

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

Założony
przez
PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XIV/XV

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI, dyr. WITOLD ŁUNIEWSKI,
prof. JAN MAZURKIEWICZ, prof. MAKSYMILJAN ROSE,
WŁADYSŁAW STERLING.

REDAKTOR:
płk. J A N N E L K E N

WYDAWCA:
J Ó Z E F H A N D E L S M A N

CZŁONKOWIE KOMITETU WYDAWNICZEGO:

Doc. Artwiński (Kraków), dyr. Bednarz (Grudziądz), dyr. Bielawski (Kościan), Bornsztajn (Warszawa), prof. Borowiecki (Poznań), dyr. Cyran (Lubliniec), doc. Falkowski (Kochanówka), dyr. Fuhman (Chełm/Lubelski), dyr. Górny (Owińska), dyr. Kryzan (Kocborowo), dyr. Łapiński (Warszawa), Steffen (Tworki), dyr. Szymański (Warta), doc. Wichert (Warszawa), dyr. Wiendlocha (Rybniki).

1931.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6. m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Konwiktorska 7. Konfo czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego podwójnego zeszytu 18 złotych.

Zeszyt niniejszy, podwójny, I-y z roku 1931, ukazał się dnia 15 marca 1931 r.

„MARJÓWKA” PENSJONAT KURACYJNY

(WARSZAWA-MOKOTÓW, DOLNA 17. TEL. 222-40)

Przyjmuje nerwowych i psychicznie chorych.

Najnowsze metody lecznicze Leczenie
malaryjne, Radjo.

Dyrektor: Dr. Ant. Iwanowski, b. ordynator szpit. w Kulparkowie.

WRZESIN — PRYWATNY ZAKŁAD LECZNICZY DLA CHORYCH PSYCHICZNIE

D-ra E. STEFFENA i S-ki

w Pruszkowie pod Warszawą

ul. Pęcicka. dom własny, tel. podm. Pruszków 46.

Dojazd koleją lub kolejką elektryczną (E. K. D.).

Zakład mieści się w budynku specjalnym budowanym, oświetlonym elektrycznie z wszelkimi wygodami, w ogrodzie 2 morgowym, dobrze zadrzewionym

Kierownik zakładu: Dr. EDWARD STEFFEN.

SEN FIZJOLOGICZNY bez opjum
i środków odurzających, bez obja-
wów posennych i nawyknienia za
pomocą

DIALU „CIBA“

Bezszenność nerwowa
u zmęczonych
u nerwowo chorych

Rozdrażnienie
obłąkanych
rannych
morfinistów

W wypadkach ciężkich i o zdrażnień
i dla spowodowania dłuższego uspie-
nia u obłąkanych

AMPUŁKI DIALU

Bezszenność zależna od bólów

DIDIAL „CIBA“

pobudzenie psychiczne, zaburzenia
użazowe, bóle, uspokojanie przed
znieczuleniem.

KOŁACZYKI

Próby i literatura na żądanie.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne
Przemysłu Chemicznego.

Voir les résumés français à la fin du numéro.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

Założony

przez

PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XIV i XV

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI, dyr. WITOLD ŁUNIEWSKI,
prof. JAN MAZURKIEWICZ, prof. MAKSYMILJAN ROSE,
WŁADYSŁAW STERLING.

REDAKTOR:

plk. J A N N E L K E N

WYDAWCA:

J Ó Z E F H A N D E L S M A N

CZŁONKOWIE KOMITETU WYDAWNICZEGO:

Doc. Artwiński (Kraków), dyr. Bednarz (Grudziądz), dyr. Bielawski (Kościan), Bornsztajn (Warszawa), prof. Borowiecki (Poznań), dyr. Cyran (Lubliniec), doc. Falkowski (Kochanówka), dyr. Fuhman (Chełm/Lubelski), dyr. Górny (Owińska), dyr. Kryzan (Kocborowo), dyr. Łapiński (Warszawa), Steffen (Tworki), dyr. Szymański (Warta), doc. Wichert (Warszawa), dyr. Wiendlocha (Rybniki).

29
1931.

Biblioteka Jagiellońska



1002212153

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6. m. 1.

Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Konwiktorska 7. Konfo czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego podwójnego zeszytu 18 złotych.

Zeszyt niniejszy, podwójny, I-y z roku 1931, ukazał się dnia 15 marca 1931 r.



102585

11 14/16 (1931)

MONOGRAFJE PSYCHJATRYCZNE.

- Nr. 1. *Jan Mazurkiewicz*, prof. U. W. Zarys fizjologiczny teorji uczuć część I. 1930. Cena z^ł. 4.60
- Nr. 2. *Jan Mazurkiewicz*, prof. U. W. Zarys fizjologiczny teorji uczuć część II. 1930. Cena z^ł. 4.—
- Nr. 3. *Jan Nelken*, płk. lek. Kokainizm i homoseksualizm 1931. Cena z^ł. 3.60

Wyd. „Rocznika Psychjatrycznego“, Organu Pol. Tow. Psychjatrycznego
Do nabycia we wszystkich księgarniach

Skład Główny: Dom Książki Polskiej, Warszawa, Plac 3-ch Krzyży 8.

AKC. ... 1356 1931

Z BADAŃ NAD STANAMI OSŁUPIENIA SCHIZOFRENICZNEGO.

Podał

DR. GUSTAW BYCHOWSKI. (Warszawa).

Stany osłupienia należą do najbardziej zagadkowych epizodów w przebiegu cierpienia, którego istota sama przez się daleka jest jeszcze od naszego zrozumienia. W pracy niniejszej omawiać będą wyłącznie osłupienie schizofreniczne, które postaram się oświetlić z punktu widzenia klinicznego, uwzględniając w równej mierze jego stronę somatyczną jak i psychiczną. Badania moje dotyczą 20 przypadków, spostrzeganych przezemnie przeważnie na oddziale śp. dra Wizła, poczęści zaś na oddziale dra Bornsztajna.

Rozpocznę od sprawy *przebiegu*.

Osłupienie może występować zarówno na początku sprawy schizofrenicznej jak i w każdym okresie jej trwania. Rozwija się ono stopniowo albo też zjawia się nagle, to samo dotyczy zakończenia. Szczególny charakter ma osłupienie przerywane, w którym po interwałach zupełnego albo częściowego zwolnienia następuje ponowne nasilenie stanu stuporowego.

Parę przykładów dla ilustracji tych różnych momentów przebiegu.

Wystąpienie powolne:

M. R. lat 17. wykazuje w pierwszym napadzie psychozy schizofrenicznej (czerwiec 1921) elementy osłupieniowe. Zachowuje się negatywistycznie, odmawia przyjmowania pokarmów, motywując to swoją śmiercią. Twierdzi, że umarł i żąda pochowania. Jest mało dostępny, tak że trudno z nim wejść w ściślejszy kontakt psychiczny. Często nie odpowiada na pytania, i robi wrażenie zaabsorbowanego jakimiś własnymi przeżyciami. Ten epizod psychotyczny przeszedł bez śladu.

Następny napad (wrzesień 1921) zakończył się już stanem zupełnego osłupienia, które przygotowywało się stopniowo. Pacjent przestał pracować, przez 2 tygodnie leżał w łóżku, uważając się za chorego, przyczem jadł dość dobrze i mówił do rzeczy. Później

znów w ciągu 10 dni pracował, poczem położył się do łóżka. W trzecim tygodniu oddał moc pod siebie, po kilku dniach przestał otwierać oczy, przestał mówić i zaczął odmawiać przyjmowania pokarmów. Z trudem zaledwie udawało się ojcu roztwierać mu szczęki i wlewać trochę płynu. Pewnego dnia, kiedy ojciec namawiał go, ażeby coś wypił, nagle otworzył zupełnie normalnie oczy i z krzykiem zapytał ojca, czego chce od niego, poczem znów zamknął oczy i leżał jak przedtem nieruchomo i bez słowa. Odtąd stan osłupienia stał się kompletny.

Ten sam chory przechodził później kilkakrotnie napady psychozy, których istotę stanowiły stany osłupienia o *występowaniu* i *zakończeniu nagłym*. Ze względu na ich osobliwy charakter opiszę jeden z nich — trzeci z rzędu — bardziej szczegółowo. W przeciągu roku (do września 1923) zachowywał się R. zupełnie normalnie i bez przerwy pracował jako subjekt handlowy. We wrześniu 1923 zamysłony, miał zamknięte oczy, zaciśnięte zęby, zaczął odmawiać pożywienia, tak że już po paru dniach zapadł w stan zupełnego osłupienia. W stanie tym dnia 19 października przybył na oddział dra Bregmana. Tutaj obudził się nagle po paru dniach. Przebywał jednak na oddziale, aż dnia 12 listopada „zasnął”, jak sam mówi, nagle i w stanie zupełnego osłupienia został przeniesiony na oddział psychiatryczny. Stan ten skończył się nagle wieczorem 18 listopada, a więc po tygodniu. Chory otworzył oczy i zażądał pożywienia. Nazajutrz rano spokojny, dostępny, uprzejmie przywitał lekarza i opowiedział o swoich przeżyciach. Intervallum to trwało 6 dni, poczem znów w szybkim tempie — ale tym razem nie nagle — rozwinął się stan osłupienia.

Osobliwy przebieg o *charakterze przerywanym* wykazuje stan osłupienia w innym przypadku, zasługującym na uwagę także i z innych względów, przedewszystkiem dlatego, że dotyczy on małego dziecka.

Z. Ch. lat 11 przybył na oddział 18 lipca 1923. Z ubogich, niestety, wywiadów wynika, że zachorował „podobno” przed 6 miesiącami, przeląkł się czegoś, stał się lękliwy i małomówny, czynił trudności przy jedzeniu. Na oddziale pierwsza notatka podaje: ogromnie wychudzony, odżywia się minimalnie, tak że musi być karmiony zgłębnikiem. Na żadne podniety nie reaguje. Katalepsja.

25. 7. 23. Prosił starszego pielęgniarkę, żeby go nie karmić, obiecując, że będzie jadł sam. Mówił, że ma obłąkane myśli — jakie, nie wyjawił. Ja sam dzisiaj na pytania moje nie otrzymuję żadnej odpowiedzi. (Pomijam opis objawów somatycznych, którymi zajmuję się dopiero później).

28. 7. Tylko raz jeden malec, przerażony zgłębnikiem, jadł sam, obecnie trzeba go nadal karmić, przeciwko czemu broni się, wylek-niony. Dziś wkrótce po nakarmieniu wybuchnął szczerym dziecięcym płaczem, zawodząc, wołał, że się boi, przywoływał matkę. Czego się boi, tego nie sposób się dowiedzieć. Chętnie wziął podane sobie cukierki, zaraz się uspokoił. Nie doprowadziło to jednak do nawią-zania kontaktu z chorym.

18. 8. Od dwóch przeszło tygodni je sam, odżywia się dobrze, a nawet prosi o jedzenie. Przy wizycie prosi o klucze, ażeby się niemi pobawić. Poza prośbami o jedzenie zupełny mutyzm. Zanieczyszcza się. Dziś, siedząc na sali, wybucha nagle głośnym płaczem, mówi, że się boi. Czego się boi? — na to mruczy tylko niedosłyszalnie, nie daje się nakłonić do wyraźniejszej odpowiedzi. Próbuujemy dać mu cukierek, ale on rzuca się z dużą łapczywością na chleb. Na pytania nasze nie odpowinda słowami ani razu, natomiast na niektóre pytania odpowiada twierdzącym ruchem głowy, np. na pytanie czy lubi matkę i czy chce do niej powrócić. Przy badaniu cielesnem zdradza lęk.

28. 8. Wygląda coraz lepiej, przesiaduje teraz na sali dziennej, zanieczyszcza się jednak dalej. Na pytania odpowiada tylko tak albo nie. Prosi o „ładną rzecz“. Dostaje pudełko zapalek i poczyną się niem bawić. Liczy dobrze: 3 zapalki.

3 zapalki + 3 zapalki = ? odpowiedź: 4

$2 \times 3 = ?$ odpowiedź: 64

$2 \times 3 = ?$ „ 25

$2 \times 3 = ?$ „ 85

Ile masz palców? 6. Ile uszu i oczu? Nie wie. Zajęty pudełkiem, nie zwraca uwagi na pytania. Na wszystkie pozostałe pytania odpowiada równie negatywistycznie. Dla podanych sobie obrazków wykazuje wyraźne zainteresowanie, które znajduje także swój wyraz mimiczny. Nagle podczas oglądania mówi: przysięgałem się.

19. 9. Od dwóch dni w zupełnem osłupieniu, twarz często wykrzywiona grymasem. Odmawia pożywienia.

11. 10. 23. Karmiony był tylko przez parę dni, potem, wystraszony zgłębnikiem, zdecydował się na przyjmowanie pokarmów. Odżywia się jednak niedobrze, to też stan odżywienia fatalny, zbliża się do stanu przy przybyciu. Tkwi zazwyczaj skulony w kuczki, z kolanami przyciśniętymi do brzucha, głową wykonuje od czasu do czasu miarowe ruchy ku przodowi i ku tyłowi. Otwiera szeroko usta, wywraca gałki oczne ku górze. Próbowo wydobyć go z tej pozycji stawia bardzo silny opór, przyczem okazuje nadspodziewanie dużo

sily. Wyprostowanie kończyn dolnych bolesne (przykurcz). Przy wielkim nawet wysiłku nie udaje się doprowadzić je do położenia zupełnie wyprostowanego. Po ustaniu tego wysiłku ze strony badającego, chłopiec natychmiast powraca do dawnej pozycji, tak samo postawiony utrzymuje się w pozycji nawpół skurczonej, nogi nawpół zgięte. Tak też drepce w kierunku sali, na której leży, i doszedszy do zamkniętych drzwi gabinetu, dobija się bezsilnie parę razy, nie zwracając najmniejszej uwagi na ofiarowane sobie klucze.

Pomijam opis objawów somatycznych.

23. 11. 30. W stanie wybitnego wyniszczenia chory zmarł.

Jeden z typów przebiegu stuporu polega na przejściu od stanu, który możnaby nazwać substuporowym, do osłupienia zupełnego. Przejście to dokonywa się zazwyczaj stopniowo ale może też wystąpić w szybkim tempie. Oto urywek z historii choroby 19 letniego D. M. ilustrujący ten typ przebiegu. Chory przy przybyciu podniecony i wielomówny, uspakaja się w przeciągu tygodnia, wykazuje przygnębienie.

25. 11. 24. Chory przygnębiony, wybitnie małomówny, ma łzy w oczach. Na pytanie, czy chce iść do domu, odpowiada przecząco.

28. 12. 24. Spokojny, obojętny, otrzymane przez nas i odczytane mu pismo z domu nie sprawia na nim najmniejszego wrażenia.

12. 1. 25. Chory coraz bardziej stuporowaty. Kiedy się doń zwracać, to nie wywołuje to żadnej reakcji nawet mimicznej.

16. 1. 25. Stan chorego jeszcze bardziej zbliża się do stanu osłupienia. Od paru dni odżywia się już z wielką trudnością. Ostatnio wychudł wybitnie i nieproporcjonalnie do krótko trwającej i niepełnej przecie abstynencji. Podczas badania somatycznego (opis pomijam) nie zdradza zrazu najmniejszej reakcji mimicznej, nagle zaczyna głucho łkać, oczy napełniają się łzami.

28. 1. 25. Zanieczyszcza się stale, odżywia się niedobrze. Wybitnie wychudzony. Proste polecenie wykonuje po długich naleganiach. Katalepsji brak. Napięcie mięśniowe wzmożone,

30. 1. 25. Napięcie mięśniowe wybitnie wzmożone. Stawia opór przy badaniu somatycznym.

7. 2. 25. Odżywia się bardzo źle. Przy karmieniu stawia silny opór. Przy postępującem wyniszczeniu chory zmarł w końcu marca 1925 r.

Ostatni z punktów, który pragnę poruszyć przy opisie przebiegu, to sprawa reaktywnego występowania stanów osłupienia. Wprawdzie reaktywny wybuch schizofrenji wogóle jest faktem banalnym, ale reakcja osłupieniowa musi nas szczególnie interesować ze

względu na swój charakter wyraźnie somatyczny. Jak to później zobaczymy, charakterystyczne zespoły neurologiczne stuporu mogą zjawiać się nagle i reaktywnie.

Przykład stuporu reaktywnego.

T. D. lat 27, pracownik handlowy, zachorował bezpośrednio po zerwaniu z nim narzeczonej. Martwił się bardzo, pewnej nocy był podniecony, chciał wyskoczyć z okna.

20. 10. 23. Na oddziale zrazu podniecony, wyskakuje z łóżka, wykonuje dużo ruchów o charakterze pseudodrgawkowym. Po paru godzinach zastają go nieco uspokojonego.

Następnego dnia: leży spokojnie, mimika sztywna, prawy kąt ust opuszczony. Mówi, że jest chory na żołądek. Czy kochał narzeczoną? Kiedyś kochał. Wizyta szwagra przechodzi bez jakiegokolwiek wrażenia. Ma jednak łzy w oczach, kiedy go pytam o narzeczoną.

22, 10. 23. Na pytania zupełnie nie odpowiada. Sprowadzeniu do gabinetu stawia silny opór. Wybitne napięcie mięśni i karku. Na wezwanie pokazania języka reaguje zaledwie wysunięciem.

24. 10. 23. Stan osłupienia w całej pełni. Wybitne objawy neurologiczne.

8. 11. 23. Stan osłupienia zaczyna ustępować, z chorym można nawiązać kontakt. Chory wyzdrowiał zupełnie w początku lutego.

Przechodząc do *ogólnego obrazu* osłupienia, nie mam zamiaru powtarzać rzeczy ogólnie znanych, pragnę jedynie podkreślić niektóre momenty, które wydają mi się szczególnie ważne.

Przedewszystkiem sprawa rozróżnienia dwóch zasadniczo odmiennych postaci stuporu, które nazwałbym stuporem *twardym* i *miękkim*.

Nazwa mówi tutaj sama za siebie i każdy zna dobrze oba obrazy osłupienia.

Z jednej strony mamy chorego, który cały jest jakgdyby wcielonym sprzeciwem, negatywizm dochodzi tutaj do swego punktu kulminacyjnego i potęguje się przy wszelkiem usiłowaniu przezyciężenia go przez otoczenie. Z drugiej strony widzimy osobnika, który cały jest jakgdyby bezwolnym automatem, nie jest w stanie stawić żadnego oporu nawet wtedy, gdy grozi mu uszkodzenie ciała (automatyzm rozkazowy), kończyny pozostają w nadanych im przez badającego pozycjach, nawet wtedy, gdy pozycje te są jaknajniegodniejsze i grożą upadkiem. Dokładniejszą analizę katalepsji po-

damy później. Co do negatywizmu i automatyzmu ruchowego, to niektóre punkty zasługują na specjalne podkreślenie.

Często widzimy, jak w chorym zdają się walczyć ze sobą obie te tendencje. Wypełnia on np. niezwłocznie dane sobie polecenie ruchowe, ale ogranicza się to tylko do wykazania intencji ruchu albo do wykonania jego części. Dzieje się tak, jakgdyby akt ruchowy (czy też intencja ruchu) zatrzymał się w połowie drogi. Na obserwatora sprawia to wrażenie zapory nie do przezwyciężenia, zobaczymy później, jak odczuwa to sam chory.

Niekiedy pojawiają się poszczególne akty intencji, tak jakgdyby do innych następnych już dojść nie mogło. Tak np. mogłem zanotować spostrzeżenie następujące. Zwracam się do chorej z pytaniem, chora nie odpowiada ale zato wyraźnie wytrzeszcza oczy, jako część aktu uwagi, porusza językiem i wargami, nic przytem nie mówiąc.

Należy także zwrócić uwagę na brak równoległości pomiędzy spełnieniem poleceń ruchowych a manifestacjami słownymi. Te ostatnie, jako wyraz intencji psychicznych a więc bardziej złożonych, wydają się trudniejsze do wykonania — i łatwiejsze do zahamowania — aniżeli czysto ruchowe.

Dla ilustracji przytaczam urywek z historii choroby 17 letniego L. L.

W gabinecie lekarskim siedzi przez czas dłuższy zupełnie nieruchomo w jednakowej pozie, na żadne pytanie nie odpowiada, nie zdradza nawet próby odpowiedzi w formie jakiegoś zaczątkowego ruchu warg. Polecenie natomiast spełnia szybko, bez zahamowania, pokazuje język, podaje rękę. Chory ten przez czas dłuższy wykazywał automatyzm rozkazowy przy jednoczesnym zupełnie mutyzmie.

Wogóle musimy powiedzieć, że każdy z aktów reakcji chorego w stuporze może być oddzielnie zahamowany — mowa, mimika, sfera ruchowa. Przykładów dostarcza chociażby obserwacja tegoż samego chorego L. L., u którego w pewnych chwilach występowały reakcje mimiczne przy wybitnym zahamowaniu aktów ruchowych automatyzmu rozkazowego.

Ogólne zablokowanie całego systemu ruchowego, wszelkich przejawów zarówno reaktywnych jak i spontanicznych we wszystkich dziedzinach, które spotykamy w stanach ciężkiego osłupienia, ulega jednakże niekiedy *gwałtownej i błyskawicznej przerwie*. Przerwa ta bywa reaktywna ale bywa nieraz i spontaniczna. Spontanicznie wyładowują się np. popędy agresywne destrukcyjne, które w stuporze uległy zablokowaniu.

22-letni S. R. zachowywał się podczas swego pierwszego pobytu w szpitalu (październik 1923) niezmiernie agresywnie. Ostatnia notatka o nim głosiła: „należy do najtrudniejszych chorych, jacy kiedykolwiek byli na oddziale. Uroień swoich nie wyjawia, ani nawet aluzji do nich żadnej nie czyni. Natomiast niszczy na oddziale co tylko może, wrywa okna, piece, cegły z muru, tłucze szyby. Zapowiada z góry, że jeśli go się natychmiast nie puści do domu, wszystko zdemoluje“.

Pacjent ten powrócił na oddział w lutym 1924 w stanie osłupienia, wykazywał zrazu wybitną katalepsję, nie stawiał żadnego oporu ruchom biernym, ale polecenia ruchowe spełniał, jakgdyby zwalczając przytem jakiś silny opór wewnętrzny. W jakiś czas później (trzy tygodnie) mogliśmy zanotować co następuje:

14. 3. 24. Stupor przerywany od czasu do czasu wybuchami gniewu, w których domaga się natychmiastowego wypisania. Katalepsji już brak, silne napięcie mięśniowe.

26. 3. 24. Trwa nadal w stanie stuporu, wybucha czasami gwałtownymi impulsami agresywnymi, domaga się wtedy natychmiastowego uwolnienia.

W przypadkach tych obok wybuchów agresywnych podkreślamy przejście od stuporu miękkiego do twardego. Trudno się oprzeć wrażeniu, że istnieje związek pomiędzy dwoma temi spostrzeżeniami klinicznymi. Jeśli istotnie, jak to zdaje się wynikać z naszych obserwacji, takie wyładowanie popędów destrukcyjnych zachodzi tylko w stuporze twardym, to należałoby upatrywać głębszy związek pomiędzy stuporem twardym z całym jego aktywnym negatywizmem a zdławionym popędem destrukcyjnym. Kto wie, czy właśnie wzmożone napięcie mięśniowe w tych przypadkach nie przedstawia się niekiedy—biorąc rzecz od strony psychologicznej—jako wyraz popędów destrukcyjnych, które mają zamknięte ujście.

Wiadomo również dobrze, że impulsy, które wyładowują się podczas stanu osłupienia, mają często charakter stereotypowy, dotyczy to zwłaszcza impulsów do ucieczki, które powtarzają się stale w ten sam sposób, mimo oczywistą niemożność ich zrealizowania. W ten sposób zdradzają one z całą jasnością swój charakter żywiołowy i prymitywny.

Szczególny charakter mają podczas osłupienia manifestacje atektywne. Wybuchają one gwałtownie i zupełnie niespodziewanie, częściej spontanicznie niż reaktywnie. Np. głęboki szloch wstrząsa nagle zeszytniałym, zda się, doszczętnie chorym, przytem wypowiada on wyraźnie jakąś skargę, albo porzestaje na nieartykuło-

wym płaczu. Próba wyjaśnienia tego wybuchu afektu pozostaje zazwyczaj bez rezultatu, i po chwili chory powraca do stanu zwykłego zeszywnienia. W ten sposób najczęściej przejawiają się gniew, żal, rozpacz a także lęk. Niekiedy cały stan osłupieniowy wydaje się jagdyby przesycony jednym afektem, który nadaje mu swoiste zabarwienie. Możemy wtedy mówić o stuporze *lękowym*, *depresyjnym*, *gniewnym*. Szczególnego charakteru nabiera stupor pod wpływem afektu bezradności, z którym spotykamy się wcale nierzadko. O wybuchach afektywnych naskutek działania czynników farmakologicznych będziemy mówili w innym miejscu.

Ogólne zeszywnienie i ubóstwo ruchów przerywają w niektórych przypadkach ruchy stereotypowe, *manjery*, które, jak się okazuje, mają często (być może nawet, że zawsze) swoją motywację psychologiczną. W ten sposób omówienie tej sprawy prowadzi nas już do rozważania strony psychologicznej stuporu. Albowiem wyjaśnienie wspomnianych wyżej manier wiąże się najściślej ze sprawą przeżyć podczas osłupienia.

Manjery wyrażają się również w pozycjach utrwalonych, utrzymujących się przez dłuższy czas.

R. A. Siedzi godzinami, zakrywając oczy rękoma. Wyjaśnienie: łobuzi patrzeli mu się w oczy, chcieli go spalić, jeden z nich bił go po twarzy.

Innym razem siedzi zastygły z zamkniętymi oczyma, z głową przechyloną ku tyłowi, mięśnie karku w stanie najwyższego napięcia. Objaśnienie: do pewnego poziomu ponad podłogą—pokazuje ręką—jest mrok, czary, czarodzieje, powyżej tego poziomu niema tego wszystkiego; trzymając głowę w sposób zwykły, widzi te wszystkie okropności, trzymając ją zaś przechyloną ku tyłowi, nic z tego nie widzi. W odpowiedzi na dalsze nasze pytania podaje, że potworne postaci widzi wyraźnie przed sobą. Jakie one są? — przerażające dla człowieka, niepodobne ani do nikogo ze znajomych, ani do przesładujących chorego łobuzów. Czy mają dwoje oczu? Nie, dwie pary oczu, podwójne usta, podwójny nos. Po pewnym czasie chory zdradza manjery następujące: 1) chodzi w linii prostopadłej od ściany do ściany albo do połowy sali, zapatrzony gdzieś w przestrzeń. Gdy spróbować stawiać mu przeszkodę na tej drodze, wymija ją i dąży niezachwianie dalej. 2) leżąc w łóżku, co chwila podnosi się i znów opada na łóżko. Wyjaśnienia tych manier otrzymać się nie udaje.

Przeżycia podczas stuporu.

Zagadnienie psychologiczne osłupienia obejmuje dwa pytania zasadnicze. Pierwsze dotyczy sposobu, w jaki chory stan swój prze-

żywa, innemi słowy, jak przedstawia się stan osłupienia, oglądany od wewnątrz — drugie poświęćmy ogólnej charakterystyce przeżyć okresu stuporu.

1) *Stupor od wewnątrz*. Przedewszystkiem interesuje nas pytanie, jak chory odczuwa swoje zahamowanie psychoruchowe. Przytoczymy tutaj kilka charakterystycznych wypowiedzi.

19-letni J. S. podczas stanu osłupienia na zapytanie, jak się czuje, odpowiada, że jest „*jakiś sztywny*“, *nic nie czuje*. Na zapytanie — oddycha ciężko, wreszcie jakby z trudem, wypowiada parę oderwanych słów. Więcej nic się z pacjenta wydobyć nie udaje. Sztywność kończyn górnych i krótko trwająca katalepsja.

Podczas osłupienia, trwającego 5 miesięcy, chory żadnych reakcji spontanicznych nie wykazywał, trwał w mutyzmie zupełnym. Niekiedy jednakże zdawało się, iż reagował uśmiechem na rozmowę lekarzy pomiędzy sobą albo kiedy się bezpośrednio doń zwracano. (Uśmiech ten trwał dłużej aniżeli podnieta). Badany ku końcowi stanu osłupienia, podaje co następuje: Dlaczego nie mówił? — Nie mógł. Dla czego nie zmieniał nadanej sobie niadogodnej pozycji? — wzrusza ramionami — nie wie. Kilkakrotna eksploracja pozwala ustalić, że chory *chciał mówić ale nie mógł*. Bolała go głowa i brzuch. Był smutny, ale było mu przyjemnie, kiedy się doń dochodziło.

Podobnie odczuwał swoje zahamowanie 16-letni J. K., który podczas stuporu wykazywał między innemi wybitną katalepsję i zupełny brak odruchów ustawienia (patrz niżej). Przez cały czas *wiedział* — jak opowiada — *co się do niego mówi*.

Jeśli nie odpowiadał, to dlatego, że się *wstydział i nie mógł*, jedzenie mu zasychało w żołądku, w gardle, musi to być zatrute jedzenie, nie mógł się ruszać, choć czuł, że spada z krzesła (przy badaniu na katalepsję i na odruchy ustawienia), był sztywny i jakgdyby naelektryzowany.

Inaczej przedstawia się sprawa w odczuwaniu 25-letniego S. S. Podczas stanu osłupienia chory ten wykazywał negatywizm i popędy agresywne. Jakgdyby odpowiednio do tego, milczenie swoje wyjaśnia — po stuporze — niechęcią do mówienia. „Nie chciałem, to nie gadałem, poco gadać. Głupi to gada dużo“.

27-letni D. T. (wspomniany już powyżej jako przykład stuporu reaktywnego) motywuje swój mutyzm jak następuje: nie mówił dlatego że niema tu nikogo, z kim mógłby rozmawiać. A ze mną? — pyta badający. Nie poznałem. A ze starszym pielęgniarzem? Ten znów jest zawsze zajęty. Z nami nie mówił, gdyż nie miał nic do powiedzenia. Miał szum w głowie.

Na zakończenie przytaczam przykład 18-letniego K. B. Pamięta on, że przychodziłem doń, kiedy był w stanie osłupienia i go badałem. Przez cały czas wiedział gdzie jest, *nie mówił, bo był smutny i nie mógł mówić...* (Nie mógł, czy nie chciał?) Nie chciał. Po chwili mówi, owszem chciał, ale nie miał do kogo. Sam nie wie, dlaczego nie mówił.

Ale ten sam chory, popadłszy po krótkiej przerwie ponownie w stan osłupienia, podaje później co następuje: Mówić mógł ale nie chciał. Kiedy "potrzebował" mówić, to mówił. Pamięta, że kończyny pozostawały w pozycjach kataleptycznych.

W sposób o wiele bardziej złożony opisuje przeżywanie przez siebie stanu osłupieniowego 38-letni R. W. Badanie fenomenologiczne zasługuje tutaj na szczególowsze przytoczenie. Przedewszystkiem krótkie dane co do samego stuporu: 21. 5. 24. Chory w stanie osłupienia. Karmiony zgłębnikiem. Oczy przymrużone. Trzepotanie powiek. Silne napięcie mięśniowe przeciwstawia się wszelkim ruchom biernym. Katalepsji brak, poleceń żadnych nie wykonuje.

26. 5. 24. Stan osłupienia trwa bez zmiany, jednak wczoraj zamienił parę słów z żoną. (Patrz później) Dziś rano nie opowiada na pytania, stoi sztywny, z pochyloną głową, oczy otwarte, kończyny dolne lekko cyanotyczne. Pewna tendencja do retropulsji. Silne drżenie całego ciała. Wykonując szereg ruchów zginających lewą górną kończynę chorego, kiedym przestał, chory w dalszym ciągu bez żadnej modyfikacji wykonuje te same ruchy, nie zaprzestaje ich na mój rozkaz, trwa to przez parę minut i ustaje dopiero wtedy, kiedy go powstrzymuję.

2. 6. 24. Mięśnie w stanie ogromnego napięcia, zwłaszcza mięśnie karku, głowa w silnej fleksji, której żadną miarą nie można skorygować.

11. 8. 24. Aż do ostatnich dni stan osłupienia bez zmiany. Od paru dni rozmawia z żoną, wczoraj zaczął rozmawiać ze starszym pielęgniarzem, dziś rozmawia ze mną. Proszę go o podanie ręki. Odpowiedź: „*nie śmiem*”. Proszę o wyjaśnienie: „*czuję się upokorzony*“. Wypowiada zdanie z wysiłkiem, oczy bez przerwy zamknięte, trzepotanie powiek, dłonie spocone, na rękach, ramionach, stopach i podudziach czerwone plamy rozszerzonych naczyń. Skarży się, że się czuje zależny od innych osób, od których nie powinien być zależny, tak samo jak one nie są zależne od niego. Czuje się bezradny. Doznaje uczucia lęku... boi się powiedzieć jakieś głupstwo, obrazić kogoś... nie mógł mówić, miał coś w ustach, słyszał, że my doń mówimy, ale mu się kręciło — czy też kołowało w głowie.

(Czy spał?) — Nie wie, czy ten stan można nazwać snem... miał coś jakgdyby sny różne... nie może sobie przypomnieć ich treści, ale niewątpliwie były pomiędzy niemi i takie, które po wielokroć się powtarzały. (Jak długo tu jest?) nie ma zupełnie pojęcia, nie może oznaczyć tego nawet w jakimkolwiek przybliżeniu. (Dlaczego nie je?), Karmienie jest istotnie przykre, ale cóż kiedy nie odczuwa najmniejszej potrzeby jedzenia. Uczucia wstrętu na myśl o jedzeniu nie doznaje.

W dzień później stan swój opisuje jako bezradność i brak energii. Wątpi w swoje przejścia, może było tak a może inaczej. Wszystko jest dlań takie niezrozumiałe, niedostępne. Wątpi, czy naprawdę coś powiedział, czy to było jego, czy tylko sobie wmawiał. „Miałem fabryczkę, jakoś sobie żyłem i sam nie wiem, co się stało. Jestem ciężarem dla wszystkich, każdy coś koło mnie chodzi... Zatraciłem energię i ogarnęła mnie taka bojaźń, że ja się boję do czegoś przystąpić, może ja tem zawinię komuś, coś złego zrobię. Boję się nawet zrobić coś koło swojej osoby, może jest to niedozwolone. Np. napierało mnie, że potrzebuję oddać mocz, a ja się bałem, może to niedozwolone, bałem się zejść z łóżka, czekałem aż ktoś przyjdzie (czemu nie wołał?) Miał w ustach gęsty płyn, nie chciał go wypuścić, aby nie pobrudzić łóżka. (Naczynie?) Nie widział. (dlaczego ma i teraz oczy zamknięte) Nie otwiera ich i na pytanie zrazu nie odpowiada. Potem mówi, że mu to sprawia trudność. „Czasem zdaje mi się, że otwieram potrochu ale bardzo rzadko. Czasami zdaje się, że to jest otwarte”. (Dlaczego nie daje ruszać swobodnie szyją?) „Owszem daję” — zaczynam próbować i napięcie mięśniowe ustępuje, świadomie oporu nigdy nie stawiał. Był widać taki naprężony, sztywny. W tej chwili stwierdzam, że mięśnie karku znów są napięte, zwracam choremu na to uwagę: okazuje się, że on i teraz nie zdaje sobie z tego sprawy.

Nie może jeść: np. jeśli ktoś mu przynosi coś dobrego, to może ten ktoś sobie odmawia, z jakiej racji on ma to jeść, zwłaszcza jeśli to jest ktoś, kogo on kocha.

21/VIII.24. Przyjmuje trochę pożywienia od żony. Sfera ruchowa bez zmiany. Miał tej nocy sny: był w małym miasteczku u starszej kobiety, ona ubierała się, potem poszedł z nią na spacer.

Dużo myśli o decyzji pójścia do domu, jaka zapadła. Jego pesymizm przechodzi. Pytany ponownie o *przeżycia podczas stuporu*, podaje: doznawał uczucia smutku, że nie sam sobą władał, tylko obca ręka. Jednakże nie doznawał tutaj tylu przykrych uczuć co

w domu. W domu sytuacja była taka przykra, że zatrzymywała wszystko. Takie „sprzeciwieństwa“... np. siostra nie była dlań taka dobra, jak się tego spodziewał. Dopytywała się właśnie o rzeczy jakich on nie lubił, jak kąpiele, lewatywy, mimo że czuła, że on ich nie lubi.

Myślał o tem co słyszał i co mówiono. *Własne myśli*: jego inicjatywa tak osłabła, że nie mógł nic przedsięwziąć, i wiedział, że jego myśli nie mogą być wykonane. *Poczucie osobowości*: wiedział kim jest. Czy czuł zmianę w sobie? Bezwzględnie czuł się inny—nie mógł wypowiedzieć żadnego zamiaru. Czasem przypominały mu się różne sprawy.

12.VIII.24. Płacze. Podaną sobie chustkę trzyma w rękę, nie ociera sobie oczu ani nosa z własnej inicjatywy.

16.VIII.24. Coraz rozmowniejszy, jakkolwiek w zachowaniu się ruchowym nie zaszła żadna zmiana i chory wciąż jeszcze musi być karmiony. Czuje, że powraca mu wola i energia. Przedtem nie orjentował się w sytuacji, niezawsze wiedział, gdzie jest. Nie mógł powziąć decyzji myślowej, ustalić, że coś jest tak a nie inaczej — odczuwał brak stałości w myślach. Np. pewna osoba mogła mówić i zachowywać się w stosunku do niego życzliwie, a potem powiedzieć coś takiego, że wątpił o jej życzliwości.

Obawiał się coś powiedzieć, myślał, że może będą go bili czy mu co innego złego zrobią. Co złego? — Nie podaje, ale w dalszych skojarzeniach wspomina o lewatywach.

18.VIII.24. Odmawiając stale pożywienia, przyjął jednakże od żony trochę łakoci, które spożył ze smakiem. Na pytanie, czy miałby ochotę wrócić do domu, odpowiada, że nie zdał sobie jeszcze z tego sprawy.

Podaje, że kiedyśmy podczas jego śtoporu wchodzili do jego pokoju, to głosy nasze słyszał, ale go to nic nie obchodziło, myślał sobie, że to go nie powinno interesować.

Powyższe spostrzeżenia przytoczyłem możliwie szczegółowo, gdyż stanowią one najdokładniejszy opis przeżyć śtoporowych, jakim w materjale moim rozporządzam. Momenty zasadnicze wysuwają się tutaj same przez się, ich ocenę teoretyczną pozostawiamy sobie na później.

Przechodzę z kolei do drugiego punktu rozważań fenomenologicznych. Czy i co *przeżywa chory podczas osłupienia*, poza odczuwaniem własnego stanu patologicznego. Przedewszystkiem zadamy sobie pytanie, czy i w jaki sposób zdaje sobie chory sprawę z otaczającej go rzeczywistości. Na pytanie to nie możemy odpowiedzieć

jednolicie. Okazuje się, że w niektórych przypadkach zrozumienie rzeczywistości jest zachowane, w innych natomiast wykazuje głębokie zaburzenia.

Na plan pierwszy wysuwają się *przeżycia oniryczne*.

16 letni J. K. o którym już wspominałem i który, jak podawał później, przez cały czas stuporu był zorientowany i wiedział, co się doń mówi, przeżywał w nocy „dziwne rzeczy”. Widział wieżę, jak na kościele, na niej balkon, na którym siedzieli król z królową. Chory krzyczał, bo mu było smutno. Nikt nic nie mówił. Potem otworzyli mu (separatkę) i powiedzieli, że Bóg mu przebaczył.

O ile w tym przypadku, obok zachowanego rozumienia rzeczywistości, istniały przeżycia o charakterze onirycznym, o tyle w następnym na specjalną uwagę zasługuje sposób, w jaki elementy rzeczywistości ulegały przekształceniu przez świadomość, która, jak zobaczymy, poczyniała sobie na podobieństwo świadomości człowieka śniącego.

Przypadek ten dotyczy 17-letniego M. R., którego obserwację przytoczyliśmy już na innym miejscu¹⁾.

Pewnego dnia chory w celach doświadczalno-leczniczych otrzymał szereg zastrzyków podskórnych oraz hypodermoklizmę. Przez cały czas nie reagował, tylko otworzył oczy na chwilę, zapłakał i zawołał: „mój księżu”. W 5 dni później, obudziwszy się ze stanu osłupienia, przeżycia swoje opisał jak następuje: W ostatnią sobotę robiono mu zastrzyk, bolało go to,—zdawało mu się, że jest w kościele i że ksiądz chce go przechrzczyć (stąd wołanie „mój księżu”). Zdawało mu się, że, jako żyd, znajduje się wśród chrześcijan, którzy go właśnie dlatego męczą. Przypomina sobie, że robiono mu zastrzyki — również i do brzucha (hypodermoklizma), może mu wyciągano krew z brzucha? Wie, że dookoła niego było dużo ludzi. Poznaje głos felczera, lekarza nie poznaje.

Następnego dnia uzupełnia: scenę z zastrzykami rozumiał jako wykonanie wyroku. Wydawało mu się, że ksiądz mu asystował, dlatego zwracał się do księdza.

A oto jak ten sam chory przeżywał początek tego samego napadu osłupienia (na innym oddziale).

Jak zasnął? Przyszli doń goście—był zmartwiony sąsiedztwem chorych. Kazali mu jeść, ale nie chciał. Kiedy zasypiał, myślał, że się zeń śmieją inni chorzy — wszyscy stali dookoła niego i przyglą-

¹⁾ Przypadek ten został opisany szczegółowo w pracy *Markuszewicza* O różniczkowym rozpoznaniu osłupienia katatonicznego i histerycznego. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Staroz. Tom IV. Zesz. III 1925 r.

dali mu się. Myślał, że zaśnie, zasypiać było przyjemnie. Podczas snu: słyszał jak doń dochodzą, mówiono o nim i o jego śnie. Słyszał, jak mówiono, że go się pośle na VIII-y oddział, lękał się tego (czemu nie reagował? Czuł się bardzo słaby, myślał, że już i tak długo żyć nie będzie. Wiedział, że go przenoszą na VIII oddział, ale myślał, że go niosą do trupiarni, a to dlatego, że się czuł słabym.

Po przybyciu na oddział słyszał ze zdziwieniem głosu posługaczy: o, macie tutaj tego chorogo, tego warjata. Czuł, jak mu zdjęto bieliznę. Słyszał, jak doń dochodzili, wszystkich się obawiał. Potem zdawało mu się, że jest w więzieniu, gdzie go wsadzono po schwytaniu go na granicy. (W samej rzeczy chory myślał był o wyjeździe zagranicę, ale wiedział, że to niemożliwe ze względu na służbę wojskową). Wszystko przeżywał tak samo jak we śnie. Słyszał, jak mówiono o nim, że on dostał wyrok na rozstrzelanie na tę noc. Na to ktoś odpowiedział, że należy uwzględnić jego młodość. Słyszał, że oskarżono go o zabójstwo pewnego piekarza, dokonane przed 10-ciu laty przez bandę Czerwonej Ręki. Myślał, że wszyscy dookoła są policjantami. Zdawało mu się, że ja dlatego poruszam jego ramiona, aby pokazać, że on nie jest z tej bandy, natomiast nogi poruszałem poto, aby dostać jego ślady. Katalepsję swoją wspomina bardzo niejasno. Zato przypomina sobie, że napinał bardzo silnie mięśnie karku a to w tym celu, aby go zostawiono w spokoju.

Swoją sitiofobję podczas jednego z późniejszych napadów tłumaczy chory w ten sposób: Chciał umrzeć, postanowił 2—3 dni nie jeść, a wtedy umrze. Chciał umrzeć, dlatego że nie jest zdrow, ciągle powtarzają się ataki.

Dla uzupełnienia obrazu klinicznego dodajemy, iż podczas niektórych napadów schizofrenicznych zdradzał chory ciężkie objawy, jak koprofagję i smarowanie.

Później w stanie osłupienia przejawiał się popęd seksualny, czego wyrazem była masturbacja, zaś chwilą lekkiego zwolnienia stuporu zjawilo się zainteresowanie dla jedzenia, jako jedyny kontakt ze światem zewnętrznym. Koprofagia i smarowanie się nie otrzymały ze strony pacjenta żadnego specjalnego wyjaśnienia.

Widzieliśmy, że w stanie osłupienia mogą chorzy w sposób swoisty przeżywać otaczającą rzeczywistość. Widzimy także, że często tworzą sobie własną rzeczywistość, urojoną, opartą wyłącznie na tendencjach czysto subiektywnych. To też wydaje się nam całkiem naturalnem, że w przeżyciach tych występują nieraz i *omamy*. Wspomnieliśmy o nich przy omawianiu stuporu chorego M. R., przy-

czem widać było wyraźnie, że co do treści swojej uzupełniają one przeżycia pacjenta i stanowią z nimi jedną całość o charakterze onirycznym.

W przypadku A. R. którego stan osłupienia w niczem nie przypominał snu, widzieliśmy omamy wzrokowe, które wywierały wybitny wpływ na zachowanie się chorego. Naogół należy stwierdzić, że (na naszym materiale) omamy w stanach stuporu występują nieczęsto, a przynajmniej chorzy rzadko dostarczają danych w tym względzie.

Jaskrawy przykład wyraźnego i zupełnie dokładnego rejestrowania rzeczywistości stanowi przypadek chorej R. H. Chora ta po pięciu latach głębokiego osłupienia (przez cały czas karmiona) nagle się zbudziła.

Przypadek ten, użyczony mi łaskawie przez dra Bornsztajna, był przezeń obserwowany na oddziale i został opisany w jego Podręczniku Psychiatrii Klinicznej.

Historja choroby podaje:

O stanie swoim w ciągu pięciu lat, kiedy leżała nieruchoma i była 2 razy dziennie karmiona zgłębnikiem, chora opowiada wszystko z najdrobniejszymi szczegółami. Pamięta wszystko, począwszy od lekarzy, którzy się przez oddział przewinęli, skończywszy na najdrobniejszych szczegółach, dotyczących zarówno personelu jak i otaczających chorych. Wie również dobrze o tem, co się działo u niej w rodzinie, wie np. o śmierci matki, chociaż nikt jej osobiście o tem nie mówił; podobno domyśliła się tego z ruchu warg siostry, która w drugim końcu sali opowiadała o tym fakcie dozorczyńni. Nic nie uszło jej uwagi przez cały ten czas, wszystko pozostało w pamięci doskonale przechowane. To, że nie jadła przez tyle czasu i nie ruszała się zupełnie, objaśnia chora dzisiaj w ten sposób, że wciąż myślała o nieuchronnie zbliżającej się śmierci, o tem, że nic nie zdoła jej uratować, że i tak jest stracona, że wobec tego niema pogo jeść ani wogóle okazywać jakichkolwiek oznak życia. Nie wierzyła ani przez chwilę słowom lekarza, które często słyszała, że będzie kiedyś zdrowa, uważała te słowa za zwykły akt pocieszenia lekarskiego w stosunku do straconej zupełnie pacjentki. Myślała wciąż o jednym i tem samym: o nieszczęściu swoim, o nieszczęśliwych opuszczonych dzieciach, o ich samotności. Myśli podobne wlokły się dość leniwie. Co do ruchów chorej, to twierdzi ona, że przeważnie nie ruszała się i nie spełniała żadnych poleceń z tych względów jak wyżej (poco, nie warto i tak nic z tego nie będzie i t. d.), ale również przyznaje, że uczuwała trudność, kiedy chciała

wykonać jakiś ruch i nieraz miewała przelotne myśli tego rodzaju, że chciałaby jednak wiedzieć, czy to możliwe, żeby się stać człowiekiem jak inni, zacząć jeść i mówić, ale były to tylko przebłyski i znów dzień za dniem włócił się jednakowo. Wczoraj po rannem karmieniu, które ją bardzo zmęczyło, znów zaczęła myśleć o tem, czy usta jej przez tyle lat odwykłe od jedzenia, potrafią się odpowiednio otwierać do przyjmowania pokarmów, czy potrafią przełknąć cośkolwiek. Wtedy usiadła i zwróciła się do posługacza.

Objawy somatyczne.

I tutaj nie mamy zamiaru wyczerpać przedmiotu i dać pełny obraz symptomatologii somatycznej osłupienia, tylko poprzestaniemy na podkreśleniu niektórych momentów szczególnie ważnych albo niedostatecznie znanych.

I. Objawy neurologiczne.

Rozpaczynam od *napięcia mięśniowego*. Jak wiadomo, bywa ono najczęściej wzmożone, jakkolwiek spotykamy się i z jego zmniejszeniem zwłaszcza w stuporach o charakterze oneiroidalnym. Zastanawia zmienność napięcia oraz jego nierównomierne umiejscowienie. Niezawsze dotyczy ono w tym samym stopniu mięśni kończyn, co i karku. (Tę samą nierównomierność spotykamy, jeśli chodzi o katalepsję).

Jak zachowuje się wzmożone napięcie mięśniowe w stosunku do usiłowań przezwyciężenia go zapomocą ruchów biernych? otóż i tutaj nie możemy mówić o reakcji jednolitej. W niektórych przypadkach udaje się zapomocę ruchów biernych osłabić hipertonię, w innych przeciwnie wzmacnia się ona jeszcze bardziej, zupełnie tak, jakgdyby ruchy bierne wywoływały jeszcze większy opór.

Kontrakтуры. U niektórych chorych kończyny układają się w niedogodnych albo niezwykajnych pozycjach, przyczem mięśnie pozostają w stanie silnego napięcia. Stan ten trwa przez czas dłuższy, nieraz tygodnie albo i miesiące. Naskutek tego wytwarzają się przykurcze, które uniemożliwiają doprowadzenie kończyn do pozycji prawidłowej. Najbardziej typowe jest tutaj złożenie kończyn dolnych zgiętych w stawach kolanowych. Dążność do przedłużonego zachowywania pewnych pozycji i nastawień ruchowych przejawia się w innych jeszcze objawach. U niektórych chorych występuje coś co możnaby określić jako nieruchomą stereotypję. Jeden mięsień czy grupa mięśniowa pozostaje przez czas dłuższy w stanie skurczu.

W ten sposób wytwarzają się dziwaczne obrazy. Np. jeden z naszych chorych zachowywał przez długie miesiące lewą brew uniesioną ku górze, co nadawało twarzy wyraz zdziwienia. Pokrewny objaw w dziedzinie ruchowej widzimy wtedy, kiedy chory trwa w nadanym sobie ruchu biernym. Zjawisko to wiąże się oczywiście, z automatyzmem rozkazowym. I tutaj widzimy niezdolność do *wyłączenia* nastawienia ruchowego, podobnie jak to miało miejsce przy tem cośmy nazwali nieruchomą stereotypją.

Ostatnie objawy prowadzą nas do rozważania zjawisk *katalepsji*, przyczem chcielibyśmy zastosować tutaj nowy punkt widzenia, zaczerpnięty z dziedziny, którą dopiero ostatnie lata otwarły dla neurologii. Mam tu na myśli *odruchy położenia i ustawienia oraz t. zw. indukcję ruchów*.

Przedewszystkiem przytaczam protokoły badań: S. I. badany w pozycji stojącej: przy zwrocie głowy w bok podążają w tym samym kierunku kończyny górne, ustawione poprzednio w położeniu wyprostowanem, poczem cała górna połowa ciała przechyla się w bok i tak pozostaje. W pozycjach kataleptycznych widać wyraźny wpływ położenia jednej części ciała na drugą: kończyn dolnych na górne, głowy na kończyny górne i dolne, nawet stopy na głowę.

Przy badaniach w pozycji leżącej i siedzącej stwierdza się zupełny brak odruchów ustawienia. Całe ciało idzie np. w kierunku nadanym głowie, tak jakgdyby ona je za sobą pociągała, skręca się wraz z nią, pozostaje w jaknajbardziej niedogodnej pozycji — i wreszcie chory upada, jeśli go nie podtrzymać.

W przypadkach, gdzie objawy te występują w stopniu najwyższego nasilenia, dochodzi do obrazu, nazwanego *automatozą* przez badaczy niemieckich, którzy spostrzegali go raczej w sprawach czysto neurologicznych. Za jedną częścią ciała, wprawioną w ruch bierny, podąża tutaj kolejno całe ciało, któremu w ten sposób możemy nadać najdziwaczniejsze pozycje.

U jednego z chorych udało nam się zbadać korelat psychiczny tego stanu. Chory badany po przejściu stanu osłupienia, podaje: Przypomina sobie dobrze, jak podczas badania spadał z krzesła, nie mógł się poruszyć, był jakgdyby naelektryzowany, sztywny.

W niektórych przypadkach obok objawów powyższych spostrzegaliśmy stan, który nazwaćby można dysocjacją pomiędzy poszczególnymi częściami ciała.

Chory ułożony w pozycji niezwykłej zachowuje ją. Jeśli ustawić głowę, albo kończyny górne czy dołne w pozycji prawidłowej,

to reszta ciała nie podąża za nimi, nie powraca do położenia normalnego.

Widzimy tutaj *ubytok t. zw. odruchów z ciała na ciało*. Wreszcie przytoczymy obserwację, świadczącą o wpływie indukcji na odruchy ustawienia.

Jeden z częstych odruchów ustawienia t. zw. odruch Goldsteina polega, jak wiadomo, na tem, że przy ustawieniu kończyn górnych w położeniu wyprostnem poziomem, przyczem ręce znajdują się w krańcowej pronacji albo supinacji, ręce powracają powoli do pozycji normalnej, jaką jest pronacja.

Normalnie odruch ten nie występuje. Nie spostrzegamy go i u naszych chorych, ale możemy go nieraz wywołać w jednej kończynie wtedy, kiedy przywrócimy do pozycji normalnej drugą: wtedy tamta podąża za nią i zajmuje to samo położenie.

Reasumując dane, dotyczące odruchów położenia i ustawienia u naszych chorych, stwierdzamy ubytok odruchów z ciała na ciało, automatozę oraz zjawiska indukcji ruchów.

Odruchy. Tutaj odróżnimy objawy korowe i objawy z serji pozapiramidowej.

Objawy korowe względnie rdzeniowe. Często spotykamy się z wybitnem wzmożeniem odruchów ścięgniastych i okostnowych. Wzmożenie to ma jeden szczególny charakter, który zasługuje na uwagę: jest zmienne i może w jednym i tym samym przypadku podlegać częstym wahaniom.

Za objaw korowy musimy również uważać częsty *brak odruchów podeszwowych*. Na uwagę zasługuje nierzadka w tym względzie asymetria

W jednym przypadku udało mi się stwierdzić odruch *Rossolimo*.

Asymetrię znajdujemy w stosunku do odruchów *Leri i Meyera*. Brak tych odruchów możemy uważać za charakterystyczny dla stanów głębszego osłupienia, przyczem uderza częsta asymetria, nie tylko w tem znaczeniu, że odruch z jednej strony jest słabszy niż z drugiej, ale i w tem nawet, że obserwujemy jednostronny brak odruchu.

W niektórych przypadkach spostrzegamy odruchy, wkraczające w dziedzinę *automatyzmu rdzeniowego*. U osobników, nie wykazujących żadnych ruchów spontanicznych ani żadnych reakcji ruchowych, możemy wywołać zapomocą jednego ze zwykłych sposobów (najlepiej sposobem Marie-Foix) odruchy obronne w postaci *triple retraite*, w jednym przypadku odruch ten występował nawet po stronie przeciwnej.

Odruchów szyjnych nie spostrzegaliśmy, poza objawami, opisanymi w związku z odruchami położenia.

Objawy serji pozapiramidowej. Niektóre z nich uchodzą ponad wszelką wątpliwość za pozapiramidowe, inne mogą budzić pewne zastrzeżenia. Na pierwszym miejscu postawić należy wzmożone napięcie mięśni, które od rigoru stanów pozapiramidowych t. zw. organicznych różni się swoją wyraźniejszą zależnością od psychiki. Sprawa ta nasuwa zresztą rozważania teoretyczne, o czym później. *Maskowatość* twarzy stanowi jak wiadomo, niezmiernie charakterystyczny objaw w obu sprawach chorobowych.

W całym szeregu przypadków spotykaliśmy objaw *Bernharda—Schrijvera*, nieraz asymetryczny, niekiedy bardzo wybitny, nawet o rozszerzonej zone reflexogène¹). Podobnie jak objaw ten znany nam jest najlepiej ze stanów śpiączkowych i pośpiączkowych, tak samo dotyczy to szeregu innych objawów.

Należy tutaj trzepotanie powiek bądź spontaniczne bądź też jako reakcja na zbliżenie palców do oczu. (Objaw *Zandowej*).

Dalej następują objawy, które uważamy za wyraz podrażnienia ośrodków wegetatywnych. Należy tutaj przedewszystkiem *ślinotok*, który w niektórych przypadkach dochodzi do ogromnych rozmiarów, w niczem nieustępujących znanym i smutnym obrazom parkinsonizmu. Następnie tak charakterystyczna *twarz ołuszczona* (facies seborrhoica).

Z kolei przechodzimy do objawów, których znaczenie nie wy daje mi się wyjaśnione. Ze strony *źrenic* należy tutaj *anisokorja* oraz *zmiennosc szerokości źrenic*, która daje się spostrzegać nieraz w przeciągu tego samego dnia. Widujemy również *wybitne rozszerzenie źrenic*, przy mało wydatnej reakcji na światło. Ale objaw ten zdaje się już wkraczać w dziedzinę układu nerwowego roślinnego, do której za chwilę przejdziemy.

W ogromnej większości przypadków spostrzegamy *wybitne wzmożenie pobudliwości mechanicznej mięśni* oraz *wzmożoną pobudliwość idiomuskularną*. Przy badaniu na tę ostatnią widujemy nieraz ogromne wałeczki mięśniowe, które przenoszą się — jakgdyby ruchem falującym z miejsca na miejsce.

W kilku przypadkach widziałem objaw *Chwostka* jedno — albo obustronny.

Często, zwłaszcza w stanach głębszego osłupienia, udaje się wywołać *odruch ryjkowy* (Rüsselreflex), który, jak wiadomo,

¹) Ostatnio charakter pozapiramidowy tego objawu bywa kwestjonowany. Patrz np. monografię Goldflama o odruchu Rossolimo. Berlin. Karger, 1930.

powstaje przy opukiwaniu młoteczką okolicy pomiędzy nosem a górną wargą.

Przechodzę do objawów ze strony *układu nerwowego roślinnego*, stwierdzonych bądź przez bezpośrednią obserwację kliniczną, bądź też przez badanie farmakologiczne. Jeśli chodzi o *tętno*, to widzimy zarówno wybitne przyspieszenie jak i zwolnienie tętna. Wybitnemu przyspieszeniu, które niekiedy dochodzi do takiego stopnia, iż tętno staje się nie do przeliczenia, towarzyszy zazwyczaj wydatne obniżenie napięcia. Bradykardja dochodziła do 40 uderzeń na minutę. Podkreślić należy jeszcze zmienność tętna, którą spostrzegalem w niektórych przypadkach.

Objaw *Aschnera*, jako wyraz napięcia układu błędnego, występuje nierzadko i to w stopniu bardzo wybitnym, ale są przypadki, w których objawu tego brak zupełnie, albo nawet jest on odwrócony (przy ucisku na gałki oczne występuje przyspieszenie tętna).

W paru przypadkach stwierdziłem wyraźną zmienność tętna pod wpływem zmiany pozycji. W jednym przypadku zmienność ta i towarzyszące jej objawy były tak uderzające, że opis odnośnego badania zasługuje na przytoczenie.

„Tętno w pozycji leżącej 80. Aschner — 40, chwilami zupełne zatrzymanie się tętna.

W pozycji stojącej tętno 112, po chwili zanika zupełnie, twarz blado-sina, pokrywa się kroplami potu, wreszcie po chwili tętno daje się znów wyczuć, jest bardzo nikłe, wynosi 112—120. Po 5 minutach pozostawania w pozycji siedzącej tętno napelnia się dobrze i zwalnia.

Widujemy nierzadko bladość i sinicę całego ciała, albo tylko kończyn. Czasami pokryte są one *zimnym potem*, w jednym takim przypadku wystąpiła nagła *zupaść*, którą z trudem udało się opanować. Wogóle należy zaznaczyć, iż w przypadkach naszych zwykle środki nasercowe żadnych wyraźnych wyników nie osiągają.

Wybitna *dermographia rubra* a nawet *elevata* spotyka się we wszystkich niemal przypadkach.

W jednym przypadku głębokiego osłupienia (R. W.) występowała *cutis marmorata* w niezmiernie jaskrawym stopniu.

Badanie na *odruch włosoruchowy* Thomasa nie wykazało nic osobliwego, w szczególności nie stwierdziłem żadnej wyraźnej asymetrii.

O wybitnem rozszerzeniu źrenic, jako o objawie wzmożonego napięcia układu błędnego, wspominałem już powyżej.

Badania farmakologiczne nad napięciem układu współczulnego przeprowadzone zapomocą zwykłych metod (atropina, adrenalina

i pilokarpina podawane dożylnie) nie dały wyników jednolitych, co zgadza się zresztą z danymi otrzymanymi przez innych autorów.

W jednych przypadkach spostrzegamy silną reakcję na jeden z wymienionych środków albo i na więcej, w innych reakcji nie wywołuje żaden z nich, albo tylko jedna grupa np. pilokarpina z adrenaliną. Najbardziej uderza ten brak reakcji na środki, których działanie tak jest zazwyczaj wyraźne, dzieje się tak, jakgdyby jeden z dwóch komponentów układu nerwowego współczulnego był zupełnie nieczuły, niejako zesztyniały, czasami być może naskutek maksymalnego swego napięcia.

Z innych badań farmakologicznych stosowaliśmy eter i kokainę. Próby przerywania stuporu zapomocą narkozy eterowej — nie liczne wprawdzie — nie dały mi wyników dodatnich. Kokaina, stosowana w dużych dawkach (0.1), przerywa osłupienie na krótki okres czasu (najwyżej parę godzin), przyczem odsłania wewnętrzną treść przeżyć zamkniętych całkowicie chorych. Badania te omówione zostały dokładniej w specjalnej pracy¹⁾, to też poprzestanę tutaj na przytoczeniu tych jej wyników, które mogą nas specjalnie interesować. W wielu przypadkach osłupienia następowało — pod wpływem kokainy — chwilowe wyzwolenie się afektu pod postacią wybuchu, jakgdyby wyładowywały się tutaj zasoby energii, związane dotychczas i pozostające niby pod dużym ciśnieniem. Widać było wyraźnie, jak eksplozja ta wygasła i potężne zapory usunięte chwilowo przez działanie trucizny, znów wchodziły w swoją rolę.

Z badań tych wynika dalej, iż w stuporze ta blokada wyrazu dochodzi do najwyższego stopnia, podczas gdy przeżycie może wcale nie wygasnąć. Podobnie jednak jak z badań klinicznych nie wynika bynajmniej z całą pewnością, że przeżycia zachowują się w każdym przypadku stuporu, tak samo nie przemawiają za tem doświadczenia z kokainą.

Dodajmy wreszcie, że w niektórych przypadkach nastąpiło tylko zwolnienie sfery ruchowej, podczas kiedy w innych podniecenie dotyczyło jedynie sfery psychicznej, co wyrażało się w obfitym potoku słów u chorego, dotkniętego dotąd zupełnym mutyzmem.

Ten niezupełny paralelizm w podnieceniu sfery psychoruchowej ma niewątpliwie duże znaczenie teoretyczne.

¹⁾ Zur Wirkung grosser Cocaingaben auf Schizophrene. Monatschrift f. Psych. u. Neur. VIII (1925).

Analiza wyników. Teoria stuporu.

Nie wszystkie objawy osłupienia możemy już dzisiaj zrozumieć i ująć w jedną całość. Jeśli rozpoczniemy od serji somatycznej, to mamy przed sobą stan, który możemy zcharakteryzować jako blokadę układu nerwowego ośrodkowego z przewagą kory, pnia i śródmózgowia. Blokada ta dotyczy sfery ruchowej zarówno dowolnej jak i reaktywnej, dotyczy w znacznej mierze również ruchów mimiczno-ekspresyjnych. Spotykamy się z całym szeregiem objawów w dziedzinie odruchowej, wskazujących na zajęcie bądź kory bądź też wielkich węzłów. Blokada zdaje się niekiedy dotyczyć i wyższych odcinków rdzenia—wtedy mianowicie, kiedy występują objawy *automatyzmu rdzeniowego*.

Do objawów sfery pozapiramidowej należy także wzmożone napięcie mięśniowe, które zgodnie z najnowszymi badaniami doświadczalnymi, należałoby lokalizować również i w okolicy jądra czernego.

Zespoły kataleptyczne przedstawiają się w świetle analizy neurologicznej jako wyraz ubytku odruchów ustawienia, ubytku odruchów z ciała na ciało, automatozy i t. zw. indukcji ruchów. Objawy te wskazują na zajęcie pnia i śródmózgowia, gdzie zgodnie z badaniami Magnusa, de Kleyna i ich współpracowników, lokalizują się odruchy regulujące ustawienie i ułożenie ciała w przestrzeni. Natomiast objawy indukcji ruchów zdają się świadczyć o ogólnym obniżeniu poziomu czynnościowego całego aparatu nerwowego¹⁾. Takie samo znaczenie posiada inne zaburzenie natury ogólnej, które określiam jako *zaburzenie czynności przełączenia*, a które stanowi podstawę tak ważnych objawów jak manjery i stereotypje.

Zaburzenia w dziedzinie układu nerwowego roślinnego wskazują na zajęcie międzymózgowia, gdzie lokalizujemy dzisiaj wyższe ośrodki wegetatywne. Prawdopodobnie w ten sam sposób należy sobie tłumaczyć zaburzenia troficzne.

Zaburzenie funkcji przełączania, jako zasadniczej właściwości układu nerwowego ośrodkowego, ma również znaczenie dla zrozumienia strony psychicznej osłupienia. I tutaj bowiem widzimy utrzymanie się przez czas nieraz bardzo długi tych samych nastawień, czy to będą afekty, czy fantazje, czy wreszcie urojenia.

Specjalnie doświadczenia ze sztucznym przerywaniem stuporu

¹⁾ Patrz pracę moją „O odruchach położenia i ustawienia oraz o indukcji ruchów” *Neurologja Polska* IX. 1926.

zdają się wskazywać na to sztywne i niezmiennie przechowywanie się w ukryciu treści i nastawień psychicznych w minimalnej ilości.

Wspomniałem już o wcale nierzadkim *braku paralelizmu pomiędzy przerwaniem doświadczalnym stuporu w sferze ruchowej i wyrazie psychicznym* (mowa). Wynikają stąd doniosłe zagadnienia lokalizacyjne, dotyczące zaburzeń psychicznych i ruchowych w stanach osłupienia. Analiza przeżyć chorych utwierdza nas w przekonaniu o braku paralelizmu psychofizycznego w wielu przypadkach, wobec czego zasada ta w zastosowaniu do stanów osłupieniowych utrzymana być nie może.

Musimy tutaj rozróżnić zagadnienie patoplastyczne od lokalizacyjnego. Jeśli chodzi o to ostatnie, to materiał nasz nie daje żadnej podstawy do przyjęcia jednolitego związku przyczynowego pomiędzy blokadą neurologiczną a zaburzeniem psychicznym. Widzimy wszak przypadki, w których, przy zupełnej i długotrwałej blokadzie ruchowej, życie psychiczne przebiega w ukryciu wprawdzie ale bez wielkich odchyłeń od normy. Widzimy również, że ani początek ani koniec stuporu nie muszą tutaj wykazywać paralelizmu.

Analiza przeżyć naszych chorych prowadzi do wniosku, iż podczas gdy jedni odczuwają zahamowanie ruchowe jako zaburzenie pierwotne i punkt wyjścia zahamowania psychicznego, to w świadomości innych odwrotnie trudności psychiczne zdają się leżeć u podstawy całego stanu. Wynikałoby stąd, że mamy tutaj do czynienia z zaburzeniem ogólnym, znajdującym swój wyraz zarówno w blokadzie somatycznej jak i zahamowaniu psychicznym, przy czym względna intensywność obu tych przejawów zaburzenia może być różna. Hypotetycznie moglibyśmy uzależnić ją bądź od ściślej lokalizacji sprawy chorobowej bądź też od pewnych właściwości indywidualnych, danych bodaj już w samym podłożu konstytucjonalnym.

Przechodząc do ściślejszej analizy psychologicznej naszych chorych, zobaczymy przedewszystkiem, jakie wnioski dadzą się wysnuć ze sposobu, w jaki przeżywają oni samo zasadnicze zaburzenie osłupieniowe. Jak przedstawia się ono od wewnątrz? Przedewszystkiem nie wszyscy chorzy są w stanie dać jakieś wypowiedzi, stanu tego dotyczące. Ci, od których pewne dane otrzymaliśmy, podają przede wszystkim, że chcieli mówić i poruszać się ale nie mogli, rzadko kiedy przyznają chorzy, że nie chcieli. Samą tę niemożność ruchową odczuwają chorzy jako coś elementarnego, nie dającego się bliżej wyjaśnić albo też uzasadniają ją, wiążąc ją z całokształtem swojej psychiki i dając jej umotywowanie afektywne albo wręcz urojeniowe.

W tych ostatnich przypadkach zasadnicze zaburzenie stuporu zdaje się wyływać z zaburzenia osobowości.

Ale zanim przejdziemy do analizy tego ostatniego, zatrzymajmy się przez chwilę nad danymi dotychczasowymi i porównajmy je z tem co wiemy o innych podobnych stanach z patologii. Mam tu na myśli, oczywiście, stany pośpiączkowe, gdzie zagadnienie „braku rozpędu od wewnątrz” było po raz pierwszy przedmiotem systematycznych studjów. Powołując się tutaj na wyniki własnych moich badań¹⁾, dochodzę do wniosków następujących. W stanach pośpiączkowych zaburzenie zasadnicze odczuwane jest zawsze jako zaburzenie elementarne sui generis, dla którego brak jakichkolwiek motywów psychologicznych. Odpowiada, to jak się zdaje, jego lokalizacji w niższych piętrach aparatu nerwowego. I tutaj — podobnie jak w stanach osłupienia — chorzy mówią o swojej niemożności należytego wykonywania ruchów, mówią także o „braku woli”. W innym natomiast punkcie widzimy zasadniczą różnicę pomiędzy zaburzeniem ruchowym jednych i drugich. Na zamknięcie ruchowe stuporu nie wpływają zasadniczo impulsy woli ani podniety zewnętrzne, stąd stan ten, ustaliwszy się, trwa już przez czas jakiś bez zmiany w swoim nasileniu. Natomiast zaburzenie ruchowe parkinsonika zależy, jak wiadomo, w wysokim stopniu od obu wspomnianych czynników — zależność ta jest czemś wybitnie charakterystycznym, prosto specyficznym dla tych stanów. Zestawienie to poucza nas znów o odmiennej lokalizacji samego zaburzenia, które w osłupieniu o wiele głębsze i rozleglejsze, dotyczy większych obszarów aparatu nerwowego i całej osobowości. Również i w parkinsonizmie występuje zaburzenie funkcji wyłączania, które odgrywa tak ważną rolę w stanach osłupienia.

To też zaburzenie osobowości odgrywa w przypadkach osłupienia dużą rolę, którą niekiedy stwierdzają wypowiedzi naszych chorych, a której niekiedy możemy się tylko domyślać. Kiedy chorzy wiążą je z zaburzeniem ruchowym, wtedy mówią o lęku, wstydzie lub bezradności, o poczuciu swej bezwzględnej zależności od woli otoczenia, swej absolutnej niezdolności do jakiejkolwiek najmniejszej nawet inicjatywy — a jako taka odczuwana bywa każda intencja ruchowa.

Zaburzenie osobowości u naszych chorych nie może być określone w sposób jednolity, co zresztą w znacznej mierze zależy nie-

¹⁾ Psychopatologische Untersuchungen über die Folgezustände nach der Encephalitis epid. Ztsch. f. die ges. Neur. u. Psych. LXXXIII. 1923.

wątpliwie od różnorodności wypowiedzi, ta zaś od stopnia różnicowania psychicznego i zdolności do introspekcji. R. W. — nasz pod tym względem najbogatszy przypadek — wykazuje przy bliższem rozważeniu, jako momenty zasadnicze: 1) pozbawienie jaźni aktów intencjonalnych, wszelkiego poczucia i potrzeby aktywności, 2) utratę poczucia samodzielności i własnej osobowości. Stąd dręczące poczucie absolutnej zależności od otoczenia. Zaburzenia te możemy uważać do pewnego stopnia za najbardziej spotęgowany stopień znanych skądinąd zasadniczych zaburzeń schizofrenji. Wobec zasadniczej zaburzeń tych pierwotności, byłbym skłonny uważać afekty lęku i bezradności, tak wybitne u tego pacjenta, za wtórne, pochodne owych zaburzeń pierwotnych.

Ostatnie rozważanie nasuwałoby przypuszczenie, że być może i w innych przypadkach osłupienia, gdzie chorzy dla umotywowania swego zachowania się podają retrospektywnie momenty afektywne (np. powyżej opisana chora R. R.), nastawienie afektywne jest czemś wtórnem, jest wyrazem reakcji psychicznej na zaburzenie zasadnicze. A już w każdym razie możemy powiedzieć, że oba związki są tu zarówno możliwe jak i zrozumiałe.

Koncepcja ta miałaby i to znaczenie ogólniejsze, że sprowadzałaby zasadniczy obraz stuporowy, jako stan psychofizyczny, do zaburzeń zasadniczych, których działanie nie da się zawrzeć w ramach wyłącznie psychicznych ani też fizycznych, gdyż jest ono i jedno i drugie. W ten sposób czyniłyby one zadość wymaganiom, jakie musimy dzisiaj stawiać zaburzeniom osoby jako zaburzeniom ośrodkowym, z których dopiero wypływać mogą objawy psychiczne równie dobrze jak i cielesne.

Jak głęboko sięgają zaburzenia ośrodkowe stuporu, o tem od strony somatycznej najlepiej przekonać się możemy, rozważając zjawiska katalepsji. Widzimy tutaj, iż utrata intencji oraz poczucia samodzielności znajduje swój wyraz nawet w utracie elementarnych odruchów, mających na celu regulowanie ułożenia ciała w przestrzeni. W ten sposób suponowana przezemnie lokalizacja ośrodkowa tych zaburzeń stwarza możliwość ustalenia ściślejszego związku pomiędzy zaburzeniem ośrodkowym a blokadą niektórych aparatów nerwowych.

Niezmiernie pouczające okazuje się tutaj zestawienie z hypnozą, nie obce zresztą piśmiennictwu (np. *Schilder*). Przecież i tutaj widzimy, jak sztucznie wywołane centralne „zaburzenie” psychiczne umożliwia mobilizację specjalnych aparatów nerwowych i szczególnych zespołów somatycznych.

Dalsze rozważanie zaburzeń osobowości stuporu wiąże się już ściśle ze sprawą *ujmowania rzeczywistości*. Pod tym względem widzieliśmy ogromną skalę możliwości, poczynawszy od dokładnego niczem niezmiennego rejestrowania i skończywszy na stosunku do rzeczywistości onirycznym. Pomędzy temi dwoma biegunami umieścimy przypadki, w których rzeczywistość ujawniona jest wyraźnie ale przekształcona pod względem swego znaczenia — czy to pod względem nastawień afektywnych czy nawet urojeniowych.

Stany oniryczne w przebiegu osłupienia pod innymi względami — przebieg, zachowanie się — przypominają sen. Podniety rzeczywistości przenikają tutaj w sposób zupełnie szczególny, odmienny, albo też nie przenikają wcale. W przypadkach tych, i objawy somatyczne zdają się szczególnie wybitnie zaznaczone, tak że wobec najgłębszych zaburzeń całej osoby psychofizycznej musimy tutaj przypuścić zajęcie szczególnie rozległych terytoriów aparatu nerwowego a przede wszystkim blokadę kory mózgowej.

Zagadnienie percepcji rzeczywistości wiąże się bezpośrednio ze sprawą psychorodności osłupienia. Wiemy wszak z jednej strony z całą pewnością, że stany stuporu — i to schizofrenicznego — mogą występować reaktywnie, z drugiej zaś strony wiemy, jak wybitną rolę w psychologii schizofrenji wogóle odgrywa ucieczka od rzeczywistości. Możemy więc wyobrazić sobie, że w niektórych przypadkach potrzeba oderwania się od rzeczywistości stanowi punkt wyjścia dla stanu osłupieniowego, tak samo jak może być ona punktem wyjścia dla sprawy schizofrenicznej w ogólności. Proces oderwania się libido od świata realnego może iść mniej lub więcej daleko, w zależności odróżnych nie znanych nam bliżej czynników konstytucjonalnych i nabytych. Doświadczenie nasze zmusza nas jednakże do stwierdzenia, że stopień regresji libido w jednym i tym samym przypadku nie jest w całej rozciągłości i w różnych jej wyrazach jednakowy, albowiem wtedy kiedy obraz zewnętrzny, somatyczny zamknięcia się w sobie zdaje się być zupełny, prąd stawania się psychicznego może tem niemniej odzwierciedlać dokładnie rzeczywistość. Gdybyśmy i w tych przypadkach chcieli korzystać z terminów psychologicznych, musielibyśmy powiedzieć, że tutaj oderwanie się od rzeczywistości nie udało się w całej pełni. Nie byłoby to bez analogji ze sprawami schizofrenicznymi w ogólności, przy których, jak wiadomo, oderwanie rzadko kiedy jest zupełne. Pouczające okazałoby się tutaj zestawienie stanów osłupienia schizofrenicznego ze stanami stuporowymi dowolnymi, tak jak je znamy z praktyk reli-

gijnych, w pierwszym rzędzie indyjskich; tutaj świadomy i konsekwentnie przeprowadzony zamiar oderwania się od rzeczywistości zdaje się osiągać wyniki daleko idące i jednolite¹⁾.

Jeśli chodzi o zagadnienie związków psychosomatycznych, szczególnie trudne i wielokształtne wydaje się zagadnienie negatywizmu, który, jak wiadomo, w niektórych przypadkach osłupienia dochodzi do najwyższego stopnia. Nastawienie negatywistyczne z jednej strony zdaje się wypływać z całego zaburzenia osobowości, z pragnienia obronienia się przeciwko temu nieznośnemu źródłu podnieć, jakie stanowi dla chorego rzeczywistość. W ten sposób może negatywizm mieć nawet podstawy urojeniowe.

Z drugiej strony widzimy, że wzmożone napięcie mięśniowe, jako wyraz zewnętrzny negatywizmu, występuje samodzielnie zupełnie niezależnie od nastawienia psychicznego, dla którego może zresztą stać się odpowiednią podstawą a w każdym razie zostać przez nie odpowiednio wyzyskane. Niezmiernie pouczający okazuje się w tym względzie przytoczony powyżej moment z historii choroby R. W., który oświadczył, że świadomie nigdy oporu nie stawiał, „był widać taki naprężony, sztywny”. Istotnie, kiedy mu zwróciłem uwagę na maksymalne napięcie mięśni karku, uniemożliwiające jakiegokolwiek ruchy bierne, napięcie ustąpiło. Po chwili jednak, kiedy chory nie zwracał na to uwagi, znów powróciło ku szczeremu zdziwieniu chorego. Widać tutaj działanie mechanizmów neurologicznych wyraźnie niezależnych od nastawienia psychicznego. Nasuwa się tutaj wyraźna analogja ze stanami pośpiączkowymi, gdzie również impulsy hipertonusu mięśniowej występują niezależnie od świadomości chorego i mogą być nieraz przez świadomy wysiłek przezwyciężone.

Wszystko dzieje się tak, jakgdyby impulsy hipertonusu występowały tutaj w chwili wyłączenia wpływu wyższych aparatów nerwowych. Oczywiście, warunek ten nie jest ani jedyny ani konieczny. Nie jest jedyny, albowiem hipertonus nie występuje w stanach normalnego snu i niezawsze w tych przypadkach osłupienia, które najbardziej sen przypominają. Nie jest konieczny, gdyż impulsy te występują w stuporach i przy pełnym działaniu świadomości.

Wynika stąd, iż w negatywizmie stanów stuporu splatają się ze sobą czynniki somatyczne z psychicznymi, wzajemnie na siebie wpływając, przyczem punkt wyścia tego objawu może tkwić w obu biegunach osobowości. O jednolitej lokalizacji negatywizmu nie może być mowy.

¹⁾ Por. pracę moją „Metaphysik und Schizophrenie“ Karger 1923.

(Z Oddziału Psychjatrycznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego).

KOKAINIZM I HOMOSEKSUALIZM.

(Kokainizm — Homoseksualizm — Podejrzanie o zabójstwo — Nieudane samobójstwo — Ślepotą i psychozą na tle kokainizmu po postrzale czaszki — Powtórne i ostateczne samobójstwo).

podał

PLK. DR. JAN NELKEN.

D-ca plutonu żandarmerji donosi:

Dnia 12 lutego około godziny 20 m. 30 w hotelu „A” w mieście B kpt. XZ wystrzałem z pistoletu hiszpańskiego pozbawił się życia, przestrzelivszy pierś w okolicy serca, skutkiem czego poniósł śmierć na miejscu.

Przyjechał on tegoż samego dnia około godz. 4-ej pociągiem osobowym w towarzystwie swego przewodnika (kapitan był niewidomy), i zamieszkał w hotelu. Tegoż dnia koło godz. 7-ej po krótkim odpoczynku i po spożyciu śniadania wsiedli oni do taksówki już poprzednio zamówionej i pojechali do pewnej miejscowości w okolicy na cmentarz. Na cmentarzu tym odszukali grób ś. p. plut. Y. t. j. tego, „którego kpt. XZ w zeszłym roku zastrzelił”. Nad grobem tym ś. p. kapitan pomodlił się i postawił na nim obrazek „Serce Jezusa”: poczem udał się do miejscowego proboszcza, z którym miał kilkunastominutową rozmowę. Po tej rozmowie złożył drobną ofiarę na kościół, a następnie tą samą taksówką powrócił do hotelu około godziny 10-ej.

W hotelu zajął się zmarły kapitan segregowaniem przywiezionych z sobą z miejsca swego pobytu listów, a złożoną z nich paczkę polecił odnieść swemu przewodnikowi do jednego kolegi zamieszkałego w tem mieście, którego jednocześnie prosił do siebie do hotelu.

Kiedy podczas nieobecności przewodnika swego kpt. XZ. pozostał sam w pokoju hotelowym, w pewnej chwili w pokoju tym nastąpił głuchy wystrzał.

Na odgłos alarmu nadbiegł portjer hotelowy, który nie mogąc otworzyć zamkniętych od wewnątrz na klucz drzwi, wszedł przez okienko nad drzwiami i następnie drzwi otworzył. Kpt. XZ leżał na podłodze i dawał już ostatnie znaki życia. Z piersi spływała mu krew, zaś na łóżku leżał pistolet, Kpt. XZ leżał na podłodze na wznak, z lewą nogą podwinętą, był w spodniach i kamaszach, jednak bez munduru.

W mieszkaniu pozostawił listy do rodziny i władz wojskowych. Istotnej przyczyny targnięcia się na swoje życie nie zdołano ustalić. Istnieje natomiast przypuszczenie że uczynił to z powodu zabójstwa plut. Z., gdyż bezpośrednio po tym wypadku już raz usiłował pozabawić się życia. W tej sprawie toczyło się przeciw kpt. XY śledztwo sądowe.

Protokół oględzin zwłok, dokonany przez Wojsk. Sąd Rejonowy wykazał: Zwłoki ubrane w spodnie trzewiki i koszulę. Koszula mocno zbroczona krwią w okolicy lewej połowy klatki piersiowej. Zwłoki na podłodze w położeniu na wznak. W odległości 3 cm. od sutka lewego w kierunku do linii środkowej rana postrzałowa o średnicy 1 cm., brzegi nierówne, czarno zabarwione.

Śmierć nastąpiła prawdopodobnie wskutek przestrzału serca, przyczem strzał dany był z bezpośredniej bliskości. Rany wyjściowej nie stwierdzono. Wobec powyższego uznano sekcję zwłok za zbyteczną.

W pokoju hotelowym zastano zwłoki w położeniu na wznak, głowę — w kierunku drzwi. Łóżko rozścielone, na którym to łóżku znajduje się automatyczny rewolwer hiszpański, tuż obok na prześcieradle łóżka jak i na pierzynie ślady krwi. Na pierzynie — kawałek mchu zwiędniętego, medaljon Matki Boskiej, wyżej w papierze zбитy szklany obrazek Matki Boskiej. — Na stole—listy do matki, władz wojskowych i księdza,

Na rok przed powyższem zdarzeniem dnia... 1929 r. w ... p. p. do mieszkania kapitana XZ został wezwany naczelnny lekarz pułku w celu okazania pomocy „przy zamachu samobójczym”. Przy wejściu do pokoju zauważył leżącego w łóżku i przykrytego kołdrą kpt. XZ: prześcieradło i powłoka zbroczone były krwią. Stwierdzono ranę postrzałową w okolicy kości skroniowej prawej (wejście pocisku), silny wylew krwawy w obu górnych i dolnych powiekach, uniemożliwiający ich otwieranie, *krwawienie z obu otworów nosowych i kanału lewego ucha*. Wyjście pocisku nie stwierdzono. Chory przytomny, skarży się na bóle głowy. Bardzo silne podrażnienie ogólne, wyrażające się niechęcią nałożenia opatrunku, zbliżania się jakich-

kolwiek osób, jak również wzbraniem się odwiezienia go do szpitala. Po nałożeniu opatrunku ochronnego chory został odwieziony do szpitala miejskiego samochodem sanitarnym.

Na noszach sanitarnych (według protokołu oględzin sądowych przez Wojsk. Sąd Rej.) na środku pokoju spoczywają złożone zwłoki plut. Y-ka, ubrane w kompletny mundur. Głowa denata odchyłona wtył, zalana krwią, w ustach — krew płynna, częściowo skrzepła wypełnia całą jamę ustną... Przy oknie obok stojącej z prawej strony otomany — kałuża krwi na podłodze: w tem miejscu leżała pierwotnie głowa denata. Na łóżku stojącym pod oknem z lewej strony pokoju — poduszka i prześcieradło — zbroczone krwią. Na krześle koło pieca obok drzwi znaleziono mundur z odznakami kapitana, zbroczony krwią. W szufladzie biurka — list do zastępcy dowódcy pułku.

Oględziny sądowe trupa wykazały: poniżej lewego oka pod oczodołem — rana postrzałowa. Kierunek rany — równoległy do płaszczyzny środkowej ciała. Po lewej stronie skroniowej, w środku pomiędzy bocznym kątem powiek oka lewego a zewnętrznym otworem lewego ucha — rana o brzegach nieregularnych, wypełniona skrzepami krwi i strzępami mózgu. W okolicy prawego guza ciemieniowego — obrzęk ciastowaty, stwierdza się chrzęszczenie odłamków kostnych. — Sekcja sądowo-lekarska wykazała dwie rany postrzałowe: 1) w okolicy skroniowej lewej — wylot utkwiał w tkance podskórnej strony prawej na granicy kości ciemieniowej i skroniowej, 2) w lewej kości szczękowej górnej — kula biegła tuż pod podstawą czaszki.

Dalsze dane co do stanu zdrowia kpt. XZ, poprzedzające jego przybycie na mój oddział w celu obserwacji sądowo-lekarskiej są następujące:

1) Świadcstwo odnośnego szpitala miejskiego: rana postrzałowa prawej skroni, wylew krwawy do oczodołów, uszkodzenie nerwów wzrokowych i pęknięcie podstawy czaszki.

2) W szpitalu tym nie wykonano w tym wypadku żadnych zabiegów chirurgicznych.

3) Według karty szpitalnej oddziału chirurgicznego najbliższego Wojskowego Szpitala Okręgowego, do którego został odwieziony kpt. XZ. następnego dnia, „dokonał on zamachu samobójczego w tajemniczych okolicznościach” zapomocą strzału z pistoletu. Stan, skonstatowany w tym szpitalu, jest następujący: maleńka ranka okrągła średnicy 3—4 mm. w okolicy lewego stawu żuchwowo-skroniowego bez zmian zewnętrznych w skórze okolicznej. — W odleg-

łości 1 cm. od zewnętrznego brzegu prawego oczodołu, znajduje się rana, składająca się z 4 płatów prostokątnych o brzegach równych i gładkich; długość krzyżujących się pod kątem prostym cięć wynosi 3—4 cm.

Prawa gałka oczna mocno wysadzona ku przodowi, powieki znacznie obrzmiałe i zasinione, spojówki powiekowe przekrwione, duży wylew krwawy pod spojówką gałkową, rogówka zmętniała, źrenica rozszerzona i zniekształcona, zupełna ślepotą. — Lewa gałka oczna mniej wysadzona, obrzęk i zasinienie powiek dość znaczne, wylew pod spojówkę gałkową niewielki, rogówka-normalna, źrenica okrągła, nieruchoma, — zupełna ślepotą.

Pacjent niespokojny, *na morfinę nie reaguje*. — Na 6-y dzień w uśpieniu chloroformowem usunięto prawą gałkę oczną, nerw wzrokowy był przecięty przez pocisk. Mniej więcej po miesiącu do oczodołu wprowadzono protezę gałki ocznej. Dno oka lewego wykazuje zanik nerwu wzrokowego, odczuwania światła — brak. Chory zachowuje zupełną równowagę umysłu. — Przeniesiony na Oddział Psychiatryczny Szpitala Szkolnego O. S. S.

Odnośny Sąd Okręgowy przesłał akt karny kap. XZ., obwiniając go o zbrodnię z art. 516 cz. III pkt. 2 k. k. og. (pederastję z ś. p. plut. Y) oraz o zbrodnię z art. 453 k. k. og. (zabójstwo tegoż plutonowego) z prośbą o zbadanie jego stanu umysłowego w myśl par. 221 w. p. k. i o wydanie orzeczenia lekarskiego w kierunku poczytalności lub niepoczytalności badanego w chwili popełnienia zbrodni zabójstwa i uprawiania pederastji. Obwiniony w związku z usiłowanym samobójstwem posiada ranę postrzałową czaszki i jest obecnie ślepy. Zawieszony jest nad nim areszt śledczy.

Kpt. XZ znajdował się na oddziale psychiatrycznym szpitala Szkolnego Oficerskiej Szkoły Sanitarnej od dnia 16.III.29 do dnia 18.V.29, w którym to dniu został wypisany na żądanie ojca do domu. Upřednio — W dniu 30.IV.29 został na wniosek prokuratora wojkowego postawiony na wolną stopę. Dnia 25.VI.29 roku zostało o nim wydane następujące orzeczenie sądowo-lekarskie, którego ustęp końcowy cytuję:¹⁾

„Na zapytanie Sądu co do stosunków homoseksualnych kpt. XZ z plut. Z zupełnie kategorycznej odpowiedzi dać nie możemy. Wprawdzie zeznania świadków co do sposobu obcowania z plut. Y, i obserwacje świadków co do zachowania się oskarżonego na oddziale nasuwają pewne podejrzenia w tym kierunku, że stosunek homoseks-

¹⁾ Orzeczenie to zostało wydane przez lekarzy oddziałowych D-rów med. Mitkusa i Niewińskiego.

sualny mógł między nimi istnieć, gdyż podobne postępowanie cechuje homoseksualistów, jednakowoż konkretnie ten zarzut mogą zdecydować jedynie zeznania naocznych świadków lub ewentualnych współuczestników czynów homoseksualnych.

Propozycje stosunków seksualnych, robione przez oskarżonego sanitarjuszom na oddziale szpitalnym nie może być momentem decydującym, gdyż oskarżony w tym czasie nie posiadał pełni władz umysłowych z powodu uszkodzenia substancji mózgowej po postrzale czaszki.

Zarzutu ewentualnego zabójstwa plut. Z. nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć gdyż brak nam zeznań oskarżonego w tej sprawie, które by mogły wyświetlić jego stan afektywny w czasie wypadku.

Obecnie oskarżony wykazuje cechy ograniczenia umysłowego i zaburzenia psychiczne, powstałe wskutek uszkodzenia substancji mózgowej oraz ślepotę nieuleczalną wskutek uszkodzenia nerwów wzrokowych,

Wymienione cierpienia nie rokują poprawy i są niebezpiecznymi dla życia, oraz nie pozwalają aby oskarżony mógł się stawić na rozprawę sądową".

Kpt. XZ został po raz drugi przyjęty na oddział dnia 1.VII.29 a dnia 29.VIII.29 został wzięty do domu na żądanie rodziny wbrew radzie lekarza.

Dnia 27.I.30 był jeszcze raz ambulatoryjnie badany na oddziale neurologicznym tutejszego szpitala.

Dnia 12.II.30 odebrał sobie życie.

Akt karny zawiera o nim następujące wiadomości:

Urodzony jest w r. 1898. Skończył 8-io klasowe gimnazjum w Rosji, posiadał pozatem wykształcenie wojskowe. Od r. 1916 służy w armji rosyjskiej, od końca zaś r. 1918 — w wojsku polskim. Odznaczony Krzyżem Walecznych przez D-wo Wojsk Litwy Środkowej. Trzykrotnie karany w czasie służby w W. P. w r. 1923 dziesięciodniowym aresztem domowym za niewykonanie rozkazu, danego mu przez starszego oficera, w r. 1924 naganą, a w r. 1927 naganą pisemną za to, że mając służbę oficera inspekcyjnego użył słów, nie liczących z godnością oficera i obrażających wachmistrza żandarmerji.

Opinię wojskową posiadał on następującą: Sprytny, chętny, bardzo dobrze orientuje się, inteligentny, pracowity energiczny koleżeński, pewny siebie, potrzebuje nadzoru.

Miał sprawę w Sądzie Honorowym z powodu niepłacenia długów. Świadkowie zeznają co następuje:

Kpt. XZ dał się poznać w służbie wojskowej polskiej jako odważny oficer linjowy, wybitnie inteligentny człowiek i uczynny kolega. Pracy wymagającej skrupulatnej drobiazgowości nie lubił, stosunki finansowe miał stale trochę nie w porządku. Od czasu do czasu się narkotyzował.

Robił on wrażenie człowieka nerwowego, niesamowitego i nie-normalnego. Był nastrojowy i otaczał się tajemniczością. Nie utrzymywał żadnych stosunków z kobietami, nie pił, nie grał w karty, rzadko kiedy przebywał w lokalach publicznych. Mimo sprawy honorowej i danego zobowiązania robił w dalszym ciągu znaczne długi.

Musiało się nasunąć przypuszczenie, że jest homoseksualistą lub też używa narkotyków, na które się zadłuża. Jeden ze świadków przyszedł do przekonania, że nadużywa on właśnie kokainy: kapitan często leżał w dzień w łóżku, okna były zasłonięte, lampa na taburecie również przysłonięta, obok niej rozwinięty papierek pergaminowy, a na nim proszek koloru blade-żółtawego. Kapitan był bardzo blady, kazał się drugiej osobie, obecnej w pokoju odwrócić, a przez ten czas wciągał do nosa proszek. Świadek ten dowiedział się rzeczywistości o kokainie dopiero przez pisane do niego listy z poleceniem wysłania plut. Y do niejakiego W. w mieście, ażeby ten przyniósł od niego „jeden gram” i żeby cała sprawa była załatwiona cicho i poufnie, „na ucho”. Kpt. XZ. również półtora roku temu zwierzył się poufnie jednemu koledze, że jest kokainistą, opowiadał z lękiem o swych hallucynacjach, raz nawet podobno uciekł autem w bieliźnie. Coś chodziło po pokoju, wąż czołgał się po podłodze, nogi od biurka „uciekały”, tłumy małych karzełek wydstawały się z kałamarza.

Również i drugi świadek dowiedział się osobiście od kpt. XZ. o tem, że ma on nałóg kokainizmu. W pułku zresztą ogólnie o tem wiedziano i mówiono. Był on świadkiem jakichś hallucynacji, jak również jakichś wstrząśnień nerwowych, przy których kapitan miał utrudnioną wymowę. Kapitan XZ. nadużywał kokainy podobno od r. 1917. Nigdy go nie widział w towarzystwie kobiet, dziwiło to kolegów, kpt. XZ. zaczepiany o to, dawał zwykle odpowiedzi wymijające.

Plut. Y cieszył się nadzwyczajną przyjaźnią ze strony kpt. XZ. Miał on u niego według wyrażenia świadków „fory”, stale bywał u niego na kolacjach i herbatkach, weksle jego były wykupywane przez kapitana. Mówili sobie „per ty”. W obecności kapitana nie było można na niego nic mówić. Kapitan otaczał go pro-

tekcją, obiecał odkomenderować go do Ministerstwa. Na usprawiedliwienie tego stosunku kapitan twierdził, że plutonowy jest kuzy-nem d-cy baonu, co jednak jak się później okazało, nie odpowiadało prawdzie. Poza-tem plutonowy Y, pośredniczył w dostarczaniu koka-iny kapitanowi XZ. i przynosił mu często od pośrednika „jeden gram”. Otrzymywał często od niego listy ze wszystkich stron opie-czutowane, które po przeczytaniu miał zaraz spalić. Treść jednego takiego listu była bardzo dziwna, „gdyż nadawała się ona bardziej do treści pisanej przez kochanka do kochanki, aniżeli d-cy kom-panji do podwładnego”. Kpt. XZ. był pod opieką oficerów z powodu długów. Pomimo to robił długi dalej. Nie ze wszystkimi szerego-wymi był w zażyłości, zawsze wybierał z kompanji przystojnych i ładnych chłopaków.

D-ca pułku powziął decyzję oddania kpt. XZ. na obserwację jeszcze w grudniu 1928 r. na podstawie meldunków o zażywaniu przez niego kokainy oraz na podstawie wybryku jego na tle narkotycznym, (wyjazdu w aucie w bieliźnie). Idąc jednak za fachową opinią lekarza pułkowego, że stan jego nie jest tak groźny, by wymagał odesłania go do szpitala, zaniechał niestety przeprowadzenia powziętej decyzji.

Listy kpt. XZ z tego czasu do plut. Y naogół nadzwyczaj czułe, zawierały zwroty podejrzane w kierunku jakiegoś zбочenia płciowego, jak np. „*Sciskam Twego Kuksa „lub” Cyk, cyk, cyk. Twój Satanus*”.

Wreszcie ordynans kapitana dawał plutonowemu w mieszkaniu kapitana obiady i kolacje. Gdy plutonowy przychodził do kapitana, on zostawał wydalony do koszar lub do miasta. Kapitan nazywał plutonowego po imieniu i na pożegnanie całował go w czoło. Plu-tonowy często otrzymywał nocne przepustki, mówiąc że idzie „do dziewczynki”, skąd wracał dopiero nad ranem. Od czerwca 1928 r. ordynans był posyłany po kokainę. Raz dowiedział się świadek od innego ordynansa, że z pokoju kapitana uciekł jakiś plutonowy.

Z czasem wyszło na jaw, że w opinji ogółu podwładnych żoł-nierzy kpt. XZ. uchodził za pederastę o czem podobno mówiono powszechnie nie tylko w koszarach ale i mieście, w którym stał garnizon, i w miasteczkach sąsiednich¹⁾.

¹⁾ Wywiady od rodziny uzyskane na oddziale szpitalnym: Dobry syn i brat. Uczynny. Rozrzutny. Chętnie robił przyjemności. Łatwo się orjentował, prędkie, inteligentny, rzutki. Łatwo obraźliwy. Mówił niezwykłym językiem, często posłu-gując się wierszowaniem z predylekcją do wyszukiwania nazw i przezwisk. Skłon-ność do bardzo żywej wyobraźni, bujna fantazja. Któregoś dnia przysłał swoją fotografię naśladowującą jego śmierć na łóżku. W towarzystwie względem kobiet — elegancki i ugrzeczniejszy. O zбочeniu homoseksualnem u niego nie dopuszcza rodzina nawet myśli.

Stosunki pomiędzy kpt. XZ a plut. Y nabierają realnej wartości w świetle listów plut. Y-ka i notatek, kreślonych w mieszkaniu kapitana w razie jego nieobecności. Oto kilka wyjątków.

P. S. Całuję usta i oczy. Ściskam dłoń. Cyk, cyk, cyk, Stasiu.—
P. S. Całuję oczy i rączkę Twoją.—P. S. Cyk, cyk, cyk, Stasiu, Ściskam dłoń. Kochany, żegnaj Cię bo nie chcę Cię z tego słodkiego snu budzić, a ja muszę pójść do miasta. Pozostaję dla Ciebie zawsze ten sam—Y. — Całuję oczy i usta Tę — Kochany, byłem u Ciebie. ale niema Ciebie jeszcze... Proszę Ciebie nie wołaj mnie więcej dzisiaj, bo wiesz, że kompanja ma wartę i nie chcę, żeby mnie widzieli na dole, że chodzę w nocy do Ciebie. Zobaczmy się jutro rano. Żegnaj Cię i pozostaję zawsze dla Ciebie Twój Y. Całuję oczy i usta. Dobranoc.—(23.VI.28) Drogi mój, Donoszę Ci, że szczęśliwie do domu przyjechałem, jestem rad, że pozwoliłeś mi jechać do domu, ale znowu bez Ciebie jest mi jakoś smutno. Nie rób sobie kłopotu co do mnie i bądź bezemnie ten sam, tak jakbym był przy Tobie bo to przecież nie na długo i jak wrócę to znów będziemy razem. Bądź o mnie spokojny, bo nic złego mi się nie stanie Twój — Y. — (10.X.28) — Kochany, całuję oczy Twoje i usta i rączki. Czekam i tęsknię na list Twój.—Y.— Drogi mój... jestem niezmiernie rad żeśmy się pogodzili, ale wybacź że dziś wieczorem przyjść nie mogę... Twój Y. — Kochany, przetrzymajmy wszystko. bądź spokojny. Pozostaję Twój kochający Y. (notatka na kopercie obcej, pisana w domu prawdopodobnie podczas nieobecności kapitana).—Zapisek na cudzym liście: Cocaina cyk cok cok cyk Satanus. — Panie kapitanie, bardzo się dziwię, że Pan Kapitan mój list dopiero tak późno otrzymał. Myślę że list ten wystarczy Panu Kapitanowi i daje jasny dowód mojej szczerości do Pana Kapitana. Byłem wczoraj bardzo zdenerwowany przyjazdem Pana Kapitana i to jeszcze w obecności brata. Miałem nieprzyjemności w domu z ojcem. Dzisiaj wszystko jest w porządku. Jeszcze raz mówię że między nami wszystko skończone. Pozostaje — Y (pełne nazwisko).

Ostatni ten list, zrywający ten zażyły stosunek znajduje odbicie swe w dalszej zmianie stosunków życiowych między temi osobami.

Nieporozumienia te zaczęły się między nimi według zeznań matki plut. mniej więcej koło I.II.29.

Znajomy jeden widział plut. Y z jego narzeczoną. Nazajutrz spotkał go na zabawie w sąsiednim mieście. Tam będąc nieco podпиты opowiadał mu plutonowy Y, że musi wcześniej wracać do pułku, ponieważ ma służbę inspekcyjną w baonie. Mówił przytem do swej narzeczonej, że musi się pożegnać z rodzicami—z rozmowy tej wy-

wnioskował jego znajomy, że będzie on odkomenderowany do Ministerstwa, jak mu to przyobiegał kpt. XZ.

Na heteroseksualne tendencje plut. Y-ka wskazuje jeszcze następujący urywek z listu st. sierżanta A. do kapitana XZ:

..., „Dnia dzisiejszego został ukarany plut. Y przez dowódcę pułku 10-dniowym aresztem ścisłym... tylko słyszałem, że miał służbę podoficera inspekcyjnego i stał koło wartowni, miał zaczepić jakąś niewiastę. Jak się później okazało jest to żona jakiegoś B., który był osobiście u pana pułkownika”.

Również jeden z wyższych oficerów pułku radził podczas rozmowy matce plut. Y-ka, aby go ostrzegła, że ma zaniechać częstego przebywania w kawiarniach. Z tonu jakim to było mówione wnioskowała matka, że syn prowadzi żywot niemoralny i przebywa w towarzystwie niewiast.

Matka plut. Y-ka podaje co następuje.

Dnia 1.II o godz. 16 przyjechał do domu syn jej Y. Odrazu zauważyła, że był inny jak zwykle i musiał mieć jakieś zmartwienie. Już na samym wstępie oświadczył jej, że złoży podanie o zwolnienie z wojska, co matkę bardzo zdziwiło, gdyż od jesieni był on kapralem zawodowym i zachwycał się poprzednio służbą wojskową.

Gdy 1.II około godz. 21-ej syn mój Y. z bratem znajdował się na dworcu w S. zjawił się tam kpt. XZ, który przyjechał autem z B. i wezwał mego syna do natychmiastowego udania się z nim do koszar, gdzie czekają na niego trzej majorzy. Syn mój, przypuszczając prawdopodobnie coś niedobrego, odmówił temu żądaniu.

Matka Y-ka zeznaje w pułku: W dniu 3.II. syn przyjechał o godz. 16-ej do domu w stanie podnieconym i podrażnionym. Na zapytanie co mu się stało, oświadczył, że pragnąłby z ojcem pomóc na osobności. Ponieważ mąż był nieobecny i chory jest na chorobę serca i astmę skłoniła syna po dłuższej namowie do wyznania co się stało. Gdy w dniu wczorajszym przyjechał do Bydgoszczy oczekiwał go na dworcu kpt. XZ i zabrał go z sobą do prywatnego mieszkania. Po przybyciu oddalił ordynansa i zwrócił się do syna: „Co ty myślisz w tej sprawie?” — Syn odpowiedział: „Ja cię nie znam i nic o tobie wiedzieć nie chcę”. Kpt. XZ wyciągnął pistolet z groźbą „Naprzód Ty, a potem ja” z prawdopodobnym zamiarem strzelenia do syna. Wówczas syn mój rzucił się na kapitana, wyrwał mu pistolet z ręki i odtrącił go tak silnie, że kapitan się przewrócił. Korzystając z tego momentu syn mój uciekł z mieszkania kpt. XZ wraz z pistoletem, udał się taksówką do K. a stamtąd przyjechał do domu”. Bliższych szczegółów zajścia nie chciał mi

opowiedzieć i dzisiaj rano (4.II) rannym pociągiem odjechał do pułku. Zaniepokojona o życie mego syna przybyłam do d-cy pułku z prośbą o opiekę nad dzieckiem.

Przyjazd mój zdziwił syna, a gdy brat mu wyjawiał, że wszystko mi powiedział, Y. oświadczył. „Czy ty myślisz że my kapitanowi damy radę”? Ponieważ do przerwy obiadowej brakło jeszcze z pół godziny, przeto syn mój oddalił się do kompanji, zapowiadając że za pół godziny wszystko mi opowie. Udałam się chwilowo do miasta, nie przeczuwając nic złego, zwłaszcza że powiedziano mi na wartowni, że kapitan XZ opuścił swoje mieszkanie. Mniej więcej po kwadransie udałam się z powrotem do pułku. Kazano wezwać syna. Wysłany plutonowy wrócił jednak za kilka minut i oznajmił, że syna mego zabrał z kompanji kapitan XZ i niewiadomo dokąd z nim poszedł. W kancelarji spisano ze mną protokularnie opowiadanie moje o skargach syna na kapitana XZ. Po spisaniu protokołu upominałam się kilkakrotnie o widzenie się z synem, jednak stale mi tylko obiecywano, że syn zaraz przyjdzie. W końcu nie dowiedziawszy się niczego dokładnie wróciłam do domu. Kiedy wieczorem znów wróciłam do pułku. to dopiero wówczas powiedziano mi, że syn nie żyje.

Ów znajomy jeszcze podaje, że wracał dn. 4.II. z Y-kim z domu do pułku w sąsiednim mieście. Y. siedział w wagonie ponury i dziki i wcale się do niego nie odzywał. Na peronie po przyjeździe czekał kpt. XZ. Czego on tu właściwie chce? — powiedział Y. i uciekł z dworca innemi drzwiami. Kiedy świadek jadł w koszarach śniadanie wpadł wzburzony plut. Y. ze słowami: „Hast den verfluchten Hund gesehen, ich werde dir noch was erzählen“ i zaraz wybiegł.

Tego samego przedpołudnia koło godziny 10 m. 30 zjawił się kpt. XV w kancelarji dowódcy kompanji plut. Y-ka. Oficer ów zeznaje:

Na prośbę kpt XZ. usunąłem z kancelarji szefa i wówczas wyjawiał on swoją prośbę, bym pomógł mu odczepić się od kaprała. Oświadczyłem mu na to, że wszelkie zarządzenia w tym kierunku już przedtem wydałem, a teraz bardzo chętnie pójdę mu na rękę. Obwiniony rzucił mi się na szyję i zaczął mi dziękować. W końcu oświadczył, że Y ma w mieszkaniu jego jakieś swoje rzeczy i chciałby aby je stamtąd zabrał. W związku z tem prosił mnie abym pozwolił pójść Y-kowi po te rzeczy. Tu zdjął z ręki zegarek na pasku i dodał, że chciałby go podarować Y-kowi w dowód wdzięczności za uratowanie mu życia w dwóch wypadkach, wspomniał o zamachu samobójczym i o zażyciu nadmiernej dozy kokainy. Wyraziłem zgodę na zrobieniu Y-kowi prezentu z zegarka, na prośbę obwinionego kazałem Y-ka przywołać do kancelarji i powiedziałem, że ma się udać z nim po swoje rzeczy do jego mieszkania i najdalej za pół godziny wrócić i zameldować się u mnie. Na to odezwał się Y. do obwinionego, że wprawdzie chciałby się z matką zobaczyć, która czeka

na wartowni lub przy bramie. Obwiniony zapewnił że zwolni go natychmiast, skoro tylko swoje rzeczy zabierze, na co Y, przystał poczem razem z obwinionym kancelarję opuścił. — Ponieważ po upływie pół godziny Y. nie powrócił przeto wysłałem jednego z podoficerów do mieszkania kpt. XZ. celem sprowadzenia natychmiast Y-ka. Podoficer ten po powrocie zameldował, że do mieszkania nie dostał się. Wysłałem wówczas innego podoficera.

W międzyczasie D-ca pułku zaalarmował kompanję, jak się dowiedziałem później, było to w związku z przybyciem matki Y-ka do d-wa pułku. Wysłany przezemnia podoficer powrócił z wiadomością, że Y. leży na podłodze głową pod stołem, a kpt. XZ leży w łóżku. Tu wyszło na jaw zabójstwo plut. Y-ka i postrzelenie się kapitana.

Wreszcie poprzedniego dnia, w niedzielę wieczorem udał się kpt. XZ do chorążego, pełniącego służbę oficera inspekcyjnego, z żądaniem zaarrestowania plut. Y-ka, wskutek tego że ten mu skradł browning. Chorąży ów zeznaje w następujący sposób.

Od niedzieli dnia 3.II do poniedziałku dnia 4.II miałem służbę oficera inspekcyjnego pułku. W niedzielę pomiędzy godz. 18 a 19-ą przybył do pokoju inspekc. kpt. XZ. i poprosił mnie krótko bym zaarrestował plut. Y. Ponieważ kapitan wyjawiał powód swej prośby oświadczyłem że aresztować go nie mogę, nie mając jakichkolwiek podstaw. Kapitan zamiast umotywić swe żądanie poprosił mnie o sprawdzenie, czy znajduje się on w kompanji. Stwierdziłem, że Y. wyjechał na dwudniową przepustkę do domu. Oznajmiłem to kapitanowi, który nic mi na to nie odpowiedział. Dopiero wieczorem przybył do mnie ponownie, kazał usunąć trębacza i gońca, poczem powiedział mi w cztery oczy, że plut. Y skradł mu browning, nie wymieniając bliższej okoliczności ani czasu. Na chęć moją natychmiastowego przeprowadzenia rewizji w szafce plut. Y-ka, poprosił mnie kapitan bym tego nie robił z uwagi na stopień podoficerski kaprała i zaproponował mi inne załatwienie sprawy, a mianowicie bym plut. Y-ka z chwilą powrotu z przepustki zatrzymał w pokoju inspekcyjnym aż do przybycia tam kapitana, który zapowiedział swe przybycie na godzinę 7-ą rano. W obecności mojej i mojego zastępcy zamierzał obwiniony załatwić się z kapralem. Nazajutrz jednak rano zjawił się u mnie Y z tem, że widział się już z kapitanem, który polecił mu zameldować, że sprawa już została załatwiona i że wszystko jest w porządku. Oświadczeniu Y-ka dałem wiarę tem bardziej: że kapitan nie zgłosił się ani o godzinie zapowiedzianej ani też później. Uważałem więc sprawę za załatwioną".

Do tych zeznań, które niezbicie dowodzą, że między kpt. XZ a plut. Y-kim miał miejsce przed faktem inkryminowanym jakiś poważny zatarg, dołączam wreszcie, jako ostatnie, zeznanie oficera, który odwiedził kpt. XZ, już ociemniałego po jego pobycie w szpitalu. Jest to oficer, którego kazał on do siebie wezwać w dniu samobójstwa i który go zastał już nieżywego.

Jesienią 1929 był on, specjalnie zaproszony, u kapt. XZ i w ciągu kilkadziesiąt minut rozmowy został poinformowany o szczegółach jego przeżyć w przeciągu ostatnich lat. Opis samego zajścia z plut. Y. podał mu kap. XZ w trzech różnych wersjach, z których słuchający nie mógł powziąć żadnego zapatrywania na tę całą sprawę. Kiedy kapitanowi XZ zwrócił na to uwagę, wymówił się on od konkretnej od-

powiedzi, oświadczając, że to już sąd zrobi. W paczce otrzymanej przed śmiercią kapitana zastał on listy, pocztówki, puste koperty i bilety wizytowe. Kiedy przybył do hotelu zastał on już kapt. XZ nieżywego i członków komisji, spisujących protokoły.

Z listów kpt. XZ widocznym jest, że w czasie między 1.IV.29 a 4.II.29 nosił się on z zamiarem samobójczym, rozporządzając uprzednio swem mieszkaniem i prosząc korpus oficerski o spłatę długów. Między temi zapiskami znajdują się trzy notatki z datą z dnia 4.II.29 t. j. z datą dnia inkryminowanego czynu:

1) list do dowódcy kompanji z prośbą o darowanie kary plut. Y za nieobecność w kompanji do rana i nieobjęcie służby z powodu wyjazdu w pilnej sprawie.

2) notatka „W śmierci mej proszę winić plut. Y-ka, który mnie szantażował. Proszę go tylko z wojska wydalić. Proszę o to jedno, będę miał zadośćuczynienie”.

3) kilka słów do rodziny: „Innego wyjścia nie widzę. Ciężko mi. Ciężko. Módlcie się. Dawno wiedziałem, że przedwcześnie umrę”.

W niewyjaśnionym biegu wypadków wiadomem jest tylko, jak zresztą niezbitcie dowodzą tego przytoczone notatki, że kpt. XZ, który, jak to z ostrożnych wywiadów rodziny wynika, żywił zamiary samobójcze nie po raz pierwszy, przygotowywał się do tego samobójstwa. Świadczą o tem wyraźnie pisma z odpowiednią datą, znalezione u niego po powtórnym i ostatecznym zamachu samobójczym. Natomiast los drugiej osoby tego dramatu, los plut. Y-ka pozostał niewyjaśnionym i zostanie nim nadal. W jakich okolicznościach został on zastrzelony i z jakiego powodu pozostanie sprawą niewyjaśnioną. Sekcja sądowo-lekarska stwierdziła u niego dwie rany postrzałowe: z tych ran jedna z wlotem w okolicy skroniowej lewej a wylotem w tkance podskórnej strony prawej na granicy kości ciemieniowej i skroniowej wyklucza stanowczo samobójstwo, o ile nie był on wyraźnym mańkutom, na którą to właściwość u niego, jako u osoby wojskowej, nie ma żadnej wzmianki. Również i druga rana w lewej kości szczękowej górnej z biegiem kuli tuż pod podstawą czaszki—nie przemawia za samobójstwem.

Aby zakończyć z materiałem aktowym przytaczam tu jeszcze notatki, robione przez kapitana XZ na kalendarzu terminowym.

Kalendarz terminowy 1929.

- I. 1. Dzień smutny.
- 2—3. Szpieg.—Wizyta.
5. Szpieg.—I raz
6. „ II raz.

10. Był. Obietnica jutro.
 14. III raz.
 18. IV raz.
 20. Awantura arabska.
 - 21—26. Był.
 27. Od godziny 18-ej.
 - 26—28. Roman dwa razy.
 30. Zachorowałem (czerwonym ołówkiem).
 31. Pjdnn.
- II. 1. List.

Zeznania własne kpt. XZ.

Dnia. 15.IV.29. Kiedy w czasie inkryminowanym pozostawałem w mieszkaniu z plut. Y, zwracałem mu uwagę na jego niewłaściwe zachowanie się poza służbą, że nadużywał często mej grzeczności, mówiąc mi nieprawdę i niewłaściwie zachowując się względem mnie. Prosił nawet jednego kapitana, by go wziął w opiekę ostrzejszą, ponieważ wyłamał się trochę z pod dyscypliny, wobec tego kapitan ów wezwał go do siebie do kancelarji, skarcił go i dał mu rozkaz po powrocie z mego mieszkania zameldować się u niego do raportu. Plutonowy Y, będąc prawdopodobnie tem wszystkim rozżalony dopuścił się samobójstwa w mem mieszkaniu w tym momencie, kiedy siedziałem przy biurku i przeglądałem akta mej sprawy honorowej. W tym czasie słyszałem strzał, rzuciłem się do plutonowego, który się chwiał, opierając się o stół. Chciałem wyrwać mu rewolwer. Podczas tego szamotania zaczępiłem się o dywan, a przytem prawdopodobnie podwinął mi się pies pod nogi, upadłem koło łóżka na podłogę, a padając prawdopodobnie nacisnąłem język spustowy rewolweru i nastąpił strzał, którym zostałem ugodzony *w lewą stronę głowy w okolicę oka*. Rewolwer, pamiętam dobrze, trzymałem w lewym ręku. *Stwierdzam stanowczo, że nie miałem najmniejszego powodu popełnić samobójstwa* ¹⁾. Tego momentu sobie dokładnie nie przypominam i wogóle nie mogę sobie dokładnie zdać sprawy z tego, w jaki sposób zostałem ugodzony kulą rewolwerową. W czasie krytycznym byłem zupełnie przytomny, nie zażywałem żadnych środków narkotycznych, albowiem w tym dniu miałem sprawę honorową. Wykluczam wszelką możliwość, aby strzelał do mnie plutonowy. Z plut. byłem na stopie przyjacielskiej, jednakowoż kategorycznie zaprzeczam, abym z nim lub wogóle z kim innym utrzymywał jaki stosunek seksualny i wogóle nigdy takiego zbroczenia nie miałem. Powyższe oskarżenie jest w zupełności zmyślone i bezpodstawne. Zgodę na zbadanie mego stanu poczytalności dałem w stanie prawie nieprzytomnym, uczyniłem to nieświadomie, obecnie sprzeciwiam się temu wnioskowi, ponieważ uważam siebie za człowieka zupełnie poczytalnego i proszę o uchylenie wniosku badania mej poczytalności. Szczegółowe wyjaśnienia dam następnym razem, bo obecnie czuję się zmęczonym. Zaprzeczam abym kiedykolwiek zagrażał życiu plut. Y., nigdy nie przystawiałem mu rewolweru do głowy i nie groziłem mu zabiciem. Nigdy nie używałem słów „najród — ty, a potem — ja” w znaczeniu morderczem. W dniu 4.II byłem zaniepokojony nieobecnością Y, z tego powodu, że miał przy sobie mój rewolwer i obawiałem się, że może sobie zrobić co złego, a to tembardziej, że w dniu

¹⁾ Listy poźegnalne są dowodem przeciwnym.

3.II. wybiegł z mego mieszkania bez czapki, płaszczka i pasa. Udałem się wówczas na dworzec gdzie go spotkałem, kiedy powracał z domu, nie mając przepustki; zabrałem go z dworca, a kiedy przyjechałem do koszar udałem się do swego mieszkania, on zaś do koszar. Rewolwer odebrałem wtedy, kiedy byłem z nim na dworcu. Po upływie kilkunastu godzin (?) poszedłem do koszar i powróciłem do swego mieszkania wraz z Y. Z bratem plut. Y spotkałem się wieczorem na dworcu w B. na parę dni przed wypadkiem tragicznym. W dniu 3.II o godz. 14 był w moim mieszkaniu plut. Y., besztiałem go wówczas, jak zaznaczyłem już w swoim poprzednim zeznaniu za niewłaściwe zachowanie się, ale nie było wówczas żadnej walki w moim mieszkaniu, żądałem od niego zwrotu moich listów, pisanych do niego. Plut. Y. wzbraniał się oddać mi te listy, wobec czego zatrzymywałem go w swoim pokoju aż do czasu kiedy nie ukończę z nim mojej rozmowy. Kiedy zauważyłem brak papierosów a chciałem ogromnie palić, wówczas zawołałem głośno „ordynans, ordynans“, a kiedy zgłosił się na moje wołanie ordynans sąsiada, dałem mu wówczas pieniądze i posłałem po papierosy. W tym czasie kiedy dawałem pieniądze ordynansowi, Y. chciał wyjść, chciałem go zatrzymać przemocą w obecności ordynansa. W czasie tego szamotania rozsypałem pieniądze, a kiedy powstało zamieszanie, wyrwał mi się wówczas Y. i uciekł z mieszkania bez czapki, pasa i płaszczka, zabierając także z sobą i mój rewolwer. W dniu 4.II. udałem się właśnie na dworzec w poszukiwaniu Y-ka., ponieważ nie znalazłem go w koszarach i przypuszczałem, że będzie wracał do domu. Podejrzewałem go o uprawianie stosunków seksualnych, ponieważ sam mi opowiadał o różnych propozycjach czynionych mu przez mężczyznemu i jeszcze jednemu kapralowi i podejrzewałem także jednego oficera sztabowego tego pułku o zakusy tegoż rodzaju co do plut. Y. Do narkotyzowania się kokainą w zupełności się przyznaję. Kokainizowałem się od r. 1917 z wielkimi przerwami 2 — 3 lata, a będąc na ostatnim moim przydziale kokainizowałem się dość często, a w szczególności kiedy baon objął oficer, który mi robił rozmaite wtręty służbowe naocznie. Że podejrzewałem plut. Y. o pewne skłonności seksualne, może stwierdzić mój były ordynans, któremu dawałem nawet polecenie obserwować bliżej Y-ka. Podejrzewałem go jeszcze z tego powodu, że kiedyś, kiedy posłałem po Y-ka swego ordynansa, ten powrócił sam do mnie i zameldował mi, że Y. jest bardzo zły i miał powiedzieć do niego „że z tego powodu, że pilnowałem kapitana XZ, ponieważ był chory i z powodu jego nałogu straciłem 700 złotych“. Rozumiałem już znacznie później powiedzenie Y-ka w tem znaczeniu, że nie przyjął propozycji jakiegoś cywilnego seksualisty, z tego powodu że był zajęty moją osobą w czasie choroby. Zresztą w późniejszym czasie przyznawał mi się, kiedy go pytałem, że rzeczywiście uczynił mu propozycję jakiś cywilny osobnik z zadowoleniem zbroczeń seksualnych za 700 zł. Z majorem M. byłem w złych stosunkach, ponieważ wiedziałem, że mnie inwigiluje, źle o mnie się wyraża i wiedziałem także o fakcie, że otwierał moje listy prywatne. Całe podejrzenie mnie o seksualne zbroczenie, a także o zabójstwo plut. Y. powstało na skutek oświetlenia pewnych faktów przez majora, który miał nastawienie psychiczne całkiem zbroczone i w faktach które miały inne znaczenie widział zupełnie co innego; mój dobry stosunek do Y-ka inaczej sobie nie tłumaczył jak tylko tem, że jestem homoseksualistą i przypuszczam z tego powodu czytał moje listy, którym nadawał specjalne znaczenie i w tym kierunku sugerował moje otoczenie, kolegów z 62 p.p. i moich przełożonych. Na tem tle powstało podejrzenie co do zabójstwa dokonanego na osobie plut. Y. — Nie przypominam sobie wiele było oddanych strzałów w czasie krytycznym i wogóle strzałów nie słyszałem. Przypominam sobie dobrze, że w momencie krytycznym trzymałem

rewolwer, padając na ziemię w lewej ręce ponieważ prawą ręką walczyłem z Y-kiem., chcąc wydrzeć mu rewolwer., lewą ręką odebrałem mu rewolwer, kiedy rozgiętem palce prawą ręką i z tego wnioskuje, że mogłem być postrzelony tylko w lewą skroń, t. j. otwór wlotowy kuli musiał być po lewej stronie głowy. Nie przypominam już sobie, czy leżałem na łóżku, będąc ciężko zranionym, a także nie przypominam sobie faktu, bym dawał komukolwiek polecenie położenia plut. Y-ka na leżak już po fakcie postrzelenia się lub przed faktem postrzelenia się i nigdy nie było takiego wypadku, by plut. Y. leżał w moim pokoju na podłodze. Zaprzeczam kategorycznie bym kiedykolwiek pisał do plut. Y-ka listy o znaczeniu seksualnym lub miłosnym, listy były tylko serdeczne. Po przedstawieniu mi każdego listu mógłbym dać wyjaśnienia na wszelkie zawarte w nich zdania wątpliwe lub niejasne. Na dalsze pytania będę mógł dać odpowiedzi szczegółowe przy następnym badaniu, ponieważ czuję się na zdrowiu nieszczęśliwie,

Przesłuchanie w dniu 4.XI.30.

Dnia 5. I. 29 plut. Y: powiedział mi, że pewien oficer proponował mu bliższe z nim życie. Wiadomość tę otrzymałem po dłuższej rozmowie i wtenczas dopiero zrozumiałem cały stosunek wspomnianego oficera do zmarłego. Przez cały czas pobytu Y-ka w kompanji oficer ten prześladował go i gnębił, żądając i odemnie surowego traktowania go. Ja zaś poznawszy go bliżej przekonałem się, że jest to podoficer o wybitnej wartości i dużym poczuciu honoru. Za jego zalety służbowe szczerze go polubiłem i na dowód mego zaufania powierzałem mu załatwianie moich spraw osobistych, co zaś mnie do niego w zupełności przekonało, to jego niepokój o moje zdrowie, kiedy używałem kokainę. Zastanawiało mnie nieraz, z jakich powodów i pobudek oficer ów prześladował plut. Y-ka., odpowiedzi nigdy nie znajdowałem. Chcąc mu ułatwić życie wojskowe w kompanji i wogóle w pułku, prosiłem i nakazywałem aby narzekał na mnie i na kompanję w taki sposób, by narzekania te dochodziły do owego oficera, a to dlatego, że wiedziałem o nieprzyjazni jaką darzył mnie ów oficer i znając tego człowieka, jego płaski charakter, jego niski poziom etyczny, słusznie sądziłem, że każdy zły sąd o mnie będzie mile słyszany a mówiący lepiej traktowany. Istotnie odnosiło to skutek. Ten anormalny stosunek trwał przez cały r. 1928, nieraz proponowałem dzielnemu plut. Y. by stanął do d-cy pułku z prośbą o inny przydział. Po rozmowie z Y. w dniu 5. I. zdałem sobie dokładnie sprawę z istotnego położenia rzeczy. Tembardziej, że się dowiedziałem z ust owego oficera, że on i jeszcze drugi oficer odklejał moje listy, fałszywie je odpisując. Zabroniono mi robić z tego sprawy honorowej. W ciągu stycznia codziennie mówił mi biedny plut. Y. o przykrościach, które go spotykały ze strony przełożonych, zwłaszcza przypominam sobie, jak ze łzami w oczach opowiadał mi zmarły o tem jak ów oficer nikczemnie sponiewierał go w kancelarji, bezczelnie łącząc go i bezczeszcząc. W końcu stycznia wbiegał do mnie do domu, niespokojny, zapytując czy wszystko w porządku. Razu jednego powiedział mi, że on dłużej nie wytrzyma, dlatego że zagrożono mu przez kapitana degradacją, było to 25 stycznia (?). D-cy pułku w pułku nie było, do zastępcy jego nie zostałem dopuszczony. Po głębszym zastanowieniu doszedłem do przekonania, że potrzebna tu jest interwencja „zmarłego żołnierza“. Zawezwałem do siebie plut. Y. i powiedziałem że powinien jechać do domu i prosić ojca, ażeby oficjalnie zażądał a nie prosił d-cę 62 p. o bezwzględne odkomenderowanie syna do innego pułku, w motywach zaś swoich by podkreślił, że ja robię synowi przykrości. Sądziłem że taka interwencja ojca odniesie skutek i oficer ów przekonawszy się, że Y. skarży się na mnie, zaniecha go. Żałując szczerze plut. Y. i będąc do niego przywiązany, jakoteż mając dowody jego zaufania

do mnie nie widziałem innej rady jak tylko odsunąć siebie jako sprawcę niedoli jego. W dniu 18 maja prosiłem sąd o pędszą rozprawę, ale odpowiedzi żadnej nie otrzymałem, w rezultacie czego prosiłem o przyjęcie mnie na oddział chirurgiczny, na pokój osobny. Otrzymałem odpowiedź, że jako warjat, przyjęty do szpitala być nie mogę. Oburzony tem zażądałem przyjęcia mnie na oddział 2-gi z powrotem, by lekarze raczyli się przekonać, że jestem umysłowo zdrowym człowiekiem. Dnia 1 lipca zostałem ponownie wpisany na oddział psychiatryczny obserwacyjny i 10 lipca młodszy ordynator zakładu tego, niesłusznie zwącego się szpitalem, powiedział mi że jestem zupełnie zdrowym człowiekiem. Ucieszony gorąco uściskałem jego dłoń dziękując za dobrą nowinę, która pozwoliła stanąć mi przed sądem w obronie zmarłego żołnierza i honoru swego. Dnia 29 sierpnia, zaledwie w 49 dni po tem orzeczeniu lekarza zostałem wypisany ze szpitala ze świadectwem, że jestem nienormalnym umysłowo. Świadectwo to wysłał ten sam lekarz, który mi powiedział że jestem zdrowy: świadkowie — pani Celina, pani Kazimiera, pani Ludwika. Z niesłusznym i krzywdzącym orzeczeniem lekarskim nigdy się nie zgodzę, i proszę o ponowne mnie zbadanie przez innych lekarzy i nie w warszawskim oddziale 2-im Szpitala Szkolnego szkoły Podchorążych Sanitarnych. Jednocześnie proszę o krótki termin tego badania, bowiem przebywanie w domu dla chorych umysłowo jest dla mnie ciężkiem.

Karty szpitalne.

18.III.29. Jak ma zmartwienie to wacha kokainę, nałogowcem nie jest. 4.II.29 miał z plut. Y rozmowę z powodu majora N, który stał pode drzwiami i podsłuchiwał wszystko — nie twierdzi tego napewno, *ale takie ma wrażenie*. Treścią rozmowy było otwieranie listów przez owego majora do niego. Plutonowy miał weksle do płacenia. Plutonowego owego tykał. W listach plutonowy ów traktował go per „ty” z pozwolenia, nie z pozwolenia, ale z rozkazu. Miał w tym samym dniu posiedzenie Sądu Honorowego z powodu jednego weksla. Miał go wziąć do Sądu Honorowego za świadka w tej sprawie, ale ponieważ wyrażał się ujemnie o oficerach, więc oświadczył, że za karę przed Sądem Honorowym nie stanie, ponieważ jest „rozbrykany”; powinien poprzednio „przyjść do przytomności” i „zachowywać się po ludzku” a nie „całkiem się zapominać”. Odszedł od niego, podszedł do biurka i począł sobie coś notować. Plutonowy podbiegł do niego, pocałował go w ramię a potem w rękę. („Tu, zdaje się, jest jakiś pan, mam wrażenie że kobieta jakaś chodzi i ziemię zaciera”). Złapał rewolwer ze stołu i nie chciał go oddać. On wówczas powiedział: „we mnie, no proszę, bardzo proszę, tylko celnie”. Usłyszał trzask rewolwerowy, potem drugi trzask. Po drugim trzasku podbiegł do niego. Stał i opierał się o stół, zalany krwią, rewolwer miał w lewym ręku. Podszedł do niego, wziął rewolwer, chciał zrobić krok w tył, w tym momencie źle postawił nogę („pies”), albo został potracony przez psa, upadł na coś miękkiego (łóżko) i przypadkowo się postrzelił.

Ile razy zażywał kokainę, tyle razy pisał różne brewerje. W styczniu wachał kokainę przez trzy dni, potem jak zwykle pisał „brewerje”, napisał list-kartkę, że sobie odbiera życie, na to przyszedł Y. zobaczył kartkę i powiedział „co takiego, gdzie masz naboje?” i odebrał rewolwer i naboje.

Zaprzecza wszelkim homoseksualnym stosunkom. Ma wrażenie że jest umysłowo zdrów.

19.III — po wyrwaniu zęba wielokrotnie zapytuje, co teraz będzie z objadem, gdyż on nie może jeść.

20.III: Opowiada, że mu się śnił *strych, na którym leżało dużo rur. Jacys ludzie chcieli go wbić w rurę i rzucić z dachu.*

31.III. — Jada dużo i stale narzeka że mało dostaje jedzenia. Domaga się często wezwania do niego lekarza poza wizytami lekarskimi, gdyż ma ważne sprawy do zakomunikowania. Zwraca się o częste pisanie listów do rodziców i zwierzchników swych.

1.IV. Stale skarży się na dolegliwości w prawym oczodole i lewym oku, domaga się okulisty, wysyła sanitariuszy, żeby okulista do niego przyszedł na własne jego żądanie, gdyż czuje się bardzo źle. W dzień spał od godz. 14-ej do 17-ej, po przebudzeniu się prosił jeść. Po obfitej kolekcji powiada: „No, zjadłem sobie śniadanie, zaraz będzie wizyta lekarska, sanitariusze uważajcie, czy nie jest koło mnie nabrudzone”. Kiedy siostra oddziałowa starała się mu wytłumaczyć, że to już jest wieczór i wizyty lekarskie już były, chory oburzył się, że siostra go wyśmiewa.

2.IV. Od rana opowiada, że ma różne dolegliwości, *woda mu się przelewa w głowie z miejsca na miejsce* i nie może doprosić się siostry żeby pozwoliła rozmówić mu się z lekarzem. W tej sprawie w nocy co chwilę wysyła sanitariusza to po siostrę to po lekarza, opowiada, że wszyscy są przeciw niemu.

3.IV. Rano przy wizycie lekarskiej domaga się poufnej rozmowy, gdyż w obecności siostry i innych nie chce mówić. Twierdzi, że go boli oko, łopatka, noga, pięty go pieką, że ma wodę w głowie; unosi się bardzo, że na żądanie nie jest każdorazowo prowadzony do gabinetu lekarskiego, każe telefonować do mieszkania prywatnego pułk. Nelkena, żeby natychmiast przyszedł, bo do jutra będzie zapóźno. W nocy co chwila wzywa siostrę dyżurną albo sanitariuszy: krzykliwie wymaga, aby zmienić opatrunek na oko, robić kompresy na głowę, różne smarowania i t. d. i wzywać każdorazowo na żądanie lekarza obowiązkowo.

4. IV — Chory stale twierdzi że *ma wodę w głowie która mu się przelewa coraz to na inne miejsce.* Przy wizycie popołudniowej—

spał, po przebudzeniu pytał się czy lekarz już był, a gdy otrzymał odpowiedź, że już jest po wizycie, kazał sanitarjuszowi zawezwać lekarza, bo inaczej drzwi wyłamie. Krytykuje lekarzy, że go wcale nie leczą, że straci drugie oko z powodu pobytu na tym oddziale. Innym chorym obiecuje pieniądze: jak tylko otrzyma pieniądze, to da każdemu po 20 lub nawet 40 zł.

5. IV. — Żali się na różne dolegliwości, głowa boli, oko, plecy, ręka złamana, stale narzeka że jest zupełnie nie leczony, *żaden lekarz nie interesuje się nim*. Domaga się widzenia z rodziną i innymi osobami, twierdząc że celowo nie pozwalają na widzenie, że podtrzymują stronę jego przeciwników. W dzień miał dobry humor, rozmawiał z innymi chorymi i interesował się ich losem, w nocy natomiast — bardzo dokuczliwy, zasnął o 3-iej nad ranem, wyliczał szereg dolegliwości i wymagał, aby natychmiast wezwani zostali lekarze-specjaliści, gdyż dłużej tak cierpieć nie może. Kazał przynieść $\frac{1}{4}$ kila veronalu, gdyż inaczej nie uspokoi się.

6. IV. — Przy wizycie lekarskiej domaga się rozmowy poufnej w gabinecie, bo na oddziale wobec wszystkich mówić nie może. Narzeka na różne dolegliwości — bóle głowy, oka, pleców, domaga widzenia się z rodziną i szwagrem i pomimo tłumaczenia że nie ma jeszcze na to zezwolenia z sądu, stale oburza się i twierdzi że wszyscy są w zmowie. W nocy śpi z przerwami, każe sanitarjuszom dyżurnym wzywać lekarza inspekcyjnego lub co chwila dzwonić na siostrę dyżurną.

7. IV. — Rano z ironją dopytuje się, kto będzie na wizycie lekarskiej. Stale opowiada że go nie leczą i mają w tem jakiś cel, że jest celowo przywieziony do W-wy, żeby nie być leczonym, wszyscy są w zmowie z jego przeciwnikami, którzy dążą do złego. Wysłła sanitarjuszy do telefonu, aby wezwać szwagra do gabinetu pułkownika na poufną rozmowę. Gdy mu siostra wytłumaczyła że niewolno sanitarjuszom wykonywać podobnych zleceń, zerwał się z łóżka „więc ja sam idę do generała” i począł mówić różne niedorzeczności i wymyślać siostrze że nie jest żadną siostrą P. Cz. K. i że tę sprawę odda do prokuratora. On sam sobie wybierze adwokata, a nie tego co go rodzice wybrali, on nie będzie nikomu podlegać, bo jest oficerem. Opowiada, że tej nocy umarł jakiś znajomy — pod nazwiskiem Y., pytał czy go siostra nie zna, nazwiska całego wypowiedzieć nie chciał, następnie zaś szepnął siostrze, że to plutonowy, który na godzinę przed jego wypadkiem zastrzelił się. Napytanie czy to było w jego obecności, powiedział że tak, *ale nie wie czy na śmierć się zastrzelił*. Podczas obiadu w pierwszej chwili rzekł:

„nie będę jadł obiadu, bo mnie nie leczą, nie słuchają tylko pozostawili na pastwę, oddział tutejszy to nie szpital a „czeka” w Moskwie, ale bez wszelkiej namowy usiadł i kazał sobie podawać jedzenie i jadł wszystko dobrze. W nocy jak zwykle narzekał.

8. IV. — Podczas wizyty lekarskiej żali się na wszystkich że mu wymyślają, śmieją się z niego, że jest pośmiewiskiem na oddziale, z niczego nie jest zadowolony. Godzinami całemi powtarza „jestem w szpitalu, lekarza nie mogę się doprosić”. W nocy śpi z przerwami.

9. IV. — Rano zdenerwowany, wymyśla na sanitariuszy, a za chwilę każe siostrze dawać im pieniądze, po 10 lub 15 złotych. Niezadowolony z siostry dyżurnej, gdyż nie wezwała na jego żądanie okulisty, niezadowolony ze szwagra, że będąc całemi dniami w tym szpitalu nie chce go odwiedzić. Grozi, nie przyjmować pokarmów, bo nie dopuszczają do niego rodziny. Gdy podają jedzenie jada i nie wspomina, co poprzednio mówił. W nocy względny spokój.

10. IV. — Podczas wizyty lekarskiej domaga się żeby go wypisano ze szpitala, gdyż go nie chcą leczyć. Codziennie prosi o wizytę okulisty, nazywając go mistrzem. „Okulista jest celowo niedopuszczany albo poinformowany przez nieprzyjaciół, żeby go nie leczył.” Prosi żeby wezwać szwagra, aby mógł z nim porozmawiać, może być obecnem choćby z 50 żandarmów. Odgraża się lekarzom okulistom że ich pozbawi dyplomu lekarskiego. W nocy domagał się lekarza inspekcyjnego, gdyż umiera, więc ma prawo go wezwać.

II. IV. — Domaga się podczas wizyty lekarskiej aby był przedstawiony do raportu Generała Komendanta Szkoły, gdyż ma ważne rzeczy do zakomunikowania, mianowicie że go zupełnie nie chcą leczyć po prześwietleniu Rentgenem i zabiciu chirurgicznym. O 3-iej po południu domaga się aby wezwać naczelnego chirurga, bo mu zapomniał jednej rzeczy powiedzieć. Z ironją wspomina lekarzy, którzy go dotychczas z innych specjalności odwiedzali.

12. IV. — Podczas rannej wizyty zadowolony rozmawiał z lekarzem, żali się jednak, że z czyjś zarządzenia nie chcą mu leczyć oczu, prosi o sprowadzenie mu lekarza prywatnego, gdyż do tutejszych wojskowych nie ma zaufania, domaga się urzędzenia go w separacie, to się będzie dobrze czuł, nikt mu nie będzie przeszkadzał. Domaga się stałego pisywania różnych listów i podań służbowych. Domaga się o wezwanie naczelnego chirurga i lekarza okulisty wszystko jedno który będzie, byleby przyszedł. W nocy żali się na bóle głowy, płacze, śpi z przerwami;

14. IV. — Podczas wizyty porannej narzeka na lekarzy, na oddział, że nie dopuszczają go do raportu u generała. Takie porządki

mogą być tylko teraz w „matuszkie Rossieji”, bo przedtem i tam tak nie było. Domaga się żeby natychmiast telefonować do chirurga i okulisty, że ich obowiązkiem jest zaraz przyjść z chwilą kiedy oficer w szpitalu ich wzywa, odgraża się lekarzom okulistom, że *jak tylko wyzdrowieje*, to im się odwdzięczy, zakasuje rękawy i pokazuje że na pięści pójdzie się z nimi bić, używa przytem brzydkich wyrazów. W nocy był dokuczliwy, spał z przerwami.

15. IV. — Domaga się aby go przedstawić do raportu do generała, bo ma bardzo ważne rzeczy ściśle tajne mu do zakomunikowania. Żąda wezwania lekarzy-chirurga, okulisty, dentysty, twierdzi, że go trzymają tu celowo, żeby zwarjował i nie mógł być na sprawie swej i z tego korzystają jego przeciwnicy, którzy dążą do złego. — Był przesłuchany przez oficera sądowego, po powrocie z kancelarji płakał i narzekał na swój los. Twierdzi że celowo nie przyznał że do niego strzelał mjr. M. bo nie chce mu szkodzić, dowiedział się że plut. Y. nie żyje, że zginął od takiej samej kuli, jaka i jego trafiła. Powtarza z przejęciem wiersz: „Y, gdy rzucisz kuleczkę, martwiejącym palcem namacam dziureczkę”, żali się na bóle głowy, mówi że czuje jak trzeszczy mu czaszka, woda stale przelewa mu się w głowie. — W nocy spał z przerwami.

16. IV. — Rano przy wizycie lekarskiej prosi o poufną rozmowę. Po powrocie z gabinetu, powiada że zaniecha wszelkiego raportu karnego, gdyż nie wiedział, że pułkownik jest całkiem inny człowiek. Domaga się okulistów, krytykuje ich, odgraża się im na różne sposoby.

17. IV. — Przeniesiony do osobnego pokoju, jest bardzo zadowolony, twierdzi że tu prędko dojdzie do zupełnego zdrowia, chwali sobie, że tu mu dobrze i że nie pozwoli, aby go gdzieindziej przenieść na drugi oddział. — Domaga się żeby mu pisywać różne listy, każe chorym kupować papierosy i dawać jedzenie. — W nocy bardzo dokuczliwy, sypia mało.

18. IV. — Podczas wizyty lekarskiej odgraża się lekarzom okulistom, że ich będzie skarżyć do sądu za nieuczciwe leczenie go, twierdzi, że naogół nie są oficerowie. Naogół jest bardzo natrętny i dokuczliwy. — W nocy spał mało, ciągle wołał sanitariusza siostrę kazał posyłać po lekarza dyżurnego.

20. IV. — Spokojny, rozmawia chętnie ze wszystkimi, twierdzi, że sam widzi, że nie miał słuszności, narzekając na wszystkich że są wrogo do niego usposobieni, przeprasza, o ile czem obraził każdego z otoczenia, płacze, często wspomina plut. Y. ubolewa nad nim że tak młodo zginął. Żali się na częste bóle głowy. W nocy zupełnie nie spał.

21. IV. — Spokojny podczas rannej wizyty niema żadnych skarg, po południu widział się i długo rozmawiał z rodziną. — Noc była względna.

23. IV. — Rano rozmowny, wesoły, zadowolony, że się nim interesują wszyscy. O godz. 10-ej zaprowadzony na drugi oddział szpitalny do badania, po powrocie bardzo podniecony, wymyśla na lekarzy którzy go badali, że to nie było badanie, a męczarnie, aby prędzej zakończył życie. W nocy bardzo dokuczliwy, nie spał zupełnie.

24. IV. — Dokuczliwy bardzo, ironiczny względem wszystkich. Jada dobrze. W nocy sypia mało.

26. IV. — Krytykuje wszystkich lekarzy, chirurgów i okulistów, uważa siebie za ofiarę gdyż na nim robili doświadczenia lekarskie. W nocy był bardzo dokuczliwy.

27. IV. — Domaga się koniecznie leczenia przez chirurgów, gdyż mu zależy być zdrowym i stanąć przed sądem, uprzedza się do wszystkich, jest bardzo złośliwy. W nocy spał mało.

28. IV. — *W nocy robił trzem sanitarjuszom propozycję stasunku płciowego.*

1. V. — Rano podczas wizyty zachowuje się względnie grzecznie, opowiada o swoich dolegliwościach czuje się dobrze, ale jest zły, że go nie chcą operować. Twierdzi, że naczelny chirurg wie o tem że operacja byłaby niezapłaconą, bo nie ma p'ienędzy. Nie jest bogaczem, więc może umierać i tak. Żali się często na bóle głowy. W nocy — możliwy, spał z przerwami.

3. V. — Zdenerwowany. — *Czuje, że w każdym jedzeniu są jakieś owady, podczas jedzenia mięsa opowiada, że są to przekrojone węże, krzyczy przytem i zachowuje się dziwacznie.* Jada dobrze, bardzo wybredny. W nocy rozmawia z sobą, stale twierdzi że przychodzi do niego co noc zmarły plut. Y., klęczy przy jego łóżku i opowiada różne rzeczy z pułku o mjrze N. — W nocy spał z przerwami.

4. V. — Zawiadomiony o postawieniu na wolną stopę, występuje natychmiast z krytyką: „boją się mnie i zwolnili z więzienia, nic im nie pomoże“. Pisuje listy, krytykuje oficerów ze swego pułku, wymyśla sanitarjuszom, wypędza z pokoju a następnie ich przeprasza, każe się tytułować najjaśniejszym panem królem, ich tytułuje kamerdynerami. Jak który sanitarjusz wchodzi to ma się meldować.

7. V. — Zły na lekarzy, że go nie chcą leczyć, twierdzi że są oni w znowie z jego przeciwnikami, wymyśla im, że są szuje i ge-

szefciarze i twierdzi, że przekonania jego są pewne, on się nie myli. *W nocy zbudził się z krzykiem, że żmija siedzi na brzegu łóżka i patrzy mu w twarz z profilu jednym okiem, boi się ręki z pod kołdry wyciągnąć, gdyż chwyci ją żmija natychmiast.*

8. V. — Prosi podczas rannej wizyty, ażeby pułkownik wpłynął na chirurgów żeby koniecznie go leczyli i operowali, zależy mu na życiu z dwóch powodów: ma starsuszków rodziców i chce stanąć przed sądem. Po wizycie był zdenerwowany, krzyczał, wymyślał, zabronił, aby który z lekarzy podczas wizyty popołudniowej wchodził do jego pokoju, — „nie są tego godni”. — W nocy — spokojny.

10. V. — *Żali się na bóle gardła i języka, ma wrażenie, że są na języku robaki, które stale się ruszają i przeszkadzają podczas jedzenia.* W nocy — bardzo dokuczliwy, nie spał zupełnie.

12. V. — Rozżalony na rodziców, że go nie chcą brać do domu, posądza o namowę w tym kierunku swego szwagra, odgraża mu się w różny sposób, pisuje do niego listy oburzone. — Żali się na ból głowy. — W nocy był spokojny ale spał mało.

13. V. — Naogół czuje się dobrze, zadowolony, siedział długo w ogrodzie. Sypia stale w dzień, w nocy nie spał zupełnie, rozmawiał z samym sobą.

14. V. — Po zbadaniu go przez cywilnego specjalistę chorób gardła i uszu z miasta był zadowolony przez kilka godzin. — Oповіда potem, że jednak i ten lekarz zmienił się dla niego również jak wielu innych osób na jego niekorzyść. — Stale wysła sanitariuszy do szwagra, że ma ważne sprawy. — Płakał, dlaczego jest tak nieszczęśliwy i nie może znaleźć się w gronie osób zdrowych, a jest zamknięty pomiędzy umysłowo chorymi i ma siedzieć z nimi do śmierci. Twierdzi, że w tym miesiącu umrze. Chodzi mu o to tylko, żeby mógł stanąć przed sądem i wytłomaczyć, że zarzuty które mu robią są niesłuszne. Winowajca jest kto inny a nie on. W nocy względny spokój.

15. V. — Rano bardzo zdenerwowany, skarży się na różne dolegliwości, nie pozwala się wyprowadzić na ogród, jada bardzo mało. Podczas widzenia się z rodziną bardzo się denerwował i robił wymówki, że żadne kauce są nie potrzebne, (rodzina pozorowała niezabieranie chorego do domu niemożnością złożenia sądowi wysokiej kauce), to jest tylko robienie z niego głupiego. Mimo perswazji rodziny nie chciał na widzeniu z nią dłużej siedzieć i pożegnał się. Uspokoił się dość szybko. W nocy nie spał, ale był zupełnie spokojny.

17. V. — Rano podczas wizyty lekarskiej rozmowy, wesoły,

opowiada różne rzeczy, jest dowcipny. W przeciągu dnia żalił się na bóle głowy. Naogół spokojny w dzień i w nocy. — Spał mało.

16. V. — Zabraný za rewersem do domu.

Badania lekarskie.

Szp. Okr. Oddz. Chirurg. Przybył 5.II.29. Odszedł. 16.III.29.

Rozp. lek.: Rana postrzałowa czaszki z uszkodzeniem nerwów wzrokowych.

Wczoraj o godzinie 13-ej w tajemniczych okolicznościach dokonał zamachu samobójczego za pomocą strzału z pistoletu, pierwszej pomocy udzielił lekarz oddziałowy, poczem odwiózł chorego do szpitala miejskiego.

Stan obecny: W okolicy lewego stawu skroniowo-żuchwowego znajduje się maleńka ranka okrągła średn. 3 — 4 mm., skóra okoliczna zmian zewnętrznych nie wykazuje.

W odległości 1 cm. od zewnętrznego prawego brzegu oczodołu znajduje się rana, składająca się z 4 płatów prostokątnych o brzegach równych i gładkich; długość, krzyżujących się pod kątem prostym cięć wynosi 3 — 4 cm.

Szpital Szkolny Of. S. San, (w czasie pierwszego pobytu).

19. III, 29. *Badanie układu nerwowego.* — Podczas badania pod spodem podaje, że zdaje mu się, że widzi, jak kobieta wyciera podłogę. Po chwili pyta się, czy w pokoju niema psa, gdyż zdaje mu się że go widzi. Na czole prawą szparę oczną przykrywa opaska. Brak prawego jabłka ocznego. Lewa źrenica szeroka, na światło nie oddziałuje. Osłabienie lw. n. odwodzącego. Przy spojrzeniu na prawo lewa gałka oczna dochodzi tylko do linii środkowej. Pozostałe nn. czaszkowe — bez zmian. Pozatem układ nerwowy bez zmian. (Odruchy głębokie — żywe, równe, dermografizm czerwony średniego stopnia. Czucie prawidłowe).

20. III. 29. *Badanie okulistyczne.* — Oko lewe: Brak poczucia światła. Spojówka nieco przekrwiona, rogówka gładka, przezroczysta, tęczęwka o budowie prawidłowej, niezmienionej. Źrenica dość szeroka, na światło nie reaguje. Ruchy gałki nieco utrudnione, przy patrzeniu w prawo gałka nie dochodzi brzegiem rogówki do kąta zewnętrznego. Dna oka wobec miejscowych trudności technicznych nie można zbadać. Pożądane skierowanie na oddział oczny.

23. III. Na oddziale ocznym: Oko lewe: Visus — brak poczucia światła. Środowisko przeziernie bez zmian. Źrenica nieco rozszerzona, nierówna, nie reaguje na światło. — Porażenie m. recti ext.

Na dnie oka: Tarcza n. wzrokowego blada, zanikowa, naczynia znacznie zwężone. W okolicy plamki żółtej — wylew krwawy, ulegający wessaniu, dookoła plamki zanikowe ogniska siatkówki.

12. IV. 29. — Badanie oka lewego: atrophia simpl. n. optici sin.

26. III. 29. *Badanie uszu*: Ucho lewe — po doszczętnej operacji. Ucho prawe—zmian chorobowych nie stwierdza się.

11, IV. 29. *Badanie chirurgiczne*. W okolicy skroniowej prawej blizna krzyżowa wielkości 3 cm. na 3 cm. utrwalona, *prawdopodobnie pochodzenia operacyjnego*, oraz blizna wielkości ziarnka grochu w okolicy lewego stawu żuchwowego, zgrubienie kostne i tkanek miękkich tej okolicy. Upośledzenie sprawności stawu żuchwowego lewego. Wskazane badanie rentgenologiczne czaszki.

Badanie układu nerwowego: Przy siadaniu gwałtownem i ruchach głowy słycać chlupanie wyraźne w czaszce.

17. IV. — *Badanie chirurgiczne*. Narzeka na bóle głowy i bóle w prawym ramieniu. Podczas badania daje się stwierdzić głośne chlupanie płynu w czaszce. Chlupanie tego płynu wyczuwa również sam chory: jest koniecznem zbadaniu chorego przez neurologa w celu powzięcia decyzji co do zabiegu operacyjnego.

22. IV. *Badanie neurologiczne* — lewa źrenica owalna, na światło nie reaguje, lewa gałka oczna ustawiona nieco nazewnątrz, ruchy ku górze i dołowi upośledzone, ruch ku wewnątrz zniesiony. — Usta otwiera nieco mniej szeroko, uskarżając się na bóle w stawach żuchwy. — Czucie: na prawej połowie ciała odczuwa ostrzej uklucia, Węch upośledzony obustronnie. Wskazane: nakłucie lędźwiowe i badanie cytologiczne krwi.

23. IV, Punkcja lędźwiowa na oddziale nerwowym nie udała się.

25. IV. Punkcji tędźwiowej na żądanie rodziny zaniechano.

14. V. — *Badanie otolaryngologiczne przez lekarza cywilnego*. Przewód zewnętrzny lewego ucha wypełniony zaschlą ropą. — Przerostowy nieżył śluzówki nosa. Brak perforacji przegrody nosowej. Umiarkowany nieżył gardła i rozpulchnienie migdałków.

W czasie drugiego pobytu:

19. VIII. 29. *Badanie uszu*. Stan po trepanacji lewego wyrostka sutkowego, Z przewodu sączy się wydzielina ropna. Chory winien starać się nie dopuszczać wody do ucha i samemu nie dłużyć. — Sączek sterylizowany ze spirytusem bornym.

23 i 27. VIII. 29. *Badanie okulistyczne*. Nieznaczne przekrwienie oczodołu. Przemywanie roztworem kwasu bornego.

27. I. 30. *Ostatnie badanie ambulatoryjne na oddziale nerwowym*.

Obecnie czasem dokuczają mu bóle głowy bądź w okolicy uszu,

bądź czoła. Po wyjściu z szpitalu czuł się coraz to lepiej. W ostatnich tygodniach źle sypia. Niekiedy w lewym oku zjawiają się świetlne pręty. Na lewe ucho źle słyszy od czasu kontuzji na wojnie. Przeważnie jest spokojny i zadowolony, zatargów nie miewa, czasem denerwuje się na służącego, wówczas boli go głowa. Treść czytanych książek pamięta dobrze. Grywa w szachy z pamięci.

St. praesens: Czaszka bolesna na opukiwanie w okolicy czołowej przedniej, ciemieniowej obustronnie do linii przechodzącej przez szczyt czaszki i obydwa otwory zewnętrzne uszne. Przysłuchem doskonale słycać szmery oddechowe po obu stronach okolicy czołowej, nieco ku tyłowi, dalej ku tyłowi po stronie lewej. Żrenica lewa reaguje na przystosowanie i zbieżność, na światło nie reaguje zupełnie. Żrenica ta zwęża się i przy patrzeniu wdół. Ruchy gałki ocznej lewej nie dochodzą do wewnętrznego kąta, przy ruchach na zewnątrz, gałka przesuwana jest nieco ku górze. Pozostałe poza wzrokowemi nerwy czaszkowe zmian nie wykazują,

Rentgen.

11.IV.29.—L. pr. 3033/29.

Na zdjęciach czaszki widać w okolicy płatu czołowego lewego jamę w przybliżeniu okrągłą o średnicy 8 cm., do połowy wypełnioną płynem. Jama ta dochodzi do bocznej ściany czaszki i oddzielona jest od niej warstwą substancji mózgowej grubości około $1\frac{1}{2}$ —2 cm., zaś ku środkowi sięga do linii środkowej ciała. Ściany tej jamy są bardzo gładkie.

23.IV.29.— Zdjęcia dodatkowe w kierunku bocznym, wykonane przy ułożeniu chorego raz na grzbiecie, drugi raz na brzuchu, pozwalają uzupełnić obraz otrzymany ze zdjęć poprzednich danymi co do dna jamy. Ze zdjęć tych okazuje się, że dno jamy poprzedniej części dochodzi bezpośrednio do kości, tak że sięga ona do kości sitowej i stropu oczodołu, natomiast tylna część jamy znajduje się w substancji mózgowej prawdopodobnie ponad komorą boczną.

W przedniej ścianie jamy widać na ścianie jej cień bardziej intensywny o zarysach okrągłych, który nasuwa podejrzenie odłamu kostnego. Ten ostatni wniosek jednakże budzi pewne zastrzeżenia, a to ze względu na ostre i okrągłe zarysy cienia.

16.V.29.—L. pr. 4500/29.

Na wykonanym zdjęciu nie stwierdza się opisanego poprzednio poziomu płynu z gazem po nad nim.

18.VI.29.—L. pr. 5849/29.

To samo.

29.I.30.—L. pr. 913/30.

Kości sklepienia czaszki naogół nieco ściągnięte. Żyłki śródkości w zakresie tylnej jamy czaszkowej porozszerzane. Duże zniekształcenia kostne widoczne w obrębie blaszki sitowej i dna przedniej jamy mózgowej a także w częściach kostnych w głębi oczodołów i w okolicy małych skrzydełek kości klinowej.



Rys. 1.

Zdjęcie czaszki profilowe, wykonane w pozycji siedzącej. Widoczna jama powietrzna z poziomem płynu.

Jak widać z powyższych obrazów miało się do czynienia z uszkodzeniem stropu oczodołu lewego, komórek sitowych i blaszki sitowej. Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego razem z krwią powodował stopniowe wchodzenie powietrza do jamy czaszkowej, które

z czasem zebrało się w większej ilości, wypełniając częściowo przestrzeń podoponową w okolicy blaszki sitowej, częściowo zaś jamę urazową w płacie czołowym. Jama ta nie uzyskała połączenia z komorą boczną tak, że ta ostatnia nie wypełniła się powietrzem.

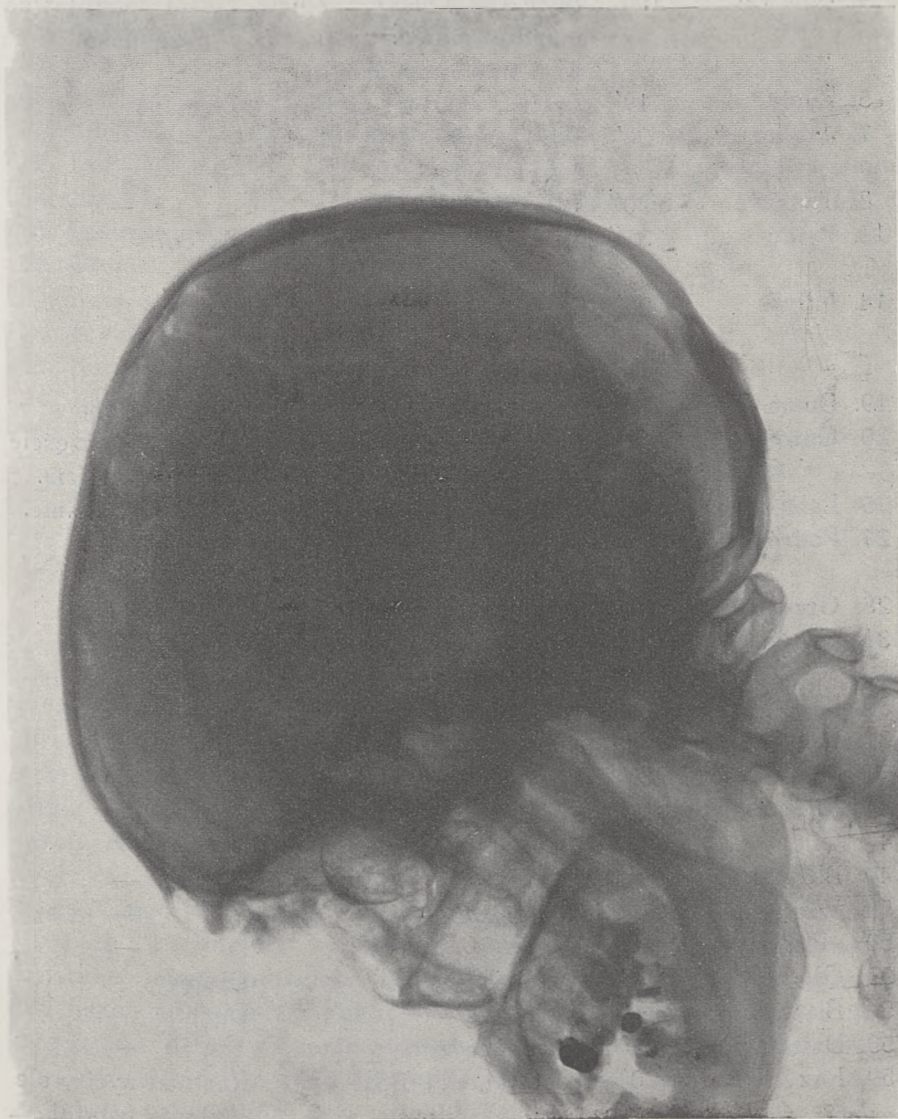


Rys. 2.

Zdjęcie profilowe, wykonane w pozycji leżącej na grzbiecie. Odsłonięta przednia część jamy.

Postrzał więc spowodował tutaj odmě pourazową podoponową i śródmózgową (*Hydropneumatocele traumaticum cerebri*) płatu czołowego lewego. Odma ta w ciągu kilkunastu tygodni znikła wskutek wessania się powietrza, pozostały jedynie ślady znacznych uszkodzeń kostnych.

Przypadek ten został z punktu widzenia radiologicznego opisany przez W. Zawadowskiego „Pourazowa odma czaszkowa”, W-wa 1930), skąd też czerpię trzy zdjęcia radiologiczne, ilustrujące ten przypadek.



Rys. 3.

Zdjęcie profilowe dokonane w 15 miesięcy po wypadku. Widoczne zniekształcenie dna przedniej jamy czaszkowej.

Doświadczenie kojarzeniowe (21.III.29).

1. Głowa	15''	Moja głowa biedna	Moja
2. Zielony	75''	Zielony... domy zielone	Dom
3. Woda	21''	Ciepła woda do mycia	Zimna
4. Śpiewać	100''	Boże coś Polskę... śpiew mogilny jakiś... pochowa- ny... nad moją mogiłą.	Pieśni modlitewne pozgonne...
5. Życie	19''	Życie... smutne, ciężkie	Złamane
7. Jabłko	26''	Jabłko, pokrajane płasko, żebym mógł zjeść ..	—
8. Tańczyć	20''	Tańczyć... menueta	—
12. Pytać	35''	Za co mnie spotkało nie- szczęście?	Za co?
14. Miły	95''	(wzruszony)... człowiek... miłe wspomnienia prze- szłych lat...	Wyraz
19. Duma	80''	Zadrażnięta	Nadwyrężona
20. Gotować	28''	Innym nieszczęście jest podłością	Komuś nieszczęście jest podłością...
25. Lampa	32''	Moja zaczyna gasnąć ..	Życia mego gaśnie...
27. Podróż	20''	Na cmentarz pociąga mnie od kilku dni	Poślubna
28. Grzeszyć	40''	Jest źle	—
31. Matka	20''	Święta, dobra i bardzo kochana	—
32. Kłuć	39''	W serce	—
33. Litość	34''	Nademną	—
36. Umierać	19'	Zaraz	—
40. Płakać	26''	Nad losem	Nademną
42. Obcy	35''	Duch	Człowiek
44. Bić	34''	W honor	—
50. Wolny	15''	Od zarzutów	—
50a. Plutonowy	20''	Y.	—
53. Głód	25''	Przenikliwy	Czuję
54. Biały	15''	Jak dusza	Duch
55. Dziecko	22''	Nowonarodzone	—
59. Raz	20''	I ostatni, daj Boże	Raz w życiu, ale chyba ostatni
60. Pogardzać	30''	Pogardzać... takimi ludź- mi, którzy w takie nie- szczęście mnie wtrącili...	Ludźmi...

64. Kochać	15"	Rodziców	—
66. Wielki	35"	Szubrawiec	Czyn
67. Kłótnia	30"	Bez powodu	—
71. Kwiat	32"	Życia mego więdnie	—
72. Badać	45"	Rzekomo o zbrodnię	—
76a. Strzał	15"	W próżnię	—
78. Jasny	42"	Promyk	—
80. Kłamać	15"	Jest źle	—
81. Spokój	20"	Wewnętrzny	Ducha
83. Brat	25"	Nie odwiedza	Zapomniał o mnie.
84. Bać się	69"	Nieszczęścia rodziców	—
85. Dziewczyna	15"	Kochana	—
86. Głupi	59"	Człowiek	—
87. Kara	38"	Niezasłużona	—
88. Wybierać	35"	Losy	—
89. Bocian	30"	W dziobie niesie dziecko	—
94. Zadowolony	80"	Z uczciwych	—
96a. Zabójstwo	25"	Jest zbrodnią i grzechem śmiertelnym	Jest grzechem ciężkim.
97. Miesiąc	45"	Minie	—
99. Krzywda	12"	Moja	—
100. Chwytać	25"	Za gardło	—

W kojarzeniach przy psychozach organicznych znalazł *Bleuler* zmniejszenie ilościowe pojęć poszczególnych, zwolnienie czasu kojarzeń, egocentryzm i persewerację. *Brunschweiler* znalazł w analogicznym doświadczeniu kojarzeniowym zwolnienie czasu kojarzeń, zubożenie pojęć, tendencję do perseweracji i niemożność odpowiadania jednym słowem. *Voss* poza uszczupleniem kojarzeń znajduje częste reakcje egocentryczne i orzeczeniowe. Podkreśla on łatwe nużenie się tego rodzaju chorych podczas doświadczenia kojarzeniowego. Najgorsze wyniki miał on przy uszkodzeniach płatów ciemieniowych i czołowych. *Von Rhoden* znalazł w takich wypadkach 72% kojarzeń przedmiotowych, 10% kojarzeń słownych i 18% mylnych lub braku odpowiedzi. Podkreśla on ubogie kojarzenia wogóle, tendencję do definicji, persewerację. Największe zmiany patologiczne kojarzeń istnieją według niego przy uszkodzeniach płatów ciemieniowych, najmniejsze przy uszkodzeniach płatów czołowych. Charakterystyczne dla uszkodzeń mózgu są więc: bardzo liczne braki kojarzeń i kojarzenia mylne (prawie 1/5), wybitna przewaga kojarzeń przedmiotowych (7/8) w przeciwieństwie do kojarzeń słownych

(I/8). Pozatem — perseweracja, skłonność do definicji i częste ubóstwo pojęć.

W badaniu kojarzeniowem rzuca się przedewszystkiem w oczy zwolnienie czasu kojarzeń które poza nielicznymi wyjątkami waha się od 15' do 100'. Następnie rzucają się w oczy liczne konstellacje kompleksowe: doświadczenie odzwierciadła wyraźnie kompleksy badanego w związku z przeżytym dramatem, nieudanem samobójstwem, z następczą utratą wzroku i chorobą „głowy”. W związku z tem rzuca się w oczy wybitne egocentryczne zabarwienie kojarzeń i ich typ podmiotowy, obfitość kojarzeń osobistych, affektywnie znacznie zabarwionych. Kojarzenia najczęściej ujęte są w całe zdania lub ich urywki, łączące się z wyrazem sygnałowym, który to typ kojarzeń może się zdarzać w różnych przypadkach, tak że trudno mu jest przypisywać samemu przez się jakiegokolwiek znaczenie patognomiczne. W każdym razie ze względu na częstość tej reakcji w przypadkach niedorozwoju lub otępienia umysłowego niebędzie błędem i w tym przypadku („jabłko pokrajane płasko, żebym mógł zjeść”) uważać tego rodzaju kojarzenia, jako skutek otępienia organicznego. Zafalszowanie odtwarzania, aż nazbyt częste, również jest dwustronnie uwarunkowane — przez konstellacje affektywne i organiczną trudność zapamiętywania wrażeń. Nieodrywanie się od formy gramatycznej nie wychodzi na jaw w kojarzeniach, natomiast często pojawia się w korespondencji chorego w jednym jedynie zwrocie, który może być uznany za zwrot zmanierowany tembardziej przy wybitnej skłonności do rymowania („Dobry Boże dopomoże, bo inaczej być nie może”).

Naogół trudno tym kojarzeniom odmówić podobieństwa do kojarzeń padaczkowych.

Listy, dyktowane na oddziale szpitalnym.

Do Pana D-cy pułku (prośba o przysłanie szczegółowo wymienionych rzeczy). Posłusznie i pilnie oczekiwac będę odpowiedzi i przysłania rzeczy przez umyślnego kurjera, na czem zależy mi bardzo.

Wielce Szanowny, bardzo kochany i sprawiedliwy dotąd dla mnie panie Pułkowniku, Dowódco. Źle jest ze mną. *W głowie się rusza*. Badali mnie najwybitniejsi lekarze i, o ile będzie operacja (trepanacja czaszki), wtedy będę uzdrowiony albo z żyjących wykreślony. A teraz moja opowieść. Leżąc w szpitalu na życzenie Mamci Drogiej zostałem dnia pewnego przez księdza proboszcza wypowiadany i przyjąłem komunję świętą. Wzruszony do głębi dobrocią Wielebnego księdza, leżałem już parę godzin w łóżku, gdy nagle zjawił się w moim pokoju kpt. sędzia śledczy. Po kilku zdaniach dowiedziałem się że jestem oskarżony o zamach morderczy na ś. p. Y-ka, dalej akt oskarżenia zarzucał mi czyny niemoralne, kokainizm. W głowie mi się zakręciło. Z rozmowy wynioskowałem, że Y-czek nie żyje. Wzru-

szony do głębi spowiedzią i niespodziewanemi dla mnie zarzutami sędziego śledczego, zarzutami podłości, uczulem zamęt. Pamiętałem tylko nazwisko swoje, imiona rodziców. *Od zeznawania odmówiłem się bo nie wiedziałem o czym mam zeznawać.* Zachowanie moje było trochę nieprzytomne, na skutek czego sędzia śledczy zaproponował mi widocznie badanie psychiatryczne. Na wszystko się zgadzałem, podpisałem protokoły i w rezultacie Twój, Panie Pułkowniku, dowódca kompanji znajduje się obecnie w domu obłąkanych. Byłem na razie na sali ogólnej, ale od tygodnia dostawałem pokój osobny i tu się uspakajam. 15 kwietnia zawezwany zostałem do sędziego śledczego — pewnie stanąłem przed nim i śmiało — zaczęły się badania. W trakcie badania gdy chodziło o stwierdzenie jakiegoś szczegółu chciałem się już powołać na światka Y-ka, ale mnie coś tknęło i spytałem: czy żyje Y? Odpowiedź: o nie, zmarł.—Łzy bluznęły mi z oczu. Po paru chwilach pożegnałem, bo zeznanie było skończone. Od tego czasu czuję się całkiem złamany moralnie. Jak mógłbym mordować Y-greczka, który dwukrotnie ratował mi życie, opowiadałem o tem oficerom pułku. Podłe oskarżenia wysrane z palca przez tych, coby mnie w łyżce wody utopili. Pan mjr. N. chciał bym go nazwał Maratem, mam prawo zwać jego moim i Y-czka nikczemnym katem. Miałem dobre oczy i dobry wzrok: w głupocie swej nie dojrzałem węzów w postaci mężów. Teraz będąc ślepy na jedno oko, drugiego nie mam, widzę zdala te gadziny, niestety padliny. Mścić się nie będę. Julusz Słowacki w imieniu boleści Polaków spiszową odezwał się mową: Piramidy — czy wy macie takie trumny, sarkofagi, aby miecz pochować nagi, naszą zemstę w tym bułacie pogrześć i zabalsamować i na wieczne czasy schować? Wejdz z tym mieczem w nasze bramy, takie trumny mamy. Ja—powiem inaczej — Majorze Maracie — mój i Y-czka nikczemny kacie. Piramidy — czy wy macie takie trumny, sarkofagi, aby miecz pochować nagi, swoją zemstę w tym bułacie rzucić w dół nie balsamując i wieczności darowując, by z N-skim nie igrając i pogardę w dumie mając, nie chcę się pojedyńkiem—poniżyć nie z honoru synkiem. Wejdz z tym mieczem za kolumny, tam zdaleka ujrysz wieka pół otwartej zapomnienia krzywdy trumny. Przez ludzi poniżony, a zanim umrę pohańbiony. Wtenczas moje zimne włókni z Maratem N-skim stawiać będą ciche kroki, Bo twoja ręka nawet jasne czoła brudzi. — Kochany Panie pułkowniku, prosby konającego są warte wysłuchania: 1) W najbliższym czasie przybędzie mój ojciec dla zorientowania się w powikłanych moich interesach i zabrania rzeczy moich. Dla Rodziców Najdroższych niech służą pamiętką ich syna, którego, Panie Boże, jaka była wina? Proszę posłusznie by st. szer. A opiekował się ojcem moim tak jak dawniej mną. Panie Pułkowniku, ojciec mój ma siwe włosy, Staruszek drogi, którego ściskam zawsze kolana i nogi, niech nie dozna krzywdy ze strony Marata arcyposubrata. 2) Posłusznie proszę załączony list odczytać w kompanji na świetlicy żołnierskiej, przyczem kompanja ma siedzieć. Proszę posłusznie uczynić to w obecności wszystkich szeregowych kompanji, na świetlicy mają być obecni i trzej wymienieni plutonowi (wymienione nazwiska). Najposłuszniej i najgoręcej proszę pana pułkownika dowódcę, ażeby był w otoczeniu p. mjr. B., adjutanta pułku gwardji kpt. C. niegrzecznego por. D. i właściwego dowódcy. Proszę aby kpt. C. przy czytaniu mego listu przez b. dostojnego pana pułkownika nie mrugał okiem bokiem, a niegreczny por. D. nie szeptał z d-cą kompanji. Kładę duży nacisk by nie było na sali dowódcy baonu. List ten od 7-iu dni chcę napisać do pana Pułkownika, nie było komu jego pisać, nareszcie litościwa dusza w osobie sanitarjusza, prędko i zwinnie ołówkiem porusza. I słucha krzyków mego ducha, uspokaja mnie słowami, niech tylko się warjat nie rucha. Tu musi być dyscyplina, inaczej, kapitanie, będzie Twoja wina. Dzięki Janowi Nelkenowi, swemu pułkowni-

kowi, sternikowi mego zdrowia dziurawego, już nie bardzo coś wartego, mam pokój w nim spokój i wszędzie Boga. Więc ulata ze mnie trwoga. Opieka siostry Sza, nownej p, Ludwika dobrej i zacnej podwika, siostry Anastazji, pełnej perswazji, siostry Celiny, kochanej dużej odrobiny, jest tak dobra, że nawet ból kojąca. Narazie byłem kapryśny i grymasilem, co cierpliwie znosił Szanowny Pan Doktor Nelken pułkownik, zdrowia mego obecny kierownik, ale razu pewnego tych kapryśków i dąsów miał dość, więc zbeształ mnie mój starowina: „Kapitanie, Pan nie jest dziecina“. Wyprzężyłem się w łóżku na baczność i poczułem się lepiej, bo choć ślepyłem będąc, ujrzałem się w wojsku. Jakiś czas miałem dobry humor, ale od dnia bytności sędziego śledczego czuję się doprawdy złamany. Ból głowy straszny. Złośliwie strzeliła do mnie ta tajemnicza ręka, ani ja do Y-czka, ani on we mnie. Majorze Maracie, zdumienie moje jest w kwadracie. Proszę, by mej trumiennej deski major kat nie kalał. Żegnaj pana, panie pułkowniku Dowódco, przed Tobą oczywiście leżę w łóżku sprężyście. Życzę rodzinie Twej zdrowia, szczęścia mrowia. Służ dalej wiernie pułkownikowi, żołnierski polski wojownikowi. Nie myślę teraz już o sobie, tylko czołem kornie bije Tobie.

Panie Poruczniku. Szanowałem w panu oficera, i wogóle człowieka. Gdy miał Pan boleść lub cierpiał fizycznie lub moralnie, szacunek mój się zwiększał namacalnie. Nie ważyłbym się nigdy list do pana tytułować wyrazem „łaskawy“. Łask nie udzielam, nie jestem królem. Pan nie jest cesarzem, aby dawać mi prerogatywy, strojąc kwaśne i złośliwe miny. Z listu pana wyczuwam, że pogodzony z N-skim zgodnie krzyczycie: „koniec z Z-skim“. Nie znam pana gnębiela, boleści mej obraźciela. Niech nie obchodzi Cię wygląd mego trupa, lecz myśl, jaka kasynowa będzie zupa. Cześć przyjacielowi pana N-skiego.

Jaśnie Wielmożny Pan Ppłk. Ernest Łodzianin Warszawski.

Erneście kochany, błagam, przyjdź do mnie. Ty srogi, przekrocz moje progi.

Panie pułkowniku, proszę wierzyć honorowi memu, mordercą i brudasem moralnym nie jestem. Na rękach moich niema krwi nieboszczyka ś. p. kochanego plutonowego Y-ka. Również nie on strzelał do mnie. Zawdzięczam jemu dwukrotny ratunek mego życia. Pierwszy raz wybił mi z ręki kieliszek z lemonjadą, w której był rozpuszczony jeden gram kokainy, drugi raz—wyrwał mi z ręki rewolwer i odrzucił na dwa metry, a stanął w postawie bokserkiej w obronie pistoletu, potem uspokoił mnie, zaprowadził na łóżko, bo ledwo się trzymałem na nogach, rewolwer rozładował i porozkręcał, połowę zabrał ze sobą i poszedł, a do pilnowania mnie przysłał ordynansa.

6.IV.29.

Ale czemu mjr. N. nad niedolą moją radocne wylewa łezki, niech je wylewa tak po me grobowe czarne deski. I już przeczuwam, że przy kościelnej kolumnie—obłudną mową wygłosisz szumnie—przy mojej trumnie.. Dobry Boże wzrok mi zwrócić dopomoże. A skąd ty wiesz, a może słońce dla ciebie wschodzi, a nie gaśnie? Jak zdrowie biednego Y-ka? Czemu w siebie strzelał? Wolałby we mnie cały magazynek wyładować. Biedny chłopak na to wyładowanie magazynku we mnie był zupełnie przygotowany. Bóg się ulituje i nad nim zmiłuje.

Do Pana Komendanta S. P. S.

Ustawicznie poniżany, wyszydzany i moralnie gnębiony przez personel od-

działu II-go uważam za swój konieczny obowiązek Panu Generałowi o tem meldować. (Z prosby o raport).

List do Matki (22.III.29).

Mamciu moja kochana i droga, bardzo droga, ciężko mi tu, bo dola moja sroga. Codziennie rano i wieczór proszę Pana Boga o pedsze wyzdrowienie i sytuacji wyjaśnienie. Niezmiernie cierpię nad tem, że nie może mnie Matuchna moja najdroższa odwiedzić. Ale dobry Boże dopomoże, bo inaczej być nie może. I po pewnym czasie będzie Matus droga mogła zobaczyć mnie, co wyjdzie mi tylko na zdrowie i da mi większy spokój i równowagę. Spokojny jestem zupełnie. Najgoręcej i najmocniej dziękuje Matuchnie swojej za przysłane mi wiktuały do muflowania. Czemuś głodny jestem stale. Meldowałem o tem pułkownikowi doktorowi Nellenowi i rację dzienną rządową mi powiększono. Zameldowałem pułkownikowi o mojem biednem lewem uchu, dwukrotnie operowanem przez świetnego chirurga w Rydze i kochanego, zacnego doktora w Rosji. Również nadmieni em, że gdy byłem junkrem na froncie i ewakuowano mnie kontuzjowanego w głowę, to tam jakiś lekarski analfabeta grzebał się w mojem lewem uchu, a wreszcie kiwając głową powiedział ów eskulap: „niema co robic, trzeba operować“. Na to mu powiedziałem, że chyba martwego, bo na operację na prowincji stanowczo się nie zgadzam. Operacji zaniechali, lecz w uchu grzebali wciąż. Po tej cudownej kuracji, po powrocie z frontu, gdy pierwszy raz się zjawiłem u kochanego mego specjalisty, on wsadził mi do leweo ucha dziurawą srebrną lunetę, zaczął badać i mruczał coś pod swym orlim nosem, poczem zaczął opowiadać niedawno przeżyty fragment z polowania, co u niego jest dowodem konsternacji i zaskoczenia i wreszcie pół wiadrem lapisu zaczął mi wypalać dzikie mięso, które tam wyrosło skutkiem genjalnego leczenia idjoty z prowincji. Co porabia Tatka? Jak funkcjonują Radja? Jaki humor w domu? Gnębi mnie wewnętrzne przekonanie ile niepokoju i smutku jest w domu z racji mojej. Proszę Wacia, ażeby listy Mamci, w których są kartki ślicznych modlitw nie pogubił, boby serce brata zgubił. Gorąco proszę, żeby Matus choć kilka słów do mnie napisała, które Szanowna Pani siostra Karolina mi odczyta, albo kolega kapitan, właściciel ołówka, piszącego ten list. Dzisiaj badany byłem przez specjalistów okulistów. Jeden z lekarzy, kapitan doktor, powiedział mi na pytanie moje czy kiedykolwiek ujrzę światło, że miejmy nadzieję, a my się postaramy. Otwarcie powiem że więcej czuje się nieszczęśliwym nie swoją chorobą, ale zarzudem podłym, kłamliwym i nikczemnym, że chciałem kogoś zamordować. Wierzyć się nie chce, podłość ludzi groźę budzi. Wiem komu zawdzięczać mam te zbrodnię i cios, wymierzony nie tylko we mnie, ale w najdroższych Tatusia, Mamusię, Marysię, Józię, drogich Pawełka, Józia i małego Kazia. Zbrudzić nieskalane dotąd narwisko. Dobry Panie Boże, mnie dopomoże i pewnikiem wskaże świętym patykiem tych nieprzyjacieli, co honoru nie mieli. Muszę kończyć, bo kapitan zaczyna się buntować, twierdząc złośliwie, że mu się kończy ołówek, zresztą zaraz ma być obiad: Głodny jak wilk, pomimo spetlowanzgo dość obfitego śniadania drugiego, połknę obiad, którego menu jest zwyczajnie szpitalne. Całuję rączki najdroższych Tatusia i Mamci i Twoje łapki Marysiu. Pawełka całuję mocno. Rączki Pani Szwagierki cmokam jak śliwki węgierki. Kochający Matulkę swoją dobrą i Tatka kochanego. Matus, czy Św. Expedyt wie o moich biedach i nieszczęściach? Piszę na ślepo. Całuję rączki raz jeszcze.

List do szwagra (10.V.29).

Na prosby moja wielce szanowna pani siostra skomunikowała się z Tobą telefonicznie i ucieszyła mnie wiadomością, że zadość uczynisz memu życzeniu

i do mnie przybędziesz. Mijały godziny, mijały doby Tyś do mnie nie przyszedł. „Pozwól, że Ci na ten temat słów parę powiem, nieszczerłość jest obca mi bowiem“. Jestem ślepy jednakże ślepe oko moje widziało w Tobie nadewszystko oficera armji polskiej, zapominając że na patkach nosisz żmijowate odznaki lekarzy i dlatego wierzyłem, że major (następuje imię, przydomek i nazwisko), przybędzie do mnie (dwa imiona i podwójne nazwisko), jak oficer do oficera, by posłuchać prośby złośliwie postrzelonego majora i oślepionego przez nikczemników lekarzy. W nieprzybyciu Twoim, nawet ślepcem będąc, dostrzegam żmijowate odznaki chirurga pokraki. Ucznia profesora Z-skiego poznaję w osobie Twojej. Brawo Wam — ruko-pleskania — z samej Moskwy. Ile depesz gratulacyjnych i pochwalnych otrzymaliście Wy, Panowie lekarze wojskowi od p. Nachamkesa, Stieklowa i Swierdłowa za piękną etykę lekarską nieleczenia zwichniętego kapitana XZ., kawalera orderów licznych pochwał bojowych, który z ust d-cy frontu, dzielnego i bitnego generała broni, zapyłony, w podartem ubraniu usłyszał dwa słowa „dzielny chłopak“. Niesława Wam. Jeszcze w miesiącu maju uskarżę się przed Boskim Majestatem, kto z lekarzy był mi katem. Posłuchaj doktorze, nadal przy pomocy szturchańców miej wstyd oglądać mnie w domu obłąkańców. Żegnaj — XZ. kpt.

Wielce Szanowny i Drogi Panie Generale, Mój Dawny Dowódco,

Zwracam się do Pana Generała z posłuszną a zarazem gorącą prośbą od-wiedzenia mnie w Szpitalu Szkolnym, oddział II.

Ważne powody skłaniają mnie ku temu, by fatygować Pana Generała swoją prośbą. Mam przestreloną głowę, jedno oko szklanne, na drugie ślepy jestem. Zarzucają mi mord człowieka, któremu byłem szczerze oddanym, a który dwukrotnie uratował mi życie.

Dnia 28.VI. prywatnie dowiedziałem się, że Oddział II ma wysłać do Sądu orzeczenie, że jestem nienormalny. Po długich staraniach swzagra mego Komendant przyjął mnie ponownie na Oddział II.

Dobrowolnie więc znajduję się na ponownej obserwacji, chcąc najgoręcej uzyskać świadectwo normalności, by mógł stanąć przed sądem w obronie honoru zmarłego żołnierza i swego.

Rezultatem Sądu będzie, że inni ludzie zasiądą na ławie oskarżonych, ci ludzie, którzy spowodowali nieszczęście i zbazgrali mój honor wplątując do sprawy Ciebie, Panie Generale. Trzymam się tylko tą myślą, że sprawiedliwości zadość się stanie i na sądzie będę mógł powiedzieć to wszystko, co wiem.

Proszę mi wierzyć, Panie Generale, że nie błahe powody i nie niepewność siebie i duchowa słabizna skłaniają mnie ku temu, że list ten piszę. Czuję się zdrow, czuję się silnym i mocnym na to, by obalić oskarżenia przez brudne ręce zbudowane.

Przybity jestem nieszczęściem swoim koniecznością wystąpienia z wojska, bo jako ślepy, czynnie służyć nie mogę. Żal mi mojej żołnierki i z tym ciężarem na duszy nie mogę sobie wyobrazić przyszłego mego bytowania na ziemi. Ciężko, Panie Generale, tak ciężko, jak nigdy jeszcze nie było.

List ten, Panie Generale, dyktuję st. sierżantowi W., byłemu podkomendnemu Pana Generała z I Brygady Leg., jest on razem ze mną na oddziale II-im Szpitala Szkolnego, na takiej samej jak ja obserwacji. Na wojnie granat zdruzgotał mu lewą rękę. Zasłużony ten żołnierz ma również sprawę sądową.

W oczekiwaniu łaskawej odpowiedzi Pana Generała, łączę wyrazy dużego szacunku i posłuszenie upewniam o mej stałej i trwałej wierności żołnierskiej. Czołem — XZ. kpt.

25.V.29. Do Pana Szefa Sądu Wojskowego w...

Posłusznie i najgoręcej proszę Pana Szefa Wysokiego Sądu o najpilniejsze rozpisanie rozprawy głównej przeciwko mnie w zarzucanych mi zbrodniach. Posłusznie proszę o przychylnie załatwienie prośby mojej. XZ. kpt.

26.IV.29. Do Szefa Sądu.

Z krzywdzącą opinią Panów lekarzy Szp. Szkolnego zgodzić się nie mogę, albowiem czuję się umysłowo zupełnie zdrowym i silnym. By obalić opinię lekarzy na gorącą prośbę moją Ojciec mój wnosi jutro podanie do Pana Szefa Sanitarnego O. K. I z prośbą o umieszczenie mnie w Zakładzie w Drewnicy dla umysłowo chorych, gdzie po najkrótszym nawet pobycie Panowie Psychjatryzy orzekną zgodnie z honorem i etyką lekarską, że jestem normalnym człowiekiem, mogącym stanąć przed sądem. W związku z powyższym posłusznie proszę o nie umorzenie sprawy i dania mi możliwości stanięcia przed Sądem dla zrzucenia z siebie hańbiących zarzutów. XZ. kpt.

Telegram do Szefa Sądu. 28.VI.29.

Czuąc się pokrzywdzonym opinią Szpitala Szkolnego warszawskiego, stwierdzającą moją nienormalność proszę posłusznie o przydział mnie do Poznania oddział psychiatryczny obserwacyjny. kpt XZ.

List. Do Pana Sędziego Śledczego W. S. O. (5.X.29).

Potwierdzając odbiór pisma Pana S. Śl. melduję co następuje:

Zważyłem i rozważyłem treść i sens pisma Pana S. Śl. i w rozumowaniu swoim dochodzę do logicznego wniosku: Pan Prokurator przeciwko mnie, gdy ko-
nałem, prowadził postępowanie karne teraz zaś, gdy jestem zdrów i silny duchowo, postępowanie karne zaniechał. Decyzją Wys. Sądu wpędzony do zakładu Pułk. lek. Nelkena, niesłusznie zwałęgo się szpitalem, bo tam chorych nie leczą, który to zakład z całą świadomością nazwałę moję jaskinią nieprawości, szykanowany, maltretowany i dręczony moralnie duchowo i fizycznie, nie dostalem obłąkania i nie rozbiłem strzaskanęgo kulą rewolwerową łba o kamienny występ ściany rzekomo „szpitalnej“, bowiem podtrzymywała mnie myśl, gorące pragnienie i dążenie do stanięcia przed Wysokim Sądem w obronie pamięci zmarłego żołnierza i honoru swęgo. Opinia wspomnianęgo lekarza jest podstawą decyzji Pana Prokuratora, która niezawodnie byłaby inną, gdyby Pan, Panie Sędzio, osobiście sprawdzić zechciał prawdziwość tej opinii przez osobiste zetknięcie się ze mną. Gorąco proszę o przybycie służbowo do mnie do W-wy, ponieważ pragnę złożyć dodatkowe zeznanie i zeznaniem mojem dać dowód normalnej umysłowości. Osobiście przybyć nie mogę ze względu na ślepotę i nad wyraz ciężkie położenie materialne. Zechce Pan, Panie Sędzio, prośbę moją uwzględnić i przybyć do mnie osobiście. Prośba to posłuszna i prawdziwie gorąca. Darować proszę, że piszę ołówkiem. (ostatni okres osobiście ołówkiem).

List do Marszałka Polski (4.II.30).

Do pana Marszałka Polski, Ministra Spraw Wojskowych.

Melduję z obowiązku żołnierskiego prawa, mnie przysługująęgo i z nakazu honoru.

Wiosną 1928 objął obowiązki d-cy ppłk. dypl. M. obowiązki d-cy III baonu tegoż pułku mjr. N.

Zaczęła się dziwna praca nad wyszkoleniem i wychowaniem żołnierza, obłudne donosicielstwo i szpiegowanie, ohydne czyny, plotki i plamienie jasnych ludzi, zasłużonych i nieskalanych. Wkrótce po objęciu d-wa III baonu mjr. N. zawezwał mnie do swojej kancelarii i, serdecznie powitawszy, zamknął szczelnie drzwi i zakomunikował mi, że przydziela do mojej kompanji plut. Y., przyczem z charakteryzował go jako łobuza, człowieka bez żadnej wartości, umiejącego tylko „latać za dziewczkami“, który służy nie zna i swoją tyradę zakończył gorącą prośbą, ażeby wspomnianego podoficera trzymał bardzo ostro i nakazał mu przywiązanie do jego osoby. Dłuższy czas prawił mi komplementa, że słyszał dużo o moich wielkich wartościach jako d-cy i wychowawcy i choć krótko dowodzi baonem, jest dumny, że w jego baonie jest najwybitniejszy oficer pułku. Przesadnie stanął przedemną na baczność, zapewniając o swym szacunku, ja zaś patrząc na jego zdegenerowaną twarz, roześmiałem się szczerze i prosiłem by zaniechać racyły hymnów chwalebnych pod moim adresem i przed cywilem na baczność nie stawał. Ubrany byłem po cywilnemu po raz pierwszy w życiu“. Usłyszałem odpowiedź, że we mnie widać pańską rasę, że jestem niezwykłym człowiekiem, jednakże on prosi abym plut. Y., który jego zdaniem nic nie jest wart, ostro wziął i przekonał jego do kawalera V. M.

Zdziwiony byłem zawziętością i złością tego człowieka. Po kilku dniach, gdy byłem sam w kancelarii swojej, zameldował mi swój przydział plut. Y. — Panie Marszałku. Nie jestem psychjatrą ani Jogiem Indyjskim z gór Tybetańskich, lecz na ludziach się znam, dlatego proszę mi wierzyć, że pięciominutowa rozmowa z plut. Y., krótka i żołnierska, przekonała mnie, że to inteligentny podoficer, ambitny, prędki, o dużej orjentacji, osobiście doskonale wyszkolony. Gdy wymówiłem nazwisko d-cy kompanji, plut. Y. poczerwieniał, chciał coś powiedzieć, lecz zaciął się. Sierżantowi szefowi kompanji nakazałem by uważał na zachowanie się kaprała w godzinach wolnych od służby i żeby o najmniejszej niewłaściwości w jego zachowaniu się meldował mnie. Codziennie otrzymywałem meldunki, chwalcące nowoprzydzielonego podoficera, na ćwiczeniach zaś przekonałem się sam, że jest to podoficer o wybitnej wartości, bardzo dobrej znajomości służby, opanowany, w stosunku do szeregowców, koleżeńki i wesoly...

Panie Generale, Dowódcu korpusu, nie kończę, bo sił mi brak.

(Na odwołanie) Proszę o zgonie moim ostrożnie zawiadomić Rodziców i Siostrę Żegnam XZ.

Nie ulega wątpliwości, że kapitan XZ był kokainistą. Świadczą o tem jego własne przyznanie i zeznanie świadków. Kolega, który go znał z wojska rosyjskiego stwierdza ostrożnie że się „od czasu do czasu narkotyzował“. W opinji wojskowej zwraca uwagę zwrot końcowy w porównaniu do poprzedzających pochwał, że potrzebuje nadzoru.

W miejscu ostatniego przydziału uderza przedewszystkiem zupełnie beztroskie robienie długów, któremu nie była w stanie kresu położyć ani w sądzie honorowym, wywołała niepłacaniem tych długów, ani też oddanie go pod opiekę dwóch oficerów. Świadkowie charakteryzują go jako człowieka nerwowego, niesamowitego, nastroszonego, lubiącego się otaczać tajemniczością i unikającego kobiet.

W pułku ogólnie wiedziano i mówiono o tem, że jest on kokai-

nistą i wydatkom na kokainę przypisywano jego ciągle długi. Niektórym kolegom zwierzał on się wprost ze swego nałogu. Zeznają o tem i jego podwładni, których posyłał lub w obecności których zażywał kokainę. Specjalnie pośredniczył w dostarczaniu mu kokainy plut Y. Dowódca pułku jeszcze w grudniu 1918 r. na podstawie wiadomości o jego nałogu i związanych z tym nałogiem wybryków (ucieczka autem w bieliźnie) powziął decyzję oddania go na obserwację lekarską ale pod wpływem względów koleżeńskich i łagodnej opinii lekarza, przeprowadzenia tego zamiaru niestety zaniechał.

Również miały być zupełnie głośne i homoseksualne tendencje kapitana XZ. Mówiono o tem powszechnie nie tylko w koszarach i w mieście postoju garnizonu ale i w miasteczkach sąsiednich. Jego przesadnie czuły stosunek do plut. Y, zwrócił uwagę jego przełożonych i miał nawet za skutek przeniesienie tego ostatniego do innej kompanji. Nie ze wszystkimi szeregowymi był on w zażyłości: zawsze wybierał sobie jednak z kompanji „przystojnych i ładnych chłopaków”. Wreszcie cała korenspodencja, której wyjątki zostały przytoczone powyżej rzuca właściwe światło na homoseksualny stosunek kapitana i plutonowego.

Na podstawie zeznań kpt. XZ. o samym czynie zabójstwa i samobójstwa nie można szczegółowo w tych zeznaniach oddzielić elementów celowego wprowadzenia w błąd drugiej osoby od częściowej amnezji czy to pochodzenia afektywnego z czasu tego dramatu, czy też pochodzenia urazowego wskutek postrzałowego uszkodzenia mózgu. Momenty paranoidalne (obecność pod drzwiami majora M., przypisywanie jemu dawania strzałów) jeszcze bardziej zaciemniają zdawanie sobie sprawy z tego czynu przez kpt. XZ. Wreszcie — momenty wypierania ze świadomości, niewątpliwie istniejące, jak chociażby znowu wprowadzenie do tej całej tragicznej akcji majora M. ostatecznie pozbawiają rzekomo obraz ten wszelkich cech moralnie obciążających kpt. XZ. To też dawny jego kelega, który na jego prośbę odwiedził go w pewien czas po czynie inkryminowanym, słyszał opis tego czynu w trzech różnych wersjach, z których nie mógł powziąć już żadnego zapatrywania na tę całą sprawę. Kiedy nawet ów kolega zwrócił kapitanowi na to uwagę, ten wymówił się konkretnie od kategorycznej odpowiedzi, oświadczając, że już to sąd zrobi.

Zachodzi dalej pytanie, o ile kokainizm przejawiał się w cechach charakteru kpt. XZ. — w mózgu, uszkodzonym przez strzał samobójczy i wykazującym tak poważne zmiany radiologiczne. Innemi słowy chodzi o stwierdzenie zabarwienia kokainowego psychozy organicznej.

Przedewszystkiem należy stwierdzić częstość podłoża psychopatycznego w przypadkach kokainizmu. Pod tym względem kokainizm znacznie przewyższa i morfinizm i alkoholizm. Kokainiści bywają wskutek ich większego ożywienia (ekstrawersji) i gotowości do działania, bardziej skłonni do przestępstwa niż morfiniści. Cechy psychopatyczne bywają przynajmniej w połowie przypadków tak wielkie, że chorzy tego rodzaju figurują wogóle pod rubryką psychopatii. Wśród zmian psychopatycznych głów nie zaznacza się tu niestałość (*Haltlosigkeit*). Według *Bonhoeffera* są to najczęściej niestali, szukający renomy, często aspołeczni i kryminalni, przeważnie młodociani psychopaci. *Joel* i *Frankel* u większości swoich kokainistów stwierdzili zakażenie kiłowe.

Ogromna większość badaczy stwierdza częstość połączenia kokainizmu z homoseksualizmem. *Maggendorfer* podkreśla specjalnie zboczenia płciowe u kokainistów,

Nadużywanie kokainy wywołuje początkowo podniecenie płciowe zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Jednakowoż to podniecenie płciowe przechodzić ma wkrótce u mężczyzn w osłabienie siły płciowej. Z tego nieustosunkowania się zwiększonego pożądania i zmniejszonej potencji płciowej wynikać mają urojenia zazdrości, daleko łatwiej i intensywniej niż u alkoholików. Urojenia te mają być źródłem zafałszowania rzeczywistości i czynów przestępczych. Częstość połączenia kokainizmu z homoseksualizmem objaśniają różni badacze (*Joel* i *Fraenkel*, *H. W. Maier*) skłonnością osobników pod względem płciowym nienormalnych do nadużywania narkotyków, specjalnie zaś do nadużywania kokainy. Istnieje również możliwość, że osobniki homo—lub biseksualne, które wskutek wpływów wychowania czy też środowiska mniej lub więcej tłumią podświadomie te zboczenia seksualne i pokrywają je świadomie czynnościami heteroseksualnymi, po nadużyciu kokainy i pod wpływem swobodnego środowiska kokainowego tracą wszelkie zahamowania. *Joel* i *Fraenkel* starają się właśnie niestosunkiem pomiędzy żądzą podniety a możliwością płciową u mężczyzn wytłumaczyć ten odwrót od kobiety i zwrot do towarzystwa męskiego i pod wpływy homoseksualne w tem towarzystwie. Również i żądza wyrafinowanych i nieznanych dotychczas podniety płciowych ma prowadzić kokainistów w dziedzinę perwersyj płciowych. Tem ma się tłumaczyć i obfitość wszelkich seksualnych fantazyj zwłaszcza w stanie upojenia kokainowego.

Kokainizm jak wiadomo rozwija się zwykle w dwóch kierunkach: 1) przez wążchanie kokainy i 2) przez jej zastrzykiwanie sa-

mej lub najczęściej razem z morfiną; ten ostatni nałóg zwie się morphiokokainizmem. Podziałowi temu odpowiadają i objawy zatrucia, najłżejsze przy wężaniu, najsilniejsze przy morphiokokainizmie,

Przy wężaniu kokainy omamy dotykowe wydają się rzadsze i mniej nasilone. Psychozy zdarzają się przy wężaniu znacznie rzadziej i przemijają znacznie prędzej. Powstają one na podobieństwo zatrucia alkoholem, — więc — stan upojenia kokainowego, delirium kokainowe, omamica kokainowa, patologiczny stan upojenia alkoholowego—(*Rittershaus*), kokainowa dipsomania, Korsakow kokainowy i kokainowe porażenie postępujące. Jak najłżejszy stopień tego nałogu należy wymienić opisany przez *H. W. Maiera* pociąg do kokainizowania się (*Kokainsucht*) polegający na dorywczem zażywaniu kokainy w miarę potrzeby z następną krótką reakcją, bez przyzwyczajania się do stałego nadużywania tego środka. Pozostawiając na boku opis wszystkich tych schorzeń kokainowych, należy tutaj jedynie przed przejściem do cech zwyrodnienia kokainowego zaznaczyć, że upojenie kokainowe składa się stale z następujących faz (*Joel i Fraenkel*): 1. Faza euforyczna: podniecenie psychoruchowe — hypersensorium — obostrzenie uwagi — przyspieszenie myślenia — wesołość. 2. Faza upojenia: potrzeba wyładowania ruchowego — iluzje — omamy — zaburzenia uwagi — zaburzenia urojeniowe — lęk. 3. Faza depresyjna: zahamowanie psychoruchowe — ośpienie czuciowe — utrudnienie myślenia — obojętność uczuciowa lub wstręt. Każde nadużycie kokainy prowadzi zatem w końcu do wyraźnej depresji. Często w stanie depresji powstają myśli i próby samobójcze zwłaszcza jeżeli są trudności w otrzymywaniu dalszych dawek, depresja dochodzi do *taedium vitae*, kończącego się samobójstwem. *Joel i Fraenkel* między innymi przyczynami samobójstwa u kokainistów podają również, że samobójstwo takie może być wyrazem podświadomej chęci samounicestwienia się, której wyrazem była i cała toksymonia i dla ilustracji podają dwa przypadki. W pierwszym z tych przypadków chory dążył do wszystkiego co miało związek ze śmiercią: nosił kwiaty np. którymi się przybrała jedna samobójczyni, wyskakując z okna, i spał w trumnie. Drugi przypadek — student — *degenéré superieur* — zaczął się kokainizować, już powziąwszy zamiar samobójczy, i otrul się kokainą. Nie opisując tutaj dokładnie wszystkich omamów majaczenia kokainowego, zatrzymam się tylko na chwilę na omamach dotykowych w okolicy języka: na języku mianowicie odczuwane bywają ciała obce — włosy, ości i t. d.

Przechodząc dalej do specjalnie ze względu na opisywany

przypadek stanu zwyrodnienia kokainowego zatrzymać się jeszcze należy ze względu na ten właśnie przypadek na zdaniu *Obersteinera*, że w okresie abstynencji kokainowej nie tylko mogą być zatrzymane dawne urojenia ale i produkowane nowe po raz pierwszy.

Zajmując się cechami zwyrodnienia kokainowego należy jeszcze na wstępie zaznaczyć, że kokaina w upojeniu pozbawia osobnika uczucia małowartościowości i podnosi w znacznym stopniu jego narcystyczne zadowolenie z samego siebie. W związku z tem idą zaburzenia zrozumienia własnego stanu, większe jednakowoż u kokainistów z zastrzykami niż u wachających. Wzmoczone samopoczucie przejawia się w mowie i uczynkach: wszystko co kokainista mówi jest niezmiernie ważnem, płaskie dowcipy i nic nie znacząca gra słów wydają mu się być genialnemi myślami, sam on wydaje się sobie ważną osobą, bez której wszystko się rozpada. Zaczyna on pozować, zwraca uwagę na swój ubiór, poprawia sobie krawat, przegląda się w lustrze, rozplywa się w narcystycznym upodobaniu samego siebie.

Urojenia zazdrości zdarzają się w stopniu równie bezsensownym, jak przy alkoholizmie przewlekłym.

Zmiany charakteru w związku z nadużywaniem kokainy charakteryzuje *Wachholz* w sposób następujący: „Kokainizm deprawuje w krótkim czasie człowieka, pozbawiając go pojęcia czci, słuszności prawa i prawdy i może zeń uczynić przestępcę”.

Te zmiany charakteru sprowadzają się według autorów niemieckich do zaniedbywania obowiązków, męczących urojeń zazdrości, rozwlekłości i lubości w rozpisywaniu się (*Schreibseligkeit*). Do tego bywa dodawanym sentymentalizm i skłonność do bezmyślnego obdarowywania. *Meggendorfer* dodaje jeszcze ruchliwość, nieprzyjemny i rozwlekły sposób mówienia i pisania oraz zaniedbanie w zewnętrznym wyglądzie. *Erlenmayer* podkreśla zupełny brak świadomości choroby, wzmoczone samopoczucie, nieufność względem otoczenia, skłonność do urojeń paranoidalnych i rozwlekłość w pisaniu ze skłonnością do wstawek. Naogół wszystkie te zmiany sprawdzają się do upośledzenia rozumienia, otępienia uczuć moralnych i osłabienia siły woli.

W znaczeniu sądowo-lekarskim *Joel* i *Fraenkel* przychylają się do zdania *Leppmanna*, że dotychczas nie jest nam wiadomem nic, coby w znaczeniu kryminologicznem mogłoby być charakterystycznym specjalnie dla kokainistów.

Meggendorfer daje następującą charakterystykę: Poszczególne urojenia zazdrości i urojenia ksbne zgęszczają się rychło w pasmo

myśli urojeniowych, tworzących początek całości systemu parcnoidalnego, podnoszenie się i opadanie nastroju od uczucia bezgranicznej szczęśliwości do coraz silniejszych przymieszek lękowych, zamąconego przez dumną pewność siebie, to znów opanowanego przez poczucie małowartościowości własnej — wszystko to prowadzi do upowierzchniowania i ośpienia życia uczuciowego, do utraty więzi wewnętrznej z rodziną i społeczeństwem, z zawodem, czcią i obowiązkiem, prowadzi dalej do utraty duchowej podnieśliwości, która jedynie niekiedy tylko zostaje pokrytą chwilowymi wybuchami czynu. W ten sposób u kokainistów narówni z morfinistami powstaje podupadanie moralne z tą jedynie różnicą, że kokainiści bardziej są skłonni do działania i nie mają lęku przed czynami gwałtownymi, co im ułatwia kontakt z akcją przestępczą. Rozprawy sądowe nas uczą jak wysocy urzędnicy popełniają kradzieże z włamaniem, a lekarze stają się mordercami... Coprawda nie w każdym razie można sprowadzić działalność przestępczą kokainisty do nadużywania kokainy. Raczej nadużywanie kokainy w takich wypadkach jest tylko objawem istniejącej już u przestępczego osobnika niestałości lub wogóle psychopatji.

Należy podnieść, że już w stanie upojenia kokainowego czyny gwałtowne nie należą do rzadkości. Zwłaszcza wskutek przyłączenia się urojeń ksobnych zdarzają się ataki wprost nieprzytomnego szału, w których na podobieństwo pijaków rozbija się wszystko co jest naokoło. Demolowanie, rzucanie palących się lamp, darcie ubrania na strzępy zdarza się nierzadko. Najbardziej niebezpieczne są wybuchy szału podczas omamicy, mającej wybitnie prześladowcze zabarwienie. Czyny impulsywne i niebezpieczne zależą czasem i od prześladowczo zmienionych postrzeżeń. *Joel i Fraenkel* słusznie twierdzą, że całe zagadnienie poczytalności przy kokainizmie sprowadza się do stwierdzenia faktu czy przestępstwo spowodowane zostało chęcią zysku czy też niepohamowanym popędem. Przestępstwo przewlekłego kokainisty zawsze raczej bywa skutkiem *moralnego odhamowania*. Ekspert powinien zwrócić baczną uwagę z czem ma do czynienia: czy z prawdziwą psychozą kokainową czy z kokainizmem jako objawem innej sprawy wewnątrzpochodnej czy też z symulacją.

Schreder twierdzi, że urojenia zazdrości, u kokainistów jeszcze prędzej niż u alkoholików prowadzą do czynów brutalnych i nieraz dziwacznie awanturniczych.

Obok tych poważniejszych przestępstw istnieje masa drobnych oszustw, kradzieży, fałszowań dokumentów, specjalnie zaś recept —

analogicznie do przestępczości przy morfinizmie. — Ponadto należy pamiętać o tem, że w okresie wojennym, w którym kokainizm zwłaszcza w niektórych krajach (*Niemcy*) rośnie, bywa on często używany jako środek obrony w sprawach sądowych¹⁾. Należy zgóry wyjaśnić, że amnezja na którą lubią się powoływać w tych sprawach oskarżeni jest tutaj rzadszą i słabszą niż w sprawach alkoholowych.

Charakterystykę zaburzeń psychicznych przy uszkodzeniu mózgu a specjalnie przy uszkodzeniu płatów czołowych podaję poniżej według *Pfeiffera*.

Zaburzenia psychiczne po uszkodzeniach mózgu, aczkolwiek są rzeczą niesporną, ale różnie stwierdzaną przez psychiatrów i chirurgów: ostre stany mijają zazwyczaj podczas chirurgicznego leczenia uszkodzenia czaszki, pozostałości zaś tego rodzaju stanów najczęściej nie wymagają leczenia w zamkniętych zakładach. Inna bywa ocena tych stanów przez psychiatrów a inna przez chirurgów: *E. Meyer* znajdował zmiany psychiczne w takich przypadkach w 67,5%, w statystykach ogólnych szpitali zaś zmiany te nie figurują wcale. *Förster* obserwował psychozy wstrząśnieniowe w 37% przypadków, *Marburg* rzadko obserwował Korsakowa, *Allers* zaś nie widział ich wcale. Należy jednak wiedzieć, jak twierdzi *Pfeiffer*, że każda kontuzja albo komocja mózgu połączona jest z lżejszemi lub cięższemi zaburzeniami psychicznemi. Zaburzenia te często dywają połączone z obiektywnie stwierdzanemi cechami wzmożonego ciśnienia w mózgu, jak tarcza zastoinowa, wypadanie mózgu lub wzmożenie ciśnienia płynu mózgowordzeniowego.

Co się tyczy ostrych zaburzeń psychicznych, spowodowanych kontuzją mózgu, to w połączeniu z płatami czołowemi, o które w opisywanym przypadku może chodzić, *Kleist* jeszcze przed wojną opisał stany *akinetyczne* w połączeniu z objawami swoistego stężenia mięśni. Ten stan, określony przez *Auerbacha* jako *brak podniety* („*Mangel an Antrieb*“) był stwierdzony doświadczeniem wojennym na wielkiej ilości przypadków. *Cramer* np. opisuje w przypadku postrzału części czołowej znaczne obniżenie samodzielności ruchowej. Chory leżał w łóżku prawie bez ruchu, wykazywał zupełny brak ruchów dowolnych. Nic nie mówił. Na żądanie jednak wykazywał szybkie ruchy i pytany dawał szybkie odpowiedzi. *Brodmann* zauważył w przypadku obustronnego uszkodzenia płatów czołowych

¹⁾ *Nelken*. Orzeczenia sądowo-lekarskie. Orz. XXVI.

obniżenie wszelkiej dowolności ruchów i mowy oraz stężenie bez ruchu na zmianę z popędownym niepokojem ruchowym i jakby zamęceniem jednak przy zachowanej orientacji i przestrzeganiu. W przypadkach w przeciągu pierwszych miesięcy po zranieniu płatów czołowych wskutek *bezruchu* istniało podejrzenie na ostre otępienie umysłu. *Rosenfeld* obserwował po przestrzale obu płatów czołowych rodzaj odrętwienia katatonicznego z milkliwością i stereotypjami w postawie, który to stan ulegał stopniowemu polepszeniu i po 2 miesiącach zupełnie minął. *Heilig* widział po zranieniu płatów czołowych objawy katatoniczne w połączeniu z zupełnym zanikiem psychicznym, dezorientacją, perseweracją i parafazją. Starał się on na tej podstawie wypowiedzieć związek funkcji płatów czołowych z katatoniczną formą schizofrenji. *Berger* obserwował w jednym przypadku obustronnego uszkodzenia płatów czołowych zupełny brak reakcji, w drugim zaś objawy podrażnienia, napadową krzykliwość o przebiegu rytmicznym. *Schob* i *Mueller* opisali dwa przypadki *braku podniety*. *Förster*, który wielokrotnie twierdzi, istnienie tego objawu przy uszkodzeniach mózgu stwierdza że objaw ten zdarza się dość często w czasie psychozy wstrząszeniowej i wskutek tego nie mógł być należycie wydzielony. Dzieli on los i innych objawów miejscowych, mogących być stwierdzonym dopiero po przemianięciu zaburzeń świadomości które je pokrywają. Specjalnie ten objaw *braku podniety* musi być jasno wydzielony z zamęcenia świadomości lub stanu majaczeniowego. Również musi być wykluczona jakakolwiek depresja lub urojenia które mogą powodować podobne stany. *Kleist* zauważył niekiedy u ludzi z ranami płatów czołowych wypadanie ruchliwości (zarówno w ruchach, jak mowie i myśleniu). Zwrócił on na to uwagę że przy akinezie czołowej w odróżnieniu od akinezy ciemieniowej nie zdarza się ani katalepsja, ani perseweracje ani też stereotypie, co stoi w sprzeczności z przypadkami *Rosenfelda*, *Heiliga* i *Bergera*. W przeciwieństwie do czołowego *bezruchu* opisuje *Kleist* i czołowy niepokój ruchowy pod postacią śmiechu przymusowego, płaczu przymusowego i przymusowych reakcji lękowych. *Feuchtwanger* widział również obok osłabienia popędownego ze zwolnieniem ogólnym odhamowanie czynności popędownych i porywczosć ruchową.

Pfeiffer obserwował w 63 przypadkach wyłącznego zranienia płatów czołowych z wykluczeniem uszkodzenia innych części mózgu objawy katatoniczne z *brakiem podniety* 3 razy zupełnie wyraźnie i 6 razy zaznaczone.

Popelreuter nie uważa *braku podniety* za obowiązkowy objaw zrazów czołowych. Ilość przypadków stwierdzenia tego objawu jest

jednak tak wielką, że znosi ona wątpliwości co do wartości rozpoznawczej tego objawu.

Silnie wyrażone objawy afektywne, bywają również opisywane jako miejscowe objawy psychiczne przy uszkodzeniach zwojów czołowych. *Kleist* obserwował takie objawy w 2/3 wypadków świeżych uszkodzeń tych zwojów zawsze jednak jako objawy przemijające: nadwrażliwość, lękliwość, drażliwość, wybuchy gniewu. Również znany jest i nastrój wesoły ze skłonnością do żartów i dowcipów, z drugiej zaś strony — apatia, tępota, brak zainteresowania. *Feuchtwanger* uważa za skutek uszkodzeń zwojów czołowych z jednej strony euforję a z drugiej depresję. Według *Pfeiffera* zdarza się przy uszkodzeniach zwojów czołowych nastrój uczuciowy zmienny z drażliwością i nadwrażliwością w wielu wypadkach. Chorzy tego rodzaju bywali stale niezadowoleni, nieznośni, narzekający, dążący do konfliktów, ze skłonnością do silnych stanów podniecenia, wykazując raczej cechy *padaczkowego* lub *histerycznego* charakteru. *Popelreuter* obserwował w jednym przypadku stale wesoły nastrój ze skłonnością do łamania dyscypliny, w drugim zaś skłonność do żartów z nieopanowanym zachowaniem się. Według jego zdania następuje u rannych w zwoje czołowe wskutek znacznych zmian afektywnych głęboka zmiana osobowości. Co zaś się tyczy stanów *morii* z błaznowatą wesołością i skłonnością do dowcipkowania i często, opisywanych przy ranach zwoi czołowych (*Brodmann, Kleist, Allers, Wagner, Bruening, Roeper, Feuchtwanger*), to wśród 63 przypadków *Pfeiffera* występował wyraźnie wesoły nastrój tylko 4 razy, a skłonność do dowcipów — tylko raz. Według jego zdania euforia i dowcipkowanie nie ma znaczenia lokalizacyjnego dla zrazów czołowych. Według *Forstera* zaś wykazują ten objaw ludzie skłonni za czasów zdrowia do nastroju pogodnego i żartów wskutek wypadnięcia zahamowań przy zranieniu lub chorobach mózgu o różnolitej lokalizacji.

Jako pozostałości zaburzeń psychicznych po uszkodzeniach mózgu *Pfeiffer* wymienia: 1) skargi neurasteniczne, 2) zaburzenia afektywne — zmiany charakteru, 3) ogólne osłabienie fizyczne i psychiczne, 4) padaczkę urazową, 5) przymieszki psychorodne.

Skargi neurasteniczne są najczęstsze i zdarzają się według *Friedmanna* w 60% ciężkich wstrząśnięć mózgu. Jako takie są wymieniane: bóle głowy, szum w uszach, mroczki, zawroty głowy i uczucie omdlenia, zwłaszcza przy nagłych ruchach: nadwrażliwość na silniejsze podniety zmysłowe (na szum, światło słoneczne, gorąco, zimno); łatwe pocenie się i marznięcie, nietolerancja alkoholu i tytoniu; utrudnione zasypianie. sen niespokojny z niepokojącymi ma-

rzeniami sennemi; zaburzenia sercowe, subiektywne poczucie upadku zdolności do pracy, szybkie męczenie się, zaburzenia pamięci, niemożność skupienia się i koncentracji, utrudnione myślenie.

Jako objawy obiektywne — zaburzenia naczynioruchowe: skłonność do uderzeń do głowy, silne czerwienienie się twarzy przy schyłaniu się, nienormalne ucześnie pulsu przy lekkim wysiłku cielesnym, dermografizm, wzmożenie pobudliwości mechanicznej mięśni, wzmożenie odruchów skórnych i ścięgowych, drżenie palców i powiek. Ciśnienie krwi jest stosunkowo niskie (*Goldstein i Kuehne*). Ciepłota niska i chwiejna. Czasem ranna ciepłota bywa wyższa.

Na pytanie czy objawy te należy uznać za zależne od cierpienia organicznego czy też za objawy wyłącznie psychorodne, *Pfeiffer* jest zdania, że są one w organicznym związku z uszkodzeniem mózgu. Wzmożenie ciśnienia mózgowego jeszcze nie ustąpiło. Subiektywne skargi neurasteniczne należy niezawsze jednak uważać za skutek organicznego uszkodzenia mózgu. Ze względu na często zdarzającą się agrawację, należy zaznaczyć z drugiej strony, że pomiędzy rozmiarami i ciężkością uszkodzenia mózgu i skargami subiektywnymi stałego związku niema.

Zaburzenia życia uczuciowego znajdują się również, chociaż może w lżejszym stopniu i w tych stanach końcowych. I tutaj zdarza się wzmożona wrażliwość, drażliwość i gniewliwość. Rzadziej jednak zdarzają się spory z innymi pacjentami, wybuchy gniewu i czyny gwałtówne, wywołane niewystarczającymi powodami. U innych natomiast jest podnieta uczuciowa zmniejszona. Wykazują oni oziępienie i obojętność, przyjmują mały udział w rozmowach z towarzyszami, są z rezerwą i bojaźliwi, czasem przygnębieni i lękliwi. U innych znowu dają się zauważyć w dłuższym lub krótszym czasie zmiany nastroju, przyjemne i nieprzyjemne nastroje, wybuchy gniewu i nastroj płaczący mogą szybko wzajemnie się zmieniać. Wszystkie te zmiany życia uczuciowego zdarzają się stosunkowo często przy zranieniach płatów czołowych, wówczas kiedy zranienia tyłu głowy wykazują nastroj raczej równiejszy, bardziej zadowolony, czasem wskutek osłabienia uwagi wzrokowej i osłabienia postrzegania wydający się tępym i apatycznym.

Goldstein jest zdania, że stare przypadki zranienia zwoi czołowych zdradzają przeważnie stan submanjakałny i wyjątkowy brak poczucia choroby. *Pfeiffer* się z tem nie zgadza. Przypadki jego wykazywały tak samo często przygnębione i apatyczne zachowanie się jak i pogodny submanjakałny nastroj. Nierzadko bywały skargi

na zmienność nastroju, stwierdzaną pozatem obiektywnie. Wyjątkowa drażliwość, wybuchy gniewu napady wściekłości najczęściej zdarzały się u padaczkowych, jako objawy padaczkowego zwyrodnienia charakteru przy padaczce urazowej. Ale i przy uszkodzeniach mózgu bez padaczki zdarza się chorobliwa zmiana całej osobowości. Wskutek nadwrażliwości wycofują się ci chorzy z życia codziennego, nawet czytanie dzienników i gry towarzyskie ich drażnią. Wskutek tego wydają się oni tępi, pozbawieni zainteresowań i inicjatywy. Powstaje brak zaufania do siebie i chęci jakiegokolwiek przedsięwzięcia, powstaje zmniejszenie się osobowości w kierunku osłabienia żywości charakteru i czynu (*Lebhaftigkeit und Tatkraft*).

Zmiany charakteru występują specjalnie przy uszkodzeniach płatów czołowych. *Dziembrowski* wymienia osłabienie pamięci, utratę przywiązania do rodziny i uczuć religijnych, brak zainteresowania się i obojętność, z drugiej strony zaś drażliwość, cechy hypnomanjakalne i skłonności do dowcipów. Należy jeszcze zaznaczyć, że w wielu przypadkach uszkodzeń mózgu o najrozmaitszej lokalizacji jakiegokolwiek zmiany afektywne mogą zupełnie nie mieć miejsca. Zmiany zatem późne wyrażają się w obniżeniu cielesnej i duchowej działalności (*Leistungsfähigkeit*) przez miejscowe albo ogólne uszkodzenie mózgu.

Różni autorzy rozmaicie te stany określają:

Ziehen mówi o późnej psychozie urazowej i o urazowej konstytucji psychopatycznej. *Wollenberg* rozróżnia wśród psychoz urazowych wtórnych: 1) Zwyrodnienie urazowe, 2) osłabienia umysłowe, 3) demencję urazową. *Reichard* mówi o trwałem uszkodzeniu urazowem mózgu. *Schröder* odróżnia wtórną i pierwotną demencję urazową. *Bumke*—urazową demencję wogóle. *Eliasberg* i *Feuchtwanger* mówią jedynie o ogólnych stanach osłabienia psychicznego po uszkodzeniu mózgu. *Aschaffenburg* występuje w obronie terminu demencji *Brodmann* mówi o pourazowym stanie osłabienia. Należy podkreślić, że owo zmniejszenie się cielesnej i duchowej działalności jest określeniem bardzo dalekiem od demencji. *Hübner*, *Schröder* i *Bumke* dlatego też wolą we wszystkich tych wypadkach unikać ogólnego terminu demencji i zastępować go jedynie opisem poszczególnych objawów. *Pfeiffer* poleca swoje określenie — pozostające zaburzenia psychiczne po uszkodzeniu mózgu — lub też poleca określenie *Reichardta*: trwałe uszkodzenie urazowe mózgu.

Przypadki wreszcie schizofrenicznych (nie katatonicznych) zaburzeń psychicznych są w przeciwieństwie do stanów katatonicznych daleko rzadsze po uszkodzeniu płatów czołowych, aby można było ująć te dwie rzeczy w związek przyczynowy.

Jak w świetle tych krótkich streszczeń o kokainizmie i zranieniach płatów czołowych mózgu wygląda historia choroby opisywanego chorego?

Poza osobistym przyznaniem się, wiemy od innych, że zażywał on kokainę, ostatnio w pulku, przez nos. Robił on wrażenie człowieka wogóle nerwowego, niesamowitego i nienormalnego, nastrojowego i otaczającego się tajemniczością. Dwie rzeczy w jego postępowaniu ogólnie zwracały uwagę: robienie znacznych długów, które ostatecznie spowodowało oddanie go w tym kierunku pod opiekę 2 oficerów oraz postępowanie honorowe i unikanie kobiet. Wiadome było zresztą powszechnie, że sprowadza on sobie „jeden gram” kokainy z miasta. Przebywał on już uprzednio deliria z typowymi omamami i wyraźne kokainowe stany lękowe. „Coś chodziło po pokoju, wąż czołgał się po podłodze, nogi od biurka uciekały”. Raz w stanie lękowym uciekał podobno autem w bieliźnie, który to fakt omal nie spowodował oddania go na obserwację na oddział psychiatryczny, co dotychczas jest do nie odwołania. Jeden z oficerów był również świadkiem jakichś omamów jak również jakichś wstrząśnięć nerwowych, przy których miał kpt. XZ. utrudnioną wymowę: nie jest jednakże w stanie podać bliższych szczegółów ¹⁾. Również i samo zażywanie przez niego kokainy opisywane jest w charakterystyczny sposób: leżał on często w dzień w łóżku, okna były przysłonięte, paląca się lampa na taburecie również przysłonięta, obok niej rozwinięty papierek pergaminowy z blade-żółtawym proszkiem. Kapitan był bardzo blady, kazał drugiej osobie obecnej w pokoju odwrócić się, a przez ten czas wciągał do nosa proszek ²⁾.

Myśli o własnej śmierci samobójczej nie były dla niego obce. Raz już, jak zeznaje jego ojciec przysłał on rodzicom fotografię swoją na łóżku, naśladującą śmierć. Sam on zeznaje, że kiedyś chciał się zastrzelić i nie dokonał tego tylko dzięki interwencji plut. Y-ka, który mu odebrał rewolwer. Dnia 3.VII.29 zabrał on podobno plut. Y-ka z dworca do swego mieszkania i wyjął pistolet z groźbą: „na-przód ty, a potem ja”. Plut. Y. rzucił się wówczas na niego, wyrwał mu pistolet z ręki i odtrącił go tak silnie, że ten się przewrócił, poczem w popłochu uciekł. Bliższych szczegółów zajścia jednak nie chciał opowiedzieć. Dnia 4.II.29 nastąpiła w tem samym mieszkaniu

¹⁾ W pewnych przypadkach kokainizmu, co prawda nielicznych, kokaina wpływa hamująco na wymowę, wywołując zwolnienie, zacinać się w mowie, a nawet porażenie mowy (*Joel i Fraenkel*).

²⁾ Przytłumione światło dzienne, palące się świece, przebieranie się — są to formy teatralne chętnie stosowane przy kokainizowaniu się. (*Joel i Fraenkel*).

śmierć plutonowego od dwukrotnego postrzału głowy i nieudane samobójstwo kpt. XZ., które pozostawiło tak tragiczne skutki—ślepotę. Wreszcie dnia 12.II.30 miało miejsce ostateczne samobójstwo, po odwiedzeniu grobu plut, Y-ka.

Nawiązując do obserwacji *Obersteiner*a o objawach kokainowych późnych, zjawiających się w czasie abstynencji, stwierdzić należy, że chory już po miesięcznym pobycie na oddziale szpitalnym w warunkach zupełnej abstynencji kokainowej oświadczył któregoś dnia, że w każdym jedzeniu są jakieś owady, mięso — to przekrojone węże, krzyczał przytem i zachowywał się dziwacznie, jak przy omamach lękowych. Na trzeci dzień potem zbudził się w nocy z krzykiem, że żmija siedzi na brzegu łóżka i patrzy mu w twarz z profilu jednym okiem. Boi się wyciągnąć ręki z pod kołdry, gdyż żmija ją chwyci natychmiast. Znowu w kilka dni później skarży się na bóle gardła i języka, ma wrażenie, że na języku ma robaki, które stale się ruszają i przeszkadzają podczas jedzenia. Zwłaszcza te omamy dotykowe są dla kokainizmu bardzo typowe.

„Ile razy zażywał kokainę tyle razy pisał różne „brewerje“, w styczniu wachał kokainę przez trzy dni potem jak zwykle pisał „brewerje“ i wreszcie kartkę, że sobie odbiera życie. Przyszedł Y. i odebrał mu rewolwer i naboje“.

Te „brewerje“ t. j. listy dyktowane przez kpt. XZ. na tutejszym oddziale zostały bardzo obszernie uwzględnione w niniejszej pracy i ze względu na ich wysoką wartość rozpoznawczą poztawione narówni z wyciągiem z karty szpitalnej.

Te listy kpt. XZ są najbardziej bezpośrednim materiałem rozpoznawczym. Uderza przedewszystkiem objętość tych pism, jeżeli się zważy że kpt. XZ. jako niewidomy, miał pewne utrudnienie w korespondencji listowej, gdyż zawsze był zależnym od osób drugich i musiał swoje listy dyktować. Następnie listy te są sprzeczne zupełnie z żołnierską ścisłością, zwykłą w listach oficera do swoich przełożonych. Ta ogromna rozwlekłość treści, rzucająca się przedewszystkiem w oczy i brak wszelkiego streszczania się nadaje tym pismom wyraźnie zupełnie zabarwienie otępienia. Rozwlekłość, narcystyczne zadowolenie przy dyktowaniu tych listów, przesada w treści, brak streszczania się i skłonność do wstawek (cytowana u kokainistów już u *Erlenmayer*a) nadają tym listom nieprzyjemny i natrętny charakter.

Następnie odrazu uderza w tych listach znaczne wzmożenie zabarwienia uczuciowego. Nie mówiąc już o kojarzeniach pod formą silnie uczuciowo zabarwionych kojarzeń przedmiotowych (stark

gefuehls-betonter Praedikat), przesadne zabarwienie uczuciowe treści tych listów robi wprost wrażenie lepkości padaczkowej. Wyraża się ono przedewszystkiem w tytułach listów (...Wielce szanowny, bardzo kochany i sprawiedliwy dla mnie Panie Pułkowniku...) jak i w ich treści (...Wzruszony dobrocią Wielebnego księdza leżałem już parę godzin w łóżku... Na prośby moje wielce szanowna Pani Siostra... i t. d.) lepkość ta jest rażąco sprzeczna i nieprzyjemna w listach podwładnego oficera do władzy wojskowej. (List do pułkownika, list do Marszałka Polski). Narcystycznie zabarwione, zupełnie bezkrytyczne i sprzeczne z wszelkim duchem wojskowym jest żądanie odczytania listów w świetlicy żołnierskiej wobec zebranej kompanji, wraz z dość płaskimi dowcipami o oficerach, mających przyjąć udział w tej „uroczystości”.

...„Posłusznie proszę załączony list odczytać w kompanji w świetlicy żołnierskiej, przyczem kompanja ma siedzieć. Proszę posłuszuie uczynić to w obecności wszystkich szeregowych kompanji, na świetlicy mają być obecni i trzej wymienieni plutonowi (wymienione nazwiska). Najposłuszniej i najgoręcej proszę pana pułkownika dowódcę, ażeby był w otoczeniu pana mjr: B., adjutanta pułku gwardji kpt. C., niegrzecznego por. D., i właściwego dowódcy. Proszę aby pan kpt. C przy czytaniu mego listu przez bardzo dostojnego pana pułkownika nie mrugał okiem bokiem, a por. D nie szeptał z dowódcą kompanji. Kładę duży nacisk na to, aby na sali nie było dowódcy baonu”...

Nieco bardziej utrzymanym w formie żołnierskiej zbornym i hamowanym jest list do Generała, jednocześnie jednak zupełnie bezkrytycznym, jak to wskazuje następujący ustęp:

...List ten, Panie Generale, dyktuję st. sierżantowi W., byłemu podkomendnemu Pana Generała z I Brygady Legionów, jest on razem ze mną na oddziale II-im (aresztanckim) Szpitala Szkolnego, na takiej samej jak ja obserwacji. Na wojnie granat zdruzgotał mu lewą rękę. *Zastużony ten żołnierz ma również sprawę sądową...*

Rozwlekłość tych listów zwiększa się niepomniernie pod wpływem rymowania, które występuje albo całemi ustępami albo też sporadycznie jakby niechcący w treści nierymownej. Już rodzina kpt. XZ. zeznaje, że lubił on mówić niezwykłym językiem, często posługując się wierszowaniem z predylekcją do wyszukiwania nazw i przezwisk. W listach jednak w czasie choroby ta skłonność do niedołęznego i płytkiego rymowania, t. zw. popularnie „częstochowskich rymów“ występuje wszechwładnie, zupełnie bezkrytycznie nawet bez smaku, w listach do zwierzchników wojskowych, nadając czasem nawet za pomocą wstawek wprost specjalne piętno chorobliwej umysłowości badanego.

„Niech Cię nie obchodzi wygląd mego trupa, lecz myśl jaka kasynowa będzie zupa“.

„Pan major N. chciał by go nazwać Maratem, mam prawo zwać jego moim

i Ygreczka nikczemnym katem. Miałem dobre oczy i dobry wzrok: w głupocie swej nie dojrzałem węzów w pestaci mężów. Teraz będąc ślepy na jedno oko, *dru-giego nie mam*, widzę zdala te gadziny, niestety padliny. *Mścić się nie będę*. Juliusz Słowacki w imieniu boleści Polaków spiżową odezwał się mową: Piramidy, czy wy macie takie trumny, sarkofagi, aby miecz pochować nagi, naszą zemstę w tym bułacie pogrześć i zabalsamować i na wieczne czasy schować? Wejź z tym mieczem w nasze bramy, takie trumny mamy. *Ja powiem inaczej*: Majorze Maracie, mój i Ygreczka nikczemny kacie. Piramidy, czy wy macie takie trumny, sarkofagi, aby miecz pochować nagi, swoją zemstę w tym bułacie rzucić w dół nie balsamując, i wieczności darowując, aby N-skim nie igrając i pogardę w dumie mając, nie chcę się pojedyńkiem poniżyć nie z honoru synkiem. Wejź z tym mieczem za kolumny, tam zdaleka ujrzysz wieka pół otwartej zapomnienia, krzywdy trumny. Przez ludzi poniżony a zanim umrę pohańbiony. Wtenczas moje zimne zwłoki za Maratem N-skim stawiać będą ciche kroki, bo twoja ręka nawet jasne czoła brudzi.

„Złośliwie strzeliła do mnie ta tajemnicza ręka, ani ja do Ygreczka, ani on „we mnie“. Majorze Maracie, zdumienie moje jest w kwadracie. Proszę by mej trumiennej deski major kat nie kłał. Żegnam Pana, panie pułkowniku, dowódco przed Tobą oczywiście leżę teraz w łóżku sprężystości. Życzę rodzinie twej zdrowia, szczęścia mrowia. Służ wiernie pułkownikowi, żołnierski, polski wojownikowi. Nie myślę już o sobie, tylko czołem kornie biję Tobie“.

Albo też następujący urywek z listu:

„Ale czemu mjr. N. nad niedolą moją radosne wylewa łezki, niech je wylewa tak po me grobowe czarne deski. I już przeczuwam, że przy kościelnej kolumnie obłudną mową wygłosisz szumnie przy mojej trumnie... Dobry Boże, wzrok mi zwrócić dopomoże“...

Na tle osłabienia władz krytycznych występuje wybitne stłumienie wszelkiej nietylko winy, ale i wszelkich cech nieprzyjemnych zarówno jak w stosunku swoim do plut, Y-ka jak i co do jego osoby.

Oto np. urywek z listu jego do p. Marszałka Polski, listu powierzchniowego w treści, rozwlekłego i plotkarskiego:

Panie Marszałku, nie jestem psychjatrą ani Jogiem Indyjskim z gór Tybetańskich, lecz na ludziach się znam, dlatego, proszę mi wierzyć, że pięciominutowa rozmowa z plut. Y, krótka i żołnierska, przekonała mnie, że to inteligentny podoficer, ambitny, prędki, o dużej orientacji, osobiście doskonale wyszkolony. Codziennie otrzymywałem meldunki chwalcące nowoprzydzielonego podoficere, na ćwiczeniach zaś przekonałem się sam, że jest to podoficer o wybitnej wartości, bardzo dobrej znajomości służby, opanowany a w stosunku do szeregowców koleżeński i wesoty.

Ja zaś poznawszy go bliżej przekonałem się, że jest to podoficer o wybitnej wartości i dużym poczuciu honoru. Za jego *zalety służbowe* szczerze go polubiłem i na dowód mego zaufania powierzałem mu załatwianie moich spraw osobistych. (Zeznanie z dnia 4.XI.30).

¹⁾ J. Słowacki. Rozmowa z piramidami. -- Piramidy, czy wy macie — Takie trumny, sarkofagi. — Aby miecz położyć nagi, — Naszą zemstę w tym bułacie — Pogrześć i zabalsamować. — I na późne czasy schować? — Wejź z tym mieczem w nasze bramy, — Mamy takie trumny, mamy.

Charakterystyka tegoż plutonowego przez innych ludzi jako człowieka bez żadnej wartości, niezającego służby i umiającego tylko latać „za dziewczkami” jest według kpt. XZ. „dziwną pracą” nad wyszkoleniem i wychowaniem żołnierza, obłudnym donosicielstwem i szpiegowaniem, ohydными czynami, plotkami i plamieniem jasných ludzi, zasłużonych i nieskalanych.

Na tle tego katatymicznego zafałszowania rzeczywistości rozwinęło się zupełne stłumienie inkryminowanego dramatycznego zajścia i przelanie całej kryminalnej strony tego zajścia na znieawidzonego wskutek kontroli listów i ogólnego nadzoru majora N.

Złościwie strzeliła do mnie ta tajemnicza ręka, ani ja w Ygreczka, ani on we mnie. Major N. stał pod drzwiami i podsłuchiwał wszystko (przed zabójstwem).

Tego rodzaju katatymiczne konfabulacje są zmienne. Kpt. XZ. sam np. podaje przy przesłuchaniu przez sędziego śledczego zupełnie inną wersję tego dramatu, również skonfabulowaną. W związku z tą konfabulacją stoi zeznanie jego o tem, że nie miał najmniejszego powodu popełnić samobójstwa, wówczas kiedy w szufladzie jego znaleziono listy potwierdzające bez wszelkich wątpliwości ten zamiar. W każdym razie zarówno strzały do Y-ka jak i jego śmierć zostały zupełnie stłumione i wyparte ze świadomości, natomiast danie strzału do niego w myśl znanego mechanizmu paranoidalnego przeniesione na mjr. N. Już jesienią 1929 r. odwiedzający go przyjaciel usłyszał od niego opis samego zajścia „w trzech różnych wersjach”. Bezpośrednim rezultatem tego katatymicznego wyobrażenia sobie całej swej sprawy karnej jest i stosunek kpt. XZ do sądu, domagający się bez żadnych zastrzeżeń rozprawy sądowej w celu (zupełnie beznadziejnego) „zrzczenia z siebie hańbiących zarzutów” „w obronie pamięci zmarłego żołnierza i honoru swego”. Nie wydaje się ulegać wątpliwości, że organiczne zmiany psychiczne powstałe wskutek postrzału zrazów czołowych mózgu znacznie ułatwiły to katatymiczne zafałszowanie rzeczywistości narówni z głębokiem narcystycznym, ew. egocentrycznym nastawieniem i zupełnym brakiem krytycznego stosunku do własnej osoby i jej czynów.

Zeznania kpt. XZ. nie są pozbawione wzmianek o zazdrości homoseksualnej, które dla dopełnienia obrazu tutaj cytuję:

Podjeżdżałem go o uprawianie stosunków seksualnych, ponieważ sam mi opowiadał o różnych propozycjach, czynionych przez mężczyznę jemu i jeszcze jednemu kapralowi i podejrzewałem także jednego oficera sztabowego pułku o zakusy tego rodzaju co do plut. Y-ka. Że podejrzewałem plut. Y-ka o pewne skłonności seksualne może stwierdzić mój były ordynans, któremu dawałem polecenie obserwować bliżej Y-ka. a to z tego powodu, że kiedyś jeszcze, kiedy posyłałem po Y-ka mego ordynansa, ten wrócił sam i zameldował, że Y. jest bardzo zły i miał powiedzieć do niego, że z powodu pilnowania kpt. XZ, kiedy był chory i z powodu jego nagłego stracił 700 złotych. Rozumiałem znacznie później powiedzenie Y-ka w tem zna-

czeniu, że nie przyjął on propozycji jakiegoś cywilnego sexualisty z tego powodu że był zajęty moją osobą, w czasie mej choroby. Zresztą i w późniejszym czasie przyznawał mi się. *kiedy go pytałem*, że rzeczywiście uczynił mi propozycję jakiś cywilny osobnik za zadowolenie zbroczeń seksualnych 700 złotych. (Przesłuchanie z 15.IV.29).

Dnia 5.I.29 plut. Y powiedział mi, że pewien oficer proponował mi bliższe z nim życie. Wiadomość tę otrzymałem po dłuższej rozmowie, (Przesłuchanie z dnia 4.XI.29).

Wyjątkowo złośliwie traktowani są lekarze, którzy nie chcą go leczyć, robią mu wszelkie możliwe trudności i są w zмовie z jego wrogami, jak to wykazują następujące wyjątki z listów.

Wierzyłem.. że przybędzie by posłuchać prośby złośliwie postrzelonego kapitana i oślepionego przez nikczemnych lekarzy.

W nieprzybyciu Twem, nawet ślepcem będąc, dostrzegam zmiłowate odznaki chirurga pokraki... Brawo Wam, „rukopleskanja“ z samej Moskwy. Ile depesz gratulacyjnych i pochwalnych otrzymaliście Wy, panowie lekarze wojskowi, od p. p. Nachamkesa, Stiektłowa i Swierdłowa za piękną etykę lekarską, nieleczenie zwichniętego kpt. XZ, kawalera orderów z licznych frontów bojowych, który z ust Dowódcy frontu, dzielnego i bitnego generała broni, zapyłony, w podartem ubraniu, usłyszał dwa słowa „dzielny chłopak“.

Posłuchaj doktorze, nadal przy pomocy szturchańców miej wstyd oglądać mnie w domu obłąkańców.

Z krzwdzącą opinią panów lekarzy Szpitala Szkolnego zgodzić się nie mogę. By obalić opinię lekarzy, na gorącą prośbę mą, ojciec mój wnosi jutro podanie o umieszczenie mnie w innym zakładzie, gdzie po najkrótszym pobycie panowie psychiatrzy orzekną *zgodnie z honorem i etyką*, że jestem normalnym człowiekiem mogącym stanąć przed sądem.

Charakterystyczną cechą tej całej korespondencji jest poza wszystkim przytoczonym zachowanie pamięci większości dat i szczegółów, zwłaszcza niekatatymicznych, przy rozluźnieniu wewnętrznego związku pomiędzy kojarzeniami.

Przechodzę dalej do notatek z karty szpitalnej, poczynionych podczas pobytu badanego na szpitalnym oddziale psychiatrycznym.

Ogólna charakterystyka na podstawie karty szpitalnej, przytoczonej w wyjątkach powyżej, wykazuje że był on w owym czasie wyjątkowo natrętny, nudny, drobiazgowy, wykazywał masowo skargi hipochondryczne, nie liczył się z nikim i niczem i łatwo wpadał w stany rozdrażnienia i podniecenia o ile się cośkolwiek zdarzało nie po jego myśli: wówczas brzydko wymyślał, krzyczał, kopał sanitariuszy, zakasywał rękawy i wyrażał zamiar bicia się z lekarzami na pięści, groził wylamaniem drzwi. Noce zwłaszcza były pełne jego krzykliwych wymagań i pretensji. Pretensje o wzywanie do niego telefonicznie lekarzy oddziałowych, lekarza inspekcyjnego, komendanta szpitala, specjalistów z różnych działów medycyny, czy to w celu udzielania mu porady czy też w celu zakomunikowania im

przez niego rzeczy zawsze ściśle tajnych a niezmiernie ważnych były rzeczą zwykłą i w dzień i w nocy.

Paranoidalne nastawienie wobec lekarzy, którego listowne próbki już zostały przytoczone, doprowadzone było podczas obserwacji szpitalnej do rozkwitu. U podstawy tego zanudzenia otoczenia swemi wymaganiami leży narcystyczna żądza, aby się *nim wszyscy interesowali*.

Wszyscy są tu przeciw niemu, wszyscy są w zмовie, lekarze są w zмовie z jego przeciwnikami, trzymają go tu celowo. Są to szuje i geszefciarze, on się nie myli. Lekarze robią doświadczenia lekarskie, on uważa siebie za ofiarę. Wcale go nie leczą, stracił drugie oko na tym oddziale. Celowo nie pozwalają widzieć mu się z rodziną, Wszyscy są w zмовie. To nie badanie, to męczarnia, aby prędzej zakończyć życie takie porządki jak na oddziale psychiatrycznym są tylko w „matuszkie Rassieji“ Naczelnny chirurg nie chce go operować, bo wie, że operacja byłaby niezapłacona, on nie jest bogaczem, więc musi umierać i tak. Zostawili go na pastwę, oddział tutejszy to nie szpital, to „czeka w Moskwie“. Wszyscy mu wymyślają, śmieją się z niego, jest pośmiewiskiem na oddziale, z niczego nie może być zadowolony. Okulista jest celowo niedopuszczany albo poinformowany przez nieprzyjaciół. Lekarzy okulistów pozbawić dyplomu lekarskiego. Domaga się wezwania naczelnego chirurga, „bo zapomniał jeszcze jednej rzeczy powiedzieć“. Żąda raportu u komendanta szpitala, „gdyż ma ważne rzeczy do zakomunikowania“, mianowicie, że go zupełnie nie chcą leczyć Rentgenem. Wskutek czyjegoś zarządzenia nie chcą mu leczyć oczu, domaga się sprowadzenia lekarza cywilnego, bo do wojskowych nie ma zaufania. W analogiczny sposób domaga się wezwania lekarzy i innych specjalności. Natychmiast telefonować po chirurga i okulistów.

Przy tych żądaniach brzydtko wymyśla i zakasuje rękawy. Trzymają go tu celowo żeby zwarjował, z czego skorzystają jego przeciwnicy. Żąda stale poufnych rozmów z lekarzami. Domaga się okulistów, krytykuje ich, będzie ich skarżył do sądu za nieuczciwe leczenie, pozbawi ich dyplomu lekarskiego; z czyjegoś zarządzenia nie chcą mu leczyć oczu, naogół to nie są oficerowie. Badanie lekarzy to nie badanie, a męczarnia żeby pręcej zakończyć życie. Zabrania aby lekarze podczas wizyty popołudniowej wchodzili do jego pokoju — nie są bowiem tego godni. Cywilny otjatra z miasta, zawezwany przez rodziców dla zbadania go, zmienił się jak również i wielu innych osób na jego niekorzyść. Odgraża się lekarzom okulistom, że jak tylko wyzdrowieje to im się odwdzięczy. Celowo nie pozwalają mu się widzieć z rodziną, wszyscy są w zмовie. Przy zawiadomieniu o zwolnieniu go na wolną stopę twierdzi, że go się boją, więc puścili go z więzienia — nic im jednak nie pomoże, tak jakby on był nie oskarżonym a oskarżycielem.

Narcystyczne nastawienie chorego przybiera czasem formy jakiej kapryśnej dziecięcej zabawy z dziećcami również urojeniami wielkości: kpt. XZ kłóci się z sanitarjuszami, wymyśla im ordynarne, wypędza ich ze swego pokoju, następnie ich przeprasza, każe

się nazywać „najjaśniejszym panem królem”, a ich tytułuje kamerdynerami. Jak który sanitarjusz wchodzi do jego pokoju to ma się w ten sposób zameldować.

Poza drażliwością i ogólnem otępieniem umysłowem zasługuje na podkreślenie jeszcze kilka szczegółów.

Przedewszystkiem 1) zaburzenia zapamiętywania wrażeń: wykazuje on zaburzenia orientacji w czasie, zwłaszcza po drzemce popołudniej; domaga się on np. wieczorem śniadania zamiast kolacji (I. IV.) i szykuje się odpowiednio po kolacji do zaraz mającej nastąpić rannej wizyty lekarskiej. List do Marszałka Polski i Ministra Spraw Wojsk. kończy zwrotem: „Panie Generale, Dowódco Korpusu, nie kończę, bo sił mi brak”, poplątawszy najwidoczniej osoby, do których się pisemnie zwraca.

2) Przerwywanie i niemożność dokończenia rozpoczętego zeznania lub listu, występuje u niego, jako objaw organiczny, najczęściej jednak w uczuciowo zabarwionych momentach, przy zeznaniach sądowych, w liście do Marszałka bezpośrednio przed przejściem do opisu swoich osobistych stosunków z plut. Y; w tym ostatnim wypadku zawiadomienie o niemożności dokończenia listu związane jest z użyciem mylnego tytułu, tak jakby autor zapomniał w trakcie pisanego do kogo pisze.

3) Często występujące i w dzień i w nocy bóle głowy obok licznych skarg hipochondrycznych.

4) Ciągłe skargi zwłaszcza w pierwszej połowie pobytu na oddziale na „przelewanie się w głowie”. Woda mu się przelewa w głowie z miejsca na miejsce. „Ma wodę w głowie, która mu się przelewa coraz tu na inne miejsce”, (Objektywnie stwierdzone przy badaniu głośnie chlupanie w czaszce).

5) Żarłoczność badanego. Jada on niezmiernie obficie i często, narzeka, że dostaje zbyt mało do jedzenia. Po wyrwaniu zęba interesuje się przedewszystkiem czy będzie możliwem zjedzenie obiadu i t. d.

6) Bezsensowność, wzmaganie się objawów i narzekań w nocy, ciągle wzywanie do siebie mężczyzn.

7) Propozycje homoseksualne, czynione w nocy sanitarjuszom.

8) Wyraźna skłonność do wywoływania u siebie iluzji wzrokowych (pomimo utraty wzroku) lub do obostrzonego wnioskowania w tej dziedzinie. Tu należy wzmianka o psie, który w tragicznej dla niego chwili (upadek po postrzale) miał mu się podwinąć pod nogi. Tutaj również należą i uwagi jego podczas badań lekarskich: „tu zdaje się jest jakiś pan”, „mam wrażenie, że kobieta jakaś chodzi

i ziemię zaciera". Zdaje mu się, że widzi jak kobieta jakaś wyciera podłogę, po chwili pyta, czy tu niema psa.

Wogóle fantazja na jawie i sny badanego odznaczają się niezwykłą plastycznością. Co noc rozmawia on z sobą, twierdzi jednak, że do niego przychodzi zmarły plut. Y., klęka przy jego łóżku i opowiada różne rzeczy z pułku o majorze N. — To znów w nocy budzi się z krzykiem, że żmija siedzi na brzegu łóżka i patrzy mu w twarz z profilu jednym okiem i boi się on wyciągnąć rękę z pod kołdry, bo chwyci ją żmija natychmiast.

9) Wyraźne omamy czucia dotykowego na języku: w każdym jedzeniu są jakieś owady, mięso to pokrajane węża, on ma bóle gardła i języka, na języku są robaki, które się ruszają i przeszkadzają mu podczas jedzenia.

10) Chęć rozdawania sanitarzom i chorym pieniędzy, których nie miał.

U badanego zatem na podstawie obserwacji jego oddziale szpitalnym i na podstawie jego korespondencji dają się zauważyć dwie grupy objawów:

1) Grupa pierwsza — objawy psychozy organicznej, wywołanej postrzałem czaszki i uszkodzeniem mózgu w okolicy czołowej, rozluźnienie kojarzeń, zaburzenia zapamiętywania wrażeń, przerywanie treści zeznania lub listu w środku wskutek nagle występującego zmęczenia, bóle głowy, obiektywnie stwierdzone „przelewanie w głowie”, liczne skargi hipochondryczne i bezsenność. Jednoczesna zmiana całości charakteru w kierunku niezmiernej drażliwości, rozwlekłości, lepkości affektów i wybitnego egocentryzmu — cech odrazu przypominających padaczkowe zmiany charakteru. Wreszcie wyrażna żarłoczność.

2) Propozycje homoseksualne, skłonność do iluzji wzrokowych (pomimo zupełnej utraty wzroku), wyraźne omamy czucia dotykowego, chęć rozdawania naokoło pieniędzy, uczuciowa potrzeba wypisywania się (za pomocą osób drugich, *Schreibseligkeit*) wreszcie łatwość występowania nastawienia paranoidalnego — są to objawy związane z przewlekłym nadużywaniem kokainy, tem ciekawsze, że uległy one nawet pewnemu obostrzeniu w czasie pobytu na oddziale psychiatrycznym, czyli po dłuższej abstynencji od kokainy.

W ten sposób objawy psychiczne kokainizmu uwypuklają się na tle ogólnego otępienia psychicznego. Otępienie psychiczne wywołało łatwość ich występowania, utorowały jakby drogę objawom kokainowym pomimo dłuższej abstynencji od kokainy.

NAPADOWE HALUCYNACJE SŁUCHOWE I NAPADOWE UROJENIA W PRZYPADKU PARKINSONIZMU PO NAGMINNEM ZAPALENIU MÓZGU.

(Z Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej U. J. w Krakowie. Dyrektor Prof. Dr. Piltz)

Podał

DR. WŁADYSŁAW CHŁOPICKI.

Zaburzenia psychiczne przy encephalitis ep. zwróciły na się uwagę psychiatrów prawie od początku powstania epidemji. W stanach ostrych, posiadających naogół cechy psychoz symptomatycznych, uderzały badaczy dość często występujące dość silne podniecenia ruchowe w postaci swoistych ruchów mimowolnych — hyperkinez, nadającym tym stanom swoiste piętno neurologiczne. Bardziej interesującemi jednak okazały się stany chroniczne — stany parkinsonizmu o określonym i ustabilizowanym w złożonym rozwoju cierpienia obrazie neurologicznym, któremu odpowiadają pewne również ustabilizowane zmiany psychiczne tych chorych z charakterystycznym stanem odrętwienia, zabarwiającym — jak podkreśla *Pieńkowski* — cały, obraz psychiczny. Ta równoległość zmian neurologicznych i psychicznych spowodowała między innymi z polskich autorów *prof. Mazurkiewicza*, a za nim *Wicherta* i *Messinga* do wysunięcia bardzo ciekawego problemu lokalizacji afektów.

W pewnych zaburzeniach ruchowych parkinsoników uwidacznia się tak ścisły współdziałanie składników psychicznych — że nieraz trudno powiedzieć — jak zaznacza *Pieńkowski* — gdzie się kończy sfera ruchowa a zaczyna psychiczna. *Gerstmann* i *Schilder* wyobrażają sobie stosunek składników neurologicznych do psychicznych przy zaburzeniach jąder podkorowych w postaci stopniowych przejść od elementarnych czysto neurologicznych zaburzeń, jak ruchy atetyczne i choreatyczne, nie posiadających żadnej reprezentacji psychicznej — do złożonych hyperkinez i wogóle tych złożonych objawów ruchowych, które robią wrażenie celowego i dowolnego po-

stępowania. *Hauptmann* po zbadaniu szeregu parkinsoników przyzedł do przekonania, że tylko część ich ma istotne, nabyte przez encephalitis ep. zmiany psychiczne, dotyczące popędów i afektów — część zaś ma rzekomo zaburzenia psychiczne, spowodowane ich ogólnym unieruchomieniem. *Schilder* podnosi upośledzenie u parkinsoników niższego automatycznego popędu do nastawiania się na przyjmowanie wrażeń zewnętrznych i do zajmowania się własnymi przeżyciami, co powoduje ubogość i monotonię ich przeżyć. *Bostroem* zaś mówi o psycho-ruchowym przestoczeniu osobowości parkinsoników, wywołanej swoistem skrępowaniem ruchowym — o zwężeniu osobowości wskutek upośledzenia ich kontaktu z otoczeniem.

Niezwykle ciekawym szczegółem w tym objawie zespalandie się składników ruchowych i psychicznych u parkinsoników jest wpływ afektów na zaburzenia ruchowe, występujące w postaci „cinesie paradoxale” (*Jarkowski*), gdy sztywność i unieruchomienie pozapiramidowe naskutek afektu wzgl. bodźca zewnętrznego („*Fremdanregbarkeit*” — *Steiner*) zostają na pewien przeciąg czasu jakgdyby zniesione, co pozwala chorym wykonywać złożone, a nawet precyzyjne ruchy. Przypominają te szczegóły swą kapryśnością, zależnością od afektów fenomeny histeryczne — na co już niejednokrotnie zwracano uwagę i dlatego stanowią one ciekawy temat do dalszych analiz i porównań. W tym miejscu chciałbym podkreślić pewne momenty przy napadowych, najbardziej mnie zajmujących obecnie, zmianach psychicznych u parkinsoników.

W napadowych natręctwach myślowych, występujący w związku z odwracaniem gałek ocznych — nieokreślony — organiczny, jak to nazywa *Stern*, niepokój i lęk, nieuzasadniony żadnymi psychologicznymi przesłankami (*v. Bogaert i Delbek*) wraz z formalnym zaburzeniem procesów myślenia — zatrzymaniem się, „skurczem myśli” (również określenie *Sterna*) — i niemożnością pozbycia się tej myśli ze świadomości, stanowią zasadnicze tło, na którym powstają natręctwa.

Zespołowi napadowych objawów psychicznych odpowiada w tych przypadkach pewien zespół napadowych objawów cielesnych (neurologicznych) — odwracanie gałek ocznych, wzmożenie sztywności pozapiramidowej z upośledzeniem ruchów, zwolnienie wzgl. upośledzenie procesów mowy, czasami napadowa palilalia i wogóle szereg innych objawów pozapiramidowych. Powyższy zespół objawów neurologicznych świadczy o złożoności procesu napadowego, który właściwiej ze względu na dominowanie objawów pozapiramidowych nazwać epilepsją pozapiramidową (*Sterling*), epilepsją striarną (*Wiemer*) — albo najogólniej epilepsją podkorową (*Sokolansky*).

Na podstawie właśnie tych objawów cielesnych nasunęło się mnie przypuszczenie, że wspomniany proces napadowy polega na utrudnieniu przewodnictwa pewnych dróg nerwowych, związanych z systemem pozapiramidowym — na fizjologicznej blokadzie tych dróg. Proces napadowy wywołuje tedy wzmożenie się objawów pozapiramidowych — a zarazem stwarza swoistą konstelację psychiczną, powodującą w pewnych przypadkach powstanie natręctw myślowych, w przypadkach, w których nie udało mi się jednak wykryć cech konstytucjonalnego podłoża „anankastycznego“, jak to wykazali w przypadkach natręctw czynnościowych *prof. Piltz, Meggendorfer-Kehrer* i inni. Być może, że napadowe natręctwa u parkinsoników są uwarnukowane szeregiem nieznanym nam bliżej czynników, z których część jest prawdopodobnie natury konstytucjonalnej. *Stern* zwraca uwagę na różniczkowanie psychiki i wrażliwości tych chorych. Wydaje się nam, że wrażliwość wzgl. pobudliwość układu nerwowego takich chorych, (stwierdzoną również na obserwowanych przez nas przypadkach), raczej należy odnieść do właściwości fizjologicznych, jak charakterologicznych tych osobników. I kto wie, czy napadowe, bardziej głębokie, jak w innych przypadkach parkinsonizmu zaburzenia „fizjologii“ mózgu tych chorych nie jest jednym z zasadniczych czynników, usposabiających do przeżywania natręctw napadowych.

Związek zaburzeń cielesnych, a właściwie ruchowych z psychicznymi w przypadkach napadowych natręctw myślowych u parkinsoników wykrywa ponadto analiza samych zaburzeń psychicznych. Wykazuje ona mianowicie w jednym z kardynalnych objawów psychicznych — w objawie zatrzymania się wzgl. „skurczu myśli“ — mechanizm, podobny do mechanizmu złożonych iteracji (palilalii), gdzie w samym proteście mówienia występuje wbrew intencjom chorego zatrzymanie się pewnej treści słownej i trwanie jej, co się manifestuje powtarzaniem tej treści — w zatrzymaniu się zaś myśli mamy zatrzymanie się w przebiegu procesu myślenia pewnej treści psychicznej i trwanie jej wbrew intencji i woli chorego. O ile walka intencji z rozhamowanym automatyzmem w palilalii — walka, którą podkreśla *Pick* a później *Sterling* — odbywa się w niższych warstwach psychicznych i nie posiada swoistego odpowiednika psychicznego w świadomości w postaci określonego przeżywania walki — to zatrzymanie się myśli — taki odpowiednik posiada, jako przeżycia tego, co nazywamy przeżyciem natrętnem.

Widzimy tu wyraźną ilustrację, jak w parkinsonizmie, zwłaszcza w napadach epilepsji podkorowej, iteracje z ruchowych — „zewnątrz-

nych" (*Steiner*) albo „pozapsychicznych" (*Scharfetter*) podnoszą się do najwyższych poziomów psychiki, stają się iteracjami „intrapysychicznymi" albo „iteracjami myślowymi" (*Denkiterationen—Steiner*) i nabierają cech przeżycia natrętnego.

Ciekawą jest rzeczą, że czasami napady epilepsji podkorowej wywołują jeszcze głębsze przeobrażenia psychiczne, nasilające się do stanu napadowych halucynacji i urojeń. Taki bardzo ciekawy przypadek napadowego majaczenia i napadowego wydzielania zapachu — z polskich autorów opisał *Handelsman* oraz *Mikulski* (przypadek napadowego krzyku i napadowych urojeń) — z autorów obcych *Sokolansky*.

Podobny też przypadek pozwolę sobie pokrótce opisać.

Chory, 32 lat, robotnik rolny z pow. Pińczowskiego. W rodzinie brak obarczenia w kierunku chorób nerwowych i umysłowych. Pacjent z usposobienia spokojny i powolny, jednak potrafił się unieść i wybuchnąć — chętny do zabawy. Luem negat. Pił więcej od innych — pijakiem nie był. Ożenił się 9 lat temu. Żona raz rodziła — poronień nie miała.

Cztery lata temu, gdy był w Ameryce, w Kanadzie, (wyjechał tam dla zarobku) dostał gorączki ze zwidywaniami, bolała go głowa — to trwało przez tydzień. Później tydzień był senny. Od 2 lat, unieruchomienie i od tego czasu zaczął słyszeć „głosy ze świata". Gdy umieszczono go w szpitalu, zarząd szpitala zażądał od niego zapłaty, lecz chory oświadczył, że pieniędzy niema, oznajmiono mu, że w tej sprawie zostanie wysłany list do żony. Chory natychmiast potem napisał list do żony, uprzedzając ją, by nie wysyłała żadnych pieniędzy. Większych przykrości z tego powodu nie miał — przez rok przebywał w szpitalu, a później przy pomocy rządu polskiego wrócił do kraju. Tu zwidywało mu się czasami, że będą gnębić matkę, by zapłaciła za szpital w Kanadzie. Kiedy tak mu się zwiduje ma być „zadumany", nie może dobrze mówić i trudno mu się ruszać. Te stany występują ostatnio codziennie, czasami 2—3 razy dziennie.

Przedmiotowo:

Objawy parkinsonizmu — ruchy powolne, ociężałe — bez współruchów fizjologicznych. Mowa powolna, monotonna, bez modulacji głosu. Wyraźne opory schodkowate po obu stronach. Lekka przewaga objawów po stronie prawej. Psychiczenie — dobrze zorientowany w czasie, miejscu i otoczeniu — dokładnie sobie zdaje sprawę ze swej choroby. W czasie napadu — ogólne unieruchomienie, ślinienie się, wzmoczenie sztywności pozapiramidowej, wolniej mówi — cza-

sami nie odpowiada na pytania. Szpary powiekowe rozszerzone, oczy ustawione nawprost—na polecenie może fiksować pokazywane przedmioty, ale po chwili gałki oczne zajmują swe poprzednie ustawienie. W tym stanie chory przeważnie leży, ponieważ czuje się wówczas „osłabiony”. W czasie napadu chory albo zapytuje lekarza i innych chorych, czy to prawda, że matkę męczą, by zapłaciła za szpital w Kanadzie—bo mu się zwiduje, że matka musi zapłacić, lub na zapytanie wyjaśnia, że słyszy głosy z prawej strony „matka ma zapłacić, ile wujek w Ameryce“ (wujek ten faktycznie miał nic nie płacić szpitalowi). Tłumaczy, że to prawdopodobnie kilka osób mówi, jakgdyby przez telefon z dworca. Nie wie, kto to może mówić—może rząd amerykański; w jaki sposób rząd amerykański może się znaleźć w Krakowie i mówić po polsku—wy tłumaczyć nie może. Wyraża lęk, że z tego powodu matkę męczą, biją. Po chwili znów zapytuje, czy to prawda. Głosów matki, jęków, bicia nie słyszy. Głosy te zawsze słyszy z prawej strony — jedno i to samo zdanie powtarzają one co pewien czas, co 1—2 minuty. Pod wpływem iniekcji skopolaminy z harminą napady ustępowały, przy podawaniu dłuższym stawały się — znacznie rzadsze i znacznie mniej nasilone. Badania dodatkowe: W. z krwi i płynu m. rdz.—ujemny. Nonne—Apelt z płynu—ujemny. Słuch obustronnie normalny. Słuchowych wrażeń ejdetycznych nie udało się wywołać. Odczyn obrotowy z prawego kanału czołowego wyraźnie krótszy. Dno oczu bez zmian.

Pozwolę zwrócić sobie uwagę na ogromną ubogość i monotonię przeżyć psychotycznych w tym przypadku — jest tu coś więcej, jak ubogość i monotonia przeżyć parkinsoników. To stałe zjawianie się w czasie napadów jednej i tej samej treści psychicznej świadczy o jakimś głębokim zdeterminowaniu tych objawów psychotycznych—takiem samym, jak jest zdeterminowany cielesny, neurologiczny obraz napadowy. Przypomina to psychotyczne przeżycia w czasie aury w napadzie epileptycznym—gdzie w niezrozumiały dla nas sposób pewne przeżycie psychiczne utrwała się i powraca za każdym napadem napadem drgawkowym—jako objaw epileptyczny. Czy jest to czysto przypadkowym „zatrzaśnięciem” — jak chce *Hirsch* — pewnego przeżycia, względnie fragmentu tego przeżycia w cykl objawów epileptycznych—nie będę w to wchodził obecnie. Chcę tu tylko podkreślić, że występowanie jednych i tych samych treści psychicznych cechuje natręctwa napadowe u parkinsoników i pod tym względem opisywany przypadek przypomina te napadowe natręctwa.

Charakterystycznym jest w tym przypadku powtarzanie się co pewien czas w okresie napadu halucynacji jednej i tej samej treści.

Nietrudno się w tem dopatrzeć wpływu potężnych czynników iteracji, o których nadmieniałem już wyżej, warunkujących właśnie to powtarzanie jednej i tej samej treści halucynacji. Świadczy to o pewnem określonym fizjologicznym nastawieniu mózgu w czasie napadu — o pewnej jego fizjologicznej konstelacji, nadającej przeżyciom psychicznym swoisty kształt i piętno.

Co do samych przeżyć psychotycznych chorego pozwolę przypomnieć, że w czasie wolnym od napadów chory odnosił się krytycznie do słyszanych głosów i prześladowczych urojeń w stosunku do matki; możemy tu mówić ze względu na niegdyś afektywne zabarwienie jego trosk o płacenie za szpital o przeżyciu kompleksowem.

Odniosłem wrażenie, że można było stwierdzić kilka stopni w nasileniu napadów — lżejszem z tych stopni był stan, kiedy chory właściwie głosów nie słyszał — tylko mu się zwidywało, miał takie myśli, że matka musi za szpital zapłacić — był tem przejęty, o tem tylko myślał i sam częściowo w to wierzył — był to więc stan, przedstawiający pogranicze pomiędzy myślą nadwartościową a urojeniem — głębszym zaś był stopień następny, gdy słyszał wyraźnie głosy i wypowiadał swe obawy co do matki — stan zdecydowanie psychotyczny z halucynacjami i urojeniami. Zaobserwowałem, że nasileniu objawów psychotycznych odpowiadało zawsze nasilenie objawów cielesnych napadów — w czasie lekkich krótkich napadów do urojeń i halucynacji nie przechodziło nigdy. Tę zresztą rozbieżność stwierdziliśmy, podając choremu harminę ze skopolaminą, które usuwały ataki (zarówno cielesne objawy jak i psychotyczne), względnie czyniły je daleko rzadszemi, krótszemi i o bardzo małym nasileniu.

W stanach psychotycznych, jakkolwiek chory przyjmował halucynacje jako coś realnego i zdradzał wielką obawę o matkę, jednak jakiś ułamek krytyki został u niego zachowanym — stąd brak pewności co do ścisłości i wiarygodności swoich przeżyć, wahający się stosunek do nich, co się wyrażało zwracaniem się do otoczenia z zapytaniem, czy to wszystko co przeżywa, istotnie odpowiada prawdzie. Podobny oscylujący stosunek do urojeń podkreśla *Janowska* w przypadku parkinsonizmu po nagminnem zapaleniu mózgu z szeregiem urojeń i z napadami „epilepsji podkorowej”; urojenia te nie są uwarunkowane — o ile mogłem wywnioskować z historii choroby — napadami epilepsji podkorowej i wykazują znacznie bliżży, jak w naszym przypadku, związek — z aktualnemi przeżyciami, a ponadto tendencję do systematyzowania się, co pozwala ten przypadek nazwać „psychozą urojeniową”.

W lęku naszego chorego i w jednej tkwiącej i opanowującej go myśli ze śladami zachowanej krytyki, można się dopatrzeć analogji do stanów psychicznych w napadowem natręctwie myślowem—sama jednak struktura obrazu psychicznego w naszym przypadku jest nieco odmienna, jak w przypadkach natręctw napadowych. Obce dla chorego myśli, z którymi się on w czasie wolnym od napadów nie identyfikuje, opanowują podczas napadu jego psychikę, utrzymują się i rozwijają się w niej siłą własnej energii, tworząc wyobrażenie nadwartościowe, urojenia i wchodzące jako treść do halucynacji słuchowych, należących do grupy t. zw. „ugłośnienia myśli”. Ten samodzielny i niezależny od osobowości rozwój analizowanych składników psychotycznych pozwala zaliczyć je do objawów szeroko zresztą przez francuzów ujmowanego zespołu „*automatisme mentale*”. Wprawdzie podobny mechanizm wykazują również i wyobrażenia natrętne, ale w natręctwach towarzyszy tym stanom przeżycie walki—czego w naszym przypadku niema. Mechanizm tu tedy jest podobny, lecz psychiczny proces automatyczny występuje w naszym przypadku z większą siłą i zajmuje odrazu większe tereny psychiki—przytłumiając jakgdyby osobowość, która się może zdobyć jedynie na oscylujący, wahający się stosunek do swoich przeżyć patologicznych. To potwierdza nietylko podkreślane przez *M. Grossa, Kehrera* i innych zdanie, że do przeżywania natręctw trzeba mieć względnie zachowaną psychikę, ponieważ z chwilą silniejszego zaatakowania psychiki przez psychozę dany osobnik przestaje być zdolnym do przeżywania natręctw.

Co do właściwości konstytucjonalnych, które ewentualnie usposabiałyby naszego pacjenta do powstawania przeżyć psychotycznych, można powiedzieć naogół niewiele. Jednak pociąg do wódki i wybuchy gniewu—świadczą o niewątpliwej neuropatycznej wrażliwości i pobudliwości jego układu nerwowego, o tych właśnie raczej fizjologicznych cechach, o których wspominałem wyżej, i które prawdopodobnie czynią mózg mniej odpornym na znoszenie napadów „epilepsji podkorowej” i wespół z innymi nieznanymi nam bliżej czynnikami, warunkują powstawanie napadowych przeżyć psychotycznych u parkinsoników.

W obrazie psychotycznym u naszego chorego najbardziej interesującym składnikiem bez wątpienia są napadowe halucynacje słuchowe. W tym przypadku uwydatnia się wyraźnie, jak treścią halucynacji słuchowej staje się pewna myśl, jak wyobrażenie przekształca się w coś realnego, jak przeżycie o składniku przeważnie obrazowym (*bildhaftig*) przeistacza się w przeżycie cielesne (*leib-*

haftig). Że jednak w rzeczywistości zbyt prosto stosunek wrażenia do wyobrażenia w halucynacji (Vorstellung — Wahrnehmungs — Problem) się nie przedstawia (abstrahując od właściwości eidetycznych, których w omawianych przypadkach nie udało się nam wskazać), wiemy z dyskusji, jaka w sprawie halucynacji się toczy — a ponadto słyszenie głosów przez chorego tylko na prawe ucho przemawia za współdziałaniem w tym złożonym procesie czynników natury anatomicznej, a raczej fizjologicznej.

Nie może tu oczywiście być mowy o prymitywnem ujmowaniu zagadnienia — jak zaznacza *Schröder* — że każda komórka nerwowa w płacie skroniowym lub potylicznym jest siedliskiem określonego wyobrażenia słuchowego lub wzrokowego, lecz o zaburzeniach czynności pewnych zespołów fizjologicznych, związanych z aparatem słuchowym, o takim ilościowym i jakościowym przeistoczeniu się funkcji (Funktionswandel) tych zespołów pod wpływem napadowego upośledzenia przewodnictwa pewnych dróg nerwowych — jakie wykazały badania *Weizsackera*, *Steina*, *Freya* i innych nad zaburzeniami czucia powierzchownego oraz badania nad halucynozą meskalinową (*Beringer*, *M. Gross* i inni).

Zresztą w przeżyciu psychotycznym ważnym jest nie tylko fakt istnienia względnie przeżywania pewnej halucynacji, lecz również przerwanie ciągłości doznawanych wrażeń i włączenie danej halucynacji do własnej treści psychicznej. Występowanie tych objawów przy nasilaniu się objawów neurologicznych świadczy o głębokiej zmianie „fizjologii” mózgu, leżącej u podstawy przeżywanych halucynacji i urojeń. Za tą swoistą zmianą czynności mózgu przemawia zwłaszcza iteracyjne powtarzanie się halucynacji słuchowych.

Reasumując — w omawianym przypadku parkinsonizmu po nagminnem zapaleniu mózgu stwierdzamy napadowe objawy neurologiczne, ściśle zespolone z napadowymi objawami psychotycznymi (halucynacjami słuchowymi i urojeniami) oraz wpływanie objawów neurologicznych na kształtowanie się objawów psychotycznych, co się uwidacznia napiętnowaniem halucynacji słuchowych przez mechanizmy iteracyjne.

PIŚMIENICTWO.

Bostroem. Striäre Störungen. Hdb. d. Geisteskr. Bumke. — *Bürger u. M. Gross*. Ü. Zwangssymptome bei Encephalitis leth. und ü. d. Struktur d. Zwangerscheinungen überhaupt. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 112. — *Gerstmann*. Grund sätzliches zur Frage d. Akinesen u. Hyperkinesen bei Erkrankungen d. strio-palid. Systems — *Mont. f. Psych.* Band. 55. — *Goldstein*. Ü. d. gleichartige funktionelle Bedintheit d. Symptome bei organischen u. psychischen Krankheiten. *Mont. f. Psych.*

Bd. 57. — *Delbek et v. Bogaer*. Le problème général des crises oculogures au cours de l'encephalite ep. chronique. L'encephale—10—1929. — *Handelsman*. Okresowe majaczenie oraz napadowe wydzielanie cuchnącego zapachu w przyp. nagm. zapalenie mózgu, 1928. Książka pamiątkowa Dr. Flatau. — *Hauptman*. Der Mangel an Antrieb von innen gesehen. Arch. f. P. Bd. 66. — *Hirsch*. Erlebnisspuren im ep. Anfall u. Ausnahmestand. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 105. — *Gerstman u. Schilder*. Studien ü. Bewegungsstörungen. Zt. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 74, 85, 87. — *Jankowska*. Przypadek psychozy urojeniowej w przebiegu parkins. pośpiączkowego. Rocznik psych. VI — 1927. — *Jankowska*. Przyp. ugięśnienia myśli. Roczn. Psych. VIII — 1927. — *Kehrer*. D. Veranlagung zu Zwangskrankheiten. Kehrer. u. Kreschmez—D. Veranlagung zu seelischen Störungen, 1924. — *Leyser*. Zum Problem d. Iteration. Mont. f. Psych. Bd. 57. — *Mazurkiewicz*. Układ nerw. roślinny a zaburzenia psychiczne. Roczn. psych. II, 1925. *Mikulski*. Przyp. napad. krzyku i zaburzenia woli w przebiegu nagm. zap. mózgu. Roczn. psych. III, 1926. — *Pieńkowski*. Zaburzenia psychiczne przy nagminnem zapaleniu śpiączkowym mózgu. 1921. — *Pieńkowski*. Analiza zaburzeń ruchowych przy nagminnem zapaleniu śpiączkowym mózgu. 1924. — *Sterling*. Palilalia jako objaw Parkins. w nagm. zapaleniu mózgu. Neur. P. IX, 1926. — *Pick*. Palilalie, als Zeilstück striärer Motilitätsstörungen. Abhandl. a. d. Neur. u. Psych. 1921. — *Scharfetter*. Zur Kentuis psych-neurol. Grenzstände in Enc. epid. D. Z. f. Nerv. Bd. 93. — *Schröder*. Das Haluzinieren. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. 101. — *Sokolansky*. Ü. Anfälle bei ep. Enceph. Z. f. d. ges. Neur. Psych. 112. *Steiner*. Was lehrt uns Enceph. epid. Kurs. f. ärzte. Fortbild. 1927. — *Stern*. Ü. psychische Zwangsvorgänge u. ihre Entstehung bei enceph. Blickkrämpfe. Archiv. f. Psych. Bd. 81. — *Stein-Weizsäcker*. Der Abbau d. sensiblen Funktionen. Deutsche Ztsch. f. Nervenhe. Bd. 99. — *Stein*. Ü. d. Veränderungen d. Sinnesleistungen u. d. Entstehung v. Trugwahrnehmungen. Hdb d. Geisteskrankheiten. Bumke. — *Weizsäcker*. Psychopathologie u. Klinik d. Trugwahrnehmungen. Hdb. d. Geisteskrankheiten. Bumke.

STOSUNEK ZMIAN ANATOMICZNYCH DO ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH W STWARDNIENIU ROZSIANEM MÓZGU I RDZENIA.

Podał

JÓZEF HANDELSMAN

Przy badaniu stanu psychicznego, zaburzenia psychicznego, psychozy w ścisłym znaczeniu, przy doszukiwaniu się przyczyn ich powstawania i doszukiwaniu się tych szkodliwych czynników, które je wywołują, natrafiamy zazwyczaj na szereg trudności, niekiedy uniemożliwiających nam zupełnie określenie czynnika wywołującego zaburzenia psychiczne wzgl. psychozę, niekiedy pozwalających przypuścić taki lub inny czynnik, lub wreszcie przyjmując należy nie jeden czynnik, lecz kilka czynników współdziałających, które wspólnie dopiero wywołują badane zaburzenia psychiczne. *Stertz* mówi w podręczniku *Bumk'ego*, że egzystują trzy czynniki szkodliwe, na które wystawione jest życie psychiczne człowieka: pierwsze, które powstają na skutek zewnętrznych działań wprost na mózg (np. uraz), drugie, które wynikają z wewnętrznych to jest konstytucyjnych zaburzeń czynności i wreszcie trzecie takie, które działają bezpośrednio na życie psychiczne jako przeżycia patogenne — chorobotwórcze. Zależnie od tego, który z tych czynników szkodliwych przeważa odróżniamy trzy typy reakcji psychicznej: 1) zewnątrzpochodną reakcję, 2) wewnątrzpochodną, 3) psychorodną.

Zewnątrzpochodny (exogeny) typ reakcyjny opisał *Bonhoeffer*; stwierdził on, że wśród ostrych objawowych zaburzeń psychicznych w przeciwieństwie do wielkiej różnorodności zaburzeń zasadniczych, spotyka się wielkie podobieństwo różnych postaci zachorzeń psychicznych; fakt ten pozwolił mu na wyodrębnienie tego typu reakcyjnego. W pierwszych swych pracach mówi on o często spotykanych obrazach stanów przedewszystkiem typu majaczeniowego, osłupieniowego, lękowo-padaczkowatego, zamroczeniowego, amentywnego

i amnestycznego (Korsakowa). *Bonhoeffer* mówi o typach *predylekcyjnych* w tym sensie, że toksyczno-infekcyjne procesy i autointoksykacje, chroniczne intoksykacje, ciężkie kontuzje mózgowe, o ile prowadzą do zaburzeń psychicznych, wywołują te właśnie obrazy psychotyczne zasadniczo niezależnie od specyficzności zewnątrzpochodnego czynnika szkodliwego. Rozważania *Bonhoeffera*, aczkolwiek przyjęte były przez wielu autorów, poddane były krytyce zwłaszcza przez *Spechta*, który neguje jakościowe wyodrębnienie zewnątrzpochodnych typów reakcyjnych i jest zdania, że odnośne stany psychiczne występują jako następcze wzmaganie się (*Steigerungen*) wewnątrzpochodnego procesu chorobowego i twierdzi, że pomiędzy cierpieniem wewnątrz i zewnątrzpochodnym są różnice tylko w ilości czynnika szkodliwego, to jest przy powolnym działaniu czynnika zewnątrzpochodnych występują lżejsze postaci cierpienia wewnątrzpochodnych, zaś przy bardziej gwałtownym działaniu występują większe zmiany i dochodzi do tak zwanego zewnątrzpochodnego zespołu objawowego. W następnych swych pracach na podstawie większego zebranego materiału ujął *Bonhoeffer* swoje twierdzenie w ten sposób, że niezwykła częstość już poprzednio podanych ostrych zewnątrzpochodnych stanów psychicznych przy najrozmaitszych zachorzeniach cielesnych przemawia za tem, że nie idzie tu o zwykłe działanie następcze pierwotnie szkodliwego czynnika, lecz że przy pewnej intensywności i trwałości działania szkodliwego czynnika, niezależnie od jego rodzaju, wyzwała on określone wspólne psychopatologiczne mechanizmy.

Według *Krischa* klinicznie często jest niemożliwym postawienie rozpoznania zewnątrzpochodnego uszkodzenia, ponieważ zaburzenia świadomości mogą być tak słabe, że co najwyżej mogą być wyrażone subiektywnie. Co się zaś tyczy afektywności to przy obecnym stanie naszych wiadomości niemożliwym jest dowieść, czy jest ona zewnątrzpochodnego pochodzenia. Jeżeli chodzi o somatyczne komponenty zewnątrzpochodnego typu reakcyjnego, to interesować nas powinna przede wszystkim lokalizacja mózgowa. Np. kula blada (*pallidum*) jest wybiórcza dla niektórych jądów (np. zatrucie CO). *Bonhoeffer* wykrył u alkoholowych delirantów zmiany w mózgu, które miały wyjaśniać kliniczne objawy ruchowe. Sprawa specyficznej konstytucjonalnej dyspozycji do psychoz symptomatycznych jest wielce niejasną. Wreszcie *Krisch* twierdzi, że podział na psychozy wewnątrz i zewnątrzpochodne nie wystarcza; wszystkie możliwe podrażnienia są zewnątrzpochodne, a wewnątrzpochodne są identyczne z pojęciem „*Organkonstruktion*”; psychozy zewnątrzpochodne muszą być wyz-

wolone przez jakieś bodźce, dziś jeszcze nie wiemy jakie. Celem wyjaśnienia tego powikłanego procesu powstania zaburzenia psychicznego stworzył *Bonhoeffer* jeszcze hipotezę etiologicznych członów pośrednich, mianowicie np. przy chronicznym nadużywaniu alkoholu powstaje w organizmie toksyczna przemiana materji, która ze swej strony wpływa na mózg w ten sposób, że wywołuje majaczenie. *Fischer* doszukiwał się tych „członów pośrednich” w gruczołach wewnętrznej wydzielania, *Sertz* niema wątpliwości, że afektywne właściwości przedchorobowej osobowości zabarwiają objawowe psychozy. Doświadczenie uczy nas, że jest cały szereg objawów, które występują przy zewnątrzpochodnym uszkodzeniu mózgu lub też wystąpić powinny—o ile uszkodzenie owo ma dostateczną siłę, oraz jest szereg objawów, które mogą wystąpić tylko w specjalnych warunkach. Pierwsze można nazwać „obligate” czyli objawy zasadnicze, drugie „fakultatywne”, czyli objawy dodatkowe zewnątrzpochodnego uszkodzenia mózgu. Do pierwszych zalicza się uszkodzenie czynności mózgu, którego klinicznym wyrazem będzie zamroczenie; najczęstsze i nieuleczalne stany kończą się organicznym otępieniem, najłżejsze zaś odpowiadają osłabieniu uczuciowemu („emotionelle hyperästhetische Schwächezustand” *Bonhöffera*).

W przeciwieństwie do objawów zasadniczych (obligatów) mogą dodatkowe (fakultatywne) syndromy komplikować zewnątrzpochodny obraz i nie mają bezpośredniego związku z przyczyną wywołującą uszkodzenie czynności. Są one mniej zależne od ciężkości cierpienia somatycznego i mogą występować dopiero pod koniec okresu gorączkowego albo po wyleczeniu z cierpienia zasadniczego.

Z obligatów to jest objawów zasadniczych razem z fakultatywami, t. j. objawami dodatkowymi składają się psychozy, które spotykamy przy cierpieniach cielesnych, począwszy od najprostszych, nieraz monosymptomatycznych aż do najbardziej złożonych, które nie poddają się żadnemu systemowi segregacji. Tylko obligaty, to jest objawy zasadnicze, stanowią sensu strictu typ zewnątrzpochodny; drugie *nie są typowo* exogenne i psychozy przy których one występują otrzymują pieczęć zewnątrzpochodności dopiero po domieszce obligatów. Odmienne nieco stanowisko zajmuje *Bumke* według którego katatoniczne, paranoidno-halucynacyjne i pierwotnie inkoherentne zabarwienie tak zwanych schizofrenicznych przejawów należą do zewnątrzpochodnego typu reakcyjnego¹⁾

¹⁾ *Por. Bychowski. Zespoły schizofreniczne i parafreniczne Rocznik Psychiatryczny 1926 z III.*

Spotyka się wiele przypadków cierpień zakaźnych i cieleśnych w przebiegu których psychika bierze udział w postaci objawów nerwowości, zmienności nastrojów, pewnych zaburzeń uwagi, łatwego męczenia się, ale bez występowania objawów psychotycznych w ścisłym znaczeniu. „W tych cierpieniach, jak również we właściwych organicznych psychozach dla rozwoju zewnątrzpochodnych typów reakcyjnych muszą istnieć określone przyczyny, mianowicie: 1) ogólne uszkodzenie mózgowia albo 2) pewna intensywność zasadniczego procesu chorobowego.“ Do pierwszego typu należy np. rozmięczenie mózgu, wstrząs mózgu ewentualnie nowotwór mózgu, rozwijający się szybko i zajmujący duże połacie mózgu. Jako przykłady drugiego typu spotykamy zaburzenia psychiczne w meningitis tbc. (*Wichert*) lub w nagminnym zapaleniu opon mózgowych (*Zandowa*), Procesy bardzo wolno postępujące rzadko doprowadzają do epizodów majaczeniowych.

Oczywiście nie wszystkie objawy chorobowe są bezpośrednią przyczyną psychoz organicznych, lecz objawy psychiczne mogą się rozwinąć właśnie na tle drobnego defektu, mogą się również rozwijać wtórnie psychorodne obrazy wywołane na skutek zmian organicznych.

W szeregu cierpień organicznych nerwowego układu ośrodkowego obok nagminnego zapalenia mózgu letargicznego, (*Pieńkowski*) w których często, niemal zawsze spotyka się zaburzenia psychiczne o charakterze zewnątrzpochodnego typu reakcyjnego, obok nowotworów mózgu, w czasie rozwoju których zaburzenia psychiczne są częste, przyczem nie rozwijają się one równoległe do wielkości nowotworu i nie zawsze są zależne od ich umiejscowienia (niekiedy mały nowotworek o lokalizacji, zdawałoby się, obojętnej wywołuje nieraz o wiele większe zaburzenia psychiczne niż wielki nowotwór umiejscowiony w części mózgu funkcjonalnie ważnej, który przebiegać może nawet bez wyraźniejszych zaburzeń psychicznych), postawić musimy stwardnienie rozsiane czyli wieloogniskowe mózgu i rdzenia. Na ten fakt, że w przebiegu stwardnienia rozsianego spotyka się zaburzenia psychiczne, zwraca się stosunkowo małą uwagę, pomimo to że, po pierwsze bywają często rozległe zmiany sklerotyczne w mózgu i należałoby oczekiwać poważniejszych zaburzeń psychicznych charakteru „zespołu organicznego“, powtóre zaś, ze względu na etiologię tego cierpienia, jak przypuszczają niektórzy autorowie zakaźną lub toksyczną, charakter zaburzeń psychicznych powinien być typu *Bonhoefferowskiej* reakcji zewnątrzpochodnej. Wobec nadzwyczajnej

częstości tego cierpienia (*Barley* podaje, że na 6916 przypadków organicznego cierpienia układu nerwowego u żołnierzy armii amerykańskiej w 511 przypadkach t. j. 7,4% stwierdzono stwardnienie rozsiane, *Obständer* na 3.635 nowoprzyjętych nerwowo chorych w latach 1919—1925 stwierdził u 270 stwardnienie rozsiane, co wynosi również 7,5%. ważnem jest stwierdzenie, jak często spotyka się w tem cierpieniu zaburzenia psychiczne i jakiego są one charakteru. W pracy niniejszej chciałbym na zasadzie materiału klinicznego wykazać częstość i jakość zaburzeń psychicznych scl. m.¹⁾, a na zasadzie zbadań anatomopatologicznego 19 przypadków scl. m. starałem się rozpoznać ich podstawę anatomiczną.

Przypadek 1-szy.

N. 7091. M. lat 36, wyznania mojżeszowego, drogista, ze średnim wykształceniem przybył do szpitala w Tworkach dnia 2 lutego 1930 r.

Chory pochodzi ze zdrowej rodziny, ma 5-o rodzeństwa, dwu braci i trzy siostry. Rodzice żyją, zdrowi. Żadnych cierpień nerwowych ani umysłowych w rodzinie nie było. Żonaty od 3-ch lat, ma jedną córeczkę zdrową. Żadnych poważniejszych chorób, specjalnie chorób wenerycznych miał nie przechodzić. Alkoholu nie nadużywał. W dzieciństwie uczył się dobrze, jednak gdy bracia jego ukończyli wyższe zakłady naukowe, chory skończył zaledwie 6 klas szkoły średniej i otrzymał później wykształcenie zawodowe.

Zazwyczaj był charakteru pogodnego, towarzyski. W 1905 r. przeszedł okres pewnego zdenerwowania, w przeciągu miesiąca (?); w 1918 r. powtórnie kilkotygodniowy okres zdenerwowania. Od 3-ch lat stał się nerwowy, łatwo się unosił, pobudliwy. W marcu 1929 r. zaczął źle sypiać, stał się wielomówny, w przeciągu 2-ch tygodni przebywał w prywatnym zakładzie psychiatrycznym, potem przez 2 tygodnie w sanatorjum dla nerwowo chorych i potem powrócił do domu. Stan jego zdrowia poprawił się znacznie, jednak nie o tyle żeby mógł pracować zawodowo. Latem przebywał przez 2 miesiące w Nałęczowie. Jak podaje, nie mógł pracować nie tyle z powodu zachorzenia psychicznego, ile z powodu zaburzeń cielesnych — trudności chodzenia, poruszania się, zaburzeń mowy. Zmiany cielesne zaczęły się podobno ujawniać niemal równocześnie z zaburzeniami psychicznymi. Aczkolwiek stan psychiczny poprawił się o tyle, że chory był zrównoważony jednak nie pracował zawodowo; czem się nadmiernie nie przejmował.

W styczniu 1930 r. nastąpiło wyraźne zaostrenie procesu, stał się niespokojny, ruchliwy; gdy nie spełniano jego niemożliwych zachcianek krzyczał, wymyślał; chciał chodzić po nocy do różnych lokali (restauracji i t. p.), czego dawniej nie czynił nigdy. Dnia 2 lutego przywieziony do szpitala w Tworkach w stanie podniecenia psychicznego: ruchliwy, euforyczny, bierze żywy udział w rozmowie, uzupełnia dane anamnetyczne, dowcipkuje, przyczem występuje wyraźna skłonność do rymowania. Uważa się za fizycznie chorego, odczuwa klucie pod skórą, ma osłabienie nóg, drżenie rąk. Psychiczenie czuje się doskonale, nie protestuje przeciwko zatrzy-

¹⁾ Dla skrócenia będę oznaczał w dalszych opisach stwardnienie rozsiane literami scl. m. = sclerosis multiplex.

maniu go w szpitalu psychiatrycznym „w Tworkach jest najlepsza kultura, chcę tu w otoczeniu ludzi kulturalnych nabyć stracone zdrowie“. Po zaprowadzeniu na oddział wyraża wybitne swoje zadowolenie z pobytu, jest zachwycony całym otoczeniem, nawiązuje kontakt z personelem i chorymi, poznaje się ze wszystkimi, do wszystkiego się wtrąca. W bardzo krótkim czasie poznaje imiona i nazwiska chorych, nadaje im przezwiska, często na zasadzie pewnych podobieństw zewnętrznych, nieraz na zasadzi kojarzeń wspomnieniowych, albo też, bardzo często, rymując przezwiska do nazwisk. Jest usposobienia pogodnego, z wyraźnie wzmocnionym samopoczuciem. Niekiedy podniecenie potęguje się—wszędzie chory wgląda, wszędzie go pełno, staje się hałaśliwym, lecz bez agresywności, pisze liczne podania, refleksje i rodzaj wspomnień, z wyraźną skłonnością do rymowania, przeważnie bezkrytyczne, nieuporządkowane, niekiedy łącząc różne luźno tylko powiązane myśli, wypływające kojarzeniowo z podobieństw (wg. słów usłyszanych)¹⁾. W nocy sypia mało, ponieważ, jak twierdzi, musi „opiekować się chorymi, zabawiać ich dowcipami i różnemi kawałami“, które sam się bawi i chwali się następnego dnia przed lekarzem np. lepi z chleba wałeczek, przypominający wyglądem czopek, daje go hałasującemu sąsiadowi mówiąc: „masz szopkę, baw się szopką“²⁾.

Na badanie szczegółowe przychodzi z wielkim zadowoleniem; jest wielomówny, wylany, mówi rymując, przeskakując z tematu na temat, mówi przysłowiami, które przerabia po swojemu, zawsze rymując. Personalja swoje podaje prawidłowo jednak z wyraźną tendencją do wywyższania siebie i swego rodu, mówi np., że ulica przy której on mieszka miała się nazywać od jego nazwiska M.-owska, ale niektórzy radni przez antysemityzm nie chcieli się zgodzić na tę nazwę i nazwali ją ulicą Szopena, zresztą niema on o to najmniejszej pretensji; jakby mimochodem wspomina, że właściwie nazywa się Mickiewicz, bo to nazwisko pochodzi od jego nazwiska (podobieństwo dźwiękowe pierwszych trzech liter), ale było zmienione. Na odpowiednie pytanie nie może odpowiedzieć czyje nazwisko było zmienione? Orientacja w czasie, miejscu, otoczeniu dobra; pamięć dat i faktów naogół dobra, jedynie nie może się połączyć w chronologii przeżyć w okresie choroby; zapamiętywanie i spostrzeganie prawidłowe, natomiast są wyraźne zaburzenia uwagi polegające na wybitnie wyrażonej nadmiernej czujności przy znacznie zmniejszonej trwałości uwagi i przy minimalnym skupieniu uwagi (badany testami Bourdona, amerykańskim testem, testem Bensteina dla postrzegania i dla energii uwagi, testem dla podzielności uwagi).

W sprawach ogólnych, polityce, w życiu społecznym orientuje się nieźle, rozumuje jednak bardzo powierzchownie, mało krytycznie, bez żadnego wgłębiania się w istotę spraw, zawsze z wyraźną gonitwą myślową. W przeciągu kilku tygodni

¹⁾ Przykład: „wrażenia moje z „Tworek“ czyli „Worek“: Przypuszczałem, iż otrzymam tu za zapłaconą pierwszą klasę dobre odżywianie, lecz z tego tylko kichanie. Pragnę pomówić z ordynatorem t. j. z W. P. Doktorem, abym przeszedł do drugiej klasy, dlatego, iż tu niema nawet „00“ przywoitych, dlatego że chorzy zalewają „deski“ i jeszcze gęstszym załatwianiem brudzą, bo się nie trudzą. Są tu chorzy luesowi, aczkolwiek czasowi. Przez te osoby mogę się nabawić tej samej choroby. Na mocy powyższego uprzejmie proszę o lepsze wyżywienie i o najszybsze przeniesienie mnie do oddziału drugoklasowego. Te wiersze napisałem gdyż sprawiedliwości za swoje pieniądze zażądałem“.

²⁾ Jako farmaceuta wyrabiał w aptece czopki i przez kojarzenie „czopek — szopka“ powyższy dowcip skonstruował.

nie spostrzega się większych wahań stanu psychicznego — stale zlekka podniecony, zawsze euforyczny, dowcipkujący, rymujący; czasem skacze po łózkach, ze wszystkiego zadowolony — jedzenie doskonałe, zdrowie wymienite, poprawia się bardzo szybko, personel dobry; chorzy mili; nie mówi o powrocie do domu, nie myśli o losie swojej rodziny, zawsze pogodny. Po 5 tygodniach pobytu podniecenie jeszcze się zwiększyło; prawie zupełnie chory przestał sypiać, staje się coraz bardziej hałaśliwym, nadmiernie ruchliwym, tłucze czasem szyby; czasem zanieczyszcza się moczem, a gdy mu zwrócono na to uwagę, mówi ze śmiechem i wyraźnie euforycznie „to być nie może, to ktoś na złość mi robi, jestem drogistą, wiem jak postępować, w L. mnie wszyscy znają i lubią i ja wszystkich znam, znam biskupa F.“; dowodzi, że „jest zdrow, jak ryba“. Jest euforyczny, mało krytyczny, zdradza pewną stereotypowość w ruchach, i w treści dowcipów. Na pytanie dlaczego tłucze szyby, mówi że daje tem dowód, że jest zdrow i mocny i może być wypisany.

Stopniowo chory coraz częściej zanieczyszcza się moczem, a nawet kałem; już potem jak podniecenie zaczęło mijać, ale jeszcze trwało, choć w stopniu słabym, objaśniał, że smaruje się kałem, bo jako drogista wie, że są maści, które leczą choroby, najlepsza maść z własnych wydzielin; później jeszcze dowodził, że to były konfitury „smarował się konfiturami, bo było mu tęskno“. potem wreszcie niechętnie o tem mówił, twierdził, że nie smarował się, unikał rozmowy o tych faktach „a zresztą, co było a nie jest, nie pisze się w rejestr“.

W okresie najsilniejszego podniecenia wykazuje zaburzenia orjentacyjne, uczuciowość wyraźnie osłabioną, nie tęskni do rodziny, nie myśli o przyszłości, stale euforyczny.

Podniecenie stopniowo się zmniejsza, po 1½ miesięcznym silniejszym podnieceniu stopniowo wraca do stanu poprzedniego, który można nazwać hypomanjalkalnym, aż wreszcie w początkach mała stan psychiczny uległ radykalnej zmianie. Chory jest cichy, małowówny, zawsze jednak łatwo nawiązać z nim kontakt, poddaje się badaniom bez negatywizmu i oporu. U chorego nie stwierdza się wyraźnej depresji, niema istotnego smutku, jest raczej jak gdyby „pogodna obojętność“, usuwa się od gwaru chorych, jednak nie staje się autystycznym. Przestał mówić dowcipy i przestał rymować. Przestaje wykazywać zainteresowanie życiem oddziałowem, nie czytuje gazet. Nie myśli zupełnie o losach swojej rodziny i o swojej przyszłości, przyczem nie odczuwa swego stanu ciężkiego fizycznego. Jest wyraźnie bezkrytyczny, twierdzi, że może być wypisany ze szpitala, jest bowiem już zdrowym, ale mówi to dosyć obojętnie, bez silniejszego przekonania i ustępuje bardzo szybko pod wpływem jakiegokolwiek zdawkowej odpowiedzi. Przy badaniu testami stwierdza się zaburzenia zapamiętywania i postrzegania, wybitne defekty uwagi czynnej i biernej, osłabienie czujności uwagi, niemożność skupienia uwagi, osłabienie zdolności kombinowania; defektami źle wykonywanych testów chory zupełnie się nie przejmuje z pewnym zadowoleniem, euforycznie szybko kończy, błędów nie widzi i nie stara się ich korygować¹⁾.

Stan cielesny: chory wzrostu niżej średniego; dobrego odżywiania, budowa ciała *pikniczna*. W narządach wewnętrznych niema zmian szczególnych. Mowa nieco zacinająca się, skandowana. Brak oczopląsu. Dno oka bez zmian. Źrenice równe, okrągłe, odczyn na światło i nastawienie żywy. Drżenie prawej kończyny górnej o charakterze drżenia zamiarowego. Chód wybitnie spastyczno-paretyczny;

¹⁾ D. 25.V.30 pokaz w Pol. Tow. Psych., dn. 11.6 chorego wypisuje rodzina ze szpitala.

objawy osłabienia paretyczno-spastycznego w lewej kończynie dolnej wybitniejsze, niż w prawej. Brak odruchów brzusznych. Odruchy mosznowe osłabione: obustronnie wzmoczenie odruchów kolanowych i z ścięgien Achillesa, obustronnie stopotrząś, lewostronny rzepkotrząś. Lewostronnie — dodatnie odruchy Babińskiego, Oppenheima, Mendel-Bechterewa; odczyn Wassermana i Kahna we krwi ujemny. W płynie mózgowo-rdzeniowym — 5 limf. na 1 mm³, odczyn Nonne-Apelta i Pandyego słabo dodatni (+), odczyn Wassermanną i Langego ujemny.

W przypadku naszym pod względem neurologicznym rozpoznanie scl. m. zdaje się nie ulegać wątpliwości i nie wymaga bliższego uzasadnienia. Na zasadzie danych anamnestycznych przypuszczać należy, że cierpienie to wystąpiło wyraźniej na początku 1929 r., a od początku 1930 r. nastąpiło pogorszenie stanu cielesnego; pogorszenie to trwało do końca obserwacji.

U chorego tego, pod względem konstytucyjnej budowy ciała typu piknicznego, już w 11-ym roku życia, a następnie w 24-ym r. życia wystąpiły objawy silnego zdenerwowania (zawsze po urazie psychicznym — strejk szkolny w 1905 r., wypadki wojenne w 1918r.) wyraźne zaburzenia psychiczne rozpoczęły się w marcu 1929 r., równocześnie z wyraźnymi objawami scl. m. Jednak już na parę lat przed wystąpieniem psychozy stał się on nerwowy, popędliwy, łatwo wybuchał. Psychoza trwająca od marca 1929 r. ma kilka okresów: parę tygodni podniecenia, po którym nastąpiła stopniowo paromiesięczna poprawa i powrót do równowagi, jednak pozostała pewna obojętność uczuciowa i brak dostatecznej troski o przyszłość. W styczniu 1930 r. rozpoczyna się okres podniecenia, który się stopniowo wzmacnia, po paru miesiącach dochodzi do swego szczytu i w tym czasie występują również objawy otępienne, potem zaczyna się okres uspokojenia, przypominający depresję.

W przypadku naszym u osobnika skłonного do zaburzeń afektywnych wybucha psychoza, która ma charakter wyraźnie okresowy. W okresie podniecenia widzimy wzmoczenie nastroju, wzmoczone samopoczucie, gonitwę myślową, ruchliwość, z tendencją do urojeń o charakterze wielkościowym. W czasie całego podniecenia trwa u chorego stan euforii z równoczesnym bezkrytycznym stosunkiem do jego ciężkiego stanu fizycznego, który chory najzupełniej bagatelizuje. Jednak już w początkach psychozy przy ściślejszym badaniu psychiatrycznym stwierdzamy pewne dane, które pozwalają nam przypuścić organiczny podkład cierpienia psychicznego mianowicie określone zaburzenia uwagi; w późniejszym okresie podniecenia te organiczne cechy psychozy występują jeszcze wyraźniej i przyłączają się wyraźne zaburzenia orientacyjne; w drugim okresie psychozy, w okre-

sie uspokojenia cechy organiczne są zupełnie jasne — (zaburzenia kombinowania, zaburzenia inteligencji). Aż do końca obserwacji uderza w zachowaniu się chorego pewne uczuciowe zobojętnienie i brak troski o los jego rodziny, niedocenywanie rzeczywistości, przeslizgiwanie się nad wszelkimi trudnościami, pewien puerylizm, łatwość wydawania sądów powierzchownych.

W pierwszym okresie stan psychiczny chorego bardzo przypominał psychozę maniakalno-depresyjną; przemawiały przeciw niej objawy organiczne zwłaszcza defekty inteligencji, w okresie drugim nie można było stwierdzić depresji, lecz raczej zlekka otępiełe zobojętnienie przypominające porażenie postępujące. W czasie całego przebiegu psychozy u chorego obserwowano stan, który *Cottrell* i *Wilson* nazywali *eutonją* — fizycznym dobrem samopoczuciem, uważali go jako charakterystyczny dla scl. m. w połączeniu ze stanem optymizmu życiowego i dobrej nadziei na przyszłość (*spes sclerotica*). Stan ten — *eutonja* w naszym przypadku połączony był z istotną *euforją* — psychicznym dobrem samopoczuciem. Nie dochodziło jednak u naszego chorego do defektów głęboko drażących w psychikę jego, jak w porażeniu postępującem.

Słowem stwierdzić możemy, że w naszym pierwszym przypadku psychoza nie była przypadkową kombinacją w przebiegu scl. m., lecz stanowiła ona cierpienie psychiczne odrębne od innych znanych psychoz, do których tylko przy powierzchownej obserwacji była podobną, (psychoza maniakalno-depresyjna, porażenie postępujące), że nosi ona cechy zespołu organicznego i że na skutek wystąpienia w przebiegu scl. m. może być uważana jako swoista dla tego cierpienia.

Już *Cruveilhier* w 1835-45 r., w atlasie anatomji patologicznej, w którym poraz pierwszy podał wzmiankę o scl. m., wspomina o zaburzeniach psychicznych w przebiegu tego cierpienia. Od tego czasu bardzo liczni autorowie poruszali sprawę zaburzeń psychicznych w scl. m., że wspomnę z dawniejszych choćby *Valtinera* (1856), który przytacza przypadek psychozy w scl. m. w postaci melancholji z urojeniami wielkości, *Schülego* (1870), który opisuje dokładnie przypadek zaburzeń psychicznych w scl. m.: cierpienie rozpoczęło się niepokojem, później był stan depresyjny, chory skończył samobójstwem i rozpoznanie scl. m. potwierdziło badanie anatomiczne, *Kelpa* (1872); opisuje przypadek w którym zaburzenia psychiczne rozpoczęły się na 1½ roku przed wystąpieniem objawów somatycznych — z po-

czątku „melancholija”, później stał się chory demencyjny i dziecinny, nastąpiły zmiany w nastroju; sekcja potwierdziła rozpoznanie scl. m.; *Schultze* (1871) opisuje różniczkowanie między scl. m. i porażeniem postępującym, *Tjadden* (1884) opisuje pośród 12 przypadków scl. m. jeden z psychicznymi objawami i drgawkami padaczkowymi, a przede wszystkim genialnego *Charcota* (1868), ¹⁾ który spreycyzował scl. m. jako specjalną jednostkę kliniczną i mówiąc o objawach mózgowych wspomina zaburzenia psychiczne: „wyraźne osłabienie pamięci, kombinowanie zwolnione; zdolności intelektualne i afektywne osłabione równocześnie; rodzaj obojętności (l'indifference presque stupide) u tych chorych wyraźnie przeważa.

Pomimo bardzo bogatego piśmiennictwa z tej dziedziny *Bychowski* ²⁾ (sen.) w 1929 r. mówiąc o często spotykanych w tem cierpieniu objawach tak zwanych histerycznych, pisze „przy scl. m. spotykamy się często z nawarstwieniami czynnościowymi; pod wpływem takiego długoletniego i bądź co bądź bardzo ciężkiego nieuleczalnego cierpienia mogą wystąpić zmiany w psychice chorego i w jego oddziaływaniu na tyżące się go zjawiska. Ale z takimi „nawarstwieniami” spotykamy się nietylko przy scl. m., ale przy każdym innym przewlekłym ciężkim cierpieniu, jak gruźlica, wady serca, mięsak macicy i t. p.”.

Również *Trenel* w 1927 r. w dyskusji nad pokazem *Guiraud* mówi „od 30 lat poszukuję scl. m. wśród chorych w zakładach psychiatrycznych i nie stwierdziłem jeszcze ani jednego przypadku. Przypuszczam, że byłoby bardzo trudno opisać zaburzenie psychiczne przy scl. m.”.

Pomijając dawniejsze piśmiennictwo dotyczące kwestji nas interesującej jak *Müllera* (1904), monografię *Cassirera* (1905) (według niego psychiczne zaburzenia w scl. m. stoją na dalszym planie i ich znaczenie nie jest wielkie; czynniki psychopatyczne ważniejsze w obrazie chorobowym spotyka się wyjątkowo), dysertację *Spiegela* (który stwierdza, że zaburzenie psychiczne nie należy do charakterystycznych objawów scl. m.; wyraźnych psychoz nie widział on w żadnym przypadku; sam równocześnie jednak podaje przypadek, w którym chory wypowiada urojenia wielkości i ma typową konfabulację, inny znów jego chory miał urojenia prześladowcze, trzeci wreszcie „przedstawiał obraz melancholji” z myślami samobójczymi); *Redlicha* i *Economo* (1910) (widzieli pojedyncze zaburzenia psychiczne); przejdziemy

¹⁾ Cyt. Ombrédane.

²⁾ O wielopostaciowości rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia. Księga Jubileuszowa Edwarda Flatau'a str. 510-526.

odrazu do prac nowszych autorów, którzy operują przeważnie bardziej nowoczesnymi metodami badania i analizy. *Böhmig* podaje, że przy rozpatrywaniu specjalnych objawów w 318 przypadkach scl. m. w 14 przypadkach t. j. 4,7% stwierdzał zaburzenia psychiczne. *Strümpell* mówi, że często w przebiegu scl. m. występuje pewne psychiczne zniedołężnienie, które nieraz wzrasta do stanu otępienia. O wiele rzadsze są stany melancholji i podniecenia. Niekiedy jednak psychiczne zaburzenia tak są wybitne, że stoją na pierwszym planie i obraz psychotyczny przypominać może najzupełniej porażenie postępujące. Również *Kraepelin* stwierdza (jeszcze w 1904 r.), „że w scl. m. proces chorobowy może dojść do mniejszego lub większego otępienia; zazwyczaj jednak większych zaburzeń brak; spostrzega się pewne zaburzenia pamięci i kombinowania z postępującym zubożeniem i brakiem woli; chorzy tacy rzadko dochodzą do zakładów psychiatrycznych, czasem jednak spotyka się przypadki, które mogą być traktowane jako przypadki porażenia postępującego“, *Duge* na zasadzie badania większej liczby przypadków w scl. m. opisuje dla tego cierpienia specjalny typ otępienia, którego główne objawy polegają na zaburzeniu zapamiętywania, przyczem powtarza doświadczenia psychologiczne, zapoczątkowe w scl. m. przez *Seifferra* i potwierdza, że można ustalić specjalny typ otępienia, które za *Seifferem* nazywa *dementia polysclerotica*. Oprócz tego autor opisał jeden przypadek scl. m. z objawami osłupienia katatonicznego. *Müller* mówi, że niekiedy w scl. m. można obserwować urojenia paranoidne i omamy, naogół jednak w scl. m. spotyka się tylko drobne odchylenia od normy psychicznej — zapomnianie, trudność kombinowania, niekiedy dziecinne zachowanie się, bezkrytyczny stosunek do własnej choroby fizycznej, czasem nastrój wesoły, rzadziej depresję. *Dannenberger* podaje z kazuistyki scl. m. 104 przypadki (z tych 5 sam obserwował) z zaburzeniami psychicznymi i odróżnia przypadki z izolowanymi zaburzeniami inteligencji, osłabieniem pamięci, chwiejnością afektów, oraz przypadki przypominające porażenie postępujące, paranoję, histerję i padaczkę. *Buzzard* ostrzega, że w początkowych okresach scl. m. (zwłaszcza przy niedostatecznym zbadaniu neurologicznem) częstokroć rozpoznaje się histerję na skutek szeregu objawów psychicznych i podaje 13 przypadków z wybitnymi objawami histerycznymi. *Mönkemöller* w obszernej pracy analizuje 14 przypadków scl. m. i prawie we wszystkich przypadkach stwierdza objawy otępienne w stopniu słabszym lub silniejszym. W poszczególnych przypadkach obserwował *M.* stan majaczeniowy epizodyczny, stan depresyjny (jeszcze przed wystąpieniem objawów cielesnych), przy-

padek ze zmiennością nastroju — depresja, stan hypertymiczny, euforia, stopniowo osłabienie intelektu; opisuje również 2 przypadki, które przebiegiem swoim były nadzwyczaj podobne do schizofrenji (z omamami, urojeniami), przypadek, przypominający porażenie postępujące, przy tem zaznacza, że otępienie w scl. m. nie dochodzi do takiego stopnia jak w porażeniu postępującem; euforia sklerotyczna jest spokojniejsza; nie dochodzi według autora do stanu wyłewnego samozadowolenia jak w porażeniu postępującem, a urojenia wielkości w porażeniu postępującem są bardziej barokowe i urozmaicone niż w scl. m. *Enzière* próbuje usystematyzować objawy psychiczne przy scl. m.; 1) najczęściej obserwuje się zaburzenia pamięci, obojętność i powolność intelektualną w połączeniu z pewną drażliwością; 2) druga grupa przypadków wyraża się w manjakałnem podnieceniu albo depresji, spotyka się urojenia wielkości lub prześladowcze, hypochondrję; połączenie obu tych grup z bardzo rozwiniętą euforją i otępieniem daje obraz przypominający porażenie postępujące. *Berger* przy analizie 206 przypadków scl. m. stwierdza w 12% lekkie otępienie, 14 razy podniecenie w lekkim stopniu, 1 raz szal przejściowy, 8 razy zaburzenia depresyjne w stopniu lekkim, u 15 chorych stwierdza zaburzenia pamięci. *Räcke* widuje depresyjne i manjakałne stany przeważnie w początkowym okresie choroby, częściowo zmieszane z epizodem majaczeniowym, pojedyncze urojenia. W późniejszych okresach scl. m. *Räcke* stwierdza objawy otępienia. *Claus* opisuje przypadek, który w dawniejszych czasach uważano jako kombinację scl. m. z porażeniem postępującem. Chora *Probst*a. obok niewyraźnych urojeń ksobnych i prześladowczych miała nadzwyczajnie puerylne zachowanie się; *Sander* wykazał w większości przypadków scl. m. osłabienie stanu intelektualnego, z bezpodstawną zmianą nastroju, osłabieniem pamięci i osłabieniem energii życiowej. *Moser* na 63 przypadki scl. m. tylko jeden raz widział wyraźną psychozę, natomiast często widywał euforję, osłabienie uczucia, objawy histeryczne. Przypadek psychozy nosił cechy schizofreniczne (urojenia hypochondryczne i grzeszności i t. d.) *Pactet*, *Marchand* i *Demay* pokazywali przypadek zespołu paralitycznego w scl. m., *Billet* opisuje interesujący przypadek zespołu Korsakowa w scl. m., który po 5 miesięcznem trwaniu ustąpił zupełnie.

Oppenheim w kilku pracach nad scl. m. stwierdza że w cierpieniu tem inteligencja bywa często osłabioną, występuje indolencja i osłabienie pamięci, jednak wyraźniejsze zaburzenia lub urojenia i majaczenia są nadzwyczaj rzadkie. Widował O. takie przejściowe stany otępienne i zamroczeniowe, które trwają godziny,

dnie, tygodnie, a czasem i miesiące, ale przechodzą prawie zupełnie bez śladu, mogą dawać nawroty, *Oppenheim* opisuje przypadki, które przypominają otępienie wczesne.

Również i *Pilcz* w swoim podręczniku psychiatrii pisze, że w scl. m. obok wzmożonej drażliwości spostrzega się dziecięcopuerylną euforję, która w późniejszych okresach ustępuje miejsca apatii; czasem spotyka się obrazy stanu manjakałno-depresyjnego, majaczeniowe epizody, zaburzenia pamięci i wczesne otępienie.

Z pośród autorów polskich piszących o scl. m., na zaburzenia psychiczne zwraca większą uwagę *Bregman* („w stwardnieniu wielogniskowym badanie psychiatryczne wykazuje często osłabienie pamięci, zmniejszenie zdolności krytycznej, zmienność nastrojów, zubożenie lub samozadowolenie. Rzadsze są zaburzenia poważniejsze w postaci bredzeń, urojeń i otępienia. W jednym przypadku chora była manjakałnie podniecona, krzyczała i śpiewała, miała liczne urojenia, omamy; zaburzenia te minęły w parę miesięcy“); *Orłowski St.* wskazuje na trudności rozpoznawcze scl. m. mianowicie przy różniczkowaniu z porażeniem postępującem i stwierdza, „że dziedzina umysłowa rzadko kiedy przez cały czas cierpienia pozostaje nienaruszoną, w wielu razach rozwija się stopniowe przyciemnienie uwagi, pamięci i zdolności wnioskowania“. *Nelken* opisał przypadek scl. m. z ostreymi zaburzeniami psychicznymi — zmęczenie, lękliwość, depresja, omamy; *Jaroszyński* opisał przypadek niejasny (scl. m. czy porażenie postępujące). *Sterling* pokazywał przypadek scl. m. w którym zmiany psychiczne można było określić jako bardzo zwężony zakres myślenia, trudność skuteczniania kombinacji myślowych, wykraczających poza zakres życia codziennego, nieudolność asocjacji bardziej oddalonych lub bardziej abstrakcyjnych, po zatem brak inicjatywy, stan bierności psychicznej z bardzo lekkim odcieniem depresji. *Matecki* pokazywał w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym w listopadzie 1930 interesujący przypadek scl. m. z zespołem schizofreniczno-paranoidalnym. *Piotrowski* opisuje przypadek scl. m. z zaburzeniami psychicznymi z dwoma nawrotami z których pierwszy zjawiał się jeszcze przed wyraźnym wystąpieniem objawów neurologicznych — chory był zdezorjentowany, miał urojenia, omamy, i stan podniecenia; w okresie obu epizodów psychotycznych chory popełnił czyny, które doprowadziły go do konfliktu z kodeksem karnym.

Do prac kardynalnych dotyczących zaburzeń psychiki w przebiegu scl. m. należy wyżej wspomniana praca *Cottrell* i *Wilsona* oraz obszerna monografia *Omrédana*.

Pierwsi dwaj na zasadzie obserwacji 100 przypadków scl. m. stwierdzają, że zaburzenie uczuciowości w tem cierpieniu jest objawem stałym i wczesnym, ważniejszym niż opisywane dotychczas zaburzenia intelektu, a nawet według tych autorów zespół objawów neurologicznych nie jest tak stały jak zaburzenia afektywne; podają oni specjalne określenia: euforia i dysforia sclerotica, eutonia i dystonia sclerotica, spes sclerotica, fatalizm sklerotyczny. Bywają różne nasilenia i zmiany tych stanów. Zaburzenia intelektualne stoją na dalszym planie. Przez kombinację tych różnych stanów stwarzają się różne typy scl. m., naprzykład 1). typ euforyczny, 2). typ depresyjny, 3). typ zmienny, 4). typ obojętny—o ile chodzi o nastrój; 1) spes sclerotica (84 przypadki), 2) pessimismus scleroticus (5 przypadków), 3) bez zmian (1 przypadek) — o ile chodzi o stosunek chorego do jego choroby; 1) typ eutoniczny (84 przypadki), typ dystoniczny (6 przypadków), 3) typ mieszany (eutoniczno-dystoniczny) — 9 przypadków, jeżeli chodzi o samopoczucie chorobowe.

Ombrédane w monografii swojej podaje dane z obserwacji 50 przypadków scl. m. i przychodzi do następujących wniosków: w większości przypadków scl. m. zaburzeń psychicznych nie spostrzega się odrazu, o ile nie poszukiwać systematycznie, bywają jednak przypadki, w których zespół psychopatologiczny jest najważniejszy i nie rzadko spostrzega się wyraźne psychozy; można zaburzenia psychiczne podzielić na trzy grupy: 1) *stan psychiczny polysklerotyczny ogólny*, 2) *stany demencyjne*, 3) *psychozy*. W pierwszej grupie obserwuje się zaburzenia afektywne i zaburzenia intelektualne. Zaburzenia afektywne wyrażają się w drażliwości i zmienności nastroju (euforia lub dysforia sclerotica), z nieumotywowanym optymizmem (spes sclerotica), lub nadmiernym pesymizmem. Również częste są zaburzenia intelektualne (72% wszystkich przypadków); zaledwie w 6 przypadkach na 50, zaburzenia intelektualne dochodziły do stanu otępienia. Zaburzenia intelektualne wyrażają się w trudności kombinowania, w szybkim męczeniu się umysłowem, w osłabieniu pamięci, w osłabieniu wysiłku intelektualnego. Puerylizm spostrzegany jest rzadko. W grupie drugiej—*dementia polysclerotica* — braki intelektualne są mocno wyrażone, zwłaszcza dysmnezja, prowadząca do konfabulacji, zaburzenia zapamiętywania; występują zmiany charakteru obok zaburzeń emocjonalnych, uczuciowych. Obraz psychiczny w tej grupie przypomina porażenie postępujące. W grupie trzeciej obserwuje się wyraźne psychozy (splątanie psychiczne, depresję melancholiczną, podniecenie, rzadko zresztą dochodzące do stanów ma-

njakalnych, epizody halucynacyjne, stany majaczeniowe; spotyka się również stany schizofreniczno-katatoniczne, zespoły histeryczne).

Jak widzimy z powyższego krótkiego zestawienia z piśmiennictwa przy stosunkowo bardzo często obserwowanych zaburzeniach scl. m. rzadko opisywane są jasno wyrażone psychozy; jeżeli rozpatrzmy się w biblijografji stwierdzić musimy, że tak jak w naszym, powyżej opisanym przypadku, na zasadzie specjalnych cech, specyficznych dla zespołu psychicznego w przebiegu scl. m, mianowicie w dziedzinie afektów i intelektu—można ustalić, że dana psychoza nie jest przypadkową kombinacją z cierpieniem nerwowem, lecz jest z niem związana. Jaki jest mechanizm powstawania zespołu psychicznego w scl. m. postaram się wyjaśnić później.

Na 7.500 chorych leczonych w szpitalu psychiatrycznym w Tworkach od 1916 obserwowaliśmy oprócz przypadku 1-go jeszcze tylko jedną chorą.

Przypadek 2-gi.

N. 3740. P. Z. lat 35. płci żeńskiej, katoliczka, robotnica. Przybyła do szpitala 10.IV.1924 r.

Do 1921 r. podobno była zdrowa, żadnego obciążenia dziedzicznego podobno nie było; w 1909 r. wyszła za mąż. dwa razy rodziła, jedno dziecko umarło w 6 miesiącu życia; żadnej infekcji wenerycznej podobno nie było. Cierpienie obecne rozpoczęło się w 1921 r. bólami w krzyżu i stopniowo zwiększającym się osłabieniem kończyn dolnych. Z początku przebywała na oddziale dla wewnątrznie chorych, a od 3-ch lat pozostawała w jednym z zakładów psychiatrycznych w Niemczech (Sachsenberg Schwerin), skąd ją przywieziono jako emigrantkę do naszego szpitala.

W krótkim świadectwie tego zakładu zanotowano, że chora w kwietniu 1922 r. była przyjęta do zakładu na skutek tego, że w przebiegu typowego stwardnienia rozsianego ze wszystkimi klasycznymi objawami wystąpiły objawy *depresji psychicznej*. wykonała próbę zamachu *samobójczego*. W czasie 2-u letniego pobytu w zakładzie nie było najmniejszej tendencji do poprawy, chora przy zachowaniu kompletnej świadomości choroby i przy bezradności fizycznej, znajduje się w stanie reaktywnej depresji, uważa swoje życie jako bezwartościowe i wykazuje tendencje samobójcze.

W czasie pobytu w naszym szpitalu chora stale znajduje się w depresji, często płacze, często narzeka; bardzo *drażliwa*, wypowiada skargi na bóle, stale niezadowolona. nieraz *rozpacza*, gotowa jest umrzeć, *nie chce żyć*, prosi żeby zadać jej śmierć. Równocześnie jednak stereotypowo dopytuje się, czy będzie jej lepiej i pomimo iż od 4-ch lat znajduje się w ciężkim stanie fizycznym *ma nadzieję, że mogą jej pomóc*. Zorientowana dobrze co do miejsca, czasu, otoczenia. Zorientowana niezłe w sprawach ogólnych; niezłe wykonywa rachunki, nie miewa omamów, nie wypowiada urojeń; dosyć wyraźne *luki pamięciowe*, bez zaburzeń zapamiętywania; brak zainteresowania, ubożenie uczuciowe; brak jest większych defektów intelektualnych.

Stan somatyczny: lewa szpara oczna i lewa źrenica nieco węższe od prawej; źrenice na światło reagują nieco opieszale, na nastawienie odruch żywy; oczopląs. Lewy noso-wargowy fałd nieco wygładzony. Mowa niewyraźna, skandowana. Kończyny górne osłabione, drżenie w obu kończynach górnych o charakterze wyraźnie zamiarowym, w lewej silniejsze niż w prawej; odruchy okostnowe i ścięgniste w kończynach górnych wzmożone.

Brak odruchów brzusznych.

Chodzić nie może zupełnie. Porażenie spastyczne w obu kończynach dolnych. Zniesienie czucia dotykowego, bólowego, i ciepłikowego na obu stopach i dolnej trzeciej części goleni. Obustronnie odruch Babińskiego i Oppenheima dodatni. Wzmożenie odruchów kolanowych, i z ścięgna Achillesa, obustronnie rzepkotrzęs i stopotrzęs.

Często nietrzymanie moczu i czasem nietrzymanie stolca. Odczyn Wassermannna we krwi ujemny. Odleżyny na pośladkach.

Stan psychiczny chorej nie ulegał zmianie, stopniowo następowało coraz większe zniedołężnienie fizyczne. Chora zmarła dn. 23.IX.24 r. na skutek osłabienia serca przy gruźlicy płuc.

W przypadku drugim, u kobiety lat 32, dotychczas zdrowej zaczęły występować objawy organicznego cierpienia układu nerwowego ośrodkowego, które wkrótce zostało rozpoznane jako scl. m.; w rok po rozpoczęciu się tego cierpienia zjawily się zaburzenia psychiczne — mianowicie depresja. Depresja trwała bez przerwy aż do śmierci, w czasie cierpienia chora parokrotnie próbowała dokonać zamachu samobójczego, Pomimo depresji, niechęci do życia, nie opuszczała ją nadzieja na wyzdrowienie (spes sclerotica). U chorej obserwowano zaburzenia pamięci, brak zainteresowania, brak jednak było głębszych defektów intelektualnych. Słowem u chorej naszej obserwowaliśmy psychozę pod postacią głębokiej depresji w połączeniu z objawami psychicznymi, charakterystycznymi dla scl. m., typu zespołu organicznego.

Wobec tego, że jak wiadomo, stwardnienie rozsiane jest cierpieniem nerwowym bardzo częstym, jednak na 7500 psychicznie chorych szpitalu w Tworkach tylko dwoje chorych miało scl.m. pragnąłem stwierdzić jaki jest stan psychiczny chorych, którzy cierpiąc na scl. m. nie potrzebują leczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym i w tym celu korzystając z łaskawego zezwolenia dr-a Edwarda Flataua zbadałem w czerwcu i lipcu 1930 r. stan psychiczny tych chorych na jego oddziale w szpitalu na Czystem, których rozpoznanie neurologiczne stwardnienia rozsianego nie ulegało wątpliwości¹. Chorych

¹) Sz. Dr-owi Edwardowi Flatauowi za łaskawe zezwolenie badania chorych na jego oddziale i za zezwolenie użytkowania badań bardzo serdecznie dziękuję.

z niewątpliwem rozpoznaniem znalazłem w tym okresie 8-ro — 4-ch mężczyzn i 4-ry kobiety, dane dotyczące tych chorych przedstawiają się w skróceniu jak następuje.

Przypadek 3-ci.

L. Wal. lat 43. wyzn. moż., płci żeńskiej, badana 25.VI.30; w szpitalu jest po raz 3-ci. cierpi od 10-ciu lat na typowe stwardnienie rozsiane, obecnie bardzo rozwinięte; chora jest budowy *piknicznej*; dane dotyczące stanu psychicznego chorej; przed 10-ciu laty, około 3-ch miesięcy po śmierci dziecka, które zmarło na gruźlicze zapalenie opon mózgowych, miała niepokój „miała na sumieniu to dziecko“, dużo myślała o śmierci i *chciała odbierać sobie życie*, „ale nie miała sił do tego“. W tym też czasie spostrzegła, że niewyraźnie mówi; po kilku miesiącach wymowa się poprawiła. Jak długo trwał ten stan niepokoju trudno stwierdzić. Po 4-ch latach, gdy była w ciąży po raz drugi, przestała sypiać po nocach, miała znowu niepokój, nie mogła usiedzieć w mieszkaniu, wychodziła z domu. Istotnie wesołą nie była już od początku choroby „nie ma sił do wesołości“. Chora mówi, że od początku choroby ma *kiepską pamięć*; ciężko jej policzyć nawet niewielką sumę, przedtem nawet cały miesiąc mogła pamiętać obstalunek, a teraz zapomina prawie natychmiast. Ostatnio spostrzegła, że trudno jej *skupić uwagę*; gdy do niej mówić, słucha i nie może zrozumieć tego, co do niej mówią; spojrzy na zegar, a po chwili już nie pamięta która godzina. Myli się w najłatwiejszych rachunkach, nie wie ile jest 5×5 , 7×8 . Z 5 prostych wyrazów już po jednej minucie pamięta tylko 2, w nienależytej kolei. Powiada, że gdy czuje się nieco spokojniejszą liczy dobrze, gdyż staje się niespokojną, może 10 razy liczyć i nie policzy. Chora wykazuje lekkie zaburzenia w orientacji w czasie, myli się w dacie dnia. Zainteresowanie sprawami ogólnymi średnie, naogół dosyć obojętna, nie traci nadziei, że będzie zdrowa.

U 43-letniej chorej scl. m. trwa od 10 lat z remisjami paroletnimi. Równocześnie z zaostrzeniem objawów cielesnych wybuchały zaburzenia psychiczne, za pierwszym i drugim razem—depresja, niepokój, myśl o samobójstwie. Od początku cierpienia zaburzenie pamięci, obecnie także zaburzenie uwagi, zobojętnienie. Pomimo ciężkiego stanu fizycznego chora ma nadzieję na zupełne wyzdrowienie (spes sclerotica).

Przypadek 4-ty.

W. L. 42 lata. mężczyzna, handlujący, (mąż poprzedniej), budowy *piknicznej*, syntonik, choruje od 11-tu miesięcy; typowe rozsiane stwardnienia, neuromyelitis optica (badany 25.VI.30).

Dane dotyczące stanu psychicznego: dawniej był wesoły, towarzyski, występował na scenach, jako amator. Obecnie jest dokuczliwy, *drażliwy*, często płacze, jednak raport bardzo łatwy. Przy badaniu obiektywnem poza pewną depresją w połączeniu z *niedostatecznym krytycyzmem chorobowym*, oraz w połączeniu z równoczesną *eutonją* nie stwierdzam żadnych zmian chorobowych zwłaszcza w dziedzinie pamięci, uwagi i inteligencji.

U chorego tego nie stwierdza się żadnych defektów intelektualnych, natomiast są wyraźne zaburzenia afektywne z eutonją, drażliwością i niedostatecznym krytycyzmem chorobowym. Przypadek ten jest interesujący również z tego względu, że stanowi przyczynek do sclerosis multiplex conjugalis.¹⁾

Przypadek 5-y.

Liw. lat 19, wyzn. moż. bez zajęcia; *budowy piknicznej*, syntoniczka: od 2-ich lat typowe stwardnienie rozsiane (badana 25.VI.30).

Pod względem psychicznym udaje się stwierdzić pewną *euforję*, *niedostateczny krytycyzm chorobowy*, martwi się „że inni spacerują, a ona nie może“, uczucio-wość wyraźnie osłabiona, żadnych większych defektów psychicznych nie udaje się stwierdzić.

Przypadek 6-y.

Ber. Men., lat 37, kamasznik, wyzn. moż. *piknik*-syntonik, żonaty od 18 lat, od 8-iu miesięcy parestezje i osłabienie kończyn dolnych, silne bóle głowy; obiektywnie — objawy stwardnienia rozsianego (badany 2. VII. 30). Psychicznie — auto i allopsychiczna orientacja dobra, pamięć dobra, niema zaburzeń zapamiętywania, uwagi, zainteresowanie dostateczne; lekki stopień niedorozwoju intelektualnego (*debilitas laevis*). Brak jest dostatecznego *krytycyzmu chorobowego*, nastroju jest raczej wesołego, „jeszcze nie uważam, żebym był smutny“, *nie przejmuję się swoim stanem* fizycznym, którego powagę rozumie, ale do której odnosi się lekkomyślnie; jest tendencja do dowcipkowania, *euforja*.

Typowy przypadek scl. m. w którym pod względem psychicznym obok braku zaburzeń inteligencji występuje eutonja i brak krytycyzmu chorobowego; objawy psychiczne występują u tego chorego we wczesnym okresie scl. m.

Przypadek 7-y.

Ig. lat. 29, wyz. moż., bieliźniarka, mężatka, ma 1 dziecko; *budowy astenicznej*; objawy nerwowe — charakterystyczne dla stwardnienia rozsianego.

Podaje, że *przed 8 laty* przechodziła podobne cierpienie, przyczem podobno była wybitnie *depresyjną*, smutną „o byle co płakała“. Obecnie przy badaniu stanu psychicznego (15. VII. 30) po za skłonnościami do dowcipkowania i (pewnej *euforji*) nie stwierdza się żadnych głębszych zaburzeń.

Zaburzenie psychiczne — (*depresja*)—wystąpiły w 1-ym okresie stwardnienia rozsianego przed 8 laty; poczem była kilkoletnia remisja stanu fizycznego i psychicznego, obecnie przy wybitnych zmianach, cielesnych stwierdza się tylko *euforję* i skłonność do dowcipkowania

¹⁾ *Goldflam*. Die diagnostische Bedeutung des Rossolimoschen Reflexs, Berlin 1930. Str. 102—109. O stwardnieniu rozsianem familijnem por. *Leri, Lavane i Weil*: A propos d'une sclérose en plaque familiale. (Revue neurologique 1930. Grudzień — Soc. de Neurol. 4/XII 1930.): 3-je rodzeństwa choruje na scl. m.

Przypadek 8-y.

Han., lat 20, panna, cierpi podobno od 6-iu lat, cierpienie zaczęło się od zawrotów głowy i wymiotów; potem miała podwójne widzenie które minęło. Obecnie typowe stwardnienie rozsiane, budowy *piknicznej*, syntoniczka (badana 15.VII.30).

Stan psychiczny: orientacja pod każdym względem dobra, niema zaburzeń uwagi, pamięci, postrzegania. Zainteresowanie naogół małe, nie zajmuje się niczem, *nastrój zmienny*; chora mówi, że „płacze jak bardzo dokuczy” — mówi to śmiejąc się; przyznaje że „lubi wesołość”, „nie lubi tragicznych rzeczy”.

Przypadek 9-y.

Sm. G., lat 30. mężatka, bezdzietna, 2 poronienia, *asteniczka*. Od trzech 3-ch lat rozpoczęło się cierpienie nerwowe, obecnie wyraźne objawy stwardnienia rozsianego.

Przy badaniu stanu psychicznego (dn. 2. 7. 30.) nie udaje się stwierdzić zaburzeń psychicznych po za pewnem niedostatecznem poczuciem choroby; nastroju jest dość pogodnego, ale nie jest euforyczną.

Przypadek 10-y.

Sk. T. lat 25, płci ż. wvzn rz. kat., *astenicznej* budowy, od 7 tygodni datuje się obecne cierpienie. Przy badaniu (dn. 2. 7. 30.) *nie stwierdza się* obok objawów cielesnych charakterystycznych dla stwardnienia rozsianego, *żadnych zaburzeń psychicznych*.

W trzech ostatnich przypadkach badanie stanu psychicznego wykrywa zmiany minimalne, a w ostatnim przypadku nie stwierdza się ich zupełnie. W przypadku 8-ym i 9-ym zaledwie zanotować można niedostateczne poczucie chorobowe. w połączeniu z pewną chwiejnością nastroju i może zbytnią pogodą ducha, zbliżoną do eutonji sklerotycznej.

Wobec sprzeczności, co do przyczyn powstawania zaburzeń psychicznych w przebiegu stwardnienia rozsianego, wobec panowania najrozmaitszych poglądów na tą sprawę, co do których nawet w wielkim zbiorowym podręczniku *Bumkego* czytamy odmienne zdania, mianowicie *Runge* mówi, że przyczyn rozwoju zaburzeń psychicznych w tem cierpieniu szukać należy bezwątpienia w powstaniu licznych sklerotycznych ognisk w mózgu, a zwłaszcza w korze mózgowej, *Steiner* zaś nie stwierdza parallelizmu między zaburzeniami psychicznymi i zmianami anatomicznymi w mózgu. Również i *Jakob* mówi: „można tylko w ogólności powiedzieć, że ciężkie zaburzenia psy-

chiczne wskazują na udział w zachorzeniu mózgu, jednak ani w ogniskowych ani w rozlanych zmianach mózgu nie można stwierdzić paralelizmu z intensywnością i rodzajem zaburzenia psychicznego". Wobec wielu sprzeczności w piśmiennictwie zarówno dawniejszym jak nowym, a także chcąc doszukiwać się patogenetycznej psychicznych w scl. m. zbad.łem odpowiedni materiał histopatologiczny w laboratorium prof. *Spielmeyera*¹⁾ w Instytucie Badawczym Psychiatrycznym w Monachjum, dotyczący scl. m. W pracowni prof. *Spielmeyera* znalazłem 20 przypadków scl. m., z których mogłem opracować częściowo lub całkowicie 18. Dwa przypadki z pośród nich były już poprzednio wykorzystane przez *Spielmeyera* i *Schoba* dla ich prac o scl. m.. Jako 19-y użytkowałem przypadek łaskawie oddany do mojej dyspozycji z zakładu psychiatrycznego w Egfling pod Monachjum przez Dr. *Neubürgera*, któremu jestem szczerze wdzięczny za ten bardzo interesujący przypadek. W 12 przypadkach mogłem wykorzystać karty szpitalne, których streszczenie podaję poniżej. Oprócz materiału histopatologicznego korzystałem również z preparatów makroskopowych, a w razie potrzeby uzupełniałem materiał histopatologiczny nowymi preparatami.

*Przypadek 11-y*²⁾.

N. 2225. K. L. pić żeni., służyła jako gospodyni. ur. w r. 1880, została przyjęta do kliniki psychiatrycznej w Monachjum 1.XII. 1924 r. na skutek „omamów przy stwardnieniu rozsianem”.

Już przed 17 laty chora była rozdrażniona, nikomu nie chciała przyznać racji, trzymała się naogół w odosobnieniu, np. będąc na służbie nie jadła z innymi przy stole, nie zgadzała się z innymi słuźącami, od jakiegoś roku miała rozmaite „fantazje”. Od 1/2 roku *zdawało się jej, że jej dają truciznę*, w ostatnich czasach miała *urojenia prześladowcze*. Obecne cierpienie cielesne datuje się od jakich 3-let rozpoczęło się od bólów i osłabienia kończyn dolnych, jednak od wielu lat miała bóle w kończynach, traktowane jako ischias³⁾.

W czasie pobytu na klinice mało przystępna, niechętnie wdaje się w rozmowę, z wielką trudnością udaje się otrzymać od niej jakieś dane, dotyczące personalji. Niekiedy udaje się przełamać jej *opór, zahamowanie* wtedy staje się ona rozmow-

¹⁾ Profesorowi *Spielmeyerowi* serdecznie dziękuję za pozwolenie pracy w jego laboratorium i za jego cenne wskazówki. również bardzo dziękuję asystentowi Dr-owi *Cammannowi* za pomoc przy opracowywaniu materiału laboratoryjnego.

²⁾ Streszczenie danych klinicznych, znajdujących się w zbiorach anatomicznego oddziału Instytutu Badawczego Psychiatrycznego w Monachjum. Przypadek ten był częściowo użytkowany poprzednio przez *Spielmeyera*. (Arch. f. Psych. u. Neurolog. 1925. 74 2/4).

³⁾ O bólach jako objawie początkowym w scl. m. wspomina szereg autorów zwł. *Oppenheim*; ostatnio por. pracę *Hermana* o neuralgii n. trójdzielnego jako objawie początkowym w *Ztschft. f. d. neur. u. Psych.* 1928 r.

niejszą; powiada wówczas, że dawniej nie była taką jaką jest obecnie; „dawniej nie miała takiej siły jak obecnie”. W klinice psychiatrycznej nie chce pozostawać, chce być odwieziona do innego szpitala. Nagle wchodzi pod stół, mocno się jego czepiając, wreszcie kładzie się na podłodze. W ten sposób postępuje ona na oddziale często. Zdaje się, że chora *styszy głosy* jakieś, nieraz rozgląda się po pokoju, jak gdyby się czemuś przysłuchiwała. Opowiada, iż obok niej mieszka jakaś kobieta, która uprawia spirytyzm, dzięki któremu jest jej coraz gorzej. Lekarza oddziałowego uważa za kogoś innego, i przywołuje go obcem imieniem. W nocy *często jest głoszna*. Niekiedy znów jest zamknięta w sobie, nie odpowiada na żadne pytania. Stan somatyczny: chora wątła, blada, słabo odżywiona. W narządach wewnętrznych nic szczególnego.

Żrenica prawa nieco szersza od lewej, odczyn na światło i na nastawienie obustronnie żywy, brak oczopląsu; lekki, niestały zez rozbieżny; prawy fałd nosowo-wargowy wygładzony. Odruchy brzuszne początkowo prawostronnie minimalnie zachowane, lewostronnych brak, później brak odruchów brzusznych obustronnie. Odruch kolanowy prawy słaby, lewy żywy; odruch z ścięgna Achillea prawy = 0. lewy słaby. Odruch Babinskiego i Oppenheima +; inne objawy piramidowe = 0. Hypotonja obu kończyn dolnych. Siła w kończynach górnych zachowana; drżenie zamiarowe. Wybitne osłabienie w kończynach dolnych; prawa kończyna dolna — prawie kompletne porażenie wiotkie, możliwe tylko słabe ruchy w palcach i bardzo słabe w stawie skokowym, w lewej kończynie ruchy czynne osłabione w stawie kolanowym; siła zachowanych ruchów bardzo słaba, szybka wyczerpywalność ruchów. Brak zaburzeń czuciowych. Mowa skandowana. Dno oka bez zmian. Odczyn Wassermann'a we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

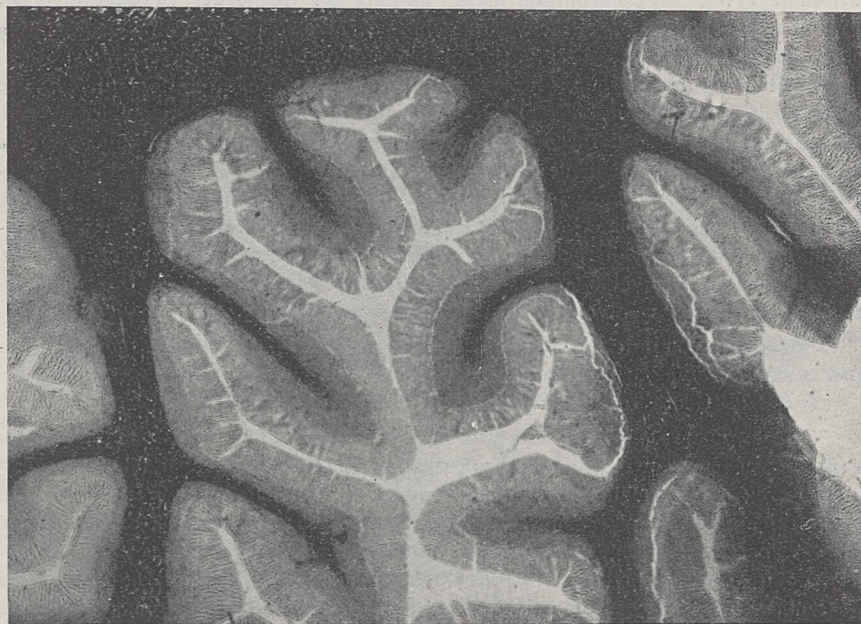
Rozpoznanie kliniczne: *organiczne cierpienie układu nerwowego ośrodkowego (schizophrenia?)*.

16.XII.24. Chora zmarła.

Sekcja: opona twarda mocno zrosnięta z kością; obfity wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego przy przecięciu opony; wyraźne zmętnienie opony miękkiej w okolicy czołowej; lekkie zmętnienie opon na podstawie. Nieznaczne rozszerzenie komór; przy przecięciu Meynertowskim widać na dnie komór bocznych liczne, drobne, szare, twarde ograniczone ogniska położone niemal symetrycznie zwłaszcza pod wyściółką obu rogów tylnych. W okolicy tylnego mózgu te podwyściółkowe ogniska zwiększają się liczebnie i obejmują komorę prawie ze wszystkich stron; tu też mają ogniska większe rozmiary. Znajdują się również takie same ogniska pod wyściółką w okolicy jądra ogoniastego, w czepcu mosta, rdzenia przedłużonego. Niezależnie od wyściółki spotyka się ogniska bardzo rzadko, np. jedno większe ognisko na podstawie w putamen (poduszka) i dwa ogniska w korze zakrętów centralnych przedniego i tylnego. Rdzeń, zwłaszcza w części szyjnej i grzbietowej usiany ogniskami; pośrodku rdzenia grzbietowego spotyka się zaledwie gdzieś normalną tkankę; w górnym szyjnym rdzeniu najbardziej dotknięte są tylne słupy; część lędźwiowa jest dotknięta w słabym stopniu. W mózdku widać tylko małe ognisko w jądrze zębatem.

Badanie mikroskopowe: (preparaty barwione metodą Nissla, Alzheimer'a, Spielmeijera, Manna, Bielschowskiego, Holzera, i barwienie czerwienią szkarłatną). W rdzeniu liczne ogniska wyraźnie ograniczone, niektóre ogniska zajmują niemal cały przekrój poprzeczny rdzenia; przeważnie są ogniska zupełnie pozbawione myeliny; na niektórych skrawkach zachowana jest myelina tylko jak gdyby w sierpach i półksiężycach brzeżnych. Na preparatach Holzerowskich czasem napotykamy gęsty

wojłok włókien glejowych, czasem zaś delikatną siatkę włókien. Na preparatach tłuszczowych niektóre ogniska usiane są tłuszczonośnymi komórkami, przeważnie jednak widać tylko gęste pasy komórek tłuszczonośnych otaczających samo ognisko. W istocie szarej, np. w rogach przednich nie udaje się spostrzec wyraźnych zmian w komórkach nerwowych. Na preparatach Bielschowsky'ego nie widać zmian wyraźniejszych w wypustkach osiowych. W rdzeniu przedłużonym większe ognisko w oliwie z pewnem przedzeniem komórek nerwowych. Na preparatach Bielschowsky'ego niektóre wypustki osiowe są ścięzate, przerywane, oraz mają przebieg peryferyjny, jednak naogół są w nich zmiany stosunkowo nieznaczne. Jest jedno większe sklerotyczne ognisko naokoło wodociągu Sylwiusza. W mózdzku są rozsiane drobne ogniska w okolicy warstwy drobinowej i ziarnistej (fot. 1) w jądrze zębata małe ognisko.

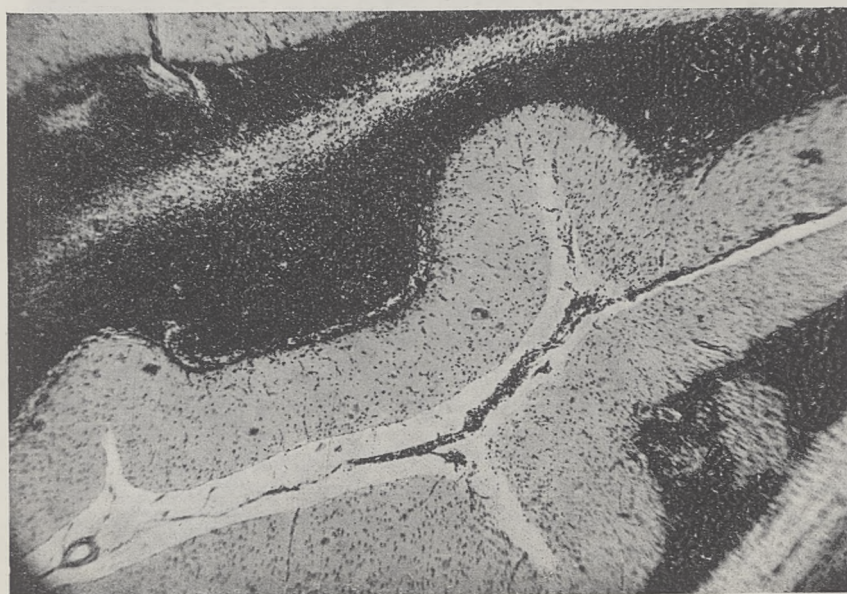


Fot. 1. Mikrofot. barw. met. Spielmeyera. Ognisko w korze mózdzku pow. 14X.

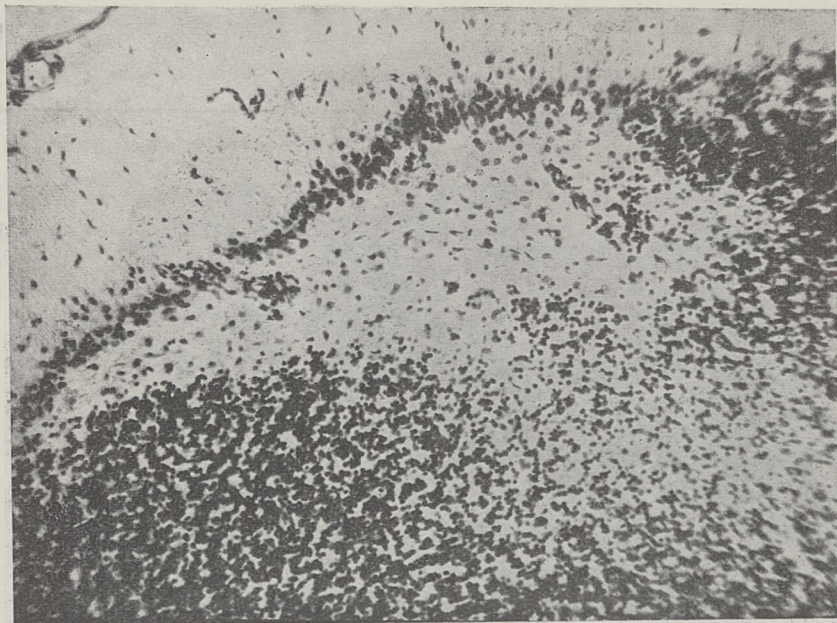
(fot. 2). Ognisko to jest ostro ograniczone wielkości jakichś $\frac{1}{2}$ cm. Ognisko to jest zupełnie pozbawione myeliny. Oprócz tego ogniska widać drobne ogniska, widoczne zaledwie przy silniejszym powiększeniu, przyczem niektóre tylko ogniska składają się z włókien rdzennych. Na preparatach Nisslowskich wyraźne dziwne ogniska w korze, niektóre nieco większe, jakby wygrzyzione przez mole, (nie okrągłe lub owalne), wszystkie wyraźnie ograniczone (fot. 3) pas komórek Bregmannowskich (fot. 4). W okolicy ogniska charakterystyczny rozrost, gwiazdy glejowe (fot. 5). Spotyka się komórki Hortegi. W istocie podkorowej wyraźne bujanie gleju, niezależne od ognisk kory, t. j. obok nich, ale gdzieś jest takie bujanie dosyć odległe od ognisk. Na preparatach Holzerowskiich nie widać nigdzie gęstej sieci (wojłoku włókien glejowych), natomiast są delikatne włókienka.



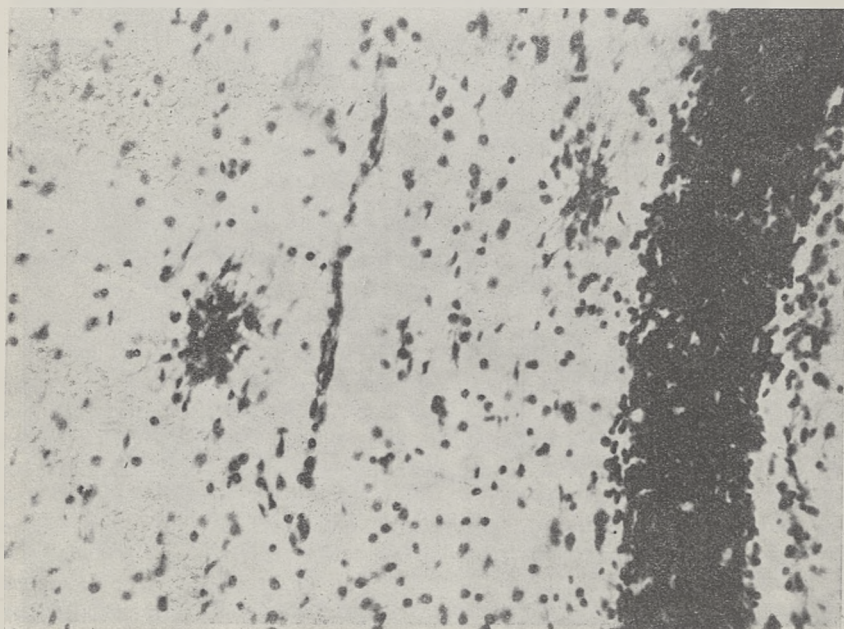
Fot. 2. Mikrof. Ognisko sklerotyczne w jądrze zębata. Barw. met. Spielmeyera.



Fot. 3. Mikrof. barw. met. Nissla pow. 46 \times . Ogniska niesklerotyczne.



Fot. 4. Ognisko a z mikrofo, 3 barw. metodą Nissla pow. 160 \times .

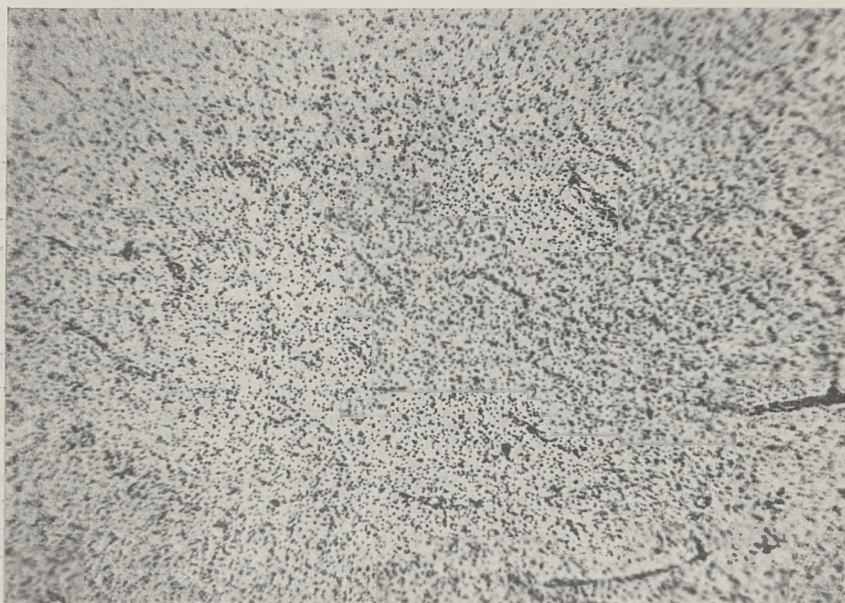


Fot. 5. Gwiazdy glicy barw. met. Nissla pow. 250 \times .

W mózgu w okolicy czołowej opony są zgrubiałe, w oponach widać rozszerzenie naczyń; nacieczenie okołonaczyniowe limfocytami.

Z mózgu wzięto do zbadania mikroskopowego tylko pojedyncze miejsca.

W korze zakrętów centralnych sklerotyczne ogniska, z otaczającymi komórkami Hortegi, wbierającymi tłuszcz. W okolicy ogniska liczne astrocyty. Na preparatach Alzheimera-Manna wyrażone ameboidalne przeistoczenie. Spotyka się również komórki Hortegi z długimi wypustkami. Ogniska podwyściółkowe głównie w okolicy spoidła wielkiego i w dolnych rogach. W zrazach czołowych i skroniowych małe ogniska sklerotyczne dochodzące do 6-ej warstwy. W komórkach nerwowych zmian wyraźniejszych nie widać. W okolicy rogu Ammona ognisko, które na preparacie Nissla (fot. 6) wykazuje wyraźne odgraniczenie od tkanki zdrowej.



Fot. 6. Barw. met. Nissla pow. 58 \times . Ognisko sklerotyczne w rogu Ammona.

Ognisko to jest obficie unaczynione, naczynia są nacieczone limfocytami, a także komórkami plazmatycznymi; ku obwodowi ogniska naczyń nieco mniej; przy silniejszym powiększeniu zmienione komórki glejowe przypominają kobierce glejowe. Ognisko to, jak prawie wszystkie ogniska w mózgu położone jest pod wyściółką.

W przypadku tym, u chorej z usposobieniem schizoidalnym, w przebiegu scl. m., wystąpiły zaburzenia psychiczne—urojenia prześladowcze, omamy słuchowe, obserwowano negatywizm, zahamowanie, upór, zamknięcie się w sobie—słowem objawy psychiczne, które przypominały schizofrenję.

Pod względem anatomopatologicznym stwierdzono liczne ogniska sklerotyczne w rdzeniu, w pniu mózgowym, mózdzku i mózgu,

głównie pod wyściółką komór, bez wyraźniejszych zmian w korze. Oprócz ognisk sklerotycznych stwierdzono w korze mózdzku ogniska niesklerotyczne, których charakteru nie można wyjaśnić, i które prawdopodobnego przyjęć należy jako ogniska zbliznowacenia. W mózgu liczne ogniska, większe ognisko sklerotyczne w okolicy rogu Ammona, obficie unaczynione, naczynia naciezione limfocytami i komórkami plazmatycznymi. Ogniska w zrazach czołowych i skroniowych dochodzą do 6-ej warstwy. Naokoło ognisk spotyka się dość żywe bujanie gleju plazmatycznego.

Przypadek 12-y. ¹⁾

Bat. An. ur. 30. 6. 1895 r., przyjęta do zakładu w Klingenstein 28. 5. 30. zmarła 8. 9. 30.

Chorą jest od 4-ech lat; badana wówczas przez lekarza w Kaiserslautern „psychicznie nie było specjalnych objawów, jednak już wtedy rzucała się w oczy pewna *indolencja* i stosunkowo niska inteligencja. Neurologicznie należała ona do tych przypadków, co do których jest się przekonany o rozpoznaniu stwardnienia rozsianego, ale niema pewności rozpoznania. Po roku co do rozpoznania nie było już wątpliwości, Odczyn Wassermann'a był ujemny. Psychoza zdaje się rozwijała się bardzo wolno“. 14. 5. 30 chora została przyprawdzoną przez męża do ambulatorjum w Kais.; mąż skarżył się, że żona jego w ostatnich czasach miała silny *niepokój wewnętrzny*, stale się czegoś *boi* i niepokoi, płacze dużo, nachodzi go stale w jego miejscu pracy, ponieważ obawia się sama pozostawać w domu, a także dlatego, że jest *zazdrosną* o niego. Podczas badania chora spokojna, zorientowana, daje odpowiedzi logiczne. Jest zabamowaną, płacziwą, mówi głosem płacziwym; *zdeprymowana*, wyraz twarzy *bezzadny i lękliwy*.

Według relacji męża chora była zawsze poważnego usposobienia, jednak była towarzyską, niekiedy wesołą. *Przed 3-ma laty* przechodziła *podobny stan*, była również lękliwą, niezadowoloną, nie chciała pozostawać sama w mieszkaniu. Po kilku miesiącach stan ten podobno minął i chora była jakoby zupełnie normalna. Omamów podobno nie miała. Obecnie mąż uskarża się, że chora nie dba o dom i rodzinę, stale za nim chodzi i nie daje mu spokoju. Przed 8 dniami wyraźne pogorszenie psychiczne i somatyczne. Rozpoznanie ambulatoryjne: „*okres depresyjny u osobnika z okresowem usposobieniem*“.

Przy przyjęciu do szpitala chora wykazuje niedostateczną orientację w czasie; przy odpowiedziach długo się namyśla i często daje odpowiedzi fałszywe. Opowiada, że mąż zaraził ją syfilisem, przyznaje się, że biegła za nim, ponieważ była zazdrosną o niego, ale miała ku temu dostateczne powody. Obecnie nie uważa się za chorą, jedynie *pamięć* znacznie *osłabła*. Przy pierwszym badaniu stwierdza się *euforyczny* nastrój z lekką domieszką bezcelowego *niepokoj*, wyraźne objawy *otępienia*; nie udaje się stwierdzić ani urojeń ani omamów. W czasie pobytu w szpitalu stan nie ulegał naogół większej zmianie; w nocy czasem niespokojna, chce wychodzić z łóżka, ale z powodu osłabienia kończyn przewraca się, stale *niepokój* ruchowy; mówi do

¹⁾ Zarówno historję choroby, z której porobiłem notatki, jak i materiał histologiczny zawdzięczam Dr. *Neubürgerowi*, patologowi Zakładu Egling pod Monachjum (№ 253)/30 prot.)

siebie głosem monotonnym. Czasem wykonywa jakieś *bezmyślne figle* np. wylewa z naczynia nocnego mocz do łóżka i z zadowoleniem mówi, że ma teraz staw w łóżku, albo podrzuca nogami kołdrę do góry i potem rzuca ją z zadowoleniem pokrzykując „hoppla“. Powtarza zadawane pytania i posłyszane zdania, niekiedy także wykonywa echokinetycznie widziane ruchy; stwierdza się u chorej *perseweracje*, *zaburzenia postrzegania i pamięci*; niekiedy tendencja do cynicznego sposobu wyrażania się, *uczuciowe zubożenie* i *euforja*.

Stopniowo stan *otępienia się zwiększał*, coraz silniejsze zaburzenia orientacyjne, czynnikiem się zwiększał i wyrażał się także w ruchach; uczuciowo coraz silniejsze zubożenie, nie daje się wyprowadzić ze *stanu beztroski*, przy tem wykazuje zainteresowanie, co się dzieje na sali, jednak *uwaga jej szybko wyczerpuje się*. W takim mniej więcej stanie psychicznym pozostawała do końca życia.

Pod względem somatycznym: źrenice reagują na światło powoli (później lewa źrenica zupełnie przestała reagować na światło), na nastawienie żywo; brak odruchów brzusznych; odruchy kolanowe bardzo wzmożone; odruch Babińskiego +, drżenie kończyn górnych; chód niepewny, paretyczno-spastyczno-ataktyczny, mowa zwolniona, skandowana, czasami zamazana, brak oczopląsu, duże odleżyny na pośladkach; odczyn Wassermannowa we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, 4 limf w 1 cm³. płynu mózgowo-rdzeniowego.

Śmierć nastąpiła przy objawach wyniszczenia oraz zakażenia na skutek odleżyn. (Brak protokołu sekcyjnego).

Badanie mikroskopowe: W rdzeniu szereg rozsianych typowych ognisk sklerotycznych.

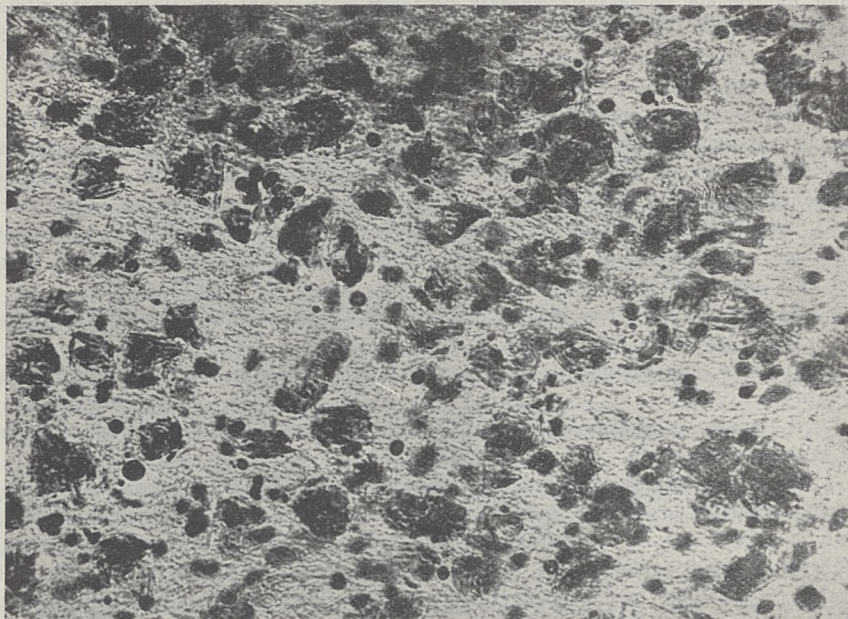
Z mózgu otrzymałem do badania tylko skrawki z okolicy roga Ammona i z jąder podstawnych.

Na preparatach z okolicy jąder podstawnych, barwionych metodą Spielmeyera, szereg drobnych ognisk pod wyściółką, pozbawionych kompletnie myeliny, połączone małą mostkami o charakterze cieni włóken rdzennych; ogniska kompletnie odbarwione, jak i ogniska cieni, wyraźnie ograniczone, przeważnie okrągłe, ale także owalnie wydłużone; pod samą wyściółką jedno ognisko zupełnie odbarwione nieco większe od innych, widoczne makroskopowo, nie połączone z innymi; na preparatach Holzerowskich widać żywy rozrost włóken glejowych, które tworzą tu gęstą siatkę, komórki glejowe, przeważnie małe, okrągłe, nie widać astrocytów. Na preparatach tłuszczowych (p. fot. 7.) widać bardzo liczne komórki ziarenkowców z wybitnem wzbieraniem tłuszczu, nie widać różnicy w liczbie komórek otaczających cienie glejowych włóken oraz ogniska zupełnie pozbawione myeliny, przyczem granica komórek wzbierających jest dosyć wyraźna. W okolicy rogu Ammona charakter ognisk jest identyczny, przyczem zaznaczyć należy, że ogniska zajmują wyłącznie istotę białą i nie przechodzą na korę; ogniska są naogół bardzo małe, jak łebek od szpilki.

W naczyniach i w komórkach nerwowych zmian nie widać.

W przypadku tym wystąpiły pierwsze zaburzenia psychiczne równocześnie z nieznacznie zaburzeniami nerwowymi i przejawiały się w lękości, niezadowoleniu, rozdrażnieniu; stan ten po kilku miesiącach trwania zupełnie minął. Już wówczas rzucała się w oczy pewna indolencja. W parę lat po pierwszym wybuchu psychotycznym zaczęły się ponownie rozwijać stopniowo zaburzenia psychiczne, które lekarz badający ambulatoryjnie określił jako okres depresyjny u osobnika z okresowem usposobieniem: chora miała niepokój wewnętrzny, lęki, była bezradną, zdeprymowaną, i wypowiadała uroje-

nia niewierności małżeńskiej; omamów nie było. Przy badaniu i obserwacji szpitalnej stwierdzono eutonję, zaburzenia pamięci i postrzegania a później i zaburzenia uwagi. Objawy otępienne z początku nieznaczne w przebiegu choroby wzrastały; u chorej obserwowano puerylizm i zachowanie się przypominające zachowanie się hebefreniczne (bezmysłne figle), stan beztroski, persewerację, echokinezę.



Fot. 7. Mikrof. kom. tłuszczonośnych pow. 380X.

Przez cały czas obok eutonji i euforia przy zubożeniu uczuciwem. Somatycznie — stwardnienie wielogniskowe. Badanie mikroskopowe wykryło szereg ognisk sklerotycznych o typie ognisk starych, bez przejścia na korę, głównie w okolicy jąder podstawnych i pod wyściółką komorową w okolicy rogu Ammona. (Brak preparatów z innych części mózgu nie pozwala na ostateczne wnioskowanie co do lokalizacji).

Przypadek 13-y.

N. 1897. Kr. M. ¹⁾, lat 29 służąca, zmarła 24. IV. 1919 r.

Zdrowa do 8-go roku życia; w 8-ym roku życia upadła uderzając się o mur, nie straciła przytomności, żadnych objawów następczych nie było. W 16-ym roku

¹⁾ Notatki kliniczne z historii choroby, użyzionej łaskawie przez Szpital Buch w Berlinie.

życia zaczęła mieć napady, w czasie których traciła przytomność, miała drgawki w kończynach górnych i dolnych, przygryzała język i oddawała pod siebie mocz. Różnicy w kończynach prawej i lewej strony nie było. W 19-ym roku życia infekcja kiłowa leczona energicznie. W 22-im roku życia urodziła zdrowe dziecko, w 24-ym poroniła. *Napady kurczowe* powtarzały się stale do ostatnich czasów z krótszemi lub dłuższemi przerwami. (Niekiedy parę razy na tydzień, niekiedy co kilka miesięcy). Przed 5-ciu laty stwierdziło otoczenie, że chora *zaczęła tracić pamięć*; w tym też czasie zaczęła gorzej mówić. Przed 4-ma laty udar mózgowy, wówczas, była leczona w szpitalu z rozpoznaniem: hemiplegia dextra luetica (?) i otrzymała kurację specyficzną pomimo ujemnego odczynu Wassermanna we krwi. Po udarze mowa stała się jeszcze gorszą. Jednak, jak podawała chora, jeszcze przed udarem przy chodzeniu pociągała prawą kończyną dolną.

Poprzednio jeszcze miała nagłą *przejściową ślepotę*, która po kilku miesiącach, jakoby nagle również minęła.

W ostatnich latach zaburzenia pamięci jeszcze się zwiększyły.

Przy badaniu stanu psychicznego (w kwietniu 1917 r.) stwierdzono *zaburzenia pamięci*, zarówno faktów dawnych jak i obecnych, zaburzenia *uwagi* oraz *trudności w rachowaniu*; stwierdzono również trudności w *kombinowaniu*, zaburzenia *orientacji* w sprawach ogólnych, brak zainteresowania. W szpitalu była przejściowo wielomówna, gadatliwa, niedbała o swoją czystość. Najważniejsze dane stanu cielesnego: chód wybitnie paretyczno-spastyczny, chodzić może tylko podtrzymywana z obu stron; napięcie mięśniowe w obu kończynach dolnych wzmożone. Odruchy kolanowe i z ścięgna Achillesa obustronnie wzmożone, lewe żywsze od prawych; obustronnie bardzo żywy odruch Babińskiego; obustronnie stopotrząs, Czucie bólowe i dotykowe w kończynach dolnej lewej osłabione, w lewej kończynie górnej osłabienie czucia bólowego i zmysłu mięśniowego; przy próbie palco-nosowej w kończynach górnej lewej bezład; odruchów brzusznych obustronnie brak. Brak oczopląsu. Mowa zamazana, skandowana, źrenice równe, szerokie, żywy odczyn na światło i nastawienie, dno oka: obustronnie zblednięcie tarczy z wyraźną granicą. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Zmarła dn. 24. IV. 1919 r. na skutek ogólnego wycieńczenia.

Rozpoznanie kliniczne: *Nowotwór mózgu prawostronny (?)*. *Kiła mózgowo-rdzeniowa (?)*. *Stwardnienie rozsiane (?)*.

Sekcja: na zewnętrznej powierzchni mózgu makroskopowo nic szczególnego. Po przecięciu mózgu stosunkowo obfite wodogłowie wewnętrzne; w istocie białej mózgu pojedyncze szarawe, ostro ograniczone plaques dochodzące do wielkości bobu. Na przecięciu rdzenia rysunek istoty szarej nie jest zachowany normalnie, natomiast istota biała rdzenia ma lekkie szare zabarwienie.

Badanie mikroskopowe wykazało typowe ogniska sklerotyczne w rdzeniu, w rdzeniu przedłużonym, w moście, w mózdzku oraz w istocie białej mózgu pod wyściółką komór w miejscach predylekcyjnych. W rdzeniu głównie w części szynnej i piersiowej—przeważnie ogniska zupełnie pozbawione myeliny, gdzie nigdzie spotyka się tylko cienie włókien rdzennych. Na preparatach, barwionych metodą Bielschowskiego, wypustki osiowe przeważnie nie uległy zmianom. Liczba włókien może nieco zmniejszona. W rdzeniu przedłużonym typowe większe ognisko; na preparatach barwionych czerwieńią szkarłatną szeroki pas komórek tłuszczonośnych. W ognisku w moście, na Nisslowskich preparatach widać zmiany świeże zapalne. Rów-

niez i w moście są typowe ogniska. Okolica wodociągu Sylwjusza normalna. W mózdku, w istocie białej, jedno ognisko długości $1\frac{1}{2}$ cm., szerokości $\frac{1}{2}$ cm. oraz drobne ogniska widoczne dopiero przy lupowym powiększeniu. Na preparatach Holzerowskich wybitny rozrost włókien glejowych, w okolicy ognisk pojedyncze astrocyty, niektóre komórki glejowe wydłużone, wyciągnięte z małemi krótkimi cienkimi wypustkami. Zmian w komórkach nerwowych nie spostrzega się. W mózgu—ogniska tylko w istocie białej pod wyściółką komory bocznej; tu są ogniska większe, widoczne już makroskopowo i mniejsze widoczne tylko pod lupą. Ogniska zupełnie pozbawione myeliny przy zupełnie dobrze zachowanych włóknach łukowatych. Na preparatach Nisslowskich spotyka się ogniska starsze i świeższe; są miejsca bardzo unaczynione, z nacieczeniem limfocytami, pojedynczymi komórkami plazmatycznymi, całe zbiorowiska różnych postaci komórek glejowych; są też przeciwnie miejsca bardzo ubogie w komórki glejowe drobne. Na preparatach Holzerowskich widać ogniska dwu typów — z bardzo bogatym rozrostem włókien glejowych, dochodzącym do wojłoku włókien glejowych, są jednak i ogniska z cienką siateczką włókien glejowych. Oprócz ognisk typowych kompletnie pozbawionych myeliny, są ogniska—tylko cienie włókien rdzennych. Przeważają jednak pierwsze. Nie spotyka się ognisk w korze, również nie udaje się stwierdzić zmian w komórkach nerwowych. Brak zmian charakterystycznych dla kiły w naczyniach, w oponach i w mózgu.

Trudności rozpoznawcze zaburzeń psychicznych są zrozumiałe z następujących powodów: obserwatorzy chorej brali pod uwagę przebytą w 19-ym roku życia infekcję kiłową, napady padaczkowe, objawy udaru mózgowego w 25-ym roku życia, które uważano jako porażenie połowicze kiłowe. W 27-ym roku życia stwierdzono zaburzenia psychiczne głównie w sferze intelektu—zaburzenia uwagi, orientacji, trudności skuteczniania kombinacji myślowych, a także zubożenie uczuciowe. Wszystkie te dane pozwalały przypuszczać kiłę mózgowo-rdzeniową, jednak ściślejsze dane anamnestyczne (napady padaczkowe¹⁾ zaczęła miewać na 3 lata przed infekcją kiłową, zaburzenia pamięci i mowy przed udarem mózgowym, przejściowa nagła amauroza), jak i badanie stanu cielesnego ułatwiłyby rozpoznanie stwardnienia wieloogniskowego. Badanie mikroskopowe wykazało liczne ogniska sklerotyczne w mózgu i rdzeniu o typie dwojakim — ognisk starych i świeżych. W mózgu ogniska znajdują się w miejscach predylekcyjnych, w istocie białej zwłaszcza pod wyściółką komór bocznych, niema ognisk w korze, zmian w komórkach nerwowych nie spostrzeżono.

¹⁾ O napadach padaczkowych w scl. m. pisali między innymi *Salomon*, (scl. m. z objawami typu Jacksonowskiego), *Mattrass* (3 przypadki scl. m. z padaczką), *Bychowski (jun)*, a zwłaszcza *Prussakowie*, którzy podają materiał oddziału *Flatau* (268 przypadków scl. m. — z tych 13 z napadami padaczkowymi, prócz tego jedna chora z częstymi napadami depresji).

Przypadek 14-ty.

N. 1600. Z. ¹⁾ płci męskiej, ur. 10.XI.1918 r. zmarł 25.IX.20 (klinika psychiatryczna w Monachjum).

Leczony w klinice psychiatrycznej w Monachjum od 1916 r. z pięciu powrotami, ostatnio przybył do kliniki XII. 1919 r. i pozostawał do śmierci.

Zaburzenia psychiczne zaczęły się od *zaburzeń pamięci i postrzegania*, przy dobrej orientacji i należytem ujmowaniu; poczucie choroby bardzo słabe; stopniowo *zaburzenie intelektu*, dalej stan *demencyjno-euforyczny* bez poczucia chorobowego i bez zrozumienia ciężkiego swego stanu. Powolne rozumowanie, *zwolnienie myślenia*; wiadomości szkolne ulegają stopniowemu zanikaniu; wybitne zaburzenia postrzegania. Zachowanie się *jowialne*; pewne zaburzenia orientacyjne w połączeniu z otępieniem (myje np. ręce w misce klozetowej), pod koniec demencyjna *euforja*, brak wszelkiego zainteresowania, *brak wszelkiego poczucia chorobowego*, myśli, że będzie mógł jeszcze pracować i często stereotypowo żąda wypisania, zresztą bez umotywowania żądania.

Somatycznie obok zaniku nerwu wzrokowego, stopniowy rozwój objawów piramidowych, mowa zamazana, skandowana. Rozpoznanie kliniczne: *nowotwór w mózgu (?) stwardnienie rozsiane (?) porażenie postępujące (?)* Przy badaniu histopatologicznem liczne ogniska sklerotyczne, rozsiane nieco atypowo, większość znajduje się w półkulach mózgowych, gdy w częściach głębszych, w zwojach podstawnych, w moście, w rdzeniu przedłużonym ognisk jest mniej, w rdzeniu tylko kilka małych ognisk sklerotycznych. Większość ognisk jest niezupełnie pozbawionych myeliny i są ogniska cieni włókien rdzennych. W mózgu ogniska przeważnie leżą w istocie białej podkorowej, niektóre jednak ogniska zajmują równocześnie i istotę podkorową i częściowo korę.

Pod względem typu ogniska są i typu ognisk starszych z silną gęstą gliozą przy pewnem ubóstwie jąder glejowych i typu ognisk świeższych z licznymi komórkami ziarenkowcami, z delikatnym rozwojem włókien glejowych oraz bogactwem jąder glejowych, różnej postaci; naczyń, zwłaszcza na granicy ognisk powiększone w liczbie i nacieczone limfocytami i komórkami plazmatycznymi. W okolicy naczyń koło ognisk a także niezależnie od ognisk gwiazdy glejowe.

W komórkach nerwowych nie stwierdza się zmian. Ogniska sklerotyczne w nerwie wzrokowym.

Przypadek ten jak podałem wyżej, opisany pod względem histopatologicznym dokładnie przez *Schoba*, który zwrócił specjalną uwagę na wybitne zmiany wypustek osiowych (zwłaszcza komórek Purkinjego w mózdzku), przejawiających się w miejscowych albo rozlanych wzdęciach, do czego dochodzi tworzenie się wakuoli, przemiana piankowa, rozpad włókienek.

Przypadek 15-ty²⁾.

N. 262/29 G. H. lat 21, płci męskiej, przyjęty do szpitala dn. 29.IV.1929 r. (Szpit. Bethanin, Berlin, oddz. wewnętrzny N. 933). Do czasu przybycia do szpitala

¹⁾ Przypadek ten opisany został w 1923 r. w Nissl Beiträge II. B. H. I. przez *Schoba* i *Stertza* p. t. Fall Zellner. Wszystkie preparaty zostały przezemnie ponownie przejrane i otrzymałem łaskawe zezwolenie na wykorzystanie tego przypadku do mojej pracy.

²⁾ Streszczenie danych klinicznych według notatek łaskawie dostarczonych ze szpitala Bethanin do Instytutu Badawczego Psychiatrycznego w Monachjum.

naogół był zdrowy, w dzieciństwie obustronnie zapalenie ucha środkowego, przed rokiem zapalenie wyrostka robaczkowego. Na 3 tygodnie przed udaniem się do szpitala chory po raz pierwszy miał uczucie ciężaru w całej prawej połowie ciała. Przed tem jednak już uskarżał się na bóle głowy.

Notatka co do stanu psychicznego: na początku pobytu senny, naogół lekko otepiały, jednak rachunki umie wypełniać. W połowie pobytu (w maju 1929 r.) zanotowano w karcie szpitalnej, że pacjent zmienia się psychicznie stopniowo coraz więcej, w końcu maja „chory *psychicznie zupełnie zmieniony*; musi być karmiony częściami oddaje pod siebie moczkę i stolec”. (Więcej danych psychicznych notatka ze szpitala nie podaje, specjalnie nie podaje, na czym polega coraz większa zmiana stanu psychicznego.)

Stan somatyczny: czaszka przy opukiwaniu nie bolesna, prawy nerw twarzowy osłabiony, prawy fałd nosowo-wargowy wygładzony. W narządach wewnętrznych nic szczególnego.

Odruchy brzuszne normalne, odruchy kolanowe i z ścięgna Achillesa lewe normalne, prawe bardzo wzmożone, „prawie” stopotrząs.

Siła ruchów po stronie prawej wyraźnie osłabiona w porównaniu ze stroną lewą. Chód paretyczno-spastyczny prawostronnie, również i prawą kończyną górną chory nie umie sprawnie wykonywać ruchów (np. jeść). uścisk dłoni lewej znacznie silniejszy od prawej. Odczyn Wassermannowa we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny; w płynie mózgowo-rdzeniowym parę limfocytów w 1 cm³, odczyn Nonne-Apelta — ujemny, łykanie nieco utrudnione, chory się krztusi przy jedzeniu; dno oka badane I.V nie wykazało żadnych zmian, 15.V.29 obustronnie zblednięcie skroniowe zwłaszcza w lewym oku; 22.V lewostronnie skroniowe zblednięcie tarczy, prawostronnie cała tarcza zamazana.

28.VI.1929 r. nastąpiła śmierć przy wysokiej ciepłocie ciała (39° — 40°).

Rozpoznanie kliniczne: apoplexia.

Badanie mikroskopowe: (dane sekcyjne nie zanotowane): (do dyspozycji miałem tylko pojedyncze preparaty z rdzenia, mózdzku, węzłów podstawnych, kory mózgowej, komory bocznej): w korze mózgu i mózdzku nie widać zmian patologicznych; w istocie białej podkorowej spotyka się czasem delikatne ogniska glejowe i naokoło naczyń nacieczenie limfocytami. Brak jest zmian w okolicy roga Ammona. Niema zmian naczyniowych specyficznych dla kiły.

W okolicy węzłów podstawnych jedno duże ognisko widoczne już makroskopowo i parę małych ognisk, w których widać wyraźny ubytek myeliny. Ogniska te są bardzo unaczynione; naokoło naczyń widać nacieczenie przeważnie limfocytami. Pojedynczo spotyka się także większe elementy glejowe. Brak jest komórek kratkowatych (Gitterzellen).

Przypadek ostrego przebiegu stwardnienia rozsianego, u którego pod względem psychicznym zanotowano tylko, że „chory psychicznie zupełnie zmieniony”; na czym polegała zmiana psychiki, z karty szpitalnej (oddział wewnętrzny) nie można się zorientować. Drobnowidzowo stwierdza się rozsiane świeże ogniska sklerotyczne, największe w okolicy jąder podstawnych.

Przypadek 16-y¹⁾

N. 1892. Gn. W., lat 25, robotnik, ur. 1892 r., zmarł 5.XI.1918 r. Chory przebywał w szpitalu czterokrotnie. po raz pierwszy 6.IX.1913 r. — 10.IX.13, z rozpoz-

¹⁾ Dane kliniczne z łaskawie użyczonej Zakładowi w Monachjum historii choroby szpitala Buch w Berlinie.

naniem scl. m. — wówczas zanotowano stan psychiczny; „nastrój zmienny, skłonny do optymistycznego patrzenia na świat, euforyczny; nie dba i nie myśli o przeszłości“. Z danych somatycznych zanotowano oczopląs, zmiany na dnie oka—w słabym stopniu zblednięcie skroniowe; po raz drugi 27.VI.—25.IX.13 — stan psychiczny, jak poprzednio; obustronny objaw Babińskiego wyraźne drżenie zamiarowe, po raz trzeci przyjęty z powodu szkarlatyny 7.VII.16 wypisany 4.IX.16 niema żadnych uwag dotyczących stanu neurologicznego i psychicznego i po raz czwarty od 26.VI.17 r. do śmierci.

Według danych anamnestycznych w dzieciństwie miał napady drgawek w kończynach, Około 6 lat temu chód stał się nieco chwiejny, i przy chodzeniu prędko się męczył. Sam podaje, że *pamięć jego stała się gorszą*, że często zapomina wyrazy. Obiektywnie stwierdzić można zaburzenia pamięci i pewne *otępienie intelektualne*.

Stan somatyczny: źrenice przy przyjęciu równe, okrągłe, odczyn na światło zachowany, we wrześniu 1917 r. lewa źrenica na światło nie reaguje, w październiku 1917 r. ponownie zanotowano, że odczyn na światło zachowany. Oczopląs. Przejściowe podwójne widzenie.

Na dnie oka zmian nie stwierdzono. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Odruchy mosznowe i brzuszne zniesione. Mowa nosi charakter mowy opuszkowej. Kończyny dolne osłabione, wiotkie; zaburzenie czucia głębokiego; odruchy kolanowe wzmożone, odruchy z ścięgna Achillesa obustronnie bardzo żywe, obustronnie stopotrząs. 3.VI.18 napad utraty przytomności z drgawkami klonicznymi w kończynach i głowy. 2.XI.18 powtórny napad po którym chory przytomności nie odzyskał i zmarł przy wysokiej ciepłocie (39,4°) dnia 7.XI.1918.

Rozpoznanie kliniczne niejasne: *postępujące (systemowe) cierpienie mózgu spec. mózdzku (?), choroba Wilsona (?), stwardnienie rozsiane*.

Na sekcji w narządach wewnętrznych (wątroba, śledziona, nerki) nie stwierdzono nic szczególnego. Badanie mikroskopowe rdzenia wykazuje liczne ogniska sklerotyczne rozsiane; ogniska pozbawione myeliny są różnej wielkości, w częściach szyjnych i grzbietowych zajęty prawie cały przekrój poprzeczny rdzenia, poniżej oprócz ognisk większych widzianych mikroskopowo, są i drobne ogniska, widziane przy powiększeniu lupowem. Widoczny jest w ogniskach wybitny rozrost włókien glejowych, w niektórych ogniskach—wojtek włókien glejowych. Ogniska otoczone są szerokim pasem komórek tłuszczonośnych.

W mózdzku ogniska pozbawione myeliny z wybitnym rozrostem włókien glejowych, duże, widoczne makroskopowo, przechodzą gdziegdzie i na korę mózdkową, zajmując warstwę drobinową i ziarnistą. Przy badaniu metodą Bielschowskiego widać, że zajęte są także wypustki osiowe; spotyka się włókienka ścięcazałe, albo też nierównomierniej objętości w przebiegu wrzecionowate, perełkowate¹⁾, większość jest jednak zachowana, zupełnego zniszczenia niema. Są również widoczne zmiany w komórkach Purkiniego, gdziegdzie widać tylko puste koszyczki komórkowe.

Na preparatach barwionych czerwinią szkarłatną widać szeroką warstwę komórek tłuszczonośnych oddzielających ognisko od tkanki zdrowej. W mózgu typowe ogniska pod wyściółką komór, nigdzie nie widać przejścia na korę, największe ognisko w okolicy rogu Ammona, kompletnie pozbawione myeliny, na dużej przestrzeni z bardzo wybitnym rozrostem włókien glejowych przy zachowaniu wszędzie włókien łukowatych.

Proces jest tu równomierny, nie ostro zapalny.

¹⁾ por. Schob Fall Zellner Nisl. Beiträg. 1923. II. 1.

W przypadku niniejszym cierpienie ciągnęło się kilka lat, rozpoczęło się mniej więcej w 18-ym roku życia i w pierwszym okresie choroby zanotowano zaburzenie psychiczne polegające na zaburzeniach afektywnych — zmienności nastroju, euforji, eutonji, i optymizmie sklerotycznym. W ostatnim okresie choroby wystąpiły zaburzenia intelektualne. Histopatologicznie stwierdzono liczne ogniska sklerotyczne, w całym ośrodkowym układzie nerwowym, wszystkie ogniska równomiernie typu starych ognisk, nieco tylko ognisk świeżych. W mózgu ogniska tylko w istocie białej, największe ognisko w okolicy rogu Ammona, w mózdzku ogniska przechodzą gdzieś na korę, w mózdzku są widoczne zmiany w wypustkach osiowych.

Przypadek 17-ty.

N. 1913. Hār. K. 1) przyjęta do szpitala w Schwabingu w Monachjum w dn. 12.I.1923, zmarła dn. 25.II.1923.

U chorej (cierpiącej od 5 lat, z pogorszeniem stanu fizycznego od 3-ich lat) z typowymi wybitnymi objawami stwardnienia rozsianego (spastyczne porażenie kończyn dolnych, rzepko—i stopotrząs, dodatni objaw Oppenheima, Babińskiego, ocząpląs, mowa powolna, skandowana i t. d., wszystkie reakcje serologiczne ujemne, pod koniec życia nietrzymanie moczu i stolca, kolosalne odleżyny), stwierdzono *psychicznie osłabienie pamięci, obojętność, indolencję.*

Sekcja: liczne szare ogniska istoty białej rdzenia, białej i szarej istoty mózgu, zwłaszcza w zrazach potylicznych i w istocie białej rdzenia przedłużonego i mózdzku.

Tuberculosis acino-nodosa chronica pulmon. dupl. lob. superior. Cavernae. Endocarditis verrucosa mitralis. Infarctus anaemicus renis. sin. Decubitus (na kości krzyżowej i piętach). Cystitis haemorrhagica.

Badanie histologiczne (otrzymałem tylko skrawki z mózdzku i z mózgu—zraz potyliczny); w mózgu jest jedno duże ognisko wielkości blisko 2 cm. kompletnie pozbawione myeliny, ostro ograniczone, ale o nierównych brzegach. Ognisko to znajduje się w istocie białej i przechodzi częściowo na korę, ale w postaci cieni włókien rdzennych; w samych komórkach nerwowych zmian nie widzę. Oprócz tego dużego ogniska są ogniska małe, wszędzie o ostrych granicach, ale z nierównymi brzegami, tak że wygląd tych ognisk przypomina raczej półwyspy, połączone jakby przesmykiem ze zdrową tkanką. Na preparatach Holzerowskich gęsty wojłok włókien gęlejowych, nie widać nigdzie astrocytów. Na preparatach Nisslowskich nie widać naczyń rozszerzonych; jest tu widoczne raczej ubóstwo komórek gęlejowych. W mózdzku ogniska są jeszcze większe, przyczem jest tak znaczny ubytek myeliny, że tkanka zdrowa tworzy jak gdyby wyspy w samych ogniskach; ogniska znajdują się w istocie białej i przechodzą również na korę mózdkową. Nie widać tu nacieczenia okołonaczyniowego jak również niema reakcji zapalnej w okolicy ognisk.

Słowem badanie histopatologiczne wykrywa tylko stare ogniska przyczem ogniska przechodzą i na korę mózgową i mózdkową bez widocznych zmian w komórkach nerwowych, (przypadek zbadany niedostatecznie).

1) Dane kliniczne według notatek znajdujących się w anatomicznym oddziale Instytutu badawczego psychiatrycznego.

Przypadek 18-ty.

N. 179/20 Zis. Er., l. 59, płci męskiej, przybył do Kliniki wewnętrznej w Erlangen 7/V.1927 z zakładu psychiatrycznego w Erlangen¹⁾, zmarł 26.X.1927 r.

W 1918 r. pomieszczony w klinice psychiatrycznej w Würzburgu na skutek cierpienia psychicznego, mianowicie *urojeń wielkości*; typowe zaburzenia mowy, odczyn Wassermanna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, rozpoznanie *porażenie postępujące*; otrzymał tu kurację specyficzną; od 26/II.21 — 29/III.21 przebywa w szpitalu w Norymberdze, gdzie stwierdzono ujemny odczyn Wassermanna; od 29/III.21 w zakładzie psychiatrycznym w Erlangen, gdzie notowano „*niema objawów cielesnych paraliżu postępującego, przejściowo urojenia wielkości, zachowanie typowego maniaka*”. W r. 1925 — 1927 leczony na skutek napadów stenokardycznych, rozpoznanie aortitis luetica, chociaż odczyn Wassermanna badany parokrotnie wypadł ujemnie. W 1927 r. porażenie nerwu okoruchowego lewego, które trwało do śmierci.

W drugiej połowie r. 1927 zanotowano stopniowe nasilające się *objawy defektów psychicznych*, w ostatnich zaś miesiącach stwierdzono brak zaburzeń psychicznych.

Żrenica lewa nie reaguje na światło, prawa reaguje żywo. Wybitny obrzęk kończyn dolnych. Odruchy ścięgniste normalne. W notatkach klinicznych nie zanotowano patologicznych objawów piramidowych.

Śmierć przy objawach osłabienia mięśnia sercowego.

Rozpoznanie kliniczne ostateczne: Aortitis luetica. Embolia pulmonum. Od połowy sierpnia paralysis n. oculomotorii. W ostatnich czasach nie stwierdza się porażenia postępującego (?).

Sekcja: Myodegeneratio cordis. Cor bovinum. Atheroskleros. aortae spec. ascenden. et arcus aortae. Coronarskleros. laevi grad. Transudat in pleura et pericard. Infarct. pulm. sin. Leptomeningitis chr.

Histologicznie stwierdzono rozsiane ogniska sklerotyczne, zwłaszcza duże ognisko sklerotyczne w opuszcze, powyżej oliwy do wysokości jądra ruchowego trójdzielnego; ognisko to jest unaczynione z żywym bujaniem gleju plazmatycznego.

Przypadek ten pomieszczony w pracy niniejszej pomimo dużych braków histopatologicznych i niedokładności danych klinicznych 1) ze względu na interesujące zaburzenia psychiczne, 2) ze względu na to, że pomimo długotrwałości cierpienia ognisko podane badaniu nosiło charakter ogniska świeżego. Co się tyczy zaburzeń psychicznych, to na początku cierpienia, blisko 10 lat przed śmiercią objawy psychiczne były wyraźne i nosiły charakter porażenia postępującego i takie było ówczesne rozpoznanie kliniczne. W kilka lat później zanotowano, że zachowanie się chorego było maniakalne, a w ostatnich miesiącach choroby stwierdzono jakoby wogóle brak zaburzeń psychicznych.

¹⁾ Streszczenie notatek klinicznych nadesłanych do Instytutu Badawczego z Kliniki w Erlangen.

Przypadek 19-ty.

N, 1852 Meh. M., ur. 1880 r., wdowa po piekarzu, przyjęta do szpitala w Schwabingu w Monachjum 6.X.1922, zmarła 12.XI.1922 r. Przypadek ten, w którego opisie w karcie szpitalnej nie notowano zaburzeń psychicznych, jedynie pod koniec choroby zanotowano apatię, jest jednak interesujący dla kwestji przez nas ujmowanej i dlatego w paru słowach daję streszczenie karty szpitalnej¹⁾.

Mąż pacjentki zmarł przed 11 laty na skutek marskości wątroby, o infekcji kiłowej męża niema ona żadnych danych, sama nigdy poważniej nie chorowała. Przed 3-ma laty miała *udar mózgowy* (?), przyczem było porażenie wszystkich kończyn i nie mogła mówić. Po kilku miesiącach była wypisana ze szpitala jako zdrowa, mogła zupełnie swobodnie chodzić i spełniała wszelką robotę. Przed jakimś 1½ rokiem zauważyła, że gorzej chodzi, zwłaszcza w ciemności; później miewała *napadowe bóle* w obu kończynach dolnych, trwające do godziny. Zaczęły się zaburzenia wzrokowe, miewała przejściowo podwójne widzenie. Od 7 tygodni jest obłożnie chora, od kilku dni nietrzymanie moczu i kału. Przy badaniu obok zmian w narządach wewnętrznych (pleuritis fibrinosa sin), i odleżyn na pośladkach stwierdzono następujące zmiany neurologiczne: wiotkie osłabienie obu kończyn dolnych, na obu paluchach okrągłe ranki; źrenice nierównej szerokości, nie reagują na światło; odruchy kolanowe i z ścięgna Achillesa obustronnie zachowane; odruch podeszwowy prawostronnie zgięcie podeszwowe, z lewej strony zaznaczony odruch Babińskiego, lekkie zaburzenia czucia dotykowego i bólowego na kończynach dolnych.

Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, odczyn Sachs-Georgi we krwi + + +. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: 7 limf w 1 cm.³, odczyn Pandeygo +, Nonne Appelt +, Na dnie oka obustronnie zanik nerwu ocznego.

Rozpoznanie kliniczne: *Wiąd rdzenia.*

Badanie histologiczne wykazało w rdzeniu typowe ogniska sklerotyczne, przeważnie zupełnie pozbawione myeliny z wybitnym rozrostem włókien glejowych, w części lędźwiowej jedno ognisko w słupach tylnych; spotyka się również ogniska niezupełnie pozbawione myeliny; tutaj widać szeroki pas komórek, zbierających tłuszcz, otaczający ognisko. Podobne ognisko spotykamy w rdzeniu przedłużonym.

W mózgu widzimy liczne typowe ogniska sklerotyczne w istocie podkoroowej, w okolicy rogu Ammona, w zrazach potylicznych, ciemieniowych, czołowych oraz w mózdzku oraz jedno większe ognisko w okolicy wielkich jąder podstawnych. W części potylicznej ognisko przechodzi częściowo i na korę. Ogniska spotyka się i zupełnie pozbawione myeliny, są też tylko cienie włókien rdzennych; wszystkie są wyraźnie ograniczone. Niektóre ogniska (zwłaszcza w okolicy jąder podstawnych) zawierają wybitnie bujanie komórek glejowych, różnego typu; małe komórki glejowe, wydłużone; komórki plazmatyczne (fot. 8).

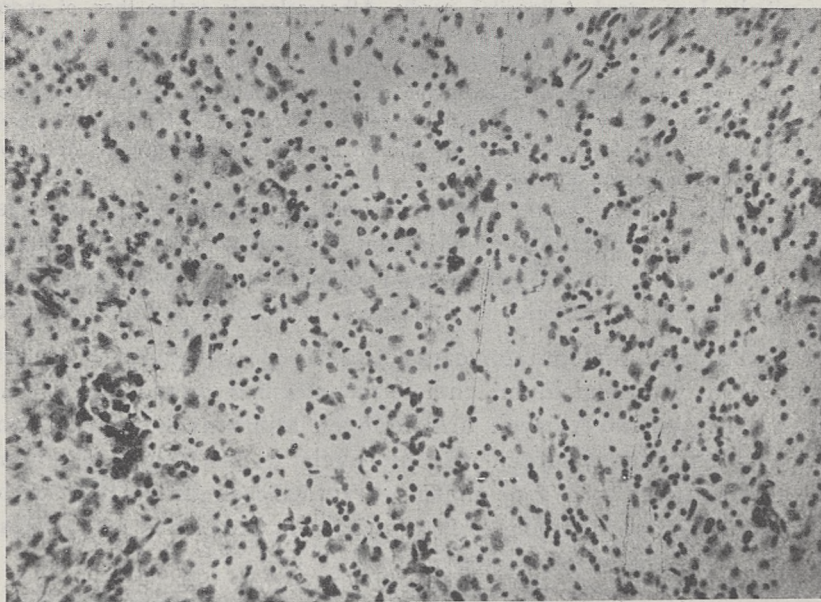
Nigdzie nie udaje się stwierdzić zmian w komórkach nerwowych w korze.

Naczynia w oponach nie uległy zmianom wyraźniejszym.

Przypadek ten, jako rzekomo-wiądowa postać stwardnienia rozsianego, jest ważny dla poruszanych przez nas kwestji ze względu na podobieństwo niektórych postaci psychicznych scl. m. z poraże-

¹⁾ Według karty szpitalnej, otrzymanej łaskawie ze szpitala w Schwabingu w Monachjum.

niem postępującem. Od czasu pracy *Oppenheima* w 1910 r. spotykaliśmy w piśmiennictwie nieraz opisy postaci rzekomo — wiądowych; ostatnio w polskim piśmiennictwie zob. pokazy *Flataua* i *Sterlinga*, *Krakowskiego*, *Hermana* oraz opis *Frąckowiaka* w *Polskiej Gazecie Lekarskiej*, Nr. 1, 1930. *Hassin* opisał bardzo interesujący przypadek, zbadany anatomicznie, w *Ztschf. f. d. Neur. u. Psych.* 1930, t. 128, z. 1 — 4. s. 99. Nie chcąc zbytnio rozszerzać pracy niniejszej nie podaję szczegółowego piśmiennictwa jak również nie analizuję specjalnie tego przypadku histologicznie, zwracam jedynie uwagę na to, że przy badaniu histologicznem stwierdziliśmy między innymi jedno ognisko sklerotyczne w słupach tylnych rdzenia lędźwiowego.



Fot. 8. Bujańnię kom. glejowych. Barw. met. Nissla pow. 190X.

Przypadek 20-y.

126/29 Al. ¹⁾ lat 66, przyjęty do szpitala w Schwabingu w Monachjum 6.III.29 r. zmarł 16.III. 29.

Z danych anamnestycznych: przed 10 laty podobno udar mózgowy (?), od tego czasu chodzi gorzej; miewa często bóle i zawroty głowy. Z objawów psychicznych zanotowano tylko, że jest stałe *splątanie*, *stałe mówi do siebie*. Z objawów ciele-

¹⁾ Streszczenie krótkich notatek klinicznych szpitala w Schwabingu, znajdujące się w Instytucie Badawczym Psychjatrii.

snych — osłabienie odczynu lewej źrenicy na światło, brak oczopląsu; osłabienie lewego nerwu twarzonego, odruchy ścięgnięte z kończyny górnej lewej żywsze niż z prawej, odruchy kolanowe ++, lewy >, odruchy z ścięgna Achillesa ++, lewy >, Babiński +, Oppenheim +, Gordon +, odruchy brzuszne zniesione. Mowa zamazana z odcieniem skandowania.

Zmarł dn. 16.III.29 r. przy objawach wzmagającego się osłabienia mięśnia sercowego.

Rozpoznanie kliniczne: *Stwardnienie rozsiane*; Bronchopneumonia, Arteriosklerosis.

Sekcja: stwardnienie rozsiane: liczne ogniska w istocie białej obu półkul mózgowych, pod wyściółką komór bocznych, zwłaszcza rogów tylnych.

Pojedyncze ogniska w okolicy tylnych i bocznych pęczków w rdzeniu szyjnym i grzbietowym. Silne zwapnienie naczyń podstawy mózgu. Skleroza naczyń wieńcowych Arteriosklerotyczna marskość nerek. Bronchopneumonja w prawem płucu ze świeżym pleurytem. Emphyema metapneumonica. sin. Emphysema pulmon. Endocarditis mitralis laev. grad. Adipositas cordis. Atherosclerosis aortae thor, et abdom.

Badanie mikroskopowe wykrywa ogniska sklerotyczne (stare)w rdzeniu; w rdzeniu przedłużonym ognisko w istocie galaretowatej; w moście większe ogniska w ramionach spajających, większe ognisko w nóżdźce mózdkowej (pedunculi cerebelli ad pontem) z powiększeniem liczby naczyń, z nacieczeniem przeważnie limfocytami i pojedynczymi komórkami plazmatycznymi. W mózgu kilka starych ognisk w istocie białej, pod wyściółką komór bocznych.

Typowy przypadek stwardnienia rozsianego z defektem intelektualnym, z licznymi ogniskami sklerotycznymi w mózgu, o typie ognisk starych, i świeżymi ogniskami w moście; ogniska w mózgu tylko w istocie białej, pod wyściółką komór bocznych.

Z materiału histopatologicznego, badanego w laboratorium prof. Spielmeyera w Monachjum chciałbym również przedstawić kilka przypadków, co do których brak danych klinicznych i niema możliwości stwierdzenia zaburzeń psychicznych w przebiegu cierpienia, jednak w przypadkach tych można przypuszczać nawet poważniejsze zaburzenia psychiczne z tego względu, że materiał poniższy pochodzi z zakładów psychiatrycznych.

Przypadek 21-y.

Nr. 2716. Got. płci żeńskiej, lat 50, zmarła 3.XI. 26 r. w klinice psychiatrycznej w Monachjum z rozpoznaniem klinicznym: cierpienie organiczne mózgu i rdzenia.

Badanie histopatologiczne: w rdzeniu, w części szyjnej i grzbietowej ogniska sklerotyczne kompletnie pozbawione myeliny i z wybitnym wzrostem włókien glejowych, wołkokiem włókien glejowych, zajmują czasem nieraz połowę przekroju poprzecznego rdzenia z cieniami włókien rdzennych leżącymi pobrzeżnie. Pozbawione myeliny ognisko w obrębie tylnych słupów w części grzbietowej. W rogach przednich komórki nerwowe zachowane dobrze.

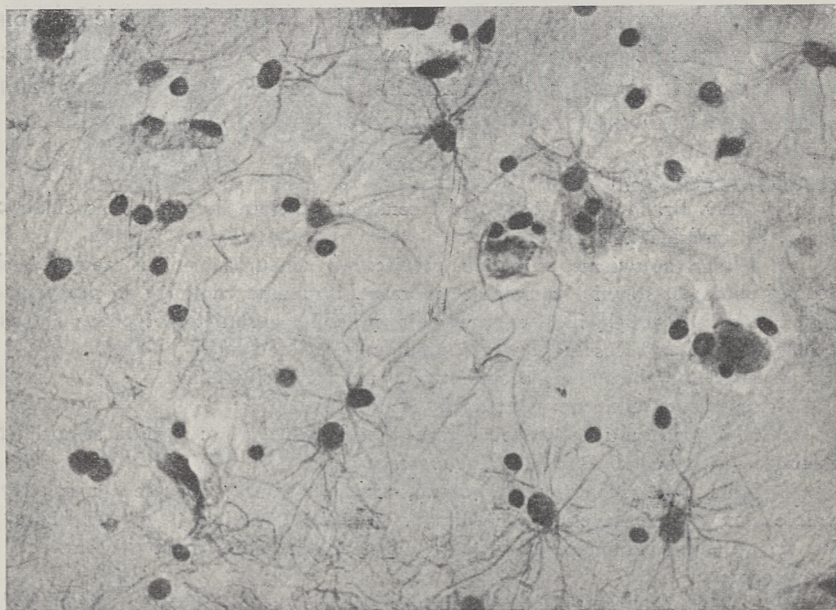
W ciele powrózkowatym ognisko sklerotyczne świeże z bujaniem gleju, komórkami plazmatycznymi i limfocytami. Ogniska w piramidach i w okolicy ramion spajających. W kącie między jądrem ogoniastem i spoidłem jedno większe świeże ognisko sklerotyczne z kobiercami glejowymi, pojedynczymi limfocytami, i licznymi komórkami Hortegi oraz z bujaniem naczyń z nacieczeniem komórkami plazmatycznymi. W mózdku pojedyncze ogniska sklerotyczne, przechodzące i na istotę korową.

Przypadek 22-i.

Nr. 2271. Kn. Fr., lat 41, płci męskiej, zmarł na skutek samobójstwa przy rozpoznaniu klinicznym: *Atrophia n. optic.*

Przy sekcji stwierdzono, liczne przeważnie małe, szare ogniska, zwłaszcza pod wyściółką komór bocznych oraz większe ognisko w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych.

Badanie histopatologiczne, (tylko mózg i mózdzek). W mózdzku jedno duże ognisko wydłużone (około 2 cm) oraz parę drobnych ognisk; ogniska te znajdują się w istocie białej i zajmują jądro zębate; charakter tych ognisk świeży — siatka rozrośniętych włókien glejowych delikatna, niema nigdzie wołoku włókien glejowych. Na preparatach barwionych czerwienią szkarłatną, w niektórych ogniskach wiele komórek wberających tłuszcz, w innych tylko gęste pasy takich komórek na obwodzie ognisk. Jedno większe ognisko i parę mniejszych ognisk w jądrach podstawnych, niektóre pozbawione zupełnie myeliny, inne tylko cienie włókien rdzennych. Pod wyściółką komory bocznej, zwłaszcza w rogach tylnych, ogniska sklerotyczne z bujaniem komórek glejowych, w okolicy ogniska liczne astrocyty (patrz fot. 9). Duże ognisko



Fot. 9. Astrocyty pow. 480 \times . Barw. met. Holzera.

sklerotyczne w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych. W okolicy rogu Ammona ognisko sklerotyczne z licznymi rozszerzonymi naczyniami, nacieczonymi limfocytami i komórkami plazmatycznymi. Podobne ogniska sklerotyczne spotyka się w zrazie ciemniowym i skroniowym pod korą. Zmian w komórkach nerwowych kory nie udaje się stwierdzić.

Przypadek 23-i.

Nr. 185/28 Sch. z zakładu psychiatrycznego w Erlangen z rozpoznaniem klinicznym: *stwardnienie rozsiane.*

Badanie histopatologiczne wykrywa liczne ogniska sklerotyczne, w rdzeniu przedłużonym i mózgu. W rdzeniu ogniska są duże, zajmują niemal cały poprzeczny przekrój rdzenia. W mózgu liczne i wielkie ogniska sklerotyczne, (np. w okolicy jąder podstawnych jedno ognisko około 2 cm. średnicy), przeważnie pod wyściółką komór bocznych, w okolicy rogu Ammona, a także pojedyncze ogniska w istocie białej pod korą, gdzieśgdzie przechodzą nawet na korę mózgową. Ognisko pozbawione myeliny w nerwie wzrokowym. Brak zmian w komórkach nerwowych.

Ogniska mają charakter ognisk sklerotycznych starszych z silnym rozrostem włókien glejowych (wojtek włókien glejowych).

Podobny wynik badania histopatologicznego przypadku 24-go (Nr. 186/28) z zakładu w Erlangen.

W celach porównawczych chciałem jeszcze przedstawić w krótkości badanie histopatologiczne kilku przypadków stwardnienia rozsianego, w historjach choroby których nie było danych na to, że za życia obserwowane były jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne oraz takich przypadków, których historje choroby były mi niedostępne, jednak przypuścić można brak wyraźniejszych zaburzeń psychicznych, wynikający z krótkiej notatki klinicznej pośmiertnej pomieszczonej w kartotece klinicznej Instytutu psychiatrycznego.

Przypadek 25-y.

Nr. 2199. Br. M. ¹⁾ ur. 1883 r. płci żeńskiej, przyjęta do kliniki psychiatrycznej 3.X. 24, zmarła 1.XI. 24.

W 1913 r. mrowienie w rękach, przejściowo amauroza, potem szereg tygodni obłożnie chora; następnie kompletna poprawa, i zupełna zdolność do pracy aż do lutego 1924 r. Przy przyjęciu do szpitala objawy daleko posuniętego typowego stwardnienia rozsianego z kolosalnem wycieńczeniem i osłabieniem.

W stanie psychicznym nie stwierdzono żadnych zaburzeń.

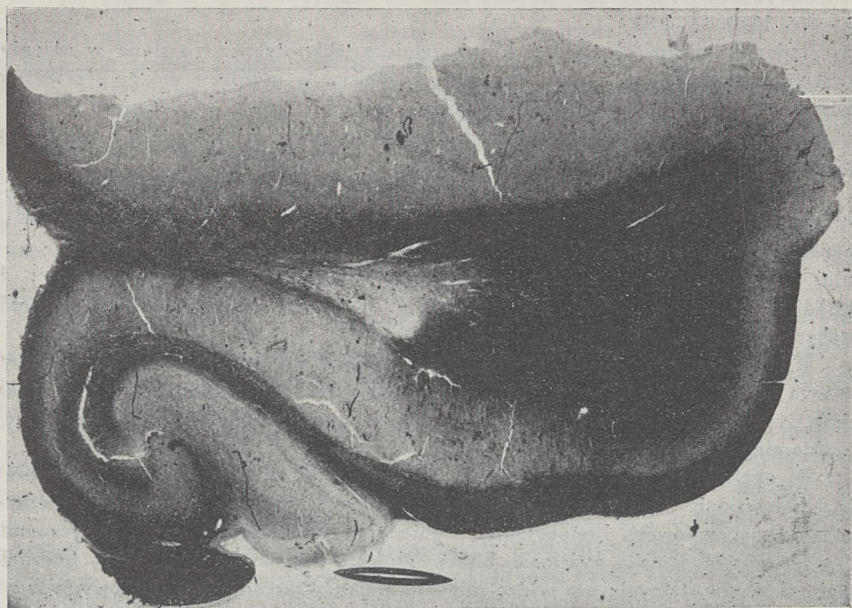
Rozpoznanie kliniczne: *Stwardnienie rozsiane.*

Sekcja: protokołu sekcyjnego brak. Zanotowano tylko: ogniska stwardnienia rozsianego głównie pod wyściółką komorową.

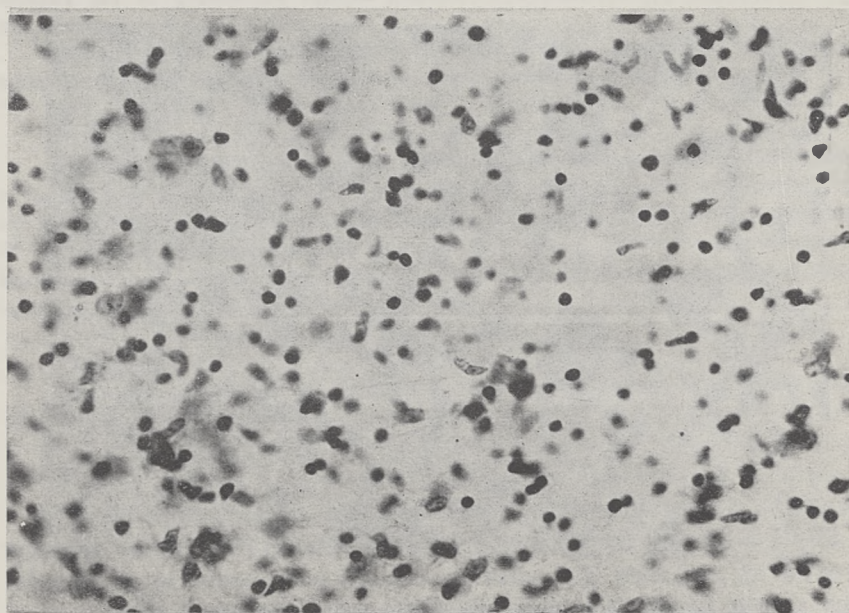
Badanie mikroskopowe: w rdzeniu liczne ogniska, o typie ognisk starych zupełnie pozbawione myeliny, z wybitnym rozrostem włókien glejowych, bez objawów nacieczenia okołonaczyniowego z nieznacznem wbierniem tłuszczowem na granicy ognisk.

W moście małe liczne ogniska, wielkości łebka od szpilki głównie obustronnie w ramionach spajających, rozsiane, o granicach ostro zarysowanych, formy przeważnie okrągłej, czasem nieco owalnej. Wszystkie ogniska są zupełnie pozbawione myeliny, nie widać nigdzie cieni ogniskowych, Również w mózdku w istocie białej szereg drobnych ognisk, nie przechodzących na korę mózdku. W mózgu są stare ogniska, położone pod wyściółką komory bocznej zwłaszcza tylnego rogu: Większe ognisko w rogu Ammona (p. fot. 10); w ognisku widać żywe bujanie gleju, spotykamy obok małych komórek glejowych, wydłużone pojedyncze komórki plazmatyczne (p. fot. 11). W okolicy ogniska wbiernie tłuszczu wąskim pasem w stopniu słabym.

¹⁾ Streszczenie notatek z kliniki psychiatrycznej, znajdujących się w Instyt. Bad. Psychiatrji.



Fot. 10. Ognisko w rogu Ammona. Barw. met. Spielmeyera pow. lupowe (7,5 \times).



Fot. 11. Ognisko jak w mikrof. 10. Barw. met. Nissla. Bujanie gleju plazmatycznego pow. 430 \times .

Przypadek 26-y.

Nr. 1620. G. J. 1)

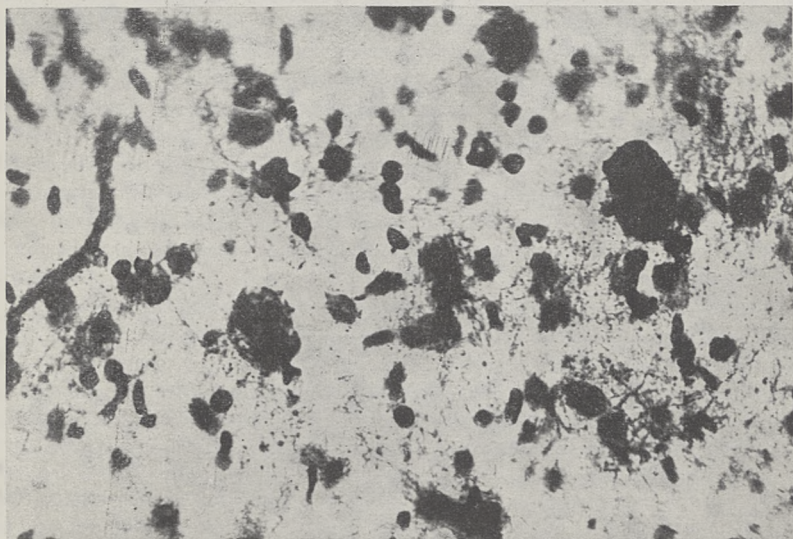
Badanie histopatologiczne: liczne ogniska sklerotyczne rozsiane w rdzeniu, w rdzeniu przedłużonym, moście, pojedyncze ogniska w mózdzku, mózgu przeważnie w miejscach predylekcyjnych pod wyściółką komór bocznych, oraz ognisko w części potylicznej; w mózgu największe ogniska w okolicy jąder podstawnych i w okolicy rogu Ammona.

W mózdzku obok typowych ognisk pozbawionych myeliny stwierdza się wybitne zmiany w wypustkach osiowych komórkach Purkiniego. Zmiany te przypominają zmiany opisane przez *Schoba*, mianowicie gdzie niedzie są perelkowane zgrubienia, są jak gdyby przerywania w przebiegu wypustek, są uwypuklenia i t. d. Ogniska w mózdzku znajdują się przeważnie w istocie białej, częściowo jednak przechodzą i na korę.

W okolicy jąder podstawnych duże ogniska zupełnie pozbawione myeliny, przyczem spotyka się ogniska stare z gęstym wołkiem włókien glejowych oraz ogniska świeże z cienką delikatną siatką włókien oraz otoczone gęstym pasem komórek wberających tłuszcz.

W okolicy rogu Ammona typowe obrazy ognisk sklerotycznych; na preparatach Nisslowskich silne bujanie gleju, naczynia powiększone w liczbie, z nacieczeniem okołonaczyniowym, limfocytami i pojedynczymi komórkami plazmatycznymi.

W mózgu ogniska w istocie białej, głównie pod wyściółką komory bocznej, zwłaszcza rogów tylnych; nie widzę nigdzie zmian w komórkach nerwowych kory. Największe ogniska są w moście, są także miejsca, gdzie prawie cały przekrój (poprzeczny) mostu uległ pozbawieniu myeliny. Jednak i tu spotyka się ogniska o typie starszych i świeższych. W wypustkach osiowych zmian nie widać. (Fot. 12).



Fot. 12. Komórki olbrzymie. Barw. met. Holzera pow. 450X.

1) Przypadek ten był zużytkowany przez prof. *Spielmeyera* w jego podręczniku „Histopathologie des Nervensystems“.

Przypadek 27-y.

Nr. 242/29. R. B. płci żeńskiej, ur. 1886, zachorowała po raz pierwszy w 1921 r. Początek: silne bóle w kolanach, później pareza kończyn dolnych; bóle napadowe w kolanach; źrenice reagują opieszale, odruchy kolanowe i z ścięgna Achillesa obustronnie = 0, obustronnie Babiński +, osłabienie czucia bólowego i ciepłikowego na k. k. dolnych; kontrakтуры w kończynach dolnych; odleżyny na pośladkach; wszystkie odczyny serologiczne w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi ujemne.

Do szpitala w Schwabingu przyjęta 4.VII. 29 r., zmarła 12.VIII. 29. na skutek zapalenia płuc w prawem dolnem płucu.

Rozpoznanie kliniczne: *Stwardnienie rozsiane.*

Sekcja: Cystitis haemorrh. purulenta. Bronchopneumonia dextra cum pleur. fibrinosa. Cholelithiasis.

Liczne ogniska szare w części grzbietowej rdzenia, a także w lewym przednim i bocznym słupie rdzenia szyjowego i lędźwiowego; ogniska sklerotyczne rozsiane w mózgu, przeważnie pod wyściółką komór bocznych a także pod korą, a częściowo przechodzą i na korę.

Badanie histopatologiczne. Typowe ogniska sklerotyczne w rdzeniu, częściowo zupełnie świeże, częściowo stare, niekiedy zajmują cały przekrój poprzeczny rdzenia; dalej są ogniska sklerotyczne w rdzeniu przedłużonym, w mózdku i mózgu.

W mózdku jedno większe ognisko w jądrze zębatego, z wybitnym wołokiem włókien glejowych; w okolicy ogniska astrocyty i oligodendroza. W mózgu jest duże ognisko w okolicy jąder podstawnych, prócz tego w tej samej okolicy kilka drobnych ognisk sklerotycznych zupełnie pozbawionych myeliny, ogniska otoczone są gęstym pasem komórek, wbierających tłuszcz. W części czołowej ognisko stare, małe pod korą.

Ogniska pod wyściółką tylnych rogów komór bocznych. Niezależnie od ognisk spotyka się tu pojedyncze ogniska glejowe. W komórkach nerwowych kory zmian nie widzę.

Opona mięka zgrubiała, nacieczona, gdzie nigdzie wrastająca; naczynia opon mają nieco zgrubiałą błonę zewnętrzną, często nacieczoną limfocytami.

Przypadek 28-y.

Nr. 1890. Kr. H. Typowe stare ogniska sklerotyczne w rdzeniu przedłużonym, w moście (ogniska pod wyściółką 4-ej komory), w okolicy ramion spajających, ogniska te przeważnie zupełnie pozbawione myeliny ale są także cienie włókien rdzennych). W mózgu jedno większe ognisko w części potylicznej, częściowo przechodzące na korę (zmian w komórkach nerwowych nie widać). Większość ognisk typu starego, są jednak ogniska typowe i świeże.

Przypadek 29-y.

Nr. 1950. Sch. E. lat 39. Ogniska stwardnienia rozsianego typu ognisk starych w miejscach predelekcyjnych.

Jeżeli rozejrzemy się w całym naszym materiale, stwierdzić musimy, że na 29 przypadków w 5 przypadkach (Nr. 1, 2, 11, 12, 14) zaburzenia psychiczne są bardzo wyraźne, tak wyraźne, że wysuwają się na pierwszy plan obrazu klinicznego i zwracają nieraz większą uwagę, niż objawy neurologiczne, a dzięki różnaitości objawów

wzbudzają przy różniczkowaniu poważne wątpliwości co do rozpoznania psychiatrycznego, które do śmierci pozostaje nieraz niejasnym. W przypadku 1-ym różniczkowanie szło w kierunku psychozy maniakalno-depresyjnej i porażenia postępującego, w przypadku 2-im obserwowaliśmy psychozę o charakterze depresyjnym, w przypadku 11-ym na skutek urojeń prześladowczych, zahamowania, omamów słuchowych można było przypuszczać schizofrenię, w przypadku 12-ym lekarz obserwujący stwierdza początkowo „okres depresyjny u osobnika z okresem usposobieniem, później wystąpiły urojenia niewierności małżeńskiej z równoczesną depresją, wreszcie wystąpił stan przypominający zespół hebefreniczny, w przypadku 14-ym (opisanym poprzednio szczegółowo przez Schoba) przypuszczano porażenie postępujące.

Oprócz tych pięciu przypadków spostrzegano głębsze zaburzenie psychiczne, bądź epizodycznie w czasie przebiegu, bądź przejściowo, zazwyczaj w pierwszych okresach stwardnienia rozsianego w 4-ch przypadkach, mianowicie w przypadku 3-im — depresja, niepokój, myśl o samobójstwie, parokrotnie w przeciągu 10-ciu lat z długotrwałymi remisjami, w przypadku 7-ym w początkowym okresie stwardnienia rozsianego trwającego obecnie osiem lat — depresja, w przypadku 18-ym na początku scl. m. trwającego 10 lat zaburzenia psychiczne, które wówczas rozpoznano jako porażenie postępujące, po 3-ch latach rozpoznawano „typową manję”, w przypadku 20-ym zanotowano splątanie.

Jak widzimy z tego zestawienia jest wielka różnorodność głębszych defektów psychicznych w przebiegu scl. m. i w niektórych przypadkach (np. 1-ym) można było myśleć o przypadkowym połączeniu psychozy z cierpieniem organicznym układu nerwowego ośrodkowego. Jednak spostrzegaliśmy szereg kardynalnych objawów, które powtarzając się prawie w każdym przypadku nadawały zabarwienie niemal specyficzne, ułatwiały różniczkowanie z innymi znanymi psychozami; zaburzenia te *przedewszystkiem stwierdzało się w dziedzinie afektów*, a mianowicie eutonję i dystonję, euforję i dysforję, wrażliwość i chwiejność nastrojów, a następnie *spotykało się często zaburzenia pamięci, uwagi, zdolności kombinowania, niedostateczny krytycyzm chorobowy*; rzadziej już obserwowaliśmy *inne zaburzenia inteligencji*. Te same zaburzenia uczuciowości i inteligencji obserwowaliśmy oprócz w tych 9 przypadkach, w których zaburzenia psychiczne były głębokie, wyraźne, także w 10 innych przypadkach scl. m.; ogółem tylko w 10 przypadkach zmiany psychiczne były nikłe, lub też nie stwierdzono ich wcale. Dane te od-

powiadają mniej więcej ostatniej statystyce *Rungego*, który przy badaniu 50 przypadków tylko w 16 t. j. w 32% zaburzeń psychicznych nie obserwował.

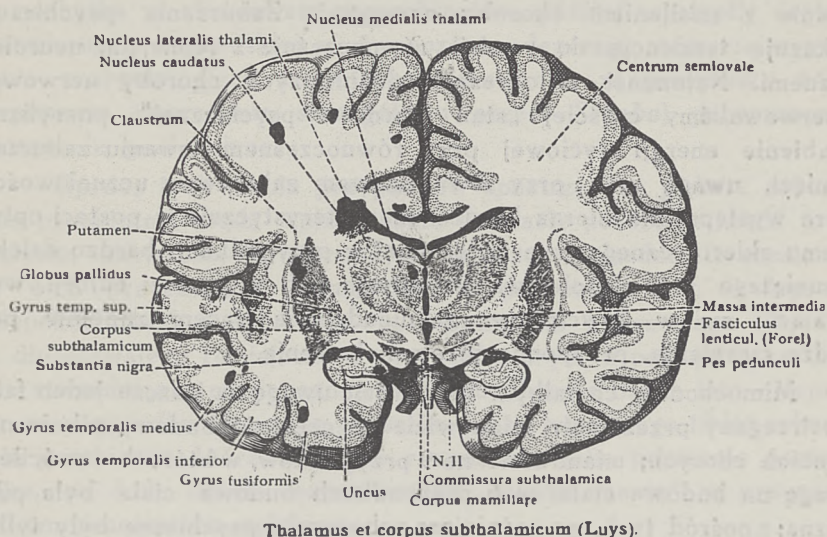
Uderzający i interesujący jest ten fakt, że poważniejsze, wyraźniejsze zaburzenia psychiczne i wyraźne psychozy, spotykało się nie wtedy, kiedy zmiany neurologiczne są już bardzo daleko posunięte, ale przeciwnie, albo na początku cierpienia nerwowego, albo przejściowo, epizodycznie, po paru latach trwania choroby, równocześnie z nasileniem choroby nerwowej. Zaburzenia psychiczne wykazują tendencję do remisji równocześnie z remisjami neurologicznymi. Natomiast w okresach późniejszych choroby nerwowej obserwowaliśmy częściej „stan bierności psychicznej”, puerylizm, osłabienie energii życiowej przy równoczesnym trwaniu zaburzeń pamięci, uwagi, oraz przy równoczesnym zaburzeniu uczuciowości, które występowało nieraz bardzo charakterystycznie w postaci optymizmu sklerotycznego (*spes sclerotica*) w przypadkach bardzo daleko posuniętego już niedołęstwa fizycznego, lub w postaci euforii, wyrażającej się w dowcipkowaniu, nieodpowiadającym zupełnie powadze cierpienia, przypominającym hebefrenję.

Mimoходом chciałbym tu zwrócić uwagę na jeszcze jeden fakt spostrzegany przezemnie, mianowicie na częstość budowy piknicznej u moich chorych; mianowicie na 9 przypadków, w których zwróciłem uwagę na budowę ciała, w 6 przypadkach budowa ciała była pikniczna; z pośród tych, poważniejsze zaburzenia psychiczne były tylko u pikników. Korzystając ze zbyt małego materiału w tym kierunku, nie mam zamiaru wdawać się w szczegółową analizę tego faktu, notując tylko moje spostrzeżenie.

Co się tyczy naszych spostrzeżeń anatomo-histopatologicznych to chciałbym zwrócić uwagę na następujące fakty obserwowane przezemnie. Przedewszystkiem w żadnym przypadku, ani w przypadkach z zaburzeniami psychicznymi, ani w przypadkach bez zaburzeń psychicznych, o ile nawet ogniska stwardnienia rozsianego przechodziły na korę mózgową, nie obserwowaliśmy wyraźniejszych zmian w komórkach zwojowych, nerwowych. Co się tyczy umiejscowienia ognisk sklerotycznych w mózgu, to przy badaniach naszych stwierdziliśmy, że umiejscowienie ognisk nie odbiega od zwykłego kardynalnego umiejscowienia.

Na podanym szemacie, zapożyczonym z pracy *Spatza* (w podręczniku *Bumkego* — *Handbuch der Geisteskrankheiten* T. XI, cz. VII. 1930), (p. rys. 13), widzimy że miejscami predylekcyjnymi są okolice

mózgu pod wyściółką komór bocznych, zwłaszcza rogów tylnych, niekiedy naokoło komory, okolica rogu Ammona, okolice jąder podstawnych; w mózdku ogniska zajmują nieraz jądro zębate, dalej bywają ogniska w oliwach¹⁾; ogniska przeważnie znajdują się w istocie białej, niekiedy częściowo przechodzą i na istotę szarą, częściej w mózdku niż w mózgu. (Proces patologiczny w rdzeniu w tym opisie pomijam). Przyczem zaznaczyć muszę, że w naszych przypadkach nie mogliśmy stwierdzić jakiejś określonej zależności za-



Rys. 13. Miejsca predylekcyjne ognisk sklerotycznych w mózgu.

burzeń psychicznych za życia od stwierdzonego po śmierci umiejscowienia i rozmiarów ognisk, t. j.: obserwowane były przez nas ogniska z przejściem na korę, ogniska duże, ogniska liczniejsze bez większych zmian psychicznych, jak również w przypadkach, gdzie były obserwowane psychozy, umiejscowienie ognisk nie odbiegało od zwykłego typu predylekcyjnego. Do sprawy tej t. j. sprawy powstawania ognisk w scl. m. w miejscach predylek-

¹⁾ „Zwyrodnienie częściowe lub całkowite tych terytoriów (róg Ammona, jądro zębate, warstwa komórek Purkinjego i t. d.) stwierdza się zarówno w zatruciach o charakterze wybitnie mózgowym, jak w urazach czaszki, zarówno w napadach apoplektycznych, jak w ciężkich infekcjach, zarówno w padaczce i mocznicy jak w ograniczonych sprawach zapalnych” (Higier). Minkowski zaś stwierdza, że oliwa opuszkowa jest tworem bardzo wrażliwym, który w rozmaitych schorzeniach podlega procesowi degeneracyjnemu i znajduje w padaczce zmiany w oliwie nalogicznie do zmian mózgu Ammona. (W. Cz. Lek. 1931, Nr. 4 i 5).

cyjnych i oszczędzania zazwyczaj kory przez ogniska sklerotyczne powrócę jeszcze później. Przy badaniu histopatologicznym stwierdziliśmy dwa typy ognisk sklerotycznych: 1) ogniska stare z wybitnym rozrostem włókien glejowych, często z wołkiem włókien glejowych; spotykaliśmy ogniska zupełnie pozbawione myeliny, jednak stosunkowo nierzadko ogniska stare składały się tylko z cieni włókien rdzenych, przyczem nieraz spotykaliśmy dwa ogniska zupełnie pozbawione myeliny, położone tuż obok siebie, połączone mostem cieni ognisk. Ogniska stare były otoczone bądź cienką warstwą komórek tłuszczonośnych, lub też tych komórek nie widać wcale, w okolicy ogniska występuje ubóstwo komórek glejowych; ogniska i ich okolica jest bardzo ubogo unaczyniona. Wypustki osiowe są przeważnie zupełnie nietknięte, w 2-ch zaledwie przypadkach wypustki osiowe w mózdzku uległy większym zmianom. 2) ogniska świeże, ostre; w ogniskach tego typu również najważniejszym objawem jest rozpad myeliny; nie można było stwierdzić różnicy zasadniczej w porównaniu z ogniskami starymi co do ilości rozpadu t. j. spotykaliśmy tu również ogniska zupełnie pozbawione myeliny jak i cienie włókien rdzennych, natomiast już na preparatach wykazujących rozrost włókien gleju różnica jest wyraźna: aczkolwiek już nawet w najświeższych ogniskach widać rozrost włókien glejowych, jednak siatka włókien jest zazwyczaj delikatna, czasem nieco gęstsza, nie dochodzi do wołoku włókien glejowych. Pas komórek tłuszczonośnych, komórek kratkowatych, otaczający ogniska jest nieraz bardzo szeroki, bujanie gleju w okolicy ogniska bardzo żywe. Bujanie gleju plazmatycznego zaczyna się w samym ognisku¹⁾. Bujający glej plazmatyczny widać w okolicy ognisk. Naczynia są rozszerzone, powiększone w liczbie, często nacieczone limfocytami i komórkami plazmatycznymi, zarówno w samym ognisku jak i jego okolicy. Niezależnie od ognisk spotyka się gniazda glejowe. W oponach w obu typach ognisk naogół zmiany są nieznaczne.

W przypadkach naszych spotykaliśmy często oba typy ognisk i stare i świeże równocześnie, przyczem zaznaczyć należy, że w tych przypadkach scl. m. które trwały bardzo długo, przeważają ogniska stare, w tych przypadkach które przebiegały z remisjami spotykamy oba typy ognisk, w przypadkach zaś o krótkim trwaniu choroby najczęstsze są ogniska świeże.

Zanim postaram się zanalizować stosunek znalezionych zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w scl. m. i zanim wypowiem

¹⁾ Według *Steinera* bujanie to stanowi pierwszy okres tworzenia się ogniska.

się w tej sprawie chciałbym pokrótce przedstawić badania dotychczasowe innych autorów. Jednak już na wstępie przypomnieć muszę zdanie *Spielmeyera* o częstej niezgodności (*Diskrepanz*) pomiędzy wynikami anatomicznymi i klinicznymi np. według tego autora spotyka się nieraz zmiany histopatologiczne charakterystyczne dla porażenia postępującego bez objawów klinicznych tego cierpienia. Często znajduje się zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym, które badacz przyjmuje jako pełne znaczenia dla danej sprawy klinicznej, istotnie nie mają one jednak związku z psychozą. Otóż zadaniem anatomji patologicznej jest stwierdzenie, czy zmiany znajduwane w ośrodkowym układzie nerwowym można postawić w związku z chorobą psychiczną. Wyprowadzenie wniosków z takich badań na skutek niejednokrotnego podobieństwa zmian w ośrodkowym układzie nerwowym w cierpieniach najrozmaitszych klinicznie, jest bardzo trudne, musi być wykonywane ostrożnie i z zastrzeżeniami. Np. jeszcze w 1910 r. *Spielmeyer* wypowiadał się w sprawie podobieństwa porażenia postępującego i scl. m. i stwierdzał, że zdarzały się poprzednio przypadki, w których kliniczne różniczkowanie było trudne, a anatomiczne badanie również nie dawało z pewnością wyjaśnienia, przy istnieniu ognisk pozbawionych myeliny w korze w p. p. lub przy nacieczeniu komórkami plazmatycznymi w scl. m. *Spielmeyer* mówi, że powoływanie się na przypadki mieszane lub przejściowe (*Schultze, Zacher, Gaupp, Petroff* i in.) jest beznadziejne a przy nowoczesnym badaniu anatomicznym zniknęły już te postaci mieszane i przejściowe scl. m. i p. p. W znacznie późniejszej pracy (w 1925 r.) starał się *Spielmeyer* wykryć czynnik, który przy odmiennej etiologii i odmiennej klinice, wywołuje podobieństwo anatomiczne. Ogniska w scl. m. i w porażeniu postępującem podobne w rozmaitych szczegółach są również podobne i z tego, że w korze nie dają „glejowej sklerozy“; najbardziej uderzającym jest ten fakt na takich preparatach gdzie ogniska sklerotyczne zajmują jednocześnie istotę białą i szarą (por. fot. *Histopathologie des Nervensystems Spielmeyera* 1922 na str. 339 i 340), w części ogniska w istocie podkorowej jest wybitny rozrost włókien glejowych, zaś w części ogniska w korze brak rozrostu. Przy porażeniu postępującem ogniska pozbawione myeliny znajdują się przeważnie w korze; jeżeli przechodzą i na istotę podkorową, to będą się tak samo zachowywały. *Spielmeyer* przypuszcza, że owym *czynnikiem miejscowym* (der lokale Faktor) jest specjalna skłonność włókien glejowych, zależna od specjalnej lokalizacji. *Kufs* opisuje 3 przypadki porażenia postępującego z ogniskami pozbawionymi myeliny w korze i w jądrach podstawnych a tak-

że i w rdzeniu, które makro—i mikroskopowo są podobne do ognisk w scl. m. i stwierdza, że tylko histologiczne badanie mózgu i pozytywny wynik odczynu Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi może wykryć istotę procesu chorobowego.

Zdanie takiego badacza, jakim jest *Jakob*, przemawia za tem, że trudności przy wnioskowaniu badań histologicznych mózgu mogą być istotnie wielkie ze względu na rozliczne podobieństwa obrazów histologicznych. Na wstępie do swojego podręcznika *Jakob* mówi „nie należę do tych szczęśliwych i może zazdrości godnych autorów, którzy są przekonani o bezwzględnej słuszności swojego zdania i widzę w wielu wnioskach otrzymanych z naszych badań anatomiczno—histologicznych, tylko hipotezy o przejściowem znaczeniu”.

Jeżeli zdania dwu najbardziej wytrawnych znawców, jakimi są *Spielmeyer* i *Jakob* brzmią tak ostrożnie, wnioski nasze o stosunku zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w scl. m. i o patogenezie tych zaburzeń na zasadzie naszych badań oraz na zasadzie badań dotychczas opisywanych muszą być bardzo powściągliwe i wypowiedane z wielkimi zastrzeżeniami.

Szereg prac *Flataua* (częściowo dokonanych wspólnie z *Koelichenem* i *Skłodowskim*) od 1901 r., w przeciągu kilku lat, dotyczy wieloogniskowych spraw zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Stwierdzają oni, że „roziane sprawy zapalne w ośrodkowym układzie nerwowym dają rozmaite obrazy kliniczne zależnie od tego, czy sprawa naczyniowo zapalna, stanowiąca ich podście-lisko, posiada skłonność do więcej lub mniej głębokiego uszkodzenia tkanki nerwowej... W niektórych przypadkach sprawa naczyniowo-zapalna wykazuje nieznaczną tylko tendencję do niszczenia tkanki nerwowej i powstać wtedy mogą obrazy kliniczne i opisywane pod nazwą sclerosis multiplex. Pod względem histopatologicznym w przypadkach tych występuje, obok bardziej lub mniej wyraźnych zmian naczyniowych wybitne bujanie gleju... zanik otoczek myelinowych przy nieznacznie tylko upośledzonych lub nawet nietkniętych komórkach nerwowych i wyrostkach osiowych...”. Poza temi przypadkami typowemi istnieje szereg przypadków nietypowych i pogranicznych. Trudno jest przeprowadzić ostrą linię demarkacyjną pomiędzy myelitis disseminata a scl. m.; przypadki te łączy pewna wspólność patogenetyczna; „we wszystkich tych przypadkach mamy do czynienia ze sprawą zapalną (infekcyjną lub toksyczną)”.

Podobnie rozumuje *Bornsztajn* (z pracowni *Flataua*), sądząc, że od różnorodności przyczyn, wywołujących stwardnienie wieloogniskowe,

od różnicy w etiologii poszczególnych przypadków tego cierpienia zależy różnorodność w charakterze anatomicznym scl. m. i przyjmuje jako przyczyny teorię naczyniowo-zapalną z jednej strony, a wrodzoną skłonność gleju do bujania z drugiej strony; oprócz tego możliwe są przypadki, zależne od jakiejś bliżej nam nieznannej toksyny, przedostającej się do tkanki nerwowej bez wywoływania zmian w naczyniach.

Jedni z pierwszych autorów, zajmujący się nie tylko patologią samego stwardnienia wieloogniskowego lecz również kwestją powstawania objawów psychicznych w scl. m. a raczej ich umiejscowieniem anatomicznym są *Lhermitte* i *Guccione* (1910). Autorzy ci sądzą, że scl. m. należy uważać za sprawę toksyczno-zakaźną, która dotknąć może cały bez wyjątku układ nerwowy i wykazuje dość wyraźne podobieństwo do innych spraw zapalno-destrukcyjnych mózgowia, np. porażenia postępującego. W przypadku opisanym przez autorów, z zaburzeniami psychicznymi, sekcja wykazała liczne ogniska sklerotyczne w mózgu głównie w białej istocie oraz w jądrach podstawnych otaczające cały róg tylny lewej komory bocznej.

Zresztą już poprzednio spotykało się wiele prac, wyjaśniających rozmaicie powstawanie zaburzeń psychicznych w scl. m., np. *Fürstner* przyjmuje korową lokalizację. *Seiffer* przypuszcza, że zaburzenia psychiczne w scl. m. powstają albo na skutek korowej lokalizacji, albo przyczyna ich leży w zajęciu dróg kojarzeniowych przez liczne ogniska. *Dunkler* opisuje przypadki z przeważającymi ogniskami w korze mózgu, *Marburg* stwierdza, że psychozy powstają głównie wtedy, gdy ogniska korowe są liczne. Jednak już *Fuller*, *Klopp* i *Jordan* opisują przypadek psychozy wyraźnej w scl. m., gdzie przy badaniu anatomicznym ognisk w korze nie znaleziono. *Kraepelin* zwraca uwagę na znaczenie maniakalno-depresyjnej konstytucji (Anlage) przy niektórych zaburzeniach psychicznych w scl. m. i przypuszcza, że odpowiednie obrazy psychotyczne wyzwalają się na skutek organicznego cierpienia mózgu. Stany osłupieniowe stwierdzano przy większych ubytkach sklerotycznych w spoidle wielkim (*Oppenheim*, *Redlich*, *Marburg*).

Nieco szczegółowiej zająć się musimy badaniami nowszymi, z których na pierwszym miejscu stoją prace *Jakoba*. Odróżnia on trzy rodzaje ognisk sklerotycznych: ostre, podostre i stare; kliniczne recydywy i rozwój cierpienia uzależnione są od dalszego rozwoju starych i wybuchu nowych ognisk. Nie tak prosty jest stosunek zmian psychicznych i anatomicznych. *Jakob* twierdzi, że osłabienie psychiczne w nieznacznym stopniu jest zwykłym zjawiskiem w scl. m. i odpowiedzialni za to można przyjąć zarówno ogniska spostrzegane w mózgu,

jak również rozlane zmiany korowe. Podaje jednak dalej, że sam spostrzegał wielokrotnie psychozy halucynacyjne i zespoły Korsakowa długo trwające, w których histologiczne badanie nie wykryło specjalnego tworzenia się ognisk i zmian rozlanych w mózgu, mianowicie zmian w korze mózgowej w porównaniu z przypadkami zwykłymi. „Specjalnie nie widziałem większych korowych ubytków albo wyraźniejszych zmian architektonicznych, mówi *Jakob*, jednak był przy tem dotknięty pień mózgowy i wzgórek wzrokowy”; jednak *Jakob* nie ośmiela się jeszcze decydować czy te właśnie zmiany mają specjalne znaczenie przy wyzwalaniu zaburzeń psychicznych. Co się tyczy patogenezy scl. m. to objawy zapalno-nacieczeniowe różnią się bardzo w rozmaitych przypadkach i wobec tego nie można mówić o identyczności procesu; jak długo niema pewnych danych o istotnym „bodźcu” prawdziwego stwardnienia rozsianego sprawa etiologicznego połączenia wszystkich przypadków chorobowych, uważanych za scl. m. musi według *Jakoba* pozostać otwartą.

Mönkemöller w pracy, o której mówiliśmy już poprzednio, stwierdza, że praktycznie jest wszystko jedno, czy czynniki toksyczne, czy infekcyjne, czy też autointoksykacje organizmu są powodem cierpienia. Powolny rozwój, przebieg ze zwolnieniami i szybka zmiana objawów chorobowych przemawia za sprawą zapalną. Właśnie te zwolnienia w obrazie psychicznym wyjaśnić można najlepiej w ten sposób, że przypuszczalny jad odnawia się od czasu do czasu lub też zbiera się w większych ilościach. Podaje przypadki poważnych zaburzeń psychicznych w scl. m., w których badanie pośmiertne nie wykryło ognisk w korze mózgowej. Naogół zaburzenia psychiczne w scl. m. noszą charakter zewnątrzpochodnych zaburzeń. Podobnie ujmuje tę sprawę *Moser*; przypuszcza także, że zaburzenia psychiczne w scl. m. występują na tle specjalnej skłonności, zwraca też uwagę na to, że zaburzenia psychiczne poważniejsze dołączają się przeważnie na początku cierpienia i zgodnie z *Fritschem* przyjmuje, że okres w którym obserwuje się cechy histeryczne, gdy niema jeszcze pewnych objawów nerwowych cierpienia, może jest tym pierwszym okresem scl. m.. *Runge*, jak wspominaliśmy wyżej, doszukuje się przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych w istnieniu licznych ognisk w mózgu, a specjalnie w korze mózgowej „Psychiczne zaburzenia w scl. m. odpowiadają zasadniczo typowi zewnątrzpochodnemu *Bonhöffera*. Gdzie jednak występują rysy wewnątrzpochodne—jak w zaburzeniach afektywnych i w zespołach paranooidalnych, są one, o ile nie uznać ich jako reaktywne, uzasadnione swoistością procesu organicznego”.

Cottrell i *Wilson* powiadają, że częste zajęcie wzgórek wzrokowego i okolicy podwysciółkowej przez ogniska sklerotyczne może objaśnić zaburzenie sfery afektywnej, co się zaś tyczy patogenetyki, to widzą tu proces toksyczno-infekcyjny. *Ombrédane* zalicza psychozy w scl. m. do grupy psychoz, które nazywa zespołem psychoencefalitycznym; do tego zespołu zalicza także zaburzenia psychiczne w nagminnym zapaleniu mózgu, zapalenie mózgu poszczepienne, psychozy połogowe oraz zespół opisany przez *Targowla* jako *nèvraxite anxieuse*. Pod względem patogenetyki *Ombrédane* przypuszcza, że zaburzenia psychiczne w scl. m. są mniej związane z istnieniem ognisk w mózgu, niż z rozsianym procesem toksyczno infekcyjnym. *Steiner* (który pierwszy wspólnie z *Kuhnem* znajdował specjalne krętki w scl. m.¹⁾, aczkolwiek w ostatniej swej pracy nie podtrzymuje bezwzględnie hipotezy etiologii krętkowej w scl. m. jednak powiada dosyć stanowczo, że możemy przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że scl. m. powstaje dzięki infekcji pochodzącej z zewnątrz. Przy omawianiu badań histopatologicznych stwierdza *Steiner*, że we wszystkich przypadkach są zmiany w tkance glejowej; zależnie od wieku ognisk sklerotycznych, proces chorobowy ma rozmaite postaci, w każdym razie proliferacja gleju plazmatycznego oznacza wcześniejszy okres procesu chorobowego od rozrostu włókien glejowych i stanowi prawdopodobnie pierwszy okres w tworzeniu się ogniska sklerotycznego. Przypomina o podobieństwie ognisk sklerotycznych i ognisk pozbawionych myeliny w porażeniu postępującym oraz zwraca uwagę na to, że i zachowanie się wypustek osiowych w obu tych chorobach jest podobne. Zwraca uwagę i na to, że aczkolwiek komórki nerwowe mogą ulegać zmianie, jednak nie można stwierdzić żadnych zmian specyficznych dla scl. m.. *Steiner* stwierdza z naciskiem, że scl. m. jest pewną postacią encefalitu, dla którego charakterystycznym jest udział w procesie aparatu naczyniowego z nacieczeniem ścian naczyń, które specjalnie silnie wyraża się w ostrych przypadkach i stwierdza się nie tylko w ogniskach ale i poza ich obrębem. I chociaż procesu chorobowego nie można identyfikować z procesem chorobowym przy zapaleniu mózgu na-

¹⁾ *J. Schuster* na zasadzie własnych zresztą niedokładnych badań stara się poprzeć ich przypuszczenia. W 1930 r. *Purves Stevard* i jego uczniowie (zwl. *Chevassut*) dokonali szeregu nowych doświadczeń dla wykazania krętkowego pochodzenia scl. m.; doświadczenia te jak dotychczas nie są dostatecznie pewne (*Journal of neurol. and psych.* 1930 Dec.). Liczne doświadczenia *Rothfelda* i *Hornowskiego* wykazują, że niema dostatecznego uzasadnienia dla przypuszeń, że krętek jest zarazkiem wywołującym scl. m. Por. sprawozdanie poglądowe *Limanowskiego* o etiologii scl. m.

gminnem albo przy innych zapaleniach mózgu, jednak jest tu przewaga procesu infiltracyjno-podrażnieniowego w ostrych okresach albo przy nawrotach choroby, cofanie się jego w przebiegu bardziej przewlekłym. „Faktem jest, że ogniskowy proces zaniku otoczek rdzennych przy zachowaniu włókien osiowych jest częsty nie tylko wyłącznie w scl. m., ale przynajmniej w $\frac{1}{3}$ przypadków porażenia postępującego, a mianowicie w porażeniu postępującem ogranicza się do kory... i ogniska są zazwyczaj mniejsze niż w scl. m.“. *Flatau*, który już w 1901 r. stwierdzał w scl. m. zmiany patologo-anatomiczne, na zasadzie których podejrzywał proces infekcyjny w patogenie tego cierpienia, przy okazji opisywania epidemii zapalenia rozsianego układu nerwowego powraca teraz znowu do tego tematu i zwracając uwagę na fakt wzmożenia się liczby przypadków stwardnienia rozsianego w ostatnich latach (z 1,5% do 7,9% wszystkich chorych jego oddziału w przeciągu 10 lat) i powołując się na odnośne piśmiennictwo, wyraża przypuszczenie że zarówno w scl. m., jak w enceph. lethar. zarazek (lub jego toksyny) może, po przebyciu bariery naczyniowo-mózgowej i po wkroczeniu do płynu mózgowo-rdzeniowego i do tkanki nerwowej, wywołać zmiany reakcyjne rozlane przedewszystkiem w gleju w postaci jego rozrostu¹⁾.

Niezmiernie cenne są dla nas krytyczne uwagi *Spielmeyera* w pracy „*Infektion und Nervensystem*“²⁾ w której mówi on o konieczności ostrożnego wnioskowania przy badaniu układu nerwowego ośrodkowego i jego stosunku do infekcji; powiada o bezradności badacza przy określaniu istoty zapalenia w przypadkach o tendencjach ogniskowych. Polemizuje z *Pettem*, mówiąc: „jako następstwa czynnika szkodliwego zewnątrzpochoźnego, nawet w procesach ściśle endogennych, stwierdzamy objawy zapalenia, niekiedy rozmiarów wcale nie małych. To właśnie czyni najtrudniejszem wyjaśnienia obrazów widzianych, ponieważ rozpad istoty nerwowej może właśnie wywołać reakcję zapalną, t. zw. zapalenie obronne (*reperatorische*) Mamy wówczas do czynienia już nie z pierwotnem samodzielnem zapaleniem, lecz z jego postacią wtórną „symptomatyczną“. Któż

¹⁾ Podobne rozważania w pracy *Marinesco*, *Draganesco*, *Sager* i *Grigoresco*—*Sur une forme particulière anatomo-clinique d'ophtalmo-neuromyélie* (*Revue neurologique* 1930 t. II, Nr. 2)—rozważania nad stosunkiem choroby Schildera, stwardnienia rozsianego i poinfekcyjnego zapalenia encefalo-mielitycznego.

Spatz poświęca tej sprawie wiele uwagi w podręczniku *Bumkego* i stwierdza, że wciąż jest jeszcze sprawą sporną rozdział między ostrem stwardnieniem rozsianem, a „ostrem rozsianem zapaleniem układu nerwowego“.

²⁾ *Ztschft f. d. ges. Neur. u. Psychiatr.*, 1930. r.

może w odpowiednim przypadku zdecydować... czy objawy zapalne są pierwotne skierowane przeciw czynnikowi szkodliwemu czy też są one odpowiedzią na rozpad i są zjawiskiem towarzyszącym obrony; jak jest np. w scl. m.?... Sam przed wielu laty stwierdzałem zapalny charakter scl. m.... Jeżeli kto mówi, że nacieczenia są tylko zjawiskiem zapalnym objawem z rozpadem i obroną, przeciw temu nie mogę nic powiedzieć. Ale choć sam skłonny jestem przyjąć teorię infekcyjną, wysuwaną przez różnych autorów — anatomicznie natury infekcyjnej *dowieść* nie mogłem". Autor mówi dalej że charakterystyczną odporność wypustek osiowych spotykaną w większości przypadków scl. m. przy znacznie przeważającym zajęciu otoczek rdzennych objaśniłby nie tem, że czynnik szkodliwy ma specjalne powinowactwo do otoczek rdzennych. Na zasadzie danych anatomicznych jest on przeciwnikiem przypuszczenia o niemożliwości rozdziału scl. m. od rozsianego zapalenia mózgu i stwierdza, że nie dobrze czynią różni autorzy, którzy zacierają kliniczne i anatomiczne różnice między scl. m. a różnymi ogniskowemi zapaleniami układu nerwowego. Przypomina, że ów „czynnik miejscowy”, (o którym mówiliśmy na początku tych rozważań), jest również czynnikiem powodującym określone właściwości budowy ogniska i rodzaju reakcji zapalnej.

Jeżeli zechcemy porównać wyniki naszych badań z wynikami innych autorów, to muszę powiedzieć, że stwierdziliśmy dwojakiego rodzaju ogniska, podobne do siebie z tego, że w obu typach następował zanik otoczek myelinowych i rozrost włókien glejowych, a różniące się tem, że w jednym typie jest nacieczenie limfocytami i komórkami plazmatycznymi rozszerzonych i licznych naczyń w samym ognisku i jego okolicy z bujaniem komórek glejowych, a w drugim typie brak tego zjawiska rzuca się odrazu w oczy. Czy zjawisko to jest objawem zapalenia istotnego, reakcją na jakąś infekcję jak chcą niektórzy autorzy, czy też objawem zapalenia symptomatycznego, jak to nazywa *Spielmeier*, trudno jest na to odpowiedzieć.

Wydaje mi się pewnem, wbrew twierdzeniu niektórych autorów, że wszystkie przypadki należą do jednej postaci scl. m. i nie należy przypuszczać, że może zdarzają się przypadki scl. m. rozmaitych postaci, zależnie od typu ognisk, t. j. typu zwyrodnieniowego i typu infekcyjno-rozrostowego; oba typy ognisk stwierdza się w tych samych przypadkach równocześnie. Jaki jest mechanizm powstawania takich lub innych ognisk trudno stanowczo powiedzieć.

Słuszne jest że „czynnik miejscowy” *Spielmejera* odgrywa tu rolę. Zdaje się jednak, że odmienność typów ognisk sklerotycznych zależną jest, jak to stwierdza znaczna większość autorów od ostrości, względnie przewlekłości przebiegu cierpienia, a także od nawrotów choroby powstałych po zwolnieniach dłużej lub krócej trwających, lub też narastających w czasie trwającego samego procesu chorobowego. Jedno można powiedzieć na zasadzie dotychczasowych badań, że pomimo *prawdopodobnej możliwości* niema jeszcze danych anatomicznych, któreby pozwalały stanowczo określić infekcyjność procesu, pomimo niektórych podobieństw między scl. m. a innymi infekcyjno-toksycznymi procesami rozszanymi w układzie nerwowym ośrodkowym w pierwszym rzędzie w porażeniu postępującem i rozszanem zapaleniu mózgu i rdzenia.

Przechodząc teraz do stosunku zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w scl. m. wydaje się nam prawdopodobnym, że zaburzenia psychiczne stoją w pewnym związku nie z ilością, a z jakością ognisk sklerotycznych. Jak widzieliśmy, poważniejsze zaburzenia psychiczne — psychozy polysklerotyczne — stwierdzamy najczęściej, jeżeli nie zawsze, na początku cierpienia, następnie epizodycznie w okresach zaostrzenia choroby; w okresie remisji somatycznej spostrzegamy i zwolnienia psychiczne. Słowem zaburzenia te stwierdzamy wtedy, kiedy stwierdzamy anatomicznie ogniska typu świeżego, ostrego. Natomiast pewne tylko objawy psychiczne, charakterystyczne dla scl. m., obserwuje się zarówno w ostrym stanie cierpienia, jak w okresie przewlekłym, a zwłaszcza w okresach późniejszych scl. m., t. j. wtedy, kiedy anatomicznie przeważają ogniska typu starego. Co się tyczy treści zaburzeń psychicznych, to te zaburzenia, które obserwujemy w okresach ostrych, jak widzieliśmy, mają charakter zewnątrzpochodnego typu *Bonhöffera*, przyczem najlżejsze przypadki odpowiadają stanowi przeculnego (hyperestetycznego) osłabienia emocjonalnego; dalej obserwuje się tylko zabarwienia katatoniczne, paranoidno-halucynacyjne, aż wreszcie są i przypadki już wyraźnej psychozy. Inne zaburzenia (przedewszystkiem euforia, eutonja, dalej zaburzenia pamięci, uwagi i t. d.) są charakterystyczne w stopniu słabszym lub silniejszym dla zespołu organicznego *Bleulera*.

Wobec tego wszystkiego ośmielam się przypuszczać, że zaburzenia psychiczne w ścisłym znaczeniu — „psychozy polysklerotyczne” — nie są zależne od wielkości i od liczby ognisk sklerotycznych w mózgu, ani do ich umiejscowienia w mózgu, lecz powstać mogą

równoległe z powstawaniem ognisk typu ostrego i są zależne od tej samej przyczyny, która te ogniska stwarza. Inne zaś objawy psychiczne, które zresztą nadają specyficzne zabarwienie wszystkim zaburzeniom psychicznym w scl. m., ale mogą także pozostać izolowanymi, są zależne od ognisk sklerotycznych typu starego.

PIŚMIENICTWO.

- Babiński.* Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques. Paris. Masson, 1885. *Bailey.* Incidence of multiple sclerosis in United States troops. Arch. of neurol. and psychiatry 1922. VII. *Berger.* Eine Statistik über 206 Fälle von multipler Sklerose. Jahrb. f. Psychiatr. 15. s. 168. *Billet.* Syndrome de Korsakoff, évoluant sur une sclérose en plaques XXXIV Congrès des aliénistes et neurologistes, 21/VII—26/VII. 1930. Revue Neurol. 1930 Octobre. *Bleuler.* Lehrbuch der Psychiatrie. *Böhmig.* Statistische Bemerkungen zur Klinik der multiplen Sklerose. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1925. s. 277. LVIII. *Bonhöffer.* Die exogene Reaktionstypen. Arch. f. Psych. 1917. Bd. 58. s. 58. *Bornstein.* a) Anatomja patologiczna stwardnienia wieloogniskowego. Pol. Archiw. nauk biologicznych i lekarskich. 1904. — b) Gazeta Lekarska 1904, s. 291 i 328. *Bregman.* Diagnostyka chorób nerwowych. Warszawa, 1910. *Bumke.* Lehrbuch der Psychiatrie. 1929. *Buzzard.* a) Insular sclerosis and hysteria. Lancet. 1897. — b) Brain. 1890. *Bychowski G.* a) Zespoły schizofreniczne i parafreniczne. Rocznik psychiatryczny 1926, z. III. — b) O niektórych rzadszych objawach w scl. mult. War. Czas. Lekarskie. 1928, Nr. 44. *Cassirer.* Die multiple Sklerose. Leipzig. 1905. *Chevassut.* Lancet. 1930. *Chodźko.* Kronika Lekarska, 1904. s. 172 i 707. *Claus.* Ein Beitrag zur Kasuistik der Cerebrospinalsklerose. Allg. Ztsch. f. Psych. 35. *Cottrell a. S. A. K. Wilson.* The affective symptomatology of disseminated sclerosis. A Study of 100 cases. Journ. of neurol. a. psychop. 1926. Nr. 25. s. 1—30. *Cruveilhier.* Atlas der pathol. Anatomie. 1835—45. *Dannenberger.* Zur Lehre von den Geistesstörungen bei multipler Sklerose. In. Diss. Giessen. 1911. *Doinikow.* Ueber De- und Regenerationserscheinungen an Achsenzylinder bei der multip. Skler. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 27. B. *Duge.* Ein Beitrag zur Kenntniss der Psychosen bei der multiplen Sklerose. Dtsch. Ztsch. f. Nervenb. 1914. Bd. 51. s. 459. *Dunkler.* Zur Kasuistik der multiplen Herdsklerose. Deuts. Ztsch. f. Nervenb. Bd. 26. s. 223. *Enzière.* Les troubles psychiques dans la sclérose en plaques, Arch. gen. de med. 1909. *Falkiewicz.* Zur Pathogenese der multiplen Sklerose. Arb. neur. Inst. Wien. 1926. s. 172. *Flatau* a) Sur l'épidémie d'inflammation disséminée du système nerveux en Pologne durant l'année 1928. L'Encephale 1929. s. 619—660; toż po polsku. Warsz. Czas. Lekarskie. 1928. — b) i *Koelichen.* O stwardnieniu rozsianem... Medycyna 1901. — — c) Dtsch. Ztschf. f. Nervenb. 1902. Bd. 22. — — d) O rozsianych sprawach zapalnych. Medycyna 1905. — — e) i *Sktódowski.* O wieloogniskowych sprawach zapalnych... Medycyna 1907. — i *Sterling.* Przyp. wrzekomo tabetycznej postaci stwardnienia wieloogniskowego. Pokaz. Gazeta Lekarska. 1918. *Flatau i Koelichen.* O patogenie stwardnienia rozsianego. Neurologja Polska 1911. t. II. s. 1. *Fuller, Klopp a. Jordan.* Two cases of multiple sclerosis with, obscure neurological and mental symptoms. Westborough State Hospit. papers. 1912. I. s. 111, *Fürstner* Ueber multiple Sklerose u. Paral. agitans. Arch. f. Psych. 1898. *Gaupp.* Wernickes Arbeiten. 1898. *Herman.* (a Przyp. stwardnienia rozsianego z ruchami mimowolnymi o charakterze pozapira-

midowym. Pokaz. Neur. Pol. 1929, t. XII z. II, s. 158, s. 165. — b) Trigemini Neuralgie bei m. Skl. Ztsch. f. d. Neurol. 1928. *Higier*. O angiospazmach oraz ich znaczeniu djaagnostycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych. W. Czas. Lekar. 1930, Nr. 35—37. *Jakob*. a) Normale u. Patholog. Anatomie u. Histologie des Grosshirn. 1929, II. B. I. T. (spezielle Histopathologie), s. 794—848 (Die multiple Sklerose). — b) u. *Wohllwill*. Dtsch. Ztsch. f. Nervenhe. Bd. 96 s. 303. *Jaroszyński*. Przyp. bezwładu postępującego czy też stwardnienia wieloogniskowego. Pokaz. w sek. neur. W. Tow. Lek. Neurol. Pol. z. IV. 1911 r. *Kelp*. Archiv. f. Klin. Medic. 1872, Bd. 10. *Kleist*. Ueber Influenzapsychosen u. die Anlage zur Infektionspsychose. 1920. (Monogr.). *Krakowski*. Rzekomo wiadowa postać stwardnienia wieloogniskowego. Pokaz. W. Tow. Neur. 17/XI 1928. Neurol. Pol. 1929 t. XII, z. II s. 158. *Krisch*. a) Der heutige Stand der Lehre von den exogenen Reaktionstypen. Monatsch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57. — b) Die cerebralen Reaktionsweisen. Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 102. *Kufs H.* Ueber die herdförmigen Markfaser-schwund und über die polysklerotische Formen der Paralyse. Zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der multip. Skler. Ztsch. Neur. u. Psych. 1922, Bd. 75 s. 289. *Lach-mund*. Psych. neurol. Wochens. 1911. *Levy F. H.* Die multiple Sklerose des Gehira u. Rückenmarks. 1924. Spez. Path. u. Ther. inner. Krankh. Kraus u. Brugsch. *Ley u. v. Bogaert*. Sur les formes basses de l'encephalite epidemique (Leur diagnostic avec certaines encephalomyélites disseminées, proches de la sclerose en plaques aigue). Journ. de neurol. et psych. 1928. *Lhermitte*. Les troubles psychiques dans la sclérose en plaques. Paris. med. 1924, s. 307. — b) et *Guccione*. De quelques symptomes et lésions rares dans la sclérose en plaques. L'Encephale 1910, Nr 3. *Limanowski*. Pol. Gaz. Lek. 1927, Nr. 23. (stresz. zbiorowe o etiologii stward. wieloogn.). *Lüthy*. Ueber einen Fall v. multipler Sklerose mit besonderer Beteiligung des Kleinhirns und der Grosshirnrinde. Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1929. *Marburg*. Multiple Sklerose. Handb. d. Neur. v. Lewandowsky 1911, s. 911—958. *Mattrass*. Drei Fälle von multipler Sklerose mit Epilepsie Ztsch. f. Neur. u. Psych. 1927. *Mazurkiewicz*. a) O anatomicznem podłożu stanów psychicznych 1918. — b) Zarys fizjologicznej teorii uczuć. Rocznik Psychiatryczny 1930, z. XIII. *Moser*. Zur Bedeutung psychischer Störung bei multipler Sklerose. Arch. f. Psych. 1924, Bd. 71 s. 694. *Mönkemöller*. a) Multiple Sklerose u. Unfall. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1921, s. 239. — b) Multiple Sklerose u. Geisteskrankheit. Arch. f. Psych. 1922, Bd. 65 s. 459. *Müller*. a) Die multiple Sklerose des Gehirns u. Rückenmarks. Jena. Fischer. 1904. — b) Handb. d. inner. Mediz. Mohr u. Stähelin. 1925, Bd. 5, Teil 1, s. 681 i 822. *Nelken*. Przyp. stwardnienia rozsianego ze zmianami psychicznymi. Pokaz. Lwowski Tyg. Lekar. 1913. *Neubürger*. Zur Histopathologie der multiplen Sklerose im Kindesalter. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1922, Bd. 76 3. s. 384. *Obständer*. Klinisch. statistischer Beitrag zur Kenntniss der multiplen Sklerose Monats f. Psych. u. Neurol. 1926, Bd. 61. *Ombredane*. Les troubles mentaux de la sclérose en plaques. Paris. 1930. *Oppenheim*. Zur pathologischen Anatomie der mult Sklerose Neurol. Ctrlb. 1908. *Orłowski*. Cierpienia rdzenia i nerwów obwodowych. 1922. *Orzechowski*. O zasadach morfologii klinicznej. Typ morfologiczny stwardnienia rozsianego. Przegl. Lekarski. 1919, s. 189. *Ostmann*. Psychische Störungen bei Sclerosis multiplex. Allg. Ztsch. f. Psych. u. psych. ger. Med. 1927, Bd. 85 s. 11. *Pactet, Marchand et Demay*. Syndrome paralytique par méningo encéphalite sclereuse. Soc. de med. ment. 21/VII 1930. Revue neurolog. 1930. Août. *Petroff*. Die Beziehungen zwischen der multiplen Sklerose u. Dem. paralytica. In. Diss. Berlin, 1901. *Pette*. Ueber die

Pathogenese der multiplen Sklerose. Deutsch. Ztsch. f. Nervenheil. 1928 B. 105. *Pieńkowski*. Zaburzenia psychiczne przy nagminnem zapaleniu mózgu. Rozpr. Akad. Lekars. T. II (1) 1922. *Pilcz*, Lehrbuch d. spez. Psychiatrie. 1922. *Piotrowski*. Rzadki przyp. orzecznictwa psychiatrycznego, dotyczącego chorego, cierpiącego na sclerosis multiplex. Nowiny Psychiatryczne. 1930. s. 221—234. *Pohlisch*. Symptomatische Psychosen. Fortschr. d. Neurologie. u. Psych. 1930. *Probst*. Zur Kenntniss der disseminirten Hirn u. Rückenmarks-sklerose. Arch. f. Psych. 34 s. 590. *Bau-Prussak u. L. Prussak*. Ueber epileptische Anfälle bei der multiplen Sklerose Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1929, B. 122 s. 510. *Raecke*. Die psychische Störungen bei der multiplen Sklerose. Archiv. f. Psych. 41, 2. *Redlich*. a) Die Psychose bei Gehirnerkrankungen. Handb. d. Psychiatrie Aschaffenburg. 1912, — b) *u. Economo*. Multiple Sklerose mit Psychose. Jahrb. f. Psych. 1910. B. 30. s. 315. *Rothfeld, Freund i Hornowski*. Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese d. mult. Sklerose. Dtsch. Zts. Neur. 1921. 67. 257. i (po pol.) Medycyna doświadczalna i społeczna 1923. t. 1 z. 1 — 2. *Runge* Psychische Störungen bei multipler Sklerose (w podręczniku Bumkego 1928. t. VII. cz. III. 1. 616—630). *Salomon* Sclérose en plaques avec syndrome Briavais Jacksonien, troubles psychiques. Arch. de neurol. 1913. *Sander* Hirnrindenbefunde bei multipler Sklerose Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1898. *Schob* a) Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose Monatsch. f. Psych. u. Neurol. 1907 — b) Weitere Beiträge zur Kenntniss der Friedreichs-ähnliche. Krankheitsbilder. Ztsch. f. d. ges. Neur. 1921 n. Bd. 78 H. 1/3. — e) *u. Stertz*. Fall Zellner. Nissls Beiträge 1923. B. II. 1 H. *Schultze*. Ueber die Beziehungen der multiplen Sklerose des Zentral. Nervensystems zur allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Arch. f. Psych. 1881. 11. 216. *Schuster*. Beitrag zur Kenntniss der multiplen Sklerose. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1921. 65. 1. *Schuster J.* Untersuchungen über die multiple Sklerose. Archiv. f. Psych. 1929. 86. s. 627. *Schüle* a) Deutsch, Archiv. f. Klin. Medizin 1870 — b) Melancholisches Delirium, nachher organische Melancholie und Bulbärsymptome. All. Ztsch. f. Psych. 35. *Seiffer*. Ueber psychische, insbesondere Intelligenzstörungen bei mult. Skl. Arch. f. Psych. 1905. Bd. 40. s. 252. *Spatz*. Encephalitis (w podręczniku Bumkego Handbuch der Gesteskrankheiten 1930. Bd. XI. VII. s. 224 i n). *Specht* Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1919. *Spiegel* Ueber die psychischen Störungen der mult. Skl. In. Diss Berlin 1891. *Spielmeyer* a) Die anatomische Krankheitsforschung in der Psychiatrie (Einführung, Bumke'sche Handbuch der Gesteskrankh. 1930, Bd. XI. T. VII), — b) Kreislaufstörungen u. Psychosen. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1930. Bd. 123. u. 536, — c) Ueber einige anatomische Ähnlichkeiten zwischen progressiver Paralyse u. mult. Skl. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910. 1. s. 660, — d) Die Bedeutung des lokalen Faktors für die Beschaffenheit der Entmarkungsherde bei mult. Skl. u. Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nerv. 1925. 74. 2/4. — e) Infektion und Nervensystem Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1930. 123. s. 161, — f) Histopathologie d. Nervensystems 1922. Berlin Springer. *Steiner* a) Zur Histopathogenese der mult. Skl. XX. Jahresv. d. Ges. Deut. Nerven, 18/IX—20/IX.30. Dresden ref. Ztblt. f. d. ges. Neurol. 1930. 57. 15/X.30, — b) Multiple u. diffuse Sklerose (w podr. Bumkego — Handbuch d. Geisteskrank. 1930. Bd. XI. T. VII). *Stephan* Beitrag zur Differentialdiagnose d. Dem. paral., Scler. mult. u. Lues cerebrospin. Monatsch. f. Psych. u. Neurol. 1909. *Sterling* Przyp. amaurozy w przeciagu stwardnienia wieloogniskowego. Pokaz. 19/XI-1910 Neurol. Polska t. I. *Stertz* Die exogene Reaktionsformen und die organischen Psychosen. Bumke Handb. d. Geisteskr. 1928. VII B. III T. *Tjaden* Ein Beitrag zur Kenntnis d. mult. Skler.

Göttingen. 1884. *Trénel* Soc. clin. med. ment. (dyskusja) 1927. *Revue neurol.* *Valentiner* Deutsche klinik. 1856. *Veraguth* Rapport sur la sclérose en plaques. *Revue neurol.* 1924. s. 631. *Wichert* a) O psychozach objawowych, wywołanych przewlekłym zapaleniem opon pochodzenia prawdopodobnie gruźliczego. *Rocznik psychiatryczny.* 1929. z. XI. b) O zaburzeniach afektywnych w parkinsowskiej i innych postaciach porażenia postępującego. *Rocznik psychiatryczny.* 1923. z. II. *Wimmer* Sur le diagnostic histopathologique différentiel de la sclérose en plaques avec l'encephalite epidémique. *Revue Neurol.* 1924. 31. s. 765. *Wohlwill* a) Ueber Encephelomyelitis bei Masern. *Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 1928. Bd. 112,—b) Mult. Skler. (Sammelreferat). *Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* Ref. T. 1913. 849, 977. *Zacher* Ein Fall von sogen. Misch — und Uebergangsfor. der progr. Par. u. d. mult. Sklerose. *Arch. f. Psych.* 13. s. 168. *Zandowa* Zespół Korsakowa w przebiegu drętwicy karku. *Rocznik psychiatryczny.* 1923. z. II. *Ziehen* *Psychiatrie.* 1902.

(Z oddz. chorób nerwowych w Szpitalu na Czystem w Warszawie
i z pracowni neuro-biologicznej Warsz. Tow. Nauk. (E. Flatau).

GLIOBLASTOMATOSIS DIFFUSA CEREBRI MULTIOULARIS (AMITOTICA) ¹⁾.

podał

Dr. J. MACKIEWICZ.

Chory B. W., 36 lat. Choroba rozpoczęła się w 1-szych dniach maja 1927 roku. Zauważono, że chory bywał często błądy, skarżył się na ból głowy. Jednocześnie wystąpiło zmęczenie wzroku. Stan ten trwał przez kilka tygodni. Chory pracował przez cały ten czas intensywnie. Dnia 10 maja po raz pierwszy silny napad bólu głowy z wymiotami. W ciągu całego miesiąca następnego bóle głowy, chociaż słabe, trwały bez przerwy. Podczas mocniejszych napadów bólu głowy utrata przytomności na przeciąg kilku godzin. Bóle głowy chory umiejscawiał przeważnie w karku i potylicy. Siła wzroku oka lewego stopniowo się pogarszała. Po upływie miesiąca, rozpoznano *początek tarczy zastoinowej*. W połowie czerwca wystąpiło dwojenie, chód stał się chwiejny, wystąpiły zaburzenia psychiczne w postaci ociężałości i apatji. Wystąpiło utrudnione oddawanie moczu. Bóle głowy stopniowo się zmniejszały. Otrzymał 18 wcierań rtęciowych i kilka zastrzyków neosalvarsanu bez jakiegokolwiek wpływu. 27 czerwca dokonano trepanacji czaszki w okolicy prawej kości skroniowej, bez otwarcia opony twardej. (Sawicki). Przez pierwsze trzy dni po operacji chory był zamroczony, następnie przytomność wróciła, lecz wkrótce nastąpiło podniecenie, chory mówił często bardzo dużo, chwilami od rzeczy. Trwało to kilka dni. Potem nastąpiła apatja, która już pozostała do chwili obecnej. Od tygodnia mówi szeptem, tak, że trudno go zrozumieć; bólów głowy nie miewa zupełnie, jedynie uskarża się na ból w kręgach szyjnych tak, iż nie pozwala przechylić głowy ku przodowi. Już przed operacją wzrok miał się pogorszyć 10-cio krotnie.

Stan obecny (18 lipca 1927 r.). Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 120 na minutę. Układ nerwowy: czaszka konfiguracji prawidłowej, przy opukiwaniu nie bolesna. W okolicy prawej skroniowo-ciemieniowej blizna łukowata pooperacyjna. Tętnienie na miejscu trapanacji słabo widoczne, jednak dobrze wyczuwalne. Głowę utrzymuje przeważnie w pozycji bocznej lewej. Zapachy chory odróżnia. Na dnie oczu obustronna zastoina bez wysięków i krwotoków. Wzrok: odróżnia litery z odległości jednego metra. Pola widzenia zbadać niepodobna. Paresis m. recti

¹⁾ Według pokazu na posiedz. Warsz. T-wa Neurolog. 6/XII. 1930 r.

interni dextri. Oczopląsu brak. Lewy odruch rogówkowy słabszy od prawego. Na twarzy ułknięcie szpilki po stronie lewej odczuwa gorzej. Prawa szpara powiekowa szersza niż lewa; brózdka nosowowargowa lewa wygładzona, kąt ust po stronie lewej obniżony. Język wysuwa tylko cokolwiek poza obręb zębów. Zbaczania w stronę brak. Usta otwiera jedynie na pół cm. KK górne: ruchy wszystkie zachowane; w k. g. prawej występuje drżenie o dość dużej amplitudzie; dysmetrii nie widać; drżenie nieznaczne po stronie prawej. Wysiłek mięśniowy b. słaby w obu kk., bez wyraźnej różnicy. Ułknięcie szpilką odczuwa. Zaburzeń czucia głębokiego nie stwierdza się. Ze względu na stan psychiczny chorego, badanie innych gatunków czucia utrudnione. *Odruchy*: *Per.* słabe, jednakowe *Tr.* słabe jednakowe, *Meyer* dodatni z obu stron, *Abd.* brak.

KK. dolne: ruchy wykonywa bardzo niechętnie; palcami porusza dobrze, również i stopami, o ile zgiąć biernie kończyny, utrzymuje w tej pozycji, następnie rozgina je czynnie. Ułknięcie szpilką odczuwa, badanie innych rodzajów czucia utrudnione.

Odruchy: *PR.*—słabe, lewy żywszy od prawego *AR.* zachowane, lewy żywszy od *pr*; podeszwowe: prawy—*flexio plantaris*, lewy mniej żywy. *Babiński*, *Rossolimo* brak, *Mendel-Bechterew*—brak. 28 lipca zastrzyk hydrarg salicylici 10%. 31 lipca chory apatyczny, przeważnie śpi, jednakże udaje się go obudzić. Wszelkie zlecenia wykonywa niechętnie, po kilkakrotnym naleganiu. Kończynami dolnymi porusza bardzo słabo. Apatja trwa nadal. Głęboka indolencja, zupełnie nie reaguje na to, co się dookoła niego dzieje. Na zadawane pytania przeważnie nie odpowiada. Jedzenie podobno przyjmuje. Od czasu do czasu daje logiczne zlecenia siostrze. Gałki oczne przeważnie nieruchome. Zamiast skojarzonych ruchów widać nieskoordynowane ruchy prawej i lewej gałki. Od kilku dni stwierdza się wyraźne pogorszenie w unerwianiu lewego nerwu twarzewego oraz wybitne osłabienie lewego odruchu rogówkowego. Zachowanie się ruchów ścięgowych w kk. dd. wykazuje wahania. Onegdaj *PR.* i *AR.* były bardzo słabe, natomiast wczoraj były znacznie żywsze. Dziś znów odruchy są bardzo osłabione. Tętno przez cały czas 120, sztywność karku nieco mniejsza. Nie widać przechylenia głowy w stronę lewą. Czasami występuje oddech niemiarowy. 4 sierpnia odruchy ścięgnowe znacznie osłabły. Wybitnie wzmożone napięcie w K. g. lewej, którą chory utrzymuje zgiętą w łokciu.

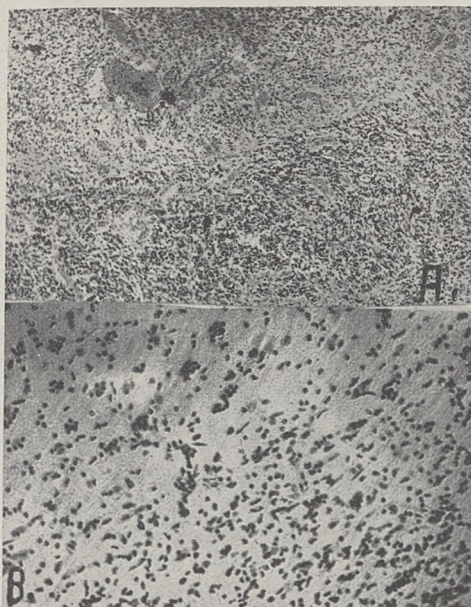
6. VIII stan ciężki. Tętno 160. Zupełnie nieprzytomny.

7. VIII exitus letalis.

Sekcja: Na *convexitas* i na *basis cerebri* nic patologicznego nie zauważono, poza jednym miejscem na *convexitas* po stronie prawej w zrazie czołowym na granicy z ciemieniowym (bliżej linii środkowej) zauważono tutaj mianowicie nieznaczne wygórowanie koloru sinawo-szarego, długość 2 cm., szer. $\frac{1}{2}$ cm. o konsystencji twardej. Na przecięciu czołowym w miejscu tem stwierdzono w istocie białej, szarawe sine ognisko, wielkości złotówki srebrnej. Komory boczne nieco rozszerzone średnie, pozatem zmian nie stwierdzono. Z rozmaitych okolic mózgu wycięto kawałki, które zostały utrwalone częściowo w formalinie, częściowo w alkoholu. Z najrozmaitszych okolic mózgu skrawki zostały opracowane wedł. spos. *Nissla*, *v. Giesona*, *Spielmeyera*, *Heidenhaina*, *Malloryego*, *Hortegi*, *Bielschowskiego*, *Herxheimera*, *Weigerta* na włókna myelinowe i na glej. Badanie mikroskopowe wykazało, iż miano do czynienia z guzowatością ąmózgu rozsianą.

Budowa zasadnicza guza oraz układ komórek nowotworowych przedstawiał się w sposób niejednorodny nie tylko w rozmaitych miej-

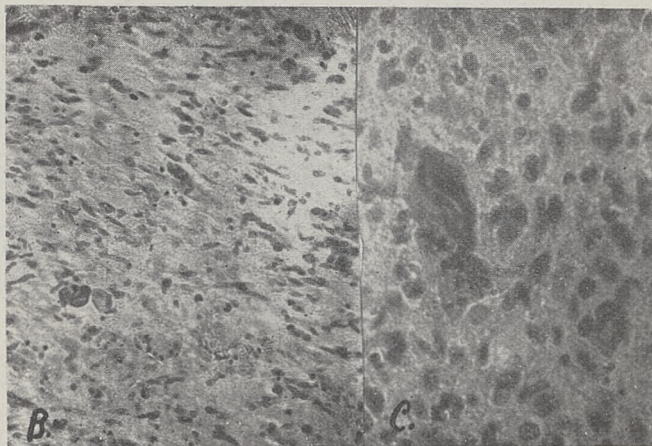
sach mózgu, lecz nawet w jednym i tem samym miejscu. Obraz najbardziej typowy i najczęstszy był następujący: komórki nowotworowe bardzo blisko przylegają jedna do drugiej, wypełniając całe pole widzenia i nie wykazując jakiegokolwiek układu systemowego. Jądra elementów nowotworowych wykazywały rozmiary, odpowiadającym średnim limfocytom, kształt ich bywał najrozmaitszy (Mikrofotogr, Nr. 1. A. górna część). W innych okolicach spo-



Mikrofotografia Nr. 1. A. — B. — preparaty barwione metodą *Nissla*. A. — powiększenie $\times 80$; A — miejsce ze środkowej części ogniska blastomatycznego. Widać dwie odmienne strefy ostro odgraniczone jedna od drugiej. W górnej — komórki są znacznie mniejsze i stosunkowo przerzedzone. W dolnej — komórki są większe i bardziej stłoczone. B. — powiększenie $\times 260$. U dołu, w prawym kącie obwodowa część ogniska blastomatycznego. Nieco dalej ku górze i ku środkowi wśród komórek blastomatycznych leżą komórki nerwowe. Cała górno-lewa część mikrofotografji — odpowiada ostatniej warstwie kory mózgowej. Wszystkie komórki nerwowe są oblepione sporą liczbą komórek glajowych, t. zw. satelitów.

strzegamy zgoła inny typ budowy: elementy nowotworowe przedstawiają obraz zupełnie pstry zarówno co do kształtów jąder, jak i ich rozmiarów; obok elementów drobnych i średnich widać tutaj komórki bardzo duże o jądrze wybujałym, wielokątnym, tak, że na pierwszy rzut oka przypominają one komórki nerwowe. Inne ele-

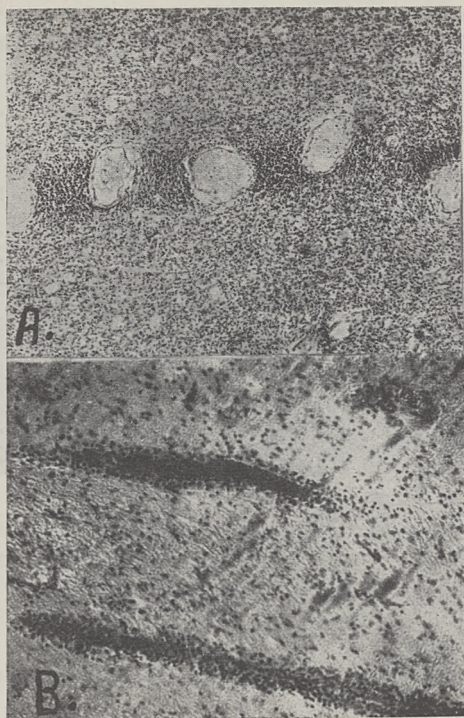
menty trzeba zaliczyć do typowych komórek glejowych olbrzymich wielojądrzastych z najdziwaczniejszym układem jąder. (Mikrofotografia Nr. 2 B. i C.) Zasluguje na uwage fakt, iz nierzadko mozna ustalic zupełnie ostrą granicę (w postaci linii zalamanej) pomiedzy, terenem komórek wielopostaciowych i olbrzymich a terenem o wiecej



Mikrofotografia Nr. 2. C. powiekszenie $\times 280$, B. powiekszenie $\times 160$. Barwienie metoda *Nissla*. Komórki olbrzymie a takze i wielojądrzaste, w sposób nieregularny rozrzucone pomiedzy elementami blastomatycznymi o rozmiarach mniejszych.

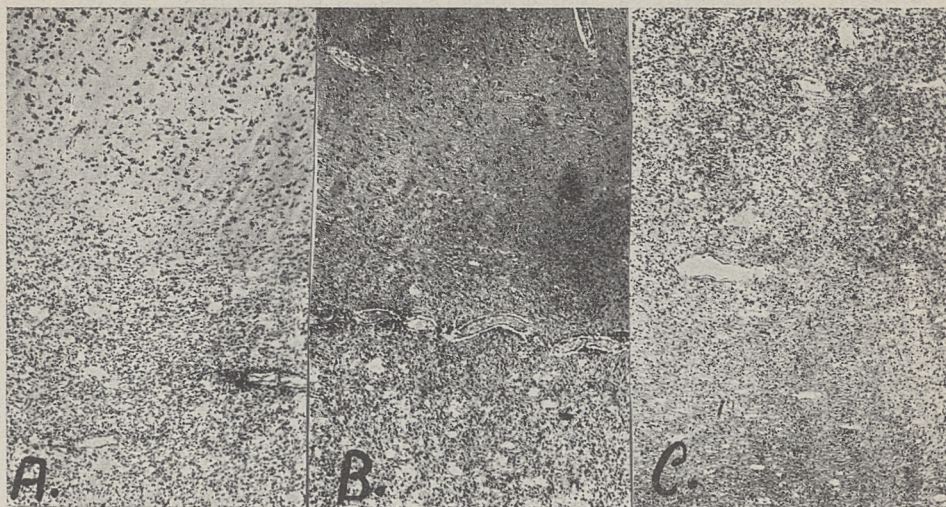
jednolitej budowie, skládajacym się z elementóv średnich (mikrofotogr. N. 1 A) i mniejszych. W niektórych miejscach, gdzie komórki nowotworowe są rozrzucone dość luźno w sposób bezsystemowy, przebiegają smugi, skládajacych się z elementóv nowotworowych o jądrach wydłużonych i ułożonych równolegle. Smugi te nierzad się krzyżują ze sobą i wtedy powstaje coś w rodzaju rusztowania. Zaznaczyć prócz tego należy, iz w całym szeregu miejsc można było zauważyć skupienia komórek nowotworowych dookoła ścianek naczyń (Mikrofotogr. N. 3. A). Jądra elementóv tych wyróżniają się zarówno większymi rozmiarami, jak i obfitszą zawartością chromatyny. W niektórych miejscach zasluguje na uwage tworzenia się pustych przestrzeni w tkance nowotworowej, przyczem w polu widzenia przy powiekszeniu 60-krotnym takich miejsc pustych można naliczyć do 50 — 60. (Mikrofotografia Nr. 4. A. B. i C.) Odmienny znowu typ budowy spostrzegamy w tych miejscach, coprawda wyjątkowo rzadkich, w których masy nowotworowe przechodzą

wąskim przesmykiem na opony miękkie; tutaj wygląd jąder oraz układ ich przypomina w zupełności obraz mięsaka o komórkach wrzecionowatych (Mikrofotografia Nr. 5, B), inne tereny tem wyróżniają się, że wśród tkanki nowotworowej, składającej się z komórek dość luźno rozmieszczonych widać wysepki poszczególne z obfitymi skupienia-



Mikrofotografia Nr. 3. A. —^fPowiększenie $\times 80$ B. — powiększenie $\times 140$; preparaty barwione metodą *Nissla*. A. — odcinek blastomatozy na obwodzie ogniska w pobliżu kory mózgowej. Widać 5 nowopowstałych i poszerzonych naczyń krwionośnych, ułożonych w jednym szeregu. W miejscach, przylegających do tych naczyń, widać wyjątkowo obfite skupienia komórek blastomatycznych b. blisko przylegających jedna do drugiej. B.—z przypadku encephaloleukopatji, ogłoszonego przez *Flatau*. Wybitna gliozia dookołanacyniowa.

mi elementów nowotworowych, przyczem komórki te posiadają jądra jasne, pęcherzykowate. (Mikrofotogr. Nr. 2. B.). Zgoła inny układ oraz budowę tkanki nowotworowej spostrzega się w obrębie spoidła dużego: jądra są bardziej wydłużone, wrzecionowate; liczba elementów nowotworowych jest naogół umiarkowana, przyczem komórki te leżą w pewnym od siebie oddaleniu. Elementy nowotworowe przyjmują kierunek przebiegających szlaków.



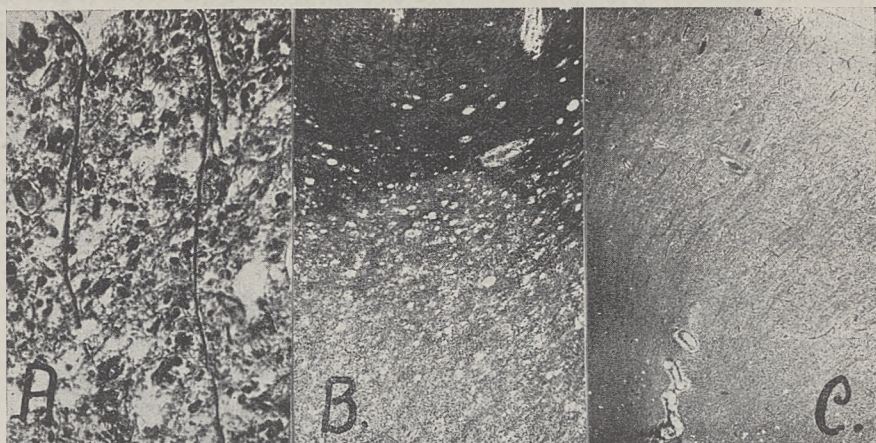
Mikrofotografia Nr. 4. A — powiększenie $\times 80$. Barwienie *Nissla*. W dolnej części masy nowotworowe, w górnej kora mózgowa. Granica prawie zupełnie ostra. B.— Tuż przy granicy pomiędzy guzowatością a korą mózgową widać 5 nowopowstałych naczyń, ułożonych w jednym szeregu. C. — W górnej części preparatu masy nowotworowe, w dolnej istota biała (centrum semiovale). Granica też prawie zupełnie ostra.

Już przy barwieniu metodami zwykłymi widać sporą ilość substancji włóknistej pomiędzy komórkami. Na skrawkach, barwionych metodą *Weigerta* stwierdza się we wszystkich okolicach mózgu, dotkniętych sprawą nowotworową, obecność znacznej liczby włókien glejowych. W niektórych miejscach włókna te są delikatne i niezbyt obfite. W innych znowu miejscach gdzie wielopostaciowość elementów jest wyraźnie zaznaczona, włókna są znacznie grubsze. Niektóre z pośród nich są wyjątkowo długie i nieraz udaje się prześledzić jedno włókno na przedstrzeni 2 lub 3 pól widzenia (pcd imersją). Przynależność tych włókien glejowych do poszczególnych elementów trudno jest ustalić i tylko w wyjątkowych przypadkach, można spostrzec, że włókna te, przeważnie grubsze odchodzą od określonych komórek. Na skrawkach, barwionych metodą *Spielmeyera*, widać, iż masy guzowate obejmują istotę białą w sposób wyjątkowo nieregularny. Proces demyelinizacji bądź dochodzi bezpośrednio do istoty szarej (Mikrofotogr. Nr. 6 C.), bądź też, w całym szeregu zawojów, powstają nietknięte cieniutkie smugi istoty białej okalające korę od dołu. (Mikrofotogr. Nr. 6 B). Używając powiększeń silniejszych możemy się łatwo przekonać, iż tam

otoczki myelinowe są zachowane; nie brak jednak naciecz enia komórki nowotworowemi. Zniszczenie otoczek myelinowych nie odbywa się prawie nigdzie drogą zupełnie ostrego odraniczenia; przeciwnie wszędzie można stwierdzić najrozmaitsze okresy przejściowe. (Mikrofotogr. Nr. 6. B dolna $\frac{1}{2}$). Zjawisko to, a mianowicie długotrwałe zachowanie elementów nerwowych w głębi tkanki nowo-



Mikrofotografia Nr. 5. A. — powiększenie $\times 30$, barwienie metodą *Nissla*. Przejście mas blastomatycznych z kory mózgowej na oponę miękką. B. — powiększenie $\times 140$ Barwienie p. *V. Giesona*. Masy blastomatyczne z górnej części kory mózgowej w sposób bardzo dyskretny naciekają wewnętrzną listewką znacznie rozluźnione opony miękkiej. C. — powiększenie $\times 60$; znaczne zgrubienie wskutek bujania proliferacyjnego, lecz nie nowotworowego opony miękkiej ponad dwoma zwojami mózgu na znacznym oddaleniu od ogniska blastomatycznego.



Mikrofotografia Nr. 6. A. — preparat barwiony metodą *Bielschowskiego*. Powiększenie $\times 180$. Wśród sporej liczby komórek blastomatycznych przebiega kilka włókien nerwowych zupełnie dobrze zabarwionych. Miejsce to znajduje się w pewnym oddaleniu od obwodowej części ogniska blastomatycznego. B. i C: preparaty barwione według *Spielmeyera* (na otoczki myeline) B. — powiększenie $\times 80$, C. — $\times 40$. W. B. u samej góry widać segment kory mózgowej. Poniżej ciemny pas biegnący łukowato — odcinek dobrze zachowanej istoty białej. Cała dolna część przedstawia ognisko blastomatyczne. Widać stopniowe rozrzedzenie pomiędzy górną zachowaną częścią istoty białej a okolicą dolną, w której nastąpił zanik zupełny otoczek myelinowych. C. — u góry w prawym kącie widać skrawek opony miękkiej. Górne $2/3$ preparatu przedstawiają korę mózgową z zaznaczonym promienistym układem włókien myelinowych. Dolna $1/3$ preparatu z przekrojami naczyń odpowiada ognisku blastomatycznemu z zaledwie zaznaczonym rozrzedzeniem tkanki; stwierdza się brak zupełny otoczek myelinowych. W miejscu tem tkanka blastomatyczna odcina się ostro.

tworowej występuje jeszcze wyraźniej na skrawkach barwionych metodą *Bielschowskiego*. Nawet tam, gdzie (na skrawkach, barwionych metodą *Spielmeyera*) znikły wszelkie ślady otoczek myelinowych, można jeszcze znaleźć cały szereg wyrostków osiowych, co-prawda w stanie zmienionym. Na obwodzie mas nowotworowych liczba tych wyrostków osiowych jest największa; bardzo często przebiegają one w postaci pączków prawidłowych. (Mikrofotogr. Nr. 6. A.) Należałoby jeszcze zaznaczyć, iż prawie we wszystkich okolicach, zajętych przez guz, elementy nowotworowe posiadają skłonność do wytwarzania ziarenek tłuszczowych. Zjawisko to bynajmniej nie jest zależne od zmian wstecznych w masie nowotworowej. Mieliśmy możliwość przestudjowania do kilkuset preparatów z najrozmaitszych

okolic a także i preparaty robione z półkul mózgowych w całości i nigdzie nie spostrzegaliśmy głębszych zmian wstecznych ani też terenów martwicowych.

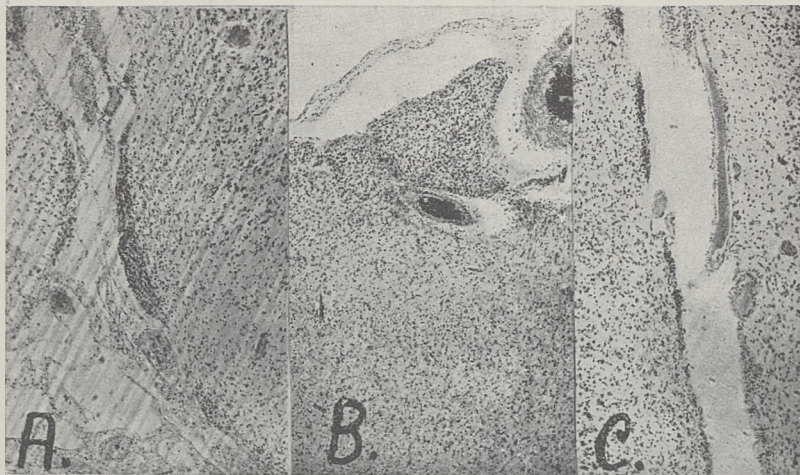
Nowotwór przedstawia się naogół jako słabo unaczyniony i tylko w poszczególnych miejscach widać większe skupienie naczyń średniego kalibru. (Mikrofotografia Nr. 3. A. i 4. B.). Ścianki tych naczyń posiadają budowę naogół dość delikatną i zmian wyraźniejszych nie wykazują. Ognisko w praw. półkuli mózgowej rozpoczyna się na odległości 2-ch cm. u bieguna przedniego pł. czołowego, idzie ku tyłowi, zajmując około $\frac{2}{3}$ istoty białej. Spoidło duże jest zajęte, licząc od przodu do tyłu na $\frac{3}{4}$ swej długości. Ognisko po stronie lew. zajmuje mniejszy obszar: rozpoczyna się z przodu na odległości 6 cm. od bieguna przedniego, w kierunku zaś tylnym przekracza o kilka cm. tylną $\frac{1}{2}$ mózgu. Po str. praw. ognisko zajmuje prawie wszędzie całą istotą białą, dochodząc blisko do istoty szarej. Po stronie lew. nowotwór zatrzymuje się w całym szeregu miejsc na dość znacznej odległości od kory. Węzły podstawowe są zupełnie wolne od sprawy blastomatycznej. Ograniczenie tkanki nowotworowej od tkanki mózgowej przedstawia pewne momenty, na które pragnęliśmy wskazać. Olbrzymie masy nowotworowe, które udało się stwierdzić w najrozmaitszych okolicach obu półkul mózgowych, zajmują prawie wyłącznie istotę białą. W nielicznych tylko miejscach np. (jak w przedniej części płata czołowego prawego) masy nowotworowe przechodzą na pewnej przestrzeni na istotę szarą i opony miękkie. (Mikrofotografia Nr. 5. A. i B.). Używając powiększeń słabszych (do 60 — 80 krotnych) łatwo się przekonać, iż masy nowotworowe zatrzymują się nagle tuż przy ostatniej warstwie komórek nerwowych kory (mikrofotografia Nr. 4. A. i B.).

Jeśli jednak użyć powiększeń znaczniejszych, to widać, iż granicę tą nie możemy nazwać ostrą w ścisłym tego słowa znaczeniu (Mikrofotografia Nr. 1 B.). Z punktu widzenia mikroskopowego pas pograniczny możemy podzielić na 3 strefy: I. gdzie wśród obfitej masy komórek nowotworowych można jeszcze spotkać tu i owdzie komórkę nerwową jakby oblepioną elementami nowotworowemi.

II. gdzie komórki nerwowe znajdują się w sporej liczbie pomiędzy komórkami nowotworowemi rozrzuconemi dokoła w sposób znacznie mniej zbity i

III. gdzie architektonika komórek nerwowych jest w zupełności zachowana, zaś elementów nowotworowych zgoła już nie widać, natomiast dokoła każdej komórki nerwowej widzimy większe skupienia (po 6 do 10) elementów glejowych satelitowych.

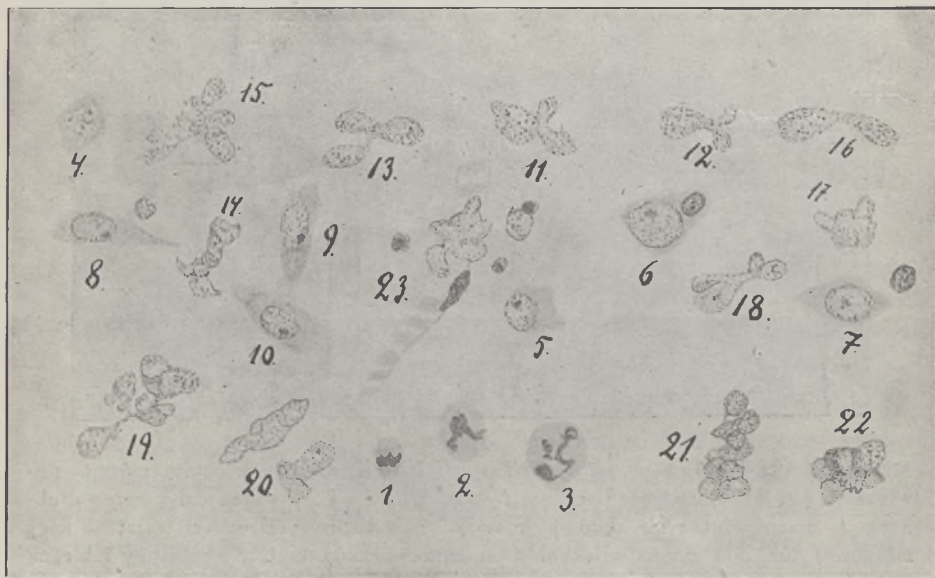
W niektórych miejscach, zresztą dość rzadkich, masy nowotworowe nie dochodzą bezpośrednio do istoty szarej, a pozostawiają wolny przesmyk istoty białej pomiędzy guzowatością, a korą mózgową (mikrofotografia Nr. 6. B.). Masy nowotworowe zajmując, jak już wyżej zaznaczyliśmy, prawie wyłącznie istotę białą nie zawsze jednak zajmują istotę tę na całej jej rozciągłości; w przypadkach tych granica między guzowatością, a istotą białą bywa dość ostra. W całym szeregu zawojów mózgowych, zarówno dotkniętych sprawą no-



Mikrofotografia Nr. 7. 5 zawojów mózgowych z 3-ch rozmaitych okolic mózgu. Powiększenie $\times 80$. Barwienie metodą *Nissla*. W. A. i C. — widać cały szereg drobnych i nieco większych skupień komórek nowotworowych w I-iej warstwie kory mózgowej tuż pod oponą miękką. Skupienia te mają kształt wydłużony i biegną równoległe do powierzchni kory w B. — nieco większe skupienie komórek nowotworowych w tem samym miejscu. (Powyżej tego, skupienia widać zupełnie normalną oponę miękką).

wotworową jak i zupełnie od niej wolnych, spostrzega się zjawisko następujące: w górnej warstwie istoty szarej, tuż bezpośrednio pod oponą miękką, widać skupienia komórek nowotworowych od kilkudziesięciu do kilkuset, ułożone przeważnie w postaci smug biegunowych równoległe do powierzchni. Przy powiększeniu słabem widać często, iż w niektórych zawojach skupienia te znajdują się w znacznej liczbie; 5—8—10 takich smug lub wydłużonych wysepek widać nieraz w jednym zawoju. (Mikrofotografia Nr. 7. A. B. i C.). Przejście na oponę miękką nie zawsze odbywa się w sposób brutalny. Bardzo często nowotwór, dochodząc do górnych warstw kory móz-

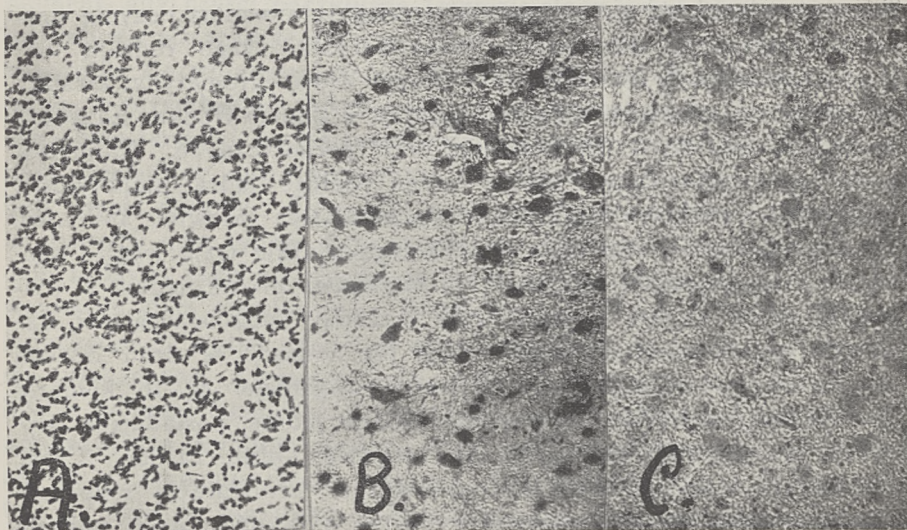
gowej, rozluźnia tkankę mezenchymalna opony miękkiej, spaja się z wewnętrznymi jej warstwami, delikatnie naciekając listewkę wewnętrzną (mikrofotografia Nr. 5. B.) i pozostawiając nietkniętą część środkową i zewnętrzną opony miękkiej. W oponie miękkiej niektórych zawojów, nietkniętych przez nowotwór, widać nieraz znaczne zgrubienie o charakterze wyłącznie proliferacyjnym, a więc nie nowotworowym (mikrofotografia Nr. 5. C.). Jeśli z kolei przejść do opisu poszczególnych elementów, z których składa się tkanka nowotworowa, to pierwsze wrażenie, jakie się otrzymuje, polega na tem, że mamy do czynienia z wybitną *wielopostaciowością tych elementów*.



Rys. 8. Poszczególne elementy nowotworowe: 1, 2, 3—wyjątkowo rzadko napotykanne egzemplarze mitoz. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 — komórki nowotworowe o sporem jądrze, d. bładem, z jąderkiem z większą lub mniejszą ilością zarodki dookoła; zaródz wielopostaciowa; widać też mniejsze jądra, ciemniejsze, okrągławe, bez widocznej zarodki dookoła, lub też z normalną ilością zarodki dookoła. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 — rozmaite okresy podziału amitotycznego. W niektórych miejscach nowotworu ten typ komórek nowotworowych przeważa w obrazie i napotyka się do kilkudziesięciu w jednym polu widzenia (pod immersją).

Można bez przesady powiedzieć, iż pod względem morfologicznym, są setki odmiennych co do kształtów i wielkości typów komórkowych (patrz. rys. Nr. 8 oraz mikrofotografie Nr. 2. A. B. i C. i Nr. 9. A.). Co do wymiarów możemy odróżnić 4 typy: *małe, średnie, duże i ol-*

brzymie. Elementy małe są przeważnie okrągłe, wielkości małego limfocytu, lub jeszcze nieraz mniejsze, o jądrze d. jasnym bez widocznej przy barwieniach zwykłych obwódki zarodkowej. Konfiguracja jądra bywa przeważnie dość jednolita. Zrzadka tylko widać nieznaczne pofałdowanie otoczki jądra, powodujące drobne wgłębienia. Od czasu do czasu spostrzega się jądra piknotyczne. Opis 2-ch następnych grup połączymy razem, ponieważ morfologia ich posiada dużo cech wspólnych. Do grupy komórek średnich zaliczamy elementy wielkości dużych limfocytów lub jąder normalnych kom. glijowych istoty białej rdzenia. Do elementów dużych zaliczamy komórki o wymiarach znacznie, większych wielkości komórek nerwowych średniego kalibru. W tych 2-ch grupach spostrzega się zadziwiająco wielopostaciowość komórek. Prawie każda komórka ma wygląd odrębny. Dotyczy to zarówno wielkości, jak i konfiguracji jąder.



Mikrofotografja Nr. 9. powiększenie $\times 160$. A. — barwienie według sposobu *Nissla*. Zasadnicza budowa glioblastomatozy. Znaczna ilość elementów komórkowych wielopostaciowych w polu widzenia. Komórki przylegają dość blisko jedna do drugiej. B. — (encephaloleukopatja — przyp: *Flataua*) — barwienie elementów glijowych według sposobu *Merzbachera*. Ilość komórek glijowych w polu widzenia znacznie mniejsza. Przestrzeń pomiędzy komórkami dość znaczna i prawie równomierna. Wielopostaciowość elementów nie jest zaznaczona. C. — (encephaloleukopatja — przyp. *Flataua*) — preparat barwiony haematoksyliną i eozyną. Sporo elementów o wybujałej zarodki. Komórki są dość równomiernie rozlokowane w polu widzenia. (Strefa na pograniczu pomiędzy ogniskiem stwardnienia a korą mózgową).

Widzimy więc tutaj jądra okrągłe, owalne, wydłużone, pałeczkowate, b. długie; następnie jądra równomiernie wydłużone, lecz skręcone lub przypominające literę „C”. Niektóre z nich wykazują znaczne zgrubienia na biegunach. Następnie idzie duża grupa jąder, które można byłoby nazwać „pączkującymi” lub „pełzakowatymi”. Do grupy tej zaliczamy jądra, posiadające krótsze lub dłuższe wypustki, cieniutkie u nasady (w miejscu połączenia z ciałem głównym jądra) zaś grubsze w cz. obwodowej. Liczba ich wypustek dochodzi często do 5—10. Komórka taka przypomina wtedy rysunek małego drzewka z owocami. Przesmyki, łączące jądro główne z temi pączkami, są nieraz wąskie i długie i powstaje przytem obraz zgoła dla wzroku histopatologa niezwykle i obfitujący w różnorakie nieraz dziwaczne postacie. Dodać jeszcze należy, iż nierzadko spostrzega się konglomeraty jąder, częściowo już odseparowanych, w cz. zaś pozostających jeszcze w łączności z jądrem głównym. Twory tego rodzaju są przeważnie wyciągnięte wzdłuż i czynią wrażenie dziwnego skupienia. Prawie wszystkie tego rodzaju elementy posiadają jądra b. blade o skąpej ilości chromatyny, rzadka spotykają się elementy o sporem jąderku w samym środku. Elementy średnie prawie nigdy nie posiadają cech piknotycznych. Natomiast wśród elementów dużych nieraz można znaleźć jądra piknotyczne, spieczone, wyjątkowo intensywnie pochłaniające barwiki anilinowe lub hematoksylinę. Przeważnie jądra tego rodzaju mają wygląd ogołniony i przypominają rzodkiew lub marchew; nieraz jeden z biegunów jest w sposób grajcarski skręcony dookoła swej osi. Zasługuje na odnotowanie jeszcze jeden typ komórek w dość dużych wymiarach, lecz o zupełnie odmiennym wyglądzie: są to komórki o wielkiem przeważnie jajowatym i bladym jądrze, posiadające wyraźnie zaznaczoną i bez trudu barwiącą się obfitą zarodź. Część zarodkowa komórek wykazuje przeważnie konfigurację nieprawidłową, posiada szereg drobnych wypustek o zakończeniach ostrych. Jądra leżą zawsze na obwodzie ciała komórkowego. Bardzo często jądra komórek tych posiadają spore jąderko, leżące w samym środku. Komórek tych jest naogół niewiele, leżą one *pojedynczo*. Wreszcie napotyka się komórki olbrzymie, wielojądrzaste, z układem jąder t. zw. promienistym, wieńcowym. Większa część jąder komórek tych wykazuje zmiany wsteczne: piknozę, fragmentację i t. p. Komórek olbrzymich jest naogół niewiele i nie wykazują one skłonności do skupiania się w grupy. Dodać jeszcze należy, iż na skrawkach barwionych sposobem *Weigerta* nietrudno jest ustalić, iż właśnie te elementy olbrzymie obfitują we włókna glejowe. Włókna te bywają

często b. grube i barwią się w dalekiej przestrzeni. *Podziały mitotyczne w komórkach nowotworowych spostrzega się wyjątkowo rzadko*; aby je dostrzec, trzeba nieraz przeszukać dziesiątki pól widzenia. Natomiast wśród elementów nowotworowych dominują obrazy podziału amitotycznego. *Wszystkie powyżej opisane elementy t. zw. "pączkujące" przedstawiają li tylko najrozmaitsze okresy i postacie podziału amitotycznego.* Przy zmuśnionym studjowaniu szeregu skrawków pod imersją udaje się odnaleźć i odnotować wszelkie fazy przejściowe od pierwszych momentów tworzenia się delikatnych wyniosłości, poprzez tworzenie się pączków i wypustek na nóżkach, aż do usamodzielnienia się drobnych zwykle cząsteczek substancji jądrowej od jądra macierzystego. Nieraz obok sporego jądra widać 2—3 drobne jąderka, które najprawdopodobniej niedawno oddzieliły się od jądra; innym znowu razem można uchwycić ten b. ciekawy moment, gdy części pączkujące trzymają się na ledwie dostrzegalnych cieniutkich niteczkach: jeszcze jeden krok i całe jądro macierzyste rozpadnie się na nową kolonję młodych komórek. Poszukiwania czynione w rozmaitszych kierunkach przy zastosowaniu najnowszych sposobów techniki współczesnej celem bliższego określenia morfogenezy elementów nowotworowych omawianego przez nas przypadku dały wynik ujemny. Elementy te stanowczo nie należą do żadnego ze znanych nam typów gleju dojrzałego, ani też nie można stwierdzić żadnych cech podobieństwa do bliżej znanych nam etapów rozwojowych gleju zarodkowego. Przynależność jednak do komórek glijopochodnych można ustalić w sposób niezbity na zasadzie wybitnie zaznaczonej zdolności kom. tych do wytwarzania w znacznej liczbie włókien glijowych. Z drugiej zaś strony obraz mikroskopowy przemawia za wybitnie złośliwą sprawą blastomatyczną. To skłoniło nas do zatrzymania się na terminie „Glioblastomatosi”. Przypadek ten nie daje się ulokować w żadnej z grup klasyfikacyjnych, opisanych przez *Baileya* i *Cushinga*. Wszystko przemawia za tem, iż powinien on być zaliczony do grupy guzów niedojrzałych. Obecność włókien glijowych nie przemawia bynajmniej przeciwko temu albowiem nawet w medulloblastomatach, a więc w grupie najmniej dojrzałej prawie zawsze udaje się stwierdzić obecność włókien glijowych.

Jakichkolwiek nacieków elementami drobnokomórkowemi przestrzeni dookoła nacyniowych w obrębie terenów nowotworowo zmienionych nigdzie się nie stwierdza. Trzeba zaznaczyć, iż w niektórych miejscach istoty białej w pewnym *nieraz bardzo znacznem oddaleniu od tkanki nowotworowej* udaje się wykryć pojedyncze naczynia ze

skupieniami komórek okrągłych (najczęściej ziarnistych). Najprawdopodobniej zjawisko to znajduje się w ścisłym związku z rozpadem włókien nerwowych w miejscach, leżących poniżej ognisk guzowatości.

Przeglądając piśmiennictwo, dotyczące glejaków, można się przekonać, iż cały szereg autorów pragnąłby zbliżyć do siebie pojęcia o „glejozie“, „glejomatozie“ i „glejblastomatozie“, uważając, iż istnieją przypadki, stanowiące okresy przejściowe pomiędzy temi sprawami. Bujanie gleju proliferacyjne o charakterze wtórnym, może zdaniem niektórych autorów dać obraz bardzo zbliżony lub nieróżniący się od bujania gleju pierwotnego o charakterze blastomatycznym. *Schultze* zaproponował w swoim czasie nazwę „gliosis“ dla bujania gleju dookoła kanału ośrodkowego rdzenia, celem odróżnienia sprawy tej od powstających w tejże okolicy glejaków. Termin „gliomatosis“ miał odpowiadać tym „rzeczywistym postaciom przejściowym pomiędzy glejozą rdzenia a glejakiem“. *Borst* zgadza się z *Saxerem*, że nazwa „gliomatosis“ wprowadza jedynie zamęt, ponieważ jedni autorzy używają jej równoznacznie z glejakiem, podczas gdy inni posługują się nią dla określenia postaci przejściowych pomiędzy sprawą przerostową a nowotworową.

W patologii ogólnej nowotworów przypuszczenie tego rodzaju, iż mogą egzystować obrazy przejściowe pomiędzy sprawami przerostowymi a nowotworowymi już oddawna zostało całkowicie odrzucone. Jedynie w dziedzinie patologii gleju kwestja możliwości pokrewieństwa tego rodzaju zasadniczo odmiennych spraw wciąż jeszcze bywa omawiany. Jakie są powody tego niezdecydowania? Wszak z punktu widzenia mikroskopowego sprawa wtórnego bujania gleju („gliosis“) została w sposób wyczerpujący wyjaśnioną zarówno na drodze doświadczalnej, jak i na olbrzymim materiale patologicznym. Punkt ciężkości całego tego zagadnienia spoczywa jedynie na tem, że nie zdołano do niedawna ustalić najróżnorodniejszych odmian nowotworowych glejowych czyli glejaków.

Guzy, które obecnie obejmujemy wspólną nazwą glejaków, wykazują znaczną niejednorodność obrazu mikroskopowego i to zarówno z punktu widzenia morfologii elementów glejakowatych, jak i charakteru ich wzrostu, stosunku do tkanki otaczającej i t. d. Wśród prawdziwych glejaków egzystują typy nowotworów, które do pewnego stopnia mało się różnią od znanego nam obrazu przerostu gleju o charakterze wtórnym. Dopiero głębsza analiza histologiczna tego rodzaju glejaków oraz ustalenie szeregu faktów zdobytych na materiale glejaków z grup pokrewnych, dają możność ustalania punktów wytycznych i różniczkowych pomiędzy sprawą przerostową a nowo-

tworową gleju. Przykładem tego, iż odgraniczenie tych dwóch odmiennych spraw nie należy do rzeczy łatwych, służy piśmiennictwo i to najnowsze dotyczące t. zw. „stwardnienia rozlanego” (choroby *Schildera*, Encephaloleukopatia *Flatau*). Piśmiennictwo, dotyczące choroby tej, obejmuje okres lat 18-stu (I-sza praca *Schildera* została ogłoszona w 1912 r.) Do chwili obecnej ogłoszono 53 przypadki tego cierpienia, przyczem niektóre były określone przez samych autorów jako „gliomatosis”. Na miejscu tem uważamy za stosowne zaznaczyć, iż zupełnie odrzucamy termin „gliomatosis”, jako określenie spraw przejściowych. Egzystują, zdaniem naszym, dwie tylko sprawy: „gliosis” i „glioblastomatosi”, przyczem ta ostatnia sprawa winna być traktowana wyłącznie jako sprawa nowotworowa. Spraw przejściowych pomiędzy temi zasadniczo różnymi jednostkami patologicznymi niema i być nie może. Tak samo odrzucamy zupełnie możliwość rozwijania się sprawy blastomatycznej w sposób reakcyjny na tle blizny glejowej, jak to sądzi *Merzbacher*. Owszem, dookoła pewnych gatunków glejaków nieraz powstają jakby wały ochronne gleju włóknistego, lecz pokrewieństwa między temi dwiema sprawami dojrzeć nie podobna.

Przypadek, którego opis szczegółowy podaliśmy wyżej, przedstawia ciekawy przyczynek do rozważań mikroskopowych nad rozpoznaniem różniczkowym pomiędzy stwardnieniem rozlanem, a gleoblastomatozą rozlaną. Zatrzymać się tutaj należy przedewszystkiem nad ściśłem określeniem przymiotnika „rozlany” tak często używanego w piśmiennictwie poświęconem glejakom. Termin „rozlany” bywa używany: I) z punktu widzenia makroskopowego, t. j. tam, gdzie gołym okiem nie sposób dostrzedz nietylko granicy samego guza, lecz często z braku zmienionej konsystencji lub barwy niepodobna wogóle ustalić obecność guza. II) — w obrazach mikroskopowych używa się tego terminu w tych przypadkach, w których przejście od tkanki nowotworowej do normalnej mózgowej jest bardzo stopniowane, nie ostre, jednym słowem niewyraźne. Te dwa kryteria rozlewności sprawy anatomopatologicznej (makro i mikroskopowa) nie zawsze są identyczne. Istnieją przypadki, których makroskopowo sprawa przedstawia się jako „rozlana”, a jednak badanie drobnowidzowe wykazuje w całym szeregu miejsc bądź granicę zupełnie ostrą lub prawie ostrą. Z drugiej strony określenie mikroskopowe „charakteru rozlanego” sprawy zastępuje się terminem „wzrostu nacieczeniowego”; określenie to wprowadził *Storch*, który przypuszczał, iż wszystkie glejaki posiadają t. zw. „wzrost zakażający” („Infizirendes Wachstum”).

W przypadku własnym użyliśmy terminu „rozlany” wyłącznie z punktu widzenia *makroskopowego*. Natomiast analiza mikroskopowa wykazała, iż odgraniczenie głównych mas blastomatycznych jest prawie wszędzie ostre lub prawie ostre, co wraz z całym szeregiem innych właściwości morfologicznych i biomechanicznych skłania nas do zaliczenia przypadku tego do grupy *złośliwych*.

Na tem miejscu chcielibyśmy naszkicować różniczkowy obraz mikroskopowy pomiędzy stwardnieniem rozlanem (choroba *Schildera*). Encefaloleukapatją *Flataua* a glejoblastomatozą, z którą mieliśmy do czynienia w naszym przypadku.

Morfologia elementów, spostrzeganych w pierwszym cierpieniu, jest naogół dość jednolita. W pewnych terenach znajdujemy zwykle typowe komórki glejowe gwiaździste, włókniste, naogół dość *równomiernie ułożone*. Stwarza to obraz tkanki zupełnie izomorfnej. W innych miejscach widać całe strefy przeważnie wąskie i wydłużone, składające się z elementów glejowych o sporej zarodzi i nieregularnej konfiguracji. Jądra tych elementów są przeważnie średniej wielkości leżą na samym obwodzie komórki i nie wykazują zmian patologicznych. *Rozmieszczenie* elementów tych jest naogół dość *prawidłowe* i *odstępny między nimi są prawie jednakowe*. W innych znowu okolicach, w których elementy glejowe są rozmieszczone w sposób znacznie mniej regularny, komórki znajdują się w znacznie większej obfitości. Tego rodzaju miejsca należy najprawdopodobniej zaliczyć do ognisk znacznie późniejszych. Tutaj też spostrzegamy zaznaczoną do pewnego stopnia wielopostaciowość elementów. Jeśli uważnie przestudjować elementy te pod imersją, to przekonać się łatwo, iż *wielopostaciowość ta dotyczy wyłącznie rozmaitej wielkości samych jąder*: spostrzeżać się więc jądra przeważnie okrągłe lub zlekka owalne, małe, średnie lub większe, *lecz kontury zewnętrzne oraz budowa wewnętrzna wszystkich tych jąder jest prawie wszędzie jednakowa*. Nie spostrzeżać się zupełnie podziału a mitotycznego z pstrym obrazem rozmaitych okresów przejściowych. *Komórek dużych lub olbrzymich wielojądrzastych, przynajmniej w przypadku klasycznym, opisanym przez Flataua, nie zdołano nigdzie stwierdzić*. W tych właśnie terenach spostrzeżać się w większej liczbie znaczne skupienia przeważnie kom. glejowych dookoła naczyń. W innych miejscach, gdzie na zasadzie obrazu mikroskopowego można by mniemać, iż ma się do czynienia ze sprawą znacznie starszą, nacieki powyżej omawiane odstępują na plan dalszy, natomiast występują skupienia komórek ziarnistych w rozmaitych okresach żerności, wypełniając przestrzenia dookoła naczyńiowe.

Wystarczy przeczytać opis mikroskopowy oraz rozważania różniczkowo-rozpoznawcze, dotyczące I-szego przypadku *Schildera*, aby się przekonać, z jakimi trudnościami jest związana ostateczna decyzja przy zaliczeniu danego przypadku do tej lub innej grupy.

„Z początku, powiada *Schilder* (1912), sądziłem, że mam do czynienia z glejakiem, że względu na przebieg kliniczny (zastoina na dnie oczu) oraz na tworzenie się torbieli, co przez licznych badaczy uważane jest za cechę charakterystyczną dla glejaków (*Weigert, Storch*), tudzież z powodu wyjątkowej wielopostaciowości jąder komórek glejowych dużych. Przeciwno sprawie nowotworowej przemawiało całkowite zachowanie architektoniki mózgu, głównie zaś oszczędzanie wyrostków osiowych w granicach ogniska”. *Ribbert, Henneberg, Marburg* i inni, spostrzegali coprawda nienaruszoną budowę w mózgu w glejakach rozlanych, lecz *Schilder* zaznacza, że w jego przypadku „brak było powiększenia objętości części schorzalych”. Dalej, autor ten wysuwa jeszcze jeden argument przeciwko sprawie nowotworowej, a mianowicie, iż w piśmiennictwie podają jednogłośnie, iż granica pomiędzy glejakiem rozlanym a otaczającą tkanką mózgową jest nieostra (*Stroebe, Storch, Henneberg, Borst, Ribbert, Marburg, von Angyan, Hildebrandt, Stumpf, Landau*). Natomiast w przypadkach własnych *Schilder* stwierdzał zawsze na obwodzie ogniska zupełnie ostro zaznaczoną granicę tkanki normalnej.

Zasługuje również na uwagę przypadek *Cassirera i Loewego*, w którym obraz histologiczny raczej przemawia za sprawą sklerotyczną (obraz blizny włóknisto-glejowej o skąpej liczbie komórek). Autorzy przypuszczali, iż w ich przypadku glejak uległ zbliznowaceniu centralnemu.

Rossolimo uważał znowu przypadek własny za „sprawę przejściową pomiędzy stwardnieniem rozsianem, a glejakiem”.

Glejoblastoza rozlana nastęrcza, według *Jakoba*, makroskopowo bardzo znaczne trudności rozpoznawcze. Histologicznie przemawiałyby za sprawą nowotworową w pierwszej linii wielopostaciowość elementów glejowych oraz obecność komórek niezróżnicowanych. Znacznie łatwiejsze bywa rozpoznanie tam, gdzie w poszczególnych miejscach już makroskopowo stwierdza się powiększenie nowotworowe konfiguracji mózgowej oraz przejście sprawy na oponę miękką, jak to miało miejsce w przypadkach *Cassirera, Loewego, i Matzdorfa*. *Jakob* kwestionuje przypadki *Beneckiego, Ceniego, Schildera* (I-szy przypadek), *Redlicha*, jako nie należące do grupy stwardnienia rozlanego i zalicza je do rozlanej glejoblastozy.

Flatau pisze: „największe trudności rozpoznawcze nastęrczają

jednak przypadki, w których stopniowo rozwija się glejak złośliwy. Powstać może wtedy obraz, który zarówno pod względem klinicznym jak i histologicznym jest *blizniaczo* podobny do omawianego tutaj cierpienia (encephaloleukopatii)... O ile zgodzić się na pogląd *Ceniego*, że w przypadkach tego rodzaju, jak jego własny, ma się do czynienia z nowotworem, w takim razie granice między glejakiem rozlanym a encefaloleukopatią zatarłyby się zupełnie".

Przypadek *Ceniego* (1899): glejomatoza w większej części istoty białej obu półkul mózgowych, w węzłach podstawowych i w tylnej części spoidła dużego. *Angyan* uważa, iż większa część przypadków która została ogłoszona pod nazwą: „guzy spoidła dużego” należą raczej do tej grupy.

Zasługują również na uwagę przypadki ogłoszone przez *Brystofa*: W przypadku I-szym guz infiltrował całe spoidło i rozprzerzeniał się głównie na półkulę lewą.

W przypadku II-gim masy nowotworowe nie były bardzo odgraniczone, były zlokalizowane w przedniej połowie spoidła, przechodziły stąd na istotę białą obu półkul, oraz na zawoje czołowe i centralne.

W przypadku III-cim masy nowotworowe zajmowały przednie 3/4 spoidła i sprawa równomiernie i symetrycznie przechodziła na centrum semiovale i corpus striatum. Do grupy tej należą także przypadki opisane przez *Brunsa*, *Berkleya*, *Francisa*, *Seglusa*, *Londesa*, *Deviego*, *Paviota*, *Putnama*, *Wiliamsa*, *Catole*, *Redlicha*, *Hildebrandta* i innych.

Zatrzymamy się wkrótce na tych dwu momentach różniczkowo-rozpoznawczych, które podaje *Schilder* (1912), mianowicie na *oszczędzaniu wyrostków osiowych w granicach ogniska oraz na ostrej granicy samego ogniska*. W szeregu prac, ogłoszonych przez nas w ciągu lat ostatnich, poświęconych badaniom histologicznym nad glejakami, udało nam się dowieść, iż *prawa te*, jakoby ustalone dla glejaków przez autorów dawniejszych, *dotyczą tylko pewnych guzów*. Według naszych badań egzystuje niewątpliwie cały szereg glejaków, w których na bardzo rozległej przestrzeni mogą być zachowane wyrostki osiowe. To samo dotyczy i ostrego odgraniczenia. To ostatnie zjawisko stanowi tylko dla pewnych gatunków glejaków cechę dominującą. Widać więc z tego, iż dwa momenty, które skłoniły w swoim czasie *Schildera* do uznania swego przypadku jako glejaka, nie mogą być uważane za absolutnie miarodajne w kierunku rozpoznawczodjagnostycznym.

Badania szeregu autorów wykazały, iż właśnie te 2 postulaty *Schildera*: ostre odgraniczenie oraz zachowywanie się wyrostków osiowych — nie stanowią zjawiska absolutnie stałego w opisanem przez niego cierpieniu. Zresztą, opisany tutaj przypadek własny świadczy o tem, iż te 2 postulaty odnoszą się również do pewnych gatunków guzowości glejopochodnych.

Z punktu widzenia klinicznego w chorobie *Schildera* (encefaloleukopatia *Flatau*) zasługują na uwagę odnotowanie następujących momentów: cierpienie najczęściej spostrzega się u dzieci i rozpoczyna się od osłabienia wzroku. Wkrótce przyłączają się objawy psychiczne, pogarsza się mowa i następują napady padaczkowe. Do objawów negatywnych należy, według *Flatau*, zaliczyć brak bólów głowy oraz objawów mózgowych uciskowych. Pojedyncze przypadki, w których była odnotowana zastoina na dnie oczu (*Cassirer-Loewy*, I-szy przypadek *Schildera*) musimy obecnie zaliczyć na zasadzie obrazu mikroskopowego do grupy nowotworowej, a nie do choroby *Schildera*. Cierpienie to trwa zwykle niezbyt długo: według *Flatau* choroba trwa od $\frac{1}{2}$ do 2-ch lat. Makroskopowo mózg wykazuje przeważnie normalne zarysy zewnętrzne. „Mózg bywa twardy jak guma, niekiedy spoistość tkanki przypomina zastygłą galaretę”. (*Flatau*). Na cięciach czołowych poprzez mózg spostrzega się „ogromne, jednolicie, szare lub żółtawo szarawe ognisko w istocie białej. Ognisko to jest pojedyncze... Najbardziej charakterystycznym rysem ognisk jest ich jednolitość. Nie widać, aby powstawały one ze zlewania się ze sobą ognisk mniejszych. Ognisk tych zwykle nie spostrzega się poza istotą białą mózgu. Tylko w wyjątkowych przypadkach notowano ogniska odrębne; w przypadku *Schildera* stwierdzono drobne ognisko dodatkowe w korze w okolicy brzegu półkuli mózgowej”. (*Flatau*).

Flatau podkreśla, iż „pod względem mikroskopowym opisywano obrazy różniące się od siebie niekiedy zasadniczo”. W obrębie samego ogniska widzimy prawie zupełny zanik włókien myelinowych”. Jest rzeczą nader charakterystyczną, że „zwyrodnienie włókien myelinowych zatrzymuje się niedaleko kory.” (*Flatau*). Co do wyrostków osiowych, to znaczna część autorów (*Flatau*, *Hermel*, *Klarfeld*, *Marie-Foix*) przychodzi do wniosku, iż w samym ognisku metoda *Bielschowskiego* wykazuje znaczną ich zmianę i „tylko w miarę zbliżenia się do kory liczba aksonów się zwiększa” (*Flatau*). Naogół jednak trzeba dodać, iż zmiany w otoczkach myelinowych, w porównaniu ze zmianami wyrostków osiowych, są o wiele głębsze.

Komórki nerwowe, według *Flatau*, mogą wykazać wybitne

zmiany w korze mózgowej i w mózdzku. W oponach mózgowych zmiany nie występują. Dodać należy, iż w przypadku *Cassirera-Loewego* zostało stwierdzone, iż elementy, uważane przez autorów raczej za „blastomatyczne”, w jednym miejscu przerwały się do opon miękkich. To właśnie skłoniło autorów tych do rozpoznania sprawy nowotworowej, jakkolwiek makroskopowo i na skrawkach *Weigerta* sprawa przypominała raczej stwardnienie rozlane. W naszym przypadku ognisko przerwało się w jednym miejscu, a mianowicie w płacie czołowym, do opon miękkich. W innym miejscu nie doszło wprawdzie do kompletnego przerywania się do opon, jednak widać, iż elementy blastomatyczne są wyraźnie spojone z warstwą wewnętrzną opony miękkiej. Największe zmiany w encefaloleukopatii w obrębie ogniska wykazuje gzej. „Widać olbrzymie nagromadzenie komórek drobnych, okrągłych, albo też dużych gwiazdzistych” (*Flatau*).

Przeważnie występuje też gęsta siatka delikatnych włókien glejowych. Z punktu widzenia mikroskopowego elementy glejowe, widoczne w samym ognisku, przedstawiają obraz zupełnie izomorfny. Można przestudjować cały szereg pól i wszędzie stwierdza się obecność jednego i tego samego gatunku komórek glejowych, które pod względem jakościowym i ilościowym przedstawiają obraz zupełnie jednolity, nawet monotony. W części środkowej widzimy wyłącznie komórki glejowe włókniste o wyglądzie gwiazdzistym, z daleka biegnącymi wyrostkami włóknistymi. Wyrostki te bardzo często wykazują wyraźną polaryzację w kierunku ścianek naczyń. W strefach, położonych bliżej kory mózgowej, możemy nieraz spotkać innego rodzaju komórki glejowe, a mianowicie komórki *zardziowe* o wielokształtnych zarysach ciała. Komórki przyjmują nieraz wygląd pełzakowaty; jądra natomiast, leżące przeważnie na obwodzie, są zupełnie dobrze zachowane i nigdy nie wykazują zmian wstecznych charakterystycznych dla zwyrodnienia pełzakowatego gleju. Ponadto komórki te, w miejscach powyżej wskazanych, nigdy nie leżą pojedynczo, lecz zawsze można je znaleźć w pewnych nieraz dość znacznych skupieniach widocznych już przy powiększeniach niedużych (mikrofotografia Nr. 9. C) zaznaczyć jeszcze można, iż z punktu widzenia ilościowego, elementy glejowe, bez różnicy typu komórkowego, są rozlokowane w ognisku w sposób naogół luźny, przyczem odstępów pomiędzy poszczególnymi komórkami są dość równomierne, jak to widać doskonale na rysunkach Nr. 12, 13 w pracy *Flatau*. Zasługują na uwagę zachowanie się naczyń krwionośnych. „Niektóre drobniejsze naczynia były jakby oblepio-

ne komórkami glejowymi i ziarnistymi" (*Flatau*). Stanów zapalnych się nie spostrzega. Dodamy od siebie, iż jądra komórek glejowych, oblepiających naczynia, zasadniczo niczem się nie różnią od jąder elementów spostrzeganych w samym ognisku. A teraz przyjrzyjmy się tym przypadkom, które przebiegały pod postacią encefaloleukopatii, które jednak przy analizie bliższej, należy od tego cierpienia odłączyć (przypadki *Cassirera-Loewego*, I-szy przypadek *Schildera* i innych). W przypadkach tych już przebieg kliniczny wykazywał objawy niezupełnie typowe dla cierpienia *Schildera* jako to bóle głowy, zastożina na dnie oczu, zaś obraz mikroskopowy, a więc obraz morfologiczny elementów glejowych bynajmniej nie przedstawiał się w sposób jednolity. Tak np. *Schilder* w swoim I-szym przypadku podkreśla wybitną nietypowość jąder okrągłych, owalnych, wielokątnych, o licznych wypustkach. Komórki wielojądrzaste do 5-ciu jąder nie należały do rzadkości. Dookoła większych naczyń napotyka się w przypadku tym nierzadko zbity wieniec dużych komórek glejowych. Taksamo wielopostaciowość elementów była zaznaczona w przypadku *Cassirera-Loewego* i w naszym własnym. *Flatau*, który podaje szczegółowy opis obrazu mikroskopowego na zasadzie przypadku własnego i całego piśmiennictwa do 1925 r. nie wspomina o tem, aby komórki olbrzymie wielojądrzaste wchodziły w zakres obrazu mikroskopowego omawianego cierpienia. W rozdziale o patogenezie encefaloleukopatii *Flatau* już bardzo wyraźnie odgranicza omawianą jednostkę nozologiczną od tych przypadków, które stoją bliżej grupy blastomatycznej.

Na zasadzie szczegółowej analizy mikroskopowej naszego przypadku oraz analizy mikroskopowej przypadków pokrewnionych, ogłoszonych w piśmiennictwie, możemy w zupełności zgodzić się z następującem zdaniem *Flatau*:

„Co do charakteru nowotworowego tego cierpienia, to w niektórych opisanych dotąd przypadkach stwierdzono wprawdzie zmiany blastomatyczne, sądzimy jednak, że przypadki te właściwie nie należą do omawianej tutaj grupy chorobowej. Należą one raczej do glejaków rozlanych, a więc do tych postaci blastomatycznych, w których glejak obejmuje coraz to szersze kręgi istoty białej (*infiltrirendes Wachsthum Storch*, *infiltrirendes Wachsthum Stertz*). Encefaloleukopatia z punktu widzenia patogenezy przedstawia sprawę chorobową, polegającą na pierwotnym głębokim rozpadzie i zaniku otoczek myelinowych, na wyraźnych niekiedy wybitnych zmianach wzrostków osiowych, oraz na rozroście wtórnym gleju" (*Flatau*). Grupa zaś, którą proponujemy wyeliminować polega na pierwotnem cjerpie-

niu blastomatycznym gleju o charakterze rozlanym, wielośrodkowym. Proces ten nosi wszelkie znamiona sprawy blastomatycznej złośliwej.

Poniżej podajemy próbę wzoru różniczkowo-rozpoznawczego dla obu tych cierpień.

Różniczkowe momenty (kliniczne i histologiczne) pomiędzy encefaloleukopatią a glioblastomatozą rozlaną wielośrodkową.

Encefaloleukopatia.

1. Przeważnie spostrzega się u dzieci.

2. Rozpoczyna się od pogorszenia wzroku, napadów padaczkowych oraz objawów psychicznych. Brak objawów uciskowych mózgu. Brak bólów głowy. Wzmoczone napięcie mięśniowe, przykurczenia, zaburzenia mowy. Końcowy stan oglupienia.

3. Przeciętny przebieg od $\frac{1}{2}$ roku do 2-*ch* lat.

4. Na autopsji — mózg przeważnie twardy tylko w rzadkich przypadkach (*Hermel*) konsystencja bywa miękka. Ognisko w istocie białej koloru szarawego.

5. Ognisko stwardnienia jest b. rozległe, pojedyncze, prawie wyłącznie zajmuje centrum *semiovale*.

Glejoblastomatoza.

1. Wiek nie odgrywa żadnej roli.

2. Bóle głowy o charakterze napadowym, wymioty, pogarszanie się wzroku, *tarcza zastoinowa*. Głęboka *indolencja*; często objawy ogniskowe mózgowce.

3. Śmierć następuje znacznie wcześniej: po upływie zaledwie kilku miesięcy od objawów początkowych.

4. Ogniska uwidaczniają się gołym okiem nie wszystkie. Najlepiej wyróżniają się ogniska, dochodzące do opony miękkiej. Większa część terenów zmienionych blastomatycznie jest gołym okiem nie widoczna.

5. Większa część zmian jest umiejscowiona w centrum *semiovale*, lecz sprawa przechodzi poprzez spoidło wielkie na istotę białą półkuli drugiej; oprócz jednego, o b. rozległych rozmiarach, ogniska niesymetrycznego w głównym zbiorowisku istoty białej obu półkul mózgowych, spostrzega się cały szereg ognisk mniejszych rozrzucony w sposób niesystematyczny

po rozmaitych okolicach istoty białej, przeważnie w pobliżu kory mózgowej. Oprócz tego prawie we wszystkich przypadkach, które należy zaliczyć do grupy tej, powstaje sporo ognisk również i w istocie szarej, skąd przechodzą one dość często na opony miękkie.

6. Ulokowanie się ogniska głównego w istocie białej, stosunek jego do istoty szarej, przedstawia w obu tych sprawach szereg momentów do siebie zbliżonych.

7. Rozpad włókien myelinowych w samym środku ogniska bywa kompletny; w miarę zaś zbliżania się do obwodu, zmiany pod względem ilościowym i jakościowym ulegają stopniowej redukcji. Wyrostki osiowe ulegają też zmianie, lecz w stopniu znacznie słabszym. Komórki nerwowe bywają nieraz zmienione, na znacznej odległości od ogniska (*Flatau*).

8. W istocie szarej brak ognisk.

9. Elementy glejowe zaliczyć należy do rzędu gleju włóknistogwiazdzistego, mają one wygląd *izomorfny*; ewent. w pewnych strefach widać grupami ułożone kom. glejowe z grupy zarodkowej, w okresie znacznego bujania. Ani obrazów podziału mitotycznego, ani też obrazu amitotycznego nigdzie nie widać, liczba elementów komórkowych

7. Otoczki myelinowe ulegają kompletnemu rozpadowi; tylko na samym obwodzie ogniska zamiast zaniku widać znaczne rozrzedzenie. To samo dotyczy wyrostków osiowych. Kom. nerwowe wykazują zmiany (neuronofagię) wyłącznie w miejscach, przylegających do ogniska.

8. W istocie szarej stwierdza się ogniska o sporych rozmiarach. Oprócz tego, w pierwszej warstwie kory mózg. napotyka się dość dużą liczbę drobnych izolowanych ognisk blastomatycznych.

9. Wyjątkowa wielopostaciowość elementów komórkowych. Wybitny *pojkilomorfizm*, rozpoczynając od elementów drobnych i kończąc na komórkach dużych i olbrzymich wielojądrzastych. Gdziekolwiek mitozy. Wszelkie możliwe postacie obrazów podziału amitotycznego dominują w obrazie mikroskopowym. Skłonność w pewnych okolicach w spidle wielkim

w stosunku do włókien glejowych jest nieznaczna. Komórki glejowe są rozmieszczone na b. znacznem oddaleniu jedna od drugiej. Odstępy pomiędzy nimi są naogół dość równomierne.

10. Włókna glejowe stanowią główną substancję międzykomórkową w ognisku. Główna masa włókien jest b. delikatna, natomiast ta część włókien, która przylega do komórek glejowych jest znacznie grubsza. W głównem ognisku widać skupienia włókien w postaci gęstej siatki.

11. Ścianki naczyniowe zmian nie wykazują. Dookoła naczyń b. często widać skupienia drobnych komórek glejowych, wyjątkowo rzadko — nieznaczną liczbę limfocytów. Większa część skupień dookoła naczyniowych — należy do komórek ziarnistych.

12. Ognisko stwardnienia nie wkraczając zasadniczo nigdy do większych obszarów istoty

komórek blastomatycznych do przybierania kształtów wydłużonych, wrzecionowatych oraz do przystosowywania się do sąsiednich szlaków nerwowych. Znaczna wielokrotna przewaga ilościowa elementów kom. nad włóknami glejowemi. Odstępy pomiędzy komórkami b. nieznaczne i b. nieregularne.

10. Ścisły związek pom. włókn. glejowemi a komórkami nie udaje się ustalić w przeważającej liczbie elementów. Główna masa włókienek glejowych jest b. delikatna.

11. Dookoła niektórych naczyń widać *skupienia kom. blastomatycznych* o wyjątkowo bujnych kształtach tak, jak się to spostrzega w najzłośliwszych guzach (mięsakach, glejakach). W całym szeregu miejsc widać nowoutworzone naczynia, skupione w postaci t. zw. „pakietu naczyniowego”. Nieraz te nowopowstałe naczynia leżą regularnym szeregiem tuż na samej granicy pomiędzy ogniskiem blastomatycznym a istotą szarą. Skupienia komórek ziarnistych w przestrzeniach dookołanaczyniowych widać nie w samem ognisku, lecz w pewnem oddaleniu — w istocie białej — uległej zwyrodnieniu wtórnemu.

12. Ogniska blastomatyczne, wkraczając do istoty szarej, nie zatrzymują się przed najpotężniej-

szarej, tem samem nie ma ani możliwości, ani też żadnej skłonności do przechodzenia na opony miękkie.

szą barjerą fizjologiczną—oponą miękką i przekraczają ją. Przejście to odbywa się bądź w sposób zupełnie gruby, masowy, albo też delikatny, powodując spajanie się blastomatycznie zmienionej istoty mózgowej z warstwą wewnętrzną opony miękkiej za pomocą nielicznych nacieków kom. blastomatycznych.

Jest przyjęte uważać, iż szybkie rozmnażanie się elementów nowotworowych złośliwych odbywa się drogą podziału *mitotycznego*. *Bailey* i *Cushing* uwzględnili momenty te w swej klasyfikacji: w jakich gatunkach glejaków spostrzega się mitozy, w jakich zaś ich się nie spostrzega. Ze względu na wybitną rolę, jaką odgrywa obecnie leczenie pr. Rentgena guzów mózgu, fakt ten posiada duże znaczenie, ponieważ wiadomo na zasadzie całego szeregu prac doświadczalnych, iż promienie te atakują najskuteczniej właśnie te guzy, które obfitują w mitozy. Ale jak się ma sprawa z guzami, w których liczba mitoz jest minimalna i gdzie natomiast w każdym polu widzenia roi się od najrozmaitszych figur podziału *amitotycznego*? Znany nam jest fakt, zaczerpnięty z ogólnej patologii nowotworów, iż w niektórych guzach złośliwych udaje się stwierdzić obecność nawet sporej liczby figur amitotycznych. O ile nam wiadomo, w glejakach sprawa ta jest poruszona przez nas po raz pierwszy. Przedewszystkiem udało nam się dowieść, iż pewne gatunki glejaków, rosnące z wyjątkową szybkością, o wybitnych cechach złośliwości, *rozwijają się drogą amitotyczną*, przyczem minimalna liczba mitoz bynajmniej nie świadczy o łagodności nowotworu. Co prawda, w kolekcji naszej posiadamy jeszcze kilka przypadków analogicznych, lecz uważamy, iż kazuistyka nasza jest jeszcze zbyt szczupła, aby można było już dziś wyciągnąć dalekie idące wnioski, bądź teoretyczne, bądź praktyczne, dotyczące odporności lub podatności tych guzów amitotycznych w stosunku do pr. Rentgena.

Pragnęlibyśmy zwrócić jeszcze uwagę na wybitnie zaznaczoną w przypadku naszym *wielogniskowość*. W piśmiennictwie dawnem opisywano spostrzeżenia pojedyncze, w których glejaki powstawały w 2-ch lub więcej miejscach mózgu. Na zasadzie opisów, podanych przez innych autorów trudno jest obecnie osądzić, z jakiego rodzaju glejakami miano do czynienia. Z prac najnowszych odnotować należy kazuistykę *Globusa* i *Elsberga*, dotyczącą glejaków o początku ostrym

oraz o wyjątkowo szybkim przebiegu. Wszystkie te przypadki należały do grupy „Spongioblastomatów”. W kilku przypadkach autorzy stwierdzili obecność guzowatości w 2-ch miejscach.

Przypadku, zbliżonego do naszego, nie zdołaliśmy stwierdzić w piśmiennictwie. Jednoczesne powstawanie w całym szeregu miejsc zarówno w istocie białej, jak i szarej skłonności do zmian blastomatycznych — świadczy o wyjątkowo złośliwej naturze sprawy nowotworowej. Do sprawy tej mamy zamiar niebawem powrócić.

PIŚMIENICTWO:

Cassirer i Loewy. Die Formen d. Glioblastose u. ihre Stellung zur diff. Hirn-sklerose. Zeit. f. ges. Neur. u. Psych. 1923 Bd. 8 i *Ceni*. Ein Fall Gliomat. inf. beid. Grosshirnrin. Arch. f. Psych. 1899. Bd. 31. *Ed. Flatau*. Encephaloleucopathia scleroticans progressiva. Neurologja Polska. 1925. Zesz. II. *Landau*. Diff. Gliom des Gehirns. Frankfurter Zeitung f. Pathologie 1910. Bd. 5., H. 3, i 1911. Bd. 3. *J. Mackiewicz*. O glejakach. Neurologja Polska. 1929. T. XII. Zesz. II. *Rossolimo*. Zur Frage der multiple Skl. u. Gliose Deut. Z. f. Nerw. 1897. Bd. 11. *Schilder*. Encephalitis periaxialis diffusa Z. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912 Bd. 10 i Arch. f. Psych. 1924. Bd. 74. *Getzowa*. Das Problem d. Zellteilung. Fr. Z. f. Pat. Bd. 21. h. 3. 1918. *A. Jakob*. Normale u. pathologische Anatomie u. Histologie d. Grosshirnrindes. 1929. II B. I Teil. *Percival Bailey and Harvey Cushing*. Tumors of gliomagroup. Philadelphia. 1926.

(Z Kliniki Neurologicznej U. W.—Dyrektor: Prof. Dr. Orzechowski)

PRZYPADEK GLEJAKA (OLIGODENDROMA) KOMORY BOCZNEJ ¹⁾.

podał

DR. J. CHORÓBSKI.

Przypadek nasz dotyczy chorej, lat 25 liczącej, która zgłosiła się na klinikę neurologiczną U. W. dnia 16. III. 27 r. z następującymi skargami: dotychczas zdrowa, od kwietnia 1926 r. nie miewa perjodów, czuje się ogólnie osłabioną, cierpi na bóle i zawroty głowy, osłabienie wszystkich kończyn, ich drętwienie i drżenie przy ruchach. Poza tem oddaje często i mimowolnie moc.

Przedmiotowo stwierdzono: Chora budowy wątłej, wzrostu niskiego. Odżywienie mierne, skóra i błony śluzowe blade. W narządach wewnętrznych: Apicitis biaeateralis precipue dextra. Tony serca głuche. Tętno miarowe, słabo napięte, 88 na minutę. Stan bezgorączkowy. Moc prawidłowy.

Czaszka prawidłowa, niebolesna na opukiwanie, osłuchowo bez zmian. Obustronna tarcza zastoinowa. Oczopląs poziomo-rotacyjny przy spojrzeniu na boki. Lekki objaw Chwosteka obustronnie. Poza tem w zakresie nn. czaszkowych zmian chorobowych nie stwierdza się. Na kk. górnych: napięcie mięśniowe prawidłowe, siła równomiernie nieco obniżona, odruchy ścięgnisto-okostnowe obustronnie żywe, drżenie rąk przy próbie palec—nos oraz przy ich wyciągnięciu z przewagą po stronie prawej. Niezborności nie stwierdza się. Odruchy brzuszne słabe.

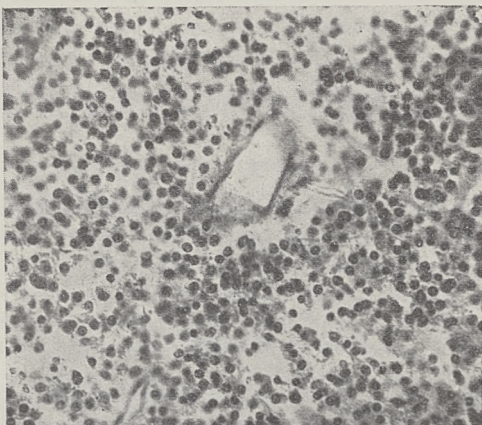
Na kk. dolnych napięcie mięśniowe prawidłowe, siła równomiernie trochę obniżona, bardziej po prawej, odr. kolanowe żywe, po lewej rzepko — i stopotrząs. Objawu Babińskiego brak. Niezborności nie stwierdzono. Chód spastyczno - paretyczny. Sztywności karku i objawu Kerniga brak. Bolesność uciskowa kręgow pier-siowych D4—D8,

Nakłucie łądźwiowe wykazało płyn przezroczysty, żółtawy, wypływający z początku żywym strumieniem, potem kroplami. Podczas nachylenia głowy ku przodowi, wypływ płynu ustawał. Ciałek: $\frac{2}{8}$ w 1 mm. Białka: 0,33%. N. A. : 1. Odczyn Wass. : we krwi i płynie m.—rdz. ujemny.

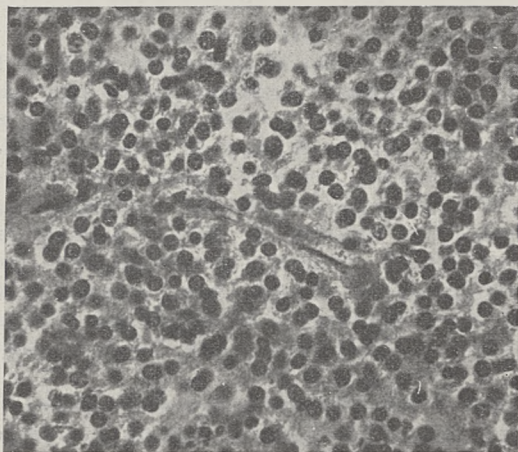
Stan psychiczny: Chora apatyczna, pamięć zła: żadnych bliższych szczegółów nie może podać co do swego pobytu przed rokiem w szpitalu, gdzie leczyć się miała z powodu choroby płuc i ustania perjodów.

¹⁾ Referat wygłoszony na Zjeździe Przyn. i Lek. Polsk. w Wilnie.

W tydzień po przybyciu na klinikę, dn. 24. III. 27-ego r. stwierdzono: Chora od czasu nakłucia lędźwiowego stale skarży się na częstsze bóle głowy i wymioty. Szttywność karku i objaw Kerniga. Apatyczna, to znów zamroczona. Na kk. dolnych, objaw Babińskiego po prawej, po lewej niepewny. Tego dnia zmarła nagle. Rozpoznanie kliniczne: Tumor cerebri non localisatus.



Sekcja pośmiertna wykazała: Bardzo znaczne wodogłowie komór bocznych. W komorze lewej masy nowotworowe, o wyglądzie drobno-ziarnistym, czerwono zabarwione, prawie rozplywające się. Guz wypełnia całą komorę boczną lewą,



a w jednym miejscu przechodzi pod spoidłem wielkiem na stronę przeciwną. Ściany komory zajętej przez guz są gładkie, lśniące, za wyjątkiem podstawy części środkowej komory, gdzie na małej przestrzeni powierzchnia komorowa jest zmatowiała. Ściany rogu przedniego komory lewej przepojone krwią. Splot naczyńiówkowy, częściowo lub w całości zachowany, np. w obrębie lewego rogu tylnego, wy-

daje się prawidłowym. Przegroda przeświecająca, szyszynka, zwoje podstawne jak i powierzchnia mózgu i mózdzku, pień mózgowy oraz rdzeń przedstawiają się makroskopowo jako prawidłowe.

Dla badań histologicznych wzięto wycinki z samej masy nowotworowej, oraz z tych miejsc ściany komorowej, które gołem okiem wydawały się naciezione, wreszcie z rdzenia.

Skrawki zabarwione metodami: Hem. — oezyną. Van-Giesona. Nissla, Bielschowskyego, Heidenheina, Perdraua, Turnbulla, Malloryego, Cajala, Hortegi, Mana i Weigerta na glej.

Widzimy na nich, że guz wychodzi ze wzgórka wzrokowego, z tkanki leżącej tuż pod warstwą podwyściółkową na przestrzeni wąskiego pasa poprzecznego, idącego przez podstawę środkowej części komory bocznej aż do jej ściany bocznej. Przebiwszy warstwę podwyściółkową i samą wyściółkę, masa nowotworowa rozwija się w komorze, obok zachowanego miejscami i niezmienionego spłotu naczyńnikowego.

Masę guza stanowią gęsto ułożone, okrągłe jądra, wielkości małych jąder glejowych, lub nieco większe od nich i nieco jaśniejsze, zawierające wyraźną siateczkę chromatynową oraz po kilka ziarenek srebrochłonnych. Zarodzi dokoła jąder prawie że nie widać, jeśli zaś jest, to albo skąpy skrawek tuż przy jądrze, albo najczęściej układa się w pewnej od jądra odległości, tak, że jądra leżą jakby w jamce okolonej wąskim rąbkim zarodzi (zob. ryc.). Wypustek komórkowych prawie nie widać. Taki obraz widzimy w skrawkach barwionych zwykłymi metodami, wyjątek stanowi metoda Heidenheina, o czym będzie jeszcze mowa. Między komórkami widać subtelną, słabo barwiącą się tkankę podścieliskową w postaci nitki o ziarnistej budowie, łączących się w siateczkę, w okach której leżą owe jądra, w związku lub i bez związku z siateczką. Siateczka ta barwi się podobnie jak glej pierwoszczowy. W zależności jednak od tego, czy skrawki badane pochodzą z części guza wolno leżącego w komorze, czy też z tej jego części, którą łączy się ze wzgórkami wzrokowymi, obraz histologiczny przedstawia się nieco odmiennie.

Jądra w pierwszym przypadku są jaśniejsze, jest ich znacznie więcej i to tem więcej, im bardziej zbliżamy się do obwodu guza, układają się w rzędy po jednym lub dwa substancja zaś podścieliskowa ma charakter bardziej włóknisty i jest mniej ziarnista. W miejscu wyjścia guza, o obrębie wzgórka wzrokowego, jądra są ciemniejsze i bardziej luźniej porzrucane. Dalej spotykamy tu okruchy plasmacyjne, kształtu półksiężycowego, barwiące się, podobnie jak zaródz komórkowa, nieco tylko ciemniej, czasami drobnoziarnisto. Są to wycinki obwodowych części ciała komórkowego, która w częściach swych centralnych, jak już wspomnieliśmy nie barwią się.

Tylko w skrawkach barwionych metodą Heidenheima przeważająca część jąder ma dokoła siebie wyraźne ciało komórkowe z wypustkami o kształcie nieco zbliżonym do komórek amebowatych, lub do komórek oligodendroglia, jeśli wyobrażymy sobie je nieco obrzękłymi. Wypustki łączą się miejscami w twory symplastyczne. W tych samych skrawkach zaródz małych jąder glejowych w normalnej tkance wzgórka wzrokowego, układu takiego nie wykazuje.

W skrawkach z części guza, która łączy się ze wzgórkami wzrokowymi, spotykamy wśród jąder, stanowiących masę guza, komórki duże, wypustkowe, z obfitą zarodzią i środkowo ułożonym jądrem, zawierające obfite złogi barwika, okrągłe, żółte lub czerwone, które równomiernie wypełniają komórkę. Natury tego barwika nie zdołaliśmy ustalić. Może chodzi tu o zmieniony barwik krwi, nie zawierający

już żelaza. Komórek glejowych astrocytowych, ani też włókien glejowych w guzie nie wykazaliśmy. Naczyń w guzie jest dość dużo, z tych niektóre odpowiadają wybijającym włósniczkom. Pomnożenia włókien mezenchymalnych niema. Martwicy, mitozy ani komórek wielojądrowych nie znajdujemy. Przerzutów guza do innych części ukł. nerwowego brak. Wyściółka i tkanka podwyściółkowa, poza obszarem wyjścia guza, są prawidłowe.

Opierając się na przytoczonym obrazie histologicznym komórek stanowiących masę nowotworową, a mianowicie na tem, że są to komórki małe, o drobnych okrągłych jądrach z wyraźną siateczką chromatynową, o zarodki ledwie barwiącej się zwykłymi metodami, a zabarwionej w naszym przypadku metodą *Haidenheina* dzięki najprawdopodobniej przypadkowi, o wypustkach cienkich, rzadko bardzo się rozwidlających, — rozpoznajemy glejak, typu oligodendroglioma.

Pozpoznanie w naszym przypadku guza mózgu, nie nastęrczało klinicznie żadnych wątpliwości, zważywszy skargi chorej i jej objawy.

Inaczej przedstawiała się sprawa umiejscowienia, wobec braku jakiegokolwiek zespołu lokalizacyjnego i braku objawów, które mogłyby wskazywać na jedną z komór bocznych lub jej okolicę. Tyczyłoby się to także oczopląsu. Wprawdzie *Barré* spostrzegał w dwóch przypadków guzów komór bocznych zaburzenia labiryntowe, przestrzega jednak przed przyznawaniem im wartości lokalizacyjnej.

Zresztą granice zespołu objawowego guzów komór bocznych nie są wogóle dostatecznie ustalone.

Podręczniki i monografie klasyczne (*Oppenheim, Lewandowsky, Bruns, Roussy i Cornil* w „*Nouveau Traité de Médecine*“, *Christiansen* i t. d.) o symptomatologii guzów komór bocznych nie wspominają. Nie chcąc bynajmniej wyczerpywać całokształtu literatury przedmiotu, należy wspomnieć, że *Jumentié*, zajmując się tą sprawą, wyodrębnia następujący zespół objawowy guzów komór bocznych: Ogólne drgawki epileptyczne, a nawet stan padaczkowy, zwolnienie procesów psychicznych, czasem urojenia, zmiana charakteru, obok wzmożonych napięć mięśniowych i przykurczów oraz objawów bólu głowy. Rozwój tych guzów ma być powolny, często śmierć nagła. *Barré* opisuje w tych przypadkach zespół składający się z lekkich zaburzeń inteligencji, zaburzeń czuciowych typu ośrodkowego oraz napadów odmóżdzeniowych wzmożonego napięcia mięśniowego. *Crouzon, Baruk i Coste* opisywali systematyczne urojenia prześladowcze w jednym przypadku guza komory bocznej. Wszystko to byłyby obrazy spotykane i w przebiegu gdzieindziej umiejscowionych guzów, a świadczące nietyle o zajęciu tego czy innego

obszaru, jak o wzmożonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym i wodogłowiu które towarzyszy guzowi.

Tym samym mechanizmem tłumaczy i *Lüdecke* objawy spotykane w swoim przypadku guza komory bocznej i III-ej, w którym, obok zwykłych objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, występowały niemiłe uczucie w głowie z chwilą zmiany położenia, zmiany naczynioruchowe na twarzy i szyji, parestezje w całym ciele, zmienne porażenie nerwu okoruchowego (opuszczenie powieki znikające w 1/2 — 1 minuty po każdorazowym obudzeniu się i n. podjęzykowego, wzmożenie odruchów i chwiejność chodu w stronę przeciwną guzowi.

Campora w 1-ym ze swych przypadków guza leżącego w rogu tylnym komory bocznej stwierdzał bóle głowy potyliczne, zmianę charakteru, zaburzenia wzroku, niepewny chód; w drugim, glejaku rogu przedniego, przeciwstronny guzowi niedowład kończyn, objawy oponowe, ogólne drgawki, wreszcie porażenia podniebienia miękkiego i nerwoból w obrębie n. trójdzielnego. Ten ostatni objaw widzieli także *André — Thomas* i *Jumentié* w przypadku oligodendrogliomu komory bocznej.

Ten, jak z przytoczonego widzimy, brak stałego i ścisłego zespołu klinicznego, pozwalającego na umiejscowienie guzów komór bocznych, jest zresztą zrozumiałą. Objawy przy umiejscawianiu komorowym guza będą bowiem zależały nie tylko od rodzaju i skutków mechanicznych guza na wytwarzanie i obieg płynu m. — rdz. w danej komorze, ale i od charakteru danego guza, od kierunku ucisku guza na obszary pograniczne, wreszcie od tego, że najczęściej guz z natury rzeczy nie jest ściśle komorowym, lecz wychodzi ze ścian komory, np. ze wzgórka wzrokowego, spoidła wielkiego, szyszynki i t. p. a tem samym przebiegać może pod właściwym dla tych utworów obrazem klinicznym.

Ze sprawa tą łączy się inna, niemniej ważna, a mianowicie rozbieżność zapatrywań autorów co do tego, które z guzów należy podciągać pod miano komorowych? Czy tylko te, które biorą swój początek ściśle w ścianie wewnętrznej komór, więc w wyściółce i tkance podwyściółkowej, oraz w splocie naczyniówkowym — czy także i te, które wychodzą z tworów pogranicznych i dopiero z czasem rozwijają się w komorach bocznych? Zależnie od tych różnorodnych miejsc wyjścia guzów, będą w wyniku rozmaite, rzadko podobne do siebie obrazy kliniczne.

I tak z jednej strony *Jumentié* podaje, że znane są guzy komór bocznych u osobników bez jakichkolwiek zmian chorobowych

za życia, lub u których stwierdzano jeden tylko objaw np. padaczkę (*H. Roger*), z drugiej strony wystarczy przytoczyć nieco szerzej dwa przypadki z literatury, by wykazać różnorodność obrazów klinicznych w przebiegu guzów komór bocznych. Pierwszy z nich, podany przez *Jumentiego*, do tyczył dziecka 8 lat liczącego, z glejakiem wyściółki komory bocznej i potworniakiem przegrody przeświecającej, z objawami idjotyzmu, niezgrabności ruchów i częstymi napadami epileptycznymi. Drugi przypadek, opisany przez *Cushinga*, dotyczy także dziecka 9 lat liczącego, u którego, z powodu objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, ogólnych drgawek, oczopląsu i chwiania się w jedną stronę, rozpoznano i operowano guz śródmózdkowy. W rzeczywistości guz wychodził ze splotu naczyniowego jednej z komór bocznych i był otoczony torbielami, z których jedna uciskała na namiot mózdku i pod nim leżącą półkulę mózdku, przesuwiała most *Varola* i pień mózgowy, zaciskając wodociąg *Sylviusza*.

Wspominając tylko w tem miejscu o możliwościach lokalizacyjno-rozpoznawczych, jakie daje nam dziś odma mózgowia, należy dodać, że jednym może z najważniejszych objawów nasuwających na myśl możliwość umiejscowienia w komorach wogóle, a tem samem i w bocznych, bywa zmienność objawów zależnych od wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, wspólna tym guzom i pasorzytom komór, zmienność tłumacząca się obrzękiem lub przemieszczaniem się guza w obrębie komory, które chwilowo lub na czas dłuższy powodują utrudnienie odpływu płynu m. — rdz. W wyjątkowych razach np. w przypadkach brodawczaków splotu naczyniowego, *Cushing* przypuszcza wahania ilościowego wydzielania samego płynu m. — rdz. W związku z tem, co tu powiedzieliśmy, zasługuje na uwagę, że w naszym przypadku podczas nakłucia lędźwiowego pochylenie głowy naprzód zamiast przyspieszenia wypływu cieczy, powodowało jego ustawianie.

Zewnętrzny objawem tych zaburzeń mechanicznych obiegu płynu m. — rdz. bywa często obok tej, jak już wspomnieliśmy, zmienności obrazu klinicznego charakterystyczne, przymusowe ułożenie głowy. odruchowe, właściwe guzom wszystkich komór jednak w guzach komór bocznych i III-ej z jednej, a komory IV-ej z drugiej strony, prawdopodobnie odmiennie, będące następstwem tego, że układ komorowy dostosowuje się przestrzennie do utrudnionych warunków krążenia płynu m. — rdz. Temu towarzyszą też niemiłe uczucia w głowie przy zmianie jej położenia.

Jeżeli zatem przypadek nasz pod względem klinicznym nie

przedstawia żadnych szczególnych właściwości lokalizacyjno-rozpoznawczych, chyba obrazując niemożność rozpoznania, to pod względem anatomo-patologicznym przedstawia się o wiele bardziej interesująco. Raz dla tego, że glejaków tego typu niewiele stosunkowo obserwowano. *Rayley i Cushing* między 412 glejakami spotykali tylko 9 razy oligodendroglioma. *Jumentié* opisał w 1928 roku taki przypadek. Zastrzec się w tem miejscu musimy, że z pewnością nie wyczerpujemy temsamem całej literatury przedmiotu.

Przypadek nasz ciekawym jest także ze względu na miejsce wyjścia i kierunek rozrostu guza. Należałoby się najpierw zastanowić czy mamy prawo guz nasz nazywać komorowym? Wychodził on z tkanki wzgóрка wzrokowego, leżącej tuż pod wyściółką, powodując wprost znikome zajęcie właściwej tkanki wzgóрка. Ponieważ masowy rozwój guza ma miejsce w komorze, zmusza nas to zaliczyć ten przypadek, w każdym razie klinicznie, do rzędu guzów komorowych. W niewielkiej kazuistyce oligodendrogliomatów podobne umiejscowienie zdarzyło się aż 3 razy. Z 9-ciu przypadków *Baileya i Cushinga*, cztery rozwijały się w płacie czołowym, dwa w ciemieniowym, jeden w potylicznym, a dwa wychodziły prawdopodobnie z przegrody przeświecającej i były poniekąd komorowe. W przypadku *Jumentiego* oligodendroglioma leżał — podobnie jak u nas — w jednej z komór bocznych.

Guzy te, charakteru dobrotliwego, rozwijające się zazwyczaj we wczesnym okresie życia, rosną powoli i mogą, według *Cashinga* długo nie dawać żadnych objawów ogniskowych, ani zagrażać życiu. Średni czas trwania tych guzów, od najwcześniejszego objawu chorobowego do śmierci oblicza *Cushing* na 5 i $\frac{1}{2}$ lat. Klinicznie złośliwymi stają się one dopiero z tą chwilą, kiedy spowodują zaburzenia obiegu płynu m. — rdz. z ich następstwami, jak w naszym przypadku.

Z opisu naszego przypadku oraz z danych literatury, wynika, że guzy komór bocznych, to znaczy, te, które wychodzą ze ścian komór i potem w ich wnętrzu się rozwijają, nie posiadają klinicznego oblicza swoistego. Będzie niem zespół niecharakterystyczny, składający się z objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, oraz z różnych, od przypadku do przypadku odmiennych objawów, zależnych od charakteru guza i kierunku jego rozrostu. Cennym środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu powinny stać się odma mózgowa i objawy świadczące o utrudnieniu odpływu płynu m. — rdz. z jednej komory.

BIBLIOGRAFJA.

P. Bailey and H. Cushing. A Classification of the Tumors of the Glioma Group. Lippincot Company. Philadelphia. London. Montreal. 1926. — *P. Bailey.* A. Study of Tumors arising from ependymal cells. Arch. of. Neur. a. Psych. VI.11. January 1924. — *P. Bailey and P. C. Bucy.* Oligoden drogliomas of the brain. I. of Path. 32. 1929. — *Davis a. Cushing.* Papillomas of the Choroid Plexus. Arch. of Neur. a. Psych. XII. 1925. *J. Jumentié.* Tumeurs intraventriculaires, Congrès des alienistes et neurol. de la France et des pays de la langue francaise. Blois—Tours 1927. — *André—Thomas et J. Jumentié.* Un cas de tumeur du ventricue lateral. Rev. Neur. v. 1. Nr. 1. 1928. — *J. Jumentié et A. Barbeau:* Tumeurs multiples des ventricules lateraux. Rev. Neur. v. 1. Nr. 5. 926. — *Jumentié, Olivier, Leclair.* Gliome cérébral intraventriculaire traité par la radiothérapie penetrante. Congrès des aliénistes et neur. de la France a Bruxelles. 1924. — *Luedecke.* Zur Symptomatologie der Erkrankungen der Ventrikel. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenhlkel. Bd. 98. H. 4/6. 1927. — *Campona.* Due casi di tumore dei ventricoli laterali del cer vello. Gazz. d. osp. e. d. clin. T. 42. Nr. 89. 1921. — *Barré a. Alfandary.* Troubles vestibulaires dans les tumeurs cérébrales. Rev. Neur. V. 11. Nr. 1. p. 94. 1928.

KRONIKA PSYCHJATRYCZNA.

Rok temu pisałem już o tem „non possumus“ Ministerstwo Skarbu, które zatamowało drogę narodzinom ustawy o opiece nad psychicznie chorymi. Przygotowany już we wszystkich szczegółach projekt ustawy po przebyciu ogniowej próby „uzgadniania“ w komisjach międzyministerjalnych natknął się w ostatniej chwili na sprzeciw Ministerstwa Skarbu, które wystąpiło przeciw przyjętemu poprzednio projektowi dla tego, że nie daje on „gwarancji“ dla zahamowania nadmiernego rozpędu inwestycyjnego ciał samorządowych.

Próba przekonania Ministerstwa Skarbu, że obawy jego o to, że w Polsce pobuduje się zbyt wiele szpitali psychiatrycznych, są płonne, że zresztą obowiązująca już ustawa o zakładach leczniczych nakazuje związkom samorządowym zakładanie szpitali i nie zawiera gwarancji hamujących, że związki samorządowe wcale się nie spieszą z wykonaniem ciężących na nich obowiązków — nie dała rezultatu. Ministerstwo Skarbu nie znalazło powodu do zmiany swego stanowiska w stosunku do projektu ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, a ponieważ żadna inna władza państwowa nie upomina się o to, żeby projekt został oddany pod obrady Sejmu, spoczywa on spokojnie w składzie projektów nieaktualnych,

Usilne zabiegi o utrzymanie w budżecie Departamentu Służby Zdrowia pozycji funduszu zasiłkowego, któremu zawdzięczamy rozpoczęcie budowy trzech nowych wojewódzkich zakładów psychiatrycznych nie dały dotychczas żadnych owoców. O utrzymaniu funduszu zasiłkowego zabiegały wielokrotnie delegacje związków samorządowych tych województw, które, licząc na pomoc z tego źródła, przystąpiły do budowy swoich zakładów i stoją obecnie w obliczu grozy, że nakłady kapitałów i pracy, utopione w rozpoczętych budowlach, pójdą na marne Fundusz dotacyjny, skreślony decydująco w budżecie tegorocznym, nie figuruje nawet w symbolicznej postaci w preliminarzu na rok 1931/32.

Wobec opłakanego stanu finansów komunalnych w całym kraju i absolutnej niemożności kontynuowania rozpoczętych prac budowlanych przy pomocy własnych funduszy związków samorządowych, próbowano ratować sytuację pożyczkami.

Wysokie oprocentowanie pożyczek utrudnia realizację zamierzeń budowlanych; pożyczki zresztą są możliwe dla osiągnięcia tylko dla tych zakładów, które mają możliwość dania hipotecznego zabezpieczenia pożyczek, a wysokość pożyczek, możliwych do uzyskania, da w najlepszym razie możliwość wykonania zaledwie małej części planu budowlanego.

Zawdzięczając pożyczce Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, nadewszystko przecież energii prezesa Związku Samorządów Województwa Białostockiego D-ra Brodowicza i energii kol. Deresza, który objął kierownictwo zakładu w Choroszcy, zakład ten został już częściowo uruchomiony. Uroczystość otwarcia pierwszych dwóch pawilonów tego zakładu odbyła się d. 25 listopada 1930 r. Z okazji tej uroczystości kol. Deresz wydał szkic historii osady Choroszcy, a architekci pp. W. Borawski i M. Heyman opis planu przebudowy dawnej rezydencji Braniczkich i fabryki sukna Moes na zakład psychiatryczny. Z całego szeregu zabudowań istniejących dostosowano do użytku chorych narazie dwa większe budynki, mogące pomieścić 300 do 400 chorych oraz zabudowanie kuchni, pralni i urządzeń ogrzewania centralnego.

Życząc tej nowej placówce pracy psychiatrycznej w Polsce, pierwszemu Zakładowi Wojewódzkiemu na ziemiach b. zaboru rosyjskiego, — pomyślnego rozwoju, wyrażamy nadzieję, że energiczny zarząd Związku samorządów Województwa Białostockiego zdoła pokonać piętrzące się przed nim trudności finansowe i doprowadzi do końca dzieło budowy zakładu w całkowitym zakresie jego planu.

* * *

Budowa zakładów w Chełmie i Gostyninie, prowadzona w żywym tempie w roku poprzednim, opóźnia się z powodu braku funduszków. Częściowego uruchomienia obu tych zakładów należy się spodziewać w roku bieżącym.

* * *

Dnia 29 listopada 1930 r. odbyła się uroczystość otwarcia zakładu dla psychicznie chorych więźniów przy więzieniu w Grudziądzu. Zakład, istniejący przed wojną, został gruntownie odnowiony i zmodernizowany kosztem funduszków Ministerstwa Sprawiedliwości. Zakład może pomieścić od 80 do 100 chorych. Kierownikiem zakładu został kol. Bednarz. Z chwilą uruchomienia zakładu w Grudziądzu Ministerstwo Sprawiedliwości posiada w swem rozporządzeniu około 150 miejsc dla więźniów, którzy zachorowali psychicznie podczas odbywania kary, oraz dla potrzeb obserwacji psychiatrycznej podsądnych. Wobec braku miejsc w zakładach psychiatrycznych ogólnych do zakładów psychiatrycznych Ministerstwa Sprawiedliwości dostają się także chorzy uwolnieni od odpowiedzialności sądowej i internowani po myśl § 39 k. k. W kołach prawniczych powstają wątpliwości, czy umieszczaniu chorych tej ostatniej kategorii w Grudzisku lub Grudziądzu odpowiada intencji prawodawcy. Wątpliwości budzić muszą takie nierównomierne konsekwencje finansowe u kategorii chorych internowanych po myśli cz. III art. 39 k. k. wynikające stąd, że koszty pobytu internowanych w Zakładach Ministerstwa Sprawiedliwości ponosi Skarb Państwa, gdy tymczasem koszta leczenia tej samej kategorii chorych, o ile dostaną się do zakładu państwowego lub komunalnego, obciążają bądź ich samych bądź gminy miejsca ich zamieszkania.

* * *

Dotykamy tu jednego z licznych zagadnień wymagających jednolitego uregulowania w zaniedbanej dziedzinie sprawy kosztów leczenia psychicznie chorych. Zapowiadany od szeregu lat projekt nowej jednolitej ustawy o kosztach leczenia nie doczekał się jeszcze konkretnej postaci. Chaos przepisów prawnych, które odnoszą się do sprawy kosztów leczenia psychicznie chorych w różnych dzielnicach Polski

jest niesłychany. Wydanie nowej ustawy o kosztach leczenia należy do najpilniejszych spraw lecznictwa i ładu administracyjnego w państwie.

* * *

Ruch budowlany, zapoczątkowany w okresie lepszych czasów w naszym szpitalnictwie psychiatrycznym, ogarnął także zakłady istniejące. O budowie nowych pawilonów wspomina sprawozdanie zakładu w Kochorowie; w Kobierzynie rozpoczęto w roku zeszłym budowę nowego pawilonu wstrzymano ją jednak dla braku funduszków; rozbudował się oddział psychiatryczny szpitala starozakonných na Czystem w Warszawie, ale nie uruchomił jeszcze dobudowanych sal, zakład w Warcie buduje nowy pawilon na dokupionym terenie, w szpitalu w Tworkach stanął już i został wykończony nowy pawilon imienia ś. p. prof. Radziwiłłowicza, który oddano do użytku chorych d. 11 I. 1931. Wykończenie nowych budowli w zakładach istniejących powiększy zapas rozporządzalnych łóżek i może dać około 400 miejsc dodatkowych dla chorych.

* * *

Sprawa zorganizowania szkolenia personelu pielęgniarskiego zakładów psychiatrycznych według jednolitego programu, poruszana na naszych zjazdach, rozbiła się o brak funduszków. Referat pielęgniarstwa w Departamencie Służby Zdrowia przygotował już w porozumieniu z Wydziałem Oświaty Pozaszkolnej Ministerstwa Wyzn. Rel. i Oświecenia Publicznego program pierwszego próbnego kursu pielęgniarstwa psychiatrycznego dla delegatów, wybranych z grona personelu pielęgniarskiego większych zakładów. Kursu nie dało się uruchomić dla braku środków. Sprawa podniesienia poziomu intelektualnego służby pielęgniarskiej naszych zakładów jest tak bardzo doniosłą, że skromny fundusz, potrzebny do zapoczątkowania kursów powinien się znaleźć koniecznie.

W. Ł.

DRUGIE SPRAWOZDANIE Z CZYNNOSCI ZAKLADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE ZA ROK 1929.

podał

W. ŁUNIEWSKI.

W zesz. XII „Rocznika psychiatrycznego“ ogłosiłem wspólnie z kol. Bernasiewiczem pierwszą próbę zestawienia danych statystycznych, zawartych w sprawozdaniach naszych zakładów psychiatrycznych za rok 1928, opracowanych po raz pierwszy według jednolitego wzoru, ustalonego przez specjalną komisję VIII Zjazdu psychiatrów polskich. Wyniki tego zestawienia zainteresowały Główny Urząd Statystyczny, który w zeszycie II „Wiadomości Statystycznych“ z dn. 5. VI 1930 podał do szerszej wiadomości kilka tablic, dotyczących zakładów psychiatrycznych i ruchu chorych w zakładach. Dane, dotyczące szerzenia się chorób psychicznych wśród ludności żydowskiej, zawarte w naszym pierwszym zestawieniu, przytacza też w Nr. 35 niemieckiego czasopisma „Psychiatrisch neurologische Wochenschrift“, kol. Becker który ogłosił w tem piśmie swój artykuł pod tytułem: „Weitere Ergebnisse uber die Verbreitung des Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen“.

Obecnie mam możność zestawienia statystyki naszych zakładów psychiatrycznych za rok 1929. Dane cyfrowe, zawarte w tem drugim sprawozdaniu generalnem polskich zakładów psychiatrycznych, nie dają wiele nowego w porównaniu z cyframi z 1928 r., dają one jednakże materiał porównawczy, obrazujący rozwój opieki nad psychicznie chorymi w naszym kraju, i pozwalający wyluskać z tego, co się zmienia nieustannie, pewne momenty stałe. Cyfry za rok 1929 są już znacznie dokładniejsze w porównaniu z cyframi pierwszego sprawozdania, usuwają one już wiele wątpliwości pierwszego zestawienia i świadczą o tem, że doszliśmy z autorami sprawozdań poszczególnych do lepszego porozumienia. Nie osiągnęliśmy przecież jeszcze całkowicie jasnego obrazu stanu naszego szpitalnictwa psychiatrycznego. Dotyczy to przede wszystkim ustalenia liczby,

„etatowych” miejsc, którą niektóre zakłady obliczają nie na podstawie kubatury pomieszczeń dla chorych, lecz na zasadach dowolnych lub na podstawie obliczeń przypadkowych.

Zestawienie nasze obecne obejmuje kilka nowych instytucji, które istniały wprawdzie w 1928 r., ale nie były objęte sprawozdaniem.

Są to następujące instytucje:

1) Zakład dla alkoholików w Tarnowskich Górach, pod wezwaniem Ś-go Jana, należący do Zgromadzenia OO. Kamiljanów, założony w 1907 r. i mający możność pomieszczenia 43 alkoholików płci męskiej.

2. Zakład dla umysłowo niedorozwiniętych gminy wyznaniowej ewangelicko-augsburskiej w Warszawie, założony w 1904 r. i mający możność pomieszczenia 68 osób (34+34 k).

3. Zakład dla dziewczynek epileptycznych pod wezwaniem S-go Jana Vianeya w Brwinowie, prowadzony przez stowarzyszenie religijne katolickie, założony w 1906 r. i mogący pomieścić 32 chore płci żeńskiej.

4. Sanatorium dla chorych wewnętrznych i nerwowych Dr. Dydyńskiego w Warszawie, założone w 1904 r., w którym może znaleźć pomieszczenie do 38 osób psychicznie chorych,

5. Kolonja dla umysłowo-chorych Żydów we wsiach Dekszna i Lejpuny pod Olkienikami w pow. Wileńsko-Trockim. Kolonja ta, założona jeszcze przed wojną, rozwija się na terenie dwóch wsi, zamieszkałych przez 55 rodzin żydowskich. W d. 22.V.1930 kolonje tę zwiedziła Komisja Lekarska Urzędu Wojewódzkiego w Wilnie i ustaliła nad nią stały nadzór lekarski. Kolonja może pomieścić około 100 chorych.

Ze sprawozdania niniejszego odpadają natomiast oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych w Grodnie, Miechowie i Płocku, które zostały zlikwidowane oraz oddział psychiatryczny Szpitala Wojskowego w Przemyślu, który nie nadesłał swego sprawozdania.

Ogółem zatem sprawozdanie nasze za 1929 r. obejmuje 47 instytucji, zajmujących się leczeniem psychicznie chorych z ogólną liczbą zadeklarowanych miejsc 12062.

W porównaniu z danymi poprzedniego sprawozdania liczby miejsc etatowych uległy w kilkunastu zakładach znaczniejszym zmianom. W jedenastu zakładach zadeklarowano większą liczbę miejsc w porównaniu z pojemnością określoną w 1928 r.—przyrost wynosi 568 miejsc; w 10-ciu zakładach zmniejszono zadeklarowaną pojemność o 236 miejsc.

Ubyło nam 53 miejsca w zlikwidowanych oddziałach, przybyło natomiast 181 miejsce w zakładach, które w poprzednim sprawozdaniu nie figurowały. W ogólnym wyniku przybytku i ubytku miejsc, zadeklarowanych przez zakłady objęte sprawozdaniem, mamy przybytek 410 miejsc do stanu posiadania z roku 1928.

Zadeklarowane miejsca etatowe rozkładają się na poszczególne grupy zakładów w sposób następujący.

I. W 17 samoistnych zakładach psychiatrycznych publicznych	10769 (w 1928 r.—10373)
II. W klinice Uniwersyteckiej U.	
Jag. w Krakowie	70.
III. W 13. oddziałach psychiatrycznych ogólnych.	
a) w 9 cywilnych	419. (w 1918 r.—542)
b) w 4 wojskowych	148.
IV. W 8 zakładach prywatnych	228. (w 1918 r.—163)
V. W zakładzie więziennym	50.
VI. W przytułkach i w kolonji Dekszna	305. (w 28 r.—232)
VII. W 2-ch zakładach dla alkoholików	73.
<hr/> razem 12062 (w 1928 r.—11652).	

W jaki sposób osiągnięto powiększenie pojemności w kilku zakładach publicznych dowiadujemy się z dodatkowych wyjaśnień tych zakładów. Tak nprz. w Kocborowie osiągnięto powiększenie liczby miejsc dla chorych o 165 przez ścieśnienie chorych w istniejących pawilonach, przez wydanie pewnej liczby chorych w opiekę rodzinną, przez obłożenie chorymi zabudowań dzierżawionych i przez wybudowanie nowych pawilonów.

Dziekanka powiększyła swoją pojemność o 128 miejsc, nie podała jednak w jaki sposób udało się jej to zrobić. Wejherowo powiększyło swoją pojemność o 161 miejsc przez objęcie w posiadanie pawilonów, mających poprzednio inne przeznaczenie.

Znaczniejszą redukcję w zadeklarowanej liczbie miejsc wykazały Kochanówka i Zofjówka wskutek skorygowania zbyt hojnych obliczeń poprzedniego sprawozdania.

We wszystkich 47 instytucjach, objętych sprawozdaniem, pracowało w ciągu roku sprawozdawczego 187 lekarzy, personel, zajęty pielęgowaniem chorych obejmował 2250 osób.

Ogólna liczba dni zakładowych we wszystkich, objętych sprawozdaniem zakładach wyniosła w 1929 r. — 5057422., wykazując w stosunku do tej samej liczby 1928 r. wzrost 189064 dni zakładowych.

Ogólny ruch chorych w zakładach.

Przy 12062 miejscach etatowych, wykazanych w sprawozdaniach zakładów mieliśmy w 1929 r. następujące cyfry ruchu chorych. W d. 1 I 1929 pozostawało

w zakładach . . . 7154 m. + 6294 k. razem 13448 chorych.
w ciągu roku sprawozd.

przybyło 6510 „ + 4849 k. „ 11359 „

ogółem leczyło się 13664 m +11143 k. „ 24807 „

z tej liczby ubyło w ciągu

roku 5994 „ + 4399 k. „ 10393 „

i pozostało na dzień 1. I

1930 r. 7670 m + 6744 k. „ 14414.

Stopień przepełnienia zakładów ilustruje następujące zestawienie.

Data	—	—	—	1. I 1927. r.	1. I 1929 r.	1. I 1930 r.
Liczba miejsc etatowych				10929.	11652.	12062.
Stan chorych w zakładach				11213.	13448.	14414.
Przepełnienie w liczbach absol.				284.	1796.	2352.
Odsetek przepełnienia				2,6%	15,4%	19,5%.

W rzeczywistości stopień przepełnienia jest większy niż ujawnia go zestawienie, ponieważ na dobro powiększenia pojemności etatowej przyjęliśmy wszystko to, co osiągnięto drogą ściśnienia chorych.

Na nierównomierny rozkład przepełnienia wskazuje fakt, że przy ogólnem przepełnieniu w zakładach, dochodzącem w rachunku przeciętnym do 19,5%, kilka zakładów województw zachodnich posiadało jeszcze miejsca wolne i to w znaczniejszej ilości. Miejsca wolne na dzień 1 stycznia 1930 wykazały następujące większe zakłady: Lubliniec 54 miejsc, Dziekanka—66, Owniska—39, Kościan—30, Kocborowo—170.

Najwyższy stopień przepełnienia wykazała w grupie zakładów samoistnych Warta (118%) za nią idą Kochanówka (74,7%) Kobierzyn (70,7%) Kulparków (68,8%) Rybnik (47,6%) Tworki (40,9%) Zofjówka (30,5%) Szpital Św. Jana Bożego w Warszawie (21,1%) Wejherowo (18%), Klinika w Krakowie (11,%) Antokol (8,3%). Uderzająco mały stopień przepełnienia mamy do zanotowania w roku sprawozdawczym w Drewnicy (2%).

W grupie oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych największy stopień przepełnienia notuje szpital żydowski w Wilnie (84,6%) za nim idą: szpital starozakonnych na Czystem (73,6%) szpi-

tal św. Łazarza w Krakowie (67,5%) Szpital św. Wincentego w Lublinie (60%) szpital w Białymstoku (50%) i Szpital św. Jana Bożego w Lublinie (32,6%).

Intensywność ruchu chorych w zakładach w 1929 r. charakteryzują następujące cyfry. Przy początkowej liczbie chorych, wynoszącej na początku roku 13448 zakłady nasze przyjęły w ciągu roku 11359 nowych chorych. Przyływ nowych chorych wyraża się cyfrą 84,46% stanu chorych na początku roku i przewyższa analogiczną cyfrę roku poprzedniego o 1,76%.

Najwyższy odsetek przyływu wykazuje podobnie jak w roku poprzednim szpital miejski w Poznaniu (24,17%), najniższy zaś odsetek zakład w Owińskach (17,7%) odpływ chorych z zakładów oznacza liczba 10393 chorych, którzy w ciągu roku sprawozdawczego opuścili zakłady. W stosunku do ogólnej liczby chorych leczonych (24807) odpływ stanowi przeciętnie 41,89%. Najwyższy odsetek odpływu wykazuje oddział psych. Szpitala Powszechnego we Lwowie (96%) najniższy—zakład w Wejherowie (9,4%).

Czas pobytu chorych w zakładzie wyniósł w roku sprawozdawczym przeciętnie 203,87 dnia (5057422 dni zakładowych na 24807 chorych leczonych).

Najdłuższy przeciętny czas pobytu chorego w zakładzie przypada na Owińska (315,4 dnia) najkrótszy—na szpital miejski w Poznaniu (16,7 dnia).

W grupie większych zakładów samoistnych przeciętne czasu pobytu chorego wahają się w granicach od 124,19 dni (Szpital św. Jana Bożego w Warszawie) do 315, 27 dni (Zakład w Owińskach). W grupie szpitali wojskowych wahania obracają się w granicach od 17,1 do 42,17, w grupie zakładów prywatnych—w granicach od 36,25 do 113,57 dni.

Umieralność chorych w zakładach wyniosła przeciętnie w roku sprawozdawczym 5,39% (1337 przypadków śmierci w stosunku do 24807 leczonych). W porównaniu z rokiem 1928 umieralność podniosła się o 0,09%. Wahania odsetka umieralności były w dalszym ciągu bardzo znaczne w sprawozdaniach poszczególnych zakładów.

Bardzo niski odsetek umieralności wykazują oddziały psychiatryczne szpitali wojskowych (1,2—3,4%) oraz grupa zakładów prywatnych, co tłumaczy się łatwo krótkim czasem pobytu chorych w tych oddziałach i zakładach. Wszakże już w grupie zakładów prywatnych spotykamy wahania odsetka umieralności w granicach od 1,2% aż do 6,03%. W grupie większych zakładów publicznych

najniższym odsetkiem umieralności może się poszczycić Zakład w Owińskach, wykazujący 2,66% umieralności. Następne miejsca z kolei zajmują: Wejherowo (3,14%), Lubliniec (3,59%), Kocborowo (3,62%), Dziekanka (3,86%), Świecie (4,06%), Kochanówka (4,79%), Rybnik (5,01%), Kobierzyn (5,12%), Szpital św. Jana Bożego w Warszawie (5,72%), Tworki (6,16%), Kulparków (6,68%). Uderzająco wysoki odsetek umieralności wykazuje Zakład na Antokolu (12,02%), dalej Zofjówka (15,63%) oraz Drewnica (16,51%). W dwu pierwszych odsetek umieralności podniósł się w roku sprawozdawczym prawie że dwukrotnie w stosunku do roku poprzedniego. W Drewnicy odsetek umieralności podniósł się z 12,97% do 16,51%.

W stosunku do liczby chorych, wypisanych z zakładów w ciągu roku zmarli stanowią 15,76% (w roku poprzednim cyfra ta wynosiła 16,4%).

Podział ruchu chorych co do płci. Podobnie jak w latach ubiegłych spotykamy także i w roku sprawozdawczym wyraźną przewagę liczby chorych płci męskiej nad liczbą chorych płci żeńskiej we wszystkich rubrykach ruchu chorych w naszych zakładach. Pod tym względem stosunki nasze są zasadniczo odmienne od stosunków we Francji, gdzie ¹⁾ od szeregu lat płeć żeńska wybitnie dominuje nad męską zarówno w absolutnych liczbach zaludnienia zakładów psychiatrycznych jak i w stosunkowej przewadze odsetka chorych kobiet nad odsetkiem chorych mężczyzn.

W stanie chorych w dniu 1. I. 1929 przewaga chorych płci męskiej nad choremi płci żeńskiej wyraża się u nas w przybliżeniu stosunkiem 1,13 : 1,0, w przyplwywie nowych chorych stosunkiem 1,35 : 1,0, w liczbie chorych leczonych stosunkiem 1,23 : 1,0, w stanie zaś chorych w dniu 1. I. 1930 r. stosunkiem 1,12 : 1,0. W liczbie chorych leczonych we Francji w r. 1926 stosunek liczb mężczyzn do liczby kobiet miał się jak 0,74 : 1,0. Przyczyna tego faktu nie jest dla mnie jasną.

Miejsce pochodzenia chorych. Przy porównaniu danych, dotyczących miejsca pochodzenia chorych, pozostających w zakładach w dniu 31 grudnia 1929 roku z takimi danymi z dnia 31 grudnia 1930 stwierdzić można nieznaczny wzrost chorych, pochodzących z woj. Białostockiego (274 w porównaniu z 252), Kieleckiego (636 w porówn. z 542), Krakowskiego (1147 w porówn. z 1012), Lubelskiego (380 w porówn. z 326), Lwowskiego (1223 w porówn. z 1161),

¹⁾ Toulouse. Dupony et Moine: Statistique de la psychopatie. (Annales médico-psychologiques. 1930 Nr. 5).

Łódzkiego (1224 w porówn. z 1040), Nowogrodzkiego (181 w porówn. ze 108), Poleskiego (191 w porówn. ze 137), Pomorskiego (1151 w porówn. z 1007), Poznańskiego (1997 w porówn. z 1826), Stanisławowskiego (471 w porówn. z 431), Śląskiego (1788 w porówn. z 1618), Tarnopolskiego (460 w porówn. z 423), Wileńskiego (346 w porówn. z 260), Wołyńskiego (261 w porówn. ze 187), nieznaczny przyrost cudzoziemców (77 w porówn. z 64). Spadek nastąpił natomiast w liczbie chorych pochodzących z m. st. Warszawy (1390 w porównaniu z 1533) oraz z województwa Warszawskiego (1081 w porównaniu z 1131).

Rozpatrując cyfry powyższe ze stanowiska regionalnego przeznaczenia nowo budujących się zakładów możemy stwierdzić, że Zakład w Choroszczy, zbierając chorych z woj. Białostockiego, Wileńskiego i Nowogrodzkiego miałby w dniu 31. XII. 1929 aż 801 chorych do ulokowania u siebie, Zakład w Chełmie mógłby zabrać z woj. Lubelskiego, Wołyńskiego i Poleskiego 832 chorych, a zakład w Gostyninie miałby dla siebie przeszło 1000 chorych z woj. Warszawskiego.

Odciałyłoby to wydatnie pozostałe zakłady i posunęłoby wybitnie naprzód realizację planu regionalnej opieki nad psychicznie chorymi. Najbliższa przyszłość pokaże niezawodnie, że powstanie nowych zakładów na terenach, które ich dotychczas nie miały, wydobędzie na jaw znacznie większe liczby chorych na tych terytorjach w porównaniu z tem, co wykazują sprawozdania dotychczasowe.

W stosunku do stanu ludności w Polsce, stwierdzonego przy ostatnim spisie ludności w 1925 r. liczba łóżek psychiatrycznych, jakie posiadaliśmy w końcu 1929 r., wyraża się stosunkiem 5,9 łóżek na 10.000 ludności. Stosunek ten osiągamy przy prawie że krańcowem przepełnieniu zakładów.

Podział ruchu chorych z uwzględnieniem rozpoznań psychiatrycznych, uwidoczniony w tablicy I-ej jest w cyfrach odsetkowych tak wiernie podobny do tego, co ujawniło sprawozdanie poprzednie, że sędzę, iż stosunki procentowe częstości występowania poszczególnych chorób psychicznych wśród pacjentów naszych zakładów psychiatrycznych, tak jak je dziś rozpoznajemy, można uważać za ustalone. Wahania w obrębie cyfr dwóch następujących po sobie sprawozdań są naogół tak bardzo małe, że można je pominąć. Pewną nieznaczną różnicę spotykamy tylko w grupie padaczki, która z 7,6% roku poprzedniego spadła do 6,8% oraz w grupie psychozy manjkalno — depresyjnej, która z 5,5% spadła do 4,7%.

Prawie że żadnym zmianom nie uległy też stosunki procentowego udziału w zachorowalności mężczyzn w porównaniu z kobietami.

W podziale chorych według wyznań, uwidocznionym w tabl. II spotykamy pewne zmiany w stosunku do tego, co wykazało sprawozdanie poprzednie. Procentowy stosunek rzymskich katolików w liczbie chorych, przyjętych do zakładów w 1929 r., wzrósł z 57,92% do 68% i przewyższył nawet procentowy stosunek członków tego wyznania wśród ludności kraju, w tym samym kierunku rozwinęły się cyfry, dotyczące stosunku procentowego chorych wyznania izraelskiego, którzy wśród przyjętych do zakładów figurują w roku 1929 w 22,35%, podczas gdy analogiczna cyfra w roku zeszłym wynosiła 19,41%. Przyrost procentowy obu tych grup chorych odbył się kosztem spadku grupy chorych niewiadomego wyznania, co może być wyrazem dokładniejszego zebrania surowego materiału statystycznego w późniejszym drugim sprawozdaniu.

Gdybyśmy zastosowali do obliczenia wskaźnika frekwencji grup wyznaniowych ludności w przyływie chorych do zakładów psychiatrycznych tą samą zasadę, jaką kierowaliśmy się przy opracowaniu poprzedniego sprawozdania otrzymalibyśmy następujące cyfry.

Przy udziale ludności wyznania rz. katol. wyrażającym się wskaźnikiem 106,7. Ludność ewangelicka byłaby reprezentowana wskaźnikiem 100,3, ludność grecko-katolicka i prawosławna wskaźnikiem 25,5, a ludność żydowska wskaźnikiem 279,4.

Chętnie koryguję moje obliczenia zeszłoroczne w myśl uwagi kol. Beckera w jego cytowanej na wstępie pracy. Podnosząc odsetek ludności żydowskiej w Polsce do 10,5 zgodnie z tem, co podaje kol. Becker, otrzymuje na podstawie danych ostatnich sprawozdań wskaźnik udziału ludności żydowskiej wprawdzie nieco mniejszy, ale bądź co bądź bardzo wysoki, bo wynoszący 212,9.

Próba posegregowania chorych przyjętych do zakładów według rozpoznań psychiatrycznych przy równoczesnym podziale według grup wyznaniowych udała nam się na materiale statystycznym 1928 r. tylko częściowo: podział objął w sprawozdaniu poprzednim tylko chorych z większych samoistnych zakładów, w łącznej liczbie 6164 osób. Dokładniej opracowane sprawozdania za rok 1929 pozwalają tym razem na posegregowanie wszystkich chorych, przyjętych do zakładów psychiatrycznych w Polsce, według wyznań i rozpoznań psychiatrycznych zarazem. Materiał obejmuje tym razem liczbę chorych bezmała dwukrotną bo 11359 przypadków. Zestawienia podziału porównawczego zamykają się w obliczenia odsetkowych nie-

mal że identycznych z temi, jakie osiągnęliśmy w sprawozdaniu poprzednim.

W tablicy III., wykazującej porównawczą frekwencję postaci chorób psychicznych ludności aryjskiej i semickiej, uwypukla się niezmiernie jaskrawo wielka przewaga chorych wyznania mojżeszowego w grupie schizofrenji i grupie psychoz manjakkalno-depresyjnych.

Schizofrenję rozpoznawano wśród chorych wyznania mojżeszowego w 61,2% przypadków wtedy, kiedy wśród chorych wszystkich innych grup wyznaniowych rozpoznawano ją tylko w 31,4% przypadków. Przewaga szczególnego usposobienia ludności żydowskiej do tego cierpienia wyraża się tu niemal że dwukrotnie w stosunkach odsetkowych. W grupie psychozy maniakkalno-depresyjnej Żydzi dominują nad nie-Żydami w stosunku 8,4 do 4,9. Słabsza skłonność chorych wyznania mojżeszowego do padaczki, do psychoz alkoholowych i innych psychoz toksycznych podobnie jak i do porażenia postępującego i psychoz kiłowych zaznacza się także w sprawozdaniu za 1929 r.; w porównaniu z danymi 1928 roku różnica jest tylko nieco mniejszą w grupie padaczki (2,4% u semitów w stosunku do 5,6 u aryjczyków wtedy kiedy w roku 1928 różnica tu wyrażała się cyframi 1,6% do 4,8%), uwypukla się ona natomiast jeszcze jaskrawiej niż w sprawozdaniu poprzednim w grupie psychoz alkoholowych i toksycznych.

Sprawozdanie za 1929 r. pozwalają nam poraz pierwszy zestawić dane, dotyczące wieku chorych przyjmowanych do zakładów. Dane uwidocznione w tabl. IV, nie obejmują, niestety, całego materiału zawartego w sprawozdaniach, ponieważ kilka mniejszych zakładów nie wypełniło należycie odnośnej rubryki w swoich sprawozdaniach. Dane, dotyczące wieku chorych posiadamy tylko co do 11.210 chorych, przyjętych do zakładów w 1929 r., brak nam tych danych o pozostałych 149 chorych. Chorzy młodociani w wieku poniżej lat 15 przybyli do zakładów w okresie sprawozdawczym w liczbie 311, co stanowi 2,77% wszystkich przyjęć. Największą liczbę wśród przybywających do zakładów wykazują chorzy w wieku od 21 do 30 lat, drugą z kolei co do częstości występowania grupę stanowią chorzy w wieku od 30 do 40 lat. Wiek powyżej 50 lat spotyka się wśród przybywających do zakładów psychiatrycznych zaledwie w 10,56% przyjęć.

Dane, dotyczące stopnia wykształcenia oraz stanu cywilnego chorych, przyjmowanych do zakładów psychiatrycznych nie nadają się do zestawień zbiorowych, ponieważ zaledwie nieznaczna część zakładów wypełniła odnośne rubryki w swoich sprawozdaniach prawidłowo.

Sfery społeczne, z których rekrutowali się chorzy, przybývający do zakładów, mogłaby określić tablica podziału przyjmowanych chorych według zajęć zawodowych. Dane, dotyczące tej sprawy, podają w swoich sprawozdaniach tylko większe, lepiej zorganizowane instytucje. Materiał, dający się porównać obejmuje tylko część chorych, a mianowicie 5655 mężczyzn i 4483 kobiety, razem 10138 z ogólnej liczby 11359 chorych, przyjętych do zakładów w roku sprawozdawczym.

Z ustawienia danych wynika, że *śród* mężczyzn procentowo najliczniejszą grupę stanowią robotnicy zatrudnieni w przemyśle (11,62%). Drugie z kolei miejsce zajmują wojskowi (9,99%). Liczny udział wojskowych w materiale pacjentów zakładów psychiatrycznych tłumaczy się częstością badań stanu psychicznego poborowych, która powoduje wielki ruch przyływowy na oddziałach psychiatrycznych szpitali wojskowych. Trzecią z kolei grupę stanowią drobni rolnicy (9,34%) za nimi postępują oficjaliści prywatni łącznie z urzędnikami (9,11%). Dość znamienne grupę stosunkowo dość liczną stanowią osoby bez określonego zajęcia (8,93%). Częstość tego elementu socjalnego *śród* pacjentów zakładów psychiatrycznych wynika z istotnej korelacji pomiędzy rozstrojem psychicznym i sprawnością socjalną osobnika, wynika z istotnego stosunku patologicznych czynników w psychice człowieka do znacznej części przejawów pasorzytniczego bytowania jednostki w społeczeństwie. Grupę rzemieślników najemnych spotykamy w 7,85% przyjęć, rzemieślników zaś samodzielnych w 7,88%. Drobni kupcy występują wśród przyjmowanych chorych w 6,13%, najemnicy rolni w 5,85%, najemnicy o zmiennem zajęciu w 5,18%. Przedstawiciele zawodów wyzwolonych spotykamy w 4,10%, służbę w komunikacji w 3,06%, uczącą się młodzież w 2,26%, pozostałe grupy zawodowe występują nadto i spotykają się w odsetkach, nie przewyższających 2%.

Śród kobiet, niezależnych w swej przynależności socjalnej od zawodu męża, najliczniejszą grupę stanowią osoby bez określonego zajęcia (29,32%), drugie z kolei miejsce zajmują najemnice o zmiennem zajęciu (12,45%), służba domowa (10,16%), oficjalistki (9,31%), dalej robotnice fabryczne (9,05%). Pozostałe grupy zawodowe spotykają się u kobiet niezależnych od mężów, rzadko. Uderzająco mały udział wśród klienteli zakładów psychiatrycznych biorą prostytutki (zaledwie 0,25%). Śród kobiet, uzależnionych w swem bytowaniu socjalnem od zawodu męża, znów na pierwsze miejsce wysuwają się osoby bez zawodu i bez ustalonej egzystencji (22,16%), drugie miejsce zajmują żony drobnych kupców (13,24%), dalej idą żony drobnych rolników

(11,17%), żony oficjalistów (10,66%), żony robotników fabrycznych (8,92%), żony rzemieślników (5,96%). Pozostałe grupy zawodowe występują u kobiet zamężnych słabo, zawody wyzwolone nprz. spotykamy w tej grupie kobiet zaledwie w 2,86% przypadków.

Wyniki pobytu chorych w zakładach, przy równoczesnem podziale chorych według rozpoznań psychiatrycznych podajemy w tabelicy V. Z ogólnej liczby 10393 chorych, którzy opuścili zakłady psychiatryczne w 1929 r. zaliczono do kategorii wyleczonych 1056 osób, wypisano z poprawą 3767 osób, bez poprawy 3360 osób, przenoszono z jednego zakładu do drugiego 1073 osoby, zmarło 1337 osób. Jeżeli z ogólnej liczby 10393 chorych, którzy opuszczali zakłady, odliczymy 1073 osoby, które przenoszono tylko z jednego zakładu do drugiego, otrzymamy czystą cyfrę odpływu definitywnego wynoszącą 9320 chorych. Łącząc grupę osób, zakwalifikowanych do kategorii „wyleczonych“ z grupą opuszczających zakład w stanie poprawy, otrzymujemy cyfrę dodatnich wyników leczenia, wynoszącą $1056 + 3767 = 4823$. W stosunku do cyfry czystego odpływu wynik dodatni zanotowano zatem w 51,7%. Wyniki obojętne wyrażają się cyfrą 33,8%, wyniki natomiast ujemne (śmierć) cyfrą 14,4%.

W porównaniu z wynikami pobytu chorych, wykazanymi w sprawozdaniu poprzednim, mamy tu zatem do czynienia z dość znacznym wzrostem odsetka wyników dodatnich (z 45,2% do 51,7%) ze spadkiem odsetka wyników obojętnych (z 40,7% do 33,8%) i z utrzymaniem się odsetka zejść śmiertelnych prawie że na tej samej wysokości (14,4 w porównaniu z 14,1% roku poprzedniego). Już w sprawozdaniu poprzednim podnosiłem wątpliwości, co do jednolitości zasad, na których podstawie kwalifikuje się w zakładach wyniki leczenia chorych; jest rzeczą bardzo możliwą, że wyższy odsetek wyników dodatnich roku sprawozdawczego przypisać należy liberalniejszej ocenie lekarzy, kwalifikujących ocenę wyników leczenia.

Na podstawie cyfr, obrazujących wyniki pobytu w zakładach chorych, dotkniętych różnemi postaciami rozstroju psychicznego możemy dane za rok sprawozdawczy 1929 zebrać w następującym zestawieniu:

	wyniki dodatnie	zejścia śmiertelne
1. psychozy alkoholowe	74%	4,8%
2. inne psychozy toksyczne	83%	1%
3. psychoza szalowo-posespnicza	65,3%	6,1%
4. psychozy reaktywne	79,2%	2,9%
5. psych. na tle zatruc wewnątrzpoch.	80%	32,8%

6. psychozy infekcyjne	48,5%	34,7%
7. psychozy kołowe	47%	34,5%
8. schizofreni	50,9%	11,8%
9. porażenie postępujące	43%	34,2%
10. psychopatia ustrojowa	41,5%	2%
11. psychozy na tle cierpień ogniskowych mózgu	32%	33%
12. psychozy inwolucyjne	33%	40,6%
13. psychozy pośpiączkowe	29,5%	16%
14. paranoia z parafrenją	53,8%	1,5%
15. padaczka	44%	22,5%
16. niedorozwój umysłu	13,8%	10,6%

W porównaniu z cyframi sprawozdania poprzedniego wyniki te różnią się znacznie szerszymi odchyleniami w grupie psychoz toksycznych, reaktywnych, infekcyjnych, intoksykacyjnych i inwolucyjnych a także w grupie paranoi i padaczki. Wyniki leczenia zakładowego schizofrenji, porażenia postępującego, psychopatii ustrojowej, psychozy szałowo-pośepniczej i psychoz pośpiączkowych, wykazane w sprawozdaniu za rok 1929 nie różnią się prawie wcale od wyników leczenia, wykazanych w sprawozdaniu z roku poprzedniego.

Dodatnie wyniki leczenia porażenia postępującego wzrosły z 41,4% do 43%, zejścia śmiertelne w tem cierpieniu spadły z 35,5% do 34,2%. Z ogólnej liczby 1693 paralityków, leczonych w 1929 r. we wszystkich zakładach Polski ubyło w ciągu roku 966, z tych ostatnich zaliczono do wyleczonych 57 osób, poprawę stwierdzono u 319 osób, w stanie bez poprawy zwolniono z zakładów 199 osób, zmarło 299 osób. Liczby dotyczące przypadków porażenia postępującego różnią się bardzo wybitnie w zależności od płci chorych.

Chorych płci męskiej leczono 1363, kobiet zaś tylko 330.

Opuściło zakłady mężczyźni 792, " " " 174.

Wyniki dodatn. objęły wśród mężczyźni 124 przyp. wśród kobiet 52.

Zejścia śmiertelne zdarzyły się u mężczyźni w 230 przyp., u kobiet zaś w 69 przyp.

U mężczyźni zatem dodatni wynik leczenia miał miejsce w 9,1% przypadków leczonych, zejście zaś śmiertelne w 16,9%, u kobiet natomiast wynik dodatni objął 15,7% leczonych, zejście zaś śmiertelne zaszło w 20,9%.

Kobiety, naogół mniej skłonne do zapadania na porażenie postępujące niż mężczyźni, łatwiej poddają się leczeniu tego cierpienia, zarazem jednak łatwiej poddają się niszczycielskiemu działaniu choroby.

Czas pobytu chorych w zakładach ilustruje nam niezmiernie złożony splot stosunków. Z jednej strony w czasie pobytu chorych znajdują swoje odbicie właściwości biologiczne przebiegu cierpień psychicznych, z drugiej zaś czas pobytu chorego w zakładzie może być także wyrazem wadliwej organizacji opieki społecznej lub ciężkiej sytuacji ekonomicznej ludności, jeśli chodzi o chorych, leczących się na koszt rodzin. Dane, dotyczące czasu pobytu chorych, opuszczających zakłady, jakie dostarczyły sprawozdania za 1928 r. były tak niedbale zestawione, że opracowanie materiału sprawozdań co do tego punktu stało się zupełnie niemożliwym.

Sprawozdania za 1929 r. są pod tym względem nieco lepsze, jednakże tylko część materiału nadaje się do użytku porównawczego. Musimy pominąć liczby, zawarte w sprawozdaniach z Kulparkowa, Rybnika, Dziekanki, Kościana, Weiherowa i kilku mniejszych oddziałów szpitali ogólnych, ponieważ tabelki czasu pobytu chorych, zawarte w sprawozdaniach tych instytucji w podsumowaniu nie odpowiadają liczbom chorych, ubyłych z tych zakładów.

Tabela VI, zestawiona na podstawie jednoznacznych sprawozdań 30 instytucji psychiatrycznych, obejmuje dane, dotyczące czasu pobytu 7808 chorych, którzy opuścili te zakłady w r. 1929. Widzimy z niej, że przeszło połowa, bo 60,56% chorych występowała z szeregów pacjentów zakładów psychiatrycznych przed upływem 3-ch miesięcy pobytu w zakładzie. Przed upływem 6-u miesięcy opuszcza zakłady, prawie że $\frac{3}{4}$ ubywających (74,52%) a przed upływem roku 83,1%. Tylko nieznaczne odsetki chorych opuszczają zakłady po dłuższym ponad rok pobycie w zakładzie. Po pięcioletnim pobycie chorych w zakładzie następuje aklimatyzacja tak daleko posunięta, że tylko znikomo mały odsetek takich chorych (3,22%) figuruje wśród ubywających z zakładów. Przeciętnego czasu pobytu w zakładzie tych chorych, którzy z zakładów wychodzą, nie udało się nam obliczyć.

Przyczyny zejść śmiertelnych, podane w sprawozdaniach dadzą się ująć w następującem zestawieniu:

1. Zapalenie mózgowia i opon	43 m.	31 k.	razem	71 przyp.
2. Porażenie postępujące (napad porażny łącznie z uwiędem).	152 m.	48 k.	„	200 przyp.
8. Uwięd starczy i wyniszczenie	35 m.	45 k.	„	80 „
4. Stan padaczkowy	14 m.	10 k.	„	24 „
5. Choroby serca i wady krążenia	95 m.	126 k.	„	221 „
6. Cierpienia płuc (z wyłączeniem gruźlicy)	75 m.	74 k.	„	149 „

7. Gruźlica płuc i innych narządów	201 m. 200 k.	„	401	„
8. Sprawy zapalne narządów trawienia	38 m. 17 k.	„	55	„
9. Choroby nerek i dróg moczowych	8 m. 12 k.	„	20	„
10. Zapalenie otrzewnej	1 m. 6 k.	„	7	„
11. Cukrzyca	1 m. —	„	1	„
12. Grypa	1 m. —	„	1	„
13. Posocznica i ropnica	25 m. 25 k.	„	50	„
14. Rak narządów wewnętrznych	11 m. 10 k.	„	21	„
15. Róża	5 m. 6 k.	„	11	„
16. Dur brzuszny	— 2 k.	„	2	„
17. Czerwonka	1 m. 6 k.	„	7	„
18. Płąsawica (?)	— 2 k.	„	2	„
19. Samobójstwo	2 m. 2 k.	„	4	„
20. Przyczyna nieustalona	2 m. 5 k.	„	7	„
Razem	710 m. 627 k.	razem	1337	przyp.

Jak widać z powyższego zestawienia choroby ośrodkowego układu nerwowego stały się przyczyną zgonów w 380 przypadkach (=28,4%), choroby narządów wewnętrznych łącznie z gruźlicą w 876 przypadkach (= 65,5%) ostre choroby zakaźne łącznie posocznico-ropnicą w 71 przyp. (= 5,3%) samobójstwa w 4 przypadkach (0,3%).

Przy połączeniu przypadków śmierci z powodu chorób zakaźnych ostrych z przypadkami śmierci z powodu gruźlicy otrzymamy łączną liczbę 472 przypadków zgonu, spowodowanych przez czynniki natury bakteryjnej (z wyłączeniem kiły, (35,%).

W porównaniu z wynikami badań przyczyn śmiertelności pacjentów naszych zakładów psychiatrycznych w roku poprzednim otrzymujemy tu prawie że identyczny obraz stosunków procentowych. Małej poprawy stosunków zdrowotnych możnaby się dopatrywać w spadku odsetka przypadków śmierci, spowodowanych przez choroby zakaźne ostre, równoważy go przecież z nadatkiem wzrost odsetka przypadków śmierci z powodu gruźlicy.

Liczba przypadków nieszczęśliwych, wynikłych z powodu niedostatecznego dozoru spadła z 6-u do 4.

Gospodarka finansowa.

Sprawozdanie rachunkowe otrzymaliśmy tylko z zakładów o charakterze publicznym i to nie wszystkich. Zestawienie poniż-

sze obejmuje sprawozdania rachunkowe 15 większych zakładów publicznych, prowadzących samodzielną gospodarkę i ściślejszą rachunkowość. Nie obejmuje ona 2 większych zakładów publicznych Wejherowa i Zofjówki, które nie złożyły sprawozdania rachunkowego.

Grupa zakładów, objętych zestawieniem, wykazała łączną sumę 4360538 dni zakładowych. *Dochody* tej grupy zakładów składają się z następujących pozycji:

pozostałości gotówkowe z roku poprzedniego	670543 zł. 19 gr.
dotacji	7122164 „ 74 gr.
opłaty za utrzymanie chorych	13.486737 „ 42 „
dochody z własnych gospodarstw	1.823.111 „ 37 „
pozostałe dochody	1 074.203 „ 76 „
razem:	24.176.760 „ 48.

Wydatki obejmują następujące pozycje:

wydatki, dotyczące bezpośrednio utrzymania chorych	18.746.210 zł. 76 gr.
wydatki, związane z prowadzeniem własnych gospodarstw	1.915.401 „ 71.
wydatki inwestycyjne	1.481.627 „ 37.
razem:	22.143239 „ 84.
Bilans wyrównujący: a) sumy przechodne.	1617427 „ 05.
oraz b) pozostałość gotówkowa	416.093 „ 59.
	= 24.176760 „ 48.

W porównaniu z rokiem poprzednim dochody wzrosły o 4481735 zł. 11 gr. (około 25%), wydatki zaś wzrosły o sumę 4042 876 zł. 71 gr (około 25%). W pozycji dochodów dotacje (państwowe, samorządowe etc.) stanowią około 30% ogólnej sumy dochodów, opłaty kosztów leczenia około 56%, dochody z własnych gospodarstw około 7%.

W pozycji wydatków uderza to, że prowadzenie własnych gospodarstw kosztowało w ogólnej masie więcej niż te gospodarstwa przyniosły dochodu; różnica deficytowa wyniosła 92290 zł. 34 gr. Sumy przechodnie obejmują kwoty, wypłacane przez jedne zakłady innym zakładom tytułem opłat za leczenie przeniesionych chorych. Wydatki inwestycyjne objęły kwotę 1481627 zł 37., w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosły one o 152631 zł 79 gr. i wyniosły w roku sprawozdawczym sumę, która stanowi około 6,2% ogólną sumy wydatków.

Wydatki, związane bezpośrednio z utrzymaniem chorych, obejmują w szczególności następujące pozycje:

uposażenie personelu łącznie ze świadczeniami socjalnemi	7301822 zł. 76 gr.
żywienie chorych	5664246 „ 28 „
utrzymanie pomieszczenia łącznie z opałem, świa- tłem, wodą etc.	2994094 „ 70 „
zakup i konserwacja inwentarza ruchomego	1390448 „ 73 „
wydatki sanitarne i na zakup leków	309564 „ 78 „
wydatki administracyjne	189725 „ 49 „
pozostałe wydatki	896308 „ 02 „
Razem	18746210 zł. 76 gr.

Przeciętny dzienny koszt utrzymania jednego chorego, obliczony na podstawie zsumowania wydatków 15 większych zakładów psychiatrycznych publicznych wyniósł 429,9 grosza (028,8 gr. więcej niż w roku poprzednim).

Przeciętna kosztu jednego dnia zakładowego składa się z następujących pozycji:

koszt personelu —	167,4 gr.	(stanowi to około 38,9%)
„ wyżywienia —	130,0 gr.	(stanowi to około 30,2%)
pozostałe wydatki—	132,5 gr.	(około . . . 30,8%)

W porównaniu z rokiem poprzednim stosunek procentowy tych grup wydatków w kosztach dnia zakładowego zmienił się bardzo nieznacznie w kierunku bardzo małego wzrostu kosztu personelu przy równoczesnym spadku kosztów żywienia chorych (o 2,7%) i wzroście innych wydatków (o 2,8%).

Najtańszym był zakład w Warcie, w którym koszt dnia zakładowego wyniósł zaledwie 267 gr. drugie miejsce zajmuje Kulparków z kosztem 305,1 gr. dalej idą: Owińska (362,5 gr.) Drewnica (394,3) Świecie (403) Antokol (425,1) Kościan (427,1) Kobierzyn (428,2) Kocborowo (428,3) Dziekanka (434,4) Tworki (456) Lubliniec (491,3) Rybnik (497,9) Kochanówka (592,6). Najdroższym był Szpital ś-go Jana Bożego w Warszawie, w którym przeciętny koszt dnia zakładowego wyniósł 751,1 gr.

Przyjmując przeciętny koszt dzienny, obliczony powyżej, jako przeciętną średnią miarę kosztu dziennego utrzymaniu jednego chorego w zakładzie, otrzymamy przy ogólnej liczbie 5057422 dni zakładowych, wykazanych we wszystkich instytucjach psychiatrycznych Polski w 1929 r., ogólną sumą kosztu utrzymania chorych w państwie.

Wyrazi się ona kwotą 21.741857 zł. 17 gr.

Dla obliczenia całokształtu kosztów opieki nad psychicznie chorymi w Polsce w ciągu roku sprawozdawczego należy do tej kwoty doliczyć koszt wydatków inwestycyjnych, poczynionych w zakładach tj. 1.481.627 zł. 37 gr. oraz nie znane nam bliżej kwoty wydatków, poczynionych w roku sprawozdawczym przez samorządy na budowę nowych zakładów.



Kończąc opracowanie niniejszego, drugiego z kolei, sprawozdania generalnego z czynności zakładów psychiatrycznych w Polsce w 1929 r. stwierdzam, że obowiązek składaniu sprawozdań dorocznych według jednolitego wzoru, narzucony zakładom w 1928 r. przyjął się pomyślnie. Sprawność techniczna sprawozdań podniosła się i można mieć nadzieję, że podnosić się będzie w przyszłości i przyczyni się także do usprawnienia tak bardzo jeszcze zaniedbanej u nas opieki nad psychicznie chorymi.

Materiał cyfrowy sprawozdania daje pewne wytyczne dla tego, co nazwałbym polityką psychiatryczną. Wskazuje on na niewyzyskane dostatecznie możliwości rozmieszczenia chorych, na bezcelowość utrzymania małych oddziałów przy szpitalach ogólnych, na potrzebę budowania nowych zakładów w dzielnicach, które ich nie posiadają i niewłaściwość rozbudowywania zakładów w tych dzielnicach, które są lepiej wyposażone w łóżka psychiatryczne. Materiał sprawozdania generalnego pozwoli dyrekcjom zakładów i kolegom psychiatrom lepiej zorientować się w całości tych zadań dla których każdy z nas poświęca pracę w swoim ciasniejszym warsztacie.

Suche sprawozdania cyfrowe nie dają nam przecież pełnego obrazu życia w zakładach psychiatrycznych. Należałoby je w przyszłości uzupełnić danymi, dotyczącymi pracy lekarzy zakładowych i ich zainteresowań naukowych dalej danymi, dotyczącymi życia kulturalnego zakładów i pracy wychowawczej lekarzy w stosunku do personelu pielęgniarskiego oraz zabiegów wychowawczo-leczniczych w stosunku do chorych, leczących się w zakładach.

Rok czasu, jaki dzieli jedno sprawozdanie od drugiego jest zbyt krótkim okresem czasu na to, by dało się uchwycić poważniejsze istotniejsze zmiany, jakie zachodzić mogą w obrazu nozo-

logicznym naszych zakładów. Statystyka nozologiczna pierwszego sprawozdania powtarza się w obecnym drugim sprawozdaniu prawie że bez zmiany, zyskała ona tylko na dokładności. Dane, dotyczące wyników leczenia zakładowego w różnorodnych postaciach rozstroju psychicznego i śmiertelność wśród pacjentów zakładów psychiatrycznych powtarzają się w sprawozdaniu niniejszem jako prawie, że wierna odbitka danych sprawozdania poprzedniego — sądzę, że mogą te dane przyczynić się do lepszej orientacji naszej w zakresie rokowania w praktyce psychiatrycznej.

Ze względu na znaczny koszt druku tablic nie podaję w załączeniu do sprawozdania niniejszego tych wszystkich tablic, na których opierają się moje obliczenia końcowe i ograniczam się do wydrukowania zaledwie kilku wykazów tabelarnych, których nie dało się podać tekstowo.

Tablica II.

PRZYNALEŻNOŚĆ WYZNANIOWA CHORYCH, KTÓRZY PRZYBYLI
DO ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W 1929 R.

L. P.	Wyznanie	Mężczy- źni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
1.	Rzym.-Katol.	4710	3014	7724	72.35	62.16	68.00
2.	Gr.-Katolickie	221	128	349	3.40	2.64	3.07
3.	Ewangelickie	207	161	368	3.18	3.32	3.24
4.	Prawosławne	220	89	309	3.40	1.83	2.72
5.	Izraelickie	1111	1428	2539	17.06	29.45	22.35
6.	Inne wyznania	12	5	17	0.18	0.11	0.15
7.	Niewiadomo	29	24	53	0.43	0.49	0.47
8.	Bezwyznan.	—	—	—	—	—	—
	Razem	6510	4849	11359			

Tablica I.

RUCH CHORYCH Z PODZIAŁEM WEDŁUG

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Pozostało z roku poprzedniego		Przyjęto	
		M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	851	841	510	208
2	Psychopatia ustrojowa	141	121	465	266
3	Padaczka	674	473	326	224
4	Zaburzenia psychiczne po urazach oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych	66	44	132	62
5	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym	177	283	166	265
6	Psychozy pochodzenia zakaźnego	9	13	47	39
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe	71	46	76	35
8	Psychozy alkoholowe	201	20	456	37
9	Zaburzenia psychiczne przy innych zatruciach zewnątrzpochodnych	26	13	88	21
10	Zaburzenia psychiczne na tle zatruc wewnątrzpochodnych	15	39	102	115
11	Porażenie postępujące	502	129	861	201
12	Inne psychozy pochodzenia kitowego	79	44	123	70
13	Schizofrenia	3914	3605	2064	2263
14	Paranoia i Paraphrenia	151	143	102	112
15	Psychoza manjakałno-depresyjna	178	362	226	423
16	Psychozy reaktywne	34	81	129	198
17	Przypadki inne i nierozpoznane	59	34	399	251
18	Osoby uznane za zdrowe	6	3	239	59
R A Z E M		7154	6294	6510	4849

ROZPOZNANIA PSYCHJATRYCZNEGO.

Ogółem leczyci się						Ubyło		Pozostało na 1930 r.	
w liczbach			w odsetkach			M.	K.	M.	K.
M.	K.	Razem	M.	K.	Razem				
1361	1049	2410	9.9	9.4	9.7	407	168	954	881
606	387	993	4.4	3.5	4.0	440	251	166	136
000	697	1697	7.3	6.3	6.8	297	179	703	518
198	106	304	1.4	0.9	1.2	104	44	94	62
343	548	891	2.5	4.9	3.5	168	223	175	325
56	52	108	0.4	0.5	0.4	33	42	23	10
147	81	228	1.1	0.7	0.9	64	32	83	49
657	57	714	4.8	0.5	2.8	480	27	177	30
114	34	148	0.8	0.3	0.6	82	25	32	9
117	154	271	0.9	1.4	1.9	24	76	93	78
1363	330	1693	10.0	2.9	6.7	792	174	571	156
202	114	316	1.5	1.	1.2	109	54	93	60
5978	5868	11846	43.8	52.7	47.7	1968	2106	4010	3762
253	255	508	1.8	2.3	2.0	78	88	175	167
404	785	1189	2.9	7.1	4.7	224	436	180	349
163	279	442	1.2	2.5	1.8	119	196	44	83
458	285	743	3.4	2.5	2.9	375	220	83	65
244	62	306	1.9	0.6	1.2	230	58	14	4
3664	11143	24807				5994	4399	7670	6744

Tablica III.

PORÓWNAWCZE ZESTAWIENIE LICZBY CHORYCH WYZNANIA
MOJŻESZOWEGO, ORAZ WSZYSTKICH INNYCH GRUP WYZNANIOWYCH.
CYFRY DOTYCZĄ CHORYCH PRZYJĘTYCH W 1929 R.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Chorzy wszystkich innych grup wyznaniowych oprócz Żydów		Chorzy wyznania mojżeszowego	
1.	Niedorozwój umysłowy	600	6.8 %	118	4.7 %
2.	Psychopatja ustrojowa	647	7.3 „	84	3.3 „
3.	Padaczka	488	5.6 „	62	2.4 „
4.	Zaburzenia psychiczne po urazach oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych	185	2.1 „	9	0.4 „
5.	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym	345	3.9 „	86	3.4 „
6.	Psychozy pochodzenia zakaźnego	74	0.8 „	12	0.5 „
7.	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe	97	1.1 „	14	0.5 „
8.	Psychozy alkoholowe	487	5.5 „	6	0.2 „
9.	Zaburzenia psychiczne przy innych zatruciach zewnątrzpochodnych	102	1.2 z	7	0.3 „
10.	Zaburzenia psychiczną na tle zatruc wewnątrzpochodnych	190	2.2 „	27	1.1 „
11.	Porażenie postępujące	952	10.8 „	110	4.3 „
12.	Inne psychozy pochodzenia kiłowego	174	2.0 „	19	0.7 „
13.	Schizofrenia	2773	31.4 „	1554	61.2 „
14.	Paranoia i paraphrenia	187	2.1 „	27	1.1 „
15.	Psychoza manjakałno-depresyjna	435	4.9 „	214	8.4 „
16.	Psychozy reaktywne	260	3.0 „	67	2.6 „
17.	Przypadki inne i nierozpoznane	538	6.1 „	112	4.4 „
18.	Osoby uznane za zdrowe	286	3.2 „	11	0.5 „
R a z e m		8820	—	2539	—

Tablica IV.

PODZIAŁ CHORYCH PRZYJĘTYCH DO ZAKŁADÓW W 1929 R.
WEDŁUG WIEKU.

W i e k	Mężczy- źni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
do 15 lat	190	121	311	2,97	2,51	2,77
od 16 „ 20 „	632	575	1207	9,88	11,95	10,77
„ 21 „ 30 „	2445	1680	4125	38,22	34,91	36,79
„ 31 „ 40 „	1553	1143	2696	24,27	23,75	24,05
„ 41 „ 50 „	961	727	1688	15,02	15,11	15,06
„ 51 „ 60 „	421	329	750	6,58	6,84	6,69
„ 61 „ 70 „	153	166	319	2,39	3,45	2,85
„ 70 i wyżej	43	71	114	0,67	1,48	1,02
Razem	6398	4812	11210			

Tablica VI.

CZAS POBYTU CHORYCH, KTÓRZY OPUŚCILI ZAKŁADY W 1929 R.

C z a s p o b y t u	Męż- czyźni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
od 1 dnia do 7 dni	583	269	852	12,99	8,11	10,92
„ 7 dni „ 30 „	1169	741	1910	26,04	22,33	24,46
„ 1 mies. „ 3 mies.	1178	788	1966	26,22	23,75	25,18
„ 3 „ „ 6 „	578	512	1090	12,87	15,43	13,96
„ 6 „ „ 12 „	387	283	670	8,62	8,53	8,58
„ 1 roku „ 2 lat	255	268	523	5,68	8,08	6,69
„ 2 lat „ 5 „	255	291	546	5,68	8,77	6,99
„ 5 „ „ 10 „	72	145	217	1,61	4,37	2,78
„ 10 „ i wyżej	13	21	34	0,29	0,63	0,44
Razem	4490	3318	7808			

WYNIKI POBYTU CHORYCH W
TABLICA DOTYCZY PACJENTÓW.

Tabl. V.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Jako zdrowi		Z poprawą	
		M.	K.	M.	K.
1.	Niedorozwój umysłowy	6	1	37	29
2.	Psychopatia ustrojowa	28	44	103	96
3.	Padaczka	11	6	118	51
4.	Zaburzenia psychiczne po urazach oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych	1	3	33	6
5.	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym	6	2	48	58
6.	Psychozy pochodzenia zakaźnego	6	14	7	8
7.	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe	1	—	17	8
8.	Psychozy alkoholowe	85	4	242	16
9.	Zaburzenia psychiczne przy innych zatruciach zewnątrz pochodnych	23	8	41	11
10.	Zaburzenia psychiczne na tle zatruc wewnątrzpochodnych	5	9	11	36
11.	Porażenie postępujące	46	11	278	41
12.	Inne psychozy pochodzenia kiłowego	9	7	46	11
13.	Schizofrenia	60	75	816	846
14.	Paranoia i paraphrenia	11	14	27	35
15.	Psychoza manjakałno-depresyjna	52	62	111	180
16.	Psychozy reaktywne	36	41	47	90
17.	Przypadki inne i nierozpoznane	94	33	170	93
18.	Osoby uznane za zdrowe	192	50	—	—
R a z e m		672	384	2152	1615
		1056		3767	

ZAKŁADACH PSYCHJATRYCZNYCH
KTÓRZY OPUŚCILI ZAKŁADY W 1929 R.

Bez poprawy		Przeniesieni do innych szpitali		Zmarło		O g ó ł e m u b y ł o		
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem
320	84	19	23	25	31	407	168	575
288	81	15	23	6	7	440	251	591
94	48	25	28	49	46	297	179	476
33	16	10	2	27	17	104	44	148
32	63	21	18	61	82	168	223	391
8	4	2	1	10	15	33	42	75
31	17	8	—	7	7	64	32	96
102	—	33	4	18	3	480	27	507
11	4	6	2	1	—	82	25	107
—	11	2	2	6	18	24	76	100
167	32	71	21	230	69	792	174	966
18	10	6	2	30	24	109	54	163
711	605	201	340	180	240	1968	2106	4074
21	12	8	15	11	12	78	88	166
39	137	8	33	14	24	224	436	660
25	24	8	36	3	5	119	196	315
63	49	16	18	32	27	375	220	595
—	—	38	8	—	—	230	58	2188
1963	1197	497	576	710	627	5994	4399	10393
3160		1073		1337				

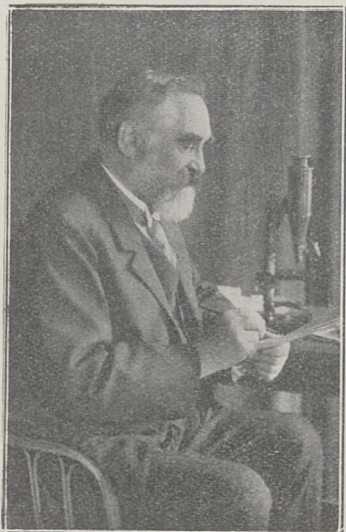
WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

† **Konstanty Monakow.**

Dnia 19-go października 1930-go roku zmarł nagle, w wieku niepełna lat 77, w Zurychu, *Konstanty Monakow*, emerytowany profesor neurologji i długoletni dyrektor Instytutu Anatomji Mózgu i Polikliniki Chorób Nerwowych przy Uniwersytecie Zuryskim.

W osobie jego zakończył życie genialny badacz i największy neurolog społeczny, który wywarł daleko sięgający i głęboki wpływ na rozwój neurologji i psychjatrji naszej epoki.

Konstanty Monakow urodził się 4-go listopada 1853-go roku w Rosji w majątku Bobrecowie w Wołogodskiej gubernji, jako syn *Iwana Monakowa*, obywatela ziemskiego i zarazem urzędnika państwowego w ministerstwie oświaty, oraz *Aleksandry Leonji Dukszyńskiej*, córki wyższego urzędnika Polaka w Petersburgu i Niemki bałtyckiej. Połgądy liberalnie demokratyczne oraz znajomość rewolucyjnej literatury rosyjskiej skłoniły ojca *Monakowa* do sprzedania majątku i opuszczenia kraju ojczystego. Tak więc młody *Konstanty*, po wczesnej utracie matki, znalazł się z ojcem i rodzeństwem z początku, jako dziecko dziesięcioletnie, w Dreźnie, później zaś, od 13-go roku w życia, w Zurychu, gdzie, pomijając krótkie przerwy i podróże, całe swoje życie późniejsze spędził.



Po skończeniu gimnazjum oraz wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie Zuryskim i krótkim pobycie w Monachjum w klinice ówczesnego znakomitego psychjatrji *Guddena*, który był wybitnym przedstawicielem powstałego w owych czasach kierunku anatomicz-

nego w psychiatrii, *Monakow* odbył podróż, jako lekarz okrętowy, do Brazylii, następnie zaś został asystentem kantonalnego Zakładu dla umysłowo-chorych w St. Pirminsbergu (w Kantonie St. Galleńskim) i spędził 8 lat (1877 — 1885) na tem stanowisku. Tutaj, w górach, w odległym zacisznym zakładzie prowincjonalnym, którego jednostajny tryb życia i pracy go nie zadawalał, młody psychiatra rozpoczął badania naukowe, wykonywując zwłaszcza na nowonarodzonych zwierzętach (królikach, kotach i psach) rozmaite operacje mózgowe i badając po jakimś czasie spowodowane przez nie wtórne zmiany anatomiczne w całym mózgu. Mózgi te były w tym celu krajane na serje skrawków i barwione karminem podług metody *Guddena*. Badania te, prowadzone w najbardziej prymitywnych warunkach, tylko przy poparciu młodej małżonki *Monakowa*, *Matyldy Rudio* z Wisbadenu, dały po krótkim czasie zupełnie niespodziewane a niezmiernie ważne wyniki i stały się punktem wyjścia dla jego dalszej, tak niezwykle owocnej pracy. Do tego okresu należy sławne odkrycie wtórnej degeneracji t. zw. ciała kolankowatego zewnętrznego (*corpus geniculatum externum*) po zniszczeniu płata potylicowego, jak też degeneracji innych jąder wzgórza wzrokowego po zniszczeniu określonych części kory mózgowej (mięszcza) — bądź po operacjach u zwierząt, bądź przez ogniska chorobowe u człowieka. Tutaj zdołał on już ustalić najważniejsze dane anatomiczne co do układu torów wzrokowych, a poczęści też i ruchowych i czuciowych mózgu z poszczególnych neuronów, stwarzając tem samem ściśle podstawy dla nauki o neuronach, jako zasadniczych jednostkach systemu nerwowego, która w tym czasie została rozwinięta w formie bardziej ogólnej przez *Waldeyera* i *Forela*.

W 1885 r., po krótkim pobycie w Berlinie, *Monakow* powraca do Zurychu i rozpoczyna tu praktykę neurologiczną, która się szybko rozwija. Jednocześnie prowadzi dalej swoje badania naukowe, rozciągając je coraz bardziej i na zagadnienia kliniczne. Po krótkim czasie zostaje on docentem, zaś w 1894 r., wbrew opinii wydziału, przeciwnego inowacjom, pierwszym profesorem neurologii. W 1891 r. urządza sobie laboratorium prywatne z dwóch małych pokojów pod własnym mieszkaniem, gdzie umieszcza część preparatów przywiezionych z *St. Pirminsbergu* i dokąd zaczynają wkrótce napływać w coraz większej ilości nowe objekty.

Tutaj naokoło młodego mistrza gromadzi się szereg uczniów z Szwajcarii i z innych krajów (na początku zwłaszcza ze Stanów Zjednoczonych), którzy pragną zdobyć u niego wykształcenie neurologiczne i jednocześnie pomagają mu w pracy technicznej.

Przez długi szereg lat *Monakow* utrzymuje tę pracownię całkowicie lub po większej części na własne koszta. Dopiero w r. 1913-ym zbiory jego przejmuje, jako dar ich założyciela, Kanton Zuryski, obowiązuąc się dalej je prowadzić. W ten sposób powstaje Instytut Anatomji Mózgu przy Uniwersytecie Zuryskim, który obecnie zawiera bodaj że najbogatsze zbiory preparatów makroskopowych a zwłaszcza mikroskopowych z normalnej i porównawczej anatomji, embriologii doświadczalnej i patologicznej anatomji ośrodkowego układu nerwowego, jakie na świecie istnieją. Jakież to wymowny i imponujący przykład tego, co potrafią stworzyć inicjatywa i wytrwała praca wielkiego badacza.

Oprócz pracowni *Monakow* założył poliklinikę chorób nerwowych, która również z początku była przez niego całkowicie utrzymywana, później zaś wraz z instytutem została też przejęta przez państwo, obecnie zaś jest rozległą instytucją o wciąż powiększającej się ilości chorych. Obie te instytucje — instytut i poliklinika — mieszczą się obok siebie i stanowią w myśl ich twórcy niepodzielną organiczną jedność pod wspólnem kierownictwem. Zasadnicza myśl pracy życiowej *Monakowa* polegała bowiem zawsze na tem, że klinika neurologiczna może się pomyślnie rozwijać tylko w najściślejszym związku z anatomją, embriologją, fizjologją, i patologiczną anatomją systemu nerwowego, tj. na podstawach neurobiologicznych, które dopiero pozwalają jej od niepewnego i niezadawalniającego empiryzmu podnieść się do poziomu naukowego, i że odwrotnie podstawowe te nauki muszą ze ściśłego kontaktu z kliniką czerpać, rozwijać i wysubtelniać swoje zagadnienia i metody.

Warunki zewnętrzne nie pozwalają nam mówić tutaj o poszczególnych pracach i zdobyczach naukowych *Monakowa* i musimy poprzestać głównie na wymienieniu przedmiotu jego prac, zatrzymując się tylko przez chwilę dłużej przy kilku dziełach fundamentalnych. I tak w dziedzinie anatomji systemu nerwowego wymienię tu jeszcze prace nad ciałem powrózkowatym, nad piramidą i wstęgą przyśrodkową, nad jądrem *Burdacha* (którego zewnętrzna część, jako połączona z mózdzkiem, została przez *Monakowa* oddzielona od przyśrodkowej i nosi obecnie nazwę jądra *Monakowa*), nad włóknami z jądra czerwonego do rdzenia, które stanowią zwłaszcza u zwierząt t. zw. fasciculus rubro-spinalis *Monakowa*.

W 90-ych latach opracowuje on tory słuchowe i tu opisuje jako element dotąd nieznaną, a prowadzący podrażnienia słuchowe z jądra grzbietowego nerwu słuchowego (tuberculum acusticum) dalej ośrodkowo, t. zw. striae acusticae, które również nazywamy dziś

jego imnieniem (w odróżnieniu od dawnych *striae acusticae Piccolomini*, które ze słuchem nic wspólnego nie mają). W 1895-ym roku wydaje *Monakow* obszerną monografię o nakryciu, wzgórzu wzrokowym i okolicy podwzgórzowej, około 1900 r. szereg prac o anatomii i fizjologii płata ciemieniowego, o ośrodkach projekcyjnych i asocjacyjnych w mózgu, w 1905 r. monografię o czerwonym jądrze i t. d. Wskażę tu jeszcze na wzorowy atlas mikroskopowy opuszki, wydany wspólnie z *Fuse*, najwybitniejszym z licznych uczniów japońskich mistrza.

Co *Monakow* zdziałał, jako fizjolog i jako klinicysta, trudno w niewielu słowach powiedzieć, może jednak najbardziej się trafi w sedno rzeczy, jeśli się powie, że nie był on ani klinicystą ani fizjologiem w ściślejszym tego słowa znaczeniu, lecz niezwykłą i głównie przez niego samego stworzoną syntezą jednego i drugiego — anatomo-fizjologicznym klinicystą i klinicznym fizjologiem — tak ściśle i nierozzerwalnie w koncepcji jego, w badaniu i nawet w leczeniu dziedziny te były ze sobą związane. Ogólnie zorientować się w tem można najlepiej przy pomocy jego dzieł podstawowych. I tak w 1896 r. ukazała się w 1-em, zaś w 1905 r. w drugim, znacznie rozszerzonym wydaniu w Wiedniu „Patologja mózgowa” (*Gehirnpathologie*), przyczem jedno, jak i drugie wkrótce już były wyczerpane. Przed samą wojną wyszła „Lokalizacja w mózgu i dezorganizacja funkcji przez ogniska korowe” (*Die Lokalisation im Grosshirn und der Abbau der Funktion durch kortikale Herde*. Bergmann 1914). Wreszcie w 1928 roku *Monakow* wraz z *Mourguem* wydał po francusku obszerny „Wstęp biologiczny do studjowania neurologii i psychopatologii” (*Introduction biologique a l'étude de la la neurologie et de la psychopathologie*, Paris, Alcan), który w 1930 r. ukazał się w przekładzie niemieckim (*Hippokrates - Verlag*, Stuttgart). Każde z tych dzieł obejmuje olbrzymią dziedzinę neurologii, opracowaną przeważnie na zasadzie własnych obserwacji i badań, każde oznacza nowy etap ewolucji naukowej. Wszystkim im jest wspólne mistrzowskie ufundowanie kliniki neurologicznej na szerokich podstawach biologicznych, wybitne podkreślenie czynników czasowych, genetycznych, dynamicznych i bio-ekonomicznych zarówno w normalnych jak w patologicznych zjawiskach — obok przestrzeniowych i statycznych, które były szczególnie charakterystyczne dla dawniejszej nauki o lokalizacji. Umieszczenie funkcji występuje tu zwłaszcza jako t. zw. „lokalizacja chronogeniczna” (tj. genetycznie-tektonicznie-funkcjonalna) w nowej pogłębionej i zrelatywowanej postaci, przyczem wórcza jej kładzie duży nacisk na ściśle odróżnianie lokalizacji funkcji od lokalizacji zaburzeń.

Pojęcie diaschizy (tj. „odszczepienia“) stwarza nową perspektywę oraz większą plastyczność w analizowaniu zjawisk, która pozwala w znacznie większym stopniu niż dawniej ujmować różnorodność i zmienność rzeczywistych objawów życiowych. Do najbardziej skomplikowanych zjawisk klinicznych, jak np. afazja, apraksja, agnozja i t. d., stosuje się takie same ogólne kategorie bio-patologiczne, jak do zjawisk względnie prostych (np. odruchów), i w ten sposób usiłuje się wyjaśnić ich zawiły i niezrozumiały charakter.

Jednak i przy tak szeroko zakreślonym usiłowaniu przekształcenia neurologii na neurobiologię ogólną wielki badacz i myśliciel się nie zatrzymuje. Wstrząśnięty do głębi swej istoty przez wojnę światową i przez jej mękę moralną, przekracza on coraz bardziej granice neurologii w ściślejszym tego słowa znaczeniu i kieruje swoją uwagę i pracę myślową coraz bardziej na ogólne zagadnienia psychologiczne i psychiatryczne, a nawet na etyczne i religijne. Szereg prac, jak „Uczucie, cywilizacja i mózg“ (Gefühl, Gesittung und Gehirn), „Psychiatria i biologia“, „Próba biologii świata instynktów“, „Uczucie i mowa“, „Schizofrenja i spłoty naczyńiaste“ cechuje ten nowy okres twórczości *Monakowa*, w którym usiłuje on zwłaszcza oprzeć naukę o nerwicach i psychiatrję na podstawach neurobiologicznych, jak to przed tem był czynił dla neurologii. Punkt kulminacyjny i zarazem uwieńczenie całego dzieła stanowi wspomniany wyżej utwór *Monakowa* i *Mourguea*. Tutaj cała dziedzina neurologii i psychopatologii, a poza tem i zagadnienia ogólnego światopoglądu i religii rozpatrywane są na podstawach biologicznych przy szczególnem wysunięciu znaczenia instynktów i ich tendencji prospektywnych, automatycznej regulacji, która sięga aż do najwyższych dziedzin psychicznych, analogij, jakie pod tym względem istnieją w stosunku do zjawisk prostych, i wielu innych poglądów nowych i oryginalnych. Jedną z zasadniczych cech w tym systemie psycho-biologicznym i zarazem charakterystycznym odzwierciedleniem własnej osobistości jego twórcy jest założenie, że każde, nawet najprostsze jednokomórkowe stworzenie posiada zaczątek uczuć i ślepy popęd do doskonalenia się i rozbudowywania swego stosunku do świata otaczającego a tem samem i do Wszechświata, i że to jako odbicie wszechświatowej „Horme“ (od greckiego ὄρμη, ὀρμαω — pobudzam, poruszam), jako metafizycznej podstawy wszelkiej aktywności na świecie, w poszczególnym systemie biologicznym jest źródłem instynktów i stanowi właściwą przyczynę całej ewolucji morfologicznej systemu nerwowego i zarazem rozwoju uczuć aż do etyki i religii. Centralnem pojęciem w tem systemie i zarazem najwyższą manifestacją „Horme“

jest „syneidesis”, albo „sumienie biologiczne”, które, płynąc ze źródeł biologicznych, ma reprezentować i zabezpieczać tendencje moralne w człowieku i w całej naturze i zarazem torować drogę do wspaniałej syntezy biologii i nauk humanistycznych, filozofii przyrodniczej i religii. W ten sposób w śmiałym i szerokim rzucie zostają założone ogólne genetycznie-biologiczne podstawy z jednej strony dla jednolitego ujmowania zarówno fizjologicznych jak psychicznych zjawisk, z drugiej zaś do wciągnięcia najwyższych przejawów działalności ludzkiej, jak zjawisk społecznych, etycznych i religijnych, do jednego ciągłego rzędu zjawisk. W koncepcjach tych, co do których doniosłości przyszłość dopiero będzie mogła wydać sąd obiektywny objawia się niewątpliwie głęboka psychiczna jaźń ich autora, jego że tak powiemy organiczna wiara w siły moralne w naturze i w etyczne i w pewnym ogólnym znaczeniu religijne podstawy Wszechświata. W systemie tym jak w duszy wielkiego badacza i myśliciela wschodnia intuicja i religijność zlały się najwidoczniej z pozytywną nauką i krytyką Zachodu w jedną harmonijną i twórczą całość!

Mężna i stanowcza, jak życie i dzieło *Monakowa*, była też jego śmierć. Umarł, jak niestrudzony szermierz, jak żołnierz na posterunku, przy pracy, którą tak miłował. I czyż to nie symboliczne dla całej jego osobowości, że pisał o „wartościach życia”, kiedy siły go opuściły, i że „właściwe postępowanie“ („angemessenes Handeln“) to były ostatnie słowa, jakie ręka jego jeszcze zdołała nakreślić.

W całym swoim życiu i w pracy był to człowiek silny i niezależny, oryginalny i jedyny w swoim rodzaju, który zawsze szedł własnymi drogami, nie oglądając się na innych i nie licząc się z utartą opinią. Jego potężnej postaci odpowiadała niezużyta i niepohamowana siła wewnętrzna, w pracy był niezmordowany i miał żelazną wprost dyscyplinę (w pewnym okresie szczególnie intensywnej pracy wstawał np. przez dłuższy czas o g. 4-ej). Nie narzucał się silnym tego świata, nie szukał ich łaski, wypowiadał otwarcie sweje zdanie, nawet kiedy wiedział, że przez to wrogów sobie naraża. To też miał ich sporo, ale też wielu oddanych uczniów z całego świata, przyjaciół i zwolenników. Od uczniów i współpracowników swoich wymagał wiele, jak od siebie samego, ale był zasadniczo życzliwy i sprawiedliwy, interesował się losem każdego, starał się po przyjacielsku dopomóc i doradzić. Przytem udzielał się bardzo, darzył każdego, kto mu się tego godny wydawał, z niewyczerpanej krynicy swojej wiedzy, odsłaniając coraz to nowe „tajemnice”, jak sam żartobliwie mówił, których miał bez liku. W życiu

rodzinnem był dobrym mężem, ojcem i dziadkiem, który chętnie dzielił ze swoimi nieliczne godziny wypoczynku. Był bardzo muzykalny i sam komponował i fantazjował, choć nigdy nie uczył się grać systematycznie.

Kiedy po ostatecznem ustąpieniu *Monakowa* ze stanowiska (w 1928 r.) jego dzieło — nie dzieło duchowe oczywiście, bo temu nieśmiertelność przez jego własną wartość jest zapewniona — lecz dzieło organizacyjne wydawało się zachwiane, kiedy obawiano się reorganizacji wbrew poglądom i życzeniom mistrza lub podziału instytucyj, które sam on uważał za niepodzielne, cały rzec można międzynarodowy świat neurologiczny stanął w jego obronie. Wtedy i neurologja i psychjatrja polskie odezwały się dobitnie, przyczyniając się do utrzymania tego dzieła nienaruszonego i zaskarbiając sobie wdzięczność sędziwego mistrza!

Cześć pamięci wielkiego badacza i szermierza ducha!

Mieczysław Minkowski.

Ś. p. prof. dr. Jan Piltz.

Dnia 26. XI. 1930. psychjatrja i neurologja polska poniosły ciężką stratę — zupełnie nagle i niespodziewanie dla nas wszystkich zmarł prof. Jan Piltz na skutek zatoru tętnicy płucnej po operacji wyjęcia kamienia z moczowodu.

Tak niedawno jeszcze, bo zaledwie 2 tygodnie przed niespodziewanym zgonem, uczestniczyliśmy w milej i podniosłej uroczystości — wręczenia Zmarłemu księgi pamiątkowej ku uczczeniu 25-lecia Jego pracy profesorskiej i słyszeliśmy, jak przemawiał z właściwym sobie humorem. Nikt z obecnych wówczas nie przypuszczał, że jest to właściwie ostatnie publiczne wystąpienie ś.p. prof. Piltza, a nawet ostatni Jego pobyt w klinice, że jest to w dosłownym tego słowa znaczeniu zamknięcie jeszcze za życia całej Jego działalności.

Ś. p. prof. Piltz urodził się w 1870 r. w Aleksandrowie byłej gubernji warszawskiej. W Warszawie ukończył szkołę średnią, a na studja wyższe wyjechał do Szwajcarii. Tam ukończył studja lekarskie, uzyskał dyplom lekarski z prawem praktyki w Szwajcarii — tamże, w Zurychu, został mianowany asystentem znakomitego psychjatri prof. *Forela*. Przygotowanie do pracy naukowej otrzymał jeszcze podczas studjów lekarskich, pracując w charakterze koasystenta przy katedrze anatomji mózgu u prof. *Monakowa*. Celem uzyskania prawa praktyki w byłym zaborze rosyjskim wyjeżdża ze Szwaj-

carji do Rosji, tu w Kazaniu uzyskuje dyplom lekarski, a następnie w Petersburgu pracuje w klinice prof. *Bechterewa* przy Wojskowej Akademji Medycznej i uzyskuje tam stopień doktora medycyny.

W 1898 r. zostaje powołany przez prof. *Bleulera*, następcę prof. *Forela* w Zurychu, na pierwszego asystenta, a następnie po pół roku przez rząd kantonalny Kantonu Vaud — na wice-dyrektora Kliniki psychiatrycznej prof. *Mahaima* do Lozanny. Rozpoczęte w tym okresie znane prace prof. *Piltza* nad żenicami skierowują Jego uwagę na szereg zagadnień neurologicznych — to też w 1900 r. wyjeżdża do Paryża i pracuje tam przez rok w Salpêtrière pod kierunkiem znakomitego neurologa *Dejerinea*.

Z Paryża powraca do Warszawy, gdzie osiada, jako lekarz chorób nerwowych i umysłowych. W następnym roku otrzymuje miejsce ordynatora w Miejskim Szpitalu Praskim i w krótkim czasie organizuje tam oddział neurologiczny. Na podstawie materiału, zebranego na tym oddziale, pisze pracę o rozszczepieniu czucia w przypadkach urazu i schorzeń rdzenia kręgowego — „*Contribution a l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme et d'affection de la moelle épinière*”, którą, jako pracę dysertacyjną, posyła do Uniwersytetu w Lozannie i uzyskuje tam stopień doktora medycyny.

W 1905 r. zostaje powołany w charakterze nadzwyczajnego profesora na katedrę neuropatologii i psychjatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, a w 1912 r. zostaje mianowany profesorem zwyczajnym tegoż uniwersytetu. Tutaj organizuje ambulatorjum dla chorób nerwowych z braku odpowiedniego pomieszczenia w 3 pokojach suteryn kliniki okulistycznej prof. *Wichierkiewicza*, a równocześnie rozpoczyna starania o budowę kliniki neurologiczno-psychjatricznej.

Począwszy od sprawy miejsca pod przyszłą klinikę aż do starań na uzyskanie odpowiednich kredytów—wszędzie napotyka Zmarły na niezliczone trudności; pokonywa je zarówno na terenie Krakowa, jak też w Ministerstwie w Wiedniu w stosunkowo krótkim czasie, dzięki Swym niezmqrdowanym zabiegom i staraniom, przeprowadzanym z niesłabnącą nigdy energją. Budowa kliniki rozpoczyna się w 1908 r., by się skończyć w lipcu 1914 r. przed samym wybuchem wojny.

Przez cały czas budowy czuwa jaknajstaranniej nad wykonaniem i wykończeniem różnych szczegółów zarówno samego gmachu jak też poszczególnych instalacji. Ogólny plan kliniki, a również jej najdrobniejsze szczegóły powziął Zmarły po zwiedzeniu szeregu klinik

na Zachodzie, po przestudjowaniu wspólnie z architektami planów tych klinik, tak że klinika krakowska była niejako syntezą tych planów, a równocześnie wyrazem przemyślanych poglądów jej Inicjatora i Twórcy.

Podwoje kliniki, tego pierwszorzędnego warsztatu z zakresu neurologii i psychiatrii, zostały otwarte w sierpniu 1914 r. celem przyjęcia żołnierzy z frontu i odtąd do końca 1918 r. klinika funkcjonowała, jako oddział nerwowo-psychiatryczny Klinicznego Szpitala Fortecznego. Dopiero od 1919 r. klinika zaczęła przyjmować osoby cywilne i dopiero wówczas Zmarły organizuje ją jako klinikę neurologiczno-psychiatryczną i prowadzi w ten sposób do ostatnich dni.

Brak zorganizowanego środowiska w Krakowie do omawiania aktualnych zagadnień z neurologii i psychiatrii pobudza ś. p. prof. *Piltza* do stworzenia tu przed wojną Towarzystwa Neurologiczno-Psychiatrycznego, z którego później w związku z utworzeniem ogólnopolskiego Towarzystwa Psychiatrycznego tworzą się 2 towarzystwa: Towarzystwo Neurologiczne Krakowskie i Oddział Krakowski Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Działalność naukowa ś. p. prof. *Piltza* nosi cechy, podobne do działalności *Forela* — znamionuje ją przedewszystkiem pierwiastek obserwacji — wiele prac prof. *Piltza* opartych jest na bezpośredniej obserwacji, na podpatrywaniu nowych objawów; drugą znaną cechą prac naukowych ś. p. prof. *Piltza* jest ściśle biologiczne stanowisko, na którym stał od początku i dotrwał do końca — do ostatniej swej pracy „O charakterze z biologicznego punktu widzenia”; wreszcie trzecią cechą charakterystyczną, podobnie jak i u *Forela*, jest szeroko zakrojona działalność społeczna, wpływająca zarówno z temperamentu społecznego Zmarłego, jak też z głębokich Jego założeń idealnych. Taką np. była myśl utworzenia oddziału dla badań nad dziećmi psychopatycznymi, t. zw. instytutu charakterologicznego. do realizacji jej zabierał się z wielkim właściwym sobie zapalem. m. in. przyświecała Mu przytem szczytna, troską o przyszłość narodu nacechowana myśl — ustalenia w społeczeństwie polkiem cech najpotrzebniejszych dla rozwoju społeczeństwa w jego współzawodnictwie z ościennemi narodami. Tą myślą umiał zainteresować wiele osób — przedstawicieli najrozmaitszych gałęzi wiedzy i rozmaitych dziedzin pracy, umiał zachęcić ich do zbierania się celem przedyskutowania różnych konkretnych zagadnień, ze sprawą charakteru związanych — i dążąc ze znaną wszystkim dobrze wytrwałością i niespożytą energją byłby niedługo swoje piękne marzenie o instytucie charakterologicznym w czyn wprowadził.

Działalność naukową ś. p. prof. Piltza można podzielić na kilka rozdziałów—na rozdział prac o żrenicach, o zaburzeniach czucia, o dziedziczności, na rozdział, dotyczący symptomatologii psycho-nerwic i nagminnego zapalenia mózgu — a ponadto osobny zakres stanowi działalność psychiatryczno-społeczna Zmarłego.

Z działalności psychiatryczno-społecznej Zmarłego nadmienić należy Jego działalność w wydziale karnym prawa materialnego w Komisji Kodyfikacyjnej, gdzie właśnie wspólnie z ś. p. prof. Radziwiłłowiczem zajmował się m. in. opracowaniem kwestji niepoczytalności i gdzie swoją definicję niepoczytalności przeprowadził, odróżniając 2 momenty, warunkujące niepoczytalność — niemożność rozpoznania znaczenia czynu albo też niemożność pokierowania stosownie do tego rozpoznania swoim działaniem. Po przyjeździe do Krakowa odczuwa bardzo dotkliwie brak psychiatrycznego zakładu krajowego, a właściwie krzyczącą niedostateczność jednego zakładu w Kulparkowie dla całej Małopolski — i z tego tytułu bierze bardzo czynny udział w staraniach o budowę a również i przy samej budowie zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie; w związku z tem wydaje nawet specjalną broszurę propagandową celem wyjaśnienia wielkiej potrzeby zakładu psychiatrycznego w zach. Małopolsce. Jest jednym z organizatorów niedawno powstałego Towarzystwa Opieki nad psychicznie chorymi na terenie Województwa Krakowskiego, realizując w ten sposób jeszcze przed laty wypowiedzianą myśl o potrzebie istnienia takiego towarzystwa, organizuje od szeregu lat, jako jeden z pierwszych i to nietylko u nas w Polsce — systematyczne wykłady z psychopatologii wieku dziecięcego dla nauczycieli szkół powszechnych i średnich; stwarza przy klinice krakowskiej specjalne poradnie—dla dzieci psychopatycznych, trudnych do prowadzenia oraz dla dzieci z wadami wymowy i wreszcie ostatnio stara się ożywić w Polsce ruch higieny psychicznej, w której znajduje syntezę Swej poprzedniej działalności społecznej. Bierze udział, jako delegat rządu polskiego, w Międzynarodowym Kongresie Higieny Psychicznej w maju ub. roku w Waszyngtonie — powraca z tamąd zachwycony organizacją całego ruchu w Ameryce, zainteresowaniem i sympatjami społeczeństwa dla niego oraz szeregiem pierwszorzędných zagadnień, jakimi się hygiena psychiczna zajmuje. Za Jego to głównie inicjatywą jeden dzień najbliższego Zjazdu Psychiatrów Polskich zostanie poświęcony zagadnieniom higieny psychicznej.

Specjalnie życzliwą opieką otaczał śp. prof. Piltz młodzież. Starał się być z nią w bliskim, bezpośrednim kontakcie. Młodzież

odwdzięczała się za to wielkim przywiązaniem i zaufaniem do Niego i w trudnych okresach swego życia organizacyjnego prosiła Co o kierownictwo i pomoc—tak np. było w najcięższych okresach budowy Domu Medyków, gdy Zmarły przez 2 lata był kuratorem Towarzystwa Bratniej Pomocy Medyków. Wydział Lekarski przez 2 ostatnie lata pod rząd wybierał Go dziekanem. Sprawy dziekańskie czynną naturę Zmarłego ogromnie absorbowały; zajmował się zwłaszcza ostatnio kwestją powiększenia ciasnych i szczupłych zakładów wydziału lekarskiego — posiadał już nawet pewien skonkretyzowany plan i rozpoczął już pierwsze kroki w tym kierunku, ale niestety zabrakło Mu czasu do realizacji tego szeroko pomyślanego planu.

Do prac, odnoszących się do zakresu psychiatrii społecznej, należy również ostatnia praca Zmarłego „O charakterze z punktu widzenia biologicznego”.

Powyższa praca o charakterze miała być równocześnie propagandową dla Instytutu charakterologicznego—tego ideału ś. p. prof. Piltza, który z chwilą stworzenia przy Klinice oddziałiku dla dzieci psychopatycznych, nabierał coraz bardziej cech realnych.

Drugim ideałem, już sprowadzonym na teren rzeczywistości, ale wymagającym ciągle troskliwej i czujnej opieki, by wszystko należycie funkcjonowało — była klinika. Nietylko zbudowanie kliniki i zaopatrzenie jej w pierwszorządne przyrządy naukowe i sprzęty, ale właśnie samo jej funkcjonowanie było przedmiotem troski i nieustannego czuwania ś. p. prof. Piltza. Zwracał przytem Zmarły wielką uwagę na pewne zewnętrzne strony życia klinicznego—jak czystość porządek, grzeczne załatwianie rodzin chorych, z poszanowaniem ich czasu, jak wogóle czasu wszelkich interesantów kliniki — dbał innemi słowy o te zewnętrzne formy, które są wyrazem wewnętrznego usprawnienia się i wewnętrznego ładu i porządku. I niczem nie można było zrobić śp. prof. Piltzowi większej przyjemności, jak słowami uznania dla Jego Kliniki, tej dla Niego tak bardzo osobistej instytucji, która od swego początku do końca była dziełem Jego osobistej inicjatywy, energii oraz nieskończonych zabiegów i starań. Dlatego wyrazy uznania dla Kliniki, a często nawet niekłamanego dla niej zachwyty ze strony lekarzy obcych, zwiedzających kliniki całej Europy, były źródłem wielkiej bezpośredniej radości Zmarłego i może one poczęści kultywowały wrodzoną Jego pogodę ducha i tak cechujący Go optymizm.

Ten zdrowy optymizm podsyczał i żywił energję Zmarłego przy koniecznych, chwilowych niepowodzeniach, pobudzał Go do niedostępnej dla innych wytrwałości w dalszych zabiegach i staraniach—

tak że ten niezwykle uprzejmy, opanowany i delikatny człowiek Swą systematycznie rozplanowaną pracą pokonywał wreszcie wszystkie przeszkody i pożądaný cel osiągał. Do każdej sprawy, którą uznawał za ważną, umiał się zapalić prawdziwie młodzieńczym zapałem. W tem rzadkiem połączeniu żelaznej energii z uprzejmością, zrównoważeniem, delikatnością oraz ze zdolnością do zapału i optymizmu w pracy niełatwej, żmudnej i bez doraźnych efektów leży urok tego Niezwykłego Człowieka oraz Wybitnego Psychjatri i Neurologa.

Spis prac ś. p. prof. d-ra Jana Filtza.

- 1) Über Aufmerksamkeitsreflexe der Pupillen. Neurologisches Centralblatt, 1899, Nr.1.
- 2) O odruchach źrenic, występujących przy skupianiu uwagi. Gazeta Lek. 1899.
- 3) Über neue Pupillenphänomene. Neurol. Centr. 1899, Nr. 6.
- 4) O nowych zjawiskach źrenicowych. Gazeta Lekarska 1899.
- 5) Weitere Mitteilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. Neur. Centr., 1899, Nr. 11.
- 6) Über Vorstellungsreflexe der Pupillen bei Blinden. Neurol. centr. 1899, Nr. 16.
- 7) Über ein Hirnrindencentrum für einseitige contralaterale Pupillenverengerung (beim Kaninchen). Neur. Centr., 1899, Nr. 19.
- 8) Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiver Paralyse. Neur. Centr. 1900. No 10 i 11.
- 9) Weitere Mitteilungen über die beim energischen Augenschluss stattfindende Pupillenverengerung. Centralbl. 1900, Nr. 18.
- 10) Sur les nouveaux signes pupillaires dans le tabes dorsal. Revue Neur. Paris 1900.
- 11) Über centrale Augenmuskelnervenbahnen. Neur. Centralbl. 1902, Nr. 11.
- 12) Przyczynek do badań nad szlakami ośrodkowemi nerwów okoruchowych Gaz. Lek. 1901.
- 13) Die paradoxe Pupillenreaktion und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. Neur. Centr. 1902, Nr. 20, 21, 22.
- 14) O paradoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło. Niezwykły przypadek zwięzania się źrenic przy usuwaniu oświetlenia oka. Gazeta Lek. 1902.
- 15) Über neurotonische Pupillenreaktion. Neur. Centr. 1903, Nr. 6.
- 16) Über den diagnostischen Wert der Unregelmässigkeiten des Pupillenrandes bei den sogen. organischen Nervenkrankheiten. Neur. Centr. 1903, Nr. 14, 15.
- 17) O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych. Gazeta Lekarska 1902.
- 18) Nowy przyrząd do fotografowania ruchów źrenicy. Przegl. Lek. 1904.
- 19) Ein neuer Apparat zum Photographieren der Pupillenbewegungen. Neur. Centr. 1904, Nr. 17, 18.
- 20) Contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme et d'affection de la moelle épinière. Dissertation, Lausanne 1904.
- 21) Stanowisko psychjatrij w rzedzie innych nauk lekarskich oraz nowoczesne jej zadania i cele. Przegląd Lekarski 1905, Nr. 30 — 32. Wykład wstępny przy objęciu katedry w Krakowie.
- 22) W sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w Zachodniej Galicji. Przegląd Lek. 1906, Nr. 12.

- 23) Ein Beitrag zur Kenntniss der Dissociation der Temperatur und Schmerzempfindung bei Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarkes. *Neur. Centralbl.* 1905, Nr. 6. (ident. z 20).
- 24) Ein Beitrag zum Studium der Dissociation der Temperatur und Schmerzempfindung bei Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarkes. *Archiv für Psychiatrie* Bd. 41, Heft 3.
- 25) O porażeniach czucia we wczesnych okresach porażenia postępującego. *Przegląd Lek.* 1906, Nr. 13.
- 26) Sensibilitätsstörungen bei Paralysis progressiva incipiens. *Neur. Centr.* 1906, Nr. 15.
- 27) Beitrag zum Studium der Sensibilitätsstörungen bei progressiver Paralyse. *Wiener Klinisch - therapeutische Wochenschrift* 1906, Nr. 43.
- 28) Schematy obwodowego, rdzeniowego i mózgowego unerwienia skóry. Warszawa 1907.
- 29) Poszukiwania nad topografią korowych ośrodków ruchów źrenicy. *Rocznik Lek.* tom I, zeszyt 5, 1908.
- 30) Experimentelle Untersuchungen über die Topographie der kortikaler Pupillenbewegungscentren. *Journal für Psychologie und Neurologie.* 1908. Bd. XIII.
- 31) Nowe spostrzeżenia w dziedzinie zaburzeń czucia w niektórych chorobach nerwowych. *Przegląd Lekarski.* 1908, Nr. 39.
- 32) Pilna sprawa sanitarna. Kraków. Drukarnia „Czasu” 1910.
- 33) O przerwaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych. Kraków 1912. Drukarnia U. J. *Przegląd Lekarski.*
- 34) Zaburzenia nerwowe i psychiczne, spostrzegane podczas mobilizacji i w czasie wojny. Kraków 1915. Drukarnia U. J. *Przegląd Lek.*
- 35) Śp. Prof. Stanisław Domański. Wspomnienie pośmiertne. Kraków 1916. Drukarnia Uniw. Jagieil.
- 36) Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach wojennych i ich leczeniu. Kraków 1917. Druk. U. J. *Przegląd Lek.*
- 37) O homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych. *Przegląd Lek.* 1918.
- 38) Über homologe Heredität bei Zwangsvorstellungen. *Zeitschrift f. de ges. Neur. u. Psych.* 1918.
- 39) Przyczynek do badań nad dziedzicznością w przypadkach depresji perijodycznej i manji perijodycznej. *Przegląd Lek.* 1918, Nr. 44.
- 40) Główne zasady organizacji służby neurologiczno-psychiatrycznej w armji Polskiej. 1919. Drukarnia Anczyca.
- 41) Pilne zadania społeczne na polu neurologji i psychjatrji. Kraków 1919.
- 42) Contributton à l'étude de l'hérédité dans les cas de depression periodique. Paris. 1920. *Revue Neurologique.*
- 43) Kilka luźnych uwag i spostrzeżeń z zakresu symptomatologii śpiączki płasawiczej nagminnej. *Przegląd Lekarski.* Nr. 12. 1921.
- 44) Przyczynek do nauki o homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu. *Przegląd Lekarski.* Nr. 3. 1921.
- 45) Uwagi o przepisach prawnych, dotyczących kwestji niepoczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających. *Przegląd Lekarski.* Nr. 7. 1921.
- 46) O stanach psychopatologicznych, występujących w życiu jednostkowym i takich, które się powtarzają przez szereg pokoleń. *Polskie czasopismo Lekarskie.* Nr. 7. 1921.

- 47) Quelques observations et remarques générales sur les états psychopathologiques observés dans la vie individuelle et ceux qui se répètent à travers les générations. Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie 1923.
- 48) Quelques remarques sur les troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques. Revue Neurologique 1925.
- 49) O bezpośrednim dziedziczeniu pewnych stanów psychopatologicznych. Polska Gazeta Lekarska 1929.
- 50) O charakterze z punktu widzenia biologicznego. Przegląd Współczesny 1930.

Dr. Władysław Chłopicki.

Ś. p. dr. med. Eugenia Kibort-Maksimowa.

I znów czarna żałobna chorągiew zawisła nad stanem lekarskim w Wilnie. Dnia 2-go sierpnia b. r. po kilkutygodniowej ciężkiej chorobie i przebytych dwu operacjach chirurgicznych, rozstała się z tym światem naszą drogą koleżanka, ś. p. dr. med. Eugenia Kibort-Maksimowa.

W najkrótszych słowach przejdę nad datami z Jej życia, gdyż nie o daty lecz o charakterystykę samej osoby w danej chwili chodzi.

Ś. p. Eugenia przyszła na świat dnia 13-go kwietnia 1882 r. w Arensburgu, na wyspie Oesel, w Estonji, gdzie ojciec Jej, podówczas oficer korpusu ochrony pogranicza w Rosji, piastował urząd.

Rodzina Kibortów pochodzi z Kowieńszczyzny i ściśle jest związana węzłami pokrewieństwa z Wileńszczyzną.

Wysztalcenie otrzymała w Wilnie, w Instytucie Cesarzowej Marji, który ukończyła w roku 1901. Po złożeniu egzaminów maturalnych, jako 19 letnia panna pragnie na razie poświęcić się zawodowi nauczycielskiemu. W tym celu wstępuje na wyższe kursa pedagogiczne Prof. *Lestgähta* w Petersburgu, a po ukończeniu kursu

pracuje nad oświatą ludu. W roku 1905 udaje się do Szwajcarii, gdzie wstępuje na Wydział Lekarski w Uniwersytecie Zuryskim. Po pięcioletnich studjach i złożeniu ostatecznych egzaminów oraz obronie dyssertacji doktorskiej, w sierpniu 1910 r. otrzymuje stopień doktora medycyny. Dla uzyskania prawa praktyki lekarskiej w kraju



wraca do Petersburga i po złożeniu egzaminów państwowych przy Żeńskim Instytucie Lekarskim w styczniu 1911 r. otrzymuje dyplom lekarski. Następnie wstępuje do kliniki Prof. *Bechterewa* i tu rozpoczyna prace naukowe w dziedzinie umiłowanej i obranej specjalności, psychiatrii. Dla pogłębienia wiedzy fachowej wyjeżdża zagranicę do Monachjum, gdzie pracuje w klinice znakomitego Prof. *Emila Kraepelina* w ciągu całego roku. Wreszcie udaje się do Rzymu, gdzie pracuje również w ciągu następnego roku w klinice psychiatrycznej Prof. *Sancto-de Sanctis*. W okresie ostatnich trzech lat ogłasza drukiem kilka prac z dziedziny psychiatrii i neurologii.

Jakkolwiek, w oparciu na powyższe rozległe studia fachowe ś. p. koleżanka Eugenia Kibort-Maksimowa posiadała więcej niż dostateczne kwalifikacje naukowe i fachowe z dziedziny psychiatrii, to jednak dzięki wrodzonej skromności, nie obrała drogi kariery naukowej i służbowej. Należąc do pokolenia lekarzy, którzy najpiękniejsze lata swego życia i najlepsze wartości swej psychiki ofiarowują na dobro mas włościańskich, podnosząc je na wyższy poziom kultury, z myślą o lepszej przyszłości narodu, w roku 1913 udaje się do zacisznego miasteczka Ignalina, w powiecie święciańskim, ziemi wileńskiej i pracuje tu w charakterze lekarza wiejskiego aż do samego początku wielkiej wojny europejskiej.

W czasie wielkiej wojny światowej, jako lekarz Czerwonego Krzyża, pracuje w szpitalach frontowych na północy i na południu. W roku 1918, w charakterze lekarza ziemskiego, w miasteczkach Wietce i Nosowiczach pod Homlem, zwalcza epidemję tyfusu plamistego wśród tamecznych mas włościańskich o niskiej kulturze i sama pada ofiarą tej choroby. Przebywa ją w ciężkiej postaci.

W marcu roku 1920 wraca do Wilna i dzięki niepospolitej energii pracuje, jako lekarz wojsk polskich w Legji Kobiet, w Szpitalu Załogi na Antokolu, w obozie koncentracyjnym dla jeńców i stacji zbornej dla oficerów i żołnierzy.

W lipcu 1920 r. udaje się na front z baonem bojowym dla obrony Wilna i przez cały czas wojny z bolszewikami, pracuje na froncie, niosąc pomoc rannym i chorym polskim żołnierzom, jako kapitan-lekarz.

W kwietniu 1922 r., po wyjściu z wojska, otrzymuje stanowisko ordynatora Szpitala Św. Jakóba w Wilnie na oddziale psychiatrycznym dla kobiet.

Zaznaczyć wypada, że oddział psychiatryczny Szpitala Św. Jakóba na sto łóżek był od roku 1918 jedynym szpitalem psychiatrycznym na terenie Wileńszczyzny. Jako najbliższy współpracownik

i kolega, wspominam z głęboką wdzięcznością dla zmarłej okres najbardziej ciężkiej i intensywnej pracy w niepomyślnych warunkach działalności Szpitala Psychiatrycznego. W przeciągu 8 lat pracy szpitalnej ze ś. p. koleżanką Kibort-Maksimowa spostrzegałem niejednokrotnie wielką wrażliwość Jej nad ludzką niedolą, Jej rzutkość i energję, oraz zamiłowanie dla pracy szpitalnej. Stwierdzałem, że zmarła, pomimo występujących niekiedy pozorów szorstkości w obejściu się, była w rzeczywistości osobą głębokiego serca i wyjątkowej prawości charakteru. Ta prawość charakteru nigdy nie była maskowana i zmieniana dla względów kariery lub materializmu, a Jej przekonanie promieniowały w najczystszej, nieskazitelnej postaci. W roku 1925 straciła swego męża, człowieka wielkich zalet umysłu i serca, ś. p. inżyniera Jerzego Maksimowa. W życiu prywatnem uosobiała łagodność, surowość dla siebie i pobłażliwość dla innych. Wiedziała dobrze, że „medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrestnymi było miłosierdzie i współczucie“. To miłosierdzie i współczucie okazywała nie tylko wobec ludzi, ale nawet wobec zwierząt.

Jako kobieta-lekarz nie stworzyła może nowych dróg dla nauki, ale jak promień słońca ogrzewała ciepłem serdecznym naszą zimną rozumowaną sztukę. Jako lekarz stała niezachwianie na straży wysokiej etyki, tak bezlitośnie szarganej w naszych czasach. Toteż szpitalnictwo wileńskie, w szczególności zaś Szpital Św. Jakóba, traci w zmarłej poważną siłę fachową, oraz jednego z najbardziej energicznych swoich pracowników.

Czcigodna Koleżanko! Wierna Towarzyszko pracy! Wielce zasłużono Obywatelko wskrzeszonej Ojczyzny! Niech Ci ta ziemia wileńska, z której wyrosłaś, dla której pracowałaś, którą kochałaś, i o wolność której walczyłaś, lekka będzie.

Niech tych kilka słów wspomnienia będzie wyrazem hołdu i czci niezapomnianej dla zmarłej Koleżanki. Życiem swem pracowitem zasłużyła się społeczeństwu, Ojczyźnie i zawodowi lekarskiemu.

Dr. Juljan Podwiński.

Ś. p. dr. Artur Starzyński,

Dyrektor Szpitala dla umysłowo-chorych w Kochanówce pod Łodzią.

Zmarł dnia 27 listopada 1930 r.

Cześć jego pamięci.

Anna Mendelsburg.

Latem r. ub. rozstała się z tym światem po krótkiej, kilkuniedniowej chorobie koleżanka Anna Mendelsburg. Urodzona w 1878 r. wstąpiła na wydział lekarski uniwersytetu w Zurychu w 1907 r., potem przenieśliła się do Berlina i ukończyła tamtejszy uniwersytet w 1912 r. z odznaczeniem po złożeniu rozprawy doktorskiej p. n. „Beitrag zur Frage des Pankasdiabetes”.

Po ukończeniu studjów poświęciła się psychjatrji. Podczas wojny w ciągu lat 4-ch była ordynatorem w ziemskim szpitalu psychjatrycznym pod Smoleńskiem. Po powrocie do kraju pracowała dwa lata na oddziale d-ra Flataua w szpitalu na Czystem, a potem w ciągu lat 5-u była kierownikiem prywatnego zakładu psychjatrycznego przy ul. Grójeckiej, zaś przez ostatni rok pracowała w zakładzie prywatnym „Maryówka”.

Cicha, skromna pracownica, ale pełna zapału dla wiedzy, wykazywała wszędzie niezwykłą sumiennosc i gorliwosc. Kto ją znał bliżej, potrafił ją cenić, jako człowieka o przeczystym, kryształowym charakterze, jaki coraz rzadziej w czasach dzisiejszych się spotyka.

Cześć jej pamięci.

M. B.

PROTOKUŁ XI WALNEGO ZEBRANIA POLSKIEGO
TOWARZYSTWA PSYCHJATRYCZNEGO NA X ZJEŹDZIE
PSYCHJATRÓW POLSKICH W KOCHANÓWCE DN. 8. 6. 1930 r.

Obecnych 44 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny.

1. Zagajenie Prezesa Towarzystwa.
2. Wybór przewodniczącego i sekretarza Zgromadzenia.
3. Odczytanie protokołu X Walnego Zgromadzenia.
4. Sprawozdanie Zarządu.
 - a) Sprawozdanie Sekretarza.
 - b) Sprawozdanie Skarbnika.
5. Sprawozdanie „Rocznika Psychjatrycznego“.
6. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
7. Sprawa funduszu im. ś. p. prof. Rafała Radziwiłłowicza.
8. Omówienie regulaminu Zjazdów Psychjatrów Polskich.
9. Wybór miejsca i tematów następnego Zjazdu.
10. Wybór 7-miu członków Zarządu, 3-cb członków Komisji rewizyjnej, redaktora i wydawcy „Rocznika Psychjatrycznego“.
11. Wolne wnioski.

1. Prof. *Mazurkiewicz*, otwierając zebranie wita zebranych i wypowiada krótkie wspomnienie o zmarłym w roku sprawozdawczym zasłużonym członku Towarzystwa prof. *Radziwiłłowiczu*; pamięć Jego uczczono przez powstanie.

2. Na przewodniczącego zebrania proponuje prof. *Mazurkiewicz* Dr. *Gruszeckiego*; wyboru przewodniczącego dokonano przez aklamację. Sekretarzem zebrania został dr. *Mikulski*.

3. Dr. *Handelsman* odczytał protokuł X Walnego Zebrania Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, odbytego w Wilnie dn. 28. 9. 1929 r.

4. Sprawozdanie Zarządu:

a) dr. *Handelsman* — sprawozdanie Zarządu Głównego wraz z odpowiedzią Zarządu Głównego na pismo Izby Lekarskiej War-

szawsko Białostockiej w sprawie specjalisty-psychjatri, (załączono do protokołu).

b) Dr. *Wilczkowski* — sprawozdanie skarbnika Towarzystwa (załączono do protokołu).

5. Dr. *Handelsman* w imieniu płk. *Nelkena* i własnym przedstawia sprawozdanie „Rocznika Psychjatrycznego” (załączono do protokołu).

6. Dr. *Fuhrman*—sprawozdanie Komisji Rewizyjnej (załączono do protokołu).

Dyskusja nad sprawozdaniami.

Dr. *Luniewski* podnosi trudności finansowe Towarzystwa, wywołane zakwestjonowaniem dotacji Departamentu Służby Zdrowia, oraz wstrzymaniem wpływów z Funduszu antyalkoholowego dla Rocznika. Nieregularne wpłacenie składek członkowskich przyczynia się również do wywołania kryzysu finansowego, o którym mówił wydawca Rocznika.

Dr. *Handelsman* dodaje, że i dochody z ogłoszeń umieszczanych w Roczniku ostatnio znacznie zmalały z czym również należy się liczyć.

Dr. *Starzyński* przychyła się do wniosku wydawcy Rocznika w sprawie pozycji na rzecz Rocznika w budżetach szpitalnych i pragnie, aby wszyscy kierownicy zakładów zadeklarowali odpowiednią sumę.

Dr. *Deresz* podnosi konieczność energicznego ściągania składek członkowskich.

Dr. *Wilczkowski*, jako skarbnik, wyjaśnia, że nie posiada silniejszej egzekutywy i proponuje podział składki rocznej 36 złotych na okresy kwartalne po 9 zł., względnie po 3 zł. miesięcznie.

Dr. *Markuszewicz*: koniecznym jest przestrzeganie dawniejszej uchwały głoszącej, że autorzy sami dopłacają za tablice, oraz różnicę między objętością pracy a normatywnym arkuszem druku.

Dr. *Bielawski*: zadeklarowanie sum na Rocznik przez kierowników zakładów jest trudne, a pozycja ta przy zatwierdzaniu przez władze budżetu może być nieaktualna, gdyż budżet zatwierdzany bywa stosunkowo późno.

Dr. *Stryjeński* sprzeciwia się podwyższeniu składek i ich rozłożeniu na części. W imieniu kierowanego przez siebie zakładu deklaruje pewną sumę na wydawnictwo Rocznika. Następnie omawia sprawę istnienia 2 czasopism psychjatrycznych i wypowiada przesądzenie o celowości fuzji, gdyby inicjatywa wyszła ze strony drugiego pisma psychjatrycznego.

Prof. *Borowiecki*: pozycję na Rocznik należałoby w szpitalach traktować jako prenumeratę i suma zadeklarowana w porównaniu z innymi prenumeratami i nabytkami bibliotecznymi, nie byłaby wysoka.

Dr. *Fuhrman* zasadniczo jest za podwyżką składki. Odpowiada dr. *Stryjeńskiemu*, że wobec zagranicy i nas samych zawieszenie wydawnictwa drugiego czasopisma psychiatrycznego z jakichkolwiek powodów byłoby kompromitacją.

Prof. *Mazurkiewicz* podziela w zupełności wywody Dr. *Fuhrmana*.

Dr. *Wilczkowski* proponuje powyżkę składki jedynie na rok.

Dr. *Handelsman*: koniecznym jest podwyższenie składki, ulgi zawsze są możliwe, w roku sprawozdawczym nikt jednak o ulgi nie prosił. Stawia wniosek konkretny podwyższenia na stałe składki członkowskiej do 3 zł. miesięcznie, następnie podkreśla energią składnika w ściąganiu składek i wręcza zebranych dwie listy celem zadeklarowania składek na Rocznik, jedną dla dyrektorów zakładów, drugą dla pozostałych osób. W związku z przemówieniem Dr. *Stryjeńskiego* podkreśla, że Rocznik jest pismem archiwalnym, a „Nowiny Psychiatryczne” umieszczają oprócz prac oryginalnych streszczenia i oceny i sprawozdania z zakładów. Likwidacja żadnego z tych pism z jakichkolwiek powodów nie jest pożądana.

Przewodniczący Dr. *Gruszecki* zamyka dyskusję i wniosek Dr. *Nelkena* i Dr. *Handelsmana* w sprawie podwyższenia składki do 3 zł. miesięcznie stawia pod głosowanie.

W wyniku głosowania, przy 2 głosach przeciwnych, wniosek przyjęło.

Dr. *Markuszewicz* jeszcze raz proponuje, aby autorowie dopłacali za pracę ponad jeden arkusz druku i za tablice.

Dr. *Handelsman* wyjaśnia, że tego rodzaju kategoryczne wyjście byłoby skrępowaniem dla redakcji w przypadkach w których pracy nie można skrócić.

Dr. *Markuszewicz* podtrzymuje swój wniosek i podkreśla, że uchwalenie wniosku, zdążającego do oddania tych spraw do decyzji redakcji, byłoby przykrym precedensem, jedni autorzy płaciliby za swą pracę ponad 1 arkusz druku, inni byłiby zwolnieni.

Dr. *Deresz* wypowiada się za wnioskiem Dr. *Markuszewicza* z wyłączeniem osób, których stan materialny nie pozwala na wyrównanie kosztów między objętością pracy, a jednym zasadniczym arkuszem druku.

Dr. *Handelsman* stawia wniosek: pierwszy arkusz prac drukowany jest na koszt wydawnictwa Rocznika, dalsze i tablice na

koszt autora, z wyjątkiem prac w których redakcja uważa za stosowne zwolnić autora od tych kosztów.

Dr. *Starzyński* podkreśla, że inne pisma honorują nawet autorów i uważa wnioski tego rodzaju za niecelowe.

Przewodniczący Dr. *Gruszecki* stawia wniosek Dr. *Markuszewicza* z poprawką Dr. *Deresza* pod głosowanie.

W głosowaniu wniosek ten upadł; wniosek Dr. *Handelsmana* przyjęto.

W wyniku dyskusji uchwalono jednogłośnie absolutorjum usępującemu Zarządowi Głównemu, a imieniem zebranych przewodniczący Dr. *Gruszecki* podziękował Zarządowi za owocną pracę.

7. Prof. *Mazurkiewicz*: Z inicjatywy kolegów z Tworek powstał fundusz im. ś. p. prof. *Radziwiłłowicza*, Zarząd Główny przejął funkcje powstania specjalnego Komitetu złożonego z większej ilości osób. Fundusz liczy obecnie 1500 zł. i wrazie jego wzrostu powstanie Fundusz stypendjalny, w przeciwnym razie należałoby uczcić pamięć prof. *Radziwiłłowicza* w inny sposób, naprzykład przez wybitcie pamiątkowego medalu dla autorów najlepszych polskich prac psychiatrycznych.

Dr. *Deresz* podkreśla konieczność propagandy prasowej i stawia wniosek obrania specjalnego Komitetu.

Dr. *Starzyński* jest zasadniczo za Funduszem stypendjalnym i imieniem Dyrekcji Szpitala Kochanówka deklaruje 1000 zł.

Dr. *Handelsman* popiera wniosek Dr. *Deresza*.

Przez aklamację wybrano 3 członków Komitetu Funduszu: prof. *Mazurkiewicza*, Dr. *Łuniewskiego* i red. *Szymańskiego* z prawem kooptacji.

8. Dr. *Handelsman* przedstawia obecnym projekt regulaminu Zjazdów Psychiatrów Polskich (załączono do protokołu).

Dr. *Deresz* uważa, że regulamin tego rodzaju powinien być uchwalony przez Zjazd, a nie przez Walne Zebranie.

Dr. *Handelsman* wyjaśnia, że Polskie Towarzystwo Psychiatryczne organizuje w myśl statutu Zjazdy, tak że regulamin powinien być uchwalony przez Walne Zgromadzenie, może on być następnie uzupełniony.

Dr. *Deresz*: Walne Zgromadzenie nie jest w stosunku do Zjazdów instancją suwerenną, Walne Zebranie wyznacza Zjazdy, a nie posiada nad nimi supremacji.

Dr. *Stryjeński*: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne zwołuje i wykonywuje uchwały Zjazdu, a więc jest też powołane do ułożenia regulaminu Zjazdu.

Prof. *Mazurkiewicz* uważa, że regulamin powinien być uchwalony przez Walne Zebranie, a nie przez Zjazd, którego członkami są też osoby, stojące poza Polskiem Towarzystwem Psychiatrycznym.

Dr. *Handelsman* omawia szczegóły regulaminu.

Dr. *Bornsztajn* niema wątpliwości, że Walne Zebranie jest kompetentne do zatwierdzenia regulaminu, ale wobec tego, że projekt tego regulaminu dopiero dzisiaj został rozdany, stawia wniosek, aby regulamin ten obowiązywał dopiero w przyszłym roku, a obecnie należałoby stosować zwyczaję poprzednie.

Przewodniczący Dr. *Gruszecki* poddaje wniosek Dr. *Bornsztajna* pod głosowania. Wniosek przyjęto.

9. Prof. *Mazurkiewicz* podnosi tematy przyszłego Zjazdu i prosi, aby zebrani wypowiedzieli się czy Zjazd w roku 1932 ma obradować jako sekcja XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, czy też autonomicznie. Następnie prof. *Mazurkiewicz* podaje do wiadomości zebranych, że otrzymano zaproszenie na Zjazd w roku przyszłym od kolegów ze Lwowa, oraz, że wyłoniła się myśl odbycia przyszłego Zjazdu w Wejherowie, o ile otrzyma się stamtąd zaproszenie, oraz w Gdańsku.

Dr. *Bornsztajn* ustosunkowuje się negatywnie co do ostatniej propozycji, ze względu na nieuregulowane stosunki z Gdańskiem.

Co do tematu na drugi dzień proponuje: czynniki biologiczne i psychologiczne w powstawaniu psychoz.

Dr. *Markuszewicz* wobec tego, że stale się mówi, aby psychiatrzy wyszli z murów szpitalnych proponuje temat o psychonerwicach. Temat ważny z punktu widzenia psychiatrii, neurologji, psychologii i pedagogiki.

Dr. *Łuniewski*. Pierwszy wyznaczony temat o kile w etiologii schorzeń psychicznych jest tematem teoretycznym, za temat praktyczny proponuje psychohigienę. W tym temacie poruszyć możnaby i opiekę pozazakładową, a myśl podniesiona przez Dr. *Bornsztajna* znalazłaby częściowo tu też miejsce.

Dr. *Bielawski* na temat praktyczny proponuje psychiatrię sądową i zaprasza zebranych na przyszły rok do Kościan.

Dr. *Chłopiński* popiera temat o higienie psychicznej.

Dr. *Wilczkowski* prosi o rozstrzygnięcie czy Zjazd w roku 1932 będzie sekcją Zjazdu Lekarzy i Przyrodników.

Dr. *Bornsztajn* jest za usamoistnieniem, zwraca uwagę, że przez łączenie się ze Zjazdami ogólnymi traci na tem porządek obrad gdyż różne posiedzenia kolidują ze sobą.

Dr. *Deresz*. Zjazdy Lekarzy i Przyrodników mają za sobą długoletnią tradycję i nie możemy z niej wyłamywać, gdyż powstanie w tym Zjeździe duża luka i to z naszej winy. Proponuje, aby przyjąć zaproszenie dr. *Bielawskiego* i drugi dzień Zjazdu w 1932 r. odbyć w Kościanie.

Dr. *Bednarz*: Zjazdy Lekarzy i Przyrodników nie są częste i nie możemy z nich się wyłamywać.

Dr. *Fuhrman* przeciwstawia się propozycji Dr. *Bornsztajna* uważa, że program Zjazdu w 1932 powinien być ułożony w porozumieniu z komitetem Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, tak, aby przewidziano też czas na posiedzenia specjalne w innych pokrewnych sekcjach.

Dr. *Gruszecki* jest za Zjazdem w roku przyszłym w Wejherowie i Gdańsku.

Dr. *Deresz* radzi, aby co do miejsca Zjazdu dyskusję pozostawić Zarządowi.

Dr. *Bednarz*. Decyzja odbycia Zjazdu w Gdańsku uzależniona będzie od opinii Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Wyraża opinię by Zjazd odbył się w Gdańsku, a ostateczną decyzję poweźmie Zarząd.

Dr. *Starzyński*. Wobec braku zaproszenia z Wejherowa należy Zjazd odbyć we Lwowie.

Dr. *Bornsztajn* popiera tę ostatnią propozycję ze względu na zaproszenie ze Lwowa.

W głosowaniu wybrano Lwów jako miejsce Zjazdu w roku 1931.

Dr. *Gruszecki* porusza zgłoszone tematy na przyszły Zjazd.

W dyskusji uchwalono: tematy główne na Zjazd w roku 1931 kiła w etjologii schorzeń psychicznych, oraz higiena psychiczna, na rok 1932 zaproponowano — fizjologia i patologia charakteru oraz urojenia.

10. Przez aklamację dokonano wyboru Zarządu Głównego w składzie poprzednim: Prezes — prof. *Mazurkiewicz*, vice-prezes Dr. *Łuniewski*, sekretarz — Dr. *Handelsman*, skarbnik — Dr. *Wilczkowski*, członkowie — min. *Chodźko*, Dr. *Piotrowski* i Dr. *Stryjeński*. Do Komisji Rewizyjnej wybrano ponownie: Dr. *Bednarza*, Dr. *Fuhrmana*, i doc. *Wichertta*, na Redaktora Rocznika płk. Dr. *Nelkena*, na wydawcę Rocznika — Dr. *Handelsmana*.

Na tem zebranie zakończono.

Przewodniczący: (—) *Gruszecki*.

Sekretarz: (—) *Mikulski*.

Protokół posiedzenia Komisji Rewizyjnej Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego z dnia 28 maja 1930 r.

Komisja Rewizyjna w obecności skarbnika kolegi *Eugenjusza Wilczkowskiego* i sekretarza Towarzystwa oraz wydawcy „Rocznika Psychjatrycznego” kolegi *Józefa Handelsmana* po zapoznaniu się z całokształtem działalności Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego w okresie sprawozdawczym od ostatniego Walnego Zebrania Towarzystwa odbytego w Wilnie dnia 22 września 1929 r., po przejrzeniu protokołów tegoż Walnego Zebrania oraz protokołów posiedzeń Zarządu Głównego Towarzystwa i po sprawdzeniu ksiąg rachunkowych oraz dokumentów kasowych, jakoteż stanu kasy spisała następujący protokół:

1. Komisja Rewizyjna stwierdziła, iż z uchwał zebrania Walnego odbytego w Wilnie wykonano: a) pomoc w organizowaniu X Zjazdu w Łodzi, b) interwencję w sprawie budujących się zakładów psychjatrycznych.

2. nie dokonano: a) interwencji w Komisji Kodyfikacyjnej i b) w sprawie oddziałów obserwacyjno-leczniczych dla dzieci.

3. Natomiast z własnej inicjatywy Zarząd Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zajmował się następującymi sprawami:

- a) opracowaniem regulaminu Zjazdów Psychjatrycznych Polskich,
- b) ankietą w sprawie tytułu lekarza-psychjaty,
- c) funduszem im. ś. p. Radziwiłłowicza, oraz

d) starał się wydostać zatwierdzony oryginał statutu Towarzystwa.

4) Co do zleceń Komisji Rewizyjnej z roku 1929 stwierdzono:

a) że rachunkowość prowadzi się zgodnie § 19 statutów Towarzystwa,

b) że protokoły posiedzeń Zarządu są formalnie prowadzone,

c) że protokoły Walnych Zebrań są w specjalnym skoroszytcie i

d) że przestrzega się umieszczania znaczków stemplowych na rachunkach.

5) Komisja Rewizyjna stwierdza salda i stan w Pocztowej Kasie Oszczędności w dniu sprawdzenia:

Księga podręczna Wydawcy Rocznika Psychjatrycznego	355 zł. 69 gr.
Księga podręczna Skarbnika	20 „ 00 „
P. K. O. P. T. Psych.	2.342 „ 33 „
P. K. O. Fundusz ś. p. Radziwiłłowicza	1.561 „ 50 „

6. Komisja Rewizyjna stwierdza zgodność załączników kasowych.

Na zasadzie powyższego Komisja Rewizyjna wnosi o udzielenie Zarządowi absolutorjum.

(—) *Wichert* (—) *Dr. Fuhrman* (—) *dr. J. Bednarz.*

PROJEKT

*Regulaminu Zjazdów Psychjatrów Polskich*¹⁾.

1. Polskie Towarzystwo Psychjatryczne organizuje Zjazdy Psychjatrów Polskich, które odbywają się w okresie Zielonych Świąt, co rok w innym mieście Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Zadaniem Zjazdów jest naukowe omawianie teoretycznej i praktycznej psychjatrii oraz nauk pokrewnych (psychopatologii sądowej, higieny psychicznej, alkoholologii i t. p.)
3. Językiem obrad jest język polski.
4. Prace Zjazdu trwają trzy dni, w czasie Zjazdu odbywa się zwiedzanie instytucji, mogących zainteresować psychjatrów.
5. Członkowie Zjazdu dzielą się na członków czynnych i gości. Członkami czynnymi są przedewszystkiem członkowie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, a także inni lekarze polscy, którzy się na Zjazd zapiszą. Gośćmi mogą być wszystkie osoby zaproszone na Zjazd, osoby interesujące się naukowo zagadnieniami, rozpatrywanymi na Zjeździe oraz osoby towarzyszące członkom Zjazdu.
6. W czasie Zjazdu odbywa się, w terminie uprzednio ogłoszonym Walne Doroczne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, którego regulamin określa Statut Towarzystwa.
7. Organizacją Zjazdu zajmuje się Komitet organizacyjny miejscowy (w miejscu Zjazdu następnego) w porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Komitet organizacyjny łącznie z Zarządem Głównym określa czas trwania Zjazdu i wysokość składki zjazdowej, układa i podaje do wiadomości publicznej porządek i rozkład czynności na każdy dzień Zjazdu, zajmuje się przyjęciem członków i gości przybyłych na Zjazd, urządza wycieczki i t. p.
8. Przewodniczącym Zjazdu jest przewodniczący Komitetu organizacyjnego miejscowego lub jego zastępca; sekretarzem jeneralnym Zjazdu jest sekretarz Komitetu Organizacyjnego miejscowego. Po otwarciu Zjazd obiera przez aklamację prezydium honorowe, które składa się z jednego prezesa i conajmniej tylu wiceprezesów i sekretarzy ile jest posiedzeń Zjazdowych. Przewodniczący Zjazdu rzeczywisty, lub jego zastępca czuwa nad porządkiem rozpraw, podpisuje łącznie z sekretarzem pisma w imieniu Zjazdu. pomaga prezydium honorowemu w prowadzeniu rozpraw i t. d.

¹⁾ Zarząd Główny Polskiego Tow. Psychjatrycznego przedstawia niniejszy projekt regulaminu zjazdów na Walne Zgromadzenie Pol. Tow. Psychj. celem przedyskutowania.

9. Najpóźniej w miesiąc po ukończeniu Zjazdu sekretarz generalny Zjazdu składa sprawozdanie ze Zjazdu Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego na ręce sekretarza Zarządu.
10. Organem Zjazdu, w którym drukowane są sprawozdania zjazdowe jest organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.
11. Miejsce i czas następnego Zjazdu zostaje wybrane na Walnem Zgromadzeniu. W razie gdyby Zjazd w miejscu wybranem odbyć się nie mógł oznaczy miejsce następnego Zjazdu Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.
12. Co rok Zjazd wybiera tematy naukowe na Zjazd, który ma się odbyć za 2 lata oraz potwierdza tematy na najbliższy Zjazd. Na każdym Zjeździe winien być omawiany jeden temat teoretyczny i jeden praktyczny, przyczem głównych referentów zaprasza Komitet organizacyjny Zjazdu (p. § 7). Dla każdego tematu może być zaproszonych kilku referentów celem możliwie wszechstronnego rozpatrzenia tematów.
13. Referenci główni powinni na 2^{1/2} miesiąca przed oznaczonym terminem obrad Zjazdu przesłać swoje referaty do Komitetu organizacyjnego celem ich ogłoszenia drukiem przed Zjazdem; referaty powinny być napisane pismem maszynowem ujęte wziętle, tak aby wydrukowanie nie przekraczało każdorazowych możliwości wydawniczych. Rysunki drukowane są na koszt autora.
N. B. Wyjątki dotyczące rozmiarów referatu i ogłoszenia rysunków są dopuszczalne jedynie za zgodą Komitetu organizacyjnego po porozumieniu z redakcją wydawnictwa.
Wszyscy członkowie Zjazdu otrzymują przed Zjazdem referaty drukowane.
14. Luźne odczyty na Zjazd mogą być zgłaszane przez poszczególnych autorów najpóźniej na 2 miesiące przed naznaczonym terminem Zjazdu na ręce Komitetu organizacyjnego Zjazdu. Szczegółowy program prac Zjazdu otrzymują zapisani członkowie Zjazdu i zaproszeni goście najpóźniej na 2 tygodnie przed rozpoczęciem jego obrad.
15. Autorowie odczytów luźnych powinni przed Zjazdem złożyć streszczenie swoich odczytów napisane pismem maszynowem na ręce sekretarza generalnego Zjazdu.
16. Na wygłoszenie referatu głównego przeznacza się *zasadniczo* 25 minut, na wygłoszenie odczytu — 10 minut, na przemówienie w dyskusji — 5 minut.
N. B. Czas ten może być przez Prezydjum Zjazdu odpowiednio skrócony albo przedłużony.
17. W razie nieobecności autora odczytu zgłoszonego, odczyty nie będą odczytywane i referaty ich prac nie będą w sprawozdaniu uwzględnione.
N. B. Wyjątek pod tym względem ustanawia Prezydjum Zjazdu.
18. Porządek odczytów luźnych w programie Zjazdu ustanawia Komitet organizacyjny, w miarę możliwości układając obok siebie odczyty o treści zbliżonej.
19. Przemówienie w dyskusji winno być przed ukończeniem Zjazdu doręczone na piśmie sekretarzowi generalnemu Zjazdu, w razie niedoręczenia piśmiennego nie będzie uwzględnione w sprawozdaniu.
20. Wnioski pojedynczych członków Zjazdu lub pewnej grupy członków winny być zgłoszone na piśmie Prezydjum Zjazdu, które decyduje o ewentualnem poddaniu ich pod głosowanie. Przyjęte zwykłą większością obecnych na plenum winny być po Zjeździe doręczone sekretarzowi jeneralnemu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego dla ich wykonania.

XI ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH.

I. KOMUNIKAT.

Dn. 23/V, 24/V i 25/V 1931 r. odbędzie się we Lwowie XI Zjazd
Psychjatrów Polskich.

Tymczasowy program Zjazdu jest następujący:

I. dzień

Temat główny: *Kiła w etiologii schorzeń psychicznych*

1. Prof. *Wejgl* (Lwów) — Biologia krętka bladego
2. Prof. *Lenartowicz* (Lwów) — Kiła eksperymentalna.
3. Prof. *Nowicki* (Lwów) — Anatomja patologiczna kiły.
4. Dr. *Messing* (Warszawa—Tworki) — Histopatologia kiły układu nerwowego.
5. Prof. *Kryształowicz* (Warszawa) — Kiła wrodzona.
6. Dr. *Meissner* (Kobierzyn) — Patogeneza zaburzeń psychicznych na tle kiły.
7. Doc. *Artwiński* (Kraków) — Leczenie kiły.

II. dzień. Przed południem.

Higiena psychiczna.

Porządek dzienny nie jest dotychczas ustalony; dotychczas zgłoszono następujące odczyty.

1. Prof. *Groc* (Lwów) — temat zastrzeżony.
2. Prof. *Borowiecki* (Poznań) — Nerwice, jako choroby społeczne.
2. Dr. *Łuniewski* (Tworki) — Zagadnienie społeczne, wpływające z wyników leczenia paralityków.
4. Ks. *Rękas* (Kulpaków) — Sterylizacja umysłowo-chorych w świetle nauk etyki i socjologii.

Po południu.

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III. dzień.

Luźne odczyty.

- U w a g i: 1) Uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego (*J. Handelsman, Pruszków Tworki*) możliwie wcześniej w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.
- 2) W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie się z miejscowym Komitetem: *Dyr. Sochacki, Kulparków pod Lwowem.*

SPRAWOZDANIE
ODDZIAŁU WILEŃSKIEGO
POLSKIEGO TOW. PSYCHJATRYCZNEGO.

POSIEDZENIE 32. DN. 25-IV-29 R.

1. Prof. Schilling-Siengalewicz: „*Niektóre nowsze poglądy w kryminologii*“. (Odczyt wydrukowany w Czasopiśmie Sądowo-Lekarskim jako ocena książki Maxa G. Schlapp, Edwarda H. Smith: „Nowa kryminologia, rozważanie o wpływie czynników chemicznych na nieprawidłowe zachowanie się“. Rok 1928).

2. Prof. Radziwiłłowicz: „*Pojęcie poczytalności ze stanowiska psychiatrycznego*“.

Referent zaznacza, że jakkolwiek pojęcie poczytalności stanowi wyłączną dziedzinę prawa, to jednakże, ponieważ psychiatrzy mają obowiązek formułowania swych orzeczeń w terminach, w których niepoczytalność jest ujęta w kodeksie, zagadnienie to staje się także dziedziną, w której mają prawo zabierać głos. Referent podaje krytyce metody stosowane przez prawników przy formułowaniu przepisów o niepoczytalności, przechodzi kolejno metodę psychiatryczną, psychologiczną i psychiatryczno-psychologiczną i wydatnia dlaczego metodę psychiatryczną uważa za najlepszą; poddaje następnie rozbiorowi przepis prawa o niepoczytalności, zawarty w obowiązującej w tej dziedzinie ustawie karnej; podkreśla ze szczególniejszym naciskiem prawo sądu do umieszczania w zakładzie leczniczym każdego psychicznie chorego uznanego przez sąd za niepoczytalnego i bez względu na charakter przestępstwa. (Streszczenie własne).

POSIEDZENIE 33. DN. 29-V-29 R.

1. Dr. Wirszubski: „*W sprawie podaczki samoistnej*“, (Odczyt wydrukowany w Nowinach Lekarskich r. 1930 Nr. 3).

2. Doc. Falkowski: „*O metodach badania układu roślinnego*“.

POSIEDZENIE 34. DN. 28-X-29 R.

1. Dr. Wirszubski: „*Swoista psychoza opętania u Żydów*”. (Wydrukow. w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskiem r. 1929 Nr. 51).
2. Dr. H. Jankowska: *Sprawozdanie z działalności ustępującego zarządu*.

Wybrano nowy zarząd: Prezes Prof. R. Radziwiłłowicz, Wice-Prezes Dr. Wirszubski, Sekretarz W. Jakubiańcówna.

POSIEDZENIE 35. DN. 5-XII-29 R.

1. Dr. Wirszubski: *Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Prof. Radziwiłłowiczu*.
2. Doc. A. Falkowski: „*Schizophrenia*”. (Odczyt wydrukowany w Pracach Ośrodka Neurologicznego w Wilnie).
3. *Zarys zagadnienia rzekomych guzów mózgowych*. (Odczyt wydrukowany w Pamiętniku Wileńskiego Tow. Lekarskiego, Rok V zeszyt 6).

Z powodu śmierci ś. p. Prof. Radziwiłłowicza na Prezesa został wybrany Prof. Władyczko.

Prof. Władyczko poruszył sprawę stypendjum im. ś. p. Prof. Radziwiłłowicza. Uchwalono fundusz stypendjalny zebrany w Wil. Oddz. P. T. P. przekazać Głównemu Zarządowi P. T. P.

POSIEDZENIE 36 DN. 12-XII-29 R.

Z powodu zrzeczenia się Prof. Władyczki ze stanowiska Prezesa na Prezesa został wybrany Doc. A. Falkowski.

POSIEDZENIE 37 DN. 19-11-30 R.

1. Dr. Wirszubski: „*Przyczynek do historii psychjatrii*”. (Odczyt wydrukowany w Roczniku psychjatrycznym, z. XIII).
2. Kol. Z. Januskiewicz: „*W sprawie przewlekłego morfinizmu*”.

Prelegent streszcza opis przeżyć morfinisty lekarza, który użył morfiny po raz pierwszy przez ciekawość, w poszukiwaniu wrażeń. Chory opisuje działanie morfiny zastrzykniętej podskórnie i dożylnie. Przebieg narkotyzowania dzieli na dwa okresy: 1-szy okres—używania narkotyku do momentu wystąpienia objawów abstynencji organicznej i II-gi okres—stałego przyzwyczajenia do morfiny, przy przerwaniu stosowania której występują objawy abstynencji organicznej. Każdy okres dzieli na fazy. I-okres a) faza podniecenia — b) faza błęgiego spokoju i przyjemnego osłabienia i c) faza snu. W II-okresie a) faza spokoju i b) faza snu. Dalej pacjent opisuje

przejście z I-go okresu do II-go i mechanizm przyzwyczajania się do stałego używania jadu. Podczas I-go okresu morfinista przez dłuższy czas stale podnosi dawkę, podczas 2-go nałogowiec po pewnym czasie dochodzi do określonej wysokości dawki, na której już i pozostaje. Jest pewne maximum jadu, które indywiduum może wytrzymać. Przekroczenie jego granicy powoduje schoki. Schok taki jest schokiem anafilaktycznym natury intoksykacyjnej, eksogennej. Po opisaní schoku doznanego przez pacjenta, podaje on kolejność znikania objawów abstynencji po zastosowaniu zastrzyku. Następnie pacjent szczegółowo opisuje przebieg głodu morfinowego u recydywistów, podaje, że w pierwszym okresie abstynencji występuje silne rozprężenie gruczołowe, w drugim—objawy sercowe. Poza przejawami organicznemi głodu morfinowego, abstynencją organiczną, istnieją jeszcze dwie postacie abstynencji psychicznej: 1-sza postać, abstynencja psychiczna świadoma, która jest związana z niedomogą systemu wegetatywnego. Pacjent podkreśla znaczenie czynników zewnętrznych wstrząsów i urazów psychicznych, które w okresie abstynencji podświadomej przyczyniają się do nawrotu narkotyzowania się. Następnie pacjent podaje środki, które łagodzą głód morfinowy, mianowicie: w okresie ostrego głodu, a nawet jakiś czas po przeminięciu objawów ostrych, morfiniści mają chęć do spożycia cukru i słodyczy. Użycie słodyczy łagodzi objawy głodu morfinowego. Niepokój w okolicy plexus solaris ustępuje po zastosowaniu na tę okolicę gorąca. Dalej pacjent opisuje zmiany samopoczucia i zachowanie się morfinisty w okresie tyčia i po tym okresie, kiedy apetyt chorego wraca do normy, chory staje się więcej ruchliwym, czynność psychiczna wzmağa się. Pacjent podaje, że według niego zamiana morfiny jej pochodnymi jest niewskazana jak również i veronalem. Cybalgina w kombinacji z luminalem daje dobre wyniki.

3. Doc. Falkowski: „*O komórkach del Rio Hortega*”. (Pokaz preparatów).

POSIEDZENIE 38 DN, 4—VII—30 R.

1. Doc. Falkowski: *Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Prof. Stanisławie Trzebińskim*.

2. Doc. Falkowski. *Sprawozdanie z X Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi*.

3. Dr. Wirszubski. „*Z dziedziny chirurgicznego leczenia zaburzeń psychicznych*”.

Prelegent podaje przypadek następujący. Chłopiec lat 12 został kopnięty w głowę. Lunęła krew przez nos i lewe ucho, pacjent

wpadł w stan nieprzytomny, który trwał koło 3 dni. W dwa tygodnie po wypadku zaczął zdradzać rozstrój psychiczny, który polegał na nadmiernej ruchliwości, dezorientacji, upośledzeniu pamięci. Przy badaniu stwierdzono wklęśnięcie kości wielkości pięcioczęłkówki w pars occipitalis sin. Operacji usunięcia zniekształconej kości dokonano w 25 dni po wypadku. Po operacji objawy rozstroju psychicznego szybko zmały, to też w tydzień po operacji nie pozostało ani śladu zaburzeń psychicznych. W 9 tygodni po operacji prelegenta listownie powiadomiono, że pacjent zupełnie zdrow. W związku z tym przypadkiem prelegent cytował z piśmiennictwa zasady z dziedziny chirurgicznego leczenia zaburzeń psychicznych. (Streszczenie własne).

4. Doc. Falkowski: „*Psychoza manjakałno-depresyjna*“. (Odczyt wydrukowany w Pracach Ośrodka Neurologicznego w Wilnie).

POSIEDZENIE 39 DN. 3—XI—30 R.

1. Dr. Wirzubski: *Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr. Kibort-Maksimowej.*

2. Dr. Podwiński: *Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr. Kibort-Maksimowej.*

3. Dr. Wirzubski: „*Przypadek nowotworu prawego płatu czołowego*“. (Odczyt przeznaczony do druku).

4. Dr. W. Jakubiańcówna: *Sprawozdanie z działalności ustępującego Zarządu.*

Wybrano nowy Zarząd: Prezes: Prof. St. Władyczko, Wice Prezes Dr. Wirzubski, Sekretarz Dr. Borysowicz.

Sekretarz: (—) *Jakubiańcówna.*

Dr. med. W. Kaliciński, Sekr. Kom. Główn.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMITETU BUDOWY POMNIKA DLA UCZCZENIA PAMIĘCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ

za czas od 1927 do 1930 r.

Komitet rozpoczął swą pracę z początkiem 1927 r., na podstawie odezwy skierowanej przez Pana Szefa Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk. Generała Dr. Rouperta, do oficerów Korpusu Sanitarnego — w sprawie uczczenia pamięci wielkiej działalności i poświę-

cenia Sanitarjatu Polskiego w odzyskaniu bytu i Niepodległości naszej Rzeczypospolitej.

Zawiązał się Komitet tymczasowy, na czele którego stanął twórca idei budowy pomnika ówczesny Komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej — Generał Dr. St. Hubicki; — Komitet ten przeprowadził wstępne prace nad powołaniem do życia wielkiego Komitetu, do którego weszli przedstawiciele wszystkich odłamów Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, jako też przedstawiciele Wydziałów Lekarskie go i Farmaceutycznego Uniw. Warsz., Nacz. Izby Lek., Kas Chorych, Związków Lekarskich, Towarzystw, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. Komitet Główny na swem inauguracyjnym zebraniu jednomyślnie poparł myśl rzuconą przez Gen. Dr. Hubickiego — by pamięć i zasługi poległych kolegów uczcić, wznosząc pomnik—któryby stanął w Stolicy Odrodzonej Ojczyzny. Komitet sądził równocześnie że myśl ta powinna doznać poparcia najgorętszego wśród stanu lekarskiego, farmaceutycznego i innych związanych ze Służbą Zdrowia.

Opracowano Statut, odezwę, jak również pierwsze drogi, którymi można było proprażować ideę budowy pomnika i uzyskać konieczne fundusze na budowę.

Zgodnie ze Statutem utworzono 11 Okręgowych Komitetów budowy — w miejscach siedzib Szefów Sanitarnych Okręgów Korpusów, — z Szefem Sanitarnym na czele, by w ten sposób uzyskać gotowy aparat administracyjny.

Komitetom Okręgowym oddano do dyspozycji odpowiednie druki i listy składkowe, by na podległym im terenie rozpoczęto zbiórkę koniecznych funduszy wśród wszystkich członków Służby Zdrowia. Komitet Główny zaś zwrócił się do art. rzeźb. laureta Akademii Paryskiej prof. E. Wittiga o wykonanie projektów Pomnika, które artysta przedstawił Komitetowi w kwietniu 1927 r. Wybrany projekt powiększony do 1/3 naturalnej wielkości, był wystawiony na P. W. K. w Poznaniu w Pałacu Sztuki. W czerwcu 1929 r. Komitet podpisał umowę z prof. Wittigiem na budowę pomnika według zaakceptowanego projektu i podanego kosztorysu pomnika, na posiedzeniu odbytem w kwietniu 1929 roku, w pracowni prof. Wittiga, Kosztorys ustalono na sumę 4.00.000, złotych, w czem roboty rzeźbiarskie 2.00.000 zł. — odlew w brzozi 80.000 do 100.000 zł. cokol w granicie 40.000 do 50.000 zł., pozostałą zaś sumę przewidziano na projekty, przystosowanie placu i inne.

Wysokość Pomnika 8 mtr., w tem cokol 3 mtr. 50 cnt., figury 4,50 mtr.

Wpływy kasowe: dla ułatwienia gospodarki kasowej Komitet otworzył swoje konto kasowe w P. K. O. Nr. 14.111, przez które przeprowadza wszelkie wpływy i rozchody.

Początkowo przeprowadzono zbiórkę tylko wśród Wojskowych Członków Służby Zdrowia w postaci jednorazowego opodatkowania się członków lub $\frac{1}{2}\%$ od poborów na pewien określony czas, lub też aż do wybudowania Pomnika; zaś po zorganizowaniu się Komitetów Okręgowych rozpoczęto i zbiórkę wśród cywilnych członków Służby Zdrowia na terenie danego Okręgu Komitetu, za pomocą list składkowych. Akcją tę poparło życzliwie kilka Izb Lekarskich, których zarządy ofiarowały jednorazowo większe kwoty. Żywotność Komitetów Okręgowych nie wszędzie okazała się jednakowa.

Na zebraną sumę 81,465 zł. 34 gr. złożyły się następujące ogólnie:

Subwencja Min. Ośw. i W. R.	10.000.—
Cywilna Służba Zdrowia	26.362.75
Wojskowa Służba Zdrowia	45.125.39
$\frac{1}{2}\%$ P. K. O.	18.20

Kwota zebrana wśród cywilnej Sł. Zdrowia pochodzi ze składek z całego terenu Rzeczypospolitej zebranych przez Komitety Okr. i Depart. Sł. Zdrowia M. S. Zdrowia M. S. Wewn., Nacz. Wydz. Zdrowia przy Województwach i Lekarzy Powiatowych z wyjątkiem terenu Okr. Komit. w Łodzi i w Krakowie, gdzie prócz wojskowych składek cywilnych nie uzyskano.

Suma zaś składek wojskowych rozbita na poszczególne Okręgi przedstawia się następująco:

Centrum Wyszkożenia Sanitarnego (Szpit. Ujazd.) W-wa 18.371.58

Szefostwo Sanitarne:

O. K. I. Warszawa	5.302.18
O. K. II. — Lublin	2.816.67
O. K. III. — Grodno	1.807.56
O. K. IV. — Łódź	678.—
O. K. V. — Kraków	598.80
O. K. VI. — Lwów	2,207.41
O. K. VII. — Poznań	4,266.50
O. K. VIII. — Toruń	2,026.99
O. K. IX. — Brześć n/B.	2,025.84
O. K. X. — Przemyśl	2,505.40

Marynarki Wojennej — Warszawa 200.80

Korp. Ochr. Pogranicza — Warszawa 1,245.16

Depart. Zdrow. M. S. Wojsk. — W-wa 1,072.50

Wykazaną subwencję z Min. Ośw. i W. R. Komitet otrzymał w 1930 r.

Przez niespełna więc cztery lata pracy Komitet budowy uzyskał przy słabej propagandzie budowy prawie $\frac{1}{4}$ sumy koniecznej na ukończenie budowy pomnika. Obecnie Komitet zwrócił się z prośbą do Naczelnej Izby Lekarskiej o poparcie akcji Komitetu—drogą apelu ze swego urzędu do wszystkich członków Izb Lekarskich, aby ich członkowie na terenie całej Rzeczypospolitej dobrowolnie opodatkowali się na rzecz budowy pomnika w wysokości 45 zł. płatnych w trzech ratach po 15 zł. rocznie, lub też po 1,25 miesięcznie; Komitet wychodzi bowiem z założenia, że tak niska kwota opodatkowania się, nadmiernie nie obciąży, a Pomnik stanie własnymi siłami całej Służby Zdrowia. Równocześnie przyrzekł pomoc Komitetowi w tej akcji przez swoich przedstawicieli, a członków Komitetu Głównego, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, którzy oprócz rozesłania do swoich członków list składkowych, celem jednorazowej zbiórki pieniężnej, zwrócili się z apelem o przeprowadzenie wśród członków stałego opodatkowania miesięcznego 1—3 złotych od poborów na rzecz budowy Pomnika przez przeciąg 2—3 lat.

Ta forma zbiórki drogą stałego opodatkowania się na zgóry określony czas jest najważniejszą dla Komitetu budowy, gdyż pozwala mu unormować przedewszystkiem wykonanie zobowiązań w czasie budowy zaciągniętych wobec art. rzeźb. prof. E. Wittiga, jak również umożliwi Komitetowi normalny tok pracy nad Pomnikiem. Drogą tej formy stałego podatku udało się wśród nielicznej przecież wojskowej Sł. Zdrowia uzyskać dość pokaźną sumę (45.125 zł. 39 gr.) na budowę Pomnika. W takiej też formie K. otrzymuje wpływy od farmaceutów, którzy drogą podniesionej nieznacznie prenumeraty „Wiadomości Farmaceutycznych” opodatkowali się na budowę Pomnika do czasu jego ukończenia. Magister Herod, właściciel drukarni, ofiarował Komitetowi Bud. Pomnika wybicie wszelkich druków do 1000 zł.

Stan robót rzeźbiarskich nad Pomnikiem posunięty jest już dość daleko. Obecnie jest już na wykończeniu pierwsza faza budowy, to znaczy, Pomnik w glinie, w jego naturalnej wielkości. Aby umożliwić ogółowi Sł. Zdrowia zaznajamianie się ze stanem robót nad Pomnikiem, Komitet zwrócił się w grudniu 1930 r. do wszystkich urzędów, instytucyj, związków, towarzystw, związanych ze Sł. Zdrowia, aby w czasie Zjazdów, czy też większych zebrań przewidzieli w swych programach godzinę na zwiedzenie pracowni prof.

E. Wittiga (ul. Senatorska w oficynie gmachu Min. Rolnictwa). Ma to też i wielkie znaczenie propagandowe, gdyż każdy z członków Śl. Zdrowia, który raz zobaczy to wspaniałe dzieło sztuki, stanie się jego zwolennikiem i jaknajgorliwszym propagatorem, by jaknajszybciej stanęło na odpowiednim placu w Stolicy. Czas robót potrwa, jeśli wszyscy członkowie Śl. Zdrowia chętnie poprą starania Romitetu o uzyskanie koniecznych funduszków, najdalej 2 — 3 lat.

Jak wspomniano, Pomnik ku czci poległych członków Śl. Zdrowia stanie na otwartym placu w Stolicy. Sprawę wybrania miejsca ustali powołana przez Komitet specjalna rada artystyczna, złożona z członków Komitetu, prof. E. Wittiga, delegata z Dep. Kultury i Sztuki Min. Ośw. i W. R., delegata m. st. W-wy, przedstawicieli ze sfer artystycznych.

Obecnie mówi się o dwóch placach, na którychby mógł pomnik stanąć, t. j. plac przy ulicy Jasnej i Zgody i plac Starynkiewicza.

Z powodu objęcia przez p. gen. D-ra Hubickiego stanowiska Ministra Pracy i Op. Społ. i w związku z tem niemożności poświęcenia więcej czasu Komitetowi Budowy Pomnika, dnia 15.10.30, przewodnictwo Komitetu Głównego objął gen. Dr. Kołłątaj-Srzednicki, a p. Minister Hubicki pozostał wśród członków Komitetu Głównego.

Podając powyższy szkic pracy Komitetu, trzeba zaznaczyć, że Pomnik będzie dumą całego stanu Służby Zdrowia Rzeczypospolitej, a godność tego stanu wymaga, aby rozpoczęte wspaniałe dzieło sztuki i jedyny nasz wspólny wysiłek „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia za Ojczyznę” stanął w Stolicy.

Więc apel: współpracujcie z Komitetem budowy przez propagowanie i opodatkowanie się na rzecz budowy Pomnika.—Konto nasze—P. K. O. Nr. 14-111.

Wszelkich informacji w sprawie Pomnika udziela sekretarz z Komitetu codziennie w godz. 12—14; telefon 523-75 (W-wa, Szpital Ujazdowski).

*Sprawozdanie kasowe Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia
pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę
za czas od 1927 do 31.12.1930 r.*

Przychód:

Wpływy do dnia:

31.XII.1928—32.660.32

31.XII.1929—24.250.85

31.XII.1930—24.554.17

Razem—81,465.34

Rozchód:

Zaliczki na budowę prof. E. Wittigowi	—	80,250.—
Koszta manipulacyjne w P.K.O. od 27—30 r.	—	101.17
Koszta administracyjne	—	1,068.20
Na koncie w P. K. O.	—	45.47

Razem 81,475.34

Przewodniczący Komitetu Głównego:

Dr. J. Kollątaj-Szrednicki
General brygady.

Sekretarz *Dr. W. Kaliciński.*

Skarbnik *A. Wróblewski.*

ANNALES PSYCHIATRIQUES

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ POLONAISE DE PSYCHIATRIE

Résumés.

G. Bychowski. Étude sur les états de stupeur schizo-phrénique.

L'auteur étudie le problème des états de stupeur au point de vue psychologique aussi bien que neurologique. L'état somatique comporte un barrage du système nerveux central, en particulier de l'écorce cérébrale, du tronc et du cerveau moyen. Ce barrage concerne aussi bien la sphère motrice volontaire que réactivée de même que les mouvements mimiques et expressifs. On rencontre toute une série des symptômes de l'origine corticale, d'autres qui tiennent à un trouble dans la fonction des ganglions de la base, Parfois même la moelle se trouve partiellement bloquée, c'est alors qu'on constate des symptômes de l'automatisme médullaire. Les symptômes cataleptiques se présentent comme résultat du trouble des réflexes de l'attitude, réflexes du corps sur le corps et de l'induction des mouvement. Ceux-ci ont une localisation spéciale, celle la atteste un abaissement fonctionnel du système nerveux tout entier, la même signification ont les troubles de la fonction du relais (Schaltung).

Au point de vue psychologique on constate le manque du parallélisme entre les troubles psychiques et somatiques. Certains malades ressentent l'inhibition motrice comme le trouble primaire. et point de départ de l'inhibition psychique, d'autres par contre regardent celle-ci comme point capital. Ainsi le trouble général de l'état de stupeur se trouve plus prononcé soit du côté du pôle physique ou soit du pôle psychique de la personnalité. De même le rapport à la réalité comporte des états extrêmement différents, d'une part un enregistrement exact et détaillé, d'autre part une perception onirique, un état de rêve ou ne pénètre rien de la réalité ambiante ou bien d'une façon toute à fait particulière, modifiée. L'analyse des troubles de la personnalité met au premier plan le trouble de l'activité et des actes intentionnels. Ce trouble d'ordre

central trouve son expression somatique p. exemple dans la catalepsie, considérée comme trouble des réflexes réglant le maintien du corps dans l'espace. Le négativisme comporte des éléments d'ordre extrapyramidal mais aussi des éléments psychiques; il ne peut pas être localisé d'une forme exacte. Très instructive se montre la comparaison entre les états de stupeur et les états du parkinsonisme postencéphalitique. Dans ceux là les territoires plus vastes du système nerveux se trouvent bloqués, d'autre part l'influence des facteurs psychiques sur les troubles moteurs est de beaucoup moindre, dans ceux-ci le trouble psychique est plutôt secondaire et les troubles moteurs peuvent être influencés par des facteurs d'ordre psychique.

J. Nelken. Cocainisme et homosexualité.

L'auteur rapporte un cas de suicide et d'assassinat commis par un individu présentant le penchant homosexuel.

L'assassinat a été commis sur „l'ami" de l'assassin.

Lorsqu'on a trouvé „l'ami", tué par des balles de revolver tirées dans la tête, l'assassin gisait dans son lit, la tête traversée par une balle dans la région temporale. Les deux paupières, la supérieure et l'inférieure étaient infiltrées de sang, au point de ne pas pouvoir les ouvrir. Le sang s'écoulait des deux narines et de l'oreille gauche de l'assassin. Celui-ci gardait sa conscience, se plaignait de mal de tête, était très agité, s'opposait à la mise en place du pansement, empêchait les gens approcher de lui, ne voulait pas qu'on le transporte à l'hôpital. A l'hôpital le blessé continue à être agité et la morphine ne le calme point. Le globe oculaire droit a dû être extirpé, le nerf optique de cet oeil étant sectionné par la balle. L'oeil gauche présentait une atrophie du nerf optique. L'événement, qui vient d'être décrit, a donc déterminé chez l'assassin une cécité complète.

Un an après, l'assassin se fait conduire sur la tombe de son „ami" et rentré à l'hôtel, où il est descendu, se tue en tirant un coup de revolver dans le coeur.

L'auteur procède d'abord à l'analyse de faits, recueillis par l'enquête judiciaire, puis il passe à l'observation clinique du malade, en y joignant les extraits des lettres dictées par le malade, très caractéristiques pour sa mentalité et le résultat fort curieux de l'examen radiologique.

Au cours de son séjour à l'hôpital, le malade présentait une insouciance complète et une euphorie remarquable. Les lettres, très

longues, qu'il n'a pas cessé de dicter, denotent, qu'il n'avait aucune tendance à résumer son exposition. De nombreux signes montrent, que le malade est atteint de démence. Il résulte de la volumineuse correspondance, dictée par le malade, que celui-ci éprouve le plaisir narcissique, il est entièrement dépourvu de la faculté de jugement critique. Il exagère les faits et intercale à tout moment des passages dans le texte, ce qui est suivant *Erlenmayer* caractéristique chez les cocaïnomanes. Tout ceci fait, que ses lettres produisent une impression excessivement désagréable et sont très agaçantes. La longueur du texte, la forme trainante dans l'exposition des idées est plus accusée encore par la tendance à rimer, à faire des vers ce qui ne réussit pas d'ailleurs du tout au malade. Par suite de l'absence de jugement critique le malade n'a aucun sentiment du crime, qu'il a commis et n'éprouve plus aucune sensation désagréable à l'égard de la personne de son ami decédé. Il ne garde en outre aucun souvenir des relations, qu'il entretenait avec son ami (optimisme des souvenirs — *Jaspers*).

Par le fait de ce faussement cathartique de la réalité on observe chez le malade l'abbération complète au sujet de l'événement dramatique dont il était l'auteur. La faute suivant lui incombe à une personne tierce, qu'il déteste, parce qu'elle fut chargée de le surveiller et de contrôler ses lettres. Il résulte de toute la correspondance en question, que le malade garde le souvenir complet des détails et de la chronologie des événements non cathartiques, mais qu'il présente un relâchement des liaisons internes d'association. Pendant l'observation à l'hôpital, le malade est agaçant, ennuyeux, il s'attache aux détails, présente continuellement des plaintes hypocondriaques. Il s'énerve facilement, s'excite, se querelle, en employant des mots grossiers et souvent passe au coups. Par rapport aux médecins de diverses spécialités, appelés pour le soigner, il est disposé de la façon paranoïdale. Tout le monde conspire et complotte contre lui. La justice, par contre, le craint. Il organise des jeux d'enfants avec les infirmiers: il est le roi, tandis que les infirmiers sont ses valets. Il y a lieu de citer en outre l'oubli des impressions, l'impossibilité d'achever les lettres et les dépositions ou bien les interruptions de leurs rédactions. Ceci arrive surtout au moments pathétiques. On observe en outre des troubles dans l'orientation et dans le pouvoir de ranger les événements dans le temps. Le malade a de fréquents maux de tête. A côté des plaintes de nature hypocondriaques, il parle du clapotage dans le crâne. Ce signe a été noté objectivement. On observe chez le malade de

l'insomnie. Tous les signes, dont il a été question, s'exacerbent au cours de la nuit. Le malade appelle souvent des hommes, des infirmiers, pendant la nuit pour leurs faire des propositions de nature homosexuelle. On remarque une tendance chez le malade à provoquer des hallucinations visuelles (malgré la perte de la vue), ou bien à la déduction exagérée dans ce domaine (les fantaisies du malade pendant la veille, ainsi que ses rêves, dénotent une grande netteté). Parmi d'autres signes, il y a lieu de signaler des hallucinations tactiles à la langue. Dans tous les aliments il y a des insectes, la viande est constituée par des serpents coupés en morceaux. La surface de sa langue porte des vers, qui sont en mouvement, ce qui l'empêche de manger. Le malade distribue de de l'argent, qu'il ne possède pas aux infirmiers.

Pour ce que concerne les signes physiques le résultat de l'examen radiologique est très intéressant. On constate notamment une aérohydrocèle posttraumatique sousméningée et intracéphalique du lobe frontal gauche, conséquence du coup tiré dans le crâne, (Pneumatocèle intracrânienne posttraumatique du cervau). L'aérohydrocèle est disparue au bout d'une dizaine de semaines par suite de l'absorbtion de l'air. La radiographie ne dénotait plus, que des lésions importantes des os.

On observe donc des signes psychiques d'intoxication par la cocaïne greffés sur le tableau de démence générale psychique. La démence psychique a facilité à créer la voie à l'apparition des phénomènes, dus à la cocaïne et ceci malgré l'abstinence complète et prolongée de la cocaïne.

L. Chłopicki. Des accès des hallucinations acoustiques et des délires en cas de parkinsonisme apres l'encephalite épidémique.

L'auteur remarque que le parallélisme entre les troubles somatiques et psychiques en cas de parkinsonisme après l'encéphalite épidémique de longtemps a attiré l'attention des auteurs, entr'autres a amené le prof. Mazurkiewicz et après lui les docteurs Wichert et Messing à exposer ses très intéressantes remarques sur la question de la localisation des émotions. Ce parallélisme se manifeste clairement surtout dans les états paroxystiques psychiques — p. ex. dans les obsessions paroxystiques causées par des accès de la déviation conjugquée, que par égard à un ensemble des symptômes qui les accompagnent, il faudrait appeler des accès „d'épilepsie sous-corticale”.

L'auteur décrit un cas de parkinsonisme dans lequel se manifestent les troubles psychiques encore plus profonds avec des hallucinations acoustiques et des délires. De pareils cas ont été décrits par Handelsman et Mikulski. Un malade âgé de 32 ans avait eu quatre ans pendant son séjour au Canada les symptômes aigus d'un typique encéphalite épidémique. La direction de l'hôpital exigea de lui le paiement du compte de sa cure; comme le malade n'avait pas l'argent nécessaire, la direction s'adressa à sa femme, laquelle à son tour n'envoya pas la somme demandée. Malgré cela, le malade resta sans aucune difficulté à l'hôpital, et après une année on le renvoya en Pologne, au frais de l'état polonais. A son retour, son état s'aggrava — il devint plus immobile et plus lent et souffrit des accès d'épilepsie souscorticale. Pendant ces accès il lui semblait que sa mère devait payer l'hôpital au Canada. Dans les périodes libres des accès, il se rapportait critiqueusement à ses "visions", comme il les appelait. Dans les aggravations des symptômes paroxystiques on pouvait distinguer deux degrés: le premier, plus faible; quand le malade n'était occupé que de la pensée, que sa mère devait payer l'hôpital et comme elle n'avait pas payé, le gouvernement canadien la persécutera et la tourmentera — sa pensée occupée de cela, le croyait en partie et en était pénétrée — il craignait pour sa mère. C'était alors un état intermédiaire entre une idée obsédante et un délire. Le second degré, plus profond, avec une perception distincte des voix, que sa mère devait payer l'hôpital au Canada, et avec une grande crainte pour l'avenir de sa mère — alors un état psychotique avec hallucinations acoustiques et délires.

L'auteur a observé qu'à une plus grande aggravation des symptômes psychiques, correspondait le plus souvent aussi une plus grande aggravation des symptômes somatiques et que dans les accès faibles, le malade n'avait ni hallucinations ni délires. Le malade survivait les hallucinations acoustiques décrites d'une telle manière qu'il entendait la même phrase répétée par les voix chacune 1—2 minutes et toujours seulement du côté droit. Sous l'influence de l'injection de scopolamine avec l'harmine, l'accès cessait, et après le même traitement prolongé, les accès devenaient plus rares et remarquablement moins graves.

Surtout ces hallucinations acoustiques méritent d'attirer l'attention dans le tableau psychique du cas cité plus haut. L'auteur voit l'influence des mécanismes itératifs particulièrement puissants chez les parkinsoniens dans les répétitions monotones du même

contenu par des voix entendues. Très intéressante dans ce cas est la particularité, que certaines imaginations se transforment dans les impressions ou même dans les données sensorielles — cela ne permet pas cependant de dissoudre trop simplement (du point de vue d'affinité) sur la base de ce cas de la question discutable de la relation de l'imagination à l'impression, parce que la perception des voix exclusivement du côté droit indique aussi la participation dans le processus, de la création des hallucinations des éléments de la nature anatomo-physiologique.

Là, il s'agit des troubles de la fonction des ensembles physiologiques, associés avec l'appareil acoustique, d'une telle quantitative et qualitative transformation de la fonction de ces ensembles sous l'influence des souspressions paroxystiques de la conductibilité de certaines voies nerveuses, qu'avait indiqué les recherches de Weizsäcker, Stein etc. sur les troubles de la sensibilité superficielle et les recherches sur les hallucinations mescaliniques (Beringer, M. Gross etc.).

Dans ce cas l'apparition des hallucinations acoustiques et des délires pendant l'aggravation de l'accès paroxystique indique un profond trouble de la physiologie du cerveau, qui conditionne l'origine des hallucinations et des délires. Cette transformation spécifique de la fonction du cerveau prouve surtout la répétition itérative des hallucinations acoustiques.

Le cas décrit est d'autant plus intéressant, qu'au-delà du parallélisme des symptômes paroxystiques somatiques et psychiques on y rencontre un entrelacement distinct et une pénétration des symptômes d'un ordre à un autre, qui se manifeste par le caractère itératif des hallucinations acoustiques.

J. Handelsman. Le rapport des lésions anatomiques à l'évolution des troubles mentaux de la sclérose en plaques.

L'auteur présente le résultat de ses investigations cliniques à l'Hôpital psychiatrique à Tworki, au service des maladies nerveuses à l'Hôpital à Czyste chez le *Dr. Flatau* et de ses investigations anatomopathologiques au laboratoire du prof. *Spielmeyer* (Forschungsanstalt für Psychiatrie) à München.

Sur 29 observations faites sur la sclérose en plaques, (2 à Tworki, 8 à Czyste, 19 à München) l'auteur a rencontré dans 5 cas des troubles psychiques très accentués, lesquels remontant au premier plan du tableau clinique, attirent quelquefois plus l'attention que les troubles neurologiques. Les troubles psychiques sont divers, et cette diversité rend souvent le dia-

gnostic psychiatrique dubitatif. Dans la 1-ère observation le diagnostic différentiel se faisait avec la folie maniaque-dépressive et la paralysie générale, dans la 2-e l'auteur note une psychose dépressive, dans la 11-ème il y avait délire de persécution et stupeur, hallucinations auditives; tout cela permettait de supposer la schizophrénie; dans la 12-ème le médecin, qui a observé la malade, a constaté après une phase initiale de dépression chez un sujet cyclothymique, du délire jaloux avec dépression; cela finit par un état rappelant l'hébéphrénie. La 14-ème observation (minutieusement décrite antérieurement par *Schob*) faisait supposer une paralysie générale.

L'auteur fait mention que les troubles psychiques furent observés comme des épisodes, surtout dans la phase initiale de la sclérose en plaques, à part les 5 cas précités dans 4 observations.

Ces troubles étaient manifestés dans la 3-ème observation par de la dépression, de l'inquiétude, des idées de suicide; ils parurent plusieurs fois en 10 ans suivis de longues rémissions. L'observation 7 présente une sclérose en plaques qui dura huit ans, laquelle dans sa phase initiale était accompagnée d'un état de dépression; l'observation 18 traite d'une sclérose en plaques, d'une durée de 10 ans, laquelle au début présente des troubles psychiques diagnostiqués comme paralysie générale, trois ans plus tard on diagnostiquait un état maniaque typique; dans l'observation 20-ème on a décrit la confusion mentale. L'auteur fait remarquer la diversité que présentent les troubles psychiques de la sclérose en plaques. On pourrait même penser quelquefois à une coexistence d'une maladie mentale avec une affection organique du système nerveux central. Mais cependant on a noté toute une série de symptômes cardinaux lesquels se répétant presque dans chaque cas prenaient un air de stabilité et cela facilitait le diagnostic différentiel. Ces troubles psychiques se manifestaient *premièrement dans la sphère émotionnelle* sous forme d'eutonie et de dystonie, d'euphorie et de dysphorie, de sensibilité et d'instabilité d'humeur; secondement il y avait souvent des troubles de la mémoire, de l'attention, de la combinaison, du sens critique; on n'a observé que rarement d'autres troubles de l'intelligence. Ces troubles de l'émotivité et de l'intelligence furent observés outre dans les 9 observations précitées dans 10 autres et seulement 10 observations présentaient des cas avec troubles psychiques très légers ou même sans troubles mentaux. Les troubles psychiques et les psychoses vraies se rencontraient plutôt au début de la sclérose en plaques; dans le cours de l'affection nerveuse elles

apparaissaient d'une manière épisodique et passagère et en accompagnaient les exacerbations. Les troubles mentaux tendent à faire des rémissions simultanément avec les rémissions neurologiques. Dans les phases avancées de la maladie l'auteur a observé un „état de passivité psychique“, du puérilisme, un affaiblissement de l'énergie vitale avec des troubles de la mémoire, de l'attention, ainsi que des troubles de l'état affectif, se manifestant par de l'optimisme sclérotique, qui dans les cas avancés s'accompagnait de gâtisme. Quelquefois ces troubles se manifestaient par de l'euphorie, de la tendance à faire des plaisanteries, perte du sens de la gravité de la maladie, état qui rappelait l'hébéphrénie.

L'auteur met en évidence que c'est la constitution pyknique qui se rencontre le plus fréquemment parmi ces malades; sur 9 malades, observés au point de vue de leur constitution, il y en avait 6 de constitution pyknique; des troubles psychiques graves se présentaient seulement chez les pykniques.

Quant aux faits anatomopathologiques, l'auteur remarque qu'il n'a jamais constaté d'altération dans les cellules nerveuses, même quand les plaques sclérotiques atteignaient le cortex, et qu'il y avait ou non, des troubles psychiques. Quant à la localisation des plaques sclérotiques l'auteur a constaté dans ses investigations qu'elle ne différait pas de la localisation habituelle. Les recherches histopathologiques l'ont amené à constater l'existence de deux types de plaques sclérotiques: 1) les plaques anciennes avec une grande prolifération de fibrilles de la neuroglie, qui prennent souvent la forme de feutrage fibrillaire; les plaques sont complètement démyélinisées; mais les plaques d'ombres de myéline (Markschattenherde) ne sont pas si rares. Parfois deux plaques démyélinisées étaient réunies par l'ombre d'une plaque faisant pont entre elles. Les plaques anciennes étaient entourées d'une mince couche de cellules granulo-adipeuses, (Fettkörnchenzellen), ou bien elles la faisaient défaut: il y avait une pénurie évidente de cellules de la neuroglie autour des foyers sclérotiques; les foyers et couches adjacentes étaient peu vasculaires. Les neuraxones sont restés indemnes; dans deux cas seulement les neuraxones cérébelleux étaient altérés. 2) Les plaques récentes, aiguës, dont l'altération principale est aussi la démyélinisation; Il est difficile d'établir la quantité de myéline perdue par les plaques récentes par rapport aux anciennes. On a trouvé des foyers totalement démyélinisés ainsi que des ombres de myéline. En observant les coupes montrant la prolifération gliale la différence était évidente, quoique les foyers les plus récents présentaient déjà de la

prolifération gliale; le réseau fibrillaire reste en général délicat, il est quelquefois plus serré, mais n'arrive jamais à l'état de feutrage fibrillaire. La couche des cellules granulo-adipeuses, des cellules grillagées autour de la plaque est quelquefois épaisse, la prolifération plasmatique gliale est visible dans la plaque même (d'après Steiner cette prolifération appartient à la première phase de la formation d'une plaque sclérotique), on la voit de même autour de la plaque. Les vaisseaux sont dilatés, multipliés, souvent infiltrés de lymphocytes et de cellules plasmatiques autour et dans la plaque. Indépendamment des foyers on trouve des nodules névrogliques. Les méninges cérébrales comportent des lésions insignifiantes.

On a observé des plaques sclérotiques anciennes et récentes souvent simultanément, mais il faut remarquer, que dans les cas de sclérose en plaques de longue durée, prévalent les plaques sclérotiques à type de plaques anciennes, dans les cas à rémissions on rencontre les deux types de plaques; dans les cas à évolution aiguë les foyers sont le plus souvent du type de plaques récentes.

L'auteur, en comparant ses investigations avec celles d'autres auteurs est porté à affirmer la constatation de l'existence de deux genres de plaques sclérotiques, pareilles par la démyélinisation et la prolifération fibrillaire, mais différentes, les unes par l'infiltration de lymphocytes et de cellules plasmatiques par la vascularisation des plaques et des parties adjacentes avec prolifération des cellules névrogliques, les autres étant privées totalement de ces altérations. Il est difficile de répondre à la question qu'elle est la cause de ces altérations; sont bien ce des signes inflammatoires vrais, ou une réaction à l'infection, comme le veulent certains auteurs, est-ce un signe de l'inflammation *symptomatique* comme l'appelle Spielmeier.

L'auteur croit que tous les cas appartiennent à la même forme de la sclérose en plaques, et dit qu'il ne faut pas supposer l'existence de différentes formes de cette affection, en raison du type de la plaque sclérotique c'est à dire du t. dégénératif ou du t. infectio-prolifératif. Ces deux types de plaques se constatent simultanément dans les mêmes cas. Grâce aux recherches qui ont été faites jusqu'à présent, on peut dire, que malgré une *véraisemblance de possibilité*, il n'y a pas encore de données anatomiques suffisantes pour prouver nettement l'origine infectieuse du processus, malgré certaines ressemblances entre la sclérose en plaques et d'autres processus toxi-infectieux disséminés du système nerveux central, en première part la paralysie générale et l'encéphalomyélite disséminée.

En revenant au rapport qui existe entre les lésions anatomi-

ques et les troubles mentaux rencontrés dans la sclérose en plaques, l'auteur croit que ces troubles ne dépendent pas de la quantité des lésions, mais de leur qualité. L'auteur souligne que les principaux troubles psychiques de la sclérose en plaques sont constatés au début de la maladie, ou bien épisodiquement à la période des exacerbations. Durant les rémissions somatiques, l'on observe une atténuation des troubles psychiques. En un mot ces troubles mentaux apparaissent le plus souvent lorsque l'on constate des lésions anatomiques à foyers récents de formation aiguë. Mais certains signes que l'on peut traiter de caractéristique pour la sclérose en plaques sont observés dans la phase aiguë ainsi que dans l'état chronique de la maladie, spécialement dans la phase avancée de la sclérose en plaques quand dominent les lésions anatomiques à type de foyer ancien. Quant aux troubles mentaux à la période aiguë de la sclérose en plaques, l'auteur rappelle qu'ils ont le caractère des psychoses exogènes du type de Bonhöffer; les cas légers correspondent à un état d'affaiblissement de la sensibilité émotionnelle, ensuite l'on observe des états avec de traits catatoniques, paranoïdes et hallucinatoires, enfin des états de psychoses nettement déclarées. Certains troubles (comme l'euphorie, l'eutonie, les troubles de la mémoire et de l'attention) sont plus ou moins caractéristiques pour le syndrome organique de Bleuler.

J. Mackiewicz. La glioblastomatose diffuse multicentrale.

Signes cliniques: céphalées, de loin en loin — vomissements, affaiblissement de la vision, phénomènes, psychiques œdème de la pupille, absence des signes focaux, mort après 5 mois.

Examen post-mortal: dans le lobe frontal droit — petit gonflement circonscrit de la pièce mère, et tout près — un petit foyer grisâtre dans la substance grise. A part cela — rien de pathologique sur les coupes du cerveau. L'examen microscopique a décelé une tumeur très étendue qui envahissait d'une manière asymétrique le centre semi-ovale de deux côtés et pénétrait la portion antérieure du corps calleux. Examinée au microscope, la tumeur se composait des cellules polymorphes, qui produisaient une abondance de minces fibrilles neurogliales. Le nombre de mitoses est minime; par contre, dans la majorité prédominante — stades divers de la division amitotique. La tumeur, presque partout, se propageait exclusivement sur la substance blanche; une ligne tranchante de démarcation la séparait de la dernière couche de la substance grise. Ce n'est que

dans la région du lobe frontal droit que la tumeur se soit propagée sur la substance grise, où elle a percé la pie-mère. Dans la partie périphérique de la tumeur, les fibrilles nerveuses et les gaines myéliniques, pour la plupart, ont demeuré intactes. L'auteur s'arrête plus longtemps au diagnostic différentiel de la maladie de Schilder et à celui de l'affection discutée, et en arrive à la conclusion, que parmi les cas qualifiés dans la littérature comme la maladie de Schilder on en peut différencier toute une série, dont la nature révèle des signes néoplastiques.

J. Choróbski. Un cas de gliome du ventricule lateral.

OD ADMINISTRACJI „ROCZNIKA PSYCHJATRYCZNEGO”.

1. „Rocznik psychiatryczny” wychodzi w nieregularnych odstępach czasu, w 3-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 20 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych. opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 32 zł. rocznie. otrzymuje „Rocznik psychiatryczny”.

3. Rękopisy pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora, Warszawa, Matejki 6 m. 1. Prace są drukowane możliwie w kolejności ich złożenia w redakcji, jednak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu. Prace, już drukowane w innych pismach, w „Roczniku” nie będą drukowane.

4. Autorowie winni dołączać do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa; większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografie będą wykonywane na koszt własny autorów.

SPIS RZECZY, ZAWARTYCH W XIV-ym i XV-ym ZESZYCIE.

	Str.
1. <i>Gustaw Bychowski</i> . — Z badań nad stanami osłupienia schizofrenicznego	1
2. <i>Jan Nelken</i> . — Kokainizm i homoseksualizm	27
3. <i>Wł. Chłopicki</i> . — Napadowe halucynacje słuchowe i napadowe urojenia w przypadku parkinsonizmu po nagminnem zapaleniu mózgu.	84
4. <i>Józef Handelsman</i> . — Stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianem mózgu i rdzenia	93
5. <i>J. Mackiewicz</i> . — Glioblastomatosi diffusa cerebri multilocularis	152
6. <i>J. Choróbski</i> . — Przypadek glejaka (oligodendroma) komory bocznej	179
7. Kronika psychiatryczna	187
8. <i>W. Łuniewski</i> . — Drugie sprawozdanie z czynności zakładów psychiatrycznych w Polsce za rok 1929	190
9. Wspomnienia pośmiertne	214
Ś. p. Konstanty Monakow	214
Ś. p. Jan Piltz	220
Ś. p. Eugenia Kibort-Maksymowa	227
Ś. p. Artur Starzyński	229
Anna Mendelsburg	230
10. Protokół IX Walnego Zebrania Polskiego Tow. Psychiatrycznego na X Zjeździe Psychiatryków Polskich w Kochanówce z dn. 8. 6. 1930 r.	231
11. Projekt Regulaminu Zjazdów Psychiatryków Polskich	238
12. XI Zjazd Psychiatryków Polskich	240
13. Sprawozdanie z Oddziału Wileńskiego Polskiego Tow. Psychiatrycznego.	242
14. Sprawozdanie z działalności komitetu budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia poległych za ojczyznę	245

RÉSUMÉS

1. <i>G. Bychowski</i> . — Étude sur les états de stupeur schizophrénique	251
2. <i>J. Nelken</i> . — Cocainisme et homosexualité	252
3. <i>L. Chłopicki</i> . — Des accès des hallucinations acoustiques et des délires en cas de parkinsonisme apres l'encéphalite épidémique	254
4. <i>J. Handelsman</i> . — Le rapport des lésions anatomiques à l'évolution des troubles mentaux de la sclérose en plaques	256
5. <i>J. Mackiewicz</i> . — La glioblastomatosi diffuse multicentrale	250
6. <i>J. Choróbski</i> . — Un cas de gliome du ventricule lateral	261