczny obsługiwał ściśle określoną część kraju,
 - 2) aby pojemność Zakładu t. j. ilość jego łóżek etatowych odpowiadała potrzebom przydzielonego mu terytorjum.

W obu tych zakresach panują u nas stosunki nie tylko chaotyczne, ale, ze względu na zrośnięcie się Państwa z 3 zaborów o różnych poziomach kultury ogólnej i psychiatrycznej, wprost dziwaczne.

Przedewszystkiem granica dawnego zaboru pruskiego dzieli Państwo na 2 części, mianowicie *na mniejszą* o 4 milionach ludności, złożoną z województw pomorskiego, poznańskiego i śląskiego, i *na większą* o około 23 milionach ludności, złożoną z pozostałych 12 województw, miasta stoł. Warszawy i Ziemi Wileńskiej.

Pierwsza z nich otrzymała w spadku po zaborcy 8 wielkich Zakładów psychiatrycznych**) o około 6600 łóżkach etatowych, a więc 1 łóżko na około 600 mieszkańców. Druga z nich rozporządza 3-ma wielkimi Zakładami w Kobierzynie, Kulparkowie i Tworkach, nadto zaś szeregiem mniejszych Szpitali psychiatrycznych (Kochanówka, Drewnica, Warta) oraz szpitali, oddziałów szpitalnych i przytułków w Warszawie, Wilnie, Krakowie, Lwowie i w pomniejszych miastach b.

*) Odczyt wygłoszony 14 lipca 1925 na XII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w sekcji psychiatrycznej.

**) Weiherowo, Kocborowo, Świecie n. Wisłą, Dziekanka, Owińska, Kościan, Rybnik, Lubliniec,

Kongresówki, co łącznie stanowiło dla b. Królestwa kongresowego w d. D-ra W. Chodźki 2657 łóżek psychiatrycznych w r. 1911, dla b. zaś zaboru austriackiego stanowi łóżek około 1800. Ponieważ ilość łóżek w Ziemi Wileńskiej i w Województwach wschodnich (z wyłączeniem małopolskich) nie wchodzi poważnie w rachubę, można przyjąć w zaokrągleniu, że druga większa część Polski liczy około 4500 łóżek psychiatrycznych, co stanowi w stosunku do ludności 1 łóżko na około 5100 mieszkańców. Tak więc, gdy zachodnia mniejsza część Państwa znajduje się pod względem ilości łóżek psychiatrycznych na poziomie kulturalnych Państw europejskich, druga znacznie większa część Państwa znajduje się niejako poza nawiasem stosunków kulturalnych. Nadto, gdy Zakłady zachodnie posiadają w obrębie swych województw ściśle określone rejony terytorjalne, które obsługują, to państwowe Zakłady psychiatryczne w Kobierzynie, Kulparkowie i Tworkach nie mają dotąd ściśle określonych rejonów terytorjalnych. Wskutek bezpośredniego pobliża Województwo kieleckie skierowuje w ogromnej większości chorych do Kobierzyna, Województwo wołyńskie zaś, a częściowo i Województwo lubelskie do Kulparkowa, wskutek czego zakres działania obu tych zakładów małopolskich znacznie się zwiększył, tak że Zakład w Kobierzynie obsługuje terytorjum o około 4 i pół miliona, Zakład zaś w Kulparkowie o około 7 milionów ludności. W ten sposób jedno łóżko psychiatryczne w Małopolsce wypada na przeszło 6000 mieszkańców, kiedy w b. Galicji stosunek ten wynosił w d. Chodźki w roku 1911 — 1 na 4379.

Jak z powyższego wynika, dokonał się, niejako drogą naturalnego układu stosunków, podział Państwa Polskiego pod względem szpitalnej opieki psychiatrycznej na 3 terytoria: na terytorjum zachodnie o stosunku łóżek psychiatrycznych do ludności jak 1:600, na terytorjum południowe (4 Województwa Małopolskie, Województwo Kieleckie i Województwo Wołyńskie) o stosunku jak 1 do około 6000 i na terytorjum północne, obejmujące resztę Województw i Ziemię Wileńską i liczące tyleż prawie ludności, co terytorjum południowe, o stosunku 1 do około 4200.

Oczywiście powyższego obliczenia stosunku łóżek psychiatrycznych do ludności na poszczególnych terytorjach nie można uważać za ściśle. Oparte jest ono o różne źródła pochodzące z różnych czasów i w różny sposób obliczające łóżka psychiatryczne. Dane, dotyczące terytorjum zachodniego, wzięte są z Laehra: „Die Anstalten für psychisch Kranke” z roku 1912 i ze sprawozdania Dziekanki, wydru-

kowanego w roku bieżącym w I-szym zeszycie „Nowin psychiatrycznych”. Ilość łóżek psychiatrycznych w b. Królestwie Kongresowem wzięto z obliczenia Dra W. Chodźki w pracy pod tytułem „Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Kongresowem w ostatnich latach okupacji rosyjskiej i w chwili obecnej”, które dotyczy liczby łóżek psychiatrycznych w Kongresówce w dniu 1 stycznia 1911 r., nie uwzględnia jednak ilości łóżek etatowych, ale tylko faktyczne obłożenie łózkami szpitala. Ilość łóżek psychiatrycznych w Małopolsce obliczono na podstawie etatowej liczby łóżek w Kobierzynie (550) i Kułparkowie (1111),—ilość faktycznych łóżek w obu tych Zakładach jest wskutek ich przepełnienia znacznie większa — i doliczono do nich łóżka psychiatryczne szpitala krakowskiego, lwowskiego, Kliniki psychiatrycznej krakowskiej i sanatoriów prywatnych w Lwowie i w Bato-wicach pod Krakowem; nie doliczono natomiast zakładu poprawczego w Przedzielnicy i łóżek przytułkowych, które Dr. Chodźko dolicza w powyżej cytowanej swej pracy. Również zachodzą znaczne różnice co do jakości między poszczególnymi zakładami psychiatrycznymi, z których tylko część stoi co do urządzeń na poziomie wymagań współczesnej nauki. Dr. W. Chodźko np. uważa, że w b. Kongresówce można jedynie szpital św. Jana Bożego w Warszawie, Tworki, Kochanówkę, Drewnicę, Wartę, oddział psychiatryczny szpitala żydowskiego w Warszawie, a do pewnego stopnia także oddziały psychiatryczne 2 szpitali lubelskich, nazwać szpitalami psychiatrycznymi w ścisłym pojęciu, z tem jednak zastrzeżeniem, że żaden z nich nie stał w roku 1911 na poziomie wymagań współczesnej nauki, ani mógł się równać z przeciętnym europejskim szpitalem psychiatrycznym.

Co do innych instytucji psychiatrycznych w b. Królestwie—mówi krótko, że nie odpowiadały one najskromniejszym wymaganiom opieki nad umysłowo chorymi. Z pośród zakładów małopolskich jedynie Zakład Kobierzyński jest w całym słowa znaczeniu nowoczesnym europejskim zakładem psychiatrycznym. Wreszcie, wskutek najniefortunniejszego geograficznego rozmieszczenia zakładów, pewne części państwa, jak n.p. Ziemia Wileńska, znajdują się w szczególnie niekorzystnem położeniu co do ilości łóżek psychiatrycznych w stosunku do ludności.

Że jednak, mimo nieściśłości, obliczenie stosunku łóżek psychiatrycznych do ludności w 3-ch powyżej wyodrębnionych terytorjach Państwa zdaje się być w grubszych zarysach zbliżone do faktycznego stanu rzeczy, dowodzi następująca tabela porównawcza, oparta o da-

ne statystyczne za rok 1924, wyjęte z opublikowanych drukiem w roku 1925 sprawozdań zakładów w Dziekance, Tworkach i Kobierzynie, a odzwierciedlające niejako pod względem ilościowym stan opieki nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim, rosyjskim i austriackim.

ZESTAWIENIE PORÓWNAWCZE

stosunku ilości miejsc do liczby chorych z Zakładów: Dziekanka, Tworki i Kobierzyn w r. 1924.

Wyszczególnienie:	Ilość miejsc dla chorych w r. 1924.	Stan chorych z 1/1 1924.	Stan chorych z 31/12 1924.	Ilość przyjęć w r. 1924.	Ogólna ilość leczonych w r. 1924.	Odsetka przyjęć w stosunku do stanu chor. z 1/1 1924.	Odsetka przyjęć w stosunku do ilości miejsc dla chorych	Przepełnienie w Zakładzie w dniu 31/12 1924.	Odsetka śmiertelności w Zakładzie w r. 1924.	Lekarzy oddziałowych.	Ilość personelu pielęgniarskiego (cyfry z końca r. 1924).
Dziekanka	962	616	576	186	802	30.2%	19.3 ⁰ / ₀	—386	(Kobierzyn) 6.90 ⁰ / ₀	4	87 (1:6.6)
Tworki	650	706	786	525	1231	74.3%	80.7 ⁰ / ₀	+136	6.42 ⁰ / ₀	7	135 (1:5.8)
Kobierzyn	460	5 ²⁶	815	826	1412	141.0 ⁰ / ₀	179.5 ⁰ / ₀	+334	*) 6.16 ³ / ₀	5	133 (1:6.4)

W tabeli tej stanowi odsetka rocznego napływu chorych w stosunku do ilości łóżek etatowych niejako punkt węzłowy obchodzącego nas zagadnienia. Odsetka ta wynosi dla Dziekanki 19, dla Tworek 80, dla Kobierzyna wprost nieprawdopodobną cyfrę 179%. Oczywiście wysokość rocznego napływu chorych do Zakładu zależy może od różnych okoliczności, niewątpliwie jednak zależy ona w pierwszym rzędzie od wielkości terytorjum, które Zakład obsługuje i ilości ludności na tem terytorjum.

Pozatem tabela ta rzuca światło na warunki pracy lekarskiej i warunki lecznicze powyższych Zakładów. Jeżeli przyjmiemy warunki te w Dziekance za normalne, to w Tworkach były one w roku 1924 4 razy, w Kobierzynie zaś aż 9 razy gorsze od normalnych, albo wyrażając tę samą rzecz innemi słowy, jeżeli Dziekanka wykonała w roku 1924 zadania jednego normalnego Zakładu, to Tworki pracowały za 4, Kobierzyn zaś aż za 9 takich Zakładów. Doniosłe znaczenie ma wreszcie ta pozycja tabeli, która wykazuje, że przy końcu roku 1924 Dziekanka miała 386 miejsc wolnych, podczas gdy Tworki liczyły 136 chorych, Kobierzyn zaś 329 chorych ponad ilość łóżek etatowych.

W tabeli celowo nie zamieściłem zakładu psychiatrycznego w Kułparkowie, wymaga on bowiem specjalnego omówienia. Zakład ten

*) Z doliczeniem chorych Kobierzyńskich zmarłych w Dziekance 6.90⁰/₀

w głównej swej części jest typu koszarowego i zupełnie przestarzałego (zbudowany w roku 1875), w nowszej zaś jest typu pawilonowego, ale o urządzeniach w znacznej części nie celowych, cierpi na chroniczny brak wody, nie ma kąpeli długotrwałych, jest oświetlony dotychczas naftą,*) a ogrzewany przeważnie piecami; obliczony jest na 1111 łóżek etatowych. 1 stycznia 1924 liczył Zakład ten chorych 1622, u schyłku zaś tego roku 1810, był zatem przepełniony niemal w tym samym stosunku, co Zakład Kobierzyński, ze względu jednak na brak celowych i nowoczesnych urządzeń pracował w warunkach bez porównania gorszych. W ciągu roku 1924 przyjęto do Zakładu 1273 chorych, co w stosunku do stanu z 1 stycznia 1924 stanowiło 78. 4, w stosunku zaś do łóżek etatowych 114. 6%. W roku b. uległy stosunki te dalszemu znacznemu pogorszeniu. Napływ bowiem chorych wyniósł za pierwszą połowę 1925 roku 771 czyli, że miesięcznie przyjmowano przeciętnie około 130 chorych.

Najwyższy stan chorych doszedł już dwukrotnie do cyfry 1930 i tylko dzięki odesłaniu do zakładów poznańskich 150 chorych udało się chwilowo obniżyć liczbę chorych do 1850. Tak niepomierne przepełnienie obu zakładów małopolskich /Kobierzyn, mimo odstawienia 72 chorych w styczniu b. r. do Kościan, liczył na początku lipca 911 chorych, Kulparków 1850 chorych) skłoniło Tymczasowy Wydział Samorządowy we Lwowie do wstrzymania przyjęć z województwa wołyńskiego, lubelskiego i kieleckiego. Oprócz tego odniesiono się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o zabranie z zakładów małopolskich chorych, pochodzących zpoza Małopolski. Tak samo odniósł się T. W. S. do Ministerstwa Spraw Wojskowych, o zabranie z Zakładów Małopolskich około 140 chorych wojskowych, pozostających na koszcie wojskowości.

Wszystkie te jednak środki zapobiegawcze mają charakter raczej teoretyczny i nie zmniejszyły dotąd ani napływu chorych, ani przepełnienia. Brak kredytów nie pozwala również na przesłanie w roku b. większej ilości chorych do Zakładów zachodnich; Kulparków może odesłać tam jeszcze najwyżej 100 chorych, Kobierzyn 50. W tych warunkach liczyć się trzeba poważnie z możliwością, że prędzej czy później dojdzie stan chorych w Kulparkowie do 2000, w Kobierzynie do 1000 chorych, poczem stanie się nieodzownem wstrzymanie wogóle przyjęć do obu Zakładów.

*) Dzięki Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu we Lwowie, Zakład zostanie w niedługim czasie zaopatrzony w wodę i światło elektryczne,

W ten sposób wytworzyć się może rychło ta paradoksalna sytuacja, że 4 Województwa Małopolskie stracą możność umieszczania chorych swych w Zakładach, gdy równocześnie w Województwach zachodnich tysiące miejsc psychiatrycznych stać będą pustką lub służyć celom niepsychiatrycznym.

Zachodzi pytanie, jak wybrnąć z tej sytuacji. Teoretycznie odpowiedź jest łatwa: należy przystąpić bezzwłocznie do budowy nowych zakładów, w międzyczasie wyzyskać w wyższym stopniu, niż dotychczas, wolne miejsca psychiatryczne w zakładach zachodnich. Praktycznie jednak natrafia się odrazu na cały szereg poważnych trudności.

Przedewszystkiem kto ma budować nowe Zakłady? Rząd centralny nie chce mieć państwowego szpitalnictwa psychiatrycznego, chce je przekazać Samorządom wojewódzkim. Samorządy wojewódzkie, na których ewentualnie obowiązek ten by spoczął, na razie nie istnieją i najprawdopodobniej nie prędko powstaną, nie będą zresztą miały zapewne dostatecznych środków finansowych. Wydziały i Starostwa Krajowe w zachodniej części Polski nie mają dostatecznych środków na utrzymanie swoich zakładów. Zakład psychiatryczny w Wejherowie przestał służyć swoim celom od roku 1922, w Rybniku i Kościanie zajęły znaczną część miejsc psychiatrycznych instytucje niepsychiatryczne, dochodzą wiadomości o zamierzonym zamknięciu Zakładu w Kościanie.

Następnie akcja rozbudowy szpitalnictwa psychiatrycznego wymaga ściśle określonego planu budowy nowych zakładów z wyznaczeniem miejscowości, planu, który powinien być oparty o możliwie ściśle urzędowe dane co do ilości psychicznie chorych w poszczególnych Województwach w całym Państwie. Oparcie planu takiego o teoretyczną przesłankę, według której na tysiąc mieszkańców wypada przeciętnie 3 psychicznie chorych, z których przynajmniej jeden powinien znaleźć umieszczenie w Zakładzie, byłoby zupełnie nierealne, ze względu na znaczną ilość zakładów, któreby należało zbudować i ze względu na ciężkie położenie finansowe Państwa. Natomiast możnaby się w tym względzie oprzeć o wyniki ankiety psychiatrycznej, zwołanej w roku 1913 przez galicyjski wydział krajowy we Lwowie. Ankieta ta, w której wzięli między innymi udział Prof. Halban, Prof. Mazurkiewicz, śp. Prof. Mikulski, i prof. Piltz, określiła dla Galicji, liczącej wówczas przeszło 8 milionów mieszkańców, 4 tysiące łóżek psychiatrycznych jako minimum. W tym stosunku wypadaloby na Państwo Polskie minimalnie około 13 tysięcy pięćset łóżek, — z których — o ile źródła; na których oparłem obliczenie łóżek psychiatrycznych w Państwie, są w od-

niesieniu do obecnego stanu ściśle i o ile zostałyby odzyskane stracone dla celów psychiatrycznych łóżka dla psychicznie chorych w Województwach zachodnich — istnieje już u nas około 11 tysięcy, co prawda jak najniekorzystniej geograficznie rozmieszczonych.

Chodziłoby zatem na razie o budowę przynajmniej 3 Zakładów po 800 łóżek każdy. Nadto należałoby uzupełnić Zakład Kobierzyński przez zbudowanie przewidywanych od początku dalszych 8-miu pawilonów dla chorych, co zwiększyłoby ilość łóżek etatowych tego Zakładu do 800.

Również sprawa wyzyskania wolnych łóżek psychiatrycznych w Województwach zachodnich nie jest wolna od powikłań. Przede wszystkim opór rodzin chorych utrudnia w pewnym stopniu wysyłanie dostatecznie wielkich transportów chorych z zakładów przepełnionych do Zakładów zachodnich.

Następnie zakłady zachodnie bronią się przed przyjmowaniem pewnych kategorii chorych, gdyż pogarsza to ich warunki i wyniki leczenia. Dalej wydatność pomocy ze strony tych zakładów zależy od odzyskania zamkniętego zakładu psychiatrycznego w Wejherowie i tej części łóżek psychiatrycznych, którą utraciły inne zakłady na rzecz instytucji niepsychiatrycznych. Oprócz tego należałoby obu zakładom małopolskim i zakładowi w Tworkach zapewnić możliwość wydawniejszej od dotychczasowej ewakuacji do zakładów zachodnich, co wymaga zwiększenia wyznaczonych na ten cel kredytów.

Większość wszystkich powyżej poruszonych zagadnień nie da się poruszyć z martwego punktu bez stworzenia centralnego urzędu psychiatrycznego przy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, jako jedynego organu, któryby mógł objąć całokształt sprawy, obmyśleć szczegóły akcji i dopilnować jej zrealizowania.

Plan zatem reorganizacji szpitalnictwa psychiatrycznego przedstawiałby się w ogólnych zarysach w sposób następujący: Winien powstać Urząd Centralny przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, który ujmie ster sprawy, wypracuje plan szczegółowy i wprowadzi go w życie. Przede wszystkim należy wypracować tymczasowy plan rozbudowy szpitalnictwa psychiatrycznego, opierając się narazie o stosunek 1 łóżka psychiatrycznego na 2000 mieszkańców. Przez zbudowanie 3 zakładów, jednego na Ziemi Wileńskiej, jednego we Wschodniej Kongresówce i jednego w Małopolsce uda się niewątpliwie poprawić znacznie stan opieki szpitalnej nad psychicznie chorymi, o ile nastąpi racjonalny rozdział terytorjalny między poszczególne Zakłady. Po odzyskaniu stra-

conych miejsc psychiatrycznych w Zakładach zachodnich należy pozostawić część z nich na użytek ludności tamtejszej, pozostałe zaś użyć jako rezerwę dla 3 obecnie funkcjonujących Zakładów państwowych aż do czasu, dopóki 3 projektowane Zakłady nie zostaną zbudowane.

Program ten jest programem minimalnym i ma na celu doraźne tylko uporządkowanie stosunków w szpitalnictwie psychiatrycznym w Państwie. Utworzy on niejako fundament dla dalszej rozbudowy szpitalnictwa.

Oczywiście wszystkie rzucone tu myśli mają charakter luźnych uwag i bynajmniej nie mają pretensji do trafności. Sprawa jest tak trudna i zawiślana, że powinna stać się przedmiotem szczegółowego zbadania przez specjalnie ad hoc zwołaną komisję psychiatryczną, która jedynie byłaby powołana do przedstawienia planu sanacji, i ustalenia wytycznych rozbudowy szpitalnictwa psychiatrycznego.

To też na podstawie przytoczonych faktów i cyfr, dowodzących dobitnie, jak palącą jest potrzeba zreorganizowania szpitalnictwa psychiatrycznego, wnoszę, aby zwrócić się do Rządu o 1) jaknajrychlejsze zwołanie komisji psychiatrycznej, któraby sprawę państwowej opieki nad umysłowo chorymi rozważyła i ustaliła linje wytyczne jej reorganizacji i rozbudowy; 2) o powołanie do życia centralnego Urzędu psychiatrycznego przy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, jako organu, mającego czuwać nad przeprowadzeniem tej reorganizacji i rozbudowy.

Z kliniki chorób nerwowych (Dyrektor prof. Dr. K. Orzechowski) i z kliniki psychiatrycznej (Dyrektor prof. Dr. J. Mazurkiewicz) Uniwersytetu Warszawskiego.

ZESPÓŁ PARKINSONOWSKI W PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM*)

podał

FRANCISZEK WICHERT.

(z 3 fot.)

Porażenie postępujące należy do chorób o największej różnorodności objawów i stanów, różnorodności do tego stopnia posuniętej, że niema prawie w psychiatrii objawu, który w porażeniu postępującem nie mógłby być napotkany, że niema prawie choroby psychicznej, którejby porażenie postępujące w pewnym okresie swego przebiegu nie imitowało. Z drugiej strony o etiologii, patogenezie, objawach, i to zarówno somatycznych jak i psychicznych, przebiegu oraz anatomii patologicznej żadnej innej choroby psychicznej nie wiemy tyle, co o porażeniu postępującem.

Pomimo swej różnorodności objawów, cierpienie to posiada, dzięki dokładnej jego znajomości, ustalone główne zasadnicze objawy, które w tym zespole nie są spotykane w innych chorobach, które tworzą jakby zrąb dla szeregu pozostałych objawów i dzięki którym rozpoznanie nawet w przypadkach nietypowych jest nie tylko możliwe ale i pewne, z wyjątkiem niewielu przypadków, gdzie różniczkowanie od kiły mózgu może narażać pewne trudności.

Różnorodność objawów i przebiegu chorobowego, zależna od umiejscowienia i stopnia nasilenia lokalnego procesu chorobowego i zmian anatomopatologicznych, wywołała potrzebę wyosobnienia i ustalenia pewnych postaci tego cierpienia.

W roku 1901 Alzheimer ¹⁾ odróżnia już 7 odrębnych postaci porażenia postępującego;

*) Praca ta, przyjęta jeszcze w r. 1923 do „Rozpraw Akademii Nauk Lekarskich”, nie została w nich wydrukowana z powodu zawieszenia wydawnictwa na czas nieograniczony.

1. Paralysis progressiva
2. P. P. Lissauera
3. P. P. foudroyante
4. P. P. cerebellaris
5. P. P. z pierwotnem schorzeniem w thalamus opticus
6. taboparalysis
7. P. P. senilis.

Postać porażenia postępującego, w której pierwotne schorzenie znajduje się w znacznej mierze we wzgórku wzrokowym, wyróżnia się klinicznie ruchami płasawiczymi w kończynach, niezależnymi od ataków porażennych.

Ostatnio w krótkich odstępach czasu miałem możność obserwowania trzech przypadków porażenia postępującego (jednego w klinice neurologicznej, dwóch w klinice psychiatrycznej), które, a szczególnie jeden, łudząco naśladowały drżączkę porażną.

Na podstawie tych przypadków i przeglądu bardzo skąpego w tym kierunku pśmiennictwa, uważam za uzasadnione ściśle wyodrębnienie tej postaci porażenia postępującego. Byłaby to *postać Parkinsonowska* porażenia postępującego, do której zbliżałaby się grupa piąta Alzheimera, niewątpliwie o wiele mniej typowa i, jeżeli chodzi o wejrzenie zewnętrzne, mniej zwarta i stała.

Przypadek I. B. Michalina, 35 l., żona ekonoma, przybyła do kliniki chorób nerwowych dn. 23/XI—1921 r. Mąż podaje, że chora od 7-go roku życia miewała często napady śmiechu lub płaczu mniej więcej $\frac{1}{2}$ godziny trwające, aż do utraty przytomności, przytem piana z ust pokazywała się pod koniec napadu, potem odzyskiwała przytomność i nie pamiętała, co się w czasie napadu działo. Raz roniła, trzy razy rodziła, przy ostatnim porodzie drgawki (1919 r.). W roku 1918 przeszła hiszpankę, miała gorączkę i ból głowy, dreszcze przez dwa dni, wówczas chorował też mąż, a matka zmarła (była epidemia lokalna). Menses regularne, teraz obfitsze. Mąż zaprzecza zakażeniu kiłowemu, ojciec chorej przechodził podobno kiłę (?). W roku 1918 w grudniu, w czasie ostatniej ciąży, skarżyła się na odrętwienie w kończynach lewostronnych. W listopadzie 1919 r. skutkiem przestachu dostała napadu płaczu, poczem zaczęła się skarżyć na odrętwienie kończyn lewostronnych, najpierw dolnej, potem górnej i lewej połowy twarzy i języka, straciła mowę na $\frac{1}{2}$ godziny, nie tracąc przytomności. Odrętwienia takie powtarzały się co miesiąc, potem dwa razy w tygodniu, ustąpiły zupełnie przy leczeniu arsenikiem z walerjaną. W roku 1921 także napady trwały znów od lutego do kwietnia, poczem ustaly, ale odtąd osłabły nogi, chora suwała niemi po podłodze, upadała, skarżyła się na sztywnienie ciała. Od czerwca chora zaczęła wykazywać zaburzenia mowy, powtarzając to samo, nie kończąc zdań zaczętych, traciła pamięć.

Odczyn Bordet-Wassermana w krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym +++.

Płyn przezroczysty, pod znacznem ciśnieniem, odczyn Sicard'a i Widala w modyfikacji Nonne-Apel'ta+, 5—6 limfocytów w 1 mm³,

Chora wzrostu średniego, odżywiona dobrze. Twarz zastygła w wyrazie półuśmiechu, zadowolenia; od czasu do czasu wybucha śmiechem bez przyczyny. Leży prawie stale ze zgiętymi łokciami i kolanami, ustawienie stóp prawidłowe. W palcach rąk skłonność do ustawienia Parkinsonowskiego „w daszek”, niemal, stale silnie się zarysowują obustronnie m.m. mostkowo-obojczykowo-sutkowe. Przewracanie się na boki, siadanie w łóżku prawie niemożliwe. Posadzona siedzi z głową pochyloną naprzód i na lewo, z całym tułowiem, zwieszonym ku lewej stronie. Przy chodzeniu,—możliwem tylko przy pomocy,—kończyny dolne są lekko zgięte w biodrach i w kolanach, chora poważnie wykonywa ruchy ze stawów kolanowych i to dosyć szybko, silnie przechylając się naprzód i pośladki podając wtył, z głową pochyloną naprzód z przechyleniem całej osi ciała pod kątem prawie 60° naprzód, skutkiem czego nie przytrzymywana padałaby naprzód.



Przy wykonywaniu ruchów w pozycji leżącej widać, że w górnych kończynach są one nieco spowolnione, w dolnych rażąco powolne. Chora ruchów nie dokańcza. Często kataleptyczne ułożenie górnych kończyn. Siła wszędzie bardzo dobra. Stężenie mięśniowe wybitne przy wykonywaniu ruchów biernych w stawach łokciowych i kolanowych, po prawej stronie większe niż po lewej, o charakterze wybitnie zębiastym, zupełne rozprostowanie prawego łokcia udaje się z trudnością. W prawem przedramieniu przykurczenie mięśni zwracających na wewnątrz. Wzmoczenie odruchowości w zakresie twarzy. Żrenica lewa szersza od prawej. Obie nie oddziałują na światło i przystosowanie. Odruchy głębokie żywe (z kończyn górnych, kolanowe i ze ścięgna Achillesa), kolanowy lewy żyw-

szy od prawego, Babiński i inne spastyczne patologiczne ujemne, oprócz obustronnego słabego odruchu Rossolimo. Odruchy podeszwowe i brzuszne zachowane. Odruchy obronne nieobecne. Brak ataksji. Drżenie niestałe w palcach prawej ręki, nierówne, powolne naprzemian to zgięcie, to odwiedzenie i t. d. masowy niepokój (wysuwanie i cofanie) języka, czasem w wargach. Mowa drżąca, powtarza poszczególne sylaby, przeinacza je i przestawia. Drżenia przy ruchach się nie nasilają. Przy drażnieniu prądem zmiennym wykazuje się wyraźna skłonność do zastygania w niektórych mięśniach międzykostnych, wybitna przetrwalność skurczów w mięśniu piszczelowym przednim, w prostowniku palucha długim i po jednej stronie w zginaczach stopy. Ponadto, wieloraczenie się skurczów po ustaniu drażnienia wcale wyraźne w prostowniku długim palucha obustronnie.

Chora nie wie jaki jest dzień, miesiąc, pora roku i rok. Jest w Warszawie, ale nie nazywa domu w którym znajduje się, zgadza się na każdą nazwę. Jak dawno tu jest, nie wie, również i z jakiego powodu. Nie pamięta, kiedy się urodziła, kiedy wyszła za mąż. Imion dzieci, dni w tygodniu wyliczyć nie może. Bogata nie jest. Ludzie są dobrzy. Jest zadowolona. U chorej łatwo wywołać śmiech lub płacz. $2 \times 3 = 2$, $2 \times 2 = 4$, $3 \times 2 = 5$.

Przypadek II. K. Józefat, lat 45, wędliniarz, przybył do szpitala Jana Bożego 24/II—1922 roku, do kliniki psychiatrycznej 6/V—22. Żona podaje, że w rodzinie chorego podobno nikt na umysł ani choroby nerwowe nie chorował. Chory miał jednego brata, który zmarł w 8—10 roku życia, i jedną siostrę, która jest zdrowa. Zakażenia kilowego podobno nie było. Alkoholu nie nadużywał. Był w niewoli niemieckiej, gdzie podobno chorował na „wyrzuty” na nodze. Żadnych chorób gorączkowych nie przechodził. Od czasu powrotu z niewoli aż do pójścia do szpitala żadnej choroby wogóle, ani bólów głowy nie miał. Jedno dziecko żyje, jest wątpliwe, jeden przedwczesny poród u żony w 7-yim miesiącu, dwoje dzieci zmarło w kilka godzin po urodzeniu. W 1919 r. zauważyła żona, że K. po powrocie z niewoli niemieckiej był zdenerwowany, małomówny, mniej ruchliwy, lecz spał nieźle, pracował. Prócz tego skarżył się, że nie może utrzymać moczu, szczególnie w nocy. Miewał już wtedy drętwienia w prawej połowie ciała, które trwały zwykle przez kilka minut, występując napadowo i powtarzając się po kilka razy dziennie. Stopniowo drętwienia te ustąpiły, na ich miejsce zaś wystąpiły w sierpniu 1920 roku drżenia, najpierw w prawej kończynie górnej, później w dolnej i w całym ciele, a jednocześnie wystąpiły zaburzenia w mowie i utrata pamięci. Drżenia, zaburzenia w mowie i chodzie, oraz stan psychiczny stopniowo pogarszały się aż do ostatnich czasów. Pracować przestał w poście 1921 roku. Był spokojny, nie podniecał się, przez cały dzień siedział beczynn timer. Od rzeczy zaczął mówić dopiero ostatnio, przed przybyciem do szpitala chory miał 3 ataki, robił się wtedy czerwony, drętwy, nieprzytomny, przez pewien czas potem zupełnie nie mówił i nie rozumiał co się do niego mówi.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; odczyn Sicard'a i Widal'a w modyfikacji Nonne-Apelt'a wybitnie dodatni, białka—2, 7^{000} , białych ciałek—160 w 1 mm³, odczyn Bordet-Wassermann'a w płynie + + +, w krwi + + +.

Budowa prawidłowa, uwłosienie ad pubem typu kobiecego. Granice płuc obniżone, wypuk w dole pudełkowy, szmery oddechowe zaostrome.

Wymiary serca powiększone, tony bardzo głuche, tętno 84 mierowe, równe, tętnica twarda. Wątroba powiększona nieznacznie wypukiem, śledziona nie powiększona. Chory ma stale głowę silnie przechyloną naprzód, przy leżeniu przeważnie trzyma głowę uniesioną w powietrzu nad poduszką.



Siedząc i stojąc ma obniżony bark prawy, lewy zaś silnie podany naprzód wskutek skrętu kręgosłupa, kończyna górna prawa w odwiedzeniu mniej więcej 30° , zgięta stale w łokciu pod kątem zmiennym, z lekko zwróconem nazewnątrz (supinatio) przedramieniem, nadmierne rozgięcie nadgarstka, palce zgięte we wszystkich stawach, prócz palucha, który jest wyprostowany, przywiedziony i opiera się opuszką o drugi palec.

W pozycji leżącej kończyny dolne są w miernem odwiedzeniu i lekko skrócone nazewnątrz w biodrze, zgięte w kolanach pod kątem mniej niż 45° , stopy są zazwyczaj ustawione pod kątem prostym.

W stojącej pozycji kończyny dolne są obie zgięte w biodrze i kolanie, lewa czasem wyprostowana w kolanie, stopy pod kątem prostym do podudzia ustawione, są nieco skręcone nazewnątrz dość blisko siebie; chory chodzi małymi krokami, niewiele unosząc stopy od podłogi, jednak nie suwa nimi, a tylko, gdy występuje drżenie, uderza paluchem o podłogę w chwili, gdy ma stopę postawić. Twarz ma stale ten sam wyraz, zależny od pewnego stopnia napięcia mięśniowego. Zrenice równe, nie oddziałują na światło, oddziaływanie na przystosowanie zachowane. Przy opukiwaniu dolnej i górnej szczęki, a także i nosa, wywołuje się żywe skurcze mięśni dolnych twarzowych obustronnie, Chwostek ujemny, odruch żwaczy mierny. Zaznaczony po obu stronach odruch dłoniowo-podbródkowy. W języku drżenie masowe, podobne do drżenia w drżące porażnej. Poza tem wykazuje niedowład pozostały po obwodowym urazem porażeniu nerwu twarzowego prawego z objawami przykurczeniowemi i drżeniem.

Siła mięśniowa kończyn równomiernie nieznacznie upośledzona, wszędzie uderza pewna powolność ruchów.

Stężenie mięśniowe równomierne, średniego nasilenia, plastyczne, lekki opór w mięśniach karku. Wtórne zmiany stawowe, największe w łokciach, w których nie można przeprowadzić dokładnego wyprostowania, zaznaczone w barku, średnie w nadgarstku.

Wszystkie odruchy ścięgnowe i okostnowe nieco wzmożone, jednakowe po obu stronach, za wyjątkiem odruchu z kości łokciowej, którego po stronie prawej niema, po lewej wątpliwy. Przy opukiwaniu grzbietowej powierzchni prawego przedramienia wywołuje się odruchowe skurcze mięśnia ramiennopromieniowego, czego po stronie lewej niema. Rzekome drganie ścięgna Achillesa po stronie prawej zdaje się wynikać z drżenia, uwarunkowanego odruchami przeciwniczemi. Odruchy Babińskiego i inne spastyczne patologiczne ujemne.

Niezmienne żywe, wprost skaczące odczyny antagonistyczne z mięśnia naramiennego, ramiennopromieniowego, dwugłowego, mięśni przywodzących uda, czworogłowego, żywe ze zginaczy kolana, piszczelowego przedniego.

Po stronie lewej te same odruchy są tylko żywe. Odruchy zatraskowe agonistyczne nie są wygórowane. Nie ulega wątpliwości, że drżenie chorego tak wybitne jest zależne od wygórowania odruchów antagonistycznych, bo n. p. minimalne zgięcie w kolanie wywołuje wprost uderzające wyskakiwanie brzuśców mięśni przywodzących udo, mniejsze czworogłowego, i te skurcze ze swej strony wywołują skurcz zginaczy kolana i. t. d. W ten sposób najmniejsze przesunięcie odcinków obu kończyn prawostronnych wywołuje długotrwały, żywy i rozległy niepokój mięśniowy, który po ustaleniu odcinków ustaje.

To samo spostrzega się przy badaniu odruchów kolanowych. To samo zjawisko utrudnia postrzeganie przy badaniu elektrycznem, w każdym razie można się upewnić, że mięsień ramiennopromieniowy prawy wykazuje przy drażnieniu prądem zmiennym skurcz wyraźniejszy i dłużej trwający, niż po stronie lewej.

Wybitna obustronna kataleptyczność kończyn, np. po zgięciu w biodrze wyprostowanej dolnej kończyny pod kątem prostym, udo dłuższy czas zostaje w tej pozycji. Łokieć prawy, pod jakimkolwiek kątem ustawiony, pozostaje w nadanej mu pozycji. Chory często leży ze zgiętym silnie łokciem i z pięścią do góry uniesioną. W palcach rąk w spokoju obserwuje się drobnutkie rytmiczne drżenie

pod postacią kręcenia pigulek (przywodzenie i odwodzenie przeciwstawionego kciuka i palców w stawach śródręczoczwłonowych).

Gdy chory pokazuje palce i wogóle manipuluje ręką, to występuje dodatkowo, a nawet i przeważa, drżenie innego typu, polegające na nierównych dość silnych zrywaniach łokcia i barku (naprzemienne odruchy antagonistyczne).

Na stopie, pozostającej w spokoju, występują ruchy, przypominające płasawicę rytmiczną (w mięśni pierszczelowych przednim). Odruchy brzuszne zachowane.

Mowa chorego bardzo niewyraźna, drżąca, czasami tak belkocząca, że jej nie można zrozumieć. Chory powtarza sylaby, przestawia je, czasami przeinacza całe wyrazy. Pisać nie może. Zlecenia prostsze wykonywa, trudniejszych wyrazów pomimo powtarzania nie rozumie. Mówi imię i nazwisko, wiek podaje błędnie, nie wie, kiedy się urodził, kiedy się ożenił, kiedy zaczął pracować.

Do szkoły chodził; na pytanie, ile klas skończył, odpowiada „żadnej”, śmiejąc się. Ma jedno dziecko, żona 5 razy roniła; ile ma lat córka, nie wie; nie wie, gdzie pracował. Obecnie znajduje się „tu dom, dom kolei”, przy pomocy również nie może powiedzieć, gdzie jest. Nie wie, w jakim jest mieście. Jaki rok, miesiąc, nie może powiedzieć. Łatwo śmieje się.

Przypadek III. Z. Bolesław, buchalter 36 1., przybył do szpitala św. Jana Bożego 12/IV-1921 r. do kliniki psychiatrycznej 25/V-1922 r. Ojciec zdrowy, ale lubił pić, matka często choruje na płucą, jeden brat chorego degenerat.

Chory żonaty od 12-tu lat, ma syna, córka umarła, jedno poronienie u żony w 5-tym miesiącu W 1920 roku zaczął tracić pamięć, a nadto po zmartwieniach dostawał napadów, po których na parę godzin tracił władzę w prawostronnych kończynach i mowę.

Badanie płynu mózgowordzeniowego: ciśnienie nieznaczne, odczyn Sicard'a i Widal'a w modyfikacji Nonn-Apelt'a dodatni, białka 1, 3⁰/₁₀₀, ciała białych 128 w lmm³, odczyn Bordet-Wassermann'a w płynie i w krwi.

Wzrost wysoki, długie kończyny, miednica i pośladki typu raczej kobiecego, tułów równo sciosany, na linea alba brak uwłosienia.

Podściółka tłuszczowa rozwinięta więcej w okolicy sutek i brzucha i na pośladkach, odznaczające się dółki piękności. Żrenice zniekształcone, nie oddziałują na światło. Ruchy mimiczne twarzy z lewej strony upośledzone.

Odruch z grzbietu nosa obustronnie wzmocniony z wybitnym skurczem z górnej wargi i słabszym z dolnej. Chory ma tułów przechylony na lewą stronę, głowa podana naprzód wskutek garbu o łagodnej krzywiźnie, który zaczyna się od ostatniego kręgu piersiowego, kończy się około 5-go piersiowego.

Stężenie mięśniowe plastyczne w kończynach dolnych, zębiaste, zależne od odruchów przeciwniczych w górnych, znaczniejsze po stronie lewej.

Odruchy ścięgnowe i okostnowe mierne, jednakowe obustronnie. Brak odruchów spastycznych patologicznych. Odruchy brzuszne żywsze po lewej stronie, na której zakres odruchorodny jest szerszy, niż po prawej, gdyż sięga aż do sutka. Siła mięśniowa wszędzie dobra

Skóra na dłoniach cienka, bladoróżowa, przeświecająca, gładka wskutek zubożenia w listewki. Odruchy przeciwnicze obustronnie bardzo żywe.

Drżenie rąk, wybitniejsze po lewej stronie, występuje prawie wyłącznie w zakresie mięśni międzykostnych, polega na drobnych przywiedzeniach i od-

wiedzeniach i zgięciach w stawach śródręczocłonowych; w chwilach, gdy drżenia się pojawiają, dłoń układa się w daszek. Od czasu do czasu występują pojedyncze, szybkie ruchy myokloniczne w zakresie lewej kończyny górnej.



Chory nie wszystkie pytania rozumie, tylko na niektóre odpowiada kiwaniem głowy potwierdzającym, albo mową bardzo powolną, bełkotliwą i bardzo niewyraźną. Przeważnie siedzi nieruchomo, czasem rozgląda się, uśmiecha przy zwracaniu do niego. Na pytanie, czy mu wesoło, śmieje się głośno, kiwając potwierdzająco głową.

Rozpoznanie wszystkich trzech przypadków nie przedstawia trudności. Brak reakcji źrenic na światło, mowa charakterystyczna, stopniowy, stale postępujący zanik inteligencji, euforia, wreszcie dodatni odczyn Bordet-Wassermann'a w płynie, a także wyniki badania płynu

mózgowordzeniowego stwierdzają porażenie postępujące. Pewne zastrzeżenie może tylko powodować przypadek I-szy, gdzie wobec napadów drętwienia przed chorobą i na początku choroby, a także wobec braku pleocytozy w płynie, rozpoznanie może się wahać pomiędzy porażeniem postępującym, a kiłą mózgu.

Wszystkie te nasze przypadki cechują się tem, że stwierdzamy w nich pewien zespół objawów (niezwykle pozycje tułowia i ułożenie kończyn, wzmożenie napięcia mięśniowego, ruchy myokloniczne, różnorakie drżenia i t. p.), który nie należy zazwyczaj do obrazu klinicznego porażenia postępującego. Ustawienie tułowia, przechylenie naprzód i skręcenie na bok miało cechy niezmienności, kończyny były zgięte, w barkach lekko odwiedzone, ręce w 2-ch przypadkach ustawione daszkowato z przywiedzeniem palców, twarz maskowata. Cała postać, wejrzenie zewnętrzne chorych, ułożenie kończyn, postawy ciała i przeważnie chód pokrywały się mniej lub więcej dokładnie z obrazem, spostrzeganym przy zespole Parkinsona. Wrażenie to potęgowało się wskutek drżenia rąk, które w 2-ch przypadkach odpowiadało nawet pod względem ruchu kręcenia pigulek drżeniu parkinsonowskiemu. Za tem, że we wszystkich przypadkach mamy rzeczywiście do czynienia z zespołem Parkinsona, przemawia cały szereg dalszych objawów, mianowicie: charakter stężenia mięśniowego (plastyczny, względnie zębiasty, nigdy elastyczny), spowolnienie ruchów i wogóle mała ruchliwość chorych, stojąca w pewnym kontraście do ich euforii, czasem kataleptyczność, nadmierna wybujałość odruchów zatrząskowych agonistycznych i antagonistycznych, prowadząca do dłużej utrzymującego się niepokoju mięśniowego po ukończeniu każdego ruchu. Wreszcie rozstrzygająco za rozpoznaniem parkinsonowskiego, a więc pozapiramidowego charakteru tych zaburzeń przemawia brak objawów piramidowych, t.j. wzmożenia wybitniejszego odruchów głębokich, brak odruchów spastycznych patologicznych, odruchów obronnych, żywość odruchów skórnych i brak różnicy odruchów po obu stronach. Podkreślić przytem należy, że zespół Parkinsonowski naszych chorych jest zjawiskiem stałym, przez cały czas obserwacji aż do obecnej chwili trwale się utrzymującym.

W przebiegu klinicznym omówionych 3-ch przypadków zwraca uwagę występowanie napadów paralitycznych, a pod względem psychiatrycznym brak urojeń wielkości, podnieceń i wogóle wszelkich objawów ekspansywnych. Oczywiście jest to zbyt szczupły materiał, aby można było wyciągać zeń nazbyt daleko idące wnioski w kierunku

ku uzupełnienia jeszcze wymienionemi szczegółami obrazu klinicznego parkinsonowskiej postaci porażenia postępującego.

W dostępnej mi literaturze mogłem znaleźć bardzo niewiele przypadków porażenia postępującego z zespołem parkinsonowskim. Camillo Reuter (2) u kobiety 40-to letniej z porażeniem postępującem zaznacza drżenia w ręce lewej, mające wygląd drżeń przy drżącce porażnej, stężenie mięśniowe, zgięcie kończyn i drżenia w palcach pod postacią ruchu kręcenia pigulek, trwające wiele miesięcy.

G. Maillard (3) opisuje paralityka z drżeniem parkinsonowskiem lewej kończyny górnej. Krabbe (4) opisuje przypadek porażenia postępującego, który po udarze przedstawiał obraz parkinsonizmu połowicznego prawostronnego, obserwowany przez dwa lata. Sekcja wykazała lekką różnicę między szypułką mózgową prawą i lewą, zmniejszenie liczby komórek w lewym jądrze czerwonym, w którym było również znaczne nacieczenie okołonaczyniowe. Urechia (5) opisuje przypadek porażenia postępującego ze stężeniem mięśni w kończynach górnych, drżeniem o charakterze parkinsonowskim, myoklonją, ruchami płasawiczymi; największe zmiany znalazł przy badaniu histologicznem w jądrze bladym. O. Sokołowski (6) w pracy, poświęconej wynikom badań chorych umysłowych na próbę Bordet-Wassermann'a, dokonanych w Kochanówce, wspomina o chorym M.Z., który przez szereg miesięcy leżał w szpitalu z rozpoznaniem drżączki porażennej oraz psychozą, rozpoznawaną z dużemi zastrzeżeniami, jako otępienie starcze; rozpoznanie zachwiało się z chwilą, gdy nadspodziewanie próba Bordet-Wassermann'a dała dodatni wynik w płynie mózgowo-rdzeniowym (również i we krwi); sekcja tego przypadku stwierdziła porażenie postępujące.

W. Chodźko (7) opisuje przypadek porażenia postępującego z drżeniem parkinsonowskiem obu kończyn górnych, zwłaszcza prawej, drżeniem szczęki dolnej, stężeniem mięśniowym kręgosłupa i kończyn, z maskowatym wyrazem twarzy. Badanie histologiczne wykazało po za zmianami, charakteryzującemi porażenie postępujące, między innemi kilaki stare i świeże w lewym wzgórkowi wzrokowemu. Chodźko wyraża przypuszczenie, że powyższe zmiany w thalamus mogły się przyczynić do wystąpienia drżenia o typie parkinsonowskim. Wreszcie należy wspomnieć, że już przed laty Wertheim Salomonson (8,9) pod nazwą Tromoparalysis tabioformis (cum dementia) opisuje przypadki, w których znalazł objawy władu rdzenia, drżączki porażnej i otępienia.

Być może, że to były przypadki taboparalysis progressiva z zespołem Parkinsona.

O ile jednak dotąd nie zajmowano się zespołem parkinsonowskim w porażeniu postępującem, o tyle postrzegano postaci porażenia postępującego z inną kategorią objawów pozapiramidowych. Lissauer (10) w roku 1890 opisał przypadki porażenia postępującego z objawami ogniskowemi, w których przy badaniu histologicznem najwięcej zmian było we wzgórku wzrokowym. Euzière i Pezet (11), omawiając powikłania obrazu porażenia postępującego przez ruchy płasawicze, rozróżniają: 1) połączenie porażenia postępującego i płasawicy, 2) przypadki porażenia postępującego z płasawicą połowiczą, która występuje, jako skutek napadów udarowatych i padaczkowatych, 3) przypadki porażenia postępującego, które podczas całego swego przebiegu wykazują zaburzenia ruchowe płasawicze, jako jeden z głównych objawów, i w których płasawica występuje, jako rzeczywisty objaw porażenia postępującego. Ewald (12) opisuje przypadek porażenia postępującego z drżeniem po stronie prawej, stanowiącem przejście między drżączką porażną i atetozą. Knessner (13) opisuje przypadek podobny do poprzedniego. E. Sträussler (14) opisuje przypadek kiły mózgu, powikłanej porażeniem postępującem, w którym przez dłuższy czas utrzymywały się nieprawidłowe skurcze w obrębie prawej połowy twarzy i prawostronnych kończyn, oprócz tego w prawej ręce ruchy atetotyczne. Badanie mózgu w tym przypadku wykazało zmiany chorobowe w lewym jądrze czerwonym, we wzgórku wzrokowym i jądrze soczewkowatym. Alzheimer (15) opisuje przypadki porażenia postępującego z ruchami podobnemi do atetotycznych i zestawia te ruchy ze zmianami paralitycznemi, pierwotnemi, znalezionemi w tych przypadkach we wzgórkach wzrokowych po stronie przeciwnej.

Jak z tego zestawienie literatury wynika, objawy pozapiramidowe wogóle, a parkinsonowskie w szczególności, w porażeniu postępującem nie są rzeczą bardzo rzadką. Każdy z psychiatrów zna dobrze wygląd paralityków w okresie daleko posuniętego cierpienia, których postać pochylona ku przodowi, chód nieraz drobny, drepzczący, znieruchomienie, twarz zastygła, częste przykurczowe ustawienia kończyn i napięcie mięśniowe, nie dające się zazwyczaj wytłomaczyć zajęciem dróg piramidowych, wskazują na schorzenie układu pozapiramidowego. Kliniczne objawy tego schorzenia doniedawna były tak mało znane, że w razie ich wystąpienia w porażeniu postępującem składano je na karb ogólnego zniedołężnienia i otępienie chorych. Obecnie nauczyliśmy się objawy

te analizować i rozumieć, a także poznaliśmy cały szereg objawów pozapiramidowych doniedawna wogóle nieznanymi.

Badając w tym kierunku dostępny mi materiał 39-ciu chorych na porażenie postępujące w klinice psychiatrycznej i szpitalu Św. Jana Bożego, stwierdziłem u 10-ciu chorych obecność objawów pozapiramidowych takich, jak wygórowanie odruchów przeciwniczych, zatraskowych agonistycznych, niepokój mięśniowy po ruchach. Na tym samym materiale chorych na porażenie postępujące (39) znalazłem w 13-tu przypadkach wzmożenie odruchu nosowo-ocznego, którego istnienie przy parkinsonizmach poencefalitycznych stwierdzili Simchowicz, a także Orzechowski. Wzmożenie to wyrażało się w skurczu nie tylko zwieracza powiek, ale i podbródka.

Kilka słów należy poświęcić drżeniu, tak często spotykanemu w porażeniu postępującem. Miewa ono najrozmaitszy charakter. Spotykamy tu, oprócz zwykłego niecharakterystycznego drżenia, różne ruchy mające charakter myoklonji, lub płasawicy rytmicznej, albo pewien niepokój mięśniowy, zjawiający się podczas ruchów i po nich, który często bywa najprawdopodobniej skutkiem wzmożenia odruchów przeciwniczych, które ze swej strony wywołują nowe odruchy przeciwnicze i t. d., wreszcie spotyka się drżenie o charakterze typowo parkinsonowskim. Bardzo często więc drżenia przy porażeniu postępującem odpowiadają różnym postaciom hyperkinez i drżeń pozapiramidowego pochodzenia.

Ciekawą jest rzeczą, że porażenie postępujące jest jedyną chorobą rozlaną układu nerwowego ośrodkowego, poza nagminnym zapaleniem mózgu, która daje stosunkowo często w przebiegu swoim objawy parkinsonowskie sensu strictiori, względnie objawy pozapiramidowe takie, jak ruchy płasawicze i atetotyczne. Stwardnienie rozsiane jest chorobą, dającą także rozrzucone ogniska w układzie nerwowym ośrodkowym, a jednak poszczególne objawy pozapiramidowe należą tu do rzadkości, zaś zwarte ich zespoły są wprost bardzo rzadkie¹⁾.

Objawów parkinsonowskich w porażeniu postępującem nie tłumaczono wcale (o ile można sądzić z dostępnego mi piśmiennictwa), lub je wogóle przeoczano, chociaż już Alzheimer zestawiał obecność ruchów choreatycznych i atetotycznych w porażeniu postępującem ze zmia-

¹⁾ Jeden przypadek taki był demonstrowany w roku 1922 na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w Warszawie przez Dr. Bau-Prussakową.

nami we wzgórku wzrokowym. W naszych przypadkach możemy wytłumaczyć obecność zespołu parkinsonowskiego zmianami w zwójach podstawy mózgu, wywołanymi przez ten sam proces chorobowy, który zazwyczaj w porażeniu postępującem atakuje przeważnie korę mózgową. Przypadki nasze domagają się zatem tłumaczenia analogicznego do przypadków alzheimerowskich porażenia postępującego z ruchami płasawiczemi i atetotycznymi z tą jednak różnicą, że obecne nasze wiadomości o topografii zaburzeń pozapiramidowych zniewalają do umiejscowienia ich w striatum i pallidum.

W przypadkach parkinsonowskiego obrazu przy porażeniu postępującem naturalnie trzeba się liczyć z możliwością powikłania porażenia postępującego przez chorobą Parkinsona, a obecnie w okresie nagminnego zapalenia mózgu przez przebytą śpiączkę nagminną. O ile jednak chodzi o nasze przypadki, to młody względnie wiek chorych, szybki rozwój zespołu parkinsonowskiego, a także równoległość jego rozwoju z rozwojem porażenia postępującego, idąca tak daleko, że po napadach paralitycznych występował bezpośrednio zespół Parkinsona, przemawiają przeciwko współlistnieniu choroby Parkinsona. Z drugiej strony w wywiadach naszych przypadków nic nie przemawia za przebytem encefalitem.

Przytoczone tutaj przypadki, łącznie ze skromną kazuistyką literatury psychiatrycznej, uzasadniają wyróżnienie jeszcze jednej odrębnej postaci porażenia postępującego, cechującej się współlistnieniem zespołu Parkinsona, jako jednego z objawów tej choroby.

Postać tę należy klinicznie wyosobnić pod nazwą *Paralysis progressiva parkinsonoides*.

W przypadkach tego rodzaju można przypuszczać szczególne nasilenie procesu paralitycznego w jądrach pozapiramidowych podstawy mózgu. Być może jednak nie zawsze objawy pozapiramidowe w porażeniu postępującem, szczególnie w okresach końcowych choroby, zależą od zmian w jądrach podkorowych; mogłyby one występować wskutek braku impulsów z kory mózgowej (płatów czołowych), które wspomniane jądra, jak się zdaje, z niej otrzymują na okólnej drodze. Przy zaniku daleko posuniętym kory płatów czołowych, będącym regułą w okresach późniejszych porażenia postępującego, jądra podstawne zostawałyby funkcjonalnie izolowane od kory, co mogłoby spowodować upośledzenie ich funkcji.

PIŚMIENICTWO.

1. Alzheimer. Atypische Paralyse. Neurolog. Centralbl. 1902.
 2. C. Reuter. Halbseitiger Tremor bei progr. Paralyse. Elme-és-idegkörtan № 2, ad Orvosi Hetilap № 7, według referatu w Jahresbericht 1908.
 3. G. Maillard. Un cas de Paralyse generale avec syndrome parkinsonien du bras gauche. Revue neurolog. Tom II-gi.
 4. Krabbe. Ueber Paralysis agitans-ähnlichen Tremor bei Dementia Paralytica. Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Orig. T. 9.
 5. Urechia. La syphilis peut-elle reproduire le syndrome de Parkinson. Revue neurolog. 1921.
 6. O. Sokolowski. Wyniki badań chorych umysłowych na próbę Wassermann'a, dokonanych w Kochanówce. Neurologia Polska 1910.
 7. W. Chodźko. Przypadek porażenia postępującego z objawami choroby Parkinsona. Neurologia Polska 1912.
 8. Wertheim Salomonson. Maladie de Parkinson et Tabes. Revue Neurolog. 1921.
 9. Wertheim Salomonson. Tromoparalysis tabioformis (cum Dementia). Neurolog. Centr. 1900.
 10. Lissauer. Seehugelveränderungen bei progressiver Paralyse. Deutsche Mediz. Wochenschrift 1890.
 11. Euzière et Pezet. Paralyse Generale et chorée. La Province medicale № 24. Według referatu w Jahresbericht 1910.
 12. Ewald. Według pracy Urechia. Revue neurol. 1921.
 13. Knessner. Według pracy Urechia. Revue neurol. 1921.
 14. Sträussler. Ueber zwei weitere Fälle von Kombination cerebraler, gummoser Lues mit progressiver Paralyse nebst Beiträgen zur Frage der „Lues cerebri diffusa“ und der „luetischen Encephalitis“.
 15. Alzheimer. Histologische Studium zur Differenzialdiagnose der progressiven Paralyse. Histologische u. histopathologische Arbeiten Nissl. Tom 1-szy.
-

UMYSŁOWO CHORY, PODEJRZANY O PRZESTĘPSTWO, A USTAWA POSTĘPOWANIA KARNEGO

podał

D-r JÓZEF BEDNARZ.

(Kierownik oddziału kryminalnego w „Tworzech” pod Warszawą),

Ustawa postępowania karnego, obowiązująca na obszarze b. zaboru rosyjskiego, przewiduje w paragrafach 353 — 356 co następuje:

§ 353. Jeżeli w toku dochodzenia pierwiastkowego okaże się, iż oskarżony nie ma zdrowego rozsądku, albo też cierpi na rozstrój umysłowy, to sędzia śledczy, przekonawszy się o tem na podstawie badania oskarżonego przez lekarza, a także na podstawie własnego badania oskarżonego i osób, którym bliżej jest znany charakter jego czynów oraz sądów, przekazuje całe dochodzenie w tej sprawie prokuratorowi do dalszego skierowania, dołączając opinię lekarza o stopniu obłądu lub umysłowego rozstroju oskarżonego.

§ 354. Sprawa, dotycząca choroby umysłowej lub obłądu oskarżonego, razem z konkluzją w tej sprawie prokuratora, zostaje wniesiona na rozpatrzenie Sądu Okręgowego.

§ 355. Jeżeli w toku dochodzenia pierwiastkowego zostaną wykryte okoliczności, dające powód do mniemania, że oskarżony dokonał czynu występnego podczas ataku choroby, doprowadzającej do obłądu, lub zupełnej utraty pamięci (zupełnego zamroczenia), albo jeżeli oznaki wymienionej choroby lub umysłowego rozstroju oskarżonego zostaną stwierdzone po zakończeniu dochodzenia pierwiastkowego, ale przed oddaniem go pod sąd, oskarżony zostaje poddany badaniu lekarskiemu, sprawa zaś zostaje skierowana zgodnie z art. 353—356 niniejszej ustawy.

§ 366. Po przeprowadzeniu odpowiedniego badania Sąd Okręgowy postanawia umorzyć sprawę, o ile okaże się, że czyn występny

został dokonany w stanie obłądu, choroby umysłowej, albo też podczas ataku chorobowego, prowadzącego do afektu lub stanu zamroczeniowego.

Tak ujuje sprawę tę kodeks rosyjski 1903 r.

W myśl tych przepisów sędzia śledczy w każdym stadium dochodzenia pierwiastkowego, podejrzewając chorobę umysłową, lub wogóle jakąkolwiek nienormalność u oskarżonego, może poddać go badaniu przez biegłego lekarza i skierować sprawę do Sądu Okręgowego, który najczęściej postanawia przeprowadzenie obserwacji w szpitalu. Od chwili oddania oskarżonego pod obserwację psychiatryczną w szpitalu, niezależnie od tego, czy akt oskarżenia został sporządzony przez prokuratora, czy też nie, dochodzenie co do samego podsądnego pozostaje w zawieszeniu. W istocie zaś nie zawsze jest już jasne z aktów sądowych sprawy, czy oskarżony faktycznie popełnił inkryminowaną mu zbrodnię, jednak decyzja sędziego śledczego o postawieniu go w stan oskarżenia wisi nad nim, ponieważ w tym czasie nie może zająć żaden akt prawomocny, któryby w tem stadium sprawy mógł owo oskarżenie uchylić. Podejrzany o przestępstwo chory umysłowo z tym „mieczem Damoklesa” przybywa do szpitala. Jeżeli krótsza lub dłuższa obserwacja stwierdzi z całą pewnością, iż posądzony o przestępstwo lub zbrodnię istotnie jest chory na umyśle i nie może odpowiadać przed sądem za czyn mu inkryminowany, to oskarżony na posiedzeniu gospodarczem sądu okręgowego zostaje poddany ponownemu zbadaniu. W razie przekonania się, że podsądny istotnie jest chory i nie rozumiał znaczenia czynu dokonanego, lub nie był w stanie sobą kierować, sąd uchwała: 1) uznanie oskarżonego za sądowo nieodpowiedzialnego w tym wypadku, 2.) umorzenie jego sprawy t. j. zawieszenie wszelkich dalszych dochodzeń co do oskarżonego, 3) internowanie w szpitalu samego oskarżonego, jako chorego, w myśl art. 39 K. K., albo też oddanie go pod dozór odpowiedzialny rodziny, zależnie od charakteru przestępstwa i stopnia niebezpieczeństwa chorego dla otoczenia, jak to przewiduje ów paragraf. „Miecz Damoklesa”, który wisiał nad chorym przy przybyciu jego na obserwację szpitalną t. j. postawienie go w stan oskarżenia na skutek decyzji sędziego śledczego, lub na wniosek prokuratora (sporządzenie aktu oskarżenia), automatycznie spada na głowę chorego, który zostaje uznany za winnego przestępstwa przez sam fakt uznania go za chorego i zastosowania do niego art. 39 K. K., aczkolwiek niezawsze jest zakończenie dochodzenie zarówno co do jego osoby, jako też najczęściej i co

do samej sprawy wogóle. W takich warunkach oskarżony nie ma wcale możliwości wyzyskania wszelkich, przysługujących innym oskarżonym praw bronięcia siebie, bo sprawa wcale nie dochodzi do takiego stadium, w którymby to było proceduralnie możliwe, to jest nie dochodzi do głównej rozprawy sądowej. Sąd stwierdza niewątpliwy fakt — chorobę oskarżonego, a przez to samo stwierdza i jego winę, wcale mu niedowiedzianą sądownie. Oskarżony, przebywający w szpitalu na obserwacji, o ile nie symuluje, dość szybko zbliża się do lekarza, nawiązuje z nim taki kontakt, iż nic tam nie może się ukryć, tembardziej, że przez ten czas pozostaje pod ścisłą obserwacją na oddziale, która stwierdza charakter jego stosunków z innymi podsądnymi. Największe tajemnice, często nie mające nic wspólnego z przestępstwem, zostają powierzone lekarzowi; całokształt życia oskarżonego przechodzi przed oczami lekarza i daje mu możliwość nie tylko powziąć mniemanie o stanie chorobowym pacjenta, jego psychice wogóle, która zawsze nadaje pewne indywidualne piętno chorobie, ale często daje mu możliwość nawet określić, czy to przestępstwo zostało dokonane przez tego chorego, czy też nie, a to dlatego, że często cechy charakteru oskarżonego, a głównie istota objawów chorobowych może stać albo w zupełnej sprzeczności z charakterem zarzucanego oskarżonemu przestępstwa, względnie z przebiegiem akcji, podanej w aktach sądowych, albo też owszem zupełnie im odpowiadać. Kilkoletnia praca na oddziale kryminalnym w szpitalu w Tworzech dostarczyła mi pod tym względem dostatecznego materiału, którego tu nie mogę przytaczać w całości, uczynię to w innem miejscu, przytoczę jednak w streszczeniu kilka przypadków dla plastycznego zobrazowania mojej myśli.

1) Marjan R., włościanin, żonaty, jest oskarżony o podpalenie swojej zagrody nieasekurowanej, która spaliła się z całym uciulaniem przez niego w Ameryce dobytkiem. Jego sąsiedzi, nota bene krewniacy, z którymi R. żył źle i miał „porachunki”, rzucają odrazu podejrzenie na niego, chociaż obiektywnie nic za nim nie przemawia. Zirytowany takim postawieniem sprawy i „ustawicznym czepianiem się” go, zachowuje się oskarżony ordynarnie wobec sąsiadów, a również i sędziego śledczego, podtrzymując w taki sposób markę „warjata”, którą odrazu ci krewniacy mu dali. Przeszło półroczne badanie oskarżonego w szpitalu, dokąd został on skierowany, nie wykazuje żadnej „choroby umysłowej”. Jest nieco popędliwy, jak to zresztą stwierdzają akta sądowe. Żadnego stanu zamroczeniowego, amnezji, przemijającego urojenia lub wogóle czegoś chorobliwego w nim

wczasie tego pożaru, jako też bezpośrednio przed tem lub potem nie dało się stwierdzić. Wytworzyła się dziwna sytuacja: zagroda została podpalona przez właściciela — ergo był on wtedy w stanie chorobliwego rozstroju umysłu, bo człowiek zdrowy na umyśle tego nie uczyni. Badanie w szpitalu, oraz znajomość aktów sądowych nie wykrywa u niego żadnych znamion psychopatologicznych ani teraz, ani w dniu pożaru, — a więc, jako człowiek nie wykazujący zaburzeń umysłowych nie mógł on tego uczynić; ale zagroda spalona, a on sam tylko spał wtedy w tej zagrodzie. Sytuacja bez wyjścia. Natomiast nie uwzględniono w śledztwie pierwiastkowym naprężonych stosunków i pieniężnych porachunków z krewniakami, oraz dziwnego przecucia u jednego z nich, który już wieczora wiedział, że będzie pożar u Marjana R. Podejrzenie rzucono na Marjana R., który wydał się podejrzanym pod względem stanu jego umysłu i sprawa utknęła na stadjum wyświatlenia jego poczytalności. Możliwość zaś dokonania tego podpalenia przez kogoś innego na razie nie jest nawet brana pod uwagę. Uznanie Marjana R. za jednostkę niepoczytalną automatycznie robi z niego podpalacza, prowadzi do jego internowania w szpitalu, istotni zaś sprawcy pozostają na wolności, bo cała sprawa kończy się z chwilą uznania oskarżonego za niepoczytalnego sądownie.

2) Bolesław P. 26 lat, włościanin, kawaler, jest oskarżony o zgwałcenie w dzień, na łące, 9 letniej dziewczynki z tej samej wsi. Żadnych dowodów niema oprócz tego, że dziewczynka ta po długich wahaniach dopiero na 10-y dzień nareszcie przyszła do przekonania, że to właśnie Bolesław P. ją „skrzywdził”. Poznała go rzekomo z głosu, nie z widzenia, tylko z głosu, chociaż wypadek zaszedł w biały dzień. Następnie oskarżała go o to opinja ogółu, tylko dla tego, że to „znany warjat”. Obserwacja wykazała, że oskarżony istotnie jest chory umysłowo, cierpi na hebefrenję od szeregu lat, był już w szpitalu, nie wykazuje żadnej inicjatywy, ani złej, ani dobrej. Jest zupełnie indolentny od kilku lat, i nie jest w stanie nikogo skrzywdzić. Już po internowaniu go w szpitalu sąsiedzi namyślili się, że bezpodstawnie go oskarżyli, tylko dlatego, że to „warjat, a warjat wszystko może zrobić”, więc nie orjentując się faktycznie, ktoby tego mógł dokonać, rzucili podejrzenie na niego, śledztwo zaś poszło tylko w tym kierunku, a ponieważ oskarżony jest istotnie umysłowo chory, więc dość wczesnie skierowano go do szpitala, i przez to zamknięto drogę wszelkim dalszym dochodzeniom.

3) W innej znowu wsi opinja ogólna oskarżyła niejakiego Józefa

G. o to, że on „namówił swego 9 letniego syna do podpalenia sąsiedniej obory”, oskarżyła go dlatego, że był on powszechnie nie lubiany, kłócił się z włościanami i parę razy w sprzeczce groził podpaleniem, a nikt nie zwrócił na to uwagi, w tej liczbie i sędzia śledczy, iż tuż w sąsiedztwie spalonej obory odbywała się wówczas libacja i goście podchmieleni z papierosami w ustach wychodzili za ogrodzenie „za swoją potrzebą”, którą załatwiali właśnie przy tej oborze. Oskarżony okazał się jednostką znacznie niedorozwiniętą, „głębokim debilem” i został internowany, aczkolwiek podczas pożaru i on i jego żona byli nieobecni od kilku godzin w domu, w którym pozostawał tylko jego 9 letni syn, w dodatku nikt nie widział, aby chłopczyk bawił się zapalnikami — lub podpalał, nikt też nie stwierdził, by ojciec namawiał dziecko do podpalenia.

4) W okolicy Nowego Dworu dokonano bandyckiego napadu w pewnym dworze w nocy. Rano aresztują przypadkowo znajdującego się tam za zgodą właściciela na noclegu nieszczęśliwego epileptyka — blacharza z zawodu, Moszka G., żonatego, ojca kilkorga dzieci; aresztują bez żadnych dowodów na to, że to on dokonał napadu, lub brał w nim udział. Oskarżonego cechuje znaczne upośledzenie umysłowe, częste ataki padaczki, przylepność padaczkowa, z aktów zaś sądowych wynika, iż bandyta był śmiały, sprytny, szybko orientujący się, psychicznie sprawny osobnik. Niewątpliwe otępienie padaczkowe prowadzi w taki sposób niewinnego człowieka do internowania, jako domniemanego zbrodniarza, aczkolwiek nikt go nie widział przy dokonaniu napadu w nocy.

5) W Zagłębiu Dąbrowskiem aresztują Edwarda D., cierpiącego na hebefrenję, dlatego, że przypadkowo znalazł się na miejscu napadu bandyckiego, jako oskarżonego o współudział w tym napadzie. Ponieważ okazał się umysłowo chorym, więc został po przeprowadzeniu obserwacji internowany w szpitalu, jako domniemany bandyta, aczkolwiek wykazywał głęboki upadek intelektu, a tem samem niezdolność do jakiegś planowój, zorganizowanej akcji.

6) W jednym z miast powiatowych w okolicach Warszawy aresztują urzędnika policji Włodzimierza M., człowieka o dobrej reputacji, pod zarzutem defraudacji sum skarbowych; jako człowieka, dotkniętego poważną psychopatią, oddają go pod obserwację psychiatryczną, a nie zwracają uwagi na to, iż klucz do tego biurka, gdzie przechowywał oskarżony pieniądze, ma też i inna osoba, pracująca w tym samym urzędzie. Dzięki tej psychopatii (homoseksualizm) sprawa zostaje

umorzona, wszelkie dalsze dochodzenie zostaje zaniechane, a istotny winowajca nawet nie tknięty.

7) W m. Łodzi zostaje oskarżony pewien młodzieniec, Josele X., z 453 art. K. K. o usiłowanie zabójstwa swojego znajomego. Sprawa przedstawia się jak następuje: obaj siedzieli w hotelu, omawiali jakiś interes i zabierali się do picia herbaty. Pan X. wychodzi na chwilę z pokoju, a gdy wraca widzi w drzwiach pokoju owego znajomego, który trzymając coś w ręku zwraca się do niego z pretensją, a zarazem i oskarżeniem, że chciał on go otruć, wrzucając mu tę właśnie pastylkę sublimatu do herbaty. Pan X. jest zdziwiony i oburzony. Idą obydwoj do komisariatu, spisują protokół, pan X. awanturuje się, odgraża się, że pociągnie do odpowiedzialności sądowej owego znajomego o fałszywe oskarżenie, ten zaś oskarża go o usiłowanie otrucia. Sprawa o „usiłowanie zabójstwa” automatycznie dochodzi do sądu i p. X., jako nieposkromionego awanturnika, „już z przeszłością” pod tym względem, skierowują najpierw do Tworek na obserwację. Poznanie badanego, jego warunków życiowych, przeszłości, stosunków rodzinnych i t. d. wyklucza możliwość takiej akcji z jego strony. Sam badany wyjaśnia sprawę inaczej. Ożenił się niefortunnie. Żona jego żądała rozwodu, a „przyjaciół” jej, za którego nota bene miała później wyjść zamąż, zaczął prowadzić pertraktacje o wysokość „odstępnego”. Ponieważ p. X. postawił zbyt wygórowane żądania, więc konkurent jego zdecydował się na pewien wybieg: wpakować go do więzienia, lub szpitala, wyzykując jego krewkość i awanturniczość.

Oskarżony, pozostając w szpitalu na obserwacji, dowiadyuje się, że żona jego, nie czekając na sprawę, ma wyjechać do Ameryki razem z jego oskarżycielem, a rzekomym swoim przyszłym mężem. Wtedy p. X. zawiadania ze szpitala urząd śledczy w m. Łodzi o zamiarze „ucieczki” swej żony do Ameryki przed rozprawą sądową, i prosi po wyluszczeniu całej sprawy o jej zatrzymanie. Wyjazd jej widocznie się nie udał, gdyż w kilka tygodni później żona p. X. przyjechała do Tworek z swoją siostrą, sprowadzoną z Paryża, i pertraktowała z p. X. o rozwód, ofiarowując mu „odstępne”.

Pan X. jest *skromniejszy*, bo obiecują mu zaniechać oskarżenia i zlikwidować całą sprawę, jednak jest strapiiony, nie wie co robić, obawia się podstępu. Po paru widzeniach z żoną i jej siostrą decyduje się jednak najpierw oddać sprawę do sądu, a później mówić o rozwodzie.

Wtedy przybywa do niego rabin, aby go skłonić do „rozvodu” i do przyjęcia zaofiarowanych mu warunków. Badany, wiedząc o pewnych wybiegach, prowadzi konferencje z rabinem, ale nie przyjmuje od niego, ani dotyka żadnego cyrografu. Targ do skutku nie dochodzi i szwagierka mu grozi, że pozostawi go „własnemu losowi”. Wszystko to odbywa się w szpitalu podczas widzeń, w obecności służby szpitalnej i dozoru. Sytuacja staje się dość trudna. Twierdzenie pana X. co do swojej niewinności staje się dość prawdopodobnem. Z przeciwnej strony mamy gołosłowne oskarżenie niczem nie poparte. Ale pan X. wykazuje znaczne cechy degeneracyjne. Jest to przypadek pograniczny, który może być zakwalifikowany, jako poczytalny z pewnem ograniczeniem, jak również i niepoczytalny. W tym ostatnim wypadku grozi mu internowanie za zbrodnię, której on prawdopodobnie wcale nie popełnił.

Udało się doprowadzić sprawę do sądu. Na przewodzie sądowym żona, jako też jej adherenci i oskarżyciele p. X., wystąpili w świetle tak nieszczególnem, iż prokurator wahał się, czy ma podtrzymywać oskarżenie, czy też zrzec się takowego, nareszcie zdecydował się przejść na 458 art. K. K., oskarżał b. łagodnie, zaś sąd po dłuższej naradzie wydał najłagodniejszy wyrok, tak iż po zaliczeniu przewencyjnego aresztu oskarżony miał odsiedzieć jeszcze kilka miesięcy, wszystkie zaś pieniężne pretensje strony przeciwnej sąd oddalił.

Pan X. mógł paść ofiarą szantażu, zupełnie dobrze pomyślanego i skonstruowanego, a wyzyskującego tak jego wady charakteru, jako też luki procedury karnej.

Zdarzają się również takie wypadki, że w procesie zbiorowym jedna osoba bierze na siebie największą winę, „oczyszcza” innych współoskarżonych i stara się ująć za umysłowo chorą, niepoczytalną osobę, by w taki sposób innych uratować, a i samej ostatecznie uniknąć odpowiedzialności. Tak było w pewnym procesie o szpiegostwo w mieście G., gdzie sprawę tak skonstruowano, by całą winę zwalić na pewnego Lejbę L., cierpiącego na padaczkę; oskarżony początkowo szedł po tej linii, udając głębokie otępienie padaczkowe, ale, gdy przekonał się, iż ratując innych sam siebie zamknie w myśl art. 39 K. K. w szpitalu, zaniechał swojego zamiaru i zrezygnował z udawania otępienia padaczkowego.

Podobną sytnację obserwowałem w jednym dość głośnym i jeszcze niezakończonym obecnie procesie w Warszawie. Ponieważ sprawa est w toku, więc muszę powstrzymać się od jej omawiania.

Jak już z tych przypadków widać, zaniedbanie obrony umysłowo chorego, podejrzanego o przestępstwo w U. P. K., prowadzi do rozmaitych nadużyć i nieporozumień, ofiarą których padają umysłowo chorzy. Władze zaś sądowe nie mogą obecnie zapobiec temu. Albo mamy przypadkowy zbieg okoliczności, w którym człowiek umysłowo chory zostaje aresztowany dlatego, że wypadkowo się znalazł w miejscu przestępstwa, albo też mamy do czynienia z „vox populi”, który niesłusznie skierowuje śledztwo na niewłaściwe tory, bez żadnej złej myśli, tylko dlatego, że „warjat” wszystko może zrobić, albo wreszcie mamy szereg takich przypadków, w których widoczna jest celowa akcja, dążąca bądź do uchylenia od siebie podejrzeń o przestępstwo, bądź też do szantażowania swojej ofiary, albo też, jak to bywa w procesie zbiorowym, do wyzyskania takiego porządku postępowania karnego, któryby pozwolił zrobić „kozłem ofiarnym” jedną osobę, istotnie cierpiącą na jakąś chorobę umysłową, zwalić na nią „gros” winy, oczyścić innych uczestników procesu, a później już takim „chorym” zaopiekować się w szpitalu i ewentualnie „wyciągnąć” go z biedy.

Dość często złodzieje posługują się takimi osobnikami, ekspozycją ich, a sami ratują się poza ich plecami, doskonale orientując się, że umorzenie sprawy z jednej strony, i powoływanie się na osobę uznaną za umysłowo chorą, jako na głównego winowajcę, ogromnie ułatwia im obronę.

Jak z tego widzimy, interesy umysłowo chorego przy takim postawieniu sprawy cierpią. Jego stosunek do szpitala, który powinien normować się każdorazowym stanem jego psychiki i zwykły porządek szpitalny, któremu chory powinien podlegać, ulega niepożądanemu wypaczeniu i przymusowi. A wreszcie w obecnych warunkach przymusowy pobyt w szpitalu często rujnuje rodzinę chorego wysokością opłat szpitalnych. Z drugiej zaś strony luka ta ułatwia pewnym osobom chowanie się za plecami chorych, powoduje skierowywanie śledztwa na błędne tory i utrudnia władzy sądowej odszukanie właściwego sprawcy przestępstwa, co razem biorąc demoralizująco działa na ogół i obraża poczucie sprawiedliwości.

Jak widzimy, najniebezpieczniejsze w całej tej sprawie jest „iunctim”, jakie zachodzi w praktyce sądowej pomiędzy uznaniem kogoś za umysłowo chorego, a udowodnieniem mu przestępstwa. U. P. K. powinna konieczne uniezależnić te dwie sprawy: pierwszą przeważnie, jeżeli nie czysto lekarską — uznanie kogoś za chorego na umyśle, i drugą, czysto prawniczą — udowodnienie komuś winy. Tylko w tych

przypadkach, w których winę udowodniono oskarżonemu, który został uznany za chorego na umyśle, — powinno się go uznać za sądownie nieodpowiedzialnego z zastosowaniem do niego art. 39 K.K. Uznanie kogoś za niepoczytalnego nie powinno zawierać już implicite uznania go przez sąd za winnego.

Jak tego dokonać, jakie zmiany wprowadzić do U.P.K. — ja nie potrafię powiedzieć, bo nie jestem prawnikiem. Należałoby zwrócić uwagę prawników na ten problem, a z pewnością polska myśl prawnicza znajdzie z tej sytuacji wyjście.

Z Kliniki Psychjatrycznej U. W. (Dyrektor: prof. dr. J. Mazurkiewicz).

OBARCZENIE DZIEDZICZNE TRZECH RODZIN

podała

D-r MIECZYŚŁAWA BRUNOWA.

(z 3 tablicami w tekście).

(Referat wygłoszony na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich w Warszawie w lipcu 1925 r.).

Materiał, jaki nagromadziłam dla pracy swojej, obejmuje tablice genealogiczne trzech rodzin, ciężko obarczonych usposobieniem do chorób psychicznych. W tablicach tych usiłowałam ogarnąć jaknajwiększą ilość jednostek zarówno dotkniętych chorobą umysłową, jak i zdrowych. Chodziło mi o określenie nie tylko poszczególnych jednostek klinicznych, ale również i konstytucji psychicznej. Zgóry muszę jednak zaznaczyć, że przy określaniu za pomocą wywiadów poszczególnych jednostek klinicznych, a szczególnie konstytucji psychicznej, zachodziły niekiedy dość znaczne wątpliwości.

Pierwsza rodzina, o której również mówił dr. Bychowski, senior, na jednym z posiedzeń Towarzystwa Psychjatrycznego, obejmuje 5 pokoleń i wykazuje 18 psychoz i 22 konstytucje, dające się określić, jako schizoidalne, albo syntoniczne. Punktem wyjścia dociekań był dla mnie chory V₄, liczący obecnie 23 lata, którego badałam i obserwowałam podczas jego kilkumiesięcznego pobytu w Klinice Psychjatrycznej. Chory ten, jako młody chłopiec, był krnąbrny, uparty, zazdrosny i płaczliwy; dokuczał innym, kłamał. Uczył się niechętnie. W 16-ym roku życia ukończył wieczorowe kursy handlowe, następnie pracował kolejno na 2 posadach, z każdej jednak po krótkim czasie zostawał zwalniany za niedbalstwo, arogancję i podburzanie innych pracowników. Przez jakiś czas uczył się gry na skrzypcach w mnie-

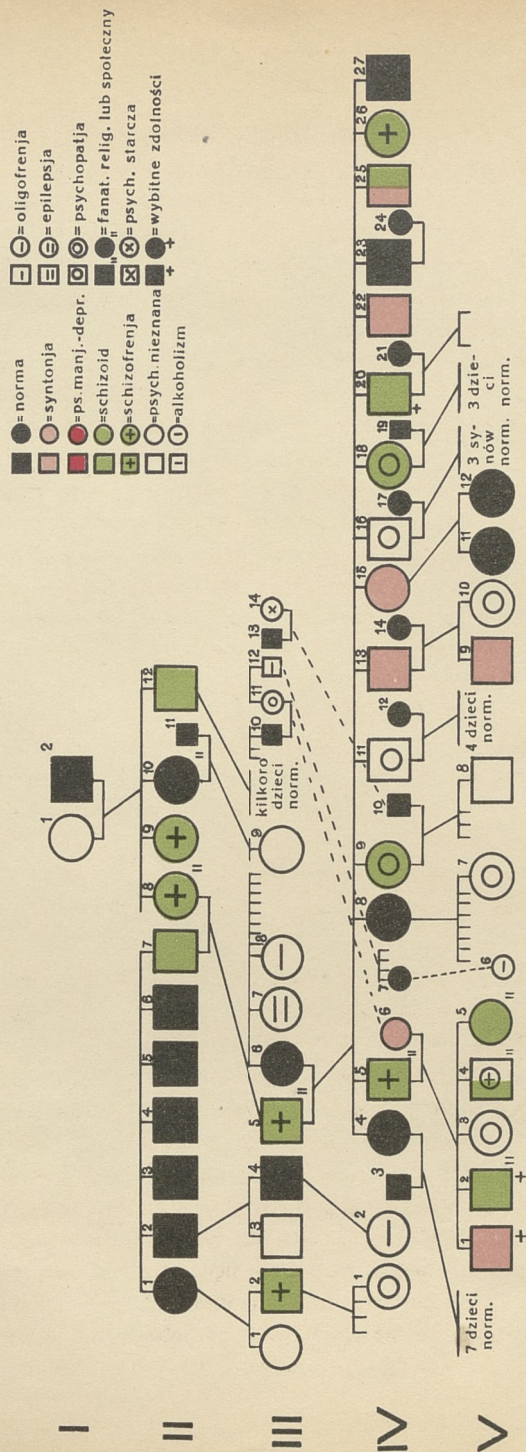
maniu, że posiada wielkie zdolności do muzyki, następnie przez dwa lata oddawał się malarstwu, potem zarzucił je, zainteresował się futuryzmem w literaturze i zaczął pisywać wiersze. Już od 14-go roku życia spędzał całe wieczory z kolegami poza domem, grywał w karty. W domu wszystkich teroryzował, o byle co robił awantury, wykradał z domu i sprzedawał książki i bieliznę ojca. Od dziecka nigdy nie wykazywał przywiązania ani do matki, ani do rodzeństwa. Jako młody chłopiec, był sjonistą, w ostatnich latach stał się antysemitą, sportwarzał judaizm i groził, że na złość rodzinie przyjmie chrzest. Od 5 lat wrogo usposobiony do matki. Wymyśla i grozi, że ją zabije. Grozi również ojcu i babce. W stosunku do siostry agresywny. Raz wlał jodyny do garnka z jedzeniem. W chwilach podniecenia nie chce jeść gotowanych potraw, gdyż twierdzi, że rodzina chce go otruć. Często groził, że sobie życie odbierze, kilka razy usiłował się powiesić. Zdradzał podniecenie erotyczne, zaczynał starszą siostrę, robił ciotce swojej różne nieprzyzwoite propozycje. Podczas swego pobytu w Klinice Psychiatrycznej od 30 marca do 31 maja 1924 r. wykazywał wzmożone samopoczucie, urojenia wielkościowe i prześladowcze, paralogję, zubożenie dla rodziny, wrogi stosunek do matki. Innym chorym dokuczał, wymyślał, bywał agresywny. Poza to zachowanie się jego nosiło piętno wybitnie nerwicowe, często krzyczał, spazmował, porównywał życie swoje ze złamanym kwiatem lotosu, kaprysił. Pisywał wiersze futurystyczne, często pozbawione treści i sensu. Wszystkie wyżej wymienione objawy pozwoliły tutaj na postawienie rozpoznania schizofrenji paranoidalnej, występującej na tle wybitnie psychopatycznym.

W Klinice również przebywała przez czas dłuższy ciotka chorego IV²⁶, licząca obecnie 27 lat, chora psychicznie od 17-go roku życia, u której stwierdziliśmy schizofrenję paranoidalną.

Badając obarczenie dziedziczne w tej rodzinie, zdołałam dotrzeć aż do praprababki naszego chorego I¹, która chorowała na nieznaną chorobę umysłową. Córką owej praprababki, a prababką probanda II⁸, również była umysłowo chora, a chorobę tę na podstawie wywiadów określić możemy, jako schizofrenję, w której duży fanatyzm religijny nadawał szczególne piętno całemu obrazowi chorobowemu i zasługuje na uwagę ze względu na to, że się przejawia równie wyraźnie u niektórych członków dalszych pokoleń. Wśród rodzeństwa owej prababki znajdujemy jedną schizofrenję paranoidalną (II⁹), jednego schizoida (II¹²), oraz jednego osobnika z silnie rozwiniętym fana-

Obarozenie dziedziczne trzech rodzin. (Dr. MIECZYSLAWA BRUNOWA)

TABLICA I.



Kwadraty oznaczają mężczyzn, koła—kobiety. Linja pozioma, łącząca kwadraty i koła od dołu, oznacza małżeństwo. Linja pozioma, łącząca kwadraty i koła od góry, oznacza rodzeństwo. Linja prostopadła, lub skośna, biegnąca w dół od koła, kwadratu, lub linii małżeństwa, oznacza potomstwo. Linja, łącząca rodzeństwo, nie jest zakończona w przypadkach, w których liczba ogólna rodzeństwa nie jest znana.

tyzmem religijnym (II₁₀). Pradziadek chorego (II₇) był człowiekiem normalnym, odznaczał się jednak usposobieniem schizoidalnym. W rodzinie jego w linii bocznej stwierdzić można było w pokoleniu III jedną schizofrenję (III₂) i 2 nieznane choroby umysłowe (III₁ i III₃), a w pokoleniu IV jedną psychopatię (IV₁) i jedną oligofrenję (IV₂). Dziadek naszego chorego (III₅), jak już widzimy z poprzedniego, syn schizofreniczki i schizoida, chorował na umysł przez 45 lat. Od najmłodszych lat był strasznym fanatykiem religijnym. Ożenił się w bardzo młodym wieku, bo w 16-ym, czy 17-ym roku życia z babką chorego (III₆), osobą normalną, mającą jednak wśród rodzeństwa swego jedną epilepsję (III₇) i jedną oligofrenję (III₈). Już przed zawarciem małżeństwa uchodził za psychicznie chorego. Choroba jego nosiła wszystkie cechy schizofrenji. Po całych dniach śpiewał psalmy, modlił się, niczem się nie interesował, a niekiedy wykazywał silne podniecenie, krzyczał, wymyślał, mówił od rzeczy, mówił sam do siebie, uciekał z domu w koszuli. Osobnik ten spłodził podczas swej długoletniej choroby aż 15 dzieci, które w tablicy wyliczyłam w szeregu rodzeństwa kolejno według starszeństwa od strony lewej ku prawej (IV_{4,5,8,9,11,13,15,16,18,20,22,23,25,26,27}). U potomstwa tego stwierdzamy 2 przypadki jednoimien jego obarczenia dziedzicznego w postaci schizofrenji. Jednym z nich jest ojciec naszego chorego (IV₅), chory psychicznie już od 28 lat, czyli od 19-go roku życia. Dwa razy przebywał przez pewien czas w zakładzie dla psychicznie chorych w Görlitz. Chory ten zdradzał urojenia prześladowcze, wrogi stosunek do żony i dzieci, agresywność i urojenia wielkościowe, wreszcie w ostatnich latach zupełne zubożenie afektywne i brak zainteresowania się czemkolwiek. Obok typowych cech schizofrenji paranoidalnej chory ten wykazywał fanatyzm nacjonalistyczny, który później odnajdziemy i u jego potomków.

II przypadek schizofrenji paranoidalnej, stwierdzony wśród tego liczego potomstwa, to chora IV₂₆, o której wzmiankowałam powyżej, jako o osobie, przebywającej w Klinice, którą więc mogłam bezpośrednio obserwować. Wśród innych członków tego rodzeństwa na podstawie wywiadów stwierdzić mogłam 2 psychopatię (IV₁₁ i IV₁₆), charakteryzujące się głównie urojeniami hipochondrycznymi, jednego osobnika z usposobieniem schizoidalnym (IV₂₀), który przytem wyróżniał się wybitnymi zdolnościami i już, jako młody chłopiec, prowadził poważne dysputy talmudyczne, 3 osobników o usposobieniu wesołym, bardzo dowcipnych, wielomównych, rzutkich i energicznych,

których określiłam, jako syntoników (IV₁₃, IV₁₅, IV₂₂), w końcu obraz schizoidalno-syntoniczny (IV₂₅) i 2 obrazy mieszane schizoidalno-psychopatyczne (IV₉ i IV₁₈), z których jeden szczególnie zasługuje na uwagę. Jest to przypadek ciężkiej histerji (IV₉) o jaskrawym podkładzie erotycznym, w którym jednak przejściowo występowały niektóre cechy o charakterze schizoidalnym.

Matka naszego probanda (IV₆) była w młodości usposobienia syntonicznego, od kilkunastu lat cierpi na gruźlicę. Jej matka wykazywała psychopatię (III₁₁), jej wuj oligofrenję (III₁₂), zaś 2 siostry jej ojca chorowały na gruźlicę.

W pokoleniu V na szczegółowsze omówienie zasługuje rodzeństwo V₁—5, również kolejno według starszeństwa oznaczone. Tutaj widzimy jednego syntonika, zarazem wybitnego szachistę (V₁), jednego schizoida o wybitnych zdolnościach twórczych w dziedzinie matematyki i mechaniki (V₂), jedną psychopatię z początkową gruźlicą (V₃), następnie znanego nam już z opisu probanda (V₄), a wkońcu obraz usposobienia schizoidalnego (V₅). Tu znowu należy podkreślić fanatyzm nacjonalistyczny, który występuje u ojca (IV₅) i u trojga jego dzieci (V₂, V₄, V₅), najwybitniej u 2-go zrzędu syna (V₂). W pokoleniu V na wzmiankę zasługuje córka osobnika IV₄, którą na karcie zaliczyłam do ogólnej liczby siedmiorga dzieci psychicznie normalnych, a która przez kilka lat cierpiała na migrenę.

W rodzinie, której stosunki zobrazowane zostały w I tablicy, większość przypadków psychoz wykazuje obarczenie dziedziczne obustronne. Dodać muszę, że w tych przypadkach, gdzie obarczenie wydaje się być jednostronnem, nie udało mi się zebrać żadnych informacji co do przodków i bocznej linii rodzica zdrowego. Dalej ciekawym faktem jest tutaj *bezpośrednie* dziedziczenie schizofrenji w większości przypadków (III₅, IV₂₆, IV₅, V₄). *Rüdin* w pracy swej o dziedziczeniu schizofrenji utrzymuje, że dziedziczenie skłonności do ośpienia wczesnego poprzez 2 pokolenia jest rzeczą niezmiernie rzadką, oraz dodaje, że z faktem takim nie spotkał się ani on sam, ani, zdaje się, inni autorowie. Najczęstsze są przypadki schizofrenji u dzieci, których rodzice są wolni od tego cierpienia. *Hoffmann* w swoich studjach statystycznych nad dziedziczeniem psychoz wewnątrzpochodnych dochodzi do tego samego wniosku, co *Rüdin* i, omawiając recesywny bieg dziedziczenia przy schizofrenji, zaznacza, jak niezmiernie rzadkie są wypadki występowania tego cierpienia u dzieci i wnuków schizofreników. U *Borowieckiego* w jego bada-

niach genealogicznych trzech rodzin schizofrenja występowała również wśród potomstwa rodziców pozornie zdrowych, a więc okazywała skłonności raczej do obarczenia pośredniego. W badanej przez mnie rodzinie schizofrenja osobnika II₈ przechodzi w prostej linii kolejno poprzez 3 następne pokolenia. Nie widzimy tutaj urywania się anomalji w prostej linii, występującego tak często przy schizofrenji, ani nagłego ukazywania się jej u potomków pozornie zdrowych rodziców, t. j. cech, których, według *Rüdina*, nie spotykano przy dziedziczeniu dominującym, a które charakteryzują dziedziczenie recesywne.

Następnie podkreślić należy polimorfizm obrazów chorobowych w pokoleniu IV, w którym, jak już zaznaczyłam, u rodzeństwa, składającego się z 15 członków (IV_{4,5,8,9,11,13,15,16,18,20,22,23,25,26,27}), na 11-tu członków, odbiegających od normy, w 2 przypadkach stwierdzamy schizofrenję, w jednym — usposobienie schizoidalne, w 2 — psychopatję, w 3 — syntonję, w 2 — obrazy mieszane schizoidalno-psychopatyczne, w jednym — obraz mieszany schizoidalno-syntoniczny. Występowanie obrazów syntonicznych we wspomnianem rodzeństwie jest trudne do wyjaśnienia pod względem genetycznym, gdyż ani ze strony ojca, ani ze strony matki obarczenia syntonicznego nie widać.

W rodzeństwie V_{1—5} również obok 2 schizoidów, jednej psychopatji i jednego obrazu psychopatyczno-schizofrenicznego występuje jeden przypadek syntonji, pochodzenie której usprawiedliwić możemy bezpośredniem obarczeniem jednoimiennem ze strony matki (IV₆).

Takie samo bezpośrednie dziedziczenie usposobienia syntonicznego stwierdzamy w pokoleniu V u osobnika V₉. Zwraca przytem szczególną uwagę zupełny brak przypadków psychozy manjakałno-depresyjnej w rodzinie, w której w 2 ostatnich pokoleniach jest dość dużo syntoników.

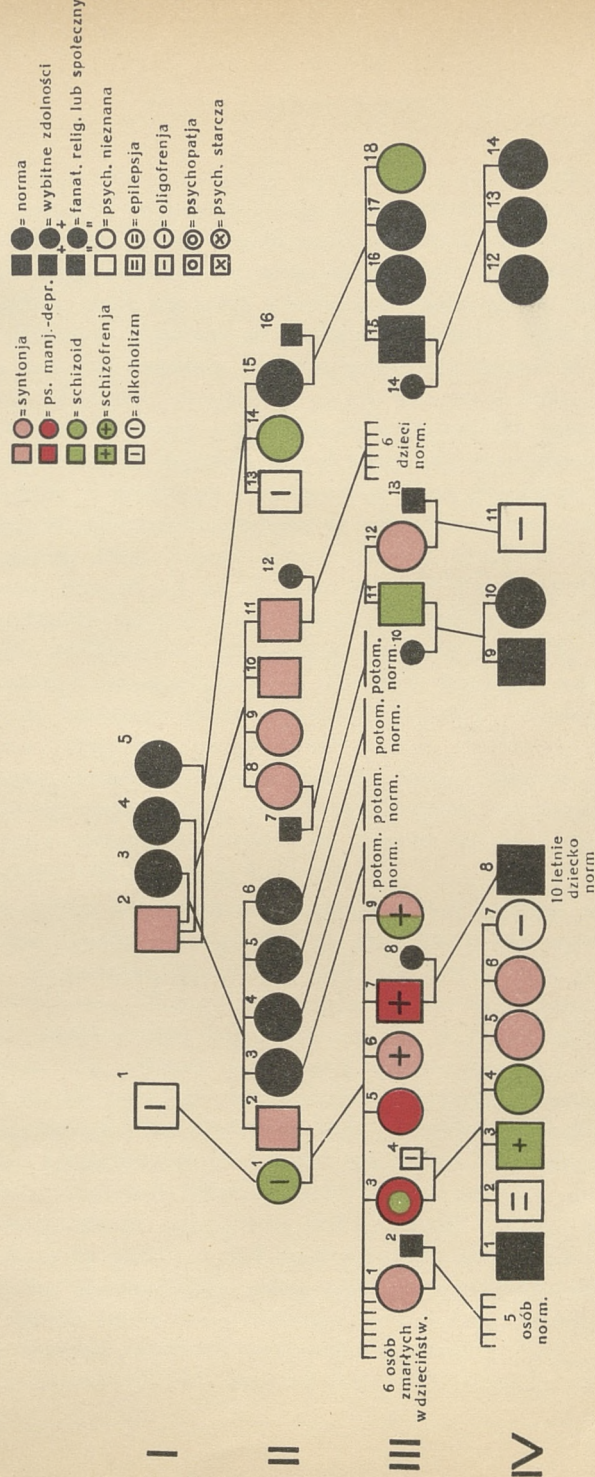
W pokoleniu III u osobnika III₅ stwierdzamy dziedziczenie nie tylko schizofrenji, jako jednostki klinicznej, lecz również i cechy rodzinnej w postaci fanatyzmu religijnego, jaskrawo występującej u matki tego osobnika (II₆) i u jego siostry (II₁₀), pozatem normalnej. Również widzimy, jak fanatyzm nacjonalistyczny osobnika IV₅ przechodzi na potomstwo jego (V₁₁, V₄, V₅), przyczem osobnik IV₅, który przed wybuchem choroby był zawziętym sjonistą, później staje się zagorzałym przeciwnikiem sjonistów i poglądy swe propaguje w napisanej przez siebie już podczas choroby broszurze. U syna jego, a naszego probanda (V₄), który, jako młody chłopiec, przyjmował czynny udział

w ruchu sjonistycznym, w ostatnich latach następuje nie tylko wyrzucenie się dawnych ideałów nacjonalistycznych, ale potęguje się ono do jaskrawego antysemityzmu i wrogiego stosunku do wszystkiego co żydowskie.

II tablica, obejmująca 4 pokolenia, wykazuje 9 schorzeń umysłowych i 15 obrazów określonej konstytucji. W 2 przypadkach mogłam chorych badać i obserwować przez długi przeciąg czasu w Klinice psychiatrycznej. Są to chorzy III₇ i III₆, należący do pokolenia III. W innych przypadkach stwierdziłam psychozy na podstawie starych kart szpitalnych, lub wywiadów. Chory III₇ od najmłodszych lat zdradzał konstytucję wybitnie syntoniczną, był zawsze bardzo wesół, dowcipny, wielomówny, przeskakujący z tematu na temat, w rozmowie z obcymi opowiadał najbardziej intymne szczegóły życia rodzinnego. W 14-ym roku życia, sprzedawszy książki i zegarek, uciekł do Rosji i po dwumiesięcznej włóczędze wrócił do domu. W 19-ym roku życia został uderzony przez kolegę kamieniem w twarz, w tydzień po tym wypadku zachorował psychicznie, wykazywał lęk i podniecenie, mówił od rzeczy, uciekał z łóżka, wybiegał w białiznie na ulicę. Stan taki trwał około 5 miesięcy, potem chory zupełnie wyzdrowiał i wziął się do pracy. Po raz pierwszy ożenił się w 24-ym roku życia, po roku owdowiał. Powtórnie ożenił się w 28-ym roku życia. W pożyciu małżeńskim był nieznosny, żonę zdradzał, hulał, wolny czas spędzał poza domem. Pracował jednak wzorowo, na jednej posadzie pozostawał 16 lat. W 42 roku życia dostał pierwszego napadu depresji melancholicznej, który trwał kilka tygodni, potem od razu przeszedł w typowy stan manjakałny z wielomównością, podniosłym nastrojem, trwonieniem pieniędzy, hulaszczem życiem i podnieceniem erotycznym. Stan taki trwał przeszło 7 miesięcy, potem zaczął przechodzić stopniowo znowu w stan przygnębienia i bezradności, podczas którego chory usiłował popełnić samobójstwo przez powieszenie się w piwnicy i poderżnięcie sobie żył. Po tym fakcie został umieszczony w Klinice Psychiatrycznej 14 marca 1922 r. i przebył w niej stan przygnębienia melancholicznego tak typowego, że nie budził żadnych podejrzeń w kierunku otępienia wczesnego, pomimo szczególnej obserwacji w tym kierunku ze względu na schizofrenję rodzonej siostry (III₆), pozostającej również w Klinice od szeregu lat. Depresja ta po 7 miesiącach zaczęła powoli zmniejszać się i przechodzić w stan, który zdawał się rokować intervallum lucidum, ale po dalszych 5 miesiącach zaczął rozwijać się stan podniecenia manjakałnego, podczas

Obarczenie dziedziczne trzech rodzin. (Dr. MIECZYSLAWA BRUNOWA)

TABLICA II.



Kwadraty oznaczają mężczyzn, koła—kobiety. Linja pozioma, łącząca kwadraty i koła od dołu, oznacza małżeństwo. Linja pozioma, łącząca kwadraty i koła od góry, oznacza rodzeństwo. Linja prostopadła, lub skośna, biegnąca w dół od koła, kwadratu, lub linii małżeństwa, oznacza potomstwo. Linja, łącząca rodzeństwo, nie jest zakończona w przypadkach, w których liczba ogólna rodzeństwa nie jest znana.

którego obok objawów typowo manjakałnych zachowanie się chorego już od początku wykazywało charakter wybitnie schizofreniczny: chory wypowiadał cały szereg urojeń wielkościowych i prześladowczych, wykazywał wrogi stosunek do żony, agresywność, powtarzał, że jest truty arszenikiem, mył się wodą z ustępu, a nawet pił ją; miewał halucynacje słuchowe. Wypisany ze szpitala w kwietniu 1924 roku, w stanie bardzo znacznej poprawy, po kilku tygodniach popadł w domu w silną depresję. Był stale przygnębiony, nie wstawał z łóżka, powtarzał, że jest ciężarem dla żony i że jedynym wyjściem dla niego jest śmierć. Stan taki trwał 3 tygodnie i zakończył się samobójstwem chorego. Jak widzimy z przebiegu choroby, chory ten przedstawia kombinację psychozy manjakałno-depresyjnej ze schizofrenją paranoidalną. Siostra tego chorego (III₆), licząca obecnie 49 lat, przebywa w szpitalu dla umysłowo chorych od lat 18, a od roku 1920 na oddziale klinicznym. Stwierdziliśmy u niej obraz mieszany syntonicznie-schizofreniczny. Urojenia wielkościowe przeplatają się tutaj niekiedy z urojeniami grzeszności i samoponiżenia, po okresach wesołego nastroju i wielomówności następują okresy wybitnego autyzmu z odmawianiem przyjmowania pokarmów, występują halucynacje słuchowe, urojenia prześladowcze, zmanierowanie w sposobie bycia, znaczne stępienie sfery uczuciowej, częste okresy silnego podniecenia i rozdrażnienia, w których bywa agresywną. Pracowita, ślicznie haftuje i daje innym chorym wskazówki, jak mają haftować.

Tradycja ustna obecnie omawianej rodziny sięga do protoplasty w osobie dziadka naszego chorego (I₂), który był wybitnym syntonikiem. Towarzyski, dowcipny, lubił się bawić, nie przejmował się zbytnio niczem. Żonaty trzykrotnie, z pierwszą żoną miał kilkoro dzieci, wśród których najstarszy syn II₂, a ojciec naszego chorego, odznaczał się również konstytucją syntoniczną. Był zawsze usposobienia bardzo wesołego, był dowcipny, towarzyski, zawsze zadowolony ze wszystkiego. Z małżeństwa tego syntonika z alkoholiczką o konstytucji schizoidalnej (III₁) rodzi się liczne potomstwo (III_{1,3,5,6,7,9}), w którym sześcioro dzieci zmarło w dzieciństwie, a z pozostałych sześciorga każde psychicznie odbiegało od normy. Rodzeństwo to, oznaczone na tablicy w kolejnym porządku według starszeństwa, daje nam jedną syntonję (III₁), jedną psychozę manjakałno-depresyjną z lekkiem zabarwieniem schizoidalnem, zakończoną samobójstwem (III₃), jedną wyraźną psychozę manjakałno-depresyjną (III₅). Jest to osoba, licząca obecnie 51 lat, która od roku 1911 przeszła trzy typowe na-

pady depresji melancholicznej z usiłowaniami samobójstwa i dwa napady podniecenia manjakałnego, przyczem stany te występowały kolejno ze stopniowem przejściem od depresji do manji; obecnie pracuje, zarabia na życie i pomaga dzieciom po zmarłej siostrze. Następnie widzimy tutaj dwa omówione już poprzednio obrazy mieszane, przedstawiające kombinację syntonji ze schizofrenją w jednym przypadku (III₆), w drugim zaś takąż kombinację psychozy manjakałno-depresyjnej ze schizofrenją (III₇). Wreszcie mamy jeden obraz mieszany (III₉), gdzie na tle podwójnej konstytucji syntoniczno-schizoidalnej występuje w późniejszych latach schizofrenja.

W pokoleniu IV na uwagę zasługuje rodzeństwo IV₁—7, gdzie z pośród 7 członków tego rodzeństwa jeden chorował na epilepsję (IV₂), jeden na oligofrenję (IV₇), dwaj wykazują syntonję (IV₅ i IV₆), jeden konstytucję schizoidalną (IV₄), wreszcie osobnik IV₃ od dziecka wykazywał cechy charakterystyczne dla moral insanity, był małowymny, krnąbrny, ogromnie uparty, kłamał i kradł; nie okazywał żadnego przywiązania do rodziny, bił dzieci, z którymi się stykał; do nauki był niechętny. W 15-ym, czy 16-ym roku życia uciekł od ciotki, która go wychowywała i od tego czasu nie daje o sobie żadnego znaku życia. Są więc u tego osobnika pewne objawy, które nasuwają możliwość rozwijającej się schizofrenji. Możliwość tę, choć niepewną, oznaczyłam małym krzyżykiem wewnątrz kwadratu.

U potomstwa protoplasty (I₂) z drugiego małżeństwa stwierdzamy 4 przypadki syntonji u rodzeństwa II₈—11, jeden przypadek syntonji u osobnika III₁₂ oraz jeden przypadek usposobienia schizoidalnego u osobnika III₁₁.

U potomstwa z 3-go małżeństwa widzimy 2 osobników schizoidalnych (II₁₄ i III₁₈).

Przy rozważaniu istoty obarczenia i biegu dziedziczenia w tej II rodzinie, przedewszystkiem rzuca się w oczy fakt dziedziczenia syntonji wszędzie w sposób bezpośredni.

Widzimy występujące w 2 przypadkach obrazy schizoidalne (II₁₄ i III₁₁), pomimo, iż pozornem źródłem obarczenia jest tylko syntonja.

Następnie stwierdzamy niewątpliwy wpływ obustronnego obarczenia dziedzicznego w powstawaniu psychoz w rodzeństwach III_{1,3,5,6,7,9}, i IV₁—7.

U rodzeństwa II₈—11, jak również i u rodzeństwa III_{1,3,5,6,7,9} widoczna jest zupełna jednoimiennność dziedziczenia syntonicznego, a u tego ostatniego rodzeństwa w trzech przypadkach na sześć wy-

rażne dodatkowe zabarwienie schizofreniczne, a w jednym — schizoidalne. Dla tej domieszki schizofrenicznej znajdujemy punkt wyjścia w usposobieniu schizoidalnym i alkoholizmie matki tego rodzeństwa i tylko w ten sposób da się genetycznie wytłomaczyć powstanie wyżej wymienionych obrazów mieszanych.

Wyraźny polimorfizm obrazów chorobowych widzimy u rodzeństwa IV₁—7, gdzie obok konstytucji schizoidalnej widzimy syntonję, epilepsję i oligofrenję.

III rodzina, do której obecnie przystępuję, obejmuje 4 pokolenia, 6 psychoz i 5 obrazów wyraźnie zarysowanej konstytucji. Osobiście znam 5 członków tej rodziny, z których trzech jest psychicznie chorych (III₃, IV₂, IV₄). Chorzy bracia IV₂ i IV₄ przebywają na kuracji w klinice psychiatrycznej U. W., rozpoznanie ich stanu nie nastrocza żadnych trudności. Chory IV₂, liczący obecnie lat 27, od najmłodszych lat wykazywał cechy, charakterystyczne dla moral insanity. Kłamał, kradł, wynosił z domu różne rzeczy, które sprzedawał, by móc się zabawić i kupować łakocie. *Hoffmann* słusznie dowodzi, że moral insanity mieści się w ramach schizofrenicznego kręgu dziedziczenia. Chory IV₂ jest jakby ilustracją tego dowodzenia, gdyż u chorego tego od szeregu miesięcy rozwinęła się typowa schizofrenja paranoidalna z urojeniami prześladowczymi, sensacjami cielesnymi, hypnotyzacją, wzmożonem samopoczuciem, słuchowemi halucynacjami. Chory IV₄ od dziecka był schizoidem. Obecnie liczy lat 22, a od paru lat wykazuje obraz schizofrenji z objawami katatonicznymi: podniecenie, agresywność, usiłowanie samobójstwa, autyzm, negatywizm, często bezruch, małowówność, niekiedy mutacyzm, paralogję, zobojętnienie afektywne i halucynacje słuchowe.

Średni brat naszych chorych (IV₃) wykazuje wybitną konstytucję schizoidalną. Omawiane tu rodzeństwo IV₂—4 jest potomstwem matki schizofreniczki III₃ i ojca schizoida i alkoholika III₄. Chora III₃ przebywa w naszym szpitalu od paru lat. Od dziecka wykazywała wybitną konstytucję schizoidalną. Zawsze poważna, zamknięta w sobie, uparta, unikała towarzystwa, miała wyższe ideały, chętnie się kształciła. W 17-ym roku życia wyszła za mąż z miłości. Współżycie z mężem było bardzo złe. Dla błażej przyczyny wywoływała awantury, podczas których czasami biła i drapała męża. Unikała zabaw i cały czas, wolny od zajęć gospodarskich, poświęcała czytaniu książek filozoficznych i religijnych. Od 6 lat wykazuje zaburzenia psychiczne w postaci schizofrenji z objawami paranoidalnymi i katato-

nicznymi. Całe dnie spędzała w łóżku, lub całymi godzinami pozostawała w jednej i tej samej pozycji stojącej, była zamyślona, wykazywała lęk, wypowiadała urojenia prześladowcze, odmawiała przyjmowania pokarmów, często po całych dniach nic nie mówiła. Przestała się interesować domem, zaniedbywała się w ubraniu. Obecnie wykazuje zupełne zubożenie afektywne, widok synów wie wzbudza w niej ani wzruszenia, ani zainteresowania; ciągle siedzi w jednej i tej samej pozycji, czas spędza beczynnie, bez żadnego kontaktu z otoczeniem. Brat jej III₈ odznaczał się konstytucją schizoidalną, a siostra III₉, którą znam osobiście, wykazuje mieszany obraz konstytucji syntoniczno-psychopatycznej.

We wcześniejszych pokoleniach stwierdzamy alkoholizm u dziadka naszych chorych (II₁) i konstytucję syntoniczno-psychopatyczną u babki ich (II₄) ze strony matczynej, zaś ze strony ojca nieznaną chorobę umysłową u dziadka II₆. Rodzona siostra babki naszych chorych (II₅) chorowała również psychicznie.

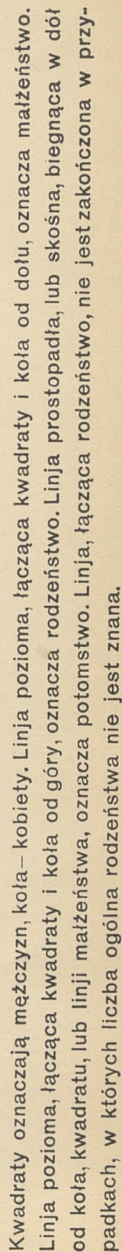
Rozpatrując stosunki rodzinne w omawianej rodzinie, przede wszystkim wskazać muszę na to, że i tutaj schizofrenja dziedziczy się bezpośrednio, gdyż stwierdzamy ją w 2 następujących po sobie pokoleniach u matki III₃ i u 2 jej synów (IV₂ i IV₄). Widzimy tutaj obustronne obarczenie dziedziczne w powstaniu schizofrenji u rodzeństwa IV₂—4 — matka schizofreniczka, a ojciec alkoholik z konstytucją schizoidalną. Natomiast pochodzenia schizofrenji u osobnika III₃ wykazać nie jestem w stanie, gdyż u matki tego osobnika (II₄) znajdujemy obraz syntoniczno-psychopatyczny, a u ojca tylko alkoholizm (II₁), a i siostra matki (II₅) nie może tu służyć za punkt zaczepny dla wyjaśnienia obarczenia schizofrenicznego. Chorowała ona co prawda na jakąś nieznaną chorobę umysłową, możliwe więc byłoby, że ta choroba była schizofrenją pomimo wywiadów, podających, że po tej chorobie nastąpiło wyzdrowienie.

Z tablicy III widzimy również bezpośrednie dziedziczenie obrazu mieszanego syntoniczno-psychopatycznego (II₄ i II₉).

Wobec wybitnego obarczenia potomstwa z III małżeństwa dziadka naszych chorych, uderza fakt, że w potomstwie z 2 pierwszych małżeństw jest zaledwie jeden przypadek psychozy dopiero w pokoleniu IV.

Po rozważeniu stosunków rodzinnych trzech przedstawionych tutaj rodzin i rozpatrzeniu wyników, jakie z tych rozważań otrzymać

TABLICA III.



można było, pragnę na zakończenie wysunąć niektóre ogólne i najważniejsze wnioski:

- 1) Dziedziczenie chorób umysłowych wogóle.
- 2) Dziedziczenie syntonji bezpośrednie, co przemawia za dziedziczeniem dominującym.

3) Dziedziczenie schizofrenji bezpośrednie w pierwszej tablicy poprzez 4, a w trzeciej poprzez 2 pokolenia, w naszych przypadkach przemawia za dominującym biegiem dziedziczenia w schizofrenji, który, jak stąd wynika, zdarza się tak samo, jak w innych przypadkach zdarza się sposób recesywny.

4) W wielu przypadkach schizofrenji niewątpliwy jest wpływ obustronnego obarczenia dziedzicznego, co by się zgadzało z teorią *Rüdina*, że do wystąpienia schizofrenji u dziecka rodzica psychicznie chorego, potrzebny jest ze strony drugiego rodzica pewien dopełniacz, czyli pełne brakujące podłoże skłonnościowe, które, kombinując się przy zapłodnieniu z kompleksami skłonnościowymi pierwszego rodzica, wytwarza całość skłonności do schorzenia schizofrenicznego.

5) Występowanie obrazów o podwójnej konstytucji, oraz obrazów mieszanych, w których psychoza manjako-depresyjna kombinuje się ze schizofrenją (rodzina II). Objaśnić powstawanie takich obrazów można kombinacją 2 dziedzicznych składników — schizofrenicznego i syntonicznego, co w naszych przypadkach potwierdza się wykazaniem usposobienia syntonicznego u jednego rodzica, a usposobienia schizoidalnego u drugiego. Przyczem tej kombinacji, pomimo występowania jej u trzech, a w pewnym stopniu nawet 4 osób z tego samego rodzeństwa, nie można nazwać własnością dziedziczną danej rodziny, ponieważ we wszystkich innych rodzeństwach tej rodziny syntonja i schizoid występują w czystej postaci, nie wyłączając silnie ale polimorficznie obciążonego potomstwa jednej z czterech osób, wykazujących obraz mieszany.

PIŚMIENNICTWO.

Borowiecki S. Badania genealogiczne trzech rodzin ciężko obciążonych usposobieniem do chorób umysłowych. Rozprawy Akademii Lekarskiej, t. I, zesz. II. 1911.

Hoffmann H. Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen, II. Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Monographien aus

dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie, herausg. von O. Foerster—Breslau u. K. Wilmanns—Heidelberg. Heft 26. Berlin. Springer, 1921.

Rüdin E. Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen, I. Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie, herausg. von M. Lewandowski — Berlin u. K. Wilmanns, — Heidelberg. Heft 12. Berlin. Springer, 1916.

(Z oddziału psychiatrycznego szpitala na Czystem, ordynator dr. Wizel).

ZESPOŁY SCHIZOFRENICZNE I PARAFRENICZNE ZEWNĄTRZPOCHODNE A ODNOSNE JEDNOSTKI KLINICZNE *)

podał

GUSTAW BYCHOWSKI.

Zagadnienie schizofrenji stoi dziś niewątpliwie w ośrodku zainteresowania psychiatrycznego. Z największą dokładnością odzwierciadla ono wszystkie trudności i wątpliwości naszej nauki, odbija wszystkie jej kierunki, jest terenem dociekań anatomicznych, konstytucjonalnych, genealogicznych, fenomenologicznych i psychoanalitycznych. Wszystkie te badania przy całej swej niewątpliwej doniosłości i owocności niewiele dbały o zagadnienie kliniczne, o stanowisko schizofrenji (i parafrenji), jako choroby. Wychodząc z różnych punktów widzenia, poszczególni badacze dochodzili do wniosków wręcz przeciwnych, tak że ostatecznie układ poglądów na tę sprawę jest raczej anarchistyczny.

Istotnie, uprzytomnijmy sobie tylko, z jak sprzecznymi spotykamy się tutaj tendencjami. Z jednej strony widzimy przecież dążenie do jaknajrozleglejszego rozszerzenia pojęcia schizofrenji, dążenie zapoczątkowane przez *Bleulera* i oparte przedewszystkiem na wynikach analizy psychologicznej. Dalszemi bodźcami do rozrastania się tej właśnie tendencji były, jak wiadomo, badania charakterologiczno-kon-

*) Praca, wygłoszona w skróceniu na XII-ym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Warszawie, w lipcu 1925 r. Ze względów technicznych rzecz musiała i w druku ulec znacznym skrótom, co w pierwszym rzędzie odbiło się na historjach chorych.

właśnie tendencji były, jak wiadomo, badania charakterologiczno-konstytucjonalne, zainaugurowane przez *Kretschmera*, oraz liczne badania genealogiczne. Zatarcie granicy między psychozą, a osobliwościami charakterologicznymi schizoidu, doprowadziło wreszcie do koncepcji, uznającej obie wielkie jednostki nozologiczne psychiatrii współczesnej, — schizofrenję i psychozę maniakalno-depresyjną, za rozwój patologiczny dwóch zasadniczych tendencji psychiki normalnej, schizoidu i syntonji (*Bleuler*).

Widać stąd z całą jaskrawością, że niepomierne rozszerzona koncepcja schizofrenji zawierała w sobie samej pierwiastki własnej nieuniknionej destrukcji. W samej rzeczy właśnie twórca tej koncepcji *Bleuler* stawia pytanie: czy zespoły schizofreniczne i maniakalno-depresyjne są zespołami objawowymi przy różnych zaburzeniach czynności mózgowej — czy zdarzają się także jako psychozy samostne? ¹⁾ To, co *Bleuler* formułuje tylko hypotetycznie, u *Bumkego* przybiera już charakter twierdzenia i prowadzi do „rozpadu” oświecenia wczesnego ²⁾.

Nie da się jednakże zaprzeczyć, że spotykamy się także z dążnościami do ściślejszego odgraniczenia jednostki schizofrenicznej, do oddzielenia jej od osobliwości charakterologicznych z jednej, a od psychoz reaktywnych i objawowych z drugiej strony. Temu ostatniemu zagadnieniu poświęcona jest niniejsza praca. Ponieważ, jak wiadomo, zespoły schizofreniczne spotykają się istotnie przy najrozmaitszych sprawach chorobowych, z drugiej zaś strony w psychozach objawowych widzimy wyraźne elementy, znane nam dobrze z kliniki schizofrenji, to wyjaśnienie wzajemnego stosunku zespołów i jednostki chorobowej musi przyczynić się do właściwego postawienia zasadniczego zagadnienia klinicznego schizofrenji wogóle.

Zacniemy od analizy klinicznej szeregu przypadków, które porzeczności zdają się zasługiwać na specjalne uwzględnienie i szczegółową publikację.

I. DYSTROPHIA ADIPOSO-GENITALIS I AKROME GALJA (nowotwór przysadki mózgowej). Zaburzenia psychiczne.

Przypadek ten dotyczy 17-letniego młodzieńca, u którego dane co do obarczenia dziedzicznego, jakoteż co do osobliwości charakte-

¹⁾ *Bleuler*. Probleme der Schizoidie und Syntonie. Z. f. die ges. Neur. u. Ps. 78, 1922.

²⁾ *Bumke*. Auflösung der Dementia praecox. Klin. Wochenschrift 3, 11, 1924

rologicznych są zupełnie ujemne. W 14-ym roku życia chory przechodził szkarlatynę i bezpośrednio potem otoczenie zaczęło stwierdzać jego przyspieszony wzrost i niemniej raptowne tycie. Ostatnio chory zauważył nadmierne rozrastanie się uszu, nosa, warg, szczęki dolnej, dłoni, stóp oraz rozsuniecie się dolnych zębów. Od roku chory miewa „napady utraty mowy”, jest wtedy zupełnie przytomny, poznaje otoczenie, w pamięci uświadamia sobie nazwy rzeczy i osób, lecz wymówić ich nie jest w stanie; napad taki trwa 1 — 2 dni, występuje w odstępach czasu nieregularnych. Drgawek nie miewa, natomiast nudności i wymioty. Rozlane bóle głowy, niekiedy zawroty. W początku choroby odczuwał wzmożoną potrzebę snu, sypiał po 16 godzin na dobę, obecnie sypia źle. Libido sexualis żadna, podkreśla, że raczej ma wstręt do kobiet; erekcji i ejakulacji nigdy nie miał.

Badanie cielesne chorego pokazuje, że mamy przed sobą zespół objawów, dający się określić, jako połączenie dystrofji tłuszczowopłciowej z akromegalią. Co do przebiegu zaburzeń psychicznych, to nie mogę przytoczyć historii choroby w całości, ograniczę się do ich omówienia i analizy.

Pierwsze zaburzenia psychiczne wystąpiły w tydzień po napadzie skurczów tonicznych, połączonych z utratą przytomności. Podniecenie psychoruchowe stanowiło zrazu główny rys obrazu klinicznego, trwało jednak zaledwie dni parę. Bardziej jeszcze przelotny charakter miały wypowiedane przez chorego urojenia. Jedno z nich — wielkościowe (chory wykrzykiwał, że jest królem) — zdawało się być tylko chwilowym „pomysłem patologicznym”, drugie bardziej skomplikowane, o charakterze wybitnie katatymicznym, powstałe prawdopodobnie w okresie podniecenia, zostało skorygowane w ten sam dzień, w którym się niem chory z nami podzielił. Urojenie to polegało na tem, że Bóg jakoby obiecał choremu, że będzie miał znów 13 lat i rozpocznie wszystko nanowo. Ludzie naelektryzowali go, przez to stał się znów małym chłopcem. Wszystko to jako rekompensata za lata, które stracił na próżno, nie modląc się i zapominając o przepisach Zakonu. W urojeniu tem, jak widać, znajdujemy elementy, znane przedewszystkiem z urojeń schizofrenicznych: zmiana osobowości (cofnięcie się w czasie do wcześniejszego okresu życia) zapomocą jakichś wpływów o charakterze pseudofizykalnym. Wreszcie urojenie — które częściowo wyjaśniało zachowanie się chorego (mówił po hebrajsku, bo śniło mu się, że jest Mesjaszem), zaczerpnęło swą treść z marzenia sennego, co także niezbyt rzadko widzujemy przy schizo-

frenji. Osłabiona w warunkach snu cenzura, w szczególności obniżona ocena rzeczywistości, ułatwia realizację nieświadomych popędów.

W dalszym ciągu cierpienia chory przechodzi okresy częściowej dezorientacji, o myśleniu zwolnionem, niedokładnem. Jakkolwiek ujęcie otoczenia jest niedokładne, jednakże widać, że zależy to w znacznej mierze od odpowiedniego nastawienia uwagi chorego, który, niby nie wiedząc, że jest w szpitalu, zdaje sobie sprawę z funkcji lekarza lub felczera, których poznaje. Niedostateczna czujność uwagi i zwolnienie procesów myślowych przyczyniają się do niemożności nadania poszczególnym elementom otoczenia jednego wspólnego znaczenia. Zaburzenia pamięci — przejściowe zresztą, podobnie jak zaburzenia orientacji — zdają się być tylko wtórnym skutkiem niedostatecznej apercepcji i uwagi ¹⁾).

I oto na tle tego obrazu psychicznego poczynają znów występować urojenia. Genezy ich nie musimy się wcale doszukiwać, chory sam na nią jasno wskazuje. Zdaje on sobie sprawę z tego, że to jego własne myśli, własne pragnienia i obawy. Czemu twierdzi, że ojciec umarł? — „on by jednakże mną się interesował”. Na tej samej podstawie opiera mniemanie, że matka umarła, a ojciec powtórnie się ożenił.

Pomimo tego poczucia związku urojeń z własną psychiką, chory nie koryguje ani urojeń, dotyczących obecnego układu jego stosunków rodzinnych, ani swych rzekomych przeżyć z niedawnej przeszłości, np. z dnia wczorajszego.

Urojenia te, czy też urojone wspomnienia, mają charakter przejściowy, ustępują miejsca innym, których treścią są również osoby z rodziny, ale które nie zawsze zgadzają się z poprzednimi (wieziono go wózkiem z matką, o której śmierci przed paroma dniami zapewniał). Przeżyciom tym odpowiadają omamy słuchowe: chory słyszy wzywający go głos ojca.

W pewnej chwili występują urojenia prześladowcze o charakterze homoseksualnym, urojenia tak charakterystyczne dla spraw schizofrenicznych i parafrenicznych, że ze zdziwieniem widzimy je w naszym przypadku. Mamy tu przed sobą jakgdyby urojenia prześladowcze wogóle in statu nascendi, jeśli uprzytomnimy sobie, że u jego podstawy psychoanaliza wykryła projekcję komponentu homoseksual-

¹⁾ por. W. Sterling. Über die psychischen Störungen bei Hirntumoren. Ztch. f. die ges. N. u. P. XII ¹/₃.

nego. Całe otoczenie chorego uczestniczy w owych zamachach homoseksualnych, chory bywa usypiany, w organizmie swoim dostrzega widome skutki aktów pederastycznych — wszystko elementy, dobrze znane z zespołów schizofrenicznych.

Ale i to urojenie ma charakter przejściowy. W dalszym przebiegu cierpienia chory, coraz bardziej obojętny i apatyczny, wypowiada jeszcze od czasu do czasu patologiczne fantazje, do których zdaje się przywiązywać coraz mniejszą wagę i które są też coraz bardziej przelotne. Pragnienia, skierowane wciąż ku rodzinie, sprawiają, iż „słyszy co wieczór rodziców, dlatego, że ma ich w głowie”...

Mimo postępującą apatię i pozorne ośpienie, chory zdaje sobie niekiedy dość wyraźnie sprawę z sytuacji, ba, może się nawet wydawać, jakgdyby w pewnej chwili usiłował obronić się przeciwko nieuniknionej destrukcji swej osoby, przypisując otoczeniu swoje zachowanie: „zachowuję się tutaj, jak głuptak, gdyż za takiego mnie tutaj uważają”. Wreszcie jednak czynniki destrukcyjne zwyciężają i chory ginie w stanie zupełnego soporu ¹⁾.

Opisany obraz kliniczny nie przedstawia, pod względem zaburzeń psychicznych, jednolitego charakteru, jak zresztą większość znanych z piśmiennictwa wypadków zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu: na plan pierwszy kolejno występują elementy padaczkowe, schizofreniczne oraz wyraźnie ubytkowe, organiczne. Zrozumiałą jest rzeczą, że te różnorodne pierwiastki psychotyczne tak ściśle się ze sobą splatają, tak niepostrzeżenie jedno w drugie przechodzą i wzajemnie się na siebie nawarstwiają, że ściśle ich wyodrębnienie natrafia na znaczne trudności. Najłatwiej zdamy sobie sprawę z tego splecenia, jeśli sobie uprzytomnimy mnogość wchodzących tutaj w grę czynników etiologicznych, a raczej patogenetycznych i patoplastycznych, które tutaj ogólnikowo tylko poruszamy, zatrzymując się specjalnie na elemencie schizofrenicznym.

Co do pierwiastków padaczkowych, to wiemy, że towarzyszą one często nowotworom mózgu, w szczególności zaś są jednym z częstych objawów guzów przysadki. Możemy sobie wyobrazić, że nagromadzone w mózgu masy podnień wyładowują się nie tylko w napadzie padaczkowym, ale i w następczym podnieceniu psychoruchowym, jak w naszym przypadku. Pierwiastki organiczne i ubytkowe możemy położyć na karb bądź to wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i ucisku na

*) Sekcja wykazała nowotwór przysadki z rozległymi przerzutami na całej podstawie mózgu.

tkankę mózgową, bądź też możemy je uważać za rezultat długotrwałego działania toksyn, wytwarzanych przez masy nowotworowe. Zarówno element padaczkowy, jak i organiczny, mogły wpłynąć patologicznie na ukształtowanie się obrazu chorobowego. Zwolnienie czynności psychicznych, niedokładne, niewyraźne ujmowanie składników otoczenia i niemożność zsyntetyzowania ich w jedną całość o określonym znaczeniu, stąd niedostateczna orientacja, zaburzenia pamięci — wszystkie te, w pewnych okresach cierpienia na plan pierwszy występujące objawy możemy powiązać z temi właśnie elementami.

Pozatem jednak spotykamy się z objawami natury odmiennej.

Pierwsze urojenie naszego chorego świadczy o znacznej regresji libidinis, wtórnem zajęciu osobowości psychicznej, które umożliwia realizację fantastycznych marzeń o wielkości. Zwróciliśmy już uwagę na charakterystyczny moment przeniesienia treści sennej do psychiki czuwającej, w której krystalizuje się w urojenie; wskazuje to oczywiście na to, że, dzięki regresji i osłabieniu władz krytycznych, różnica pomiędzy sposobem działania aparatu psychicznego za dnia i we śnie uległa zatarciu.

Niemniej przejściowa jest zmiana osobowości, jakiej chory zdaje się ulegać. Zwróciliśmy uwagę na katatymiczny charakter tego urojenia, wyjaśniony zresztą bez trudu — co podkreślamy — przez samego chorego. Dodamy jeszcze, że poczucie osobowości musiało ulec osłabieniu, a raczej przesunąć się w kierunku nastawienia wybitnie biernego, skoro zmiana własnej osoby, zgodna zresztą z życzeniem, mogła zostać przypisana nietylko Bogu, ale i „ludziom”, t.j. zapewne wogóle otoczeniu.

To pasywne nastawienie znalazło wreszcie swój szczególnie jasny wyraz w urojeniach homoseksualnych, które, jak już wspominałem, możemy uważać za pierwsze zasadnicze stadium urojeń prześladowczych wogóle. Jeśli chodzi o genezę, to zdaje się to być jedyne z urojeń, które z pewnem prawdopodobieństwem możemy powiązać przyczynowo ze szczególnym rodzajem cierpienia zasadniczego. W samej rzeczy wystarczy uprzytomnić sobie głębokie zmiany gruczolowe w przypadku takim, jak nasz, w szczególności zanik cech męskich, ażeby zrozumieć, że przypuszczenie, iż prowadzą one do odwrócenia popędu płciowego, do inwersji, do wyzwolenia składnika homoseksualnego, ma niewątpliwe cechy prawdopodobieństwa. Z psychoanalizy wiemy, że nieświadomy popęd homoseksualny, którego uświadomieniu sprzeciwia się świadomie „ja”, zostaje odrzucony pod

postacią projekcji, to jest przypisany działaniu osób trzecich. W ten sposób mechanizm urojenia prześladowczego jest mechanizmem obronnym. Zazwyczaj jednak popęd homoseksualny przy tego rodzaju projekcji ulega pewnemu zniekształceniu i przedstawia się nie pod postacią skierowanych przeciw choremu zamierzeń seksualnych, tylko jako prześladowania.

W naszym przypadku widzimy jakgdyby pierwsze stadium opisanego mechanizmu, wszystko dzieje się tak, jakgdyby urojenie zostało zatrzymane w swym zwykłym rozwoju.

Jeśli uprzytomnimy sobie dalej, że pozostałe — zresztą również przejściowe — urojenia chorego mają charakter wyraźnie katatymiczny, w czym podobne są do urojeń schizofrenicznych i innych, ale że w przeciwieństwie do tamtych, pochodzenie to swoje zdradzają bez specjalnej analizy psychologicznej i, co najważniejsze, jasne jest ono dla samego pacjenta — to powiemy, że mamy tu przed sobą *ogólny charakter urojeń pseudoschizofrenicznych w naszym zespole. Są one bliższe swego endopsychicznego pochodzenia, niż urojenia w rozwiniętej schizofrenji.*

Prócz tego są *one przejściowe* i, co się z tem ściśle łączy, nie towarzyszy im żadna stała zmiana osobowości, która pozostaje sobą.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na możliwy wpływ elementów nieschizofrenicznych w naszym obrazie. Nie ulegą wątpliwości, że zarówno czynniki padaczkowe, jak i organiczne, ubytkowe, przyczynić się mogły przez osłabienie auto-krytyki i apercepcji do wzmożonego zaakcentowania treści psychicznych, szczególnie natury popędowej i życzeniowej, a tem samem do powstawania urojeń. Ten ostatni związek będziemy musieli szerzej uwzględnić w części ogólnej naszej pracy.

Krótki rzut oka na znane z piśmiennictwa przypadki zespołów schizofrenicznych przy nowotworach mózgu, pozwoli dojść do następujących wniosków.

Spotykamy się w piśmiennictwie zarówno z szeregiem przypadków, w których występowały oddzielne objawy, znane z symptomatologii schizofrenji, jakoteż i z pełnymi (przynajmniej pozornie) obrazami rozwiniętej psychozy. Obie grupy faktów klinicznych posiadają doniosłe znaczenie, jako materiał dla naszych rozważań ogólnych.

Co do *pierwszej* grupy faktów, to uwzględniając w pierwszym rzędzie objawy, które uważamy za *charakterystyczne* dla *schizofrenji*, możemy stwierdzić, że przy nowotworach mózgu opisywano: hi-

perkinezy katatoniczne, negatywizm, urojenia o charakterze prześladowczym, depresyjnym, ekspansywnym, hipochondrycznym, stany splątania, omamy słuchowe i wzrokowe. W ostatniej większej publikacji na ten temat autor (*Sterling*) znajduje na 25 własnych przypadków 4 z objawami katatonicznymi, jak stuporem, katalepsią, negatywizmem, echolalią, echopraksją, zmanierowaniem, grymasami, objawem *Gansera*, werbiageracją i stereotypją. Wiemy skądinąd, że wartość rozpoznawcza tych objawów znacznie zmalała, gdyż znajdujemy je w klinice różnych psychoz (*Willmans, Schmidt, Lange*). O fakcie tym, mimo że ogólnie znanym, wspominamy dlatego, że ma on znaczenie dla naszych wywodów ostatecznych.

Rozszerzając z konieczności nasz horyzont kliniczny, musimy pamiętać i o tych licznych objawach, które, jakkolwiek niecharakterystyczne dla schizofrenji, uzupełniają często jej obraz kliniczny i których niewolno pominąć, jeśli chodzi o wyjaśnienie stanowiska klinicznego tej choroby. Objawy te wcale nierzadko spotykamy w kazuistyce nowotworów mózgu. Należą tu stany urojeniowe, stany zamroczenia, stany przyćmienia świadomości, stany przypominające „*confusion mentale*” autorów francuskich, objawy neurasteniczno-hipochondryczne, zmiany charakterologiczne, jak przesunięcie w kierunku moral insanity.

Co do drugiej grupy faktów, to jest pełnych obrazów schizofrenicznych, to i tu poprzestaniemy tylko na przytoczeniu paru charakterystycznych przykładów. *Pötl* i *Kaimann* w przypadku dużego glejaka, infiltrującego oba wzgórki wzrokowe, spostrzegali w przeciągu kilku miesięcy: niedostateczną uwagę, zahamowanie bez przyćmienia świadomości, zupełny brak afektu, paralogję, katalepsię¹⁾. *Kaiser* opisuje przypadek, w którym po wieloletniej psychozie, o charakterze wybitnie schizofrenicznym (zahamowanie, odmowa pożywienia, halucynacje przestraszające, później stupor z katalepsią i negatywizmem, wreszcie przez czas dłuższy obraz manjakałny z podnieceniem, dochodzącym do wybuchów szału, przy jasnej świadomości i paralogji), wystąpiły objawy nowotworu mózgu²⁾. W przypadku *Hoppego*, przy licznych przerzutach nowotworowych w mózgu, wystąpił negatywizm, katalepsja, mutyzm³⁾. W trzech przypadkach *Pfeifera*, z których każdy przedstawiał odmienną lokalizację, z których żaden

¹⁾ Pötl u. Raimann. Jahrbuch f. Psych. 31. 1910.

²⁾ Kaiser. Allgem. Z. f. Psych. 62. 1905.

³⁾ Hoppe. Neurol. Zbl. 1904,

nie był umiejscowiony w zwojach podstawowych, występowały obrazy katatoniczne¹⁾. Podobnie znane są obrazy paranoidalne. *Schuster* zestawiał 19 takich przypadków²⁾; *Redlich*, omawiając je, wskazuje z niewątpliwą słusnością na rysy obce stanom paranoidalnym samoistnym, jak omamy wzrokowe, bredzenie, przyćmienie świadomości i wreszcie ich przelotny charakter³⁾.

Co do obrazów schizofrenicznych przy nowotworach przysadki, to spostrzegali je *Christian* i *Mikulski*⁴⁾. Opisy obu tych przypadków (przypadek *Christiana* jest mi znany tylko z omówienia *Redlicha*) nastrożają, zdaniem mojem, poważne wątpliwości co do rozpoznania psychiatrycznego.

Tak więc w przypadkach nowotworów mózgu pełne obrazy schizofreniczne zdarzają się rzadko, zaś poszczególne objawy lub zespoły schizofreniczne często, i to przy najrozmaitszej lokalizacji guza. Należy jeszcze wspomnieć o najważniejszym może, gdyż zbadanym najdokładniej i zgodnie z nowoczesnymi wymaganiami przypadku sekcyjnym *Matzdorffa*;⁵⁾ chora ta w przeciągu roku przedstawiała obraz schizofrenji z wyraźną domieszką komponentu histerycznego, poczem rozwijająca się powoli paraplegja i inne objawy nasuwały rozpoznanie rozlanego nowotworu opon miękkich. Następujące momenty czynią przypadek ten szczególnie ważnym: chora była obarczona dziedzicznie, ale przed chorobą nie wykazywała żadnych cech szczególnych, proces schizofreniczny, został spowodowany przez sprawę nowotworową, która, oprócz zmian w korze mózgowej, wywołanych przez sprawy naczyniowe, doprowadziła do ubytków w III i V-ej warstwie, od naczyń najzupełniej niezależnych, a dokładnie przypominających te zmiany, które znaleziono, jako prawdopodobne podłoże histopatologiczne procesów schizofrenicznych samoistnych (*Josephy*⁶⁾.

1) Pfeifer Arch. f. Psych. 47, 1910 i 48.

2) Schuster. Psychische Störungen bei Hirntumoren. 1902.

3) Redlich. Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen, Aaschaffenburgs Handbuch.

4) Mikulski. Démence précoce. Akromégalie atypique. N. Icon. de la Sal. petr. 1911.

5) Matzdorf. Eine diffuse Geschwulst der weichen Hirnhäute etc. Z. f. die ges. Neur. u. Ps. 85, 1923.

6) Josephy. Beiträge zur Histopathologie der Dementia Praecox. Ibid.

Zestawiając dane piśmiennictwo, możemy powiedzieć, że zespoły schizofreniczne spotykamy przy nowotworach mózgu, różnie umiejscowionych, bez przewagi jakiejś lokalizacji. Zespoły te najczęściej przelotne i bardzo zmienne, rzadko kiedy noszą czysty charakter schizofreniczny, z drugiej jednak strony te obce domieszki, które przy nich tak często stwierdzamy, są nam poczęści znane i z obrazów schizofrenicznych samoistnych, przy których nie zwracamy na nie dostatecznej uwagi, gdyż nie układają się w ramki naszych schematów.

W jedynym, z całą dokładnością zbadanym przypadku, proces schizofreniczny wybucha, jako skutek współdziałania szkodliwości procesu nowotworowego i — zapewne — konstytucjonalnie nadwrażliwych układów korowych.

II. PRZYPADEK EUNUCHOIDYZMU.

W przypadku tym chodzi o 60-letniego nauczyciela, co do którego brak, niestety, jakichkolwiek dokładniejszych wywiadów. Jest to eunuchoid o wybitnym hypogenitalizmie, który przestał pracować i, na skutek stanu podniecenia, dostał się na oddział psychiatryczny. Stany podniecenia powtarzają się co jakiś czas, są krótkotrwałe, tak że musimy uwzględnić oddzielnie zwykły stan psychiczny chorego, oraz stan podczas owych okresów wyjątkowych. Podczas tych ostatnich chory jest zupełnie nieprzystępny, mówi do siebie w sposób przeważnie zupełnie rozkojarzony. O przeżyciach chorego podczas tego napadu nie można się nic dowiedzieć, po napadzie unika wszelkiej na ten temat rozmowy, zdaje sobie natomiast dokładnie sprawę z niezwykłości i chorobliwości tego stanu.

Poza napadami chory zachowuje się raczej autystycznie, jednakże, poza niewielkiem zainteresowaniem dla otoczenia, jest najzupełniej dostępny, rozsądny, w zachowaniu poprawny. Czyni naogół wrażenie w afekcie swym zgaszonego, potrafi jednakże unieść się, kiedy chodzi o jego osobiste wygody, albo nawet o miłość własną; podkreśla zresztą stale i świadomie integralność swojej osobowości i wyjątkowy charakter stanów patologicznych, które się zresztą już przeszło od roku ponawiały. Orientacja jest zachowana; co do omamów, to nie da się powiedzieć nic pewnego, urojenia można z dostatecznym prawdopodobieństwem wykluczyć. Pamięć wykazuje pewne niedokładności, które, powiedzmy odrazu, można zapewne położyć na karb przedwczesnego senium. Ten sam czynnik odgrywa niewątpliwie znaczną rolę

w zwężeniu się kręgu zainteresowań chorego do osobistej wygody i zapewnienia sobie spokojnego, beczynnego życia na oddziale. Stosunek jego do tej sprawy różni się jednak znacznie od nastawienia ogromnej większości stanów końcowych schizofrenji — podczas gdy ci chorzy nie troszczą się o los swój i miejsce pobytu, tkwiąc w autystycznym zasklepieniu, nasz pacjent wyraża pragnienie pozostania na oddziale, a nawet reaguje żywym afektem troski i obawy na wiadomość o zamiarze przeniesienia go do domu starców.

Możemy więc w przypadku tym mówić jedynie o *przejęciowych epizodach schizofrenicznych*. Nie mamy danych co do osobowości chorego przed internowaniem, nie wiemy, w jakim kierunku się zmieniła; stwierdzić możemy jedynie pewne zubożenie, autystyczny brak zainteresowania się otoczeniem, który jednak utrzymuje się prawie bez zmiany podczas 5-letniego pobytu pacjenta na oddziale. Nie stwierdzamy więc z zupełną pewnością wyraźnych zmian osobowości, które byłyby wyrazem długotrwałego procesu psychotycznego.

Piśmiennictwo nie wskazuje z dostateczną pewnością na jakikolwiek stały związek pomiędzy eunuchoidyzmem a schizofrenją. Wprawdzie Kretschmer¹⁾ stwierdzał, przy swych badaniach nad budową ciała u psychicznie chorych, pomiędzy schizofrenikami znaczny odsetek osobników z częściowym lub zupełnym eunuchoidyzmem, ale, jak słusznie zauważa Fränkel²⁾, należy odróżniać rozmaite objawy hypogenitalizmu, często spotykane u typów „dysplastycznych” Kretschmera, od prawdziwego eunuchoidyzmu. Beringer i Düser³⁾ znaleźli pośród 200 schizofreników dwóch eunuchoidów, Fränkel przytacza jeden przypadek.

Jak wiadomo, sporna jest także kwestja jednolitości charakterologicznej eunuchoidów. W każdym razie z pomiędzy typów, wyodrębnionych przez Sterlinga⁴⁾, typ pasorzytniczy odpowiada najlepiej zarówno naszemu przypadkowi, jak i pewnym osobliwościom psychiki wielu schizofreników, u których proces psychotyczny zaznacza się zanikiem inicjatywy, chęci do pracy i wszelkich w tym kierunku ambicji.

1) Kretschmer Körperbau und Charakter.

2) Fränkel Der psychopathologische Formenreichtum der Eunuchoiden, Z. f. d. g. Nr. 80.

3) Beringer u. Düser Schizophrenie und Körperbau Ib. 69.

4) Sterling Klinische Studien über Eunuchoiden etc. Ib. 16.

„Etat mental des Eunuchoides. R. neurologique 1924.

III. ZESPÓŁ SCHIZOFRENICZNY W PRZEBIEGU PADACZKI.

Przypadek ten dotyczy 30-letniego mężczyzny, u którego żona od 3-ich lat, to jest od zamążpójścia, spostrzegała napady padaczkowe, występujące co tydzień, najczęściej po przebudzeniu się ze snu i połączone z utratą przytomności. W przeciągu całego tego czasu chory nie zdradzał żadnych zmian w swym, jak się zdaje, normalnem (czy może syntonicznym?) usposobieniu. Zaburzenia psychiczne wystąpiły nagle, mianowicie niejasne urojenia treści religijnej i prześladowczej, a w niewyraźnym związku z nimi urojenia somatopsychiczne, raptowne pogorszenie się kontaktu afektywnego z otoczeniem, wybuchająca gwałtownym gniewem i prowadząca do agresji drażliwość. Przelotnie występuje halucynacja wzrokowa — chory widzi krew — objaw, który, jak wiadomo, wskazuje wyraźnie na składnik padaczkowy. W dalszym przebiegu widzimy zrazu euforię i wzmożone samopoczucie, później wzrastający autyzm, negatywizm w zachowaniu, wreszcie, jako cenny objaw, śmiech nieumotywowany. Urojenia występują w formie krótkotrwałych, wyraźnie katatymicznych fantazji (śmierć żony), oraz pod postacią osobliwych, niedostępnych dla normalnego wczucia się pomysłów o treści znanej dobrze myśleniu prelogicznemu. Mianowicie pewnego dnia pacjent napada na chorego A., motywując to tem, że dusza A. i inne dusze weszły weń, a jego dusza weszła w A. Odczuwa duszę zwykle, jako coś delikatnego, jedwabnego we wszystkich członkach. Kiedy duszy nie ma, wtedy czuje pustkę, czuje się jak pusta beczka, uczucie to lokalizuje w okolicy serca. Dusza wyszedłszy zeń, płacze jak matka za dzieckiem. Dusza jest w nim, jak ojciec, jak matka, karmiąca dziecko. Kiedy dusza jest w nim, ma on uczucie, jakgdyby ssał pierś matczyną. Obcą duszę odczuwa w sobie, jako coś grubego, prostego. Nie mogę tutaj uwzględnić całego znaczenia psychoanalitycznego tych urojeń, podkreślę tylko ich magiczny charakter, oraz niewątpliwą rolę niejasnych doznawań cenestopatycznych.

Kontakt uczuciowy chorego naprzód z żoną, a potem z całym otoczeniem, staje się coraz gorszy, chory niekiedy zanieczyszcza się, jest wreszcie zupełnie zamknięty i niedostępny. Przedtem jeszcze zapalają się przelotnie momenty dobrego kontaktu z otoczeniem, dawnego wzmożonego samopoczucia, z ideami o własnem posłannictwie religijnem, o Bogu itp. Napady padaczkowe zdarzają się znacznie rzadziej, niż w okresie przedpsychotycznym, bo tylko raz na kilka miesięcy.

Interpretacja przypadku nastęrcza niemałe trudności, ma ona jednakże dla naszego zagadnienia duże znaczenie. Zdaje się być wielce prawdopodobne, że mamy tu przed sobą nie tylko zespół schizofreniczny, ale wyraźne otępienie wczesne o szybko postępującym charakterze, przyczem proces ten zdaje się rozwijać u epileptyka w czasie, w którym napady padaczkowe stają się coraz rzadsze. Ta ostatnia okoliczność przemawiałaby może za tem, że jedna sprawa chorobowa przeszła w drugą. W tymże kierunku możnaby zużytkować początkowe widzenia krwi, drażliwość z wybuchami gniewu, euforję i wzmożone samopoczucie, jakkolwiek wszystkie te objawy mogą równie dobrze wystąpić w samoistnej sprawie schizofrenicznej.

Z autorów, którzy się tą kwestją zajmowali, a o których mogę tutaj wspomnieć zaledwie mimochodem, przytacza *Vorkastner* przypadki prawdziwych epilepsji, które później wykazują otępienie schizofreniczne¹⁾. *Giese* nie przyjmuje właściwej przemiany padaczki w schizofrenję, wskazując jednakże na to, że niekiedy padaczka przechodzi, kiedy występuje proces schizofreniczny²⁾. Przypadek podobny do opisanego spostrzegalem w klinice *Bleulera*; *Tramer*, który przypadki takie z materiału *Burghölzli* badał anatomicznie, dochodzi do wniosku, że odpowiada im odrębny obraz histopatologiczny³⁾.

Pewne światło na związek pomiędzy schizoidem i schizofrenją z jednej, a padaczką z drugiej strony rzucają badania genealogiczne *Roemera*⁴⁾ i *Hoffmana*⁵⁾. W myśl poglądów, wypowiedzianych przez *Kohna*, moglibyśmy, wyobrazić sobie, że wybitna autointoksykacja padaczki konstytucjonalnej mobilizuje podłoże schizofreniczne, t. j. wyzwala je jako czynnik patoplastyczny⁶⁾. Przypuszczenie to nie miałoby jednak uzasadnienia w naszym przypadku, w którym niema żadnych danych co do charakteru schizoidalnego osobowości przedchorobowej; wobec tego hipoteza ta, która przecież, jeśli chodzi

1) Vorkastner. Epilepsie u. D Praecox. Karger, Berlin. 1918.

2) Giese. Über Klinische Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrenie Z. f. d. ges. N. u. Ps. 26. 1914.

3) Tramer. Untersuchungen zur pathol. Anatomie des Z. N. Systeme bei der Epilepsie. Schweizer Archiv. f. Ps. u. N. 2, 202.

4) Roemer. Zur Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie etc. Allg. Z. f. Psych. 67. 1910.

5) Hoffman. Die Nachkommenschaft bei endogener Psychosen. Springer. 1921.

6) Kahn. Über die Bedeutung der Erbkonstitution etc. Z. f. die g. N. u. Ps. 1920. 74.

o zespoły schizofreniczne, bywa wypowiedana najczęściej, byłaby tutaj jedynie łatwym sposobem uniknięcia istotnych trudności zagadnienia, ponieważ poprostu przypisywałaby przypuszczalnej przyczynie sprawy chorobowej te same właściwości tylko w zmniejszonym stopniu, jakie posiada ona sama.

Oczywiście, że musimy uciekać się tutaj do mniej lub więcej przekonujących hipotez. Możemy sobie wyobrazić, że ta sama szkodliwość (jest rzeczą prawdopodobną, ale nie dowiedzioną, że chodzi tutaj o jakąś autointoksykację pochodzenia gruczolowego), która przez czas pewien wywoływała padaczkę, zmienia w następstwie swój punkt działania i wywołuje proces schizofreniczny. Do pomyślenia byłaby także hipoteza pomocnicza, że systemy psychocerebralne, od których uszkodzenia zależy proces schizofrenji w tego rodzaju przypadku, jako bardziej odporne, uległy wpływowi czynnika szkodliwego dopiero później. Wreszcie możnaby przypuścić, że zmienia się charakter samej szkodliwości w ten sposób, że nabiera ona „powinowactwa“ do innych systemów psychomózgowych.

IV ZESPOŁ PARAFRENICZNY PRZY KILE MÓZGU.

W przypadku tym chodzi o 42 letniego szlifierza, u którego brak jakichkolwiek danych pozytywnych co do obarczenia dziedzicznego. Przed zachorzeniem psychicznem chory nie okazywał żadnych osobliwości charakterologicznych, był zawsze zupełnie rozsądny, niezabobny, nieuparty, wesoły, towarzyski, pracowity, porywczy. W 1912 r. przechodził zakażenie kiłowe, leczone tylko u felczera. W 1918 r. dostał porażenia prawostronnego z utratą mowy; powrócił do zdrowia i w dalszym ciągu wcale się nie leczył swoiście. W czerwcu 1923 r. stracił całkowicie władzę w rękach i nogach, i wtedy zaczął się leczyć swoiście (wlewania Neosalvarsanu oraz zastrzykiwania Hydrarg. salicyl., od czerwca do sierpnia 1923 chory otrzymał 4 wlewania i 7 igieł, od października do grudnia 6 wlewań oraz 6 igieł). D. 9. XII. 23 chory opuścił oddział nerwowy naszego szpitala z dużą poprawą, wykazując jedynie objawy połowiczne prawostronne. *Zaburzeń psychicznych w tym czasie chory nie wykazywał.*)*

*) Co do pierwszego napadu porażenia, to musimy polegać na b. dokładnych zresztą danych, dostarczonych przez chorego, gdyż przebywał on wtedy w niewoli w Niemczech. Podczas drugiego napadu chory był obserwowany na oddziale d-r. Flatau.

Po skończeniu leczenia swoistego chory wrócił do domu, gdzie wkrótce potem wystąpiły pierwsze zaburzenia psychiczne w postaci urojeń ściśle ograniczonych, dotyczących teściowej, którą, jak zresztą i inne starsze kobiety, uważał za czarownicę, przypisując jej, między innymi, zamianę teścia w konia.

Urojenia podobne rozwijał chory i na oddziale.

Gospodyni z oddziału IX-go to biała klacz, czyli niewinna kobieta, gospodarz z oddziału VIII-go jest gniadym koniem, ma na szyi biały znak od chomąta, synek jest takiej samej maści, jak ojciec, lecz jest sercem matki. Dr. F. — o nim nie chce mówić, szkoda go, gdyż pracuje dla całego społeczeństwa; po chwili pokazuje na nodze czyrak, w którym ma siedzieć dr. F., a właściwie jego śmierć. Na oddziale przebywa Matka Boska, wczoraj w nocy miał z nią stosunek.

Chory z uporem zapoznaje cały szereg osób z otoczenia, jednego z chorych nazywa swoim synem, Jezusem i otacza go szczególną opieką, inny znów to Św. Józef. Niektóre z urojeń odnoszą się i do przeszłości — w jednym z chorych poznaje swego dawnego znajomego, który z nim pasał krowy, usiłuje mu wmówić rozmaite niestworzone rzeczy, które się dawniej z nim dzieć miały, nie zwracając najmniejszej uwagi na zaprzeczenia tamtego.

Uparcie trzyma się chory idei o przemianie niektórych osób w zwierzęta. Jaka to siła te przemiany sprawia, tego nie wie.

Widać stąd, że treść urojeń odpowiada w znacznej mierze pierwiastkom myślenia magicznego.

W innych urojeniach znajdują swój wyraz pierwotne warstwy erotyki dziecięcej, specjalnie dziecięce teorie seksualne. Chory twierdzi, że na oddziale znajduje się ukryte urządzenie kanałowe, za pomocą którego kobiety mogą być zapładniane na odległość. W murze przechodzi kanał, w tym kanale znajduje się czółno, w którym leży kobieta.

Mężczyzna oddaje mocz przez „szlauch gumowy”, który również przechodzi przez kanał w murze, aż dochodzi do kobiety, ta „kładzie sobie szlauch w krocze” i w ten sposób zapomocą uryny zostaje zapłodniona.

Przez krótki czas występuje wybitne podniecenie, prowadzące do konfliktów z otoczeniem i agresywności. Choremu zaszczepiono zimnicę, po której ostatnio wspomniane objawy znikają. Natomiast przez długie miesiące utrzymują się urojenia, które rozwijają się powoli i nieznacznie, nie zmieniają swego charakteru i w niczem nie

modyfikują osobowości chorego. Poza niemi chory rozumuje zupełnie rozsądnie, tak samo zachowanie się jego — wyjąwszy ów okres podniecenia — jest najzupełniej poprawne.

Omamów słuchowych wyraźnych stwierdzić się nie daje, zdaje się, jakoby wyjątkowo, epizodycznie występowały halucynacje wzrokowe.

Przez cały czas choroby chory nie wykazuje żadnych objawów psychopatycznych natury organicznej. Pamięć, zapamiętywanie, orjentacja w czasie i przestrzeni — wszystko to jest bez zarzutu.

W 8 miesięcy po wystąpieniu zaburzeń psychicznych rozpoczyna się korygowanie urojeń, bardzo powolne i stopniowe, przyczem mechanizm projekcji, odniesiony w przeszłość, odgrywa wybitną rolę. Naprzykład: to gospodarz oddziałowy powiedział był choremu, „katatonik F., to Jezus twój syn, teraz już żydki Jezusa nie zabijają”. Albo co do systemu zapładniania na odległość: kiedy szedł do klozetu, felczer P powiedział: „idziesz do żydówki”. Chciano go gwałtem oderwać od miski klozetowej, chociaż jeszcze nie był się załatwił (istotnie podczas okresu podniecenia musiano chorego siłą wyciągnąć z klozetu, gdzie przesiadywał całemi godzinami). W ten sposób — w głowie mu się kręciło — zrodziła się u niego taka myśl.

Korygowanie urojeń odbywało się bardzo powoli i kiedy zdawało się, że większość ich już należy do przeszłości, chory kończył rozmowę z nimi słowami: „a pomimo wszystko mówię panu, że jest tu taki szpital, jakiego nigdzie niema, coś niewidzialnego się tutaj dzieje”. Było to tak, jakgdyby po rozpadnięciu się poszczególnych treści urojeniowych, pozostała jeszcze ogólna atmosfera przeżywania urojeniowego (*Jaspers*).

Z czasem — już poza szpitalem — zniknęły i te pozostałości psychozy.

Dodajmy jeszcze, że źrenice, równe, oddziaływały przez cały czas na światło, że mowa zaburzeń nie wykazywała, że wreszcie badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało: 3 limfocyty w mm³, odczyn Nonne-Apelta ujemny, odczyn Wassermana w dawce 1,0+++ , 0,6++ , 0,2 ujemny, w krwi+++*).

Z czem mamy tutaj do czynienia? Biorąc rzecz czysto klinicznie, widzimy obraz łagodnej, przewlekłej parafrenji o niezbyt wielkiej pro-

*) Nakłucie łądźwiowe mogło być, niestety, dokonane raz tylko, podczas pobytu na oddziale nerwowym; później chory bronił się przeciwko temu zabiegowi z całą energją.

duktywności i — co uważać musimy za sprawę zasadniczą — nienaruszonej osobowości. Tak samo należy podkreślić brak zaburzeń kojarzeniowych. Wobec tego nie możemy myśleć tutaj o schizofrenji. Z drugiej strony brak objawów organicznych wyklucza porażenie postępujące.

Jeśli chodzi o patogenezę, to jest to niewątpliwie sprawa parafreniczna osobiwa. Wiemy przecież, że proces parafreniczny bywa zawsze postępujący i nieuleczalny. Osobliwy przebieg tej sprawy w naszym przypadku zdaje się wskazywać na jej zależność od czynnika, którego działanie wyczerpuje się, tak czy inaczej ustaje. O jakiej etiologii możemy tutaj myśleć.

Zakażenie kiłowe dało w tym przypadku zrazu tylko masywne objawy neurologiczne i to w dwóch gwałtownych napadach porażenych. Dopiero znacznie później zaczęły występować objawy psychotyczne, i to leżące na zupełnie nowej linii, nie objawy destrukcyjne, organiczne, ale będące wyrazem przesunięcia pewnych warstw psychicznych, częściowego zniesienia oceny rzeczywistości i realizacji pierwotnych dążeń i sposobów myślenia. Jeśli przypuścić — co w braku jakiegokolwiek innej etiologii samo przez się nasuwa, że i ten proces wywołany został przez zakażenie kiłowe, to koniecznością jest wyobrazić sobie, że w tej szkodliwości (czy w organizmie) zaszły w międzyczasie jakieś zasadnicze zmiany, które przesunęły jej sposób działania. Jeśli zwrócimy uwagę na to, że okres psychotyczny poprzedziło zastosowane po raz pierwszy leczenie swoiste, jeśli podkreślimy raz jeszcze, że poprzednio chory z wyraźnymi zaburzeniami neurologicznymi łączył najzupełniejszą integralność psychiczną, to nie wyda się chyba zbyt dowolnem przypuszczenie, że to właśnie leczenie przeciwikiłowe spowodowało tak głębokie zmiany we wzajemnem ustosunkowaniu się krętka i ustroju.

Oczywiście, że to hypotetyczne wyjaśnienie wymaga niemniej hypotetycznych wyjaśnień pomocniczych. Możemy sobie np. wyobrazić — co byłoby niewątpliwie najprostsze, że krętka, rozpadając się pod wpływem leczenia swoistego, wytwarzają toksyny, których działanie powoduje właśnie nie sprawę rozpadową, a zatrucie. Możemy także, korzystając z koncepcji Pötzla¹⁾, przypuścić, że leczenie zmniejszyło przenikliwość naczyń oponowych, kapilarów i prekapilarów mózgu, przez co zostało utrudnione lub uniemożliwione przechodzenie z krwi do

1) Pözl. Über die Bedeutung der Liquor etc. Medizin Klinik 1923, 46. Patrz także Kafka. Über die Bedeutung der Hämolyse-reaktion etc. Jbid. 1924, 14.

tkanki mózgowej złożonych ciał białkowych, które są jakby katalizatorami właściwego procesu, odbywającego się między krętkiem a tkanką mózgową. Stąd zatrzymanie procesu rozpadowego i wystąpienie zatrucia. Trzeba przyznać, że w naszym przypadku hipotezę tę można by z równem powodzeniem odwrócić, przedewszystkiem dlatego, że zmniejszenie owej przenikliwości naczyń, zapomocą li tylko leczenia swoistego, wydaje się mało prawdopodobne; wprawdzie chory nasz przechodził zimnicę, ale zaburzenia psychiczne tego samego typu wykazywał już przedtem. Można by tedy przypuścić, że leczenie swoiste zniszczyło tylko krętki, pozostawiając przenikliwość naczyń dla ciał białkowych, produktów rozpadu, powstałych we krwi, które spowodowały przewlekłą intoksykację.

Na hipotezy te, rzecz jasna, nie kładziemy żadnego nacisku. Chodzi nam przedewszystkiem o podkreślenie faktu klinicznego, jakim jest zespół parafreniczny i uleczalny, pochodzenia zewnętrznego.

V. PSYCHOZA PO DURZE BRZUSZNYM.

28-letni L. L. począł zdradzać zaburzenia psychiczne na 5 dzień choroby, którą wedle wszelkiego domniemania (chory mieszkał na wsi i lekarza nie wzywano) należy uważać za dur brzuszny. Ciepłotę, która dochodziła do 40°, mierzono tylko przez dni kilka. Poprzednio nigdy psychicznie nie chorował, dziedzicznie wcale nie jest obciążony.

Na oddziale chory przedstawiał niewątpliwy obraz wybitnego podniecenia schizofrenicznego: zupełnie niedostępny, wejście w kontakt psychiczny niemożliwe, mowa bezładna, rozkojarzona w najwyższym stopniu, nie licząca się absolutnie z pytaniami, bardzo znaczne podniecenie intrapsychiczne i psychoruchowe. Niekiedy chory zdawał się zapoznawać osoby z otoczenia, widząc w nich członków rodziny. Pod koniec 3-go miesiąca pobytu na oddziale chory zaczął się uspokajać; chociaż mowa wciąż jeszcze wykazywała olbrzymie rozkojarzenie, niekiedy udawało się już otrzymywać odpowiedzi na pytania; zdawało się, że chory jest zorientowany, wiedział także od jakiego czasu jest w szpitalu.

Dopiero w połowie 5-go miesiąca naszej obserwacji, stan chorego nagle się zmienił, mowa stała się powiązana, a zachowanie poprawne. Chory zapragnął odrazu powrotu do domu, oświadczając, że albo pójdzie do domu, albo umrze.

O całym okresie psychotycznym chory zachował wspomnienia dość dokładne. Przez pierwszy miesiąc pobytu na oddziale myślał, że

jest w niewoli rosyjskiej, potem już był dokładnie zorientowany. Wyrzactwo paliło go w głowie; kiedy spał, zdawało mu się, że jest cesarzem i ma 30 żon. Co do początku choroby podaje: wyszedł w nocy na dwór oddać mocz, przeląkł się dużego wieprza. Sprowadzili go do domu, zasnął, śniło mu się, że dziecko i żona umarli. Zaczął się lękać, trząsł się, zdawało mu się, że i ojciec umarł. Wtedy począł bić wszystko dookoła. Wybiegł z domu nocą i biegł 8 wiorst plantem kolejowym.

Co do swego wyzdrowienia: oprzytomniał odrazu, pomyślał sobie, że ma dziecko i żonę, że musi zarobić na kawałek chleba. Jeśli zostanie tu jeszcze, przez 8 dni i umrze — kto da jeść rodzinie.

L. opuścił szpital, zdrów zupełnie.

Nie wchodząc w szczegółowe rozpatrywanie tego przypadku, które, podobnie jak rozważania co do następnego, odkładamy do części ogólnej naszej pracy, zaznaczamy tylko to, co czyni go ważnym dla nas i znamionnym. W przebiegu choroby zakaźnej u osobnika nieobciążonego wybuchu psychoza, która trwa 8 miesięcy. W stadium, w którym rozpoczyna się nasza obserwacja, psychoza ta ma charakter podnieconej schizofrenji o maksymalnem rozkojarzeniu myślowem. Podkreślić należy częściową orientację, dokładną pamięć i brak jakichkolwiek objawów majaczeniowych. Psychoza ta, która wystąpiła ostro i zdawała się przebiegać przewlekłe, kończy się powrotem do zupełnego zdrowia.

Mamy tu przed sobą zespół schizofreniczny pochodzenia zewnętrznego, przewlekły, ale uleczalny bez defektu.

VI. PSYCHOZA PODCZAS SCHORZENIA FIZYCZNEGO (pleuritis purulenta).

41-letni S. S. był zawsze dziwakiem, upartym, żył samotnie. Zaburzenia psychiczne wystąpiły w przebiegu bronchopneumonji, połączonej z ropnem zapaleniem płucnej. Chory był podniecony, podejrzliwy w stosunku do otoczenia, które pomawiał o jaknajgorsze względem siebie zamiary, obawiając się, że go zabiją. Uważał zresztą, że i tak jest ciężko chory, trup, „skończony”. Naogół przerażony swym losem, wykazywał chory niekiedy afekt wyraźnie niedorównany, jak gdyby pogodny i wesoły. Na pytanie niezawsze odpowiadał, często nie dawał sobie przerwać swego biegu myśli, w mowie wykazywał skłonność do verbigeracji. Swe doznania chorobowe interpretował

w sensie hipochondryczno-urojeniowym, twierdząc, np. że ma złamane kości klatki piersiowej.

Ten pierwszy epizod psychotyczny przeszedł zrazu bez śladu, poczem u chorego została dokonana resekcja żeber, po której ropienie jednak pozostało. Po 4 miesiącach chory znów zaczął zdradzać podniecenie, na oddziale chirurgicznym, na którym wówczas z powodu swego przewlekłego ropienia przebywał, zachowywał się dziwacznie. Przez kilka następnych miesięcy zdradzał objawy neurasteniczno-hipochondryczne, które znamy tylko z relacji otoczenia. Później stan psychiczny chorego począł się raptownie pogarszać, chory w przeciągu długich miesięcy nie wychodził z pokoju, nikogo do siebie nie dopuszczał, utrudniał zmianę opatrunku i badanie lekarskie. W tych warunkach nastąpiło ponowne internowanie (w rok po wybuchu pierwszych zaburzeń psychicznych). Badany na oddziale, gdzieśmy mieli możliwość obserwować go w przeciągu 5 miesięcy, zachowuje się dziwacznie, jest zupełnie niedostępny, autystyczny, niekiedy negatywistyczny. Sprawia wrażenie najzupełniej ośpiałego, bezmyślnego schizofrenika o twarzy tępej, prawie zupełnie amimicznej, a raczej zastygłej w jednym i tym samym grymasie. Twierdzi, że nie przypomina sobie zupełnie szczegółów swego pierwszego pobytu w szpitalu, nie orientuje się w czasie, myli się w prostych rachunkach, — ale trudno orzec, ile należy tutaj położyć na karb zupełnego braku zainteresowania i nieuwagi. W każdym razie wobec tych rzekomo organicznych objawów należy podkreślić, że zarówno badanie neurologiczne, jak i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi wypadło całkowicie ujemnie. Chory wykazuje coraz większe zmanierowanie, wykonywa stereotypowo te same ruchy i grymasy bezmyślne. Grzebie wciąż palcami w ropiejącej swej ranie, stawiając gwałtowny opór wszelkim próbom przeszkodzenia sobie lub pielęgnacji. W pewnej chwili wyznaje, że przez cały czas swego dobrowolnego zamknięcia w swoim pokoju słyszał głosy, które go przeklinały, chciały go się pozbyć, — i o których chory mówi bez śladu jakiegokolwiek afektu.

W tym stanie psychicznym i przy objawach ze strony przewodu pokarmowego, chory, coraz bardziej wycieńczony, umiera.

Streśmy ten przypadek. U wybitnego schizoida występują podczas choroby cielesnej zaburzenia psychiczne, polegające na podnieceniu i objawach hipochondryczno-lękowych, przyczem zaznaczają się i urojenia, które częściowo są tylko transpozycją doznawań

somatycznych. Po okresie neurasteniczno-hipochondrycznym poczyną rozwijać się obraz przewlekłej schizofrenji, ubogi w objawy, o charakterze otępieniowym, wybitnie autystycznym. Przez cały czas chory dotknięty jest ciężkiem cierpieniem somatycznym, które niewątpliwie prowadzi do zatrucia organizmu.

VII. OSŁUPIENIE KATATONICZNE W PRZEBIEGU ZIMNICY.

W przypadku tym chodzi o 16 letniego chłopca z rodziny nieobarczonej, który, osierocony w 10 ym roku życia przez matkę i opuszczony przez ojca, znajdował się przez dwa lata w fatalnych warunkach i wiódł żywot dziecka ulicy. Zaburzenia psychiczne rozpoczęły się na początku kwietnia 1923.

Chłopiec mówił od rzeczy, czasem bardzo wiele, czasem znów wcale nie mówił, nie spał, jęczał i skarżył się na bóle głowy. Stan ten trwał dwa tygodnie, poczem chłopiec, którego znaleziono, gdy siedział nieruchomo na ulicy na ławce, został odwieziony do szpitala. Tu stwierdzono zimnicę, do której zastosowano właściwe leczenie.

Chory, niezmiernie wychudzony, znajdował się w stanie osłupienia. Na oddział psychiatryczny przybył 26 kwietnia 1923. Tu stwierdziliśmy niemal zupełny mutacyzm, sztywną mimikę, automatyzm rozkazowy, wybitną hipertonię mięśni karku oraz — w mniejszym stopniu — mięśni kończyn, brak odruchu Meyera, wzmózoną pobudliwość idiomuskularną i wzmózone odruchy kolanowe. Ogólny wygląd chorego przypominał chłopca 12 letniego, narządy płciowe małe, jądra nieopuszczone całkowicie, uwłosienie części płciowych oraz pod pachami bardzo skąpe, na twarzy żadne.

Stan ten trwał do lipca. W przeciągu tego miesiąca nastąpiła ogromna poprawa cielesna, w sierpniu zaś rozpoczęła się poprawa psychiczna, która zakończyła się zupełnem wyzdrowieniem. Prócz tego zaszły znaczne zmiany w kierunku dojrzałości somatycznej, a także znikły wspomniane powyżej objawy neurologiczne. Katamneza zebrana w 1½ roku po wypisaniu chorego pokazała, że zaburzenia psychiczne się nie powtórzyły.

Przytoczone dane kliniczne wskazują na to, że zaburzenia psychiczne wystąpiły prawdopodobnie na początku zimnicy, skrytyzowały się zaś w kilkomiesięcznym stanie osłupienia. Na uwagę zasługują także zaburzenia, względnie niedorozwój gruczołowy, które, być może, stworzyły odpowiednie podłoże do tego rodzaju działania szkodliwości malerycznej.

Kto wie, czy w tym samym kierunku nie podziałały ciężkie warunki wspomnianych paru lat dzieciństwa.¹⁾

II. ZESTAWIENIE I WNIOSKI OGÓLNE.

W przytoczonym materiale klinicznym widzimy przypadki, w których szkodliwości zewnętrzne wywołały albo przejściowe zespoły schizofreniczne, albo przewlekły proces psychotyczny.

Przedewszystkiem co do *przebiegu*. Sprawa padaczkowa wywołała proces nieuleczalny, stale się powtarzające krótkotrwałe napady wystąpiły w przypadku eunuchoidyzmu. Przewlekły, ale uleczalny proces z powolnym powrotem do normy spowodowała kiła mózgu, leczona swoiście, oraz dur brzuszny.

Wreszcie rupna sprawa opłucnej wywołała przewlekły proces u wybitnego schizoida, w innym przypadku zimnica kilkorniesięczny stupor katatoniczny.

Z faktów tych widać, że procesy, których przyczynę musimy sobie dzisiaj wyobrażać, jako względnie niezależną od czynników zewnętrznych, jako szkodliwość, wytwarzaną w samym organizmie, powodują sprawy schizofreniczne, przebiegające bądź chronicznie, bądź perjodycznie. Wydaje się to zupełnie zrozumiałe, gdyż w takim razie istniałaby znaczna odpowiedniość pomiędzy przyczyną a skutkiem.

Jednak i zewnątrzpochodna szkodliwość może, jak się zdaje, doprowadzić do przewlekłego procesu schizofrenicznego, ale tylko wtedy, gdy padnie na odpowiednie podłoże konstytucjonalne, jak w naszym przypadku VI-ym, a i w tym przypadku należy zapytać, czy byłby to w stanie wywołać krótkotrwały, ostry czynnik chorobotwórczy. Wniosek ten, oparty pozornie na jednym tylko przypadku, mógłby wydać się wielce dowolny, gdyby nie popierał go materiał kliniczny, spostrzegany przez doświadczonych obserwatorów. W pierwszym rzędzie w sensie tym przemawiają spostrzeżenia nad zaburzeniami psychicznymi w związku z ostatnią wielką epidemią influency.

Np. *Bleuler* zrazu skłonny był przypuszczać, że w niektórych przypadkach, które już wtedy zresztą uważał za rzadkie, zakażenie to wywoływało przewlekłe sprawy schizofreniczne. Przypominam sobie 17-letniego chłopca, który w Burghölzli w 1918 r. był uważany za

¹⁾ Por. prof. Mazurkiewicz. *L'abiotrophie dans la démence précoce.*

Deuxieme congrés médical franco-polonais. Compte rendu. Paris. Masson

paradigmat dla tego związku. Tymczasem już w 1922 r. *Bleuler* musiał zmienić zdanie ¹⁾. Materiał *Schildera i Hartmanna* wskazuje dobitnie, na samoistość obrazu amentywnego. Na 15 przypadków stanów amentywnych po influency tylko dwa okazały się wstępem do procesu schizofrenicznego. Niestety, z pracy tej nie wynika z dostateczną jasnością, czy podłoże konstytucjonalne u tych chorych nie zdradzało żadnych osobliwości ²⁾.

Z drugiej strony widzimy przypadki, w których czynnik zewnątrzpochodny prowadzi do procesu długotrwałego, ale odwracalnego. I tutaj uderza nas odpowiedniość między przyczyną a skutkiem. Zatrucie, którego pierwszym punktem wyjścia jest wprawdzie czynnik zewnętrzny, krętek błady, ale które rozwija swoje działanie dopiero za pośrednictwem wytworzonych w samym organizmie drogą skomplikowanych procesów ciał białkowych, ma charakter wyraźnie przewlekły (Przypadek IV). Krótkotrwała, zewnętrzna szkodliwość, jaką jest zimnica, daje ostrą kilkumiesięczną sprawę osłupienia, z powrotem do zupełnego zdrowia.

Na szeregu przypadków widzimy, że zespoły schizofreniczne mogą powstawać i bez jakiegokolwiek *wyrażnego* podłoża konstytucjonalnego. Okazuje się, że zbyt długo zaniedbywaliśmy znaczenie czynników zewnętrznych pod wpływem przekonania, że psychozy schizofreniczne (podobnie jak i maniakalno-depresyjne) mogą być tylko wyzwalane.

Należy podkreślić, że pierwszy może wybitny wyłom w tym nieco dogmatycznym poglądzie został dokonany już w 1913 r. przez *Spechta*, który na podstawie dwóch obserwacji, dokonanych na samym sobie (przewlekłe zatrucie gazem świetlnym-depresja; tak samo depresja po influency) pokazał, że zespoły pochodzenia wewnętrznego mogą być wywoływane przez czynniki zewnętrzne. „Jest to wprawdzie uznany fakt, że psychozy, przygotowane w podłożu (konstytucjonalnem), mogą być obudzone przez zewnętrzne przyczyny przypadkowe, ale to nie upoważnia nas do interpretowania w tym sensie każdego „endogennego” zespołu, który trwa dłużej, niż widoczne działanie szkodliwości ze-

¹⁾ „Die letzte Grippe — Epidemie hat recht viele schizophrenieähnliche Krankheitsbilder hervorgebracht; als Ganzes zusammengenommen unterscheiden sie sich aber deutlich von den gewöhnlichen Typen der Schizophrenien; und sie sind nach unseren Erfahrungen geheilt und haben jedenfalls trotz ihrer Häufigkeit und des allgemeinen Ergriffenseins gerade desjener Lebensalters, das am häufigsten an Schizophrenie erkrankt, keine merkbare Vermehrung dieser Psychozen hinterlassen”. — Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. I. c.

²⁾ *Schilder u. Hartmann. Zur Klinik und Psychologie der Amentia. Z. f. die ges. N. u. Ps. 92, 1924.*

wewnętrznej" ¹⁾). Musimy przypomnieć, cośmy już zauważyli przy omawianiu przypadku III-go. *Przyjmowanie w każdym przypadku zespołu schizofrenicznego „wyzwolenia” utajonego, a już przygotowanego procesu, np. w sensie ukrytej schizofrenji czy schizoidu, jest błędem metodologicznym, gdyż, nie znając przyczyny, stwarza się ją sztucznie, przypisując jej poprostu złagodzone właściwości skutku.*

Z drugiej jednak strony — co właśnie w tem miejscu wyraźnie podkreślić należy — *nie mamy żadnego dowodu, który przemawiałby za tem, że bez owego podłoża konstytucjonalnego czynnik zewnętrzno-pochodny sensu strictiori może wywołać nieodwracalny proces schizofreniczny.*

Jeśli zwrócimy się teraz do symptomatologii naszych zespołów, to przedewszystkiem nawiążemy do zasadniczego zagadnienia, któreśmy już poruszyli przy omawianiu I-go przypadku naszej kazuistyki. Z koniecznym dla wszelkiej klasyfikacji schematyzmem zwykliśmy zamykać oczy na objawy, które wydają się nam obcą domieszką w zespołach psychotycznych, które rozważamy. Z jednej strony wiemy dziś o tem, że oddzielne objawy schizofreniczne nie mają żadnego znaczenia patognomonicznego ²⁾, wobec czego nie uwzględniamy ich w dostatecznym stopniu przy tych zespołach, w których występują one sporadycznie, z drugiej strony zaniedbujemy te liczne rysy niespecyficzne, które spotykamy w obrazach schizofrenicznych.

Dla oświecenia tych właśnie zagadnień przytoczyliśmy przypadek I-szy naszej kazuistyki, który przecież nie może żadną miarą rościć pretensji do miana zespołu schizofrenicznego. Objawy schizofreniczne, z jakimi tutaj mamy do czynienia, są przelotne i, co najważniejsze jakieśmy widzieli, w pewnym specjalnym sensie *niedorozwinięte* ³⁾. Urojenia chorego są jakgdyby bliższe swojego endopsychicznego pochodzenia, co przejawia się w tem, że z jednej strony uległy one nieznacznej jeszcze transformacji (charakter homoseksualny urojeń prześladowczych), z drugiej zaś, że chory sam odczuwa

¹⁾ Specht. Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Z. f. die ges. Neur. u. Ps. 19, 1.

²⁾ por. Bonhoeffer: „Ich habe nicht nur an pathognomonische Symptome niemals geglaubt, sondern auch sogenannten pathognomonischen Symptomen komplexen gegenüber mich immer sehr zurückhaltend verhalten". (Die exogenen Reaktionstypen Archiv für Ps. u. N. 58).

³⁾ por. Wizeł O schizofrenji niedorozwiniętej. Rzecz wygłoszona na XII-m zjeździe lekarzy i przyrodników.

ich psychiczną genezę. Ten charakter niedorozwoju pozostaje, urojenia zatrzymują się jakgdyby w jednym z pierwszych etapów swojej transformacji, co przypomina w zupełności przypadki schizofrenji niedorozwiniętej (Wizel). Nie od rzeczy będzie na tem miejscu krótkie porównanie obu tych spraw. Z jednej strony — jeśli chodzi o postać schizofrenji niedorozwiniętej i niepostępującej — mamy przed sobą produkty chorobliwej działalności psychiki, które nie podlegają redukcji, oczywiście, jak musimy przypuszczać, wskutek ciągłego niezmiennego działania szkodliwości, znajdującej się w samym organizmie (umyślnie unikamy wszelkich ściślejszych wyrażen); z drugiej strony — przy przelotnych zespołach objawów schizofrenicznych niedorozwiniętych — widzimy przejściową, odwracalną zmianę w funkcjonowaniu aparatu psychicznego, jego zaburzenie przejściowo wywołane przez splot przyczyn, działających w danej konstelacji tylko przez czas krótki. Widzimy tutaj, że *charakter objawów schizofrenicznych pozwala wysnuwać pewne wnioski co do natury tych procesów.*

Nie zdziwi nas wobec tego, że w przypadku przewlekłego działania zakażenia, które, na skutek złożonych procesów biologicznych, przeszło w samozatrucie (przypadek IV), urojenia zespołu parafrenicznego oddaliły się tak dalece od swego pierwotnego podłoża, że dla świadomości chorego zatraciły całkowicie swój charakter endopsychiczny, stały się czemś bezwzględnie pewnem i do skorygowania, podczas trwania samego procesu, niemożliwem.

Jeśli mowa o *korekturze*, to należy w tem miejscu zwrócić uwagę na interesujący i, jak się zdaje, doniosły mechanizm psychopatologiczny. W przypadku I-ym (I. H.) widzieliśmy, że chory przypisywał poczęści genezę swoich urojeń osobom trzecim, przyczem zdawało się, że mieliśmy przed sobą złudzenia raczej pamięciowe niż zmysłowe. Tak samo nasz chory z kiłą mózgu, już w okresie korygowania urojeń tłumaczył, że jedno z nich słyszał w swoim czasie od pielęgniarki, drugie od innego pacjenta i t. d.¹⁾. Zdaje się, jeśli możemy z tych paru spostrzeżeń wyrażać jakieś przypuszczenie, że mamy

¹⁾ Spostrzegamy obecnie na oddziale chorego z porażeniem postępującem, u którego jako pierwsze jaskrawe objawy wystąpiły napady lęku, w których obawiał się on napastników, otrucia, wywiezienia i t. p. Kiedy, po przebiegu leczenia zimnicą, poczęła występować poprawa, napady te nie tylko nabierają coraz łagodniejszego charakteru, ale chory odczuwa je niekiedy w ten sposób jakgdyby to otoczenie usiłowało wywołać napad, a on „się nie dał”..

tu przed sobą zużytkowanie mechanizmu projekcji w celu korektury. O ile odnosi się to do przeszłości, może imponować jako złudne wspomnienie. Inne spostrzeżenia zdają się wskazywać na to, że to co tutaj występuje jako mechanizm korektury, czyli etap na drodze do usunięcia śladów zaburzeń psychotycznych, zjawia się odwrotnie jako stadium rozwoju urojeń, które są wtedy ujmowane nie jako własne przekonania, a jako podsuwane zzewnątrz pomysły. Taki chory np. nie jest Mesjaszem, tylko inni mówią, że on ma być Mesjaszem, on zaś wie, że jest zwykłym człowiekiem.

Objawy schizofreniczne — i to jest jedna strona omawianego przez nas zagadnienia — nie mają znaczenia patognomonicznego i w szerokim zakresie występują także poza sprawami schizofrenicznymi. Wystarczy rzucić okiem na piśmiennictwo, jak mówi *Schneider*, przekonać się, że „przy każdej postaci schorzenia psychicznego mogą przejściowo wystąpić obrazy katatoniczne”¹⁾. Wskazywaliśmy na ich częstość przy nowotworach mózgu, ale występują one tak samo i przy wszelkich innych schorzeniach organicznych mózgowia (*Redlich*). Widzimy je także przy padaczce, psychozie maniakalno-depresyjnej i, o czym specjalnie mówić musimy, przy wszelkich psychozach symptomatycznych.

Wydaje mi się, że ta wielka ilość doniosłych i doskonale zaobserwowanych faktów nie została dotychczas należycie pod względem teoretycznym wyzyskana. Wyprowadzano z nich jedynie wnioski negatywne. Nie można poprzestać na stwierdzeniu, że te czy inne objawy nie są patognomoniczne, ale należy sobie zadać pytanie, *czem się to dzieje, że spotykamy je w tak różnych sprawach chorobowych*. Jasną jest rzeczą, że od odpowiedzi na to pytanie będzie zależało nasze stanowisko w sprawie *schizofrenji*, jako *jednostki chorobowej*.

Ale zanim pytanie to rozważymy, musimy oświetlić drugą stronę naszego zagadnienia.

W naszym przypadku l-ym widzieliśmy szereg objawów i obrazów psychotycznych, nie mających pozornie nic wspólnego ze schizofrenją. Zazwyczaj uważa się, że tego rodzaju objawy bywają właśnie charakterystyczne dla psychoz pochodzenia zewnętrznego i że odróżniają je od spraw endogennych, w pierwszym rzędzie od schizofrenji.

¹⁾ K. *Schneider*. Über Wesen und Bedeutung Katatonischer Symptome, Z. f. d. gs. Neur. 22, 497.

A jednak jest to tylko wyrazem naszego schematyzowania i zaciśnienia naszego horyzontu klinicznego przez zgóry powzięte kategorie, jeżeli nie dostrzegamy występowania takich objawów i w niewątpliwych sprawach schizofrenicznych. Zamiast „nie dostrzegamy” należałoby raczej powiedzieć „nie doceniamy”; wybitni klinicyści, jak *Bleuler*, *Kraepelin* i inni dawno już stwierdzili, że przyćmienie świadomości, majaczenie, stany zamroczenia widzimy od czasu do czasu także i w obrazie schizofrenji, nie mówiąc już o takich objawach jak neurasteniczno-hipochondryczne, które są tak częste zarówno w różnych sprawach „organicznych” jak i w schizofrenji, zwłaszcza w stadiach początkowych. Obrazy „*confusion mentale*” autorów francuskich widzimy zarówno w jednym jak i w drugim przypadku, to samo dotyczy zwolnienia procesów myślowych, utrudnienia przebiegu skojarzeniowego. Dodajmy, że niektóre gwałtowne czynności impulsywne naszych katatoników, ich nagłe wybuchy gniewu, nagłe krzyki i t. p. wyglądają jakby żywcem przeniesione od epileptyków.

Wobec tego zdawałoby się mogło, że jedyną grupę objawów postronnych, jakie w „czystych” sprawach schizofrenicznych nie występują, stanowią zaburzenia pamięci. Istotnie *Bleuler*¹⁾ z całą stanowczością oświadcza: „pamięć, jako taka, jest w prostej schizofrenji dla naszych środków spostrzegawczych zachowana; uszkodzona jest niekiedy asocjatywna zdolność ożywiania wspomnień; ale jest to zjawisko wtórne, wypływające z ogólnych zaburzeń wszystkich procesów kojarzeniowych i afektywnych, i dotyczące tylko pewnych konstelacji psychicznych”.

Nie tu miejsce na szczegółowe rozważanie zaburzeń pamięci w różnych psychozach. Chciałbym tylko zestawić parę faktów, które mogłyby skłonić do poddania w wątpliwość tak autorytatywnego twierdzenia. Z jednej strony co do schizofrenji; nie mamy żadnej pewności, że w tzw. stanach końcowych pamięć jest zawsze i całkowicie zachowana. Jeśli przypomnę tutaj własne badania nad temi stanami, których niedostępność udawało się przełamać zapomocą kokainy, to w produkowanych przez chorych niezmiernie rozkojarzonych monologach nie widziałem częstokroć żadnych wspomnień, a przecież w tych właśnie przypadkach, gdzie kokaina usunęła wszelkie zamknięcie się

¹⁾ *Bleuler Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* p. 49. *Aschaffenburgs Handbuch*.

w sobie, powinny były, mimo rozkojarzenia, pokazać się jakieś wspomnienia¹⁾.

Prócz tego widzimy niekiedy, że wspomnienia z okresu stanów osłupienia bywają bardzo niewyraźne i to *nie tylko wtedy*, kiedy są przekształcone w sensie urojonego ujmowania otoczenia. Z drugiej strony, co do spraw „organicznych” i symptomatycznych: przecież, co do pierwszych, stoimy dziś na stanowisku, że i tutaj nie może być właściwie mowy o zaniku wspomnień w związku z ubytkiem tkanki mózgowej, z którą są jakoby związane, wyobrażamy sobie tylko, że na skutek tych właśnie ubytków, jest utrudniona albo uniemożliwiona ich realizacja.

Prócz tego wiemy, jak wielką rolę odgrywa i tutaj *nastawienie*, do którego zaburzeń próbowano sprowadzić ostatnio cały szereg pozornie poważnych defektów pamięci i orientacji²⁾. To samo wreszcie odnosi się i do spraw symptomatycznych, gdzie prócz tego spotykamy się z wybitną zmiennością pamięci i orientacji; wiemy dzisiaj, że i w stanach padaczkowych wspomnienia bywają zachowane, tylko późniejsza reprodukcja jest utrudniona; mimo to można je niezbitnie wykazać (*Schilder*³⁾. I tutaj niema więc zasadniczej różnicy ze schizofrenją. Oczywiście, nie mam zamiaru zacierania wielkich różnic, jakie istnieją pomiędzy pamięcią „organików”, a schizofreników, ale chodzi mi o podkreślenie, że i tutaj różnica jest może bardziej ilościowa, niż się nam zwykle wydaje.

Możemy teraz powrócić do postawionego poprzednio pytania, czem się to dzieje, że objawy schizofreniczne spotykamy tak często w różnych sprawach chorobowych?

Jak wiadomo, pierwszy *Hoche* w swym słynnym referacie z r. 1912 wypowiedział i z całą energią bronił poglądu, że w psychiatrii najważniejszą rzeczą są nie jednostki kliniczne, stanowiące fikcję, ale zespoły objawowe, które opierają się na gotowych zarówno w psychice normalnej, jak i zwyrodniałej, kombinacjach objawów (*Symptomver-kuppelungen*), które określają, jak wypada chorobliwie zmieniony spo-

¹⁾ Por. Bychowski Zur Wirkung grosser Cocaingaben auf Schizophrenie, Monatschrift f. P. u. N. VIII (1925).

²⁾ *Grünthal* Über das Symptom der Einstellungsstörung exogenen Psycho-sen Z. f. die ges. N. u. Ps. 92. 1924.

³⁾ *Schilder*. Zur Psychologie epileptischer Ausnahmszustände Z. f. die ges. N. u. Ps. 81. 1923.

sób reagowania osobowości¹⁾). Te gotowe reakcje występują stale razem w większych ugrupowaniach, które *Hoche* nazywa jednostkami drugiego rzędu. *Hoche* wyraża przypuszczenie, że właśnie te zaburzenia, które nazywamy endogennymi, mają szczególną skłonność do wywoływania tego rodzaju przygotowanych reakcji.

W dziesięć lat później sam twórca schizofrenji wypowiedział w innych wyrazach podobny pogląd, idąc jednakże o wiele dalej. To jest bowiem myślą przewodnią pracy „Die Probleme der Schizoidie und Syntonie”. Schizoid jest najogólniejszą właściwością biologiczną każdej psychiki; procesy chorobowe tylko ją wywołają, lub wzmacniają. Jeśli tak jest, to staje się zrozumiałym fakt częstego występowania objawów i zespołów schizofrenicznych w najrozmaitszych sprawach chorobowych. Zresztą do tego rodzaju poglądu, oddawna już przygotowała nas psychoanaliza, która wykazała, że te same mechanizmy psychologiczne spotykamy i w nieświadomym życiu człowieka normalnego albo neurotyka, i w fantazjach lub urojeniach psychotyków. Np. tendencja do urojeń wielkościowych, oparta ostatecznie na pierwotnym narcyzmie, może być zrealizowana pod wpływem jakichkolwiek czynników, które doprowadzają do cofnięcia się libidinis i do wtórnego zajęcia osobowości psychicznej. Istotnie²⁾ klinika pokazuje, że do efektu tego może prowadzić równie dobrze proces „organiczny” sensu strictiori, jak i sprawa schizofreniczna. Różnice, jakie stwierdzimy pomiędzy urojeniem wielkościowym paralityka, a schizofrenika, nie są więc bynajmniej natury zasadniczej, gdyż wynikają z całego szeregu czynników ubocznych, — ubocznych, jeśli chodzi o samo urojenie.

Wystarczy przyjrzeć się obrazowi klinicznemu, albo raczej szeregowi obrazów chociażby w naszym I-ym przypadku, ażeby zrozumieć, jak prosto od stopnia natężenia pewnych elementów zależy charakter pozostałych, jak np. zredukowanie działania czynników „organicznych” mogłoby doprowadzić do przewagi momentów schizofrenicznych. Oczywiście, tego rodzaju rozważania są narazie jeszcze wybitnie hypotetyczne.

¹⁾ *Hoche*. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie Z. f. d. N 12,540.

²⁾ Por *Bonhoeffer*. (Ich wies) für manche Amentiaform auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber der Katatonie hin. Unter Betonung des hypothetischen Charakters stellte ich auch für diese Erkrankungen die Erwägung einer exogenen Bedingtheit an im Hinblick auf die Möglichkeit autotoxischer Störungen bei Katatonie. (Die exogenen Reaktionstypen) Arch. f. P. 98.

Z tego samego punktu widzenia musimy rozważać drugą stronę naszego zagadnienia zasadniczego, to jest obecność czynników postronnych, „organicznych”, lub zewnętrznych w sprawach schizofrenicznych. Jeśli aparat psychocerebralny może oddziaływać np. na sposób reakcji exogennych Bonhöffera na różne szkodliwości, to nie ma powodu, dla któregoby w pewnym stopniu nie mógł tak oddziaływać i na nieznaną czynnik chorobotwórczy schizofrenji. Przeciwnie, musimy się tego spodziewać i przyzwyczaić do myśli, że mamy tutaj do czynienia tylko z różnicą stopnia i częstości, z jakimi poszczególne sposoby reagowania występują i kombinują się pomiędzy sobą. Z podobnego punktu widzenia należy także rozważać tak ważną dla symptomatologii naszych zespołów sprawę ich przekształcenia się w inne, względnie ich następowania po innych. Rozumiemy przynajmniej zasadniczo to następstwo zespołów w takim przypadku, jak nasz I-szy, gdzie zdajemy sobie sprawę z działania różnych czynników patogenetycznych i patoplastycznych, które działają z różnym natężeniem i wzajemnie się modyfikują. Jak wiadomo, nie brak hipotez, usiłujących wyjaśnić następstwo zespołów. *Specht* uzależnia je od natężenia zewnętrznego czynnika chorobotwórczego, twierdząc, że jego niezbyt silne działanie powoduje „delikatne postaci” zespołów endogennych, gdy natomiast działanie jego staje się silniejsze, masywniejsze, wtedy występują obrazy exogenne (l. c.). Nie wchodząc w krytykę tego poglądu, przyjrzyjmy się tylko przez chwilę, w jakiej mierze znajduje on zastosowanie w naszym zagadnieniu. Co do przypadku I-go, to objawy paranoidalne moglibyśmy uważać za wyraz słabszego działania czynników chorobotwórczych, zaś objawy amnestyczne wskazywałyby na intensywniejsze zaburzenia, których istnienie musimy przyjąć wobec dłuższego trwania postępującej sprawy chorobowej.

Do zespołów schizofrenicznych w ogólności przypuszczenie *Spechta* mogłoby znaleźć zastosowanie o tyle, że wyjaśniłoby nam ono występowanie owych domieszek pochodzenia zewnętrznego, na które zwróciliśmy uwagę w naszych poprzednich rozważaniach. Wiemy przecież, że przyćmienie świadomości, majaczenie, splątanie spotykamy raczej w cięższych postaciach kata-tonji ¹⁾. Gdyby w niektó-

¹⁾ Gdyby ktoś — naszym zdaniem niesłusznie — nalegał i tutaj na rozróżnienie czynników endo- i exogennych, to możnaby przypuścić, że w przypadkach tych działają czynniki wyraźnie exogenne, np. obrzęk mózgu (por. np.

rych stanach końcowych istniały rzeczywiście — jakeśmy to z wszelką rezerwą przypuszczali — ubytki pamięciowe, to i te musielibyśmy położyć na karb wyjątkowego nasilenia szkodliwości.

Wreszcie pogląd *Kleista*. Kleist dzieli obrazy, występujące przy psychozach symptomatycznych na homonomiczno-afektywne i heteronomiczne. Pierwsze są przejawskawieniem wahań afektywnych, właściwych i psychicznie normalnej, drugie różnią się od niej zasadniczo, są albo, jak stan zamroczenia, bredzenie, oraz stan amnestyczny (tzw. grupa amnestyczna) zbliżone najbardziej do ogniskowych zachorzeń „mózgowia”, albo też jak splątanie, halucynozę, podniecenie hyperkinetyczne oraz osłupienie do pewnego stopnia spokrewnione z obrazami homonomicznymi¹⁾.

Czy odróżnimy działanie przyczyn exo- i endogennych, czy ujmemy je jako dla mózgu obce lub pokrewne (Abderhalden), czy wreszcie będziemy mówili o zadziałaniu albo o podłożu, zawsze będziemy mieli z jednej strony obrazy hetero-, z drugiej homonomiczne.

Muszę przyznać, że całe to rozróżnienie, w którego krytykę szczegółową tutaj nie wchodzę, nie wydaje mi się jasne i przekonujące. Z następstwem zespołów dałby się ten pogląd pogodzić o tyle, o ile byśmy przyjęli, że ten sam proces chorobowy, rozpoczynający się jako endogenne, prowadzi później do wystąpienia czynników, działających w sposób egzogenne. Odwrotnie możemy sobie wyobrazić, że przyczyny zewnątrzpochodne oddziałują na organizm w ten sposób, że prowadzą do zaburzeń, mających charakter endogenne.

Kazuistyka i rozważania nasze wykazują, że tego rodzaju ujmowanie rzeczy nie jest czczą spekulacją. W przypadku IV-ym widzimy zespół endogenne, wywołany przez czynnik zewnątrzpochodny, obraz psychozy poinfekcyjnej (przyp. V) w niczem nie różni się od maksymalnie rozkojarzonej schizofrenji. Czyż fakty te nie pouczają nas o tem, że całe nasze rozróżnianie spraw endo—a egzennych staje się dla psychoz grupy schizofrenicznej nieistotne. Musimy dojść do wniosku, że z jednej strony zmiany w organizmie schizofrenika, przygotowane już chociażby w jego plazmie zarodkowej, rozwijając się, wytwarzają pierwiastki szkodliwe, które działają na system nerwowy, — początek endo —, dalszy etap egzogenne; z drugiej zaś strony

Krisch. Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. Abhandlungen der Monatschrift f. Ps. u. N. 1920).

¹⁾ *Kleist*. Die Influenzapsychosen etc. Monographien d. G. G. d. Neur. u. Psych. 21, 1920.

te same czy podobne zmiany mogą być wywołane przez czynnik zrazu czysto egzogeny, który tylko daje impuls do dalszych zaburzeń w samym organizmie, zbliżając się w ten sposób coraz bardziej do tego, co w dawnej koncepcji było wyłącznie endogenne.

Pozostaje wreszcie jeszcze jedna możliwość wyjaśnienia sprawy następstwa zespołów i szczególnego niekiedy charakteru obrazów, czy epizodów egzogennych. Po pierwsze: omawiając sprawę zespołów schizofrenicznych, zwróciliśmy uwagę na lokalizację zmian w korze w przypadku *Matzdorffa* — przypominamy, że zmiany te w zupełności odpowiadały obrazom histopatologicznym schizofrenji idiopatycznej. Po wtóre: wiemy, że przesunięciu paranoidalnemu porażenia postępującego, leczonego zimnicą, odpowiada przesunięcie lokalizacyjne w kierunku płata skroniowego. Fakty te szczupłe jeszcze liczbowo, ale niemniej doniosłe, zdają się przemawiać za nawrotem lokalizacji w psychjatrii.

Nie możemy dziś powracać do lokalizacji dawnego typu, która zasłużyła sobie na reputację „mitologii mózgu”, nie będziemy też rozważali części mózgowia, jako zbiorników wspomnień lub innych elementów psychicznych. Ale nic nie stoi na przeszkodzie rozróżnianiu w obrębie aparatu psychocerebralnego oddzielnych układów, które szczególnie przyczyniają się do realizowania pewnych stron, czy pewnych funkcji życia psychicznego, które, nie trzeba tego powtarzać — niewiele mogą mieć wspólnego z kategorjami dawnej psychologii.

Jeśli obok tych rozważań i przytoczonych faktów kliniczno-patologicznych postawimy badania *Vogtów* nad patoklizą, które wskazują na elektywny charakter pewnych układów mózgowia w stosunku do określonych szkodliwości toksycznych, to będziemy mieli pewne podstawy do przypuszczenia genezy lokalizacyjnej pewnych zespołów schizofrenicznych.

Hypoteza *Mollweide'go*¹⁾, a później *Kleista*²⁾, zaliczająca schizofrenję do heredodegeneracji systematycznych, może być uważana za pożądane dopełnienie tych przypuszczeń lokalizacyjnych. Otwiera się tutaj szerokie pole do dalszych przypuszczeń, które tylko zaznaczymy.

Z jednej strony możemy sobie wyobrazić spontaniczne zwyro-

¹⁾ *Mollweide*. Zur Pathogenese der D.-Praecox. Z. f. die ges. N. n. Ps 27, 1919.

²⁾ *Kleist* Die Auffassung der Schizophrenie als Systemerkrankung, Klin. Woch., 2, 21, 1923.

dnienie układów, prowadzące do schizofrenji, nie spowodowane przez żadne inne czynniki; już *Mollweide* mówił o „zużyciu”, o abiotrofji. Podobne poglądy u nas wypowiadał prof. *Mazurkiewicz*¹⁾. Z drugiej strony może także zaburzenie w chemizmie organizmu wyzwolić czynniki szkodliwe, działające w myśl powyższego elektywnie na owe systemy; zrozumiemy, że zaburzenie to może być wywołane także i przez czynnik exogeny.

Tak więc najogólniejszy wniosek z naszych rozważań klinicznych i teoretycznych możemy sformułować, jako przekonanie o *wielorakiej genezie zespołów schizofrenicznych* i o realności schizofrenji idiopatycznej. Zauważymy w tem miejscu, że i *Bleuler* nie mówił inaczej, jak o „Gruppe der Schizophrenien”, o czem zbyt często się zapomina.

Czy stwierdzenie niewątpliwych zespołów schizofrenicznych i parafrenicznych pochodzenia exogenego jest równoznaczne z rozpadem schizofrenji, jak chce *Bunke*? Z materiału naszego i rozważań zdaje się wynikać z całą jasnością, że podobnie jak z jednej strony *nie mamy dziś już prawa zapatrywać się na każdy proces schizofreniczny exogeny, jako na wyzwoloną jedynie sprawę endogenną, tak samo z drugiej strony nie nas nie upoważnia do przypuszczenia, że istnieją tylko różne symptomatyczne psychozy o charakterze schizofrenicznym.*

Nie będziemy powtarzali przytoczonych przez nas argumentów na odparcie tej ostatniej tezy. Przy całym podobieństwie zespołów schizofrenicznych idiopatycznych widzieliśmy, że zachodzą pomiędzy niemi wybitne różnice co do przebiegu. Musimy sobie tylko zdać sprawę, że nie może tu być mowy o różnicach absolutnych i że różnice te występują jasno tylko w krańcowych, najbardziej zdecydowanych wypadkach. To samo dotyczy analogji pomiędzy psychozami symptomatycznymi a schizofrenjami, tylko że tutaj właśnie krańcowe, wyjątkowe przypadki mogą nastęrczać trudności rozpoznawcze i jakkolwiek bliższa analiza kliniczna wykazuje analogje i pomiędzy przypadkami zwykłemi, to jednak ugrupowanie objawów i ich wzajemne nasilenie przedstawia wielkie niezaprzeczalne różnice.

Na zakończenie jeszcze parę słów o tzw. schizofrenjach reaktywnych i reakcjach schizofrenicznych.

Nie wchodząc w dyskusję nad tem, czy klinika przemawia za reak-

¹⁾ *Mazurkiewicz*. L'abiotrophie dans la démence précoce. Deuxieme congrès médical franco-polonais. 1925.

tywnem powstaniem przewlekłych procesów, musimy powiedzieć, że przy dostatecznej chwiejności odpowiednich chemizmów w organizmie, albo też przyrodzonej nadwrażliwości pewnych systemów psychocerebralnych, możemy sobie wyobrazić tego rodzaju trwale zaburzenie o genezie reaktywnej. Podobnie zresztą możemy zrozumieć zaburzenie przejściowe w formie reakcji schizofrenicznej psychorodnej. Jest mniej lub więcej rzeczą gustu, co nazwiemy schizofrenją, co reakcją, a co z *Berzem* psychozą schizoidalną (Schizoidpsychose). Ponieważ nie mamy żadnych kryteriów symptomatologicznych, możemy więc tylko kierować się przebiegiem i opinować ex post. Niewątpliwie bardzo znaczne różnice biologiczne muszą leżeć u podstawy różnicy pomiędzy przelotną psychozą schizoidalną a przewlekłym procesem schizofrenicznym, a jednak obie sprawy mogą się rozpocząć najzupełniej jednakowo. Wszystkie te mniej lub więcej przejściowe postaci mogą być wywoływane przez wszelkie czynniki zewnętrzne — podkreślam także ich psychorodność; natomiast schizofrenja idiopatyczna postępująca zdaje się być co do swego początku nader mało od nich zależna, tutaj samo funkcjonowanie układów psychocerebralnych, czy hormonalnych jest szkodliwością nie do uniknięcia i nie do zatrzymania: ipsa vita noxa est.

SYNTONJA I SCHIZOID *).

Trzeci przyczynek do patologii afektów.

podał

JAN MAZURKIEWICZ.

Pogląd *Mosso*, wypowiedziany przeszło przed pół wiekiem, a lokalizujący życie afektywne w układzie współczulnym, znajduje dzisiaj — w odpowiedzi na zmodernizowaną postać — coraz szersze uznanie. Już niewielu jest autorów, którzyby wątpili w to, że temperament i afekty pierwotne, stanowiące składową część instynktów i popędów, związane są ściśle z czynnością układu neuroglandularnego. Dla tej kategorii życia afektywnego zaczyna się już nawet utrwalać odrębna nazwa „afektów psychoorganicznych”, zaczyna już świecić zarodek ich fizjologii i patologii.

GORZEJ stoi sprawa z fizjologią i patologią pozostałej części życia afektywnego, a więc z kategorią t. zw. „uczuć wyższych”. Czy ta kategoria, w przeciwstawieniu do poprzedniej, nie należy do „afektów psycho-organicznych”? W warunkach normalnych uczucia wyższe nie zależą bezpośrednio od układu neuro-glandularnego, ich źródłem jest wpływ środowiska społecznego na osobnika, a nie jakiegokolwiek narządy wewnętrzne. Ścisłe wyodrębnienie ich zatem od afektów pierwotnych, psycho-organicznych, jest niewątpliwie rzeczą konieczną, wprawdzie w wielu razach trudną, albo nawet wręcz niemożliwą, ale w niektórych przypadkach owszem zupełnie możliwą i pozwalającą nam wtedy na określenie charakterystycznych cech obu tych kategorii.

Możliwość stwierdzenia czystych cech afektów pierwotnych istnieje przedewszystkiem przy obserwacji życia afektywnego niemowlęcia, które jeszcze nie wykazuje żadnych psychicznych cech nabytych, u którego kategoria uczuć wyższych wogóle nie istnieje. Obserwacja

*) Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe Psychiatrów Polskich w Łublinie w maju 1924 r.

ta wykazuje, że: 1-o pierwotne te poruszenia afektywne niemowlęcia zależne są wyłącznie od wrażeń organicznych, albo od bodźców zewnętrznych natury fizycznej; 2-o że ta pierwotna afektywność cechuje się dużą zmiennością i przejawia w sposób mniej lub więcej wybuchowy, kinetyczny, przy antytetycznych objawach zewnętrznych przyjemności lub przykrości. Wszystkie te cechy bezpośredniego i żywiołowego oddziaływania afektywnego znajdujemy zresztą nie tylko u niemowlęcia, ale i u starszych dzieci we wszystkich tych przypadkach, w których nabyte przez wychowanie hamulce nie działają jeszcze wcale lub działają niedostatecznie. 3-o Wreszcie ostatnią cechą tej kategorii afektów pierwotnych jest ich lokalizacja podkorowa, nie mogąca ulegać wątpliwości wobec tego, że nie tylko niemowlęta, ale i anencefale je wykazują, i wiążący się z tą lokalizacją charakter wrodzony, odruchowy, jednolity tych reakcji afektywnych, reprezentujących w całej pełni całą osobowość dziecka i całkowity jego stosunek do bodźca.

Wręcz przeciwnie cechy w warunkach normalnych wykazuje kategoria uczuć wyższych,¹⁾ np. społecznych, moralnych, religijnych, mianowicie: 1-o dużą niezależność od chwilowych wrażeń organicznych i od bodźców zewnętrznych natury czysto fizycznej; całkowitą zależność od warunków środowiska społecznego, od wychowania; 2-o ścisły ich, chociaż nie nierozzerwalny, związek ze sferą intelektualną, nadający tym uczuciom, w przeciwstawieniu do pierwotnych afektów, charakter ciągłości i stałości, cechującej postępowanie dojrzałego, normalnego człowieka; nadto uczucia wyższe, znowuż w przeciwstawieniu do kinetycznego charakteru afektów pierwotnych, pozostają z reguły w stanie utajonym i tylko w odpowiednich chwilach okazują swoją siłę, nieraz bardzo znaczną, bądź hamując popędy wrodzone, bądź nadając pewien kierunek postępowaniu człowieka, które przestaje być zależnem od chwilowo doznawanej przykrości lub przyjemności; przechodzenie uczuć wyższych ze stanu utajonego w stan czynny, odbywa się — tak samo jak przechodzenie pierwiastków wyobraźniowych ze stanu utajonego przez próg świadomości — bądź pod wpływem bodźców mnesticznych, bądź też bodźców zewnętrznych; 3-o zarówno charakter psychologiczny uczuć wyższych, jak klinika psychiatryczna i anatomia patologiczna wskazują z całą pew-

¹⁾ Nazwy „uczuć wyższych” używam tu nie w znaczeniu moralnem, ale biologicznem, dla określenia ich późniejszego występowania w rozwoju filo- i ontogenetycznym.

nością na to, że uczucia biologicznie wyższe, a więc nabyte, lokalizują się w korze mózgowej. Reakcje, wywoływane przez te uczucia nabyte, znowuż w przeciwstawieniu do afektów pierwotnych, nie są *nigdy* reakcją uczuciową całego człowieka, gdyż są zawsze reakcją *tylko* jednego z jego normalnych kompleksów.

Tak przyzwyczailiśmy się uważać życie afektywne za coś mglistego, nieuchwytnego, nie dającego się zlokalizować, że wielu psychologów i psychiatrów, pomiędzy nimi i *Bleuler*¹⁾, przeciwstawiają proces intelektualny, jako czynność do pewnego stopnia częściową, procesowi afektywnemu, który jest „stanowiskiem całej osobowości, nastraja w pewnym kierunku całą działalność psychiczną, stwarza dążność wszystkich kojarzeń do jednolitego celu, do ogólnego ułatwienia lub zahamowania procesów psychicznych wogóle, do zmian w zaopatrzeniu mózgu w krew i t. d. Procesy intelektualny i afektywny są wiążącymi się ze sobą równoległymi zjawiskami, z których jedno przedstawia stronę lokalną, a drugie stronę ogólną tego samego psychizmu”.

Zdaje się, że pogląd *Bleuler'a* upraszcza zawile zagadnienia życia afektywnego do granic już niedopuszczalnych. Przed powyżej przytoczonym ustępem i po nim *Bleuler* mówi o kompleksach, skojarzonych siłą afektów, a więc, zdawałoby się, ma w tym ustępie na myśli afekty kompleksowe. A jeżeli tak jest, to jego określenie procesu afektywnego, powyżej przytoczone, niewątpliwie jest zupełnie błędne. „Stanowisko całej osobowości”, „nastrajanie w pewnym kierunku całej działalności psychicznej”, stwarzanie dążności „do ogólnego ułatwienia lub zahamowania procesów psychicznych wogóle”, są to określenia właśnie afektów psycho-organicznych, np. w warunkach normalnych — afektów pierwotnych dziecięcych, w warunkach patologicznych — stanu afektywnego w manji albo w melancholji. Ale określenie to pozostaje w zupełnej sprzeczności ze wszystkim, co wiemy o uczuciach wyższych, nabytych, wiążących się ściśle z procesami intelektualnymi, czyli innymi słowy, co wiemy o uczuciach kompleksowych.

Zresztą, *Bleuler* pozostaje tu w pewnej sprzeczności sam z sobą, gdy w innym miejscu pisze: „Afekty hamują to, co do nich nie należy i przez to tworzą granice swoich kompleksów myślowych. Takie kompleksy stanowią pewnego rodzaju całość, i pomiędzy nimi a po-

¹⁾ Lehrbuch der Psychiatrie 3 Aufl. 1920 str. 27.

zostałą psychiką istnieje nie tylko gotowość do kojarzenia dających się do tego zużytkować idei, ale także i pewien *wrogi stosunek* do wszystkiego, co się z kompleksem nie daje pogodzić". W powyższym ustępie *Bleuler*, mówiąc o tem, że „takie kompleksy stanowią pewnego rodzaju całość”, ma zdaje się na myśli, że *każdy* z tych kompleksów stanowi pewnego rodzaju całość, do pewnego stopnia antagonistyczną do *innych kompleksów*. Mój kompleks, powiedzmy, rodzinny, wchodzi niekiedy w kolizję z moim kompleksem zupełnie egoistycznym, albo z moimi poglądami i uczuciami, związanymi z moim zawodem, albo z moim kompleksem społecznym. Jeżeli ta interpretacja myśli *Bleuler'a* jest słuszna, to należy się w zupełności zgodzić z jego ostatnio przytoczonym ustępem i stwierdzić, że w warunkach normalnych, u człowieka dojrzałego, *afekt kompleksowy, a więc nabyty, nigdy nie reprezentuje stanowiska afektywnego całej osobowości*, ale przeciwnie, reprezentuje — zupełnie tak samo, jak pewna grupa myślowa z pośród moich zasobów intelektualnych — tylko pewną część mego życia afektywnego, moich zasobów uczuciowych nabytych, wśród których zawsze mogą być, a nawet napewno są i takie, które są wrogo usposobione do kompleksu, chwilowo najsilniejszego, zwycięskiego.

Widzimy więc, że w warunkach fizjologicznych istnieje w psychice dojrzałego człowieka wielorakość sprzecznych z sobą afektów i dążeń, ich *fizjologiczna poliwalencja* i *politendencja* i że te sprzeczne siły w jakiś nieznany nam sposób ulegają pewnej syntezie, scaleniu w pewną, do pewnego stopnia harmonijną jedność psychiczną, dla której prawidłowego działania konieczna jest jednak właśnie pewna samodzielność pojedynczych kompleksów intelektualno-uczuciowych.¹⁾

Tak więc wszystkie afekty psychoorganiczne, np. stwierdzane u niemowlęcia, albo z pośród przypadków patologicznych: niepokój w ostrych postaciach Basedowa, ataki melancholji i manji, euforia alkoholików, narkomanów i t. d., są istotnie reakcją afektywną całego ustroju; ale reakcja kompleksowa, która — jeśli pominiemy jakieś przejawy wielkiej namiętności lub chwilowych uniesień, jest z natury rzeczy zawsze wypadkową wszystkich różnorodnych zespołów wyższego

¹⁾ Jaskrawe skutki zaniku tej samodzielności widzimy właśnie w przypadkach chorobowych, np. stanów manjakałnych lub melancholicznych, w których nastrój psycho-organiczny burzy siłę tych kompleksów, albo w paranoi, w której jeden kompleks odnosi bezwzględne zwycięstwo nad innymi.

życia afektywnego, związanego z treścią myślową, czyli jest wypadkową naszej syntezy psychicznej, nigdy nie reprezentuje i nie może reprezentować tej syntezy w całości, właśnie dlatego, że jej poliwalencja i politendencja są zjawiskami fizjologicznymi, wynikającymi z tej pewnej samodzielności kompleksów uczuciowych, o której pisze i *Bleuler*, ale z której ten autor nie wyciąga dalszych konsekwencji.

Jedną z najpowszechniejszych cech każdego procesu afektywnego jest jego właściwość promieniowania, a więc przenikania możliwie najdalej. Afekt promieniuje tem dalej, im jest silniejszy, i im mniej oporów spotyka na swojej drodze. Zupełny brak tych oporów powoduje, że np. wrażenie organiczne, nierozzerwalnie związane z pierwotnym afektem organicznym, u małego dziecka łatwo promieniuje na cały układ nerwowy, wywołując nieraz prawie konwulsyjne drgania całego ciała. Najspokojniejsze, mające najmniej kinetycznego charakteru afekty kompleksowe, np. uczucie, towarzyszące dokonywanej pracy naukowej — mogą w pewnych warunkach dochodzić również do wielkiego napięcia i wielkiej siły irradycyjnej; *Newton*, po dokonaniu obliczeń, które na podstawie pomiarów *Picard'a*, umożliwiły mu stwierdzenie słuszności jego teorii powszechnego ciężenia, podobno zemdlął ze „wzruszenia”, t. j. z afektu, promieniującego ponad zwykłą miarę. Im silniejszy jest afekt pewnego kompleksu, tem silniej promieniuje na inne kompleksy, dążąc do wciągnięcia ich w swoją orbitę; w warunkach normalnych te inne kompleksy znajdują dość siły oporu, aby nie dać się wchłonąć całkowicie i zachować pewną samodzielność.

Psycho-fizjologiczna właściwość promieniowania każdego afektu, zarówno psycho-organicznego, jak i wyższego, dająca się łatwo stwierdzić w sferze somatycznej szczególnie przy wzruszeniach, przejawia się i w sferze psychicznej przy bardzo silnem napięciu afektu już w warunkach normalnych (gniew, nienawiść, miłość) w sposób, który może wskazywać na chwilową kapitulację hamulców, wpływających ze strony innych kompleksów; ale byłoby nadmiernem zapoznawaniem istnienia tych ostatnich, gdybyśmy przejawy przejściowego silnego afektu, których wkrótce sami możemy się wstydzić, chcieli uważać za reakcję całej naszej osobowości. W zwykłych, przeciętnych warunkach, cała nasza osobowość psychiczna składa się z zespolenia w jedną syntezę podkorowych wrażeń i afektów organicznych z jednej strony, z szeregiem kompleksów intelektualno-uczuciowych, natury mnesticznej, lokalizujących się w korze mózgowej, z drugiej strony.

Spróbujmy teraz z powyższego punktu widzenia rozejrzeć się w nowszych poglądach na konstytucję syntoniczną i schizoidalną, biorąc za punkt wyjścia *Bleuler*'owską ¹⁾ charakterystykę tych typów fizjologicznych.

Według tego autora właściwości syntoniczne i autystyczne są u wszystkich ludzi pewnym sposobem reagowania, mają zatem *znaczenie biologiczne*, chociaż jako normę, zrozumiałą samą przez się, *wyczuwamy tylko syntonję*. „Syntonik, pisze *Bleuler*, ¹⁾ jest jednolity, zlewa się z obecnem otoczeniem, z myślą, która go zajmuje, całą jego psychiką nastraja się w tym kierunku, żywo przejawia na zewnątrz swoje uczucia, które silnie wpływają na jego myśli i postępowanie; łatwo odsuwa myśli i tendencje, przeciwne istniejącemu afektowi.” — „Schizoid przeciwnie zachowuje swoją samodzielność w stosunku do świata zewnętrznego, stara się opornie zachowywać wobec wpływów afektywnych żyjącego i martwego otoczenia i dążyć do własnych celów — hamuje bezpośrednią reakcję, tłumiąc afekt” i „zyskując przez to na sile, czasie i rozwadze,” gdyż stłumione afekty przejawiają się w silniejszym i konsekwentniejszym działaniu w odpowiednim czasie.

Przypuśćmy teraz na chwilę, że moje różniczkowanie zjawisk afektywnych na dwie podstawowe kategorie—psycho-organiczną i mnestyczną—jest uzasadnione.

Spostrzeżemy wtedy łatwo, że *Bleuler*'owski opis syntonika właściwie w zupełności odpowiada krótkiej charakterystyce psychiki i sposobu oddziaływania dziecka. Dla uzupełnienia tej charakterystyki dziecka brak tu jest tylko podkreślenia jednej jeszcze podstawowej cechy: bezpośredniości, odruchowości oddziaływania, którą antyteza syntonika, — schizoid, właśnie hamuje. Brak ten wynika oczywiście stąd, że powyższy opis syntonika dotyczy człowieka dojrzałego, u którego zawsze można stwierdzić i drugi pierwiastek biologiczny, schizoidalny, a więc do pewnego stopnia — pomimo przewagi syntonji — hamujący tę bezpośredniość oddziaływania. Zresztą *Bleuler* sam pisze, że pierwiastek schizoidalny przeważa równie wybitnie u mężczyzn, jak pierwiastek syntoniczny u dzieci i kobiet. Zdaje się, że należy tu pójść nawet jeszcze o krok dalej, i stwierdzić, że *niemowlę oddziaływa w sposób nie przeważająco, ale wyłącznie syntoniczny*, bo jest krańcowo jednolite, w zupełności zlewa się z obecnem otoczeniem,

¹⁾ *Bleuler* Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Zeitschrift für die ges. Neur. i Psychiatrie. t. 78. str. 373.

w całości i bez zastrzeżeń się oddaje jednej myśli, która je zajmuje, cała jego psychika nastraja się w danej chwili w jednym tylko kierunku, przejawia swoje uczucia bez żadnych wogóle hamulców, bezwzględnie odsuwa myśli i tendencje, przeciwne chwilowemu afektowi, bo nic jeszcze niema z tego schizoidu, który zdaniem *Bleulera* „hamuje bezpośrednie oddziaływanie”.

Ale przecież wiemy dobrze z rozwoju dziecka, co to są za siły, które stopniowo zaczynają hamować odruchowość jego oddziaływania. Wiemy dobrze z patologii, że istnieją stany ciężkich niedorozwojów psychicznych, w których dziecko nie jest zdolne do nauczania się czegokolwiek i nie dochodzi wogóle do nabycia jakichkolwiek hamulców. I wiemy z obserwacji rozwoju dziecka normalnego, że pierwsze jego najelementarniejsze hamulce zaczynają występować w drugim półroczu jego życia, jako rezultat *nabytych już w życiu osobniczym, zapamiętanych* doświadczeń życiowych, mianowicie tych przykrości, których należy unikać. Pierwsze hamulce są zatem nabytem pragnieniem uniknięcia przykrości, które stwierdzamy nietylko u dziecka, ale nawet u tresowanego psa, wahającego się, czy połknąć wbrew zakazowi położony mu na nosie kawałek mięsa.

Takie pierwsze wahanie się, *pierwsze zahamowanie oddziaływania bezpośredniego, jest właśnie pierwszym załączkiem i przejawem pierwiastku schizoidalnego, jest pierwszym fizjologicznym rozszczepieniem pragnień i dążeń osobowości psychicznej, pierwszym zaburzeniem jej jednolitości syntonicznej, odruchowej*. Możemy teraz wyjaśnić, czemu jako „normę, zrozumiałą samą przez się, wyuczamy tylko syntonję.” Mianowicie syntonja jest normą, zrozumiałą samą przez się dlatego, że jest powszechnym, wrodzonym, bezpośrednim sposobem oddziaływania, nie wykazującym u poszczególnych osobników żadnych zasadniczych różnic indywidualnych.

Różnice osobnicze występują w sposób tem wybitniejszy, im bardziej biologiczny pierwiastek schizoidalny przeważa nad syntonją, to znaczy im bardziej — powiedzmy już wyraźnie — pierwiastki nabyte, mnesticzno-kojarzeniowe, intelektualne i uczuciowe, a więc wszelkie nasze kompleksy, górują i panują nad mechanizmami niższymi, instynktowymi. Bo jeśli przypomnimy sobie charakterystykę schizoidu, daną przez *Bleulera*, to stwierdzimy, że jest to poprostu charakterystyka naszego świata mnesticzno-kojarzeniowego, który — jeśli podstawimy go zamiast wyrazu „schizoid”, użytego przez *Bleuler'a*, — w przeciwieństwie do mechanizmów odruchowych „zachowuje swoją samodzielność w stosun-

ku do świata zewnętrznego, stara się opornie zachowywać wobec wpływów afektywnych żyjącego i martwego otoczenia i dążyć do własnych celów,—hamuje bezpośrednią reakcję, tłumiąc afekt” i „zyskując przez to na sile, czasie i rozwadze”, gdyż stłumione afekty przejawiają się w silniejszym i konsekwentniejszym działaniu w odpowiednim czasie. Jeśli zestawimy tę Bleuler’owską charakterystykę schizoidu z podaną na początku tego artykułu moją charakterystyką uczuć wyższych, nabytych, to stwierdzimy poprostu ich identyczność, rozciągającą się nawet na mnesticzny charakter afektu „stłumionego”, gdyż w powyższym określeniu *Bleulera* stłumienie afektu, jak się zdaje, nie jest równoznaczne z jego całkowitem wyparciem w nieświadomość, ale oznacza tylko: 1-o zahamowanie jego bezpośredniego oddziaływania, i 2-o dalsze jego trwanie właśnie w tym stanie utajonym, o którym mówiłem przy określeniu uczuć wyższych, i z którego w odpowiedniej chwili afekt ten z łatwością może przechodzić przez próg świadomości, albo nawet przejawiać się w czynie.

*Kretschmer*¹⁾ podkreśla także niejednorodność schizoidu, który według tego autora ma „powierzchnię i głębię”, zaś *Bleuler* sądzi że „schizoid składa się raczej z wielu części, z których każda w pewnym momencie może reprezentować całego człowieka”. Czy te mgliste wyrażenia nie zyskują na jasności, jeżeli powiemy, że brak jednorodności schizoidu, że wielorakość jego części składowych, to są poprostu wszystkie te kompleksy mnesticzno-kojarzeniowe, które w życiu osobniczym zostały nabyte przez wychowanie i doświadczenie, i utrwalone w mózgu i w pamięci? Przy takim ujęciu zagadnienia zrozumiemy także łatwiej, czemu pierwiastek schizoidalny przeważa właśnie u mężczyzn, zaś syntoniczny u kobiet i dzieci; również staje się zupełnie zrozumiałą podkreślana przez autorów — i słusznie — trudność wczucia się w psychikę schizoidu, przewidzenia sposobu jego zareagowania na pewną sytuację życiową: trudno jest przewidzieć tę reakcję dlatego, że ona nie jest powszechna i bezpośrednia, odruchowa, ale jest wynikiem rozważań i wahań, wynikiem starcia się wszystkich zainteresowanych kompleksów mnesticznych, pozostających z reguły w stanie utajonym, i mogących w danej sprawie przez dłuższy czas wzajemnie się zwalczać z wynikiem, przez również długi czas niepewnym nawet dla umysłu samego schizoida. Czy można się dziwić, że w takich warunkach wczuwanie się w psychikę schizoida

¹⁾ Körperbau und Charakter. 1922.

jest trudne, a przewidywanie jego oddziaływania często zupełnie niemożliwe.

Takie ujęcie sprawy wyjaśnia dalej, czemu syntonja i schizoid są dwoma podstawowymi składnikami psychicznymi, które *muszą być zawsze* reprezentowane *jednocześnie* u każdego osobnika, z jednym tylko zastrzeżeniem — aby posiadał pamięć kojarzeniową, bez której schizoid istnieć nie może. Jest wtedy również rzeczą zupełnie naturalną, że w pewnych okresach życia, albo nawet w bezpośrednio po sobie następujących chwilach może u tego samego człowieka przeważać to jeden, to drugi pierwiastek — są to *wahania równowagi ruchomej* wzajemnego stosunku układu ne- i palaeencefalicznego, o którym pisałem przed 8 laty, jest to przejściowe i częściowe zwalnianie mechanizmów niższych z pod kontroli i hamulców układu mnesticzno-kojarzeniowego, przy którym człowiek dorosły poddaje się, jak dziecko, jakiemuś chwilowemu nastrojowi, kierującemu również tylko nastrojowym biegiem myśli i sposobem zachowania, aż do chwili, w której kompleksy mnesticzne nie dopomną się znowu o swoją rolę kierowniczą, tłumiąc nastrój przejściowy.

Bleuler, uważając oba pierwiastki, syntoniczny i schizoidalny, za fizjologiczne, poszukuje ich *celowości biologicznej*. Znajduje celowość syntonji w samym fakcie współdzwięczenia uczuć, które jest związane z uczuciem przyjemności, nawet przy bólu psychicznym (kondolencja); dlatego sytonik, który jest cały jak na dłoni, który zawsze współczuje z otoczeniem, jest „sympatyczniejszy”, niż schizoid. Fizjologiczna celowość schizoidu jest mniej wyraźna, dla *Bleulera*, który przypuszcza, że *autyzm i tłumienie przy nadzbyt silnem uczuciu jest środkiem ochronnym nazewnątrz i nawewnątrz*. Przy naszym pojmowaniu tych rzeczy, tłumaczenie biologicznej celowości mechanizmów instynktowych, wrodzonych, albo układów mnesticzno-kojarzeniowych, staje się oczywiście zupełnie zbędnem; musimy tylko zaznaczyć, że w *Bleuler*’owskim określeniu fizjologicznej celowości schizoidu tylko jedna jego cecha jest słusznie podana, jako podstawowa biologiczna właściwość schizoidu, t. j. psychiki z wyraźną przewagą czynności układów mnesticzno-kojarzeniowych nad niższymi mechanizmami psychicznymi — mianowicie tłumienie zbyt silnych uczuć wogóle, przeszkadzających prawidłowemu biegowi procesów mnesticzno-kojarzeniowych, a w szczególności tłumienie afektów pierwotnych, psycho-organicznych. W naszym ujęciu zagadnienia staje się jednak rzeczą jasną, że oprócz tej negatywnej czynności schizoid posiada

jeszcze pewną celowość pozytywną, bo jeśli tłumi popędy instynktów, to musi natomiast dać ustrojowi coś biologicznie lepszego, wyższego od reakcji instynktowych. Otóż *Bleuler* jako drugi moment celowości schizoidu wysuwa jego autyzm, który określa jako pozostawianie wolnego biegu fantazji, nie uwzględniającej sprzeczności z rzeczywistością, jak to ma miejsce np. w marzeniach sennych, w mitologii, albo w pewnych stanach chorobowych¹⁾.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że tutaj *Bleuler* się myli. Schizoid, ten typ męskiej dojrzałej rozwagi, cechującej się opanowaniem swych chwilowych popędów, nie może w żaden sposób wykazywać swej celowości biologicznej w autyzmie, w powyższy sposób rozumianym, nie może zastępować u człowieka mechanizmów instynktowych, wystarczających u niższych zwierząt dla dostosowania się do potrzeb życiowych realnych, biologicznie rzekomo celowym autyzmem, polegającym na wolnym biegu fantazji w marzeniach sennych lub stanach chorobowych, i nie uwzględniającym sprzeczności z rzeczywistością. Siła, która tłumi nadmierne uczucia lub w danej chwili niewczesne popędy instynktu, nie może być tą siłą, która się przejawia w marzeniach sennych lub stanach chorobowych, w których właśnie stwierdzamy brak lub niedostateczność normalnych sił tłumiących, hamujących, czyli nie może być autyzmem. Tą siłą może być bezwątpienia tylko cała owa kategoria nabytych w życiu osobniczym czynności mnesticzno-kojarzeniowych, które nie tylko tłumią popędy wrodzone, ale także je na podstawie doświadczenia przekształcają, odraczają ich zadośćuczynienie do chwili, wskazanej przez rozagę i wymagania danego społeczeństwa, a co więcej, tworzą cały świat nowych wymagań, zagadnień i zadowolnień, nieznanych życiu instynktowemu, a *polegających nie na sprzeczności z rzeczywistością, ale właśnie na jej możliwie najdokładniejszym poznaniu i dostosowaniu się do niej*, a nawet tu i ówdzie na przewidywaniu przyszłości. I to właśnie, a nie autyzm, jest biologiczną celowością schizoidu i jego narządów anatomicznych, to jest układów neencefalicznych. *Bleuler* sam zresztą pisze, że „jeżeli mechanizm schizoidalny jest biologiczny, to musi być w jakiś sposób pozytywny; ale dotychczas znamy go tylko jako ubytek”. Zachodzi tu najwyraźniej wielkie nieporozumienie. *Bleuler* uważa schizoid za typ fizjologiczny; szuka jego celowości biologicznej; a pomimo tego wprowadza do tego typu pojęcia „ubytku”

¹⁾ Lehrbuch der Psychiatrie. 1920, str. 34.

i „autyzmu”, wzięte z patologii i dlatego sam wikła się w sprzecznościach, z których nie może wybrnąć. W fizjologicznym schizoidzie niema patologicznych ubytków i patologicznego autyzmu; przeciwnie *Bleuler* sam zaznacza, że to przedewszystkiem schizoidzi stworzyli naukę, sztukę, literaturę, technikę; jak to pogodzić z jego zdaniem, że znamy schizoid „tylko jako ubytek?” W fizjologicznym schizoidzie niema również autyzmu w określeniu *Bleuler'a*, t. j. w znaczeniu patologicznem, albo w znaczeniu tej niedokładnej funkcji układów mnesticzno-kojarzeniowych, którą stwierdzamy w marzeniach sennych; *jest tylko autyzm w szerokim znaczeniu tego wyrazu*, t. j. pewna samodzielność naszego świata myśli, który może odrywać się od wszelkich wrażeń chwili bieżącej, może pracować i najlepiej pracuje właśnie wtedy, kiedy zupełnie zapomina o otaczającym go środowisku; ale nigdy, nawet przy twórczości poetyckiej lub artystycznej, nie staje w takiej sprzeczności z rzeczywistością, jak w marzeniach sennych lub w przypadkach chorobowych. To jest autyzm fizjologiczny, jedynie możliwy w normalnym schizoidzie; — celowość biologiczna takiego autyzmu jest zupełnie wyraźna, gdyż nie tylko niema tu żadnego ubytku, ale owszem taki autyzm tłumaczy nam dobrze, czemu to właśnie schizoidzi przedewszystkiem stworzyli całą kulturę ludzką.

Zresztą i sam *Bleuler* w niektórych swych zdaniach zbliża się do takiego szerszego ujęcia autyzmu, np. gdy pisze, że „w pełnym swym rozwoju myślenie autystyczne zdaje się zasadniczo różnić od myślenia doświadczalnego; w rzeczywistości jednak istnieją wszelkie przejścia od drobnego uchylenia od nabytych kojarzeń, koniecznego przy każdym wnioskowaniu z analogii, aż do nieokiełznanej fantazji. W pewnych granicach niezależność od zwyczajowego biegu myślowego jest wszak warunkiem inteligencji, szukającej nowych dróg, i fantazjowanie o nowych sytuacjach, oddawanie się marzeniom na jawie i t. p. są niezbędnymi ćwiczeniami inteligencji. Treścią i celem takich wolnych biegów myślowych są naturalnie zawsze dążności, które najsilniej poruszają głębią naszej istoty duchowej. Jest więc rzeczą zupełnie zrozumiałą, że cele autystyczne cenimy daleko wyżej, aniżeli korzyści realne, które można zamienić czem innem (np. wiara)”. Widzimy zatem, że tutaj przy określaniu autyzmu — tak samo, jak poprzednio przy określaniu celowości biologicznej schizoidu — *Bleuler* wpada znowu w pewną sprzeczność, gdyż widzi się zmuszonym rozszerzyć pierwotne swe określenie autyzmu w pewnej mierze aż do

twórczych procesów myślowych, a więc nie sprzecznych z rzeczywistością, ale przeciwnie, najgłębiej je ujmujących.

Tak więc, jeżeli pojęcie autyzmu chcemy zużytkować dla określenia schizoidu *fizjologicznego* i jego celowości biologicznej, to nie możemy przenosić jego określenia psychopatologicznego do psychologii, musimy go rozszerzyć właśnie w tym kierunku, w którym idzie w ostatnio przytoczonym ustępie i *Bleuler* (myślenie twórcze, inteligencja), raczej je ograniczając ze strony tych przykładów, w których myślenie autystyczne wykazuje ubytki bądź fizjologiczne (marzenia senne), bądź chorobowe. Jeżeli schizoid jest typem normalnym i może przechodzić w wyraźną psychozę w schizofrenji, to i autyzm, cechujący fizjologiczny schizoid, musi być również cechą zupełnie fizjologiczną, mającą istotnie swoją celowość biologiczną i mogącą się przejawiać — poprzez wszelkie postacie przejściowe — w schizofrenji pod postacią spaczoną, chorobową, jako objaw psychotyczny.

Musimy zatem wyraźnie rozróżniać *autyzm fizjologiczny*, prawidłowy, od *autyzmu chorobowego*, lub jego pogranicza jeszcze normalnego, ale już wyraźnie ubytkowego (marzenia senne). Dla autyzmu chorobowego i jego pogranicza możemy zostawić określenie *Bleulera*. Natomiast za autyzm fizjologiczny, cechujący normalny typ schizoidalny i jego celowość biologiczną, musimy uznać te *prawidłowe procesy myślowe, natury kompleksowej, które wykazują pewną samodzielność, pewną niezależność od zmysłowo dającej się spostrzegać rzeczywistości*, przyczem mogą nie tylko nie pozostawać w sprzeczności z nią, ale właściwie głębiej ją ujmować i wyjaśniać; normalnem myśleniem autystycznym jest każde myślenie oderwane; teoria Kopernika jest sprzeczna z rzeczywistością, spostrzeganą zmysłami, ale właśnie zasługa jej polega na wykazaniu, że ta sprzeczność jest pozorna; fantazja poety może się nie liczyć z rzeczywistością wogóle, ale i poeta, i czytelnik zachowują tyle poczucia rzeczywistości, że poezję uważają tylko za fantazję. Rozwojowo rzecz biorąc, zdaje się, że autyzm fizjologiczny zaczyna się rozwijać w tym okresie życia (około 3 roku), w którym dziecko zaczyna sobie *uświadamiać odrębność i samodzielność swojej osobowości wobec świata zewnętrznego, a więc jest przejawem rozwoju jego życia mnestyczno-kojarzeniowego*, idącego w dwóch równoległych i równoczesnych kierunkach: w kierunku rozszczepienia na poszczególne, do pewnego stopnia samodzielne kompleksy, i w kierunku ich scalania w jedną syntezę.

Cechą, która wyróżnia prawidłowe myślenie autystyczne, biolo-

gicznie celowe, od autystycznego myślenia chorobowego, jest zatem to, że myślenie autystyczne normalne nigdy nie zatracą poczucia rzeczywistości, chociaż może się uchylać od jej zmysłowych pozorów lub od myślenia zwyczajowego; natomiast myślenie autystyczne chorobowe istotnie tej rzeczywistości nie uwzględnia. W obu przypadkach myślenie autystyczne jest procesem, niezależnym od bodźców zewnętrznych chwili bieżącej, jest procesem oderwanym od chwilowego środowiska, jest odcięciem się od otoczenia.

Czy z powyższych wywodów należy wnioskować, że każdy proces myślowy jest procesem autystycznym, schizoidalnej natury? Jeżeli pierwiastek schizoidalny utożsamiamy z pierwiastkiem mnestyczno-kojarzeniowym, to pozornie mogłoby się zdawać, że na powyższe pytanie dla zachowania konsekwencji powinniśmy dać odpowiedź potwierdzającą.

W rzeczywistości jednak musimy odpowiedzieć przecząco, i może nie będziemy przytem niekonsekwentni, jeśli przypomnimy nasze określenie autyzmu fizjologicznego, jako tych prawidłowych procesów myślenia kompleksowego, które wykazują pewną samodzielność i niezależność od zmysłowo dającej się spostrzegać rzeczywistości; to określenie przewiduje zatem jako warunek konieczny prawidłowego myślenia autystycznego już dość znaczny rozwój procesów mnestyczno-kojarzeniowych, mianowicie taki, który im umożliwia zachowanie tej samodzielności i opanowanie afektów psychoorganicznych. Jeżeli te ostatnie zapanowują nad kompleksami, to myślenie autystyczne znika i na jego miejsce występuje *myślenie syntoniczne*.

Ze wszystkiego, co powyżej mówiliśmy, wynika, że jeśli chcemy poznać objawy syntonji fizjologicznej w jej najczystszej postaci, to musimy je badać u dziecka. Pozwolę sobie przytoczyć tutaj przykład kojarzeń myślowych normalnego 25 miesięcznego dziecka, podany przeze mnie przed kilkunastu laty¹⁾: „Tu Osia będzie spać (pokazuje kanapę), daj wujku ołówek (widzi ołówek), czym Osia ma pisać, wujek, wujek, masz to. Tfe, tfe, tfe (podśpiewuje). Tatusiu, kolanka, Osia będzie pisać na tem (widzi papier na biurku). Napisać królika. Co to tatuś przyniósł? (Widok paczki zawiniętej na biurku). I mamusię przyniósł? (Widzi fotografię matki). I Osię przyniósł. Królik, (widzi narysowanego królika), jaki królik, ma ogonek, kupka królika,—to oczko. Mamusię napisać. Wujek, zobacz królika. To Osia siada na

¹⁾ O zaburzeniach kojarzeń w stanach goniwy myślowej. Przegląd Lekarski 1910.

ziemi (widzi własną fotografię), nie trzeba tak siadać na ziemi. Siadać na stołeczku, bo brudzisz rzeczy. Tam to zobaczysz mamusię (patrzy na fotografię matki), ma uszki mamusia, śpi, — oczki otwiera. Tu niema mamusi (ogląda odwrotną stronę fotografii). — Mamusiu (wchodzi matka), to mamusia (na fotografii). Mamusiu, królik mały, ma uszki, co on robi? Tu zapałki". — To wypowiedzenie dziecka, pozornie zbliżone do bezładnej gonitwy myślowej z ogromną odwracalnością uwagi, jest właśnie typem syntonicznego myślenia dziecka, cechującego się brakiem nici przewodniej, jakiegoś wyobrażenia kierowniczego, którego miejsce zastępują tu właściwie realne przedmioty, świat zewnętrzny, który kolejno na krótką chwilę ściąga uwagę dziecka. Syntoniczne zlewanie się dziecka z otoczeniem, mówienie o sobie w trzeciej osobie, świadczące, że dziecko jeszcze nie zupełnie wyodrębniło swoją osobowość od świata zewnętrznego, są tu właśnie krańcowym fizjologicznym przeciwstawieniem schizoidu i autyzmu, pomimo tego, że dziecko już oczywiście posiada pewien zasób wiadomości mnesticzno-kojarzeniowych, którym tutaj operuje. W innym miejscu tej samej pracy (str. 29), podałem przykład wypowiedzenia tego samego dziecka, stanowiący typ fantazji myślowej dziecięcej, opartej na doświadczeniu własnym, nie liczącej się jednak zbyt z rzeczywistością i mogącej już uchodzić za typ możliwie najpierwotniejszego myślenia autystycznego dziecka.

Oczywiście u człowieka dojrzałego nie znajdujemy nigdy — nawet przejściowo — syntonji myśli i zachowania się w tak czystym obrazie, jak w pierwszym wypowiedzeniu Osi. Panowanie kompleksów nabytych jest już zbyt zakorzenione i zwyczajowe, aby mogło całkowicie ustąpić miejsca takiej syntonji, jak u 25 miesięcznej Osi; ale pozostawienie wolnego biegu myślom np. przy wesołej i skaczącej z przedmiotu na przedmiot rozmowie, albo bierne poddawanie się wrażeniom zmysłowym w chwilach znużenia, np. podczas jazdy koleją, do pewnego stopnia osłabiają zwyczajowe myślenie autystyczne człowieka dojrzałego i zbliżają je nieco do typu syntonicznego. Stąd wynika, że w rzeczywistości każdy człowiek normalny jest i musi być schizoidem, a to, co nazywamy typem syntonicznym człowieka dorosłego, jest tylko mniej wydatnym rozwojem właściwości schizoidalnych, hamujących, umożliwiającym przez to łatwiejsze występowanie reakcji wrodzonych, syntonicznych, — sympatyczniejszych i zrozumialszych dla nas, jak mówi Bleuler. — W patologii pierwiastek syntoniczny występuje znowuż w sposób jaskrawy w stanach manjakałnych, w których zaburzenia

mnestyczno-kojarzeniowe są natury wtórnej, jak to starałem się wykazać gdzieindziej.¹⁾

Bleuler parokrotnie zaznacza, że mechanizm schizoidalny jest filogenetycznie późniejszy, niż mechanizm syntoniczny, i musimy się z nim na to w zupełności zgodzić, bo neencefaliczne układy mnestyczno-kojarzeniowe są niewątpliwie i filo i ontogenetycznie starsze od instynktowych mechanizmów paleencefalicznych. Zdaje się, że takie wyłomaczenie sprawy jest łatwiejsze do przyjęcia, aniżeli przypuszczenie *Bleuler'a*, że istnieją „hormony schizoidu, filogenetycznie dużo wcześniejsze od hormonów życia afektywnego.”

Afekty i nastroje psychoorganiczne pozostają w takiej zależności, od układu neuro-glandularnego, że przypuszczenie istnienia hormonów życia afektywnego psychoorganicznego wydaje się dopuszczalnym, a nawet prawdopodobnym. Ale hipoteza „hormonów schizoidu, filogenetycznie dużo wcześniejszych od hormonów życia afektywnego” wydaje się pozbawioną podstaw realnych. Przedewszystkiem proces myślowy autystyczny, rozpatrywany tylko jako proces intelektualny, nie mógłby mieć żadnej siły hamowania, tłumienia afektów psychoorganicznych; wiemy przecież, że tą siłą hamującą myślenia autystycznego jest nie sam proces wyobrażeniowo-kojarzeniowy, ale napięcie jego zabarwienia afektywnego. Uczucia wyższe, kompleksowe są hamulcami instynktów, a jeśli tych uczuć nie ma, to i hamulców nie ma, chociażby intelekt był prawidłowy. Może więc myśl *Bleuler'a* należy zmodyfikować w ten sposób, że istnieją hormony uczuć wyższych, filogenetycznie dużo wcześniejsze od hormonów życia afektywnego psychoorganicznego? Zdaje się, że i w tej modyfikacji pogląd absolutnie nie da się utrzymać, bo wszystko, co cechuje uczucia biologicznie wyższe, a co na początku tej pracy zostało wymienione, wskazuje na związek tych uczuć ze sferą intelektualną, wskazuje na ich charakter nabyty i zależny od wychowania i środowiska społecznego, na ich charakter mnestyczno-kojarzeniowy i na ich zupełną niezależność od bezpośrednich wpływów jakichkolwiek hormonów. Niewątpliwie zaburzenia wewnątrzwydzielnicze, powodujące patologiczne afekty psychoorganiczne, mogą przez te ostatnie pośrednio wtórnie wywoływać zaburzenia uczuć wyższych, mogą przez czas choroby zapanowywać nad nimi; ale po ich minięciu wszelkie uczucia rodzinne, narodowe, religijne i t. d. chorego okazują się bez zmiany.

¹⁾ Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne. Rocznik Psychjatryczny Zeszyt II. 1925.

W innych znowuż przypadkach chorobowych te uczucia wyższe mogą ulegać nawet daleko idącemu i trwałemu zanikowi, ale wtedy znajdujemy nie zaburzenie wewnątrzwydzielnicze, ale rozlane zmiany organiczne w korze mózgowej innego pochodzenia.

Wszystkie organiczne procesy, uszkadzające korę mózgową w sposób rozlany, powodują zaburzenia i w sferze intelektualnej, i w sferze uczuć wyższych. Wśród takich szkodliwości, być może, są i szkodliwości natury hormonalnej. Wiadomo jest jednak, że z pośród wszystkich tych chorób wyróżnia się wielka grupa spraw *schizofrenicznych* tem, że intelekt jest tutaj względnie dobrze zachowany, a natomiast występują zawsze wybitne zaburzenia afektywne, pod postacią swiostego stopienia uczuciowego. Są przypadki hebefrenji, w których szczegółowe badanie nie wykazuje żadnych zaburzeń psychicznych poza *nabytym* zanikiem hamulców moralnych, doprowadzającym niekiedy do rażąco potwornych zbrodni (zabójstwo rodziców i rodzeństwa). Zanik uczuć rodzinnych, a więc również nabytych, jest jednym z najpospolitszych objawów schizofrenicznych. Dość częstym jest u schizofreników pewien stały nastrój, przygnębienia, lęku, albo euforji, cechujący się, jak to słusznie podkreśla *Bleuler*, brakiem fizjologicznych modulacji, niezależnością od treści biegu myślowego, dla tych chorych „nic niema ważnego, nic niema świętego”, jak mówi ten sam autor. Bez względu na to, czy u chorego istnieje taki stały nastrój, czy go niema, u wszystkich schizofreników, nawet pozornie wykazujących względną żywość afektów, możemy stwierdzić pewne stopienie życia afektywnego, szczególnie właśnie związanego ze złożonemi procesami mnesticzno - kojarzeniowemi, a więc afektów kompleksowych, nawet najbardziej bezpośrednio dotyczących bądź jego własnej przyszłości, bądź jego najbliższej rodziny. W późnych okresach choroby lub w ciężkich jej postaciach znajdujemy już nie stopienie afektywne, ale ciężkie zubożenie na wszystko, co nie działa jako bezpośredni bodziec zewnętrzny, a i z pośród tych ostatnich wiele nie wywołuje już żadnego oddziaływania afektywnego.

Najlepszą miarą stanu afektywnego schizofrenika jest jego zachowanie się. Przytoczmy i tutaj, dla uniknięcia subiektywnego zabarwienia, *Bleuler*'owski opis tego zachowania. W ciężkich przypadkach upadku życia afektywnego chory nic nie robi, jeżeli chory wykazuje silny autyzm, to wogóle nie dba o świat zewnętrzny. W przypadkach pośrednich znajdujemy „brak inicjatywy, brak z góry określonego celu, nieuwzględnianie wielu czynników rzeczywistości, roz-

proszenie, nagle pomysły i dziwactwa". Czy można wyraźniej stwierdzić brak w tych przypadkach kierowniczej roli i siły właśnie układów mnesticzno - kojarzeniowych, tych scalonych w jedną syntezę afektów kompleksowych fizjologicznych, które nadają pewien określony kierunek postępowaniu człowieka rozważnego?

Mniej staje się to wyraźne w określeniu lekkich przypadków schizofrenji, które „żyją jak inni ludzie, tylko tu i ówdzie uderza u nich jakaś anormalność. We wszystkich przypadkach nie można dobrze umotywić wielu ich postępów, a także całego kierunku życiowego. Chorzy często zmieniają stanowisko i zawód, albo bez powodu nagle nie przychodzą do pracy, są drażliwi, kapryśni, skłonni do kłótni i wymyślań". Wiemy, że takie zachowanie się istotnie nie raz w ciągu długich lat poprzedza wystąpienie wyraźnych objawów schizofrenicznych; i w tych przypadkach nie możemy wątpić w to, że źródło powyższego zachowania się chorych tkwi znowuż w ubytku uczuciowości nabytej, w jej swoistem stopieniu schizofrenicznym. Ale wiemy również, że istnieje wielka kategoria ludzi z konstytucją psychopatyczną, która może również nie doprowadzać do schizofrenji i pozostawać mniej więcej w tym samym stanie nawet do późnej starości. Czy jest rzeczą uzasadnioną zaliczać ich do lekkich postaci schizofrenji, jak to robią niektórzy autorowie? W obrazie psychopatycznym obu tych kategorii najczęściej nie znajdujemy nic, co by nam umożliwiałoby ich różniczkowanie kliniczne. Ale dalszy przebieg sprawy — mianowicie rozwój wyraźnej schizofrenji, albo nie występowanie jej wcale, pomimo mniej więcej jednakich warunków życiowych, upoważnia do przypuszczenia, że w tej drugiej kategorii przypadków mechanizm powstawania anomalji życiowych może być inny, np. to może być nie ubytek, stopienie uczuć wyższych, ale przeciwnie, nadmierna pobudliwość i żywość afektów chwili bieżącej, bądź psycho-organicznych, bądź poszczególnego kompleksu, i wynikające przez to przejściowe opanowanie innych kompleksów, które, zachowując normalne swe znaczenie, nie mogą jednak stłumić afektu chwilowego, nadmiernie wybujałego, podobnie jak to się zdarza u ludzi nerwicznych, mogących poza takimi chwilowymi reakcjami bardzo dobrze dostosowywać się do warunków życia i pracy. W przeciwieństwie do nich, *schizofrenicy wykazują niezdolność samodzielnego dostosowania się do warunków życiowych*, występującą w tej sprawie w sposób niezmiernie rażący szczególnie w przypadkach z wcale dobrze zachowaną inteligencją i szczególnie w porównaniu z tak ciężkimi

procesami organicznymi, jak np. porażenie postępujące, w którym niekiedy zdolność do pracy zawodowej zostaje zachowana zdumiewająco długo. Przypomnijmy sobie teraz, że *biologicznym celem naszego neencefalon*, naszego narządu świadomości, jest właśnie *przystosowywanie organizmu do warunków jego bytu w świecie zewnętrznym na podstawie doświadczenia osobniczego, na podstawie nabytych, mnesticzno-kojarzeniowych procesów*, — a przekonamy się, że w *schizofrenji* podstawową jej cechą jest właśnie to, że w niej *zawodzi biologiczny cel narządu świadomości*. Zapewne można powiedzieć — i słusznie, — że cel ten zawodzi w każdej psychozie, ale nie jest rzeczą trudną wykazać, że w innych psychozach zawodzi albo wtórnie i przejściowo (psychoza manjakałno - depresyjna), albo wskutek ostrego zaatakowania tego narządu w całości (ostre stany majaczeniowe i splątania), albo wreszcie wskutek trwałych ubytków, dających się wykazać równie dobrze w sferze uczuć wyższych, jak i w sferze intelektualnej (rozlane sprawy organiczne). W jednej tylko schizofrenji sfera intelektualna albo nie wykazuje trwałych zmian, przynajmniej dalej idących, albo wykazuje zmiany wtórne, których źródłem pierwotnem jest stępienie uczuć wyższych, cechujące się bezpośrednio temi zaburzeniami w sferze afektywnej i w zachowaniu się schizofrenika, które przed chwilą według *Bleuler'a* przytoczyliśmy. Tak więc *schizofrenja jest jedyną sprawą chorobową, bezpośrednio i wybiórczo upośledzającą życie mnesticzno - afektywne*, a więc źródło wszelkiej rozważnej inicjatywy, źródło wszelkich sił, kierujących postępowaniem i życiem człowieka na podstawie nabytego doświadczenia osobniczego. Siły te ulegają zanikowi bądź wskutek długiego szeregu różnorodnych szkodliwości, działających w życiu osobniczem, bądź też — w razie silnej niedomogi konstytucjonalnej ich podłoża anatomicznego — nawet przez zużycie przez czynność normalną, a więc dla ludzi nieusposobionych zupełnie nieszkodliwą. W ten sposób schizofrenja zdaje się należeć do grupy *chorób abiotroficznych*, z czym się zgadza znane jej występowanie wśród rodzin i osobników o konstytucji schizoidalnej, i czemu jak dotąd wcale nie przeczą wyniki badań histopatologicznych w tej sprawie chorobowej. Być może, że wyjątkowa częstość schorzeń schizofrenicznych zależy od tego, że ich podłoża anatomiczne należy właśnie do tego neencefalon, które jest filo- i ontogenetycznie najmłodszym i najbardziej złożonym tworem; teoretycznie więc można przypuścić, że łatwiej ulega niedomodze życiowej, aniżeli np. filogenetycznie starsze tkanki nerwowe

w neurologicznych chorobach dziedziczno-rodzinnych, które w ostatnich czasach coraz częściej zostają grupowane w jedną kategorię abiotroficzną. Być może również, że grupa schizofreniczna ulegnie odwrotnemu losowi, aniżeli neurologiczne jednostki dziedziczno-rodzinne, i że ulegnie czasem rozpadowi na poszczególne jednostki chorobowe; wyraźne tendencje w tym kierunku dają się spostrzec w dzisiejszej literaturze. Trudno jest jednak przypuścić, aby te tendencje doprowadziły do trwalszych wyników przed gruntowniejszym nieco pogłębieniem naszej wiedzy psychofizjologicznej, która szczególnie w zakresie życia afektywnego znajduje się dotąd w powijkach; w każdym razie różnorodne schorzenia schizofreniczne wykazują tyle pokrewieństwa w swych podstawowych cechach psychopatologicznych, że trudno sobie wyobrazić, aby rozpad grupy schizofrenicznej na poszczególne jednostki mógł w najdalszej przyszłości mieć znaczenie definitywne, krańcowe, t. j. rozpadu na jednostki kliniczne, zupełnie ze sobą niezwiązane; wzajemny stosunek tych jednostek będzie raczej właśnie taki, jakim jest dzisiaj w neurologicznej grupie dziedziczno-rodzinnej, tj. będzie stosunkiem pokrewieństwa, stwierdzanym przez istnienie wszelkich możliwych postaci przejściowych i mieszanych, które i dzisiaj w grupie schizofrenicznej znajdujemy na każdym kroku, jak to jest powszechnie wiadome, i jak to jeszcze raz podkreślałem gdzieindziej ¹⁾.

Jest rzeczą ciekawą, że takie postacie przejściowe i mieszane spotykamy nie tylko wewnątrz samej grupy schizofrenicznej, ale i w kierunku pewnych jednostek chorobowych, których samodzielność kliniczna zawsze była powszechnie uznawana. A jeszcze ciekawszą, i z pewnością nie przypadkową rzeczą jest to, że to jakieś powinowactwo schizofrenji stwierdzamy nie z innymi postaciami klinicznymi, ale właśnie z psychozą manjako-depresyjną z jednej strony, i z paranoją chroniczną z drugiej, a więc ze sprawami również par excellence konstytucjonalnej natury. Powinowactwo to przemawia oczywiście raczej za etiologią abiotroficzną schizofrenji, aniżeli za jej pochodzeniem toksyczno-infekcyjnym; w tych przypadkach, w których czynniki toksyczno-infekcyjne niewątpliwie przyczyniają się do wybuchu tego cierpienia (majaczeniowy jego początek w przebiegu ostrej

¹⁾ Mazurkiewicz. L'abiotrophie dans la démence précoce. Deuxième Congrès Médical Franco-Polonais. Masson. 1925. Pisząc ten artykuł, nie znałem jeszcze prac Mollwaide'go i Kleist'a, wspomnianych przez kol. Bychowskiego jun. w tym zeszycie „Rocznika“.

sprawy zakaźnej), szkodliwość toksyczno-infekcyjna wywołuje schizofrenję tylko dzięki istniejącemu przedtem podłożu niedomogi konstytucjonalnej.

Różne kombinacje schizofrenji z psychozą manjakałno-depresyjną, spotykane zarówno u poszczególnych osobników, jak i u różnych osobników tej samej rodziny, zdają się świadczyć o tem, że w tych kombinacjach mamy do czynienia z osobniczą lub rodzinną niedomogą dwóch układów nerwowych, będących według naszej hipotezy anatomicznem podłożem dwóch kategorii życia afektywnego (mnesticzno-kojarzeniowej i psychoorganicznej), a więc neencefalicznego układu mnesticzno-kojarzeniowego i układu neuro-glandularnego. Kliniczne powinowactwo schizofrenji i psychozy manjakałno-depresyjnej, powszechnie znane i dlatego nie wymagające tu narazie bliższego uzasadnienia, byłoby zatem w świetle naszej hipotezy klinicznym przejawem konstytucjonalnej niedomogi dwóch pokrewnych układów nerwowych, z których jeden filo- i ontogenetycznie jest młodszym, a drugi starszym. Nie będzie może zbyt cennym przypomnieć w tem miejscu, że charakter dziedziczno-rodzinny psychozy manjakałno-depresyjnej jest w psychiatrii ustalony bodaj że lepiej, niż najbardziej pod tym względem charakterystyczne typy w neurologji (patrz rodzina III w studjum *Borowieckiego*¹⁾); a więc różnorodne kombinacje tej sprawy chorobowej ze schizofrenją zdają się wzmacniać pogląd na tę ostatnią, jako na schorzenie również dziedziczno-rodzinne, za czem zdają się przemawiać i inne studia nad rodzinami schizofreników, i czemu bynajmniej nie zaprzecza fakt, że przy powstawaniu schizofrenji szkodliwości zewnętrzne, różnorodnej natury, zdają się grać znacznie większą rolę, aniżeli w psychozie manjakałno-depresyjnej. Zresztą pomijamy szereg nastroczających się tu kwestyj, których rozpatrywanie przekroczyłoby ramy, zakreślone dla tego artykułu.

Trudniejsze jest, chociażby również ogólnikowe, zdanie sobie sprawy ze stosunku schizofrenji do paranoi przewlekłej. Ta ostatnia jest, jak wiadomo, sprawą stosunkowo rzadką; jej charakter konstytucjonalny nie ulega dla nikogo wątpliwości, ale schorzenie to nie występuje nigdy w jednej rodzinie tak wielokrotnie, jak to bywa szczególnie z psychozą manjakałno-depresyjną, a chociażby nawet niekiedy i ze schizofrenją. Jest jednak rzeczą uznaną, że paranoja przewlekła jest zawsze chorobowym rozwojem pewnego konstytucjonalne-

¹⁾ Borowiecki. Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich. Tom I, zeszyt II,

go sposobu oddziaływania na świat zewnętrzny, pewnych wrodzonych cech charakteru i normalnych procesów; że występuje w rodzinach, w których często się zdarzają różne anomalje charakteru, które dzisiaj byśmy mogli określić, jako schizoidalne, i przeważnie u mężczyzn (według *Kräpelinga* i *Bleulera* w 70% przypadków), wykazujących w życiu wzmoczone samopoczucie, dużą samodzielność w stosunku do otoczenia, wytrwałość w dochodzeniu do wytkniętego celu, a więc cechy wybitnej przewagi życia mnesticzno - kojarzeniowego nad pierwastkami psychoorganicznymi.

Wbrew zapatrywaniom niektórych autorów, dopatrujących się w paranoi przewlekłej pierwastków syntonicznych, mianowicie manjakałnych, rozwinięty i typowy obraz tej sprawy chorobowej przedstawia właśnie krańcową autytezę stanu manjakałnego, w którym mamy gonitwę myślową z jej patologiczną odwracalnością uwagi i przesłakiwaniem z przedmiotu na przedmiot, a więc zupełną niezdolność do utrzymania nici przewodniej procesu myślowego, beztroski, wesoły nastrój, mniej lub więcej łatwo przechodzący w drażliwość i gniew, zupełną niezdolność panowania nad sobą, elementarną bezpośredniość reakcji, wykluczającą wszelkie konsekwentne działanie i zachowanie się. Paranoję przewlekłą, w przeciwstawieniu do tego zespołu manjakałnego, cechują: istnienie patologicznego systemu myślowego, kompleksu, logicznie powiązanego, absorbującego z krańcową, jaskrawo chorobową jednostronnością, długotrwałością i konsekwencją świadomy proces myślowy, którego wszystkie siły zostają poświęcone dla jednego celu, przyświecającego kompleksowi paranoicznemu, bezwzględnie opanowującemu wszelkie inne, fizjologiczne kompleksy, dotyczące nieraz najżywoźniejszych spraw samego chorego lub jego rodziny. Ten system paranoiczny jest jaknajwyraźniej tworzony i podtrzymywany przez jednostronny, wyjątkowo długotrwały, jaknajściślej związany z treścią myślową afekt kompleksowy, który decyduje również o doskonale konsekwentnym zachowaniu się chorego.

Już przed blisko 20 laty miałem w Towarzystwie Lekarskiem we Lwowie odczyt, w którym właśnie starałem się wykazać, że obraz psychotyczny paranoi chronicznej jest autytezą obrazu manjakałnego. Ale kiedy kol. I. Krzemicki zwrócił uwagę w dyskusji, że obraz melancholji jest jednak lepszym przeciwstawieniem stanu manjakałnego, wtedy, — nie mogąc sobie podówczas wytłomaczyć tej dwoistości krańcowych autytez jednego stanu manjakałnego, odczyt spaliłem.

Dzisiaj jest dla mnie rzeczą jasną, że źródłem tej dwoistości

autytezy są właśnie stosunki anatomiczne. Wszystkie podstawowe cechy stanu manjakałnego, psychiczne i somatyczne, są objawami neuroglandularnymi, jak to starałem się wykazać gdzieindziej¹⁾. Melancholia jest zespołem, przeciwnym stanowi manjakałnemu, ale jest oczywiście pochodzenia również neuroglandularnego, mamy tutaj stosunek, analogiczny np. do obrazów hyper- i hypotyreoidalnych. Natomiast cały obraz *paranoji przewlekłej*, zupełnie niezależny od układu neuroglandularnego, jest takim *patologicznym stanem życia mnestyczno-kojarzeniowego*, który stanowi drugą—mnestyczno-kojarzeniową antytezę stanu manjakałnego. Kliniczna dwoistość tych antytez znajduje zatem swe wyjaśnienie właśnie w mojej lokalizacyjnej hipotezie życia afektywnego, w jego dwoistym—psychoorganicznym i mnestycznym—charakterze.

Czy możemy pójść jeszcze o krok dalej i wyjaśnić, czemu właśnie paranoja przewlekła, a nie jakikolwiek inny stan psychopatyczny, jest antytezą manji z jednej strony, a bliskim krewniakiem schizofrenji z drugiej?

W warunkach normalnych, u człowieka dojrzałego, istnieje obok siebie, jak widzieliśmy, szereg kompleksów mnestyczno-kojarzeniowych, scalonych wprawdzie w jedną całość, ale jednak do pewnego stopnia zachowujących swoją samodzielność, a przez to pozwalających człowiekowi na pewną różnorodność, zmienność oddziaływania, zależną od chwilowej sytuacji i od chwilowej przewagi tego lub owego kompleksu, pozwalających zatem na różnorakie dostosowywania się do warunków zewnętrznych; ta fizjologiczna norma oddziaływania, jakkolwiek kompleksowego, jest zatem niewątpliwie dużo bardziej zbliżona do typu reakcyj syntonicznych, aniżeli jednostronna wyłączność paranoika.

Różnica pomiędzy różnorodnością oddziaływania kompleksowego człowieka normalnego w porównaniu do jednostronności oddziaływania chorego z kompleksem paranoicznym lub paranooidalnym pogłębia się jeszcze bardziej, jeśli się nieco bliżej przyjrzymy kompleksom normalnym. Możemy słusznie przeciwstawiać nasz kompleks rodzinny, jeden z najwcześniejszych zespołów mnestyczno-kojarzeniowych, innym naszym kompleksom, np. zainteresowań szkolnych w dzieciństwie, albo tworzącego się później naszego ustosunkowania do zawodu, do własnego narodu, do ludzkości, do religji. Każdy z tych kompleksów

¹⁾ Układ nerwowy rośliny i t. d. Rocznik psychiatryczny, 1925.

stanowi pewną całość, i jest do pewnego stopnia samodzielny w stosunku do innych; ale każdy z nich składa się jeszcze z poszczególnych elementów, mających znowuż swoje odrębne, swoiste, nabyte zabarwienia afektywne. W moim stosunku do ludzkości, pomimo moich zapatrywań, przypuśćmy, zgodnych z tendencjami ligi praw człowieka i narodów, mogą jednak wyraźnie odróżnić odmienne zabarwienia afektywne w stosunku do poszczególnych obcych narodów. W kompleksie moich uczuć rodzinnych istnieje odmienne zabarwienie afektywne w stosunku do ojca, matki, każdego z rodzeństwa, ulegające w życiu mniej lub więcej znacznym przemianom; jeżeli mam żonę i dzieci, świat moich uczuć rodzinnych ulega dalszym, daleko idącym przekształceniom i zmianom. Tak więc mój kompleks rodzinny daje się rozłożyć na szereg moich również kompleksowych, nabytych ustosunkowań do każdego poszczególnego członka rodziny; taki poszczególny stosunek zależy od całego szeregu wrodzonych i nabytych właściwości zarówno moich, jak i tego członka rodziny; przewaga tych lub innych kompleksów w obu tych psychikach gra tu niewątpliwie dużą rolę, wobec fizjologicznego zjawiska promieniowania każdego afektu, a więc i kompleksowego, na inne kompleksy. Widzimy więc, że w obrębie każdego kompleksu złożonego możemy znaleźć poszczególne małe kompleksy, stanowiące również do pewnego stopnia samodzielną, odrębną całość, na którą się zresztą składają bardzo złożone procesy psychiczne, która jest zjawiskiem fizjologicznym, i która w wysokim stopniu wzmacnia tę *fizjologiczną różnorodność* sposobów oddziaływania normalnego człowieka na poszczególne sytuacje życiowe i poszczególnych ludzi, pomimo pewnej jednolitości i stałości postępowania człowieka zrównoważonego, wynikających z prawidłowego zsyntetyzowania owych względnie samodzielnych kompleksów. Co więcej, nasz fizjologiczny stosunek do każdej osoby bliższej, jest zawsze fizjologicznie ambiwalentnym.

Widzieliśmy, że w schizofrenji występuje chorobowe zubożenie uczuć kompleksowych, jako najbardziej powszechna i podstawowa cecha tej sprawy chorobowej. Ale w jej postaciach paranoidalnych, tak samo jak w parafrenjach i w paranojach, występują *kompleksy chorobowe*, cechujące się ekskluzywnością, panujące nad wszystkimi innymi kompleksami, lub wręcz je pochłaniające.

Czem się tłumaczy to nadmierne opanowanie innych kompleksów przez kompleks chorobowy? Zwykle na to pytanie znajdujemy w psychiatrii odpowiedź, że przyczyną takiego chorobowego kompleksu,

systemu urojeniowego, jest jego nadmierne, chorobliwie silne zabarwienie afektywne. Rzeczywiście, gdybyśmy szukali analogji w życiu normalnem, to z łatwością możemy ją znaleźć w tych wyjątkowo silnych i długotrwałych poruszeniach afektywnych, które nazywamy namiętnością; miłość, nienawiść, jakiś fanatyzm ideowy, — „osłepiają” człowieka, t. j. z taką siłą promieniają na inne kompleksy, które właśnie zwykle hamują nadmierną wybujałość afektywną, że ta ich zwykła działalność hamująca ulega porażeniu, ich krytycyzm staje się bezsilnym, stłumionym, ich samodzielność kompleksowa zanika i zwycięża kierunek, wytknięty przez namiętność. Analogja fizjologicznych przykładów namiętności z jednej strony i kompleksów chorobowych z drugiej jest zupełna pod tym względem, że w obu tych kategoriach jeden kompleks zwycięża wszystkie inne ponad wszelką przeciętną miarę.

Zdaje się jednak, że na tem analogja się kończy, i że w patologicznych przypadkach mechanizm powstawania nadmiernie zwycieskich kompleksów jest zupełnie inny, aniżeli w fizjologicznych przypadkach namiętności. Jedynym probierzem siły afektu kompleksowego może być dla nas konsekwentne postępowanie osobnika, dążące do wcielenia w czyn, w życie, jego tendencyj kompleksowych. Zwycięska namiętność człowieka normalnego przejawia się w jakichś jego czynach. Przeciwnie zaś, system urojeniowy schizofrenika paranoidalnego, albo parafrenika, im dłużej trwa i bardziej się rozwija, tem bardziej staje się uczuciowo płytkim, bezsilnym, czysto myślowym tworem, któremu nie towarzyszy żadna istotna, silna potrzeba zrealizowania go w życiu; nawet w samym afekcie kompleksowym, a więc zwycieskim, znajdujemy tu zatem tę cechę stępienia afektywnego, która tak charakteryzuje schizofrenję. Najdłużej, nawet po dziesiątkach lat trwania, może — ale nie musi — wykazywać silną dażność do realizacji system urojeniowy paranoika, którego psychika wogóle jest względnie najlepiej zachowana; zresztą skądinąd wiemy, że sfera afektywna paranoika jest względnie daleko lepiej zachowana, aniżeli schizofrenika paranoidalnego albo parafrenika.

W ten sposób zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w dwóch ostatnich przypadkach (w schizofrenji paranoidalnej i w parafrenji), kompleks urojeniowy powstaje nie wskutek jego nadmiernej siły afektywnej, ale wręcz przeciwnie — *wskutek chorobowego osłabienia siły hamującej innych, fizjologicznych kompleksów*, wskutek tego osłabienia, które klinicznie jest powszechnie stwierdzane, jako *stępie-*

nie afektywne. Kompleks urojeniowy zwycięża tu nie dlatego, że jest tak silny, jak w jakiejś namiętności fizjologicznej, która zresztą zwykle po pewnym czasie mija, — ale dlatego, że jego przeciwnicy są chorobowo osłabieni, i to jeszcze bardziej, aniżeli zwycięzca, który zwykle także przejawia — mniej lub więcej wyraźnie — cechy swojej wielkiej słabości, jeżeli go porównamy z siłą zwycięskiej namiętności człowieka zdrowego.

Bodaj, że zupełnie ten sam mechanizm jest i w powstawaniu systemu urojeniowego prawdziwego paranoika, z tą tylko różnicą w porównaniu ze schizofrenikiem paranoidealnym lub parafrenikiem, że u paranoika walka kompleksu chorobowego z innymi kompleksami odbywa się w psychice względnie lepiej zachowanej, a zatem na wyższym poziomie życia afektywnego, również względnie lepiej zachowanego. Kiedyś starałem się wykazać, że system urojeniowy Towiańskiego¹⁾ wykazuje „niepojmowanie tego, co leży w granicach możliwości, a co je przekracza”, że jego twierdzenia, iż „rewolucja francuska i Napoleon mają znaczenie historyczne jedynie jako zwiastuny Sprawy Bożej”, że „Sprawa Boża odgrywa wogóle główną rolę zarówno przy ukazaniu się komety, jak przy słuchaniu opery, lub kupowaniu butów”, mogły powstać tylko „dzięki doszczętnemu prawie zniszczeniu i opanowaniu osobowości jego dawniejszej — byłego asesora sądu wileńskiego”. Albo dzisiaj możemy powiedzieć innymi słowami: dzięki brakowi normalnych hamulców ze strony innych, normalnych kompleksów, których osłabienie chorobowe, pierwotne, pozwoliło systemowi urojeniowemu, *względnie* najsilniejszemu, opanować je do granic bezkrytycyzmu.

Wracając teraz do postawionego poprzednio zagadnienia stosunku schizofrenji do paranoi, musimy stwierdzić, że: 1-o klinicznie istnieją wszelkie możliwe postacie przejściowe od schizofrenji z lekkim odcieniem paranoidealnym lub wyraźnie paranoidealnej poprzez parafrenję do paranoi przewlekłej; 2-o mechanizm powstawania w tych cierpieniach kompleksu zwycięskiego i opanowywania przezeń pozostałych kompleksów jest inny, aniżeli u ludzi, nie wykazujących psychozy; 3-o kompleksy urojeniowe w schizofrenji, parafrenji i paranoi powstają mianowicie nie wskutek wyjątkowej siły ich zabarwienia afektywnego, ale wskutek patologicznego osłabienia kompleksów hamujących,

¹⁾ Andrzej Towiański. Warszawa 1902.

występującego na tle niedomogi konstytucjonalnej tego samego podłoża anatomicznego¹⁾.

Oczywiście nie miałem zamiaru dążyć do wyczerpującego przedstawienia wzajemnego stosunku omawianych teraz trzech spraw chorobowych. Poruszyłem ten temat, jak i stosunek tych cierpień do psychozy manjakałno-depresyjnej tylko o tyle, o ile to było konieczne dla zrozumienia stosunku syntonji do schizoidu. Okazuje się, że wszystkie te sprawy chorobowe powstają na tle usposobienia konstytucjonalnego; że pomiędzy schizofrenją paranoidalną, parafrenją i paranoją nie można przeprowadzić ostrej linii odgraniczającej, gdyż istnieją wszelkie stopnie przejściowe; że we wszystkich tych trzech sprawach znajdujemy mniejsze lub większe stępienie uczuć kompleksowych, nabytych, i to właśnie jest podstawową ich różnicą od psychozy manjakałno-depresyjnej, w której mamy do czynienia z zaburzeniem mechanizmu afektywnego psychoorganicznego, neuroglandularnego. Patologja zdaje się zatem w zupełności potwierdzać moje zapatrywanie na syntonję i schizoid, jako mechanizmy palae- i neencefaliczne, pogląd, który tłumaczy w sposób bodaj jedynie możliwy tę celowość biologiczną obu mechanizmów, której *Bleuler* w schizoidzie zupełnie dopatrzeć się nie może, chociaż rozumie dobrze, że ta celowość istnieć musi, jeżeli syntonja i schizoid są mechanizmami fizjologicznymi.

¹⁾ Przez powyższy wywód chciałem podkreślić, że przewlekła paranoja wyrasta zawsze z konstytucji schizoidalnej, tak samo jak schizofrenja. Oczywiście pogląd ten bynajmniej nie wyłącza możliwości przypadków, które czasem spotyamy, i w których obok schizofrenji albo paranoji znajdujemy silnie rozwinięty pierwiastek syntoniczny.

XII ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH w Warszawie 12-16 lipca 1925.

Od 1920 r. odbywały się co roku polskie zjazdy psychiatryczne, na których rozpatrywano nasz dorobek naukowy roczny — coraz bogatszy i bardziej interesujący. W r. 1925 miał się odbyć VI Zjazd w Krakowie, który jednak został odwołany z powodu XII Zjazdu lekarzy i przyrodników w Warszawie, przypuszczano bowiem, że trudno byłoby w jednym roku pracować owocnie na 2-ch Zjazdach. Przypuszczenie to było niezupełnie słuszne; na Zjazd Warszawski prace autorów zamiejscowych były zgłoszone nielicznie, natomiast rozbięcie zjazdu na liczne sekcje spowodowało, że niektóre prace, interesujące psychiatrów, nie mogły być przez nich wysłuchane, gdyż były wygłaszane w innych sekcjach, i na skutek tego udziału psychiatrów w dyskusji nad nimi prawie nie było. Do takich należały naprz. odczyty: *Sterlinga* Gruczoły dokrewne a psychika, *Wicherta* O lokalizacji afektów, *Jaroszyńskiego* Psychologja nerwic, — wygłoszone w sekcji psychologicznej, *Nelkena* Zaburzenia psychiczne w wojsku a sprawa udawania — w sekcji medycyny wojskowej, *Wieczorka* Pole widzenia u chorych na paralysis progressiva; liczniej już zebrali się psychiatrzy na odczytach: *Bednarza* Poczytalność zmniejszona a praktyka sądowa i *Bielawskiego* Głos psychiatry w niektórych przypadkach zastosowania przepisów o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznych czynu — w sekcji medycyny sądowej.

Również i organizacyjne połączenie sekcji psychiatrycznej z neurologiczną nie było korzystne dla psychiatrii, temat bowiem główny w tej połączonej sekcji p. t. *O nagminnem zapaleniu mózgu*, opracowany przez czterech referentów, (*Handelsman* referował zaburzenia psychiczne przy tem cierpieniu), tylko częściowo zahaczył o nowe prądy w psychiatrii. Z odczytów dodatkowych na temat powyższy wspomnieć trzeba o odczytach *Adamówny* Stosowanie siarki w stanach następnych po nagm. zap. mózgu, *Demianowskiej* Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w nagm. zap. mózgu i stanach następnych, *Sterlinga* Zaburzenia mowy w parkinsonizmie śpiączkowym, których ściśle psychiatrycznymi nazwać nie można. Tego samego

dnia wreszcie wysłuchaliśmy jeszcze 2 odczyty ściśle psychiatryczne: *Siwińskiego*. Kilka uwag dotyczących się statystyki porażenia postępującego i *Artwińskiego* i *Ostrowskiego* III doniesienie o wynikach leczenia porażenia postępującego. Trzeciego dnia Zjazdu również w połączonej sekcji neurologiczno-psychiatrycznej wygłoszono parę odczytów z pogranicza psychiatrii, a mianowicie *Jaroszyńskiego* Psycho-nerwice w świetle nauki o układzie wegetatywnym i gruczołach dokrewnych, *Higiera* Ból i wzruszenie a układ wegetatywny.

Jedynie w drugim dniu Zjazdu sekcja psychiatryczna pracowała samodzielnie; z wielkiem ożywieniem dyskutowano prawie wyłącznie nad schizofrenją. Zagadnieniu temu były poświęcane odczyty *Bornsztajna* Stanowisko kliniczne schizofrenji, *Bychowskiego* Zespoły schizofreniczne i parafreniczne a odnośne jednostki kliniczne, *Wizła* Postaci niedorozwinięte schizofrenji, *Piotrowskiego* Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów na schizofrenję, *Markusze-wicza* Nowe próby doświadczalne nad leczeniem stanów podniecenia w schizofrenji, *Bielawskiego* Encephalitis lethargica a schizofrenja.

W tym dniu wygłosił nadto *Łapiński* odczyt p. t. Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych oraz *Brunowa* Obarczenie dziedziczne w 2-ch rodzinach.

Wreszcie bardzo ożywiona dyskusja, w której oprócz prelegentów brali udział prof. *Mazurkiewicz*, *Pręgowski*, *Matecki*, *Bednarz*, *Borsuk*, *Higier* i inni zakończyła interesujące obrady nad schizofrenją, dając obraz nowoczesnych poglądów i zapatrywań na tę kwestję w odpowiednim zabarwieniu. Obrady sekcji psychiatrycznej zakończył odczyt *Zagórskiego* O konieczności reorganizacji szpitalnictwa psychiatrycznego w Polsce, który przedstawił ciemny, ale niestety realny obraz szpitalnictwa psychiatrycznego, zwłaszcza w Polsce wschodniej i południowej. Po pracach w sekcji odbyło się *Walne* doroczne zebranie Polskiego Tow. Psychiatrycznego, na którym po sprawozdaniu Zarządu, skarbnika, wydawnictwa „Rocznika Psychiatrycznego” wybrano dotychczasowy Zarząd Główny Tow. w osobach, prof. *Mazurkiewicza* jako prezesa, *Łuniewskiego* — wiceprez., doc. *Radziwiłłowicza* — sekretarza generalnego i *Łapińskiego* — skarbnika, i na zaproszenie przedstawiciela oddz. krakowskiego zdecydowano zwołać VI Zjazd Psych. Polskich na Zielone Świąta 1926 r. w Krakowie z tematami głównymi: 1) Dziedziczność, 2) Współczesne poglądy na schizofrenję, 3) Potrzeby szpitalnictwa psychiatrycznego w Polsce.

I. Handelsman.

SPRAWOZDANIE Z VI POLSKIEGO KONGRESU PRZECIWAŁKOHOLOWEGO

Z inicjatywy szeregu organizacji, które bądź postawiły sobie za cel walkę z alkoholizmem, bądź też sympatyzowały z temi poczynaniami, a pod protektorem ks. Biskupa Dr. Hlonda i p. Wojewody Bilskiego został zwołany do Katowic Kongres przeciwałkoholowy na 25 września 1925 r. W zaproszeniu na ten zjazd znalazły swój wyraz motywy, które zmuszają naród zdrowy i dążący do szerokiego rozwoju do walki z pierwiastkami zwyrodniającymi, wśród których alkohol zajmuje bezsprzecznie pierwsze miejsce. Do tej walki powołane zostały czynniki, które przedewszystkiem powinny w niej wziąć żywy udział, a mianowicie: rząd, instytucje samorządowe, kościół, szkoła, prasa i organizacje społeczne.

Zaproszenie to zostało podpisane przez: przedstawicieli Polskiej Ligi przeciwałkoholowej, Związek katolików abstynentów „Wyzwolenie”, polski związek księży abstynentów, Filarecki związek Elsów, Związek nauczycieli abstynentów, studentów abstynentów w Krakowie i Poznaniu, Związek Harcerstwa Polskiego, Śląski komitet wykonawczy, komitet kongresowy w Warszawie, komitet centralny w Poznaniu.

Słaby naogół udział w odczytach, posiedzeniach sekcyjnych i pracach Kongresu dowodzi naogół niezrozumienia potrzeby wyteżonej pracy w tym kierunku. Być może zresztą, że czasy powojenne nie zdążyły wychować dostatecznej ilości ludzi w idei walki z alkoholizmem, być może też, że ciężkie czasy powojenne odwracają umysły do innych, chociaż mniej naglących spraw.

Dopiero trzeciego dnia dała się zauważyć większa frekwencja na posiedzeniach Kongresu. Rażący był brak zainteresowania dla sprawy ze strony świata lekarskiego, którego przedstawiciele zjawili się na Kongres w znikomej ilości.

Obrady zostały poprzedzone przez uroczystą mszę, i przez uczczenie pamięci poległych w walce o polskość Górnego Śląska przy pomniku powstańców, na którym złożono wieniec.

Obrady zagał Dr. Gantkowski, profesor higieny w Uniwersytecie w Poznaniu, wyrażając radość, iż jest to pierwszy kongres przeciwałko-

holowy na przyłączonym do Macierzy G. Ślązku, oraz podnosząc społeczne znaczenie Kongresu.

Do prezydjum wybrano: prof. Gantkowskiego, jako przewodniczącego, panią Restorową z Warszawy, dr. Skalskiego z Łodzi, ks. Czempela z Katowic.

Po mowach powitalnych: wojewody Bilskiego, doc. D-ra Radziwiłłowicza i przedstawicieli licznych organizacji i instytucji, prof. Strumiłło z Lublina wygłosił wstępny odczyt p. t. „Alkoholizm a młodzież”, w którym, głęboko ujmując zagadnienie wychowania młodzieży, omawiał rolę harcerstwa w walce z alkoholizmem.

W drugim dniu odbyło się zebranie lekarzy. Przewodniczący sekcji lekarskiej prof. dr. Radziwiłłowicz na wstępie wyraził przekonanie, że wszelka propaganda przeciwalkoholowa będzie wtedy tylko skuteczna, jeżeli będzie stwierdzona osobistym przykładem i proponował założenie związku lekarzy abstynentów. Zdaniem dr. Radziwiłłowicza lekarze biorą zbyt mały udział w piśmiennictwie przeciwalkoholowym.

W odczycie na temat „alkoholizm a zwyrodnienie rasy” prof. Dr. Wodiczko z Poznania zaznajomił zebranych z badaniami nad dziedzicznością alkoholizmu profesora amerykańskiego Stockard’a, który przeprowadzając doswiadczenia na szczurach, zatrutowanych alkoholem, aż do 4 pokolenia, stwierdził wpływ zwyrodniający alkoholu, bardzo wybitny pod względem psychicznym i somatycznym.

O sposobie leczenia alkoholików mówił prof. dr. Gantkowski, który wykazał konieczność leczenia w zakładzie zamkniętym, przyczem niezbędnym warunkiem skutecznego leczenia jest zupełna abstynencja zarówno ze strony lekarzy, jak i służby pielęgniarzkiej, nie mówiąc już o niedopuszczalności podawania alkoholu chorym. W razie bezsenności wolno stosować środki nasenne.

Dr. Rzeczycka przedstawiła dwie opracowane przez nią tablice, ilustrując procentowy wzrost alkoholizmu wśród kobiet i mężczyzn w klinice Psychjatrycznej Uniw. Warsz. i ilość psychoz alkoholowych od 1920 do 1925. r. Odnośne cyfry, stale wzrastające, wynoszą: w roku 1920: psychoz alkoholicznych u kobiet 0,0% u mężczyzn 2,08%; w roku 1925 u kobiet 5,04% u mężczyzn 27,48%.

Na plenarnem posiedzeniu prof. Gantkowski wygłosił odczyt p. t. „Zadanie społeczeństwa w walce z alkoholizmem”, a na wieczornem posiedzeniu Dr. Hercod, generalny dyrektor międzynarodowego biura walki z alkoholizmem, zaznajomił licznie zebraną publiczność o wynikach dodatnich stosowania prohibicji w Ameryce.

W przeciwieństwie do poprzednich zebrań trzecie plenarne posiedzenie odbyło się przy natłoczonej sali.

Przemówienie p. Szymańskiego z Warszawy „o zadaniu państwa w walce z alkoholizmem” było nagrodzone rzesistemi oklaskami. Na wyróżnienie zasługuje referat p. Dedjowej z Poznania, która trafnie i głęboko ujęła rolę kobiety w tępieniu alkoholizmu, jako rolę stworzenia jasnej, promiennej atmosfery domowej. Przemówienie to wywarło wielkie wrażenie na zebranych.

Z uchwał Zjazdu przytoczę: zwrócić się do Min. Spraw Wewn. o istotne i ściśle wykonywanie ustawy przeciwalkoholowej; do Minist. Oświaty o wprowadzenie w szkołach wszystkich typów obowiązkowego nauczania o szkodliwości alkoholu, oraz o wprowadzenie katedr alkoholologii w uniwersytetach. Zwrócić się do wszystkich księży biskupów z prośbą o przeznaczenie w każdej diecezji jednego księdza do prowadzenia specjalnej propagandy przeciw pijaństwu.

Oprócz plenarnych posiedzeń podczas Kongresu odbył się szereg posiedzeń poszczególnych sekcji z prelekcjami i dyskusją, oraz kilkanaście popularnych odczytów dla niewiast, kolejarzy, policji, żołnierzy i. t. p.

Z referatów sekcyjnych odznaczyły się referaty dr. Roszkowskiego z Warszawy, d-ra Kuropatwińskiego „O ustawie przeciwalkoholowej”, ks. dr. Ciemnieńskiego ze Lwowa, p. Czajkowskiego z Warszawy, prof. Seeliba ze Starogardu.

W ciągu prac Kongresu codziennie grano w miejscowym teatrze propagandowy dramat Zenona Parvi'ego „Knajpa”, świetnie wyreżyserowany i odegrany.

Wystawa przeciwalkoholowa, trwająca 7 dni, niezbyt szczęśliwie została zorganizowana. Uderzał brak danych statystycznych z Polski przy stosunkowej obfitości danych z zagranicy, chociaż nieco przestarzałych. Na wyróżnienie za przejrzystość materiału zasługują dane z Minist. Zdrowia. Naogół wystawa przedstawiała się skromnie i dzięki temu można wątpić, czy spełniła swoje zadanie. Wracając z Kongresu odniosłam wrażenie, że chociaż w dziedzinie walki z alkoholizmem jest mało konkretnych zdobyczy i trudności do zwyciężenia są wielkie, wymagające usilnej pracy, to jednak zrozumienie konieczności tej akcji budzi się coraz szerzej.

Dr. Rzeczycka.

KRONIKA PSYCHJATRYCZNA.

— Ciężkie jest finansowe i gospodarcze położenie Rzeczypospolitej, i trudno jest obecnie wymagać od rządu i samorządów, aby w takiej chwili łożyły większe sumy na budowę kilku zakładów psychiatrycznych, nagląco potrzebnych dla województw wschodnich i małopolskich, a także dla Warszawy. Zdawałoby się jednak, że rozum państwowy, polegający na przewidywaniu i zapobieganiu wczas takiemu położeniu, które już dla każdego jest wyraźnie katastrofalne, powinien nakazywać wyzyskanie tego okresu zastoju ogólnego dla mnóstwa prac przygotowawczych, nie wymagających żadnych albo prawie żadnych kosztów, a mających na celu programowe zadośćuczynienie w przyszłości najpilniejszym potrzebom w zakresie państwowej opieki nad psychicznie chorymi, racjonalną jej organizację, wreszcie szczegółowe opracowanie — wymagające przecież dłuższego czasu — planów budowlanych tych zakładów psychiatrycznych, których budowę Rząd uzna według programu za najpilniejszą.

Kronika nie jest właściwem miejscem dla szczegółowego omawiania tego stanu, który zresztą cyfrowo i rzeczowo przedstawiony jest w ogólnych zarysach, ale bardzo sumiennie w pracy Kol. Zagórskiego, umieszczonej w tym właśnie zeszycie naszego „Rocznika”. Z pracy tej wynika, że zbyteczne jest już wszelkie „przewidywanie” w przyszłości stanu katastrofalnego; to, co dzisiaj daje się stwierdzić w cyfrach, zasługuje już w zupełności na miano katastrofy, nawet ze strony ludzi, którzy są przyzwyczajeni nie nadużywać tego wyrazu i spokojnie oceniać złe położenie. Bo czyż można sobie wyobrazić, aby w któremkolwiek z państw cywilizowanych na zachodzie zupełnie bezczynnie przypatrywano się takiej sytuacji, w której zakłady psychiatryczne są przepełnione blisko o 100%, albo w której te zakłady nie przyjmują z powodu braku miejsca nawet chorych uleczalnych albo kryminalnych, jak to się dzieje i w stolicy Państwa! a wreszcie takiej sytuacji, w której całe wielkie połacie kraju, składające się z kilku województw o wielomilionowej ludności — nie mają wogóle żadnego zakładu psychiatrycznego! A równocześnie, przy takim stanie rzeczy, mamy w Polsce wielki, nowoczesnie urządzony zakład psychiatryczny w Wejherowie, który zamknięto — naprawdę zamknięto! — z powodu *braku chorych*, i zakład na 1.000 łóżek psychiatrycznych w Kościanie, z których jest zajętych zaledwie 100 również z powodu *braku chorych*! — Proste zestawienie tych faktów, tak wymowne i tak smutne dla naszej gospodarki, nie daje się już wytłumaczyć znanym zwrotem o pustce w skarbie Państwa; przyczyn zjawiska należy szukać gdzieś indziej.

Należy spytać, czy o tak niesamowitym stanie rzeczy wie cośkolwiek Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, która z natury rzeczy powinna być stałą strażniczką i opiekunką losów kilkudziesięciu tysięcy psychicznie chorych w Polsce? Niepojęta a kompletna bezczynność Generalnej Dyrekcji na tem polu sprawia wrażenie, jakgdyby jej ten wielki dział medycyny wogóle wcale nie interesował, jakgdyby Dyrekcja uważała, że na tem polu niema obecnie nic do zrobienia, że wszystko tak właśnie być powinno. Nie ulega wątpliwości, że tak rozpaczliwy stan rzeczy wynika z zupełnego podporządkowania spraw psychiatrycznych w Ministerstwie innym sprawom lekarskim, a więc podporządkowania ich ludziom, którzy o opiece nad psychicznie chorymi nie mają i nie mogą mieć należytego pojęcia. Wracamy więc zawsze do tego, o cośmy od początku istnienia „Rocznika” walczyli: do konieczności stworzenia w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pod jakąkolwiek postacią samodzielnego urzędu psychiatrycznego, którego się również domagały uporczywie i konsekwentnie, ale niestety zawsze jak dotąd bezskutecznie, uchwały wszystkich Zjazdów Psychiatrów Polskich.

Jeżeli w ciągu ostatnich lat nie tylko nie zrobiono żadnego kroku naprzód w kierunku polepszenia sytuacji, ale, co gorsze, wprost zaprzepaszczone i wydarto z poprzedniego stanu posiadania psychiatrycznego na ziemiach polskich około 2.000 łóżek, to jest to wręcz karygodna beztroska, dowodząca w sposób aż nazbyt jaskrawy, do jakiego bezładu dojść mogą te sprawy, jeśli nie mają racjonalnie zorganizowanej opieki w Rządzie.

J. Mazurkiewicz.

WSPOMNIENIA POZGONNE.

B. p. Dr. med. Leon Goldsobel.

Nestor psychiatrów polskich, Weteran 1861 r.

Urodzony w dniu 14 lutego 1837 roku z ojca, nauczyciela języka polskiego w warszawskiej szkole rabinów, żył przeszło 88 lat, a z tego czasu 41 lat był ordynatorem oddziału dla umysłowo chorych w szpitalu starozakonnych w Warszawie.

Jasny umysł, wielostronnie uzdolniony, sumienny i bezinteresowny pracownik, gorący patriota, człowiek zawsze mężnie i pogodnie znoszący ciężkie przeciwności losu, może być istotnie stawiany za wzór młodzieńczemu pokoleniu.

Leon Goldsobel, po wyjściu ze szkoły średniej, wstąpił do szkoły felcerskiej i po wybuchu wojny krymskiej pracował przez pewien czas jako felczer. Wkrótce jednak porzucił ten zawód i chlubnie ukończył szkołę weterynaryjną, poczem jednak zapisał się do warszawskiej akademii medyko-chirurgicznej. Rok 1861 odrywa Go od zajęć medycznych, i przerzuca do bardzo czynnego udziału w ruchu powstańczym; młody medyk uświadamia lud, kolportuje zakazane pisma, tworzy trójki i dziesiątki, werbuje partyzantów, organizuje dla nich pomoc lekarską, demaskuje szpiegów rosyjskich, — a wreszcie w tym samym roku zostaje aresztowany, osadzony w osławionym X pawilonie cytadeli warszawskiej, i skazany na deportację do orenburskich batalionów dyscyplinarnych, złagodzoną dzięki zabiegom kolegi szkolnego, Jana Blocha, znanego ekonomisty, na więzienie forteczne.

Ordynaturę oddziału dla umysłowo chorych w szpitalu starozakonnych objął Goldsobel w roku 1866; jako dobry internista miał równocześnie rozległą praktykę. Przez szereg lat wykladał także patologję ogólną i fizjologję w instytutcie weterynaryjnym w Warszawie. Wszechstronny jego umysł nie zadawał się wybraną specjalnością, ani wykładami przyrodniczemi; z umiłowaniem oddawał się studjom literatury hebrajskiej i polskiej, umiał na pamięć cytować całe ustępy z klasyków polskich.

Podczas wojny światowej stracił dwóch synów, rokujących najlepsze nadzieje — chemika i lekarza. Nie stracił jednak do ostatnich chwil życia tej równowagi i pogody ducha, które zawsze cechowały tego dzielnego i niepospolitego Człowieka. — Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Dr. Władysław Kohlberger.

Był po b. p. Dr. Leonie Goldsoblub najstarszym z psychiatrów polskich. Urodzony w 1856 roku w Przemyślanach w Małopolsce Wschodniej, wykazywał wybitne zdolności w gimnazjum, które ukończył celująco. Po ukończeniu medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, oddawał się pracy teoretycznej nad chemią lekarską i fizjologią przez kilka lat. Trudne warunki materialne zmusiły Go jednak do zarzucenia pracy naukowej. Postanowił poświęcić się psychiatrii i objął stanowisko asystenta oddziału dla chorych umysłowych w szpitalu św. Łazarza w Łwowie, zaś w roku 1889 krajowego zakładu w Kulparkowie, w którym przechodził kolejno wszelkie stanowiska lekarskie i którym kierował od 1901 do 1924 roku. W ciągu pierwszych kilku lat pobytu w Kulparkowie drukował sprawozdania ze swego oddziału i odczyty z zakresu psychopatologii.

Jako dyrektor zakładu wykazywał dużą inicjatywę i pomimo wielkich trudności ze strony owoczesnego Wydziału Krajowego doprowadził do postawienia 7 nowych pawilonów, stojących o wiele wyżej od starego gmachu koszarowego. Z całą otwartością lekarską podkreślał sam wszelkie braki zakładu Kulparkowskiego, i współpracował sumiennie nad postawieniem drugiego zakładu krajowego na wyższym poziomie.

Ciężkie chwile przechodził podczas inwazji rosyjskiej i podczas wojny ukraińskiej, kiedy zakład przez szereg miesięcy leżał pomiędzy liniami bojowymi, a także w związku z trudnościami finansowymi i wprost niedopuszczalnym spełnieniem zakładu, któremu poświęcił połowę swego życia.

Zawsze dbał o dobro chorych, koleżeński dla lekarzy—współpracowników, nie stracił swej wrodzonej ruchliwości do ostatnich lat, był przewodniczącym lwowskiego oddziału Towarzystwa Psychiatrycznego i wiceprezesem lwowskiej Izby Lekarskiej. — Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Dr. med. Wacław Janowski.

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

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

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

Pomimo słabego zdrowia i ułomności fizycznej, zmarły odznaczał się jako lekarz gorliwością, sumiennością i obowiązkowością, brał czynny udział w posiedzeniach naukowych sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warszawskiego Towa-

rzystwa Lekarskiego, w której pełnił przez jakiś czas funkcje sekretarza, w posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w posiedzeniach konferencji lekarzy Szpitala w Tworkach, oraz w Polskich zjazdach psychiatrycznych.

Obdarzony bardzo łagodnem usposobieniem, odznaczał się niezwykłą dobrocią, subtelnością i tkliwością, zmarły zaskarbił sobie wielką sympatię licznej rzeszy pacjentów i współtowarzyszów pracy.

W kołach lekarskich ś. p. Dr. W. Janowski pozostawia po sobie pamięć wysoce etycznego, serdecznego i uczynnego kolegi. Cześć Jego pamięci.

POLSKA BIBLIOGRAFJA PSYCHJATRYCZNA.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna t. IV. 1925.

1. E. Herman i W. Halberówna. Badania nad obecnością izoaglutynin i opadaniem krwinek w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Polska Gazeta Lekarska — 1925 r.

1. Artwiński, Ostrowski. O leczeniu porażenia postępującego oraz innych postaci kły układu nerwowego zimnicą.
2. Falkiewicz, Rothfeld. Czynności przymusowe w nagminnem zapaleniu opon mózgowych.
3. Frenkiel, Leyberg. Dołędźwiowe wlewania salwarsanu.
4. Higier. Z nowszych poglądów na padaczkę samoistną, jej równoważniki i pogranicza.
5. Morawski. Konstytucja i dziedziczność.
6. Higier. Z przebiegu podwrotnikowej cz. złośliwej zimnicy mózgowej.
7. Redlich. Niezborność mózdkowa i ślepotą duszy po urazie u 21 miesięcznego dziecka.
8. Jaroszyński. Psychoterapia emocjonalna.

Zdrowie 1925.

1. W Chodźko. Walka o opium.

Opieka nad dzieckiem 1925 r.

1. K. Bekmanówna. Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży.
2. W. Jarecki. Opieka nad dzieckiem głuchem w Polsce.
3. A. Klęsk. Jak obchodzą się w domu z dzieckiem upośledzonym.
4. A. Klęsk. Zapobieganie samobójstwu dzieci.
5. W. Miklaszewski. Obarczenie.
6. A. Mogilnicki. Szkoły specjalne dla dzieci szczególnie zdolnych.
7. B. Miklaszewski. Alkoholizm wśród dzieci szkół powszechnych w Łodzi.
8. M. Miklaszewski. Dzieci występne.
9. M. Miklaszewski. Badania nad małoletnimi przestępcami w Polsce.
10. Zylberlast-Zandowa. Dziecko nerwowe.

Archiwum Higieny, t. I, 1925 r.

1. P. Gantkowski. O leczeniu alkoholików i t. d.
2. S. Brokowski. Alkoholizm wśród dziatwy szkół powszechnych w Wilnie.

Lekarz Polski — 1925 r.

1. St. Czerwiński. Kilka uwag dotyczących badania poczytalności Nr. 2.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1925 r.

1. Z. Bychowski. Rokowanie i leczenie padaczki.
2. H. Higier. Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej.
3. E. Herman. O krwotokach podpajęczynówkowych.
4. W. Matecki. Analiza psychologiczna w dwóch przypadkach schizofrenji.
5. G. Bychowski. Momenty psychoanalityczne w psychozach.

6. Z. Jelenkiewicz. Przyczynek doświadczalny do sposobu powstawania padaczki.
7. R. Markuszewicz. Niezwykły przypadek porażenia postępującego, leczony zimnicą.

Nowiny Lekarskie 1925 r.

1. Łapiński. Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych.

Gazeta Administracji i Policji Państwowej 1925 r.

1. Czerwiński. Kilka uwag, dotyczących badania poczytalności.
2. H. Suchorzewski. Badania poziomu umysłowego nieletnich przestępców.
3. M. Grzywo-Dąbrowska. Psychologia prostytutek.
4. W. Grzywo-Dąbrowski. Przestępne figle bliźniaczek (przypadek z praktyki).

Kwartalnik kliniczny szpitala Starozakonnych, 1925, t. III.

1. R. Markuszewicz. O różniczkowym rozpoznaniu osłupienia katatonicznego i histerycznego.
2. W. Matecki. Oświetlenie psychoanalityczne przypadku parafrenji.

Nowiny Psychjatryczne 1925 r. Kwartal I. Pamiętnik XXX-cia „Dziekanki”.

1. A. Piotrowski. Opis zakładu „Dziekanka”.
2. R. Radziwiłłowicz. Usiłowanie.
3. A. Piotrowski. Trzy przypadki napadowej zwrotnej nieruchomości źrenic po ciężkim urazie głowy.
4. O. Bielawski. Zespół objawów prążkowo-wzgórkowy.

Kwartal II.

1. M. Grzywo-Dąbrowska. Prof. dr. A. Mikulski (wspomnienia pozgonne).
2. M. Jankowska. Refleksje (wspomnienia pozgonne o A. Mikulskim).
3. Charcot. Wzmianka z okazji 100-lecia urodzin.
4. M. Semionkin. O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego.
5. Prof. R. Amaldi. Alkoholizm, a choroby psychiczne we Włoszech.
6. Doc. M. Buscaino. Badania nad patogenezą zespołów extrapiramidalnych, amencji i otępienia wczesnego.
7. Dr. G. Bonasera. Gruźlica a zachorzenia psychiczne.

Kwartal III.

1. Radziwiłłowicz. Alkoholizm i walka z nim w Polsce.
2. A. Piotrowski. Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji.
3. A. Piotrowski. Paragraf 53,3, n. u. k.
4. O. Bielawski. Głos psychjatri w niektórych przypadkach zastosowania przepisu o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznej czynu, Z zakładów psychjatrycznych w Polsce.

Kwartal IV.

1. R. Radziwiłłowicz. VI y Kongres przeciwalkoholowy w Katowicach.
2. A. Piotrowski. Spostrzeżenia psychjatryczne zagranicą.
3. O. Bielawski. Schizofrenia.
4. K. Mikulski. Przypadek syringomyelji po nieszczęśliwym wypadku przy pracy.
5. T. Berezowski. Próby leczenia niektórych procesów extrapiramidalnych przez stosowanie As-Hg+J.

Les résumés.

K. Mikulski. Un cas d'accès des cris et les troubles de la volonté au cours de l'encéphalite épidémique.

S'est déclaré deux ans après le commencement de la maladie, dans la 3^{ème} année de la maladie apparaissait tous les 7 ou 8 jours et dans la 4^{me} année toutes les 4 nuits. Cet accès dure quelques heures, parfois jusqu'à 20 heures, occasionne la luxation de la mâchoire douloureuse et répétée. Ce cri n'a aucun accent émotif, il porte le caractère comme d'une contrainte. En outre les pensées contraintes (hallucinations auditives?) et les hallucinations visuelles. Enfin l'auteur commente la littérature et les troubles de la volonté—secondaires! — qui apparaissent dans l'encéphalite épidémique.

R. Radziwiłłowicz. Le déterminisme et l'indéterminisme.

Les problèmes, nommés dans le titre, appartiennent non seulement au domaine épistémologique ou philosophique mais aussi à la psychologie, donc ils intéressent aussi les psychiatres. L'examen critique de ces deux conceptions permet à l'auteur de conclure, qu'il n'existe ni le déterminisme absolu (qui trouve une certaine limitation dans le domaine des phénomènes psychiques), ni l'indéterminisme absolu dans le sens de la „volonté libre”. Il n'existe non plus aucun contraste biologique entre ces deux conceptions, car étant toutes les deux une forme de la sélection, naturelle dans le premier cas et subjective dans le second, toutes les deux se complètent mutuellement, comme les facteurs indispensables de l'évolution. Dans les phases initiales de l'évolution ontho-et philogénétique c'est le déterminisme qui prédomine et dans les phases ultérieures il est limité de plus en plus par l'indéterminisme. A ce point de vue l'auteur

rejette tant le monisme, que le dualisme, lesquels tous les deux considèrent le monde comme une création achevée et immuable. Donc celui qui admet le principe de l'évolution doit plutôt dans sa conception biologique conclure au pluralisme.

R. Zagórski. Sur la nécessité de la réorganisation des hôpitaux psychiatriques en Pologne.

L'auteur présente à l'aide des chiffres l'insuffisance notable des lits psychiatriques en Pologne; il en résulte la nécessité: 1) de convoquer une commission psychiatrique, qui envisagerait la question de l'assistance de l'état aux aliénés et se prononcerait sur le mode de sa réorganisation et extension; 2) de créer un office central psychiatrique auprès de la direction générale du service de la santé; cet office aurait pour but de veiller sur l'aboutissement de cette réorganisation et extension.

I. Bednarz. Aliéné accusé et instruction criminelle.

L'auteur qui dirige la section criminelle à l'hôpital psychiatrique „Tworzi” aux environs de Varsovie, démontre une lacune dans l'instruction criminelle encore en vigueur dans les limites de l'ancienne Pologne russe (code criminel de 1903). Notamment, l'individu suspect de crime et reconnu comme aliéné au cours de l'instruction préalable est privé de la possibilité d'établir son innocence, car son affaire ne parvient pas au débat principal devant le tribunal. Cette lacune législative peut dans certains cas causer un tort à l'aliéné injustement accusé et en même temps faciliter la fuite aux vrais coupables, c'est pourquoi cette lacune doit être absolument comblée d'un règlement spécial.

Fr. Wichert. Le syndrome de Parkinson dans la paralysie générale.

Une description de trois cas de paralysie générale, qui se caractérisent — outre les symptômes-types de cette maladie — par un syndrome extrapyramidal (position caractéristique de la tête et du tronc, raideur des muscles, myoclonies, tremblements etc.), qui n'appartient pas à la symptomatologie ordinaire de P. G. Ce syndrome était stable. Pas de symptômes pyramidaux. L'état psychique des malades présente une démence globale, mais sans délire de grandeur, sans excitation, sans symptômes expansifs. Parmi les 39

paralytiques généraux l'auteur a trouvé chez 10 les différents symptômes extrapyramidaux. Il constate donc, que la lésion des noyaux extrapyramidaux, causée par le processus paralitique n'est pas rare, et propose de grouper les cas avec le syndrome extrapyramidal prononcé sous le nom de „paralysie générale parkinsonoïde”.

M-me M. Brun. Les tares héréditaires de trois familles.

L'auteur commente les tableaux généalogiques de 3 familles frappées de la prédisposition pour les affections mentales. Il s'agissait de définir non seulement des psychoses mais aussi la constitution psychique. Les conclusions essentielles sont les suivantes: 1) L'hérédité des affections psychiques en général. 2) L'hérédité directe de la syntonie, ce qui correspond à la règle de l'hérédité à marche dominante. 3) L'hérédité directe de la schizophrénie dans les 4 générations de la I famille et dans les 2 générations de la III ème parle en faveur du mode dominant de l'hérédité schizophrénique, lequel, comme on le voit, arrive de même, comme dans les autres cas arrive le mode recessif. 4) L'influence indubitable de l'hérédité double dans la plupart des cas de la schizophrénie. 5) L'apparition des tableaux caractérisés par la double constitution psychique et des tableaux mixtes dans lesquels la psychose maniaque—depressive se combine avec la schizophrénie. On ne peut expliquer l'apparition de ces tableaux mixtes que par la combinaison de deux facteurs héréditaires prédisposants — syntonique et schizophrénique. Ce fait se confirme par la constatation du caractère syntonique de la prédisposition héréditaire chez un des parents et du caractère schizoidal chez son conjoint.

G. Bychowski. Les syndromes schizophréniques et paraphréniques en corrélation avec certaines unités cliniques.

Description de ces syndromes, observés: au cours d'une tumeur de l'hypophyse (constatée à l'autopsie), d'un eunuchoïdisme, de l'épilepsie, de la syphilis encéphalitique, après une infection typhoïdale, au cours d'une pleurite purulente, et enfin au cours du paludisme. On rencontre souvent les symptômes schizophréniques d'une provenance exogène diverse, à côté de la schizophrénie endogène, dûe soit à la labilité constitutionnelle du métabolisme, soit à la surexcitabilité

innée des certains systèmes psychocérébraux. La revue de la littérature du sujet et l'analyse des cas, décrits par l'auteur, le conduit à la conclusion, que nous n'avons plus le droit de considérer, que chaque processus schizophrénique exogène n'est qu'une affection endogène, provoquée par des facteurs exogènes, ni d'autre part, qu'il n'y a que des psychoses schizophréniques d'un caractère symptomatique. Les schizophrénies idiopathiques diffèrent notablement de schizophrénies symptomatiques par le groupement de leurs symptômes et par leur intensité, mais cette différence n'est pas essentielle. En outre, l'auteur émet l'opinion, qu'il faut admettre, dans les cas de labilité constitutionnelle du métabolisme ou de surexcitabilité des certains systèmes psychocérébraux, la possibilité de la réaction psychogène, passagère ou stable, qui revêt la forme d'une réaction schizophrénique. Au contraire, il paraît que les facteurs exogènes n'influencent pas d'une façon notable la schizophrénie idiopathique progressive.

J. Mazurkiewicz. La syntonie et la schizoïdie.

L'opinion de *Bleuler*, qui développe l'idée de *Kretschmer* et considère la syntonie et la schizoïdie, comme ayant un rôle biologique, est d'après l'auteur bien admissible, à la condition d'envisager le problème du côté anatomo-physiologique. La syntonie physiologique dans sa forme la plus pure, sans aucun mélange des facteurs schizoïdaux, ne se rencontre que chez les enfants, dont le mécanisme cérébral ne fonctionne pas encore; donc la syntonie révèle le fonctionnement d'un mécanisme psychoorganique, inné, sous-cérébral, que nous nommons l'appareil neuro-glandulaire, dont l'affection pathologique est connue—en outre—sous la forme clinique de manie et de mélancolie. Les caractères essentiels de la schizoïdie, décrits par *Bleuler* (l'indépendance envers les influences extérieures affectives, la force de refréner l'affectivité primitive et la réaction immédiate, au lieu de laquelle entre en scène dans un moment approprié l'activité réfléchie et conséquente), c'est tout simplement le trait caractéristique du fonctionnement d'un appareil mnésique, d'un appareil psychocérébral. Or, la schizoïdie physiologique, c'est le composant psychocérébral affectif, mnésique, de notre vie psychique, et son trouble abiotrophique, qui peut être provoqué par différents facteurs pathogéniques et physiologiques chez les prédisposés, conduit au groupe des schizophrénies. D'après l'auteur, il n'y a pas

d'autre moyen d'expliquer le rôle biologique de la syntonie et de la schizoïdie, dont l'existence semble alors parfaitement justifiée. Partant de ce point de vue, il faut bien corriger la définition de l'„autisme” et de quelques opinions de *Bleuler*, transmises trop promptement du domaine de la pathologie dans celui de la psychophysiologie.

SPIS RZECZY, ZAWARTYCH W III ZESZYCIE.

	Str.
1. Św. p. Prof. Dr. Antoni Mikulski	1
2. W. Sterling. — „Psychologia”, ś. p. Prof. D-ra A. Mikulskiego	5
3. K. Mikulski. — Przypadek napadowego krzyku i zaburzenia woli w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu	11
4. R. Radziwiłłowicz. — Determinizm i indeterminizm	19
5. R. Zagórski. — O konieczności reorganizacji szpitalnictwa psy- chiatrycznego	33
6. Fr. Wichert. — Zespół parkinsonowski w porażeniu postępującem	41
7. J. Bednarz. — Umysłowo chory, podejrzany o przestępstwo a usta- wa postępowania karnego	55
8. M. Brunowa. — Obarczenie dziedziczne trzech rodzin	65
9. G. Bychowski. — Zespoły schizofreniczne i parafreniczne ze- wnątrzpochodne	77
10. J. Mazurkiewicz. — Syntonja i schizoid	111
11. Sprawozdania ze Zjazdów	137
12. Kronika Psychiatryczna	142
13. Nekrologi	144
14. Bibliografia	147

TABLE DES MATIERES.

1. K. Mikulski. — Un cas d'accès des cris et les troubles de la vo- lonté au cours de l'encéphalite épidémique	149
2. R. Radziwiłłowicz. — Le déterminisme et l'indéterminisme	149
3. R. Zagórski. — Sur la nécessité de la réorganisation des hôpi- taux psychiatriques en Pologne	150
4. J. Bednarz. — Aliéné accusé et instruction criminelle	150
5. Fr. Wichert. — Le syndrome de Parkinson dans la paralysie gé- nérale	150
6. M-me M. Brun. — Les tares héréditaires de trois familles	151
7. G. Bychowski. — Les syndromes schizophréniques et paraphré- niques en corrélation avec certaines unités cliniques	151
8. J. Mazurkiewicz. — La syntonie et la schizoïdie	152

