

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

Założony
przez

Ś. P. PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XVIII/XIX

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI, doc. 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. Fuhrman (Chełm/Lubelski), dyr. Górny (Owińska), prof. Halban (Lwów), dyr. Kryzan (Kocborowo), dyr. Łapiński (Warszawa), Steffen (Tworki), dyr. Szymański (Warta), dyr. Wiendlocha (Rybnik).

1932.

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

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

Cena niniejszego zeszytu 20 złotych.

Zeszyt niniejszy podwójny, 2-gi z roku 1932, ukazał się dnia 5 maja 1932 r.

Wydane przy pomocy zasiłku Funduszu Kultury Narodowej.



102585

11

(Z Oddziału dla Nerwowo i Umysłowo Chorych szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz Docent Dr. E. Artwiński)

BADANIA NAD PORAŻENIEM POSTĘPUJĄCEM U ŻYDÓW¹⁾

podał

DR. B. BORNSTEIN.

Zagadnienie porażenia postępującego u Żydów mieści się w ramach obejmujących całokształt problemu dotyczącego porażenia postępującego (pp.), uwzględniając przyczyny powstawania i przebieg cierpienia. Rozważania nad wyżej wymienionym tematem opierać się muszą w swem założeniu na danych, dotyczących z zagadnienia ogólnego, uwzględniając różnicę i podobieństwa cierpienia, jakie zachodzą między Żydami a nie-Żydami. Badania dokonane nad pewną grupą ludzi o cechach do siebie zbliżonych, u których przekrój konstytucjonalny tak somatyczny, jak i psychiczny jest charakterystycznie jednolicie zróżniczkowany, mogą w swych wynikach posiadać znaczenie ogólne i temże samem przyczynić się do oświecenia całego szeregu zagadnień, jakie nastrocza pp. nowoczesnej psychiatrii. Stwierdzenie ewentualnej różnicy cierpienia między Żydami a nie-Żydami, czyto w częstości występowania, czy też pod względem obrazu chorobowego lub też różnice w wynikach leczenia zimnicą poruszają zagadnienie rozpatrywane pod kątem widzenia współzależności choroby umysłowej, zewnątrz pochodnej, którą jest pp. od pewnych osobniczych cech, jakie u Żydów napotyamy.

Nie wdając się w określenie cech rasowych, nie bierzemy rasy za podstawę naszych rozważań, nie posługujemy się tem samem pojęciem nie dającem się ani ściśle określić ani porównać, uważając, że odnośnie do stosunków europejskich wyodrębnienie pewnych stałych i istotnych cech rasowych u Żydów, nie tych, które są wyrazem wpływu stosunków zewnętrznych, za niemożliwe.

¹⁾ Według odczytu na XI Zjeździe Psychiatrików Polskich we Lwowie w 1931 r.

Za podstawę rozważań bierzemy przeciętny profil psycho-fizyczny, który aczkolwiek zbliżony do pojęcia rasy, stanowi określenie ścisłejsze i łatwiej dające się porównać. Profil psycho-fizyczny jest wypadkową właściwości osobniczych danej jednostki, odzwierciedla pewne zewnętrzne cechy budowy ciała, będąc temsamem wyrazem czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i mieści w sobie pewne przejawy życia psychicznego, uwidaczniając się w skłonnościach do charakterystycznych zaburzeń psychicznych, już to z zakresu sfery temperamentu, charakteru lub intelektu. Opierając się na tem określeniu możemy wykryć cały szereg cech wspólnych dla Żydów, które z pewną regularnością stale występują.

Porażenie postępujące nastrocza dużo istotnych zagadnień, z których najważniejsze, a mianowicie: zależność występowania pp. od właściwości osobniczych jest, jak dotąd, nierozwiązane. Ścisłe i na wielkim materiale oparte statystyki nie zdołały jeszcze dokładnie ustalić ilu wśród dotkniętych kiłą dostaje w następstwie pp.; granica waha się w dość znacznych odstępach od 4 do 11%. Brak nam danych stwierdzających jakie znaczenie posiada usposobienie osobnicze przy rozwoju cierpienia, a tak zasadnicza i ważna okoliczność, jak wpływ leczenia, bywa po dziś dzień w krańcowo różny sposób oceniania. Czy ogólne prawidła dotyczące powstawania i przebiegu pp. u Żydów i nie-Żydów są takie same, lub czy na skutek innego zróżniczkowania psychicznego przebiegają inaczej zakreślonymi torami, na te tak zasadniczo ważne pytania brak nam po dziś dzień dostatecznie pewnych odpowiedzi.

Skłonność Żydów do chorób psychicznych jest rzeczą ogólnie znaną, w pewnych jednostkach chorobowych przodują oni i przewyższają liczbowo nie-Żydów. Cały szereg autorów zwróciło na tę okoliczność uwagę, analizując przyczyny i przejawy tego zjawiska. Wiedeński psychjatra *Pilcz* poświęcił tej sprawie baczną uwagę wyróżniając nawet t. zw. „psychosis judaica”, chcąc przez to uwydatnić, że cały szereg psychoz u Żydów przebiega w znacznych odchyleniach od przeciętnego typu chorobowego, zarówno pod względem treści choroby, formy i rokowania; obok objawów dla psychozy specyficznych występują liczne znamiona degeneratywne, nadając temsamem pewne charakterystyczne piętno chorobowe. Liczne prace tej dziedziny poświęcone uwzględniają przede wszystkim problem rozpowszechnienia chorób umysłowych u Żydów, stosunek częstotliwości do ludności otaczającej i udział Żydów w poszczególnych chorobach umysłowych. Pod tym kątem widzenia uwzględniano szczególnie psychozę maniakalno-depresyjną i schizofrenję. *Lange* znaj-

duje różnicę między psychozą manjakałną u Żydów i nie-Żydów. U tych pierwszych stwierdził on wcześniejsze występowanie cierpienia, a co zatem w parze idzie pogorszenie prognozy końcowej. Remisje są krótsze, obrazy chorobowe często nietypowe, występują jako formy mieszane, do których nierzadko dołączają się zespoły dla schizofrenji charakterystyczne. W schizofrenji, w tej tak bogatej w objawy chorobowe jednostce, stwierdzono u Żydów odchylenia od zwykłego przebiegu, szybkie występowanie otępienia, krótkie i niepełne remisje, zaburzenia ze sfery ruchowej prowadzą szybko do rozpadu jaźni.

Kwestja pp., tak wielostronnie i szeroko opracowana, uwzględnia pp. u Żydów tylko pobieżnie, poświęcając tej sprawie względnie mało zainteresowania. Odnosna literatura obejmuje prace *Beckera*, *Guttmana*, *Siechla*, *Sieberta*. Inni autorzy podają swe spostrzeżenia tylko sumarycznie w pracach, zajmujących się całokształtem chorób umysłowych u Żydów.

Przeważająca większość autorów, opierając się na danych statystycznych, zgadza się, że pp. u Żydów jest cierpieniem często występującem. Żydzi dostarczają wysoki odsetek chorych, dotkniętych tem cierpieniem. W Austrii na 10.000 Żydów przyjętych do zakładu ilość chorych dotkniętych pp. wynosiła w odsetkach 10,7%, podczas gdy nie-Żydzi na tą samą ilość wykazywali 7,7%.

Wedle statystyki *Pilcza* przypada na:

685 Niemców	214 dotkniętych pp. t. j.	24%
338 Słowian	193 " " "	28%
270 Żydów	102 " " "	36,6%

Wyższy udział dają tylko Węgrzy, u których odsetek wynosi 38%.

W Niemczech na 100 Żydów, przyjętych do zakładu, dotkniętych było pp. 13 do 15, natomiast na 100 nie-Żydów 9-ciu. Nieco wyższe cyfry otrzymali autorzy angielscy. *Badler*, opierając się na materiale zakładów londyńskich, stwierdza u Żydów 21% pp. u nie Żydów 13%. Statystyki te nie są wprawdzie bezwzględnie ściśle, niemniej jednak odzwierciedlają dosadnie różnicę, jaka zachodzi między Żydami a nie Żydami. Udział kobiet jest zgodnie u wszystkich autorów zastanawiająco mały i da się wyrazić stosunkiem 1:14. Na 127 Żydów było zaledwie 9 kobiet dotkniętych pp. Okoliczność ta jest zastanawiająca i nie da się wytłumaczyć tylko przyczynami czyisto zewnętrznymi, jak to chcą niektórzy autorzy, podnosząc że kobiety żydowskie rzadziej ulegają zakażeniu; muszą tu wchodzić prawdopodobnie bardziej zawile przyczyny. Odnosnie do stosunków

w Polsce brak nam pewnych danych. Ze statystyki *Bernasiewicza i Luniewskiego*, obejmującej wszystkich umysłowo chorych w latach 1928/29 wynika, że udział Żydów przyjętych do zakładów wynosił 19,41%; w czasie gdy ogólny odsetek Żydów zamieszkających w Polsce wynosił 10,5%. Wśród chorób umysłowych pierwsze miejsce zajmuje schizofrenia, drugie psychozy maniakalno-depresyjne, trzecie porażenie postępujące. Dane te nie są jednak, jak sam autor podkreśla, zupełnie ścisłe. Odsetek Żydów dotkniętych pp. zdaje się być nieco większy.

Jak wytłumaczyć ten względnie wysoki udział Żydów w pp.? Pozornie zdawać by się mogło, że nie jest on niczem innym, jak tylko wyrazem często występującej infekcji u Żydów. Powszechnie jednak wiadomem jest, że ilość Żydów dotkniętych kiłą w porównaniu z ludnością otaczającą jest względnie małą. Składają się na to czynniki przedewszystkiem natury obyczajowej. Statystycznie dotychczas nie udało się ustalić w jakim stosunku Żydzi ulegają infekcji, przeprowadzenie bowiem tego rodzaju pracy jest przy dzisiejszych warunkach niemożliwe. To, co w odnośnej literaturze da się wykazać, świadczy, że stosunek ten jest absolutnie mały. Dyrekcja Służby Zdrowia w Warszawie stwierdza, że rozpowszechnienie chorób wenerycznych u Żydów w Polsce pozostaje w porównaniu z ludnością otaczającą daleko w tyle, to samo stwierdza berliński Urząd Zdrowia.

Ogólnie jest wiadome, że pp. nie pozostaje w bezwzględnym stosunku do rozpowszechnienia kiły. Znane jest, że kiła u Murzynów stale wzrasta, wedle *Diffendorfa* jest ona 10 razy częstszą niż u białych, natomiast pp. u Murzynów nie jest wprawdzie, jak dawniej przypuszczano, rzadkością, ale w dużym stopniu rzadziej napotykaną, niż u białych. Podobną różnicę znajdujemy wedle *Rüdina* w Algierze. U tubylców napotyka się w niektórych miejscowościach kiłę w przeszło 60%, natomiast pp. spostrzegał *Rudin* bardzo rzadko. U urodzonych tam Żydów mimo, że infekcja ani w przybliżeniu nie osiąga tej liczby co u tubylców napotykał liczne przypadki pp. Przykładów takich przytoczyć możnaby wiele. Tę rozbieżność między częstością kiły a pp. podkreśla już *Kraepelin*, fakt ten zdaje się być tak pewny, że nie może być tematem dyskusji. W poszukiwaniu przyczyn, usposabiających i wyzwalających powstawanie pp., uciekano się do całego szeregu mniej lub więcej istotnych okoliczności. Od dawien dawna podnoszono pewną dyspozycję, uwarunkowaną przynależnością rasową. Jak daleko i jak niekrytycznie posuwali się niektórzy autorzy świadczyć może praca *Westhoffa*,

który pp. uważa za chorobę rasową, występującą przedewszystkiem u ras wyższych, w szczególności zaś u rasy germańskiej. Rasa ma przy powstawaniu pp. wedle *Westhoffa* prawie takie same znaczenie, jak kiła. Do rasy germańskiej zalicza on Celtów i pewne pokrewne szczepy słowiańskie. Gołosłowność teorii *Westhoffa* wynika z określenia „rasy wyższej”, jak dotąd nikt nie wykazał, jakoby rasa germańska dzierżyła prymat, ani też nie stwierdzono, jakoby u tej ostatniej pp. występowało najczęściej. Jeśliby już chcieć brać stosunki rasowe, jako podkład porównawczy, to wyniki są wręcz inne. Z przytoczonej powyżej statystyki *Pilcza* wynika, że wśród dotkniętych pp. pierwsze miejsce zajmowali Węgrzy, drugie Żydzi a trzecie Niemcy. A trudno w tym wypadku pierwszych i drugich zaliczyć do rasy germańskiej. Zdaje się więc, że szukanie przyczyn czysto rasowych jest oparte na bardzo nikłych podstawach i jest tylko wyrazem braku słusznego tłumaczenia.

Zollschan, analizując przyczyny częstego występowania pp. u Żydów, przyjmuje następującą koncepcję: twierdzi, że kiła jest u Żydów względnie świeżym nabytkiem i jako taka na skutek braku specyficznej odporności, nosi charakter bardziej złośliwy, umiejscawiając się w najważniejszych i najbardziej zróżniczkowanych ośrodkach. Twierdzenie to napozór może słuszne, oparte jest jednak na wielu niewiadomych i niezupełnie słusznych przesłankach. Jak dotąd nikt nie ustalił, jakoby Żydzi w średniowieczu naprawdę byli oszczędzani przez kiłę, a jeśli dawać wiarę historykom medycyny, to już w czasach biblijnych miała ona być znaną. Trudno sobie zresztą wyobrazić, ażeby na Wschodzie przy tak ścisłym kontakcie Żydów z ludnością otaczającą ci pierwsi naprawdę nie ulegali infekcji. Jeżeli jeszcze wziąć pod uwagę, co zdaje się być rzeczą pewną, że dość znaczna część prostytutek rekrutowała się ze sfer żydowskich, to zdaje się, że przypuszczenie *Zollschana* nie jest zupełnie słusznem. Przyjmując jednak w ostateczności to twierdzenie, nie widzimy bezpośredniego związku przyczynowego między pp. a świeżem występowaniem kiły. *Zolschan*, starając się udowodnić, że kiła, która u pewnego ludu występuje poraz pierwszy, względnie jest świeżej daty, ma uspasabiać do pp., pozostaje w sprzeczności z twierdzeniem *Plauta*, który jest zdania, że kiła właśnie wtedy prowadzi do pp., gdy w ramach jednego ludu wiele pokoleń przechodziło kiłę. Wedle niego te właśnie ludy, u których kiła jest świeża, są mało dysponowane do pp. Jeżeli zwrócimy uwagę na stosunki wśród Murzynów i Indian, to u tych obu ostatnich kiła, zgodnie z poglądem prawie wszystkich autorów, jest w rzeczywistości świeżym nabytkiem, a liczba

pp. jest mała i dopiero w ostatnich dziesiątkach lat cyfrowo się zwiększa. Domeną pp. jest Europa, kraje zamorskie pozostają pomimo szerokiego rozpowszechnienia się kiły w tyle. Nie wszyscy wprawdzie autorzy aprobuja stanowisko *Plauta*, niemniej jednak wiadać, że twierdzenie *Zollschana* nie może być uważane za bezwzględnie słuszne.

Druga część twierdzenia, że kiła u Żydów ma charakter złośliwy, że zagraża i niszczy układ centralny, jest biologicznie biorąc pojęciem niesłusznem. Wszak schorzenia mięśnia sercowego, tęczówki i naczyńówki, tak często u Murzynów napotykanne, lub też kilaki wątroby, spotykane dość często u Francuzów, stanowią równie złośliwą postać. Pojęcie złośliwości jest uwarunkowane poglądem autora na sprawę, a nie opiera się na przesłankach czysto biologicznych. *Zollschan* przyjmuje w swem założeniu istnienie pewnej odporności dla pp. na skutek przejścia przez pasaż wielu pokoleń, jak dotąd jednak nie wykazano tego rodzaju odporności. Wprawdzie ostatnio przebieg kiły jest nieco inny, zmiany nerwowe mają coraz częściej występować, ale jaką drogą to się dzieje jest rzeczą jeszcze nieustaloną.

Starano się doszukać przyczyny częstego występowania pp. u Żydów, posługując się pojęciem obciążenia dziedzicznego i predyspozycją do chorób umysłowych, podnosząc skłonność do degeneracji psychicznej u Żydów. Słusznem okazało się wprawdzie, że Żydzi dostarczają największej ilości degeneratów psychicznych, ale nie ustaloną jest rzeczą, jakoby między degeneracją psychiczną a pp. zachodził związek wzajemności i współzależności. Teoria o „paralítico-nato”, że ten, który dostaje pp., jest już przed zarażeniem się kiłą psychicznie piętnowany, straciła z biegiem czasu wszelkie uzasadnienie. *Kreapelin* znalazł wprawdzie w połowie przypadków obciążenie dziedziczne, nie uważa jednak, jakoby ten czynnik posiadał jakiekolwiek znaczenie, Wszak w innych chorobach umysłowych odsetek obciążenia jest znacznie większy, a nie przypisuje mu się istotnego wpływu. *Fournier* wykazał, że obciążenie dziedziczne nie odgrywa żadnej roli, a dosadnie wyraża się *Blau*, że żadna z innych chorób psychicznych nie okazuje tak mało wpływu czynników przyrodzonych, jak pp. Badania *Kalba*, dokonane na bardzo obszernym materiale wykazały, że paralitycy są nieco bardziej obciążeni chorobami umysłowymi niż zdrowi, jednak w znacznie mniejszym stopniu, niż dotknięci inną chorobą umysłową. Jak z powyższego zestawienia wynika nie należy przypisywać obciążeniu istotnego znaczenia, jak chcą ci, którzy na tej drodze doszukują się

przyczyn powstawania pp. Degeneracja psychiczna jest u Żydów bezsprzecznie wysoka, jednak między degeneracją a pp. istnieje nawet pewna dysproporcja, co podnosi w swych pracach *Hoche i Jolly*. Znana jest rzeczą, że prostytutki dają względnie mały odsetek pp., a nie da się to tylko wytłumaczyć leczeniem, które o ile w rzeczywistości chronić może przed pp. nie jest jaknajlepszym; że prostytutki umierają wcześniej nie jest również całkiem słuszne, wszak wielka ilość z nich przeżywa okres inkubacji a nie podlega schorzeniu, mimo silnie rozwiniętej degeneracji psychicznej. Podnoszono też argument, że gdyby naprawdę degeneraci i psychopaci dawali znaczną ilość paralityków, to w Ameryce liczba pp. łącznie z silną emigracją tych ostatnich powinna znacznie wzrosnąć. Faktu tego jednak nie stwierdzono. Wszystkie te okoliczności podnosi się dlatego, że degeneracja psychiczna tak nabyta, jako też i odziedziczona nie daje ostatecznego wytłumaczenia poruszonej tu sprawy.

Uciekano się do przyjęcia, że system nerwowy paralityków, w szczególności zaś budowa mózgu okazuje na długo przed rozwojem cierpienia pewne anomalje w postaci niedorozwoju zwojów i płatów czołowych. Podobne zmiany wynajdywał *Sibelius* w rdzeniu i widział w miejscowym rozszerzeniu kanału centralnego dyspozycję do powstawania władu rdzenia. Okazało się jednak, że wszystkie te anomalje są tak częste i tak nic nie znaczące, spotykane tak często u ludzi nie dotkniętych żadnem cierpieniem nerwowem, iż trudno przyjąć, aby mogły mieć jakikolwiek wpływ na powstawanie pp. Te i tym podobne twierdzenia zostały jako niesłuszne dawno odparte. I dziwnem wydaćby się musiało, ażeby właśnie u Żydów występowały one częściej niż u nie Żydów.

W ostatnich czasach szukano w budowie ciała pewnej dyspozycji do powstawania pp. *Stern* przeprowadził pomiary u paralityków i starał się wykazać, że przeważająca większość, to osobnicy o budowie piknicznej i atletycznej. Twierdzenia tego nie potwierdzili inni badacze. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że predyspozycja do powstawania pp. leży w specyficznych właściwościach danego osobnika, we właściwościach po dziś dzień jeszcze nie ustalonych, które w każdym razie nie pokrywają się tylko z budową ciała, gdyż ta ostatnia jest tylko wyrazem pewnych wzajemnych wtórnych proporcji. Jeśliby nawet chcieć przyjąć z zastrzeżeniami twierdzenie *Sterna*, to w jego ujęciu nie da się ono do Żydów zastosować. Budowa zewnętrzna Żydów w Europie środkowej i zachodniej da się zaliczyć do typu asteniczno-dysplas-

tycznego, który zewnętrznie stanowi antytezę typu atletyczno-piknicznego. Wśród osobników przez nas zbadanych i statystycznie uwzględnionych znajdowaliśmy w przeważnej ilości typy asteniczno-dysplastyczne, podczas gdy typ pikniczny rzadziej był spotykany. Nie da się jednak zaprzeczyć, że między budową ciała a samym obrazem chorobowym pp. istniała pewna—aczkolwiek nieregularna i nie, stała, współzależność. Często typ atletyczny dostarczał postaci mąjakalnych. Związku między budową ciała a samym powstawaniem pp. nie ustalono.

Czy czynniki zewnętrzne, nieuwarunkowane specyficznymi właściwościami Żydów, lecz będące wyrazem wpływów innych okoliczności mogą się przyczynić do powstawania pp? *Siechel* chcąc wytłumaczyć wzmożenie się ilości Żydów w ostatnich dziesiątkach lat przypisuje znaczenie nadużywaniu alkoholu, opierając się na tem, że w 13% stwierdził nadużywanie tegoż. Przyjmowany dawniej zgubny wpływ alkoholu okazał się prawie, że bezpodstawny. *Junius* i *Arnd* opierając się na kilku tysięcznym materiale rekrutującym się z miasta, a więc narażonego na używanie alkoholu, wykazali brak wszelkiego wpływu. Podobnego zdania jest *Blaut* i *Megendorfer*. Nadużywanie alkoholu u paralityków jest wprawdzie dość często napotykanę, przeważnie jednak wtedy, gdy chorzy już dotknięci cierpieniem nadużywali alkoholu i temże samem stanowić może jeden z objawów już chorobowych a nie przyczynowych. Alkoholizm u Żydów wzmógł się bezsprzecznie w ostatnich dziesiątkach lat, jednak Żydzi po dziś dzień wykazują najmniejszy odsetek psychoz alkoholowych. Na 280 Żydów zaledwie u 2 stwierdzono psychozę alkoholową, podczas gdy na 333 Słowian psychozy alkoholowe wystąpiły 86 razy. Ta różnica cyfr świadczyć może dobitnie o niezależności alkoholizmu i pp. u Żydów.

Starano się doszukać związku przyczynowego między przebytymi chorobami zakaźnymi, a pp. Zdania, dotyczące tej suponowanej współzależności, są bardzo rozbieżne. Podczas, gdy jedni chorobom zakaźnym w szczególności tbc., przypisują znaczenie uodporniające, inni znowu znaczenie usposabiające. Problem ten, o ile w ogólności na tej drodze znaleźć można jakiekolwiek oświecenie, jest po dziś dzień nierozwiązany. Przeniesienie odnośnej kwestji na grunt naszego tematu nie daje nam żadnego wytłumaczenia. Gruźlica jest u Żydów rzadszą, ale jest ona wogóle u porażenców względnie rzadziej napotykaną, niż u osobników dotkniętych inną chorobą umysłową, np. schizofrenią.

Dla wytłumaczenia częstego występowania pp. u Żydów posłu-

zono się teorią *Edingera*, w myśl której organa najintensywniej pracujące szybko się zużywają i są usposobione do schorzenia. Takim właśnie organem miał być u Żydów mózg. Teoria *Edingera*, może w założeniach swych słuszna, nie uwzględnia, iż między fizjologiczną pracą mięśnia a czynnością mózgu zachodzi diametralna różnica, a prawidła obowiązujące fizjologię mięśni nie dadzą się bez zastrzeżeń przenieść na system nerwowy. Pomijając słuszność naszego tłumaczenia, nie możemy zgodzić się z ujęciem, by praca umysłowa u Żydów zarówno w przeszłości, jak i w teraźniejszości była tak znaczną, aby temsamem system centralny mógł stanowić mniej odporne miejsce. Teoria *Edingera* zastosowana do Żydów mogłaby ewentualnie dotyczyć zaledwie znikomej odsetki, nie tłumaczyłaby czemu u osobników, nie mających nic wspólnego z pracą umysłową, pp. jest równie częste, jak u osób pracujących intelektualnie. Nie dawałaby odpowiedzi, dlaczego u ludów młodych, psychicznie mało zróżniczkowanych, pp. nie jest rzadkością.

Od czasu, gdy problemat pp. zajął umysły psychiatrów, gdy z braku słusznego tłumaczenia przyjmowano cały szereg okoliczności uspasabiających i wyzwających, przypisywano poczesne znaczenie wpływom kulturalnym cywilizacji oraz pracy umysłowej. „Europeizacja” z jej przyjmowanymi wpływami miała być tą okolicznością, która zwiększyła ilość pp. I ci, którzy wierzyli w słuszność swych przypuszczeń, stawiali właśnie Żydów, jako argument mający wykazać słuszność ich twierdzenia. Wszak dopiero z końcem 18 w. w ośrodkach Europy zachodniej Żydzi zostali wciągnięci w wir życia europejskiego. (Chodzi tu nie o poszczególne jednostki, lecz o szerokie masy, którym drogą asymilacji udostępnione zostało korzystanie z duchowych dóbr Europy). I na nich właśnie miały się odbić w całej pełni te fatalne skutki współżycia z kulturą Zachodu. Wypowiedziane przez *Kraft-Ebbinga* przypuszczenie, że pp. jest „nabytkiem” kultury okazało się w całym swym założeniu niesłuszne. Istota błędu zdaje się polegać na niedocenianiu i przeoczeniu tego zasadniczego faktu, że dawniej pp. nie rozpoznawano w tej mierze, jak dzisiaj. Dla psychiatrii, będącej jeszcze w zaraniu swych badań, ta jednostka chorobowa nie była dostatecznie jeszcze znaną. Wszak dopiero w r. 1857 *Esmarch* i *Jessen* zwrócili uwagę na możliwość współzależności pp. i kiły. I od tego właśnie czasu zaczęto cierpieniem tem, jako jednostką chorobową, bardziej się zajmować. Nie jesteśmy w stanie w przybliżeniu nawet ocenić, w jakim stopniu i w jakiej mierze pp. występowało w wiekach średnich. Słusznem może być tylko jedno, że pp. liczbowo wzmoгло się

od czasu, gdy poczęto cierpienie to rozpoznawać i niem się zajmować. Nie będzie ujmą dla psychjatry i neurologa jeżeli powiemy, że dziś rozpoznanie pp. należy do rozpoznań psychiatrycznie trudnych, że dziś wzbogaceni wiadomościami klinicznymi rozpoznajemy nierzadko cierpienie to nie na podstawie zespołu psychicznego, lecz dzięki całemu szeregowi badań serologicznych, dawniej nieznanym.

Jeżeli jeszcze zważymy, że obrazy chorobowe pp. ulegały przeobrażeniu, zrozumiemy trudności rozpoznawcze.

Dziwnem się musi wydać twierdzenie, podnoszone przez niektórych autorów, że kultura ostatniego wieku mogła wzmóc ilość pp. u Żydów. Wszak poprawa stosunków higienicznych, a co za tem idzie i profilaktyka ulepszyła byt tych ostatnich w znacznym stopniu. Czy dawniej praca umysłowa nie była taką samą, jak dzisiaj? Często przypisywane przemęczenie umysłowe, troski materialne bywają nierzadko pierwszymi zwiastunami chorobowemi, a to, że pp. częściej napotyka się w sferach umysłowo pracujących jest tylko dowodem, że tam kiła jest częstszą i tam przemęczenie umysłowe ma sposobność dosadniej się objawiać. Walka o byt tak często podawana nie może być okolicznością współwinną, przecież napotyka się pp. w sferach najlepiej sytuowanych i nierzadko u ludzi młodych, którzy jeszcze nie mieli sposobności rozpocząć walki o byt. Jak dalece niesłuszną wydać się musi teoria europeizacji wynika z porównania; we Włoszech południowych, gdzie kiła jest częstem zjawiskiem pp. względnie rzadziej napotyka się niż u Murzynów amerykańskich. Wedle *Pilcha* ilość pp. w Austrii okazuje tendencję do obniżania się, natomiast w Szwecji mimo daleko posuniętej profilaktyki kiły, okazuje tendencję zwyżkową, a przecież różnicy w kulturze doszukać się trudno. W Abissynji u ludności tubylczej, u której kiła jest niemniej częstą, jak u tamże mieszkających Żydów, pp. jest wedle opisów tamtejszych lekarzy zjawiskiem rzadko spotykaniem, podczas gdy u Żydów mimo braku różnicy w sposobie życia, mimo braku związku z wpływami Europy pp. znajduje się częściej.

Rozważania nasze byłyby niedostateczne, gdybyśmy nie poruszyli przynajmniej w zarysach stosunku, jaki zachodzi między pp. a leczeniem kiły. Wszak zagadnienie to należy po dziś dzień do najważniejszych i najtrudniejszych. Zdania autorów w odnośnej kwestji, i to nietylko psychjatrów, ale w szczególności syfilidologów są tak krańcowo rozbieżne, że wyciąganie jakichkolwiek wniosków należy uważać za przedwczesne. Wedle jednych już jedno wydatnie przeprowadzone leczenie może stłumić i uzdrowić cierpienie, wedle innych zaś wielokrotne i stałe leczenia nie mają wpływu na

wystąpienie pp. a nawet dysponują do powstania zmian nerwowych *Meggendorfer*, jeden z najwybitniejszych znawców tej sprawy, przypuszcza, że trudno dziś powiedzieć cokolwiek pewnego o wartości i wpływie leczenia na rozwój i powstawanie pp. Badania statystyczne szeroko zakrojone doprowadziły do tak rozbieżnych i niepewnych wyników, iż wyciąganie wniosków zarówno o ujemnym, jak i dodatnim wpływie leczenia jest niemożliwe. Z konieczności nasunąć się musi pytanie, czy Żydzi dotknięci kiłą leczą się częściej i dokładniej; na to, tak ważne, pytanie nie udaje się jednak dać odpowiedzi. Anamnezy paralityków, badane pod tym kątem widzenia, są bardzo niepewne, częściowo wskutek niewiedzy, częściowo z powodu mylnych zapodań. Jeśli się jeszcze uwzględni, że wszak tylko mała ilość dotkniętych kiłą dostaje w następstwie zmiany psychiczne, reszta zaś dla psychiatrii ginie, zrozumiałem jest, na jakie musi się natrafić trudności chcąc przynajmniej w przybliżeniu ocenić wyniki leczenia. Niezależnie od zasadniczej odpowiedzi stwierdzić musimy, że w materiale naszym posiadamy dość znaczną liczbę chorych Żydów, którzy od czasu infekcji aż do wystąpienia zmian psychicznych regularnie i dokładnie się leczyli. Problem leczenia nie jest jeszcze dziś w stanie rozświetlić sprawy powstania pp.

Możnaby się zastanawiać, czy częste występowanie pp. u Żydów nie jest tylko wyrazem pewnego stanu przejściowego, jak to chcą niektórzy autorzy. Nie mamy jednak żadnych danych, by móc zaprzeczyć lub potwierdzić wymienione przypuszczenie. Zagadnienie to stało się bowiem niedawno aktualne.

Bezpośrednią przyczyną jest wzmagająca się stale ilość infekcji u Żydów, która jednak nie tłumaczy istoty zagadnienia, bo wszakże i u ludności otaczającej infekcja w czasie wojny i po wojnie wzmogła się w równie silnym stopniu, a jednak wzrost chorych dotkniętych pp. nie osiąga takiej odsetki, jak u Żydów. Tak n. w Austrii ilość pp. u nie Żydów okazuje obniżenie, nie stwierdza się natomiast tego u Żydów.

Nasunąć się musi mimowoli poruszenie problemu, ostatnio jeszcze żywo dyskutowanego, współzależności przebiegu kiły od charakteru i specyficznych właściwości krętka bladego. Trudno przyjąć, ażeby właśnie Żydzi częściej mieli sposobność zarażać się hipotetycznym zresztą szczepem *spirochet* o właściwościach neurotropicznych. Podnoszony niegdyś argument, że na Węgrzech, gdzie odsetek paralityków jest w Europie największy, zarażeni tam Słowianie i Niemcy często w następstwie dostają pp., okazał się zupełnie fałszywy. Odsetek paralityków Żydów jest równie wysoki

w Niemczech, Anglii, jak i innych krajach Europy środkowej. Na ziemiach polskich zajmuje pp. wśród chorób umysłowych 3 miejsce, jeśli jednak zważymy, że istnieje u Żydów pewna tendencja do zatajania chorób umysłowych i niechęć do oddawania chorych do szpitali i zakładów oraz stosunki lokalne, jak stałe przepełnienie zakładów w Małopolsce i byłym zaborze rosyjskim, to przyjąć musimy, że cyfra ta będzie wcale pokazać.

Rozważania nasze byłyby niecałkowite, gdybyśmy nie uwzględniili udziału Żydów w innych cierpieniach nerwowych, powstałych na tle kiły. Temat ten nie doczekał się po dziś dzień opracowania, a ewentualne dane, oparte na spostrzeżeniach pojedynczych autorów nie dają nawet w zarysach pewnego obrazu. Opierając się na poszczególnych wynikach, można przyjąć, że udział Żydów w psychozach kiłowych jest wielokrotnie mniejszy, niż u ludności otaczającej, również wiad rdzenia i kiła mózgu rzadziej bywa napotykana. Jak wynika z powyższych danych nie udało się wykazać pewnych przyczyn, względnie częstego występowania pp. u Żydów. Przytoczone powyżej teorie okazały się już to w założeniach swych niesłuszne, lub też za mało pewne, by mogły wytłumaczyć istotę zagadnienia.

Zachodzi pytanie, czy przebieg pp., obraz chorobowy, przebieg cierpienia, rokowania i wyniki leczenia wykazują różnicę między Żydami, a nie-Żydami? Czy w ramach samego cierpienia przejawiają się pewne cechy osobnicze, jaki jest ich wpływ na kształtowanie się obrazu chorobowego. Na te i tym podobne zagadnienia staramy się dać odpowiedź na podstawie opracowanego przez nas materiału. Temat ten był naogół mało uwzględniany, spotyka się tylko pewne sumaryczne zapodania.

Materiał nasz obejmuje 156 chorych. Przeważająca większość chorych pochodzi ze szpitala św. Łazarza, oddziału VI., nieznaczna część z zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie, a kilka pojedynczych przypadków z dwóch prywatnych lecznic krakowskich. Cyfra ta obejmuje chorych od roku 1910 do grudnia 1930 włącznie. Nie odzwierciadla ona w całości liczby chorych Żydów leczonych z powodu pp. w okresie ostatnich 20 lat, gdyż już około 30-tu chorych nie zostało z samego początku wciągniętych w tę liczbę, już to na skutek wątpliwości, jakie nasunęły się odnośnie do rozpoznania przy przeglądaniu historii chorób, już to na skutek braku danych, mogących być użytymi dla celów porównawczych. W trakcie samego opracowania odpaść musiało 15 chorych, co do których wiadomości zawarte w historjach choroby okazały się zamało dosta-

teczne. Tak więc badanie opiera się na materiale, obejmującym 140 chorych, z tego 127 mężczyzn i 12 kobiet. Materiał nasz został podzielony na dwie grupy, z których jedna obejmuje chorych leczonych malarją w liczbie 70-ciu mężczyzn i 8 kobiet, drugą grupę stanowią ci, którzy leczenia zimnicą nie przechodzili. Chcąc wyciągnąć pewne dane, dające się użyć porównawczo, opracowaliśmy taką samą ilość chorych nie-Żydów, zarówno leczonych, jak i nie leczonych zimnicą. Przy doborze chorych postępowano w ten sposób, że na każdego chorego Żyda przypadał chory nie-Żyd, bacząc, by między porównywanymi nie zachodziła różnica wieku większa niż 3 lub 5-ciu lat, jak również znaczna różnica zawodowa. Ten ostatni postulat nie zawsze mógł być w całości wypełniony. Przy wyborze chorych nie-Żydów wybieraliśmy historję choroby tych ostatnich w ten sposób, by pierwsze litery początkowe nazwiska odpowiadały inicjałom u chorych Żydów. Te wszystkie techniczne czynności robione były w tym celu, by z jednej strony uniknąć znacznej różnicy wieku, stopnia i wykształcenia, z drugiej zaś strony po to, by wybór chorych nie-Żydów nie mógł być z góry celowo ustanowiony, lecz uwarunkowany przypadkiem.

Wiek: staraliśmy się porównać wiek chorych przy przyjęciu do szpitala, by wykazać, czy istnieje między Żydami, a nie Żydami różnica w wieku występowania cierpienia. Zachodzić bowiem mogła możliwość, że podobnie, jak i przy stanach cyklicznych tak przy pp., wiek zapadania u Żydów będzie wcześniejszy, niż u nie Żydów. Wyniki nie potwierdziły naszego przypuszczenia. Wręcz przeciwnie podczas, gdy największa ilość schorzeń u nie Żydów przypada na okres między 39 a 40 rokiem życia, to u Żydów największy odsetek znaleźliśmy między 43 a 45 rokiem życia. Żydzi więc nieznacznie później wstępują w okres chorobowy. Z drugiej zaś strony potrafiliśmy wykazać, że ilość przypadków u których cierpienie występuje między 20 a 25 rokiem życia jest u Żydów większa. Wśród nie-Żydów zachorowało między 20 a 25 rokiem życia 7-miu, zaś u Żydów zachorowało między 20 a 25 rokiem życia 16-tu.

Ten wczesny wiek występowania pp. u Żydów stwierdzony zresztą na bardzo nielicznym materiale, mógłby stać w związku ze skróconą inkubacją, u tych ostatnich spostrzeganą.

Oдноśnie do okresu inkubacji, to przy opracowaniu tej kwestji, natrafiliśmy na znaczne trudności wynikające z braku wiadomości, czasu infekcji. Z materiału naszego t. j. liczby 140, rozpatrywanego pod kątem widzenia inkubacji odpaść musiało 50 chorych. Dla celów porównawczych zostało tylko 90-ciu. Okres inkubacji u Żydów

okazał się w porównaniu z okresem inkubacji u nie-Żydów wyraźnie skrócony. Podczas, gdy u nie-Żydów największy odsetek chorych wykazywał okres 11 do 14 lat trwania inkubacji, to u Żydów wahał się między 9 a 10 rokiem.

Tabela I.

Na 90 zachorowało:

Ż y d z i	n i e Ż y d z i
3 po 3 latach	0 po 3 latach
6 " 5 "	2 " 5 "
10 " 6 "	4 " 6 "
9 " 7 "	6 " 7 "
12 " 8 "	9 " 8 "
22 " 9 "	12 " 9 "
17 " 10 "	14 " 10 "
6 " 13 "	21 " 11 "
1 " 15 "	16 " 13 "
2 " 18 "	2 " 15 "
2 " 20 "	1 " 18 "
	3 " 20 "
<hr/> 90	<hr/> 90

Jak wynika z przedstawionej tabeli okres inkubacji okazał się u Żydów nieznacznie skrócony. Podnoszona przez niektórych autorów okoliczność, jakoby leczenie kiły w pierwszym i drugim okresie miało skracać okres inkubacji, nie znalazło na podstawie naszego materiału potwierdzenia. W tym kierunku przeprowadzone badanie wykazało:

Tabela II.

Ż y d z i 90	n i e Ż y d z i 90
46 nie było leczonych	22 nie było leczonych
10 1 leczenie Hg.	28 1 leczenie Hg.
8 1 leczenie Hg. plus Salv.	9 1 " " plus Salv.
9 2 " " " "	12 2 " " " "
10 3 " " " "	6 3 " " " "
5 4 " " " "	9 4 " " " "
2 ponad 4 leczenia	4 ponad 4 leczenia
<hr/> 90	<hr/> 90

Ilość pobranych salv. i rtęci w gramach nie udało się ustalić. Porównując tabelę inkubacji z tabelą leczenia, widać iż u nie Żydów, u których odsetek leczonych był większy, okres inkubacji nie jest wcale skrócony, lecz w porównaniu z Żydami, którzy mniej się leczyli, nieznacznie przedłużony.

Pod względem podziału na poszczególne zawody nie znaleziono wyraźnej różnicy między Żydami a nie Żydami.

Tabela III.

Ż y d z i 140	n i e Ż y d z i 140
Przemysłowcy i kupcy . 57	Przemysłowcy i kupcy 20
Robotnicy i rzemieślnicy 44	Robotnicy i rzemieślnicy 57
Rolnicy 3	Rolnicy 5
Urzędnicy 10	Urzędnicy 33
Zawody wolne 16	Zawody wolne 15
Bez zawodu 8	Bez zawodu 5
Żołnierze 2	Żołnierze 4
140	140

Nieznaczna przewaga kupców i przemysłowców jest zupełnie zrozumiałą, jest wyrazem rzeczywistego różniczkowania społecznego Żydów. Należy jeszcze uwzględnić, że materiał dotyczący Żydów pochodzi w przeważnej swej ilości z miast, podczas gdy nie Żydzi w równej prawie mierze rekrutują się z miast i wsi. Uwzględniając tę ostatnią okoliczność nie stwierdza się wśród Żydów przewagi pracowników umysłowych, jak chcą poszczególni autorzy.

Staliśmy się na podstawie naszego materiału wykazać, jak często spotykano obciążenie chorobami umysłowymi. Celowo uwzględniliśmy tylko choroby umysłowe w pełnym tego słowa znaczeniu, nie uwzględniając natomiast nerwic i stanów psychopatycznych.

Z materiału 140 odpadło 28, co do których brak było danych, dających się pod tym kątem widzenia wykorzystać.

Na 112 Żydów stwierdzono w najbliższej rodzinie w 12 przypadkach choroby umysłowe, z tego jedną na tle nadmiernego nadużywania alkoholu, podczas gdy na 112 nie Żydów wykazano choroby umysłowe w 16 przypadkach, z tego na tle alkoholu 4-ry.

Wymienione powyżej cyfry nie oddają rzeczywistego stanu, stanowią li tylko pewne wartości przybliżone, niemniej jednak mogą być wykorzystane dla celów porównawczych, z których wynika, że

czynnik obciążenia dziedzicznego nie posiada takiego znaczenia, jakie mu niektórzy autorzy przypisują.

Przy badaniu uwzględnialiśmy obraz chorobowy pp. starając się uwypuklić następujące okresy: początek cierpienia, postać chorobową i przebieg. Odnosnie do początku cierpienia, to wyniki porównawcze między Żydami a nie-Żydami nie dadzą się ująć ani w cyfrę, ani też nie są tak pewne, by móc je uogólniać. Początkowy okres cierpienia należy do okresów najtrudniej rozpoznawanych. Musimy przyznać, że pierwsze zmiany chorobowe, jakie się toczą w przeważnej ilości przypadków, stają się dla nas nieuchwytnie, gdyż z chwilą, gdy chory zgłasza się do szpitala względnie do lekarza proces chorobowy może już być względnie daleko posunięty, mimo braku charakterystycznych wypadów psychicznych. Pojęcie pp. *incipiens* jest określeniem czysto konwencjonalnem, nie oddającym istotnego stanu choroby. Często bowiem krótkotrwała obserwacja ujawnia, że charakter procesu postępuje szybko, dając daleko idące odchylenie od normy. Na te trudności rozpoznawcze zwraca uwagę *Megendorfer* podnosząc, że brak nam istotnych sprawdzianów, mogących określić okres chorobowy. Jeżeli dodamy do tego jeszcze, że wywiady podawane przez otoczenie stają się niepewne, to zrozumimy, jak trudno określić początek cierpienia. Jeśli po tych zastrzeżeniach przystąpimy do porównywania okresu wstępnego między Żydami a nie-Żydami to, opierając się na dość znacznej ilości chorych, odnosi się wrażenie, że zachodzą pewne różnice. Okres początkowy zdaje się być często skróconym. Brak objawów wstępnych w postaci zmian charakteru, osłabienia władz psychicznych, sprawności cielesnej. Wszystkie te odchylenia od normy zdają się być ograniczone na krótki przeciąg czasu, po którym szybko rozwija się pełny, mniej lub więcej typowy, obraz cierpienia. Badając nasz materiał pod tym kątem widzenia, mogliśmy wyeliminować dość znaczną ilość chorych, u których cierpienie rozwinęło się nagle. Wśród zupełnego zdrowia, w trakcie wykonywania swych czynności zawodowych, występowały często zmiany psychiczne w postaci stanów zamroczenia, stanów psycho-motorycznego podniecenia, szybko uwidaczniająca się utrata pamięci, dezorientacja. W przeważającej ilości przypadków naszkicowane obrazy chorobowe ustępowały szybko, poczem jednak po krótkim okresie choroby wykazywali daleko posunięty i w całej pełni dojrzały obraz chorobowy i często odnosiło się wrażenie, że chory znajduje się w daleko posuniętym stanie choroby, mimo, iż badania anamnestyczne wykazywały dwu lub trzech miesięczne trwanie cierpienia. Te nieznaczne odchylenia od normy

chorobowej nie napotymano tak często u nie-Żydów, u których okres początkowy wydał się nam być znacznie dłuższy. Często odnosiło się wrażenie, że tempo narastania procesu chorobowego jest u Żydów szybsze, że proces dociera i niszczy głębsze wartości psychiczne. Ataki utraty przytomności i ataki epileptyczne występowały częściej u Żydów niż u nie-Żydów, mimo, iż staraliśmy się dobierać chorych o podobnym wieku, nie chcąc tłumaczyć ataków epileptycznych różnicą wieku. Odnosiło się wrażenie, że zaburzenia ze sfery cielesnej w postaci przemijających porażień, utrudnienia mowy dobitniej znaczyły się u Żydów. Materiał nasz jest za skąpy, by zezwalał nawet w przybliżeniu na wyciąganie pewnych wniosków, dotyczących stanu początkowego. Niemniej jednak odchylenia od przeciętnego typu chorobowego napotymano tak często, że prze to samo zasługują na uwzględnienie.

Podczas, gdy wiadomości dotyczące stanu początkowego mogą być uważane za wyraz subiektywnego sądu, i tem samem dla celów porównawczych tracą nieco na wartości, to dane z zakresu przebiegu cierpienia, pod kątem widzenia różnicy między Żydami a nie-Żydami, opierają się na materiale ściśle opracowanym.

Podział obrazu chorobowego na postacie bywa często dowolnym, uwarunkowany osobistymi zapatrywaniami autora. Podczas, gdy jedni rozróżniają zasadniczo tylko postać dementywną, manjakałną i depresyjną, inni dołączają jeszcze zespoły schizofreniczne, hipochondryczne i neurasteniczne, usiłując często w dowolny sposób wymienione obrazy od siebie oddzielić. Podział ten nie jest oparty na żadnych danych faktycznych, brak mu bowiem zarówno podkładu anatomicznego, jak i ściśle uzasadnionego wytłumaczenia psychologicznego, opiera się tylko na długoletnich obserwacjach. Jeżeli zważymy, że kierującym i podstawowym objawem pp. jest stale narastające upośledzenie wszelkich władz psychicznych, że zaburzenia te są nieodzowne i właśnie one nadają charakterystyczne piętno cierpieniu, to zrozumiemy, że uwydatnianie poszczególnych odchyień, czy to ze sfery afektu czy też charakteru jest nieistotne. Nie wdając się w analizę i w powstawanie pojedynczych zespołów chorobowych, nazwanych przez *Hochego* zespołami brzeźnemi, przyjęliśmy za podstawę badań porównawczych podział na trzy zespoły, zdając sobie sprawę, że tylko dementywny jest zupełnie pewny, podczas gdy dwa inne manjakałny i depresyjny bywają często stanami przejściowymi, ulegającymi zmianie, z których jeden może przejść w drugi. Do zespołów manjakałnych, względnie depresyjnych zaliczyliśmy tylko tych chorych, u których obraz chorobowy był ściśle uwydat-

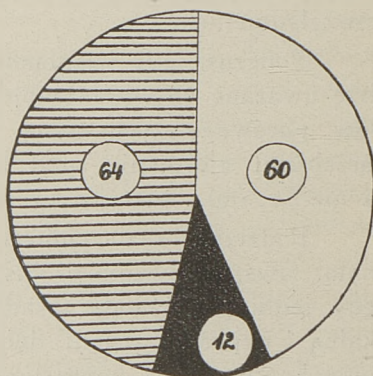
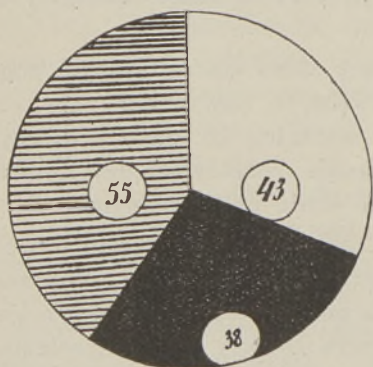
niony, długo się utrzymywał i nie nastęrczał żadnych wątpliwości rozpoznawczych. Obrazy nietypowe i wątpliwe zaliczano do postaci dementywnych, nie uwzględniając tem samem zespołów neurastenicznych i schizofrenicznych. W tym kierunku przeprowadzone badania dały wynik następujący:

WYKRES I.

PODZIAŁ POSTACI CHOROBYCH

ŻYDZI

NIE ŻYDZI



DEMENTYWNA



MANIAKALNA



DEPRESYJNA

Tabela IV.

Na 134 chorych:

Ż y d z i	n i e Ż y d z i
manjakalnych. . . 43	manjakalnych. . . 60
depresyjnych . . . 38	depresyjnych . . . 12
dementywnych . . . 55	dementywnych . . . 64

Nie zaliczono do powyższej tabeli 6-ciu chorych na skutek trudności w klasyfikacji. Z przytoczonej tabeli wynika znaczna różnica postaci depresyjnych, gdzie Żydzi trzykrotnie przewyższają nie-Żydów. Między postaciami manjakalnemi, dementywnymi

nemi różnica nie uwidaczniała się w tym stopniu. Zdając sobie sprawę, jak wyżej powiedziano, ze sztuczności odnośnego podziału należy, jednak uwypuklić częstość występowania zespołów depresyjnych u Żydów. Wytlumaczenie tego zjawiska nie jest pewne: stoi ono w przeciwieństwie z przyjmowaną współzależnością, jaka ma zachodzić między budową ciała a skłonnością do chorób psychicznych. W myśl dzisiaj dyskutowanych poglądów należałoby raczej przyjąć, że Żydzi, którzy swą budową ciała najbardziej zbliżeni są do typu asteniczno-dysplastycznego powinni dostarczać obrazów chorobowych grupie pokrewnych schizofrenii. Z powyższego zestawienia wynika, iż stan faktyczny był zgoła odmienny; w trzech zaledwie przypadkach stwierdzono u Żydów obrazy chorobowe, dające się zaliczyć do zespołów schizofrenicznych, podczas, gdy u nie-Żydów obrazy schizofrenicznie napotkano w 6-ciu przypadkach. Łączenie więc obrazów psychicznych z konstytucją somatyczną okazało się na naszym materiale niezupełnie słuszne. Przyjąć raczej należy, że częste zjawianie się stanów depresyjnych może pozostawać w związku ze stwierdzoną skłonnością Żydów do zapadania na psychozy cykliczne, wśród których depresja częściej się pojawia. Porównywanie to mieści jednak w swem założeniu świadomość błędu, gdyż różnica między samorodną depresją, a zespołem depresyjno-paralitycznym jest tak wielka, iż tylko zewnętrzny obraz chorobowy posiada pewne cechy podobieństwa.

Przebieg chorobowy cierpienia nie okazywał istotnej różnicy między Żydami, a nie Żydami, w szczególności nie stwierdzono, jakoby symptomatologia cierpienia była u Żydów mniej bogatą. Okoliczność ta, podnoszona przez niektórych autorów, nie znalazła w naszym materiale potwierdzenia, można jednak było wykazać, że urojenia wielkościowe o charakterze religijnym występowały u Żydów znacznie rzadziej. Częściej stwierdzano zaburzenia ze sfery somatycznej i wegetatywnej, nie idące w parze ze stanem psychicznym. W wielu przypadkach, w których stan psychiczny umiejscawiał się, nie okazując skłonności do postępowania, zaburzenia somatyczne wzrastały nieproporcjonalnie, kładąc kres cierpieniu. Postacie ekspansywne napotymano u Żydów rzadko, pomijając te przypadki, gdzie po stanach drgawkowych występowały objawy zamroczenia i podniecenia.

Czas trwania cierpienia nie może stanowić istotnego miernika porównawczego, długotrwałość cierpienia jest bowiem uwarunkowana szeregiem okoliczności zewnętrznych, w szczególności zaś zależy od opieki i wieku chorego, tak że wyciąganie wniosków stać się musi

problematyczne. Zdając sobie dokładnie z tego sprawą, porównywaliśmy czas trwania cierpienia u Żydów i nie-Żydów. Dla tego celu posługiwaliśmy się materiałem chorych, którzy nie byli leczeni zimnicą. Chorych leczonych zimnicą porównywaliśmy pod innym kątem widzenia. Z 58 chorych nieleczonych nie potrafiliśmy 12 użyć dla naszego celu, na skutek braku wiadomości o ich stanie końcowym, (chorzy ci zostali zabrani do domu i brak wiadomości o ich losie). Pozostałą liczbę 36 porównywaliśmy pod kątem widzenia trwania choroby, biorąc za punkt początkowy czas przybycia do szpitala, nie opierając się natomiast na danych anamnestycznych, z reguły niepewnych. Na tym więc materiale, liczbowo bardzo skąpy, stwierdziliśmy następujące różnice: u nie-Żydów cierpienie trwało przeciętnie 2 i pół do 3 lat, 23 zmarło w drugiej połowie drugiego roku cierpienia, u Żydów czas trwania cierpienia był dłuższy, wahając się między czterema a pięcioma latami. Z końcem czwartego roku cierpienia było jeszcze 13 chorych. Różnica opieki nie mogła tu wchodzić w rachubę, gdyż braliśmy pod uwagę stale przebywających w szpitalu, jednak obraz chorobowy, głębia cierpienia nie pozostawała w stosunku do czasu trwania, gdyż już w pierwszym roku choroby u Żydów wcześniej, niż u nie-Żydów stwierdziliśmy daleko posunięty rozpad psychiczny, który stale się potęgując zezwalał tylko na prowadzenie życia animalnego.

Remisji samoistnych o dłuższym trwaniu nie stwierdzono ani u Żydów ani u nie-Żydów, jednak odnosiło się wrażenie badając historję chorób, że okresy zatrzymania się procesu były u nie-Żydów dłuższe. Zabrani do domu chorzy nie-Żydzi potrafili dłużej współżyć z otoczeniem, podczas gdy u Żydów cierpienie wzmagало się, zmuszając chorych do przebywania w zakładach. To częste powtarzanie się tego zjawiska potwierdza nasze przypuszczenie, oparte zresztą na innych sprawdzianach, że tempo zniszczenia psychicznego, jak i stopień zniszczenia jest u Żydów znacznie szybszy i głębszy.

Najwięcej uwagi poświęciliśmy leczeniu malarją, porównując osiągnięte wyniki między Żydami a nie-Żydami. Dziś kiedy malarja po wieloletnich doświadczeniach okazała się jedynym i bezsprzecznie najlepszym środkiem leczniczym, uważaliśmy, że wyniki leczenia mogą rzucić światło na zachodzącą ewentualnie różnicę między cierpieniem Żydów a nie-Żydów. Materiał nasz w liczbie 70-ciu porównywaliśmy z tą samą ilością nie-Żydów, leczonych od roku 1922 do 1930. Jak już wspomniano dobieraliśmy chorych o podobnym wieku, o zbliżonym do siebie stanie chorobowym i o ile to było możliwe o podobnym stopniu wykształcenia. Wszyscy nasi

chorzy leczeni byli malarją, przechodząc 8 do 13 ataków, po których poddawani byli leczeniu salvarsanem w ilości 3 i pół do 4 i pół gr. neosalvarsanu. Ilość przebytych ataków między Żydami a nie Żydami nie różniła się naogół, aczkolwiek dość często już po 8-mym ataku zmuszeni byliśmy przerwać leczenie na skutek częściej występujących zaburzeń ze strony systemu naczyniowego. Różnice jednak co do ilości ataków były bardzo nieznaczne, gdyż w tych pojedynczych przypadekach, w których ilość ataków nie dochodziła do 8-miu szczepiliśmy chorych powtórnie, starając się osiągnąć przynajmniej 10 ataków powyżej 39 stopni. Tak przynajmniej postępowaliśmy stale u chorych, którzy po raz pierwszy przechodzili leczenie zimnicą. Katamnezy naszych chorych rozciągają się na okres 3 do 6 lat. Chorzy albo co pewien czas zgłaszali się do szpitala, albo odpowiadali na zapytania, dotyczące ich stanu zdrowia. Dzisiaj oddział nasz jest w posiadaniu przeszło 500 katamnez chorych leczonych zimnicą. Z liczby tej dla naszego zagadnienia posiada znaczenie przebieg cierpienia 70 Żydów, którzy po przejściu malarji opuścili szpital.

Zanim przejdziemy do porównania wyników musimy poruszyć tak ważną i zasadniczą kwestję, jaką jest ocenianie wyników leczenia. Problem ten jest dziś ogólnie dyskutowany, posiada bowiem zarówno znaczenie psychiatryczne, jak i społeczne. Nie wdając się w bliższe omawianie całokształtu zagadnienia, należy zaznaczyć, że wyniki leczenia bywają przez różnych autorów niejednolicie oceniane. Podczas gdy jedni uwzględniają tylko całkowite wyleczenie i tylko te wyniki uważają za dodatnie, inni rozpatrują je bądź pod kątem przedłużenia życia chorego, długotrwałości pobytu w zakładzie, względnie uwzględniają tylko wyniki badań eksperymentalno-psychologicznych. Klasyfikacja nie jest do dzisiejszego dnia ustalona. W ocenie naszych wyników opieraliśmy się całkowicie na szemacie, ustanowionym przez *Artwińskiego* i *Gradzińskiego*, który to podział wydaje się nam najistotniejszym, gdyż w pełnej mierze uwzględnia zarówno postulaty psychiatryczne, jak i społeczne. W założeniach swych podział ten oparty jest na zdolności przystosowania się i współżycia chorego z otoczeniem. Podział rozróżnia 4-ry rodzaje poprawy, które dla przejrzystości oznaczone są początkowymi literami alfabetu. Do kategorii pierwszej A: zaliczamy tych chorych, którzy po przebyciu leczenia, względnie w najbliższym czasie, wykazali całkowitą poprawę, u których istniejące luki zostały wyrównane, obraz chorobowy ustąpił i zezwolił na wykonywanie bez uszczerbku swego zawodu. Wymaganie powrotu do stanu przedchorobowego było pod-

stawowem żądaniem i sprawdzianem zaliczenia chorego do pierwszej kategorii. Czasokres poprawy ograniczyliśmy do lat 3, uważając, że okres ten dać nam może rękojmę utrzymującej się poprawy. Do kategorii B: zaliczaliśmy chorych, którzy po przejściu leczenia nie okazywali całkowitego zaniku objawów chorobowych, u których stwierdzone poprzednio zaburzenia ze sfery intelektu i charakteru wprawdzie całkowicie nie ustąpiły, ale nie okazywały tendencji do narastania, gdzie leczony zdolny był, aczkolwiek z pewnym ubytkiem do powrotu do stanu przedchorobowego. Istotnym wymogiem kategorii drugiej był brak progresji i zatrzymanie się procesu chorobowego. Dość często można było stwierdzić, że chorzy z tą poprawą w miesiącach najbliższych wracali do całkowitego zdrowia lub też stan psychiczny pogarszał się i wówczas zaliczono ich do kategorii C: do której to grupy zaliczano chorych ze znacznymi ubytkami psychicznymi, przeważnie nieodwracalnymi, gdzie jednak cierpienie nie wznosiło się i nie zmuszało ani chorego ani też otoczenia do oddania do zakładu, jako osobnika społecznie trudnego do współżycia. Grupa ta jest wprawdzie najmniej ściśle określoną, stworzenie jej jednak odpowiada wymaganiom społecznym i psychiatrycznym. Do kategorii D: zaliczono chorych, u których leczenie nie dało wyniku, proces chorobowy nie został wstrzymany, wypadki wartości psychicznej nie zostały wyrównane, cierpienie pogarszało się, powodując stałą i całkowitą niezdolność współżycia z otoczeniem i konieczność przybywania w zakładzie. Do grupy tej zaliczono chorych, którzy po przejściu zimnicy zmarli i u których przyczyna zejścia była bezpośrednio wywołana samą istotą cierpienia. Jak więc z przedstawionego pobieżnie szematu widać, podział *Artwińskiego* i *Gradzińskiego* jest najracjonalniejszy, gdy dzięki swej elastyczności może być stosowany w szerokich ramach. Wyniki leczenia dały następujący obraz: (patrz str. 23)

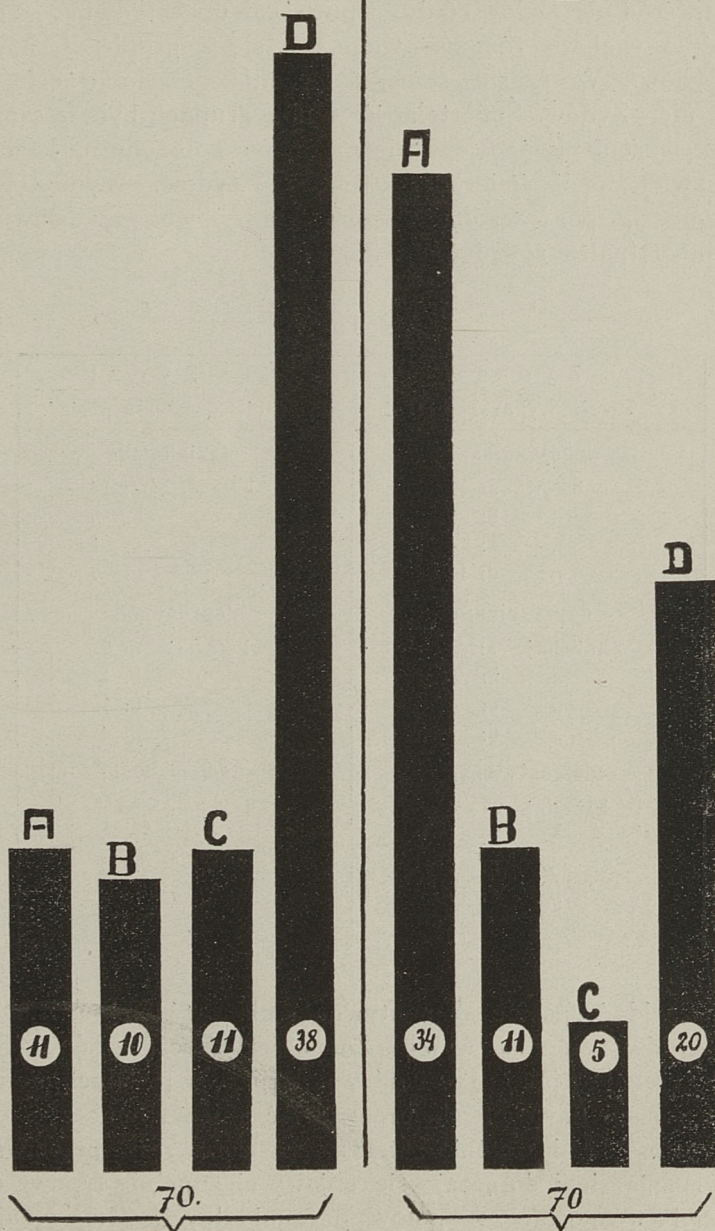
Tabela V.

Ż y d z i	N i e Ż y d z i
na 70-ciu zaliczono do:	na 70-ciu zaliczono do:
A: 11	A: 34
B: 10	B: 11
C: 11	C: 5
D: 38	D: 20
70	70

WYKRES II

ŻYDZI

NIE ŻYDZI



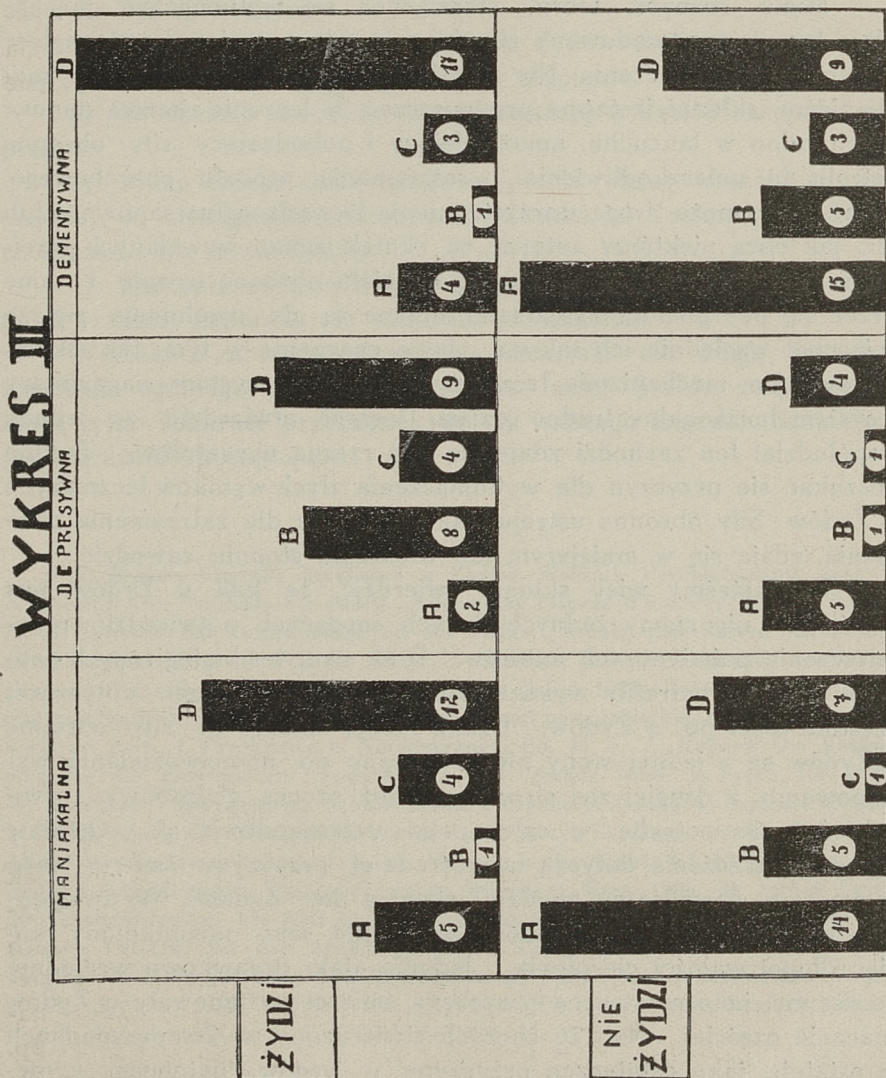
Podczas, gdy wśród Żydów co drugi pozostawał po leczeniu jako społecznie i psychicznie chory, to wśród nie Żydów zaledwie blisko co czwarty wymagał opieki szpitalnej. Różnica jeszcze bardziej uwidacznia się w grupie A, gdzie wśród Żydów przeszło co szósty, a wśród nie żydów co drugi powracał do całkowitego zdrowia. Dwukrotnie większa różnica uwidacznia się w grupie C na niekorzyść Żydów. W czasie samego leczenia zmarło trzech Żydów i trzech nie—Żydów. Śmiertelność w obu grupach była ta sama, tak, że wynik leczenia końcowego nie może być położony na karb ewentualnie zwiększonej śmiertelności wśród Żydów. Wyniki leczenia rozdzielone na poszczególne zespoły chorobowe przedstawiają się następująco: (patrz również str. 25)

Tabela VI.

Ż y d z i	N i e Ż y d z i
na 70-ciu wykazała postać:	na 70-ciu wykazała postać:
manjakalna:	manjakalna:
kategoria a: 5	kategoria a: 14
„ b: 1	„ b: 5
„ c: 4	„ c: 1
„ d: 12	„ d: 7
depresyjna:	depresyjna:
kategoria a: 2	kategoria a: 5
„ b: 8	„ b: 1
„ c: 4	„ c: 1
„ d: 9	„ d: 4
dementywna:	dementywna:
kategoria a: 4	kategoria a: 15
„ b: 1	„ b: 5
„ c: 3	„ c: 3
„ d: 17	„ d: 9
70	70

Jak widać, postać dementywna dała zarówno u Żydów, jak i u nie-Żydów najgorsze wyniki. Znaną jest rzeczą, podnoszą to zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy malarji, że w pewnych nielicznych przypadkach, niedających się przewidzieć ani wytłumaczyć, cierpienie nie tylko, że nie zostaje zatrzymane, lecz wręcz przeciwnie narasta, wzmacnia się i dołączają się objawy niezupełnie typowe dla pp. najczęściej w postaci zespołów paranoidalnych. Nie wdając się w tłumaczenie tego zjawiska, przyznać musimy, że wśród ogólnej

liczby chorych kilkakrotnie zjawisko to dało się zauważyć. Chorzy, którzy na podstawie zespołu chorobowego zdawali się rokować najlepsze widoki poprawy, po przejściu leczenia pogarszali się, przyczem pogorszenie nie było przejściowe lecz się utrwalalo. Należy podnieść, że wśród Żydów leczonych malarją nie mogliśmy zaobserwować pogorszenia, któreby mogło być związane z leczeniem zimnicą, w szczególności zaś nie spostrzegliśmy zespołów paranoidalnych.



Jeśli po przedstawieniu cyfrowych wyników porównamy stopień i jakość poprawy między Żydami a nie-Żydami, stwierdzić musimy, że wyniki leczenia u Żydów były znacznie gorsze. Nie udało się nam tego wytłumaczyć ani późnym okresem chorobowym, gdyż raczej skłonni jesteśmy przyjąć, iż naogół Żydzi wcześniej poddawali się leczeniu, ani różnicą wieku. Przypuścić należy, że przyczyny tkwią głębiej, nie będąc warunkowane tylko okolicznościami zewnętrznymi.

Mimo różnych teorii, starających się wytłumaczyć mechanizm leczniczy powodowany zimnicą, nie udaje się, jak dotąd, znaleźć słusznego wytłumaczenia. Nie starając się wytłumaczyć samego mechanizmu, skłonni jesteśmy przypuszczać, iż leczenie zimnicą stanowi jeden człon w łańcuchu, umożliwiający i pobudzający siły obronne ustroju do unieszkodliwienia i zatrzymania procesu chorobowego. Dział się to może drogą uprzystępnienia leczenia salvarsanowego lub też, jak chcą niektórzy autorzy, na skutek zmian wywołanych przejściem ataków zimnicy wzmagają się ciała obronne ustroju i same przez się bez pomocy salvarsanu, zdolne są do uwolnienia się ze spirochet względnie ich toksyn. Jakie znaczenie w tym, tak skomplikowanym, mechanizmie leczniczym odgrywa system naczyniowy i system hormonalny trudno dzisiaj jeszcze stwierdzić, że jednak współdział ten zachodzi zdaje się być rzeczą niewątpliwą. Trudno doszukać się przyczyn dla wytłumaczenia złych wyników leczniczych u Żydów. Siły obronne ustroju, tak konieczne dla zatrzymania cierpienia, zdają się w mniejszym lub większym stopniu zawodzić.

Nie jesteśmy więc skłonni twierdzić, że kiła u Żydów jest „złośliwa”, nie mamy żadnych danych, mogących potwierdzić przypuszczenie pojedynczych autorów. Brak nam też biologicznych podstaw, któreby potrafiły wykazać różnicę między Żydami, dotyczącej częstotliwości pp. u Żydów. Uznać raczej należy, że siły obronne u Żydów są z jednej strony niedostateczne do przeciwdziałania występowaniu, z drugiej zaś strony, gdy już proces chorobowy rozwinął się, nie potrafią w całej pełni unieszkodliwić go. Ostatnie nasze spostrzeżenia dotyczą bezpośredniej przyczyny śmierci, jaka zachodzi w porównaniu między Żydami a nie-Żydami. Nie uwzględnialiśmy przyczyn śmierci, która występuje jako nieunikniony koniec długotrwałości cierpienia. Jedynie ataki drgawkowe względnie porażenne, jako ostateczna przyczyna śmierci występowały u Żydów znacznie częściej. Na 126 chorych stwierdzono w 26 przypadkach te ostatnie, jako ostateczną przyczynę u Żydów, natomiast u nie-Żydów w 10 przypadkach. Tej różnicy nie potrafiliśmy wytłumaczyć różnicą wieku, ani późnym okresem cierpienia.

Reasumując wyniki naszych badań stwierdziliśmy:

1) porażenie postępujące jest u Żydów względnie częstsze, niż u ludności otaczającej, mimo iż infekcja kiłą jest wielokrotnie rzadsza.

2) Podawane przyczyny, jak obciążenie dziedziczne, usposobienie do chorób umysłowych, wpływy cywilizacji nie tłumaczą częstszego występowania pp. u Żydów.

3) PP. występuje u Żydów często nagle, okres początkowy zdaje się być skróconym.

4) Proces chorobowy postępuje u Żydów szybciej i już w krótkim czasie powoduje daleko posunięte otępienie.

5) W obrazie chorobowym przeważają u Żydów zespoły depresyjne.

6) Mimo daleko posuniętego otępienia okres chorobowy począwszy od wystąpienia pierwszych objawów aż do śmierci jest nieco dłuższy, niż u nie-Żydów.

7) Leczenie malarją daje u Żydów wyniki gorsze, w szczególności rzadziej napotyka się całkowite wyleczenia.

Wnioski z zebranego przez nas materiału nie mogą posiadać znaczenia ogólnego, gdyż oparte są na małej liczbie przypadków, mogą tylko stanowić przyczynek do tak ważnego zagadnienia, jakim jest porażenie postępujące.

LITERATURA.

- R. Becker*: Choroby umysłowe u Żydów, Rocznik Psychiatryczny, zesz. 7.
B. Brosius: Die Psychose der Juden. „Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatric”. Bd. IV.
M. J. Guttman: Zur Paralysefrage bei den Juden. „Archiv. fuer Rassen und Gesellschaftsbiologie”. Tom 16. 1924 Nr. 1. *M. J. Guttman*: Geisteskrankheiten bei Juden. „Zeitschrift für Dermographie und Statistik der Juden 1926. *Junius u. Arndt*: Beitrag zur Statistik. Aetiologie. Symptomatologie und pathologischen Anatomie der prog. Paralyse. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 44, S. *L. Kanner*: Die Rassenprognose der progressiven Paralyse Zeit. f. d. gesam. Neur. u. Psych. 108. 1927.
W. Łuniewski i Bernasiewicz Sprawozdanie z czynności Zakładów Psychiatrycznych w Polsce za r. 1928 „Rocznik Psychiatryczny”, zeszyt 12. *Meggendorfer*: Ueber den Ablauf der Paralyse. Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 63. *A. Pilcz*: Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Leipzig a Wien. 1906. *M. Sichel*: Ueber die Geistesstörungen bei den Juden. „Neur. Zentrallblatt” 1908. *M. Sichel*: Die progressive Paralyse bei den Juden. „Archiv. f. Psych. u. Nervenkrankheiten” 1913, Tom 52 Nr. 3. *K. Schindler*: Die Konstitution als Faktor in der Pathologie u. Therapie der Syphilis. 1925. *Westhoff*: Die progressive Paralyse — eine Rassenkrankheit. Zeit. f. die gesam. Neurol. u. Psychiatrie”. Bd. 15.

(Z Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, Dyrektor Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz i z Zakładu dla psychicznie chorych w Drewnicy, Dyrektor Dr. Jan Gruszecki).

O NIEWYZYSKANYCH ŹRÓDŁACH ZIMNICY LECZNICZEJ.

podali

DR. K. MIKULSKI i DR. A. LISZKA.

Autorzy włoscy *D'Ormea* i *Broggi* w pracy swej p. t. „La pì-retoterapia nella demence precoce”, opublikowanej w 1930 roku w Nr. 19 Rass. di Studi psichiatri., której streszczenie podaje *Warstadt* w 58 tomie Zentralblattu (str. 712), zwrócili uwagę na nowe źródła, niewyzyskane dotychczas, przy szczepieniu zimnicy. Mianowicie autorzy ci przeszczepiali zimnicę z dodatnim wynikiem, pobierając krew od chorych: 1) opornych względem zimnicy, 2) leczonych chininą oraz od 3) chorych będących w okresie bezgorączkowym. W ten sposób *D'Ormea* i *Broggi* zwrócili naszą uwagę na możliwość wyzyskania wśród dawców zimnicy całego szeregu nowych typów, które jak dotąd, przy przeszczepianiu zimnicy nie były brane pod uwagę. Trzeba podkreślić, że w tej dziedzinie panowała dotychczas wręcz przeciwna zasada, a mianowicie żądano, by pobierać krew do przeszczepiania jedynie od chorych, którzy mieli co najmniej kilka i to dość wysokich ataków gorączkowych. Zasada ta była przyczyną braku dawców zimnicy tam, gdzie zimnica samoistnie wygasła, lub też była gaszona chininą. Natomiast doświadczenia *D'Ormea* i *Broggi'ego* wskazują na nowe kategorie dawców zimnicy, dotychczas zapoznane, o których w naszej pracy słów kilka pragniemy powiedzieć.

Niestety nie mogliśmy dotychczas uzyskać oryginału pracy *D'Ormea* i *Broggi'ego*, przeto, podjąwszy jedynie myśl autorów, stosujemy własną metodykę badań ¹⁾.

¹⁾ Oddając rękopis do druku otrzymaliśmy oryginał pracy *D'Ormea* i *Broggi'ego*, w którym jednak nie znaleźliśmy dokładnego zestawienia wyników badań nas interesujących.

Po wyłączeniu normalnych kategorii dawców zimnicy, a więc chorych gorączkujących oraz będących w okresie międzygorączkowym, podzieliliśmy pozostałych dawców na pięć grup następujących:

I. Dawcy w okresie wylegania pasorzytów zimnicy. Są to chorzy, którym szczepiono zimnicę od chorych gorączkujących, którzy jednak nie mają jeszcze napadów zimnicy, a więc znajdują się w okresie wylegania (inkubacji). W grupie tej możemy rozróżnić dwie podgrupy, a mianowicie:

a) dawców, znajdujących się we wczesnym okresie wylegania i

b) dawców, znajdujących się w okresie przednapadowym.

Ad a) W grupie tej rozróżniamy dawców w pierwszym, drugim lub trzecim dniu po zaszczepieniu im zimnicy na drodze dożyłnej, oraz dawców w czwartym, piątym wzgl. szóstym dniu po zaszczepieniu im zimnicy na drodze podskórnej.

Ad b) Do grupy tej zaliczamy dawców będących na dzień do kilku godzin przed wybuchem pierwszego napadu zimnicy.

II. Dawcy w okresie oporności (rezystencji). Do grupy tej zaliczamy chorych, którym zaszczepiono zimnicę metodą zwykłą, a którzy nawet po upływie 3 — 4 tygodni nie mieli napadów gorączkowych, którzy wykazali zatem oporność względem zimnicy, utrzymującą się i nadal.

III. Dawcy w okresie utajenia pogorączkowego (latencji). Są to przypadki po samoistnem ustąpieniu napadów zimnicy, a więc chorzy u których zimnica, jak się zazwyczaj mówi, wygasła samoistnie.

IV. Dawcy po przerwaniu gorączki zimniczej chininą. Do grupy tej zaliczamy przypadki którym była podawana chinina, ale w małych dawkach. Są to zatem chorzy, którym przez podanie proszków chininy à 0,4—dwa razy dziennie, maksimum przez dwa dni, przerywano „na stałe” (ściśle mówiąc na okres obserwacji) napady zimnicy i którzy już w okresie pogorączkowym stali się dawcami dla innych chorych.

V. Wreszcie zupełnie odrębną V grupę stanowią chorzy, od których w okresie napadów zimniczych pobieraliśmy płyn mózg.-rdz. i szczepiliśmy innym chorem. Na myśl tę naprowadziła nas praca Mas de Ayala Isidro: „O reakcjach oponowych w leczeniu gorączkowym. (Obecność plasmodium vivax w płynie mózg.-rdz. chorego, leczzonego zimnicą)”¹⁾ który, jak podaje Krampf, referując tę pracę w 59 tomie Zentralblattu, zdołał przez przeszczepienie płynu mózg.-

¹⁾ Rev. argent. Neur. 1930 Nr. 4.

rdz. malaryka, znowu uzyskać zimnicę. Niestety i tu mogliśmy się oprzeć jedynie na notatce bibliograficznej i musieliśmy opracować własną technikę postępowania.

Wychodząc z założenia teoretycznego, że płyn mózg.-rdz. mógłby być zainfekowany zimnicą raczej w przypadkach organicznych schorzeń mózgowia, zaliczyliśmy do grupy tej jedynie porażenców postępujących, a technikę postępowania ułożyliśmy następującą: U chorego na porażenie postępujące po 5 — 8 napadzie zimnicy, dokonywaliśmy nakłucia lędźwiowego. Pierwsze 3 — 4 cm³ płynu, *jako podejrzane o zanieczyszczenie krwią* odlewaliśmy, następne 3 cm³ płynu pobieraliśmy wprost z igły do strzykawki i po zmianie igły wstrzykiwaliśmy podskórnie płyn porażencowi, przeznaczonemu do leczenia zimnicą. Wreszcie ostatnie 5—6 cm³ płynu służyło do badania serologicznego oraz bakterjologicznego na obecność pasorzytów zimnicy, w kropli płynu i w osadzie z płynu mózg.-rdz. Podkreślić tu musimy, że tak u dawcy jak i u odbiorcy dokonywano uprzednio badania płynu mózg.-rdz. i surowicy krwi, celem uniknięcia dawcy mającego *większe* zmiany serologiczne niż odbiorca. Oczywiście jest tu jeszcze do pomyślenia metoda dożylnego szczepienia płynu mózg.-rdz., doświadczeń takich jednak nie przeprowadzaliśmy.

Grupę piątą wyłączyliśmy dlatego, ponieważ stanowi ona z jednej strony pewien przyczynek naukowy a z drugiej strony nie posiada walorów praktycznych, jak niektóre z grup wyżej wspomnianych.

Przechodzimy obecnie do samych doświadczeń, pozostawiając rozważania teoretyczne i wnioski na dalszy plan, ponieważ podane doświadczenia służyć nam będą za ilustrację dla rozważań teoretycznych, jak również będą podstawą dla wniosków ogólnych; zastrzec się jednak musimy, że praca obecna posiada raczej charakter doniesienia tymczasowego i że jesteśmy w trakcie dalszych doświadczeń.

Materiał nasz jest na razie skromny, obejmuje bowiem 46 przeszczepień zimnicy na drodze nowej metodyki, przyczem nie wszystkie przypadki dały wynik dodatni, co jednak właśnie ma znaczenie dla strony praktycznej zagadnienia. Jeżeli materiał nasz rozdzielimy na poszczególne, wyżej podane grupy dawców, to w tablicy I otrzymamy następujące liczby szczepionych przypadków: (patrz str. 31)

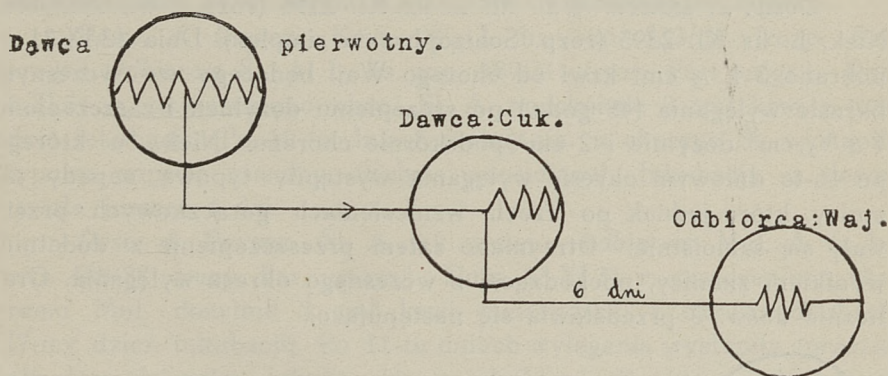
Przechodzimy obecnie do omówienia doświadczeń w obrębie poszczególnych grup, przyczem podajemy jedynie przykładowo niektóre protokoły poszczególnych doświadczeń.

TABLICA I.

G R U P A	Ilość dawców	Ilość odbiorc.	Wynik doświadczeń:	
I. wylęgania	13	13	13 dodat.	0 ujemn.
II. opornych (beżgorączkowych)	3	7	7 „	0 „
III. utajonych (pogorączkowych)	5	20	18 „	2 „
IV. po przerwaniu gorączki chininą	3	3	0 „	3 „
V. płynowa z okresu czynnej zimnicy	3	3	0 „	3 „

Grupa I. Dawcy w okresie wylęgania.

Dośw. 1. Dawca: Cuk. B. L. ks. Kl. 2433. (rozp. Schizophrenia, malaria artificialis incubata). *Odbiorca:* Waj. M. L. ks. Kl. 2396 (rozp. Schizophrenia simplex). Dnia 11.IX.31 r. pobrano od chorego Cuk. 3 i $\frac{1}{2}$ cm³ krwi na dwie godziny przed pierwszym napadem zimnicy i zaszczerpiono 1 i $\frac{1}{2}$ cm³ dożylnie i 2 cm³ podskórnice choremu Waj. Po sześciodniowym okresie wylęgania u chorego Waj. wystąpiły typowe napady zimnicy. Wynik zatem uzyskano dodatni. Graficznie doświadczenie 1 przedstawia się następująco:¹⁾



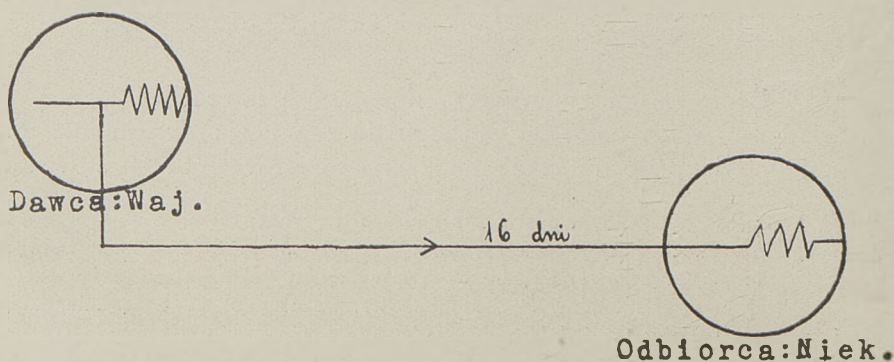
Dodatnie wyniki powyższego doświadczenia zachęciły nas do doświadczeń w kierunku przeszczepiania zimnicy z okresu już nie-późnej przednapadowej inkubacji, lecz z wczesnego okresu wylęgania

¹⁾ Dawcą pierwotnym nazywamy chorego o czynnej zimnicy.

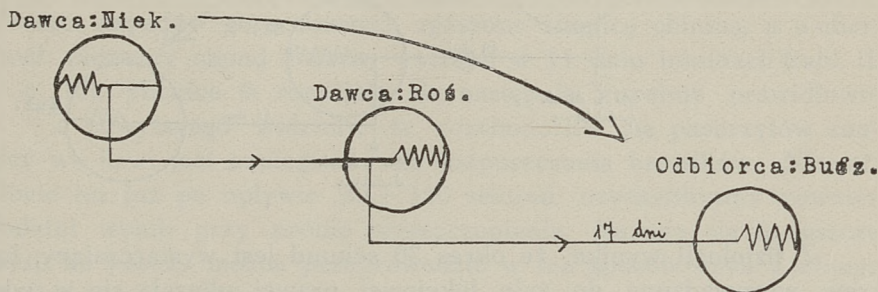
Kółko oznacza dany przypadek, $\Lambda\Lambda\Lambda$ = ataki zimnicy, linja pozioma w obrębie kółka = stan beżgorączkowy, wyjście strzałki z kółka wskazuje w jakim okresie pobrano krew. (Okres napadowy, przednapadowy, wczesny okres wylęgania, utajenia i oporności). Patrz też i dalsze doświadczenia.

Przypadek Waj. ciekawy jest ze względów kazuistycznych, mianowicie u chorego tego po trzecim napadzie zimnicy podano w okresie dwóch dni cztery proszki chininy à 0,4. W miesiąc później postanowiono definitywnie uśmierzyć zimnicę u chorego Waj. i w tym celu podano choremu, dokładnie biorąc 35-go dnia po ostatnim napadzie zimnicy, proszek chininy 0,4 a następnego dnia dwa proszki chininy à 0,4. Tegoż dnia, po trzecim proszku chininy wystąpił u chorego atak zimnicy z ciepłotą dochodzącą do 40° . W ten sposób uzyskano paradoksalny wynik: prowokację ataku gorączkowego chininą i to w tak dużej dawce. Że był to istotnie napad zimnicy przekonało nas jeszcze doświadczenie dalsze—prowokacyjne z natr. nuclein., które po upływie 25 dni od tego napadu spowodowanego chininą dało typowy atak zimnicy. Że był to istotnie napad zimnicy, świadczy fakt, że po spadku gorączki nuleinowej nastąpiło nowe wzniesienie temperatury. Więcej napadów chory ten nie miał, znajduje się zatem w okresie utajenia po leczeniu. Krew jego przeszczepiona choremu Szost, nie dała napadów zimniczych u chorego Szost., jak zresztą zobaczymy dalej zimnica leczona nie daje się przenieść na innego chorego. Zaznaczyć tu musimy, że *Plehn* i *Steudel* opisali również taką gorączkę chininową pomalaryczną, ale w niewiele (6—8) dni po przerwaniu zimnicy chininą (cyt. w/g *Ziemanna*).

Dośw. 2. Dawca: Waj. M. L. ks. Kl. 2396 (rozp. j. w.) Odbiorca: Niek. L. ks. Kl. 2395 (rozp. Schizophrenia simplex). Dnia 13.IX.31 r. pobrano 3 i $\frac{1}{2}$ cm³ krwi od chorego Waj. będącego we wczesnym okresie wylegania (48 godz.) po szczepieniu dożylnem i zaszczerpiono 1 i $\frac{1}{2}$ cm³ dożylnie i 2 cm³ podskórnice choremu Niek., u którego po 16-to dniowym okresie wylegania wystąpiły typowe napady zimnicy, które jednak po trzech wzniesieniach gorączkowych przerwały się samoistnie. Otrzymano zatem przeszczepienie z dodatnim wynikiem zimnicy, pochodzącej z wczesnego okresu wylegania. Graficznie dośw. 2 przedstawia się następująco:



Dośw. 3. Dawca: Roś. H. L. ks. Kl. 2420. (rozp. Par. progr.) *Odbiorca:* Bucz. W. L. ks. Kl. 2424 (rozp. Par. progr.). Dnia 31.X.31 r. zaszczerpiono choremu Bucz. 2 cm³ krwi dożylnie i 2 cm³ krwi podskórnie. Krew pobrano od chor. Roś., który był w okresie wczesnej inkubacji, (w 3-im dniu) po zaszczerpieniu mu krwi od chorego Niek. będącego już w okresie utajenia, czyli w doświadczeniu tem użyto podwójnego pasażu zimnicy bezgorączkowej (zimnica inkubacyjna z latencji) i uzyskano po 17 dniach wynik dodatni. Przypadek Niek. omówiony jest bliżej w grupie III. Graficznie dośw. 3 przedstawia się następująco:



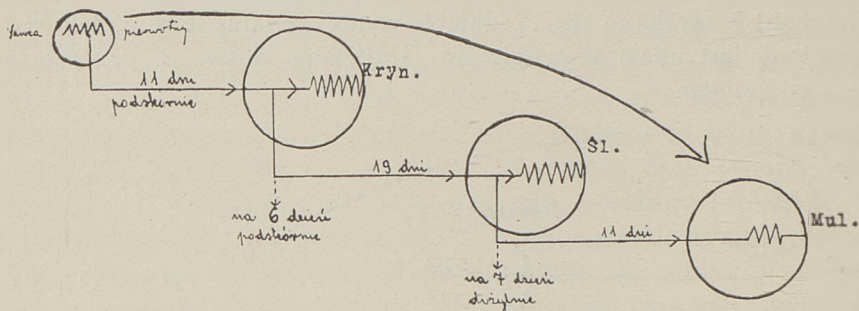
Trzeba tu podkreślić, że pierwsze napady zimnicy u chor. Bucz. (zimnica inkubacyjna z utajonej) nie przebiegały typowo.

Dośw. 4. Dawca: Kryn. W. L. ks. szp. 533/31. (rozp. Par. progr.) *Odbiorca:* Śl. A. L. ks. szp. 489/31. (rozp. Par. progr.). Dnia 6.XI.31 r. zaszczerpiono chor. Śl. A. podskórnie 3 cm³ krwi z 6-go dnia inkubacji. Po 19-tu dniach wylęgania, u chorego Śl. wystąpiły typowe zapady zimnicy. (Febris quotidiana). Inkubacja u dawcy trwała jeszcze 4 dni.

Dośw. 5. Dawca: Śl. A. jak wyżej — *odbiorca:* Mul. A. L. ks. szp. 488/28 (rozp. Par. progr.). Dnia 13.XI.31 r. zaszczerpiono choremu Mul. dożylnie 3 cm³ krwi malarycznej z okresu inkubacji. (7-my dzień inkubacji). Po 11-tu dniach wylęgania wystąpiła gorączka zimnicza (zimnica inkubacyjna z inkubacyjnej), która jednakże po trzech napadkach samorzutnie przeszła w okres utajenia. Inkubacja u dawcy trwała jeszcze dalszych 12 dni. Graficznie przedstawiają się oba powyższe doświadczenia następująco: (patrz str. 34)

Na zakończenie badań w związku z przeszczepieniem zimnicy inkubacyjnej postawiliśmy sobie pytanie jakie minimum czasu winno trwać wylęganie u dawcy do momentu przeszczepienia, by zimnica przyjęła się u odbiorcy. Ponieważ okazało się, że to wielkie rozmnożenie pasorzytów we krwi, które były uważane za nieodzowny wa-

runek udania się przeszczepienia, nie jest konieczne, i że nawet w dwa dni po zaszczepieniu krew dawcy może być przeszczepiona z wynikiem dodatnim, postanowiliśmy przystąpić do prób najbardziej krańcowych w tym kierunku. Z natury rzeczy najdalszym takim krańcem jest okres „wylęgania” tak wczesny, że nie może być w nim mowy o jakimkolwiek rozmnożeniu się pasorzyta zimniczego u dawcy.



Z fizjologii wynika, że okres 30 sekund jest wystarczający, by krew wprowadzona do żyły łokciowej prawej ukazała się w żyłę łokciowej lewej, względnie odwrotnie. Przy schorzeniach serca — jak wykazują badania z wstrzykiwaniem barwików — czas ten wydłuża się do 150 sekund. Teoretycznie możemy więc przyjąć, że po upływie 30 — 150 sekund pasorzyty, zaszczepione dawcy znajdują się w całym krwiobiegu i mogą już być przeszczepione odbiorcy. Być może, że rozmieszczenie pasorzytów w krwiobiegu nie jest jeszcze równomierne, ale z doświadczeń naszych wynika, że okres 5-ciu minut jest już wystarczającym na to, aby rozmieszczenie było na tyle równomierne, że krew pobrana od takiego dawcy może być wystarczająca dla zakażenia odbiorcy. Doświadczenia wyjaśniają tę sprawę.

Dośw. 6. Dawca pierwotny: Lor. J. L. ks. Kl. 2451 (rozp. Paraphrenia. Malaria artificialis). Po czwartym napadzie zimnicy u chorego Lor. pobrano od niego dnia 12.XII.31 r. 4 cm³ krwi i zaszczepiono o godz. 11-ej rano 2 cm³ dożylnie i 2 cm³ podskórnie dawcy Tul. Z. L. ks. Kl. 2448 (rozp. Schizophrenia). Po upływie pół godziny pobrano od chor. Tul. z drugiej ręki 4 cm³ krwi i o godz. 11.30 rano zaszczepiono 2 cm³ dożylnie i 2 cm³ podskórnie odbiorcy Puch. A. L. ks. Kl. 2180 (rozp. Epilepsia genuina). Tak więc okres „inkubacji” u chor. Tul. do momentu przeszczepienia jego krwi choremu Puch. trwał pół godziny. U chorego Puch. po upływie 14 dni (okres normalny dla inkubacji zimnicy inkubacyjnej) wystąpił pierw-

szy napad zimnicy. Inkubacja u chor. Tul. trwała 9 dni (malarja czynna).

Dośw. 7. Dawca pierwotny: Król. J. L. ks. Kl. 2453 (rozp. Schizophrenia paranoides. Malaria artificialis). Po czwartym napadzie zimnicy u chorego Król. pobrano od niego dnia 9.I.32 r. 3 cm³ krwi i zaszczerpiono o godz 11.35 rano dożylnie dawcy Amioł, J. L. ks. Kl. 2391 (rozp. Schizophrenia paran.). Po upływie 5 minut pobrano od chor. Amioł. z drugiej ręki 4 cm³ krwi i zaszczerpiono 2 cm³ dożylnie i 2 cm³ podskórnice choremu Pawł. Jul. L. ks. Kl. 2453 (rozp. Debilitas. Schizophrenia simplex). U chor. Amioł. przed wystąpieniem napadów gorączkowych zgaszono zimnicę chininą, a u chor. Pawł. pierwszy napad zimnicy wystąpił w 11 dniu inkubacji (tabl. II. L. p. 13); zimnica ta rozwijała się następnie zupełnie prawidłowo.

Z powyższego widzimy, że rozchodzenie się pasorzytów zimnicy we krwi jest analogiczne do rozpuszczania barwików. Niewątpliwie też już po upływie 30 — 150 sekund uzyskalibyśmy również dodatni wynik przy próbie przeszczepienia. Nasuwa się tu jeszcze myśl, ile pasaży można przeprowadzić w ten sposób, czyli z jakiego rozcieńczenia krwi zimniczej można jeszcze uzyskać napady zimnicy.

Sprawę tę możnaby rozstrzygnąć trzema drogami: 1) obliczeniami teoretycznymi, 2) in vitro i 3) in vivo.

Ad 1) Istnieje możliwość teoretycznego obliczenia ilości krwi malarycznej niezbędnej dla dokonania przeszczepienia zimnicy. Wprawdzie ilość zakażonych czerwonych ciałek krwi jest zależna od cyklu rozwojowego pasarzytów zimnicy, to jednak w okresie międzygorączkowym na zasadzie badań preparatów mazanych krwi możemy ustalić maksymalną liczbę zakażonych erytrocytrów w przybliżeniu na 1%. Przy tego rodzaju założeniu otrzymamy w przybliżeniu następujące wyniki:

Od dawcy pierwotnego X pobieramy 2 cm³ krwi = 2000 mm³ krwi w których zawarte jest 10 miliardów erytrocytrów (5 milionów erytrocytrów w 1 mm³). Wśród tych 10 miliardów mamy przypuszczalnie 1% zakażonych, czyli 100 milionów plasmodjów, które wstrzykujemy dawcy A. Od dawcy A po upływie 1/2 godziny pobieramy 2 cm³ krwi i szczepimy odbiorcy B. W tych 2 cm³ krwi znajduje się oczywiście 10 miliardów erytrocytrów, ale już tylko 40.000 plasmodjów, ponieważ wstrzyknięte dawcy A 100 milionów plasmodjów zostało rozcieńczone we krwi dawcy A. (przyjmujemy, że chory posiada 5 litrów krwi, a więc mniej więcej 1/13 część wagi ciała). Po upływie 1/2 godziny pobieramy 2 cm³ krwi od odbiorcy B i wstrzykujemy odbiorcy C. W tych 2 cm³ mamy 10 miliardów erytrocytrów ale już

tylko 16 plasmodjów, gdyż wstrzyknięte 40.000 plasmodjów zostały rozcieńczone w 5 litrach krwi odbiorcy B. Gdybyśmy teraz wzięli 2 cm³ krwi od odbiorcy C i wstrzyknęli odbiorcy D, to temu ostatniemu dalibyśmy w tych 2 cm³ krwi zaledwie 0,0064 części jednego pasorzyta. Zatem, by zakazić odbiorcę D należałoby mu dokonać wlewania aż 312 cm³ krwi odbiorcy C.

Obliczenia powyższe dokonane zostały przy założeniu przypuszczalnem, oczywiście do pewnego stopnia hypotetycznem, że we krwi dawcy pierwotnego X, będącego w okresie międzygorączkowym znajduje się 1% pasorzytów w stosunku do erytrocytów. Oczywiście przy skorygowaniu tego założenia—obliczenia będą inne. W każdym razie obliczenia te oparte są jedynie na warunkach matematyczno-fizycznych i nie są zależne od czynników biologicznych, które w tym doświadczeniu odgrywają rolę jedynie odnośnie do dawcy pierwotnego.

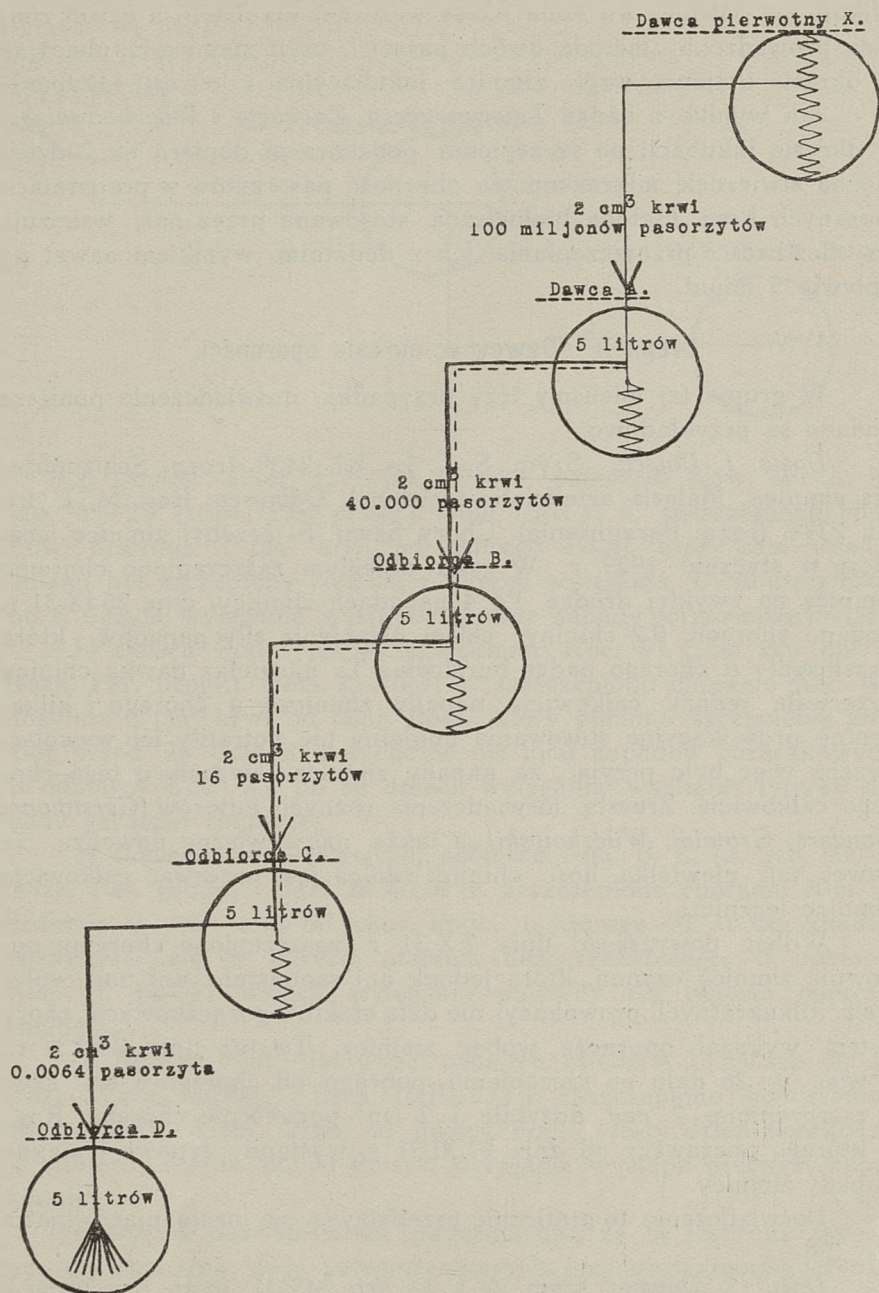
Projekt doświadczenia powyższego graficznie przedstawiałby się następująco (patrz str. 37):

Ad 2) Doświadczenie *in vitro* pojmujemy następująco: Zamiast rozcieńczać krew malaryczną w organizmie możemy to uczynić w cylindrze szklanym zawierającym pewną ilość płynu Ringera, wzgl. soli fizjologicznej z nieznacznym dodatkiem cytrynianu sodu. Do tej mieszaniny dodajemy 2 cm³ krwi zimniczej, skłócamy i coraz to malejące jednostki sześcienne szczepimy odbiorcom. Metoda ta pozwoli uchwycić minimum rozcieńczenia koniecznego dla wywołania zimnicy. Na tem miejscu zastrzec się jednak musimy, że dodatni wynik doświadczeń tych jak i poprzednich zależy nietylko od dostarczenia organizmowi pewnej ilości pasorzytów ale i od właściwości biologicznych organizmu, o czem niżej mówimy obszerniej.

Ad. 3) Wreszcie doświadczenia z pasażami *in vivo* rozstrzygnąć mogą wątpliwości co do minimalnego rozcieńczenia krwi zimniczej z jakiego jeszcze można uzyskać napady zimnicze.

Wnioski dotyczące szczepienia zimnicy inkubacyjnej.

Szereg doświadczeń wyżej podanych dowodzi naszym zdaniem, iż przesadą jest zwyczaj, który każe szczepić zimnicę pochodzącą od chorych mających za sobą conajmniej kilka ataków zimnicy. Doświadczenia bowiem powyższe wskazują na to, iż krew pobrana już wkrótce (po 5 minutach) po zaszczepieniu zimnicy na drodze normalnej dożylnie, zawiera pasorzyty zimnicy, zdolne wywołać ataki zimnicze u drugiego osobnika. Krew pobrana na piąty dzień po normalnem zaszczepieniu zimnicy na drodze podskórnej może również



wywołać ataki zimnicze u drugiego osobnika. Tak więc nie tylko późny okres wylegania nadaje się do szczepienia zimnicy, ale kwa-

lifikuje się również ku temu okres wczesnej inkubacji, a nawet zimnica prowadzona „metodą dwóch pasaży”, czyli zimnica inkubacyjna z okresu utajenia, wzgl. zimnica inkubacyjna z okresu inkubacji.

Jak wynika z badań Ławrynowicza, Łackiego i Wilczkowskiego, w okresie inkubacji po szczepieniu podskórnem dopiero na 7 dzień można stwierdzić mikroskopowo obecność pasorzytów w preparatach mazanych krwi. Metoda biologiczna, stosowana przez nas, wskazuje na możliwość przeszczepiania ich z dodatnim wynikiem nawet po upływie 5 minut.

Grupa II. Dawcy w okresie oporności.

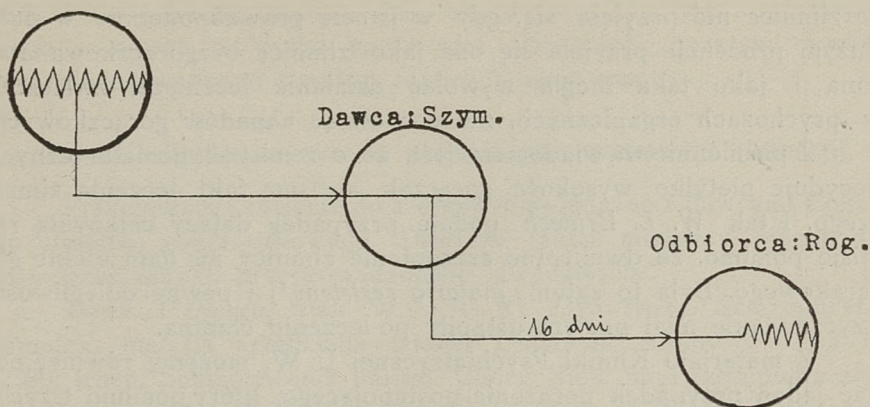
W grupie tej mieliśmy trzy przypadki, doświadczenia poniższe podane są przykładowo:

Dośw. 1. Dawca: Szym. S. L. ks. Kl. 2439. (rozp. Schizophrenia simplex. Malaria artificialis resistens). *Odbiorca:* Rog. M. L. ks. Kl. 2394. (rozp. Paraphrenia). Chory Szym. S. przebył zimnicę leczniczą w styczniu 1929 r. W roku ubiegłym zaszczepiono choremu zimnicę na zwykłej drodze. Po 4 napadach zimnicy, dnia 25.IX.31 r. podano choremu 0,2 chininy, celem osłabienia siły napadów, które przebiegały u chorego nader burzliwie. Ta niewielka dawka chininy przerwała jednak całkowicie napady zimnicze u chorego i kilkakrotne prowokacyjne stosowania nukleiny nie potrafiły ich wywołać. Trzeba więc było przyjąć, że napady zimnicze wygasły u tego chorego całkowicie. Zresztą doświadczenia różnych autorów (*Gerstmann, Kauders, Grinaldi, Wilczkowski*) a także nasze własne dowodzą, że nawet tak niewielka ilość chininy zdolna jest przerwać całkowicie zimnicę leczniczą.

Wobec powyższego dnia 7.X.31 r. zaszczepiono choremu ponownie zimnicę czynną, która jednak ani samoistnie, ani pod wpływem kilkakrotnych prowokacji nie dała efektów gorączkowych, chory zatem wykazał oporność wobec zimnicy. To też dnia 2.XI.31 r., a więc w 26 dniu po szczepieniu pobrano od chorego 4 cm³ krwi i zaszczepiono 2 cm³ dożylnie i 2 cm³ podskórnie choremu Rog., u którego począwszy od dnia 17.XI.31 r. wystąpiły typowe i piękne napady zimnicy.

Doświadczenie to graficznie przedstawia się następująco: (patrz str. 39)

Dośw. 2. Dawca: Cym. A. L. ks. szp. 545/31. (rozp. Par. progr.). *Odbiorca:* Podl. L. L. ks. szp. 565/30. (rozp. Par. progr.). Dnia 27.XI.31 r. zaszczepiono chor. Podl. dożylnie 3 cm³ krwi malarycznej (z 5-go dnia wylegania) od chor. Cym. U odbiorcy w ciągu trzech miesięcy trwania obserwacji zimnica nie dała objawów gorączkowych.



a) *Dawca*: Podl. L. — jak wyżej — *odbiorca*: Kow. Wł. L. ks. szp. 659/29 (rozp. Par. progr.). Dnia 1.XII.31 r. zaszczerpiono chor. Kow. dożylnie 3 cm³ krwi od chorego Podl., który sam przed 4 dniami był szczepiony zimnicą z okresu wylęgania. U odbiorcy Kow. po 8 dniach wylęgania wystąpiły typowe napady gorączkowe malarji.

b) *Dawca*: Podl. — jak wyżej, *odbiorca*: Koc. Wł. L. ks. szp. 460/30 (rozp. Par. progr.). Dnia 23.XII.31 r. zaszczerpiono choremu Koc. Wł. dożylnie 3 cm³ krwi od chor. Podl., który pomimo szczepienia zimnicy przed 26 dniami dotychczas nie miał napadów gorączkowych. U odbiorcy Koc. Wł. po 18 dniach wylęgania wystąpiły typowe napady gorączki zimniczej.

c) *Dawca*: Podl. — jak wyżej, *odbiorca*: Nim. B. L. ks. szp. 500/30 (rozp. Par. progr.). Dnia 28.XII.31 r. zaszczerpiono choremu Nim. B. dożylnie 3 cm³ krwi od chor. Podl., u którego od 31 dni zimnica znajdowała się w okresie utajenia bezgorączkowego. U odbiorcy Nim. B. po 11 dniach wylęgania pojawiły się typowe gorączki zimnicze.

d) *Dawca*: Podl. — jak wyżej, *odbiorca*: Miedź. A. L. ks. szp. 600/30 (rozp. Paral. progr.). Dnia 10.II.1932 r. zaszczerpiono domięśniowo chor. Miedź. 3 cm³ krwi od dawcy Podl. (75-ty dzień oporności). U odbiorcy Miedź. po 30 dniach wylęgania wystąpił pierwszy napad zimnicy.

Powyższe doświadczenia pouczają nas, że w leczeniu zimnicą musimy rozróżnić dwie kategorie chorych: leczonych zimnicą czynną, t. j. dającą objawy gorączkowe i „leczonych” zimnicą nieczynną, czyli według przyjętej przez nas terminologii — zimnicą bezgorączkową. Tę drugą grupę opatrzyliśmy cudzysłowem, ponieważ było to, jak dotychczas, leczenie nieświadome, gdyż w tej grupie mówiono,

że zimnica nie przyjęła się, gdy w istocie prawdopodobnie w dość dużym procencie przyjęła się ona jako zimnica bezgorączkowa utajona i jako taka mogła wywołać działanie lecznicze, zwłaszcza w psychozach organicznych, nie wywołując napadów gorączkowych.

Z piśmiennictwa wiadomem jest, że o remisjach pomalarycznych decyduje nie tylko wysokość gorączek, ale sam fakt leczenia zimniczego. I tak W. L. Brütsch podaje przypadek dający całkowitą remisję pomimo, że dwukrotne szczepienie zimnicy nie dało efektu gorączkowego. Była to zatem *malaria resistens*¹⁾ i pewne dolegliwości fizyczne jakie miał pacjent ustąpiły po leczeniu chininą.

Z materiału Kliniki Psychjatrycznej U. W. możemy również podać jeden przypadek porażenia postępującego, który pomimo trzechkrotnego szczepienia nie dał reakcji gorączkowej, a następnie wykazał remisję pierwszej kategorii, Coprawda pacjent ten był leczony specyficznie, ale wydaje się nam rzeczą wątpliwą, by tylko leczenie specyficzne dało tu tak dobry efekt.

Tak czy inaczej musimy pamiętać, że zimnica czynna nie daje efektu gorączkowego w 5 — 10% przypadków szczepionych, z których nie jeden przebiega pod postacią zimnicy utajonej bezgorączkowej.²⁾ W zimnicy szczepionej na zasadzie metodyki podanej w niniejszej pracy procent przypadków nie dających efektu gorączkowego wynosił plus minus 10%, a więc nie odbiega od cyfr podawanych przy zwykłych metodach przeszczepień.

Wnioski dotyczące szczepienia zimnicy bezgorączkowej.

Doświadczenia powyższe skłaniają nas do twierdzenia, iż zgodnie ze spostrzeżeniem D'Ormea i Broggi'ego istnieje możliwość uzyskania typowych ataków zimniczych u chorych szczepionych zimnicą resistentną dawców. A zatem: dotychczasowe nasze pojęcia o większej lub mniejszej zjadliwości poszczególnych szczepów zimnicy trzeciaczkowej, względnie zimnicy trzeciaczkowej zdwojonej, (*malaria tertiana duplex*) muszą ulec rewizji. Zapewne nie zjadliwość poszczególnych szczepów decyduje o nasileniu napadów zimniczych, lecz przede wszystkim podłoże biologiczne na które działa dany szczep zimnicy. I tak w doświadczeniach powyższych u dawców zimnica nie dawała żadnego efektu, gdy tymczasem przy zmianie podłoża — u odbiorców występowały typowe napady zimnicy. Zim-

¹⁾ Popełniamy tu błąd merytoryczny mówiąc o *malarji* resistentnej, takż błąd popełnia się mówiąc *malaria* schizofreniczna lub paralityczna, jest to jednak wygodny skrót.

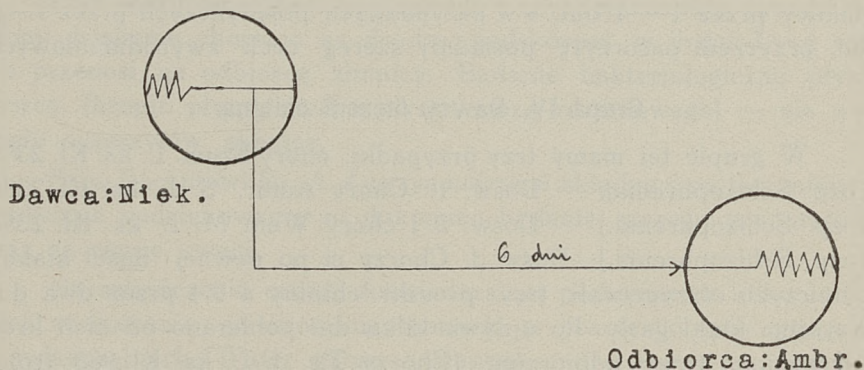
²⁾ Sprawdzianem tego może być próba przeszczepienia.

nica utajona bezgorączkowa daje się przeszczepiać z dobrym wynikiem — nawet w 75 dni jej trwania. Rozróżnić pozatem musimy leczenie prowadzone zimnicą czynną i nieczynną.

Grupa III. Dawcy w okresie utajenia pogorączkowego (latencji).

Przechodzimy obecnie do szeregu doświadczeń z dawcami z okresu utajenia pogorączkowego. Dawców takich mieliśmy pięciu, doświadczeń jednak przeprowadziliśmy dwadzieścia.

Dośw. 1 Dawca: Niek. W. L. ks. Kl. 2395. (rozp. Schizophrenia simplex, malaria artificialis latens) *Odbiorca:* Ambr. S. L. ks. kl. 2380. (rozp. Schizophrenia paran). Chory Niek. miał szczepioną zimnicę inkubacyjną od chorego Waj. (patrz dośw. 2, grupa I.) Po szczepieniu na 16 dzień t. j. dnia 29.IX.31 r. wystąpił u chorego Niek. pierwszy atak zimnicy. Ogółem chory Niek. miał 3 ataki zimnicy, które poczynszy od dnia 2.X.31 r. przestały się ujawniać, a więc chory Niek. wszedł w okres latencji. Dnia 12.X.31 r., a więc po 10-cio dniowym okresie latencji pobrano u chor. Niek. 2 cm³ krwi i zaszczepiono je dożylnie choremu Ambr. Po 6-cio dniowym okresie wylegania wystąpiły u chorego Ambr. typowe ataki zimnicze. Doświadczenie to graficznie przedstawia się następująco:



Dośw. 2 Dawca: Niek. — jak wyżej — *Odbiorca:* Suj. M. L. ks. Kl. 2422 (rozp. Par. progr.) Dnia 2.XI.31 r., a więc po upływie 31-dniowej latencji zaszczepiono 2 cm³ krwi dożylnie i 2 cm³ krwi podskórnice chor. Suj. od chor. Niek. Po 6 dniach wystąpiły typowe ataki zimnicy u chorego Suj.

Dośw. 3. Dawca: Niek. — jak wyżej — *Odbiorca:* Lor. L. ks. Kl. 2451 (rozp. Paraphrenia). Na 60-ty dzień latencji pobrano od chor. Niek. 4 cm³ krwi i zaszczepiono dożylnie i podskórnice chore-

mu Lor. Po upływie 7 dni u chorego Lor. wystąpiły typowe ataki zimnicze.

Od chorego Niek. otrzymujemy w dalszym ciągu, już szósty miesiąc, zimnicę dla innych chorych, przyczem chory Niek. jest stale w okresie latencji.

Wnioski dotyczące szczepienia zimnicy utajonej pogorączkowej.

Szereg powyższych doświadczeń dowodzi, że zimnica latentna przeniesiona na inne podłoże daje typowe ataki gorączkowe. A więc zyskujemy wobec tego rodzaj magazynu zimnicy z którego możemy czerpać zimnicę dla innych chorych bez szkody dla dawcy, bowiem pobranie kilku cm^3 krwi nie może być nazwane szkodą. Waga tych chorych pozostaje bez zmiany, a ilość czerwonych ciałek w 1 mm^3 również nie ulega zmianie; to samo dotyczy przypadków opornych względem zimnicy (malaria resistentna). Przypadki tej grupy posłużą nam za materiał do rozważań teoretycznych, jak również dla wniosków ogólnych, które podajemy na zakończeniu. Tutaj pragniemy jeszcze podkreślić, że latencja trwająca nawet szereg miesięcy nie jest jeszcze przeszkodą dla pobrania krwi od tego rodzaju dawców, celem przeszczepienia zimnicy innym chorym. Natomiast mikroskopowo, jak podaje *Ławrynowicz, Łącki i Wilczkowski*. można stwierdzić pasorzyty we krwi w przypadkach samoistnego, klinicznego wygasania zimnicy przez 1—4 dni, a w przypadkach pojedynczych przez 9—12 dni, przyczem pasorzyty posiadały szereg cech zwyrodnieniowych.

Grupa IV. Dawcy leczenia chininą.

W grupie tej mamy trzy przypadki: chory Szum. L. ks. Kl. 2375. (rozp. Schizophrenia). — Dośw. 1. Chory Ambr. S. L. ks. Kl. 2380. (rozp. Schizophrenia.) — Dośw. 2. i chory Wein M. L. ks. Kl. 2396. (rozp. Schizophrenia.)—Dośw. 3. Chorzy ci po pewnej ilości ataków zimniczych otrzymywali trzy proszki chininy à 0,4 przez dwa dni, przyczem ataki gasły. Po upływie kilku dni pobierano od nich krew i szczepiono trzem odbiorcom. (Chorzy Tis. J. L. ks. Kl. 983. (rozp. Schizophrenia) dośw. 1. — Krze. Wł. L. ks. Kl. 2443. (rozp. Epil. gen.) dośw. 2. — Tul. L. L. ks. Kl. 2448. (rozp. Schizophrenia) dośw. 3. Wszystkie te doświadczenia nie dały wyników pozytywnych.

Wnioski dotyczące szczepienia zimnicy leczonej.

Krew chorych zimniczych, leczonych chininą nie kwalifikuje się do przeszczepiania zimnicy innym chorym. Doświadczenia nasze dotyczące szczepienia zimnicy leczonej nie są zatem zgodne z doniesieniem *D'Ormea i Broggi'ego*. Wzmiankowani autorzy stosowali za-

pewne mniejsze dawki chininy i dlatego prawdopodobnie uzyskali dodatnie wyniki przy przeszczepianiu.

Grupa V. Szczepienie płynu.

Do grupy tej należą trzy przypadki. Podajemy tu przykładowo jedno z doświadczeń. *Dośw. 1.* Dawca: Suj. M. L. ks. Kl. 2422. (rozp. Par. progr.). Odbiorca: Kor. E. L. ks. Kl. 2449. (rozp. Par. progr.)

Dnia 16.XI.31 r. dokonano u chorego Kor. punkcji lumbalnej celem stwierdzenia zmian w płynie mózg.-rdz. Ponieważ zmiany te były silniejsze od zmian u chorego Suj., przeto zakwalifikowano chorego Kor. na odbiorcę. W godzinę później u chorego Suj., który był po 8-ym ataku zimnicy, dokonano punkcji i w myśl metody podanej wyżej zastrzyknięto choremu Kor. 3 cm³ płynu mózg.-rdz. chorego Suj. podskórnice. Reakcji gorączkowej u odbiorcy nie stwierdzono. Po upływie 14 dni wstrzyknięto choremu Kor. 0,5 gr. natr. nucl. celem prowokacji zimnicy. Po iniekcji ciepłota wynosiła 39°, przeszczepienia zimnicy jednak nie uzyskano.

Wnioski dotyczące szczepienia zimnicy „płynowej“.

Płyn mózgowo-rdzeniowy chorego o czynnej zimnicy, przeszczepiony drugiemu choremu na drodze podskórnej w ilości 3—4 cm³ nie przenosi na odbiorcę zimnicy. Badanie bakterjologiczne płynu dawcy, (kropla płynu, osad z płynu mózg.-rdzeniowego) — nie wykryło pasorzytów zimnicy.

Panu Docentowi Dr. A. Ławrynowiczowi składamy na tem miejscu serdeczne podziękowanie za dokonane badanie szeregu preparatów, oraz za cenne uwagi.

Na zakończenie części doświadczalnej podajemy w kilku tablicach zestawienie wyników uzyskanych w poszczególnych grupach doświadczalnych. (Patrz strony następne).

Jeżeli teraz zechcemy się zastanowić nad sprawą samoistnego wygasania napadów zimniczych w zimnicy szczepionej na zasadzie nowej metodyki, to musimy powiedzieć, że wygasanie to nie jest częstsze od wygasania samoistnego spotykanego przy zwykłym szczepieniu zimnicy, a więc przy szczepieniu zimnicy czynnej. Procent uzyskany w naszych badaniach wynosi plus minus 20% a więc nie odbiega od procentu samoistnych wygaśnień podawanego w piśmiennictwie szczepienia zimnicy czynnej. (19,7% — Ławrynowicz, Łącki i Wilczkowski, 18,6% — Artwiński i Ostrowski).

Zestawienie

TABLI

Zimnica in

(Dawcy w okresie wy

L. dośw.	Dawca i rozpoznan.	Całkowity czasokr. wy- łęgan. u dawcy	Dzień wylęg. u dawcy w chwili pobier. krwi	Odbiorca i rozpoznan.
1.	Cuk. Schizophr.	4 dni	4 dzień	Waj. Schizophr.
2.	Śliw. Par. progr.	19 "	7 "	Mul. Par. progr.
3.	Kryn. Par. progr.	11 "	6 "	Śliw. Par. progr.
4.	Moł. Par. progr.	9 "	5 "	Świerz. Par. progr.
5.	Cym. Par. progr.	8 "	5 "	Podl. Par. progr.
6.	Wir. Par. progr.	16 "	5 "	Now. Par. progr.
7.	Bor. Par. progr.	5 "	3 "	Woj. Par. progr.
8.	Roś. Par. progr.	5 "	3 "	Bucz. Par. progr.
9.	Suj. Par. progr.	7 "	3 "	Sit. Par. progr.
10.	Waj. Schizophr.	7 "	2 "	Niek. Schizophr.
11.	Tul. Schizophr.	9 "	1 "	Wiecz. Epilepsia
12.	Tul. Schizophr.	9 "	pół godz.	Puch. Epilepsia
13.	Amioł. Schizophr.	—	pięć minut	Pawł. Schizophr.

¹⁾ Wiecz. miał tylko jeden napad zimnicy; krew jego przeszczepiona

wyników.

CA II.

k u b a c y j n a.

lęgania pasorzytów).

Rodzaj szczepienia u odbiorcy	Okres wy- lęgania u od- biorcy	Wynik	U w a g i
1 i 1/2 cm dożylnie	6 dni	dodt.	(zimnica przednapadowa).
2 ccm psk.			
3 ccm do- żylnie	11 "	"	
3 ccm do- żylnie	19 "	"	
2 ccm dożył.			
2 ccm pod- skórnice	12 "	"	
3 ccm do- żylnie	—	"	u odb. Podł. zimnica przyjęła się jako bezgorączkowa (spraw- dzono przeszczepieniem).
3 ccm do- żylnie	31 dni	"	Wyjątkowo długi okres wylę- gania u odbiorcy.
3 ccm do- żylnie	14 "	"	
2 ccm dożył.			
2 ccm pod- skórnice	17 "	"	dawcy: Roś. i Suj. szczepieni byli zimnicą inkubacyjną z okresu utajenia pogorącz- kowego.
2 ccm dożył.			
2 ccm pod- skórnice	13 "	"	
1 i 1/2 ccm dożylnie	16 "	"	
2 ccm psk.			
2 ccm dożył.			
2 ccm pod- skórnice	20 "	"	Odb. Wiecz. ¹⁾ otrzymał omył- kowo 1 proszek chininy w okresie inkub.
2 ccm dożył.			
2 ccm pod- skórnice	14 "	"	
2 ccm dożył.			
2 ccm pod- skórnice	11 "	"	

drugiemu choremu nie dała objawów gorączkowych.

TABLICA III.

Zimnica bezgorączkowa.

(Dawcy w okresie oporności).

L. dośw.	Dawca i rozpoznanie	Długość okresu opor- ności u daw- cy—w dniu pobierania krwi	Odbiorca i rozpoznanie	Rodzaj szczepienia u odbiorcy	Okre- szenie wylę- gania u od- biorcy	Wynik	Uwagi
1.	Podl. Par. progr.	4 dni	Kow. Par. progr.	3 ccm do- żylnie	8 dni	dodt.	
2.	"	26 "	Koc. Par. progr.	3 ccm do- żylnie	17 "	"	
3.	"	31 "	Nim. Par. progr.	3 ccm do- żylnie	11 "	"	
4.	"	75 "	Miedz. Par. progr.	3 ccm do- mięśniowo	30 "	"	szczepio- no domięś- niowo.
5.	Szym. Schizophr.	26 "	Rog. Schizophr.	2 ccm dożył. 2 ccm podsk.	15 "	"	
6.	"	50 "	Fel. Schizophr.	2 ccm dożył. 2 ccm podsk.	18 "	"	
7.	Frid. Schizophr.	26 "	N. N. Imbecillit.	2 ccm dożył. 2 ccm podsk.	11 "	"	

Jest rzeczą godną wzmianki, że po szczepieniu zimnicy (z okresu wylęgania, okresu utajenia bezgorączkowego i pogorączkowego) na drodze dożylniej, okres wylęgania wydłuża się nadmiernie. Niewątpliwie mamy prawo tłumaczyć sobie to tem, że mała ilość zarazków, jaka się znajduje we krwi dawcy, potrzebuje dłuższego czasu do rozmnożenia się we krwi w tym stopniu, aby dały one odczyn gorączkowy.

Czas wylęgania zimnicy, przeszczepionej z okresu utajenia pogorączkowego (latencji), zbliża się najbardziej do czasokresu wylęgania zimnicy, pobranej w dniu gorączki lub w dniu międzygorączkowym.

TABLICA IV.

Zimnica latentna — pogorączkowa.
(Dawcy w okresie utajenia pogorączkowego zimnicy).

L. dośw.	Dawca i rozpoznanie	Ilość prze- bytých na- padów złimnicy	Długość okre- su ponapado- wego u daw- cy do chwili pobrania krwi	Odbiorca i rozpoznanie	Rodzaj szczepienia u odbiorcy	Okres wylegania	Wynik
1.	Mul. Par. progr.	3 napady	6 dni	Szew. Par. progr.	3 ccm dożylnie	—	ujemny
2.	Wież. Epilepsia	1 napad	7 "	Bog. Par. progr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	—	"
3.	Fel. Schizophr.	2 napady	7 "	NN. Schizophr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	10 dni	dodatni
4.	"	"	8 "	Mad. Schizophr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	10 "	"
5.	"	"	14 "	Krze. Epilepsia	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	6 "	"
6.	"	"	46 "	Mat. Par. progr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	10 "	"
7.	Niek. Schizophr.	3 napady	8 "	Ambr. Schizophr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	6 "	"
8.	"	"	20 "	Amioł. Schizophr.	" "	5 "	"
9.	"	"	22 "	Kot. Schizophr.	" "	7 "	"
10.	"	"	27 "	Roś. Par. progr.	2 ccm dożylnie 1 ccm podskórnice	8 "	"

L. dów.	Dawca i rozpoznanie	Ilość prze- bytych na- padów zimnicy	Długość okre- su ponapado- wego u daw- cy do chwili pobrania krwi	Odbiorca i rozpoznanie	Rodzaj szczepienia u odbiorcy	Okres wylegania	Wynik
11.	Niek. Schizophr.	3 napady	32 dni	Sui. Par. progr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	6 dni	dodatni
12.	"	"	60 "	Lot. Schizophr.	" "	7 "	"
13.	"	"	63 "	Mierz. Par. progr.	3 ccm <u>podskórnice</u>	15 "	"
14.	"	"	75 "	Kor. Par. progr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	10 "	"
15.	"	"	90 "	Król Schizophr.	" "	8 "	"
16.	"	"	99 "	Cieś. Schizophr.	" "	10 "	"
17.	"	"	99 "	La. Schizophr.	3 ccm dożylnie	10 "	"
18.	"	"	133 "	Z. W. Schizophr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	11 "	"
19.	"	"	150 "	Drej. Schizophr.	3 ccm <u>podskórnice</u>	16 "	"
20.	Tls. Schizophr.	5 napadów	73 "	Rud. Schizophr.	2 ccm dożylnie 2 ccm podskórnice	17 "	"

TABLICA V.
Zimnica leczona.
(Dawcy po przerwaniu gorączki zimniczej chininą).

L. dośw.	Dawca i rozpoznanie	Ilość podanej chininy	Ilość dni do chwili szczepienia—od ostatniego podania chininy	Odbiorca i rozpoznanie	Rodzaj szczepienia u odbiorcy	Wynik
1.	Szum. Schizophr.	5×0.4 g.	12 dni	Tis. Schizophr.	2 ccm doż. 2 ccm psk.	ujemny
2.	Ambr. Schizophr.	4×0.4 g.	4 „	Krze. Epilepsia	„ „	„
3.	Wein. Schizopbr.	4×0.4 g.	21 „	Tul. Schizophr.	„ „	„

TABLICA VI.
Płyn m.-rdz. zimniczych.
(Dawcy w okresie czynnej zimnicy).

L. dośw.	Dawca i rozpoznanie	Ilość napadów zimnicy w chwili pobierania płynu mózg-rdzeniowego	Odbiorca i rozpoznanie	Rodzaj szczepienia u odbiorcy	Wynik
1.	Suj. Par. progr.	7 napadów	Korn. Par. progr.	3 ccm płynu podskórnie	ujemny
2.	Kryn. Par. progr.	7 napadów	Wir. Par. progr.	„	„
3.	Śliw. Par. progr.	5 napadów	Nim. Par. progr.	„	„

Wreszcie w tablicy VII podajemy długość okresu wylegania przy szczepieniu dożylnem poszczególnych typów zimnicy:

TABLICA VII.

T y p z i m n i c y	Okres wylegania po szczepieniu dożylnem.
a) przednapadowa	± 6 dni
I. inkubacyjna:	
b) wczesna	11 do 31 dni
II. bezgorączkowa (resistentna)	11 do 18 dni
III. utajona pogorączkowa (latentna)	6 do 11 dni ¹⁾
IV. leczona	— —
V. z płynu m.-rdz.	— —

¹⁾ Wyjątkowo dłużej (patrz tabl. IV przyp. L. 20).

Przechodzimy obecnie do rozważań teoretycznych, które uwy-puklić pragniemy na tle naszych doświadczeń.

Jest rzeczą wiadomą, że ataki zimnicy mogą u tego samego osobnika powtarzać się wielokrotnie, nawet po upływie całego szeregu lat; otóż istnieje przypuszczenie, że w tego rodzaju przypadkach pasorzyty zostają zatrzymane w śledzionie i dopiero wyzwolenie się ich ze śledziony powoduje atak zimnicy. Doc. *Nowaczyński* tak o tem pisze: „W przypadkach przewlekłych i utajonych zimnicy, gdzie pasorzyty we krwi nie krążą, uciekamy się do prowokacji pasorzytów. Dla tego celu służą różne sposoby jak: ruch, masaż lub elektryzowanie śledziony, naświetlenie promieniami Roentgena, lampą kwarcową, jakoteż iniekcje białka (mleka i t. p.) lub adrenaliny; mają one na celu *wypłukanie do krwi ukrytych w narządach pasorzytów.*“ (podkreślenia nasze).

Również *Klemperer* podaje, że jeśli „występują nawroty, to przy pomocy podskórnego wstrzyknięcia adrenaliny lub natrysku na śledzionę *staramy się pobudzić pozornie uśpione w śledzionie zarazki do krążenia we krwi*“ (podkreślenie nasze).

L. Miller w pracy swej „O poliglobulji i policytemji” podkreśla iż „należy odróżnić dwojakiego rodzaju krew: jedną znajdującą się w stanie krążenia, czyli *obiegową*, i drugą, czasowo z krwioobiegu wyłączoną, będącą w zastoju w wielu narządach wewnętrznych, czyli *zapasową*. Do tych narządów należy w pierwszym rzędzie śledziona, o której zawsze wiadomem było, że może pomieścić w sobie duże zapasy krwi. Lecz dopiero *Barcroft* wykazał znaczenie jej jako rezerwuary, którego — „zazwyczaj zamknięte wrota otwierają się dla krwioobiegu tylko od czasu do czasu”.

Romberg w znanym podręczniku *Meringa* wypowiada pogląd, że w narządach wewnętrznych szczególnie w śledzionie, pasorzyty zimnicy mogą długo zachować życie. „Następstwem tego bywają przewlekłe zachorzenia i nawroty, występujące po kilkutygodniowej albo dłuższej przerwie”. Pojawienie się nawrotów zimnicy tłumaczy *Romberg* działaniem pasorzytów, które przebywając w narządach wewnętrznych, uniknęły działania leków. Poglądy powyższe znajdują swe potwierdzenie w pracy *Ławrynowicza*, *Łackiego* i *Wilczkowskiego*: „Obraz kliniczny i mikroskopowy zimnicy (malaria tertiana) sztucznie szczepionej”. Polskie Archiw Medyc. Wewn. T. VII. 23 r., autorem tym bowiem udawało się wykryć mikroskopowo pasorzyty zimnicy tylko w 1—4 dni. a wyjątkowo w 9—12 dni po samoistnem wygaśnięciu zimnicy. Trzeba jednak podkreślić, że koncepcje powyższe oparte były jedynie na wynikach mikroskopowego badania pre-

paratów mazanych krwi, które to badanie nie pokrywa się zupełnie z wynikami uzyskanymi przez nas. Metoda biologiczna wykrywania pasorzytów zimnicy, stosowana w obecnej pracy, daje dodatnie wyniki nawet tam, gdzie poszukiwanie mikroskopowe pasorzytów zawodzi w zupełności. Że tak się dzieje — łatwo wytłumaczyć, bowiem wykrycie pasorzytów w preparatach mazanych napotyka na zrozumiałe trudności, gdy tymczasem obecność ich we krwi manifestuje się wyraźnie w metodzie biologicznej.

Z tych względów uważamy, że w przypadkach utajonej zimnicy nie należy uciekać się wyłącznie do hipotezy zlokalizowania pasorzytów zimnicy w śledzionie, lecz przyjąć musimy, że pasorzyty zimnicy utajonej krążą również w całym krwiobiegu, nie powodując jednak objawów klinicznych u danego osobnika; krew ta przeszczepiona na inne podłoże może dać już wyraźne objawy kliniczne.

Jak w przypadkach nosicielstwa duru brzuszego żółć jest dostatecznym podłożem dla utrzymania żywotności laseczników *Eberta*, przebywających w woreczku żółciowym, jak u nosicieli błonicy wydzielina błony śluzowej jamy nosowo-gardzielowej jest wystarczającym podłożem dla wegetacji prątków *Loefflera*, tak w przypadkach malarji utajonej (nosicielstwa malarji) krew naczyń, bez specjalnych warunków, których dopatrują się w śledzionie, może wystarczyć dla wegetacji zarazków zimnicy. Pozwalamy sobie użyć tutaj terminu „nosicielstwo” zimnicy, gdyż malarja przeszczepiona z krwią osobnika, który znajduje się w okresie latencji, inkubacji czy resistencji, wywoływała typowe ataki zimnicze u osobnika drugiego, szczepionego tą krwią. Naturalnie mamy tu na myśli tylko zakażenie pośrednie.

Na podstawie naszych doświadczeń musimy uznać, że wysuwanie zjadliwości szczepu na plan pierwszy nie jest dostatecznie usprawiedliwione, conajmniej bowiem równie ważną rolę w przyjęciu się zimnicy odgrywają właściwości konstytucyjne i konstelacyjne organizmu.

Podkreślić jeszcze musimy, że *Ławrynowicz* i *Wilczkowski*, badając serologiczne odczyny kiłowe u chorych nieluetycznych leczonych zimnicą, stwierdzali je nawet w przypadkach, gdzie szczepienie nie dawało objawów klinicznych zimnicy. Wymienieni autorzy dochodzą do wniosku, że serologiczne odczyny kiłowe mogą być uważane za przejaw zakażenia utajonego (bezobjawowego). Wniosek tego rodzaju potwierdzają i nasze badania.

Na zakończenie podajemy kilka wniosków ogólnych opierając się na powyższych rozważaniach i doświadczeniach:

1. Metodyka szczepienia zimnicy ulega stałej ewolucji. Przed laty szczepiliśmy zimnicę pobierając krew w okresie ataku gorączkowego, na szczycie temperatury, później zaczęto pobierać krew i w okresach międzygorączkowych; dziś natomiast pozwalamy sobie stwierdzić, że zimnica nadaje się do przeszczepiania również we wczesnym okresie wylęgania, w okresie utajenia pogorączkowego, jakoteż w okresie utajenia bezgorączkowego.

2. W ten sposób ośrodki lecznicze, posługujące się zimnicą, zyskują nowy magazyn zimnicy, z którego mogą czerpać wówczas, gdy w zakładzie niema w danej chwili czynnej zimnicy, przyczem zimnica pochodząca z tego magazynu, a więc zimnica z okresu wylęgania, z okresu utajenia pogorączkowego lub bezgorączkowego nie różni się klinicznie od zimnicy szczepionej na drodze zwykłej od osobników z okresu czynnej zimnicy.

3. Zimnica utajona pogorączkowa względnie bezgorączkowa nie daje naogół objawów chorobowych; chorzy tego typu oczywiście nie gorączkują, a także nie wykazują spadku wagi ciała ani też zmniejszenia ilości czerwonych ciałek we krwi, nie wypowiadają skarg, charakterystycznych dla malaryków. Istnieje możliwość uzyskania dodatnich wyników leczenia przez stosowanie zimnicy utajonej pogorączkowej względnie utajonej bezgorączkowej.

4. Każdy przypadek zaszczepiony, nawet taki w którym zimnica nie rozwinęła się zupełnie (*malaria resistens*), winien być starannie leczony środkami przeciwwzimmicznymi, albowiem krew nawet takich osobników może zawierać pasorzyty, które po pewnym czasie mogłyby dać objawy zimnicy.

5. Niewykrycie pasorzytów zimnicy w preparatach mazanych krwi nie dowodzi jeszcze braku zakażenia zimnicą. W przypadkach podejrzanych metoda biologiczna może nieraz wykluczyć istniejące wątpliwości, a mianowicie może nieraz wykazać, czy zimnica przyjęła się jako *malaria resistens*, czy też organizm jest wolny od pasorzytów.

6. Okres inkubacji po szczepieniu zimnicy utajonej pogorączkowej trwa u odbiorcy, jak wynika z naszych doświadczeń, od 6—11 dni¹⁾; okres inkubacyjny po szczepieniu zimnicy inkubacyjnej-przed-atakowej trwa około 6 dni; przy szczepieniu zimnicy inkubacyjnej wczesnej 11—31 dni; okres inkubacyjny przy szczepieniu zimnicy utajonej bezgorączkowej trwa 11—18 dni. Zimnica leczona i z płynu m.-rdz. nie kwalifikują się do przeszczepiania.

¹⁾ Wyjątkowo dłużej.

7. Nie mamy danych do twierdzenia, by w obrębie trzeciaczki względnie trzeciaczki zdwojonej istniała specjalnie różnorodna zjadliwość poszczególnych szczepów, natomiast sądzimy, że o typie gorączek zimniczych, o objawach klinicznych decydują przede wszystkim właściwości podłoża, na którym dany szczep przebywa.

8. Zimnica szczepiona na zasadzie nowej metodyki w 90% daje objawy gorączkowe. Podobny procent widzimy również przy szczepieniu zimnicy czynnej.

9. Wygąsanie samoistne napadów zimniczych w zimnicy szczepionej na zasadzie nowej metodyki spotykane jest w plus minus 20% przypadków.

10. Mamy wrażenie, że jedynie w przypadkach zgoła wyjątkowych chinina zdolna jest odegrać rolę czynnika prowokacyjnego. Byłoby to więc działanie podobne do uczulania odczynu Wassermanna środkami specyficznymi.

11. Spostrzeżliśmy, że przy podwójnym bezgorączkowym pażu zimnicy (zimnica inkubacyjna z latencji, zimnica inkubacyjna z inkubacji), otrzymuje się nietypowy przebieg napadów zimniczych. Napady zimnicy w pozostałych typach szczepień (wysokość ciepłoty i ilość napadów) nie różnią się od napadów uzyskanych na drodze normalnego szczepienia zimnicy. A zatem zimnica otrzymana ze źródeł tu opisanych (zimnica inkubacyjna, bezgorączkowa i pogorączkowa) kwalifikuje się najzupełniej do celów leczniczych.

PIŚMIENNICTWO.

- D'Ormea, Broggi.* La piretoterapia nella demenza precoce. (Osp. Psichiatr. di S. Niccolo, Siena) *Rass. di Studi psichiatr.* 19. 857—871. 1930. *Zentrbl.* 58/712 *Warstadt.* 2. *Mas de Ayala, Isidro.* Die meningealen Reaktionen bei der Fiebertherapie. (Vorhandensein von Plasmodium vivax im Liquor Malariageimpfter). (Clin. Psiquiatr. Univ. Montevideo). *Rev. argent. Neur.* etc. 4. 457—463. 1930. *Zb.* 59/464 *Krampf.* 3. *A. Ławrynowicz, M. Łacki, E. Wilczkowski.* Obraz kliniczny i mikroskopowy zimnicy (malaria tertiana) sztucznie szczepionej. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.* T. VII. 1923 r. 4. *A. Ławrynowicz i E. Wilczkowski.* Serologiczne odczyny kiłowe w zimnicy. *Pol. Gaz. Lek.* 1930. Nr. 33. 5. *L. Miller.* O poliglobulii i policytemii. *Nowiny Lekarskie.* Z. 22. 31 r. 6. *E. Artwiński i Ostrowski.* O leczeniu porażenia postępującego oraz innych postaci kiły układu nerwowego zimnicą *Pol. Gaz. Lek.* 1925. Nr. 48. 7. *E. Wilczkowski.* Praktyczne wskazówki, dotyczące techniki stosowania zimnicy w celach leczniczych. *Medycyna Warszawska* Nr. 16. 1930 r. 8. *Nowaczyński J.* Mikroskopia i chemja kliniczna. *Lwów—Warszawa* 1925. 9. *Klemperer J. Dünner L.* Zarys terapii klinicznej chorób wewnętrznych. *Przetłum. Dr. B. Handelsman.* Łódź—Katowice—Warszawa. 1923. 10. *Romberg E.* Ostre choroby zakaźne. *Podręcznik chorób wewnętrznych J. v. Meringa,* wyd. przez L. Krehla. *Przetłum. Dr. B. Handelsman.* Warszawa. 1927. 11. *Brütsch W. L.* Ein Beitrag zur Wirkungsweise der Impfmalaria auf den histopathologischen Prozess bei progressiver Paralyse. *Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych.* B. 110. 1927. 12. *Ziemann.* Malaria und Schwarzwasserfieber. 1924.

LECZENIE UMYSŁOWO CHORYCH PRZY POMOCY TRWAŁEGO SNU.

podała

DR. JEANETTA FRAENKLOWA.

Myśl opanowania stanów podniecenia przy pomocy trwałego snu nie jest nowa. Jeszcze przed trzydziestu laty starał się *Wolf* uzyskać trwały sen przy pomocy trionalu. Udało mu się w ten sposób uzyskać uspokojenie stanów podniecenia manjakałnych i schizofrenicznych na dłuższy czas. Prace *Wolfa* pozostały jednak bez echa, — prawdopodobnie z powodu obawy przed szkodliwym działaniem trionalu, częściowo może nawet uzasadnionej, a także z powodu trudności technicznych. gdyż musiano trional niejednokrotnie — zwłaszcza u chorych nieprzyjmujących pokarmów — podawać sondą. W kilkanaście lat później donosi *Epifanio*, asystent kliniki psych. w Turynie, o dobrych wynikach przy stosowaniu luminalnatrium. *Epifanio* wychodzi z założenia, że sen jest głównie procesem asymilacyjnym, w trakcie którego następuje odpoczynek i odnowienia tkanki nerwowej; głęboki sen stanowi pomyślne zakończenie delirium gorączkowego lub alkoholowego i dlatego przyjmuje *Epifanio*, że sztucznie wywołany sen może mieć również dodatnie skutki, przerywając nieprawidłowy bieg myśli lub inne czynności chorobowe. Metoda ta dawała naogół korzystne wyniki, szczególnie przy stanach manjakałnych.

Obie te metody poszły w zapomnienie. Problem leczenia przy pomocy narkozy wznowił *Kläsi*, wprowadzając do psychiatrii leczenie somnifenem. Terapia somnifenowa jest ogólnie znana, dlatego wspomnę o niej w krótkości.

Zdaniem *Kläsiego* somnifen nadaje się do wywołania trwałego snu, gdyż wstrzyknięty w ilości 2—4 ccm domięśniowo lub dożylnie wywołuje kilkugodzinny sen, działa szybko, ma niewielką skłonność do kumulacji, nie jest niebezpieczny dla serca i płuc, wreszcie jest łatwy do dawkowania i łatwy też ze względów technicznych do sto-

sowania. Sam *Kläsi* odnosił się do swego sposobu leczenia bardzo optymistycznie i podaje, że u $\frac{1}{3}$ wzgl. $\frac{1}{4}$ części wszystkich chorych (26) otrzymał tak daleko idącą poprawę, że mógł ich odesłać do domu, wzgl. przenieść na oddziały spokojniejsze. Poprawa ta w pewnej ilości wypadków polega na bezpośrednim ustąpieniu objawów podniecenia, halucynacji i t. p. Istotniejsze jest jednak, że w dalszej grupie wypadków, wskutek opieki, roztaczanej nad chorym w czasie narkozy, bądź to występowała pewna zmiana nastawienia chorego do otoczenia, bądź też wskutek zmęczenia wywołanego narkozą uspokojenie i możliwość nawiązania kontaktu z chorym. W obu tych kategorjach została tem samem uzyskana możność rozpoczęcia psychoterapii i wpływania metodami psychoterapeutycznymi na chorego w kierunku przygotowania go do powrotu normalnych warunków.

Od pojawienia się pracy *Kläsiego* zaczęto ogólnie interesować się tym problemem i terapię jego wprowadzać w praktykę. W r. 1925 zebrał *Müller* całą, dość już obszerną literaturę o trwałej narkozie przy pomocy somnifenu, obejmującą 310 przypadków, opisanych przez 17 autorów. Wyniki zebrane przez *Müllera* są znacznie mniej pomyślne niż *Kläsiego*. Śmiertelność wynosi według danych *Müllera* 5%, pozatem jako najczęstsze komplikacje występują zaburzenia oddechowe, pneumonie, podwyżki ciepłoty, spadek ciśnienia, wreszcie zapady i zatrzymanie moczu, tak że w $\frac{1}{3}$ wypadków konieczne było kateteryzowanie. Gorsze wyniki podane przez *Müllera* dadzą się jednak tem wytłumaczyć, że z pośród autorów, na doświadczeniach których *Müller* swe daty opiera, niema ani jednego, który rozporządzałby materiałem większym niż 50 chorych, co naturalnie musiało się ujemnie odbić na statystyce ogólnej. Zasadniczo uważa więc *Müller* leczenie przy pomocy trwałego snu za terapię wartościową, natomiast somnifen za środek zbyt niebezpieczny.

W r. 1927 ukazuje się praca *Oberholzera* z kliniki Burghölzli, obejmująca rezultaty 138 narkoz somnifenowych i 48 luminalowych. Luminal wzgl. luminalnatrium stosowano w tej myśli, że powoduje mniejsze komplikacje niż somnifen, a więc nie działa w takim stopniu na płuca i serce, nie prowadzi do przyzwyczajania się i nie powoduje kumulacji, ma jednak tę złą stronę, że często nie wywołuje wcale snu. *Oberholzer* podkreśla, że przy bardzo ostrożnem stosowaniu obu tych środków nasennych, nie nastąpił u 92 chorych ani jeden wypadek śmierci, ani też poważniejsze komplikacje. Dochodzi więc do wniosku, że niebezpieczeństwa tego leczenia nie są tak wielkie, by ze względu na nie należało w zupełności z tej tera-

pij zrezygnować. Według *Oberholzera* i *Müllera* i wielu innych autorów — zwłaszcza holenderskich i hiszpańskich — nadają się do leczenia somnifenem cykliczne fazy maniakalno-depresyjne i stany lękowe, w mniejszym stopniu podniecenia katatoniczne, a najmniej negatywistyczne i autystyczne stupory.

Terapia somnifenowa, zapoczątkowana w Burghölzli, znalazła szerokie zastosowanie we Francji i Holandji. *Dozy*, kierownik zakładu psych. w Saandport (Holandia) ogłosił wyniki leczenia u 130 przypadków. Miał zaledwie trzy wypadki śmierci, jest jednak zdania, że w tych wypadkach terapia somnifenowa raczej przyspieszyła śmierć, a nie była wyłączną jej przyczyną (meningitis, która wyszła z otitis media, pneumonia). Niemniej zwraca *Dozy* uwagę na to, że terapia somnifenowa wyczerpuje nawet ludzi cielesnie zdrowych, wobec czego poleca stosowanie jej przede wszystkim osobników młodych i zdrowych, których odporność przez inne choroby nie została obniżona.

W dążeniu do ograniczenia w miarę możliwości komplikacji leczenia somnifenem, oraz celem stopniowego przyzwyczajania chorych do somnifenu, zmodyfikował *Dozy* pierwotną technikę *Klässiego*, stosując podawanie somnifenu per os. Ten sposób leczenia podjęli na nowo ostatniemi czasy Francuzi i stosując go obecnie na klinice Claude'a w Paryżu. Polega on na tem, że zaczyna się podawać somnifen po 20 kropli trzy razy dziennie, dawkę zwiększa się codziennie o 10 kropli, aż dochodzi się do dawki 70 kropli trzy razy dziennie. Dawkę zwiększa się aż do otrzymania dobrego snu t. j. 20 godzinnego na dobę. Jeżeli więc już przy mniejszej dawce otrzyma się taki sen, można już na tej dawce poprzestać, a następnie stopniowo zmniejsza się ją o 10 kropli. Sen powinien trwać przez 14 dni po 20 godzin na dobę, naogół więc powinien chory spać przez 280 godzin. Przez cały ten czas budzi się chorego 3 razy dziennie do jedzenia, wskazane jest podawanie jaknajwiększej ilości płynów. Należy przytem równocześnie podawać środki nasercowe i stale kontrolować ciśnienie, mocz i temperaturę. Ślad białka lub nieznaczne podwyżki temperatury mogą ewentualnie wpłynąć na obniżenie dawki somnifenu, przy znaczniejszych zmianach należy leczenie przerwać. Cała terapia ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli jest połączona równocześnie z psychoterapią. *Dozy* poleca ten sposób leczenia przede wszystkim przy stanach maniakalnych, depresyjnych i lękowych, przy tych też stanach wyłącznie stosują go Francuzi. Na naszym oddziale stosowaliśmy ten sposób na razie w czterech przypadkach bardzo ciężkiej depresji i w jednym przy-

padku podniecenia maniakalnego. Chora z podnieceniem maniakalnym otrzymywała somnifen przez 12 dni: przedtem bardzo gwałtowna, ruchowo i psychoruchowo podniecona, uspokoiła się zupełnie i w stanie zupełnej poprawy odeszła do domu. Z czterech przypadków depresji trzy uległy poprawie. Dwaj z tychże chorych z melancholią cykliczną i dużem podnieceniem i niepokojem otrzymywali somnifen w dawce maksymalnej (70 kropli trzy razy dziennie) przez 10 dni i obaj odeszli do domu z całkowitą poprawą. Jeden chory z depresją arterjosklerotyczną otrzymywał somnifen przez 10 dni, uspokoił się, lecz pewne przygnębienie pozostało. Wreszcie chora z depresją klimakteryczną, która miała ogromny lęk i niepokój, a przytem znaczne podniecenie erotyczne, uspokoiła się częściowo; podniecenia seksualnego u niej nie dało się opanować. Oczywiście ta ilość wypadków jest zbyt mała, by wysnuwać jakieś ogólne wnioski, mimo to nie można pominąć faktu, że u wszystkich tych chorych objawy chorobowe ustąpiły w całości lub w przeważającej części. Żadnych komplikacji nie mieliśmy, w jednym tylko wypadku wystąpił w czasie leczenia ślad białka. Wreszcie w jednym wypadku bardzo ciężkiego stanu lękowego zmuszeni byliśmy ze względu na ogólny zły stan chorej, przerwać leczenie już w pierwszych dniach, kiedy dawka wynosiła jeszcze 30 kropli.

Wszystkie omawiane dotąd metody nie mogły w leczeniu psychiatrycznem należycie się zadomowić, a to z powodu związanego z niemi niebezpieczeństwa, chociaż z drugiej strony wszystkie były dowodem, że można przez trwałą sen uzyskać daleko idącą poprawę przy psychozach z podnieceniem. Szukano więc coraz nowych środków do wywołania trwałego snu. Z dawniejszych metod wymienię *Wietholda*, który stosował narkozę rektalną przy pomocy paraldehydu i skopolaminy (3 x dz. po 15 gr. paraldehydu i tyle kropli hyoscyny ile gramów paraldehydu). Z nowszych pernocton i dial. Pernocton wywołuje dłuższy sen tylko przy stosowaniu dożylnem, natrafia więc na duże trudności u bardzo podnieconych chorych; przytem należy dożylnie wstrzykiwać bardzo powoli, inaczej bowiem występują drgawki. Stosowany domięśniowo powoduje tylko krótszy i płytki sen, wreszcie dość szybko występuje przyzwyczajenie się do tego środka. Dial jest środkiem farmakodynamicznie skuteczniejszym, wywołuje sen głębszy i dłuższy, jednak stosowany domięśniowo nie wywołuje snu odrazu, nieraz dopiero po 1—2 dniach. Jest może mniej toksycznym środkiem od somnifenu, jednak powoduje nieraz również jako komplikacje zapady, bronchopneumonie i znaczne podwyżki temperatury.

Jak widzimy, idealnego środka do narkozy nie znaleziono. W tem jednak leży całe jądro problematu terapii narkotycznej, by znaleźć taki środek, który wywołuje głęboki i długi sen, a zarazem nie działa szkodliwie na organizm i nie wywołuje komplikacji. Sądząc, że warunkom tym odpowiada awertyna, zaczęto ją stosować w psychiatrii. Po raz pierwszy zastosowali awertynę *Blume, Neustadt i Sioli*. *Blume* stosował ją u 52 chorych szalowych i poleca ją ze względu na jej szybkie i niezawodne działanie. *Sioli* stosował ją u 40 chorych 53 razy jako hypnoticum i sedativum; tylko w 2 wypadkach nie nastąpiła narkoza, w 41 wypadkach była zupełna narkoza, w 7 wypadkach głęboki sen. Objawów podniecenia przy budzeniu się nigdy nie było. Sen był głęboki, a potem sen następowy, trwający 4—12 godzin. *Sioli* również poleca awertynę jako środek, który szybko i pewnie działa u chorych podnieconych, wywołuje głęboki i spokojny sen i pozostawia jeszcze na następny dzień znaczne uspokojenie. Nie jest przytem niebezpieczny i nie wywołuje objawów ubocznych. Ze względu na te dobre wyniki lecznicze, zaczęto od trzech lat stosować awertynę na klinice *Kretschmera* w Marburgu i tam też zaznajomiłam się bliżej z tą metodą. Awertyna jest to trójbromaethylalcohol, biała krystaliczna substancja, rozpuszczalna w wodzie dest. o temperaturze 40° przez energiczne potrząsanie. Temperatury 40° nie należy przekraczać, gdyż przez odszczepianie się bromowodoru wytwarza się dwubromacetaldehyd, który może spowodować ciężkie podrażnienie jelita. Roztwór musi być zawsze sporządzany świeżo, a przed użyciem należy zbadać jego reakcję przez użycie czerwieni kongo; reakcja powinna być obojętna. Dawka wynosi przeciętnie 0,08—0,1 na kg. wagi ciała, maksymalna 0, 125 na kg. wagi, a wody dest. tyle, ażeby otrzymać 3% roztwór. Podaje się ją we formie lewatywy, przytem nie należy przedtem oczyszczać kiszki, gdyż to wprowadzie pogłębia narkozę, ale skraca późniejszy sen. Od szybkości i ciśnienia, pod jakim wprowadza się lewatywę, zależy narkoza tylko w minimalnym stopniu, naogół powinno się ją wprowadzać przez 2—3 minuty. W 5—10 minut, czasem jednak w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny następuje narkoza; źrenice naprzód wąskie potem szerokie, na krótki czas znikają odruchy i czucie na ból, ciśnienie krwi spada, czasem następuje przyspieszenie czasem zwolnienie tętna, Oddechy niekiedy stają się płytsze, występująca niekiedy cyanoza jest przeważnie przejściowa. Narkoza trwa 1—3 godzin, potem chory budzi się i popada w zwyčajny sen, trwający 8—12 godzin. Ponieważ działanie awertyny jest długie, a nie następuje przyzwyczajenie się do tego środka, dla-

tego też nadaje się ona szczególnie do leczenia trwałym snem. Podaje się ją dwa razy dziennie i to w ten sposób, ażeby chory najwyżej 1 godzinę był rozbudzony. W tym czasie podaje się pokarmy. Stopień działania awertyny jest różny i zależny nie tylko od sposobu podawania, wypełnienia kiszki grubej i t. p.; z wiekiem działania jest intensywniejsze; przedewszystkiem zaś okazało się, że stany maniakalne dają się stosunkowo najmniej opanować przez awertynę, w przeciwieństwie do działania somnifenu i dialu. Podobnie zachowują się podniecenia maniakalne w przebiegu schizofrenji. Natomiast najlepsze wyniki daje awertyna przy podnieceniach schizofrenicznych.

Na naszym oddziale zaczęliśmy stosować awertynę od stycznia b. r. i dlatego też materiał nasz jest dość szczupły. Opierając się na doświadczeniach kliniki marburskiej, że najlepsze wyniki daje awertyna przy schizofrenji, a najgorzej znoszą ją pyknicy, u których jako częsta komplikacja występuje cjanaza, stosowaliśmy ją przeważnie przy podnieceniach katatonicznych u młodych osobników, a tylko kilka razy przy innych stanach. Stosowaliśmy dotychczas 76 narkoz awertynowych: 12 narkoz u chorych z podnieceniem o charakterze amentywnym poporodowym, 10 narkoz u chorego z niepokojem, agitacją i ciężkim stanem lękowym i 54 narkoz u podnieconych katatoniczek. Stosowaliśmy w ten sam sposób jak na klinice *Kretschmera* o którym wyżej wspomniałam, w dawce 0,08 na kg. ciała. Tylko w dwóch wypadkach nie nastąpiła narkoza i wtedy podwyższyliśmy dawkę na 0,1 na kg. wagi. Do roztworu awertyny dodawaliśmy 0,05 ephedryny, ażeby nie dopuścić do znaczniejszego spadku ciśnienia krwi, i mucilago Salepae, ażeby resorbcja przez błonę śluzową kiszki nie następowała zbyt szybko. Narkoza występowała przeważnie w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny i trwała 1 — 3 godzin, a potem sen następowy, w którym chorzy pozostawali 8 — 10 godzin. W żadnym wypadku nie nastąpił ani znaczniejszy spadek ciśnienia ani inne objawy ze strony serca. Oddechy były może nieco szybsze. Stale kontrolowano mocz, ale nigdzie nie wystąpiły zmiany.

Jedna z chorych, u których stosowaliśmy awertynę, była ogólnie osłabiona i w bardzo lichym stanie somatycznym, tętno 140, białko w moczu. Ponieważ była bardzo gwałtowna i innemi środkami nasennemi nie można jej było uspokoić, podaliśmy awertynę; nawet w tym wypadku nie nastąpiły żadne komplikacje. Narkozę stosowaliśmy przez 6 — 10 dni. We wszystkich wypadkach podniecenia katatonicznego nastąpiło zupełne uspokojenie się; chore, które

przedtem nie jadły, były bez kontaktu i gwałtowne, uspokoiły się tak dalece, że same przyjmowały pokarmy i można było z nimi bez trudności nawiązać kontakt. 5 chorych odeszło do domu ze znaczną poprawą. W przypadku stanu lękowego nastąpiło po narkozie pewne uspokojenie, ale po krótkim czasie niepokój wystąpił na nowo. Ze względu na brak czasu nie mogę pojedynczych przypadków omówić szczegółowo, ograniczę się więc do ogólnego stwierdzenia, że awertyna — jeżeli chodzi o intensywność i czas działania — przewyższa w znacznym stopniu wszystkie dotąd znane środki, pod względem zaś szkodliwości stoi z nimi na równi, a może nawet wykazuje nieco mniejszą szkodliwość. Jako środek do wywołania trwałego snu zasługuje szczególnie na uwagę ze względu na swe szybkie i długotrwałe działanie i małą szkodliwość.

Wyniki, które uzyskaliśmy na naszym oddziale stosując awertynę i somnifen, są nieco lepsze od opisanych dotąd w literaturze. Przyczyna tego leży — zdaniem mojem — w tem, że do terapii nasennej dobieramy odpowiednie przypadki, uwzględniając nietylko obraz chorobowy, ale też ogólną konstytucję psycho-fizyczną i stan somatyczny pacjenta. Fakt, że chorzy z podnieceniem maniakalnym znoszą gorzej narkozę awertynową, że występuje u nich cjanaza i to szczególnie u chorych z konstytucją pykniczną, odwrotnie zaś schizofrenicy nie poprawiają się zupełnie po narkozie somnifenowej nasuwa przypuszczenie, że problematem specyficznego działania trwałego snu nie leży wyłącznie w środku jako takim, lecz także w chorym samym. Być może więc, że czynniki konstytucyjne grają tutaj niepoślednią rolę.

Pozostaje jeszcze do omówienia chociażby w krótkości sprawa teoretycznego podłoża terapii nasennej. *Bleuler* i *Kläsi* wychodzą pod tym względem z założenia, że chory w czasie snu jest bezradny i potrzebuje pomocy i oparcia. sądzą więc, że ta właśnie bezradność przyczynia się do przełamania negatywizmu i autyzmu, to zaś ułatwia wejście w kontakt z chorym i umożliwia dalszą psychoterapię. Trwały sen byłby więc tylko przygotowaniem do psychoterapii. W odróżnieniu od tej czysto psychologicznej teorii sądzi *Müller*, że działanie środków narkotycznych polega na centralnej anaesthesji i na przerwaniu pewnego „błędnego koła”, w którym obracają się podniecenie afektywne, podniecenie motoryczne i spotęgowanie podniecenia afektywnego. Dla *Müllera* zasadniczym jest zatem sam fakt snu, nie zaś następowa psychoterapia. Znacznem rozszerzeniem obu tych teorii są spostrzeżenia *Schildera*, dotyczące odmiennego działania hypnotyków na pewne systemy psychiczne. *Schil-*

der zwraca uwagę na to, że podniecenie motoryczne u schizofreników jest w zupełnie inny sposób związane z afektem niż u chorych maniakalnych. Podczas gdy u tych ostatnich podniecenie jest bezpośrednio związane z afektem, u schizofreników jest ono objawem wtórnym, stanowiąc reakcję na wyobrażenie wzgl. halucynację, albo też przebiegając samo dla siebie bez widocznego afektywnego podłoża. Z tego wynikają dalsze problemy które można rozpatrywać z jednej strony z punktu widzenia lokalizacyjnego, z drugiej strony z punktu widzenia psychopatologicznego. Jak dotąd sprawa teoretycznego uzasadnienia terapii nasennej jest ciągle otwarta.

Jakie jednak praktyczne wnioski możemy wysnuć? Fakt, że w trwałym śnie mamy możliwość terapeutyczną usunięcia podniecenia psychotycznego nie tylko na kilka godzin, lecz na dłuższy przeciąg czasu lub na stałe stanowi wielki postęp w terapii psychiatrycznej. Szczególnie nadają się do tego leczenia przypadki, które mają skłonność do przebiegania okresowego, skłonność do remisji. Nie jest to wprawdzie terapia, która całkowicie usuwa stan chorobowy, ale jeżeli można skrócić okres maniakalny lub schizofreniczny chociaż o kilka tygodni lub miesięcy, jeżeli można wyrwać chorego z autyzmu, a w dalszej konsekwencji uczynić go bardziej socjalnym i zdolnym do pracy, to stanowi to dla nas znaczne wzbogacenie środków terapeutycznych, niestety jak dotąd dość nielicznych.

LITERATURA:

Blume, Deutsche med. Wchschrift 1927, Nr. 31, str. 1327. *Blume*, D. med. Wchschrift 1929, Nr. 2, str. 61. *Enke i Westphal*, Ztschrift für die ges. Neur. u. Psych. 1928, tom 114 str. 616. *Gallinek*, Monatsschr. für Psych. u. Neur. 1929 tom 73, str. 109. *Sioli u. Neustadt*, Klin. Wchschr. 1927, Nr. 39 str. 1851. *Enke*, Münch med. Wochenschrift 1929 Nr. 47 str. 1961. *Schultze-Wolters* Untersuchungen über Amnesie bei Avertinnarkose ZBL Bd. 67. *Westphal*, Münch. med. Wochenschrift 1930. *Knop*, Münch. med. Wochenschrift 1930. *Läwen*, ZBL. f. Chir. Bd. 55. *Rosenfeld*, Schmerz Bd. 1. 1928. *Oberholzer* Ztschrift f. die ges. Neur. u. Psych. tom 110. *Dozy*, Somnifenbehandlung bei 130 Kranken. 1925 (holenderska). *Müller*, Ztschrift f. die ges. Neur. u. Psych. tom 96, 1925. *Kläsi*, Ztschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. tom 78. *Beyerman*, Die Behandlung man. u. depr. Zustände mit Somifen (holenderska). *Bramson*, Beiträge zur Kenntnis der Somnifenschlafkur (holenderska). *Söderström*, Somnifenbehandlung bei Schizophrenie. (szwedzka). *Katówna* Pol. Gaz. Lek. Nr. 19 i 20.

ZESPÓŁ NERWOWO-PSYCHICZNY NA TLE ZACZADZENIA.

(Odczyt, wygłoszony na pos. Wil. Oddz. Polsk. Tow. Psychjatr.).

podał

DR. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Asumptem do niniejszego odczytu posłużyły 3 własne spostrzeżenia, przypadków zaczadzenia w 1930 r., opis których podaję poniżej.

I. Dnia 13 maja 1930 r. Pog. Rat. dostarczyło do szpitala kobietę, lat 62, z rozpoznaniem Intoxicatio CO.

Córka chorej opowiada, iż w przededniu zajścia matka jej po przeniesieniu się do nowego lokalu napaliła tam w piecach celem osuszenia wilgotnego mieszkania. Znalaziono chorą w stanie nieprzytomnym i z tej racji przewieziono ją do szpitala, gdzie stwierdziłem co następuje: Chora nieprzytomna, kończyny oporne przy ruchach, źrenice równomierne rozszerzone, żywo reagują na światło. Tętno serca głucho. Tętno średniego natężenia, regularne, 92 na 1 minutę. Dnia 15 maja chora powróciła do przytomności, dnia 17 maja opuściła szpital z poprawą.

W dwa tygodnie po wypisaniu chorej ze szpitala byłem wezwany do jej mieszkania z powodu objawów rozstroju psychicznego w postaci dezorientacji. Do powyższych objawów psychicznych dołączyły się w drugiej połowie czerwca objawy nerwowe w postaci sztywności wszystkich kończyn. Dalszym etapem powikłań były odleżyny. Dnia 4 lipca chora zmarła.

II. Dnia 12.XII.30. Pog. Ratunkowe dostarczyło do szpitala mężczyznę lat 60 z powodu zaczadzenia (Intoxicatio CO) w stanie nieprzytomnym. Dnia 15 grudnia chory opuścił szpital na własne żądanie z poprawą. Wkrótce po wypisaniu ze szpitala domownicy zauważyli u chorego chód upośledzony, pozatem chory natarczywie skarżył się na bóle w łydkach, stan zaś umysłowy nie szwankował. Natomiast w 3 tygodnie po wypisaniu ze szpitala dobitnie dał się we znaki rozstrój psychiczny, i z tego powodu chorego dnia 21.I.31. umieszczono ponownie w szpitalu. Stwierdziłem co następuje: Chory wysokiego wzrostu, mocnej i prawidłowej budowy, narządy wewnętrzne normalne; kiłę zaprzecza. Wa. we krwi ujemny. Chory odczuwa wciąż bóle w łydkach, ucisk na łydki bolesny. Wlecze prawą nogę, w której przedmiotowo stwierdzono osłabienie. Wstaje z pewnym wysiłkiem. Drzenie drobne pięści i stóp. Odruchy kolanowe normalne, sztywności kończyn brak. Źrenice normalnie reagują na światło, nystagmus i anisokorja 0. Mowa zupełnie wyraźna. Chory ujawnia dobitnie dezorientację co do czasu, miejsca i otoczenia. Znaczne upośledzenie orjentacji co do wydarzeń wojny światowej. Rachunkowość niedokładna. Chory urynuje na

podłogę lub do pieca. Gdy robią mu wymówkę z powodu podobnego niewłaściwego zachowania się, wstydzi się, lecz mimo niejednokrotnych napomnień wymówki nie skutkują. Chory wstaje w nocy, niekiedy budzi bez podstawy okolicznych chorych na sali. Jako dowód namacalny dezorientacji przytaczam fakt, że chory nakłada na nogi 2 pary pantofli, co powoduje głośny śmiech na sali. Po demonstracji chorego na posiedzeniu lekarzy szpitalnych wypisałem go ze szpitala 6 lutego. Dnia 27.II zjawił się u mnie prywatnie. Ogromna poprawa. Bóle nóg nie dolegały, jest znaczne niedociągnięcie w prawej nodze przy ruszaniu się. Dawne uchybienia urynowania minęły od tygodnia według zeznania domowników. Orientacja doszła prawie do normy, chyba nieco szwankuje co do czasu. 17.III notowano zupełną poprawę. O tem, iż podobne dolegliwości po zaccadzeniu nie są znane ogółowi lekarskiemu, wspominał obecny w czasie mojej demonstracji powyższego chorego stary praktyk. lek. naczelny jednego z tutejszych miejskich szpitali: mianowicie, lekarz ten przyznał się, że brał kiedyś udział w komisji wojskowej, która badała żołnierza z powodu długo trwającej dezorientacji po zaccadzeniu, i wypowiedziała się za symulacją żołnierza, nie wiedząc o takich powikłaniach.

Nadmieniam jeszcze o 3-cim znanym mi przypadku, którego właściwie mówiąc, nie obserwowałem, lecz do którego zostałem zaproszony na poradę przez kolegę-internistę. Przypadek dotyczył mężczyzny, lat 50. u którego w niedługim czasie po zaccadzeniu stwierdzono rozstrój psychiczny w postaci stanu hypomanjakalnego przyczem badanie krwi obaliło przypuszczenie PP.

Powyższe 3 przypadki dają mi asumpt streścić dzisiejszy stan wiedzy o powikłaniach nerwowo-psychicznych po otruciu tlenkiem węgla, przyczem na samym wstępie podkreślam jednolitość zespołu objawów, niezależnie od tego, czy chodzi o zaccadzenie czy o otrucie gazem świetlnym.

Podwaliny pod poruszone zagadnienie położył *Sibelius*, którego praca została opublikowana w r. 1905.

W tej dziedzinie godną jest również uwagi cenna monografia *Lewina*, opublikowana w r. 1920. Ostatnio szczególne zasługi położył doc. Uniw. Berlińskiego *K. Pohlisch*, którego praca w zakresie zespołu nerwowo-psychicznego na tle otrucia CO została opublikowana w r. 1929 (*Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie* Bd. 70—71).

Według opisu większości autorów początek intoksykacji CO przejawia się zwykle wybitnymi dolegliwościami podmiotowymi, jak to: uczucia zawrotów i bólów głowy, nudności, bicie serca, brak oddechu, szum w uszach, bóle brzuszne, znurzenie. Następnym etapem rozwoju klinicznego staje się zaburzenie psycho-ruchowe, polegające na utracie zdolności do lokomocji, wzgl. skrępowaniu ruchów, naskutek widocznie oddziaływania CO na środki ruchowe, który to stan jest przedwstępem do następnego zamroczenia świadomości. Stopniowe przejście powyższych szczebli nie jest konieczne, gdyż odrazu nastąpić może stan śpiączki.

Zamiast śpiączki może wystąpić sen prolongowany, trwający kilka godzin i nawet kilka dni. Opublikowano również wypadki różnobarwnych postaci zamroczenia świadomości, w trakcie których dopuszczono się wykroczeń karnych z następczą amnezją. Poza opisanymi zaburzeniami psychicznymi wystąpić mogą w początkowym stadium zaczadzenia objawy nerwowe w postaci zaburzeń ruchowych. W przeciwieństwie zaś do innych jądów zewnątrzpochodnych, powodujących stan śpiączki, któremu zazwyczaj towarzyszy wiotkość bezwładnych kończyn, stwierdzamy natomiast przy zaburzeniu świadomości na tle zatrucia tlenkiem węgla stan oporny kończyn, kurczenie różnych mięśni, przyczem zasługuje na uwagę, że powyższe zaburzenia ruchowe mogą wystąpić nadal przed ujawnieniem stanu zamroczenia świadomości. Pozatem należy nadmienić, że stopień napięcia mięśni nie jest jednakowy w różnych obrębach ciała, i że wielokrotnie stwierdzono trismus. Do powyższych zaburzeń ruchowych dołączyć się mogą ruchy mimowolne w postaci płasawicy lub atetozy; wszystkie takie ruchy zazwyczaj mijają po ustąpieniu zamroczenia świadomości, natomiast objawy wzmożonych odruchów mogą pozostać pewien czas i potem. Zanotowane są pojedyncze wypadki połowicznych niedowładów, uprawniających zresztą do rokowań pomyślnych; zarówno pojedyncze wypadki napadów padaczkowych. Następnie badacze zanotowali anormalności odruchów ścięgowych, nieprawidłowości stanu źrenic (mydriasis, myosis, anisocoria), niedowłady mięśni ocznych oraz inne zaburzenia oczne.

Zarys zaburzeń nerwowych po zatruciu tlenkiem węgla wzgl. zaczadzeniu skłania badaczy do sprowadzenia objawów na karb dotknięcia przeważnie torów piramidowych i włókien corpus striatum zwłaszcza globus pallidus. Godzi się zaznaczyć, że jak widać z wyżej wzmiankowanych podstawowych prac *Sibeliusa* i *Lewina* porażenie nerwów obwodowych wyjątkowo rzadko spotyka się wśród powikłań zaczadzenia. Wyjątkowo również zdarzają się przypadki powikłań rdzenia mózgowego.

Nie ulega wątpliwości, że wyżej podane objawy nerwowo-psychiczne na tle zatrucia tlenkiem węgla zależą bezpośrednio bądź od koncentracji gazu, bądź od szybkości dostania się do organizmu, w pewnym zaś stopniu od indywidualnego oddziaływania CO na uszkodzowanego osobnika. Stopień i trwałość stanów zamroczenia świadomości służą wskaźnikiem tężyzny intoksykacji CO. W związku z tem warto odnotować regułę, że w razie braku śpiączki w początkowym stadium otrucia CO nie zarysowują się obawy możliwych poważnych następstw mózgowych. Dalszy przebieg stadium początko-

wego ma się tak; po ustąpieniu zamroczenia i inne objawy patologiczne mogą również wyrównać się bez śladu który to przebieg trwa od jednego do kilku dni.

Zasługują zaś na szczególną uwagę stany patologiczne w powyżej opisanem stadium początkowym, gdy pozostają zaburzenia nerwowo-psychiczne, które według *Sibeliusa* przejawiają się zespołem stałym lub okresowym. Otóż, stosownie do dalszego przebiegu i zejścia tych stanów *Sibelius* dzieli je na stany psychotyczne nieuleczalne i stany uleczalne, nawet natyle, że zaburzenia nie uprawniają do kwalifikowania ich jako psychoz. Natomiast *Pohlisch* robi zastrzeżenia co do powyższej klasyfikacji *Sibeliusa*, uważając za możliwe wszystkie pozostałości po okresie początkowym dzielić na stany patologiczne powikłane i niepowikłane. Do grupy stanów powikłanych *Pohlisch* odnosi przebieg nerwowo-psychiczny tak stały, jak i okresowy, natomiast do stanów niepowikłanych, najczęściej obserwowanych, odnoszą się według *Pohlischa* przypadki, w których po stadium początkowym nie pozostaje zaburzeń pamięci, mowy lub objawów apraksji i skurczów, dalszy przebieg zaś polega na stopniowej i powolnej rekonwalescencji, trwającej i kilka tygodni, w trakcie której choremu dokuczają bóle głowy, napady zawrotów, szum w uszach, zmienny nastrój, niekiedy nudności, stan ospały, niekiedy odwrotnie nadmierna ruchliwość i pobudliwość i w pojedynczych przypadkach stany depresji lub hypomanji. Przy tej okazji *Pohlisch* zwraca uwagę, zasługującą mojem zdaniem na podkreślenie z naciskiem, że wiele przypadków, uchodzących za padaczkowate, należałoby być może kwalifikować jako pozostałości naczynioruchowe w późniejszych okresach po oczadzeniu.

Jakkolwiekbyś powyżej wzmiankowane stany patologiczne niepowikłane, według klasyfikacji *Pohlischa*, uprawniają do pomyślnego rokowania, gdyż po tygodniach, maximum miesiącach, zazwyczaj mijają bez śladu i tylko w pojedynczych wypadkach zanotowano jako pozostałości nerwice.

Co do grupy stanów powikłanych, według terminologii *Pohlischa*, ma ona przebieg stały lub okresowy. Część przypadków kategorii stałej, mianowicie mniejsza, ma zejście śmiertelne już w pierwszych tygodniach po stadium początkowym, przyczem przyczyną śmierci komplikacje ze strony płuc lub narządów krwioobiegu.

Najdokładniej przestudjowane są przypadki, odnoszące się do ugrupowania stanów powikłanych o przebiegu okresowym. Poprawa pacjentów tej kategorii w czasie remisji natyle posuwa się naprzód, że uchodzą oni prawie za zdrowych. W rzeczywistości zaś chorzy ci

w okresie remisji nie zdrowieją zupełnie, lecz objawy patologiczne znacznie się cofają, by po jakimś czasie wybuchł ponownie atak chorobliwy. Taka poprawa trwać może od kilku dni do kilku tygodni. I otóż po krótkotrwałym stadium poprawy wybuch nagle — co zdarza się częściej — lub stopniowo stan psychotyczny, który cechują zaburzenia świadomości o zabarwieniu lękowym, niekiedy urojenia, przeważnie wzrokowe, lub stan paranoidalny. Taki ponowny napad psychotyczny trwać może kilka miesięcy.

Opisano pojedyncze przypadki o przebiegu manjakałno-depresyjnym oraz przypadki, mające cechy parkinsonismus. Tak *Pohlisch* stwierdził na materiale berlińskiej kliniki Charité takich 12 przypadków wśród obserwowanych przez niego 34 przypadków. W odróżnieniu od encephalitis epidemica parkinsonismus w takich przypadkach daje się we znaki nadmiernie szybkim wystąpieniem objawów, mianowicie w ciągu kilku dni, jak i względnie szybkim i pomyślnym zazwyczaj cofaniem się wszystkich cech parkinsonismu.

W czasie psychozy okresowej tej kategorii przypadków górują w obrazie klinicznym zazwyczaj zaburzenia pamięciowe w postaci amnezji, natomiast nie stwierdzono objawów pseudoreminiscencji. Amnezja w takich przypadkach obejmuje nawet okres wydarzeń od wielu lat. Amnezja taka może być niejednakowa co do różnych kategorii przeżyć. Tak np. *Pohlisch* przytacza przykład z historii choroby kobiety, u której zezadzenie zdarzyło się w 2 miesiące po ślubie. I otóż pamięć szczegółów z okresu ślubu nie była uszczuplona, natomiast szwankowała pamięć innych kategorii wydarzeń, mniej efektownych.

Wobec stanu ospałości takich chorych i wyraźnego upośledzenia zdolności kombinowania orientacja co do czasu i otoczenia wraca powoli po wybuchu fazy okresowej, mianowicie tylko w odstępie tygodni i nawet miesięcy.

Dalszego zaś posunięcia zaburzeń amnestycznych nie stwierdzono; po sformowaniu się zespołu amnestycznego w pierwszych tygodniach psychozy okresowej objawy amnestyczne stopniowo maleją obok stopniowego zdobywania większej ruchliwości. Pozatem luki pamięciowe stopniowo cofają się, aż do przywrócenia stanu normalnego, tak, że w czasie pozatem występującej remisji stwierdzić można chyba osłabienie reprodukcji pamięciowych. To też zdolność zapamiętania z czasów remisji jest mniej wartościową w porównaniu z czasem dawnego stanu zupełnie normalnego.

Godne jest odnotowania, że jednocześnie z powyższymi zaburzeniami występują objawy afazji, apraksji i agnozji. Afazja przejawia się tak w postaci ruchowej, jak i zmysłowej. Lecz afazja zarówno jak

i apraksja w takich wypadkach mają skłonność do szybkiego wyrównania. Zasługuje zarazem na podkreślenie fakt, że postać ideoworuchowa apraksji przeważa w takich przypadkach nad postacią ruchową. Co do agnozji, to takie komplikacje w psychozach, o których mowa, rzadko są obserwowane. Uderzającym pod tym względem jest przypadek, opisany przez *Pohlischa*, dotyczący policjanta, u którego po zaccadzeniu stwierdzono agnozę miejscowości mimo to, że przez 15 lat czynnym był w danej dzielnicy.

Objawy piramidowe przejawiają się w postaci wzmożonych odruchów, następnie odruchu paluchowego, które to objawy występują zwykle na początku psychozy obok istniejącego zamroczenia świadomości, natomiast cofają się one w późniejszym okresie, gdy powraca świadomość. Pozatem epizodycznie występują ruchy w postaci atetozy lub płasawicy, niekiedy zaburzenia żrenic w postaci anisokorji i ospałości reakcji na światło; następnie notowano niedowład n. twarzowego i zboczenia języka (porażenie capsula interna); wreszcie zaburzenia czucia, uwarunkowane podobno zapaleniem nerwów obwodowych. Co się tyczy zejścia stanów powikłanych okresowych, powołujemy się na samego autora (*Pohlischa*), który przez długi czas obserwował 21 przypadków z kliniki Charité, przyczem u 10 stwierdzono zupełną poprawę, w jednym przypadku zejście śmiertelne, reszta zaś kończyła się pewnemi uchybieniami. Co się tyczy jakości tych uchybień, mają one polegać na zaburzeniach pamięci, upośledzeniu zdolności badawczej, niedomaganiu inicjatywy i afektów, uszczupleniu zdolności rachowania, zjawiają się cechy parafazji, napady zawrotów i bólów głowy. Natomiast *Sibelius* na podstawie kazuistyki z piśmiennictwa, wypowiada się za znacznym odsetkiem zejścia śmiertelnego z powodu choroby mózgowej.

Co się tyczy chorych kategorii stałej, pozostałych przy życiu, to naogół podkreślam, że symptomatologia ta nie wykazuje zasadniczej różnicy w zestawieniu z wyżej opisanemi przypadkami o przebiegu okresowym. Różnica zatem polega tylko na tem, że wahanie okresów zaognienia zespołu objawów jak i okresów poprawy są jaskrawiej uwypuklone w przypadkach kategorii okresowej, co sprawia wrażenie, że w przypadkach o przebiegu stałym okres remisji jest jakoby zatarty. Nie stwierdzono istotnej różnicy co do zejścia tych dwóch kategorii przypadków.

Reasumując powyższe stwierdzamy, że po zaccadzeniu wzgl. otruciu tlenkiem węgla wyłonić się może pod kątem widzenia nerwowo-psychicznym przebieg następujący: Występuje stadium początkowe, trwające od jednego do kilku dni, wyrównujące się bez śladu. Natomiast w innych przypadkach dalszy przebieg może się zadoku-

mentować powikłaniami przewlekłymi, które bądź wyrównywiają się po jakimś czasie (t. zw. stany niepowikłane), bądź też powikłania te o wielobarwnych cechach nerwowo-psychicznych pozostają w dalszym ciągu o przebiegu stałym lub okresowym, kończąc się niekiedy zejściem śmiertelnym, lub nazawsze pewnymi uchybieniami.

W związku z nakreślonym zespołem objawów zasługują na szczególną uwagę eksperymenty lekarza z Kijowa *I. O. Giluly*, o którym badacz ów wygłosił odczyt na ostatnim zjeździe neurologów niemieckich w Dreźnie dnia 20 września 1930 r. na temat „Die Einwirkung von Kohlenoxyd auf das Nervensystem.“ Autor robił doświadczenia na psach, kotach, królikach, morskich świnkach, szczurach, gołębiach i żabach. Dla doświadczeń autor posługiwał się hermetycznie zamkniętą drewnianą skrzynką, zaopatrzoną w dwa szklane okienka, które umożliwiły obserwację w czasie eksperymentów. Na podstawie tych eksperymentów podaje autor wnioski następujące. 1) tlenek węgla wywiera wpływ wybitnie trujący na układ nerwowy. 2) Najbardziej czułymi na ten gaz są gołębie, pozatem kolejno — koty, psy i białe szczury; mniej czułymi są morskie świnki i króliki i zupełnie nieczułymi na tlenek węgla są żaby. 3) Po ostrem zatruciu zwierząt gazem CO występują 3 okresy: przedśpiączkowy, śpiączkowy i pozaśpiączkowy. Uderzające objawy okresu pozaśpiączkowego, jak ataksja, niedowład i inne są właściwe uszkodzeniom corpus callosi. 4) Badania anatomiczne i histologiczne mózgu zwierząt wskazują na umiejscowienie zmian w rozmaitych dziedzinach mózgu, to też autor z całą stanowczością odrzuca przypuszczenie o elektywnym obszarze porażeń przy zatruciu tlenkiem węgla. Należy zaznaczyć, że wykryte zmiany histologiczne dotyczą mięszu i naczyń, przyczem upośledzenie najdobitniej przejawia się w mięszu tkanki nerwowej o charakterze procesów degeneracji. Co się tyczy porażeń naczyń, to w ostatnich nie stwierdzono wybitnych procesów zapalnych, naczynia odgrywają raczej rolę szlaków, odprowadzających CO do tkanki nerwowej. Niejednakowość reakcji mózgu u rozmaitych zwierząt na tlenek węgla należy chyba tłumaczyć biochemicznymi właściwościami mózgów tych czy innych zwierząt w stosunku do tlenka węgla.

Na zakończenie pozwalam sobie na uwagę o charakterze praktycznym. Pracując bez przerwy przez 30 lat w miejscowych instytucjach leczniczych, zżyłem się z myślą, że ofiary zezadzenia zazwyczaj odstawia się na oddziały chorób wewnętrznych. Obecnie zaś po po zastanowieniu się nad przypadkami z własnej praktyki oraz po zapoznaniu się z odnośnem piśmiennictwem, uważam za najwłaściwsze kierowanie podobnych chorych do klinik neurologicznych i psychiatrycznych,

(Z Kliniki Neurologicznej U. J. K. we Lwowie. Dyr. Prof. Dr. H. Halban).

PRZYCZYNEK DO SYMPTOMATOLOGJI PŁATÓW CZOŁOWYCH.

(Referat)

podała

DR. MARJA DEMIANOWSKA.

Mimo licznych obserwacji schorzeń płatów czołowych, rola ich przez długi czas była tematem sporów, a to głównie dlatego, że stosunkowo często spotykano sekcyjnie zmiany, niedające przyżyciowo żadnych objawów lokalizacyjnych. W miarę jednak coraz nowych badań klinicznych, popartych materiałem wojennych urazów mózgu, zapatrywanie jakoby płaty czołowe były okolicą ślepą ustępowało coraz bardziej wobec objawów lokalizacyjnych.

Badania *Flechsiga* nad przebiegiem włókien i ułożeniem ośrodków kojarzeniowych i projekcyjnych, a zwłaszcza prace cytoarchitektoniczne *Brodmana* wyodrębniły płaty czołowe od reszty mózgu, jako formację filogenetycznie młodą, spotykaną dopiero u najwyższych prymatów i człowieka, różniącą się od reszty mózgu budową i uwarstwowieniem komórek.

Już od najdawniejszych czasów lokalizowano w płatach czołowych wyższe funkcje psychiczne, ponieważ wraz z wzrostem inteligencji spotyka się u człowieka silniejszy rozwój tych okolic. Łączność tę stara się *Bayerthal* udowodnić pomiarami mózgu i stosunkiem pojedynczych jego okolic do siebie. Badania naukowe szukają potwierdzenia popularnej opinii w anatomii porównawczej, cytoarchitektonice z jej zróżnicowaniem pewnych partji, w eksperymencie na zwierzętach i obserwacji przypadków patologicznych. Dzięki tym badaniom, udało się ustalić szereg objawów miejscowych, charakterystycznych dla płatów czołowych.

W naszej obserwacji mieliśmy 7 przypadków guzów płatów czołowych, z tego dwa z zajęciem spoidła wielkiego. Obraz kliniczny naszych przypadków przedstawiał na ogół zespół objawów ustalonych dla płatów czołowych.

Przyp. 1. J. A. Chory lat 43 robotnik w browarze. Przyjęty na klinikę 28/1.1931. Obciążenia dziedzicznego brak. W młodości często zapadał na płuca. Podczas wojny przeszedł malarję. W r. 1913 zakażenie kiłowe, leczone tylko raz wcieraniami. W r. 1928 utracił w wypadku prawe oko przy pęknięciu rury amoniakowej, po kilku miesiącach wraca do dawnej pracy. Od grudnia r. 1930 miewa chory napadowo kilka razy w tygodniu kurcze toniczne kończyn górnych i dolnych bez utraty przytomności, bez drgawek, trwające kilkanaście minut. Nado skarży się na silne bóle głowy w lewej okolicy skroniowej, kilka razy miał wymioty. Od miesiąca zauważył pogorszenie wzroku. Obiektywnie na pierwszy plan wybijały się zaburzenia psychiczne, chory apatyczny, niczem się nie interesuje, na pytania odpowiada ociągając się, dużo śpi, czasami żywszy daje odpowiedzi ze skłonnością do dowcipkowania. Mimika sztywna zresztą jednak bez objawów parkinsonowskich. Żrenica lewa dość szeroka, nieokrągła, reaguje słabo na światło i nastawienie. W czasie pobytu na klinice wystąpił niedowład dolnej lewej gałązki nerwu twarzowego, osłabienie odruchów brzusznych i odruchu podeszwowego po lewej. Odruchy kolanowe były obustronnie słabe. Czasowo obserwowano zaburzenia równowagi przy chodzeniu. Nado stwierdzono u tego chorego specjalny objaw, a mianowicie przy próbie Laségue'a na nodze lewej występowało zgięcie prawej nogi w stawie biodrowym i kolanowym i uniesienie jej ku górze. Przy próbie Laségue'a po prawej objaw ten na lewej nodze był tylko zaznaczony. Na dnie lewego oka stwierdzono tarczę zastoinową (prawego oka brak). Roentgen wykazał wzmożony ucisk wśródczaszkowy Płyn mózgo-rdzeniowy pod dużym ciśnieniem, o barwie wodojasnej, Pandy ++, Nonne-Appelt ++, przy pierwszym nakłuciu znaleziono 26/3 limf, bez leukocytozy, przy drugim 58/3 limf i 33/3 leuk. O. W. w płynie ujemny, we krwi dodatni. Cytologiczne badanie krwi przeprowadzone dwukrotnie nie wykazało wzmożenia ogólnej ilości ciałek białych jedynie tylko względną leukocytozę z przesunięciem na lewo.

Rozpoznanie w przypadku tym wahało się między kilakiem, ropieniem i nowotworem. Przebyte zakażenie kiłowe i dodatni odczyn Wassermanna we krwi czyniły pierwsze rozpoznanie bardzo prawdopodobnem, wobec jednak stałego pogarszania się sprawy, mimo leczenia swoistego, przechylono się raczej do przyjęcia ropnia lub guza. Uraz z utratą oka przy objawach czołowych nasuwał myśl że mamy do czynienia z ropieniem. Badanie cytologiczne krwi wprawdzie nie potwierdzało w zupełności tego przypuszczenia, jednak z powodu względnej leukocytozy neutrochłonnej z przesunięciem na lewo nie wykluczało w zupełności tego rozpoznania. Natomiast wzmożony ucisk wśródczaszkowy przemawiał raczej za nowotworem. Wynik badania dna oka nie rozstrzygał rozpoznania, chociaż obecność tarczy zastoinowej a nie zapalenia nerwu wzrokowego, przy czołowym umiejscowieniu raczej przemawiała za nowotworem. Wobec znacznych zmian psychicznych, przejściowo stwierdzonej ataksji tułowia, jak i podanych w wywiadach nietypowych napadów kurczowych przyjęto jako miejsce sprawy chorobowej czołową część mózgu. Lewostronne objawy ruchowe skłoniły nas do rozpoznania ogniska po prawej stronie. Wykonano zabieg operacyjny po prawej, guza nie znaleziono. W 9 dni

po operacji 28.III.1931 chory zmarł. Sekcyjnie stwierdzono w lewym płacie czołowym duży nowotwór, sięgający od przedniego bieguna aż do przedniej ściany trzeciej komory. Guz zajmował dolną i przyśrodkową część płata czołowego.

Przyp. II. R. J. Chory lat 34 urzędnik. Przyjęty do kliniki 12/XII.1930. Bez obciążenia dziedzicznego. W młodości chorował na prawe oko. Od dzieciństwa często zajęte gruczoły, przed rokiem operacja gruczołu podszczękowego (t. b. c.). Od kilku miesięcy zauważyła rodzina zmianę w usposobieniu, a mianowicie wystąpiła apatia, ociężałość w chodzeniu, chory mówił powolniej i ciszej, znacznie zmizerniał. Sam chory skarży się na bóle głowy, w prawej okolicy czołowej, pogarszające się napadowo i czasowe zawroty głowy, wymiotów nie miewał. Nadto produkuje szereg skarg o typie neurastenicznym. Przedmiotowo stwierdzono parkinsonowskie ustawienie ciała, brak mimiki i skąpe współruchy przy chodzeniu. W czasie pobytu chorego na klinice wystąpiło drobne, zmienne, okresowe drżenie całego ciała, silniejsze po lewej stronie i również przejściowe zataczanie się przy chodzeniu. Nadto dodatni objaw Romberga, adiadochokineza po lewej stronie, drżenie i ataksja po lewej. Prawa gałka oczna wypukłona, żrenica lewa nieokrągła ale o prawidłowej reakcji, prawa sztywna, pozaciągana po jakiejś sprawie chorobowej w dzieciństwie. Lewa dolna gałązka nerwu twarzowego słabsza od prawej, różnica większa występuje przy mimice aniżeli ruchach dowolnych. Psychicznie chory apatyczny, nie okazuje żadnego zainteresowania, nie stawia żądań, odpowiada niechętnie i to pojedynczymi słowami. Nie stwierdza się wyraźniejszych zmian inteligencji i pamięci, uderza tylko brak decyzji, niechęć do zajęcia czynnego stanowiska i obojętność. W płynie mózgo-rdzeniowym stwierdzono znaczne ilości białka, 71/3 limf. 12/3 leuk. Roentgen wykazał nieznaczne rozszerzenie rowków naczyniowych. Na dnie oczu tarcza zastoinowa. Przy pr. Baranego prawa ręka zbacza ku górze. Przy przepłukiwaniu ucha prawego zimną wodą występuje po użyciu 360 cm. drobne drżenie gałek ocznych, lewa kończyzna zbacza na wewnątrz, w prawej brak zbaczania; brak odczynów ruchowych tułowia, brak objawów subiektywnych. Przy przepłukiwaniu ucha lewego występuje drżenie gałek ocznych po użyciu 150 cm. wody, kończyzna lewa zbacza na zewnątrz, prawa nie; padanie w pierwszej chwili przy pozycji Romberga zaznaczone, potem ustaje, lekki zawrót głowy.

Ogólne objawy mózgowe w tym przypadku przemawiają za guzem. Bóle zlokalizowane w prawej okolicy czołowej, wytrzeszcz prawej gałki ocznej, niedowład lewego nerwu twarzowego, zmiany psychiczne, objawy ataktyczne i parainzonowskie skłoniły nas do umiejscowienia guza w płacie czołowym i to po stronie prawej. Rozpoznanie potwierdzono operacyjnie.

Przyp. III. S. F. Chory lat 43. Przyjęty 28.IV.1931. Bez obciążenia dziedzicznego. Do obecnej choroby nie chorował. Od kilku miesięcy cierpi na napadowe, silne bóle głowy, przeważnie w okolicy czołowej po obu stronach. Nadto miewa od tegoż czasu co kilka tygodni napady utraty przytomności. Objawów kurczowych rodzina nie zauważyła. W klinice stwierdzono dwa razy typowe napady epileptyczne. Na dwa tygodnie przed przyjęciem do kliniki chory nagle dostał silnych bólów głowy z wymiotami, poczem usnął i spał trzy doby, niedając się obudzić; czwartego dnia reagował już na bodźce zewnętrzne, a piątego zaczął mówić, początkowo bez związku, był osłabiony i apatyczny. Przedmiotowo stwierdzono:

Chory odpowiada niechętnie, pojedynczemi słowami, często po kilku skąpych odpowiedziach przestaje mówić, bez zainteresowania dla własnego stanu jak i dla otoczenia. Znaczniejszych ubytków pamięci ani inteligencji nie stwierdzono. Chodzi powoli, drobnymi krokami, zataczając się na boki, przy staniu tendencja do retropulsji. Romberg dodatni. Mimika sztywna, ruchy powolne, niewydatne. Badanie nerwów mózgowych wykazuje zbaczanie języka na prawo i niedowład prawego dolnego nerwu twarzowego. Żrenica lewa nieco szersza od prawej, słabiej reaguje na światło. Kończyny górne bez zmian. Kończyny dolne o zachowanej ruchomości i odpowiedniej sile motorycznej. Odruchy kolanowe zniesione, ze ścięгна Achillesa zachowane, równe, brak odruchów patologicznych. Niezborności, drżenia zamiarowego, ani adiadochokinezy nie stwierdza się. Węch nie zaburzony. Próby Baranyego prawidłowe. Przepłukanie zimną wodą ucha lewego: po 50 cm. wody drżenie gałek ocznych i silne odczyny ruchowe, bladeści, nudności. Przy przepłukiwaniu ucha prawego dopiero po 600 cm. wody wystąpiło drżenie gałek ocznych i odczyny ruchowe i to słabsze jak przy przepłukiwaniu ucha lewego. Objawów ogólnych brak. Na dnie oczu tarcza zastoinowa silniejsza po lewej. Badanie krwi i płynu mózgo-rdzeniowego wypadło ujemnie. Roentgen wykazał nieznaczne wzmoczenie ucisku wśród czaszkowego.

Przyjęto guz w okolicy czołowej, przy nakłuciu prawego płata czołowego celem wykonania odmy komorowej wydobyto w punktacie komórki nowotworowe (glijobllastoma multiforme). Na operację rodzina się nie zgodziła; po naświetleniach Roentgenem opuścił chory klinikę 21/VI.1931 z wybitną poprawą.

Przyp. IV. M. F. Chory lat 42 urzędnik przyjęty do kliniki 20/I.1931. Obciążenia dziedzicznego brak. Do obecnej choroby zawsze zdrow. Od kilku miesięcy rodzina zauważyła u chorego zmiany psychiczne, od czasu do czasu miewał bóle głowy. Przedmiotowo chory czuje się zdrow, euforyczny, brak zainteresowania dla otoczenia i spraw bieżących, nieuważny. Ubytki pamięciowe dla zdarzeń z ostatnich czasów dość znaczne, dla dawniejszych mniejsze. Wiadomości ogólne i dotyczące zawodu niewystarczające. Nadto stwierdzono żrenice nieokrągłe, nierówne, o słabej reakcji na światło. Zaznaczony niedowład prawostronny z dodatnim objawem Babińskiego. O. W. krwi i płynu ujemny. Wynik badania płynu mózgo-rdzeniowego ujemny. Zanik prawego nerwu wzrokowego po zapaleniu bez zmian na oku lewym. Roentgenologicznie zniszczenie w obrębie siodełka.

Obraz chorobowy początkowo wywoływał wrażenie porażenia postępującego. Wobec jednak wyniku badania dna oka i obrazu Roentgena, a ujemnego wyniku badań serologicznych rozpoznano guz w lewym płacie czołowym. Opuścił klinikę po naświetlaniu Roentgenem z poprawą niedowładu połowiczego, zmiany psychiczne bez zmian.

Przyp. V. K. K. Chory lat 38 rolnik. Przyjęty 5/I.1925. Bez obciążenia dziedzicznego. Przebył tyfus i dłużej trwające zapalenie oskrzeli; zresztą nie chorował. Od roku zmiana usposobienia; niespokojny, gniewliwy, skłonny do awantur. Równocześnie wystąpiły bóle głowy w okolicy czołowej, utrzymujące się do czasu przyjęcia chorego do kliniki. Zauważył także dwojenie się obrazów, a w ostatnich czasach osłabienie ogólne i zataczanie się przy chodzeniu. Przedmiotowo stwierdzono: brak mimiki, chory chodzi sztywnie zataczając się na oba boki, tułów stale nieco

przechylony ku tyłowi i na bok lewy; współruchy kończynami górnymi wykonuje, pozostają one jednak sztywnie wyprostowane jak u lalki. Patrzy tylko wprost przed siebie, na polecenie spozierania na boki, gałki oczne zwracają się w żądanym kierunku powoli ruchami przerywanymi, ostatecznie dochodzą do kątów oczodołów przyczem występuje nystagm. Tak samo zachowują się gałki oczne przy spojrzeniu ku górze i ku dołowi; drżenie jednak gałek ocznych dołowi jest najsłabsze. Czasowo występowało u chorego zwracanie gałek ocznych i głowy ku lewej stronie, z równoczesnym przechyleniem jej na lewy bark. Żrenica prawa szersza od lewej, obie słabo oddziałują na światło; nastawienie i zbieżność zniesione. Obustronne słabe odruchy rogówkowe. lewy słabszy od prawego. Pole widzenia współśrodkowo zwężone; dno oczu prawidłowe. Zresztą nerwy mózgowe bez zmian. Siła motoryczna kończyn górnych i dolnych naogół słaba, bez wyraźniejszych porażań. Odruchy kolanowe obustronnie słabe, zresztą wszystkie inne odruchy ścięgniste i skórne obecne bez różnicy; brak odruchów patologicznych. W czasie pobytu w klinice zaznaczyła się asynergja i adiadochokineza po lewej. Próby Baranyego i badania kaloryczne nie wykazywały zmian. W płynie mózgo-rdzeniowym 28/3 limf. zresztą brak zmian. Reszta badań dodatkowych, jak cytologiczne badanie krwi, O. W. krwi i płynu, badanie moczu i kilkakrotnie powtórzony Roentgen czaszki i badanie dna oczu wypadły ujemnie.

Psychicznie chory obojętny, bez żadnego zainteresowania, pozostawiony samemu sobie przeważnie śpi, nie wyraża żadnych życzeń, czasem tylko skarży się na bóle głowy. Stałego kontaktu nie można z nim nawiązać.

Bóle głowy, senność i zmiany psychiczne przemawiają za guzem mózgu. Objawy ataktyczne i zbiór objawów akinetycznych przy braku zmian na dnie oczu i objawów uciskowych uzasadniły przyjęcie guza w okolicy czołowej; za tem umiejscowieniem przemawiają także objawy ze strony gałek ocznych.

Wkrótce po opuszczeniu kliniki 2/IV.1925 chory zmarł.

Przyp. VI. M. D. Chory lat 52 stolarz, przyjęty do kliniki 9/X.1929. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W drugim roku życia poparzenie lewej nogi, zresztą chorób dzieciństwa nie pamięta. Od młodości cierpi na częste bóle głowy. Jako początek obecnej choroby podaje ścierpięcie i osłabienie obu kończyn dolnych, które miało wystąpić przed 3 tygodniami. niedługo potem zauważył osłabienie w lewej ręce, miewał silne bóle głowy z wymiotami. Przy podawaniu wywiadów chory zapomina się, zmienia zapodania, szczegółów nie pamięta. Przedmiotowo stwierdzono niedowład lewostronny, silniejszy w nodze, ze wzmocnionem napięciem mięśniowem. Z nerwów mózgowych zajęty lewy nerw twarzowy w obrębie wszystkich trzech gałązek i obniżone odruchy rogówkowe po lewej. Odruchy brzuszne obustronnie zniesione. Zaburzenia czucia przestrzennego i głębokiego w lewej ręce. W czasie pobytu w klinice wystąpiły także objawy prawostronne, a mianowicie podwyższenie prawych odruchów ścięgnistych i obustronnie dodatni objaw Babińskiego. Na lewej ręce odruch chwytny. Chory nie chodził, postawiony zdradzał silne zaburzenia równowagi. Często skarżył się na bóle w lewej ręce, które uważano za pochodzenia ośrodkowego. Na dnie oczu tarcza zastoinowa. W płynie mózgo-rdzeniowym objaw uciskowy, Roentgen czaszki, badanie krwi i moczu ujemne. Psychicznie stale się pogarszał, słabo zorientowany w miejscu i otoczeniu, znaczne luki pamięciowe, czasami wypełniane konfabulacją, częściej apatyczny i senny.

Rozpoznano guz w płacie czołowym po stronie prawej z uciskiem w głąb. Zmarł 31/X.1929. Sekcyjnie stwierdzono rozległy guz leżący główną swoją masą w prawej półkuli mózgowej, ponad spoidłem wielkim, infiltrujący je i przechodzący częściowo na stronę lewą.

Przyp. VII. K. S. Chory lat 56 ślusarz, przyjęty do kliniki 24.VI.1927. Wywiady rodzinne nieznane. Na kilka miesięcy przed przyjściem do kliniki upadł z 3 metrowej wysokości, potłukł się, ale przytomność nie stracił. Od tego czasu miewał zawroty głowy. W dwa tygodnie po urazie upadł na ziemię, stracił przytomność na 24 godzin, poczem zaczął gorzej chodzić, mówił od rzeczy, miewał zwiadywania, Od miesiąca zanieczyszcza się.

Przedmiotowo: niedowład dolnej gałązki nerwu twarzowego po lewej, utrudnienie spojrzenia ku górze, nierówne źrenice, drobne drżenie gałek ocznych wyraźniejsze ku stronie prawej. Na kończynach górnych apraxja i astereognoza po lewej, żwawsze odruchy ścięgna po lewej, obustronnie adiadochokineza; ruchomość kończyn górnych zachowana z dość dobrą siłą. Odruchy brzuszne obustronnie zniesione. Na kończynach dolnych obustronnie wzmożone napięcie mięśniowe, ruchomość zachowana, odruch kolanowy prawy żwawszy od lewego, natomiast po lewej wyraźny objaw Babińskiego. Odruchy ze ścięgna Achillesa bez zmian. Czuć nie zaburzone. Siada przechylając silnie głowę ku pierśsiom i unosi równocześnie nadmiernie kończyny dolne, nie pomaga sobie rękami. Chodził tylko prowadzony, z tendencją padania w tył i lewo, kroki stawiał małe, nie podnosił nóg od podłogi ale posuwał je i to zwykle naprzód nogę prawą a potem dosuwał lewą, często nadeptywał jedną nogą na drugą, lub krzyżował je, częściej krzyżując nogę lewą przez prawą. Psychicznie przeważnie zamroczony, niezorientowany w czasie, miejscu ani otoczeniu, miewa omamy wzrokowe i słuchowe, często niepokój ruchowy. U tego chorego stwierdzono objaw taki sam jak u pierwszego chorego a mianowicie zgięcie prawej nogi w stawie biodrowym i kolanowym z równoczesnem uniesieniem jej ku górze przy próbie Laségue'a na nodze lewej. Przy próbie Laségue'a po prawej nogą lewa nie wykonywała opisanych ruchów.

Obustronnie stwierdzono tarczę zastoinową.

Badanie krwi i płynu mózgo-rdzeniowego ujemne.

Rozpoznano guz czołowy i spoidła wielkiego. Z powodu zamknięcia kliniki chory odszedł do domu i nie znamy dalszego przebiegu choroby.

Przed przejściem do omówienia poszczególnych objawów stwierdzonych w naszych przypadkach i porównaniem ich z objawami podanymi w literaturze przy guzach płatów czołowych podnosimy, że w naszych 7 przypadkach 2 razy rozpoznanie stwierdziliśmy sekcyjnie, raz znaleziono guz przy operacji, raz komórki nowotworowe w punkcie mózgu. W trzech pozostałych przypadkach obraz chorobowy przemawiał za czołowem umiejscowieniem. Przy guzach czołowych stosunkowo częściej jak przy innej lokalizacji brak jest objawów ogólnych, tak że nowotwory bywają nierzadko niespodzianką sekcyjną. Czasem znów objawy ogólne występują znacznie później

od miejscowych, lub są słabo rozwinięte. Najczęściej spotyka się bóle głowy i to zwykle w okolicy czołowej, niejednokrotnie wyłącznie po stronie ogniska, dzięki temu mają bóle głowy przy guzach czołowych większe znaczenie lokalizacyjne jak w innych okolicach. Często też występuje ból przy opukiwaniu czaszki nad ogniskiem. W naszych obserwacjach bóle głowy w mniejszym lub większym nasileniu były we wszystkich przypadkach, w dwu umiejscowione wyłącznie po stronie guza. Zawroty głowy, wymioty i zwolnienie tętna spotyka się rzadziej, zwłaszcza w dużym nasileniu. Zawroty głowy z wymiotami obserwowaliśmy dwa razy, zwolnienie tętna nie stwierdziliśmy u żadnego z naszych chorych.

Na dnie oczu prócz tarczy zastoinowej opisywano wielokrotnie po stronie ogniska pozagalkowe zapalenie nerwu wzrokowego, mroczki środkowe i zanik nerwu wzrokowego, a tarczę zastoinową po stronie przeciwnej. Obraz taki spotyka się najczęściej przy guzach wychodzących z opon u podstawy płatów czołowych (meningiomy) (*Cushing, Bostroem, Spatz*). U naszych chorych tarczę zastoinową stwierdziliśmy w pięciu przypadkach, raz jednostronny zanik nerwu wzrokowego bez zmian na drugim oku, w jednym przypadku nie było wcale zmian na dnie oczu.

W dwu przypadkach był rentgenologicznie wzmożony ucisk śródczaszkowy, w trzecim zniszczenie siodełka, reszta chorych nie wykazywała zmian.

W płynie mózgowo-rdzeniowym u trzech chorych stwierdziliśmy wzmożone ilości białka i elementów komórkowych, u innych płyn bez zmian.

Najczęstszym objawem, towarzyszącym schorzeniom płatów czołowych, są zmiany psychiczne, i tu spotyka się najwięcej sprzecznych poglądów. Szereg autorów nie znajdował wcale zmian psychicznych, inni znów uważają je za objaw ogólny, spowodowany wzmożonym uciskiem śródczaszkowym, trzecia grupa uważa je za cechę charakterystyczną dla ognisk czołowych. Przyczyną tej sprzeczności jest rozmaite ustosunkowanie się obserwatora do spostrzeganych objawów, a jeszcze więcej różnorodność czynników składających się na powstanie obrazu chorobowego. Skomplikowana budowa kory mózgowej i jej zróżnicowanie na poszczególne warstwy mają z pewnością swoje funkcjonalne znaczenie, jednak dalecy jeszcze jesteśmy od ideału *Vogta*, aby móc uwzględnić przy badaniu ognisk chorobowych zmiany w poszczególnych elementach architektonicznych. Zwykle zniszczeniu ulegają bez wyboru różne warstwy i nie można wyodrębnić funkcji poszczególnych. Do całości obrazu dołączają się objawy

z sąsiedztwa i oddali, jakoteż ucisk śródczaszkowy i objawy toksyczne. Nie da się zaprzeczyć, że tak skomplikowane zjawisko, jak funkcje psychiczne nie jest zależne tylko od specjalnie ograniczonej przestrzeni, ale że w jego powstawaniu bierze udział cała kora mózgowa. Rejestracja engramatów, przebieg kojarzeń i wszystkie inne wiązania myślowe w swych stanach chorobowych nie są jeszcze dokładnie zbadane i trudno mówić o ich ścisłej lokalizacji. Na drodze ubocznych kojarzeń i w okolicach mózgu nie zajętych schorzeniem mogą przychodzić do skutku objawy psychiczne mniejwięcej w normalnej formie mimo ogniskowych zmian. Mimo trudności musimy jednak przyjąć, że płaty czołowe mają specjalną łączność ze zmianami psychicznymi; przy schorzeniach bowiem tych okolic spotykamy je znacznie częściej jak przy zajęciu pozostałych. Nie dają się one wytłumaczyć wzmożonym uciskiem śródczaszkowym, gdyż w takim razie istniałaby znacznie częściej przy innem umiejscowieniu ze znacznie mniejszymi objawami ogólnymi; wiemy bowiem, że przy guzach czołowych ucisk śródczaszkowy jest stosunkowo mały, a często nawet brak go zupełnie. Za ogniskowym znaczeniem zmian psychicznych przemawiają przypadki, w których zmiany te występują na początku choroby jako pierwsze objawy i przypadki bez objawów ogólnych. Pouczającym jest przypadek *Ehrenberga*, w którym dowcipkowanie po zabiegu operacyjnym znacznie się wzmoгло, podczas gdy inne objawy ustąpiły; da się to wedle tego autora wytłumaczyć analogicznie do pogłębienia po operacji niedowładów korowych, np. przy guzach okolicy motorycznej. Jest to dowodem, że objaw ten jest ogniskowym a nie ogólnym, ten bowiem ustąpiłby po odciążeniu. Również *Zielrath* widział po operacji pogorszenie objawów psychicznych. Za znaczeniem płatów czołowych dla wyższych funkcji psychicznych przemawiają zmiany spotykane przeważnie w tej okolicy przy ośpieniu starczem, paralitycznem i atrofji *Picka*. Przy zajęciu spoidła wielkiego a z nim połączeń kojarzeniowych i przy obustronnych ogniskach czołowych nie brak prawie nigdy zmian psychicznych.

Do typu objawów psychicznych przy zajęciu płatów czołowych należą przedewszystkiem zmiany w zakresie afektu, woli i oceny. Częstym początkowym objawem jest zmiana usposobienia, wybijanie się na plan pierwszy pewnego nastroju, przygnębienia, czy też co częściej euforii. Przychodzi do znanego objawu czołowego „moria” i dowcipkowania. Brak czynnej uwagi i zainteresowania powoduje skąpość spostrzeżeń.

Nieumotywowane i nieprzemyślane zachowanie się, brak inicjatywy i decyzji, wzmożona sugestywność, brak wglądu we własny

stan, obojętność dla wszystkich spraw życiowych są patognomiczne dla ognisk czołowych. *Goldstein* określa zmiany psychiczne jako nie-
możność uchwycenia istoty przeżywanego, z czego wynika brak
uwagi jak również zainteresowania. Wedle *Goldsteina* i *Rigersa* fun-
kcją płatów czołowych jest nadawanie kierunku tak w dziedzinie
psychicznej jak i ruchowej.

Elementarne funkcje psychiczne są przeważnie zachowane. Niema zasadniczych ubytków pamięci i inteligencji, brak natomiast elementów kierunkowych w myśli przewodniej. Często zdarza się mylna ocena faktów, brak taktu, ubytki w sferze moralnej. Ubytki pamięciowe, o ile nie są znaczne, dają się często sprowadzić do braku uwagi i niezupełnego z tego powodu rejestrowania zdarzeń stanowiących treść pamięci, a stąd łatwe ich wypadanie. Obserwowano jednak szereg przypadków z rzeczywistymi ubytkami pamięci, niejednokrotnie typowy syndrom Korsakowa. Stosunkowo często spotykamy obrazy podobne do otępienia postępującego, czasem w połączeniu z innymi objawami czołowymi, często jako obraz samoistny. W przypadkach ciężkich przychodzi do otępienia. Rzadko spotyka się omamy i urojenia. Senność, zamroczenie, apatia bez właściwych zmian psychicznych bywają często objawem ogólnym, chociaż i te zmiany spotyka się częściej i wyraźniej przy ogniskach czołowych.

W naszych przypadkach spotykaliśmy stale zmiany psychiczne. Obojętność, brak inicjatywy i zainteresowania spostrzegano u innych chorych, u trzech tak silne, że czasami kontakt był trudny do nawiązania i łatwo się rwał. U jednego chorego brak zainteresowania imitował ubytki pamięciowe i inteligencji, których przy dokładniejszym badaniu nie było. U dwóch chorych z guzem zajmującym spódło wielkie stwierdzono znaczne ubytki psychiczne: chorzy nie zorientowani w czasie, miejscu i otoczeniu, odpowiedzi na pytania bez związku, luki wypełniane często konfabulacją, jeden z tych chorych miał omamy zmysłowe. U jednego z chorych przed wystąpieniem zobojętnienia stwierdzono zmiany charakteru. Był podrażniony, skłonny do awantur, bez ubytków pamięci i inteligencji. U czterech chorych objawy psychiczne wyprzedziły wszystkie inne, w trzech pozostałych wystąpiły również w początkowym okresie choroby. Euforię z docwipkowaniem obserwowaliśmy tylko raz.

Najczęstszym zaburzeniem motorycznym jest akineza. Sztywna, bez wyrazu mimika, skąpe powolne ruchy, są typowe dla schorzeń czołowych. Częściowo można objaw ten wytłumaczyć stanem psychicznym, chory bez inicjatywy, obojętny w stosunku do otoczenia i własnej osoby, nie produkuje wcale impulsów ruchowych, w szcze-

gólności mimicznych. Wytlumaczenie to jednak nie wystarcza dla wszystkich przypadków, a w szeregu obserwacji stwierdza się zmiany typowe dla schorzeń striarnych. Wielokrotnie widziano obrazy zupełnie podobne do drżączki porażennej. *Bostroem* opisuje tego rodzaju postacie chorobowe przy zajęciu pierwszego i drugiego zwoju czołowego. W przypadku *Trömnera* stwierdzono guz zewnątrzmoźgowy na szczycie płata czołowego. Taki sam przypadek widział *Freund. Hoffmann* opisuje obraz drżączki porażennej z drzeniami i ataksją. Dwa przypadki *Schustera* mimo typowych objawów nie mają dla lokalizacji znaczenia z powodu równoczesnych zmian w jądrach podstawowych.

W naszych przypadkach stwierdziliśmy pięć razy brak mimiki i zespół objawów bezruchowych.

W szeregu obserwacji zauważono drżenia. *Martin* zwracał uwagę na rzadko opisywane drżenia o zmiennem nasileniu w ręce po stronie przeciwnej ogniska. *Auerbach* opisał drżenia z abulią jako zespół charakterystyczny dla schorzeń czołowych.

W jednym z naszych przypadków obserwowaliśmy drżenia o zmiennem nasileniu występujące okresowo, silniejsze po przeciwnej stronie niż ognisko.

W tłumaczeniu wyżej podanych objawów sądy są różne. Niektórzy autorowie uważają je za wynik uszkodzenia jąder podstawowych, inni znów za swoisty objaw schorzenia płatów czołowych. W niektórych przypadkach, o ogniskach sięgających wgłąb, rzeczywiście pierwsze twierdzenie należy uważać za słuszne. Nie da się również wykluczyć pośrednie działanie przez wzmożony ucisk śródczaszkowy. W szeregu przypadków jednak, w których badania anatomiczne wykluczyły zajęcie jąder podstawowych, a ucisk śródczaszkowy był nieznaczny, mimo to rozwinął się syndrom akinezy. Opisywano przebieg choroby z sennością, która w połączeniu z akinezą i drzeniami zupełnie imitowała nagminne zapalenie mózgu. Przypadki takie widzieli *Hunt, Lechelle* i inni. Utrzymanie współruchów kończyn górnych przy obrazie akinezycznym przemawia za czołowem pochodzeniem objawu, a nie podkorowym. Hyperkinezy spotykano rzadko, jeden taki przypadek opisuje *Pfeiffer*.

Następnym objawem związanym z płatami czołowymi są zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów jak również niemożność zachowania kierunku, wyodrębniony przez *Brunsa* jako t. zw. niezborność czołowa, dla której powstania przyjmuje autor uszkodzenie gyrus marginalis. Zaburzenie to powstaje jak obecnie wszyscy autorowie zgodnie podają, z powodu uszkodzenia dróg czołowo-mostkowo-

mózdkowych w ich początkowym odcinku. Miejsce wyjścia tych dróg niepewne. *Flehsig* przyjmuje je w pierwszym zwoju czołowym. *Dejerine* w trzecim, *Brodman* w pierwszym i drugim. *Gerstman* widział niezborność przy uszkodzeniu pierwszego i drugiego zwoju czołowego w przednich częściach od strony podstawy. Przy ogniskach w tej samej okolicy opisuje ją *Bostroem*. *Goldstein* i *Pötl* za miejsce wyjścia dróg czołowo-mózdkowych podają przedni i średni odcinek pierwszego i drugiego zwoju czołowego.

W dwóch przypadkach zajmujących spoidło wielkie stwierdziliśmy wybitne zaburzenia chodu i równowagi. U czterech chorych był dodatni objaw Romberga i chód właściwy niezborności czołowej, z tego w dwu przypadkach objaw ten nie był stały, a występował okresowo. Jeden chory nie miał żadnych zaburzeń chodu i równowagi.

Wedle *Galdsteina* mózdzek na drodze odruchowej pod wpływem bodźców z obwodu i labiryntu reguluje automatyczne unerwienie odpowiednich grup mięśniowych. Płaty czołowe są nadporządkowane temu aparatowi, a więc przy ich schorzeniu podpada mózdzek więcej wpływom obwodowym, i tak np. przy odpadnięciu hamowania czołowego po jednej stronie, występuje zbaczanie przy próbie Barany'ego po stronie przeciwnej ogniska i w przeciwnym kierunku. Niektórzy jednak autorowie znajdowali je po tej samej stronie, a to wedle *Blohmkego* i *Reichmana* dzięki temu, że część włókien drogi czołowo-mózdkowej przebiega bez skrzyżowania. Twierdzenie niektórych autorów, że płaty czołowe działają hamująco na aparat przedsionkowy tej samej strony, a pobudzająco przeciwnej, nie zostało udowodnione. *Veitz* uważa, że zbaczanie ramion na stronę zdrową jest wynikiem przewagi zdrowej połkuli, zbaczanie zaś na stronę ogniska, wynikiem podrażnienia kory mózgowej. Twierdzenie to opiera na fakcie, że przy ogrzewaniu, a więc drażnieniu miejsc ubytków kostnych nad płatami czołowymi, występuje mylne wskazywanie ku stronie drażnionej, przy oziębianiu, a więc działaniu hamującym, ku stronie przeciwnej. Być może, że odpadnięcie bodźców hamujących wyzwała przewagę jednego z aparatów przedsionkowych. Doświadczenie *Podmaniczkyego*, *Blohmkego*, *Frieda*, *Reichmana*, *Manna*, *Veitsa*, *Feuchtwangera* i in. wykazały przy zamrażaniu miejsca ubytków wpływ płatów czołowych na aparat przedsionkowy; występuje przy tem doświadczeniu mylne wskazywanie przy próbie Barany'ego, przeważnie stronę przeciwną ogniska, skrzyżowanej kończyny górnej, chociaż spotykamy także mylne wskazywanie w ręce nieskrzyżowanej i ku stronie ogniska.

Kaloryczne drażnienie labiryntu przy schorzeniach czołowych, wykazuje zwykle nadwrażliwość strony przeciwnej. *Feuchtwanger* opisywał zaburzenia fizjologicznego zbaczania po stronie ogniska. Praktycznie można tylko warunkowo użytkować te objawy dla oznaczenia strony ogniska. Analogiczny wpływ jak na próby Barany'ego mają płaty czołowe przy powstawaniu drżenia gałek ocznych. Często spotyka się przy ogniskach tej okolicy drżenie poziome, kołujące należy do rzadkości. Wobec podanych objawów mogą się zdarzyć znaczne trudności rozpoznawcze przy odróżnieniu ognisk czołowych od mózdkowych. W przypadkach tych kierujemy się innymi objawami, przeważnie pochodzącymi z sąsiedztwa; także późne wystąpienie i słabe nasilenie objawów ogólnych przemawia za czołowym umiejscowieniem ogniska.

W naszych przypadkach stwierdziliśmy w jednym ubytek reakcji labiryntowych po stronie ogniska, w drugim wzmoczoną pobudliwość po stronie przeciwnej a osłabioną po stronie ogniska. Drżenie gałek ocznych poziome widzieliśmy w czterech przypadkach.

Stosunkowo często występują zaburzenia ruchowe, wkraczające w grupę apraksji, jak astazja i abazja pod różnymi formami. I tak *Gerstmann* opisuje chód drobnymi krokami z retropulsją, występujący równocześnie z zaburzeniami równowagi. W przypadku ropnia w okolicy zwojów F 1 i F 2 nie dochodzącym do sfery motorycznej opisuje *Bogaert* chód chwiejny, pogarszający się z czasem do zupełnej niemożności chodzenia. W tym samym przypadku wystąpiły specjalne zaburzenia przy próbie pięto-kolanowej, polegające na tem, że chora nie była w stanie doprowadzić kończyn do właściwego położenia, ale wykonywała przy tem szereg niesfornych ruchów. Zaburzeń czuciowych w tym przypadku nie było. *Gerstman* i *Schilder* spostrzegali w przypadku glejaka, zajmującego przyśrodkowo podstawową okolicę lewego płata czołowego zaburzenia chodu, polegające na tem, że chory nie mógł oderwać stóp od podłogi, czynił próby uniesienia ich, jednak bezskutecznie. *Klein* opisuje trudności wyprostowania się przy chodzeniu i zbaczanie w tył i na lewo. *Engerth* obserwował przy zranieniu zwojów czołowych F 2 i F 3 po prawej napady epileptyczne, rozpoczynające się od przymusowego zucia i zaburzenia chodu tego rodzaju, że prawa noga krzyżowała lewą. Analogiczny objaw obserwował *Pötl*, również kończyna równostronna z ogniskiem krzyżowała drugą. Ten sam objaw opisuje *Hermann* przy prawostronnem zranieniu.

Patologiczne objawy chodu są wedle *Kleina* zaburzeniami w przebiegu automatyzmów, *Hoff* i *Hoffmann* otrzymywali krzyżowanie koń-

czyn, przymusowe żucie, śmiech i płacz przy zamrażaniu i ogrzewaniu miejsc ubytków kostnych nad płatami czołowymi. Podobne zaburzenia chodu obserwowaliśmy w jednym naszym przypadku (obserwacja 7).

Z rzadszych objawów przy schorzeniach czołowych spostrzegał *Salken* przy prawostronnem ognisku w 2 i 3 zwoju czołowym przymusowe chwytywanie po lewej i odruchowe zwracanie na zewnątrz lewej ręki przy ułożeniu grzbietowem obu rąk na kolanach. Autor tłumaczy objawy te odhamowaniem. Przymusowe chwytywanie obserwowali nadto *Majer* w dwu przypadkach, raz jednostronnie ze wzmożonym odruchem stawowym, w drugim przypadku obustronnie przy obustronnym guzie płatów czołowych i spoidła wielkiego. *Stiefler* opisuje przymusowe chwytywanie i wzmożony odruch stawowy po prawej, przy ognisku lewostronnem. W jednym przypadku widział je *Kollondy*. *Schuster* uważa środkową część pierwszego zwoju czołowego i przednią część spoidła wielkiego za siedlisko tych ruchów. Przypadki zebrane w literaturze i własne autora wskazują równoznacznie, że obie strony ciała otrzymują bodźce hamujące z obu płatów czołowych, zarówno bezpośrednio jak i pośrednio przez spoidło wielkie. Zasadniczo dla jednostronnego powstania objawu, powinny być przerwane obustronne wpływy płatów czołowych, Przewagi jednej strony nie stwierdzono.

U jednego z naszych chorych z zajęciem spoidła wielkiego było przymusowe chwytywanie po lewej, z zaburzeniami czucia głębokiego i stereognozy.

Schuster widział w przypadku pod obrazem choroby Parkinsona przetrwanie skurczu o typie myotonicznym i odnosi ten objaw do płatów czołowych.

Pötl opisuje dwa przypadki, w których przy próbie Laségue'a po stronie przeciwnej ogniska wystąpiło paradoksalne skurczenie zginaaczy stawu biodrowego. Po stronie ogniska objaw ten był tylko zaznaczony. Ten sam objaw opisał *Klein* po stronie ogniska.

U dwu chorych z pośród naszych obserwacji widzieliśmy objaw nieco podobny, a mianowicie przy próbie Laségue'a występowało w drugiej nodze zgięcie w stawie biodrowym i kolanowym, a następnie uniesienie kończyny ku górze. Objaw ten wystąpił oba razy na nodze prawej, raz przy ognisku lewostronnem, raz przy obustronnych objawach z zajęciem spoidła wielkiego.

Szczególny objaw opisuje *Zucker*; autor poleca pacjentowi zakreślić wyciągniętą ręką koło, zaczynając od góry i kończąc na gó-

rze. Przy ogniskach czołowych przekraczają chorzy granicę po stronie przeciwnej o 10 do 200 stopni.

Marie opisał w przypadku glejaka w przedniej i środkowej części pierwszego i drugiego płata czołowego po stronie prawej. zaburzenia orientacji w przestrzeni z tendencją padania na lewo zwłaszcza w ciemności lub przy zawiązanych oczach, a nadto dotykową asymbolję przy zachowaniu czucia powierzchownym i głębokim. Zaburzenia orientacji w przestrzeni widział także *Alajouduine*.

Prócz afazji motorycznej, objawu typowego dla trzeciego lewego zwoju czołowego. spotyka się cały szereg zaburzeń mowy od lekkiej parafazji do zupełnej niemożności mówienia. Często stwierdza się dyzartrję. Są to zaburzenia w automatyzmach mowy. czasem tylko podmiotowe wrażenie chorego niemożności mówienia i t. p. Zaburzenia te wkraczają w grupę objawów apraktycznych. *Molen* lokalizuje je na granicy drugiej i trzeciej części drugiego i trzeciego zwoju czołowego.

Często równocześnie z zaburzeniami mowy, często też oddzielnie spotyka się zaburzenia czytania i pisania. *Campbell* opisuje agrafrję w jednym przypadku, początkowo jako jedyny objaw, a nieznaczną tylko trudnością znalezienia słów. Autor ten utrzymuje, że dla pisania ważną jest część kory w pobliżu sfery ruchowej, bez specjalnego ośrodka. *Goldstein* sądzi, że czynności z grupy apraktycznej jak zaburzenia mowy, pisanie i czytanie są umiejscowione w podstawowej i średniej części tylnego odcinka czołowego. Szczególne zaburzenia pisma ze skłonnością do powtarzania tych samych form opisuje *Berger*. Właściwe objawy apraktyczne spotyka się przeważnie wtedy gdy uszkodzone jest spoidło wielkie.

W jednym z naszych przypadków obserwowaliśmy apraksję po lewej stronie przy ognisku zajmującym spoidło wielkie i oba płaty czołowe.

Szereg autorów podaje amuzję jako objaw czołowy. *Klein* obserwował w jednym przypadku niemożność śpiewu przy zachowaniu zrozumieniu muzyki i tłumaczy ten objaw niemożnością zużycowania nabytych automatyzmów, *Henschen* podaje, że zaburzenia śpiewu zależą od uszkodzenia podstawy trzeciego lewego zwoju czołowego, podczas gdy instrumentalna amuzja zależy od drugiego prawego zwoju. Natomiast *Mendel*, *Mann*, *Förster*. *Rohardt* i *Whitney* lokalizują amuzję wogóle po stronie prawej, prawdopodobnie w podstawie drugiego zwoju.

Z objawów ogniskowych specjalne znaczenie mają ze względu

na swoją lokalizację zaburzenia powonienia. Występują one obu lub jednostronnie zależnie od ogniska, najczęściej przy guzach wychodzących u podstawy płatów czołowych lub z rynienki nerwu węchowego (meningiomy).

Często spotyka się objawy oczne, jak wytrzeszcz gałek ocznych, zwykle jednostronny, po stronie ogniska. rzadko obustronny. Czasami stwierdzano obrzęk powiek, także po stronie ogniska. Często spotykano upośledzoną ruchomość gałek ocznych lub ich zbaczanie równocześnie z upośledzeniem ruchów i zbaczaniem głowy albo też oddzielnie. Ośrodek dla ruchów gałek ocznych przyjmuje się podobnie jak dla drżenia gałek ocznych wedle *Veitsa* w drugim zwoju czołowym. Często występuje nierówność źrenic, *Frisko* obserwował rozszerzenie źrenicy po stronie guza z upośledzeniem oddziaływania na światło. Objawy te jednak częściej widziano po stronie przeciwnej ogniska, Opisywano także zupełną sztywność źrenic. *Choroszko* zwraca uwagę na częste mruganie. *Kromner* opisuje je 8 razy na 17 przypadków. Czasami spotyka się porażenie mięśni ocznych jako objaw z oddali.

Z objawów ocznych u naszych chorych w 5 przypadkach stwierdziliśmy nieokragłe źrenice, trzy razy upośledzone oddziaływanie na światło obustronnie, raz na jednym oku i raz zniesione oddziaływanie na nastawienie i zbieżność. W jednym przypadku był wytrzeszcz gałki ocznej po stronie guza. U chorego ze zniesionem oddziaływaniem na zbieżność i nastawienie było podwójne widzenie bez stwierdzalnego niedowładu mięśni ocznych. U tego samego chorego stwierdzono również zwrot głowy na lewo i przechylenie jej na lewy bark. W jednym przypadku było upośledzenie spojrzenia ku górze. Drżenie gałek ocznych obserwowaliśmy trzy razy.

Zmiany w odruchach, a zwłaszcza zniesienie lub obniżenie odruchów brzusznych i ścięgniastych nie znajduje dotychczas wytłumaczenia.

Guzom czołowym towarzyszą często napady o typie epileptycznym, pod różnemi postaciami, bądź to jako ogólne z utratą przytomności, bądź to jako Jacksonowskie, ograniczone do przeciwnej strony ogniska. Napady te są objawem ze sąsiedztwa, dzięki bliskości sfery ruchowej. Są one prawie stałym obrazem przy guzach oponowych w tylnych częściach płatów czołowych, Początek napadu epileptycznego od skrętu głowy i oczu uważają *Cohn* i *Goldstein* jako objaw zajęcia okolicy 1 i 2 zwoju czołowego tuż przed przednim zwojem centralnym. Drażniąc elektrycznie to miejsce otrzymuje się skręt głowy i oczu ku stronie przeciwnej, a przy silniejszym prą-

dzie także skręt tułowia. Z napadów epileptycznych nie można wysnuwać wniosku o umiejscowieniu ognisk wyłącznie w tylnych częściach płatów czołowych, ponieważ występują one także przy innej lokalizacji. I tak *Tikagi* widział napady epileptyczne w połowie swoich przypadków dotyczących tylko przednich partji zwojów czołowych. Przyczyną tego może być łatwa pobudliwość okolicy ruchowej nawet przy małym ucisku, lub też stwierdzone przez *Tikagiego* przy dokładnem badaniu histologicznem, nacieki, zmiany naczyniowe, krwawienia, rozmiękczenia, obrzęki, zwyrodnienie komórek zwojowych i włókien oraz reakcyjne bujanie gleji w okolicy ogniska na znacznej przestrzeni, a nawet po stronie przeciwnej. *Fontano* przy gglejaku w trzecim dolnym zwoju czołowym po stronie lewej spostrzegał napady Jacksonowskie po stronie przeciwnej, które dawały się wywołać odruchowo przez drażnienie grzbietu prawej ręki. Napady epileptyczne jako jedyny objaw, mogą wyprzedzać resztę objawów na długi czas nawet kilkunastoletni. *Fötzl* opisuje przypadek z napadami Jacksonowskimi obustronnymi, bez utraty przytomności zaczynającymi się po stronie ogniska.

U naszych trzech chorych występowały od czasu do czasu napady drgawkowe. Bardzo częstym objawem ze sąsiedztwa jest zajęcie dróg motorycznych w różnem nasileniu, od nieznacznego tylko wzmożenia odruchów po stronie przeciwnej jak ognisko, do całkiem rozwiniętych porażań. Często spotyka się ośrodkowe porażenie nerwu twarzowego jako pojedynczy objaw ruchowy, czasem z silniejszym niedowładem mimicznym aniżeli dowolnym. Zbaczanie języka obserwowano razem z niedowładem nerwu twarzowego, w rzadkich przypadkach występuje ono jako jedyny objaw ruchowy. Objawy piramidowe są pewnym wskaźnikiem dla umiejscowienia strony ogniska. Wyjątkowo zdarzają się przypadki w których to umiejscowienie zawodzi, I tak *Hermann* opisuje przypadek równostronnego niedowładu połowicznego z zajęciem 2 i 3 gałązki nerwu twarzowego ruchowo i mimicznie przy ognisku w 2 i 3 zwoju czołowym. Dwa przypadki niedowładu połowicznego również po stronie ogniska widział *Gross* (oba endoteliomy). *Ledderhose* podaje zebranych z literatury 48 obserwacji z równostronnymi objawami porażań ośrodkowych. Dwa podobne przypadki widział *Ortner*. *Herman* opisuje nadto napady epileptyczne, zaczynające się od zaburzeń mowy i drgawek w obrębie lewego nerwu twarzowego przy lewostronnem ognisku; następnie drgawki przechodziły na drugi nerw twarzowy, a wreszcie uogólniały się. W drugim przypadku przy operacyjnem odsłonięciu 3 zwoju czołowego stwierdzono drgawki w kącie ust po tej samej stronie.

Również Pötzl widział drgawki zaczynające się od ręki po stronie ogniska. Mechanizm tych objawów nie jest wyjaśniony, faktem jest tylko że równostronne objawy z dróg motorycznych zdarzają się tylko przy umiejscowieniu korowem.

W jednym z naszych przypadków lekki niedowład lewostronny był przyczyną mylnej lokalizacji ogniska po stronie prawej, sekcji nie znaleziano guz po lewej. W dwu naszych przypadkach niedowład dotyczył tylko nerwu twarzowego, w jednym z tych przypadków niedowład mimiczny był silniejszy od niedowładu przy ruchach dowolnych. Raz zbaczanie języka było jedynym objawem motorycznym. U dwu naszych chorych z zajęciem spoidła wielkiego było obustronne porażenie motoryczne, w jednym z nich lekkiego stopnia, w drugim po lewej wybitne z zajęciem nerwu twarzowego, po prawej tylko zaznaczone.

Poza zaburzeniami mowy i węchu niema objawów patognomicznych wyjątknie dla płatów czołowych, wszystkie z licznego szeregu mogą się spotykać także przy innem umiejscowieniu, a zwłaszcza przy ogniskach mózdkowych i podkorowych. Biorąc jednak pod uwagę ich rodzaj, nasilenie, równoczesne występowanie, przy słabych lub późno rozwiniętych objawach ogólnych, a zwłaszcza przy początkowych zmianach psychicznych, rozpoznanie tylko w niektórych przypadkach napotyka na trudności.

Fakt powstawania zaburzeń w zbornem i celowem funkcjonowaniu organizmu, przy różnem umiejscowieniu na całej przestrzeni mózgu świadczy, że w centralnym systemie nerwowym nie panują feudalne stosunki i że nie można mówić o hegemonji kory mózgowej jak chciano dawniej, ani też jąder podkorowych jak utrzymywano w erze poencephalitycznej, ale że równe znaczenie mają wszystkie części mózgu, a objawy patologiczne występują przy uszkodzeniu łańcucha potrzebnego do prawidłowego działania, tak w korze mózgowej, jak w jądrach podkorowych, jak też i w głębszych partjach mózgu.

PODŚWIADOMOŚĆ I JEJ STOSUNEK DO STANÓW ŚWIADOMYCH.

podał

† DR. KAZIMIERZ OKUSZKO

Najprostsze i najbardziej zaczątkowe stany psychiczne zwane stanami nieświadomości, automatycznymi lub podświadomości stały się dostępne wiedzy dzięki badaniom zarówno klinicznym jak i doświadczalnym, podjętym w końcu ubiegłego i obecnego stulecia przez szereg wybitnych uczonych zarówno psychologów, jak i lekarzy klinicystów.

W Ameryce *Morton Prince*, we Francji *Piotr Janet*, *Binet*, *Ch. Richet*, w Austrii *Breuer*, *Freud*, w Szwajcarji *Jung*, w Niemczech *Lehman* na podstawie wyniku mozolnych i pomysłowych badań częściowo klinicznych, częściowo eksperymentalnych stwierdzili istnienie tych stanów w naszej psychice i starali się wyjaśnić ich wpływ na powstanie zbroczeń i chorób umysłowych oraz rolę, jaką w życiu normalnem odgrywają. W Polsce zmarły prof. *Edward Abramowski* poświęcił studjom nad podświadomością szereg obszernych i niezmiennie doniosłych prac doświadczalnych, starając się zbadać stosunek stanów podświadomuch do stanów psychicznych świadomych, źródła powstawania podświadomości oraz jej przekształcenia, uwarstwienie i rolę w psychice człowieka.

Nasza działalność umysłowa świadoma przejawia się w ten sposób, iż odbieramy wrażenia z otoczenia i własnego ciała, odczuwamy je, postrzegamy, rzutujemy nazewnątrż jako wyobrażenia, przechowujemy w pamięci i odtwarzamy w wyobraźni rozpoznając ich tożsamość, kojarzymy je ze sobą i tworzymy abstrakcyjne pojęcia, sądzimy, myślimy, przejmujemy się i wzruszamy, pragniemy i pożądamy, wreszcie działamy odpowiednio do zwyczajskich popędów mniej lub bardziej celowo i samorzutnie.

Wszystkie te sprawy psychiczne wyodrębniamy à posteriori ze stanów psychicznych realnych drogą analizy.

W bezpośrednim naszym doświadczeniu stanowią one zawsze jednolite spłoty z przewagą tych lub innych elementów składowych.

Wszelkie nasze czucie — czy to świetlne, czy węchowe, czy smakowe, czy dźwiękowe, czy dotykowe — ma swe źródło w bodźcu i jest z nim zespolone, posiada zawsze pewien ton afektywny pod postacią zagadkowej przyjemności lub przykrości, pewien zaczątkowy element chcenia lub pożądania, pozostaje zwykle w związku z innymi zarówno współczesnymi jak i minionymi czuciami i wyobrażeniami i dąży zawsze do zrealizowania się w ruchach czyli przejścia w czyn.

Wszelki stan uczuciowy wiąże się z uczuciami, postrzeżeniami, wyobrażeniami, pojęciami i daje impuls do działania.

Wszelki czyn wynika z popędu lub starcia popędów, tkwiących w stanach uczuciowych zespolonych ze stanami intelektualnymi.

Tak więc wszelkie zjawiska umysłowe świadome są tworami niezmiernie złożonymi, w których zlewają się w jedną nierozdzielną całość wszystkie pierwiastki psychiczne zespolone ze sobą w rozmaitych stosunkach.

Klasyfikujemy je jako stany intelektualne, uczuciowe lub czynny odpowiednio do przewagi ilościowej elementów danej kategorii w zjawisku psychicznym.

Treści naszej psychiki aktualnej, naszego „ja” w danej chwili nie wypełnia jednak całkowicie ten niezmiernie złożony, występujący w pełnym świetle świadomości, stan psychiczny, o którym mówiliśmy powyżej. Cieniowanie jej, niejako tło jej obrazu stanowią stany psychiczne niejasne, zatarte, doznawane przez nas lecz nie zsyntetyzowane w spłot jednolity z naszą osobowością — słowem stany podświadome.

Na ustrój nasz działają w każdej chwili miliony bodźców fizycznych, chemicznych, fizjologicznych, psychicznych. Bodźce te wywołują w naszych nerwach czuciowych pewien stan czynny o charakterze falistym, który po włóknach dośrodkowych przenosi się do ośrodków mózgodzeniowych i tam bądź ulega przytłumieniu, wzmagając jedynie napięcie sił dążących do uzewnętrznienia energii potencjalnej nagromadzonej w naszej tkance nerwowej, bądź zostaje przez nas doznany podświadomie i uzewnętrznia się w ruchach automatycznych, bądź przybiera postać stanu świadomego i daje impuls do czynów dowolnych.

Tak więc nasza osobowość w danej chwili przedstawia niejako agregat, w którym obok naszych doznawań i dążeń, występujących w pełnej świadomości, istnieją stany mniej wyraźne, prostsze, odseparowane od naszej świadomości jasnej, stanowiące niejako zaczątki osobowości nowych niezsintetyzowanych z naszym obecnym „ja”.

Zasadniczą cechą zjawisk psychicznych nie jest przeto — jak widzimy — świadomość lecz bezpośredniość doznawana przez nas choćby bezwiednie.

Drugą charakterystyczną cechą naszego życia psychicznego jest jego ciągłość. Przez naszą umysłowość przepływa niejako prąd wciąż zmieniających się stanów psychicznych, których granice zaciera się, a kontury zlewają ze sobą na podobieństwo kropeł w nurcie rzeki. Nieścisłością więc byłoby przedstawiać sobie stan psychiczny naszego umysłu w danej chwili jako pewnego rodzaju jednostkę pierwotną. Stany psychiczne jako odrębne całości nie istnieją, istnieje tylko prąd psychiczny, który sztucznie dzielimy na pojedyncze człony, aby łatwiej dokonać jego analizy. Ten sztuczny podział nie powinien nas jednak wprowadzać w błąd co do istotnej cechy naszej umysłowości. Powinniśmy jasno zdawać sobie sprawę, iż wszelkie nasze stany psychiczne posiadają charakter dynamiczny a nie statystyczny: w każdym przeto naszym stanie psychicznym tkwią pierwiastki zawarte zarówno w stanach przeszłych jak i przyszłych, co stanowi podstawę naturalnej ich syntezy.

Prąd psychiczny przepływający przez naszą umysłowość posiada swą powierzchnię i warstwy głębsze. Na powierzchni płyną stany świadome, głębiej stany podświadome w miarę coraz większego pograżenia coraz bardziej niejasne i zatarte, coraz więcej pozbawione tej własności samoprześwietlającej, jaką posiadają stany świadomości wyraźnej.

Ustosunkowanie stanów powierzchownych i głębokich w tym prądzie wciąż się zmienia. Pierwsze mogą zanurzać się w głąb, drugie wynurzać z warstw głębszych do płytszych, a nawet w pierwszych warunkach wydostawać się na powierzchnię i stawać się świadomymi. Eksperymenty *Abramowskiego* stwierdziły niezbicie tę zmienność natężenia świadomości naszych stanów psychicznych. Co więcej wykazały, że to falowanie odbywa się tylko do pewnej głębokości i że najgłębsze warstwy podświadomości nie są zdolne wydostać się na powierzchnię.

Cechą zasadniczą psychicznych stanów świadomych jest to, że są zespolone ściśle w naszym „ja” w danej chwili. Wiemy, że są

to nasze myśli, nasze uczucia, nasze postęпки i wobec siebie zaprzeć się ich nie możemy.

Inaczej rzecz się ma ze stanami podświadomymi. Doznajemy wrażeń nie zdając lub prawie nie zdając sobie sprawy, że ich w danej chwili doznajemy, nie uświadamiając sobie, iż są to wrażenia nasze, reagujemy burzliwie, nie zdając sobie sprawy z obecności stanów afektywnych, wykonywamy czynności często bardzo złożone nie wiedząc wcale, żeśmy je wykonali. O tem, żeśmy byli świadkami pewnych zdarzeń lub sprawcami pewnych postępków dowiadujemy się *à posteriori* ze zdziwieniem od innych, rzadziej przypominamy sobie te fakty sami po upływie pewnego czasu.

Wspomnienia niektórych z tych stanów występują w nas niekiedy łatwiej w czasie hipnozy lub przez naleganie osoby mającej wpływ na nas. Nie wszystkie jednak z nich dadzą się w ten sposób wskrzesić. Część nie zostaje przez nas nigdy przypomniona.

W życiu codziennem co chwila doznajemy mnóstwa wrażeń i wykonywamy mnóstwo czynności automatycznie, uderzają nas jednak swą niezwykłością tylko zdarzenia mające charakter bardziej złożony: powszednich niezmiennie częstych zjawisk podświadomych nie dostrzegamy lub nie orjentujemy się co do ich charakteru. Jeżeli na przykład ktoś odbył kilkotygodniową podróż, nie zdając sobie sprawy ani dlaczego gdzieś pojechał, ani jak dostał się do owej miejscowości, ani czego doznawał w czasie podróży, to fakt taki uderza nas jako niezwykły przejaw automatyzmu, podczas gdy jeżeli gorliwie szukamy kapelusza, który w roztargnieniu włożyliśmy na głowę, to nie dziwimy się temu wcale, uważając to jedynie za rzecz zabawną. Tymczasem oba te fakty należą do tej samej dziedziny stanów podświadomych i różnią się jedynie swą złożonością.

Cechą ich zasadniczą jest izolacja od naszego świadomego ja: nie są to — jak sądzimy — stany psychiczne lub postęпки nasze i z całą dobrą wiarą zaprzemy się ich wobec siebie i innych, aczkolwiek dla otoczenia nie ulega wątpliwości, że fakty zaszły w naszej obecności lub że my byliśmy ich sprawcami. Nie wszystkie z tych izolowanych od naszej normalnej osobowości podświadomych stanów psychicznych posiadają jednakowy stopień separacji. Jedne z nich w pewnych warunkach (na przykład pod wpływem nalegania lub hipnozy) mogą się z nią zespolić czyli zostać całkowicie przypomniane, inne zostają przypomniane trudniej i niezupełnie (na przykład, przypominamy sobie, że widzieliśmy coś żywego, ale nie wiemy, czy to było zwierzę czy człowiek) jeszcze inne przypominamy sobie bardzo mgliście (na przykład, że widzieliśmy coś bez bliższego

określenia), są i takie, których nie możemy sobie wprowadzić przypomnieć, lecz gdy nam ktoś podsuwa fałszywe sugestje stawiamy opór ich przyjęciu (naprzykład nie wiemy, co widzieliśmy, lecz wiemy, że nie była to napewno woda), wreszcie najgłębsze warstwy stanów podświadomych pozostają na zawsze izolowane od naszej osobowości i żadnego śladu nie pozostawiają w pamięci. Epileptyk w napadzie szału często dokonywa aktów gwałtu — zabójstw, podpażeń i t. p. — których nie przypomina sobie absolutnie i nawet widząc ślady swych strasznych czynów z niedowierzaniem słucha, że był ich sprawcą. Podświadomość przeto posiada warstwy głębsze i płytsze różniące się zarówno co do stopnia mglistości jak i zdolności wynurzania się na powierzchnię jasnej świadomości.

Materiałem, z którego czerpie podświadomość swe zapasy, są: 1° wrażenia doznawane w stanie roztargnienia bądź spowodowanego odwróceniem uwagi w kierunku doznawań bardziej zajmujących, bądź wywołanego przez silne wzruszenie; 2° wrażenia doznawane w stanach przyćmienia świadomości, t. z. hipnoidalnych (naprzykład w gorączce, chorobie psychicznej, senności), 3° wrażenia pierwotnie świadome, a następnie zapomiane czyli takie, których związek z naszym ja rozluźnił się z biegiem czasu częściowo lub całkowicie, 4° wreszcie czucia cenestezji ogólnej mające charakter niejasny i rozlany, które dochodą do naszej świadomości najczęściej jako swoiste uczucie dobrego lub złego samopoczucia.

Stany psychiczne jako świadome doznawane są przez nas wówczas, gdy na nich skupiamy uwagę, lub gdy same przyciągają naszą uwagę. Ku niektórym zjawiskom uwaga nasza zwraca się mimo naszej woli. Są to albo, wrażenia silne (głośny huk, oślepiające światła) albo stanowiące kontrast z otoczeniem (czarna barwa na białem tle, śmiech w czasie pogrzebu). Często jednak skierowujemy uwagę dowolnie na pewne zjawisko i zatrzymujemy ją na niem przez czas pewien. Przy takim czynnem utrzymywaniu uwagi doznajemy pewnego wysiłku, który wynika z tego, iż w stanie uwagi czynnej przybieramy pewną postawę fizyczną najbardziej odpowiednią dla użytkowania narządów, które biorą udział w postrzeganiu przedmiotu uwagi (oka, ucha). Postawę tę przybieramy stopniowo, zwalczając inne nasuwające się postawy związane z innymi wrażeniami, które nam się starają narzucić, a które usuwamy z pola naszej uwagi. Pole naszej uwagi jest wąskie. Wciągu dwóch trzech sekund może objąć cztery do pięciu postrzeżeń. Ponadto uwaga ulega falowaniu i nie może być skupiona na jednym przedmiocie dłużej niż kilka lub kilkanaście sekund. Po upływie tego krótkiego

czasu zjawiska psychiczne usuwają się z jasnego pola widzenia a na ich miejsce na ekranie uwagi zjawiają się nowe. Widzimy więc, że zjawiska psychiczne świadome żyją krótko i pogrążają się w ciemnie podświadomości, bądź zstępując wgląd coraz bardziej, bądź wynurzając się znów stopniowo częściowo lub całkowicie na powierzchnię. Stany podświadome żyją w nas jednak dalej jako stany *psychiczne* i dzięki nim to nasza osobowość posiada swą ciągłość pomimo, iż w każdej chwili elementy jej świadome ulegają zmianom. Jak wspomnieliśmy stany świadome po swem zniknięciu pozostawiają w nas pewien ślad psychiczny, który uwidacznia się w uczuciu oporu przeciw fałszywym sugestjom (np. wiemy, że spotkana osoba, której przypomnieć sobie nie możemy, nie była panem N.), lub uczuciu braku, polegającym na dostrzeganiu luki w pamięci w pewnym ściśle określonym miejscu. (np. przypominamy sobie widziany obraz i wiemy, że zapomnieliśmy pewien ważny szczegół po prawej stronie obrazu). To swoiste odczuwanie stanów podświadomych ma charakter mglisty i raczej uczuciowy niż intelektualny. Jest to jakby tło, na którem uwypuklają się wyraźniej kontury stanów intelektualnych świadomych, ich cieniowanie niedostrzegalne, gdy istnieje, lecz dostrzegalne, gdy się zmienia lub znika. Stany podświadome nie tylko zaznaczają się w naszej psychice jako „czucia rodzajowe”, lecz przy swem wynurzeniu się na powierzchnię świadomości dostarczają swoistego uczucia o charakterze przykrym, którego doznajemy, gdy sobie coś przypominamy i przypomnieć nie możemy, a które określamy wyrażeniem: „mam to na końcu języka”.

Jest to również uczuciowy ślad podświadomego w naszej psychice, różniący się tem od czuć rodzajowych, że jest równoważnikiem podświadomości w fazie dynamicznej. Podświadome zatem nawet wówczas, gdy jest ukryte, w głębokich warstwach naszej psychiki i niedostępne uzmysłowieniu, żyje w nas jako swoisty nastrój uczuciowy. — „Czucie rodzajowe” — jak je nazywa *Abramowski*. Dużo światła na stosunek podświadomości do świadomości rzuciły badania psychiatrów i neurologów nad chorobowymi stanami naszej psychiki, takimi jak idee natrętne, nieprzewyciężone popędy i wielu innymi, należącymi do tak zwanej przez Francuzów „folie avec conscience” (obłądu ze świadomością). Dziedzina jednak, skąd zaczerpnięto najwięcej danych o stanach podświadomych i ich stosunku do stanów świadomych, jest histerja. Zjawiska podświadome wysuwają się tu tak dalece na pierwszy plan, iż obserwacja osób dotkniętych histerją dała pierwszy impuls do badań nad podświadomością i dostarczyła najwięcej faktów z tej dziedziny.

Według *Piotra Janet'a*, którego dzieło „*l'Automatisme psychologique*” ukazało się po raz pierwszy w 1889 roku, w histerji mamy do czynienia z niezbornością umysłową, z rozpadem osobowości na odrębne sploty psychiczne, prawie niczem ze sobą niezwiązane, występujące w psychice danego osobnika bądź współcześnie bądź kolejno w czasie.

Sploty te tworzą rodzaj dodatkowych osobowości i są nieznane osobowości głównej, niemniej żyją życiem utajonem jako stany podświadome, ujawniając się bądź w stanach hipnozy, które są niczem innym jak występowaniem na scenę tych dodatkowych osobowości, bądź w atakach histerycznych lub stanach kataleptycznych, które również stanowią zaczątkowe osobowości. Każda z tych osobowości posiada własną czuciowość, pamięć i zdolność postrzegania i wykonywania ruchów, przyczem stanów, zagarniętych przez osobowości dodatkowe, brakuje w osobowości głównej, uważanej za normalną. W ten sposób tłumaczą się znieczulenia histeryczne, amnezje, bezwład, afazje i t. d.

Po skonstataowaniu wielu osobowości u osobnika histerycznego *Janet* wykazał, że te osobowości, jakkolwiek odrębne, mogą na siebie nawzajem oddziaływać. Wielu histeryków—jak wynika z jego badań—doznaje zaburzeń pod wpływem idei, które nie pozwalają im spełniać pewnych czynów lub zmuszają ich do spełniania postępów, których chorzy nie aprobuja. Mamy tu do czynienia z tak zwanymi ideami natrętnymi lub przymusowemi, czasem narzuconemi w hipnozie, które tkwią w głębiach podświadomości i mają dążność do uzewnętrznienia się bądź w intelekcie, bądź w czynach. Do podobnych wniosków co do roli stanów podświadomych w histerji i innych chorobach umysłowych dochodzą *Frenol* i jego uczniowie i współpracownicy. Metoda psychoanalityczna, jaką posługują się w swych badaniach, opracowana przez *Breuera*, *Freuda*, *Junga* i ich uczniów, opiera się na czterech przesłankach wyprowadzonych z obserwacji: 1^o że w funkcjonowaniu naszej psychiki niema dowolności i przypadkowości, lecz nasze zjawiska umysłowe są przyczynowo ściśle ze sobą powiązane i warunkują się nawzajem, tak samo jak inne zjawiska biologiczne i fizyczne; 2^o że dominującą rolę w psychice ludzkiej odgrywają nie stany intelektualne wyższe — wyobrażenia, pojęcia, myśli — lecz stany niższe utajone, podświadome głębokie, mające charakter uczuciowo-popędowy; stany te stanowią fundament stanów intelektualnych i sprężynę motoryczną naszych działań; 3^o że te stany głębokie o charakterze podświadomo-afektowo-impulsywnym posiadają życie własne: niedo-

stępne w warunkach zwykłych dla naszej świadomej osobowości — podlegają zniekształceniu, symbolizacji, dramatyzacji, zagęszczeniu, przesunięciu nacisku psychicznego, są obdarzone zdolnością zespalania się w kompleksy psychiczne o jednakowej tonacji afektywnej i pożądaniowej; 4^o że, chcąc powrócić do świadomości, muszą przezwyciężyć opór, który równa się sile jaką zużyliśmy, aby je stłumić w naszej świadomej psychice.

Z tych przesłanek druga była już dawniej w tej lub innej formie wypowiediana przez wielu badaczy takich jak: *James, Lange, Ribot*, i innych, trzecia zaś i czwarta jest co prawda niezmiernie głębokiem i pomysłowem, lecz w każdym razie jedynie rozwinięciem i uzupełnieniem drugiej. Pierwsza tylko jest wyłączną myślą zdobyczą psycho-analityków i została doświadczalnie potwierdzona przez eksperymenty kojarzeniowe *Junga*.

Wyszedszy z założenia *Freuda*, że poszczególne wyobrażenia danego osobnika w każdym momencie nie są czemś dowolnem i przypadkowem, lecz wchodzi jako część składowa w pewien zespół, mający wspólne zabarwienie afektywne badacze zuryscy z *Jungiem* na czele przeprowadzali długie lata eksperymenty, które doświadczalnie stwierdziły prawdziwość tego założenia.

Co więcej, doświadczenia te wykazały, że tą drogą można się przekonać, czy zespoły, których istnienie u osobnika podejrzewamy, rzeczywiście w psychice danego osobnika się znajdują. Mamy — dajmy na to — człowieka, którego podejrzewamy o napad rabunkowy na drodze w nocy połączony z zabójstwem kupca.

O ile podejrzenie nasze jest uzasadnione i wszystko odbyło się tak jak przypuszczamy, to pojęcia: napad, droga, rabunek, noc, zabójstwo i kupiec musiały utworzyć w psychice podejrzanego o zabójstwo trwałe zespoły psychiczne o jednakowej tonacji uczuciowej, tkwiący w podświadomości i dający się odkryć eksperymentalnie.

W tym celu dużą liczbę wyrazów (przypuśćmy 100), wśród których znajdują się wyrazy, stanowiące domniemany zespół, rzucamy po kolei osobnikowi badanemu jako bodźce kojarzeniowe i karamy mu odpowiadać bez namysłu na każdy wyraz innym wyrazem, jaki nasunie mu się pierwszy. Notujemy za każdym razem czas, jaki upłynął pomiędzy wypowiedzeniem przez nas danego wyrazu i odpowiedzią badanego (czas reakcji kojarzeniowej), oraz wyraz, stanowiący odpowiedź na rzucony bodziec — wynik reakcji.

Jeżeli nasze podejrzenie było słuszne, to stwierdzimy, że czas reakcji przy wszystkich wyrazach, tworzących kompleks pojęć o jednakowem zabarwieniu uczuciowem będzie dłuższy niż przy innych, nadto reprodukcja mylna.

Z wyniku eksperymentu wnioskować możemy, że powyższe 6 wyrazów mają dla badanego specjalne znaczenie wzruszeniowe, czyli że stanowią zespół o jednakowym zabarwieniu afektywnym, powstały w specjalnych warunkach, jednakowych dla wszystkich sześciu pojęć, stanowiących treść wyrazów.

Streszczając to wszystko, co dotychczas poruszyliśmy i nad czym zastanawialiśmy się dłużej, powiemy: 1^o że stany podświadome istnieją w nas jako stany *psychiczne*; 2^o że mają cechę swoistych czuć rodzajowych, lub kinetyczno - rodzajowych, stanowiących cieniowanie świadomych zjawisk psychicznych o charakterze przeważnie intelektualnym i w przeciwstawieniu do tych ostatnich mają raczej odcień uczuciowo - wzruszeniowy; 3^o że podobnie jak stany świadome posiadają życie własne: ulegają zmianom, grupują się w sploty; wynurzają się z głębokich warstw psychiki lub pogrążają coraz bardziej w ciemnię; 4^o że wywierają duży wpływ na naszą psychikę świadomą, która z kolei oddziaływa na nie; 5^o że nasza osobowość psychiczna w danej chwili stanowi agregat zespołów świadomych i podświadomych.

Wiemy, że wszystkim zjawiskom psychicznym świadomym, zarówno intelektualnym jak uczuciowo - wzruszeniowym, towarzyszą zmiany organiczne w szybkości tętna, prędkości i typie oddechania, napięciu mięśni, wydzielaniu gruczołów, a nawet w stanie koloidalnym białka komórek tkankowych. Zmiany te częściowo zbadane dokładnie, częściowo będące w toku badań, lub których badanie zostało dopiero rozpoczęte wykazały jednak: 1^o że każdy stan psychiczny świadomy posiada swój równoważnik organiczny, 2^o że stany wzruszeniowo - uczuciowe zaznaczają się w nas silniejszą reakcją fizjologiczną niż stany intelektualne, których równoważniki organiczne są minimalne. Skoro stwierdziliśmy przeto istnienie stałe w naszym „ja” stanów psychicznych podświadomych, to z natury rzeczy nasuwa się pytanie, czy te ostatnie posiadają również swój odpowiednik organiczny. A priori należałoby przypuszczać, że tak być musi, lecz sprawę rozstrzygnąć może jedynie badanie eksperymentalne.

Ekseryment w danym wypadku przedstawia wielkie trudności, które nie odstraszyły jednak badaczy.

Edward Abramowski w tomie trzecim swych „Badań doświadczalnych nad pamięcią” podał wyniki pomysłowych swych eksperymentów nad reakcjami organicznymi podświadomości. Badania jego były przeprowadzone porównawczo, obejmując zmiany towarzyszące wrażeniom świadomym, wysiłkowi umysłowemu, wzruszeniu-wstrzą-

sowi wreszcie wrażeniom podświadomym, dotyczyły zaś reakcji krążeniowej, oddechowej, napięcia mięśniowego i reakcji psycho-galwanometrycznej.

Już przed *Abramowskim* obserwacje *Mosso* nad przyspieszeniem tętna u śpiących pod wpływem hałasu, *Lehmanna* nad reakcją oddechową w stosunku do wahań uwagi i nielicznych innych uczonych ustaliły fakt, że wrażenia podświadome posiadają reakcję organiczną, niemniej jednak dopiero *Abramowski* na podstawie licznych eksperymentów, streszczonych w tablicach analitycznych, wykazał, że stany podświadome nie tylko posiadają równoważnik organiczny we wszystkich funkcjach fizjologicznych, nad którymi podjął eksperymenty, lecz również, że ten równoważnik ma pewien typ jakościowy — typ bardzo bliski do równoważnika organicznego momentalnych wzruszeń świadomych.

Fakt ten, niezmiernie ważny, potwierdził przypuszczenie, że czucia rodzajowe, stanowiące w naszej introspekcji ślad podświadomego, mają cechę wzruszeniowo—uczuciową, na co naprowadził nas już zgóry mglisty a intelektualny charakter czuć rodzajowych.

Skoro stany podświadome posiadają — jak stwierdził eksperyment — swój spółrządnik w oddechaniu, krążeniu, zmianach napięcia mięśniowego i reakcji psycho-galwanometrycznej, to nie ulega wątpliwości, że i w innych funkcjach ustroju mają również swój odpowiednik. Reakcja psycho-galwanometryczna zwłaszcza dowodzi, że zmiany chemiczno-biologiczne w komórce towarzyszą też stanom podświadomości.

Najważniejszym jest jednak zagadnienie, czy dadzą się odnaleźć ośrodki centralne układu nerwowego, funkcjonujące przy występowaniu w naszej psychice stanów podświadomych, a jeżeli tak, to jaka jest ich lokalizacja w mózgu.

Już z historii rozwoju mózgu w ewolucji gatunków wiemy, że zarówno system nerwowy, jak i jego ośrodki rozwijały się i doskonaliły stopniowo.

Pierwsze zaczątki zróżniczkowanej komórki nerwowej spotykamy u jamochłonnych, a mianowicie u gąbek. U robaków mamy już układ nerwowy segmentalny, który osiąga najwyższy stopień rozwoju u stawonogich. U kręgowców zjawiają się zróżniczkowane ośrodki rdzeniowo-mózgowe, znajdujące swój najwyższy wyraz w półkulach i korze mózgowej. Ten sam proces w myśl prawa *Haeckla* (ontogeneza równa się filogenezie) powtarza się w rozwoju embrjonalnym człowieka, gdzie półkule i kora mózgowa stanowią ostatni szczebel w ontogenezie mózgu. Równolegle z rozwojem mózgu

odbywał się i rozwój psychiki u istot żywych od stanów początkowych wrażliwości ustrojowej niezróżniczkowanej żywej proto, plazmy poprzez wrażenia nerwowe, wyodrębnione i bardziej wyraźne, nie posiadające wszakże żadnego ekwiwalentu psychicznego, do stanów o charakterze psychicznym wyraźnym, takich jak: stany podświadome a intelektualne, czucia cenestezji ogólnej, stany uczuciowo-wzruszeniowe, wreszcie stany intelektualne w najszerszym tego słowa znaczeniu wraz z postępkami dowolnymi.

Kora mózgowa jest — jak wiemy — narządem odpowiadającym działalności psychiki najwyższej, zintelektualizowanej, przyczem jest to narząd zróżniczkowany, w którym specjalne okolice odpowiadają wyobrażeniom świadomym z danych części lub narządów ciała.

Czy są tam okolice, odpowiadające narządom wewnętrznym, dostarczającym nieokreślonych czuć cenestezji ogólnej, pozostaje do tychczas jeszcze kwestją sporną, aczkolwiek prace takich neurologów, jak *Bechterew*, *Sherrington*, *Adler*, *Förster* i wielu innych stwierdziły w korze ośrodki inervacji niektórych narządów życia roślinnego. Tak w okolicy paracentralnej znaleziono ośrodki rządzące mięśniami prostonicy, pęcherza moczowego, wywołujące skurcz macicy u samic, a naprężenie członka u samców. W pasie ruchowym natrafiono na punkty, których podrażnienie wywołuje skurcz, lub rozkurcz warstw mięśniowych żołądka i kiszek. Nie jest to dużo, niemniej jednak świadczy o tem, że narządy wewnętrzne życia roślinnego, przynajmniej niektóre, posiadają mniej lub bardziej wyraźną lokalizację w korze mózgowej.

Jak wiemy, układ nerwowy kierujący sprawami życia roślinnego dzieli się na dwa systemy: współczulny i parasympatyczny, mające odrębne pochodzenie anatomiczne i działanie fizjologiczne. Oddawna już znano ośrodki, rządzące funkcjami roślinnymi, w rdzeniu przedłużonym: jądro grzbietowe nerwu błędnego, jądro naczyńioruchowe, ślinianek i inne; w nowszych czasach zaczęto odnajdywać coraz więcej ośrodków życia roślinnego w moście Varola, szypułkach mózgowych, ciałkach czworaczych i w śródmózdzu na dnie trzeciej komory w okolicy guza popielatego i lejka przysadki. Uszkodzenia tych jąder wywołują zaburzenia w niektórych sprawach życia roślinnego, jak zmiany termiczne, zmiany wydzielnicze potu, skurcz naczyń i t. p. Eksperymentalne badania *Aschnera*, *Roussy'ego*, *Car-musa*, *Lhermitta* nad przemianą materji stwierdziły, że znaczna część zaburzeń w tej dziedzinie, przypisywanych dawniej przysadce, zależy od zmian w ośrodkach śródmózdzia.

Uszkodzenie podstawy mózgu w okolicy lejka i guza popiela-

tego powoduje cukromocz i polyurię u zwierząt doświadczalnych. Widzimy więc, że przy obecnym stanie wiedzy główną częścią mózgu, odgrywającą najważniejszą rolę w reprezentacji czuć cenestezji ogólnej, są ośrodki pozakorowe podwzgórza i śródmózdzia i że kora ma tu znaczenie bardzo ograniczone. Wnioski powyższe oparte na badaniach eksperymentalnych i częściowo klinicznych, zgadzają się z wywodami, jakie nasuwają się z rozważań czysto teoretycznych. W ewolucji filogenetycznej czucia ustrojowe, posiadające charakter psychiczny rozlany i nie dające się ściśle umiejscowić, musiały powstać wcześniej, niż rozwinęły się półkule mózgowe i ich kora, toteż musiały znaleźć swą reprezentację w częściach mózgu pozakorowych, i jeśli kora mózgowa później zyskała pewien wpływ na nie, to w każdym razie główne centry niemi rządzące z konieczności znajdując się muszą poza nią. Jak wspominaliśmy podświadomość czerpie szczerze swój materiał z tych czuć o lokalizacji pozakorowej o charakterze rozlanym i zbliżonym do stanów wzruszeniowych. Stany uczuciowo-wzruszeniowe, tak samo jak czucia cenestezji, stanowią ogniwo przechodnie pomiędzy stanami intelektualnymi wyraźnie świadomymi, przyczem w stanach wzruszeniowych proces intelektualizacji znajduje się na wyższym stopniu, niż w czuciach życia roślinnego. To też działalność kory mózgowej we wzruszeniowości gra większą rolę, niż w cenestezji ogólnej. Niemniej jednak w ruchach automatycznych wzruszeń wielkie centra środkowe podkorowe (ciało prążkowane, wzgórek wzrokowy) oraz jądra podwzgórza (jądro czerwone, ciało *Luysa*, istota czarna *Soemerynga*, jądro *Dejtersa*, jądro *Darkszewicza*, pola *Forela* i ich drogi kojarzeniowe odgrywają znaczną rolę.

Badania wielkiej liczby uczonych z obojgiem *Vogtami*, *Wilsonem* i *Försterem* na czele nad zespołami i drogami pozapiramidowymi wykazały, że ruchy automatyczne wzruszeń oraz także ruchy przejściowe do podświadomych, jak ruchy atetotyczne, propulsji i retropulsji mają swe siedlisko w wielkich ośrodkach podkorowych oraz okolicy podwzgórkowej, przyczem udział w ich reprezentacji bierze również mózdzek.

To samo — być może — dotyczy przejawów ruchowych takich, jak łuk histeryczny, rzuty balistyczne całego korpusu w czasie wielkich ataków historycznych. W tych ostatnich nieraz stwierdzano woskową giętkość mięśni, a sam kilkakrotnie stwierdziłem wzmożone napięcie mięśniowe podobne do tego, jakie spotykamy w stanach parkinsonizmu pośpiączkowego i innych chorobach, w których dotknięty jest system ruchowy pozapiramidalny (jak choroba *Wilsona*, atetozu obustronna, płasawica *Hunlingtona* i t. d.)

Aczkolwiek więc doświadczenia *Sherringtona* udowodniły, że kora mózgowa bierze udział w powstawaniu stanów wzruszeniowych, to jednak większość automatyzmów tych stanów ma swe siedlisko w ośrodkach pozakorowych.

Tak więc już dwie wielkie grupy stanów, z których czerpie swój materiał podświadomość mają swą reprezentację w przeważającej mierze w ośrodkach pozakorowych.

Przejdźmy obecnie do stanów przyćmionej świadomości, najbardziej zbliżonych do podświadomych — tak zwanych stanów hipnoidalnych i zobaczmy, co przy obecnym stanie wiedzy da się powiedzieć o ośrodkach mózgowych, zespolonych z² ich występowaniem.

Przebieg snu normalnego występującego periodycznie i rytmicznie u zdrowego człowieka, ma trzy fazy: zasypianie, rozpoczynające się sennością, sen właściwy o różnych stopniach głębokości i budzenie się. Każda z tych faz posiada odpowiadający jej stan umysłu oraz zjawiska ustrojowe współlistniejące. W fazie zasypiania zjawia się uczucie rozlanego zmęczenia psychicznego, które nie pozwala nam skupiać uwagi na otrzymywanych z otoczenia wrażeniach, kojarzenia odbywają się automatycznie, zjawiają się wspomnienia, niekształcone wskutek braku sprawdzianów realnych; z powodu tej samej przyczyny zaniku krytycyzmu intelektualnego stany hipnoidalne przybierają coraz bardziej charakter halucynacyjny, powstają zespoły, utworzone na podstawie wspólnych nastrojów wzruszeniowych, jak to ma miejsce w dziedzinie podświadomości, wskutek czego marzenia przybierają nieraz charakter dziwaczny, groteskowy, aż wreszcie następuje druga faza: zjawia się sen, w czasie którego wraz z jego pogłębieniem marzenia senne stopniowo zanikają i nasza psychika pogrąża się w stan, graniczący nieomal z aidealizmem całkowitym.

Przy budzeniu się stany psychiczne stopniowo w odwrotnym kierunku przybierają stosunkowo szybko charakter normalny. Co do zmian ustrojowych, towarzyszących wymienionym trzem fazom snu, to wiemy, że głębokiemu snowi towarzyszy zniesienie napięcia mięśni prążkowanych prócz niektórych ocznych (wskutek czego gałki oczne są zwrócone ku górze a źrenice zwężone), osłabienie znaczne czuć zewnętrznych (dotykowych, bólowych), wrażliwości zmysłów. natomiast łatwiejszy jest dostęp do psychiki śpiącego czuć cenestezji ogólnej, zwłaszcza o cechach płciowych.

W fazie zasypiania mamy wzmożone napięcie mięśni, trwające krótko i dlatego często niedostrzegane przez badaczy, rozszerzenie źrenic, nadwrażliwość czuciową w zakresie bólu i dotyku, tak samo

rzecz się ma w fazie budzenia się, gdzie stwierdzono również nadwrażliwość zmysłową.

Prócz zmiennego prądu stanów psychicznych, przepływających przez naszą świadomość na powierzchni, i stałych prądów głębokiej podświadomości płytszej, istnieje w naszej psychice pewien czynnik psychiczny kierowniczy, regulujący w naszej osobowości aktualnej ustosunkowanie stanów intelektualnych do wzruszeniowo-uczuciowych i podświadomych, powodujący zmienianie się na ekranie uwagi czynnej stanów świadomości, wreszcie puszczający w ruch reakcję czynnościową, bądź uwarunkowaną filogenetycznie bądź indywidualną. Wyrazem filogenetycznym tego czynnika normującego jest tak zwany temperament, wyrazem ontogenetycznym — charakter. Istnienie tego czynnika kierowniczego w psychice dostrzegali oddawna zarówno psychofizjolodzy, jak filozofowie, nadając mu rozmaite nazwy — dusza (*Dekart*), wola (*Schopenhauer*), idea-siła (*Fouillée*) i t. d.

Nie chodzi tu jednak o nazwę, lecz o stwierdzenie, że taki czynnik istnieje, że spełnia w naszej psychice dość ściśle określoną funkcję, którą możliwie precyzyjnie staraliśmy się powyżej zdefiniować, i że, jak na podstawie analogii mamy prawo się spodziewać, winien posiadać w naszym mózgu odpowiedni aparat, mający bądź rozlaną bądź ograniczoną do pewnych okolic lokalizację. Dawniejsi filozofowie, nie posiadając danych faktycznych, umiejscawiali dowolnie w rozmaitych, ściśle określonych częściach mózgu, tak zwaną „duszę”, odpowiadającą w grubych zarysach naszemu pojęciu czynnika kierowniczo-regulacyjnego. W nowszych czasach porzucono jako fantastyczne wszystkie te umiejscowienia i wogóle przestano się zajmować tą kwestją, jako noszącą na sobie piętno metafizyki i nie opierającą się na żadnych faktach pozytywnych. Dopiero w ostatnich latach nagromadzać się zaczęło coraz więcej danych z obserwacji klinicznych, z początku nasuwających domniemanie, a później coraz więcej gruntujących hipotezę istnienia okolicy lub okolic w mózgu, gdzie umiejscawia się aparat kierowniczo-regulacyjny naszej psychiki. Były nawet dokonywane w tym celu eksperymentalne badania na zwierzętach, które miały na celu stwierdzić prawdziwość spostrzeżeń klinicznych, lecz te jako mniej demonstratywne pominiemy milczeniem i przejdziemy do rozpatrzenia obserwacji klinicznych.

Jan Pamus w szeregu prac stara się uzasadnić hipotezę istnienia aparatu, regulującego działalność naszej psychiki, i ustalić jego lokalizację w śródmózdku w pobliżu „ośrodków funkcji wymiany materji (*de la nutrition*)."

Lhermitte ustala również jego siedlisko „niedaleko od ośrodka czuwania w tej okolicy podstawy mózgu, gdzie eksperymenty i anatomja pozwoliły nam odkryć wspaniały rozkwit ośrodków ustrojowo-roślinnych¹⁾”. Obaj więc badacze umiejscawiają go w okolicy dna trzeciej komory i guza popielatego. Na poparcie swej hipotezy przytaczają mnóstwo faktów, zaczerpniętych z obserwacji chorych pośpiączkowych oraz dotkniętych nowotworami okolicy przysadki i trzeciej komory mózgu. Bardzo liczne obserwacje chorych, dotkniętych parkinsonizmem pośpiączkowym, stwierdziły, że prócz zmian organicznych u chorych tych wykazać się dają liczne zmiany psychiczne swoiste, polegające nie na zaburzeniach jakościowych w zjawiskach świadomych, lecz na zmianach humoru, charakteru, nagłych zmianach nastroju wzruszeniowego, niespodziewanem przejściu od napadowego płaczu do niepohamowanego śmiechu, braku inicjatywy, do wszelkich poczynąń, szczególnie o charakterze więcej skomplikowanym, niemożności przystosowania się do napotykanym przeszkód, trudności skupienia uwagi i przenoszenia jej dowolnie z jednych pojęć na inne dla dokonania syntezy, braku decyzji, uczucia niepewności, zwolnienia biegu procesów intelektualnych wraz ze zwolnieniem ekspresji wzruszeniowo-uczuciowej, wreszcie — co na podstawie własnych obserwacji musimy stwierdzić — osłabieniu ciągu płciowego i uczuć z nim zespolonych. Obserwacje, te aczkolwiek zupełnie dokładne i dokonane wielokrotnie przez licznych badaczy, nasuwają jednak — jak to stwierdza sam *Lhermitte* — pewne zastrzeżenia co do interpretacji. Aczkolwiek bowiem śpiączka czyni rzeczywiście największe spustoszenia na podstawie mózgu, niemniej jednak i zmiany korowe nie należą w niej do rzadkości. a przeto w zaburzeniach psychicznych pośpiączkowych nie da się całkowicie wyłączyć udziału kory. Szalę jednak przeważają obserwacje nad zmianami psychiki w stanach chorobliwych, ściśle zlokalizowanych na podstawie mózgu w okolicy przysadki i trzeciej komory, takich jak nowotwory i uszkodzenia masowe. Niestety obserwacje te nie są liczne i niepotwierdzone sekcyjnie, niemniej jednak znaczenie ich dowodowe nie da się zakwestjonować.

Obserwacje kliniczne i ich analizy oraz krytyka mimo wszystko doprowadzają nas do uzasadnionego przypuszczenia, że w naszej psychice istnieją zjawiska o charakterze kierowniczo-regulacyjnym, które posiadają swoją lokalizację w ośrodkach mózgu. Ośrodek taki znajduje się w śródmózdku w okolicy trzeciej komory i pełni

¹⁾ Les fondaments biologiques de la psychologie.

między innymi funkcję automatycznego regulatora ustosunkowania stanów podświadomych i im pokrewnych do stanów świadomych. Czy jest to jednak ośrodek jedyny tego rodzaju, czy w innych częściach mózgu, a zwłaszcza w korze mózgowej nie mamy ośrodków o funkcji podobnej, o tem wątpić można. Już rozważania teoretyczne nasuwać nam muszą myśl, że po ustaleniu się aparatu regulacyjno-kierowniczego w filogenetycznie starszej podkorowej części mózgu coraz bogatszy rozwój psychiki, pojawienie się coraz to wyższych jej przejawów, doprowadzić z kolei musiał do powstania ośrodków reprezentacyjnych dla analogicznych funkcji regulatorско-kierowniczych w korze mózgowej.

Zobaczmy, co mówią nam o tem obserwacje kliniczne i czy nie moglibyśmy się już dziś pokusić o odnalezienie podobnego rodzaju ośrodka w korze mózgowej.

Do czasów wojny światowej płaty czołowe mózgu uważane były za okolicę bez wyrazu; dopiero obserwacje licznych uszkodzeń kory tej części mózgu wykazały, że po ranach tej okolicy pozostają zaburzenia zarówno w sferze ruchowej i czuciowej jak i wyższych stanów psychicznych. *Biauchi* wykazał, że podrażnienie zwoju przedczołowego powoduje zwrot boczny gałek ocznych, ruchy na bok głowy oraz nastawianie ucha takie, jak przy nasłuchiwanu — słowem ruchy, których zespół występuje przy czynnej uwadze.

Spostrzeżenie powyższe potwierdził *Ferrier*. *Libertini* i *Oddi* zwrócili uwagę na wpływ hamujący ośrodków czołowych ma odruchy rdzeniowe. Prócz tego stwierdzono udział zrazów czołowych mózgu w zachowaniu równowagi zwierzęcia, *Bechterew*, *Rossolimo* i inni stwierdzili, że zwierzę, któremu usunięto zwoje czołowe, robi się mniej wrażliwe, senne, a po pewnym czasie występują wyraźne zmiany w jego charakterze: pies staje się zły, gniewliwy, napastliwy. *Biauchi* spostrzegał u operowanej małpy prócz zaburzeń w pamięci i spostrzeganiu, całkowity brak inicjatywy w połączeniu z niemożnością koordynacji szeregu aktów prostych dla wykonania postępowania skomplikowanego.

W zakresie zmian psychiki u człowieka obserwacje kliniczne *Goldsteina*, a przedewszystkiem *Poppelreutera*, *Feuchtwangera*, *Müllera* i wielu innych stwierdziły utratę wyrazu mimiki i inicjatywy do ruchu, apatię, brak woli, zwolnienie czasu reakcji, brak równowagi psychicznej.

Wszyscy badacze zgadzają się, że przy uszkodzeniach kory płatów czołowych najbardziej naruszona jest uwaga dowolna: wszelki wysiłek umysłowy staje się niemożliwy, przeciwnie procesy podświa-

dome, marzenia, stany hipnoidalne mają bieg ułatwiony i dochodzą niekiedy do bredzenia halucynacyjnego na jawie bez związku z rzeczywistością.

Zatrzymaliśmy się tak długo nad funkcją zwojów czołowych dlatego, że zjawiska psychiczne, towarzyszące ich uszkodzeniu lub chorobie, mają charakter bardzo podobny do zjawisk psychicznych opisanych przez nas przy zmianach chorobowych na podstawie czaszki w okolicy, gdzie *Camus* i *Lhermitte* umiejscawiają swój aparat regulacyjny psychiki. Mamy tu więc tak samo jak i tam zmiany charakteru, brak równowagi psychicznej, zaburzenia w inicjatywie, syntezie i wprowadzaniu na ekran świadomości stanów psychicznych. W tej ostatniej dziedzinie, czyli sferze uwagi dowolnej, zaburzenia zaznaczają się tu daleko wyraźniej i intensywniej, niż przy zmianach pozakorowych. Jeżeli przeto uważaliśmy za prawdopodobne przypuszczenie istnienia ośrodka aparatu kierowniczo-regulacyjnego w okolicy komory trzeciej podstawy mózgu, to z tym samym stopniem prawdopodobieństwa możemy przyjąć istnienie takiegoż ośrodka w płacie czołowym kory. Ośrodek ten, jako powstały w rozwoju filogenetycznym później od pierwszego, byłby od niego hierarchicznie wyższym, jak to widzimy zresztą i w stosunkach innych ośrodków korowych mózgu do analogicznych pozakorowych. W naszej przeto hipotezie mielibyśmy w mózgu nie jeden, lecz dwa ośrodki reprezentujące aparaty regulacyjne, kierujące naszą psychiką: jeden pozakorowy, drugi korowy.

Ośrodki te znajdowałyby się ze sobą w hierarchicznym związku i częściowo mogły się zastępować i uzupełniać. Ponieważ istnieją specjalne drogi mózgowe, pomiędzy mostem a korą płatów czołowych, przeto łączność anatomiczna wspomnianych dwóch ośrodków jest ustalona, przez co nasza hipoteza zyskuje większy stopień prawdopodobieństwa. Jej słabym punktem jest niedość ścisła lokalizacja obu połączonych kierowniczych aparatów.

Należy zwrócić jednak uwagę, że aparaty, o których mowa, spełniają funkcję psychiczną wprawdzie skoordynowaną, lecz niezmiernie złożoną i że lokalizacja w tym wypadku musi mieć charakter mniej ześrodkowany, a bardziej szeroki.

(Państw. Zakład dla umysł. chor. w Kulparkowie Dyr. Dr. Władysław Sochacki).

ZNACZENIE PSYCHOMOTORYKI DLA PRZEBIEGU I PROGNOZY PSYCHOZ ENDOGENNYCH.

podała

DR. HELENA KATZÓWNA.

Korelacja między budową ciała a charakterem, a w następstwie tego konstytucjonalna zależność względnie stosunek do charakteru i psychozy stworzyła dla nauki przewrót, nowe pole dla dociekań i nowy kierunek dla badań, zapoczątkowanych przez *Kretschmera* i jego szkołę. Na tej podstawie udało się stworzyć typy konstytucjonalne i dał się wykazać ich ścisły związek przyczynowy ze strukturą osobowości, który dał biologiczną podstawę dla wszelkiego rodzaju badań, jak to: w powstawaniu genotypu w psychozie, w możliwości przewidywania przebiegu choroby i prognozy odnośnie do wyniku. Wedle *Kretschmera* bowiem istnieją stałe znamiona konstytucjonalne, które posiadają stałą tendencję rozwojową niezależnie od rasy i wieku, jakiś troficzny czynnik, który decyduje o konstytucjonalnym i biologicznym typie, a temsamem o danej całkowitej osobowości, tudzież o formie i przebiegu ewentualnego zachorzenia psychicznego, tak że można przyjąć, iż w okresie rozwoju mają miejsce tylko drobne przesunięcia a nie esencjonalne zmiany w rozumieniu zasadniczych form konstytucjonalnych. To znaczy, że w okresie rozwoju jednostki przed jej dojrzałością, można stwierdzić istnienie tendencji do powstania jakiegoś określonego typu konstytucjonalnego i mimo, że nie doszło jeszcze do sformowania się i zróżniczkowania ogólnych form i całości biologicznej, można przepowiedzieć jakiego rodzaju typ powstanie.

W ścisłym związku z nauką o Konstytucji *Kretschmera* stoją prace doświadczalne z zakresu psychomotoryki.

Psychomotoryka jest żywym wyrazem charakteru człowieka, a jej ujęcie jest konieczną częścią składową psychoficznie uświadomionego badania osobowości.

Zadania psychomotoryki są rozmaite i odnoszą się: 1) do spreycyzowania wzajemnych stosunków konstytucjonalnych biologicznych czynników psychomotoryki, 2) do zbadania motoryki nerwowo i umysłowo chorych, aby w ten sposób przerzucić pomost od organicznej neurologii do konstytucjonalnych faktów i wniosków. Badanie nad psychomotoryką w połączeniu z nauką *Kretschmera* daje możliwość odpowiedniego ujęcia biologicznego psychopatii, zarówno jak i normalnych odmian typu osobowego w związku z podłożem, ponadto uzasadnia konieczność rozszerzenia badań nad nią (jako ważnego czynnika w pedagogice, psychotechnice, poradnictwie dla młodzieży i w poradnictwie zawodowym).

Motoryczne właściwości są rozmaite i przy analizie wykazują biologiczne konstytucjonalne zabarwienie. Produktywność psychoruchowa człowieka, sztuki piękne, ujęcie i przeżycie odnośnie do formy i barwy objawia się w całej pełni i w typach konstytucjonalnych stworzonych przez *Kretschmera* daje się zapomocą tych typów wytłumaczyć. Inaczej objawia się ona u pyknika, u którego jest miękką i ciepłą, barwną i słoneczną, inaczej zaś u leptosoma, u którego wyraża się w sposób sztywny i kanciasty, często twardy, pełen sprzeczności i niezgrabny, jak to ma często miejsce w okresie pokwitania, a więc coś w rodzaju przedłużenia okresu pokwitania, jakiś psychomotoryczny zastój w rozwoju, z którym idą w parze u tego typu także zastój w rozwoju psycho-uczuciowym a nawet w rozwoju intelektualnym. Badania *Enkego* w oparciu się o metodę nad motoryką zdrowych i umysłowo chorych w oparciu się o metodę *Kretschmera* dostarczyły dużo bardzo interesującego materiału. Eksperymentalnie dały się wypracować rozmaite gatunki motoryki i rytmu, przyczem uwydatnia się różnica wyrazu form obu zasadniczych typów w sposób jaskrawy. Odnośnie do istoty i genezy rytmu powstały różne teorie. *Karol Bücher* twierdzi, że pierwotną przyczyną powstania rytmu były monotonne ruchy ludzi pierwotnych, wykonywane przy spełnianiu pewnych prac, wymagających stale tych samych poruszeń. Tego rodzaju rytmika ruchów miała podobno ułatwiać pracę. Istnieje wiele hipotez co do znaczenia rytmu. Jedno można stwierdzić ponad wszelką możliwość a mianowicie, że rytm jest wyrazem radości życia i nosi w sobie znamiona rozkoszy. Często bardzo po jakimś radosnem przeżyciu chód nasz staje się rytmiczny, a chodząc odczuwamy rozkosz z powodu tego rytmu. Ze strony rosyjskich badaczy czynione były próby zróżniczkowania psychomotorycznych właściwości z punktu widzenia umiejscowienia ich w mózgu. Wysiłki te są z tego względu ważne dla nauki, ponie-

waż wytwarzają łączność między problemami neurologicznymi a konstytucjonalnymi. Rosyjscy uczeni jak *Górewicz* i *Oserecki* podają rezultaty swych badań nad motoryką, przeprowadzonych na bogatym materiale, i usiłują przedstawić rozmaite części składowe motoryki jak np. szybkość ruchów energię i precyzyjność ruchów, rytmiczność i wykończenie form ruchu, jako frontalne, piramidowe i ekstrapiramidowe składowe psychomotoryki; próbują oni umiejscowić je w mózgu, podkreślają przytem jednak, że tego rodzaju lokalizacje są narazie tylko warunkowe i prowizoryczne. Ponadto przyjmuje *Górewicz* że z pomiędzy składników psychomotoryki występuje rytmika i ruchy automatyczne u cyklotymicznych pykników i cyklotymicznych leptosomów (nieco słabiej jednak pozytywnie), natomiast brak ich u leptosomicznych schizofreników i u pyknicznych schizofreników. Wiemy natomiast z obserwacji klinicznej, że typy leptos. schizotymiczne w razie zachorzenia psychicznego, gdzie występuje na jaw czynnik konstytucjonalno-biologiczny bez osłony kultury i treningu zawodowego, cofając się często do głębszych warstw, do prymitywniejszych faz rozwoju, produkują właśnie owe monotonne rytmiczne formy motoryczne. Jeżeli natomiast wymienieni autorzy przyjmują rytmiczność jako rezultat wszystkich ruchów ogólnej motoryki, które podzielone między sobą tworzą zaokrągloną harmonijną całość, to możnaby się wówczas z tem zapatrywaniem zgodzić i przyjąć rytm jako składową cyklotymiczną psychomotorykę. Zdolność do automatyzacji jest natomiast wyłącznie cechą leptosom. schizotymicznych typów konstytucjonalnych i schizofrenów w razie katastrofy psychicznej. Dalej przypuszcza *Górewicz*, że zdolność do równoczesnych ruchów jest typowo frontalnie zlokalizowaną funkcją i jest produktem kultury i treningu, przyczem należy ona do składowych stanów motoryki typów schizofrenicznych. I znowu z obserwacji klinicznej wiemy, że leptosom. schizotym w razie zachorowania manifestuje syndromy objawów, które przedstawiają się jako regresja na niższy stopień rozwoju, otrząsa się z wszelkich zdobyczy kultury i cywilizacji, zachowuje się bardzo często jak człowiek pierwotny.

Przystępuję obecnie do badań eksperymentalnych według eksperymentalnych i filozoficznych badań nad psychomotoryką *Enkego*, które wzbogaciły te dziedziny bardzo cennym materiałem. Badania te dotyczą równie kobiet, jak i mężczyzn o rozmaitym stopniu inteligencji i wykształcenia w wieku od lat 16 do 55. Nacisk specjalny położony został na łatwość zadania i pochodzenie jego z życia codziennego. Starano się przytem w miarę możliwości uniezależnić je od zawodu, wykształcenia i innych właściwości nabytych. Własne badania *Enkego* obejmują:

1) badania psychomotoryczne przy pomocy tremometru i ergografu bez i przy odwracaniu uwagi.

2) badania koordynacji drobnej motoryki (zręczności), ogólnej motoryki, afektu, woli i wzajemnego oddziaływania na siebie powyższych funkcji psychicznych.

Badania te dokonywane przez pukanie i liczenie w pół sekundowym takcie metronomu wykazały, że tempo pyknika jest powolniejsze, natomiast, że leptosom początkowo źle dostosowuje się do liczenia w pewnym określonym takcie na skutek zaabsorbowania się własnym rytmem; ponadto brak mu powietrza wywołanego złą techniką oddychania. Wogóle przystosowanie się do narzuconego mu tempa sprawia leptosomowi trudności. U pyknika przystosowanie się było łatwe i w zgodzie z techniką oddychania, samo zaś tempo jego było powolniejsze, natomiast leptosomi wykazywali większą szybkość tempa a przytem miarowość i monotonność. Było też u nich widoczne usiłowanie wykonania zadania w sposób ścisły i równomierny. Różnica tempa u obu typów da się wytłumaczyć różnicą właściwości obu charakterów, odgrywało też rolę pewne afektywne napięcie, które leptosoma skłania z chwilą, gdy się już raz czegoś podjął, do wykonania tego w sposób najlepszy i najpoprawniejszy. Pyknik natomiast zgadza się łatwo na każde zadanie, nie troszcząc się wiele o wyniki. To, co u schizotypika wygląda na pedanterję zmienia się w wypadku choroby na automatyczność, stereotypję i persewerację. Celem badania oburęczności, to zn. zdolności wykonania w tym samym czasie oburęcznie dwu różnych zadań przy pomocy ergografu (np. jedną ręką poruszać ciężary a drugą spisywać liczby, albo tylko w pamięci je zliczać), robiono doświadczenia, które wykazały znowu u niepyknika tendencję do steotypowania obu ruchów, pyknik natomiast wykonał oba zadania w zaokrąglonem swobodnem tempie z pewną niezależnością obu ruchów wzajemnie od siebie. Oprócz tego występowała pewna właściwość psychomotoryki u typu leptos-schizotypicznego, a mianowicie podzielność ogólna uwagi i temsamem możność równoczesnego wykonania dwu zadań. Ta podzielność uwagi, udowodniona eksperymentem, a minimalna u pyknika, jest integralną składową intrapsychiczną typu konstytucjonalnie schizotypicznego, która rozwija się krańcowo w razie katastrofy psychicznej i nadaje chorobie swoiste zabarwienie schizofreniczne — jest to wtedy owa zdolność równoczesnego opracowywania w świadomości dwu tematów, zdolność do zagęszczania ich, przyczem mimika albo śmiech niedostosowany do treści wywołuje tak słaby rezonans u otoczenia, innemi słowy zdolność rozszcze-

pienia intrapsychicznego. Dla badania koordynacji były stosowane badania drobnej motoryki rąk (*Feinmotorik*) i zbiorowej motoryki całego ciała, jakoteż współpracy wzajemnej obu. *Enke* robił te badania przy pomocy tremometru, znanego psychotechnice, przyczem okazało się, co potwierdziły i inne badania, że najmniej czasu zużyli dla eksperymentu leptosomi i zrobili najmniej błędów. Najgorzej wykonali zadanie atletyczny. Okazało się zatem, że drobne i precyzyjne ruchy ręki i palców wymagają specjalnego uzdolnienia, które jest cechą psychomotoryki typów leptosomatyczno-schizotymicznych. To samo było przy badaniu sprawności i równoczesności obu rąk przy dwu rozmaitych ruchach. Przy użyciu napięcia uwagi i ambicji wykonali zadanie najlepiej schizotymicy w najkrótszym czasie przy najmniejszej ilości błędów, podczas gdy pyknicy, zaczawszy zadanie, szybko się niecierpili i nie wykończyli go. Na skali rezultatów powyższych zadań atletyczny byli w pośrodku. Podobne doświadczenia robił *Liebman*, którego wyniki zgadzały się z powyższymi danymi. *Friedman* twierdzi, że różnica w motoryce rąk obu typów polega na samodzielnym unerwieniu najdrobniejszych grup mięśni rąk, które ma być specjalnie u typów schizotymiczno — leptosomatycznych najbardziej różnicowane. Dla badania zbiorowej motoryki ciała służył eksperyment *Enkego* przy pomocy szklanki wody, a mianowicie przez środek pokoju jest rozpięta taśma na wysokości 40 cm. od podłogi — badany ma przenieść szklankę pełną wody przez taśmę i wylać ją do wysokiego cylindra szklanego. Eksperyment zyskuje na wartości ze względu na to, że jest prosty i nieskomplikowany. Zadanie to, składające się z dwu części, dobrze ilustruje różnicę konstytucji w motoryce obu typów, uwydatniającą się w wykonaniu zadania. Pierwsze zadanie polega na przeniesieniu bez rozlania wody przez taśmę, drugie na wlewniu bez rozlania wody obok do cylindra. Już samo rozpoczęcie eksperymentu uwydatniało różnicę konstytucjonalną typów. Leptosomi, zgodzwszy się na eksperyment, ujmowali to jako problemat ambicji, aby nie przelać ani kropli, z napiętą uwagą i skupionym wyrazem twarzy, z całą powagą kroczyli, przez taśmę, potykając się dość niezgrabnie; skoro zaś już szklankę przenieśli, to z łatwością, nie przelawszy ani kropli, wleli ją do cylindra. Inaczej miała się rzecz z pyknikami; nie biorąc serjo zadania, w ruchach zaokrąglonych i lekkich przenieśli przez pokój szklankę, a przy przelewaniu jej do cylindra okazali się niesprawnymi, rozlawszy wodę dookoła.

Jeżeli uważamy drobną motorykę jako cechę uzdolnienia psychomotorycznego, specjalnie rąk, to chód jest rezultatem zbiorowej motoryki całego ciała. U pyknika jest on zaokrąglony i elastyczny,

składowe ruchów nie są specjalnie zaakcentowane, wszystkie ruchy zlewają się miękko i swobodnie w harmonijną całość. Inaczej u leptosoma, chód jego jest sztywny i odmierzony, a ruchy często za długich kończyn mają charakter jakby nie należały do całości ruchów, a dały się wyłączyć.

Jako wyraz psychomotoryki ogólnej należy jeszcze podać pismo. Już opisowo można zaobserwować, że pismo pyknika tworzy zaokrągloną łagodnie falowaną linię, gdzie poszczególne słowa się zlewają, tworząc równomierną krzywą. Pismo pyknika sprawia ogólne wrażenie lekkości, niewymuszenia, swobody, litery są prawie regularne, tak co do formy jak i wielkości. Pismo natomiast leptosoma jest często skośne, litery poszczególne oderwane, stojące, sztywne i niepewne, często zdarza się mikrografia. Jak bardzo na charakter pisma wpływa napięcie afektywne, stojące znowu w związku z budową konstytucjonalną, udowodniły doświadczenia przy pomocy wagi *Kraepelina*. Różnice w ciśnieniu nie były zdeterminowane siłą fizyczną ale napięciem intrapsychicznym. Krzywa pyknika przedstawiała się jako spokojna fala, przyczem spadała do zera, do zupełnego zwolnienia napięcia mięśniowego. Inaczej u leptosoma, gdzie krzywa wykazuje stałe napięcie mięśniowe, nie ulegając zwolnieniu do zera. Powodem tego jest afekt i ambicja, by jak najlepiej zadanie wykonać, a zatem intrapsychiczne napięcie, a przy konstytucjonalnem uzdolnieniu tego typu do steortypji staje się zadanie bardziej ekonomiczne, wymagające mało sił i niemęczące. Również mimika i śmiech jest wyrazem psychomotoryki i zależna jest od czynników konstytucjonalnych. Mimika i śmiech pyknika są wielobarwne i wielopostaciowe, słoneczne i miękkie. Gra wyrazów zlewa się w harmonijną całość bez ostrych przejść i załamań. Biorą w niej udział równocześnie wszystkie części składowe twarzy w pełnym i żywym kontakcie ze wszystkim co pyknika otacza. Tej swobodnie i jednolicie zaakcentowanej cechy mimiki pyknika brak leptosomowi. Rozpada się ona u niego i dzieli na części składowe, tak jak to bywa z innymi cechami psychomotorycznymi u schizotypnika. Twarz mimicznie uboga, sztywna i maskowata, nieprzenikniona i tajemnicza, jakkolwiek nie należy sądzić, jakoby zatem kryła się pustka. Pewna inteligentna schizotypiczna psychopatka powiedziała mi raz, że najlepiej i najpewniej czuje się w swej masce, którą ma zawsze na twarzy; ilekroć usiłuje wyjść z siebie i zbliżyć się do otoczenia, ekstrawertować, zaczyna się czuć niepewnie, napada ją zaraz uczucie insuficjencji i znowu ucieka do swej skorupy. *Kretschmer* mówi w jednym miejscu „maska daje wrażliwemu schizoidowi naj-

pewniejszą formę współżycia ze swem otoczeniem". W razie katastrofy psychicznej sztywnieje ona i nieruchomieje coraz bardziej, mimika staje się krańcowo odruchową, nieskoordynowaną, śmiech staje się grymasem, który nie budzi echa u otoczenia.

Dla ilustracji wyżej powiedzianego podajemy cztery przypadki, pochodzące z obserwacji tutejszego szpitala i kliniki *Kretschmera* w Marburgu, a zatem rasowo, szczepowo i terytorjalnie różne¹⁾.

1) J. Z. lat 19, posiada zarówno jak i cała rodzina pewne właściwości psychomotoryczne, które zgadzają się bardzo dobrze z jej konstytucjonalnym typem, co było również pomocnem w doradzeniu jej zawodu w okresie popsychotycznym. Pacjentka pochodzi z obustronnie obciążonej rodziny: ze strony matki i ojca dwie psychozy i jedna nerwica, pozatem istnieje między ojcem i matką pokrewieństwo. Ojciec wykazuje budowę o konstytucji mieszanej atletyczno-leptosomatycznej, matka natomiast jest leptosomatyczno-dysplastyczna. Najstarsza siostra o typie leptosomicznym, zgrabna, schizotypiczna, u której autyzm przybrał formę dystygnowanie zdystansowaną, o mimice dość sztywnej, posiada głos również jednostajnie modulowany, drobną dobrą motorykę; specjalnie jest uzdolniona w drobiazgowych wykończeniach robót, wymagających zręczności (jest modniarką). Druga siostra posiada zawód intelektualny (uniwers, wykształcenie) o wybitnie leptosm. astenicznej budowie, dość uparta, trudno dająca się przekonać, w dyskusji jest nieustępliwa, egocentryczna. Mowa jej i mimika są nacechowane motorycznymi insuficjencjami, są monotonne, stereotypowe. Brat, o budowie bardziej leptosomicznej, o cechach charakteru krańcowo wybuchowego, przeskakuje w swych afektywnych wyładowaniach z jednego bieguna na drugi. Najmłodsza siostra o budowie leptos. astenicznej przeczulona, nadwrażliwa, skłonna do paranoicznych nastawień, w swoim odcinku życia (*Lebensraum*) zawsze źle się czuje, zawsze poszkodowana; w 14 roku życia z obawy przed samobójstwem poddała się psychoterapii. Pacjentka sama ma lat 19, o budowie leptos. hypoplastycznej, o cechach dysendokrynologicznych, dziwacznością swą zwracała na siebie uwagę już w okresie przedpsychotycznym. W dzieciństwie nadużyta płciowo przez nauczyciela, jak to często bywa u psychopatycznych dzieci zamilczała o tem przed rodziną i pozwalała na wielokrotne powtórzenie. Wskutek swej wrażliwości i uporu spra-

¹⁾ Na tem miejscu składam podziękowanie prof. *Kretschmerowi* i docentowi *Enkemu* za Ich cenne wskazówki i pozwolenie korzystania z materiału klinicznego i pracowni do badań nad psychomotoryką.

wiała trudności w wychowaniu, w domu toczyła walkę rywalizacyjną z młodszą, bardziej od siebie uzdolnioną, siostrą. Już od dzieciństwa zwracała na siebie uwagę swymi ruchami, które cechowało pewne napięcie, pewna sztywność, uwydatniająca się przy każdym poruszeniu, wywołująca u obserwatora przykre uczucie. To samo odnosiło się do jej głosu i mimiki. Specjalnie zaakcentowane były te cechy jej psychomotoryki przy tańcu i ćwiczeniach gimnastycznych. Wyniki w tym kierunku były słabe mimo wysiłku, a świadomość tego potęgowała u niej uczucie niewydolności. Równolegle do rozwijającego się procesu psychotycznego potęgowały się u pacjentki owe cechy motoryczne do groteski, nadając jej zachowaniu się wyraz swoistości procesu. W psychozie, z początku hebefrenicznie błaznując, przedstawiała potem zespół objawów katatonicznych, bardzo interesujący w wyrazie swej motoryki. Leżąc godzinami bez ruchu w łóżku, nagle nieprzewidzianie rzucała ciałem w górę pod sam sufit, ściągając umieszczoną tam lampę lub bezpośrednio pod sufitem wiszący obraz. Ruchy te były tak spontaniczne, że robiło to wrażenie, jakoby ciało było rzucone siłą obcą w górę, przytem pacjentka nie używała żadnej podpory. Ruchy jej były twarde i sztywne, ciało nie poddawało się zupełnie ruchom, kończyny zwieszały się nieudolnie i niezgrabnie. Te same cechy zaznaczały się przy każdym jej ruchu: przy jedzeniu, podaniu ręki i w okresie popsychotycznym w tańcu. Opisana przez *Kraepelina* utrata gracji (*Verlust an Gracie*), która w tańcu występuje jako elementarne zaburzenie ruchów, była u niej widoczną. Nie stosowała się do partnera i muzyki, demonstrując własne tempo, które po pewnej chwili nabierało formy steoretypji. Po ataku katatonicznym, społecznie wyleczona, miała po licznych próbach trudności w wyborze zawodu. Zgodnie z poradą lekarza przybiła w końcu do portu w laboratorium bakteriologicznym, gdzie jest laborantką do tej pory i nadaje się dobrze do czynności, wymagających drobnej motoryki, a steoretypja czynności znajduje tam zastosowanie, jak n. p. przy krajaniu agaru, myciu próbowek i t. p.

II. Przypadek drugi. M. N. lat 53, która od klimakterium po raz 5-ty choruje. Pacjentka sama, jakoteż jej rodzina określa to jako chorobę letnią, wiosenną i jesienną, przyczem na wiosnę jest wesolą, a w jesieni smutną. Choroba ma przebieg fazowy. Pacjentka pochodzi z zamożnej rodziny chłopskiej. Całe prawie rodzeństwo należy przeważnie do typu konstytucjonalnie pyknicznego lub do typu pyknicznego mieszanego z cechami innego typu, jak pacjentka sama. Wszyscy prawie są weseli, pełni życia i zadowoleni. Brat pacjentki — alkoholik. Starsza siostra cierpi od lat 15-stu na okresowe stany de-

presji, w których nie interesuje się domem i gospodarstwem, opuszcza je i przeważnie włóczy się, lub spędza ten czas u swych żonatych dzieci w sąsiedniej wsi; później powraca do domu. Siostra ta ma też największe zrozumienie dla stanu pacjentki. Ojciec pacjentki był alkoholikiem, wesołym i pełnym życia, matka miewała okresowe depresje. Pacjentka już w młodości bardzo zręczna, pomagała pilnie w gospodarstwie, zawsze pełna zadowolenia i radości. Wydawała zawsze dużo pieniędzy, robiła w kramiku wiejskim długie zakupy, wala i obdarowywała hojnie dzieci z sąsiedztwa. Ażeby mieć pod dostatkiem pieniędzy dla własnego użytku, zaczęła pracować w pobliskiej fabryce tytoniu, pomagając przytem w domowym gospodarstwie. W fabryce wybiła się wnet na pierwsze miejsce jako zdolna i zręczna robotnica i tutaj robiła wiele upominków, była też czynną w zorganizowaniu konsumu fabrycznego. Wyszła za mąż i po pierwszym i czwartym porodzie przechodziła depresje, z tego powodu była osiem tygodni w zakładzie. Wyleczona wracała do swych zajęć domowych i fabrycznych, pracowała gorliwie i z zapałem, nadając swej pracy barwę hypomanjakałnego tempa. Odnosnie do typu konstytucjonalnego była pacjentka pykniczką z atletycznymi dodatkami w budowie głowy i rąk. W psychozie wystąpiło urojenie zazdrości do męża, którego treścią było posądzenie go o stosunek z wnuczką. W zakładzie była zawsze lubiana przez otoczenie, zdobyła sobie prędko wśród pacjentów stanowisko kierownicze. I tu rozdawała chętnie jedzenie, zawsze wesoła, śpiewała i tańczyła, opowiadała dużo o sobie i chętnie się śmiała, śmiech jej był jasny i świeży, przyczem budził echo u otoczenia. Mimo wieku świeża i różowa, miała chód lekki i elastyczny. Ruchy jej były miarowe i zaokrąglone, miękko zlewając się w harmonijną całość, podobne były też i jej pismo. Obraz jej psychozy odpowiadałby jej typowi konstytucjonalnemu z pewną aberacją, którą był ów ściśle ograniczony syndrom urojeniowy, podobnie jak w typie jej obok prawie czystego typu konstytucjonalnego pyknicznego były dodatki innego typu konstytucjonalnego.

3) Przypadek trzeci, I. J. pacjentka lat 17, pochodzi z niemieckiej rodziny chłopskiej. Babka po stronie ojca była w zakładzie z powodu choroby umysłowej. Matka pacjentki przechodziła po drugim porodzie depresję, trwającą cały rok. Pod względem typu konstytucjonalnego była pacjentka atletyczną, posiadającą prócz tego cechy typu pyknicznego w budowie głowy, przede wszystkim twarzy i klatki piersiowej. Pacjentka została przywieziona do kliniki w stanie ostrego manjakałnego podniecenia, śpiewała, śmiała się bezustannie i płakała naprzemian. Nawiazywała szybko kontakt afek-

tywny z otoczeniem, mówiła wiele i dość rozbieżnie. Jeżeli się ją poddawało dokładnej obserwacji widocznem było, że ów kontakt z otoczeniem jest zupełnie powierzchowny, że wszystko co mówi obraca się wyłącznie dookoła jej własnej osoby, że się gmatwa i że to wszystko co mówi jest czcze i bez treści, a owo łudzące zbliżanie się do otoczenia jest pozbawione zupełnie afektu. Tem, co zwracało przede wszystkim uwagę na cały obraz i dawało mu barwę, były jej ruchy, które z dniem każdym stawały się bardziej typowe. Z początku nieco żywsze przybierały coraz bardziej rytm monotony i bezbarwny, stawały się coraz bardziej powolne, a tylko od czasu do czasu były wyładowania, a raczej rzuty gwałtowne, nieskoordynowane w kilku równocześnie kierunkach. Temu też odpowiadały jej wybuchowe stany afektu. Ruchy te z czasem stały się sztywne i odmierzone, mimika sztywna nieruchoma, naprzemian występował płacz i śmiech, również bezbarwne i monotonne, śmiech zbliżony raczej do grymasu, niebudzący oddźwięku w otoczeniu. Śmiech ten był tylko w wyrazie motoryką, brak mu było podkreślenia afektu. W okresie choroby nie przekraczała ram i przepisów kultury, była socjalną i dbała bardzo o swój wygląd zewnętrzny. Po trzecim tygodniu choroba przybrała formę depresji, pacjentka płakała już częściej i miała potrzebę zwierzenia się, poczem stawała się swobodniejszą, sztywna skorupa paczęła się rozluźniać, pacjentka zaczęła się już swobodniej poruszać, śmiać i mówić mimo to nie ustąpiły całkiem resztki owej sztywnej maski, która nadawała specyficzną cechę jej ogólnej psychomotoryce. Uśmiech jej, który był teraz znacznie swobodniejszy, był jednak ciągle tylko jakby skurczem mięśni bez odpowiedniego żywego zabarwienia afektywnego. Można było powiedzieć, że całość przedstawiała obraz schizofreniczny o zespole objawów katatonicznych i odpowiedniej temu motoryce. Jednakże linja całego obrazu chorobowego nie była jednolitą: zdawało się, że w całości obrazu są jakieś części składowe, należące do innego typu, które nadają jej cechy ekstrawersji. Widoczna była przez cały czas tendencja utrzymania się na powierzchni rzeczywistości i niecofania się na niższy stopień rozwoju, co się też pacjentce w okresie chorobowym udało. Za tem również przemawia dość szybka poprawa.

4) Przypadek czwarty. L. R. lat 30, przywieziona na klinikę z powodu ataków, które przedstawiały się, jako przebiegające błyskawicznie drgania całego ciała. Pacjentka kurczy całe ciało i skurczona rzuca niejako całem ciałem w jakąkolwiek stronę, rozrzucając ramiona i kurcząc je naprzemian. Ojciec pacjentki asteniczny leptosom był leczony w zakładzie z powodu choroby psychicznej. Pac-

jentka sama była już raz w klinice z powodu zamachu samobójczego o dość groteskowej formie: bezustannie wtykała głowę do naczynia pełnego wody, chcąc się utopić. Pod względem typu konstytucjonalnego miała budowę silnie leptosomiczną, prócz tego posiadała szereg cech infantylnych i męskich. Z wyglądu wydawał się atak, który miała w klinice, prawie typowo histerycznym, a zatem przemawiał za psychogennym zespołem objawów. W klinice zupełnie zamknięta w sobie separuje się od otoczenia, chodzi niezgrabnie, niezręcznie tak, że musi się ją oprowadzać, jest osłabiona i ma lęk przed atakami. Jeżeli się jednak bliżej obserwuje owe ataki, które pacjentka produkuje przeważnie w czasie wizyty lekarskiej, to wówczas widzi się prawie dokładnie, że w całym obrazie psychicznym obok tła podstawowego schizoidalnego jest jeszcze fasada pochodzenia innego a mianowicie psychorodnego. Tak samo i budowa fizyczna, obok podstawowej budowy leptosomicznej ma opóźnienia i zaburzenia rozwojowe, infantylizmy i t. d. Samo produkowanie ataku jest dość niezgrabne, robi to dość łatwo, nie interesując się zbytnio o efekt. Sam atak jest przytem bez wyrazu i treści, ruchy monotonicznie się powtarzające, odruchowe upadanie i podnoszenie się dość stereotypowe w jednym i tym samym ataku. Mimika jest przytem sztywna, nie bierze udziału w ataku, pacjentka sama mało się skarży i płacze, odpowiada tylko na pytania. Pierwiastek psychorodny, który imponuje w całym obrazie, jako fasada, jako psychorodna nadbudowa, robi wrażenie opóźnienia i zahamowania rozwojowego. Konstytucjonalny zaś pierwiastek podstawowy nadaje całości barwę i jemu odpowiada też zbiorowa psychomotoryka.

W n i o s k i:

1) Chcąc zebrać powyższe wywody, zgodnie z wywodami *von Rhodena* i in., przyjmujemy, że istnieje związek pomiędzy budową fizyczną a osobowością, ewentualnie psychozą, związek, który jest pojęciem, niezależnym od rasy, szczepu i terytorjum.

2) Morfologia objawów w razie katastrofy psychicznej jest zdeterminowana cechami psychofizycznymi, które są przesunięciem ilościowym lub zniekształceniem groteskowem tych samych cech u zdrowego w obrębie tego samego typu konstytucjonalnego.

3) Kombinacja rozmaitych fizycznych cech w obrębie typów konstytucjonalnych, jakoteż zaburzenia w rozwoju pozwalają na analizę symptomów, jakoteż na stawianie rokowania w danym wypadku

korzystniejsze, jeżeli w danym typie są domieszki typu konstytucji pyknicznej i odpowiadająca jemu motoryka. Ujęcie zatem i zrozumienie psychomotoryki, która jest wyrazem konstytucjonalnie zeterminowanej psychicznej struktury, pozwala na rozpoznanie i przewidywanie losu człowieka zdrowego w obrębie jego linii życiowej, jakoteż ułatwia rozpoznanie przebiegu i rokowanie choroby w razie katastrofy psychicznej.

4) Udało się stwierdzić przy pomocy eksperymentu, że z formy i przebiegu psychomotoryki danego człowieka można wyciągać wnioski co do jego użyteczności i zdolności do pracy oraz jej charakteru. Ponieważ w obrębie psychoz endogennych znajdujemy te same wartości konstytucjonalne i psychomotoryczne, co u zdrowego, tylko ilościowo lub czasem groteskowo zmienione, można wychodząc z tego założenia, zająć odpowiednie stanowisko do terapii pracy w obrębie tychże psychoz. Najprawdopodobniej należy pewne nieudane próby zajęcia w zakładzie niektórych popsychotycznych pacjentów odnieść do tego, że nie uwzględniano w danym przypadku wartości drobnej i ogólnej psychomotoryki danego typu, przydzielając mu nieodpowiadającą mu pracę. Dla psychiatrów, którzy muszą decydować o przyszłości uzdrowionego psychotyka i pchnąć go w szeregi produktywnie pracujących ludzi, czy to extra muros, czy dla pracy wewnątrz zakładu, jest ważnym czynnikiem rozpoznanie uzdolnień motorycznych danego pacjenta, aby praca, którą mu się przeznacza, nie przekraczała jego sił i zdolności i nie pogłębiała jego i tak już rozwiniętego uczucia insuficjencji przy rywalizacji z drugim, który ją lepiej rozumie i wykonuje dzięki temu, że jest do niej lepiej uzdolnionym.

O PRZEWLEKŁYCH STANACH MANJAKALNYCH WIEKU PODESZŁEGO.

podał

Dr. MAURYCY BORNSTAJN

Ordynator oddziału psychiatrycznego w szpitalu na Czystem (Warszawa).

Dziedzina psychoz wewnątrzpochodnych wieku podeszłego znajduje się wogóle w zaniedbaniu; panuje tu chaos, zamęt, całkowita dowolność w kwalifikowaniu nozograficznym. Dotyczy to specjalnie postaci depresyjnych, zarówno ostrych, jak chronicznych. Najprawdopodobniej dzieje się to wskutek tej zasadniczej przyczyny że sam wiek podeszły, miażdżycy. do której, jak wskazał już dawno *Albrecht*,¹⁾ chorzy z psychozą manjakalno-depresyjną są specjalnie predysponowani i wcześniej, niż zdrowi, jej ulegają — do tego stopnia komplikują obraz kliniczny, że często trudno odosobnić, wyodrębnić objawy wewnątrzpochodne od zewnątrzpochodnych. Na stany chroniczne manjakalne, jako na rzadziej napotykane znacznie mniej zwracano uwagi. W literaturze europejskiej można niemal na palcach jednej ręki wyliczyć prace temu tematowi poświęcone. Leży on właśnie odłogiem. A szkoda. Albowiem przedstawia wiele interesujących, niewyjaśnionych dotąd zagadnień biologiczno-klinicznych. Wysuniemy tylko niektóre i będziemy zadowoleni, jeżeli praca niniejsza przyczyni się do ich częściowego przynajmniej wyświetlenia. Czem są właściwie w swej istocie stany chroniczne manjakalne w wieku podeszłym? Czy są czemś jednolitem, zawsze tem samym, czy też rozróżnić potrafimy rozmaite postacie lub odmiany? Czy w przecięciu poprzecznym zawsze przedstawiają się jednakowo, czy też nie? Czy w przecięciu podłużnym zawsze wykryć można cechy konstytucji manjakalno-depresyjnej, t. j. przebieg cykliczny cierpienia lub konstytucjonalne podniecenie w sensie *v. Deventera* (1885 — „sanguinische Minderwertigkeit), w sensie *Junga* (1904) (manische

¹⁾ cyt. u Kraepelina (wyd. VIII).

Verstimmung) lub *Kraepelina* (konstitutionelle Erregung). które trwają przez całe życie, mogą wykazywać nasilenia nieznaczne, mają niewyraźny przebieg cykliczny, raczej zamazany, z niewyraźnymi przerwami, zaś w wieku podeszłym się nasilają, stają się chronicznymi i trwać mogą po kilkanaście lat do 30-tu, jak w przypadkach *Schotta*, *Nitschego*¹⁾ i w niektórych moich z którymi zapoznamy się w tej pracy? Czy można wobec takich przypadków mówić wraz z *Nitschem* o nasilającej się z wiekiem konstytucji manjakałnej („progressive manische Konstitution”)? Czy na chroniczne stany manjakałne wieku podeszłego należy więc patrzeć, jak na stadium końcowe ostrego stanu manjakałnego lub okresów manjakałnych perjodycznych lub nawet okresów naprzemiennych, czy też stany chroniczne manjakałne przez swoje pewne różnice kliniczne zasługują na wyodrębnienie i uważane być winny za specjalną postać nozologiczną, jak tego chcieli dawniejsi psychiatrzy (*Wernicke*, *Specht*) i jak napomyka o tem ostatnio w wielkim podręczniku *Bumkego J. Lange*, który przytacza względy genealogiczne za odrębnością stanów konstytucyjnych melancholicznego i manjakałnego, jako stanów psychopatycznych swoistego typu, które nie zawsze dadzą się zmieścić w ramach konstytucji manjakałno-depresyjnej w sensie *Kraepelina*, *Reissa*, *Nitsche’go*? Wreszcie powstaje zagadnienie nowe, o którym wspomina tylko *Lange*, jak owe stany chroniczne manjakałne wieku podeszłego przedstawiają się w świetle najnowszych poglądów *E. Kretschmer’a*? Czy dzięki temu kryterjum nie uda się wyodrębnić pewnych typów, chociażby odmian? Czy wszystkie one zawsze, jeżeli słuszną jest teza przynależności ich do kręgu psychozy manjakałno-depresyjnej, wskazują budowę ciała pykniczną? A jeżeli nie, to dlaczego? Czy dlatego, że nie należą niektóre odmiany do sfery manjakałno-depresyjnej? Czy może właśnie chroniczność, długotrwałość, beznadziejność pod względem prognostycznym wielu tych przypadków, zwłaszcza tych, które mają typ budowy cielesnej niezupełnie pykniczny, zależy od przymieszek obcych, heterogennych? Czy też może w wieku podeszłym z powodu zmian starczych kryterja Kretschmerowskie zawodzą?

Widzimy, jak wiele problemów można tu sobie postawić do rozwiązania. Może uda się nam niektóre chociażby oświetlić. Ale prze-

¹⁾ *Schott A.* Klinischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Manie. Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. 15. S. 1. 1904.

²⁾ *Nitsche P.* Ueber chronisch — manische Zustände (Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den krankhaften Persönlichkeiten) All. Zeit. f. Psych. 1910 Bd. 67.

dewszystkiem przyjrzymy się własnemu przypadkom, których historie choroby ze względów technicznych pozwolę sobie podać z niektórymi skróceniami.

R. M., lat 53, przyjęta została po raz pierwszy na oddział psychiatryczny na Czystem 18.11 r. 1891. Zachorowała na 8 miesięcy przed przybyciem do szpitala wśród następujących okoliczności: jadąc do Częstochowy, wylekła się. Była bowiem rewidowana przez straż pograniczną i potem wkrótce zobaczyła łunę pożaru; myśląc, że pożar ten wynikł w domu jej brata, momentalnie zaczęła rzucać się, mówić bez związku, choć na pytania odpowiadała niekiedy rozumnie. Stan taki z małemi wahaniami trwał przez miesiąc i 17 grudnia tegoż roku w stanie zupełnego spokoju wypisana zostaje ze szpitala z rozpoznaniem stanu manjakałnego. Matka chorej przechodziła taką samą psychozę.

W 8 miesięcy później 5.VIII 1892 przywieziona została do szpitala po raz drugi w stanie bardzo silnego podniecenia: zanotowano, że znów mówi bez związku, niepokój ruchowy dochodził niekiedy do szału. Stan taki trwa 6 miesięcy. Pod datą 1 stycznia 1893 r. znajdujemy notatkę: „trochę spokojniejsza, odżywianie ogólne poprawia się. 1.III—spokojniejsza, czasami rozdrażniona. Stan taki trwa parę miesięcy, 28 maja wypisuje się chora, jako zupełnie spokojna — zdrowa.

W 6 lat później, w 1899 r. zachorowuje po raz trzeci. W ciągu 6 lat była jakoby zupełnie zdrowa i zachowywała się najnormalniej. 7 tygodni przed przybyciem obecnem do szpitala znów przelekła się w drodze i zaczęła bez ustanku mówić, na niczem nie sposób było zatrzymać na dłuższą chwilę jej uwagi, znajduje się w bezustannym ruchu.

W takim stanie 16.VI 1899 przyjęta została na oddział i od tego czasu w ciągu lat 10-u, t. j. do kwietnia 1909 r. pozostawała bez przerwy w szpitalu.

Pierwsza notatka 17.VI.1899 brzmi: wciąż podniecona, wciąż krzyczy, tańczy, wymyśla; mowa bez związku.

Następne notowania w jej historii choroby niewiele różnią się od pierwszej. Dla przykładu pod datą 8.V — następnego roku: „Chora bezustannie w podnieconym nastroju, ciągle wymyśla, ale bez prawdziwej złości; wymyśla wszystkim lekarzom, służbie i chorym, śmieje się i wymyśla“.

18.V tegoż roku: „przedrzeźnia wszystkich, pokazuje, jak jedna chora płacze, jak druga nie zachowuje należytej czystości“.

25.VIII „bez żadnych zmian, wciąż wesoła i wszystkim wymyśla“.

15.II 1900 r. „Chora nieustannie wymyśla, przeważnie bez wyraźnego afektu gniewu, przedrzeźnia chorych, usiłuje rozśmieszać wszystkich, kładzie naprzykład rękawy koszuli na nogi i tak spaceruje po oddziale“.

24.IX 1900 r. „Chora w podniesionym nastroju, przerywanym niekiedy wybuchami gniewu, ale pozornego. Bez ustanku wymyśla wszystkim, przyczem uśmiecha się dobrodusznie, bierze doktora pod rękę z miną zadowoloną i dumną przybierając postawę spaceruje z nim po korytarzu. Jednocześnie wymyśla mu w sposób wyszukany. Często robi nieprzyzwoite ruchy i grymasy, podbiega z zaciśniętymi kulkami do innych chorych, ale bardzo rzadko kogokolwiek uderzy. Wyczynia głupie i śmieszne grymasy“.

Znów mija $\frac{1}{2}$ roku bez zmiany.

Pod datą 1.VI 1901 znajdujemy notatkę następującą: „Chora wesoła, żartuje, robi dowcipy, Funkcje wegetatywne w porządku“.

Mijają lata — chora wciąż w tym samym stanie.

Pod datą 31.I 1906 r. znajdujemy notatkę: „Stan psychiczny bez zmiany”.

W grudniu tego samego roku: „Wciąż podniecenie, dużo mówi, dowcipkuje, sypia i odżywia się dobrze”.

Pod datą 5.II 1907 roku znajduję własne badanie chorej według schematu:

1. (Nazwisko?) rodzina? „Rozalja Wilczyńska”, psiakrew. k-wa była i będzie do samej śmierci, sto razy już mówiłam, że jestem jedy-naczka i k-wa pijaczka.
2. (Zajęcie?) „Samymi k-wami, miałam burdel”.
3. (lat?) „Ile jest na dachu łat”.
4. (miejsce zamieszkania?) „Prażka”.
5. (Dzieci?) „25 poroniłam, psiakrew; żywych miałam 12 — tera żyje (pokazuje ręką) — 5, trzech synów i 2 córki”.
6. (Jak dawno tu jest?) „Może 10 lat, może więcej; dwa razy byłam, teraz trzeci, niech was djabli...”
7. (Jakie tu miasto?) „Warjackie miasto”.
8. (Czy Częstochowa?) „Jeszcze nie jestem pijana”.
9. (Jaki tu dzień?) „Meszygener dzień, wyrobny”.

$5 + 8 = 13$, $3 \times 5 = 15$, $6 \times 8 = 24$, — $3 \times 8 = 24$, a jeszcze $24 = 48$.

6.II.07. Wchodzi do pokoju z okrzykiem, śmiejąc się głośno, wyciąga rękę do lekarza. Przez kwadrans nie przestaje ani na chwilę mówić, wymyślać, mowa pełna przysłów, wierszy, poprzekręcanych wyrazów — „ja jestem feldmarszałek, ja jedynaczka byłam” — zatacza się, udaje pijaną. „Oj, ja jestem pijana”. Wyjmuje z woreczków, które ma przewieszane przez szyję rozmaite pudełka, gdzie są igły, nici, pieniądze; pod fartuchem, który składa się z lat różnobarwnych. (ob. fotografję) ma kieszeń długą; leży na kanapie przez parę minut, ale mówić nie przestaje ani na chwilę, oglądając pończoszkę, którą sama zrobiła.

8.II.07.

- (Skąd Pani pochodzi?) „Ze wszystkich djabłów”.
- (Ile Pani miała dzieci?) „25”.
- (25?) „Srałam dziećmi, jak koza papkami”.
- (Lubiła Pani męża?) „Bardzo go lubiłam, jak psy dziada. Nie pytaj się, tylko pisz, psiakrew”.

Przez kwadrans ani na chwilę nie przestaje wymyślać, mówi bez przerwy głosem podniesionym, pseudo-gniewnym; mowa pełna wyrazów nieprzyzwoitych, zwrotek, przysłów, reminiscencji z dawnego życia, przeskakuje z przedmiotu na przedmiot; chce pić, ale nie ma w czym, więc proponuje, żeby jej nalać do buta; śmieje się, krzyczy na lekarza: „rozumiesz ty”, kilka wyrazów po rosyjsku, kilka po polsku, przeważnie po żydowsku „Nicht schreiben, nicht lesen, doch Bürger-meister gewesen”, „żebyś tak zdrow był, cygański wójcie”... „Co mi po tytule, kiedy pusto w szkatule”.

„Czy ja wiem, jak on się nazywa (o lekarzu, który z nią rozmawia), „Er heisst cygan żydowski, parch”.

Przerywa sobie sama potok swej paplaniny skargą na pragnienie, na to, że ją swędzi głowa, ręka. Drapie się w głowę, zdejmuje czepek. Czasami znów zmienia głos, intonację, jakby przedrzeźniając kogoś.

„Znowu się sk-wiłam”, pokazuje na swój brzuch, podnosząc spódnice.

12.II.07. Drapie się w głowę i robi ruch, jakby zabijała wszy: „Pije Kuba do Jakóba — śpiewa, zakasując spódnice, „Trudna rada, spać wypada”, „Jestem sobie

chłop, jestem jednak". „Jezus Marya. Józefie Święty", zamierza się butem na felczera, wymyślając bez końca.

„Ja kozaczka nie lublu, tolko w żopu połucz" — zaczyna śpiewać, biorąc się pod bok.

Ogląda się, widzi lejek z zgłębnikiem: „Kiedy zrobię ci lewatywę, to ci dobrze będzie".

„Nie urodzi sowa sokoła, tylko takiego . . . jak ty". (do lekarza): „Febra na waszą główkę".

Życie chorej na oddziale.

Chora zajmuje osobny pokój i zazwyczaj, kiedy spojrzeć przez szybę w ten sposób, ażeby pozostać niepostrzeżonym, można zauważyć, że chora stale jest czemś



Fot. 1. R. M.

zajęta, przeważnie szyje, siedząc zupełnie spokojnie. Czasami tylko, według słów dozorczyń, dostaje napadu podniecenia, nawet wtedy, kiedy nikt się do niej nie zwraca, przeważnie zaś zachowuje się spokojnie. Tylko wtedy, kiedy rozpocząć z nią rozmowę, rozpoczyna się paplanina, wymyślania ordynarne, dowcipy, przysłówia, tańce i t. d. Na oddziale jest ogólnie lubiana, pomimo wymysłów i wygrażań, nigdy nikogo nie uderzy; zachowuje przesadną czystość zarówno przy jedzeniu, w ubraniu i bieliznie, jak i w pokoju własnym. Pokój ten wyróżnia się na całym oddziale porządkiem, jaki w nim panuje: zamieciona podłoga, łóżko posłane, na ścianach obrazki, ubrana jest zawsze jednakowo: czepek i chustka na głowie, na kaftanie przez szyję przewieszony woreczek, uszyty z jakichś pstrych gałganków, z naszytymi po obu stronach guzikami; pod koszulą drugi woreczek z rzeczami bardziej cennymi, jak igły, nici, pieniądze. Fartuch, zawsze ten sam, pstrzy się również od niezliczonych, różnobarwnych większych i mniejszych łat, pod fartuchem kieszeń płócienna, w zimie nosi na nogach wełniane pończochy, które robi sobie sama szydełkiem z rozmaitych różnobarwnych kawałków wełny, rękawki wełniane nosi również na obu rękach (ob. fotografię). W jedzeniu zachowuje czystość nadzwyczajną, ma swój własny kubek, z którego pije; patrzeć nie może, jak jedzą inne chore i wyraża swoje obrzydzenie z tego powodu

15.VII.07. Stan fizyczny i psychiczny bez zmiany. Podczas rozmowy podniecona; *odwracalność uwagi, gonitwa myślowa*.

5.II.1908. Pracowita, czysta; kiedy siedzi sama w swoim pokoju zachowuje się poprawnie. W rozmowie podniecona: wymyśla, przeklina w sposób wyszukany, nastrój przeważnie wesoły; *gonitwa myślowa, odwracalność uwagi*; ale we wszystkim uderza *wyraźna jednostajność, mało produktywna*.

15.IV.08. Po całych dniach w oknie: stoi na drabince w swoim pokoju i wygląda; każdego przechodnia zaczepia, orientuje się doskonale we wszystkim, co się dzieje dookoła. *Specjalny sposób przekręcenia wyrazów, cyniczny*: np. zamiast *kiken* (patrzeć) zawsze mówi *kaken* (oddawać kał), często podnosi suknię, używa wyrazów najcyniczniejszych; naogół jednostajna zarówno w *cynizmie* swoim, jak i w mowie. Od czasu do czasu wpada w płacz, który trwa kilka minut, skarży się wtedy lekarzowi, że się z nią źle obchodzą; po chwili znów nastrój wesoły, tańczy kozaczka.

15.I.1909. Stan psychiczny bez zmiany: kiedy wypuszcza się chorą na kurytarz — zawsze to samo pytanie: „jak się nazywam”, później te same wymysły, przekleństwa, cyniczne zwroty, przekręcania wyrazów i nastrój wesoły. Orientacja co do miejsca, czasu i otoczenia najzupełniej zachowana.

21 IV.09. Stan psychiczny bez zmian. Stan fizyczny: źrenice słabo reagują na światło, o nierównych konturach. Tętno twarde, napięte — 120. OK. wzmożone, śr. żywe. W gabinecie, jak zwykle podniecona; mowa pełna rymów, przekleństw, po-przekręcanych wyrazów.

Tego samego dnia z polecenia magistratu m. Prażki na odpowiedzialność do-zoru bóżniczego i felczera wypisana bez zmiany w stanie psychicznym *po 10-ciu latach pobytu w szpitalu*.

Od tej pory żadnych wiadomości o chorej nie otrzymaliśmy.

W streszczeniu historia choroby R. M. przedstawia się jak na-stępuje.

Po dość krótkich, rok po roku następujących po sobie, okre-sach psychotycznych, które wedle wszelkiego prawdopodobieństwa nie były niczem innem, ostre-mi stanami manjakałnemi¹⁾ i 6-u latach zupełnego zdrowia, wybucha w r. 60-ym znów ostro pod wpływem jakoby przerażenia tym razem niewątpliwy stan manjakałny, który już nie przemija, przechodzi w stan chroniczny i trwa lat 10 bez żadnych przerw. W tym stanie prawie nieustannie (z wyjątkiem tych godzin, kiedy pozostawiona jest sama sobie) wykazuje chora podniecenie ruchowe, tańczy, śpiewa, wszystkim wymyśla ordynar-nie, cytuje przysłowia, dykteryjki, jest w najwyższym stopniu cy-niczna w mowie, ruchach i giestach, dziwacznie się przebiera, prze-chowuje rozmaite przedmioty przy sobie; jednocześnie nikomu nie robi krzywdy, chociaż często wybucha gniewem, który jest tylko po-zorem gniewu, zamierza się na chore i służbę, ale nikogo nie ude-rzy, zachowuje czystość. Mowa wykazuje gonitwę myślową i odwra-

¹⁾ Czynię tu pewne zastrzeżenie dlatego, że notatki w historii choroby co do tych dwu pierwszych okresów są bardzo niedostateczne, pisane przed laty 40-u.

calność uwagi. Przez 10 lat obserwacji nie zmienia się ten stan w niczem: jest jednostajna i monotonna w swem podnieceniu, w swej wesołości, w swoich dowcipach, wybrykach, cynizmie i t. d. Jeżeli postawimy sobie pytanie zasadnicze, czem się różni ten stan manjakałny od zwykłych ostrych stanów manjakałnych, to będziemy musieli odpowiedzieć w sposób następujący.

Popierwsze, jest właśnie niezmiernie wydłużony w czasie i trwa bez żadnej zmiany przez 10 lat.

Podrugie, objawy o niewątpliwie manjakałnym charakterze, jak podniecenie psychoruchowe i intrapsychiczne (gonitwa myślowa i odwracalność uwagi), wyrażone są znacznie słabiej, niż w stanie ostrym:

Potrzenie, stan ten charakteryzuje się specjalną jednostajnością i niesłuchanie małą produktywnością.

Poczwarte, afektywność chorej iest wybitnie zubożała; nikt i nic właściwie ją nie obchodzi, nie współczuje żadnej chorej, przedrzeźnia najciężej chore, dba tylko o siebie, chodzi jej tylko o to, ażeby swemi określeniami osiągnąć każdorazowy chwilowy efekt, zachowuje się, jak nieposkromione, nieuznające żadnego autorytetu, dziecko.

Słowem, powiedzieć można, że ten stan manjakałny to właściwie minjatura i karykatura ostrego stanu manjakałnego—jest to właściwie pustka afektywna, oblepiona strzępkami manjakałnymi; to jest *okres końcowy*, wyjałowiony z owej żywej syntonji z otoczeniem istotnego stanu manjakałnego lub też ostrości objawów, jakie spostrzegamy w nasileniach stanu manjakałnego, dochodzących do szału niszczycielskiego

Jeżeli spojrzymy na chorą ze stanowiska poglądów korelacji cech fizycznych i psychicznych, to nie możemy nie stwierdzić u niej typowego obrazu *piknicznego* (ob. fotografia).

Przejdźmy do drugiego przypadku.

II.

R. L., lat 64, zapisana została na oddział 15.III 1903 r. Wywiady brzmią: od 6-u tygodni ciągle mówi, łatwo się podnieca, w nieustannym ruchu. Przedtem skąpa, teraz stała się rozrzutną. Zawsze była nerwowa, w ostatnich czasach bardzo się zmartwiła chorobą ukochanej córeczki, jak również śmiercią siostry męża, która mieszkała z nią w jednym domu.

Rodziła 16 razy i ostatni raz przed 17 laty. Organicznie — bez zmian.

Stan psychiczny. Bardzo ruchliwa, bardzo dużo mówi, przyczem zdania zupełnie logiczne i rozumne przeplatane są bezmyślnymi słowami i wnioskami. Nie chce za nic zostać na oddziale, wpada w gniew, widząc, że jednak pozostać must. Uważa się za zupełnie zdrową. Dowcipnie zapytuje: „Czy ja jestem szalona? czy szaleni tak mówią?”

Pamięć rzeczy dawnych dobrze zachowana. Co do niedawnych faktów, trochę się myli lub zmyśla, opowiada np., że widziała lekarza u swoich krewnych w Warszawie (w rzeczywistości był tam jakiś młody lekarz), nic dzisiaj nie jadła (co nie jest zgodne z prawdą), opowiada, że widziała się z synem (co również nie odpowiada rzeczywistości). Szybko bardzo przechodzi z wesołego nastroju do smutnego i naodwrot.

Inteligencja średnia, odpowiadająca sferze, z której pochodzi. Kłóci się z służbą i ciągle się skarży, że ja głodzą. Źle sypia. Bardzo natrętna. Nieustannie czepia się lekarzy, żąda, żeby dzieci do niej przyszły, jest zupełnie przekonana, że dzieci widulą się z jej rodziną, że nie dopuszczają rodziny do niej.

20.IX 1903 r. Bardzo gadatliwa, ruchliwa, biega po sali, podskakuje, jak mała dziewczyna. Mowie towarzyszy giestykulacja, giesty. Co chwila całuje w rękę rozmówcę. Mówi dużo i prędko, przerywając rozmówcy, często o sprawach seksualnych. Przeskakuje z przedmiotu na przedmiot, lubi wstawiać przysłowia, dowcipy, stosując je przeważnie a propos. Kojarzy prawidłowo, orientuje się w otoczeniu dobrze. Nastrój po większej części wesoły czasami płacze, ale prędko się uspokaja i znów staje się wesołą. Codziennie prosi o wypuszczenie jej do domu.

20.XI. Podniecenie trwa. Krzyczy, śpiewa, tańczy, do wszystkiego się wtrąca, nieustannie dokucza wszystkim. Nastrój to wesoły, to znów gniewny. *Mówi trochę bez związku wskutek nieustannych dygresyj i przeskakiwania z tematu na temat, ale odpowiada często dowcipnie i trafnie, chociaż nieco monotennie*

1904. Nieustannie podniecona, z powodu różnych drobnostek podnieca się jeszcze bardziej, *wciąż kłóci się i bije z chorymi. Nastrój szybko się zmienia; z wesołego, żartobliwego przechodzi w płacziwy lub gniewny, często wpada w wściekłość, bije głową o ścianę, tarza się po podłodze, ale jakąś żartobliwą uwagą można ją uspokoić, zaczyna się śmiać i dowcipkować, dużo mówi, znów przeskakując z przedmiotu na przedmiot; przyczem dowcipy i zwroty dość jednostajne, powtarzają się wciąż te same.*

Oslabienie pamięci oraz innych składników intelektu nie spostrzega się. Niczem się nie zajmuje, nie może usiedzieć na miejscu, wciąż jest w ruchu, biega z kąta w kąt, miesza się do wszystkiego, z każdym przybyszym zawiązuje rozmowę, wtajemnicza go zaraz w swe sprawy rodzinne, przedstawia chorych, śmiejąc się z nich; słowem, ani chwili nie odpoczywa, napętnia cały oddział niepokojem i hałasem.

15.XII 1904. Wciąż podniecona, nieustannie mówi, śpiewa, skacze, śmieje się i płacze naprzemiennie. Lekarzowi stale ofiarowuje swoją córkę Matyldę, jako żonę, a raczej uważa go już za swego zięcia.

1907. 20.VI. Chora w dalszym ciągu podniecona, mówi tak samo wiele, wtrąca się do spraw innych chorych, kłóci się z nimi. Przeklina i lży męża swego, twierdzi, że jest złym człowiekiem, bo ani razu jej tu w szpitalu nie odwiedził, a na uwagę jednego z lekarzy, że mąż jest ciężko chory, zaczyna płakać, rozrzewnia się na wspomnienie o dzieciach — wszystko w sposób przelotny i powierzchowny.

1908. Stan podniecenia trwa bez przerwy, *Brudna, zbiera rozmaite szmaty, bułki i chleb trzyma za pazuchą ze szmatami razem, podchodzi do chorych, karmi je niby, wzrusza się przelotnie rozmaitemi chorem, że źle wyglądają, o innych szepce na ucho lekarzowi, że są warjatki i chwyta się z aktorską rozpaczą za głowę, wołając: „mame, mame”. Kiedy posługaczka chce ją odprowadzić, kładzie się na podłogę, udając omdlenie. Wszędzie jej pełno, robi swoje uwagi co do wszystkiego dokoła, krytykuje i ocenia ubranie lekarza, opowiada o wszystkim.*

co się dzieje w szpitalu wogóle i w oddziale specjalnie; informacje ma dokładne o wszystkim. Śpiewa przeważnie po niemiecku, *zawsze to samo*: „Ich bin ein Preusse, ich tanze gern mit den jungen Herren”. egzaminuje lekarza z niemieckiego, *zawsze o jednakowe* pytając go wyrazy lub pyta o zdrowie męża, *zawsze dodając*: „tylko niech Pan nie mówi głupstw”, bo wie, że lekarz dla żartów powie jej, że mąż umarł, a wtedy ona zawsze w ten sam *stereotypowy* sposób zareaguje omdleniem lub przekleństwem w stronę służby. *Skarży się wciąż, że ją biją*, przedrzeźnia niektóre z posługaczek, jak mówią.

Odwracalność uwagi wybitna, gonitwa myślowe wyraźna, choć myśl kręci się wciąż wokół tych samych wyobrażeń, produktywność wyraźnie osłabiona.

1909, 1910, 1911. Chora wciąż bez przerwy w tym samym nastroju, wciąż te *same skargi, te same żądania, w ten sam sposób produkowane*. Wyraźna *nieproduktywność w myśleniu*. Prawie stale trzyma się chorą w kąpielu przez $\frac{1}{2}$ dnia ze względu na to, że *dokucza chorym, rwie ubranie, maże się kątem, chłapie się wodą z miski klozetowej*. Wciąż *te same stereotypowe skargi, te same rymy, te same wrzekome interesowanie się lekarzem, jego rodziną, te same opowiadania o własnej rodzinie, wydawanie zamięż lekarki za wnuka lub cofanie tej obietnicy, rzucanie się z pięściami na dozorczynię, po chwili uśmiech i jeden ze zwrotów stereotypowych*.

1912. Mówi stale o tem samem w ten sam stereotypowy sposób: „biją mnie, ona mnie bije, proszę kąpiel, proszę dać telefon do męża, ja panią (lekarzkę) za-skarżę, nie dam pani wnuczka za męża” — nagle z wrogiego usposobienia przechodzi w rozczulenie, zaczyna się litować nad losem otoczenia, płacze rzewnie.

Chora czas pobytu w szpitalu oblicza nie na lata, ale na tygodnie, jest tu 421 tydzień (myli się o cały rok). Inteligencja wyraźniejszych luk nie wykazuje.

1913. Stan bez zmiany. *Jest brudna, zbiera szmaty, drze ubranie, tańczy, śpiewa zawsze to samo „lula, lula”, maże kątem ściany i drzwi pokoju*.

1914. Chora zmarniała, schudła w czasach ostatnich.

28.XII. Pamięć cokolwiek gorsza: chora np. wczoraj nie pamiętała nazwiska ordynatora, mówiła o nim „burmistrz”. Mówi czasem niezupełnie wyraźnie, jednak wyraźniejszych zmian afatycznych stwierdzić nie można. Nastrój nie uległ zmianie, powtarza się stale we wszystkim.

1915.5.I. Dziś wieczorem zauważono, że chora leży bez ruchu w łóżku, była jakby nieprzytomna, nie rozumiała, co się do niej mówiło, nie odzywała się wcale. Pokarmów nie przyjmowała.

6.I. W nocy spała. Dziś apatyczna — somnolentna; nie chce jeść, prosi tylko o wodę. Mowa upośledzona, niewyraźna, czasami nie może znaleźć odpowiednich wyrazów (aphasia motorica). Polecenia wykonywa, przytomna. OK. żywszy po stronie prawej. O. A. niepewny. Tętno — 60.

11.I. Chora senna, apatyczna, nic nie mówi, nie przyjmuje pokarmów.

Zmarła 12.I.1915, o godz. 12-iej w południe po 12 latach pobytu w szpitalu.

Nie będę uzasadniał tutaj rozpoznania chronicznego stanu manjakałnego, jest on widoczny sam przez się. Chcę tylko zwrócić uwagę na pewne rysy odrębne w porównaniu z przypadkiem pierwszym. I tu, i tam mamy owo wyjąłowanie afektywne, owe pomniejszone, a jednak istniejące cechy manjakałnego podniecenia, ową *jednostajność, monotonię i brak istotnego zainteresowania czemkolwiek*. Ale podczas kiedy w pierwszym przypadku nie mieliśmy wahań w nastroju, tu ciągle napotykałyśmy notatki o zmienności, o wahaniami, o łatwym przechodzeniu z nastroju wesołego w gniewny lub żaloszny. A dalej. Podczas kiedy w pierwszym przypadku nie mieliśmy do czynienia z żadnymi skargami ze strony chorej, tu wi-

dzimy, że chora skarży się na to lub owo, ma pretensje do lekarzy lub służby, słowem, rys wybitnie kwerulacyjny, który należy podkreślić. Wreszcie bardzo ważna cecha: o ile w pierwszym przypadku zaznaczyliśmy wyraźnie, że chora z pośród wielu innych chorych wyróżnia się czystością, u chorej L. stwierdzamy cechę wręcz przeciwną: jest w najwyższym stopniu niechlujna. Wreszcie w ostatnich latach stwierdzaliśmy u chorej osłabienie pamięci. Ten ostatni objaw, jak również ową zmienność, chwiejność afektywną musimy przypisywać narastającej miażdżycy tętnic mózgowych, innemi słowy, uważamy te objawy za organiczne. Kwerulacyjność jest dodatkowym objawem zespołu manjakałnego (*Ewald. Szpecht*). Objaw niechlujstwa, mazanie siebie i ścian kałem, picie wody z miski klozetowej nasuwa myśl o przymieszce schizofrenicznej. To ostatnie przypuszczenie znajduje potwierdzenie w przeważającej leptosomji w budowie ciała chorej.¹⁾

Widzimy więc, że ten przypadek, niewątpliwy co do rozpoznania, jako stan manjakałny chroniczny, jest już nieco bardziej skomplikowany od pierwszego i nie da się bez reszty pomieścić w ramach psychozy manjakałno-depresyjnej.

III.

S. G., lat 48, przyjęta został na oddział 17.X. 1922 r. i pozostaje na oddziale do chwili obecnej, t. j. w ciągu lat 8½ z krótkimi bardzo przerwami. Przybyła na oddział z objawami następującymi: spokojna, dostępna, zorientowana. W czasie badania chora skarży się na ten „nieprzyzwoity” dom, gdzie jej nie dają spać. Chora opowiada, że poszła do komisariatu na Śliską płacić daninę, tam pękła jej żyła na nodze (ma żylaki), wtedy się przestraszyła; zawołano do niej lekarza, który kazał umieścić ją w szpitalu. Chora opowiada o swoich stosunkach rodzinnych ze szczegółami; opowiada, że w komisariacie nawymyślała za to, że jednemu zwarzowanemu „francuzowi”, który był tam trzymany przez 4 dni, nie dano wcale jeść. Powiedziała, że się poskarży p. Piłsudskiemu, którego zna, była u niego w sprawie swoich strat majątkowych.

Kiedy owdowiała w 28-ym roku życia miała 100 milionów, bracia przyrodni zabrali jej złoto i brylanty. Wówczas zachorowała na nerwy. Mąż utonął w Gdańsku; szukała go wszędzie, wyjęli go z wody po 2 tygodniach; pieniądze (3 miliony) były tak zniszczone, że nic nie były warte. Była wtedy 6 miesięcy po położu; mleko „rzuciło się jej na głowę”, rozpacziała, była tak przygnębiona, że nic ją nie obchodziło. Trwało to 2 lata; potem wyzdrowiała i od tego czasu była, jak mówi, zdrowa zupełnie. Była zawsze wrażliwa na cudzą krzywdę. Cierpiała w ostatnich czasach z powodu swego brata (przyrodniego), u którego mieszkała.

Chora na oddziale ma dużo różnych wymagań, domaga się przywilejów, krytykuje stosunki oddziałowe, podnieca się przytem, czerwieni, wywyższa siebie ponad miarę, mówiąc o swem pochodzeniu; uważa siebie za mało mówiącą, ale dużo rozumiejącą. Chora na oddziale miewa częste zatargi z otoczeniem, gdyż ma duże wymagania co do czystości i jedzenia. Wtrąca się do innych chorych i spraw oddziałowych, często wpada w podniecenie; zresztą łatwo ją wprowadzić w dobry humor.

25.I.1923. Chora tak dokucza innym chorym i personelowi, że musi być stale izolowana. Ma zawsze wielkie wymagania, chce wszystkim imponować swojem pochodzeniem.

¹⁾ Fotografja chorej, niestety, zaginęła.

7.V. Chora przez czas dłuższy była b. podniecona, biła inne chore, krzyczała, miewała *ciągłe pretensje i skargi na personel*, żądała stale widywania się z rodziną, wyłamała drzwi do separatki, wytłukła mnóstwo szyb. Z lekarzami stosunki bardzo dobre. Po zastrzyku skopolaminy uspokoiła się, miewa wprawdzie ciągle jeszcze swoje żale i pretensje, ale nie krzyczy, nie podnieca się tak silnie, zatargów z otoczeniem mniej. Ostatnio nastrojona nawet radośnie, cieszy się, że jest wiosna, że pachnie z ogrodu, chwali się, że wymyła podłogę, cieszy się, że lekarz ją odwiedził i t. p.

11.V. W kilka dni później znów silnie podniecenie intrapsychiczne, dużo mówi, śmieje się, grozi lekarzowi, że ogłosi go w gazetach, skarży się na nieporządki w szpitalu, *opowiada wiele o swoich wielkich koligacjach z różnymi bogatymi ludźmi, że jest doskonałą gospodynią i kucharką, że pewien bogacz chciał się z nią 20 lat temu ożenić*; wykpiwa ordynatora, że spieszy się do swojej żony; daje wskazówki otoczeniu, jak należy się myć, zachować wogóle czystość, siebie stawiając za przykład i pokazując swoje ciało, „jak złoto czyste”, jak i w jakich warunkach powinny się odbywać stłusunki małżeńskie. Żąda wypisania; do lekarza odnosi się z przesadną miłością, jest gwałtownie zazdrosna o żonę ordynatora; w pewnym momencie twierdzi, że dostał od posługaczki, na którą specjalnie się skarży, 100.000 marek na kapelusze dla żony (łapówka), ażeby jej nie wyrzucił z oddziału, chociaż na to zasługuje za zżeganie się nad chorą.

Afekt naogół bardzo gwałtowny, ale nietrwały, jakby sztuczny, nieszczerzy, udany, aktorski. Goniłwa myślowa słabo zaznaczona.

12.VII. Po krótkim okresie pewnego uspokojenia, znów wybucha silniejsze podniecenie; pretensje nieustanne, głównie o jedzenie, domaga się więcej jajek, uważa, że inne chore ją okradają, że inne są bardziej uprzywilejowane, wymyśla wszystkim, nawet lekarzom, ordynatora to przeklina, to znów za chwilę obejmuje go miłośnie. Krzyczy, rzuca miskami z gorącym jedzeniem. Jest przytem bardzo czysta. Kłóci się wciąż, bije otoczenie; żąda, ażeby wypisać niektóre chore, które uważa za zdrowe. Ona ma tu inne prawa; jest „Grafowa”, „hrabina”, „córka Dawidsona”. Żąda wypisania do braci przyrodnich, a gdy ci nie odpowiadają na listy i nie reagują na telefony, nie przyjmuje się tem zbyttnio i na drugi dzień powtarza identycznie to samo żądanie.

Ostatnio coraz silniej podniecona, wali w drzwi i hałasuje, jest najgłośniejsza na oddziale, krzyczy w gniewie całemi godzinami, to znów tańczy i śpiewa.

10.IX. Kwerulacyjne podniecenie i wybryki chorej przybierają charakter coraz bardziej monotony. Często drze bieliznę i robi sobie z niej chustki do nosa, z kawałków kołdry robi pantofle, na których wyszywa swoje monogramy. Mając dostęp do klozetu, załatwia potrzeby fizjologiczne w otwartych, chwilowo nie zajętych pokojach; w nocy podlewa do łóżek innych chorych zawartość własnego kubła. Wszystko robi w tym celu, jak się w chwilach szczeroci i dobrego humoru przyznaje, ażeby przysporzyć pracy służbie i straci gospodyniom. Intryguje przeciwko służbie, wymyśla często lekarzom, innym razem znów ścisza ich i całuje. Tańczy śpiewa, krzyczy, wybija szyby. Robi składy chleba i bułek, których nie je, kiedy się jej odbiera ten zapas na kamień zeschniętego pieczywa, wpada w szal, wymyśla personelowi i lekarzom, bije i kopie, drze fartuch na ordynatorze. Krzyczy i bije się sama w piersi. Kiedy się chorą izoluje, chora uspakaja się, ażeby wybuchnąć znowu w ten sam sposób, kiedy się chorą wypuszcza, kiedy zobaczy kogoś z personelu. W ten sposób mija rok 1923.

W roku 1924, chora przechodziła tyfus brzuszny; na oddziale infekcyjnym

zachowuje się niespokojnie; po 10-u dniach musiała być przepisana z powrotem na oddział psychiatryczny. Temperatura spadła, fizycznie zdrowa; psychicznie bez zmiany: wciąż bardzo podnieciona, często bardzo agresywna.



Fot. 2. S. G.

W 2 tygodnie po chorobie następuje znaczne uspokojenie, pracuje, naprawia skarpetki, szyje dla córki i jej dzieci. Stan taki trwa około 2 miesięcy od marca do maja 1924 r. Z nieznacznymi wahaniami stan taki przedłuża się do sierpnia. Wtedy znów wybucha dawne podniecenie, identyczne co do formy i co do treści kwerulacyjnej. Dołącza się jeszcze wyraźny odcień erotyczny w stosunku do ordynatora,

żąda, ażeby ją wziął do siebie: zachwala swoje czyste ciało, przyciąga go do siebie. Stereotypowo kweruluje, ma pretensje do wszystkich, stale skarży się w tych samych wyrazach z tymi samymi ruchami na brutalność służby, pokazuje ciągle te same sińce; narzeka również na brak jedzenia, chociaż wykazuje żarłoczność najwyższego stopnia. Nie oszczędza nikogo, każdemu zarzuca grzechy erotyczne, sama zaś jest pod tym względem czysta jak kryształ; po śmierci męża poztanowiła nie wychodzić zamąż drugi raz; pierwszy mąż to serce moje... Potoku słów pohamować nie sposób; gonitwa myślowa nie ujawnia się specjalnie wyraźnie. Najczęściej krzyczy i wymyśla. Stan taki z bardzo nieznacznymi intermisjami trwa w ciągu *lat czterech z górą (od sierpnia 1924 r. do listopada 1928 r.)*.

7.XI 28. Znajdujemy w historii choroby notatkę: *chora od 10 dni spokojniejsza*.

16.XI. Przeniesiona na oddział górny (dla spokojnych). Przygnębiona, biada nad swoim losem. Wypowiada dawne skargi, ma pretensje do felczera, że przez zastrzyki ją osłabił, zabrał jej dużo krwi.

Ostatnie kilka lat stan bez zmiany: w dzień siedzi na łóżku spokojnie, nic nie robi, skarży się na los, wypowiada stale stereotypowe skargi, najczęściej nieuzasadnione, staje oskarża felczera, którego nazwisko stale przekręca, pomawia go o seksualną agresywność względem chorych, dosadnie i plastycznie opowiada, jak odbywały się poszczególne agresje. Mówi o tem tylko wtedy, kiedy nawiązać z nią rozmowę. Sama mówi bardzo niewiele, wzdycha, jest w lekkiej depresji, bez żadnego zahamowania.—Somatycznie zdrowa. *Typ konstytucyjny wybitnie pikniczny* (ob. fotografję).

Wywiady o chorej są bardzo skąpe. Można się było tylko dowiedzieć od córki, że zawsze była nienormalnego usposobienia, że mąż przez nią jakoby popełnił samobójstwo. Troje dzieci wychowywało się u dalszych krewnych. Od śmierci męża pacjentka nie prowadziła gospodarstwa, nie miała własnego mieszkania, robiła ciągłe interesy, w których straciła cały swój majątek, dość znaczny. Mieszkała to u córki, to u braci; wszędzie awanturowała się, biła córkę i jej dzieci, wrywała córce włosy, żałowała jedzenia domownikom. Przytem bardzo zdolna, gospodarna, ciągle była w ruchu, ciągle coś robiła, często rzeczy niepotrzebne. Jeden z synów ze wstydu jakoby z powodu choroby matki wyemigrował na stałe do Ameryki, drugi, jakiś nienormalny, niewiedomo dobrze, gdzie się znajduje i co się z nim dzieje.

Streszczając ten przypadek, zaznaczyć musimy co następuje: Kobieta o usposobieniu wrodzonym niespokojnem, czynnem, władczem, sama opowiada o swym stanie depresyjnym, jaki trwał przez 2 lata, jak twierdzi, po śmierci męża, który zginął jakoby śmiercią samobójczą. Miała wtedy lat 28 i, jak sama opowiada, była potem zupełnie zdrowa, a według słów córki, była stale niespokojna, uspoibiona awanturniczo. Przed 8½ laty zapisana została na oddział, ponieważ współżycie z nią stało się dla rodziny zupełnie nie do zniesienia. Mamy świeżo w pamięci jej historję choroby, więc streszczać jej nie mam potrzeby. Zaznaczę tylko podstawowe rysy: stany gwałtownego podniecenia psychoruchowego, przerywane krótkimi intermisjami, nacechowane przedewszystkiem wybitnie *kwerulacyj-*

nym charakterem i przesadnie wzmożeniem samopoczuciem własnem, trwały niemal przez cały czas bytności chorej w szpitalu, i odznaczały się monotonią obrazu. Tylko przez ostatnie trzy lata chora uspokoiła się pod względem psychoruchowym, nie krzyczy, nie myśla, nie awanturuje się, ale rys kwerulacyjny, skargi na otoczenie, pretensje do personelu trwają w dalszym ciągu; wszystko to owiane jest dziś lekką depresją. Goniłwa myślowa i odwracalność uwagi nigdy nawet w najcięższych stanach podniecenia nie zarysowały się wyraźnie. Górowała nad wszystkim *kwerulacja i wzmożone samopoczucie własne przy niezwykle silnej podniecalności i wybuchowości. Typ konstytucyjny fizyczny wybitnie pikniczny; typ konstytucyjny psychiczny — t. zw. podniecenie konstytucjonalne (w rozumieniu Kraepelina)*. Na tem tle wyrasta zrazu pod wpływem śmierci męża w roku 28-ym życia stan depresyjny, który po 2-u latach trwania mija, utrwała się znów stan podniecenia konstytucjonalnego, która w 20 lat później wzmagą się do stanów silnego ostrego podniecenia, powyżej scharakteryzowanych, trwających 5½ roku. Od 2 lat chora wykazując w dalszym ciągu kwerulacyjność i wzmożone samopoczucie, jest spokojna w nastroju zlekka znów depresyjnym. Zaznacza się tu więc obok konstytucyjnego podniecenia wrodzonego pewien stopień cykliczności, nieco zamazany.

IV.

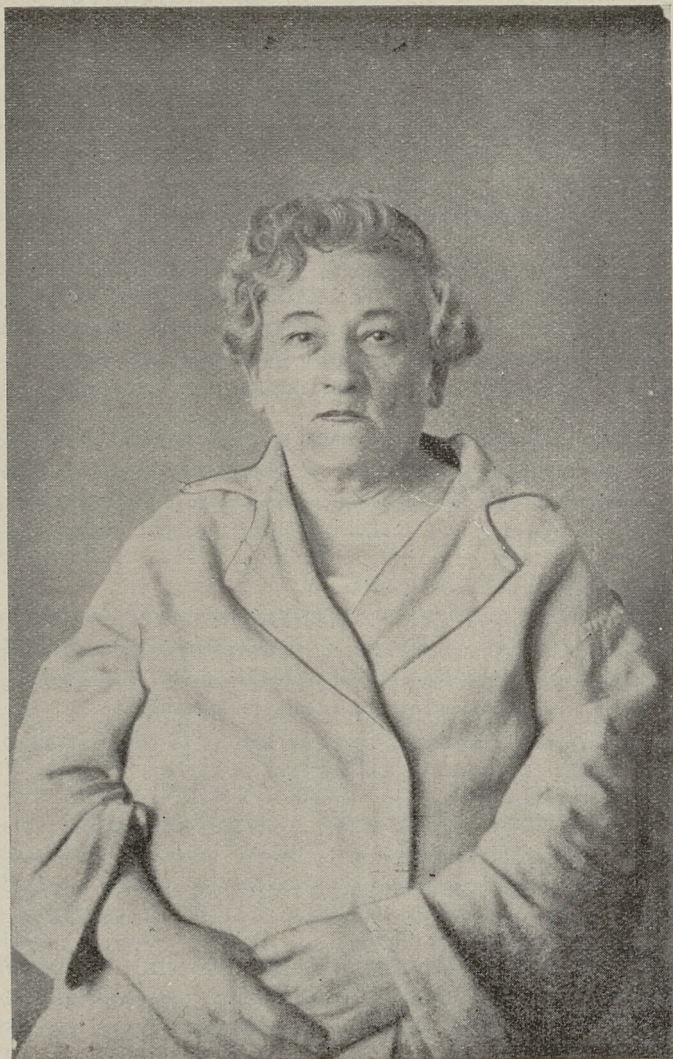
R. W., l. 48, przybyła do szpitala d. 3.I.1928 r.

4.I badana w gabinecie lekarskim podaje poprawnie imię i nazwisko. Jest bratową dziennikarza A. Kilka razy powtarza ten sam rym: „Pytanie to jest tanie”. Była przed 6-u laty po śmierci męża w Pruszkowie na oddziale D-ra Janowskiego. Przed wojną była w szpitalu Jana Bożego, gdy miała lat 18. W Tworkach była 4 — 5 miesięcy, potem była w więzieniu. „Trach ciach — nos na piach — zęby na dach, a gite nacht — i pszyk w szyję”. Dzieci nie miała, bo „aparat męża był pusty”, nie funkcjonuje. Aparat jej był doskonały, l'Origant Coty-ego. Opowiada o operacjach, które przeszła: ginekologiczna, na kamienie nerkowe. Była wierną żoną: „jeden mąż, jeden Bóg”.

Chora mówi nieustannie, wykazując goniłwę myślową, odwracalność uwagi zewnętrzną, tendencję do dowcipów i rymów. Nastrój wesoły, samopoczucie wzmożone. Ojciec, jak opowiada chora, był też chory psychicznie. Na ciele chorej mnóstwo sińców, opowiada, że pobili ją jacyś alfonsi.

11.I. W gabinecie lekarskim: wchodzi w nastroju wesołym, salutuje obecnego sędziego śledczego, wyśpiewuje piosenki kabaretowe, powtarza zwykłe dowcipy i rymy, odrazu z patosem woła: „Julianie W., wstań z grobu i zobacz, jak twoja żona wygląda”. Płacze rzewnie. Szybko nastrój ten mija; zapanowuje znów wesołość. „Oryginalna, kapitalna i niedawalna”. „Już Pani skończyła, spuść Pani wodę”. Wymyśla dozorczyńni; zarzuca jej, że kłamie, kradnie. „Kto kłamie — kradnie”. „Złodziejki, napadniczki”. „Ja noszę pończoszki po 2 zł., a codzień piórę sama. Ostatnio w komisarjacie”. Świadomości choroby psychicznej, własnego

podniecenia — brak, Odwracalność uwagi na zewnątrz w stopniu bardzo wydatnym. Pokazuje sińce, które zawdzięcza chorej K. „One są książę *Walji* — bo się w głowę *wałq*”. Opowiada przeróżne dykteryjki. Kweruluje, choć nie w stopniu wybitnym. „Tak, panie Bornsztajn, smutne, ale prawdziwe”.



Fot. 3. R. W.

30.I. Chora na oddziale nieustannie podniecona: mówi wciąż, wtrąca się do wszystkiego, sypie dowcipami, jak z rękawa. Często agresywna i kwerulacyjna.

27.II. Reakcja Wasermana we krwi ujemna,

29.II. Stan psychiczny nie uległ dotychczas zmianie zasadniczej; samopo-

czucie wzmożone, nastroj zmienny; to wesoła, to znów płacze, przeważa wesołość. Chora tańczy, śpiewa, dowcipkuje. *Dowcipy naogół powtarzają się te same.* Goniłwa myślowa i odwracalność uwagi — wyraźne Cyniczna:

St. somaticus. Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, o obfitej podściółce tłuszczowej, włosy szpakowate, oczy piwne. Typ owłosienia na częściach płciowych — kobiecy. *Habitus praecipue picnicus.* Waga 64,3 kg. Żrenice równe, na światło, akomodację i zbieżność oddziałują prawidłowo.

Odruchy ścięgnowe i okostnowe koń. górń. i dolnych obustronnie równe i żywe, Brzuszných wywołać nie można (wiotkie powłoki brzuszne). Granice serca prawidłowe. Tony głuchawe. Tętno 100, miarowe, dobrze wypełnione. Parcie krwi 165/105.—po kilku dniach 135/75.

9.III. Stan typowego manjakałnego podniecenia trwa wciąż.

10.V. Stan zwykłego podniecenia, które stopniowo nabiera cech stereotypowości.

Do końca roku 1928 w stanie chorej nie zaszła żadna zmiana.

4.III 29 znajdujemy notatkę: stan podniecenia wciąż trwa; mówi dużo, dowcipkuje, wtrąca się do wszystkich, wie wszystko zarówno o lekarzach, jak i o chorych. Robi porozumiewawcze giesty, zawsze jednakowo mruży oko, kiedy mówi coś dowcipnego lub cynicznego. Wciąż jednakowo prosi ordynatora o „fajeczkę” (papierosa).

28.V 29. Maże ściany kałem (jakoby umyślnie, żeby dokuczyć służbie?).

Przez cały rok 1930 aż do chwili ostatniej, żadnych zmian w stanie chorej nie zdołano stwierdzić: stan podniecenia manjakałnego o średnim natężeniu z goniłwą myślową, a głównie odwracalnością uwagi, z tymi samymi, stereotypowo powtarzającymi się dowcipami, zwrotami, mrużeniem oczu, prośbami o „fajeczkę”, wtrącaniem się do wszystkich i wszystkiego.

Sprawdzono, że chora rzeczywiście przebywała na obserwacji w szpitalu dla psychicznych chorych w Tworkach, zgodnie z decyzją Sądu Okręgowego w Łodzi. W tym szpitalu przebywała od 31.X 1923 r. do 31.I 1924 r., t. j. w ciągu 3 miesięcy, gdzie stwierdzono stan podniecenia manjakałnego.

Z opinii lekarskiej, wydanej przez szpital w Tworkach, zakomunikowanej nam łaskawie przez p. dyrektora Łuniewskiego, wynika, że chora W. oskarżona była o kradzież platerowanych noży, widelców i łyżek z hotelu Savoy w Łodzi w lipcu 1923 r. Już wtedy, jak to wpływa z pierwszego protokołu posterunkowego, oskarżona nie ma stałego miejsca zamieszkania, uczęszcza do pierwszorzędných restauracji i hoteli; czepia się tam gości, proponując kupno kosmetyków, a przy sposobności zabierała niepostrzeżenie platery. W końcu sprawozdania, posterunkowy dodaje: „przytem oskarżona choruje na wielkość”. Dalej w przebiegu sprawy o kradzież, z zeznań świadków, wynika, że chora już wtedy zachowywała się nie-normalnie, była podniecona. Jest to ważne dla nas ze względu na to, że stwierdzamy chroniczność jej stanu manjakałnego, który trwa w ten sposób co najmniej lat 8.

Biorąc pod uwagę zeznania chorej na sądzie, w szpitalu w Tworkach i na naszym oddziale, możemy pozatem stwierdzić co następuje: chora zachorowała po raz pierwszy w 18-ym roku życia i przechodziła wówczas stan podniecenia manjakałnego w szpitalu dawnym żydowskim na Pokornej; stan ten trwał 6 — 8 miesięcy. Po raz drugi zachorowała psychicznie po śmierci męża (w międzyczasie chorowała wewnętrznie, poddawała się kilkakrotnie operacjom, ale psychicznie była zdrowa) — wtedy nie chciała jeść, myć się, chodziła brudna, rozczochrana,

obdarta: kilka razy próbowała odebrać sobie życie, nic nie robiła; stan taki trwał 2 — 3 lata. Stopniowo stan zdrowia chorej polepszył się, znalazła posadę; gdzie dużo pracowała, a mało zarabiała. Tak było do maja 1923 r., kiedy postanowiła zająć się handlem na własną rękę. W lipcu przyjechała w celach handlowych do Łodzi i wtedy już prawdopodobnie rozpoczęło się podniecenie manjakałne, które stopniowo wzrastało i doprowadziło chorą zrazu do więzienia, a potem do szpitala.

Streszczenie: Mamy tu więc do czynienia z typową konstytucją manjakałno-depresyjną o charakterze *cyklotymicznym*, u kobiety, dzisiaj 51 lat liczącej, która przechodziła po raz pierwszy w 18-ym roku życia kilkomiesięczny *stan manjakałnego* podniecenia; po raz drugi—po śmierci męża przechodziła wyraźny *stan depresyjny* z tendencjami samobójczymi, — wreszcie w r. 1923, t. j. 8 lat temu zachorowuje po raz trzeci; wykazuje wybitny stan manjakałny z gonitwą myślową, odwracalnością uwagi, tendencją do dowcipkowania, do cynicznych zwrotów — wszystko to staje się coraz bardziej stereotypowe i monotonne, ale dziś jeszcze chora bywa często podniecona, czasami złośliwa w stosunku do personelu i chorych, w każdym razie wybitnie *syntoniczna*. Mamy więc przed sobą tutaj stan manjakałny, jako jeden z okresów psychozy manjakałno-depresyjnej, ale *wybitnie przedłużony* (8 lat) i *noszący cechy stereotypowości i monotoni*.

. . .

Spróbujmy teraz na podstawie analizy naszych przypadków dojść do pewnych uogólnień, które pozwoliłyby nam zorjentować się w sprawie omawianej. Jeżeli postaramy się wejrzeć bliżej w nasze cztery przypadki, to zrazu musimy dojść do pierwszego wniosku, że tworzą się niejako samorzutnie dwie pary, wyraźnie odmiennie od siebie: pierwsza para (przyp. I i II) i druga para (przypad. III i IV). Dwa pierwsze przypadki mają ze sobą znacznie więcej cech wspólnych, niż z trzecim i czwartym, a te ostatnie znów, zbliżone do siebie, różnią się wyraźnie od dwu pierwszych. Te podobieństwa i różnice dotyczą zarówno przebiegu, jak i poprzecznego przekroju psychotycznego. Obie pierwsze chore (M. i L.) zachorowują psychicznie *po raz pierwszy w późnym wieku*, pierwsza w 53-im roku życia, druga — w 64-ym. O żadnych wcześniejszych okresach psychotycznych nic nie wiemy u obu tych chorych. M. przechodzi dwa krótkie, po kilka miesięcy trwające, epizody manjakałne, i po 6-u latach zdrowia zachorowuje po raz trzeci: tym razem stan manjakałny staje się beznadziejnie chronicznym i trwa bez żadnej zmiany przez *lat 10*. U drugiej chorej z tej samej pary (L.) niema nawet krótkich wstępnych okresów manjakałnych,

tylko odrazu w 64-ym roku życia rozpoczyna się stan manjakałnego podniecenia, który trwa bez przerwy *lat 12* aż do śmierci, która nastąpiła wskutek ataku mózgowego. Co się tyczy symptomatologii obu pierwszych przypadków, to zaznaczaliśmy pewne różnice między M. i L. w tym sensie, że u drugiej widzimy wyraźne przymieszki heterogenne (niechlujność, mazanie się kałem), co godziłoby się z jej leptosomicznym raczej typem konstytucyjnym, oraz dodatki organicznego pochodzenia (osłabienie pamięci, chwiejność afektywna), ale w samym objawach zasadniczych jest podobieństwo uderzające: wybitne podniecenie psychoruchowe przy względnie nieznacznie rozwiniętych objawach podniecenia intrapsychicznego: zaznaczona gonitwa myślowa, nieznaczna odwracalność uwagi, natomiast wybitna skłonność do „kawałów”, do *groteskowości*, do *rozśmieszania*, bardzo *wybitny egoizm*, *nawet egocentryzm*, brak żywszego zainteresowania kimkolwiek, niewątpliwe *stopienie afektywne* przy *pozorach* manjakałnej syntonji, a nadewszystko *monotonja i stereotypja* zarówno skarg, jak dowcipów, przysłów, powiastek, powtarzanych aż do znudzenia przez lata całe.

W drugiej parze (Gr. i W.) widzimy już jednak co innego zarówno w podłużnym, jak i w poprzecznym przekroju. Pierwsza w 28-ym roku życia przechodzi 2-letni okres wyraźnej depresji; po 20-u latach dopiero, w ciągu których, jak sama twierdzi, była zupełnie zdrowa, a według słów córki, wykazywała wzmożoną aktywność i awanturniczość, zachorowuje ostatecznie w sposób powyżej opisany: stan silnego podniecenia z nieznacznymi przerwami (ale jednak z przerwami), trwa 5½ lat, ostatnie trzy lata owiane są lekką mgłą depresyjną, ale zasadniczy objaw (kwerulacja) trwa w dalszym ciągu. Druga — W. — wykazuje w przebiegu swej psychozy jeszcze wyraźniejszą *cykliczność*, niż pierwsza. Już w 18-ym roku życia przechodzi 8 miesięcy trwający stan manjakałny, drugi raz — po śmierci męża — znajdujemy ją w ciężkiej depresji, która trwa 2 — 3 lat, wreszcie nastaje stan gorączkowej pracy, zarobkowania, który stopniowo narastając nabiera coraz wyraźniejszych cech manjakałnych i doprowadza ją zrazu do więzienia, a potem do szpitala, gdzie przebywa do chwili dzisiejszej. Słowem, zarówno u jednej, jak i drugiej chorej mamy do czynienia z *konstytucją manjakałno-depresyjną z przewagą tendencyj manjakałnych*, które narastając w wieku późniejszym, doprowadzają do *stanu manjakałnego chronicznego*.

Jeżeli chodzi o podobieństwo objawów, to stwierdzamy, u obu chorych konstytucję fizyczną *pikniczną*, zaś objawy psychiczne

o tyle tylko się różnią, że u pierwszej (Gr.) na plan pierwszy wysuwa się kwerulacyjność, zaś u drugiej (W.) wyraźniej występują odwracalność uwagi, gonitwa myślowa i skłonność do dowcipów i cynicznych zwrotów. Monotonja i stereotypowość objawów wspólne są zresztą obu chorym. Sądzymy, że na podstawie naszych przypadków i rozważań powyższych możemy wyprowadzić kilka wniosków ogólniejszych, dotyczących całokształtu omawianej sprawy.

1) Nie wszystkie stany manjakałne wieku podeszłego są jednakowego pochodzenia i jednakowej struktury klinicznej.

2) Te stany manjakałne wieku podeszłego, które rozwijają się u osób z wyraźną konstytucją psychofizyczną manjakałą (Przyp. III i IV) nie różnią się w stopniu znacznym w swym przekroju poprzecznym od zwykłych ostrych stanów manjakałnych, występujących w przebiegu psychozy manjakałno-depresyjnej. Różnica polega jedynie na niepcmiernem przedłużeniu objawów manjakałnych, na osłabieniu ich natężenia i wyrazistości (zwłaszcza jeżeli chodzi o gonitwę myślową i odwracalność uwagi) i, co najważniejsza, na ich małej różnorodności, na ich *monotonji* i *stereotypowości*. Od czego zależą te cechy ostatnie, trudno jest orzec z całą stanowczością: Czy wiek podeszły (zmiany arteriosklerotyczne, przedstarce, starce) odgrywają pewną rolę? Czy wieloletnie przebywanie w zakładzie i brak świeżych wrażeń zewnętrznych? Czy może jedno i drugie razem? Trudno, jak powiadam, orzec tu coś stanowczego.

Podkreślić tu muszę w związku z tym punktem jedną rzecz wagi, mojem zdaniem, kardynalnej. Tylko te przypadki stanu manjakałnego chronicznego w wieku podeszłym noszą cechy, zbliżone w dużej mierze do stanów manjakałnych zwykłych, które powstają na tle konstytucji manjakałno-depresyjnej z mniej lub więcej wyraźną *cyklicznością* i wyraźnie zaznaczoną *syntonją*; tylko te, w których stwierdzić można w życiu parokrotne okresy choroby bądź podniecenia, bądź depresji, z przewagą jednak *okresów podniecenia*. *Last not least konstytucja* fizyczna zawsze w tych razach bywa wybitnie — *pikniczna*.

Co do rokowania w tych przypadkach nie należy mimo długiego bardzo trwania oddawać się bezwzględnemu pesymizmowi. Należy, przeciwnie, zawsze mieć na uwadze, że owa cykliczność znów kiedyś odezwać się może (jak w pewnej mierze nastąpiło to u naszej chorej), że stan manjakałny może przycichnąć, przejść w lekką depresję lub nawet w stan zdrowia, o ile chora tego zdoła się doczekać!) ¹⁾

¹⁾ Chora W. w między czasie wyzdrowiała.

3) Prócz opisanych powyżej zdarzają się jednak w wieku podeszłym takie stany manjakkalne, które różnią się w stopniu dość wydatnym od pierwszych. Dotyczy to pierwszej naszej pary chorych -- M. i L. Są to te przypadki, w których choroba wybucha po *raz pierwszy* w życiu w wieku późnym (po 50-ym roku), gdzie brak w wywiadach jakichkolwiek danych o dawniej przebytych okresach podniecenia lub depresji, gdzie słowem *mowy niema o cyklotymji*. O ile w pierwszym typie można mówić o narastającej w ciągu życia fali manjakkalnej (*progressive maniakale Konstitution* Nitsche'go), która długo nie odpływa — tu wybucha nagle lub ostro stan manjakkalny, który wkrótce staje się chronicznym i... beznadziejnym co do trwania. A przekrój poprzeczny psychiczny tych stanów drugiej kategorii, jak widzieliśmy, również przedstawia się odmiennie, niż w pierwszych, Syntonja — owe żywe współdzwzięcie z otoczeniem — jest znacznie słabiej wyrażona, niż tam, afektywność szybko jałowuje, *intresowanie się otoczeniem* jest tylko *pozorne*, główne zainteresowania dotyczące własnej osoby i to zwężone do najelementarniejszych potrzeb, wytwarza się wybitny egocentryzm: kardynalne objawy psychotyczne stanu manjakkalnego — gonitwa myślowa i odwracalność uwagi — są zaledwie zaznaczone; monotonja i stereotypowość zarówno stanów podniecenia, jak i zwrotów, mowy, dowcipów jest posunięta w tych wypadkach do ostatecznych granic; wesołość jest też pozorną, jest to raczej karykatura wesołości, groteska, błaznowanie. Czasami zdarzać się mogą i pierwiastki heterogenne, obce stanowi manjakkalnemu typowemu ¹⁾, jak w przypadku drugim, a mianowicie mazanie siebie i ścian kalem, wogóle niechlujność w ubraniu, mycie się w wodzie klozetowej i t. d. W tym naszym przypadku te heterogenne pierwiastki odpowiadają budowie ciała (raczej leptosomicznej).

Co się tyczy tego ostatniego punktu, t. j. konstytucji fizycznej, to należy podkreślić tu pewne zastrzeżenia ze względu na wiek podeszły, który może dawać obrazy w budowie ciała niezupełnie pewne, zamazane: tak że tylko wyraźna budowa pikniczna, jak w naszym I-ym III-im i IV-ym przypadku winny być brane w istotną rachubę.

4) Istnieją więc przypadki stanów manjakkalnych chronicznych w wieku podeszłym, które nie dadzą się pomieścić w ramach psychozy manjakkalno-depresyjnej i stanowią może coś klinicznie odrębnego.

Tu badania genealogiczne mogłyby rzucić więcej światła na tę sprawę.

¹⁾ Ob. Wł. Matecki. O pierwiastkach heterogennych w stanach depresyjnych wieku podeszłego.

(Z Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkołenia Sanitarnego)

ZABURZENIA NERWOWE I PSYCHICZNE PO POSTRZALE GŁOWY W CELU SAMOBÓJCZYM.

PRZYPADEK VII.

SAMOBÓJSTWO ROZSZERZONE

podał

PŁK. DR. JAN NELKEN

Kierownik Oddziału.

Prokurator przy Wojsk. Sądzie Okr. Nr. I w Warszawie wnosi o wdrożenie śledztwa przeciw sierżantowi A. o zbrodnię z art. 453 k. k. z 1930 r. z zawieszeniem aresztu śledczego. Obwiniony podejrzany jest o to, że dnia 20.VII.31 zastrzelił swoją żonę Barbarę.

Według meldunku żandarmerji dnia 20.VII.31 około godziny 1 min. 30 na polach w pobliżu szosy, wiodącej do stacji Warszawa-Praga sierżant A. wystrzałem z rewolweru pozbawił życia żonę swą Barbarę, poczem w zamiarze samobójczym strzelił sobie w prawą skroń. Odwieziony został karetką do Szpitala Okręgowego Nr. I.

Przyczyny: przewlekła choroba żony, niepowodzenia życiowe i obopólna niechęć do życia, jak to wyjaśniają listy znalezione na miejscu wypadku.

Podaję tutaj w dosłownem brzmieniu dwa pisma przedśmiertne, przygotowane przez denatów w przeddzień wspólnego samobójstwa. Oświadczenia te w oryginale są pisane na maszynie i kaligraficznie podpisane.

Warszawa dnia 19.VII.31.

Stwierdzam, że mąż mój (dwojga imion) A. odebrał mi życie za moją zgodą, gdyż będąc bardzo chorą i wyczerpaną, nie miałam siły dłużej się męczyć, a w dodatku z chwilą przeniesienia męża na prowincję wszelka możliwość leczenia w szpitalu w stolicy odpada.

Barbara A.

Mnie osobiście wiadomość o przeniesieniu odebrała chęć do życia, gdyż po tylu latach mordęgi, gdy zdołałem uzyskać mieszkanie jak Bóg przy-

kazał i sądziłem, że zacznę leczyć żonę i dzieci i zdołam zacząć prowadzić spokojny żywot — tu nagle zaczynaj nanowo od początku i tak w nieskończoność. Sił do życia mi brak.

A. dwojga imiom
(podpis kaligraficzny z zakrętasem).

Orzeczenie sądowo lekarskie, wydane na podstawie sekcji zmarłej Barbary A. stwierdza dwie rany postrzałowe w głowie i klatce piersiowej, zadane z krótkiej broni palnej przy bezpośrednim przyłożeniu jej do ciała.

Zebrane narazie wiadomości stwierdzają, że Barbara A. od kilku miesięcy poważnie chorowała i pomimo licznych zabiegów lekarskich stan choroby jej pogarszał się.

Na tydzień przed samobójstwem sierżant A. miał mówić bratu, że z chwilą śmierci żony dalsze jego życie jest bezcelowe.

Następujące wyjątki z protokołu sekcyjnego mogą się przyczynić do scharakteryzowania stanu jej zdrowia: Prawe płuco u szczytu i na przedniej powierzchni mocno zrośnięte z opłucną ścienną. Rysunek nerek na przekroju zatarty. Obydwie miedniczki rozszerzone, śluzówka napęczniała, przekrwiona, pokryta dość grubą warstwą żółtej ropy. W obydwu jajnikach liczne torbiele wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego. W macicy z lewej strony na tylnej powierzchni guzy wielkości mandarynki, twarde, na przekroju szarawo-białe. Fałdy śluzówki żołądka wygładzone, śluzówka ścieńczała, pokryta grubą warstwą śluzu.

Część zatem protokołu sekcyjnego, dotycząca ogólnego stanu zdrowia Barbary A. niezależnie od ran postrzałowych streszcza się jak następuje: *Adhaesiones pleurae circumscriptae. Nephritis interstitialis chronica. Pyelitis purulenta bilateralis. Degeneratio cystica ovariorum. Myomata multiplicia uteri. Gastritis cat. chronica atrophicans.*

Sierżant A. jest urodzony w r. 1893, posiada szkołę wydziałową, w życiu cywilnem był mechanikiem, leczyl się dwukrotnie w Szpitalu szkolnym C. W. San. w r. 1928 i 29-ym. Przed leczeniem szpitalnem nadużywał alkoholu i dopiero od r. 1929 przestał pić. 18.VII.31, czyli na dwa dni przed czynem inkryminowanym został on ponownie skierowany na oddział chorób nerwowych w celu ustalenia rozpoznania nerwicy ogólnej; na oddział ten nie zdążył już się udać.

Jego opinia wojskowa (16.I.31. jest następująca: Bardzo dobry, prowadzenie się wzorowe, ideowiec, nieco nerwowy, inteligentny.

Karty szpitalne Szpitala Szkolnego C. W. San. już na kilka lat przed tem rozszerzonym samobójstwem charakteryzują stan nerwowy sierżanta A.

W 1928 roku był on leczony na oddziale chorób wewnętrznych obecnego Szpitala Szkolnego (14.II.—25.IV). Rozpoznanie: *Adhaesio-*

nes pleurales sinistae. Bronchitis diffusa. Obserwacja stanu nerwowego.—Cytuję z karty szpitalnej rzeczy bliżej nas obchodzące:

Badanie układu nerwowego: Wyraźna anisocoria. Żrenica lw.<pr. Oddziaływanie żrenic na światło-słabe, na nastawienie-wyraźniejsze. Lewy fałd nosowy nieco wygładzony. Drżenie mięśni twarzy. Odruchy kolanowe bardzo żywe, równe. Achillesy-bardzo żywe. Rossolimo-z pr. str. zaznaczony, z lw. str.-wyraźny. Babiński-O. Rozpoznanie: *Lues cerebri*.

Wassermann ze krwi (1.II.26)-dodatni. Płyn m. rdz. z osadem krwi: Wassermann-niezupełnie dodatni. Fuchs-Rosenthal-2. Białko-0.51% Nonne-Apelt-. Pandy-O. Prątki Kocha-O. Nieliczne dwinki typu Fraenkla.

Rentgen: Przy prześwietlaniu-przymglenie lw. szczytu-słabsze jego wyjaśnienie się przy kaszlu. Cienie wnękowe powiększone. Kąt przeponowo-żebrowy lewy nie otwiera się przy wdechu, co przemawia za obecnością wzrostu opłucnowego u podstawy lewego płuca. Miąższ płucny przy prześwietlaniu nie wykazuje zmian ogniskowych.

Mocz bez zmian.

Wydano orzeczenie lekarskie z wnioskiem na 5 tygodni urlopu.

W następnym roku 1929-ym (8.V.—12.VIII) — był sierżant A. leczony na oddziale chorób nerwowych tegoż szpitala. Rozpoznanie: *Schorzenie swoiste ośrodkowego układu nerwowego (lues cerebro-spinalis)*.

Wywiady: nieco przygnębiony i rozdrażniony. Obawia się konfliktów. Nie pije. Pali mało. Ma 2 dzieci. Nie było poronień.

Badanie: Żrenice pr. > lw. Oddziaływanie pr. żrenicy na światło-O. na nastawienie+. Mowa zwolniona, drżąca, chwilami nieco zatarta. Brak wyraźnej dyzartji. Prawy dolny n. twarzowy słabiej unerwiony przy mówieniu. Odruchy kolanowe pr. > lw. Wassermann ze krwi (13.V.29) — O. Vernes-20. Wassermann z płynu m. rdz.-O. Fuchs-Rosenthal-7. Białko- 0.66%. Nonne-Appelt i Pandy-dodatnie, Weichbrodt-wyraźnie dodatni. 22.V. zaszczepiono choremu zimnicę (3 cm³ dożylnie i 5 cm³ podskórnio) 29.V — pierwszy napad, zaś od 29.V do 2.VI. — 12 napadów. Ciężota cztery razy przekraczała 40°. Chinina 0.2. Samopoczucie dobre. Znaczna poprawa ogólna. Sen dobry. Od czasu do czasu bóle głowy.

Leczenie specyficzne: 12 zastrzyków domięśniowych jodo-chinobizmu oraz 3,15 neosalwarsanu w 8 zastrzykach.

Badanie w dniu 12.VIII. wykazało: Argyll-Robertson. Odruchy kolanowe-równe. Rossolimo po stronie pr.-wybitny, po stronie lw.-

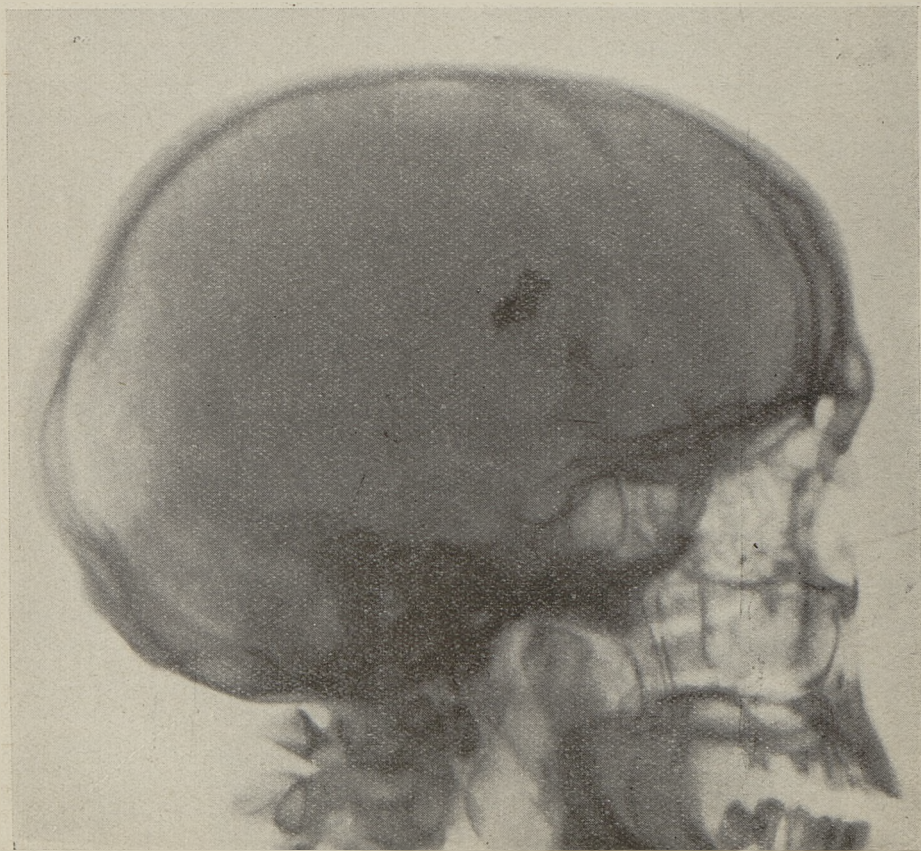
zaznaczony. W prawej k. d.-nieznaczna ataksja. Romberg-O. Czucie prawidłowe.

Orzeczenie lekarskie z wnioskiem na 5 tygodniowy urlop.

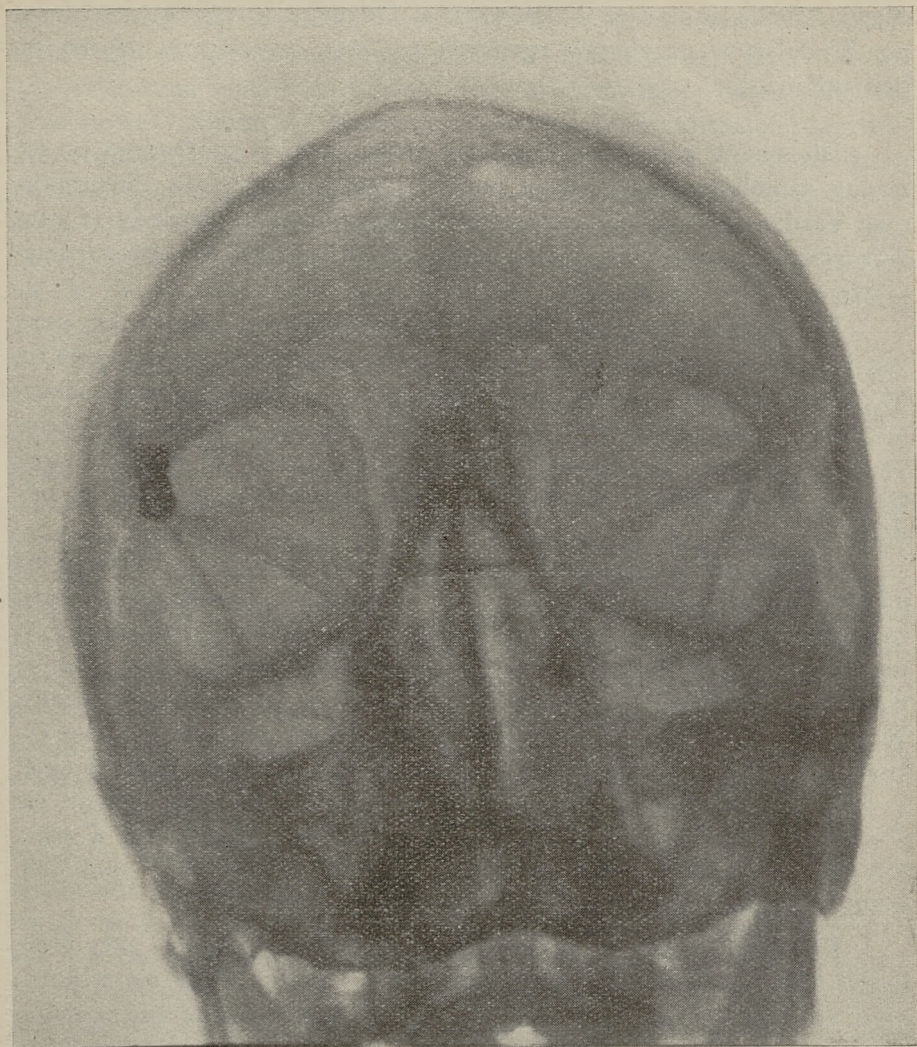
Przewieziony po usiłowaniu samobójstwie na oddział chirurgiczny Szpitala Okręgowego Nr. 1, przebywał tam od 20.VII.31 do 2.VIII.31 z rozpoznaniem: *Rana postrzałowa prawej skroni.*

T^o normalna. *Przytomny.* Na pr. skroni-rana postrzałowa z śladami małymi oparzenia i sadzą po wlocie kuli. Wylotu nie stwierdza się.

Rentgen (Pracownia Radjologiczna Szp. Okr. Nr. 1). W okolicy pr. kości skroniowej na granicy z kością czołową widoczny jest podłużny ubytek kostny oraz drobne odłamki kostne. W lewej połowie jamy czaszkowej widoczna jest kula rewolwerowa zniekształcona, która na zdjęciu bocznem znajduje się naprzeciw szpar pomiędzy kością czołową i ciemieniową.



Fot. 1.



Fot. 2.

W dniu przyjęcia do szpitala dokonano trepanacji czaszki w miejscu wlotu kuli i chirurgicznej sterylizacji rany w znieczuleniu miejscowym. W dziesięć dni później ponowna trepanacja czaszki w znieczuleniu miejscowym ze strony lewej oraz wyjęcie kuli z mózgu. Po operacji wyjęcia kuli przez kilka dni gorączkował do 38° poczem t° spadała. 8.VIII.31 (w dziewiętnaście dni po postrzale) zanotowano w karcie szpitalnej, że chory *na pytania odpowiada niechętnie*

i uchyla się od odpowiedzi. Nie orjeńtuje się w czasie. Mowa prawidłowa, trochę zamazana i niewyraźna. Odruchy ścięgnowe zachowane. W dalszym przebiegu - rychłozrost. Stan psychiczny jak wyżej, bez zmian.

Dla oceny stanu psychicznego sierżanta A. bezpośrednio po zamachu samobójczym w czasie pobytu jego na oddziale chirurgicznym bardzo są pomocne wywiady od jego brata. Wywiady te rzucają również światło i na całe życie badanego od wczesnego dzieciństwa.

Ojciec jest zupełnie zdrow i zrównoważony, pijał tylko przy okazji. Matka również zupełnie normalna, miała wadę serca, umarła na zapalenie płuc. Badany jest dzieckiem z pierwszego małżeństwa. Z 5 dzieci z tego małżeństwa żyje 4, jedno zmarło we wczesnym dzieciństwie. Żyjący: 1) zupełnie normalny, 2) badany, 3) zupełnie normalny, 4) przewlekły alkoholik, leczony również i na naszym oddziale.

Badany od wczesnego dzieciństwa był nerwowy, cierpiał na mimowolne moczenie nocne, w 7-ym roku życia przechodził ropne zapalenie opłucnej z operacją. Był bardzo ruchliwy i niespokojny, nie mógł sobie znaleźć miejsca. Skończył szkołę powszechną, później chodził na praktykę do mechanika. Nigdy nie pił w sposób rażący. W latach 1920-1927 pił jednakże bardzo dużo z powodu towarzystwa, do którego trafił. W 1912 r. wstąpił do marynarki austriackiej w Poli. Podczas wojny ranny ani kontuzjowany nie był. Ożenił się z włoszką. Podczas przewrotu wrócił do Polski i wstąpił do wojska. Pożycie z żoną było zawsze bardzo dobre. Żona była spokojna, zrównoważona, oddana mężowi i dzieciom.

Konflikty życiowe rozpoczęły się z chwilą, kiedy zaczął się leczyć. Jak poszedł do szpitala na kilka tygodni, stało się widocznym, że żona bardzo nad tem bolała; mąż zaś, cierpiąc nad rozłąką, denerwował się i przesadnie reagował, płakał, gryzł ręce, bił głową o ścianę i t. d. Po wyjściu ze szpitala stan jego zdrowia bardzo się poprawił: sam on przestał pić i zaczęło się unormowane życie rodzinne-splata długów, meblowanie mieszkania i t. d.

Na kilka miesięcy (mniej więcej—pół roku) przed wypadkiem żona badanego zaczęła chorować, skarżyła się na bóle głowy i szum w głowie. Kilrotnie robiony odczyn Wassermanna ze krwi wypadł zawsze ujemnie. Chodziła na elektryzację do szpitala wojskowego. Badanie dokonane przez innego specjalistę nie wykazało u niej również żadnych organicznych zaburzeń ze strony układu nerwowego.

Cierpiała ponadto na jakąś cuchnącą wydzielinę z organów płciowych, której się wstydziła i nie chciała iść do lekarza. Pod wpływem tego cierpienia oraz uporczywych bólów głowy była bardzo zdenerwowana i stale narzekała przed mężem, który bardzo się tem przejmował. Ostatnio znajdowała się w stanie znacznej depresji, która udzieliła się i mężowi. Od siostry żony brat się dowiedział, że żona zamierzała kilkakrotnie bez wiedzy męża popełnić samobójstwo. Męża wielokrotnie prosiła o dostarczenie jej trucizny. Chory mówił bratu (na kilka dni przed zamachem samobójczym), że obawia się, iż cierpienie żony stoi w związku z jego zakażeniem kiłowym. Zarówno chory jak i jego zmarła żona bardzo kochali dzieci.

Ostatni raz brat widział chorego na 4 dni przed wypadkiem: był on tak zdenerwowany, że robił wrażenie psychicznie chorego. Opowiadał o tem, że żona chce się zabić, że on tego nie przeżyje. Prosił bardzo brata o ułatwienie przyjęcia żony do szpitala w celu ustalenia co jej właściwie jest, skarżył się, że *choroba żony jest skutkiem jego kiły*, płakał przytem i gryzł pięści. Brat uspokajał go, że odczyn Wassermann'a ujemny u żony świadczy o braku wszelkiego związku z jego chorobą. Chory uspokoił się i zaczął płakać nanowo—tym razem z radości. Umówił się, że przywiezie żonę na zbadanie do szpitala. Z tem się rozstali. Bezpośrednio po tem widzeniu chory się dowiedział, o swoim przeniesieniu do P. K. U. na prowincji, do tego samego pułkownika, z którym kiedyś miał zatarg i przez którego otrzymał jedyną karę dyscyplinarną.

W szpitalu brat widział chorego w dniu przywiezienia go po zamachu samobójczym na sali szpitalnej: ranny patrzył przytomnie, nie mówił jednak nic; schwycił on brata za rękę i pocałował ją. Na drugi dzień po operacji był nieprzytomny. Na trzeci dzień mówił bez związku, mieszał słowa polskie, niemieckie i włoskie i mówił tak bełkotliwie, że trudno go było zrozumieć. Po kilku dniach mógł już budować zdania, pytał, *czemu nie przychodzi do niego żona?* O zranieniu swoim opowiedział bratu skonfabulowaną wersję o postrzeleniu go wypadkowem przez ojca w dzieciństwie (wersję tę przytaczam poniżej).

Po drugiej operacji chory nie miał już żadnego kontaktu z bratem: nie poznawał go, mówił zupełnie bez związku. W ostatnim dniu przed przewiezieniem do tutejszego szpitala niepewnem było, czy poznał on odwiedzającego ojca. Przez ten cały czas dowiadywał się tylko o żonę, natomiast nie dowiadywał się zupełnie o dzieci. Również przez cały czas pobytu w szpitalu ani razu nie mówił o „wypadku”. Podczas odwiedzin ojca w tut. szpitalu dziwił się bardzo, że ojciec

jest w Warszawie, pobytu zaś w szpitalu poprzednim i odwiedzin ojca w tym szpitalu zupełnie nie pamiętał. Dopiero powiadomiony przez odwiedzających o śmierci żony i o całym wypadku (w kilka tygodni potem) podczas jednej z wizyt brata starał się dowiedzieć, gdzie żona jest pochowana, gdzie są dzieci i t. d., poczem nagle zmienił temat rozmowy i zaczął mówić o „masce” (niżej) a po chwili zwrócił się do brata z prośbą, *żeby żona jego odwiedziła go w szpitalu*. Od tej wizyty jednak wyrównał się jego pamięciowy stosunek do faktu śmierci żony i odwiedzający go brat jaskrawych zaburzeń pamięci i konfabulacji w tym kierunku nie spostrzegął.

W stosunku do dzieci podczas odwiedzin nie wykazuje żywego zainteresowania. Zaznaczyć należy, że chory za dawnych czasów, będąc bardzo nerwowy, nieraz bywał szorstki względem przeszkadzających mu w pracy dzieci, mógł dziecko np. kopnąć. Dzieci więc w związku z tem nie były specjalnie przywiązane do ojca.

Siostra zmarłej żony sierżanta A. podaje przy przesłuchaniu sądownym:

Barbara czuła się coraz gorzej, powiedziała, że nie będzie żyć, żałowała dzieci, mówiła, że chciałaby żyć, ale zły stan zdrowia każe jej umrzeć. Ostatnio cierpiała tak bardzo, że nie mogła spać ani jeść. Szwagier mówił, że i on tak samo musi umrzeć, gdyż chociaż mu bardzo żał dzieci, ale on bez niej żyć nie może. Był bardzo nerwowy. Szwagier mówiąc o żonie, płakał. Siostra chciała się kilkakrotnie rzucić z okna i jedynie pod namową odstępowała od tej myśli. Kiedyś ostatnio zaproponowała jej, żebym z nią razem poszła rzucić się do Wisły, wcześniej czy później musi umrzeć, bo za bardzo cierpi. Szwagier był ostatnio szalenie zdenerwowany; kiedy dowiedział się o przeniesieniu go powiedział „koniec”, co potwierdziła siostra. 20.VII.3 po południu na nalegania szwagra i siostry pojechała do Piastowa trochę się rozerwać i odwiedzić tam ich córeczkę. Pozostawiła ich w bardzo smutnym i przygnębnym nastroju, siostra płakała, pocałowała ją na pożegnanie, szwagier był widocznie zdenerwowany. Kiedy powróciła nazajutrz rano dowiedziała się o tragicznym wypadku. Siostra jej żyć nie chciała, a szwagier mówił, że nie będzie mógł żyć bez niej. Kiedy szwagier nalegał, aby siostra poszła do szpitala się leczyć, odpowiedziała, że się wstydzi.

2.VIII.31 sierżant A. został przeniesiony na oddział II (psychiatryczny) Szpitala Szkolnego C. W. San.

Badanie neurologiczne (12.VIII. 12.IX). W okolicach skroniowych obustronnie widoczne blizny pooperacyjne. Czaszka na ucisk i opuk niebolesna. Żrenice pr. > lw. Żrenica prawa zniekształcona i owalna. Brak reakcji na światło. Reakcja na zbieżność i nastawienie zachowana. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Oczopląsu-niema. Odruch gardzieliowy—bardzo słaby. Objawów oponowych-brak. Dno oka bez zmian. Kkg.-Siła i napięcie bez zaburzeń. Odruchy ścięgni-

te i okostnowe-wygórowane. Ataksji nie ma. Diadochokineza-prawidłowa. Drżenie rąk.—Kkd.-Siła i napięcie-bez zaburzeń. Odruchy—kolanowe wzmożone z zacięciem klonicznym. Wyraźny klonus rzepkowy obustronny. Odruchy Achillesa-żywe, równe. Stopotrząs-O. Rossolimo - obustronnie dodatni. Babiński-niewyraźny. Romberg-O. Ataksji-brak. Czucie powierzchowne i głębokie-bez zaburzeń.

Rentgen (Oddział Radjologiczny Szp. Szk. C. W. San. 21.IX.31): Ponad prawą skronią widoczny otwór w kości czołowej, dochodzący do szwu wieńcowego, wielkości monety 50-groszowej o dość regularnych brzegach.

Przy otworze tym widać wewnątrz czaszki cały szereg drobnych odłamków kostnych, wchodzących na 2 cm. wgląb jamy czaszkowej. Na dolnej części lewej kości ciemieniowej tuż poza szwem wieńcowym widać otwór po trepanacji o średnicy około 5 cm, wypełniony pięciokątną płytką kostną.



Fot. 3.

Badanie wzroku. (23.IX.31): ostrość wzroku: obustronnie 1.0. Pole widzenia w granicach normy według wykresu. Na dnie oczu

tarcze n. n. wzrokowych poza bardzo nieznacznym przybliżeniem na skroniach zmian nie wykazują.

Badanie krwi na Wassermanna i płynu mózgowo-rdzeniowego (I.X.31): Wassermann z surowicy krwi-ujemny. Nakłucie-trudne do wykonania. Płyn mętny, po odwirowaniu z osadem krwawym. Wassermann z płynu-ujemny. Fuchs-Rosenthal — 30. Białko — 0,49%. Wskaźnik refraktometryczny — 1,3351. Nonne-Apelt-dodatni, Pandy, Weichbrodt—dodatnie. Na preparatach, barwionych z osadu-widoczne: 1. Dość liczne białe ciała krwi z dużą przewagą limfocytów. 2. Liczne czerwone ciała krwi. 3. Żadnych drobnoustrojów nie znaleziono.



Fot. 4.

Badania krwi i płynu mózgowordzeniowego różnią się od analogicznych badań, dokonanych w 1926 r. jedynie ujemnym odczynem

Wassermann. Odczyny Nonne-Apelta i Pandy'ego zachowują się jednakowo dodatnio. Pleocytoza zaś zwiększona obecnie nie jest miarodajna z powodu znacznej przymieszki krwi.

Badania ciśnienia krwi (*Boulitte*) wynoszą: 115/ 90-28.IX.31, 125/ 85-6.X.31, 135/ 100-17.X.31.

Badany jest w miejscu i czasie zorientowany. Podczas badań jest naogół spokojny, wykazuje naogół nieco przesadną służbistość, ciągle stając przy odpowiedziach na pytania na baczność i ciągle meldując; zachowuje się spokojnie i w ugrzecznony sposób. Mimika — bardzo skąpa. wyraz twarzy otępiały. Widocznem jest, że przypominanie różnych faktów stwarza mu dużo trudności. Mowa powolna, wyraźnie dyzartryczna. Na oddziale naogół zborny, zdarzają się wypadki, kiedy postępowanie jego jest nieskoordynowane: raz np. wylał mleko do spluwaczki; zapytany dlaczego to zrobił, odpowiada, że nie miał apetytu. Zanieczyszcza się początkowo moczem. Do dn. 16.VIII zawsze leży w łóżku, a gdy na chwilę wstanie, pokłada się wnet znowu. W stosunku do życia oddziałowego — apatyczny, nie wykazuje żadnego zainteresowania. Jada długo i pod nadzorem.

Przy wizycie prosi o umożliwienie mu powrotu „do zajęć bieżących”... do brata. Twierdzi, że miał podobno być przeniesionym na oddział okulistyczny. W szpitalu jest od 3 miesięcy. Dzieci jego są w domu z siostrą żony. Na nic się nie skarży i głowa go nie boli. Dopiero 3.IX.31 zwraca się podczas wizyty do lekarza o wyjednanie mu adwokata. Poprzednio uświadamia sobie śmierć żony i przyczynę tej śmierci. Mówiąc o wyrzutach sumienia z powodu zabicia żony przez cały czas stoi w postawie na baczność, dodając ciągle wyraz „melduję”, zdradza przytem brak odcienia afektywnego w zachowaniu się i wyrazie twarzy.

Sądzi, że za to morderstwo będzie pociągnięty do odpowiedzialności sądowej. Z chwilę kiedy popełnił czyn karygodny musi zostać pociągnięty do odpowiedzialności jako zbrodniarz... jako przestępca... dotychczas nie miał z sądami do czynienia, więc chce prosić o obrońcę, o jakiegoś adwokata i musi mu o wszystkim powiedzieć... zrobił to nieświadomie... wczoraj dopiero dowiedział się od bratowej, że to było 21-go (20.VII)... a jemu się zdawało, że to było między 19-ym a 22-im, że on nie tylko żonę zabił ale i siebie przestrelili... do wczoraj o tem nie wiedział z całą pewnością.. *teraz zaś dalej nie pamięta...* tak dalece nie pamiętał, że prosił żeby żona do niego przyszła i przyniosła mu gazetę. Ostatni fakt, który pamięta, to jak w domu na maszynie napisał deklarację. Co było później nic nie pamięta. Nie wie w jaki sposób dostał do ręki rewolwer, który miała schowany żona. Podróży doprawdy nie pamięta. Nie pamięta również pobytu w tamtym szpitalu... dopiero tu zaczął „przychodzić do przytomności”. Dopiero przedwczoraj (2.I.X.) po rozmowie z bratową przypomina sobie jakby przez sen doktora w tamtym szpitalu i fotografię

rentgenowską czaszki. Samego wypadku, jak strzelał do żony i do siebie zupełnie nie pamięta. (14.IX).

W pierwszym okresie pobytu w szpitalu chory ma świadomość, że ma jakieś świeże blizny na głowie, pociera je często ręką, podczas wizyty lekarskiej zwraca się o maść na blizny, które ma na skroniach. W związku ze świadomością istnienia tych blizn właściwa ich przyczyna oraz związane z nią zabójstwo żony — nie istnieją zupełnie w jego świadomości. Zaprzecza on energicznie świeżości tych blizn. Oczywiście i uświadomione ich istnienie daje mu powód do konfabulacji.

W pierwszym szpitalu bezpośrednio przed operacją mówił on bratu, że przyszło jakieś „orzeczenie cenzuralne” kierownictwa marynarki wojennej, z którego się dowiedział, że ojciec jego, polując w Karpatach, postrzelił go niedługo w głowę, i że dotychczas nosił on kulę w głowie, o czym nikt mu dotąd nie mówił.

(Pociera ręką bliznę)—Mając lat dziewięć... ojciec mnie postrzelił... jak o tem nic [nie wiedziałem... ojciec trzymał to poprostu w tajemnicy... matka nieboszczka nie chciała ojca zdradzać, że mnie postrzelił... nie wiem jak to się stało, że nie poszedłem do pierwszego oddziału szkoły, bo byłem operowany. (Przecież ta blizna jest świeża) — Nie, stanowczo, nie. (16.VIII).

Podczas wizyty lekarskiej zwraca się o maść na blizny, które ma na skroni. Na pytanie skąd ma te blizny, odpowiada, że ojciec jego miał na celu trzebieenie kłusowników i raz przez omyłkę postrzelił go w głowę... lekarze specjalnie przybyli z Wiednia, zdjęli mu wówczas skórę z głowy i nałożyli inną maskę... Tamta jego skóra jest zapewne w jakimś słoju, może w muzeum... (26.VIII).

On był u brata z całą pewnością... (zwraca się do brata z zapytaniem, czy żona jego przychodzi do brata)... chce wrócić do pracy... zabija go ta bezczynność... a zawsze pracował od rana do nocy... Na wzmiankę, że musi odpocząć, on to rozumie inaczej, on nie wykorzystał tego urlopu, nie miał urlopu... może tutaj to uwzględni i on dostanie jakie 14 dni urlopu.

Pamięta, że pisał list do brata przed kilku dniami o gazetę z opisem wypadku... on wie, że jego brat jest taki sam wół roboczy, jak on i nie chce, żeby dla niego tracił czas. (22.VIII).

Podczas wizyty pokazuje lekarzowi gazetę (wziętą od jednego z chorych): „wydostałem tę gazetę” (obiecał poprzednio wydostać gazetę, w której jest opis zabójstwa żony)... ma tę gazetę od brata... był wczoraj u brata... między czwartą a piątą... był uniego z całą pewnością... (19.VIII).

Podczas widzenia z bratem poznaje go i twierdzi, że był u niego kilka dni temu „bo chciałem wyciąg z gazety, gdzie było ogłoszone, że ja i Barbara odbieramy sobie życie... ja chcę udowodnić, że to nie moja wina, tylko obopólne porozumienie...” (22.VIII).

Podczas wizyty ma wyrzuty sumienia, że zabił żonę: „prosił, żeby żona przyszła i nie przychodzi... brata prosił o przyniesienie gazety, ale nie dostał jej... więc musiał widocznie ją zabić...” Doszedłem do wniosku, że musiałem to zrobić, w nieświadomości (24.VIII).

Ten fakt zabójstwa żony właściwie nie istnieje w świadomej psychice chorego, przebłyскуje w niej jednak czasem niespodziewanie, tak jakby chory niechcący się przemawiał. Fakt zamierzania

wspólnego samobójstwa daje się nadzwyczaj łatwo odtworzyć w jego psychice. Pierwotne zeznania jego odznaczają się niepowiązaniem, urywkowością, gubieniem treści i jakby chętnem zbaczaniem od tematu. Wykazują one czasem nawet zaburzenia co do orientacji w osobie, z którą ma do czynienia przy badaniu, często bardzo długi czas pojmowania i odpowiedzi, odpowiedzi jego czasem jednak są wyjątkowo zborne i dokładne.

On sam do szpitala przybył z Włoch... (Skąd?)... Doktorze, doktorze... niech mnie pan zrozumie... zrozumie... że z pewnością jutro *ć w i r k a* dostanę... na litość Boską: *toż to jest 120 lat temu*... Pytanie rozumiałem w całej pełni... rozumiem... ja byłem *panie kapitanie* w austriackiej armji... (Kiedy go tu przywieźli?) proszę pana doktora ja wyrw... wyrwałem. (jak długo tu jest?) — tu nie, wcale tu nie jestem, tylko *durch t ü c h t i g*... *pan kapitan* kazał mi... (gubi wątek myśli... Może nie pamięta?) — nie może tego powiedzieć, boby się *wyśmieszył*. (Skąd przybył?). — A, ja byłem całkiem poprostu w nerwowym... *su... sukiennym*, czy... czy ja mogę więcej, panie doktorze?... mam jeszcze dwóch braci, jeden... jest... najstarszy... on miał możliwość... a drugi brat jest... był st. sierżantem... po włosku mówi perfektnie... nauczyła go mówić marynarka... w marynarce służył... tak jest, proszę *pana podpułkownika*. (13.VIII).

„Żonie na imię Barbara — lat ma 33 — obecnie mieszka w W-wie — wyniosła się — ja melduję — aha — pan doktor, gdzie praca, gdzie *pla*... pan doktor jako prawda... no to wystarczy... bo każdy l... le... karz sztykowiedzący jest... ja tam na tej sali przed kilku ma... *kielpma* byłem... (A gdzie żona?) — w Warszawie... ano z pewnością jest... z całą pewnością ubrała porucznika... księgują... a ja przerwę milczenie pana doktora i wrócę do tego, że... (gubi wątek myśli). Żona jest zawsze... tak jest proszę pana... (13.VIII).

Dzieci jego są w domu z siostrą... żona jego umarła... (A co jej było?) — miałem jedno przejście z żoną, (dalej nie mówi, zgadza się na propozycję pomówienia o tem na osobności). (W pokoju badań) — (Jakie to było przejście z żoną?) — Panie kapitanie melduję że ja do dnia odejścia do szpitala nie wiem, czy żona żyje czy nie żyje... mnie jednak brat mój starszy powiedział, że ona wyzdrowiała z powrotem. (Po czym?) — Bo proszę pana kapitana ja chciałem jej i sobie życie odebrać... (Dlaczego?) — No, bo ja wiem, warunki służbowe... źle się wyrażam... warunki... małe jakie były... złe... złe... to znaczy miałem d... długi duże... piłem. (Żona też?) — a... nie — ja dziennie piłem 3 do 4 kieliszków... (19.VIII).

Podczas odwiedzin brat powiedział choremu, że żona jego nie żyje. „Jak ja mogłem to zrobić... nie pozostaje mi chyba nic innego jak strzelić sobie w łeb”. Zmienia temat rozmowy i mówi o *musce*, (ma to być skóra z twarzy) „gdzie mogła ona być przez 22 lata”. Podczas tej rozmowy nie wykazuje, jak zawsze, nawet śladu afektu, (12.IX).

Początkowo zeznania sierżanta A. są urywkowe, niepowiązane i chaotyczne. Mimowoli nasuwa się przypuszczenie jakichś przebytych zaburzeń afatycznych. W przypuszczeniu tem utwierdzają rzadko, lecz zupełnie wyraźnie zachowane ślady parafatyczne.

(Co panu dolega?) — Proszę pana doktora to samo co dziesiątki tysięcy, to znaczy, że przyjechali... pan kapitan... mnie zaś... zaszczytał mnie pytaniem... przypuśćmy dzisiaj jak pan major poszedł, choć nad tem de... de... debatowałem... bo

przecież powinien człowiek pamiętać... mi... mie...miejsce... (Czy pana co boli?) — Nie... nie... czy pan major dzisiaj był... jednym słowem z panem majorem wyszli i *wschodzali* (13.VIII).

Zapytany o panią, która go odwiedza, odpowiada:

„To jest moja znajoma... możliwe, że jaka pani... mąż... nie mogę *król... krótkiej* powiedzieć... żona nie jest... nie... z całą pewnością... ma inną żonę... gdyby była kuzynka toby chyba powiedział... siostra też nie jest... ej nie... gdzieżbym błagał, gdzieżbym w ten sposób panie... to jest daleka kuzynka... obecnie od czterech razy się nie widzieli... (Może to jest O?) — jest, jest, zupełnie poznaję... proszę pana *majora... panie maj... majora...* nie *zwłókił*, że nie jest majorem... czapka pana majora... (Czy znał p. O. przedtem?) — tak w bardzo rzadkich wypadkach... wesela. (13.VIII).

O wspólnem postanowieniu odebrania sobie życia, sierżant A. podaje (18.VIII):

On ma w domu maszynę do pisania i powiada do żony: ...słuchaj... ten tryb życia nam nie odpowiada... bo ja wiem... ani ze sobą w niezgodzie nie żyjemy... więc ja napiszę deklarację (p. str. 1) ...żeby to człowiek pamiętał... stwierdzam że nie posiadam żadnej... *nie pokonuje żona Wacława Karola śmierci...* gdyż śmierci... zaraz... gdyż śmierci... (długie milczenie, wątek się urywa)...

„Żebym ja był wiedział, że w międzyczasie mnie przyjdzie iść, to byłbym deklaracji tej nie wygotował... Po napisaniu tej deklaracji żona podpisała, że mnie nie wini za śmierć... Później wziąłem rewolwer i zastrzeliłem ją... trafiłem ją w czoło... strzeliłem raz... o jakieś dziesięć kroków. Ja przedtem wsiadłem z nią na kolejkę i pojechaliśmy do... nie pamiętam. Po zastrzeleniu jej całkiem poprostu zwałem... do Warszawy naturalnie... naturalnie poszedłem da zajęcia... co robiłem później nie pamiętam... sobie nie zrobiłem nic... pamiętam z całą pewnością, że sobie nic nie zrobiłem... do szpitala zaś mnie odwieźli dlatego, że jak pan kapitan mi to osobiście powiedział przy wizycie, byłem na lues chory. Na lues byłem chory 12 lat temu i leczyłem się na oddziale nerwowym w 1929 roku”.

Żona nie chciała, aby ją zabił, tylko zawsze charaktery się nie zgadzały... mówiła nieraz w rozmowie, że nie ma nic przeciwko temu, żeby ją zabił... Za dużo zaglądał do kieliszka.

Jak żona z nim jechała to wiedziała, że on ją zabije... miał zabić oboje... powiedział jej tak: jak ciebie zabiję to mnie poprostu za twego mordercę wezmą i później... prawda... rząd czy państwo nie obejmie opieki nad dziećmi. Więc ona zaproponowała mnie, żeby młodsza siostra... przyjechała do nas ewentualnie zająć się dziećmi... Kto zaproponował, żeby się zabić tego nie dojdziemy... był często pod gazem... mówiła „co z ciebie będzie...” właściwie ona była tym, kto rozmyślał nad dalszem bytowaniem dzieci... Kto zaproponował śmierć wzajemną, to jest zagadką dzisiaj... bo ja wiem... Jak ją zastrzelił, to drzwi otworzył, wyszedł i kwita. — na uwagę, że żony przecież w domu nie zastrzelił, zauważa: „Tak... prawda... to nie było jednak w pociągu... Psia krew, co za pamięć”.

(Czy nie żał mu żony?) ...A no oczywiście... tylko, że brat mu mówił, że ona jest w rekonwalescencji... Gdybym ja miał dzisiaj równowagę życiową... tobym nigdy nie pomyślał o morderstwie... tembardziej, że to była idealna matka i żona.

Konfabulacja nie ustaje z chwilą kiedy badany uprzytamia sobie (zresztą dość płytko), że to on właśnie zastrzelił żonę:

(Czy mu się nic nie stało?)—Nie, dotychczas nic. — (Po strzale do żony nic sobie nie zrobił?) — Nie. (Cóż więc zrobił?) ...Zwrócił się do swoich przełożonych,

(Co im powiedział?) — Nic im nie powiedział w tej sprawie... poprostu usiadł, wyciągnął z biurka papiery i zaczął pracować. (I co się dalej stało?) — A no przyszedł tutaj dzięki znajomości brata. (Czy nikt go nie aresztował?) — Nie — Tłumaczy, że z chwilą, kiedy przeczytał w gazecie wiadomość o samobójstwie żony, to z treści rozumiał, że nie będą go pociągać do odpowiedzialności. (Dlaczego?) — Bo było napisane, że również żona zgadza się na śmierć. (A teraz gdzie jest żona?) — Nie wiem bo „kontakt” wogóle straciłem, bo trudno dostać widzenie. (Czy żona chciała umrzeć?) — To ona będzie musiała odpowiedzieć, a nie on. (18.VIII)

Badany dalej w dniu 24.IX 31 sierżant A. zachowuje się zupełnie zbornie i podaje, że czyn pamięta *jak przez sen*.

Nie wie, jak pojechał czy kolejką, czy autem za miasto — w kierunku dworca kolejowego Warszawa-Praga. Przed wyjściem z domu umówili się z żoną, że odbiorą sobie życie. Był długo w Warszawie, nareszcie dostał dobre mieszkanie, ale go przeniesiono. (Czy to był dostateczny powód do popełnienia samobójstwa?) — Żona była chora. — Co jej było nie wie. — Skarżyła się na bóle głowy. — Chodziła na oddział nerwowy. — Żona była za dobra i za delikatna. — Zatararów żadnych z nią nie miał. — Żona była na oddziale nerwowym i tam ją uspokojono, że to nic takiego nie jest... Codziennie wracałem do domu i widziałem, że żonę boli głowa i że jest bardzo słaba. Wiadomość o przeniesieniu mnie z Warszawy zdenerwowała nas ostatecznie.

„Wypadek” opisuje on w następujący sposób:

Wyszliśmy z auta czy kolejki — tego nie pamiętam — przed dworcem kolejowym — poszliśmy pieszo, usiedliśmy na trawie... co dalej było tego nie pamiętam... Powiedziałem jej, że jeśli coś złego zrobiłem, to proszę o przebaczenie... Ona odpowiedziała, że wiedziała, wychodząc za mnie żamąż, że nie będzie stąpać po różach... co dalej było, tego nie pamiętam... pamiętam dopiero w szpitalu (na oddziale chirurgicznym) jak lekarz jakiś trzymał fotografię Rentgena. Tutaj zaś przyszedłem do świadomości wszystkiego jak przyszła żona brata i opowiedziała... zacząłem wówczas płakać. Że się sam postrzelił zupełnie nie pamięta.

(Co poprzednio myślał, będąc tu w szpitalu — dlaczego jest w szpitalu a nie na służbie?) — (bardzo długi namysł) — „myślałem, że musiałem jakiś czyn popełnić, że leżę w szpitalu... (Czy pamięta, że opowiadał bratu, że ojciec go postrzelił?) ...nie pamiętam, doprawdy jestem zdziwiony. (Jak tłumaczy sobie to co zrobił?) — a powiedziałem już do kolegów w szpitalu, że ja umrę a nie zrozumieć tego sam. Do samobójstwa przygotowywali się przez $\frac{1}{2}$ miesiąca. (24.XI.31).

Ostatecznie skrysztalizowana świadoma wersja przeżytego dramatu przedstawia się u sierżanta A. w czasie późniejszym w sposób następujący:

Znajduje się z szpitalu, bo miał wypadek... z żoną tak było, że była chora... zastrzelił żonę a później sam się postrzelił. Nic z tego sam jednak nie pamięta. Pamięta dopiero to, co się działo tutaj w szpitalu, a z oddziału chirurgicznego tylko fotografię Rentgena. Z okresu poprzedzającego przypomina sobie, że żona dała mu rewolwer i że pojechali w stronę dworca Gdańskiego sobie życie odebrać. Pamięta, że prosił o przebaczenie za wszystko: żona powiedziała, że wiedziała, że nie będzie stąpać po różach... co było później już nic nie pamięta, dopiero bratowa odwołując go na tut. oddziale powiedziała mu o śmierci żony i o jego operacji. ...Do śmierci nie zapomni o tem, że zabił żonę (mówi to tym samym obojętnym, jednostajnym i służbowym tonem, jak i wszystko). O tem, że się postrzelił dowie-

dział się dopiero od bratowej. Jak dziś się namyśla nad tem, co opowiadał początkowo o postrzeleniu go przez ojca, to przychodzi do przekonania, że to były majaczenia w gorączce... O całym zajściu wie tylko z opowiadania, nie miał pojęcia wogóle o tem, że miał rewolwer w ręku... Żadnych szczegółów zajścia sam sobie przypomnieć nie może, wszystko zapomniał... Nie wie co będzie dalej, powiadają mu, że dostanie jakie pięć lat, on się przecież przyznaje i czeka na wymiar sprawiedliwości. Sądzi, że jego przełożeni potem zlitują się nad nim i przyjmą go do pracy, jako przywrotnego urzędnika. Sądzi, że będzie zdolny do pracy, ma przecież obowiązek żyć dla dzieci, jak mu mówił brat.

Wersja tego zdarzenia powtórzy się jeszcze raz — później — w czasie majaczenia infekcyjnego przy róży.

Majaczenie o raporcie u generała:

Obrazuję w krótkości swój dramat życiowy i proszę Pana Generała... żona moja była w specjalnym kraju... służyłem siedem lat w marynarce wojennej... Panie Generale... potem ja uczyniłem w ten sposób... po przeniesieniu mnie... po trudnej tułaczce... niema życia, bo niema dodatku służbowego... chciałem to życie jakoś urozmaicić... Żona mówiła, że ona razem chce ze mną umrzeć... i ja na Pradze mieszkam... nie chciałem przykrości dzieciom i sąsiadom robić... pójdziemy w stronę Jabłonny pieszo... ostatnie moje słowa, które pamiętam... Barbaro, daruj mi jeżeli ci jaką krzywdę zrobiłem... no i proszę Pana Generała na tem mój meldunek skończył się... proszę Pana Generała ostatnia droga mego przestępstwa... że ja strzeliłem dwukrotnie do mojej żony, a później w siebie strzeliłem... dalej... mój kolega starszy wachmistrz stwierdził, że ja leżałem zdala od mojej żony, która leżała... i ja odebrałem swoje życie... było to na Pradze... gdzie jest duża łąka... i drzewa rosną szeregami... i takie sympatyczne...

Podaję w końcu badanie inteligencji nietyłe dla wydobycia defektów chorego w tej dziedzinie, wiele dla zobrazowania całego jego patologicznego trybu myślenia

(13.VIII 31):

$6 + 3 =$ ano 12 całe

$8 + 5 =$ zaczyna mnie pan kapitan peszyć... ja panu na matematykę całe

Boże życie... je przecież duch...

$4 + 5 = 7$

$2 + 3 =$ to samo 7

Początek wojny — 1914. koniec — 1918. (Jakie państwa walczyły?)—Austro-Węgry, Niemcy, Rumunja, Turcy, Serbja... (długi namysł). (Z kim się Niemcy biły?) Z Rosją, Francją... trzeba mi przypominać...

(18.VIII 31).

Miesiąc? — Sierpień

Rok? — 1931

Lato czy zima? — Zima... a przepraszam... jesień.

Boże Narodzenie? — 24 grudnia

Od jak dawna jest w szpitalu? — od marca.

Kiedy zastrzelił żonę? 17-go... (bardzo długi namysł) ...psia krew... kwiecień

Czy był przedtem w innem szpitalu? — nie

Skąd go tu przywieźli? — z domu

Gdzie mieszka? — ulica... (długi namysł)... (podaje nazwę ulicy numer domu i mieszkania).

(27.I 32).

$4 \times 14 = 56$ (długi namysł)	$17 + 56 = 76$	$67 - 23 = 44$
$8 \times 17 = 136$	$121 + 15 = 126$ (—)	$88 - 19 = 68$ (—)
$13 \times 14 = 173$ (—)	$181 + 37 = 151$ (—)	$148 - 26 = 122$

Liczba, która przy mnożeniu 8 razy da liczbę 56 będzie 7.
 40% od 150 zł. — 60 zł. (—)
 50% od 150 zł. — 75 zł.

„Ustrój państwowy w Polsce jest konstytucyjny, jest republika. rządzi Pan Prezydent jako prawa ręka kochanego Pana Marszałka” — „A Kościuszkę nasz kochany, był Naczelnikiem wojska polskiego” — „Stanisław August Poniatowski — duży esteta i on dzięki Katarzynie dostał się na tron Polski — której był przyjacielem” — „Bitwa pod Grunwaldem była w 1414 r.—Bo chory, mieszkając w Krakowie widział wspaniały pomnik Grunwaldu, który ofiarował Paderewski, mistrz Polski, mistrz artysta.—Żeby mu Bozia pomógł, aby mógł dobrze odpowiedzieć na pytania” — Mówiąc o Czechosłowacji, jako granicy Polski, dodaje „ojej, ja tak znam dobrze tę miejscowość”.—„Kopernik udowodnił, że słońce krąży — ojej co ja zeznam — Bozia by mi dopomogła — ziemia krąży”. — Przy wyjaśnianiu różnicy między dniem i nocą, dodaje: „to siłą faktu wówczas zapada zmrok i to jest najprzykrzejsze dla mnie... jak wędrowałem po świecie, to zawsze płakał, ale teraz już przysięgam panu pułkownikowi, że nie będę płakał, chyba żebym umierał”. Kiedy żółkną liście? — „Liście żółką w jesieni, przeżył to w szpitalu, tu jeszcze patrzy na spadające *drzewa* i sobie sądził, że to jest jego życie”.—„Kto to jest papież? — Papież — Monsignor Ratti — miałem możność w rękę go pocałować. Gdyby on się do papieża dostał, toby się może zlitował nad nim. — Jak dolarówkę wygra, to obiecał siostrze oddziałowej, że z nią pojedzie do Weneccji — o, cudne miasto proszę pana pułkownika”.— Różnica między rzeką, a stawem? — „O jest szalona różnica... jako marynarz z wodą miałem latami do czynienia... Rzeka jest płynąca i wypływa ze źródła, następnie ma dopiero dopływy, no i zwykle zasadniczo, że się tak wyrażę, kończy żywot swój w morzu, bo wpływa do morza... a drugie to są stojące wody, które tworzą się ze źródeł miejskich... no i co?... tam potem ludzie pływają i ryby łapią”. — Zabójstwo i morderstwo? — „To jest ciężki przypadek... bo to mnie dotyczy... panie pułkowniku, jak se wspomnę to mi lży idą... jest różnica ta, że zabójstwo, przypuszczam, popełni ktoś w obronie życia własne-

go, a morderstwo—to zależy, czy z rozmysłem, czy nie... to pytanie było nastraszniejsze dla mnie... bo ja wiem, że pan pułkownik mnie obronił... ale ja nigdy do grobowej deski, tego nie zapomnę"...—Co to jest sprawiedliwość? — „Sprawiedliwość jest określona przepisami, no i od niej zależy—od niej, to znaczy od wymiaru sprawiedliwości, wymiar kary za przestępstwo. On nie może wiedzieć, czy każdy kto popełnił przestępstwo to ma być karany. Jego powinni poćwiartować, a on zamiast tego opływa tutaj, jak pączek w masle... Jak on mówił, że nie przestanie do śmierci tęsknić do tych dzieci jego biednych i za tym grobem jego żony, to bratowa mówi, że mu przyniesie trochę ziemi z grobu, to on mówi: „po co? żebym się rozplakał?... To ona dobra jest. — Słońce i cień? — Słońce świeci—tak — a najpiękniej w Italji... O Boże, żebym ja jeszcze mógł być tam... — Co człowiek może zrobić najgorszego? — Pozbawić kogoś życia... bo on jest tego zdania, co pan pułkownik... życie — to jest najdroższe, tego nie kupi za żadne pieniądze... gdyby on dziś mógł za swoje życie, kupić żony życie, toby bezwarunkowo natychmiast"... Co jest cięższe, funt pierza, czy funt ołowiu? — Pod wyrazem pierze, rozumiemy co w poduszce jest... no naturalnie, że ołów.

Analogiczne zmiany—typ określający bez ujęcia całości, i prześycenie afektywne — są widoczne i przy rozpatrywaniu obrazków złożonych:

Pastwisko? — „Ano... pole, gdzie pasą się dwie krówki, stoją dwie wieśniaczki, w dali—sylwetka jakiegoś jeźdźca... pewnie będzie rodzaju męskiego... pozatem kilka drzew... i ma się wrażenie jesieni... mój wiek życia... tak niestety". Kościół? — „No w kościele trzy wieśniaczki łowickie... dwie klęcza i modlą się... jedna stoi i, trzymając książkę w ręce, patrzy się w stronę ołtarza... tu będzie ołtarz z pewnością, ale artysta zapomniał namalować". — Scena przed karczmą? — „Ach to z Pana Tadeusza... sam Tadeusz i Zosia i Jankiel... ach, śliczna karta... to Mickiewicza dzieło... no i Jankiel jest i Zosia... szkoda, że Telimeny tutaj nie ma... bo ona zawsze unika Zosi"... Kot i chłopczyk?—„Kizia, kizia, kizia... To nie można poznać, czy to chłopczyk czy dziewczynka... ale więcej myślę, że dziewczynka, bo więcej serca ma dla kotka. — Popularną bajeczkę „Leniwy Osioł" opowiada rozwlekłe z licznymi osobistymi reminiscencjami. Zapytany o jej sens definjuje: „Sens jest ten, że pozory często mylą, bo to było skonkretyzowanie, że pozory mylą... biedny osiołek, czy on kiedy myślał, że do historii przejdzie?" Z trudniejszym natomiast opowiadaniem „Historja kawałka żelaza" nie może

sobie dać rady nawet po powtórnem czytaniu. Wie tylko, że z podkowy zrobiono szynę tramwajową; tu żywot jej się skończył, teraz widocznie po Marszałkowskiej jedzie sobie tramwaj po niej (cieszy się).

Przy doświadczeniu kojarzeniowem badany zdobywa się najczęściej na jednorazowe reakcje. Czas reakcji jest naogół przedłużony i nie niższy od 10 piątych sekundy. Nieliczne reakcje mają czas jeszcze niższy — od 6 — 9 piątych sekundy. Ilość mylnych reprodukcji jest zwiększona. Wydłużony czas przy reakcjach kompleksowych trwa w swem przedłużeniu zwykle i przy bezpośrednio następującej reakcji. Występuje znaczna ilość reakcji kompleksowych, ogólnych. Ciekawem jest, że reakcje w związku a popełnionym czynem rozszerzonego samobójstwa wybitnych cech kompleksowych nie wykazują, jakby nie dotarły one jeszcze głębszych warstw psychiki.

Doświadczenie kojarzeniowe wykazuje tutaj jako cechy charakterystyczne dla psychozy organicznej głównie zwiększony naogół czas i liczne mylne reprodukcje. Niema tutaj w przeciwieństwie do otępiełej mimiki i niewątpliwej psychozy organicznej ani ilościowego zmniejszenia i zubożenia pojęć poszczególnych ani wybitnych reakcji egocentrycznych lub orzeczeniowych ani tendencji do definicji ani wyraźnych perseweracji. Cały eksperyment nosi wybitne piętno kompleksowe, nadające mu raczej cechy nerwicy psychorodniej.

Niżej podaję przykłady kojarzeń, głębiej uczuciowo zabarwionych, oraz bezpośrednio następujących po nich reakcji obojętnych z perseweracją czasu kojarzenia.

Jak to już zaznaczałem, doświadczenie to wykazuje znaczną ilość psychorodnych kompleksowych reakcji. (p. str. 154 i 155).

Przedewszystkiem najbardziej ciekawem jest, że wśród tych psychorodnych reakcji kojarzenia, zjawiające się na sygnały mające związek z tragedją życiową badanego, wykazują jedynie nikłe zabarwienia afektywne. Oto jest grupa tych kojarzeń. (p. str. 155 dół).

Z całego eksperymentu jednakże wynika, że czas przy kojarzeniach kompleksowych narasta powoli i ujawnia się dopiero przy następnych kojarzeniach, względnie dla chorego obojętnych. Jest to jakgdyby perseweracja czasu kojarzenia.

Za przykład mogą służyć następujące grupy kojarzeniowe:

6 i 7, 12 i 13, 20 i 21, 24 i 25, 28 i 29, 46 i 47, 53 i 54, 58, 59 i 60, 68-a i 69, 72 i 73, 79 i 80, 85 i 86, 87, 88 i 89, 93 i 95, 97 i 99,

L.	Sygnal	Czas	R E A K C J A	Reprodukcja
6.	zimny	12	Żółty... nie przepraszam, bo to zet... zaraz... to zet a nie żet...	lód
7.	jabłko	25	jak?	słodkie
12.	pytać	13	odpowiadać	o sprawę
13.	wieś	16	kasztan	duża
20.	gotować	17	u mnie	strawę
21.	pismo	10	jak? a imię własne można?	ładne
22.	zły	5	dobry	pan
24.	szukać	14	znalazł	dłużnika
25.	lampa	19	kałamarz	szklanka
28.	grzeszyć	19	winien	jawnie
29.	chleb	13	jabłko	czarny
36.	umierać	19	słaby	lekko
42.	obcy	15	dłużnik	pan
46.	drogi	15	klejnot	kapelusz
47.	krowa	20	mała	+
53.	głód	14	niewielki	niewytrzymały
54.	biały	20	chleb	+
56.	uważać	15	na ulicy	+
58.	smutny	74	pan... nic mi na myśl nie przychodzi, panie pułkowniku...	zawsze
59.	raz	17	był	być
60.	pogardzać	14	miłością	niewdzięcznością
66.	wielki	15	kapelusz	ból
68a.	wódka	20	kłódka... to przepraszam... ja... gorzka	słodka

L.	Sygnat	Czas	R E A K C J A	Reprodukcja
69.	część	26	pracy	długa
70.	stary	12	człowiek	pan
72.	podać	19	na wznak	na ulicy
73.	szklanka	24	szklanna	+
79.	szczęście	75	szczęście... nie zrozumiałem... szczęście moje...	moje
80.	kłamać	20	zawsze	+
84.	bać się	16	złoczyńcy	nieprzyjaciela
85.	żona	16	dobra	+
86.	głupi	34	kolega	wróg
86a.	strzelać	6	wysoko	+
87.	kara	10	mała	duża
88.	wybierać	30	koszulę	bieliznę
89.	bocian	16	jest biały	+
93.	pole	15	zorane	zasiane
94.	zadowolony	9	z losu	+
95.	kpiny	70	nie umiem na to odpowiedzieć, panie pułkowniku...	z niego
96.	miesiąc	15	wrzesień	+
98.	ładny	16	on	+

L.	Sygnat	Czas	R E A K C J A	Reprodukcja
36.	Umierać	19	Słaby	Lekko
72.	padać	19	nawznak	na ulicy
85.	żona	16	dobra	—
86a.	strzelać	6	wysoko	—
93.	pole	16	zorane	zasiane
97.	miesiąc	15	wrzesień	—

Jak wyglądają przytoczone kojarzenia w oświetleniu tego powoli narastającego czasu?

L.	Sygnat	Czas	R E A K C J A	Reprodukcja
6.	Zimny	12	Żółty... nie... przepraszam... bo to „z”... zaraz... to „z” a nie „ż”...	Lód
7.	jabłko	25	jak?...	słodkie
72.	padać	19	na wznak	na ulicy
73.	szklanka	24	szklanna	—
85.	żona	16	dobra	—
86.	głupi	34	kolega	wróg
87.	kara	10	mała	duża
88.	wybierać	30	koszulę	bieliznę
89.	bocian	16	jest biały	—
97.	miesiąc	15	wrzesień	—
98.	ładny	16	on	—

Przytaczam dalej te kojarzenia które wykazały w eksperymencie wybitne cechy kompleksowe.

L.	Sygnat	Czas	R E A K C J A	Reprodukcja
58.	Smutny	74	Pan... nic mi na myśl nie przychodzi panie pułkowniko...	Zawsze
79.	szczęście	75	szczęście... nie zrozumiałem... szczęście... moje...	moje
95.	kpiny	70	nie umiem na to odpowiedzieć panie pułkowniku...	z niego

Na inne kompleksy badanego wskazują jeszcze kojarzenia:

42.	Obcy	15	Dłużnik	Pan
68a.	wódka	20	kłódka... to przepraszam... ja... gorzka	słodka

Sierżant A. od 1928 r. był dwukrotnie leczony w Szpitalu Szkolnym. Pierwotnie w czasie leczenia na oddziale chorób wewnętrznych z powodu zrostów opłucnej i zapalenia oskrzeli skonstatowano u niego przy badaniu układu nerwowego kiłę mózgu. Wassermann był wówczas w płynie mózgu. rdz. dodatni, sam płyn zaś przy badaniu cytologicznym zmian nie wykazywał. Podczas pobytu jego w roku następnym na oddziale chorób nerwowych tegoż szpitala stwierdzono znów cały szereg charakterystycznych zmian ze strony układu nerwowego, nadto mowę zwolnioną, drżącą, chwilami nieco zatartą, przygnębienie i rozdrażnienie. Wassermann był tym razem ze krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego — ujemny. Płyn ten natomiast wykazywał przy badaniu cytologicznym zaznaczoną pleocytozę, odczyny Nonne - Apelta i Pandy'ego — dodatnie, odczyn Weichbrodta — wyraźnie dodatni. Rozpoznanie poszło już aż nadto wyraźnie w kierunku schorzenia swoistego ośrodkowego układu nerwowego. Chory przebył zaszczepioną zimnicę i leczenie swoiste, poczem nastąpiła znaczna poprawa, ogólna.

W latach 1920 — 27 pił bardzo dużo.

Silniejsze zdenerwowanie zaczęło się w rodzinie z chwilą, kiedy on zaczął się leczyć. Żona bardzo nad tem bolała, mąż zaś cierpiał nad rozstaniem się, denerwował się i przesadnie reagował, płakał, gryzł ręce, bił głową o ścianę. Po wyjściu ze szpitala przestał pić i wogóle zdenerwowania ucichły. Mniej więcej na pół roku przed wypadkiem rozpoczęła się choroby żony — nerwica z przykrem cierpieniem ginekologicznym, powodującym potrzebę krycia się i wstyd przed otoczeniem: z tego wszystkiego wywiązała się depresja z zamiarami samobójczymi. Żona zamierzała kilkakrotnie bez wiedzy męża popełnić samobójstwo: męża prosiła o dostarczenie jej trucizny. W mężu zaś coraz żywiej kielkowało podejrzenie, czy cierpienia żony nie stoją w związku z jego zakażeniem kiłowym. Ten stan wzajemnego zdenerwowania małżonków coraz bardziej się wzmacniał. Na 4 dni przed epilogiem, chory był tak zdenerwowany wobec brata, że robił wrażenie psychicznie chorego: skarżył się, że żona chce go zabić, a on tego nie przeżyje, narzekał, że on jest

winien chorobie żony, znowu płakał i gryzł pięści. Postanowił żonę przywieść na zbadanie do szpitala. W ostatnich kilku dniach dowiedział się o przeniesieniu go z Warszawy.

Przy omawianiu sprawy, żona, zdradzając już poprzednio zamiary zabójcze, parła do samobójstwa. Wyprawili z domu siostrę żony i dziecko. On napisał deklaracje. Pojechali do Warszawy się zabić. „Nie pokonuje żona Wacława Karola śmierci”...

Ogólna charakterystyka zaburzeń psychicznych, przy uszkodzeniu postrzałowem mózgu, w szczególności zaś jego płatów czołowych, zostaje tutaj pominięta, gdyż szeroko jest uwzględniona w jednej z moich poprzednich prac ¹⁾,

Powołam się tutaj w skróceniu na objawy i ich zespoły, z którymi ma się w tym ostatnim wypadku do czynienia.

Więc przedewszystkiem ma się tu znowu do czynienia w zestawieniu z dwoma opisaniami już poprzednio przezemnie przypadkami ²⁾ z przestrzałem przedniej części mózgu. Z pierwszego — chirurgicznego — okresu leczenia, wzmianek o zaburzeniach psychicznych chorego w tym czasie — jak to zwykle się zdarza na całym świecie — jest niewiele. Szczupłe notatki w chirurgicznej karcie szpitalnej z tego okresu podkreślają jedynie pewne szczegóły. Wzmianki te uzupełniają wywiady otrzymane od brata, który chorego często odwiedzał w szpitalu. Wiadomo jest, że bezpośrednio po przewiezieniu go do szpitala miał on przytomność zachowaną, nie mówił jednak nic. Na drugi dzień, po pierwszej operacji był on nieprzytomny, mówił bez związku, mieszając różnojęzyczne słowa, tak bełkotliwie, że trudno go było zrozumieć, po kilku jednak dniach mógł już budować zdania. Po drugiej operacji — w dziesięć dni później — opowiadał — jak to zanotowano w karcie szpitalnej — niechętnie lub uchylał się od dawania odpowiedzi. Brat stwierdza, że chory po drugiej operacji nie miał już żadnego kontaktu z otoczeniem i mówił zupełnie bez związku. Niepewnem było, czy w pewien czas po operacji poznał odwiedzającego go ojca. Do tego czasu również odnosi się konfabulacja chorego, przytoczona już powyżej o postrzeleniu go w dzieciństwie przez ojca.

¹⁾ *Nelken*. Kokainizm i homoseksualizm. Monogr. psychiatr. Nr. 3. Warszawa. 1931.

²⁾ *Nelken*. Idem.

Nelken. Niepamięć wsteczna po postrzale głowy. Zabójstwo i samobójstwo. Rocznik psychj. Z. VII. 1928.

Nelken, Sześć przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych po postrzale głowy w celu samobójczym. Nakład. Lek. Wojskowego. W—wa. 1931.

Zaburzenia psychiczne rozwinęły się zatem w całej pełni po drugiej operacji w dziesięć dni po postrzale: uderza jego brak kontaktu z otoczeniem, nie wykazuje żadnego żywego zainteresowania się w stosunku do dzieci podczas odwiedzin i nie dowiaduje się zupełnie o nie, ani razu nie mówi o wspólnym zamachu samobójczym. Już na oddziale psychiatrycznym wykazuje bardzo skąpą mimikę, ma sztywny i otępiały waraz twarzy, zupełną apatię i absolutny brak zainteresowania czemkolwiek. Przy badaniach z całego stosunku afektywnego przeciętnego człowieka do otoczenia pozostała tylko forma: chory jest zawsze zupełnie spokojny, ugrzeczniony, przesadny służbista, odpowiadając na pytania, ciągle staje na baczność i „melduje posłusznie”; później nawet — mówiąc o wyrzutach sumienia z powodu tragicznej śmierci żony — zdradza zupełny brak wszelkiego odcienia afektywnego w wyrazie twarzy i zachowaniu się, stoi jednak przez cały czas, bez potrzeby, w postawie zasadniczej — „na baczność”. Nieznajomość jakichś drobnych przepisów wojskowych jest jedynie w stanie poruszyć go afektywnie w tym czasie:

Podczas widzenia z bratem prosi o igły, żeby sobie mózdz coś zeszyć. Po objaśnieniu, że na tym oddziale szpitalnym niewolno jest mieć igieł, bardzo przeprasza i mówi do brata: „ja bardzo przepraszam, ja nie wiedziałam — widzisz, co to znaczy nieznajomość przepisów”.

Do dnia 16.VIII zanieczyszcza się moczem. Jada długo i pod nadzorem. Raz wylał mleko do spluwaczki. Leży stale w łóżku i natychmiast się pokłada, kiedy na chwilę zmuszony jest wstać z łóżka.

Objawy te znane są pod nazwą „braku podniety” („Mangel an Antrieb”) przy uszkodzeniu przedniej części mózgu i opisane są przez różnych autorów, jako skłonność do bezruchu, jako rodzaj odrętwienia katatonicznego (*Rosenfeld, Pfeiffer*), jako apatia, tępota i brak zainteresowania (*Kleist*). W przeciągu pierwszych kilku miesięcy po zranieniu płatów czołowych może istnieć *wskutek bezruchu* podejrzenie na ostre otępienie umysłu. Ten objaw braku podniety musi być jednak niezależny od zamącenia świadomości lub stanu majaczeniowego i urojeń wogóle. Również musi być wykluczona i wszelkiego rodzaju depresja, mogąca też wywoływać tego rodzaju stany (*Förster*).

Z pozostałości zaburzeń psychicznych po uszkodzeniach mózgu, wymienionych przez *Pfeiffra*, przypadek ten nie wykazuje zupełnie padaczki urazowej. Skargi neurasteniczne są słabe, ogólne osłabienie fizyczne i psychiczne zaś jest wyraźne zaznaczone. Tak

samo zaznaczone są zaburzenia afektywne, włączając zmiany charakteru oraz przymieszki psychorodne.

Z żywego uczuciowo człowieka o afektach raczej niestałych i zmiennych, jednakowoż bardzo żywych, stał się on po próbie samobójczej własnej, oraz po znacznym urazie psychicznym, wywołanym całem zajściem, przygotowaniem do niego i jego wynikiem, człowiekiem afektywnie obojętnym i intelektualnie otępiałym, wykazującym znaczne luki pamięciowe w pierwszym okresie chorobowym, datującym się mniej więcej do 4.VIII 31. Po tym okresie następuje zarówno pewna intelektualna poprawa, nietylko przejawiająca się zewnątrz, wiele przy badaniach specjalnych oraz stopniowa restytucja ogólna pamięci pod wpływem szczegółów, które mu zostały uprzytomnione przez odwiedzających go krewnych.

Przedtem, niż przejdę do specjalnej analizy jego niepamięci, zwrócić jeszcze należy uwagę na istniejące u chorego w pierwszym czasie po postrzale zaburzenia mowy — niemotę ruchomą za zmianami parafatycznym i paragraficznymi. Już po kilku dniach pobytu na oddziale chirurgicznym zauważył brat chorego, że mówił on nadzwyczaj bełkotliwie, że trudno go było zrozumieć, mieszał przytem słowa różnojęzyczne. Zmiany afatyczne uległy polepszeniu i trudno je było wyraźnie stwierdzić już na oddziale psychiatrycznym, przykłady parafazji zdarzały się jednak wyraźnie jeszcze w pierwszej połowie sierpnia.

„Nie może tego powiedzieć, bo by się *wyśmieszył*... ja tam na tej sali przed kilku *ma...* *kielpma...* byłem... jednym słowem z panem majorem wyszli i *wschodzali...* nie *zwrócił*, że nie jest majorem”...

Dla uwidocznienia zmian paragraficznych podaję dwa listy sierżanta A. w odpisie:

Listy do brata.

~ 1) Warszawa dnia 15.VIII 31

Drogi Tońciu,

Bądź tak dobry i *odpowieź* mi na *następonięce* pytania

- a) czy Barbara żyje?
- b) gdzie się znajduje?
- c) czy z mebli coś pozostało?
- d) gdzie się znajduje, określić miejsce?
- e) gdzie się dzieci znajdują, u kogo?

Nie potrzebuję Ci dodawać jak mi zależy na tych sprawach, *baciem* zatem *przychoć* i udziel mi wyjaśnień.

Twój

A.

(brak imienia, nazwisko, obfity zakrętas).

2) Warszawa dnia 27.VIII 31 (w rzeczywistości 20.VIII 31).

Drogi Tońciu,

Raz w życiu zrobiłem głupstwo, które będę się starał sprostować.

Posłanij gońca do Barbary by ją dziś poprosił i niech *przyjdzie* ze sobą odpis gazety *nadzwyczajnej* z dnia 17 b. r. którą nabyć można w Prاسie Polskiej marszałkowska 118.

Przyjdź dzisiaj z Barbarą, czekam na was *ztesknotą*, i na owoce.

Wasz

Wacek

Ta parafazja i paragrafja należą wespół z zaznaczoną u chorego dyzartrią do pozostałości ogniskowych uszkodzeń mózgu po postrzale mózgu i następnych zabiegach operacyjnych.

Podczas późniejszego majaczenia w czasie róży twarzy i głowy przy wysokiej t⁰ zdarzają się chwile znaczniejszej parafazji, prowadzącej wprost do niezrozumiałego wymawiania trudniejszych słów.

Przy braku wogóle zainteresowań i ogólnej obojętności, przy obniżeniu cielesnej i duchowej działalności i ogólnem zwolnieniu procesów myślowych przeprowadzone specjalne badanie inteligencji, (urywki którego przytoczone powyżej), wykazało grube defekty: powolne i żmudne kombinowanie, błędy w prostych rachunkach, defekty pamięciowe przy odpowiedziach bardziej złożonych przy dobrej w czasie badania orjentacji w miejscu i czasie (13.VIII 31).

Zmiany charakteru występują specjalnie przy uszkodzeniach płatów czołowych. Z cech wymienionych przez *Dziembrowskiego* mamy w tym przypadku do czynienia z osłabieniem pamięci, utratą przywiązania do rodziny, zainteresowania się i obojętnością, nie mamy natomiast do czynienia z drażliwością, cechami hypomanjakkalnymi i skłonnością do dowcipów.

Natomiast dokonane w pewien czas potem doświadczenie kojarzeniowe, przytoczone powyżej w urywkach, pozwala na powiązanie go z organicznem cierpieniem mózgu jedynie na podstawie pewnych szczegółów przy uprzedniej znajomości etiologii tego przypadku: na karb tej urazowej etiologii mózgu można jedynie zaliczyć nieco dłuższe czasy reakcji i obfitość mylnych reprodukcji. Oddziaływania płytkie i całozdaniowe zdarzają się jedynie przy sygnałach, budzących reakcje kompleksowe (6, 58, 68-a, 79, 95). Cały eksperyment zaś przy porównaniu z analogicznymi doświadczeniami w dwóch już poprzednio opisanych przezemnie przypadkach samobójstwa rozszerzonego przy przestrzale płatów czołowych zasadniczo się różni swoim zbliżeniem do eksperymentu normalnego i stoi w rażącej sprzeczności z ogólnie otępiałem zachowaniem się chorego.

Przechodząc do zaburzeń psychicznych u opisywanego chorego, należy przedewszystkiem stwierdzić, że szczegółowe rozpatrzenie tych zaburzeń czy to w czasie poprzedzającym zamach samobójczy, czy też w czasie obecnym nie wykazało u niego żadnych zmian w kierunku porażenia następującego.

Istniejące u niego zacinanie się w mowie, naogół nieznaczne, a zwiększające się podczas wzruszenia, jest raczej pozostałością po zaburzeniach mowy urazowego charakteru. Badanie na oddziale nerwowym w roku 1929 nie wykazało u niego porażenia postępującego, ze względu jednak na podejrzenia w tym kierunku zaszczepiono mu zimnicę. Wassermann wówczas był ze krwi i płynu m.-rdz. ujemny, pleocytoza bardzo nieznaczna, a jedynie odczyny Nonne-Apelta, Pandyego i Weichbroda — dodatnie. Obecnie — reakcje Wassermanna ze krwi i płynu pozostają nadal ujemne, pleocytoza jest dodatnia (płyn jednak był z osadem krwawym), odczyny Nonne-Apelta, Pandyego i Weichbroda pozostają nadal dodatnie. Stan psychiczny chorego wykazuje po urazie stopniowo zjawiające się polepszenie. Tępa mimika i apatia chorego zjawily się dopiero po urazie, poprzednio zaś t. j. jeszcze na kilka dni przed zamachem samobójczym wykazywał on żywą, skłoną do rozdrażnień psychikę. Na podstawie tego wszystkiego zmuszony jestem istnienie u chorego porażenia postępującego i wpływ tegoż na obecną pourazową psychikę u niego odrzucić.

Dalej należy zwrócić uwagę na stan psychiczny chorego po drugiej operacji, stan znany nam jedynie z wywiadów, mogący nasuwać myśl na majaczenie urazowe (*Delirium traumaticum*) lub ostrą wstrząśnieniową psychozę (*Kommutationspsychose*), lub też daleko idącą afazję, która się później wyrównała, zostawiając jednak przez dłuższy czas jeszcze wyraźne zmiany parafatyczne i zacinanie się w mowie.

Stanem psychicznym, który nas jednakże najbardziej interesuje, jest stan chorego, który pozostał po przeminięciu wszelkich ostrych objawów; stan ten ostatecznie dający się scharakteryzować jako stan osłabienia psychicznego po urazie (*Traumatischer Schwächezustand*). Do ogólnego opisu tego rodzaju zaburzeń psychicznych zmuszony jestem odwołać się w już wymienionej poprzedniej mojej pracy; tutaj mogę uwzględnić jedynie literaturę późniejszą oraz pewne osobliwości tego właśnie przypadku.

Ostatnio Neustadt¹⁾ podkreśla trudności w rozpoznawaniu tych przypadków w okresie późniejszym (*Spätstadium*) po urazem usz-

¹⁾ Neustadt. Zur Beurteilung psychischer Störungen bei Hirnverletzten.—Der Nervenart V. 3.

kodzeniu mózgu, mianowicie szeroką różnicę zdań pomiędzy oceną zaburzeń jako psychorodnych, czy też jako defektu organicznego. *Neustadt* kładzie nacisk na błędy, które wynikają z pobieżnego neurologicznego badania tego rodzaju przypadków urazowych i z naciskiem podkreśla konieczność stosowania najbardziej szczegółowego neurologicznego badania. Jako metody tego rodzaju wymienia on: badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i ciśnienia tego płynu, zdjęcia Rentgena i ew. encephalografję, badania w kierunku ognisk mózgowych wszelkiego rodzaju, (afazja, apraksja, agnozja), badania równowagi (*Barany*), doświadczenia psychologiczne i t. d. Autor ten zaleca zasadę, że ograniczne uszkodzenie mózgu nie może być wykluczone, póki nie były zastosowane metody badania w najszerszym zakresie. Stosuje się to zwłaszcza do trzech najczęstszych objawów późnego okresu wstrząśnienia mózgu (*Commotio*): do bólów głowy, zawrotów oraz objawów psychicznych. Często drobne pozostałości ognisk mózgowych nie bywają wogóle rozpoznawane.

Autor ten podkreśla dalej, że ogólne urazowe uszkodzenia mózgu w późnym okresie (*Spätstadium*) nie wywołuje otępienia równomiernie ogólnego, a raczej wypadanie poszczególnych grup psychicznych. W uszkodzeniu tem przeważa: 1) utrata tempa psychicznego, która się przejawia w ogólnej powolności i ociężałości aż do zupełnego opadnięcia i braku wszelkiej inicjatywy. 2) zaburzenia pojmowania, zaczawszy od zwolnionego spostrzegania aż do ciężkich zaburzeń psychicznych przy ogniskowym uszkodzeniu mózgu, jak i zaburzenia zapamiętywania wrażeń. 3) zaburzenia afektywne, polegające na otępieniu uczuciowem, przesadnem podleganiu lub wybuchowej drażliwości.

Neustadt uważa tę triadę objawów za tak typową, że wystarcza ona sama przez się dla rozpoznania urazowego uszkodzenia mózgu. Minimalne objawy neurologiczne w połączeniu z tą triadą muszą już być bardzo poważnie oceniane. Sama zaś ta triada objawów jest przy specjalnym wyborze i zestawieniu tylko dość popularnym wykładnikiem tak zwanego organicznego zespołu zaburzeń psychicznych. *Neustadt* podkreśla dalej, że ten organiczny zespół objawów przy urazowych uszkodzeniach mózgu podlega — co wydaje się dość ważnem — zmienności i fluktuacji w natężeniu poszczególnych objawów w zależności od ogólnego nastawienia chorego i momentów jego przemijającej suggestywnej gotowości. Występując w obronie organicznego podłoża tych zaburzeń, przyznaje on jednak, że dołączają się do nich psychorodne nawarstwienia, nasilenia i utrwalenia, odpowiadające naogół mechanizmom psychorodnym. Choroba orga-

niczna może wywoływać mechanizmy podobne do hysterji, to nie ma być jednak dowodem, jak to podkreśla *Neustadt*, aby te mechanizmy nie miały być organiczne. Specjalnie przy uszkodzeniach części czołowych mózgu podkreśla się wychodzenie na jaw charakterologicznych cech tego rodzaju osobników.

Natomiast *Isserlin*¹⁾ bezsprzecznie uznaje przy uszkodzeniach mózgu nietylko objawy pseudofunkcjonalne, ale i najprawdziwsze psychorodne, które zdarzają się nawet bardzo często, powołuje się on na stare doświadczenia, że chorzy mózgowi podlegają takim właśnie zaburzeniom i stwierdza, że nie należy tego rodzaju objawów podciągać pod objawy organiczne.

Jeżeli zważyć, że *Isserlin* operuje materiałem urazów mózgowych pochodzenia niesamobójczego, to jasnem jest, że u niedoszłych samobójców z urazem mózgu mechanizmy katatymiczne mogą się napotykać jeszcze częściej i nic nas nie skłania do uznawania ich za objawy ściśle organiczne.

Przechodzę w końcu do zbadania sprawy niepamięci chorego. Podzielić ją należy na dwa poszczególne działy: na niepamięć zabójstwa żony i na niepamięć równoczesnego własnego zamachu samobójczego.

Dla uwypuklenia różnic w obu ugrupowaniach tych niepamięci przytaczam powtórnie niektóre ustępy zapodań chorego, umieszczone już poprzednio w innym związku:

Niepamięć zabójstwa żony.

Na wstępie należy zaznaczyć, że chorobliwa depresja żony wywierała wielki wpływ na upośledzony stan nerwowy chorego: poza wszystkim miał wyrzuty sumienia, że jego kiła leży u podstawy nerwowych zaburzeń żony.

Służbowe przeniesienie, które się zdarzyło w czasie największego zdenerwowania tą chorobą i pokrzyżowało plany jego na najbliższą przeszłość co do leczenia żony, uczyniło go uległym jej popędowi samobójczym i doprowadziło do wspólnego zamachu samobójczego.

Już na oddziale chirurgicznym, w kilka dni po przebytej pierwszej operacji, pyta brata, czemu nie przychodzi do niego żona. Na oddziale psychiatrycznym wielokrotnie wspomina żonę: 2.IX dowiedział się podczas odwiedzin, że żona jego nie żyje.

¹⁾ *Isserlin M.* Über die Bedeutung der Erfahrungen an Kriegshinrgeschädigten. *Der Nervenarzt* III, 10.

Żonie jest na imię Barbara... ma lat 33... obecnie mieszka w Warszawie, wyniosła się... żona jest zawsze... tak jest, proszę pana (13.VIII).

Dzieci jego są w domu z siostrą, żona jego umarła... miał jedno przejście z żoną... do dnia przyjęcia do szpitala nie wie, czy żona żyje?... jemu jednak brat starszy powiedział, że ona wyzdrowiała z powrotem... bo on chciał jej i sobie życie odebrać... (18.VIII).

On był u brata z całą pewnością, zwraca się do brata z zapytaniem, czy żona jego przychodzi do brata. Pamięta że pisał list do brata przed kilkoma dniami o gazetę z opisem wypadku... podczas wizyty pokazuje lekarzowi gazetę (wziętą od jednego z chorych)... wydostałem tę gazetę... (obiecał wydostać gazetę, w której jest opis zabójstwa żony)... ma tę gazetę od brata... był wczoraj u brata... między czwartą a piątą... był u niego z całą pewnością,

Podczas widzenia z bratem poznaje go i twierdzi, że był u niego przed kilkoma dniami „bo chciał wyciąg z gazety, gdzie było ogłoszone, że on i Barbara odbierają sobie życie... on chce udowodnić że to nie jego wina, tylko obopólne porozumienie”... (19 — 22.VIII).

Podczas wizyty ma wyrzuty sumienia, „prosił, żeby żona przyszła, a ona nie przychodzi... brata prosił o przyniesienie gazety, ale nie dostał jej... więc musiał widocznie ją zabić (24.VIII).

Dnia 2.IX brat przyznał się przed chorym, że żona jego nie żyje. „Jak ja mogłem to zrobić... nie pozostaje mi chyba nic innego jak strzelić sobie w łeb... Nagle zmienia temat rozmowy i zaczyna mówić o masce — (ma to być skóra na głowie i twarzy — patrz str. 11) — „gdzie ona mogła być przez 22 lata?” (cała rozmowa ma miejsce bez śladu afektu).

Sądzi, że za morderstwo będzie pociągnięty do odpowiedzialności... chce prosić o obrońcę... zrobił to nieświadomie... wczoraj dopiero dowiedział się, że to było 21-go (20-go)... a jemu się zdawało, że to było między 19-ym a 22-im... że on nie tylko żonę zabił, ale i siebie postrzelił — do wczoraj o tem nie wiedział z całą pewnością... teraz zaś dalej nie pamięta... tak dalece nie pamiętał, że prosił, żeby żona do niego przyszła i przyniosła mu gazetę... ostatni fakt, który pamięta, to jak w domu napisał deklarację... co było później nie pamięta... nie wie w jaki sposób dostał się do ręki rewolwer... rewolwer był schowany u żony... nie pamięta podróży... nie przypomina sobie pobytu w tamtym szpitalu... tu dopiero zaczął przychodzić do przytomności... samego wypadku zupełnie nie pamięta, Dopiero przedwczoraj po rozmowie z bratową (2.IX) przy-

pomina sobie *jakby przez sen* doktora w tamtym szpitalu i fotografię rentgenowską jego czaszki (4.IX).

O spólnym zamiarze odebrania sobie życia opowiada sierżant A. jeszcze raz w tym czasie w następujący sposób:

Ma w domu maszynę do pisania i powiada do żony:... „słuchaj... ten tryb życia nam nie odpowiada... bo ja wiem... ani ze sobą w niezgodzie nie żyjemy... więc ja napiszę deklarację... żeby to człowiek pamiętał... nie pokonuje żona Wacława Karola śmierci... zaraz... gdyż śmierci... (długie milczenie, wątek się urywa).

Po napisaniu tej deklaracji żona podpisała, że mnie nie wini za śmierć... później wziąłem rewolwer i zastrzeliłem ją... trafiłem ją w czoło... strzeliłem raz o jakieś 10 kroków... Przedtem wsiałem na kolejkę i pojechaliliśmy do... (nie pamięta...).

Kto zaproponował śmierć wzajemną to jest zagadką dzisiaj. Gdzie zastrzelił żonę tego sobie dzisiaj nie przypomina... to nie było jednak w pociągu... psia krew — co za pamięć...

Gdyby on miał dzisiaj równowagę życiową... toby nigdy nie pomyślał o morderstwie...

Wreszcie znacznie później w okresie rekonwalescencji, kiedy chory zaczął być bardziej intelektualnie zborny, (24.IX) podaje następujący opis tragicznego zajścia:

„Wyszli oni z auta czy kolejki — tego nie pamięta — przed dworcem kolejowym, poszli pieszo, usiedli na trawie... co dalej było tego nie pamięta... Powiedziałem jej, że jeśli coś złego zrobiłem, to proszę o przebaczenie... Ona odpowiedziała, że wiedziała, że wychodząc za mnie zamąż nie będzie stąpać po różach... co dalej było, on tego nie pamięta... Potem pamięta jak przez sen pewną chwilę w szpitalu na oddziale chirurgicznym (lekarz i fotografia Rentgena) pozatem pobytu w tamtym szpitalu oraz poprzedniego postrzelenia samego siebie zupełnie nie pamięta. Zdziwiony jest, że mógł opowiadać, że go postrzelił ojciec w dzieciństwie. — Przyszedł dopiero do świadomości wszystkiego, jak odwiedziła go żona brata i mu to opowiedziała... zaczął wówczas płakać...

Niepamięć własnego samobójstwa

Postrzelenia samego siebie zupełnie nie pamięta. Nie pamięta również zupełnie pobytu w tamtym szpitalu na oddziale chirurgicznym. Po sugestji przypomina sobie jedynie jak przez sen pewien fragment—doktora w tym szpitalu i fotografię rentgenowską czaszki. Dopiero 4.VIII. t. j. w 15 dni po wypadku dowiedział się od rodziny przy widzeniu, że on nie tylko żonę zabił ale i siebie postrzelił—„do

wczoraj tego nie wiedział z całą pewnością... *Teraz zaś dalej nie pamięta...* Podania chorego co do początku okresu niepamięci nie są zawsze zgodne ze sobą. Raz (4.VIII) podaje on, że pamięta jak w domu pisał deklarację, dalej zaś nic nie pamięta, drugi raz, znacznie później (24.IX) jego luka pamięciowa się zwęża i pamięć wraca w mglistych zarysach:

„Wyszliśmy z auta czy też kolejki przed dworcem kolejowym, poszliśmy pieszo usiedliśmy na trawie... powiedziałem jej, że jeśli coś złego zrobiłem, to proszę o przebaczenie... ona odpowiedziała, że wiedziała, wychodząc zamąż za niego, że nie będzie stąpać po różach... co dalej było tego nie pamięta”.

Istnienie świeżych zablizniających się ran na skroniach daje mu jedynie powód do konfabulacji 16.VIII i 26.VIII oraz poprzednio już na oddziale chirurgicznym.

„Był on wczoraj u brata między czwartą a piątą... był u niego z całą pewnością. Pokazując gazetę rzekomo z opisem wypadku (pierwszą lepszą gazetę wziętą od najbliższego sąsiada), twierdzi że jest to gazeta z opisem zabójstwa żony (19.VIII).

„Jak go ojciec w dzieciństwie przez omyłkę postrzelił w głowę, przybyli lekarze z Wiednia, zdjęli mu wówczas skórę z głowy i nałożyli inną... Tamta jego skóra jest zapewne w jakimś słoju, może w muzeum...” (26.VIII).

„On sam do szpitala przybył z Włoch” — „Żona w Warszawie z pewnością jest...” „Gdzie mogła być jego maska przez 22 lata...”

„Po zastrzeleniu żony poprostu zwałem... do Warszawy naturalnie... poszedłem do zajęcia... co robiłem później nie pamiętam... sobie nie zrobiłem nic... pamiętam z całą pewnością, że sobie nic nie zrobiłem... do szpitala zaś go odwieźli dlatego, że *był na lues chory*.”

„Jak ją zastrzelili... to drzwi otworzył... wyszedł i kwita...” Na uwagę, że żony przecież w domu nie zastrzelił, powiada: „tak... prawda... to nie było jednak w pociągu... psia krew, co za pamięć”. (18.VIII).

„Jemu się nic nie stało... po strzale do żony sobie nic nie zrobił... zwrócił się do swoich przełożonych... nic im nie powiedział w tej sprawie... poprostu usiadł, wyciągnął z biurka papiery i zaczął pracować... dalej przyszedł tutaj dzięki znajomości brata... czy żona chciała umrzeć, to ona będzie musiała odpowiedzieć, a nie on...”

Ostatecznie o ile luka pamięciowa początkowo wspólna dla obydwu czynów, zabójstwa i samobójstwa ulega po pewnym czasie bardzo ogólnikowemu wyświeetleniu w sprawie zabójstwa żony, o tyle

luka pamięciowa, tycząca się własnego samobójstwa, pomimo istniejących i świadzących blizn na skroniach, pozostała nadal i wyświetleniu nie uległa. Trudno jest zatem te luki pamięciowe chcieć objaśnić przyczyną *organiczną*, a nie ujmować je jako *mechanizmu katatymicznego*.

Niepamięć zatem własnego samobójstwa jest znacznie głębsza i znacznie bardziej utrwalona w psychice chorego niż niepamięć zabójstwa żony, wykazująca naogół dość znaczną chwiejność, lucida intervalla bez afektywnego zabarwienia, lub wzmożone tłumienie. Fakt ten wskazuje pomiędzy innem i na to, że z własną próbą samobójczą człowiek we własnej psychice — zgodnie z instynktem samozachowawczym — biologicznie daleko trudniej się godzi niż ze śmiercią choćby tragiczną osoby, z którą jest najsilniej uczuciowo związany i do której sam się przyczynił. Wskazuje to bezwzględnie na ścisły związek mechanizmów katatymicznych u człowieka z jego najpierwotniejszymi instynktami biologicznymi.

Analiza zatem tego przypadku pozwala na zróżniczkowanie w wytwarzaniu się niepamięci, ściślej po uszkodzeniu mózgu w płatach czołowych, momentów organicznych i nieorganicznych — psychorodnych lub katatymicznych. Widocznem tu bowiem jest, że wywołana przez jeden i ten sam czynnik urazowy, materialnie uszkadzający w płatach czołowych mózg, niepamięć zachowuje się zupełnie różnie w stosunku do dwóch ofiar tego rozszerzonego samobójstwa. Pozwala to na przypuszczenie, że materialny uraz mózgu, stwarza jedynie predyspozycję, ułatwia drogę do powstawania niepamięci. Na głębokość zaś i trwałość tej niepamięci mają przede wszystkim wpływ czynniki katatymiczne, oparte przede wszystkim na biologicznym mechanizmie samozachowania jednostki. Do wniosku takiego upoważnia *nierównoległość tych dwóch niepamięci*, wywołanych przez *jedno i to samo* uszkodzenie mózgu.

Klinicznie zaś opisany przypadek może być ujęty jako rezultat wpływu żony, znajdującej się w stanie depresji z popędami samobójczymi, na męża z małowartościowym układem nerwowym, osłabionym głównie przez kiłę mózgowordzeniową.

Zarówno badanie inteligencji, jak i liczne wyjątki z badania sierż. A. zostały tutaj tak obszernie przytoczone głównie dlatego, aby uwypuklić charakter poszczególnych zaburzeń psychicznych. Nie chodzi tutaj o kapryśny, niestały i zmienny charakter tych zaburzeń inteligencji po postrzałowym uszkodzeniu przedniej części mózgu. Podkreślam jedynie, że zarówno w tym, jak i w jednym z poprzednich opisanych przezemnie przypadków, uderzają te zmiany cha-

rakteru, które przywykliśmy traktować jako zwyrodnienie padaczkowe pomimo to, że żaden z opisanych przypadków napadów lub ekwiwalentów padaczki nigdy nie miał. Innemi słowy oznacza to, że większa część zmian zwyrodnienia padaczkowego charakteru nietyle jest zależna od padaczki jako takiej, wiele od organicznych zmian mózgowych. *Bleuler* twierdzi, że odgraniczenie kojarzeń przy padaczce od kojarzeń organicznych nie jest dostatecznie ostre. W tym zatem naszym przypadku znajdujemy znowu wśród zmian organicznego otępienia urazowego—powolne reagowanie, używanie całych zdań do odpowiedzi, nieostrych, biednych w określenia, czasem dziwnie rażących, przesadne afetywne zabarwienie, z tendencjami moralizującemi, z przesadną szczegółowością. Uczuciowy egocentryzm i naładowany uczuciowo typ orzeczenia (*gefühlsbetonter Praedikat*) są w późniejszym czasie rażąco reprezentowane. Wzmaganie się tych epileptyczno-organicznych kojarzeń skłoniło mnie do powtórnego przeprowadzenia doświadczenia kojarzeniowego dla skonstatowania wzmagającego się w międzyczasie pogorszenia psychicznego w kierunku organiczno-epileptycznym, nagły wybuch róży unicestwił jednak przeprowadzenie tego zamiaru.

Sierż. A. przez cały dzień pracuje w kancelarii oddziału. Czynności swe (przepisywanie na maszynie) naogół robi dobrze, rachunki robi sprawnie, pisze na maszynie, ręcznie natomiast z trudnością kaligrafuje, ręka przy pisaniu mu drży, trochę przy pisaniu się myli. Przy dyktowaniu całych zdań (pisze na maszynie) pisze dwa słowa, dalszej treści nie jest w stanie spamiętać. Sam on mówi, że szuka zapomnienia w pracy. Jest szybko zmienny w usposobieniu, łatwy do depresji i płaczu, dość łatwy i do śmiechu.

W styczniu 1932 r. jest bardzo często przygnębiony, mówi stale o śmierci:

Bardzo zdenerwowany i płaczliwy, podczas widzenia z rodziną bardzo płacze (6.I.31.).

Cały dzień bardzo podniecony, biega po dziennej sali, płaczliwy, twierdzi, że musi koniecznie zlikwidować swoje życie. Po leku nasennym spał z przerwami.

Strasznie go tęsknota żre, dni przechodzą mu dobrze, a wieczorem nie może już o niczem innem myśleć, jak o śmierci... Kiedyś miał silną wolę, ale to ostatnie nieszczęście złamało mu wolę: pragnie śmierci, ale przysięga, że o samobójstwie nie myśli. Chciałby być pogrzebany, gdzie jego żona. Modli się do Boga, żeby mu dał śmierć. Tęsknota jest straszna. Nie ma siły żyć. Błaga o robotę, bo gdy nie ma roboty, to tęskni. Wieczorem książek czytać nie może... Nie ma sił dłużej żyć. Nie przychodzą go odwiedzać, bo ciągle mówi, że chce umrzeć... Moralnie strasznie się męczy... Zaczął czytać wczoraj książkę i nie mógł wstrzymać łez, które mu płynęły. Wieczorem szuka jakiego towarzystwa, żeby mu te straszne myśli przeszły... Wszyscy bez wyjątku dobrze się z nim obchodzą, na nic nie może się skarżyć, prócz tej

ciężkiej tęsknoty... Strasznie jest złamany... żadnej teraz siły woli nie ma, wstydzi się przyznać... Chciał prosić wczoraj siostrzyczkę, aby nie meldowała panu Pułkownikowi, że on tak strasznie rozpacza — Całkiem nie ma już sił... (12.I).

Po południu wykazuje znaczne zdenerwowanie. Na noc dostał dawkę somnifenu, uspokoił się, spał, (13.I.31).

Prosi przy wizycie, że jak będzie konający, to żeby go puścić na grób żony... wypisać i zaprowadzić na grób żony.

W następnych dniach—w stałej depresji, wzmagającej się znacznie w czasie wolnym od zajęć. Zwłaszcza wieczorami bywa on podniecony, płaczliwy, chce ostatni raz się spowiadać. Zasypia po przeciętnych dawkach leku nasennego.

„...Jeżeli darowały mu dzieci i rodzina, to dlaczego pan pułkownik nie chce mu darować (chodzi o wypuszczenie go z oddziału bez pozwolenia sądu). On nie ma siły żyć dalej. Rodzina go się wyrzekła¹⁾ (rzewnie płacze). On chce życie skończyć, dla niego nie ma życia... Pan Bóg mu szczęśliwie rozumu nie odebrał, a dzisiaj...? Im dłużej tu będzie, tem będzie z nim gorzej. On nie ma siły się poprawić... Żeby Bóg go już zabrał do siebie. Niech się pan pułkownik zlituje nad nim... bez pana pułkownika w sądzie nie zdecydują... On cierpi moralnie... On umrze z tęsknoty... Pan Bóg zlituje się i zabierze go do siebie... On nie ma sił panować nad sobą... nic nie chce... chce umrzeć... dla niego niema życia więcej.

Do połowy stycznia 1932 r. nastrój przygnębiony — często narzeka na swój los, myśli o samobójstwie, martwi się, że niektórzy członkowie rodziny go nie odwiedzają i zapomnieli o nim, dręczy go niepokój o przebieg jego sprawy — prosi o umożliwienie pójścia na grób żony. Pod wpływem spowiedzi nie myśli więcej o samobójstwie—musi pogodzić się z losem i czekać na śmierć naturalną.

Po spowiedzi i nabożeństwie 20.I. wyraźna zmiana nastroju na lepsze, stopniowo przechodząca w lekką euforię od 25.I. Podczas badania w gabinecie lekarskim odpowiada na pytania z uśmiechem, od czasu do czasu wtrąca „dowcipne uwagi“. Mówiąc o zmarłej żonie nie tylko nie płacze i nie podlega zahamowaniu, jak poprzednio, ale nieraz uśmiecha się nawet.

16.I. Wieczorem prosi siostrę o truciznę. Czy prędzej czy później, to on żywy stąd nie wyjdzie. Po nocy z luminalem rano—przygnębiony i płaczliwy.

17.I. Nad wieczorem strasznie płacze, trzęsie się ze złości, zaciska pięści i domaga się trucizny, żeby więcej nie żył. Chce umrzeć, dłużej żyć nie może. Pułkownik jest nielitościwy, bo nie chce go wypuścić na grób żony.

18.I. Wieczorem bardzo płaczliwy, w nocy spał z przerwami.

Od dnia 31.I.32 do dnia 18.II.32 chory A. przebył ciężkie zakażenie różą (Erysipelas) głowy, twarzy, pleców i kończyn. Infekcja ta

¹⁾ Urojenie chorego.

powstała wskutek wcierania w twarz w celu pozbycia się trądzika wręczonego mu podczas widzenia się z rodziną spirytusu salicylowego. W czasie wysokiej gorączki chory stale majaczył. Majaczenia te w związku z podstawowymi zaburzeniami psychicznymi zostały opisane oddzielnie¹⁾. Po wyzdrowieniu-spokojny, nieco euforyczny i oępiały, jak poprzednio.

Na żądanie Wojsk. Sądu Okręgowego Nr. 1 wydane zostało orzeczenie sądowo-lekarskie po myśli par. 221 wpk. z uwzględnieniem poczytalności badanego w czasie inkryminowanym o treści następującej:

Sierżant A. jest obecnie umysłowo chory i cierpi na ogólne ołępienie psychiczne pochodzenia urazowego, powstałe wskutek postrzelenia przedniej części mózgu w celu samobójczym. Cierpienie to, aczkolwiek może podlegać wahaniom, jest nieuleczalne i może ulec ostatecznemu pogorszeniu w swym dalszym przebiegu wskutek tworzenia się w wielu wypadkach t. zw. późnych ropni mózgu. Nie stoi ono jednak w żadnym związku z poczytalnością obwinionego w inkryminowanym czasie, jako powstałe po tym czasie. Natomiast przed czasem inkryminowanym cierpiał badany, jak wiadomo, na kiłę układu nerwowego, t. zw. kiłę mózgowordzeniową, z powodu której był on leczony w szpitalu w r. 1928. Wiadomem jest ponadto, że w końcu tegoż roku był on leczony ponownie zaszczepieniem zimnicy i następnie kuracją specyficzną na oddziale nerwowym tegoż szpitala, niewątpliwie z powodu podejrzenia na porażenie postępującego mózgu. Pod wpływem tego leczenia nastąpiła poprawa. Czas po końcu 1929 r. obfituje dla niego w urazy psychiczne, które znów zachwiały chorobliwie zmienionym układem nerwowym badanego. Urazowo podziałała na niego przewlekła choroba żony i nagłe przeniesienie służbowe z Warszawy, rozbijające jego plany życiowe. Z protokołu sekcyjnego zwłok żony stwierdza się bez żadnej wątpliwości, że była to osoba poważnie fizycznie chora. Pozatem cierpiała ona, jak to wynika z zeznań świadków, na nerwicę z depresją i licznymi popędami samobójczymi. Obwiniony bardzo się przejmował chorobą żony, stawał się coraz to bardziej nerwowy i był widocznie pod jej wpływem. Ponadto bał się on, że choroba żony jest wynikiem jego kiły.

Należy zatem wnioskować, że przed inkryminowanym czynem obwiniony już był chory na poważne cierpienie ośrodkowe układu

¹⁾ O powikłaniu chorób psychicznych przez różę. Lekarz Wojskowy 1932, (w przygotowaniu).

nerwowego, które w swoim czasie w 1929 r. robiło nawet wrażenie cierpienia wybitnie psychicznego, porażenia postępującego mózgu, i wywołało zaszczepienie mu malarji w celach leczniczych. Objawy tego cierpienia, stwierdzone u badanego podczas obecnego pobytu w szpitalu, potwierdzają niejako ciągłość tego cierpienia poprzez czas inkryminowany; że dalej stwierdzony jest zeznaniami szwagierki i brata znaczy rozstrój nerwowy u obwinionego w czasie bezpośrednim przed tragicznem zejściem; że w końcu nerwowa żona obwinionego, cierpiąca na wybitny popęd samobójczy, żona, względem której obwiniony wogóle czuł się winny („choroba żony jest skutkiem jego kiły”), mogła wpływać na niego suggestywnie i skłonić go przy uwzględnieniu jego rozstroju nerwowego do wspólnego samobójstwa, jak o tem świadczą zresztą wspólne pisma przedśmiertne. Ze wszystkich tych danych wynika, że obwiniony sierżant A. był dotknięty w czasie inkryminowanym chorobą ośrodkowego układu nerwowego w połączeniu z rozstrojem nerwowym znacznego stopnia. Mógł on zatem rozumieć w tym czasie znaczenie popełnionych przez siebie czynów oraz kierować swem działaniem w stopniu conajmniej znacznie mniejszym, niż nerwowo i psychicznie pełnowartościowy osobnik. Obecny zaś jego stan, wykazujący chorobę psychiczną po postrzale głowy, bez względu na następstwa tego postrzału w przyszłości, czyni niemożliwym dalszy jego udział w postępowaniu sądowem na czas nieograniczony.

Wojskowy Sąd Okręgowy na posiedzeniu dyspozycyjnem orzekł:

Umorzyć sądowe postępowanie badawcze przeciw wyżej wymienionemu, gdyż właściwy Dowódca zaniechał ścigania go w tym kierunku, a to dla braku istoty czynu karygodnego; albowiem według orzeczenia znawców psychiatrów wymieniony jest psychicznie chory w sposób wykluczający na czas nieograniczony udział jego w postępowaniu sądowem, choroba jego jest nieuleczalna i mimo chwilowych wahań ulega raczej pogorszeniu; według orzeczenia znawców obwiniony miał w czasie krytycznym poczytalność conajmniej zmniejszoną; w związku z nieulegającą żadnej wątpliwości okolicznością, iż obwiniony zamierzał wspólnie z żoną popełnić samobójstwo, można przewidywać, że rozprawa główna, gdyby się nawet odbyła, doprowadziłaby do wyroku uwalniającego.

STOSUNEK JEDNOSTKI DO OTOCZENIA W NERWICACH.¹⁾

(Wstęp do nauki o nerwicach).

podał

PROF. DR. STEFAN BOROWIECKI.

O ile do niedawna łączyliśmy z pojęciem nerwicy choroby nerwowe bez dającego się wykazać tła anatomo-patologicznego, o tyle dzisiaj wbrew temu pogładowi stoimy na stanowisku, że nerwice dają się rozpoznać nietylko na podstawie wykluczenia chorób cielesnych, ale przede wszystkim na podstawie stwierdzenia pewnych cech *pozytywnych*, a mianowicie pewnego *swoistego sposobu zachowania się w życiu i odnoszenia się do rzeczywistości*.

Można rozpatrywać nerwice z różnych stanowisk, jeśli się jednak zechce dać przybliżone pojęcie o tem, czym jest nerwica, to sądzę, że wśród szeregu cech pozytywnych, przy pomocy których potrafimy ją dzisiaj scharakteryzować, zajmuje bardzo poważne miejsce jej *stosunek do otoczenia*: do rodziny i do społeczeństwa. Ponieważ idzie tu zatem o stosunek jednostki do innych, a więc stosunek społeczny, nie powinno dziwić nikogo, że nerwicę, jako rodzaj zaburzenia tego stosunku, można nazwać także *chorobą społeczną*. Niewątpliwie można rozpatrywać z punktu widzenia społecznego każdą chorobę, a więc można badać jej skutki, czy też zależność od tych czy innych warunków społecznych. Można starać się poznać uwarunkowania społeczne chorób zakaźnych, częstość występowania porażenia postępującego w czasie wojny czy pokoju, przyczyny społeczne i skutki alkoholizmu i t. d., w żadnej jednak chorobie warunki społeczne nie posiadają tego *przyczynowego znaczenia* jak w nerwicach.

Śledząc genezę odczynu psychopatycznego, jaki przedstawia każda nerwica, natrafiamy przede wszystkim na zagadnienie udziału

¹⁾ Według wykładu wygłoszonego dn. 24.V.1931 na XI Zjeździe Psychiatrów Polskich.

w jej powstawaniu *usposobienia i dziedziczenia*, a więc czynników endogenicznych, i roli *otoczenia* — czynników egzogenicznych. Pochodzenie endogeniczne odczynu psychopatycznego nie oznacza jednak nigdy, aby warunki zewnętrzne nie odgrywały żadnej roli w jego powstawaniu. Jeśli się zatem mówi o roli czynników zewnętrznych, rodzinnych czy społecznych, w powstawaniu pewnych zaburzeń, nie oznacza to bynajmniej, aby się miało na myśli ich pochodzenie wyłącznie egzogeniczne i wykluczyło podłoże endogeniczne. Przeciwnie dziedziczenie polega jedynie na przenoszeniu z przodków na potomstwo pewnej gotowości czy skłonności do tych czy innych rodzajów reakcji — *odczynów na czynniki otoczenia*, nie zaś stałych i niezmiennych cech. Skłonność ta tkwi niezmiennie w genotypie, warunki jednak zewnętrzne decydują o jej przejawieniu się. Wpływ tych czynników otoczenia, działających hamująco na usposobienie dziedziczne, może nam utrudniać rozpoznanie istotnych czynników dziedzicznych (genotypu), daje nam z drugiej strony możliwość leczniczego wpływu na usposobienie odziedziczone i pozwala nam rozważać pośród innych zadań także zagadnienie *higieny psychicznej*. Poznanie zatem zaburzeń psychicznych *na tle ich otoczenia* musi uzupełniać badania genealogiczne nad dziedzicznością, dopiero bowiem zestawienie badań w tych dwóch kierunkach pozwala nam wnioskować o tej czy innej roli czynników wewnętrznych i zewnętrznych - dziedzicznych i niedziedzicznych. To też za objaw postępu badań psychopatologicznych należy uważać próby pochwycenia zależności zaburzeń psychicznych od czynników zewnętrznych, zwłaszcza, że i postęp badań nad dziedzicznością w niektórych dziedzinach, jak np. w dziedzinie psychopatji i nerwic, zależy właśnie od stworzenia sobie obrazu całokształtu czynników oddziałujących czy to na daną jednostkę czy rodzinę.

Można powiedzieć, że problemat usposobienia do nerwic, którego jednym z krańcowych pytań jest, o ile *każdy* normalny człowiek zapaść może na *każdą* nerwicę, dotychczas wyjaśniony został w mniejszym znacznie stopniu niż kwestja usposobienia w zakresie innych zaburzeń psychicznych. *Rüdin* podaje za *Kraulisem*, że wśród dzieci histeryków z napadami 12,9% miewa napady, 30% jest wybitnie podnieconych i nerwowych, 4,29% przedstawiają oligofrenicy i 1,42% epileptycy. Ogółem zatem 48,61% dzieci histeryków tej kategorii jest nienormalnych. Same przez się wyniki te nie mówią nam jednak nic, coby można położyć na karb dziedziczenia, a co na karb bezwiednego naśladownictwa — wpływu czynników zewnętrznych.

Jeśli idzie o histerję, wojna zdaje się nas pouczać, że nawet

człowiek zdrowy może dostać w pewnych warunkach hysterji, jakkolwiek z drugiej strony wiemy, że usposobieni do niej dostają jej łatwiej. Co się tyczy innych nerwic, wiemy pod tym względem jeszcze mniej. Tak np. natręstwa myślowe występują, jak się zdaje, na tle specyficznego usposobienia (*Piltz*). W rodzinach chorych na natręstwa myślowe spotyka się często charakter schizotypiczny, psychopatję schizoidalną i schizofrenję, rzadziej stwierdzamy tam pierwiastki konstytucyjne manjakołno-depresyjne (*Luxenburger*). Niemniej *Stekel* twierdzi w sposób kategoriyczny, że po wojnie częstość hysterji się zmniejszyła, coraz częściej natomiast występują natręstwa myślowe, które stanowią, jak mówi, bicz człowieka kulturalnego. Zjawisko to jest on skłonny przypisywać warunkom społecznym, konfliktowi dziecka z rodzicami, upadkowi autorytetu i podwójnej moralności rodziców. Rodzice tych chorych nie odpowiadają, zdaniem jego, stanowisku moralnemu, którego żądają od swych dzieci. Nie jestem przekonany o bezwzględnej słuszności poglądu *Stekla*, cytuję go tu jednak rozmyślnie, aby dać przykład niemal krańcowo odmiennych poglądów na natręstwa myślowe. *Stekel* porusza bowiem kwestję, która wymaga wyjaśnienia, o ile mianowicie w pewnych przypadkach powstać mogą natręstwa myślowe jedynie pod wpływem warunków zewnętrznych nawet u człowieka uważanego za zdrowego — nieobciążonego usposobieniem psychopatycznym. Zależy mi tu, słowem, na podkreśleniu, że, jeśli idzie o wyjaśnienie roli konstytucji psychopatycznej i roli czynników zewnętrznych w powstawaniu nerwic, to spodziewać się go możemy jedynie od badań, które uwzględniają zarówno pierwszą jak i drugie. W każdym bądź razie istnieje w tej dziedzinie pogląd, że zarówno konstytucja, jak i czynniki zewnętrzne mogą być w jednym przypadku czynnikiem patogenetycznym, w drugim natomiast czynnikiem patoplastycznym — jedynie kształtującym obraz choroby (*Birnbaum, Kahn* i inni). Wartość etiologiczną każdego z tych czynników wahałaby się słowem w zależności od przypadku.

Jak z tego wynika, wywnioskowywanie genotypowego podłoża usposobienia do nerwic nastęrcza szczególnie trudności. Słusznym usiłowaniom odnalezienia różnorodnych usposobień i odmiennego obciążenia w różnych nerwicach przeciwstawia się pogląd o jednolitem, mimo różnorodności, usposobieniu psychopatycznym, predysponującym do nerwic, przedstawiającem skalę przejść aż do stanu normalnego. Rozwikłania ciemnych i zawiłych stosunków, jakie w tej dziedzinie panują, i ujednostajnienia rozbieżnych zapatrywań spodziewać się można, zdaniem mojem, jedynie, jeśli wszelkim

uwarunkowaniom jednostki od otoczenia poświęcać będziemy uwagę większą, niż się to dotychczas działo.

Jak silnie *warunki społeczne* wpływają nie tylko na powstawanie, ale i na rodzaj zaburzeń psychicznych, nauczyła nas *wojna światowa* (1914—1918) i uczy nas dalej *doświadczenie powojenne*.

Wojna światowa poparała bardzo silnie zapatrywania dawniejszych badaczy na znaczenie wzruszeń i „przyczyn moralnych” w powstawaniu zaburzeń nerwowych i umysłowych. W jednostronnym nastawieniu opartym na nauce o dziedziczności i konstytucji byliśmy skłonni na początku tej wojny raczej z góry odmawiać jakiegos większego znaczenia etiologicznego przeżyciom wojennym. Utrwały nas zresztą w tem przekonaniu spostrzeżenia z czasów wojny francusko-niemieckiej (1870—1871) poczynione przez *Luniera* i *Jolly'ego*, nie stwierdzające większego jej wpływu na ilość czy natężenie zaburzeń umysłowych. *Fribourg-Blanc* zestawiając spostrzeżenia te z doświadczeniem ostatniej wojny, wnioskuje słusznie, że różnice ich wynikają z dłuższego trwania wojny światowej i z odmiennych warunków walki, w której brały udział już nie dwa narody, ale cały świat. Wojna Francji i Niemiec z r. 1870 — 1871 nie trwała nawet roku, a walki ówczesne w mniejszym stopniu poddawały próbie ludzką odporność fizyczną, jak i psychiczną. Nowe sposoby walki natomiast stosowane w czasie wojny światowej (gazy, ognie huraganowe, tanki, walki powietrzne i t. d.) wzbudzały grozę i niepokój nawet daleko poza frontem, narażając w znacznym stopniu równowagę psychiczną żołnierza.

Uprzypomnijmy sobie najważniejsze fakty, które każą nam liczyć się z wpływem warunków zewnętrznych w etiologii nerwic wojennych. Wraz z początkiem wojny pojawiły się w wojsku, w ilości dotychczas nie spotykanej, najróżnorodniejsze obrazy nerwic z objawami niemoty, głuchoty, drżenia, porażenia, stanów osłupienia i innemi, które objęto ogólnem mianem *nerwicy wojennej*. Ilość tych chorych, w miarę trwania wojny, ulegała znacznemu zwiększeniu. Nawet analiza, dość powierzchowna, warunków powstawania nerwic wojennych wykrywała pochodzenie *psychogeniczne* ich objawów i *zależność od warunków zewnętrznych*. Zwróciło uwagę, że w obozach jeńców spotykano nerwicę wojenną stosunkowo rzadziej, rzadko także ulegali tym nerwicom ciężko ranni i okaleczali, niemal wyłącznie natomiast cieleśnie zdrowi, lekko chorzy i lekko ranni. O ile przytem na początku wojny spostrzegano przedewszystkiem ostre nerwice z przerażenia — kontuzje od granatu, jak się niektórzy wyrażali, z biegiem czasu coraz to w większej ilości stwierdzano

nerwice u ludzi, którzy bezpośrednio nie zetknęli się z grozą wojny, znajdowali się wewnątrz państwa, zdala poza frontem. Nerwice te nie zdarzały się wśród ludności cywilnej ani kobiet. Nietylko przeżarcie więc, ale także obawa czy chęć uniknięcia frontu, czy też pragnienia uwolnienia z wojska odgrywały w nich rolę niewątpliwą.

Spostrzeżenia z zakresu nerwic wojennych wstrząsnęły dotychczasowymi pojęciami o t. z. nerwicy urazowej. Nie dały się one pogodzić z poglądami na nerwicę urazową jako na przewlekłą organiczną chorobę układu nerwowego, głoszonemi przez *Westphala*, *Oppenheima* i innych. przypomniały natomiast dawne ujęcie nerwicy urazowej przez *Charcota* jako wyrazu hysterji. *Kraepelinowskiego* klasyfikacyjne rozgraniczenie „nerwicy przeżarciowej” (*Schreckneurose*) czy urazowej od obłędu histerycznego okazało się niedostatecznie uzasadnione, z drugiej strony zarówno histerja jak nerwica urazowa zbliżyły się do innych stanów psychogenicznych-reakcyjnych czyli odczynowych, jak np. zaburzenia psychiczne więźniów, obłęd pniaczy, urojenia prześladowcze u głuchych i t. d., obejmowanych przez *Bleulera* ogólną nazwą „psychoz sytuacji”. Niewątpliwie próba wyodrębnienia zespołu wstrząsowego, wzruszeniowego od stanów pitjacyjnych (histerycznych) i innych, podkreślana, zwłaszcza przez autorów francuskich (*Fribourg-Blanc* i inni) winna być zawsze dyrektywą przy badaniu przypadków podobnych. Niemniej musimy stwierdzić, że wpływ wydarzeń wojennych przejawia się właśnie w *zacieraniu różnic* klasyfikacyjnych, *wyciskaniu wspólnego piętna* na większości przypadków nerwic wojennych i zbliżeniu ich do wymienionych wyżej zaburzeń psychicznych. To wspólne oblicze nerwic wojennych nasuwa też często podejrzenie symulacji. Słuszne jest zatem zaliczenie niektórych z nich z góry do stanów „fałszywej symulacji” („la fausse simulation” — *Fribourg-Blanc*, *Haury*, *Hesnard*), a więc do stanów chorobowych, wzbudzających podejrzenie symulacji choroby.

Śledzenie przebiegu nerwic wojennych stwierdziło ponad wszelką wątpliwość fakt, że ostre psychozy czy nerwice powstałe pod wpływem gwałtownego przeżarcia mijają po upływie kilku godzin, dni czy tygodni, nie zostawiając po sobie żadnych trwałych następstw, że dają zatem rokowanie *dobre*, o ile *inne* czynniki nie wklajają stanu chorobowego, a jako czynniki te zaczęto uważać mniej lub więcej uświadomioną chęć otrzymania renty czy uwolnienia ze służby wojskowej. Skoro tylko naturalna tendencja samolecznicza ulegała zahamowaniu czy stłumieniu przez tendencje wrogie leczeniu, zaburzenie stawało się przewlekłe lub ulegało obostrzeniu. Dlatego to

okazało się, że ci, którzy dostali nerwicy wojennej, nie mogli być użyci z pożytkiem ponownie na froncie, pracowali natomiast z pożytkiem w przemyśle wojennym. Dlatego to wiele nawet przewlekłych nerwic wyleczyło się wraz z końcem wojny. Dostrzeżenie w nerwicy wojennej poza odczynem na uraz fizyczny czy psychiczny tych innych czynników, nadających jej piętno *odczynu obronnego*, wycisnęło też piętno na leczeniu stosowanym w tych przypadkach. *Wilmanns* twierdzi, że nie osiągnano wyników pomyślnych w oddziałach szpitalnych miejskich, w których starano się je leczyć przez traktowanie łagodne i lekkie zajęcie, leczenie postępowało natomiast lepiej, kiedy szpitale te umieszczano na prowincji poza miastem i wprowadzano do nich dyscyplinę wojskową. W związku tym należy przypomnieć leczenie silnym prądem faradycznym — wypróbowanym środkiem starszych neurologów, które, jako leczenie przykre, dawało wyniki bezpośrednio dobre, jakkolwiek nietrwałe. Podobnie dobre wyniki leczenia bezwzględną izolacją dadzą się częściowo sprowadzić do tego samego mechanizmu psychologicznego.

Skończyła się wojna, nie przestała jednak istnieć sprawa nerwic urazowych, odsłaniając nam *inne czynniki społeczne* w ich powstawaniu. Rola urazu wojny czy służby wojskowej w powstawaniu zaburzeń nerwicowych, narzucająca się uwadze badającego lekarza w czasie wojny, stawiała się w miarę oddalania się od niej coraz to bardziej problematyczna i mało prawdopodobna w przypadkach nerwic wojennych przewlekłych i mnożących się także po wojnie nerwicach urazowych. W ujęciu nerwicy urazowej położono nacisk główny na chęć otrzymania renty czy odszkodowania i przemianowano ją nawet na *nerwicę rentową* czy *odszkodowawczą*. Poglądy te reprezentowane przez najwybitniejszych przedstawicieli nauki, jak *Bonhöffer*, *Bumke*, *Hauptmann*, *His*, *Reichardt* i inni, nie omieszczały nawet wywołać skutków praktycznych, skoro bowiem nerwica urazowa miała uchodzić za dostatecznie wyjaśnioną przez „mniej lub więcej świadome życzenia”, zaczęły się coraz liczniej odzywać głosy, że nie ma ona prawa uchodzić za chorobę i nie powinna rościć pretensyj do odszkodowania. Skoro nawet w Państwowym Urzędzie Ubezpieczeniowym zapadły w Niemczech w r. 1926 uchwały w duchu tej „panującej” nauki o nerwicy urazowej (*die grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24.IX.1926*), a w r. 1928 na tem samym stanowisku stanął Państwowy Sąd Opiekuńczy (*die Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts — XIII. Senat-vom 11. Maj 1928*) zaczęły się mnożyć głosy wątpliwości i protestu. Poruszeniu temu zawdzięczamy, że nerwica urazowa stała się

w całym tego słowa znaczeniu *problemem* i przedmiotem licznych publikacyj.

Hoche wyraził z powodu nerwicy urazowej opinię, że *prawo o odszkodowaniu* pomyślane w jak najlepszej wierze i jak najlepszym celu stwarza anormalne stany psychiczne. Skoro prawo je stworzyło, prawo winno je usunąć. Stanowisko to upraszcza jednak zbytnio zagadnienie nerwicy urazowej. Fakt, że się jest ubezpieczonym, oraz wynikająca stąd chęć otrzymania renty nie mogą same przez się wywołać nerwicy, a odczyn na odszkodowanie nie da się ściśle odróżnić i odgraniczyć czy to od odczynu na sam uraz czy też wszelkich *innych odczynów* utrwalających przeżycie urazowe. *Weizsäcker* twierdzi, że chory na nerwicę urazową wprawdzie „mówi o rencie, ma jednak namyśli prawo”. W nerwicy urazowej rozwija się na podłożu odpowiednich utrwalen sytuacji dziecięcych i ich pochodnych „chęć posiadania słuszności we wszystkich okolicznościach” — „żądanie sprawiedliwości za wszelką cenę”. *Weizsäcker* dostrzega zatem w nerwicy urazowej rysy pieniacze lekkiego stopnia i odpowiednio leczy tych chorych, starając się przeprowadzić ich z błędnej opinii do oceny słusznej, której przedstawicielem jest lekarz. Nerwica urazowa jest więc w oświeceniu *Weizsäckera* nerwicą żądającą sprawiedliwości („*Rechtsneurose*”).

Riese zwraca jednak uwagę, że, aby mówić o *chorobliwości* żądania sprawiedliwości, jak to czyni *Weizsäcker*, trzeba być pewnym, że nerwica urazowa nie ma istotnie nic wspólnego z urazem i że chory na nerwicę urazową napewno nie ma racji. To też autorzy grupujący się dokoła niego jako wydawcy zbiorowej monografii, zatytułowanej: „Nerwica urazowa jako problemat medycyny współczesnej” usiłują na drodze pogłębienia psychoanalitycznego dostrzec do rozumienia i leczenia nerwicy urazowej, z całym naciskiem podkreślają w niej cechy właściwe wszystkim nerwicom, a z drugiej strony bronią roli przyczynowej urazu.

W każdej nerwicy idzie o „wygraną”. Z „wygranej” tej chory nie zdaje sobie jedynie sprawy. Nerwica jest dla chorego ucieczką — przystanią, której opuścić instynktownie się wzbrania, o ile nie widzi możliwości rozwiązania konfliktów (*Levy-Suhl*). Nie o uraz czy rentę zatem idzie w nerwicy urazowej, ale ukrycie rzeczywistego konfliktu psychicznego: małżeńskiego, rodzinnego, zawodowego czy jakiegokolwiek bądź innego. „U pewnych szczególnie usposobionych osobowości „psychopatycznych” z warstw społecznych ekonomicznie upośledzonych, pisze *Levy-Suhl*, nadaje się fakt urazu lepiej od wszelkich innych do obudzenia ich tajemnego, przeważnie *socjo-*

logicznie zbudowanego konfliktu i do wyładowania go w formie sztyfrowanej objawów nerwicowych. Nadbudowa neurotyczna i ta niezrozumiała dla człowieka zdrowego uparta obrona objawów nerwicy urazowej oszczędza ten dający się przez fakt urazu bardziej odczuwać nieświadomy, ale wydający się groźnym, konflikt, w którym idzie o porażkę czy też zwycięstwo osobowości — o jej „być albo nie być”, osłania wewnętrzną — odczuwaną jako życiowo ważną rozterkę przed jasnym poznaniem. Z tej obawy przed konfliktem znosi się wszystkie przykrości, upokorzenia, ekonomiczne braki i brzydoty“. Autor ten zwraca przytem uwagę na częstość nerwicy urazowej w różnych warstwach społecznych. Na szczególną uwagę zasługuje stwierdzenie, że wśród prywatnie ubezpieczonych reaguje na uraz nerwicą urazową 50%, wśród ubezpieczonych społecznie natomiast tylko 1%.

Wbrew dotychczasowemu schematycznemu traktowaniu nerwicy urazowej próbuje się pochwycić jej *zależność od konkretnych, w danej chwili działających stosunków społecznych i ludnościowych*. Hertha Riese, starając się przedstawić warunki indywidualne pracy w dzisiejszym społeczeństwie przeludnionem, a nie dającym pracy, dochodzi do wniosku, że nerwica urazowa nie stanowi koniecznego następstwa urazu, lecz rodzaj *biernego* biologicznego i socjologicznego przystosowania dotkniętego urazem osobnika, dążącego do samozachowania, pewien rodzaj staczenia się bez oporu w walce o byt, która wskutek urazu stała się jeszcze trudniejsza. *Wyrzeczenie się zdrowia* staje w tej ciężkiej walce życiowej jedynie celem, biologicznym i społecznym zabezpieczeniem — podstawą utrzymania przy życiu, Wyrzeczenie się zdrowia porównywa ona przytem z wyrzeczeniem się struktury duchowej i oryginalności, jakiego życie dzisiejsze wymaga na korzyść ujednostajnienia i niwelowania.

Dla niektórych autorów, stojących na gruncie psychoanalizy, istnieje *popęd do wypadku*. Przedstawia on rodzaj biernego przystosowania się, rodzaj porażenia wszystkich popędów czynnych i nieświadomej ucieczki przed życiem i obowiązkiem. Landauer pisze pod tym względem: „wielka ilość wypadków nie może być inaczej rozumiana jak próby samobójcze — często tylko symboliczne. Naturalnie próby nieświadome“. Przypadki osób, które poddają się niepotrzebnym operacjom, mogą przedstawiać przykłady podobnego nieświadomego popędu samobójczego.

Nerwica urazowa jest dla psychoanalityka *powtórzeniem* dawnych odczynów neurotycznych, a przede wszystkim *nerwicy dziecięcej*, która jest wynikiem konfliktu wygórowanego dziecięcego prag-

nienia miłości rodziców z groźnem w mniemaniu dziecka czy odpornym stanowiskiem rodziców, a więc odczynem na pogróżki ze strony rodziców ulegające w toku rozwoju stłumieniu (*Landauer*). Wobec tak skomplikowanych stosunków trudno jest powiedzieć, aby renta mogła mieć znaczenie lecznicze, poprawy można się spodziewać natomiast jedynie od jakiegoś głębiej sięgającego leczenia psychicznego.

Jeszcze *Nägeli*, jeden z pierwszych zwolenników jednorazowego załatwiania kwestji odszkodowania, traktował niektóre nerwice urazowe jako nerwice wynikające z *pragnienia zemsty* (jeśli idzie np. o zadośćuczynienie, aby zły sąsiad został ukarany, albo nauczyciel, który uderzył ucznia). Według *Sperlinga* nie niechęć do pracy stanowi podłoże nerwicy urazowej, ale dziecięce pragnienie zemsty, przeniesione na społeczeństwo. Nerwica urazowa jest dla niego następstwem *nieświadomych życzeń odwetu*.

Nie pogrążajmy się jednak tak dalece w interpretacji nerwicy urazowej i zachowajmy na oku raczej jej zależność od warunków społecznych. Bardzo interesująco z punktu widzenia zagadnień aktualnych ujmuje tę zależność *Weizsäcker*. Nerwica urazowa w jego rozumieniu zaciera swoje dotychczasowe granice, rozrasta się natomiast, przekracza zakres właściwego urazu i przemienia się na „chorobę społeczną”. Choroba ta wystąpić wprawdzie może po urazie, ale niemniej zdarza się po wrzodzie, rwie kulszowej, zapaleniu stawów czy złamaniu jako „druga choroba”. Znaczenie, w jakim *Weizsäcker* tego słowa „choroba społeczna” używa, różni się od znaczenia, w jakim wypowiedziałem je na początku tego wykładu, mówiąc, że nerwice mogą być nazwane chorobami społecznymi. O ile bowiem przez określenie swoje pragnąłem podkreślić zależność wszystkich nerwic od warunków społecznych, o tyle *Weizsäcker*, mówiąc o „chorobie społecznej” ma na myśli przede wszystkim specjalną zależność od warunków społecznych, jaką się stwierdza u *każdego* chorego w następstwie jego choroby. Ta drobna różnica terminologiczna nie powinna nam jednak przeszkadzać w dostrzeżeniu zasadniczego podobieństwa stanowisk.

Weizsäcker, zgadzając się z podstawowem twierdzeniem *Bonhöffera*, *Hisa* i innych przedstawicieli „panującej nauki” w tej dziedzinie, że nerwice społeczne nie powinny pobierać stałych rent, wyraża jednak odmienne zapatrywanie na etiologiczną rolę urazu i leczenie tych nerwic. Przyznaje on do pewnego stopnia słuszość choremu twierdzącemu, że przed wypadkiem czy przed chorobą był on zdrowy, a więc stan jego ma związek z urazem czy przebytą

chorobą. Nerwica nie następuje po urazie, jak krwotok po działaniu mechanicznej siły. „Następuje ona po nim, jak marzenie senne po rzeczywistości na jawie. Siła mechaniczna nie jest przyczyną nerwicy, jak zaśnięcie nie jest przyczyną snów. Całość sytuacji urazowej odpowiada natomiast w sposób współmierny sytuacji nerwicowej wogóle. Do całości tej należy prócz urazu psychofizycznego utrata stanowiska, koniunktury interesów, równowagi rodzinnej. Skoro powiemy, że wszystko to razem stanowi współmierny *warunek powstania* nerwicy, to żądamy dla usunięcia nerwicy współmiernych *warunków jej zniknięcia*”. Chory taki nie powinien mieć prawa do renty, ale powinien posiadać prawo do leczenia.

„Choroba społeczna” *Weizsäckera* powstaje zatem nie tylko na tle właściwego urazu, ale wynika ona z sytuacji, w jakiej *każda* choroba stawia w dzisiejszym społeczeństwie prawie każdego chorego. Dla coraz to większej ilości chorych pracujących, których egzystencja zależy ściśle od ich pracy, wyłania się pytanie niesłychanej wagi, co z nich będzie wobec ich zmniejszonej przez chorobę zdolności do życia, i na podłożu sytuacji stworzonej przez chorobę oraz fakt ubezpieczenia społecznego wyrasta w związku z tą chorobą jako nawarstwienie czy domieszka czy też samodzielnie nerwica — „choroba społeczna”. Wynika stąd konsekwentnie zmiana stanowiska socjologicznego kliniki współczesnej, która coraz to częściej zmusza lekarza do działania w roli urzędnika czy znawcy, każąc mu oceniać zdolność chorego do pracy, do czego często brak mu wszelkich podstaw.

Wymienione tu fakty i poglądy są dostateczną ilustracją zależności obrazu nerwicy od warunków społecznych, jakoteż przeobrażeń, jakim nerwica z biegiem czasu może ulegać. Niewątpliwie, że nie tylko nasze poglądy na nerwicę urazową się zmieniły, ale sam obraz nerwicy. O ile w czasie wojny, jak za czasów *Charcota* czy *Krafft-Ebinga*, mieliśmy możliwość oglądania bez liku nerwic urazowych z wysuwającymi się na plan pierwszy objawami histerycznymi: niemoty, głuchoty, astazji, abazji, dyzbazji, drżenia, napadów drgawek i t. d., o tyle dzisiaj obrazy te znikły niemal całkowicie, spostrzegamy natomiast coraz częściej obrazy hipochondryczne z zarysowanym mniej lub więcej niepokojem, często podbarwione rysami pieniaczemi. Jeśli staniemy przytem na szerokim stanowisku *Weizsäckera*, zauważymy rysy tej nerwicy urazowej jako „choroby społecznej” u ogromnej ilości chorych i dostrzeżemy w niej zjawisko społeczne pierwszego rzędu „jedną ze scen porodu nowego społeczeństwa”. Można by powiedzieć, że przypadki tej choroby społecznej są dzisiaj nierównie

częstsze niż ci do nich podobni zamożni neurotycy, którzy bez ustanku zasięgają porad lekarskich, radzą się wszelkich specjalistów i znąkomitości, leczą się w zdrojowiskach, sanatorjach i przedsiębiorą podróże wypoczynkowe.

Pozwoliłem sobie rozwodzić się tak długo na temat tak aktualnej dzisiaj nerwicy urazowej, uważam bowiem, że stanowi ona z punktu widzenia nauki o nerwicach *jeden z jaskrawszych*, a dotychczas z tego stanowiska niedostatecznie rozpatrywanych, *przykładów działania czynników zewnętrznych, a zarazem zmienności obrazu nerwicy w zależności od sytuacji, w jakiej chorego te czynniki zastają i stawiają*.

Za zdobycz najważniejszą spostrzeżeń tych i rozważań należy uważać przede wszystkim bardzo znaczne *rozszerzenie naszego pojęcia o urazie psychicznym*; zbliża ono do siebie jednorazowe wstrząsy o silnem natężeniu i często powtarzane działania stosunkowo nawet o słabem napięciu. Z drugiej strony *rozciągnięcie pojęcia uraza zrobiło go jednak bardziej względnem*, każe nam liczyć się przy ocenie poszczególnych przypadków także z tem, co uraz poprzedzało czy też po nim następowało. Zjawia się zatem konieczność rozróżniania w szerokich ramach t. z. nerwicy urazowej odczynu bezpośredniego na uraz od odczynów poprzedzających czy następujących po nim. Rzut oka na całość materiału, dotyczącego nerwicy urazowej, doprowadza nas nadto do wniosku, że *uraz sam przez się wyjątkowo tylko może być uważany za wyłączną przyczynę obrazu nerwicowego*. To natomiast, z czem mamy do czynienia, jako z t. z. nerwicą urazową, przedstawia złożony obraz najróżnorodniejszych odczynów — zarówno poprzedzających uraz, jak występujących po jego doznaniu.

Nie znaczy to bynajmniej, aby urazowi można było odmawiać wszelkiego znaczenia etjologicznego. Jak pisze *Fribourg-Blanc*, wstrząsy uczuciowe często powtarzane nie uodporniają żołnierza przeciwko następującym po nich wzruszeniom, przeciwnie uczulają jego układ nerwowy i rodzą lęk przed nowym popłochem. Według *Maurice de Flaury* uczucia przez rodzaj następującej anafilaksji zwiększają wykładnik uczuciowości dotychczasowej. Legenda mówi, że widok żebraka, człowieka chorego i zmarłego wywarły na Buddzie tak wstrząsające wrażenie, że stały się punktem wyjścia jego nauki, a zarazem świątobliwego życia. Jest to wprawdzie tylko legenda, istnieją jednak i podobne rzeczywiste wydarzenia życiowe, które decydują o dalszem życiu. Rzecz cała, że nie wszyscy przeżywają je jednakowo. Kwestji tej poświęcił głębokie studjum *Erwin Straus*. Aby wydarzenie jakieś mogło stać się wstrząsającym, musi ono według *Strausa* wywołać poczucie zagrożenia i niebezpieczeństwa

i musi zniewolić do przypisywania mu znaczenia. Przeżycie wstrząsające wyróżnia się według niego tem, że mamy w niem poczucie przeżywania go po raz pierwszy. Wraz z przeżyciem tem występuje przekształcenie horyzontu przeżywania, które przypomina katastrofę. Przemiana ta spowodowana przez przeżycie urazowe jest, jak twierdzi *Straus*, nieodwołalna. Wyobraźmy sobie za *Strausem* stanowisko dwóch ludzi wobec wypadku śmierci wskutek przejechania przez samochód. Doświadczony lekarz spełnia spokojnie swój obowiązek i przeżycie podobne przestaje na niego działać dłużej, jakiś młodzieniec natomiast tygodniami nie może zapomnieć widoku zmarłego, staje się przygnębiony, zaniepokojony, nie chce sam wychodzić na ulicę i t. d. Pojedyncze wydarzenie jest więc fikcją, wszystko zależy od dostrzeganego znaczenia ogólnego — od konstelacji, w jakiej się znajduje „świat przeżywającego”. Nerwica urazowa powstaje więc według tego autora pod wpływem wstrząsu doznanego w czasie przeżycia urazowego, który zmusza do przypisywania mu znaczenia. Na gruncie tego wstrząsu rozwijają się w dalszym przebiegu odczyny o charakterze fobij i hipochondryj. Chorzy ci „mogą latami zachowywać swą rzekomo dementywną postawę, odseparowując się od wszelkiej wartości życiowej oraz sensu życia i wyrzekają się swej osobowości”.

Coś z urazu zostaje zatem bez wątpienia. Ze stanowiska klinicznego i psychologicznego należy niemniej mimo słuszności powyższych twierdzeń z pewnego stanowiska stwierdzić, że znaczenie urazu może słabnąć i, mówiąc z punktu widzenia praktycznego, mijając mimo całą „nieodwołalność” jego przeżycia. Fenomenologiczne i pogłębiające naszą wiedzę o urazie psychicznym stanowisko *Strausa* nie powinno nam zatem zasłaniać powyższej prawdy, że dla właściwej oceny urazu musimy zdać sobie, jak to zaznaczyłem, sprawę z całości życia dotkniętego nim chorego, że musimy zagłębić się w tym celu w jego historję życia. Jak tę całość rozumieć, wyjaśnić sobie jednak możemy lepiej na przykładzie innych nerwic, w których, mam to wrażenie, łatwiej nam zazwyczaj dotrzeć do życia osobistego chorego, niż w nerwicy urazowej. Z kolei zatem musimy zaznajomić się z zagadnieniem innych nerwic. Nerwice te pozwolą nam obejrzeć społeczny swój charakter — swój stosunek do otoczenia — z innej strony,

II.

Przegląd zapatrywań współczesnych na nerwice urazowe winien nas utwierdzić w przekonaniu, że z wydarzeń wstrząsających samych przez się nie da się wyprowadzić całkowicie obraz tej ner-

wicy. Nerwica ta stanowi tylko jeden z krańcowych przykładów oddziaływania wydarzeń życiowych, zwanych urazami psychicznymi, na życie psychiczne. Chcąc ją zrozumieć, musimy, jak widzieliśmy, nie tylko zdać sobie sprawę z przeżyć poprzedzających uraz, a nawet sięgnąć do dzieciństwa, ale poznać nadto przeżycia następujące po urazie. Usiłowano wyprowadzić na podobieństwo nerwicy urazowej także inne nerwice z urazu doznanego, jeśli nie w teraźniejszości, to w przeszłości chorego, śledzenie historyczne rozwoju nerwic na tle całego życia zmusiło jednak do porzucenia t. z. *teorii urazu*. Badanie czynników pozaurazowych w tych nerwicach dzięki względnie łatwieszemu i szczerzszemu stosunkowi chorego do lekarza posunęło nas znacznie dalej naprzód w ich rozumieniu i kazało przeciwstawić *teorii urazu* *teorię regresji*. Okazało się, że wydarzenia wstrząsające, sytuacje groźne czy trudności życiowe nie działają w sposób izolowany — niezależny od przyszłości, ale zmieniają też nasz stosunek do niej, zatrzymują rozwój, uniemożliwiają wyładowywanie się energii psychicznej, powodują jej zastój i cofanie się wstecz ku dzieciństwu — zwane *regresją*. Okolicznościom tym towarzyszy charakterystyczne odwrócenie od rzeczywistości, połączone ze wzmożeniem wyobraźni, które Jung nazywa introwersją. Według tej *teorii regresji* pewne wydarzenia zewnętrzne i sytuacje życiowe *aktywują* zatem *przeszłość* i przez wydobywanie nastawień dziecięcych i dziecięcych sposobów przystosowywania się powodują nerwice.

Pozwolę sobie przypomnieć, że jeszcze w r. 1926 starałem się na przykładzie prostego przypadku hysterji urazowej u 15-letniej dziewczyny wiejskiej wykazać, bez daleko idącej analizy psychologicznej, w jaki sposób objawy, które wystąpiły po wstrząsie spowodowanym przez uderzenie pioruna i zabicie na miejscu w jej pobliżu przez piorun innej dziewczyny, przestały być reakcją odruchową na uderzenie samo, stawały się same sobie celem, okazywały tendencję do uniezależniania się i nawet do rozrostu i nabierały wielorakiego znaczenia. Chora ta mówiła, że „pozostało na niej coś z przerażenia” piorunem — tą „mocą widzialną Boga”, w fantazjach swoich upodabiała się do zabitej, równocześnie jednak dawało się stwierdzić zniechęcenie do zbyt ciężkiej pracy w polu, którą niedawno w zastępstwie brata podjęła, i życzenie pozostania nadal w domu z rodzicami. W sprzecznościach obrazu chorobowego (przerażenie — ucieczka w chorobę — spełnienie życzenia), w wieloznaczności objawów hysterji, w ich złożoności i konkretności, jak i konwersji historycznej (zamianie przeżyć psychicznych na objawy rzekomo cielesne) starałem się wykazać rysy myślenia pierwotnego, dążąc

w ten sposób do zrobienia jej obrazu zrozumialszym a zarazem do rzucenia mostu między różnymi teorjami panującymi w tej dziedzinie.

Straus we wspomnianem wyżej studjum opisuje przypadek 17-letniego młodzieńca, który po nagłej śmierci i pogrzebie swego wuja myśli wciąż o śmierci i o zmarłych, obawia się ich wszędzie mimo zachowanego krytycyzmu. W przypadku tym coś, co jest ogólnem, zaczęło się przejawiać wszędzie, skonkretyzowało się. "Zjawisko to ogólnej konkretyzacji przedstawia jakby odwrócenie teorii abstrakcji *Berkeleya*. Konkretyzacja ogólnego odgrywa także w myśleniu pierwotnem wielką rolę, dotyka ono bowiem w swojej treści istoty życia". W sposób podobny przez skonkretyzowanie pojęcia „ogólnego” powstaje „*participation mystique*” człowieka pierwotnego. Podobnież u wspomnianej chorej przejawiało się skonkretyzowanie czegoś ogólnego. W objawach jej wyraził się w zgęszczonej i konkretnej postaci nie tylko stosunek do uderzenia pioruna, ale nadto stosunek do pracy i do rodziców. Szło tam nietylko o wydarzenie wstrząsające oraz zwolnienie od zbyt ciężkiej pracy, ale także o *powrót do rodziców*, a więc życzenie wyraźnie regresywne, wywołane przez trudności życiowe i uraz psychiczny.

Doświadczenie uczy, że to życzenie powrotu do rodziców — życzenie przedłużenia dziecięcego stosunku do rodziców stanowi najpospolitszy przykład regresji.

Jego analizą musimy się zatem zająć nieco szczegółowiej, zwłaszcza, że stwierdzenie go nie należy do rzeczy łatwych.

O ile stosunek do rodziców może pozostać żywym i czynnym, a jak dalece przytem dany osobnik może nie zdawać sobie z tego sprawy, świadczyć może przykład chorego z przeważającemi objawami hysterji lękowej czyli inaczej lęku sytuacyjnego, którego mam możność obserwować z przerwami od lat 7. Nerwica jego sięga 14 lat wstecz, a objawy wystąpiły w ostrzejszej postaci w ostatnich czasach po raz 4-ty. Jest to chory liczący w chwili obecnej 36 lat, żonaty, przyrodnik z wykształceniem zagranicznym, znajdujący się od szeregu miesięcy bez pracy. Najważniejsze jego objawy polegają na tem, że boi się zjeść cokolwiek, aby nie dostać „uderzenia krwi do głowy” i „ucisku na serce”. Niepokoi się wtedy, że nie może strawić i stara się nawet niekiedy wywołać wymioty, żeby sobie ulżyć. W stanie silnego napięcia uczuciowego lęka się, że umrze. Czegoś podobnego doświadcza także, gdy wyjdzie z domu, to też z obawy przed napadem lęku często nie wychodzi na ulicę. Przed wyjściem z domu nie je wcale albo bardzo

mało. Jada głównie wieczorem i wtedy czuje się najlepiej. Ma wrażenie, że napad lęku przychodzi także po oddaniu stolca, stara się z tego powodu czasami stolec przetrzymać. Zauważył natomiast, że przepłukiwanie odbytnicy czy parcie uspokaja go.

Ojciec chorego tego nie żyje od r. 1918. Zmarł on w 70 r. ż. na zapalenie płuc. Matka żyje, ma lat 68. Ojciec był bardzo surowy. Przy ojcu chory, dopóki był w domu, t. j. do 19 r. ż., nie śmiałyby zapalić papierosa. Ojciec bał patrzeć się z wysokości, przesadnie obawiał się o dzieci. Nie pozwalał im chodzić do parku, aby nie dostały malarji, nie dawał się kąpać im w rzece, aby się nie potopiły, zabraniał jadać lodów i t. d. Kiedy chory dostał zapalenia ślepej kiszki, rozpaczał, bił głową o ścianę. O ile przy ojcu wszystko musiało być poprawne i zgodne z jego życzeniami, matka pozwalała na wszystko. Kiedy ojciec przyjeżdżał, stwarzało się z matką, służbą i guwernantką blok, żeby ukryć przed ojcem wybryki, o które mógłby się gniewać. Jako dziecko był do matki bardzo przywiązany, niemniej między nim a matką była ciągła wojna. Był jako dziecko żywy, niezależny, krytykował rodziców, nie lubił, aby mu rodzice narzucali swoją wolę, uważał, że nie powinni mu zabraniać wychodzić samemu. Był przez matkę bardziej kochany niż brat starszy od niego o rok. Brat lepiej jednak na tem wychodził. Czuł się zawsze z tego powodu pokrzywdzony. Matka uważała bowiem, że on jest jej i starała się przerobić go na swoją modłę, ubierała go więc np. gorzej niż brata, ponieważ sama zaniedbywała się w stroju, zwłaszcza w domu. On natomiast był skłonny do „fałszywego wstydu”. W ostatnich latach dziecięcych zaczął analizować zachowanie się matki. Przypomina sobie, jak go raziło, że potrafiła wyjść do niespodzianych gości nieubrana w narzuconym płaszczu. Doszedł wówczas do przekonania, że nawet matki nie należy idealizować, bo jest zwykłą kobietą. Do krytyki matki usposabiała go też jej „choroba przestrzeni”, jaką niegdyś miała. Bała się także tłumu, nie mogła sypiać w ciemnym pokoju bez zapalek, zamiast jechać powozem szła kilka wiorst pieszo za powozem z obawy uduszenia przez wiatr i t. d.

W 9 r. ż. przechodził zapalenie ślepej kiszki i operację z tego powodu. W czasie narkozy rzucał się bardzo. Po operacji kiedyś na ślizgawce, gdy był sam, bał się wielkiej przestrzeni. Pod względem płciowym był bardzo wrażliwy od wczesnego dzieciństwa. Od 3 czy 4 roku życia mniej więcej onanizował się. Nie przypomina sobie, coby go mogło pchnąć w tym kierunku. Koło 5 r. ż. onanizm wspólny z bratem. W tym wieku mniej więcej bał się ogrom-

nie djabłów, bał się ciemnego pokoju. Już w 6 — 7 r. ż. podkochał się w znanych dziewczynkach, marzył o całusach i t. d. Koło 13 r. ż. ojciec zauważył jego onanizm i groził, że przyzwyczajenie to prowadzi do zidjocenia. Przestraszył się, ale ojcowi nie uwierzył. Zaczął się onanizować nieco rzadziej, niemniej jednak, mimo późniejszych stosunków płciowych i małżeństwa, onanizował się do 29 r. ż. Stosunki płciowe zaczął mieć koło 17 r. ż. początkowo ze służącą swych rodziców.

Spowiedź była dla niego czemś bardzo trudnem, wstydził się bowiem swych grzechów. Niekiedy chciał iść przed komunią do poprawki. Do dzisiaj jest pedantem, ma dużo wątpliwości.

Mając lat 18 w r. 1913 wyjechał kształcić się za granicę początkowo do Niemiec, potem do Szwajcarii i odtąd nie wracał do kraju aż po wojnie w r. 1921. Po rocznym pobycie w Niemczech przeniósł się na uniwersytet do Szwajcarii, gdyż szkoła techniczna, którą rozpoczął w Niemczech nie podobała mu się. Znalazłszy się zagranicą, zaczął wydawać dużo pieniędzy. Robiono mu wymówki o to, a także o to, że się za mało uczy. Matka straszyla go, co będzie, jak ojciec oczy zamknie. Zaskoczony w Szwajcarii przez wojnę, odcięty od kraju i rodziny, kiedy pieniądze zdeponowane dla niego w Szwajcarii na początku wojny rozeszły się, znalazł się wkrótce w trudnem położeniu finansowem. Musiał zarabiać na życie, a o zarobek było trudno. Z domu otrzymywał tylko krótkie wiadomości, a i to bardzo rzadko, stale przytem niepokoił się, co się działo w domu, bał się ruiny materialnej. Mimo niepokój o dom wkrótce przestał jednak pisywać zupełnie. W r. 1918 umarł mu ojciec. Dowiedział się o tem w r. 1919, mimo to dalej nie pisywał do matki, odkładając listy na później. Często potem robił sobie wyrzuty z tego powodu. Twierdzi, że nie pisał z obawy dowiedzenia się czegoś strasznego, ale także w poczuciu odpowiedzialności wobec rodziców, zdając sobie sprawę z tego, że nie wszystko idzie po myśli rodziców. Uczył się wówczas pilnie i odczuwał głód wiedzy.

Kiedyś w roku 1917 zaczął odczuwać klucie w okolicy ślepej кишки. Lekarz powiedział mu, że niema nic niepokojącego, niepokoił się jednak dalej i zażywał środki przeczyszczające przez kilka dni. Parę dni przedtem posprzeczał się z jednym znajomym, z którym łączyły go serdeczne stosunki. Kiedyś w czasie tych dolegliwości kiszkowych zaczął odczuwać tak silny niepokój w okolicy serca, że zwrócił się nawet do tego znajomego o pomoc. W napadzie tego lęku obawiał się śmierci. Z okazji tego napadu

zapoznał się z jedną panią, właścicielką kasyna, starszą od niego o lat 16, z którą zawiązał romans trwający około 1½ roku. Znajomość ta wpływała na niego początkowo dobrze, czuł się spokojniejszy, gdy był z nią na ulicy. W jakiś czas jednak potem stosunek ten zaczął mu ciążyć i objawy nerwowe wzmagaly się, patrzono bowiem na niego krzywym okiem za jego złe prowadzenie się i nalegano, aby zerwał. Zrobił to wreszcie, przekonany o jej złym prowadzeniu się i zdradach, które przyprawiały go o lęki i bicie serca. Prawie wszystkie pieniądze wydawał wówczas na lekarzy. Po zerwaniu z tą osobą czuł się parę lat dobrze, mógł jeździć i pracować.

Napady niepokoju powróciły w r. 1920. Pierwszy napad wystąpił kiedyś po zjedzeniu obiadu w restauracji. Był wówczas z żoną i natychmiast pojechał do lekarza. Poznał ją w jesieni r. 1919. Wkrótce zakochał się w niej i chciał wziąć ślub, ale żona nie miała potrzebnych dokumentów. Zamieszkali więc razem bez ślubu. Ślub wzięli w klinice położniczej. Dziecko urodziło się 4 godziny przed ślubem. Dokładał wszelkich starań, aby ślub przyspieszyć, ale to było niemożliwe. Pytany, czy miał w tym czasie, jakie przykrości, mówi, że wiedział już wówczas o śmierci ojca, ale nie sądzi, aby to mogło mieć wpływ jakikolwiek. Przyznaje się jednak w dalszym toku rozmowy, że zajście żony w ciążę było dla niego zmartwieniem i starano się nawet ciążę usunąć, jakkolwiek zabiegi te zawiodły. Sądzi, że sprawy ciąży i konieczności przyspieszenia ślubu były dla niego bardziej przykre niż dla żony, jakkolwiek nie jest tego pewny, bo nie odczuwa żony tak dobrze, jak matki. Zagadnięty, czy miał myśl, aby żonę rzucić, zaprzecza czemuś podobnemu, bo „ma takie usposobienie, że z każdym nieszczęściem się pogodzi”. Pożycie z żoną było dla niego wygodne, był z małżeństwa zadowolony, bo nie czuł się taki samotny, jak przedtem. Matka o małżeństwie jego nie wiedziała, dopiero pod wpływem żony po ślubie napisał po kilku latach pierwszy list do matki. Matka ustosunkowała się do żony dobrze. Pierwsze dziecko zmarło po kilku miesiącach, w r. 1921 urodził się natomiast synek.

Pogorszenie, jakie wystąpiło w latach 1922 — 1924, było powodem, że po bezowocnych próbach leczenia u różnych lekarzy, chory ten zgłosił się do mnie z początkiem r. 1924. Klucz do zrozumienia sytuacji aktualnej, w której się w tym czasie znajdował, dał mi sen opowiedziany dopiero na szóstym posiedzeniu psychoanalitycznym d. 17.X.24. Śniło mu się, że w mieszkaniu jego znajdowała się znajoma i on jakby kombinował, aby żona o tem nie wiedziała. Panią

tę poznał on w r. 1922 i miał z nią romans. Zakochał się w niej, rozwodził ją i zamierzał się sam dla niej rozwieść. W tym celu porobił już bardzo wiele kroków, ale w końcu zerwał z nią, gdyż go zdradzała. W okresie tego stosunku zaczął znowu miewać uczucie ciężaru na żołądku, dostawał bicia serca, lękał się, że się udusi i wzywał z tego powodu często lekarzy. W czasie tym parokrotnie wyprowadzał się i sprowadzał do żony. Po wyprowadzeniu się od żony zdarzało się, że w czasie napadu posyłał po nią. Żona okazywała mu bardzo dużo serca i tolerancji. Matka była przeciwna rozwodowi i krytykowała ostro tę znajomą. W czasie, w którym sen o niej wystąpił, stosunek ten był już od dłuższego czasu zerwany. Przy sposobności snu tego chory przyznał się także, że onanizował się prawie do ostatnich czasów i że postanowił odzwyczaić się od tego przed podjęciem próby leczenia u mnie.

Po 18 posiedzeniach psychoterapeutycznych nastąpiła wyraźna poprawa. Chory zaczął coraz intensywniej pracować, zakładając za pieniądze uzyskane od matki własne przedsiębiorstwo, w którym zużytkował swoją wiedzę zdobytą zagranicą i które rozwijało się bardzo dobrze. W warunkach tych czuł się coraz lepiej. W parę lat potem w r. 1928 nasunął mu się spółnik, który zajął się stroną finansową przedsiębiorstwa, zaciągnął dużą pożyczkę na rozwój przedsiębiorstwa i przez nią bardzo znacznie je obciążył, zwłaszcza, że część tylko włożył w to przedsiębiorstwo, a resztę zużył na cele własne. W końcu roku 1929 chory zauważył, że przez spółkę przedsiębiorstwo się zachwiało, poróżnił się z tego powodu ze spółnikiem, rozwiązał spółkę i zaczął się procesować. Sprawę w ostateczności wygrał, ale wygrana nie wróciła mu zniszczonego warsztatu pracy. Po ukończeniu procesu od września r. 1930 znowu zaczął się czuć bardzo źle i objawy poprzednie wróciły. Spółnika swego nie znał bliżej zaufał mu jednak, bo był to człowiek starszy i znajomy jego matki.

Krótki ten zarys dziejów nerwicy i życia tego chorego, naszkicowany możliwie na podstawie własnych słów chorego, daje nam jaskrawy obraz niesłychanie zawilego splotu najróżnorodniejszych czynników etiologicznych jego nerwicy. Charakterystyka rodziców nasuwa tu myśl dziedziczenia i to dziedziczenia bezpośredniego i homologicznego, jak się zdaje ze strony ich obojga. Odrazu przeciwstawia się jej stanowisko krańcowo odmienne, że choroba jest tu właśnie wytworem środowiska, a więc warunków zewnętrznych. Jak to zaznaczyłem jednak na wstępie, rola usposobienia dziedzicznego nie da się w podobnych przypadkach odgraniczyć ściśle od udziału

czynników zewnętrznych. Jeśli mimo tych trudności postanowiłem przypadek ten obrać za paradigma do dalszych rozważań, zrobiłem to w przeświadczeniu, że istnienie nawet usposobienia dziedzicznego nie uniemożliwia nam zdania sobie sprawy z roli różnorodnych czynników etjologicznych, ale przeciwnie w pewnych przypadkach, o ile nie idzie nam o pochwycenie pewnego czynnika w postaci możliwie izolowanej, może nam ułatwić wykazanie go.

Rzut oka na całość dziejów tego przypadku stwierdza przede wszystkim *odczynowość* wszystkich gwałtowniejszych objawów cierpienia — fakt, że wszystkie znane nam obostrzenia nerwiczne naszego chorego wiążą się ściśle z taką czy inną trudnością sytuacji życiowej. Odczynowość ta potwierdza spostrzeżenia, które były niegdyś podstawą teorii urazowego powstawania nerwic i które każą do dzisiaj do pewnego stopnia bronić roli urazu w nerwicy urazowej. Odczynowość ta świadczy też niewątpliwie na korzyść znaczenia pewnych *aktualnych* wydarzeń życiowych w rozwoju dolegliwości nerwicznych. Odczynowość ta nie daje nam jednak możliwości, jak to mówiłem przy ocenie urazu, wytłumaczenia wystarczającego objawów nerwicy, nie wszyscy bowiem, znalazłszy się w sytuacjach urazowych podobnych, zapadają na nerwicę. Zrozumienia nerwicy spodziewać się zatem możemy raczej *od charakterystyki odnoszenia się osoby chorej do rzeczywistości i zachowania się w całym jej życiu*. Jakkolwiek na czele skarg stoją tutaj dolegliwości ze strony żołądka i serca, to ze względu na stale negatywny wynik badań internistycznych, na zależność cierpienia od warunków zewnętrznych jakoteż jego przebieg nie możemy tu mówić jedynie o nerwicy narządów wewnętrznych — nerwicy serca i nerwicy żołądka — i musimy traktować cierpienie naszego chorego jako nerwicę przekraczającą dziedziczną tych paru narządów, którą cechują pewne *nienormalności psychiczne*.

Przy próbie pochwycenia tych nienormalności psychicznych zwraca uwagę, że mimo różnych sytuacji zewnętrznych zespół objawów i zachowanie się chorego pozostały we wszystkich okresach mniej więcej *te same*¹⁾. Jeżeli zechcemy sobie przytem uprzytomnić cechy tych nienormalności, to uderzy nas przy głębszem ich rozważeniu, że noszą one piętno *konfliktu* — rozterki wewnętrznej, z której chory

¹⁾ Fakt, że różne sytuacje zewnętrzne wywołują ten sam zespół nerwiczny, właściwy przeszłości i usposobieniu danego chorego, spostrzegamy najczęściej. Nie wyklucza to jednak istnienia specyficznych czynników zewnętrznych dla poszczególnych nerwic ani też rzadkiej możliwości, że mniej więcej te same sytuacje zewnętrzne wywołują różne obrazy nerwiczne.

nie zdaje sobie należyście sprawy, której poznanie wprowadza nas natomiast w dziedzinę tego, co nazywamy *nieświadomością*.

O ile zechcemy określić ten konflikt bliżej, to w pierwszej chwili wydaje nam się, że nie we wszystkich fazach schorzenia przedstawia się on jednakowo. Można twierdzić, że drugi i trzeci nawrót nerwicy wyłonił się z komplikacyj życia wyraźnie erotycznego: z konfliktu na tle starcia się popędu seksualnego z wymaganiami rzeczywistości. Tło erotyczne pierwszego wybuchu choroby nie uwydatnia się natomiast w sposób tak wyraźny od początku i dlatego skłonny byłbym raczej widzieć jego przyczyny także w konflikcie ogólniejszym dążeń chorego z możliwością ich zaspokojenia. Konflikt ten zdaje się dominować w pogorszeniu ostatniem. Nie znaczy to jednak, aby życie seksualne nie odgrywało w tych fazach choroby żadnej roli, przeciwnie jego romans z okresu pierwszego jaskrawszego przejawienia się nerwicy i auteorotyzm wskazują na niewątpliwy udział także tego czynnika w jego powstawaniu. Jedynie co do ostatniego pogorszenia brak nam danych z zakresu życia płciowego, co jednak nie upoważnia nas do wygłoszenia opinii, że popęd płciowy nie odgrywał tam żadnej roli. Katastrofa materialna może bowiem dać odczuć dotkliwie także tę dziedzinę życia. Próba wyodrębnienia różnorodnych konfliktów psychicznych w różnych okresach nerwicy naszego chorego nastręcza zatem, jak widzimy, trudności, a różnice jego nastawień psychicznych w stosunku do otoczenia maleją wobec zarysowującego się ich podobieństwa. Analogja konfliktów psychicznych naszego chorego w różnych fazach jego choroby staje się jeszcze wyraźniejszą, jeśli będziemy go rozważać z punktu widzenia *stosunku dziecka do rodziców*. Zauważymy wówczas, że mimo zarysowującej się opozycji przeciw rodzicom, którą chory nawet czasami akcentuje, jego nieświadomy konflikt psychiczny—niezgodność z samym sobą—pochodzi właśnie ze zbyt silnie zaznaczonego związania z rodzicami, a przede wszystkim z matką, które utrudnia mu spełnienie zadań człowieka dorosłego i przystosowanie się do życia, a więc pogodzenie wymagań życia i obowiązków społecznych ze słusznymi tendencjami osobistymi, przez które nie należy rozumieć celów wyłącznie egoistycznych, lecz także pośrednio cele społeczne. Wpływ rodziców, o którym tu mówimy, należy, jak to zaznaczyłem, do zjawisk życia psychicznego nieświadomego. Wpływ ten przestaje być pomocny naszemu choremu, staje się natomiast poważną przeszkodą.

Rzecz zrozumiała, że wpływ rodziców na dziecko—matki na syna i ojca na córkę—ma swoje głębokie biologiczne uzasadnienie z punktu

widzenia przygotowania do życia. Rodzice są pierwszymi wzorami dla dziecka, ojciec pierwszym wzorem mężczyzny, matka pierwszym wzorem kobiety. Rozwój osobowości zaczyna się zatem od rodziców. Dziecko nie jest jednak, jak mówi Prus, dla rodziców i dalsza droga rozwoju prowadzi je do wyzwolenia się od rodziców, do usamodzielnienia się i uspołecznienia. Jest to pozytywna normalna strona zjawiska obejmowanego mianem t. zw. kompleksu Edypa, stanowiącego niezaprzeczenie jedno z najważniejszych pojęć psychoanalizy. Aby ocenić je należycie trzeba sięgnąć do materiału patologicznego, dopiero on bowiem dostarcza nam w swych odchyleniach od normy liczne przykłady nie tylko tkliwego, ale i wrogiego stosunku do rodziców, jakoteż jego dwoistości—ambiwalencji, które pozwalają nam zrozumieć nazwę łączącą to zjawisko z mitem o królu Edypie, który nie zdając sobie z tego sprawy, zabił swego ojca i ożenił się z matką. We wspomnianej pracy o histerji dałem przykład fantastycznego romansu z matką wplatającego się w marzenia na jawie młodzieńca lat 21, który stracił matkę w 2-m roku życia i u którego w okresie dojrzewania płciowego pośród warunków wzrastającego wciąż niezadowolenia z otoczenia zawodowego jak i rodzinnego rozwinęła się histerja (ból głowy i drżenie głowy). W wyobraźni swojej koło 17—18 roku życia marzył on o kobiecie, która zastąpiłaby mu matkę. Wyobrażał sobie, że taka kobieta żyje gdzieś. To znów myślał, że gdyby matka znalazła się naprawdę i mogła to udowodnić, toby chętnie z nią poszedł, zostałby z nią i znalazłby jej miłość.

Istnienie związku między uczuciem dla matki i uczuciem dla kobiety narzuca się na podstawie licznych bardzo obserwacji z życia nie tylko patologicznego, ale także normalnego. Dla przykładu pozwolę sobie zacytować za *Bychowskim* (Dr. G. Bychowski. Słowacki i jego dusza. Studium psychoanalityczne. MCMXXX. Warszawa. Kraków. Wydawnictwo J. Mortkowicza. Towarzystwo Wydawnicze w Warszawie. Str. 46 i 47) dwa urywki listów Słowackiego, w których wyraźnie zestawia poeta miłość matki z miłością kobiety. W pierwszym czytamy: „Niestety, tak kochać, jak ty kochasz, nikt nie umie na świecie, i dlatego w słowach moich jest czasem niespokojność smutna i rozpacz. A teraz bez egzaltacji i prosto ci napiszę, że ty zajmujesz pierwsze miejsce w sercu mojem, i gdybym umierał, kazałbym je spalić i odnieść je tobie, bo jego popiół do nikogo innego nie należy. Zawsze czegoś brakowało tym, którym je oddać chciałem”. (15 lutego 1841). W drugim znajdujemy następujące fantastyczne marzenia, zawierające szczegóły podobne do fantazji o matce wspomnianego przezemnie chorego: „O, jaka ty, matko,

jesteś łaskawa! co ja biedny zrobię na świecie, żebym ciebie, mamó, o mojej wdzięczności i o mojem przywiązaniu przekonał. Czasem mi się marzy, że do Indyj pojadę, zrobię ogromny majątek, wrócę jak Nabab milionowy, a to wszystko dlatego, abym kupił piękny pałac, ciebie w nim, mamó droga, posadził i służył tobie na kolanach. Marząc o tobie wracają mi czasem sny szalone mojego dzieciństwa: ale ty, moja mamó, jesteś tych snów zakończeniem, w dzieciństwie zaś mojem nieraz inne maryl mieszkały w Nababa pałacach, dziś wszystko przeszło..." Słowa te to cenne dokumenty psychologiczne, dowodzące, że nie można zbytńo dzielić miłości do kobiety od miłości matki. Służyć one mogą zarazem za piękny punkt wyjścia i przygotowanie do rozumienia t. zw. kompleksu Edypa. Nie sądzę, aby jego czyste seksualne tłumaczenie było uzasadńione, zabarwienie seksualne tego zespołu stanowić bowiem może następstwo regresji aktywującej pewien kompleks właściwy każdemu człowiekowi, ale i fałszującej go do pewnego stopnia (*Jung*). Jest to jednak dalsza kwestja rozumienia tego kompleksu; na razie, aby zobrazować jego znaczenie zacytuję słowa *Junga*: „O ile posuwamy się drogą wskazaną nam przez *Freuda*, dochodzimy do żywego poznania takich możliwości, które będąc za słabe, aby zniewolić do incestu, są jednak dość silne, aby wywołać zaburzenie psychiczne znacznych rozmiarów. Uznanie takich możliwości, nie dzieje się bez początkowego wzburzenia poczucia moralnego, są to opory, które zbyt łatwo zaślepiają intelekt i przez to uniemożliwiają samopoznanie. O ile uda nam się mimo to oddzielić oceny uczuciowe od poznania naukowego, ta mamy most rzucony ponad tą przepaścią, która dzieli czas nasz od starożytności i widzimy ze zdumieniem, że starożytny Edyp przecież jest jeszcze żywy. Nie można nie doniecać tego wrażenia: rozumienie go poucza nas mianowicie o tożsamości elementarnych konfliktów ludzkich—niezależnych od czasu i przestrzeni". (*Wandlungen und Symbole der Libido*. Str. 4—5). Z jedną z tych możliwości za słabych, aby zniewolić do incestu, ale zdolnych wywołać zaburzenie psychiczne mamy właśnie do czynienia u naszego chorego.

W zarysie jego życia i nerwicy zwraca pod tym względem uwagę fakt, że wpływ matki sięga u niego daleko poza dzieciństwo i daje się u niego zauważyć w jego nerwicy i życiu w 22 roku życia i później aż do ostatnich czasów, a więc właśnie wtedy, kiedy był już dorosłym człowiekiem i kiedy nie miał już matki przy sobie. Z przemożnego wpływu tego, który z jednej strony upodobił go pod względem choroby do matki, z drugiej strony kształtował jego dalsze życie, nietylko zatrzymując go w rozwoju, ale nawet

cofając — robiąc pod pewnymi względami bezradnem dzieckiem potrzebującym na każdym kroku opieki, niemowlęciem obracającym się w ciasnem kole potrzeb tego wieku (stolec, odżywianie), chory nie zdawał sobie sprawy, tkwił on bowiem w jego nieświadomości. Świadomie, jak wiemy, przeważnie krytykował on rodziców i zachowywał się w stosunku do nich tak, jakby pragnął sprawić im zmartwienie i zgryzotę, twierdził, że nawet matki nie należy idealizować, bo jest zwykłą kobietą. Nieświadomie jednak całem zachowaniem swym świadczył, że tęsknił za nią i pragnął jej opieki i miłości, Wydaje się sprzeciwiać temu fakt, że sen, o którym mowa niżej, nasuwa mu całą rewję kobiet na myśl, które odgrywały jakąś rolę w jego życiu. Zwracają także uwagę jego ujemne sądy o kobietach i łatwe zniechęcanie się do nich. Właściwości te wynikają jednak niewątpliwie z jego dziecięcego nastawienia życiowego i wyniesienia wymarzonego obrazu matki ponad inne kobiety, które nie są w stanie mu dorównać i każą szukać ciągle nowych. Chory przyznaje, że matka pieściła go bardzo i że do 12 roku życia uważał ją za naj-mądrzejszą i najlepszą kobietę. Z biegiem czasu wprawdzie stosunek do matki nabrał rysów opozycyjnych, niemniej kobiety przez niego kochane bez względu na wiek swój, a więc młodsze od niego czy starsze, przedstawiające typ dodatni, jak żona, czy ujemny, jak właścicielka kasyna, mają w sobie coś z matki. Wystarcza nadmienić, że zaopiekowanie się nim przez właścicielkę kasyna dało powód do jej poznania i do romansu. Niemniej w stosunku do żony zaznacza się wyraźnie traktowanie jej przedewszystkiem jako opiekunki. Wygoda, opieka, wypełnienie pustki decydują o jego stosunku do tych kobiet. W sposób jaskrawy przejawia się to w stosunku do żony zwłaszcza w okresie, kiedy nosi się z zamiarami rozwodowemi, parokrotnie wyprowadza się wówczas od niej i w czasie napadu lęku wzywa ją do siebie. W stosunku swoim do kobiet nie uniezależnił się on zatem od miłości do matki w tym stopniu, jak się to dzieje normalnie, lecz miłość ta dominowała w jego stosunku do kobiet, utrudniając mu ich wybór i przystosowanie się do nich. Należy tu wreszcie podnieść, że katastrofa finansowa, która sprawiła ostatnie pogorszenie się choroby, została spowodowana przez nieopatrzone związanie się ze spółnikiem, któremu zaufał dlatego, że był to „człowiek starszy i znajomy matki”. Nawet w katastrofie tej można się zatem dopatrywać zgubnego wpływu „kompleksu matki”, a mówiąc szerzej „kompleksu rodziców”.

Rozważania te dowodzą, że pod kątem konfliktu nastawienia dziecięcego, nierealnego, zakazanego, a więc tłumionego, w stosunku

do matki z tendencjami osobistymi i wymaganiami życia możemy ogarnąć w sposób zrozumiały całe życie i chorobę naszego chorego. Konflikt ten pozwala nam zrozumieć też dwoistość jego stosunku do matki i do żony, jak i wszystkich kwestyj życiowych: jego przerwanie korespondencji z rodzicami z obawy o nich, a zarazem w poczuciu syna marnotrawnego, a równoczesne przyprowadzanie ich o zmartwienia, zniechęcenie do żony, a zarazem powrót do niej, chęć usamodzielnienia się w życiu i przykrość z powodu braku stanowiska, a z drugiej strony nastawienie dziecka szukającego pomocy. Narzuca się samo przez się przypuszczenie, że i nerwiczne lęki naszego chorego są conajmniej w znacznej mierze związane z tym konfliktem dążeń człowieka dorosłego z wrogimi im tendencjami sięgającymi czasów dzieciństwa. Lęki te przedstawiają skonkretyzowane *lęki czegoś bardziej ogólnego* niż obawa o serce czy żołądek, a więc lęk przed życiem, jego trudnościami i pokusami, wywołany przez nieświadomą tęsknotę dziecka do matki, przeszkadzającą choremu posuwać się w rozwoju naprzód, a zmuszającą do zatrzymania się i cofania (regresja). *Czem większe odwrócenie w przeszłość i tęsknota za dzieciństwem, tem więcej obaw przed teraźniejszością i przyszłością.* „Dążący przed siebie popęd, opanowujący świadomość syna, jak czytamy u Junga zestawiającego materiał patologiczny i mitologiczny, żąda oddzielenia się od matki, sprzeciwia się temu tęsknota dziecka za matką w postaci psychologicznego oporu, który, jak nas uczy doświadczenie, wyraża się w różnego rodzaju obawach czyli w obawie życia. Czembardziej człowiek cofa się przed przystosowywaniem się do życia i zapada w gnuśną bezczynność, tem większy (cum grano salis) staje się jego lęk, który w postaci przeszkody staje na jego drodze. Lęk pochodzi od matki czyli z tęsknoty powrotu do matki, która przeciwdziała dostosowaniu się do rzeczywistości. W ten sposób staje się matka jakby złośliwą prześladowczynią. Naturalnie nie jest to prawdziwa matka, jakkolwiek i prawdziwa matka ze swą chorobliwą troskliwością, którą może prześladować swoje dziecko aż do wieku dorosłego, często jest w stanie przez nieodpowiednie wiekowi traktowanie dziecku szkodzić, jest to raczej obraz matki (jej imago), który staje się Lamją. Imago matki czerpie jednak swoje siły jedynie i wyłącznie ze skłonności syna do patrzenia nietylko przed siebie i ze skłonności do pracy, ale także, zerkania wstecz ku rozmiękczającym słodyczom dzieciństwa, ku tej rozkosznej nieodpowiedzialności i pewności, którą otaczała nas niegdyś opieka matczyna”. (Wandlungen und Symbole der Libido. Str. 289).

Rozumowanie dotychczasowe wydawać się może w pierwszej chwili spekulacją, nieopartą o żadną rzeczywistość. Należy jednak uprzytomnić sobie, że przedstawiony tu treściwy obraz życia i choroby nie stanowi jedynej podstawy do jej interpretacji. Obraz nerwicy i życia psychicznego chorego nie mógłby być bowiem według naszych dzisiejszych poglądów uważany za kompletny, gdybyśmy nie sięgnęli do jego marzeń sennych. Dopiero w oświeceniu materiału zdobytego przy pomocy analizy snów zarysowuje się schemat życia i ewentualny konflikt psychiczny w sposób bardziej przekonujący. Otóż materiału dowodowego do podobnego ujęcia cierpienia naszego chorego dostarczył nam także sen, jaki chory ten opowiedział nam w toku leczenia w jakiś czas po zaniechaniu planów rodowodowych. Sen ten w swej zgęszczonej postaci jest typowym przykładem wartości tej „via regia” do nieświadomości, sprawdzianem interpretacji życia i nerwicy, jakie tu przedstawiłem, a zarazem podstawą do jej rozszerzenia.

Śnił mu się, jakby pokój, który zamieszkiwał zagranicą, tylko jakby wyżej położony. Na balkonie stała jakaś młoda kobieta i fruwał tam jakiś żóraw wystylizowany, podłużny. Podnosił się i opadał jak na windzie. Nogi miał długie, jak ibis, przejrzyste, żółte. Pani ta objęła żórawia za szyję i on przeniósł ją z balkonu na drzewo. Były to ruchy powolne, jak w kinematografii czasem. Ptak ten zostawił ją na drzewie — na pniu — i odfrunął jakby niżej. Ona chciała, żeby on ją odniósł, i trzymała się drzewa, a on nie chciał i odleciał. Myślał (chory) wtedy, jak to zrobić, żeby ona dostała się z powrotem na ten balkon. I nagle drzewo zamieniło się w kopułę kościoła ze spiczastym dachem pokrytym szyfrową dachówką i pani ta siedziała na tym dachu. Orientuje się wtedy, że nie trzeba jej zzewnątrz zdobywać, tylko wylupać dachówki szyfrowe i ją do wewnątrz wprowadzić.

Ważniejsze kojarzenia do tego snu przedstawiają się w sposób następujący: Przedewszystkiem dodaje on do treści snu, że przelatywały tam też inne złe ptaki, na które pani ze snu nie chciała wsiąść. Gdy była na drzewie, ukazał się jakby łabędź, ale na głowie miał ostry grzebień i był jakiś dziwnie płaski (chory ma łabędzia w herbie). Chory twierdzi, że takie złe ptaki mogą wywoływać uczucie lęku, robią jakieś antypatyczne wrażenie, zwłaszcza ten łabędź. Mówi dalej, że literatura współczesna budziła w nim lęk przed życiem, to też zaczął nią gardzić. Wspomina własne wiersze miłosne, swoje zakochania. Kiedy dla złamania oporu zapytałem go, czy kobiety nie odgrywały roli w jego życiu, skarży się

żartem, że musi sobie nad tym snem łamać głowę, chociaż i ptak i ta pani ze snu odwracają się do niego tyłem, i zaczyna dowodzić że kobiety są ograniczone, że jest o nich złego mniemania i t. d. Przychodzi mu na myśl romans z panią, dla której zamierzał się rozwodzić, a dalej szereg innych kobiet, z którymi łączyły go jakieś bliższe stosunki. Pani ze snu była jakby jakąś królewną z bajki, czekającą na pазia.

Przeniesienie kobiety na drzewo przypomina mu z dzieciństwa dzikie świnię u wuja na wsi. Wybierał wówczas z matką drzewa, na które mogliby wskoczyć w razie pojawienia się tych świń. Dalej przychodzą mu na myśl gniazda ptasie na drzewach.

Z pewnością skojarzenia te nie wyczerpują całej ukrytej treści marzenia sennego, o którym mówimy, i noszą piętno oporu psychicznego zwykłego przy analizie, już ten skąpy materiał pozwala nam jednak zorientować się w jego symbolicznym znaczeniu. Chcąc zrozumieć sen, uważam za celowe uprzytomnić sobie jego treść zasadniczą w uproszczeniu: ktoś czy coś porywa kobietę, niepokoi to chorego (można to wnioskować ze skojarzeń) i budzi w nim chęć dostania się do niej czy „zdobycia” jej.

W obrazie porywania kobiety w zgęszczonej i usymbolizowanej postaci można się dopatrzyć odbicia całego jego życia, w którym kobieta występowała wyraźnie w roli pokusy. We śnie jednak, jak to żartobliwie zaznacza, zarówno ptak, jak i pani są odwrócone do niego tyłem, jest on jakby biernym świadkiem czegoś kuszącego i niepokojącego. Ponosi go dopiero sytuacja, w jakiej się pani ta znalazła na drzewie, zamieniającem się na kopułę kościoła, budzi w nim chęć dostania się do niej czy „zdobycia” jej. Chory, który boi się jeść, wyjść na ulicę, nie pracuje, boi się życia i, jak mówi, nie lubi kościoła, w marzeniu sennem myśli o „zdobyczach” — dostaniu się na śpiczasty dach kopuły kościoła, na którym pani ta siedzi. W sposób wyraźny występuje tu zatem *funkcja kompensująca marzenia sennego*, uzupełniająca życie psychiczne na jawie. Uzupełnienie to nosi do pewnego stopnia charakter dalszego rozwoju tendencji nieświadomych, jakie przejawiały się w życiu chorego na jawie. Zrozumiemy to lepiej, jeśli postaramy się zdać sobie sprawę, kogo reprezentuje kobieta, którą pragnie „zdobyć”. Przypomina mu ona wprawdzie „całą rewję”, ale odwrócenie się jej od niego, a z drugiej strony chęć dostania się do niej mimo krytyki w stosunku do kobiet każe doszukiwać się w niej jakiejs innej idealniejszej postaci kobiety. Prawzoru tego poszukiwanego, a wyniesionego ponad inne kobiety należy szukać w wyobrażeniu matki. Za słusnością takiego



rozumienia przemawia także skojarzenie wspomnienia z dzieciństwa o planowanej ucieczce z matką przed dzikami na drzewo, a także skojarzenie gniazd ptasich. W świetle dotychczasowych rozważań sen ten może być zatem wyrazem życzenia dostania się do matki—powrotu do niej.

Do tłumaczenia podobnego skłania zwłaszcza druga część snu, w której nagle drzewo zamienia się na kopułę kościoła, kobieta ze snu znajduje się na dachu tego kościoła, a chory myśli, jak dostać się do niej, jak ją „zdobyć”. Prawdopodobieństwo podobnego tłumaczenia wzrasta, jeśli uprzytomnimy sobie, że kościół należy do znanych psychoanalitykom symbolów matki, a marzenia o powrocie do matki stanowią fantazje powszechnie znane i często spotykane. Ciekawy dokument psychologiczny pod tym względem stanowi sen Słowackiego, o którym mówi w liście do matki z dn. 2 lutego 1844 r. Brzmi on w sposób następujący. „Cudowny kilka tygodni temu miałem sen o tobie: oto śniło mi się, że cię widzę na Czerczy, na jednej ze skał nad leszczynami, rozszerzoną dziwnie i niby od głowy fontannami lejącymi się ukrytą tak, że miałaś kształt srebrnego, szerokiego, z wody lejącej się namiotu. Wytłumaczyłem sobie, że to jest prawdziwy namiot schronienia się z łez wylanych nade mną. Takie mi ty poły otwierasz? tak ty masz schować przestraszone dziecko pod spódnicę, taki ty mi domek wymiatasz na przyjęcie moje?” Podając sen ten w swoim studjum, robi *Bychowski* następującą uwagę: „Tęsknota ta za matką i swoim dziećciem z nią współzyciem wzbiera w duszy poety silnym strumieniem i staje się prawdziwym pragnieniem powrotu do stanu swego najmniejszego, najmłodszego czyli nieomal pragnieniem być znowu przez matkę wchłoniętym, ukryć się w jej łonie, tak jak w życia początku”. Sądzę, że istnieje niewątpliwe podobieństwo symboliczne marzenia sennego Słowackiego do snu mojego chorego, jedynie symbole matki są w nich różne: u Słowackiego namiot-schronienie, u chorego kościół.

Jeśli kobieta jest tu matką, czym jest ptak? Sprawia on wrażenie rywala w stosunku do chorego. O ile interpretujemy postać kobiety jako matkę, z punktu widzenia „kompleksu Edypa” można się dopatrywać w ptaku także ojca-rywala dla syna w zdobywaniu względów matki. Sytuacja marzenia sennego przypomina nam sytuację, jaka wytwarzała się w chwili powrotu ojca do domu, kiedy to z matką stwarzało się blok, aby ukryć przed ojcem wybryki, o które mógł się gniewać. Sen ten byłby zatem nie tylko spełnieniem życzenia dostania się do matki, ale nadto marzeniem dziećciem o „zdobyciu” jej — o zabranii matki ojcu,

O ile dostrzeżenie życzenia powrotu do matki może wydawać się usprawiedliwionem, o tyle tłumaczenie dalsze jej „zdobycia” może nasuwać wątpliwości. Uważam zatem za konieczne zwrócić uwagę na *typowość* niektórych motywów zawartych w analizowanym śnie, a więc ich powtarzanie się w fantazjach i marzeniach sennych różnych osobników w najróżnorodniejszych indywidualnych modyfikacjach. Jak dalece sen ten jest dla życia nieświadomości charakterystyczny świadczy „*motyw ratunku*”, którego możemy dopatrzeć się w chęci dostania się do kobiety ze snu czy jej „zdobycia”, idzie tam bowiem także o jej obronę przed niebezpieczeństwem. Otóż *Freud* wyprowadza ten motyw ratunku osoby kochanej właśnie z kompleksu matki czy kompleksu rodziców.

„W stosunku do ojca. pisze *Freud*, przeważa w fantazji o ratunku jej treść przekorna, ku matce skierowuje się zawarta w niej tkliwość. Matka darowuje dziecku życie i niełatwo zastąpić ten swoisty podarunek czemś równowartościowem. Przy niewielkiej zmianie znaczenia, którą ułatwia nieświadomość, a którą można postawić na równi ze świadomem zlewaniem się pojęć, zyskuje ratowanie matki znaczenie podarowania jej dziecka albo posiadania z nią dziecka na podobieństwo siebie samego. Różnica z pierwotnem znaczeniem ratunku nie jest zbyt wielka, zmiana znaczenia nie jest dowolna. Matka obdarzyła kogoś własnem życiem. ofiarowuje się jej za to inne życie — życie dziecka, które posiada największe podobieństwo do tego kogoś. Syn okazuje swą wdzięczność, pragnąc posiadać z matką dziecko, równe jemu samemu, co znaczy, że w fantazji o ratunku utożsamia się on zupełnie z ojcem. Życzenie „aby być *własnym ojcem*” zaspakaja wszystkie popędy: tkliwe, dziękczynne, lubieżne, przekorne i wielkościowe”. (*Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. Gesammelte Schriften. V. Str. 195*). Jak widzimy zatem interpretacja marzenia sennego, do jakiej doszedłem, *mutatis mutandis* odpowiada tłumaczeniu motywu ratunku danemu przez *Freuda*.

Silne związanie uczuciowe z matką i tęsknota za nią, które uznaliśmy za źródło nerwicowych lęków naszego chorego nie tylko w śnie tym znajduje więc potwierdzenie, ale nadto wyraz o wiele jaśniejszy. Czy podobne życzenie o charakterze incestu i pragnienia powrotu do łona matki wypełniają jednak całą treść marzenia sennego? Są poszlaki, że nie. Na tle symbolicznego obrazu życia wyłania się tu mianowicie obraz kobiety, która budzi w nim gotowość życia bardziej czynnego, pobudza go do walki wśród nowych niebezpieczeństw. Czy nie można zatem w powrocie do matki, jaki dostrze-

gamy w marzeniu sennem, widzieć w symbolicznem zgęszczeniu nie tylko tendencje noszące piętno kazirodczne, ale dopatrywać się także próby *wyzwolenia się* z bezdroży dotychczasowego życia i pogodzenia z nakazami życia społecznego. Odpowiada to ówczesnemu powrotowi chorego do żony, jego nadziei wyleczenia się, a jest zarazem zapowiedzią nowego okresu życia — poprawy stanu zdrowia i powrotu do pracy, która trwała przez lat kilka. Sądzę, że tłumaczenie podobne zgadza się też z podkreśloną już funkcją kompensującą marzenia sennego, dzięki której bojaźliwość chorego na jawie ustępuje rycerskości czy bohaterskości we śnie.

Daleki jestem od przekonania, aby można było jakiś sen wyjaśnić całkowicie, to też nie roszczę pretensyj do wyczerpania interpretacji¹⁾ snu, o którym mowa. Zależy mi tu raczej na przedstawieniu pewnych problemów tej dziedziny, niż na ich rozwiązaniu. Zgadzam się najzupełniej z *Binswangerem*, który zaznacza, że „idzie tu wszędzie znacznie mniej o wytłumaczenie poszczególnych symbolów, jak o ogólne kategorie, w jakich to tłumaczenie się odbywa”. Sen pojedynczy, nie poparty dostatecznym materiałem kojarzeniowym, może sam przez się nie być dostatecznie zrozumiały, porównany jednak z dostępnym nam dzisiaj doświadczeniem innych odsłania przed nami horyzont znacznie rozleglejszy. Nie mogę tu zatem pominąć milczeniem, że istnieje szkoła psychoanalityczna z *Jungiem* na czele, która w podobny *prospektywny* sposób interpretuje marzenia sennie.

Interpretację snu, jaką dałem na początku, nazywa *Jung* analityczną albo przyczynowo-redukującą, sprowadza ona bowiem fantazje sennie do wspomnień i dążeń osobistych w stosunku do rzeczywistych osób, jest to interpretacja „na szczeblu obiektu”. Istnieją jednak w snach obrazy i symbole, które nie dadzą się sprowadzić do rzeczywistych przeżyć osobistych, które noszą cechy wyobrażeń „odwiecznych” — powszechnie w rozwoju życia psychicznego spotykanych. Poza nieświadomością osobniczą wyodrębnia zatem *Jung* także *nieświadomość pozaosobniczą-zbiorową* i żąda, aby tłumaczenie snu było w miarę możliwości nie tylko analityczne, ale także synte-

¹⁾ Interpretacja objawów nerwicowych i marzeń sennych, jaką tu podajemy, nie jest całkowita, gdyż nie bywa ona taką nigdy (*Jaspers*). O interpretacji tej mówi *Bleuler*, że jest ona tylko w zasadzie nauką, w zastosowaniu raczej sztuką; winniśmy zatem zdawać sobie sprawę, że nie może ona przedstawiać jakiejś teorii skończonej. Nie powinno to nas od niej odstręczać, gdyż nawet niedoskonałe i chociażby tymczasowe interpretacje mogą być zarówno w teorii, jak i w praktyce pożyteczne (*Borowiecki*. Sugestia jako stan czynny. *Nowiny Lekarskie*. 1931).

tyczne i konstruktywne, a więc odbywało się „na szczęblu subjektu” i dotarło do treści psychicznej o charakterze zbiorowym i mitologicznym. Nazywa on ten sposób interpretacji tłumaczeniem „na szczęblu subjektu”, ponieważ, o ile symbole snu nie odpowiadają przedmiotom rzeczywistym, wówczas „cały sen odnosi się jedynie do śniącego”.

Otóż zbliżając się do treści marzenia sennego naszego chorego ze stanowiska psychologii analitycznej *Junga*, dostrzeżemy w nim *typowość* w znacznie większym stopniu. Już pierwsze wrażenie, jakie sen ten sprawia, przypomina nam coś z mitologii. W pierwszej jego części odgrywa się przed chorym, jakgdyby scena z mitu o Le-dzie. Można przypuszczać, że i do drugiej części snu znajdują się w mitologii obrazy podobne, badania dzisiejsze dały bowiem wielką ilość przykładów dowodzących daleko idących analogij między marzeniami sennymi a mitami-temi snami ludów. Otóż według *Junga*, starającego się ze względu na rozumienie snów osiąść jak największą wiedzę mitologiczną, „pragnienie dostania się do wnętrza matki i przyjscia na świat po raz drugi” stanowi jedną „z najczęstszych nieświadomych tendencji duszy ludzkiej”, która łączy się według tego badacza z mitami o narodzinach bohatera i jego nieśmiertelności. Podkreślony zatem przezemnie motyw bohaterstwa zawarty w śnie naszego chorego nie jest temsamem czemś przypadkowym w życiu nieświadomości.

Zestawienie analizowanego tu marzenia sennego z życiem chorego nasuwa przypuszczenie, że pewne zasadnicze treści psychiczne przejawiają się w nim w ogólnikowej, skondensowanej i symbolicznej postaci o wiele wyraźniej niż na jawie. Po przeprowadzonej analizie widzieć w nim możemy już nietylko „sen całego życia”, jak mówi Słowacki, ale nawet dostrzegamy motywy mitu o powszechnej wartości. Związanie z matką nietylko występuje w nim o wiele przejrzyściej, ale okazuje nam inne oblicze, staje się źródłem bohaterstwa, a zarazem wyzwolenia od matki. W pracy nieświadomości sen ten pozwala nam zatem dopatrzyć się także *czynności twórczej*, której nie wyczerpuje ani popęd seksualny (*Freud*) ani chęć utrzymania się przy życiu i pragnienie mocy (*Adler*), treść tej nieświadomości jest bowiem *wieloznaczna*. Mówiąc słowami *Junga*, kobieta ze snu nie reprezentuje matki indywidualnej naszego chorego, ale staje się reprezentantką archetypu matki — „odwiecznego wyobrażenia” matki, której mityczna postać łączy się w tej czy innej postaci z mitem o bohaterze.

Poznanie za pośrednictwem snu tego „świata wewnętrznego”

nieświadomości zbiorowej pozwala nam też szerzej spojrzeć na istotę nerwicy. *Freud* podkreśla w nerwicy spełnienie życzenia dziecięcego, jej obronę przed życiem w imię roszczeń dziecięcych, nazywa ją jednak także nieudaną próbą samoleczenia. Tę celowość nerwicy stara się jednak w szczególności podkreślić *Jung*. Fantazje chorobliwe stanowią dla niego „próbę uduchowienia się i znalezienia nowych dróg do przystosowania”. Powrót do infantylizmu oznacza nie tylko regresję i zatrzymanie, ale także możliwość znalezienia nowej drogi. Regresja jest właściwie niemniej warunkiem zasadniczym „aktu twórczego”. W sposób podobny wyraża swój pogląd na nerwicę *Weizsäcker*. „Zgadza się z *Freudem*, pisze on, że nerwice są zahamowaniem rozwoju, ale są one czymś więcej niż zahamowaniem. Są one oznaką i wyrazem siły prącej *naprzód*, siły jednak, która nie została użyta do swego przeznaczenia”. Są według niego chwile i sytuacje życiowe, kiedy człowiek winien „przekształcić się dla zdobycia nowego przeznaczenia, skoro w chwili tej wytwarza on nerwicę, znaczy to, że nadarzała mu się możliwość zmiany swego przeznaczenia, ale jej nie wykorzystał”.

Jeśli sen, jako objaw życia nieświadomego, przedstawiać może, jak to starałem się na przykładzie dowieść, także rozwiązanie kwestii życiowej i wskazywać właściwy „akt twórczy” czy „przekształcenie niezbędne dla zdobycia nowego przeznaczenia”, może i objawy nerwicowe, w których wyraża się również nieświadomość, stanowią pod pewnemi względami coś podobnego, a więc kryją w sobie nie tylko niszczącą tendencję regresywną, ale także twórczą *prospektywną*.

Poprzestaję tutaj na naszkicowaniu poruszonych zagadnień. Z góry zaznaczam względność podanych twierdzeń. Względ jednak na ich znaczenie heurystyczne jako hipotezy roboczej nie pozwala mi pominąć ich milczeniem w szkicu syntetycznym nauki o nerwicach, zwłaszcza, jeśli idzie nam o wykazanie w nerwicy jej stosunku do otoczenia rodzinnego czy społecznego.

Historja choroby, jaką tu przedstawiłem, nie stanowi wyjątku. O ile uda nam się przy badaniu jakiejś nerwicy uzyskać dostateczny materiał dla oceny jej stosunku do rodziny i do społeczeństwa, natrafimy wszędzie na fakty podobne. Jeśli zatem pokusimy się o próbę przybliżonego określenia tego, co nazywamy nerwicą ze stanowiska psychopatologicznego, to musimy stwierdzić, że nie możemy poprzestać na ustaleniu stanów psychicznych i tendencji świadomych, ale musimy sięgnąć poza nie i wydobyć na jaw *tendencje niekiedy krańcowo przeciwne, niedostępne świadomości chorego, a jednak w wyso-*

kim stopniu aktywne. Stanowisko to — to szeroko pojęty „behavioryzm”, stawiający wyżej zachowanie się osoby badanej od jej świadomości, którego początków szukać musimy w pracach Janeta i jego poprzedników oraz w teorjach rozszczepiania się osobowości. W świetle tych poglądów współczesnych odnajdziemy w *nerwicy* wyraz *konfliktu sprzecznych tendencji życiowych*.

Wracając teraz do zagadnienia stosunku jednostki do społeczeństwa w nerwicach, musimy przedewszystkiem zauważyć, że *konflikt nerwiczny ma także swoje oblicze społeczne*. Przekonać nas o tem może szczegółowsze zaznajomienie się z każdym przypadkiem nerwicznym, które wykazuje z reguły u jego podstaw zaburzenie stosunku do rodziców, do rodziny czy dalszego otoczenia. Słusznie mówi *Freud*, że przeciwieństwo psychologii indywidualnej i społecznej przy bliższem rozpatrzeniu traci na swej wyrazistości. Nie można według niego przywiązywać wagi do liczby osób, jeśli się mówi o stosunku społecznym, stosunek bowiem jednostki do rodziców, do rodzeństwa, do jej przedmiotu miłości, do jej nauczyciela czy lekarza może także rościć pretensje do tego, aby go traktowano jako stosunek społeczny. Otóż *konflikt nerwiczny*, oparty na starciu się świadomości z nieświadomością, *cehuje z reguły zajęcie odosobnionego stanowiska względem otoczenia rodzinnego czy dalszego. Odosobnienie to wiąże się ściśle z zacieśniającym wpływem przeszłości, a zwłaszcza dzieciństwa*. Przeszłość działa w nerwicy w sposób niejako magiczny, nastawienie neurotyka w stosunku do otoczenia wykazuje bowiem wielkie podobieństwo do nastawienia człowieka pierwotnego. W uległości nieświadomej wpływowi przeszłości — w działaniu przemożnem ojca lub matki i tendencji do odtwarzania sytuacji dziecięcych w życiu późniejszym można dostrzec cechy „wyobrażeń złożonych czy zbiorowych, ujmujących jako jednostkę przedmioty bardzo różnorodne i rozległe” — tak znamiennych dla umysłu pierwotnego według *Lévy-Brühla*. Osoby konkretne są nie tylko samei sobą, ale nabierają nadto rysów właściwych komuś z przeszłości, podobnież sytuacje życiowe stają się jakby powtórzeniem sytuacji minionych. Stosunek dziecka do rodziców nie pozwala w nerwicy wyłonić się w sposób pomyślny stosunkowi do reszty społeczeństwa, rozwiązać zadania narzucającego się każdemu człowiekowi.

Streszczając, można zatem powiedzieć, że *nerwica jest rodzajem zaburzenia stosunku jednostki do społeczeństwa, nieudanem rozwiązaniem zagadnienia tego stosunku*. Słusznie uważa zatem *Weizsäcker* nerwicę za „znakę solidarności społeczeństwa ludzkiego, z pod której nikt bez walki nie może się wyzwolić”. *Uspołecznienie*

narzuca się więc w konsekwencji jako najważniejszy cel leczniczy. Dość wspomnieć jako argument ważne spostrzeżenia, że powrót do społeczeństwa czy to przez religię czy przez inne więzy społeczne (między innymi niekiedy wojsko) może stanowić ważny czynnik leczniczy. Szukając dróg tego uspołecznienia, musimy jednak zdawać sobie sprawę, że zacieśniający wpływ przeszłości w nerwicy, o którym mówiłem, jest zagadnieniem ciągle aktualnym, które dało powód *Jungowi* do zdecydowanego przeciwstawienia się *Freudowi* i które wiąże się ściśle z pojmowaniem nieświadomości. Czy w regresji nerwicznej mamy do czynienia tylko z rezygnacją, ucieczką przed życiem i spełnieniem życzeń dziecięcych czy też także z rodzajem ostrzeżenia i z twórczymi zadatkami przyszłości i wysiłkami ku stworzeniu nowej syntezy życia? Przedstawiony przeze mnie przypadek zdaje się przemawiać, że zacieśniający i odosobniający wpływ przeszłości w nerwicy może być rozważany także w pewnych momentach i pod pewnymi względami jako próba odnalezienia właściwej drogi życiowej.

III.

Nie mogę wyczerpać tu licznych kwestyj nasuwających się w związku z tematem stosunku jednostki do społeczeństwa i jej objawów twórczości w nerwicy, zależy mi tu jedynie na daniu jak najogólniejszego rzutu oka na całość zagadnień. Dotychczasowe rozważania skłaniają mnie jednak do zastanowienia się nad kwestją, czy istnieją pomiędzy nerwicami urazowymi, które dałem jako pierwszy przykład działania warunków społecznych na jednostkę, a takimi nerwicami, jak: histerja, fobia czy natręctwa myślowe jakieś punkty styczne i czy dadzą się ustalić między nimi nieco jaśniej także różnice.

Przegląd krytyczny zapatrywań na nerwicę urazową wykazał, sędzę, ponad wszelką wątpliwość istnienie dwojakiego rodzaju działań otaczającej rzeczywistości. Z jednej strony mamy do czynienia z działaniami wstrząsającymi — katastrofalnymi, prowadzącymi do ostrych odczynów na uraz: przerażenia, zamroczenia (między innymi także paniki), t. zw. shocku, a wreszcie innych rzadszych odczynów na uraz, z drugiej strony z działaniami mniej zwracającymi na siebie uwagę, które stopniowo dopiero pod wpływem rozterki wewnętrznej — konfliktu, a więc starcia się tendencji świadomych z mniej lub więcej nieświadomymi, nabierają pewnych cech urazu. Wpływy obydwu tych kategorii, a więc wydarzenia wstrząsające istotnie i takie, którym dopiero konflikt nadaje znaczenie urazu, mogą jednak

kombinować się wzajemnie i komplikować obraz kliniczny. Jak nas uczy doświadczenie z zakresu nerwicy urazowej dzieje się tak bardzo często, jeśli nie zazwyczaj, musimy jednak przyznać, że dopiero zrozumienie innych nerwic umożliwia nam *sięgnięcie głębsze* poza czynniki aktualne do *pozornie nieaktualnej przeszłości*.

Jak widzimy istnieje zatem podobieństwo budowy nerwicy urazowej z innymi nerwicami. Czy nie istnieją jednak także różnice? Jeśli z kilku ludzi, znajdujących się w tej samej sytuacji urazowej, jeden tylko człowiek dostaje nerwicy urazowej, nasuwa się przede wszystkim przypuszczenie, że wydarzenie urazowe nie jest wystarczającą przyczyną jego schorzenia i że w przeszłości jego odnajdziemy wytłumaczenie jego dolegliwości. Znajomość innych nerwic każe się domyślać, że izolowanie się chorego na nerwicę urazową od społeczeństwa ma swoje źródło także w zacieśniającym wpływie przeszłości, a zwłaszcza dzieciństwa. Rzecz inna, że ustalenie tego wpływu przeszłości w nerwicy urazowej należy z powodu najczęściej nieszczerzego stosunku do lekarza do największych trudności. Doświadczenie uczy, że wpływ przeszłości w nerwicy urazowej, a więc wpływ dzieciństwa, rodziców i tła neuro- czy psychopatycznego, pozostaje zazwyczaj zagadką czy przypuszczeniem, jasno zarysowuje się natomiast w nerwicy tej *wpływ wydarzeń następujących po urazie*, które działają w sposób niemniej izolujący chorego od społeczeństwa, przeciwstawiający go zbiorowości i wyzwalający jego nastawienia dziecięce. Nie postrzebuję wymieniać, że są to procedury związane z oceną stanu chorobowego, stosunek lekarza i instytucji do chorego, ew. utrata stanowiska, niepokój i troski o przyszłość. Czynniki te także utrudniają nam znacznie ocenę samego urazu w powstaniu danej nerwicy i stanowią ważną przeszkodę w leczeniu. Czynniki te dadzą się porównać z wpływem wydarzeń życiowych, zachodzących po przejawieniu się choroby u innych neurotyków. Należy sobie uprzytomnić, że mogą one być przyczyną utrwalenia się ich objawów, jak i wyzbycia się ich nazawsze, a więc wyleczenia.

PIŚMIENNICTWO.

Artwiński E. Spostrzeżenia nad głuchoniemotą i niemotą histeryczną, dokonane podczas wojny. Przegląd Lekarski. 1918. Artwiński E. W sprawie nerwic urazowych. Przegląd Lekarski. 1918. Artwiński E. Histerja w świetle wojny. Gazeta Lekarska. 1922, nr. 12 i 13. Babiński J. et Dagnan-Bouveret J. Émotion et hystérie. Journal de Psychologie normale et pathologique, 1912. F. Alcan. Bingswanger L. Wandlungen in der Auffassung und Deutung des Traumes. Von den Griechen bis zur Gegenwart. Berlin. Verlag von J. Springer. 1928, Bleuler E. Lehrbuch der

Psychiatrie. IV. Auflage. J. Springer, Berlin. *Błachowski S. i Borowiecki S.* Epidemia psychiczna w Słupi pod Srodą. Rocznik Psychjatryczny. 1928, zeszyt VII. *Borowiecki S.* Histerja ze stanowiska myślenia pierwotnego. Neurologja polska. 1926. Zesz. III i IV. *Borowiecki S.* Uwagi w sprawie t. z. nerwicy urazowej. Nowiny Lekarskie. 1930. *Borowiecki S.* Sugestia jako stan czynny. Nowiny Lekarskie. 1931. *Bychowski G.* Słowacki i jego dusza. 1930. Wydawnictwo Mortkowicza. Tow. Wyd. w Warszawie. *Freud S.* Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 1918. Hugo Heller & Cie. Leipzig u. Wien. *Freud S.* Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. Gesammelte Schriften. Bd. V. Także: Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Vierte Folge. *Frigourg-Blanc.* Psychonevroses de guerre. Les effets immediats et éloignés de la guerre sur le systeme nerveux des combattants. Rapport à la VI-e session du Congrès International de Medecine et de Pharmacie mltitaires. La Haye, Juin. 1931. *Fribourg-Blanc.* Les fausses simulations en médecine légale psychiatrique. Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue francaise. XXXV-e Session. Paris. Masson et C-ie. Editeurs. 1931. *Jaroszyński T.* Rola wzruszeń w patologji. Gazeta Lekarska. 1913. *Jung C. G.* Wandlungen und Symbole der Libido. 1912. Leipzig u. Wien. *Jung C. G.* Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen, Bd. V., 1913 F. Deuticke. Leipzig u. Wien. *Jung C. G.* Das Unbewusste im normalen und kranken Seelenleben. III. Auflage. Rascher & Cie. A.—G., Verlag. Zürich. Leipzig und Stuttgart. *Jung C. G.* Seelenprobleme der Gegenwart. Rascher & Cie. Zürich, Leipzig und Stuttgart. 1931. *Kraepelin E.* Psychiatrie. IV. Bd., III Teil, 1915, Leipzig. Verlag von Joh. Amb. Barth. *Luxenburger H.* Heredität und Familientypus der Zwangsneurotiker. V. Kongressbericht für Psychotherapie. 1930. Verlag von Hirzel in Leipzig. *Orłowski S.* W sprawie psychonerwic urazowych, zwł. zależnych od wybuchu ciężkich pocisków w pobliżu. Medycyna i Kronika Lekarska. 1918. *Piltz J.* Zaburzenia nerwowe i psychiczne, spostrzegane podczas mobilizacji i w czasie wojny. Przegląd Lekarski 1916. *Piltz J.* Przyczynki do nauki o t. z. nerwicach wojennych i ich leczeniu. Przegląd Lekarski. 1917. *Piltz J.* O homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych. Przegląd Lekarski. 1918. *Tosamo.* Zeitschr. f die ges. Neur. u. Psych. 1918. *Rouppert S.* Panika jako zjawisko wojenne. Szkic psychologiczny. Warszawa. 1926. *Rüdin E.* Die Bedeutung der Eugenik und Genetik für die Psychische Hygiene. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie — Zeitschr. f. psychische Hygiene. 1930. *Stekel W.* Die Psychologie der Zwangskrankheit. V. Kongressbericht für Psychotherapie. 1930. Verlag von S. Hirzel. Leipzig. *Straus E.* Geschehnis und Erlebnis. Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Renten-Neurose. Verlag von J. Springer in Berlin. 1930. Die Unfall — (Kriegs) Neurose. Vorträge und Erörterungen gelegentlich eines Lehrgangs für Versorgungszärzte im Reichsarbeitsministerium zum 6—8. März. 1929. Verlag von Reimar Hobbing in Berlin. SW. 61. Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin. Herausgegeben von Walther Riese. Hippokrates-Verlag. Stuttgart-Leipzig-Zürich. 1929. *v. Weizsäcker W.* Epileptische Erkrankungen, Organneurosen des Nervensystems und allgemeine Neurosenlehre. Mehring's Lehrbuch der inneren Medizin, herausg. von L. Krehl. Sechzehnte Auflage. Bd. Jena. G. Fischer. 1929. *v. Weizsäcker W.* Soziale Krankheit und soziale Gesundung. Verlag von J. Springer. Berlin. 1930.

(Z Kliniki Psychjatrycznej U. W. Kierownik: prof. dr. Jan Mazurkiewicz)

O NORMALNEJ I PATOLOGICZNEJ INDUKCJI PSYCHICZNEJ

podał

DR. R. DRESZER.

Zagadnienie psychoz indukcyjnych, o ile dawniej posiadało pewną siłę atrakcyjną i było przedmiotem dużego szeregu prac, o tyle w latach ostatnich poszło jakby w niepamięć. Jedyne sporadycznie możemy zanotować pojedyncze prace, ograniczające się przeważnie do opisu jednego lub kilku przypadków. Zasadnicze prace autorów francuskich (*Marandon de Montyel* i inni), datujące się jeszcze z drugiej połowy i końca zeszłego stulecia, i podział psychoz indukcyjnych, ustanowiony przez tych autorów, zdawałoby się wyczerpały aktualność zagadnienia. Podział ten, słuszny może i pożyteczny pod względem klasyfikacyjnym, prześlizguje się jednak nad istotą mechanizmu powstawania psychozy indukcyjnej, nad istotą samej indukcji psychicznej.

Podział ten według *Marandon de Montyel*'a (cyt. podług *A. Marie*) jest następujący:

- 1) Folie imposée—chory indukuje swoje urojenia osobnikowi intelektualnie i moralnie słabszemu;
- 2) Folie simultanée—type *Régis*,—jest to psychoza, występująca jednocześnie u 2 lub więcej osób bez ścisłej zależności wzajemnej;
- 3) Folie communiquée—chory indukuje swe urojenia i halucynacje osobnikowi obarczonemu dziedzicznie.

Niektórzy autorowie charakteryzują jeszcze I-ą i III-ą grupę w ten sposób, że w I-ej objawy zaindukowane utrzymują się tylko w czasie bezpośredniego zadziałania indukującego, a w III-ej urojenia zaindukowane trwają nawet po ustąpieniu wpływu indukującego i mogą być samodzielnie rozwijane. Niektórzy dodają, jako IV-ą grupę folie transformée, powstającą wtedy, gdy 2 chorych psychicz-

nie przenosi wzajemnie na siebie swe urojenia. Określenie psychozy indukcyjnej (induziertes Irresein) pierwszy wprowadził w 1883 roku *Lehmann*. Określenie to niezupełnie pokrywa się z klasyfikacją francuską, i powstaje pytanie, czemu podług francuzów odpowiada psychoza indukcyjna. *Wollenberg*, *Ast* identyfikują ją z folie imposée, *Schönfeldt* i niektórzy nowsi autorowie (*Perazzolo*, *Flournoy*) natomiast z folie communiquée. Inni autorowie (*Kraepelin*, *Kroener*, *Wedekind*) uważają psychozę indukcyjną, jako pojęcie szersze, obejmujące obie powyższe grupy klasyfikacji francuskiej. Są jednak i tacy (*Partenheimer*), którzy wogóle negują możliwość powstawania psychozy indukcyjnej, gdyż uważają, że osobnik zdrowy psychicznie nie da się zaindukować, a u osobników obarczonych dziedzicznie o właściwej i czystej indukcji nie może być mowy. Ta różnica zdań trwa dotychczas.

Warunki powstania psychozy indukcyjnej, według *Lasègue'a* i *Falret'a* są następujące:

- 1) Indukujący jest osobnikiem inteligentniejszym, aktywnym—indukowany zachowuje się biernie.
- 2) Obie strony żyją dłuższy czas razem, poza sferą wpływów zewnętrznych, w ścisłej wspólnocie uczuć i interesów.
- 3) Urojenie powinno posiadać cechy prawdopodobieństwa.

Autorowie ci zgodnie zresztą z całym szeregiem innych autorów *Krafft-Ebing*, *Marandon de Montyel*, a z nowszych *Petren*, *Perazzolo*, *Wedekind*) podkreślają również znaczenie predyspozycji osobniczej dla powstania psychozy indukcyjnej, *Partenheimer* i *Emminghaus* idą nawet dalej i uważają odziedziczoną predyspozycję, jako jedyną przyczynę powstawania psychozy indukcyjnej. Są jednak i tacy, którzy, nie przesądzając znaczenia predyspozycji osobniczej, bardziej może podkreślają wpływ wychowania i otoczenia (*Lowray*), lub znaczenie czynnika afektywnego (*d'Arrigo* i *Faffovich*). *Bumke* również zdaje się nie kłaść specjalnego nacisku na na konstytucjonalne warunki powstawania psychozy indukcyjnej.

Widzimy więc, że już samo rozgraniczenie pojęcia psychozy indukcyjnej nie jest dotąd ustalone w sposób wystarczający, a ma się nawet wrażenie, że dziś może mniej niż za czasów *Marandon de Montyel'a*. Słusznie tedy uważają *Błachowski* i *Borowiecki*, że należy wykorzystać każdą sposobność, każdy taki przypadek, który nadaje się do szerszej analizy, do poruszenia zagadnień natury nie tylko klasyfikacyjnej. Te względy skłoniły mnie do przedstawienia paru następujących przypadków, obserwowanych w Klinice Psychjatycznej U. W.

Przypadek 1. Dnia 4.IV.1924 r. w pokoju przyjąć lekarza dyżurnego szpitala Jana Bożego zjawiło się dwoje ludzi, kobieta i mężczyzna, z głowami, posmarowanymi tłuszczem i obłożonymi liśćmi kapusty. Byli to, — chory Marcin Kaz. i jego żona Paulina, która oddawała go wtedy do szpitala. Opowiadając lekarzowi o swoich przebiegach, oboje, a zwłaszcza Paulina Kaz., zaznaczali, że chory został otruty, że winowajcami są ich sąsiedzi, którzy obok w mieszkaniu pędzą wódkę z denaturatu i wyrabiają tytoń, dodając doń siarki i alunu, że w związku z tem powstaje czad nie do zniesienia, który przedostaje się do mieszkania chorego i zatrzuwa tam powietrze, od czego cała rodzina jest chora. Dziwaczne przykrycie głowy sporządzono na to, żeby czad do głowy nie dopuścić.

Przy badaniu chorego na oddziale na pierwszy plan występował powyższy kompleks urojeniowy, którego chory trzymał się uporczywie. W dalszym ciągu twierdził, że został otruty, że sąsiedzi, pędząc wódkę, zatruli powietrze w jego izbie, — działo się to zazwyczaj w nocy, czasem już pod wieczór; czad jest tak silny, że całą rodzinę głowa boli; to czuć zapach wódki, to znowu siarki i alunu. Dzieje się tak już od pół roku, a może od roku, — dokładnie chory podać tego nie umie. Od tego czasu chory cierpi na bóle głowy, nie może spać, miewa różne sensacje cielesne, wskutek zatrucia ma spalone wnętrzości, cały jest przepojony denaturatem, mózg ma zatruty i nie może z tego powodu mówić, gorączkę ma w ustach taką, że co chwila musi spluwać. Jest ogłuszony, oślepiały, dostaje warjacji. Wszystko to chory powtarza przy każdym badaniu i podczas każdej rozmowy, dodając od czasu do czasu jakiś szczegół. Raz wspomina, że widział, jak jakiś żyd niósł do mieszkania sąsiadów jakiś bębenek do krajania tytoniu, to znowu, że wie, jaki aparat do destylacji wódki używają sąsiedzi. Sam tego aparatu nie widział, lecz opowiadała mu o tem żona, która to widziała. Czad również pierwsza spostrzegła żona, ona też zajmowała się śledzeniem sąsiadów. Otruć i zaczadzić chcą ich umyślnie w celu zabrania im mieszkania. Wszystkich, nie wykluczając policji, która na skutek doniesień jego żony zarządziła u sąsiadów rewizję zresztą bezskuteczne, uważa za przekupionych.

Poza tym kompleksem, — jedynym u chorego, — chory nie wypowiada żadnych urojeń wielkościowych czy prześladowczych. Wykazuje zaburzenia pamięci i zapamiętywania, zaburzenia mowy i pisma, orientacja w miejscu i otoczeniu zachowana, w czasie niezupełna.

Chory, służący hotelowy, lat 46, budowy leptosomicznej, pochodzi z chłopskiej rodziny. W rodzinie chorób umysłowych nie było. Zawsze był powolny, mało pojętny, dość mało mówny, dawał sobą powodować dość łatwo, pracował nienaturalnie, zarabiał mało. Mając 30 lat, ożenił się; pożycie było naogół dość dobre, chory słuchał się żony, nie narzucał jej swego zdania, spełniał często, zwłaszcza w ostatnich czasach, różne czynności gospodarskie (pranie, mycie podłogi i statków), był „pod pantoflem”. Ma 3 dzieci, wszystkie zdrowe, żona 4 razy roniła. Kiłę przechodził w 22-im roku życia, leczył się. Alkoholu nie nadużywał, dawniej pijał więcej, jednak nigdy się nie upijał, w ostatnim roku przestał pić zupełnie, gdyż żona mu zabroniła. Pracował jako numerowy w hotelach, w ostatnim roku opuścił się w pracy wskutek dolegliwości, doznawanych z powodu „czadu”, w ostatnich miesiącach zniedołężniał, stracił pamięć, przez ostatnie 4 tygodnie nie pracował już wcale.

W klinice był spokojny, mało się udzielał, czasem wykazywał lęki, uskarżał się ciągle na swoje dolegliwości. Czasem leżał zupełnie nieruchomo, stękając i odychając ciężko, — twierdził wtedy, że już jego ostatnia godzina wybiła. Czadu

w szpitalu nie odczuwał, jednak nie wycofywał się ze swych urojeń aż do samej śmierci, twierdząc zawsze, że został otruty i że rzeczywiście był w ich mieszkaniu czad, pochodzący od pedzonej przez sąsiadów wódki. Kompleksu tego nie rozbudowywał. — to, co opowiadał na samym początku, utrzymywał i później; raczej tracił powoli szczegóły w miarę zwiększającego się zniedołężnienia psychicznego. Motyw jednak pozostał do końca; trzymał się go uporczywie i nawet na kilka godzin przed śmiercią pozostał mu wierny. Zmarł po 3-miesięcznym pobycie w klinice z rozpoznaniem, popartem zresztą rezultatami badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego i stanem neurologicznym chorego: paralyticus progressiva u oligofrenika.

Już w pierwszym okresie badania chorego zainteresowała mnie pewna niezwykłość i jednostronność urojeń chorego, skądinąd dość typowego paralityka. Badanie jego żony wyjaśniło sprawę.

Chora Paulina Kaz., lat około 40, pochodzi także z chłopskiej rodziny. Chorób umysłowych u rodziców ani u rodzeństwa nie było. Brat ojca chorej po śmierci żony sprzedał gospodarkę, odbywał pielgrzymki do Rzymu, czytał księgi święte miał u siebie w domu ołtarz, przepowiadał wojny; później wpadł w szal, mówił od rzeczy; o dalszych jego losach brak danych. Jedna z siostr matki chorej bardzo nabożna, tercjarka, nie wyszła za mąż. Chora do szkoły nie chodziła, nie umie czytać ani pisać, była w latach dziecięcych pod pewnym wpływem swego nabożnego stryja. Jako panna zawsze poważna, wstydliva, nieśmiała, nie lubiła rozmów z obcymi, nie chodziła na zabawy. Zamaż wyjść nie chciała, chciała prowadzić takie życie, jak jej ciotka tercjarka. Pierwszy perjod w 15 — 16 roku życia, wstydziała się tego, topiła koszulę po perjodzie. Mając 24 lat, wyszła jednak za mąż, znała swego męża bardzo mało, nigdy z nim przed ślubem nie rozmawiała. Już po zamążpójściu martwiła się, że źle wyszła za mąż. Stosunków małżeńskich unikała. Pożycie jednak było dobre, gdyż wszystko było na jej głowie.

Od szeregu lat chora mieszkała w domu na Wąskim Dunaju z początku na II piętrze, a od połowy 1922 roku na III piętrze. Otrzymała izbę znacznie gorszą od sąsiadów, którzy i przedtem obok niej mieszkali, żyła z nimi z tego powodu w ciągłej niezgodzie, podejrzewała, że to oni w zмовie z gospodarzem dali jej gorsze mieszkanie. Jednak wtedy jeszcze zachowywała się spokojnie, z pozostałymi lokatorami piętra komunikowała się bardzo mało. Dopiero w 1923 roku, na wiosnę, zauważyła, że w mieszkaniu wydziela się czad i że ten czad pochodzi z mieszkania sąsiadów. Wkrótce doszła do przekonania, że tam odbywa się proceder pędzenia wódki z denaturatu. Zaczęła wtedy chorować, miewała częste bóle głowy, wnętrzości jej paliło. Po niej zaczął chorować mąż i dzieci głównie na bóle głowy, mdłości, bóle brzucha. Dzieci raptownie zaczęły mizernieć. Chora opowiadała, że coś tam u sąsiadów przybijają, rury zakładają, i wtedy szybrem i fajerkami czad leci. O ile było to za dnia, wypędzała dzieci na ulice i sama także uciekała z mieszkania. Wreszcie dała znać do policji. Naskutek tego robiono kilkakrotnie u sąsiadów rewizję, lecz nic nie znaleziono. Chora jest przekonana, że policja została przekupiona. Na początku jesieni 1923 roku sąsiedzi zaskarżyli chorą o oszczerstwo, Chora sprawę przegrała, karę jednak zawieszono. Do szeregu przekupionych przybył zdaniem chorej jeszcze jeden — sędzia. Chora w dalszym ciągu biegła po komisarjatach, sądach, na własną rękę śledziła ludzi, wychodzących od sąsiadów. Z początku twierdziła, że sąsiedzi pędzą wódkę dla własnej korzyści, a potem, że tytuń zaczęli wyrabiać, dodając doń siarkę, przez zemstę, aby ją otruć, twierdziła, że sama widziała odpowiednie przyrządy w ich mieszkaniu. Wreszcie w komisar-

jatach i sądach zaczęto ją zbywać niczem; wtedy twierdziła, że wszyscy należą do szajki.

W czasie badania 6.IV.1924 r. chora twierdziła, że żadnych halucynacji słuchowych ani wzrokowych nie miewa. jedynie miewała „przeczcucia”. Gdy po kilku dniach byłem u chorej, zastałem ją w łóżku, owiniętą różnemi chustami, z nieodczownymi liśćmi kapusty na głowie. Odpowiedziała wtedy, że tyle czadu poprzedniego dnia napuścili sąsiedzi, że musiała postać po owczarza, który nad nią odprawił swoje praktyki, trzymał nad nią zapaloną gromnicę, wylał jej na głowę butelczkę denaturatu i kazał leżeć. Następnego dnia twierdziła już, że owczarz był nasłany przez sąsiadów i że jej całe wnętrze spalił.

Chora często odwiedzała męża w szpitalu, opowiadając za każdym razem lekarzowi o nowych swoich nieszczęściach. Gdy lekarz zaproponował jej wzięcie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego do zbadania, zaczęła podejrzewać, że i lekarz należy do szajki, że chce ją unieszkodliwić, może zadać jakiej trucizny. Gdy mąż jej zmarł, nie przestała twierdzić, że został otruty przez sąsiadów, posadzała lekarza, że także przyczynił się do śmierci jej męża. Przychodziła jednak od czasu do czasu, ażeby opowiedzieć o swoich dalszych przejściach i podejrzeniach. Konkretyzowała wtenczas podejrzenia o otruciu swego męża. Opowiadała mianowicie, że, gdy u nich mieszkali bratanek męża, przyniósł raz butelkę wódki i poczęstował jej męża, — wódka ta była wzięta od sąsiadów, zmieszana z denaturatem, chloroformem i jadem z trupa, — tą wódką mąż jej został otruty. Podejrzewała lekarzy, że wiedzieli o tem i chcieli to ukryć.

30.X.1925 r. przywieziona do kliniki przez policję jako chora, zagrażająca spokojowi publicznemu. Z początku pobytu w klinice zupełnie nie chce z lekarzem rozmawiać, uważa go za komunistę, będącego w zмовie z jej wrogami, pozątem zachowuje się spokojnie, pracuje, nie naprzykrza się nikomu. Po paru dniach przystępniejsza, sama zaczyna opowiadać o swoich przejściach, o całym szeregu spraw, sądowych, które miała w międzyczasie. Sąsiedzi w dalszym ciągu uprawiają swój proceder, w dalszym ciągu zaczadzają jej mieszkanie, dzieci jej schną i chorują. Ją także jak i jej męża, chciano otruć, również zapomocą wódki z chloroformem i jadem z trupa. Wyleczyła się, odżywiając się przez pewien czas wyłącznie mlekiem. Opowiada wszystko z dużą zawziętością, z nienawiścią do swych rzekomych prześladowców, sądzi, że to oni wsadzili ją do domu warjatów, żeby jej zabrać mieszkanie i pozbyć się jej, gdyż przez nią groziło im wciąż wykrycie ich występnych czynów. Podczas swego pobytu w klinice zachowuje się naogół spokojnie, pracuje, twierdząc, że odpocznie sobie tutaj, a potem sprawą dobrze pokieruje. Od czasu do czasu jednak narzeka na różne dolegliwości: to skóra jej jest jak blacha, jakaś twarda, sucha, to znowu jakieś pręty przechodzą przez jej wnętrze i wychodzą pod łopatką; leży wtedy po kilka dni w łóżku i twierdzi, że odnawia się jej choroeba z otrucia. Dnia 26.I.1927 r. chora została przeniesiona na oddział szpitalny w stanie bez zmiany, po paroletnim pobycie w szpitalu wypisana do domu. Od tego czasu jakoby zachowuje się możliwie w stosunku do sąsiadów, nie wszczynając ponownie spraw i oskarżeń.

Chora ma 3 dzieci (3 chłopców), z których dwóch młodszych poddano badaniu, najstarszy, urodzony w 1909 r., badania stale unikał.

Syn chorej Stefan, urodzony w 1916 roku, badany w 1924, podaje: Narzeka na bóle brzucha, lewego boku i głowy. Bóle te pochodzą stąd, że sąsiedzi pędzą wódkę i pokryjomu robią tytuń. Stąd powstaje w ich mieszkaniu czad i od tego czasu boli głowa i bok. Ostatni raz w czwartek, jak napuścili tego czadu, to on

cały zsiniał i serce go zabiło, tak że musiał wyjść na ulicę żeby złapać powietrza. Czad czuje przeważnie w nocy, a darzało się, że od tego czadu i z godziną leżał bez przytomności. Czad pierwsza zauważyła matka. — było to zeszłego lata, — i gdy im o tym czadzie powiedziała, wtenczas poczuł ból głowy. Od tego czasu wszyscy w domu zaczęli chorować. On sam zaczął chudnąć, kasłać, „jak nieraz krachnę tak z piersi, to sama krew“ Również opowiada dużo o staraniach matki nad wykryciem instalacji u sąsiadów, o rewizjach w mieszkaniu sąsiadów, spowodowanych denuncjacjami matki, o braku rezultatów tych rewizji wskutek przekupienia policji i sądów. „Cały komisariat wie o tem, ale jest przekupiony, mama chciała iść do komisarza, to jej nie puścili ale gdyby był sąd, toby ich zastrzelili“. O tem wszystkiem wie od matki. Opisuje instalację do pędzenia wódki u sąsiadów, sam tego nie widział, ale matka opowiadała.

Drugi syn chorej, Stanisław, urodzony w 1912 roku, opowiada: Od lata zeszłego roku sąsiedzi puszczają do ich mieszkania czad, pochodzący od pędzenia wódki. Matka pierwsza poczuła czad i opowiedziała o tem rodzinie. Wtedy zaczął jego młodszy brat Stefan narzekać na ból głowy, a dopiero potem on także poczuł ból głowy. Wogóle bóle głowy odczuwał często, ale nie tak często jak rodzice i brat najmłodszy, bo matka zawsze mówiła, że on jest najzdrowszy i najsilniejszy. Również schudł, ale nie tak bardzo. Przytomności nigdy nie stracił. Podczas puszczenia czadu czuł zapach śmierdzący, jak od wódki, nie widział jednak żadnego dymu. O rewizjach opowiada podobnie, jak jego młodszy brat, również słyszał to od matki.

Obaj chłopcy, badani na inteligencję, wykazują poziom jej, odpowiadający ich wiekowi, na pytania odpowiadają śmiało, rezolutnie, wykazując duże zainteresowanie badaniem, zwłaszcza młodszy z nich Stefan.

Badani powtórnie, po roku, po przyjęciu matki do kliniki, powtarzają mniej więcej to samo, co wykazało pierwsze badanie. Nie dodają do podawanych poprzednio danych, żadnych istotniejszych szczegółów. Badani następnie jeszcze kilkakrotnie w czasie pobytu matki w klinice, stereotypowo opowiadają o czadzie, o pędzeniu wódki; na bóle głowy z biegiem czasu narzekają coraz mniej, — jakoby sąsiedzi pod nieobecność matki nie puszczają już czadu tak często, przynajmniej oni tego tak nie czują. Przy dalszych badaniach odpowiadają mniej chętnie, unikają lekarza, prawdopodobnie podczas wizyt u matki źle przez nią nastroszeni w stosunku do lekarza. Po przeniesieniu chorej do szpitala, a zwłaszcza po jej wypisaniu, kontakt z nimi, pomimo szeregu usiłowań nie dał się już nawiązać.

W przypadku tym źródłem patologicznej indukcji psychicznej, czynnikiem aktywnym, wpływającym na swe najbliższe otoczenie i zarażającym je swemi urojeniami, jest chora Paulina Kaz. Jej sylwetka psychiczna już w okresie przedchorobowym imponuje, jako typ wybitnie schizoidalny. Pochodząca z rodziny, w której element schizoidalny obustronnie wykazuje znaczne nasilenie, a nawet doprowadza (brat ojca) do wyraźnej psychozy paranoidalnej, zamknięta w sobie, nieufna, stroniąca od ludzi, marząca o życiu w czystości na wzór swej ciotki tercjarki, traktująca może wskutek tego fizjologiczne przejawy swej kobiecości, jako coś grzesznego, nieczystego, pod wpływem otoczenia jednak wychodzi zamaż.

W małżeństwie odrazu obejmuje stanowisko kierownicze, decyduje o wszystkim, wyrabia mężowi, zresztą niezaradnemu i niedorozwiniętemu psychicznie, posadę — wszystko jest na jej głowie. Przez szereg lat pożycie układa się dobrze, chora daje sobie radę. Trwa to aż do chwili załamania się, do chwili, gdy chora poczuła się pokrzywdzona przy rozdziale mieszkań (otrzymała gorszy pokój, niż sąsiedzi). To poczucie krzywdy staje się punktem wyjścia negatywnego nastawienia chorej względem sąsiadów i w psychice, z natury nieufnej do otoczenia, wyradza się z biegiem czasu w system urojeniowy prześladowczy; rzutuje nazewnątrz własne nastawienia uczuciowe — nie ona jest ich wrogiem — ale oni są jej wrogami, oni dzięki swym knowaniom otrzymali lepsze mieszkanie, oni teraz nastają na zdrowie i życie jej i jej rodziny. Można powiedzieć, że urojenie prześladowcze, w dalszym przebiegu coraz bardziej absurdalne, staje się pewnego rodzaju skompensowaniem doznanej krzywdy. Chora nie poddaje się, staje do walki, której wyrazem są denuncjacje, skargi, sprawy sądowe. Niepomyślne wyniki tej walki wymagają dalszej kompensacji — stąd urojenie rozrasta się w cały system, z jednej strony rozszerza swój zakres na coraz to nowe osoby (policja, sędziowie przekupieni), z drugiej — wywołuje coraz to nowe urojone cierpienia cielesne, i wreszcie prowadzi chorą do zakładu psychiatrycznego, w którym spędza kilka lat. Rozpoznanie tutaj parafrenji z odcieniem paranoicznym (ze względu na sposób rozrastania się systemu urojoniowego, i współczynnik pieniactwa) nie wymaga, mam wrażenie, dalszego uzasadnienia.

System urojeniowy chorej zostaje przyjęty przez jej najbliższe otoczenie. Czynniki, wywołujące patologiczną indukcję psychiczną, tkwią 1) w osobie indukującej, 2) w samym zaindukowanym kompleksie urojeniowym, 3) w konstrukcji psychicznej zaindukowanego.

Już z samego opisu przypadku wynika wybitnie aktywna rola, jaką odgrywała chora Paulina Kaz. wśród swej rodziny. Przywykła do kierowania, do narzucania swej woli, swego autorytetu w kole rodzinnem, tak samo autorytatywnie narzuca rodzinie swe urojenia.

Reprezentuje ona w mechanizmie powstania indukcji psychicznej czynnik aktywności przez swe nastawienie afektywne w stosunku do rodziny i przez nastawienie afektywne, jakie w tej rodzinie wywołuje w stosunku do siebie.

Sugestywna rola samego kompleksu urojoniowego tkwi z jednej strony w jego afektywnym współczynniku ogólnym, z drugiej strony w jego czystego afektywnej treści osobistej. Pomijając absur-

dalność powstawania czadu, jako skutku pędzenia wódki i wyrobu tytoniu, prób otrucia ze strony sąsiadów i t. d., sam fakt potajemnej gorzelni nie jest tak niewiarygodny. Przecież o tego rodzaju rzeczach pełno jest w gazetach, zwłaszcza t. zw. pismach brukowych, tak że w środowisku, karmionem podobną literaturą, żądaniem kryminalnej sensacji, bezpośrednie zetknięcie się z taką sensacją, osobiste w niej uczestnictwo nie zostaje odrzucone. Afektywna zaś treść osobista urojenia tkwi w jego charakterze kompensacyjnym, wyrosłym na tle poczucia krzywdy. Te dwa składniki, zawarte w samym urojeniu: jego sensacyjność i jego kompensacyjny charakter, usposabiały do przyjęcia go przez rodzinę chorej. Jednym słowem — gdyby to była insynuacja, plotka, złośliwie rzucona — uwierzyć jej nie byłoby nazbyt trudno.

Co jednak warunkuje patologiczny charakter przejścia kompleksu urojeniowego w tym przypadku, co decyduje, że nie mówimy tutaj o zwykłej indukcji psychicznej, ale o indukcji psychicznej patologicznej, to przejście kompleksu urojeniowego pomimo jego absurdalności i długotrwałość tego przejścia. Ażeby to zrozumieć, musimy zwrócić się do 3-go czynnika, warunkującego powstanie indukcji psychicznej, do scharakteryzowania konstrukcji psychicznej osób zaindukowanych.

Mąż chorej, Marcin Kaz., pochodzący z chłopskiej rodziny, zawsze powolny, mało pojętny, dawał sobą łatwo powodować, w małżeństwie odgrywał rolę bierną, był według zdania sąsiadów „pod pantoflem”. Był więc osobnikiem z jednej strony niedorozwiniętym intelektualnie, a więc o niedostatecznie rozwiniętej zdolności krytycznej oceny zjawisk otaczających, z drugiej (co zresztą często idzie w parze), o wrodzonej dużej sugestywności i wyraźnej dążności do poddania się, posłuszeństwa, co niektórzy (*Schilder*, *Kronfeld*, *Bostroem*) uważają za czynnik współistniejący, a może i wzmagający sugestywność. Przejście kompleksu urojeniowego jest jakby pierwszym objawem rodzącej się choroby psychicznej — organicznej; dezorganizacja życia psychicznego, pod wpływem rozwijającego się procesu paralitycznego, wyrazem której jest coraz większe otępienie intelektualne i uczuciowe, niszczy i tak już słabo rozwinięte zasoby krytycyzmu. Dochodzi do tego, że chory pomimo odseparowania go od źródła indukcji, od żony, nie cofa przejętych urojeń, nie jest zdolny do zmiany stanowiska, i zaindukowany kompleks urojeniowy pozostaje do ostatnich chwil jego życia charakterystycznym piętnem jego pod tym względem wyjątkowego obrazu chorobowego.

Dwaj chłopcy, dzieci chorej, lat 8 i 12, nie wykazują żadnych

cech chorobowych ani niedorozwoju psychicznego. Łatwość indukcji u nich tłumaczy się ich wiekiem. Zdolność krytycznej oceny nie zdążyła się u nich dostatecznie wytworzyć. dla krytycznej oceny absurdalności urojeń matki, a więc i ich odrzucenia brak było w ich psychice odpowiednich elementów. Poza tem znaną jest powszechnie łatwa sugestywność dzieci, a ich stosunek afektywny do matki cechowało zupełnie naturalne poddanie się jej autorytetowi. Czynnikiem współdziałającym tutaj w przejęciu kompleksu urojeniewego mógł być także znany u dzieci (*Homburger*) pęd do naśladownictwa.

Przypadek II. Chory Józef, Kot., lat 45, giser, przybył do kliniki 28.III.1927 roku. W 1910 roku przechodził kiłę, leczyl się niedostatecznie, pozatem chorował na uszy. Rodziców stracił we wczesnem dzieciństwie, wychowywał się w domu wychowawczym, gdzie również chodził do szkoły. Od 15 roku życia pracuje, miał szereg posad w fabrykach odlewów żelaznych. Ostatnia posada od 1921 roku do czasu przybycia do kliniki. Podczas wojny był w wojsku, zwolniony w 1921 roku. Od 1923 roku żonaty, ma jedno dziecko, żona raz ronifa.

Od młodości zawsze był nieśmiały, bojaźliwy, stronił od ludzi, najlepiej czuł się, gdy był sam. bał się ironji i drwin. Od 1923 roku zauważył, że w fabryce go prześladują, zauważył to od czasu, gdy przybył tam robotnik, niejaki P. Robotnik ten starał się usunąć chorego w cień, przedstawiał go tak, że chory źle pracuje, miał takie „silne oczy”, któremi go magnetyzował. W ostatnich czasach zauważył, że majster i inni robotnicy również go prześladują, naumyślnie psuli mu robotę, dogadywali mu. Ostatnio próbował zjednać sobie majstra i tego robotnika P., ale mu się to nie udało. Skarga zaś do zarządu fabryki była bezcelowa, bo wszyscy byli przeciw niemu. Chcąc skaptować sobie robotnika P., prosił go do siebie na wódkę, od tego czasu zauważył jakieś porozumienie między P. a swoją żoną. Pewnego razu P. odniósł pożyczzone pieniądze do domu i oddał żonie, chociaż mógł oddać je choremu w fabryce. Do zaproszenia P. do domu namawiała go żona, tłumacząc mu, że w ten sposób należy poprawić stosunki między nim a P. i resztą robotników. Innym razem zauważył, że żona jakoś zbyt długo rozmawia z P. Również wydało mu się podejrzanem, gdy żona radziła mu napisać anonim o stosunkach w fabryce, bo skąd mogła ona być tak dobrze poinformowana o tych stosunkach. Jednem słowem — podejrzewał żonę o zdradę ze swoim wrogiem. Była chwila, że chciał opuścić dom, zabierając dziecko. Wreszcie doszło do tego, że wszelkie zdarzenia swego codziennego życia łączył z wypadkami w fabryce lub uzależniał je od machinacji współpracowników: w ostatnich tygodniach stracił zupełnie „dobre zasady”, t. j. całą swoją zdolność do pracy na skutek wpływu P. i robotników.

Omamów wzrokowych ani słuchowych nie miał. Wódki nie pije, nie znosi alkoholu. Zaburzeń intelektualnych nie wykazuje. Zachowuje się naogół spokojnie, do otoczenia jest nieufny, czuje się pod nadzorem. Myśli o wypisaniu celem wyjaśnienia stosunków w fabryce.

Cieleśnie budowy astenicznej, zmian w narządach wewnętrznych ani w układzie nerwowym nie wykazuje. Reakcja Wa. z krwią i z płynem mózgowo-rdzeniowym wypadła ujemnie. Badanie cytochemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego również zmian patologicznych nie wykazało. 12.V.1926 roku przeniesiony na oddział szpitalny, później stamtąd wypisany z rozpoznaniem: schizofrenja paranoidalna.

Chora Helena Kot., lat 30, żona poprzedniego, przybyła do kliniki 28.III. 1927 r., razem z mężem. Ojca straciła w 2-im roku życia (zmarł na gruźlicę) matka żyje, zdrowa. Ma 4 rodzeństwa, wszyscy nerwowi. „Skończyła jedną klasę szkoły powszechnej. Przed zamążpójściem zarabiała na życie szyciem. Zamężna od 3 lat, z mężem żyła dobrze, kochała go. Zawsze była bardzo wrażliwa i przejmowała się łatwo, z natury dość ponura, myśląca, jednak co miała na myśli to powiedziała; klócić się nie lubiła, ustępowała innym; mitygowała męża, gdy ten się złościł. Twierdzi, że łatwowierna nie była. Gdy widziała kogoś skaleczonego lub chorego, to ją zaraz „zatrzęsło w sobie”. Pewnego razu widziała, jak pociąg jakiegś kobiecie obciął nogi — dostała zaraz bólu w lewym oku i prawej nodze, która jej również spuchła, tak że musiała zdjąć trzewik, bo czuła, że jej nogę „rozsadzi”. Ilekroć widziała, że ktoś się skaleczył, zaraz odczuwała ból. Na krew nie mogła patrzeć, była bardzo „obrzydliwa”. Gdy kto jej obrzydził jedzenie, to już nie mogła jeść, jedzenie „rosło” jej w ustach. Po ślubie w domu ona rządziła, a mąż się słuchał.

Bardzo się zawsze przejmowała i głęboko odczuwała wszystkie przejścia i zmartwienia męża, których doznawał w fabryce. Wraz mężem obawiała się, że mogą go z fabryki „wygrzyźć”. O prawdziwości prześladowań jest przekonana, w zupełności wierzy mężowi, bo to jest jej przyjaciel. Mąż już od paru lat podejrzewał, że robotnicy psują mu robotę i narzędzia, chcąc go z fabryki wygrzyźć. W tym celu w ostatnich czasach pewnego dnia zebrał robotników i zapytał ich, za co go prześladują, lecz nie otrzymał wyraźnej odpowiedzi. O wrogie sobie knowania mąż najwięcej podejrzewał jednego robotnika, niejakiego P. Chora głęboko współczuła mężowi, również obawiała się, że go mogą wydalic, chciała mężowi pomóc w jego walce; w tym celu poddawała mu różne projekty (między innymi napisanie anonimu), jednak dzięki temu zyskała sobie nieufność męża, który w ostatnich czasach zaczął podejrzewać i ją również o knowania z P., do czego się chora nie przyznaje. Zauważyła jednak od tego czasu dziwne zachowanie się P. w stosunku do niej, np. pewnego razu tak zbliżył swoją twarz do jej twarzy, że się jej to nie podobało. Od 9 dni mąż nie pracował, był bardzo rozstrojony, wreszcie na polecenie lekarza Kasy Chorych miał zostać umieszczony w szpitalu Jana Bożego. Bardzo przejęła się chorobą męża, czuła, że jej serce pęknie, że jej męża uważają za warjata.

Gdy męża przywiozła do szpitala, okazało się, że z braku miejsca nie może być przyjęty. Wózny przytem zapytał ją, czy mąż chciał ją zabić. Po powrocie do domu w nocy nie spała i choć mąż był spokojny, bała się ciągle, że może ją zabić. Następnego dnia zupełnie nie wiedziała, co się z nią dzieje, wydało jej się wszystko jakieś nadzwyczajne, jakby świat był inny, nie mogła nic robić, doznała uczucia, że ją „roznosi”, że spuchł jej lewy bok i ręka. Coś ją porwało, żeby iść na cmentarz i wyzalic się nad grobem ojca i prosić go, żeby ją wziął do siebie, do grobu. Drugą noc także nie spała ze strachu przed mężem. Wreszcie następnego dnia z polecenia Kasy Chorych umieszczono oboje w szpitalu Jana Bożego.

Nie jest przekonana, by mąż był umyślowo chory, uważa to raczej za dalszy ciąg prześladowań. Z początku swego pobytu w klinice chora odczuwa jakieś prądy w ciele, drapanie, obrzękanie różnych części ciała. Szybko jednak się poprawia, doznawania te znikają, najdłużej utrzymuje się przekonanie o prześladowaniach, doznawanych przez męża, którym ciągle się interesuje, dopytując się o jego zdrowie. Wreszcie, po kilku tygodniach daje się przekonać o chorobie męża i o urojeniu podłożu rzekomych jego prześladowań,

Przy cielesnem badaniu stwierdzono budowę cielesną leptosomiczną, zniesienie odruchu gardzielowego i osłabienie odruchu spojówkowego, pozatem zmian nie stwierdzono. Reakcja Wa. z krwią wypadła ujemnie. Dnia 20.IV.1927 r. wypisana, jak zaznaczono w karcie szpitalnej, w stanie zdrowia z rozpoznaniem: Konstytucja histeryczna; indukcja; reakcja histeryczna.

W tym przypadku mąż, schizofrenik, zaindukował żonie swój kompleks urojeniowy. Chory nasz, z usposobienia schizoid hypere-stetyczny, nieśmiały, bojaźliwy, stronił od ludzi, najlepiej czuł się sam. Choroba psychiczna (schizofrenja paranoidalna) powstała u niego na tle konstytucjonalnie uwarunkowanej niedomogi psychicznej, niemożności przystosowania się do wciąż jeszcze trudnych powojennych warunków życiowych. Stąd powstaje rozwijający się powoli łańcuch urojeń prześladowczych.

Żona jego natomiast posiada konstytucję wyraźnie histeryczną. Bardzo wrażliwa, wszystkiem łatwo się przejmując, reaguje szybko. Na widok skaleczenia sama odczuwa ból, widok obciętych przez pociąg nóg powoduje u niej ból w nodze i oku, przy jakimś przejściu psychicznem odczuwa zaraz przykre cielesne sensacje. Nie dziw więc, że przy tak dalece wzmożonej sugestywności z wyraźnie zaznaczonym popędem do naśladownictwa, jakkolwiek w pożyciu małżeńskim jest czynnikiem kierującym, łatwo przejmując urojenia męża, do którego uczuciowo jest wybitnie dodatnio nastawiona.

Indukcja psychiczna patologiczna w tym przypadku opiera się całym swym ciężarem nie na osobie indukującego, ani na treści uczuciowej zaindukowanego kompleksu urojeniowego, które są tutaj raczej czynnikami drugorzędnymi, natury przypadkowej, lecz na odpowiedniej konstrukcji psychicznej osoby zaindukowanej. W psychice naszej chorej gotowość powstania indukcji uwarunkowana jest, także jak w przyp. I, niedostatecznie krytyczną oceną zjawisk otaczających. Ale ten brak krytycyzmu istnieje nie wskutek niedostatecznego rozwoju intelektualnego lub ubytków intelektualnych, lecz naskutek niedziałania, a może raczej niewyrobienia hamulców uczuć wyższych, korowych i dzięki temu gotowości do prymitywnych reakcyj afekcyjnych. Chora nie ocenia krytycznie urojeń męża nie dlatego, że nie rozporządza odpowiednim aparatem intelektualnym, ona go poprostu nie używa; rządzią nią, jak dzieckiem, prymitywne (instynktowe) kompleksy uczuciowe, znajdujące także swój wyraz w ostatecznej psychotycznej reakcji chorej. Wzmożona sugestywność, oparta w dużej mierze na wrodzonej skłonności do wierzenia (*crédité Bernheima*), jest także źródłem szybkiego ustąpienia objawów chorobowych i zaindukowanych urojeń pod wpływem perswazji lekarskiej.

Taka chorobliwie wzmożona sugestywność znajduje także swój

wyraz, w nieco odmienniej konstelacji, w przypadku następnym, który stanowi swego rodzaju rzadkość w odpowiedniej literaturze naukowej.

Przypadek III (przypadek ten nie pochodzi z kliniki, lecz był przedmiotem badania sądowo-psychiatrycznego w dniu 8. IV, 1931 r.). Badana Franciszka O., lat 39, panna z zawodu służąca. We wczesnej młodości straciła rodziców, wychowywała się u krewnych, wczesnie zaczęła pracować. Nigdy nie miała przyjaciółek, nigdy nie była zadowolona z życia. Mniej więcej przed 7 laty poznała niejaką St., która, obiecując jej różne korzyści, wyludzała od badanej pieniądze. Zaczęła od tego, że swatała ją z pewnym wdowcem. Osobnik ten pewnego razu przyszedł do niej w czasie, gdy jadła obiad, poprosił o poczęstunek, a kiedy wyszła na chwilę do telefonu i po powrocie w dalszym ciągu zaczęła jeść, poczuła w sobie „wielką namiętność” i wogóle zaczęła się źle czuć. Później dowiedziała się od St., że ów osobnik przed pójściem do badanej obciął sobie trochę „włosów z dołu”, przyniósł je zawinięte w papierku i wysypał je do jej talerza z barszczem wtedy, kiedy wyszła na chwilę do telefonu. St. mówiła jej, że dlatego czuje się źle, bo urodziła się w piątek, i że tacy ludzie muszą cierpieć. Gdy badana została okradziona, St. twierdziła, że złodzieje podłożyli jej chustkę pod głowę trupa na cmentarzu, i że jej wobec tego grozi wypadnięcie włosów i spróchnienie głowy, i że jako znak tego dostanie z początku dwie krostki na karku, które po paru dniach znikną. Zapobiedz temu można jedynie przez wydobywanie owej chustki z cmentarza. Badana rzeczywiście poczuła powstające na karku krostki, które zniknęły, gdy za odpowiednią opłatą St. wydobyla chustkę z cmentarza. St., będąc w ciąży, wmawiała w badaną, że to jest dziecko badanej, a gdy badana uważała to za niemożliwe, St. powiedziała, że za karę teraz i ona będzie w ciąży. Wtedy badana poczuła w sobie ruchy dziecka, dostała wymiotów i zauważyła, że grubieje. Zauważyła również, że zmianę tę spostrzegało otoczenie. Dopiero, gdy opłaciła się St., powyższe objawy natychmiast ustąpiły. To ją przekonało, że St. ma rację, i że dziecko urodzone przez St., było faktycznie dzieckiem badanej. Tego rodzaju zachodzenie w ciążę powtarzało się u badanej jeszcze dwukrotnie, za każdym razem naskutek zapewnień St., i za każdym razem ustępowało po opłaceniu się jej. St. obiecywała badanej, że zostanie królową całego świata i że będzie miała wszelkiego rodzaju bogactwa. Opowiadała jej, że jedzie do niej z Ameryki w zamiarach matrymonialnych, 2 mężczyzn, którzy wiozą dla niej wielkie bogactwa. Po drodze mieli jakoby zatonać, i na żywienie ich na dnie morza i wydobywanie ich stamtąd musiała badana dawać St. pieniądze. St. opowiadała następnie badanej o coraz to nowych przeszkodach w podróży tych 2 mężczyzn (góra ognista, bagno), i celem usunięcia tych przeszkód badana musiała dawać coraz to nowe kwoty pieniędzy. Badana oddawała St. w ten sposób nie tylko swoją pensję, ale wszelkie dochody, a nieraz musiała w tym celu sprzedawać swoje rzeczy. St. obiecywała badanej, że wszelkie jej wydatki, uskutecznione za pośrednictwem St., zostaną jej zwrócone, a nadto, że po siedmiu latach zostanie uwolniona od czarów i nieprzystępna jakimkolwiek wpływom do tego stopnia, że będzie mogła naprz. zostawić gaz otwarty na całą noc lub wyskoczyć z okna V-tego piętra bez szkody dla siebie. St. upominała badaną, żeby nie zwierzała się nikomu z tego, co było przedmiotem ich rozmów, jak również żądała od niej, ażeby często zmieniała swych pracodawców. Wreszcie mówiła jej St., że ostatni termin przybycia jadących do niej mężczyzn będzie 25 kwietnia b. r. Na zapytanie, czy temu wierzy, nie daje wprost odpowiedzi, ale nie przeczy. Od jesieni ubiegłego roku nie widuje się z St. Na żądanie swego spowiednika, któremu

całą tą historję opowiedziała na spowiedzi, zameldowała o tem wszystkiem w policji.

Badana, jakkolwiek chodziła do szkoły, pisać nie umie, jednak zaburzeń intelektualnych poza bezkrytycyzmem w stosunku do kompleksu urojeniowego nie wykazuje; liczy dobrze, w stosunkach współczesnych orientuje się dobrze, dobrze różniczuje pojęcia oderwane. Badanie cielesne zmian nie wykazało. Budowa cielesna leptosomiczna.

Niestety dla pełnego obrazu brak w powyższym protokole badania szeregu danych, ilustrujących sylwetkę psychiczną chorej z przed okresu wpływów St., trudno więc ustalić, czy kompleksy zaindukowane trafiały na podłoże psychiki chorobowo zmienionej, czy nie. Jednak ze względu na całokształt obrazu chorobowego, jego jednostronność i początek choroby, zbiegający się ściśle z chwilą pierwszej patologicznej indukcji, wskazują na to, że mamy tutaj do czynienia raczej z psychozą indukcyjną w ścisłym tego słowa znaczeniu. Kompleksy zaindukowane stanowią tutaj jedyną bodaj treść i punkt wyjścia psychozy, chora od pierwszej chwili przyjmuje te kompleksy gotowe, postępuje w myśl nich, nie próbuje ich rozszerzać, rozbudowywać. Zastanawia jedynie długotrwałość indukcji psychicznej, a nawet prawdopodobne istnienie jej a w każdym razie powolne zanikanie po przerwaniu kontaktu z osobą indukującą. Jednak zerwanie więzów, łączących chorą z St. przez zameldowanie w policji, co prawda pod wpływem spowiedzi, wskazywałoby na budzący się krytyczny stosunek chorej do zaindukowanych urojeń.

Z drugiej strony powstaje także pytanie, czy możemy tutaj mówić o patologicznej indukcji psychicznej, czy nie mamy tu do czynienia ze zwykłą sugestją. Nasuwa się ono ze względu na to, że osoba indukująca nie była i nie jest chorą psychicznie. Wypowiedane przez St. historie nie są treścią jej urojeń, są one jedynie zupełnie świadomym i celowym narzędziem wymuszania. Jednak St. wykorzystuje chorą Franciszkę O., trzymając ją przez 7 lat, dzięki stałemu podsycaniu jej sugestyjności, w ciągłym napięciu urojeń prześladowczych i wielkościowych o odcieniu życzeniowym i w związku z treścią tych urojeń, w ciągłej od siebie zależności uczuciowej. Jak zawsze, nie treść myślowa kompleksów zaindukowanych jest tutaj czynnikiem, powodującym patologiczną indukcję psychiczną, a ich tendencje uczuciowe, harmonizujące z nastawieniem uczuciowym chorej, jej niezadowoleniem z życia, i znajdujące podatny grunt w wybitnie wzmożonej sugestyjności, skojarzonej ze skłonnością do poddania i wierzenia. Chora nie może oceniać krytycznie tych urojeń nie przez braki intelektualne. Brak krytycyzmu powstaje wskutek swoistego nastawienia uczuciowego, wytwarzającego pewnego rodzaju

gotowość do przyjmowania odpowiednich, nawet absurdalnych urojeń.

I w tym przypadku, jak w poprzednim, widzimy, że nietyłe osoba indukującego lub sam kompleks urojeniowy zaindukowany, a raczej predyspozycja indukowanego, jego odbiegająca w odpowiednim kierunku od normy konstrukcja psychiczna decyduje o powstaniu patologicznej indukcji psychicznej.

Wreszcie przypadek następny, który podamy w skróceniu, ograniczając się do momentów, mających bezpośredni związek z niniejszym tematem, zilustruje, jak zaindukowany kompleks urojeniowy może stać się punktem wyjścia i odpowiednio ukształtować treść urojeń w powstającej schizofrenji.

Przypadek IV. Chory Eugenjusz K., przyjęty do kliniki po raz pierwszy 24.VIII.1926 r. (miał wtedy 26 lat), od tego czasu przebywa w klinice z krótkimi przerwami. Pochodzi z rodziny wybitnie obciążonej dziedzicznie (rodzina, opisana przez Brunową). Ojciec paranoik, 2 siostry chore psychicznie (schizofrenja). Ukończył 4 klasy szkoły powszechnej. Dalej się nie uczył, gdyż musiał pomagać ojcu w pracy nad wynalazkiem, nad skonstruowaniem „perpetuum mobile”. Potem pracował przez kilka lat w kuźni u stryja, w dalszym ciągu z myślą o wynalazkach ojca. Chciał się w ten sposób wykształcić praktycznie, aby móc być ojcu pożytnym w jego pracach. W 1919 roku wzięty do wojska, przepędza tam 4 lata, aby po zwolnieniu wrócić do ojca i kontynuować pracę nad „perpetuum mobile” i kwadraturą koła. Uważa, że ojciec jego, człowiek genialny, rozwiązał te zagadnienia, zresztą nie bez wydanej pomocy z jego strony.

Już w wojsku zaczyna odczuwać prześladowania w związku z wynalazkami ojca. Prześladowania te i po wojsku nie ustają, i wyrazem tych prześladowań jest zamknięcie go w szpitalu dla psychicznie chorych. Przyrównuje się do Kolumba, którego także zamykali, gdy odkrył Amerykę. Zamknięty w szpitalu, nie przestaje pracować nad wynalazkami. „Pracuję tutaj, załatwiając fizjologiczne potrzeby, bez których nie można tworzyć wynalazków; pracuję tutaj umysłowo nad wynalazkiem, aby go ulepszyć”. Innym razem, prosząc o wypisanie, podaje, że gdyby był wypisany, wziąłby się do pracy nad perpetuum mobile. Dotychczas perpetuum mobile nie jest rozwiązane, ponieważ brak jeszcze niektórych technicznych ulepszeń, ojciec nie rozwiązał perpetuum mobile, bo potrzebuje jego pomocy. Ojciec zaczął, on musi skończyć. Do śmierci będzie ojcu pomagał, a gdy ojciec umrze, to przecież on zostanie. Kwadratura koła zostanie rozwiązana, — gdy on dostanie ubranie. Twierdzi, że wszystkie jego myśli znane są otoczeniu.

Stan psychiczny chorego w szybkim tempie się pogarsza, kontakt z chorym staje się coraz trudniejszy, z otoczeniem nie komunikuje się zupełnie. Występuje dalekoidące otępienie afektywne, chory całymi dniami stoi lub siedzi w kącie, często pluje bez przerwy w jedno miejsce. Stan ten z małemi wahaniami trwa do czasu obecnego, przyczem kontakt z chorym ogranicza się najczęściej do żądania z jego strony papierosa lub wypisania. Z trudem udaje się otrzymać czasem od niego odpowiedź, najczęściej niezrozumiałą, zupełnie inkohherentną.

Przypadku tego nie możemy zaliczyć do czystej psychozy indukcyjnej. Jednak system urojeniowy ojca paranoika, który praco-

wał nad skonstruowaniem „perpetuum mobile“, czynny udział, jaki chory nasz od dziecka brał w tej pracy, stał się punktem wyjścia powstającej schizofrenji i jądrem urojeń chorego. I, póki kontakt z chorym jeszcze był jako tako możliwy, kompleks ten łatwo dawał się poruszyć, chory nawet próbował go rozbudowywać, aczkolwiek dzięki daleko posuniętej inkohereencji czynił to w sposób zupełnie nieudolny. Kompleks ten, zaindukowany choremu we wczesnej młodości, nie tylko się utrzymał i prawdopodobnie utrzymuje pomimo odsunięcia się od wpływu indukującego, a nawet zostaje rozbudowany — wszystko w ramach powstałej niezależnie (to trzeba podkreślić) od indukcji psychozy, a mianowicie schizofrenji.

Powstanie patologicznej indukcji psychicznej nie zależało tutaj wyłącznie od podatności sugestywnej chorego, która prawdopodobnie odpowiadała jego wiekowi w chwili zadziałania indukcyjnego. Zależało ono w dużej mierze od uczuciowego nastawienia chorego w stosunku do indukującego. Ojciec, zajmujący w oczach chorego, a nawet i reszty rodziny, wyjątkowe stanowisko, właśnie dzięki swym paranoicznym urojeniom, był dla niego wyjątkowym autorytetem, który potęgował się poczuciem więzi rodzinnej. Krytycznej ocenie zaindukowanych urojeń w pierwszym rzędzie przeszkadzał właśnie ten afekt w stosunku do ojca. W tym więc przypadku, w przeciwieństwie do 2 poprzednich, znacznie poważniejszą rolę odgrywa, obok psychicznej predyspozycji chorego, czynnik osoby indukującego, który potrafił zaindukować wiarę w swe zdolności wynalazcze i efekty tych zdolności nawet swemu psychicznie zdrowemu bratu.

Wśród zagadnień, nasuwających się na tle tych kilku przypadków, postaramy się w pierwszym rzędzie rozważyć i sprecyzować samą istotę indukcji psychicznej.

Indukcja psychiczna jest zjawiskiem w pewnym stopniu analogicznym do sugestji, jednak zjawiskiem psychicznym o charakterze bardziej złożonym, i dlatego musimy w pierwszym rzędzie zapoznać się z istotą sugestji, jako zjawiska psychicznego prostszego — jako genetycznego prototypu indukcji psychicznej.

W sugestji zasadniczo rozróżniamy 3 podstawowe składniki: osobę sugerującego, treść sugerowaną i osobę sugerowanego. Dawniej w sugestji w pierwszym rzędzie kładziono nacisk na osobę sugeratora, może dlatego, że punktem wyjścia rozważań nad sugestją były zjawiska, spostrzegane w hypnozie. Dziś jednak pojmujemy sugestję znacznie szerzej, widzimy w niej jeden z zasadniczych elementów życia zbiorowego, dziś stwierdzamy często bezosobowość

źródła zadziałania sugestywnego. *Strauss* nie traktuje sugestji, jako specjalnego stanu świadomości, wywołanego przez afektywny wpływ sugestora, jako czegoś odrębnego, lecz uważa, że sugestia towarzyszy stale stosunkom międzyludzkim i stanowi nieodzowny składnik tych stosunków. Sugestia (jeśli chodzi o osobę sugerowanego) nie jest stanem biernym, jest zachowaniem się czynnem, przeżyciem intencjonalnem.

To rozszerzenie pojęcia sugestji siłą rzeczy skierowało uwagę na osobę sugerowanego, w jego psychice kazało doszukiwać się punktu zadziałania sugerowanego. *Bernheim* widzi w wrodzonej skłonności do wierzenia (*crédité*) podstawowy czynnik mechanizmu sugestji. Zbliżony jest pogląd *Janeta*, który uważa, że istotą każdego aktu, wywołanego przez sugestię, jest wierzenie bezpośrednie (*croyance immédiate*). *Moll* również wiąże powstawanie sugestji z ogólną skłonnością do wierzenia, uzależnia je jednak od specjalnej predyspozycji psychicznej organizmu, umożliwiającej dopiero odpowiednie działanie czynnika wiary. Inni jeszcze uzależniają samą sugestywność i jej natężenie od istnienia, względnie stopnia nasilenia popędu do poddania się, do posłuszeństwa (*Kronfeld, Schilder, Bostroem*), od popędu do zmiany (*Haeberlin*). Wiążą więc oni sugestywność także z pewnymi czynnikami naszego życia afektywno-popędowego. *Bleuler* wreszcie wysuwa na pierwszy plan czynnik afektywny, przestrzegając przed utożsamianiem skłonności do wierzenia (*Gläubigkeit*) z tą warunkującą powstanie sugestji cechą psychiki, którą nazywamy sugestywnością. Według niego sugestia jest procesem afektywnym (sugeruje się tylko afekt), a sugestywność częścią afektywności. Znaczenie sugestywności, według niego, polega natem, że powoduje ona powstawanie afektu kolektywnego (zbiorowego), a przez to i jednolitości zbiorowego dążenia i postępowania. Występuje to może najbardziej wyraźnie w warunkach prostych, u zwierząt, u których wyrażenie jakiegoś afektu przez pojedyncze zwierzę powoduje ruchy obronne, ucieczki, lub aktywne w kierunku zdobyczy u całego stada, czyli powoduje reakcje afektywne identyczne z temi, jakie występują przy zetknięciu się z niebezpieczeństwem lub zdobyczą wogóle,

Te „zasugerowane” reakcje są dla danego gatunku jednakowe i dla niego charakterystyczne i są tem samem reakcjami instynktowymi gatunkowymi, a więc wrodzonymi. Jeżeli uwzględnić podział *Sheringtona* reakcji na wstępne i końcowe, przyczem wstępne, przygotowawcze reakcje zostają wywołane przez receptory na dystans, to w sugestji prymitywnej występującej u zwierząt, wyraz

afektu zwierzęcia „sugerującego” wywołuje u reszty stada taką samą instynktową reakcję afektywną przygotowawczą, jaka u zwierzęcia sugerującego została wywołana np. przez wrażenie wzrokowe. Sugestia prymitywna jest reakcją wstępną, występuje przez zadziałanie receptorów na dystans, niezależna jest od nasilenia bodźca, a jest zależna od jego jakości. Gdakanie kury np. jako bodziec dystansowy słuchowy (podniety zmysłów wzroku i słuchu, a nawet węchu są z reguły receptorami na dystans), zależnie od tego, czy spowodowane jest bliskością jastrzębia czy widokiem ziarna, wywołuje u piskląt wprost przeciwne reakcje wstępne niezależnie od nasilenia bodźca, a jedynie od jego jakości — jakości, jak w cytowanym przykładzie, już bardzo zróżniczkowanej.

Jak z tego wynika, reakcja sugestywna prymitywna jest kompleksem mnemicznym wrodzonym, natury globalnej — identycznym z reakcją bezpośrednią na bodziec dystansowy wogóle. Z tą identycznością związana jest również podstawowa cecha sugestji prymitywnej — jednorazowość jej wystąpienia. Na jednorazowy bodziec dystansowy występuje tylko jednorazowa reakcja wstępna, kończąca się z chwilą wystąpienia reakcji końcowej. Te wszystkie cechy — identyczność z reakcją odruchową na bodziec dystansowy, globalny charakter, jednorazowość występowania i niezmiennosc jej przebiegu wskazują na to, że sugestia prymitywna, przynajmniej u zwierząt, posiada charakter zdecydowanie instynktowy, jest przebiegiem uczuciowym podkorowym.

U człowieka, a przynajmniej u człowieka dorosłego, mechanizm powstawania sugestji i jej przebiegu posiada charakter nie tylko bardziej skomplikowany, ale i nieco odmienny. O ile u zwierzęcia bodziec „sugestywny” wyzwala mechanizmy mnemiczne wrodzone, podkorowe, o tyle u człowieka cały proces sugestji odbywa się na poziomie kory. Jest to u człowieka wyrazem „wędrowki czynności ku przodowi” każda reakcja, nawet najbardziej związana z tendencjami uczuciowymi instynktowymi, które mają swe siedlisko w jądrach podkorowych i które, z chwilą ich wielokrotnej zresztą engrafji w korze w życiu osobniczym zdobywają również swą reprezentację w korze, odbywa się i musi się odbywać w korze. Jak twierdzi *Mazurkiewicz*, „jakkolwiek siedliskiem instynktów jest aparat podkorowy, ale u człowieka zarówno ich tłumienie jak i poddawanie się im odbywa się na poziomie kory”. I jeżeli przyjmiemy za *Bleulerem*, że sugestywność, od której, według niego, zależy w pierwszym rzędzie powstanie i przebieg sugestji, znajduje się w ścisłej zależności od uczuć pierwotnych, instynktowych, że

sama jest nastawieniem uczuciowym instynktowym¹⁾, to jednak sam proces sugestji jest korowy. Z tego przewódowania mechanizmu sugestji do innego środowiska topograficznego w konsekwencji wynikają i różnice, zachodzące między sugestją prymitywną (u zwierząt) a sugestją u człowieka. Zanika w pierwszym rzędzie jej identyczność z reakcją odruchową, jak również i niezmiennosc jej przebiegu, gdyż nie jest już ona przejawem wyładowania kompleksu gatunkowego, lecz zjawiskiem fenotypowym. Występuje tutaj natomiast nowy czynnik, uzależniający powstawanie sugestji — czynnik krytycyzmu, którego znaczenie dla sugestji podkreśla już *Bleuler*. Krytycyzm zaś jest zjawiskiem czysto fenotypowym (a więc korowym), wypadkową działania uczuć wyższych, nabytych w życiu osobniczym i przekształcających pierwotne tendencje uczuciowe, jest aparatem tłumiącym (*Mazurkiewicz*). Sugestia musi zwalczyć opór tego aparatu tłumiącego, tego zespołu uczuć wyższych, ażeby móc wytworzyć odpowiednie nastawienie uczuciowe, umożliwiające jej powstanie. Im bardziej wykształcony jest aparat tłumiący, tem większa jest zdolność uniezależnienia swych sądów i czynów od bezpośredniej chwilowej reakcji uczuciowej, tem trudniejsze jest powstanie sugestji. Tem tłumaczy się łatwiejsza podatność na sugestję dzieci i niedorozwiniętych. Jednak, pomimo odmiennego lokalizacyjnie środowiska powstania i zadziałania jest sugestia u człowieka do pewnego stopnia tylko odbiciem sugestji prymitywnej: cechuje ją także jednorazowość wystąpienia, czasem nawet charakter globalny, posiada ona również pewne podobieństwo do Sheringtonowskiej reakcji wstępnej jakkolwiek bez widocznej reakcji końcowej.

Zjawisko sugestji tak ujętej nie wyczerpuje bynajmniej psychologii oddziaływania międzyludzkiego, — „interpsychologie” w znaczeniu jakie mu nadaje *G. Dumas* — jest tylko jej członem bardziej prymitywnym. Sugestia prymitywna nie tylko przekształca się u ludzi w wyżej opisany typ sugestji, ale przeradza się (i to może tembardziej jest dowodem wędrówki czynności ku przodowi) w zjawisko w świecie zwierzęcym niespotykane — w indukcję psychiczną²⁾.

Indukcja psychiczna jest już przebiegiem psychicznym par excellence korowym. Cechuje ją powolny zwykle sposób powstawania, a to naskutek konieczności wytwarzania (przez powtarzanie)

¹⁾ *Serog* uważa nawet, że sugestywność jest pierwszą funkcją psychiczną, jaką powstaje. Równoległość w uzewnętrznianiu się sugestywności i afektywności tłumaczy on ich identycznością, jako funkcji biologicznej, która zresztą obejmuje wszystko co jest popędowe.

²⁾ Pojęcia indukcji psychicznej użyto tutaj szerzej — nie tylko w znaczeniu patologicznem, ale i biologicznem.

odpowiedniego chóru homofonicznego uczuć; kompleks indukowany działa, przenika, za pośrednictwem swego składnika uczuciowego wywołuje u indukowanego pewien oddźwięk, uczucie jednoimienne, przez powtarzanie utrwała się, ogarnia coraz szersze kręgi, wzmacnia się przez irradację. Tworzy się chór homofoniczny uczuć, związanych z tym kompleksem, aż do wytworzenia dominanty uczuciowej. Wpływ prasy, wpływ propagatorów idei religijnych czy społecznych, polega właśnie na powolnej, często niewidocznej penetracji indukowanych idei. Już *Vigouroux* i *Juquelier* uważali, że im większy jest współczynnik afektywny jakiejś idei, tem jest ona zaraźliwsza. Toteż siła dynamiczna danego kompleksu uczuciowego (danej idei) zależeć będzie przede wszystkim od „wielkości chóru homofonicznego, ekforowanego przez nią, od rozległości kompleksu uczuciowego” (*Mazurkiewicz*). Ta siła dynamiczna tkwi albo w treści uczuciowej związanej czy wypływającej z formalnej treści myślowej danego kompleksu indukowanego, albo działa za pośrednictwem związania uczuciowego między osobą indukującą a indukowaną. Indukcja psychiczna, w przeciwieństwie do sugestji, wymaga względnie dłuższego czasu, dla swego powstania, a także i zanikania. Stąd pewna jej ciągłość i — dzięki wielokrotnej engrafji — trwałość, zależna, tak samo jak i jej siła dynamiczna, od rozległości kompleksu uczuciowego. *Nyirö* i *Petrovich* z pewnem zdziwieniem konstatują w swym przypadku epidemji psychicznej odporność na indukcję osobników o konstytucji cyklotymicznej. Wydaje się to jednak zrozumiałe, gdyż ciągłość, trwałość i kompleksowość indukcji psychicznej wskazuje na wyraźnie autystyczny¹⁾ charakter procesu indukcji. Z tego wynika, że u osób zaindukowanych winna przeważać konstytucja schizoidalna lub istnieć przynajmniej znaczna domieszka konstytucji schizoidalnej.

Analogicznie do sugestji również i w indukcji psychicznej możemy wyróżnić 3 składniki, warunkujące jej powstanie: osobę indukującego, treść indukowaną i osobę indukowanego. O patologicznym charakterze sugestji decyduje współczynnik patologiczny osoby sugerującej (niekoniecznie) i treści sugerowanej, a także wzmocniona sugestywność, idąca w parze z osłabieniem lub uszkodzeniem krytycyzmu u sugerowanego. Tak samo o patologicznym charakterze indukcji psychicznej decydować będzie choroba psychiczna indukującego (nie bezwarunkowo), charakter urojeniowy treści indukowanej i podatność sugestywna osoby zaindukowanej przy osłabieniu,

¹⁾ Pojęcia autyzmu użyto tutaj w znaczeniu. nadanem mu przez *Mazurkiewicza*, autyzmu fizjologicznego.

uszkodzeniu lub nadmiernem skompleksowaniu jej aparatu tłumiącego (krytycyzmu).

Jeśli, na tle tych rozważań, wrócimy do naszego materiału faktycznego, to w każdym z naszych przypadków odnajdziemy wszystkie wyżej wspomniane składniki patologicznej indukcji psychicznej. O patologicznym charakterze osoby indukującego w przyp. I, II i IV nie potrzeba specjalnie wspominać (w I parafrenja, II schizofrenja paranoidalna, w IV paranoia inventoria). W III przypadku natomiast osoba indukująca nie jest chora psychicznie, jednak i ten przypadek należy zaliczyć do indukcji psychicznej patologicznej; czynnik patologiczny tkwi tutaj całkiem wyraźnie w absurdalności przejętych kompleksów, które coprawda u osoby indukującej nie posiadają charakteru urojeniowego, ale przekształcają się w urojenia z chwilą przejęcia ich przez osobę zaindukowaną.

Wpływ osoby indukującej we wszystkich naszych przypadkach ugruntowany jest na odpowiednim związaniu uczuciowem, na nastawieniu uczuciowem, jakie indukujący wywołuje u indukowanego. W przypadku I i IV występuje całkiem zrozumiała więź uczuciowa, jaka łączy dzieci z rodzicami (w I dzieci z matką, w IV syna z ojcem), w przypadku I i II więź uczuciowa między małżonkami. Ta łączność uczuciowa wytwarza w przypadkach, kiedy osoba indukującego jest czynnikiem aktywnym, kierującym, pewne poczucie zależności u osoby indukowanej (przyp. I, III i IV), lub współzależności, o ile osoba indukującego nie posiada tego charakteru aktywności (przy. II). W tym ostatnim przypadku zresztą na pierwszy plan wybijają się wybitnie wzmożona sugestywność osoby indukowanej. Również wzmożona sugestywność cechuje chorą Franciszkę O. w III przypadku, który wyróżnia się jeszcze tem, że związanie uczuciowe, poczucie zależności (notabene w stosunku do osoby zupełnie obcej) powstało nie tylko dzięki wzmożonej podatności sugestywnej, ale przede wszystkim dzięki treści uczuciowej przejętych kompleksów urojeniowych, dzięki ich w dużej mierze życzeniowemu charakterowi.

W konstrukcji psychicznej osób zaindukowanych odnajdujemy również podstawową cechę, warunkującą powstanie indukcji psychicznej patologicznej, mianowicie wzmożoną sugestywność, najwybitniej zaznaczoną w przyp. II i III, najmniej może wyraźną w przyp. IV, w którym zresztą daleko posunięta schizofrenja w chwili badania chorego uniemożliwiała dostateczne poznanie jego przedchorobowej sylwetki psychicznej. Widzimy tu także i niektóre składniki tej sugestywności, wyodrębniane przez niektórych cytowanych autorów, jak skłonność do wierzenia (przyp. II i III) popęd do poddania się (przyp. I i III).

Wspominaliśmy już w części opisowej o skłonności do naśladownictwa, zrozumiałej u dzieci w przyp. I, a całkiem wyraźnej w histerycznej konstytucji chorej Heleny Kot. w przyp. II, skłonności, którą *Bleuler* zalicza do kategorii popędów, a może nawet i instynktów. Stosunek popędu naśladownictwa do sugestywności trudny jest do sprecyzowania, popędowy charakter naśladownictwa, należącego do kategorii tendencji wrodzonych, chyba nie ulega wątpliwości. *Claparède* zalicza naśladowanie obok czynnika dziedziczności i nabytego doświadczenia osobniczego do czynników, mających przełożone znaczenie w naszym rozwoju. *Homburger* podkreślając znaczenie „tendencji do naśladowania”, jako jednej z podstaw ćwiczenia, uważa nawet, że pierwsze próby niemowlęcia (np. podnoszenia głowy, wstawania) polegają na czynnym naśladowaniu uprzednio już biernie poznanych ruchów i ułożeń ciała. W dalszym ciągu swych rozważań dochodzi on do wniosku, że naśladowanie jakiegoś wzoru może dojść do skutku tylko dzięki sugestywnej sile tego wzoru; czyli, że stawia on naśladowanie w pewnej zależności od sugestywności. *Toulouse, Finkelstein* w odniesieniu do psychozy indukcyjnej uważają, że z początku objawia się w sferze ruchowej popęd do naśladownictwa, a dopiero później działa sugestia w dziedzinie intelektualnej. Uważałbym zgodnie z zapatrywaniem *Wedekinda*, że nie da się rozstrzygnąć, czy wyodrębnienie popędu do naśladownictwa ze sfery sugestywności jest możliwe, przypuszczam jednak, że przewaga tego popędu w organizacji psychicznej pewnych osobników (zwłaszcza o konstytucji histerycznej) nadaje swoiste piętno przejawom chorobowym na tle patologicznej indukcji psychicznej u tych osobników. Według *Homburgera* popęd do naśladownictwa jest do pewnego stopnia źródłem powstawania epidemii psychicznych u dzieci, w czynniku naśladownictwa widzi *Sérin* częstokroć źródło samobójstw u dzieci. Popęd ten odgrywa niewątpliwie również pewną rolę w epidemjach psychicznych, powstających na podłożu histerycznym, u dorosłych, a może także w przejawach hysterji zwłaszcza ruchowych wogóle. Znana na wyspach Archipelagu Malajskiego choroba, *Lattah*, polegająca na napadowem jakoby naśladowaniu ruchów (*van Brero, Codet*), wykazuje pewne zdecydowane powinowactwo do hysterji. W naszym przypadku II współczynnik naśladownictwa przejawia się nie, jak zwykle, w sferze ruchowej, a w sferze czuciowej, w odczuwaniu różnych sensacji cielesnych, z reguły przykrych, na widok cierpień, skaleczeń innych ludzi, przyczem chora czasem lokalizuje te sensacje w analogicznych częściach swego ciała.

Jeżeli przejdziemy do ostatniego nieodzownego czynnika, umożliwiającego powstanie patologicznej indukcji psychicznej, do zabu-

rzeń krytycyzmu, to we wszystkich naszych przypadkach zaburzenia to możemy stwierdzić. Zaburzenie krytycyzmu polega tutaj albo na niedostatecznym tłumieniu pewnych uczuć kompleksowych (przyp. II, III), albo na niedostatecznym wyrobieniu aparatu tłumiącego ze względu na wiek osobników zaindukowanych (dzieci, przyp. I., może częściowo przyp. IV), wreszcie na daleko idącym zaburzeniu krytycyzmu pod niszczyielskim wpływem rozwijającej się choroby psychicznej (chory Marcin Kaz. w przyp. I, przyp. IV).

Wreszcie należy podkreślić, że w naszych przypadkach wszyscy zaindukowani dorośli wykazują budowę cielesną leptosomiczną i konstytucję psychiczną schizoidalną, w przyp. IV przeradzającą się nawet w schizofrenję.

Przypadek III wzbudza jeszcze pewne zainteresowanie z punktu widzenia kazuistyki sądowo-psychjatrycznej. Pod tym względem jest on swego rodzaju rzadkością. *Błachowski* i *Borowiecki* przypominają o posługiwaniu się hypnozą w celach przestępstwa seksualnego, większość oszustw polega na wykorzystywaniu sugestyjności poszkodowanych, jednak tak długotrwałe narzucanie absurdalnych wymyślonych opowieści, które w psychice osoby zaindukowanej przyjmują charakter urojeń i stanowią wyłączną treść obrazu chorobowego, należy chyba do rzadkości. Szersze omówienie tego przypadku z jego strony sądowo-psychjatrycznej nie mieści się w ramach niniejszej pracy.

Pozostaje na zakończenie ustosunkowanie się w myśl uwag wstępnych do zagadnienia klasyfikacyjnego. Jeżeli psychozą indukcyjną nazwiemy psychozę, powstającą na tle patologicznej indukcji psychicznej, czyli że w powstaniu psychozy i w ukształtowaniu obrazu chorobowego decydującą i jedyną rolę powinien grać czynnik patologicznej indukcji psychicznej (zgodnie z poglądem *Kraepelina*, folie imposée i częściowo folie communiquée francuzów), to z naszych przypadków do czystej psychozy indukcyjnej zaliczyć możemy przypadki II i III. U dzieci przypadku I, poza wypowiedzianiem, a raczej powtarzaniem w ślad za matką przyjętego od niej kompleksu urojeniowego, nic psychotycznego nie można było stwierdzić, — będziemy mogli tutaj mówić jedynie o zaindukowaniu kompleksu urojeniowego bez psychotycznych konsekwencji. Również tylko z zaindukowaniem kompleksu urojeniowego, choć z innego punktu widzenia, spotykamy się u chorego Marcina K. w przyp. I i w przyp. IV, gdyż przejęcie kompleksu urojeniowego u tych chorych miało pewne znaczenie patoplastyczne w ukształtowaniu się obrazu chorobowego, znaczenie jego jednak nikło wobec podstawowej choroby psychicznej (w jednym przypadku organicznej, w drugim endo-

gennej), powstałej i istniejącej całkiem niezależnie od czynnika patologicznej indukcji psychicznej. A jak chce *Bleuler*, tam, gdzie istnieje choroba psychiczna, niezależna od patologicznej indukcji psychicznej, o psychozie indukcyjnej nie mamy prawa mówić.

PIŚMIENNICTWO.

d'Arrigo M. et Faffovich G. Considerazioni sulla pazzia comunicata e sullo stato di credulità. *Rass. di Studi psych.* 17. 1928, (ref. *Zentrbl. Neur. u. Psych.* 51. 1928). — *Ast.* Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 63. 1906. — *Bernheim.* De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. 1888. — *Bleuler E.* Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. 1926. — *Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie. 1930. — *Blachowski i Borowiecki.* Epidemja psychiczna w Słupi pod Środą. *Roczn. psychjatr.* 7. 1928. — *Bostroem A.* Störungen des Wollens (w *Bumke.* Handbuch der Geisteskrankheiten t. II. 1928). — *van Brero.* Einiges über die Geisteskrankheiten der Bevölkerung des malaischen Archipels. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 35. 1896. — *Bumke O.* Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924. — *Claparède E.* Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale. 1924. — *Codet H.* Psychonévroses exotiques. L'amok et le Lattah des Malais. *Progr. méd.* 55. 1927. — *Dumas G.* Traité de psychologie. t. II. 1924. — *Finkelstein.* Zwei Fälle von sogenannter folie par transformation. (cyt. według *Wedekinda*). — *Flournoy H.* Folie à deux. *Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych.* 20. 1926. — *Haeberlin P.* Die Suggestion. 1927. — *Homburger.* Psychopathologie des Kindesalters. 1926. — *Janet P.* Rapport sur la suggestion. *Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych.* 20. 1926. — *Kraepelin E.* Lehrbuch der Psychiatrie. t. IV. 1915. — *Krafft-Ebing.* Lehrbuch der Psychiatrie. 1879. — *Kroener.* Die Folie à deux. (cyt. według *Wedekinda*). — *Kronfeld A.* Psychotherapie 1925. — *Lasègue et Falret.* La folie à deux ou folie communiquée. *Ann. méd. — psych.* 18. 1877. — *Lehmann.* Zur Kenntnis des induzierten Irreseins (folie à deux). *Arch. f. Psych.* 14. 1883. — *Lowrey-Lawson G.* Environmental factors in the behavior of children. (ref. *Zentrbl. f. Neur. u. Psych.* 48. 1927). — *Marandon de Montyel.* Des conditions de la contagion mentale. *Ann. méd. psych.* 1894. (cyt. według *A. Marie et Bagenoff.*). — *Marie et Bagenoff.* Psychologie collective et psychologie morbide. (dans *Traité international de psychologie pathologique* par *A. Marie.* t. III. 1912). — *Mazurkiewicz J.* Syntonja i schizoid. *Roczn. psychjatr.* 3. 1926. — *Mazurkiewicz J.* Zarys fizjologicznej teorii uczuć. *Rocz. Psychjatr.* 1930. — *Moll.* Der Hypnotismus. 1924. — *Nyirö J. u. Petrovich F.* Die psychische Epidemie zu Lajosmizse in Ungarn. *Zeitschr. f. Neur. u. Psych.* 114. 1928. — *Partenheimer.* Zur Kenntnis des induzierten Irreseins. *Zeitschr. f. Neur. u. Psych.* 6. 1911. — *Perazzolo S.* Su la folia comunicata. *ref. Zentrbl. f. Neur. u. Psych.* 51. 1928. — *Petrén A.* Ein Fall von induzierter Psychose (folie à quatre). *ref. Zentrbl. f. Neur. u. Psych.* 49. 1928. — *Régis.* La folie à deux ou la folie simultanée. 1880. (cyt. według *A. Marie et Bagenoff.*). — *Schilder P.* Über das Wesen der Hypnose. 1922. — *Schönfeldt.* Über das induzierte Irresein (Folie communiquée). *Arch. f. Psych.* 26. 1894. — *Sérin S.* Les suicides d'enfants. *Hyg. ment.* 22. 1927. — *Serog M.* Die Bedeutung der subcorticalen Zentren für das psychische Geschehen. *Arch. f. Psych.* 73. 1924. — *Strauss E.* Wesen und Vorgang der Suggestion. 1925. — *Toulouse E.* Les causes de la folie. 1896. — *Vigouroux et Juquelier.* La contagion mentale. (ref. *Centrbl. f. Neur. u. Psych.* 1905.). — *Wedekind E.* Beiträge zur Kasuistik der psychischen Infektionen. *Journ. f. Psych. u. Neur.* 22—23. 1918. — *Wollenberg.* Über psychische Infektion. *Arch. f. Psych.* 20. 1889.

UCZUCIA MORALNE I ZNACZENIE SAMOISTNEGO ICH BRAKU W PATOLOGJI PSYCHIKI LUDZKIEJ.

podał

WITOLD ŁUNIEWSKI.

T r é ś ć.

Wstęp.—Moral insanity i delinquent natio.—Brak moralności jako cecha patologiczna.—Instynkt sympatji i jego perwersje.—Biologiczne znaczenie uczuć etycznych.—Socjologiczne znaczenie uczuć etycznych.—Psychologia uczuć etycznych.—Zaburzenie uczuć sympatji u dziecka.—Dziedziczne i ustrojowe podłoże uczuć sympatji.—Schizofrenia.—Cyclostymia.—Padaczka.—Niemoralność w pościązkowych zaburzeniach psychiki.—Uczucia moralne oligofreników.—Brak uczuć moralnych jako przejaw psychopatji ustrojowej.—Uczucia moralne w zaburzeniach popędu.—Algolagnia.—Temperament atymiczny.—Kryerostymia w kazuistyce psychiatrycznej.—Ocena sądowo — psychiatryczna.

W jednym z rozdziałów swej „Istoty poznania psychiatrycznego” *Kronfeld* zastanawia się nad pytaniem, czy cechy, na których podstawie psychjatrja ustala i klasyfikuje typy psychopatyczne, są cechami przyrodniczo-opisowemi, czy też są to także cechy normatywne — nie przyrodnicze. Każdego, kto śledzi rozwój historyczny pojęcia typów psychopatycznych, uderzyć musi szczególnie pouczający fakt, że w procesie tworzenia się tych typów decydującą rolę odegrał socjologiczny punkt widzenia, który i dziś jeszcze posiada w psychjatrji bardzo duży wpływ i znaczenie.

Nie ulega żadnej wątpliwości, powiada *Kronfeld*, że bodźcem, który spowodował to zlanie się maksym socjologicznych z opisowo-psychologicznemi był wzgląd praktyczny, wypływający z pytań, jakie narzuca psychjatrja kryminologia.

Socjologiczny problemat ustalenia praw, które określałyby stosunek wpływu środowiska i ustroju psychicznego jednostki na kształtowanie się typu socjo-psychicznego, nabiera w kryminologii pewnego szczególnego znaczenia. Kryminologia stara się ustalić prawa tego stosunku mając na względzie pewne określone czyny jednostki,

a mianowicie czyny antysocjalne, zagrożone przepisami prawa karnego. Ale typy czynów karalnych i utworzone na podstawie określenia tych czynów kryminologiczne typy przestępców nie posiadają ustalonych odpowiedników w typach psychicznych, określanych metodą psychologicznego opisu. Powstają stąd szczególne trudności metodologiczne, znajdujące swój wyraz w dwukierunkowości poszukiwań etjologicznych momentów przestępczości: w usposobieniu sprawcy czynu karalnego, w jego organizacji psychicznej, wrodzonej lub nabytej wskutek choroby z jednej strony i w powikłanych warunkach środowiska, w którym wychowuje się i żyje sprawca czynu karalnego z drugiej,

Socjalno-normatywny charakter znamion anormalności pewnych typów psychopatycznych zaznacza się najdobitniej na pojęciu „moral insanity”, które jest najjaskrawszym przykładem spornego pogranicza pomiędzy psychiatrią i psychologią kryminalną. Z pojęciem tem splatają się niezmiernie zawile zagadnienia psychologiczne, dotyczące pochodzenia i istoty moralności i usposobienia moralnego człowieka, zarazem zaś z pojęciem tem splata się zagadnienie istoty przestępczości. Izolowany defekt moralny nabiera też z tego powodu szczególnego znaczenia z punktu widzenia normatywnie ujętych kryterjów poczytalności i stanowi bodaj, że najtrudniejszy problemat w zakresie ocen sądowo-psychiatrycznych.

Nie chodzi tu, rzecz oczywista, o brak uczuć etycznych i niemoralne zachowanie się, które możemy spotkać obok innych objawów wyraźnie patologicznych w tym lub innym procesie chorobowym psychiki jak np. w porażeniu postępującem, w otępieniu starczem lub miażdżycowem, w rozszczepieniu psychicznem, w psychozie manjakałnej, w otępieniu padaczkowem czy jakiegokolwiek innej psychozie. O charakterze patologicznym tych spraw decyduje całość kształt ich objawów i defekt moralny, którego nie było przed chorobą, nie odgrywa tu roli momentu patognomonicznego; jest on tu tylko jednym z licznych przejawów choroby, wyrasta na jej podłożu i nie ma cech przejawu samoistnego i pierwotnego.

Nie chodzi tu także o niemoralne zachowanie się tych lub innych typów wrodzonych odmian patologicznych psychiki, charakteryzujących się zasadniczo innemi cechami opisowemi, ponieważ „niemoralność” i w tych przypadkach występuje także jako zjawisko wtórne, wyrastające na podłożu innych, więcej istotnych i więcej uchwytnych znamion patologicznego odchylenia tych typów od t. zw. „normy”. Niemoralność głuptaka pobudliwego lub nieustatkowanego psychopaty, niemoralność pseudologa, niemoralność psychopaty sek-

sualnego lub histeryka nie charakteryzuje tych typów; wpływa ona z innych, łatwiej uchwytnych i wysuwających się na bliższy plan źródeł patologicznych.

Moral insanity i delinquent nato.

Kiedy angielski psychjatra *Pritschard* użył w r. 1835 po raz pierwszy¹⁾ terminu „moral insanity”, nie rozumiał on pod tą nazwą tego, co pod nią ujęła psychjatrja późniejsza. Dla *Pritschard'a* „moral insanity” oznaczało grupę zjawisk chorobowego życia psychicznego, odcinającą się klasyfikacyjnie od innej grupy zjawisk patologicznych psychiki, a mianowicie od zaburzeń sfery intelektu (intellectual insanity), „Moral insanity” *Pritschard'a* powstało bezpośrednio na podstawie kryteriów socjalnych i nie oznaczało bynajmniej choroby moralności, ale szerzej ujęte przejawy niespołecznego zachowania się i charakteru, występujące na podłożu zmian chorobowych psychiki. W rozumieniu *Pritschard'a* zewnętrzne zachowanie się człowieka mogło ulegać zaburzeniom chorobowym tak samo, jak może im ulegać ten lub inny składnik elementarny życia psychicznego.²⁾

Jak rozległe pojmowano *Pritschard'owskie* „moral insanity” w XIX wieku, jak hojnie szafowano tym terminem w tym okresie, widać ze starych podręczników psychjatrji. *Płaskowski* np. zalicza do przejawów „obłądu częściowego instynktowego, który u anglików zyskał uznanie pod nazwą „moral insanity” takie rzeczy, jak dipsomania, pyromania, kleptomania, a dalej: wzmożony popęd płciowy (satyriasis), „który może prowadzić do okazywania (ekshibicjonizm), nekrofilizmu i antropofagji”, oraz wszelkie przejawy „przewrotnego popędu płciowego” (homoseksualizm) i „skażenia płciowego” (perwersji).

Psychjatrzy późniejszej daty starali się ścieśnić zakres pojęcia „moral insanity” a równocześnie pogłębić jego treść patologiczną.

¹⁾ Myśl, że nie wszyscy złośliwi przestępcy, skazywani na karę śmierci, są zli sami z siebie, że wielu z nich stało się przestępcami bez ich winy, wypowiedział jeszcze na początku XVI wieku lekarz *Regiomontanus*; przypisywał on jednak złośliwość usposobienia niepoprawnych przestępców wpływom astrologicznym (urodzenie się pod znakiem Venery).

O zwyrodnieniu etycznym na podłożu choroby wspominają jeszcze przed *Pritschardem Benjamin Rusch*. w 1812 r. *Grohman* w r. 1819 r.

Pitel'owskie pojęcie „manie sans délire” może być uważane za jeszcze wcześniejszy odpowiednik „moral insanity”.

²⁾ Istota „moral insanity” polega według *Pritschard'a* na „morbid perversion on the natural feelings, affections, inclinations, temper, habits, moral disposition and natural impulses”.

Niektórzy akcentują momenty degeneracji fizycznej, towarzyszące defektom moralnym oraz tło dziedziczne, na którym rozwija się chorobliwe niesocjalne zachowanie się, jako usposobienie wrodzone. Inni kładą szczególny nacisk na braki intelektualne, towarzyszące brakom moralnym w „moral insanity”, w przypadkach zaś, w których wyraźnych objawów ograniczoności intelektu się nie stwierdza, uciekają się do koncepcji niedorozwoju intelektualnego, ograniczonego do zakresu pojęć i sądów moralnych. Ponieważ zarówno kryteria natury antropologicznej, jak i kryteria czysto intelektualne nie wystarczały do określenia istoty rzeczy i utrzymania typu „moral insanity”, zwrócono uwagę na dziedzinę uczuć, w której tkwią najistotniejsze źródła moralności.¹⁾

Zaznacza się tu wyraźnie tendencja do zachowania w patologii pojęcia „moral insanity” dla określenia typu patologicznego, którego *Pritschard* nie określał metodą opisu psychologicznego i na podstawie analizy funkcji psychicznych, lecz ujął globalnie w pojęciu choroby bardzo złożone przejawy niemoralnego zachowania się człowieka w życiu społecznym. Utrzymanie w patologii typu amoralnych psychopatów wydaje się rzeczą potrzebną²⁾, ale istota tego typu i jego uzasadnienie psychopatologiczne nastroczają szereg trudności i wątpliwości.

O stałym defekcie moralnym świadczyć może przede wszystkim wszelka niepoprawność przestępcy. Ponieważ spotykamy ją często u osób dziedzicznie obciążonych, a nie rzadko ponadto dotkniętych temi lub innemi znamionami zwyrodnienia, staje się uzasadnionem podejrzenie, że niepoprawność jest wyrazem ustrojowej wrodzonej niedomogi psychicznej przestępcy. Jedyne pozytywne cecha psychiczna, jakąby przy takim ujęciu sprawy posiadała insania moralna — a mianowicie stały, uporczywy nawrót do pewnego potępionego sposobu zachowania się w społeczeństwie, mogłaby stanowić cechę indywidualnej wrodzonej właściwości przestępcy tylko w tym przypadku, gdybyśmy z całą pewnością mogli wyeliminować ujemny wpływ wszystkich zewnątrzpochodnych przyczyn przestępczości, idących ze środowiska, w którym rozwija się i żyje przestępca. Przestępca może być przecież niepoprawnym w jego własnem środowisku i mógłby przestać być niepoprawnym w innem otoczeniu, w innych pomyślniejszych warunkach socjalnych.

¹⁾ *Esquirol* 1838. *Morel* 1860. *Falret* 1866. *Despin* 1875. *Maudsley* 1888.

²⁾ Potrzeby tej nie uznają wszyscy. W naszej skromnej literaturze, dotyczącej tego tematu *Swietlow* wypowiada się jako przeciwnik potrzeby wyodrębniania typu „moral insanity”.

Jeżeli zatem bez próby przeniesienia niepoprawnego przestępcy do innych warunków socjalnych mówimy o niepoprawności pewnych przestępców, to czynimy to na podstawie przesłanek psychologicznych. Nie suche fakty kryminologiczne i nie eksperymenty socjalne, ale wniknięcie w psychologiczną istotę niepoprawności pewnej kategorii przestępców nawrotowych doprowadza nas do przekonania, że mamy do czynienia z pewnym typem przestępcy, którego ustrojowa struktura psychiczna nadaje mu piętno niesocjalności niezależnie od środowiska, w którym żyje.

Ale nawet przy takim ujęciu sprawy patologicznego braku moralnego nie posiadamy cech jednolitości psychicznej typu amoralnego psychopaty jako typu patologicznego. Typ niepoprawnego przestępcy, którego niesocjalność jest uwarunkowana wyłącznie momentami, tkwiącymi w jego ustrojowej strukturze psychicznej, może być tylko typem kryminalnym, u którego podstawy leżą bardzo różnorodne typy psychologiczne i psychopatologiczne.

W taki niepsychologiczny sposób ujął sprawę niepoprawnego przestępcy *Lombroso*.

Wysuwając na miejsce abstrakcji przestępstwa na pierwszy plan badań naukowych konkretną osobę przestępcy, autor „*L'uomo delinquente*” dokonał epokowego czynu rewolucyjnego w stosunku do panujących przed nim pojęć, opartych na czysto prawniczym, dedukcyjnym rozumieniu przestępstwa, ale wnioski *Lombroso*'a nie zaspakajają potrzeb typologii psychiatrycznej.

Lombroso bada krzywą rozwoju przestępcy, jego właściwości indywidualne i jego dyspozycje kryminalne, bada przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne, które pchają człowieka na tory występku i dochodzi wreszcie do pojęcia „przestępcy urodzonego” (*reo nato*), którego chciałby namiętnie unieszkodliwić, zamiast poddawać go bezcelowym karom. W pojęciu *Lombroso*'a przestępca jest z natury swojej innym człowiekiem, niż ludzie zwykli, jest patologiczną odmianą człowieka, predysponowaną do tego, by się stać zbrodniarzem. Przynależność do typu „zbrodniarza urodzonego” czyni człowieka siłą konieczności przestępcą, niezależnie od warunków socjalnych, w których żyje, i niezależnie od warunków zewnętrznych jego indywidualnego rozwoju.

Przyroda sama stwarza przestępcę, społeczeństwo i otoczenie dają nam tylko warunki do ujawnienia się jego wrodzonych skłonności. „Zbrodniarze urodzeni” stanowią zdaniem *Lombroso*'a niemal połowę kontyngentu osób, popadających w konflikt z przepisami prawa. Pewna część przestępców tego typu posiada cechy soma-

tyczne, które już nawet zewnętrznie charakteryzują ich przynależność do grupy „urodzonych zbrodniarzy”.

Pod względem psychologicznym „*reo nato*” *Lombroso'a* jest atawistyczną odmianą człowieka, jest wyrazem powrotu do starych, pierwotniejszych form organizacji psychicznej z cechami dziecięcości i epileptoidu.

Z punktu widzenia naukowego koncepcja *Lombroso'a* nastrocza szereg bardzo poważnych zastrzeżeń. Przedewszystkiem morfologiczne znamiona zwyrodnienia, spotykane u przestępców nie posiadają tego znaczenia, jakie im przypisuje *Lombroso*: nie mamy podstaw do uważania ich za przejaw atawistyczny, gdyż w wielu przypadkach powstawać one mogą skutkiem zmian chorobowych w życiu płodowym. Podobieństwo przestępcy z człowiekiem pierwotnym nie jest rzeczą dowiedzioną i w każdym razie nie posiada uzasadnienia przyczynowego: gwałtowność, okrucieństwo i samolubstwo nie stanowią nieodłącznych cech charakteru każdego przestępcy niepoprawnego, tak samo jak nie są istotnymi cechami psychiki ludzi pierwotnych. Nieuzasadnionem jest ogólnikowe porównanie psychiki przestępcy z psychiką dziecka: powierzchowność sądów, pierwotność przejawów uczuciowych, popędliwość w działaniu i pasorzytniczy nieprodukcyjny tryb życia dziecka są przedewszystkiem właściwościami fazy rozwojowej u dziecka i nie mają nic wspólnego z trwałością tych przejawów w psychice niepoprawnego dorosłego przestępcy. Napadowe wyładowania przestępcy w dziedzinie życia moralnego nie dadzą się porównać z wyładowaniami ruchowemi epileptyka w napadzie padaczkowym ani z podnieceniem psychicznem w zamroczeniu. Cechy epileptoidne spotykamy tylko u pewnej części przestępców i nie spotykamy ich wcale w całym szeregu przypadków uporczywej niepoprawnej przestępczości. Obserwacja nie potwierdza też głoszonej przez *Lombroso'a* zasady stosunku proporcjonalnego pomiędzy skłonnościami występniemi i nasileniem morfologicznych znamion zwyrodnienia cielesnego: cały szereg ciężkich przestępców nawykowych nie posiada żadnych morfologicznych cech zwyrodnienia i cały szereg osób, dotkniętych ciężkimi znamionami morfologicznymi zwyrodnienia, nie wykazuje skłonności występnych.

Teoria *Lombroso'a*, dotycząca „zbrodniarza urodzonego” jako typu antropologicznego, oraz poglądy jego o znaczeniu morfologicznych cech w charakterystyce przestępcy nie utrzymały się w nauce, ale zasadnicza idea *Lombroso'a* dotycząca istnienia typu „urodzonego przestępcy” przetrwała do dzisiejszych czasów z tą tylko różnicą,

że cech charakterystycznych „urodzonego zbrodniarza” doszukujemy się dziś nie w morfologicznych właściwościach budowy ciała przestępcy, lecz w jego właściwościach psychicznych.

Trzeba też za *Rohdenem* przyznać, że nowoczesne badania charakterologiczne i nauka *Kretschmer'a* o znaczeniu konstytucjonalnych właściwości budowy ciała w charakterologii dają nieoczekiwane poparcie dla zapomnianych idei *Lombroso'a*, że idee te, w swoim czasie namiętnie zwalczane, zmartwychwstają w najnowszych kierunkach badań biologii kryminalnej. Badania *Michela*, v. *Rohdena* i *Böhmera* zdają się wskazywać na to, że właściwości konstytucji cielesnej padaczkowców (budowa ciała atletyczna i dysplastyczna) spotykają się bardzo często wśród ciężkich przestępców kryminalnych, wśród których typy leptosomiczne spotykają się rzadko, a pykniczne niemal że zupełnie nie są spotykane. Dane statystyczne, zebrane przez tych autorów zdają się potwierdzać słuszność poglądów *Lombroso'a* o powinowactwie pewnych typów przestępczości z epilepsją, nie dają przecież podstaw po temu, by dyskroidalny typ epileptyka identyfikować z pojęciem „urodzonego zbrodniarza”. Tytuł do napiętnowania go nazwą „urodzonego zbrodniarza” mógłby jednak posiadać ten typ psychopaty, którego nienormalność ujawnia się najbardziej w defekcie moralnym. Defekt moralny tego typu psychopatycznego predysponowałby go do życia występnego. Życie występne psychopaty tego typu byłoby bezpośrednim wyrazem jego nienormalności, niemal że niezależnym od wpływów otoczenia i warunków socjalnych.

Spotykamy psychiatryczne opisy tego typu pod różnemi nazwami. Jedni nazywają go typem „psychopaty antysocjalnego” (*Kraepelin*), inni typem psychopaty „dotkniętego daltonizmem moralnym” (*Maudsley*, *Liepmann*), jeszcze inni typem psychopaty „dotkniętego znieczuleniem zmysłu moralnego” (*Ballet*), typem inwalidów moralnych (*Arnaud*) lub typem „psychopaty bezuczuciowego” (*gemütlos*) (*Kurt Schneider*). *Birnbaum* nazywa go prosto typem „amoralnych psychopatów”. Nazwa „oligofrenji moralnej” „głuptactwa moralnego” i „idjotyzmu moralnego”, użyta przez *Bleulera* i jego ucznia *Maiera*, wywołała wiele nieporozumień. Według słusznej uwagi *Schneider'a* nazwa ta byłaby odpowiednią dla osobnika, niezdolnego do wydawania sądów moralnych. Psychopaci, dotknięci defektem moralnym nie są tej zdolności pozbawieni: wiedzą oni co jest słuszne i niesłuszne. intelektualnie są zdolni nawet do ocen stopnia uchybień moralnych (np. w schemacie *Fernalda-Jacobsohna*). Nazwa „zespołu anetycznego”, zaproponowana przez *Albrechta* i rozpowszechniona

zwłaszcza w literaturze rosyjskiej ostatnich czasów, mogłaby dobrze odpowiadać treści pojęcia psychopatycznego defektu moralnego. gdyby dla uniknięcia nieporozumień zaopatrzono ją przymiotnikiem „idjopatyczny”.

Brak moralności jako cecha patologiczna.

Śród psychjatrów, zwłaszcza niemieckich, powstały zasadnicze wątpliwości, czy moralność można uznać za funkcję zamkniętą w sobie, a jej izolowany defekt, któremu nie towarzyszy brak intelektualny, przypisywać wyłącznemu wpływowi patologicznych czynników wewnętrznych i podnosić do godności typu patologicznego.

Na takim stanowisku stanął m. inn. *Binswanger*, który wypowiada się w tej sprawie w taki sposób: "Dopóki defekt moralny polega wyłącznie na wypaczeniu i schorzeniu „moralnych i estetycznych” właściwości człowieka, jest on tylko przedmiotem studiów kryminalnych i psychologicznych i nie należy do zakresu chorób psychicznych". Za uznaniem patologicznego charakteru izolowanego defektu moralnego wypowiedzieli się jednak psychjatrzy tej miary co *Gaupp* i *Bleuler*. Ten ostatni wystąpił z obszerniej umotywowaną obroną psychjatrycznej koncepcji głuptactwa moralnego.

Bleuler przyznaje, że moralność nie jest cechą wrodzoną człowiekowi, że wyobrażenia i uczucia moralne nabywamy ze środowiska, w którym się wychowujemy i żyjemy, sądzi on przecież, że od treści i nabytych składników moralności należy odróżniać zdolność wcielania zasad moralnych w życie i że ta zdolność może być w przypadkach patologicznych od urodzenia upośledzoną. Kto chciałby dowodzić, że nie można mówić o „zbrodniarzu urodzonym” dla tego, że moralność nie jest właściwością wrodzoną lecz nabywaną po urodzeniu, popełniłby, zdaniem *Bleulera*, ten sam błąd, jaki popełniłby, gdyby twierdził, że nie może być wrodzonej głuchoniemoty, dlatego że mowa też nie jest sprawą wrodzoną i dziecko też musi jej się dopiero po urodzeniu uczyć.

Bleuler nie uważa za uzasadnione wątpliwości, dotyczących uznania istnienia izolowanego defektu moralnego bez defektu intelektualnego. Sądzi on, że jest do pomyślenia „istnienie szczególnej funkcji kory mózgowej, która w całości określa charakter i moralność jednostki” ¹⁾ i niema powodu doszukiwać się w defekcie moralnym przy-

¹⁾ Dalej od *Bleulera* posuwa się w tej mierze *Wiliam Browning*, który na podstawie badania 11 przypadków złamania kości czołowej mówi o „ośrodku kontrolnym uczuć moralnych”, które lokalizuje w zrazach czołowych niemej półkuli.

mieszki defektu intelektualnego, jako warunku koniecznego. Intelpekt nie jest koniecznie potrzebny do nabywania treści moralnych i użytkowywania ich w życiu; zdolność nabywania treści moralnych i zdolność użytkowywania tych treści jest niezależna od intelektu; zdolności tej może być pozbawiony osobnik intelektualnie dobrze rozwinięty, tak samo jak i odwrotnie osobnik intelektualnie upośledzony może ją posiadać. Moralność stanowi w życiu psychicznem człowieka właściwość do pewnego stopnia samodzielną, podobnie jak pamięć, inteligencja, fantazja, poczucie estetyczne i t. p. Paralelizm w rozwoju tych wszystkich właściwości zachodzi o tyle, że przy uszkodzeniu całego mózgu wszystkie one cierpią i nie rozwijają się należycie, uszkodzenie zaś jednej z tych funkcji może odbić się wtórnie na sprawności i rozwoju innych. Jeżeli poziom moralności może u różnych osobników wahać się w bardzo rozległych granicach niezależnie od poziomu intelektualnego tych osobników, niema powodu wątpić w możliwość takiego stanu, w którym przy przeciętnym rozwoju inteligencji moralność nie osiąga minimum rozwoju, niezbędnego dla tego, by stała się ona hamulcem dla pokus występnych. Taki przypadek odpowiadałby pojęciu „*reo nato*” *Lombroso*'a, a w psychiatrii należy taki przypadek zaliczyć do kategorii „głupactwa moralnego” lub „moralnego idjotyzmu” w zależności od nasilenia defektu.

Do konsekwentnych wywodów *Bleulera Kronfeld* daje następujące uwagi krytyczne.

Stanowisko *Bleulera* ma tę słabą stronę, że operuje on pojęciami moralności, jako czemś znanem i zrozumiałem w jego psychologicznej istocie, gdy w rzeczywistości nie wiemy, przez jakie funkcje praktyczne jest użytkowywana moralność. Moralności nie można psychologicznie traktować na równi z mową. Zdolność mówienia możemy przecież sprowadzić do kompleksu innerwacji kinestetycznych i świadomości tych innerwacji, która łączy się z treściami akustycznymi i przeżyciami, dotyczącymi znaczenia tych treści. Kompleks innerwacji i świadomości, z jakim mamy do czynienia w rozwoju mowy, podlega wprawie, może być zapominany i wyuczany na nowo, a funkcje jego łączą się z szeregiem aparatów mózgowych, podporządkowanych elementarnym funkcjom sensorycznym, kojarzeniowym i innerwacyjnym.

Browning idzie tak daleko, że rozróżnia nawet dwa ośrodki „promoralne”: jeden w środkowej i dolnej części zrazu czołowego, którego uszkodzeniom mają towarzyszyć objawy drętwiej (biernej) niemoralności, i drugi w górnej części płatu czołowego, którego uszkodzenia powodują przejawy niemoralności pobudliwej, czynnej.

Moralność jest czymś zupełnie odmiennem w swojej strukturze; zarówno formalnie jak i co do treści jest ona czymś mniej uchwytnem, czymś słabiej zarysowanem, czymś co rozwija się przedewszystkiem w sferze subiektywnej. Porównanie zatem amoralności z afazją może być usprawiedliwione jedynie tylko jako przypomnienie zasady, że nabywanie treści psychicznej wymaga istnienia wrodzonych mechanizmów czynnościowych.

Zastanówmy się, idąc za *Kronfeldem*, nad tem, co może oznaczać wyraz „moralność” i w jakim znaczeniu może być rozumiany „brak moralności” w patologji.

Używamy słowa „moralność” w różnorodnem znaczeniu. Przedewszystkiem oznacza ono obiektywną zasadę etycznego postępowania. Motywujące kryteria tej zasady należą do zadań filozofji i etyki. Podstawowym warunkiem realizacji pozadoświadczalnego prawa etycznego jest wolność wyboru sposobów postępowania czyli wolność woli. Moralność może jednak oznaczać także sumę poglądów, przekonań i ocen, dotyczących zachowania się jednostki w społeczeństwie i mających swoje źródło w zbiorowej jaźni socjalnej gromady ludzkiej. Treść tych poglądów kształtuje się pod wpływem doświadczeń gromady, zależy od jej składu psychicznego, od stopnia rozwoju społecznego i kulturalnego gromady, od interesów zbiorowości—słowem od całego szeregu czynników socjalnych i historycznych. Normy postępowania, oparte na tych podstawach moralności życia zbiorowego wyraźnie odbiegają od postulatów zasady oderwanej. Moralnością nazywamy wreszcie psychiczną zdolność jednostki podporządkowania swego postępowania dążeniom moralnym, które mogą być dwojakie:

a) mogą to być dążenia, wypływające z nakazów oderwanej zasady moralnej, lub też

b) mogą to być dążenia dostosowania się do wymagań moralnych otaczającej nas gromady.

W świadomości jednostki ujawnia się moralność w ten sposób, iż sądzi ona, że postępuje moralnie zarówno w tym przypadku, w którym podporządkowuje swoje postępowanie przepisom moralności zbiorowej, jeśli je uznaje, i stosuje się do nich bez względu na to, czy przynosi jej to korzyść czy stratę, jak i w tym przypadku, w którym jednostka osobiście przeciwstawia się nakazom moralności zbiorowej z mocy przeświadczenia, że nakazy te stoją w sprzeczności z oderwaną zasadą moralną. Może zatem zachodzić wypadek, że ktoś postępuje moralnie w znaczeniu zasady etycznej, pozostając równocześnie w rozdzwieku z panującą moralnością otaczającej go

grupy społecznej. Postępowanie właściwie moralne nie może opierać się na reakcjach popędowych — wymaga ono uświadomienia sobie motywu działania, wymaga zrozumienia zasady moralnej, umiejętności zastosowania jej w danej sytuacji i rozumnego uczynienia zasady etycznej motywem własnego działania, wymaga ono też zahamowania tych wszystkich popędów, które mogłyby działać w kierunku przeciwnym i całkowitego podporządkowania działania celowemu kierownictwu refleksji.

Jeżeli popędy i instynkty są na tyle potężne, że paraliżują działanie refleksji, będziemy mieli do czynienia z reakcjami afektywnymi, z charakterem histerycznym lub epileptycznym. przy nadmiernie słabej woli — z psychopatycznym nieustatkowaniem; brak refleksji spotykamy w niedorozwoju intelektualnym. W żadnym przecież wypadku nie będziemy mogli mówić o swoistym defekcie moralnym, ponieważ mniejsza wartościowość postępowania moralnego będzie tu wynikiem innych, pierwotniejszych i ogólniejszych funkcji psychicznych.

Jeżeli więc chodzi o postępowanie, zgodne z zasadami moralności, izolowany defekt moralny jest rzeczą nie do pomyślenia. Ale moralność podporządkowana uświadomionej zasadzie moralnej nie jest jedyną formą moralności, z jaką spotykamy się w życiu. Oprócz tej moralności mamy do czynienia z inną — z moralnością doczesną (Zeitmoral), wypływająca nie z zasady moralnej, ale z całego szeregu innych, bardzo różnorodnych motywów, które w sposób więcej złożony kształtują postępowanie jednostki. Te dwie formy moralności nie są identyczne: w odmiennych warunkach geograficznych i historycznych spotykamy nieraz normy etyczne odmiennie, niejednokrotnie kolidują one między sobą i często odbiegają od probierza moralności opartej na zasadzie etyki.

Zasady moralności doczesnej są daleko łatwiejsze do przyswojenia i wcielenia w życie. Wypływa to stąd, że moralność doczesna ma wyraźną tendencję celową, a mianowicie dąży do zachowania wspólnoty duchowej osobnika z jego otoczeniem. Moralność doczesna przyjmuje chętnie wszelkie panujące poglądy chwili; jednostka zaraża się nią przypadkowo i bezwiednie w drodze uczuciowego wpływu środowiska, w którym żyje.

Zasady tej moralności zaszczepia się dziecku przykładem, nagrodą, karą i przymusem; przyswojenie sobie tych zasad nie wymaga refleksji, wystarczają przykłady obrazowe. Dążenia, wypływające z nakazów moralności doczesnej, narzucają się świadomości bezpo-

średnio, a do przyswojenia sobie kanonów tej moralności wystarcza minimalny wysiłek intelektu.

Jeżeli zatem chodzi o tą postać moralności — o moralność względną, doczesną, to jest ona istotnie prawie że niezależną od inteligencji; spotkać ją możemy zupełnie dobrze rozwiniętą nawet u osobników, dotkniętych niedorozwojem intelektualnym znacznego stopnia. Sprawa przedstawia się tu dość jasno.

Trudniejszym do zrozumienia jest defekt moralny u osobników dostatecznie rozwiniętych pod względem intelektualnym. Osobnik taki nie ma żadnych przeszkód w przyswojeniu sobie kanonów moralności doczesnej, jeżeli zatem nie stosuje się do nich, to chodzić tu może jedynie o niedomagania w mechanizmie wiążącym działania norm moralnych środowiska.

Analizując mechanizm wiążącego działania nakazów moralności doczesnej, *Kronfeld* rozróżnia dwa rodzaje warunków prawidłowego funkcjonowania tego mechanizmu: warunki pozytywne i negatywne. Pozytywne warunki wiążącego działania nakazów moralnych obejmują zasadnicze wrodzone podstawy uczuciowości osobnika oraz momenty hamujące, nabyte drogą wychowania. Negatywnym warunkiem wiążącego działania nakazu etycznego jest brak obecności w psychice osobnika takich popędów, któreby go pchały w kierunku przeciwnym w stosunku do kierunku, wskazanego przez nakaz moralny, lub też, gdyby takie popędy były obecne — możliwość ich opanowania.

Zachodzi pytanie, czy jest do pomyślenia defekt jednego lub kilku warunków psychologicznych postępowania moralnego, któryby nie odbijał się na całokształcie życia psychicznego osobnika i prowadził do jednego tylko i jednolitego skutku w postaci wypaczenia moralności w znaczeniu izolowanego defektu moralnego. Z niemoralnością, która wypływa z defektów w podstawowej budowie psychologicznej osobowości moralnej człowieka, spotykamy się bardzo często, nie mamy jednak dowodów na to, że nie jest ona wytworem przypadkowym i że jest ona tym koniecznym wynikiem defektu mechanizmu psychologicznego, który musiałby się nieodwołalnie ujawnić we wszelkich warunkach zewnętrznych bytu osobnika, np. gdyby taki osobnik zamieszkał na bezludnej wyspie.

Defekt moralny różni się pod tym względem bardzo wyraźnie od procesu psychotycznego, który pozostaje zawsze i wszędzie tym samym i ujawniłby się na bezludnej wyspie w takiej samej postaci, jak go obserwujemy na sali szpitalnej, czy w pokoju izolowanym.

Musimy zawsze brać pod uwagę ewentualność, że niemoral-

ność jednostki ludzkiej może być wynikiem przygodnych okoliczności zewnętrznych, a nie wyłącznym i bezpośrednim skutkiem lub wyrazem anomalji psychicznej.

W życiu praktycznem miałyby przecież znaczenie cechy typu taka niemoralność postępowania, która byłaby jedynym widocznym skutkiem defektów w elementarnym mechanizmie psychologicznym postępowania moralnego i tylko taki defekt zasługiwałby na to, by go wyodrębnić w postaci izolowanego głuptactwa moralnego w myśl wywodów *Bleulera*.

Do tak ujętej postaci moral insanity nie dadzą się zaliczyć przypadki patologicznego nasilenia popędów elementarnych (ze wzmożeniem samopoczuciem, ze wzmożonym i perwersyjnie zniekształconym popędem płciowym) przypadki eretycznego głuptactwa intelektualnego, przypadki epileptoidu, charakteru histerycznego, pseudologii i patologicznej słabowolności. We wszystkich tych przypadkach możemy mieć do czynienia ze zniekształconymi formami postępowania w kierunku zejścia na tory stałej niemoralności, zasadnicze jednak rysy tych anomalji życia psychicznego ujawniać się będą także i poza obrębem ich życia moralnego.

Postać izolowanego defektu moralnego może zatem objąć jedynie tylko przypadki defektu w zakresie zasadniczego instynktowego stosunku osobnika do nakazów moralności doczesnej bez uchyień w innych przejawach życia psychicznego.

Wywody *Kronfelda* są niewątpliwie słuszne; zmierzają one do ściślejszego określenia psychopatologicznej istoty defektu moralnego i odgraniczenia tej postaci patologicznej od innych, w których niemoralność postępowania nie tkwi w istocie sprawy chorobowej, lecz jest wytworem wtórnym.

Łączenie wszystkich przypadków psychopatji, w których występuje niemoralność postępowania, w jedną grupę na podstawie kryteriów kryminalnych bez ściślejszego ograniczenia źródeł patologicznych niemoralności wprowadzałoby do psychjatrji obe nauce przyrodniczej kryterja klasyfikacyjne i wprowadziłoby do błędów rokowania, które w wielu razach może mieć doniosłe znaczenie praktyczne.

Nie ulega wątpliwości, że nie wszystkie przypadki defektu moralnego, opisane jako przypadki „moral insanity”, należą do tej grupy i, że tylko pewna część tych przypadków da się zaliczyć do ściślejszego typu amoralności psychopatycznej. Znaczna część przypadków patologicznego defektu moralnego w rozumieniu ściślejsem wykazuje zresztą przymieszkę rysów psychopatycznych innego ro-

dzaju, a mianowicie rysów histerycznych, pseudologicznych i eretycznych; powinowactwo tych rysów z defektem moralnym nie powinno nas przecież prowadzić do błędnego identyfikowania wrodzonego defektu moralnego z histerją, pseudologją lub eretycznym głuptactwem intelektualnem. Ilustracją praktycznego znaczenia odróżniania tych spraw stają się przypadki powrotu do normy społecznej osobników, u których błędne rozpoznanie wrodzonego defektu moralnego zdawało się wykluczać taki obrót sprawy.

Instynkt sympatji i jego perwersje.

Przejawy patologicznej amoralności Dupré zalicza do kategorii zaburzeń instynktu towarzyskiego albo społecznego. Instynkt ten obejmuje skłonności ustrojowe, które dostosowują jednostkę do życia zbiorowego w środowisku istot jej podobnych i pozwalają jej rozwinąć w tym środowisku jej indywidualne dążności bez krzywdy dla pozostałych członków zbiorowości.

Źródło, z którego wszystkie te skłonności biorą swój początek Dupré nazywa *instynktem sympatji*. Mocą tego instynktu jednostka kojarzy się z istotami jej podobnymi, a jej zasadnicze dążenia egoistyczne i altruistyczne, wypływające z instynktu samozachowawczego i rozrodczego zespala się w harmonijną całość, potrzebną dla zapewnienia dziełu życia ciągłości w czasie i przestrzeni.

Zjednoczenie bio - psychiczne istot tej samej grupy, powstające pod wpływem instynktu sympatji, wyraża się w popędzie naśladowczym, w stosunku jednej płci do drugiej, w stosunkach rodziców do ich płodów i we wzajemnych stosunkach pomiędzy członkami zbiorowości społecznej. Na podłożu instynktu sympatji wyrastają uczucia życzliwości, współczucia, litości i gotowość do poświęcenia siebie samego. Instynkt sympatji może ulegać zmianom patologicznym: może on nadmiernie wzmacniać się i rozszerzać poza ramy gatunku (jak np. w zoophilji u człowieka), może ulegać osłabieniu i zanikać (konsekwencją tej zmiany będzie egoizm, obojętność moralna, autystyczne odseparowywanie się od otoczenia) lub wreszcie może się zniekształcać perwersyjnie.

Jednym z wyrazów przewrotności instynktu sympatji jest *złośliwość ustrojowa*, która popycha osobnika do działań, mających na celu sprawienie innym cierpień czy to fizycznych, czy moralnych, czy wreszcie zrobienie innym krzywdy przez zniszczenie ich dobrobytu, szczęścia, zdrowia lub życia.

Złośliwość ustrojowa przejawia się u człowieka różnorodnie

w zależności od poziomu rozwoju intelektualnego osobnika, od jego kultury i właściwości jego charakteru. Inną jest ona u osobników biernych, apatycznych, inną u osobników nieustatkowanych, chwiejnych, inną u natur czynnych i okrutnych.

Na najniższym poziomie rozwoju intelektualnego ujawnia się ta złośliwość ustrojowa w pierwotnych destrukcyjnych czynnościach ruchowych. U niektórych idiotów znajduje ona swój wyraz w popędzie niszczycielskim, który zwraca wszystkie wysiłki mięśni kończyn i szczęk idjoty w kierunku bezmyślnego niszczenia (clastomania). U głuptaka złośliwość ustrojowa nosi już pewne znamiona wyborcze: wyraża się ona w dręczeniu zwierząt, w podpalaniu, w kradzieżach, w niszczeniu przedmiotów kradzionych i t. p. Na wyższym poziomie intelektualnym debila zarysowuje się wyraźniej personalny kierunek złośliwości ustrojowej, połączony z pewnem wyrafinowaniem. Złośliwy debil nie niszczy bezmyślnie, ale zwykle robi to komuś na złość; jego złośliwe złośczenia, niszczenie przezeń przedmiotów drogocennych ma na celu sprawienie komuś przykrości. Akty wandalizmu i sabotażu, przygotowania do wywołania katastrofy i t. p. są przejawami złośliwości tego poziomu rozwoju intelektualnego.

Jako więcej złożone i wyrafinowane przejawy złośliwości ustrojowej psychopatów spotykamy akty trucicielstwa i podpalania, nie wypływające z pobudek zemsty lub korzyści osobistej, lecz wyłącznie z motywów zadowolenia pragnienia dokuczenia komuś.

Ze skojarzenia złośliwości ustrojowej z tendencją do kłamstwa, fantastycznych zmyślań i udawania powstaje specjalna postać złośliwości, którą *Dupré* nazywa mytopatyczną. Obejmuje ona złośliwą skłonność do rzucania oszczerstw, do pisania złośliwych listów anonimowych, do donosicielstwa, do rozsiewania złośliwych plotek, do fałszywego oskarżania innych, a nawet i siebie samych, jeśli to jest potrzebne dla dokuczenia komuś (nprz. auto-hetero akkuzacje płciowe) oraz tą szczególną postać złośliwości, która prowadzi do czynu niszczycielskiego drogą żądzy zdobycia rozgłosu i pozyskała w literaturze francuskiej miano horostratyzmu (od Herostratesa, który spalił świątynię Diany w Efezie).

Do przejawów przewrotności instynktu sympatji i instynktu socjalnego *Dupré* zalicza obok złośliwości ustrojowej także przejawy uporczywego przeciwstawiania się tendencjom otoczenia, które nazywa przejawami „instynktu opozycji”.

„Instynkt opozycji” jest antytezą instynktu naśladowczego i spotyka się u niektórych psychopatów jako cecha wrodzona, zarysowująca się od wczesnego dzieciństwa i trwająca nieraz całe życie. Wy-

raza się on w stałym zajmowaniu stanowiska opozycyjnego w stosunku do tej ogólnej formuły reakcji, którą w tych samych okolicznościach przyjmują inni członkowie tego samego środowiska. Najpierwotniejsze przejawy instynktu opozycji, polegające u dzieci na przekornym reagowaniu ruchowym w kierunku przeciwnym temu, którego się od nich wymaga, nabierają w wieku późniejszym cech opozycji więcej złożonej, ujawniającej się w rozwoju uczuć, w urabianiu poglądów i w opozycyjnym kierunku czynności intelektualnych. Na podłożu instynktu opozycji wyrastają nieraz bezmyślne szkanowania innych osób, bezmyślne przeciwstawianie się cudzym radom i zarządzeniom, na podłożu tego ustrojowego ducha opozycji wyrastają też przejawy warcholstwa, buntu i rebelji. Uporczywe stanowisko opozycyjne w stosunku do pożytecznego wpływu otoczenia utrzymuje osobnika psychopatycznego tego typu na stanowisku jałowej defenzywy i powstrzymuje w nim rozwój uczuć altruistycznych i socjalnego przystosowania się.

Ustrojowe tendencje opozycyjne psychopatów mają pewne powinowactwo z negatywizmem schizofreników, mają też swój odpowiednik w psychice zwierząt, nie poddających się tresurze (np. t. zw. koler u koni).

Biologiczne znaczenie uczuć etycznych.

O biologicznem znaczeniu uczucia sympatji wiemy, niestety, bardzo niewiele.

Zjawiska, świadczące o istnieniu uczuć sympatji, spotykamy często wśród zwierząt, przedewszystkiem zaś wśród zwierząt, żyjących w gromadach stadnych, w zespołach parzystych oraz w ściśle zorganizowanych zespołach społecznych, spotykanych wśród owadów. U zwierząt wyższych uczucia sympatji znajdują swój wyraz nadewszystko w instynkcie macierzyńskim z towarzyszącą mu głęboką sympatją matki do dziecka. Zarówno związki społeczne zwierząt, jak również instynkt macierzyński służą bezpośrednio sprawie zachowania gatunku i rozwój ich należy ściśle od warunków, w jakich żyje gatunek.

Znaczenie instynktu macierzyńskiego, zaznacza się dość wyraźnie w stosunku nasilenia troskliwości macierzyńskiej do widoków zachowania przy życiu potomstwa. Szczególnie wyraźnie daje się to zaobserwować u ryb.

Cytowany przez Krzywickiego Sutherland obliczył, że samice niektórych gatunków z pośród ryb kostnoluskich (ganoidei) wydają rocznie około 6.000.000 jaj, które rzucają w morze bez najmniejszej

troski o losy ich potomstwa — z jaj tych dojrzewa zaledwie kilka sztuk. Natomiast samice gatunku *Aspido*, które przylepiają ikrę do swojego ciała, składają przeciętnie około 2.000 jaj rocznie, samice zaś gatunku *Bagrus*, które noszą jaja w swojej paszczęce dopóki nie wyklują się z nich młode ryby, wydają zaledwie 30 jaj rocznie.

Troskliwość matki o potomstwo stoi tu jak gdyby w stosunku odwrotnym do płodności matki.

U zwierząt wyższych, które wydają mniejszą ilość potomstwa, które tym sposobem mają słabsze szanse zachowania gatunku w stosunku do zwierząt bardziej płodnych, troskliwość matek o potomstwo wzrasta i dochodzi w niektórych przypadkach aż do poświęcania siebie samych w obronie potomstwa. Samice niektórych gatunków ptaków chronią jaja od zimna z takim samozaparciem się, że niekiedy same giną z głodu, byle nie pozostawić jaj bez opieki i osłony ich własnego ciała. Także i samice wielu zwierząt ssących oddają nieraz życie w ofierze dla obrony swego potomstwa.

Zwierzęta roślinożerne żyją przeważnie wielkimi gromadami; w stosunkach płciowych panuje wśród nich przeważnie bezład małżeński, rozwijają się wśród nich natomiast bardzo silne uczucia solidarności gromadnej, które pozwalają im na zorganizowanie obrony dzieci i samic przez silniejszych samców. Te uczucia solidarności stanowią w życiu zwierząt roślinożernych, żyjących stadnie, doniosłą broń w obronie przed drapieżnikami i tym sposobem przyczyniają się korzystnie do zachowania gatunku.

Zwierzęta mięsożerne, zwłaszcza zaś zwierzęta drapieżne muszą się trzymać zdaleka od siebie, gdyż tego wymaga ich sposób żywienia się mięsem innych zwierząt; kojarzą się one w pary, które unikają towarzystwa, odznaczają się natomiast dużą troskliwością w stosunku do potomstwa. Ten tryb życia zwierząt drapieżnych lepiej odpowiada celowi zachowania gatunku w walce o byt, niż życie w gromadzie, dające korzyści zwierzętom roślinożernym.

Wiele ptaków drapieżnych kojarzy się podobno na całe życie w pary, które okazują sobie wzajemnie wielkie przywiązanie małżeńskie. Miłość małżeńska niektórych ptaków (nprz. papug, synogarlic i in.) ma być tak wielką, że zdarza się podobno, iż po śmierci jednego z członków pary pozostały przy życiu osobnik zapada w stan ciężkiego przygnębienia, przestaje jeść i umiera.

Najwyższe objawy uspołecznienia spotykają się u owadów. Niektóre z nich, jak nprz. pszczoły, termity i mrówki tworzą zbiorowiska, znakomicie zorganizowane pod względem podziału funkcji i harmonijnego współdziałania. Podział funkcji w społeczeństwach

owadów łączy się z morfologicznym i fizjologicznym zróżnicowaniem osobników, należących do gniazda lub roju. W znakomicie zorganizowanych społeczeństwach owadów zasługują na uwagę zjawiska „współdrgania nerwowego”, występujące masowo u wszystkich jednostek, należących do zespołu społecznego. To „współdrganie nerwowe” udziela się u mrówek w ten sposób, że zaatakowana mrówka dotyka swoje towarzyszki różkami; każda z dotkniętych oddaje dotknięcie swoim najbliższym sąsiadkom i tym sposobem zostaje poruszone całe mrowisko. Wrzenie masowe wśród mrówek szerzy się niezmiernie szybko; ma ono na celu wspólną obronę mrowiska przed napastnikiem. W tej masowej obronie mrówki wykazują wielką odwagę, wzrastającą w stosunku prostym do liczby uczestniczek masowej reakcji obronnej. Współdziewiczne reakcje mrówek wiążą mrowisko w zespół, który umie nie tylko solidarnie bronić się przed napaścią, ale także harmonijnie współdziałać w interesie wspólnego dobra w życiu pokojowym.

Przejawy solidarności mrówek, opartej na „współdrganii nerwowym” stanowią ze stanowiska zbiorowego interesu mrowiska bardzo pożyteczną cechę, mającą szanse do utrwalania się w drodze doboru naturalnego. Ponieważ mrówki robocze, ujawniające tę cechę, nie rozmnażają się, należy przypuszczać, że wrażliwość dla wspólnych emocji jest właściwą także samicom i samcom, pełniącym funkcje rozrodcze w mrowisku.

Zjawisko „współdrgania nerwowego” występuje w jeszcze więcej jaskrawy sposób u termitów. Owady te tworzą zespoły o jeszcze bardziej posuniętej organizacji; mają one oprócz postaci płciowych, przeznaczonych do rozmnażania się gatunku postacie bezpłciowe dwójakiego rodzaju: robotników i wojowników. Obie te postacie termitów różnią się między sobą morfologicznie. Posiadający większe wymiary ciała wojownicy pilnują gniazda, bronią go przed inwazją wrogów zewnętrznych oraz dozoruja robotników. Ruch drgawkowy wojowników, połączony z uderzaniem kleszczami o ziemię, powtarza tłum robotników, poczem następuje wzmożona praca robotników, szczególnie jeśli chodzi o naprawieniu uszkodzeń gniazda.

Nie mamy podstaw do twierdzenia, że „współdrganii nerwowemu” mrówek i termitów, które oddaje tak znakomite usługi sprawie solidarności zespołu społecznego tych owadów, towarzyszą „uczucia sympatii” w znaczeniu psychologicznym. Zewnętrzne przejawy tych „współdrgań nerwowych” są przecież bardzo podobne do przejawów tych „współdrgań nerwowych” i emocji, które spajają uczestników zespołów ludzkich w ich wspólnych wystąpieniach.

Liczne fakty, dowodzące istnienia u zwierząt uczuć sympatii, niezależnych od instynktu macierzyńskiego i troski o zachowanie gatunku znaleźć można w „Życiu zwierząt” *Brehma*, w obserwacjach *Darwina*, w „Rozwoju moralności” *Letourneau*.

Darwin i *Letourneau* notują fakty, które mogą świadczyć o tem, że niektóre zwierzęta (np. pelikany i kanarki) rozciągają opiekę nad osobnikami, dotkniętymi kalectwem i starością. *Brehm* podaje fakty wzajemnego pomagania sobie niektórych zwierząt (np. małp) w niebezpieczeństwach i cierpieniach. Obserwowano u zwierząt nieraz (*Darwin*) przejawy uczucia przyjaźni nawet w stosunku do osobników, należących do innego gatunku; przyjaźni zwierząt towarzyszy niekiedy nawet gotowość do niesienia pomocy w nieszczęściu lub niebezpieczeństwie.

Na podstawie licznych spostrzeżeń tych autorów można stwierdzić, że przejawy sympatii odgrywają znaczną rolę w życiu zwierząt, jakkolwiek występują one często równorzędnie obok przejawów brutalnego okrucieństwa i zupełnego braku litości.

Ze stanowiska interesu jednostki przejawy uczuć sympatii mogą być raczej szkodliwe, niż pożyteczne. Altruizm, wyrastający na podłożu uczuć sympatii, godzi w interes jednostki nie tylko bezpośrednio jako antyteza egoistycznej troski o własny interes. Doświadczenie życiowe poucza nas, że altruizm nawet na dalszą metę nie może liczyć na korzyści, które mogłyby spłynąć na osobnika altruistycznego z tytułu reakcji odwzajemnienia się. Jeszcze *Ribot* zwrócił uwagę na to, że „człowiek bardziej przywiązuje się do tego, komu sam świadczy usługi niż do tego, kto jemu świadczy dobrodziejstwa i prąd życzliwości, płynący od dobroczyńcy do protegowanego jest silniejszy od prądu płynącego w odwrotnym kierunku od protegowanego do dobroczyńcy”. Wiadomą jest rzeczą, że współczucie silniej zarysowuje się w kierunku cierpienia, smutku i nieszczęścia, aniżeli w kierunku radości, szczęścia i zadowolenia i że dzięki temu w ogólnym bilansie psychofizjologicznych i biologicznych konsekwencji uczucia sympatii hamujący wpływ współczucia musi osiągać przewagę nad jego pobudzającym działaniem. Hedonistycznie pojmowany sens uczuć etycznych nie wyjaśnia ich biologicznego znaczenia, poszukiwanie bowiem moralnego zadowolenia nie może odbyć się inaczej, jak tylko kosztem ofiary z własnego dobrobytu jednostki. Biologicznego sensu uczuć etycznych nie wyjaśnia też „zasada spotęgowanego życia” w rozumieniu etyki *Guyau*, ponieważ przejawy uczuć etycznych często zarysowują się silnie właśnie u istot wątłych i ubogich, a rażący ich brak widzimy nieraz w wielu przypadkach biologicznego i ekonomicznego dobrobytu.

Jako wtórny przejaw pierwotniejszego instynktu społecznego, uczucia moralne mogłyby stawać się środkiem do utrwalenia gromadnego współżycia. Takie znaczenie przypisuje im *Spencer*, który próbuje powiązać sprawę dobra jednostki ze sprawą dobra ogółu za pomocą przesłanek teorii doboru naturalnego. Życie społeczne przedstawia, zdaniem *Spencera*, dla jednostki wielkie korzyści — zachowuje bowiem kruchy byt jednostki. Jednostka, nie umiejąca się poddać potrzebom życia społecznego, kierująca się wyłącznie tylko egoizmem, mająca tylko własne dobro na celu, nie może się ostać w walce o byt i musi po pewnym czasie zginąć. Przy życiu pozostają tylko jednostki uspołecznione, które umieją godzić własny swój interes z interesem gromady.

Pogląd *Spencera* na biologiczne znaczenie uczuć etycznych nie daje się obronić.

Trudno przypuścić, aby uczucia sympatji dawały jednostce w walce o byt silniejszy atut niż siła fizyczna, intelekt, energja, samolubstwo, które mają większe szanse do utrwalenia się w procesie doboru naturalnego, niż pochodny uczuć sympatji altruizm. *Spencerowski* pogląd na znaczenie uczuć moralnych, wiążący się ściśle z jego t. zw. „darwinizmem społecznym” spotkał się też z namiętnym sprzeciwem socjologów, którzy zastrzegają się przeciw identyfikowaniu uczuć moralnych człowieka z przejawami sympatji, instynktu macierzyńskiego, towarzyskości i solidarności zwierząt. Jeżeli te ostatnie przejawy w życiu zwierząt stoją zawsze w doskonałym związku z interesami gatunku i ściśle zależą od warunków, które decydują o zachowaniu gatunku poprzez idące po sobie pokolenia, uczucia moralne człowieka kształtują się pod silnym wpływem jego umysłowości, a bezpośredni związek pomiędzy interesem gatunku i zasadą postępowania, mający miejsce u zwierząt, rozluźniania się w życiu rodzaju ludzkiego na korzyść indywidualnych dążeń człowieka do osiągnięcia pełni życia w społeczeństwie, które jest czemś bardzo odmiennem od gatunku. Rozwój uczuć moralnych w społeczeństwie ludzkim odszczepia się od pnia uczuć sympatji, na którym wyrosły uczucia moralne. W życiu psychicznem człowieka zjawiają się pierwiastki oceny wartości, których niema w świecie zwierzęcym. Pierwiastki te wiążą się ściśle ze sprawą stosunków społecznych, które znów zależą od stosunków materialnych w społeczeństwie. Dzięki tej przymieszce wartości postęp moralny człowieka zatracą cechę ciągłego rozwoju samoistego; „pasma ogniw postępu moralnego, jak mówi *Krzywicki*, nie wysnuwa się samo z siebie, lecz kształtuje się w zależności od ciągłego szeregu zasadniczej sprawy rozwoju stosunków materialnych”.

Krzywickiego, jako socjologa, obchodzi przedewszystkiem intelektualna treść moralności. Moralność, jako cecha biologiczna, oznacza dla niego tyle tylko, że z przyrody swojej człowiek jest moralny, to znaczy, że „jest przygotowany do przyjęcia określonej treści norm moralnych”; jako twór przyrody jesteśmy jednak tylko „naczyniem moralnem bez treści, póki tej treści nie włoży w nas nasze otoczenie”.

Cecha „moralności” w znaczeniu zdolności potępienia własnego czynu, jako postępuku niższej wartości i zdolności odczuwania wyrzutów sumienia i skruchy jest właściwą tylko człowiekowi. Zwierzęta nie posiadają tej cechy — mogą one być tylko stworzeniami uspołecznionymi, obdarzonemu uczuciem sympatii.

„Moralność” swoją zawdzięcza człowiek swemu rozwojowi umysłowemu, odbywającemu się jednak na podłożu uczyć sympatii, odziedziczonych po zwierzętach.

Cecha moralności gatunku ludzkiego mogła ulegać powolnemu rozwojowi, ale tylko jako tło ogólne tego „naczynia bez treści” i „doprowadziła ona człowieka do tego, że nauczył się on powściągać odruchy i wdrożył się w tory postępowania, dające innym rękojmię bezpieczeństwa osobistego i bezpieczeństwa mienia”. Na tem tle ogólnem ukazują się urozmaïcenia indywidualne: jedne ujmujące moralności legalistycznie i intelektualistycznie, inne ujmujące ją ze stanowiska dobroci lub ambicji. Oba te typy przechodzą jeden w drugi, mieszają się wzajemnie, „aż wreszcie gdzieś w którymś z ogniw swoich stykają się z odmianami niemoralnymi, to jest takimi, które są odporne względem wszystkich zasad, podyktowanych przez jakiegokolwiek pożycie społeczne — z *obłąkańcami zmysłu moralnego*, pozbawionymi zupełnie wrażliwości na czyjekolwiek cierpienie i rządzącymi się jedynie pobudkami najpospolitszego samolubstwa”.

„*Obłąkaniec moralny*”, jako patologiczna odmiana człowieka, różni się zatem w rozumieniu *Krzywickiego* od większości ludzi nie tylko tem, że nie posiada właściwej treści moralnej, ale przede-wszystkiem tem, że w „obłąkańcu moralnym” niema tego „naczynia moralnego”, do którego dałoby się włożyć tak lub inaczej ujmowaną treść moralną.

Brak „naczynia moralnego” odróżnia zatem obłąkańca moralnego od większości ludzi, którzy są tem naczyniem, w każdej gromadzie ludzkiej, na każdym szczeblu rozwoju życia społecznego człowieka — ale tylko w gromadzie ludzkiej. Obłąkańca moralnego możemy szukać i znaleźć nawet w najprymitywniejszem, najmniej

zrózniczkowaniem otoczeniu społecznem, ale zawsze tylko tam, gdzie jest to otoczenie. Nie do pomyslenia byłby jednak typ „obląkańca moralnego” na bezludnej wyspie — to jest tam, gdzie chciałby go ulokować *Kronfeld*, aby się upewnić o jego patologicznej samostności.

Typ obląkańca moralnego, który pozostałby nim także i na bezludnej wyspie, byłby przecież do pomyslenia w tym przypadku, gdybyśmy źródeł jego patologicznej cechy braku moralności szukali nie w socjopsychicznej sferze jego umysłowości, ale nieco głębiej a mianowicie w tej sferze życia psychicznego, która jest wspólną człowiekowi i zwierzętom — w sferze uczuć sympatii.

Sprawie biologicznego znaczenia uczuć etycznych daje w ostatnich czasach odmienne oświetlenie psychiatra niemiecki *Otto Kant*. Świat pojęć idealnych, urabiający się pod wpływem „duchowego” rozwoju ludzkości, a więc także i świat ideału moralnego, nie może być zdaniem *O. Kanta*, traktowany jako intruz wrogi i szkodliwy dla procesów życia biologicznego jednostki.

Jakkolwiek ideał moralny nie jest wytworem ewolucji biologicznej i stanowi odrębną kategorię bytu, niezależną od ewolucji biologicznej, pozostaje on przecież w ścisłym związku z życiem, a dynamika życia moralnego człowieka splata się z dynamiką głębszych warstw naszego życia psychicznego węzłami ścisłego powinowactwa. Poznanie „duchowego” bytu człowieka należy zatem także do zakresu biologii w szerszym ujęciu jej zadań.

Moralna treść naszego idealnego „ja” ratuje nas, zdaniem *Kanta*, wtedy, kiedy nasz byt życiowy jest zagrożony. Nasz ideał moralny staje się też pewnego rodzaju wentylem bezpieczeństwa dla nadmiaru energii popędowej, która nie może być zrealizowaną w inny sposób, w procesie bowiem tworzenia się ideału mamy do czynienia z przeobrażeniem się niezdolnych do realizacji sił popędowych w oderwane tendencje wartościowe, dalekie od życia instynktu, które umożliwiają odpływ nadmiaru sił do łożyska nakazu, wypływającego z ideału moralnego.

Właściwy sens ideału moralnego poznajemy, zdaniem *Kanta*, od strony jego negatywu, którym jest „uczucie winy”. To uczucie winy budzi się w nas wtedy, kiedy popędy zwierzęce powstają przeciw naszej strukturze duchowej, kiedy zachodzi konflikt pomiędzy popędami lub dążeniami z jednej a naszym idealnem „ja” moralnem z drugiej strony.

Analiza krytycznych faz życia płciowego, a mianowicie okresu pokwitania płciowego i okresu przekwitania, jak również analiza

struktury psychicznej neurotyka, jako typu, przeżywającego uczucie winy nieustannie, wskazują na to, że uczucie winy budzi się zawsze tam, gdzie struktura psychiczna osobnika jest narażona na konflikt pomiędzy wymaganiami popędu i panującymi dążeniami wyższego rzędu.

Uczucie winy ma, zdaniem *Kanta*, sens przestrogi, która odpycha pokusę realizacji tych popędów, których zaspokojenie mogłoby wstrząsnąć całą strukturą psychiczną osobnika. Znaczenie uczucia winy możnaby porównać ze znaczeniem gorączki w chorobie zakaźnej; jest ona nie tylko prodromem ostrzegającym, ale także czynnikiem walki czynnej ze szkodliwością, która ją wywołuje. Uczucie winy łączy się u neurotyka z zastępczą realizacją popędu, nie dającego się zrealizować pozytywnie, w negatywnej formie — w formie jego marzeń sennych, jego natręctw i lęków. Uczucie winy uwalnia wreszcie neurotyka od uczucia niewydolności biologicznej, gdyż zasłania tą niewydolność maską moralnego potępienia dla tych przeżyć i popędów, które nie dadzą się zrealizować w jego życiu i tym sposobem odbiera im wartość ponęty.

Ideał moralny może zatem, w oświeceniu *Kanta*, posiadać w pewnych razach znaczenie regulatywu biologicznego, pożytecznego dla utrzymania harmonijnej równowagi w strukturze psychicznej osobnika, u którego tą lub inną drogą rozwinął się powściągnięty moralny. Pogląd *O. Kanta* nie wyjaśnia nam przecież ujemnych skutków biologicznych braku ideału moralnego i braku uczuć etycznych w tych strukturach psychicznych, które swoją równowagę utrzymywać mogą bez udziału tego czynnika, jeżeli siły popędowe tych struktur posiadają całkowitą zdolność realizacji bez potrzeby przeobrażania się w tendencje wartościowe wyższego rzędu.

Jeżeli uczucie winy, zjawiające się w świadomości jednostki jako wyraz uchybienia ideałowi moralnemu, może w pewnych warunkach wyrównywać słabe strony struktury biopsychicznej osobnika, to nie dowodzi to bynajmniej, aby ideał moralny dawał jednostce jakąkolwiek biologiczną przewagę w porównaniu z innymi jednostkami, u których ten ideał się nie zaszczepił i którzy z tego powodu uczuć winy nie posiadają.

Socjologiczne znaczenie uczuć etycznych.

W warunkach bytowania ludzkiego uczucia moralne oznaczają stosunek człowieka do człowieka w grupie społecznej; na poziomie tych uczuć powstaje rozkaznik, ograniczający różnorodne możliwości postępowania jednostki na korzyść wspólnej akcji grupy społecznej

i zabezpieczający tą wspólną akcją od tarć i konfliktów. Nakaz moralnego ustosunkowania się jednostki do grupy dotyczy tej jednostki jako obywatela, czy poddanego, jako współobywatela. Inaczej przedstawia się sprawa, kiedy chodzi o przewodników grupy. Jeżeli w stosunkach ludzkich wymaga się i od nich także moralności, to żądanie to dotyczy ich postępowania jako przykładu, jako bodźca dla wpływu sugestywnego na podległą ich władzy grupę. Przewodnikiem stada dzikich koni nie zostaje jednostka najłagodniejsza, ale raczej i przede wszystkim jednostka najodważniejsza, najwięcej wytrwała, najdzielniejsza.

Dzieje pouczają nas, że w stosunkach ludzkich energia, wytrwałość i zalety intelektu stanowią u przewodników grup właściwości, bardziej pożyteczne dla zbiorowych interesów grupy, niż wrażliwość na uczucia moralne, z towarzyszącą jej powściągliwością. Ludzie despotyczni, bezwzględni, nie liczący się z żadnymi skrupułami, zdobywają w dziejach społeczeństw ludzkich na stanowiskach przewodników nieraz więcej uznania i istotnie nieraz zasługują się lepiej grupom, pozostającym pod ich przewodnictwem, niż ludzie stojący na bardzo wysokim poziomie uczuć moralnych, ale pozbawieni tamtych pierwotniejszych właściwości psychicznych, którzy nieraz stają się sprawcami klęsk podległych ich przewodnictwu gromad.

W dyskusji, jaka rozwinęła się w kwestji klinicznego stanowiska „moral insanity” na terenie „Forschungsanstalt für Psychiatrie” w Monachjum w r. 1920 *v. Hunting* przytoczył kilka przykładów dziejowych, które nietylko dowodzą tego, że pierwotne właściwości psychiki takie, jak odwaga, energia, wytrwałość, rozum stanowią u panujących cenniejsze przymioty, niż ich moralność, ale wskazują nawet na to, że brak uczuć moralnych u przewodników państw, bliski temu, co ujmujemy w patologii jako „moral insanity” nie przeszkadza przewodnikowi kraju odegrać dodatniej roli dziejowej w jego ojczyźnie, a zdarza się nawet i tak, że tacy dzielni przewodnicy państw, pozbawieni uczuć moralnych, pozyskują sobie nietylko uznanie historyków, ale i serca współczesnych. Przykładem braku uczuć moralnych, który nie przeszkodził cesarzowi Rzymu zaznaczyć się dodatnio w dziejach jego ojczyzny może być Titus Flavius. Do 38-go roku życia odznaczał się on jako wódz legjonu wschodniego niesłychaną brutalnością i okrucieństwem. Jego orgie krwiożercze, nieustępujące orgiom Nerona, zdawały się zapowiadać, że stanie się on jednym z najokrutniejszych władców Rzymu. Wbrew oczekiwaniom straszny „pogromca żydów” stał się po objęciu władzy nie-

tylko rozumnym, ale i dobrym cesarzem; w ciągu 3-ch lat swego panowania zdołał on pozyskać u współczesnych przydomek „pociechy rodzaju ludzkiego”.

Przykładem dobrego panującego przy wybitnym upośledzeniu uczuć moralnych może być także Fryderyk Wielki.

Nie można, rzecz oczywista, powiedzieć tego o każdym przypadku obłąkania moralnego na tronie. Klasyczny przykład nieokiełzanego egoizmu, łotrostwa i okrucieństwa, ucieleśniony w osobie Ryszarda III-go, nie pozostawił po sobie nic więcej oprócz uczuć głębokiej odrazy.

Dla przeciwstawienia dodatniej roli dziejowej panujących o słabo rozwiniętych uczuciach moralnych można byłoby przytoczyć szereg przykładów ujemnych skutków dziejowych panowania takich ludzi, którzy odznaczeni się wybitną dobrocią, łagodnością i poczuciem sprawiedliwości, wykazali jednak nadmierną pobłażliwość i brak decyzji. Wystarczy wspomnieć o Karolu I angielskim, o Ludwiku XVI we Francji.

Przykłady dodatnich skutków rządzenia panujących z małą wrażliwością etyczną oraz przykłady ujemnych skutków rządzenia panujących, posiadających wysokie zalety moralne, świadczyłyby o tem, że pomiędzy instynktem społecznym i uczuciowością moralną mogą zachodzić rozbieżności.

Rozbieżności tych nie bierze pod uwagę *Ribot*, który sądzi, że uczucia moralne człowieka rozwijają się zawsze równolegle z rozwojem instynktu społecznego. *Ribot* wyobraża sobie tę sprawę w następujący sposób: początkowo budzi się w człowieku mglista świadomość tego, co trzeba robić i czego należy unikać w interesie gromady; stopniowo z tej świadomości rodzą się uczucia moralne, dochodzące w dalszych etapach rozwoju aż do bohaterstwa i poświęcenia.

Rozwój uczuć moralnych dokonywa się, zdaniem *Ribot'a*, samoistnie drogą pewnego rodzaju wynalazku: ludożerstwo w wielu miejscowościach zanika bez interwencji Europejczyków dlatego, że sami ludożercy dochodzą do wniosku, że pożeranie ludzi jest złem. Powołuje się on na podawany przez podróżnika du Challu przypadek pewnego władcy afrykańskiego, który z własnej inicjatywy, bez jakiegokolwiek wpływu z zewnątrz wydał przed swoją śmiercią rozkaz, zabraniający zabijania niewolników na jego grobie.

„Wynalazcami” w dziedzinie moralności byli wszyscy wielcy twórcy religii, jak Manu, Budda, Mojżesz i inni. Wszyscy oni byli wprawdzie wyrazicielami idei moralnych, kiełkujących już w ich

otoczeniu, wyprzedzali oni jednak swoich współczesnych w ideologii moralnej, a pod względem nasilenia uczuć etycznych wyrastali oni ponad przeciętny poziom ich otoczenia.

Jakkolwiek wszystkich tych „wynalazców” moralności powołuje na widownię dziejową rozwój instynktu społecznego w masach ludzkich, to przecież im zawdzięcza ludzkość cały swój postęp w dziedzinie kultury etycznej.

Nasuwa się z konieczności pytanie, czy jednostka, wyrastająca ponad poziom moralny swego otoczenia, posiadająca pewien przerost uczuciowości moralnej w stosunku do przeciętnej „normy” we współczesnym jej otoczeniu, nie zasługuje na to, by ją zaliczyć do tej samej grupy „obłąkańców moralnych” do której zaliczamy ludzi, dotkniętych brakiem lub niedorozwojem uczuciowości etycznej.

Jeżeli operujemy terminem „obłąkania moralnego”, połączenie obu tych krańcowych odchyłeń w nasileniu uczuciowości etycznej w jednej grupie staje się przy przyrodniczym ujęciu sprawy logiczną koniecznością tak samo, jak koniecznym jest zaliczanie do jednej grupy zaburzeń wydzielania wewnętrznego przejawów nie tylko hypo- ale także i hyperfunkcji pewnego gruczołu.

Za koniecznością łącznego traktowania przejawów hyperfunkcji uczuć moralnych z ich niedomogą przemawia i to, że przeciętny poziom wrażliwości etycznej osobnika zmienia się w przebiegu jego indywidualnego rozwoju, że jest on w pewnej mierze zależny od płci, oraz wielu innych czynników natury ustrojowej i patologicznej. Krzywa rozwoju uczuć etycznych w ontologicznym rozwoju jednostki podnosi się i opada równolegle z podnoszeniem się i opadaniem tych wszystkich fizycznych i psychicznych właściwości jednostki, które stanowią jej broń w walce o byt i charakteryzują jej biologiczne walory.

Jeżeli zatem w patologji psychiki ludzkiej pozyskał sobie prawo obywatelstwa chorobliwie nasilony egoizm, brak wrażliwości etycznej i brak uspołecznienia, słuszną jest rzeczą znaleźć tam miejsce także dla chorobliwie wzmożonego altruizmu, przewrażliwienia etycznego i nadmiaru współczucia.

Przypadków nadmiernego altruizmu, jeśli mu nie towarzyszy inne zaburzenie psychiki, nie znajdziemy, rzecz oczywista, w klinice psychiatrycznej; musimy ich szukać w życiu poza zakładem i niewątpliwie znajdziemy ich wiele wśród cichych ofiar poświęcenia, wśród ludzi dobrych, dających się wyzyskiwać ludziom złym i niegodnym ich dobroci.

Pod obserwację lekarską mogą trafić i trafiają przypadki nad-

wrażliwości etycznej u pewnej kategorii psychopatów, u których możliwy jest nawet konflikt z porządkiem prawnym na tem tle.

W szpitalu w Tworkach przed kilku laty przebywał na obserwacji sądowo-psychjatrycznej inteligentny młody człowiek, odznaczający się dużą wrażliwością etyczną, oskarżony o podrobienie dokumentów urzędowych i pieczęci.

W czasie służby wojskowej zetknął się on na kresach z kilkoma przypadkami nadużywania władzy przez funkcjonariuszów administracji miejscowej. Oburzony temi faktami, doniósł on o nich do władz nadzorczych, a potem do władz centralnych. Gdy doniesienia jego pozostawały bez widocznych dlań skutków, postanowił on po pewnym czasie sam zająć się ukaraniem winnych i wyrównaniem strat pokrzywdzonym. W tym celu podrobił on sobie dokumenty urzędnika ministerstwa i, grając rolę delegata władzy centralnej, przeprowadził rewizję kilku urzędów prowincjonalnych, zawiesił w urzędowaniu kilku urzędników, którzy dopuścili się nadużyć, wydał polecenie zwrotu niesłusznie, jego zdaniem, pobranych opłat i zarekwirowanych przedmiotów.

Nadmiar współczucia może być niekiedy wprost szkodliwym przy wykonywaniu pewnych zawodów. Wiadomą jest rzeczą, że lekarze bardzo niechętnie leczą członków własnej rodziny, gdyż wiedzą o tem, że zbyt żywe współczucie dla osób najbliższych przeszkadza im w jasnej, obiektywnej ocenie objawów choroby i może się fatalnie odbić na ich rozpoznaniach i leczeniu. Chirurg, w którym odezwałoby się zbyt żywe współczucie dla pacjenta, którego ma operować, nie mógłby dokonać zabiegu, niezbędnego dla uratowania życia lub dla zdrowia chorego.

Zbyt duże współczucie dla oskarżonego tępi ostrze oskarżającego go prokuratora, wyprowadza sędziego z jego właściwej roli, może przeszkadzać każdemu funkcjonariuszowi publicznemu w wykonaniu zadań, wypływających z jego stanowiska i podyktowanych potrzebą życia społecznego.

Psychologja uczuć etycznych.

Powstaje pytanie, czy defekt, ograniczony do zasadniczego uczuciowego stosunku osobnika do tego, co obejmują nakazy moralności doczesnej, niepowikłany defektami w innych dziedzinach życia psychicznego, jest zjawiskiem prostem, czy mechanizm uczuciowości etycznej nie daje powodów do przypuszczenia, że możemy tu mieć do czynienia nie z jednym defektem, ale z szeregiem jakościowo odmiennych braków, które w ostatecznym wyniku dają obraz „moral insanity”,

W normalnym mechanizmie rozwoju uczuć etycznych *Störring* rozróżnia czynniki dwojakiego rodzaju: indywidualny i socjalny. Rozwój czynników indywidualnie uwarunkowanych ocen etycznych opiera się na podłożu następujących funkcji psychicznych: 1) zdolności współodczuwania cudzej radości i cudzego cierpienia (uczucie sympatji), 2) zdolności odczuwania sympatji dla czynności innych ludzi (którą *Störring* wyróżnia pod nazwą „wrażenia sympatji” — „*Sympathieempfindung*”), 3) zainteresowanie się czynnością psychiczną wogóle z oddaniem pierwszeństwa zadowoleniu psychicznemu przed zadowoleniem zmysłowym oraz 4) zdolność promieniowania uczuć z jednego wyobrażenia na drugie.

Zdolność współodczuwania cudzych stanów uczuciowych obejmuje sprawy dwojakiego rodzaju: sprawę rozpoznania cudzego stanu uczuciowego i sprawę obudzenia się reakcji współczucia z rozpoznaniem cudzym stanem uczuciowym.

Jeszcze *Hume* zastanawiał się nad tem, że nie posiadamy możliwości bezpośredniego postrzegania cudzych stanów uczuciowych i doszedł do wniosku, że możemy jedynie postrzegać *przyczyny* tych stanów lub ich *skutki*, któremi są zmiany głosu i wyglądu zewnętrznego osób czujących.

Hume sądził że poznajemy cudze stany uczuciowe za pośrednictwem wyobraźni. Dzięki podobieństwu dusz ludzkich stan uczuciowy jednej osoby udziela się drugiej osobie w ten sposób, że albo postrzeżenie zewnętrznych przejawów stanu uczuciowego jednej osoby wywołuje w drugiej osobie wyobrażenie przyczyny, która spowodowała te zmiany zewnętrzne człowieka t. j. wyobrażenie jego uczuć lub też, odwrotnie, postrzeżenie przyczyny, która może wywołać zmianę stanu uczuciowego drugiej osoby, wywołuje w nas wyobrażenie skutków. Wyobrażenie stanu uczuciowego drugiej osoby staje się w pojęciu *Hume'a* koniecznym pośrednikiem w powstawaniu współczucia, którego istota polega na tem, że w osobniku współczującym powstaje najprzód wyobrażenie własnego stanu uczuciowego, przeżywanego w podobnych warunkach we własnym doświadczeniu, a potem dopiero odtwarza się w osobniku czującym odpowiednia radość lub cierpienie.

W myśl takiego pojmowania mechanizmu sympatji, współczucie zyskało w psychologii nazwę *uczucia wyobrażeniowego*, to jest uczucia, wywołanego nie bezpośrednio przez wrażenia, lecz za pośrednictwem wyobrażeń odtwórczych.

Störring upraszcza koncepcję *Hume'a* w ten sposób, że opuszcza pośrednictwo wyobrażenia własnego stanu uczuciowego w repro-

dukcji uczuciowej we współczuciu i wiąże je bezpośrednio z postrzeganiem okoliczności, podobnych do tych, które towarzyszyły poprzednio doznawanym stanom przyjemności lub przykrości osoby współczującej. W myśl teorii *James'a-Langego*, dotyczącej stosunku zmian cielesnych, występujących w stanach uczuciowych do samego procesu uczuciowego, oraz na tej podstawie, że pewne przejawy cielesne, towarzyszące stanom uczuciowym (jak nprz. zblednięcie) nie mogą być nam znane z własnego doświadczenia *Störri*ng koryguje pogląd *Hume'a* w ten sposób, że w przypadku spostrzegania zmian cielesnych, towarzyszących uczuciom, których nie możemy uważać za „skutek” stanu uczuciowego, zwłaszcza zaś w przypadku postrzegania zmian cielesnych, których nie mogliśmy poznać u siebie samych, przyjmuje on współdziałanie kojarzenia postrzegania tych zmian najprzód z postrzeganiem a potem z wyobrażeniem przyczyny, która we własnym naszym doświadczeniu towarzyszyła odpowiednim stanom uczuciowym.

Ale nawet przy takim uproszczonym tłumaczeniu mechanizmu poznawania cudzych stanów uczuciowych trudno byłoby zrozumieć niektóre przejawy współodczuwania u małych dzieci, które nie miały jeszcze sposobności poznania przeżyć uczuciowych we własnym doświadczeniu. Dlatego też niektórzy, jak nprz. *Lehman*¹⁾ skłaniają się do przypuszczenia, że istnieje wrodzony związek pomiędzy postrzeganiem cudzych ruchów i naśladowaniem ich przez dziecko, jak również pomiędzy czuciami, towarzyszącymi wyrazom ruchowym uczuć i odpowiadającymi im uczuciami, przeżywanymi przez dziecko.

*Mc. Dougal*¹⁾ przypuszcza, że wyraz ruchowy każdego instynktu bezpośrednio pobudza sam instynkt: instynkt strachu nprz. może być obudzony niezależnie od innych przyczyn przez sam okrzyk strachu. Dzieci odpowiadają na krzyk drugich osób i na uśmiechy drugich osób bezpośrednio. Słyszac okrzyk przestachu, doznajemy sami uczucia przestachu nawet w tym przypadku, w którym nie są nam znane przyczyny, które wywołały przestach osoby krzyczącej.

Teoria, która tłumaczy powstawanie współczucia naśladowaniem ruchów, zawodzi jednak, według dowcipnej uwagi *Groethusena* w przypadku psa, który na widok radości swego pana odpowiada wymachiwaniem ogona. *Fröbes* jest zdania, że zrozumienie cudzego stanu uczuciowego może się dokonywać zarówno drogą naśladowania, jak i drogą doświadczenia bez pośrednictwa naśladowania.

Zienkowski sądzi, że zjawisko współczucia nie jest zjawiskiem

¹⁾ cyt. przez *Fröbes'a*.

pochodnem, że tkwi ono w samej osobowości. Powiada on: „ty” i „ja” są pojęciami korelatywnemi; w samej osobowości znajduje się pewien, zwrócony ku środowisku socjalnemu biegun socjalny i osobowość nie potrzebuje przeżywać złożonego procesu rozwoju, jaki nprz. konstruował *Spencer*, na to, ażeby się zrastać ze środowiskiem socjalnem. Osobowość nie potrzebuje się z niem zrastać, ponieważ jest ono jej „dane”. Osobowość rozwija się w nieustannem z niem oddziaływaniu wzajemnem”.

Warto przypomnieć, że za pierwotnością przejawów współczucia wypowiadał się także u nas *Biegański*.

Sądzę, że najsluszniejszym jest chyba stary pogląd *Sully*, który w procesie współczucia rozróżnia kilka następujących po sobie momentów. Bezpośredni oddźwięk uczuciowy, powstający pod wpływem naśladowania dostrzeżonych wyrazów ruchowych cudzego uczucia jest najpierwotniejszą postacią współczucia. U istot wyżej rozwiniętych po tym pierwotnym odźwięku następuje drugi okres sympatii, w którym odbywa się więcej zawiły proces świadomego przypisania dostrzeżonych znamion zewnętrznych sytuacji uczuciowej. Bezpośrednio z tym okresem łączy się oddziaływanie współczulne — to jest obudzenie się całego cyklu spraw ustrojowych, związanych ze współczuciem i obudzenie się samego współczucia w świadomości. Ostatni moment współczucia stanowią konsekwencje odczynu ruchowego osoby współczującej, zmierzające do usunięcia przyczyny cudzego cierpienia lub okazania radości w przypadku cudzego zadowolenia.

Faktem jest, że w psychice zdrowego dziecka zdolność odczuwania stanów uczuciowych otoczenia i przejawy współczucia zjawiają się bardzo wczesnie. *Darwin* zaobserwował na własnych dzieciach, że już w połowie drugiego miesiąca życia były one zdolne do uśmieszku, którym odpowiadały na widok uśmiechniętej twarzy matki. Reakcja ta nie zjawiała się wtedy, kiedy dziecko nie było zupełnie zdrowe. Począwszy od 3-go miesiąca życia dziecko, jeśli jest zdrowe i wypoczęte, reaguje na widok wesołej uśmiechniętej twarzy już nie tylko lekkim uśmieszkiem, ale wyraźnym uśmiechem, a na widok twarzy zagniewanej, złej i ponurej, choćby nie towarzyszyły temu widokowi dźwięki, mogące wywołać strach, dziecko reaguje płaczem.

Sully mówi o dziecku 9½ miesięcznem, które płakało na widok łez matki. Cytowany przez *Zienkowski*'a *Preyer* opowiada, że jego dziecko, które miało wówczas 2 lata i 3 miesiące, płakało widząc na obrazku człowieka lub zwierzę w niebezpieczeństwie.

Przejawy naśladownictwa, znane dobrze z okresu początków rozwoju mowy dziecka jako echolalja dziecięca, występują jeszcze wcześniej jako echopraksja mimiczna, która staje się pierwszym ogniwem ściślejszego powiązania przeżywanych stanów uczuciowych z ich wyrazem mimicznym. Początkowo dziecko nie uświadamia sobie jeszcze powodu swego zadowolenia lub niezadowolenia przy tych przeżyciach i byłoby rzeczą przedwczesną z tych przejawów efektywnych dziecka wyciągać jakiekolwiek wnioski o związku tych stanów z przeżyciami dziecka w znaczeniu przeżyć motywujących zmiany uczuciowe. Dziecko nie wie jeszcze dlaczego płacze i nie wie z czego się cieszy.

Opierając się na poglądach psychologów, można przypuszczać, że przenikanie cudzych stanów uczuciowych do naszej uczuciowości może odbywać się w różnorodny sposób, że drogi tego przenikania mogą się wzajemnie uzupełniać. Nie mamy wiadomości o tem, czy w przypadkach wrodzonego defektu moralnego, wszystkie te drogi są zamknięte, czy ewentualnie jest zamknięta tylko jedna z nich i która mianowicie. Być jednak może, że wrodzony defekt moralny nie wyklucza możliwości rozeznania cudzego stanu uczuciowego, że źródłem daltonizmu moralnego wcale nie jest daltonizm uczuciowy. Psychopaci z kategorii moral insanity zdają sobie sprawę z tego, że inni cierpią z ich powodu, chociaż chłód uczuciowy, malujący się w ich wyrazie twarzy, w ich wejrzeniu nie ujawnia nawet pierwotnych przejawów naśladowczego współodczuwania.

Najistotniejszym źródłem defektu moralnego wydaje się być zaburzenie w budzeniu się oddźwięku współczucia, którego może nie być nawet w przypadku prawidłowego rozeznania cudzego stanu uczuciowego. *Störning* przypuszcza, że osłabienie nasilenia reprodukowanych stanów uczuciowych w procesie współczucia, występujące w przypadkach patologicznego defektu moralnego, jest zaburzeniem natury ogólniejszej, że dotyczy ono nie tylko współczucia, ale wogóle zdolności odtwarzania uczuć. Gdyby tak było istotnie, „moral insanity” byłoby tylko częściowym przejawem zaburzenia ogólniejszego. Cytowany przez *Fröbes'a Oetzelt-Nevin* mówi o wrodzonej dyspozycji do współczucia, której niema w przypadku defektów moralnych u młodocianych przestępców, niepozbawionych uzdolnień intelektualnych, mających za sobą doświadczenie własnego cierpienia i niepozbawionych także pamięci uczuć.

Ta wrodzona dyspozycja do współodczuwania z cudzem cierpieniem może być zaznaczona silniej lub słabiej. Jest rzeczą ciekawą, że dyspozycja ta rozwija się u dziecka nierównomiernie. Na

podstawie ankiety, zebranej wśród rodziców, cytowany przez *Zienkowski'a Boeck* stwierdził, że okres, w którym dziecko najczęściej przejawia swoje współczucie, przypada na czas pomiędzy 2-im i 6-yim rokiem życia. Połowa przypadków ujawnionego współczucia odnosiła się w materiale *Boeck*a do ludzi i to przeważnie do członków rodziny; dopiero od 3-go roku życia dziecka spotyka się przejawy współczucia względem osób z poza rodziny. Nie ulega wątpliwości, że w rozwoju współczucia u dziecka dużą rolę odgrywa wpływ otoczenia, ale że współczucie posiada głębokie korzenie w duszy dziecka, to widać wyraźnie w przypadkach jego współczucia względem zwierząt, a nawet względem przedmiotów martwych. *Sully* przytacza wzruszające powodzenie pewnego dziecka o kamieniu, leżącym przy drodze : „biedny kamień, jak mu smutno tak leżeć na jednym miejscu”.

Zdolność odtwarzania przyjemności lub przykrości przy zetknięciu się z cudzym stanem uczuciowym nie jest jeszcze wszystkim w uczuciu sympatii. W przejawach współczucia z cudzem cierpieniem lub radością występuje obok reprodukcji uczucia także moment *wczucia* się w cudzy stan psychiczny, moment swoistego osobistego stosunku uczuciowego osoby współczującej do osoby cierpiącej lub rozradowanej. Twierdzenie *Rousseau*, że przy współczuciu z cierpieniem przeżywamy cierpienie, ale nie w nas samych, tylko w osobie cierpiącej, daje obraz tego momentu „*wczucia się*”, z jakim mamy do czynienia w sympatii. Zdaniem *Adama Smitha* to wczuwanie się polega na tem, że wyobrażamy sobie siebie samych postawionych w położenie osoby, z którą współczujemy, że myślowo dokonywujemy zamiany naszego stanowiska ze stanowiskiem osoby, która staje się przedmiotem naszego współczucia. W istocie rzeczy uczucia, budzące się w nas przy współczuciu, nie odnoszą się do nas samych, lecz odnoszą się bezpośrednio do tych osób, z którymi współczujemy i proces myślowy przenoszenia się na stanowisko osoby, budzącej współczucie, jest tu niepotrzebny.

Samego „wczuwania się” w cudzy stan uczuciowy bez pierwotnego zasadniczego oddźwięku współczulnego nie można sobie wyobrazić; do pomyślenia byłby jednak taki stan, w którym przy obecności zasadniczego oddźwięku współczulnego reakcja etyczna zawodzi z powodu braku lub osłabienia momentu „wczuwania się” w cudzą sytuację uczuciową.

Sprawa braku „wczuwania się” wiąże się z inną sprawą, którą *Ribot* ujmuje pod nazwą *przychylności* i określa, jako „sympatię w ścisłym znaczeniu słowa”. Do współdzwźwięczności psychicznej,

która stanowi pierwszy warunek sympatji, musi dołączyć się, zdaniem *Ribot'a*, nowy pierwiastek życzliwości i przychylności w stosunku do osoby cierpiącej lub radosnej, aby ujawnił się nasz czynny udział w cudzem cierpieniu lub radości.

„Sympatja w znaczeniu ściślejszem“ nie jest prostą reakcją czystego współodczuwania z cudzą przyjemnością lub przykrością, ale składa się z dwóch pierwiastków. W tem, co wyobrażamy sobie pod nazwą sympatji różnica obu tych pierwiastków zaciera się dlatego, że w większości przypadków sympatji obydwie te momenty występują razem; za różnorodnością ich przemawia przecież to, że spotykamy takie przypadki sympatji (w znaczeniu etymologicznem), którym nie towarzyszy przychylny stosunek do cierpiącego, w którym dochodzi niekiedy nawet do odsuwania się od przedmiotu, wywołującego współczucie. Zjawisko efektywnej obojętności (w znaczeniu braku reakcji) przy prawdopodobnej obecności sympatji spotykamy u pewnych gatunków zwierząt, żyjących w zespołach gromadnych. Tak np. pszczoły, które żyją w mocno zorganizowanych zespołach socjalnych, nie troszczą się wzajemnie o siebie, jeśli którą z nich spotka nieszczęśliwy wypadek; różnią się one pod tym względem bardzo wybitnie od mrówek, które rozciągają bardzo żywą opiekę nad zranionymi towarzyszami. Także niektóre wyższe zwierzęta, żyjące stadnie, odsuwają się od zranionych towarzyszków.

W stosunkach ludzkich spotykamy nieraz osoby bardzo wrażliwe, które usuwają się na widok cudzego cierpienia nie dlatego, aby nie współczuły z cierpiącym, ale dlatego, że widok cierpienia sprawia na nich wrażenie bardzo nieprzyjemne i wrażenie to hamuje w nich budzącą się tendencję okazania pomocy cierpiącemu. W niektórych razach współczucie może tą drogą doprowadzić nawet do niechęci względem osoby cierpiącej.

Egoistyczne zachowanie się w stosunku do cierpiącego może zatem mieć swoje źródło nietylko w słabem nasileniu elementarnej reakcji odczuwania przyjemności lub przykrości w zetknięciu się z cudzą radością czy cierpieniem, ale także w braku zdolności wczuwania się w cudzy stan psychiczny lub w braku przychylnego stosunku do osoby cierpiącej, który jest potrzebny dla przewyciężenia hamującego działania oddźwięku przykrości.

Od sympatji dla cudzych stanów uczuciowych *Störring* odróżnia sympatię dla stanu czynnego innych ludzi, którą nazywa „wrażeniem sympatji“. Dzieci cieszą się z własnych czynności cielesnych, które stają się wyrazami ich mocy; sprawia im też przyjemność widok nacechowanych mocą czynności cielesnych innych osób,

zwłaszcza jeśli są to czynności, które dziecko może naśladować. Na dalszych szczeblach rozwoju dziecko zaczyna się interesować także czynnością psychiczną innych i stopniowo zainteresowanie to bierze górę nad zainteresowaniem w stosunku do czynności cielesnych. Nacechowane mocą czynności psychicznych innych osób budzą szczególnego rodzaju sympatię. Sympatia ta nie jest identyczna z sympatią dla przyjemności, która towarzyszy stanowi czynnemu, ponieważ w świadomości naszej w chwili odczuwania tej sympatii wysuwa się na pierwszy plan nie przyjemność, towarzysząca stanowi czynnemu, ale sam stan czynności, nacechowanej mocą. W przypadku obudzenia się sympatii dla stanu czynnego innych osób powstają w nas popędy naśladowcze i czucia napięcia, które im towarzyszą, stają się źródłem doznawania sympatii dla czynności samej.

Czucie sympatii dla nacechowanego mocą stanu czynnego innych osób nie pozostaje bez wpływu na rozwój etyczny człowieka. W postępowaniu bowiem etycznym mamy do czynienia z czynnym przezwyciężaniem przeszkód, hamujących dążenia etyczne.

Nie posiadamy wiadomości o tem, czy i w jakiej mierze dzieci „uczuciowo chłodne” z zadatkami wrodzonego defektu moralnego są zdolne do odczuwania sympatii dla nacechowanego mocą stanu czynności innych, czy i w jakiej mierze czynnik tej sympatii dałby się wyzyskać w wychowaniu tych dzieci dla uzupełnienia ich uczuciowego braku. Na podstawie luźnych obserwacji własnych sądzę, że dzieci typu uczuciowo chłodnych nie są obojętne dla uczuć sympatii względem nacechowanego mocą stanu czynności, wydaje mi się jednak mało prawdopodobnem, by czynnik tej sympatii mógł zrównoważyć zasadniczy ich brak lub wypaczenie współczucia.

Brak czucia sympatii dla stanu czynności innych i dla własnego stanu czynnego jest do pomyślenia w przypadkach niedorozwoju intelektualnego oraz w przypadkach wrodzonych braków w zakresie sprawności ruchowej dziecka. Trudniej byłoby sobie wyobrazić taki brak w postaci izolowanej i przypisać mu rolę czynnika przyczynowego w tem, z czem mamy do czynienia w przypadkach „moral insanity”.

Twierdzenie *Störringa*, że czynnik zainteresowania się oderwaną czynnością psychiczną z oddaniem pierwszeństwa zadowoleniu psychicznemu przed zadowoleniem zmysłowym stanowi konieczny warunek rozwoju etycznego człowieka, nie wymaga bliższych wyjaśnień. Zadowolenie, towarzyszące oderwanej czynności psychicznej jest wolne od tych powikłań, jakie towarzyszą użyciu zmysłowemu, nie zagraża przykrością, jaką sprowadzają nadużycia. Jest rzeczą

pospolicie znaną, że pogoń za użyciem zmysłowym spycha na dal-
szy plan zainteresowanie się czynnością psychiczną i staje się dla
tego właśnie źródłem wielu wykołajeń z torów życia etycznego na-
wet w ramach skądinąd prawidłowego rozwoju psychicznego.

Ostatnim wreszcie warunkiem prawidłowego rozwoju etycznego,
tkwiącym w ogólnych właściwościach psychicznych jednostki, jest
zdolność promieniowania uczuć z jednego wyobrażenia na drugie.
Zdolność promieniowania uczuć polega na tem, że stan uczuciowy,
towarzyszący pewnemu wyobrażeniu (pn. przykreść, która towarzy-
szy doznanej karze) przenosi się na inne wyobrażenie (np. wyobra-
żenie czynności zagrożonej karą), które pierwotnie nie było powią-
zane z tym stanem uczuciowym.

Przenoszenie uczuć odbywa się przy pośrednictwie kojarzenia
wyobrażeń jeśli oba wyobrażenia często występują współcześnie lub
często następują jedno po drugim. Wyobrażenie pośredniczące
może zatrzeć się w świadomości, zaś stan uczuciowy, który mu pier-
wotnie towarzyszył, może pozostać w trwałym związku z tem no-
wem wyobrażeniem, do którego został przeniesiony. Pedagogiczny
wpływ kary i nagrody, nagany i pochwały opiera się na zasadzie prze-
noszenia uczuć i jasną jest rzeczą, że czynnik patologiczny, któryby
hamował lub uniemożliwiał promieniowanie uczuć musiałby pociąg-
nąć za sobą ciężkie skutki także i w moralnym rozwoju jednostki.

Filozofowie moralności dawnej doby sądzili, że nasze oceny
etyczne opierają się na wrodzonym sumieniu, późniejsi poczęli kwes-
tyjonować wrodzone pochodzenie sumienia i przypisywali jednolitość
ocen etycznych przyzwyczajeniu.

Na podstawie analizy psychologicznej ocen etycznych wiemy
dziś, że człowiek nie przynosi z sobą na świat wrodzonego sumie-
nia, że rozwija się ono w każdym z nas na podłożu ogólnych wła-
ściwości psychicznych. Nasze oceny etyczne opierają się bądź na
indywidualnie uwarunkowanych ocenach efektów woli, bądź też na
ocenie samej woli niezależnie od jej efektów.

Efekty naszej własnej woli wywołują w nas uczucia zadowole-
nia lub niezadowolenia. Uczucia te budzą się w nas albo bezpoś-
rednio lub za pośrednictwem współczulnego oddźwięku ze strony
otoczenia, na którego stanie uczuciowym odbijają się skutki nasze-
go postępowania. Ze względu na efekt, jaki pociąga za sobą ten
lub inny przejaw naszej woli, zadowolenie zmysłowe, towarzyszące
aktowi woli, może być nasilone lub osłabione przez wyższy rodzaj
zadowolenia lub niezadowolenia i tą drogą powstają oceny etyczne,
oparte na efektach woli. Oceny, tak uwarunkowane, mogłyby pro-

wadzić nas przecież niekiedy do fałszywych wniosków, mianowicie w tych przypadkach, w których rzeczywiste następstwa pewnego sposobu postępowania nie odpowiadają intencjom działającego: zdarza się bowiem niekiedy, że wbrew najlepszym zamiarom działającego powstają efekty ujemne lub też, że złośliwe poczynania kończą się wbrew ich intencji dobroczynnymi skutkami. Przypadki tego rodzaju kolizji trafiają się stosunkowo rzadko i nie mają istotnego wpływu na ocenę woli, opartą na uczuciach zadowolenia lub przykrości, pochodzących od efektów woli, ponieważ przenoszenie uczuć od wyobrażenia efektów do wyobrażenia intencji opiera się tu nie na wyjątkowych zdarzeniach przypadkowego związku, ale na związku najczęściej spotykanym, w przeważającej bowiem liczbie przypadków niema kolizji intencji z efektem i efekt nie jest owocem przypadku.

Fałszywemu kierunkowi oceny etycznej, opartej na efektach woli, zapobiega także ocena samej woli, niezależna od jej efektów. Jeżeli w walce motywów dążenie do zdobycia przyjemności chwilowej zostaje osiągnięte kosztem istotnego dobra osobnika, działanie idące po linii tego dążenia pociągnie za sobą w następstwie przewagę uczucia niezadowolenia. Wyobrażenie działania, obliczonego na osiągnięcie chwilowej przyjemności, połączone z uczuciem niezadowolenia, stanie się czynnikiem hamującym w stosunku do dążeń, obliczonych na jej zdobycie w danej sytuacji kosztem istotnego dobra. Jeżeli zaś przy współdziale reprodukcji doświadczeń połączonych z niezadowoleniem następczem, uda się nam opanować dążenie, obliczone na zdobycie doraźnej przyjemności, i osiągnąć istotne zadowolenie moralne, zadowolenie tą drogą osiągnięte stanie się czynnikiem pobudzającym działanie moralne. Uczucie zadowolenia, kojarzące się z wyobrażeniem działania, obliczonego na osiągnięcie istotnego dobra, może wzmacniać się przez to, że będzie kontrastowało z uczuciem niezadowolenia w przypadku ulegania dążeniom, obliczonym na przyjemność doraźną. Przy następnej, retrospektywnej ocenie własnego działania powstawać będzie wyobrażenie tężyzny woli, a pod jego wpływem sympatja, towarzysząca postrzeżeniom i wyobrażeniom nacechowanych mocą czynności życiowych, wywoła w nas powrotne uczucie sympatji w stosunku do własnej woli i postępowania.

Te powrotne uczucia sympatji stają się nowym czynnikiem, pobudzającym postępowanie w kierunku wskazań etycznych. Powstawać mogą te uczucia nie tylko w stosunku do nas samych, ale także w stosunku do zwycięskiego opanowania popędów, obliczonych na doraźną przyjemność, ujawnionego w postępowaniu innych osób.

Ale nacechowane mocą dążenia do osiągnięcia doraźnej przyjemności mogą także wywoływać oddźwięk sympatji, która może sprzyjać zwycięstwu popędów niższych, których ze stanowiska etycznego nie uważamy za wyraz siły, lecz uważamy za wyraz słabości. Takiemu negatywnemu wpływowi sympatji w stosunku do nacechowanych mocą dążeń, obliczonych na osiągnięcie doraźnej przyjemności, przeciwstawia się w warunkach normalnych generalna decyzja woli, mająca swoje źródło w dążeniu do uniknięcia nieprzyjemności, jaka następuje po zadowoleniu popędów niższych, o ile to zadowolenie osiąga się kosztem istotnego dobra osobnika.

Generalna decyzja woli pójsia po linii istotnego dobra, powtarzająca się przy każdej sposobności zboczenia na linię mniejszego oporu za popędem, obliczonym na osiągnięcie przyjemności doraźnej, zasilana przykładami zwycięstwa wskazań etycznych w życiu autorytetów moralnych, prowadzi do rozwoju pewnego stałego kierunku woli. Postępowanie, odpowiadające temu stałemu kierunkowi woli, urobionemu pod wpływem generalnej decyzji oparcia się podnieciom, pobudzającym do poszukiwania doraźnych przyjemności, staje się w świadomości osobnika postępowaniem ściśle związanem z jego osobowością, wypływającym z niej, gdy tymczasem dążenia, budzące się pod wpływem podnieci doraźnych, wydają się osobowości czemś obcem, czemś narzuconem jej z zewnątrz. W przypadku zwycięstwa podnieci doraźnej nie mamy świadomości samoistnego postępowania, nacechowanego mocą; nawet silne dążenia w kierunku osiągnięcia doraźnej przyjemności nie wydają się nam własnymi naszymi dążeniami i zawsze towarzyszy im uczucie słabości i przygnębienia. Dążenia do osiągnięcia istotnego dobra łączą się w naszej świadomości z poczuciem własnej siły i poczuciem godności. Każdemu z nas znany jest ten przyjemny stan odczuwania własnej osobowości jako takiej, która posiada moc pójsia po linii świadomie obranego kierunku woli, zmierzającego do osiągnięcia istotnego dobra i przeciwstawiania się podnieciom, które nas nęcą zadowoleniem chwilowych pożądań.

Obok tego mechanizmu powstawania poczucia własnej godności, w którym istotną rolę odgrywa przeciwstawienie dążeń, zmierzających do osiągnięcia istotnego dobra, tym dążeniom, które są oparte na popędach chwili i zamierzają do osiągnięcia doraźnej przyjemności, *Störring* dopuszcza możliwość istnienia także jeszcze innej drogi rozwoju poczucia własnej godności. Sądzi on, że sama czynność psychiczna może stawać się bezpośrednio przedmiotem wyobrażeń celowych, przedmiotem naszych pragnień i naszej woli niezależ-

leżnie od zadowolenia, które towarzyszy jej wtedy tylko, kiedy odbywa się ona w granicach, odpowiadających zasobowi naszych sił psychicznych i fizycznych. Generalna decyzja woli może być nastawiona na zapewnienie zwycięstwa dążeniom do czynności psychicznej nad dążeniami do czynności zmysłowej. Taka wielokrotnie powtarzająca się generalna decyzja woli prowadzi i tu także do nadawania woli pewnego trwałego kierunku.

Na ocenę etyczną postępowania wpływają oprócz czynników, uwarunkowanych indywidualnie, także zewnętrzne czynniki socjalne.

W najpierwotniejszej postaci czynniki te uwydatniają się we wpływie kary i nagrody na nasze postępowanie.

Byłoby błędem wyobrażać sobie, że w walce motywów wyobrażenie kary powstrzymuje nas od postępowania, które w poprzednim doświadczeniu skojarzyło się z doznaniem nieprzyjemności, że uczucie niezadowolenia, wywołane karą lub naganą nie ma bezpośredniego związku z wyobrażeniem chęci dokonania zagrożonego karą czynu. Przy powtarzaniu się kary dokonywa się przeniesienie uczucia nieprzyjemności na wyobrażenie czynu, po którym następuje kara i uczucie nieprzyjemności nawiązuje się bezpośrednio do wyobrażenia tego czynu. W analogiczny sposób wyobrażeniu czynu, po którym wielokrotnie występowała przyjemność pochwały lub nagrody, towarzyszy bezpośrednio uczucie przyjemności. Istotny sens kary i nagrody trafnie ujmuje powiedzenie *Lipps'a*, że dziecko przymuszane do dobrego, poznaje dobro we własnym doświadczeniu i osiąga zadowolenie, które daje mu dobro.

Wundt'owska zasada heterogonji celów, orzekająca, że każda czynność wywołuje skutki, które w słabszym lub silniejszym stopniu sięgają poza pierwotne zamiary, zaznacza się dobitnie na przykładzie zadowolenia, jakie sprawia nam postępowanie etyczne. Zadowolenie to ma swoje źródło w doznaniu sympatii, jaką budzą w nas efekty postępowania etycznego, w doznaniu przyjemności, jaka towarzyszy czynności nacechowanej mocą życiową, wreszcie w poczuciu, że my sami jesteśmy twórcami tych efektów i tych czynności.

Czynnik pochwały i nagany wzmacnia się przez szczególny wpływ autorytetu. W życiu psychicznym zdrowego dziecka autorytet posiada każda dorosła osoba, która imponuje mu już choćby tylko wzrostem, siłą i sprawnością fizyczną.

Ponieważ przedmiotem pochwały i nagany ze strony osób, posiadających dla nas autorytet, stają się treści, urabiane przez szeregi pokoleń, jednostka uczestniczy za pośrednictwem autorytetów, od których otrzymuje pochwały lub nagany w doświadczeniach pokoleń, urabiających oblicze moralne gromady, do której należy.

Na dążeniu do realizacji tego, co występuje w naszej świadomości jako nakaz etyczny, pochodzący ze współzycia socjalnego, urabia się w nas poszanowanie samego siebie, jako jednostki zdolnej do skutecznego rozwijania dóbr moralnych gromady. W przypadku odchyłania naszego postępowania od kierunku, wyznaczonego nam przez generalną decyzję woli, budzi się w nas silne uczucie niezadowolenia i żalu, które daje powód do odnowienia generalnej decyzji woli.

Do wzmożenia generalnej decyzji woli daje nam powód także rozważanie życia bohaterów moralnych ludzkości.

Czynniki socjalne mogą wpływać na nasze oceny etyczne także w inny sposób. Powstanie organizacji społecznej i państwa daje jednostce powód do rozszerzenia zakresu jej sympatji, do obudzenia w niej uczuć poszanowania dla organizacji społecznej lub państwowej i uczuć sympatji dla instytucji publicznych. Na podłożu tej sympatji oraz wypływających z niej dążeń urabia się w osobniku uczucie poszanowania dla samego siebie, jako jednostki skutecznie popierającej rozwój instytucji społecznej lub państwowej.

Poszanowanie samego siebie łącznie z uczuciem sympatji dla innych staje się źródłem rozwoju poszanowania dla cudzej godności osobistej. Myśl, że nasze postępowanie mogłoby obrażać cudzą godność osobistą, staje się myślą, której towarzyszy silne uczucie przykrości, która nabiera wagi na szali motywów naszego postępowania.

Z czysto psychologicznych wywodów *Störringa*, dotyczących warunków powstawania i rozwoju ocen i uczuć etycznych możemy wyprowadzić wniosek, że w zakresie samej uczuciowości etycznej, w jej strukturze psychologicznej możliwe są odmiany natury patologicznej i patogenetycznej.

W zakresie uczuć sympatji możliwym jest brak lub upośledzenie zdolności „rozpoznania” cudzego stanu uczuciowego, brak lub upośledzenie pierwotne oddźwięku współczulnego, który może być albo wyrazem upośledzenia ogólniejszej zdolności odtwarzania uczuć lub też wyrazem braku szczególniejszej dyspozycji do współodczuwania, możliwym jest brak przychylności w stosunku do najbliższego otoczenia, jaka w warunkach normalnych zazwyczaj występuje u dziecka w stosunku do osób, które je wychowują. Źródłem zahamowania rozwoju uczuć etycznych może się stać brak lub upośledzenie odczuwania sympatji dla nacechowanego mocą stanu czynności fizycznej lub psychicznej innych osób, słaby stopień zainteresowania się oderwaną czynnością psychiczną z przewagą zainteresowania dla zadowolenia zmysłowego; źródłem zahamowania rozwoju uczuć etycz-

nych może być wreszcie brak lub upośledzenie funkcji promieniowania uczuć.

Patogenetyczne znaczenie wszystkich tych możliwych braków, upośledzeń i zniekształceń nie jest jednakowe. Niektóre z nich mieszczą się w granicach dostępnych dla wpływów wychowawczych i mogą być kompensowane prawidłową funkcją innych czynników rozwoju uczuć etycznych, inne natomiast dotyczą podstawowych warunków rozwoju uczuć etycznych i albo zupełnie nie poddają się wpływowi wychowania lub poddają się mu w bardzo słabym stopniu i nie dają się kompensować.

Słaby stopień zainteresowania dla wyższej oderwanej czynności psychicznej z przewagą zainteresowań dla zadowoleń zmysłowych jest zjawiskiem zwykłym u dziecka. U olbrzymiej większości dzieci, niepozbawionych zasadniczych uczuć sympatji, przychylnie usposobionych dla ich wychowawców, stosunkowo łatwo daje się obudzić wyższe zainteresowania i rozwinąć hamulce dla zainteresowań zmysłowych.

Upośledzenie zdolności przenoszenia uczuć z jednego wyobrażenia na drugie jest przejawem, towarzyszącym ograniczoności kojarzeń w niedorozwoju intelektualnym. W niedorozwoju słabego i średniego stopnia wychowawcy udaje się do pewnego stopnia rozwinąć zakres połączeń asocjacyjnych dziecka i do pewnego stopnia rozwinąć także zdolność przenoszenia uczuć.

Skutki dla rozwoju etycznego osobnika, wynikające z upośledzonego promieniowania uczuć, może w pewnej mierze kompensować zasadniczy oddźwięk bezpośredniego współczucia.

Brak sympatji dla nacechowanych mocą czynności innych osób może wpłynąć hamująco na rozwój ambicji i poczucia godności osobistej jednostki, nie może jednak odbić się głębiej na etycznym stosunku jednostki do otoczenia, jeśli nie jest ona pozbawiona zasadniczego uczucia sympatji w stosunku do stanów uczuciowych otoczenia.

Najpoważniejsze obawy prognostyczne budzić muszą braki, upośledzenia i zniekształcenia w zakresie podstawowych uczuć sympatji, ujawniające się w tym okresie życia osobnika, w którym czynniki wewnętrzne górują nad czynnikami zewnętrznymi, a mianowicie w okresie najwcześniejszego dzieciństwa. Braki, upośledzenia i zniekształcenia w przejawach uczuć sympatji, obserwowane w okresie dzieciństwa, przemawiają do nas wymową cech wrodzonych, tkwiących głęboko w istocie organizacji psychicznej jednostki, wolnych od wpływu otoczenia i niemal że wszelkich innych czynników zew-

nętrznym. Jeżeli te braki, upośledzenia lub zniekształcenia nie są wtórnym przejawem zaburzeń życia popędowego dziecka, jeśli nie są skutkiem niedomogi intelektualnej dziecka, doszukujemy się w nich znamion ich samoistności patologicznej

Zaburzenie uczuć sympatji u dziecka.

O życiu psychicznym dziecka w okresie najwcześniejszego dzieciństwa możemy sądzić jedynie tylko na podstawie obserwowania jego ruchów, jego mimiki, gestów i całego zachowania się.

Odczytujemy w tem zachowaniu się pogodę wejrzenia, radosny uśmiech, poszukiwanie pieczyoty i skłonność do okazania czułości, odczytujemy wyraz oczekiwania rzeczy pożądaney i wyraz zadowolenia z powodu zaspokojenia pragnienia. W późniejszym okresie życia dziecka dopatrujemy się wyrazów wdzięczności, respektowania innych osób, przychylności w stosunku do rodziców, rodzeństwa i rówieśników. Są to wyrazy psychiki zdrowego dziecka, które uważamy za istotę zdolną do odczucia i przyjęcia okazanej mu życzliwości i zdolną do odpowiedzenia na doznaną życzliwość czułym oddźwiękiem tej samej życzliwości. We wszystkich przejawach uczuciowych zdrowego dziecka niezależnie od panującego w jego psychice podstawowego nastroju, odzywa się jego żywy udział w życiu uczuciowym otoczenia, jego przystępnosc i skłonność towarzyska, która staje się osnową dalszego rozwoju etycznego i socjalnego dziecka. Jakże inaczej wygląda dziecko chore, zaliczane do patologicznego typu „uczuciowo chłodnych”.

Jeden z lepszych znawców psychopatologii dziecka, *Homburger*, opisuje zachowanie się dzieci tego typu w następujący sposób: Już w najwcześniejszym okresie życia tych dzieci daje się zauważyć brak tych prymitywnych przejawów współodczuwania, które tak wyraźnie zarysowują się u zdrowego dziecka; w dalszych okresach rozwoju dzieci tego typu nie zjawiają się też te więcej złożone przejawy sympatji, które zazwyczaj spotykamy u ich zdrowych rówieśników. Zamiast wyrazów współczucia rzuca się nam w oczy u niektórych dzieci tego typu namiętna skłonność do niszczenia, poszukiwanie zadowolenia w zaczepce, bójce, drapaniu. Dziecko takie odpycha najżyczliwszych; ze wszystkich przejawów jego psychiki wieje chłód i zupełny brak wrażliwości na okazywaną czułość. Stojąc pod względem rozwoju intelektualnego na poziomie nie niższym od przeciętnego poziomu jego rówieśników, dziecko „uczuciowo chłodne” znajduje przyjemność w dręczeniu zwierząt; kiedy jest nieco starsze i może rozumieć pouczenia wychowawców dziecko takie

dręczy zwierzęta w dalszym ciągu wbrew pouczeniom i zakazom; nawet ból fizyczny, zadawany mu celowo, by mu dać odczuć ból zwierzęcia, nie powstrzymuje takiego „uczuciowo chłodnego” dziecka od dalszego znęcania się.

Dziecko „uczuciowo chłodne” niszczy swoje zabawki nie z chęci zaspokojenia swojej ciekawości, by dowiedzieć się „co jest w środku”, jak to robią czasami dzieci zdrowe, ale z przyjemności niszczenia. Dziecko takie niszczy złośliwie także inne przedmioty, by tem sprawić przykrość innym osobom, tendencyjnie sprawia innym ból fizyczny. Zachowanie się takiego dziecka nie ma nic wspólnego z pewnego rodzaju przypadkowym sprawieniem komuś bólu przy „drażnieniu się”, uprawianiem niekiedy przez zdrowe dzieci przy zabawie.

Te złośliwe skłonności dziecka uczuciowo chłodnego nie poddają się wpływom wychowawczym i budzą w każdym doświadczonym pedagogu uzasadnioną obawę najfatalniejszych następstw, jakie wyrosnąć mogą na podłożu tej wrodzonej właściwości — słusznie uważanej za anormalną.

W przypadkach złośliwej skłonności niszczyielskiej dziecka i wyraźnie wrogiego ustosunkowania się dziecka do najbliższego otoczenia, otrzymujemy wrażenie, że naturalny oddźwięk współczucia uległ tu patologicznemu wypaczeniu, że miejsce oddźwięku sympatii zajął oddźwięk antypatii.

Dziecko zdaje się rozumieć ból jaki zadaje drugiej osobie, wrażenie tego bólu nie sprawia mu przykrości, lecz przeciwnie raczej podnieca je przyjemnie. W innych przecież przypadkach chłodu uczuciowego nie spotykamy tak wyraźnie tego wrogiego nastawienia; chłód uczuciowy ogranicza się tu tylko do ilościowych zmian nasilenia oddźwięku współczucia, które w przypadkach krańcowych spada do zera i daje nam negatywny obraz zupełnego braku oddźwięku sympatii.

Istnienie typu uczuciowo chłodnego dziecka, dającego się rozpoznać już w okresie bardzo wczesnego dzieciństwa, kiedy warunki zewnętrzne, w szczególności wychowanie, nie miały jeszcze możliwości zaznaczyć swego dobrego czy złego wpływu, stanowi najmocniej przekonujący dowód możliwości występowania zespołu anetycznego na podłożu patologicznym i wrodzonym.

Z możliwością tą nie liczy się psychologia indywidualna *Adlera* i jego szkoły, przypisująca wszelkie spaczenia charakteru człowieka, a więc także i spaczenia jego uczuciowości etycznej, wyłącznemu wpływowi otoczenia, odrzucająca zasadniczo czynnik wrodzonego usposobienia psychopatycznego i dochodząca do negacji prawa dziedziczenia cech psychicznych.

W pojęciu psychologii indywidualnej wszyscy są wyposażeni przez naturę jednakowo; pojęcie dziedziczności staje się „systemem zabobonu naukowego” (*Künhel*, cytowany przez *Mikulskiego*) a manifestacje psychopatyczne, które nie są w istocie rzeczy niczem więcej, jak tylko normalną reakcją osobnika na ujemne oddziaływanie środowiska, istnieniem swoim dowodzą tylko opieszałości i powierzchowności lekarzy, którzy nie umieją czy nie chcą sięgnąć do ich właściwego źródła, aby je usunąć z widowni cierpień ludzkich.

W okresie najwcześniejszego dzieciństwa, w którym doświadczane oko psychopatology i wychowawcy może już nieraz wyczytać zadatki uczuciowego chłodu, nie może być mowy ani o Nietzsche'ańskiej „Wille zur Macht”, ani o hyperkompensacji niedowartościowości organicznej, ani o reakcji dziecka na zaniedbanie go, czy zły stosunek otoczenia do jego ambicji.

Przypadki wrodzonego zespołu anetycznego, ujawniającego się w warunkach, wykluczających zależność braku uczuć sympatii od ujemnego wpływu środowiska, rozbijają doszczętnie optymizm *Adler'owskiego* światopoglądu i nakazują pośpieszny odwrót w kierunku zapoznawanej przez psychologię indywidualną rzeczywistości biologicznej.

Dziedziczne i ustrojowe podłoże uczuć etycznych.

W szeregu prac kazuistycznych, poświęconych „moral insanity” praca doktorska *H. W. Maiera* z r. 1908 wyróżnia się tem, że dotyczy po raz pierwszy zagadnienia dziedzicznego podłoża samoistnego defektu moralnego.

Chory *Maiera* był według wszelkiego prawdopodobieństwa nielegalnym synem chorego, opisanego poprzednio przez *Bleulera* i pochodzącego z dobrze znanej rodziny pastorskiej.

W przypadkach *Maiera* i *Bleulera* patologiczny niedorozwój moralny był przekazywany dziedzicznie w drodze wyraźnego jednorodnego i bezpośredniego obarczenia.

Wczytując się uważniej w opis tych przypadków, otrzymuje się przecież wrażenie, że nie były to przypadki czystego izolowanego defektu w zakresie uczuć etycznych; zwłaszcza w przypadku *Maiera* wyraźnie zaznaczają się rysy pseudologii, hysterji i eretyzmu. Chory *Maiera* począł ujawniać złośliwość charakteru dopiero w wieku szkolnym; w okresie wcześniejszego dzieciństwa ulgał on napadom sennowłóctwa.

Schizofrenja.

Meggendorfer zebrał około 100 przypadków, zarubrykowanych pod nazwą „moral insanity”, które zbadał pod względem klinicznym i genealogicznym. Uznał on za konieczne rozdzielić te przypadki na dwie liczebnie mniej więcej równoważne grupy. W pierwszej z tych grup, obejmującej 25 dokładniej zbadanych przypadków, znalazł on rzucające się w oczy i panujące w obrazie klinicznym cechy afektywno - epileptoidalnego usposobienia. Cechy te nie ujawniają zresztą żadnego istotnego podobieństwa z cechami konstytucji epileptycznej i zbliżają się raczej do cech degeneracji histerycznej. Pod względem genealogicznym ta pierwsza grupa przypadków wykolejeń moralnych wykazuje bezpośrednio obarczenie dziedziczne w postaci cech psychopatycznej pobudliwości i nieustankowania oraz skłonności do czynów kryminalnych u rodziców i przodków. Alkoholizm przodków spotyka się często w tej grupie przypadków „moral insanity”, *Meggendorfer* nie przypisuje mu jednak znaczenia w powstawaniu usposobienia do epileptoidalnych reakcji afektywnych, widzi w nim raczej tylko wyraz nieustankowania. W żadnym przypadku tej grupy „moral insanity” *Meggendorfer* nie znalazł dziedzicznego obarczenia jakkolwiek wyraźną i określoną chorobę psychiczną, ani też obarczenia właściwą padaczką.

We wszystkich przypadkach wykolejeń moralnych, zaliczonych do tej grupy *Meggendorfer* stwierdził dużą skłonność do ustępowania antisocjalności z wiekiem. W kilku przypadkach mógł on na podstawie badań katamnestycznych stwierdzić, że chorzy uważani za beznadziejnych, zachowywali się zupełnie poprawnie, a niekiedy nawet społecznie dodatnio w ciągu 7-u, 10-u a nawet 13-u lat po wyjściu z więzienia lub zakładu psychiatrycznego. Nieoczekiwanie dobra prognoza w tej grupie przypadków „moral insanity” wskazywałaby na podobieństwo epileptoidu afektywnego z histerją, której przejawy zazwyczaj łagodnieją z wiekiem.

Druga grupa przypadków *Meggendorfera*, uznanych przezeń za przypadki właściwego „moral insanity”, obejmuje 15 dokładniej zbadanych osobników. We wszystkich przypadkach tej grupy *Meggendorfer* stwierdził ciężkie obarczenie dziedziczne schizofrenją, której ani razu nie znalazł wśród przodków chorych pierwszej grupy. Sposób obarczenia był w tej grupie przypadków taki sam jak w przypadkach zwykłej schizofrenji, przeważała mianowicie postać pośredniego dziedziczenia nad bezpośrednim i schizofrenja

występowała często u rodzeństwa i w bocznych liniach drzewa genealogicznego.

Na podstawie tych badań *Meggendorfer* sądzi, że chorzy tej grupy mają w swej istocie coś wspólnego z rozszczepieniem psychicznym. Pokrewieństwo tej grupy przypadków „moral insanity”, nazywanych przez *Meggendorfera* przypadkami „paratymji”¹⁾ ze schizofrenją jest zdaniem autora tak wielkie, że nie można tu już mówić o wspólnej dla tych spraw anomalji ustrojowej — schizoidalnej postaci psychopatji, ale należy uważać te przypadki „moral insanity” poprostu za przypadki procesu psychotycznego, a mianowicie procesu schizofrenicznego o swoistych przejawach. Najważniejszy argument, na którym *Meggendorfer* opiera swój pogląd na procesowy charakter jego paratymji, polega na tem, że braki i upośledzenia uczuciowości etycznej nie występują tutaj jako znamiona wrodzone, ale zjawiają się w późniejszym okresie życia chorych, najczęściej dopiero w okresie pokwitania jako zanik uczuciowości, która do czasu powstania choroby rozwija się prawidłowo.

Analiza przypadków „paratymji” doprowadza *Meggendorfera* do przekonania, że w tej postaci „moral insanity” można doszukać się wszystkich istotnych cech czy to schizofrenji *Bleulera* czy *dementiae praecocis Kraepelina*. Podobnie jak schizofrenicy chorzy ci często operują częściami jakiegoś pojęcia zamiast całości. Całe ich postępowanie jest pozbawione celu, dziwaczne i nieobliczalne. Często chorzy ci wykazują ubóstwo myślowe, niekiedy można zaobserwować u nich nawet zatamowanie biegu myślowego. Najwięcej uderzającymi są u tych chorych zmiany w zakresie życia uczuciowego. Pustka uczuciowa spotyka się wprawdzie u tych chorych rzadziej niż u schizofreników, ale ogólne zubożenie, wypaczenie uczuciowe, nieumotywowana zamiana uczuć życzliwości na uczucia nienawiści, uczucie obcości w stosunku do najbliższych zdarzają się często. Chorzy ci stają się bezwzględnyymi w stosunku do najbliższych, tracą poczucie taktu i wszelką subtelność uczuciową. Wypaczenie stosunku uczuciowego do otoczenia stanowi jedną z główniejszych cech psychiki tych chorych; niekiedy obok tego wypaczenia dają się zauważyć także przejawy ambiwalencji i ambitendencji. Chorzy ci odsuwają się od otoczenia, stają się autystami. Niekiedy przy starszej i dłuższej obserwacji można u tych chorych uchwycić przelotne stany lękowe, podobne do tych, jakie nieraz przygodnie towarzyszą schizofrenji.

¹⁾ Termin ten ma u *Meggendorfera* zupełnie inne znaczenie niż u *Bleulera*, który tą nazwą oznacza jakościowo niedorównane przejawy życia afektywnego.

Możnaby się też u tych chorych doszukać przejawów tego osłabienia woli, które *Kraepelin* podkreślał w swoim „otępieniu wczesnem”.

„Paratymja” *Meggendorfera* nie da się jednak identyfikować z żadną z opisanych dotychczas poszczególnych postaci klinicznych schizofrenji, w szczególności nie można identyfikować paratymji z hebefrenją, z którą te przypadki mają najwięcej podobieństwa. *Meggendorfer* chciałby podnieść swoją paratymję do godności samodzielnej postaci w grupie schorzeń schizofrenicznych. Podobnie jak w parafrenji zaburzenia sądzenia, wysuwające się na pierwszy plan w obrazie klinicznym, zasłaniają zaburzenia uczuć i woli, tak znów w paratymji zaburzenia uczuć etycznych zajmują pierwsze miejsce i odsuwają na drugi plan przejawy z dziedziny intelektu.

W przeciwstawieniu do wykolejeń moralnych, wyrastających na podłożu afektywno - epileptoidalnego usposobienia, zboczenie etyczne paratymików odznaczają się niepomyśłą prognozą i prowadzą do trwałej antisocjalności, która nie poprawia się z wiekiem.

Podział patologicznych wykolejeń moralnych, dokonany przez *Meggendorfera*, wydaje mi się zupełnie słusznym. Przypadków wykolejeń moralnych, wyrastających na podłożu wzmożonego nasilenia i tempa lub nieopanowanej żywiołowości afektów nie można stawiać na równi z przypadkami zespołu anetycznego, który ma swoje źródła w schorzeniu uczuciowości etycznej. Osobnik psychopatyczny o silnie rozwiniętych popędach, obarczony gwałtownym, wybuchowym temperamentem może nieraz popełnić czyn nieetyczny, nie znaczy to przecież bynajmniej, by czyn taki był u niego wyrazem braku zasadniczej sympatji dla ludzi, by nie umiał on odróżnić dobra od zła, by po fakcie uniesienia się nie czuł on żalu lub wstydu. Młodzieniec o skłonnościach histerycznych może z chęci zaimponowania kolegom, dla ukrytych celów wywołania podziwu wśród swego otoczenia dopuścić się czynów bardzo nieetycznych, nie tracąc przy tem zasadniczej sympatji dla otoczenia, której w innych okolicznościach może dać wyraz przesadny nawet. Trudniej byłoby pogodzić się z drugą częścią wniosków *Meggendorfera*, dotyczącą psychotycznego charakteru paratymicznej postaci „moral insanity”.

Nie ulega wątpliwości, że zespół anetyczny może się zjawić na podłożu ogólnego otępienia uczuciowego w procesie schizofrenicznym, jako jeden z pierwszych lub jeden z najdobitniejszych przejawów tego procesu.

W nielicznej grupie 4-ch przypadków patologicznych wykolejeń moralnych, zbliżonych do typu „moral insanity” zebranych

przez *Batawię* z materiałów Sądu, Warszawskiej Kliniki psychiatrycznej i Szpitala w Tworkach, dwa wykazują bliski związek ze schizofrenją. W przypadku B. (demonstrowanym przez *Wilczkowskiego*) mamy do czynienia ze schizofrenją, którą na szereg lat przed wybuchem choroby poprzedziły ciężkie wykołejenia moralne bez wyraźnych znamion procesowych. W przypadku Z. (obserwowanym w Tworkach przez *Jełowickiego*) przekształcenie charakteru 14—15 letniego chłopca w kierunku głębokiego stopienia uczuć moralnych zdaje się dopiero zapowiadać proces schizofreniczny, który w ciągu kilku lat dotychczas jeszcze nie rozwinął się dość wyraźnie.

Faktem, na którym możemy opierać wniosek o procesowym charakterze pewnego zespołu patologicznego, może być tylko fakt przeobrażenia przedchorobowej osobowości w nową osobowość, obcą dla tamtej.

Przeobrażenie osobowości nie zawsze zarysowuje się dość wyraźnie, ale w niektórych przypadkach paratymji *Meggendorfera* zachodzi ono całkowicie. Tak np. jego przypadek X („Konrad”) był wprawdzie oceniany w szkole jako bardzo zdolny uczeń, ale jeszcze w najwcześniejszym dzieciństwie ujawnił on zniekształcenie uczuć sympatii (doznawał przyjemności w dręczeniu zwierząt i ludzi, w 9-ym roku życia wyrwał język kacze, w 13-ym roku zaczął kraść, stawał się arogancki i brutalny w stosunku do dorosłych, prowadził cyniczne rozmowy wobec dziewcząt). Przypisanie anomalji uczuciowej tego chłopca procesowi schizofrenicznemu byłoby możliwe tylko pod tym warunkiem, że początek procesu musieliśmy odnieść do najwcześniejszego dzieciństwa chłopca, myśląc o procesie „*dementiae praecocissimae*”.

Przypadki schizofrenji w wieku dziecięcym znane są w psychiatrii oddawna; nie ulega wątpliwości, że schizofrenja może zjawiać się w tym okresie życia, że może nawet ma słuszość *Horvitzówna*, która uważa schizofrenję za najczęstsza psychozę wieku dziecięcego. Bardzo wczesna postać schizofrenji, opisana prawie że równocześnie przez *Sante de Sanctisa* i *Th. Hellera* pod nazwami *dementia praecocissima* i *dementia infantilis* nie zdobyła sobie jeszcze powszechnego uznania. Pomijając wątpliwości, wypowiedane przez *Weygandt'a*, *Homburgera* i innych co do identyczności procesu *dementiae praecocissimae* ze schizofrenją, wydaje się mało prawdopodobnem, aby schizofreniczny proces chorobowy w okresie wczesnego dzieciństwa mógł ograniczyć się tylko do dziedziny uczuć moralnych, nie dotykając ani ogólnej uczuciowości dziecka ani jego intelektu.

Próba nawiązania pokrewieństwa parathymji ze schizofrenją jest zrozumiała, ale wtłaczanie przez *Meggendorfera* jego parathymji w ramy określonego nabytego procesu schizofrenicznego nie da się należycie uzasadnić.

Możliwym jest natomiast, a nawet bardzo prawdopodobnym dalsze powinowactwo zespołu anetycznego z konstytucją schizoidalną. Analiza obarczenia dziedzicznego w kilku rodzinach, w których zdarzyły się jaskrawsze wykolejenia przestępcze skłania *Hoffmanna* do wniosku, że słonności przestępcze, oparte na brakach moralnych (w sensie moral insanity) wyrastają właśnie na podłożu konstytucji schizoidalnej.

W procesie dziedzicznego przekazywania się cech schizoidalnych usposobienie amoralne zachowuje się, zdaniem *Hoffmanna*, jako cecha panująca w przeciwstawieniu do solidnego trybu życia, który ma być cechą ustępującą. *Rüdin* nie podziela tego pesymistycznego poglądu, sądzi on, że zaburzenia uczuć moralnych mogą być raczej przejawem recessywnym, ponieważ spotyka się je często w potomstwie osób, spokrewnionych ze sobą.

Pogląd *Rüdina* znajduje poparcie w przypadku *Panse'go*, dotyczącym ciężkiej deprawacji moralnej u osobnika, pochodzącego z dobrze sytuowanej rodziny wyższych sfer społecznych, którego rodzice byli ze sobą blisko spokrewnieni. W przypadku *Panse'go* nie znalazło się wśród 32 członków rodziny ani jednego przypadku wyraźnej psychozy, można było natomiast stwierdzić liczne cechy charakteru psychopatycznego jak np. wzmożona pobudliwość, zamknięcie się w sobie, wyniosłość, egoizm, trudność współżycia z otoczeniem, piniactwo, usposobienie śledziennicze i bojaźliwe.

Blizsze zapoznanie się z przypadkiem *Panse'go* skłania mnie do wniosku, że ze stanowiska podziału *Meggendorffera* nie jest to przypadek „paratymji”, że należałoby go zaliczyć raczej do grupy psychopatów ze skłonnościami epileptoidalnymi.

Ze względu na wzajemny stosunek niedorozwoju moralnego do schizofrenji szczególnie ciekawym i zastanawiającym jest zacytowany wyżej przypadek *Wilczkowskiego* z Kliniki Warszawskiej, w którym proces schizofreniczny odegrał jakgdyby rolę czynnika leczniczego w stosunku do ciężkich objawów chłodu uczuciowego i deprawacji moralnej okresu przedchorobowego.

Chory B., który mimo starannego wychowania w najpomysłniejszej atmosferze domowej, pomimo braku złych wpływów w najbliższym otoczeniu i w szkole, wykazywał już od wczesnego dzieciństwa złośliwe skłonności, który bił swoją matkę, okradał ją,

który cynicznie chełpił się wobec niej swojemi stosunkami z prostytutkami. którego wydano ze wszystkich posad z powodu kradzieży i malwersacji, który ucieka ze wszystkich szkół, do których go oddaje matka — zmienia się po kilkomiesięcznym pobycie w klinice psychiatrycznej, zabiera się energicznie do nauki, dopędza kurs szkolny, wstępuje do gimnazjum i staje się dobrym, niemal że wzorowym uczniem. W trzy lata potem chory zapada w stan depresji z urojeniami ksobnymi i prześladowczymi z zatamowaniem myślowym i mutyzmem. Po przejściu tego stanu życie afektywne chorego zaczyna się wzmacniać i pogłębiać; po wyjściu z kliniki chory zabiera się do pracy społecznej i staje się dobrym synem, kochającym matkę. Po kilku zmiennych co do zachowania się chorego okresach ożywienia i przygnębienia kończy on życie samobójstwem.

Cyclotymia.

Opis omawianego przypadku, podany przez *Batawię*, nasuwa myśl o udziale momentu cyklotymicznego w całym życiu chorego a w szczególności także w tych przeobrażeniach, jakim ulegało jego ustosunkowanie się do otoczenia pod względem uczuć sympatji. Przed umieszczeniem w klinice ruchliwy podróżuje z miasta do miasta, przerzuca się od jednego rodzaju zajęć do drugiego; w klinice uspakaja się; po wyjściu z kliniki „siedzi w szkole nieruchomy, wpatrzony gdzieś w jeden punkt” robi wrażenie człowieka przemęczonego, wkrótce potem znów się ożywia, zapisuje się na kursy maturalne, staje się bardzo czynnym w życiu szkolnym. Ponowny okres ożywienia chorego trwa około 2-ch lat, ale znów mija; chory znów zapada w stan przygnębienia, myśli o samobójstwie; rzuca się z mostu Kierbedzia do Wisły w zamiarze samobójczym. W czasie drugiego pobytu w klinice chory jest wyraźnie przygnębiony, mało mówny, płacze, myśli o pokucie i odrodzeniu moralnym, potem znów się ożywia, znów odbywa podróże i wraca do kliniki w stanie rozdrażnienia. W klinice chory znów się uspakaja, przez kilka miesięcy dużo śpi i czyta, mało się rusza i mało mówi, potem znów się ożywia, mówi o tajemniczych wynalazkach, uważa siebie za geniusza i wybrańca Bożego; potem znów jest spokojny, dobry ale przygnębiony, aż wreszcie ginie w samobójczem zatruciu się gazem świetlnym.

Pewne postacie podniecenia maniakalnego, zwłaszcza zaś hypomaniakalne podniecenia drażliwe mogą niekiedy nosić pozory psychopatycznej anormalności. Wzmógłona czynność tych chorych przy równoczesnej niwelacji tych regulujących i hamujących wpływów

uczuć wyższych stwarza w stanie maniakalnym pomyślne warunki dla niemoralnego postępowania. Chorzy szałowi bywają nieraz złośliwi, kłamliwi, cyniczni, czasem dopuszczają się nawet oszustw, kradzieży i t. p. Te wtórne przejawy niemoralności w stanach hypomaniakalnych dały nawet swego czasu powód *Tillingowi* do wypowiedzenia twierdzenia, że postać t. zw. „moral insanity” nie jest niczem więcej, jak tylko wyrazem nadmiaru temperamentu sangwicznego, związanego ze stanem podniecenia maniakalnego.

W nowszych czasach o czemś podobnem mówi *Hübner*, który na podstawie badań genealogicznych zalicza jeden z obserwowanych przezeń przypadków deprawacji moralnej do konstytucjonalnej grupy maniakalno-depresyjnej. *Hübner* zastrzega się przecież wyraźnie, że nie twierdzi tego stanowczo; że jest raczej skłonny mniemać, że przypadek jego należy do wyjątków, gdyż wszystkie inne znane mu przypadki patologicznej deprawacji moralnej nie mają genealogicznie żadnej łączności z usposobieniem cyklotymicznym.

Nie ulega wątpliwości, że *Tilling* błędnie identyfikował wtórne przejawy niemoralności maniaków, stojące w rażącym przeciwieństwie do zasadniczego ich syntonicznego usposobienia, z pierwotnym brakiem uczuć moralnych, wyrastających na podłożu współczucia. Doświadczenia kryminalno-psychopatologiczne (mogą się tu powołać także na własne badania kryminalności w psychozie szałowo-posępnicznej) stwierdzają z całą stanowczością, że konstytucja cyklotymiczna, nawet w jej najłagodniejszej postaci cyklotymji nie ma nic wspólnego z istotą typu amoralnego i kryminalnego. Wszystko, co wiemy o psychozie szałowo - posępnicznej, o usposobieniu cyklotymicznym, przemawia za dużą socjalnopsychiczną przystosowalnością tego typu, ujawniającą się w jego towarzyskości i przyjacielskości oraz w jego ciepłym, żywym stosunku do rzeczywistości.

Padaczka.

Przejawy patologicznej amoralności łączono niekiedy z padaczką. Kojarzenie tych dwóch spraw zaznacza się wyraźnie w nauce *Lombroso'a* o „człowieku występny”, przebija się ono też dość jasno we wszystkich opisach „charakteru epileptycznego”, do którego należą takie cechy jak egoizm, złośliwość, mściwość, brutalność i wiele innych cech o ujemnem zabarwieniu w znaczeniu oceny moralnej. Cechy charakteru epileptycznego, połączone z długotrwałością reakcji afektywnych osób, dotkniętych padaczką, stwarzają istotnie warunki bardzo podatne dla ujawnienia się negatywnej cechy braku moralności u epileptyka.

Ponieważ epileptycy są zazwyczaj albo psychopatami, ponieważ zasadnicze rysy ich ustroju psychicznego zaznaczają się u nich w najwcześniejszym okresie ich życia, zanim jeszcze choroba wyciśnie na nich swoje piętno, może nasunąć się myśl, że zespół anetyczny może być jedną z form, w której ujawnia się konstytucja padaczkowa.

Pod tym kątem widzenia ujmowano też niekiedy defekty moralne w wieku dziecięcym i zapewne pod tym samym kątem widzenia *Higier* użył nagłówka „moral insanity” dla przedstawionych przezeń w r. 1910 w sekcji neurologiczno-psychicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 3-ch przypadków niesfornego zachowania się u dzieci, ulegających napadom utraty świadomości prawdopodobnie epileptycznego pochodzenia.

To co niektóre podręczniki psychiatrii opisują pod nazwą „charakteru epileptycznego” oznacza w istocie rzeczy nie tylko cechy charakteru osób, dotkniętych padaczką, ale także właściwości ich temperamentu, ich intelektu, tempa procesów psychicznych i psychoruchowych epileptyka. Są to zatem nie tylko cechy charakteru w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, ale cechy, dotyczące całej osobowości epileptyka i zjawiające się jako skutek głęboko w ustroju tkwiących przyczyn wewnętrznych. Cechy te nie pozostają bez wpływu na sposób zachowania się epileptyka w stosunkach z innymi ludźmi i jego sposób zachowania w życiu społecznym, ale egoizm, złośliwość, mściwość i inne ujemne właściwości psychiki epileptyka nie są przecież bezpośrednim wyrazem samoistnego defektu w zakresie jego uczuć moralnych.

Nie mamy żadnych podstaw do twierdzenia, że epileptyk jest dotknięty zanikiem uczuć moralnych, że jest on w szczególności dotknięty zanikiem uczuć sympatii i pozbawiony zdolności współodczuwania.

Napuszona pobożność epileptyków stoi wprawdzie często w sprzeczności z ich wyrozumiałością dla siebie samych, z ich egoizmem, złośliwością, ale to nie dowodzi jeszcze zaniku uczuć moralnych i zaniku uczuć współczucia.

Współczucie nie jest obce uczuciowości epileptyka; u epileptyków, mniej zaawansowanych w procesie ubytkowym, często zaznacza się ono zupełnie wyraźnie i żywo, a pojęcia „słuszności” i „sprawiedliwości” posiadają w świadomości epileptyka bardzo silny akcent afektywny,

Nad egoizmem epileptyka góruje jego egocentryzm, który zwięża i wypacza takie egoistyczne skłonności epileptyka i tępi ostrze jego antysocjalności.

Egocentryzm epileptyka różni się od innych postaci egocentryzmu patologicznego. nie jest on też równoznaczny z egoizmem.

W szczególności nie możemy egocentryzmu epileptyka identyfikować z naiwno-egoistycznym stanowiskiem pewnych ciasnych typów ludzkich, które stale w każdej okoliczności życiowej myślą tylko o zapewnieniu sobie korzyści. W egocentryzmie epileptyka mamy do czynienia raczej z braniem siebie samego za rzecz bardzo ważną, która nie jest owocem refleksji ale wyrazem naiwnego bezpośredniego ujęcia, wpływającego z ogólnego zubożenia treści psychicznej chorego.

Proces chorobowy w padaczce nie zmienia charakteru epileptyka zawsze z nieubłaganą koniecznością—w całym szeregu przypadków lżejszych osobowość epileptyka nie jest pozbawiona możliwości rozwoju.

Niemoralność w pośpiączkowych zaburzeniach psychiki.

Z organicznych spraw w obrębie ośrodkowego układu nerwowego interesować nas muszą pośpiączkowe zmiany psychiki u dzieci ze względu na podobieństwo tych zmian z psychopatycznymi zбочeniami moralnymi.

Autorom, którzy te zmiany obserwowali w początkach występowania schorzeń pośpiączkowych ich podobieństwo z psychopatycznymi defektami moralnymi wydawało się tak bliskiem, że *Pieńkowski* nie waha się mówić o dzieciach i osobnikach młodocianych z hyperkinetycznymi zaburzeniami pośpiączkowymi, że „stwierdza się (u nich) najcięższe postacie psychopatii konstytucjonalnej; zaczynając od euforycznych, upartych, drażliwych, gwałtownych, niepomowanych, aż do społecznie zbrodniczych typów, znanych dobrze jako „moral insanity“.

W poprzedniej pracy z r. 1922, poświęconej zaburzeniom psychicznym przy nagminnem śpiączkowym zapaleniu mózgu, *Pieńkowski* charakteryzuje dzieci i osobników młodocianych z przejawami pośpiączkowej niesforności, które zalicza do typu „moral insanity“, w następujący sposób: przy dobrej inteligencji „sfera popędów zupełnie wyswobadza się (u nich) niejako od wpływów władz umysłowych i łącznie z wybitnymi zmianami afektu wiedzie do wytworzenia typu zbrodniczego, we wszystkich odcieniach, objętych nazwą psychopatii konstytucjonalnej“.

Brak zaburzeń ze strony intelektu przy pośpiączkowych zaburzeniach psychiki począł budzić nadzieję, że hyperfreniczne postacie zaburzeń pośpiączkowych dzieci otworzą drzwi do lokalizacyj-

nego ujęcia źródeł charakteru psychopatycznego, a w następstwie także do anatomicznego ujęcia źródeł charakteru wogóle (*Küppers, Reichardt, Berse*).

Opisując „zmiany charakteru u dzieci po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu” w r. 1926 *Handelsman* podaje już szereg cech, odróżniających te zmiany od psychopatycznych zmian charakteru i w szczególności także od charakterologicznych właściwości typu „moral insanity”. Niesforne dzieci pośpiączkowe, według *Handelsmana*, nie mają „określonych złych skłonności”; popędy złośliwe występują u nich na skutek zaburzeń hamulców mózgowych; cel ku któremu popęd jest skierowany, leży u nich zawsze bardzo blisko; impulsy tych chorych wyładowują się szybko i szybko się wyczerpują, „niema u nich prawdziwej złośliwości i bezwzględności egoistycznej” jak w przypadkach moral insanity.

Niesforne dzieci pośpiączkowe różnią się od dzieci psychopatycznych typu „moral insanity” nie tylko tem, że występują u nich objawy somatyczne, których niema u tamtych, ale także i tem, że „często odczuwają one, że postępują wbrew własnej woli”, że pozostają „pod jakimś przymusem i nie bronią swego zachowania się”. Powołując się na *Homburgera Handelsman* mówi także o tem, że dzieci pośpiączkowe nie przestają w chorobie odczuwać dobra i zła, łagodności i szorstkości, wstydu i bezwstydu, i mimo że postępowanie ich idzie często po linii negatywnych wartości tych przeciwieństw, nie tracą one wrażliwości dla etycznej ich oceny. Choroba nie znosi u tych dzieci pożądaną przyjaźni i miłości i innych dobrych uczuć, znosi tylko zdolność dodatniego reagowania na nie.

Do cech różniczkowych pomiędzy niesfornością dzieci, dotkniętych hyperfrenją pośpiączkową i złem zachowaniem się dzieci psychopatycznych, dotkniętych brakiem uczuć etycznych, możnaby dodać jeszcze to, że dzieci pośpiączkowe wcale nie są pozbawione uczuć sympatii, że często mają uczucie żalu po wyrządzonej komuś krzywdzie, którego nie można doszukać się u dzieci psychopatycznych anetycznych. W przeciwstawieniu do dzieci psychopatycznych, które opanowują się wobec obcych, a zwłaszcza po umieszczeniu ich w zakładzie i przynajmniej pozornie dostosowują się do regulaminu zakładowego, dzieci pośpiączkowe przyjmują umieszczenie w zakładzie obojętnie i nie przestają być niesforne wśród obcych osób ani nawet w dyscyplinie szpitalnej.

Gdyby nawet zgodzić się z *Bonhoefferem* z tem, że pewnej części przypadków zaburzeń pośpiączkowych towarzyszy „brak ciepła w uczuciowem udzielaniu się”, to całokształt przejawów niesfor-

ności pośpiączkowej dzieci i fakt, że w większości przypadków hyperfrenji pośpiączkowej następuje przeobrażenie hyperfrenji w bradyfrenję parkinsonowską, wyraźnie przemawia tu za procesowym charakterem zaburzeń zachowania się i nie pozwala na identyfikowanie zmian psychicznych pochodzenia postencephalitycznego z osobliwościami charakteru przy wrodzonym psychopatycznym zespole anetycznym.

W świetle tego, co wiemy o zaburzeniach psychicznych, występujących u dzieci i osób młodocianych, które przeszły nagminne śpiączkowe zapalenie mózgu, nie będzie nieuzasadniona wątpliwość, czy wogóle słusznem jest zaliczanie tych zaburzeń do kategorii „zmian charakteru”.

Jeżeli charakterem człowieka będziemy z *Bostroemem* nazywać „zdolność pobierania decyzji na podstawie rozważań i motywów oraz zdolność zachowania raz wytkniętego kierunku woli”, albo jeśli w charakterze człowieka zechcemy widzieć „całość dążeń, kierowanych wolą” i pewnego rodzaju „kierowniczy ster osobowości, ujmujący całokształt osobowości w znaczeniu sensu i celu jej postępowania” (*Kahn*) a osobowość samą zgodnie z *Jaspersem* zechcemy ująć jako „indywidualnie odmienną całość zrozumiałych powiązań życia psychicznego, połączoną ze świadomością własnego „ja” człowieka, to zmiany psychiczne pośpiączkowe, w których według słów *Pieńkowskiego* „formalne właściwości woli skazane są niejako na zagładę i stanowią raczej muzealne narzędzia danej psychiki, niż żywą rozwijającą się właściwość” — wykluczają prawo do mówienia o szczególnym „charakterze” osób, dotkniętych zaburzeniem pośpiączkowym psychiki.

Życie popędowe i temperament, które leżą u podstawy w strukturze charakteru, ulegają u chorych pośpiączkowych zaburzeniom bardzo istotnym. *Pieńkowski* stwierdza, że chorobliwej zmianie ulega tu stosunek siły popędów do wielkości oporów, że zmienia się tu szybkość pobudliwości afektywnej przy podniętach w ten sposób, że wzmacnia się ona przy podniętach zewnętrznych i słabnie przy podniętach wewnętrznych, że fala afektywna skraca się tu co do czasu swego trwania, a sposób oddziaływania uzależnia się u chorych pośpiączkowych od przypadkowego układu warunków w znacznie wyższym stopniu, niż to bywa w stosunkach normalnych.

Jeżeli dodać do tego, że „przewodni nastrój życiowy traci (tu) swe cechy główne, swą stałość i rozkawałkowały się na szereg samodzielných, niepowiązanych stanów afektywnych, dając obraz mozaiki o bardzo jaskrawych barwach” to wydaje się uzasadnionem

mówić tu raczej o gruntownem zniszczeniu struktury charakteru chorych pośpiączkowych niż o jakościowym przeobrażeniu samego ich charakteru.

Uczucia moralne oligofreników.

W znanej starej monografii *Sollier*, poświęconej „psychologii idjoty i głuptaka”, spotykamy twierdzenie, że współczucie nie jest „uczuciem przyrodzonym”, że niema go u idjotów i głuptaków.

Idjoci zupełni są, zdaniem *Sollier* całkowicie obojętni na cudze cierpienia; idjoci, stojący na poziomie nieco wyższym, przyglądają się cudzym cierpieniom ze zdziwieniem, nie rozumiejąc ich, naśladują nieraz wyrazy ruchowe cudzych cierpień, ale im nie współczują; idjoci „w stopniu lekkim” doznają nawet przyjemności na widok cierpień swoich towarzyszy, ciesząc się. Podobną opinię wypowiada *Sollier* także o głuptakach, których uważa za bardziej okrutnych i wyrafinowanych niż idjotów. Głuptacy tem różnią się od idjotów, że mogą odczuwać przestrah na widok cudzych cierpień, współczuć z nimi jednak nie umieją. W fakcie tego oddźwięku przestrachu *Sollier* widzi wyraz egoizmu głuptaków tak samo zresztą, jak w obserwowanych przezeń faktach solidarności głuptaków z ukaranymi towarzyszami widzi on tylko dowód braku poczucia sprawiedliwości i tendencje do solidaryzowania się ze złem.

W myśl takiej interpretacji życia psychicznego oligofreników *Sollier* dochodzi do wniosku, że współczucie jest wytworem rozumowania i nie może go być tam, gdzie intelekt nie dopisuje.

Nie ulega wątpliwości, że rozwój życia uczuciowego oligofrenika nie odbywa się prawidłowo: hamują go trudności promieniowania uczuć do sfery obrazów pamięciowych, trudności utrwalania się zespołów uczuciowych w osobowości oligofrenika, hamuje go brak subtelności i ograniczoność modulacji afektywnej. Wszystkie te braki i trudności odbijają się, rzecz oczywista także i na rozwoju więcej złożonych uczuć sympatji u oligofreników. Idjoci, a zwłaszcza głuptacy, istotnie często odznaczają się ubóstwem uczuciowym i trętwością w zakresie uczuć sympatji. Braki uczuć sympatji zaznaczają się najdobitniej u debilów, którzy skutkiem tych braków stają się nieraz plagą życia rodzinnego, internatowego i społecznego. W charakterze oligofreników, szczególnie w charakterze głuptaków i ograniczonych często bardzo zarysowują się cechy podstępnej złośliwości, drażliwości, braku usatkwowania, mściwości i kłamliwości, które czynią ich bardzo przykrymi, a nieraz nawet bardzo niebezpiecznymi dla otoczenia.

Obserwowaliśmy w Tworkach debila, który za przyobiecaną mu mizerną nagrodę pieniężną podjął się zamordowania żony pewnego człowieka i czynu tego dokonał w ten sposób, że naszedł swoją ofiarę w jej własnym mieszkaniu, brutalnie ją zwymyślał i kilkoma uderzeniami noża w szyję i okolicę serca pozbawił ją życia na miejscu. Inny głuptak kilkoma uderzeniami toporka zamordował staruszkę, u której pełnił posługi domowe, by potem zabrać jej zegarek i kilkanaście złotych na papierosy; następnego dnia w obawie zaaresztowania usiłuje on otruć się esencją octową.

Jeszcze inny głuptak zabija szpadlem dziecko swego chlebowdawcy, kiedy staje mu ono na przeszkodzie przy kradzieży pieniędzy z kufra; inny wiesza w stodole swoją siostrę przyrodną z zemsty za to, że zawiadomiła ona rodziców o jego kradzieży, a kiedy na gorącym uczynku zabójstwa przyłapuje go druga młodsza siostra zamyka ją w tej samej stodole i podpala stodołę.

Przykłady takich okrucieństw i złośliwości, których moglibyśmy zacytować znacznie więcej z życia oligofreników, nie dowodzą przecież istotnej zależności niemoralnego zachowania się od braków rozwoju intelektualnego. Że w sprawie patologicznego niedorozwoju uczuć moralnych czynniki gnozi nabytej nie odgrywają istotnej roli, świadczy o tem fakt, że wśród oligofreników spotykamy wcale nie rzadko osobników znakomicie dostosowanych do współżycia z otoczeniem i nie wykazujących najmniejszego śladu tego, co zaliczamy do przejawów „moral insanity”.

Bardzo wielu oligofreników doskonale żywa się z otoczeniem, bierze udział w jego troskach, pomaga mu w pracy, ma nawet poczucie obowiązku, dochodzące niekiedy w małym światku ich życia codziennego do bohaterskiej wierności i ofiarowywania siebie. U głuptaków średniego, a nawet głębszego stopnia możemy nieraz stwierdzić silne uczucia przywiązania do osób, zwierząt, przedmiotów i miejsc zamieszkania.

Jedna z głuptaczek, nie umiejąca literalnie zliczyć palców jednej ręki, operująca zasobem kilkunastu słów, wymawianych niewyraźnym belkotem, nie nadająca się do najprostszych czynności, wpada w stan niepokoju, ilekroć która z jej ulubionych towarzyszek, nazywanych przez nią „żankami” (koleżankami) zostanie przeniesiona na inny oddział, wypytuje przez dłuższy czas o to, co się z nią stało, tkliwie głaskaniem wyraża współczucie towarzyszkom, które zachorowały cieleśnie, stara się je obsłużyć, oddaje im część swoich porcji.

Inna 26 letnia głuptaczka, internowana w zakładzie w związku

ze sprawą sądową o usiłowanie utopienia swego nieślubnego dziecka bezpośrednio po jego urodzeniu, stojąca pod względem intelektualnym na poziomie 6—8 letniego dziecka, jest tak bardzo wrażliwa na cudze cierpienia, że kiedy w jej obecności jedna z jej towarzyszek, dotknięta niedomogą serca ulega napadowi duszności, płacze, wzywa pomocy dla chorej i ze wzruszenia nie może spać przez całą noc.

Niewiadoma z nazwiska idjotka, nie umiejąca mówić, porozumiewająca się belkotem, niezgrabna, ociążała w ruchach, stara się pomagać służbie oddziałowej przy sprzątanii, sumiennie pilnuje przedmiotów, powierzonych jej dozorowi, melduje gestami o bójkach pomiędzy chorem, staje się wzorem wiernego oddania się i przywiązania.

Panienka 25 letnia, dotknięta kiłą wrodzoną o czaszce hydrocefalicznej, zatrzymana w rozwoju intelektualnym na poziomie kilkunastoletniego dziecka, wykazuje bardzo żywe przywiązanie do rodziny i do osób, z którymi sympatyzuje: płacze, ilekroć się dowie o chorobie kogoś z rodziny, dręczy się wyrzutami, jeśli powie matce niegrzeczne słowo, intuicyjnie przeczuwa niepomyślne wiadomości z domu i jest do tego stopnia przewrażliwiona pod względem wstydlivosti, że krępuje ją szmer wody spuszczonej w klozecie, który może być usłyszany przez inne chore na oddziale.

Statystyka usposobień moralnych wśród oligofreników jest dość trudna do przeprowadzenia. Z cytowanych przez *Strohmajera* obliczeń *Henneberga*, dokonanych na materiale szkół pomocniczych dla dzieci umysłowo upośledzonych, wynikałoby, że oligofrenicy drażliwi, porywczy i złośliwi stanowią około 19% tego materiału, zaś oligofrenicy, o wybitnie dodatnich usposobieniach reprezentowani są tylko 12% — pozostałą resztę stanowią typy obojętne, ale nie szkodliwe. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że złośliwość i brak sympatii nie jest zjawiskiem ani powszechnem ani nawet szczególnie uprzywilejowanym w świecie oligofreników, że dobroć łącznie z przejawami współczucia ma w tym świecie prawo obywatelstwa może nie mniejsze niż wśród osób pełnowartościowych.

Nie mamy najmniejszych podstaw do identyfikowania niedorozwoju uczuć etycznych z niedorozwojem intelektualnym i musimy uznać za rzecz dowiedzioną, że braki w obu tych dziedzinach życia psychicznego mogą występować niezależnie od siebie.

Doświadczenie poucza nas, że niedorozwój uczuć etycznych może zjawiać się u osób intelektualnie zupełnie dobrze rozwiniętych i odwrotnie przy znacznym nawet niedorozwoju intelektu możemy

spotkać odczuwania etyczne dość dobrze rozwinięte. Braki intelektu i uczuć etycznych mogą się kombinować ze sobą w tym samym osobniku w różnorodny sposób: mogą one występować równorzędnie, jako współlistniejące cechy wrodzone; jedna z nich może być wrodzoną, druga zaś nabytą po urodzeniu; do pomyślenia jest wreszcie trzecia możliwość, a mianowicie możliwość równorzędnego ujawnienia się obu tych cech ujemnych, jako cech nabytych. Interesuje nas tu sprawa wrodzonego braku uczuć etycznych, niezależnego od braków w dziedzinie intelektu.

Brak uczuć moralnych jako przejaw psychopatji ustrojowej,

Niezależnie od nazwy, jaką tej sprawie nadają autorzy współcześni, zaliczają oni „samoistny niedorozwój moralny” (moral insanity dawnych autorów) dość jednomyślnie do rzędu przejawów psychopatji ustrojowej, to jest do kategorii nie jakościowych, ale wyłącznie tylko ilościowych odchyłeń życia psychicznego, ujawniających się we właściwościach charakteru człowieka.

W książce, poświęconej specjalnie „Przestępcy psychopatycznemu” *Birnbaum* wyodrębnia ten typ psychopatów z dominującym defektem moralnym pod najmniej złożoną nazwą „psychopatów amoralnych”. Pojęcie zaopatrzone tą nazwą uważa *Birnbaum* za całkowicie identyczne z tem, co u dawnych autorów posiadało nazwę „moral insanity”, zaznaczając przy tem, że jest to już sprawą gustu, umowy czy celowości, czy się chce „psychopatję amoralną” uważać za charakterologiczną odmianę człowieka, czy też za szczególną postać „obłąkania”. Psychjatrja kliniczna odnosi się bardzo niechętnie do tego ostatniego ujęcia, które daje powód do wielu nieporozumień i dwuznaczności, winna go też, zdaniem *Birnbauma*, unikać psychjatrja sądowa, która nie mniej niż psychjatrja kliniczna starać się musi o to, by używać pojęć i terminów niedwuznacznych a unikać nazw niejasnych i spornych.

Termin „psychopaty amoralnego”, użyty przez *Birnbauma* dla oznaczenia psychopatycznej odmiany charakterologicznej, identycznej z tem, co dawni autorzy nazywali „obłąkaniem moralnem” nie jest przecież wolny od tej dwuznaczności, której chciałby on uniknąć w psychjatrji klinicznej i sądowej. Amoralnymi mogą być przecież psychopaci wielu typów charakterologicznych; u niektórych z tych typów, jak nprz. u psychopatów nieustatkowanych, u pseudologów, u pewnych odmian psychopatów seksualnych amoralność postępowania stanowi cechę stałą, u innych cecha ta występuje epizodycznie.

Niemoralność postępowania różnych psychopatów różni się bardzo istotnie pod względem psychologicznego podłoża, na którym wyrasta; w wielu razach towarzyszyć jej mogą nawet uczucia winy, skruchy i żalu z powodu popełnionego złego czynu, ale nawet w tych przypadkach, kiedy postępowanie niemoralne jest wyrazem amoralności, cecha amoralności nie jest tą cechą, która nadawałaby się bez bliższego podania jej źródeł do wyodrębnienia psychopatycznego typu charakterologicznego.

Cechy psychiczne „psychopaty amoralnego” *Birnbaum* wysnuwa z zasadniczego braku rozwojowego psychopatów tej kategorii, ograniczającego się wyłącznie do zakresu wyższej i subtelniejszej wrażliwości uczuciowej w stosunku do otoczenia ludzkiego, do wartości społecznych i życiowych. Znamionują zatem „psychopatów amoralnych” *Birnbauma* „braki podstawowych uczuć socjalnych i altruistycznych, a mianowicie: brak zdolności *wczuwanie się w innych*, brak zdolności *współprzeżywania* (*Miterlebnissfähigkeit*), *współodczuwania* (*Mitempfinden*), brak *współradości* (*Mitfreude*) a nadewszystko brak *współczucia* (*Mitleid*), jak również brak uczuć sympatii dla najbliższego i dalszego otoczenia ludzkiego i dla istot żywych wogóle, krótko mówiąc znamionuje ich brak wszelkiego wewnętrznego *powiązania uczuciowego* ze światem otaczającym, wszelkiego wewnętrznego uczucia dla tego świata: dla rodziców, rodziny, przyjaciół i towarzyszy pracy zawodowej, dla miejsc rodzinnych i ojczyzny, brak miłości i poszanowania, brak przychylności i przyjaźni, przywiązania, wierności i oddania, brak wyrozumiałości i t. p.

„Z cechami temi wiąże się ściśle obojętność „psychopaty amoralnego” na stosunek innych osób do niego samego, brak wrażliwości na cudzą przychylność lub niechęć, na cudze uznanie lub potępienie, jak wogóle na pochwały i nagany. Do obrazu tego dołączają się braki tych wyższych i subtelniejszych odczuwań, które jako przewodnie motywy obyczajowe i kulturalne nadają kierunek zachowania się człowieka kulturalnego, a więc brak poczucia słuszności i prawdy, brak poczucia przyzwoitości i obyczajności, poczucia obowiązku i godności własnej. Jako nadbudowa tego całego obrazu występuje wreszcie u „psychopatów amoralnych” także brak sądu moralnego, brak zrozumienia wartości etycznych, społecznych i ogólnie biorąc wyższych wartości kulturalnych”.

Widzimy zatem, że nie „amoralność” sama przez się, ale specyficzne podłoże uczuciowe, z którego ta „amoralność” wyrasta, stanowią cechę tej grupy psychopatów, którą *Birnbaum* opisuje pod nazwą „psychopatów amoralnych”.

To specyficzne podłoże uczuciowe znajduje swój wyraz w nazwach, jakie nadają „psychopatom amoralnym” *Kurt Schneider* i *Kahn*. W szeregu klasyfikacyjnych typów psychopatycznych *K. Schneidera* otrzymują oni nazwę „psychopatów bezuczuciowych” (*gemüthlose*), w kliniczno opisowym zaś systemie psychopatii *Kahn* oznacza ich nazwą „psychopatów uczuciowo chłodnych” (*gemüthskalte*).

Pojęcie osobowości psychopatycznej, obejmujące bezmiar różnorodnych przejawów patologicznych psychiki, *Kahn* stara się poddać ściślejszej analizie i stara się ściślej określić to tak mało uchwytnie pojęcie, rozpatrując je nie tylko od strony mechanizmu przyczynowego, ale także pod względem teleologicznego ustosunkowania się osobowości psychopatycznej do wartościowania celów własnych i cudzych.

Na podstawie wywodów, dotyczących budowy osobowości normalnej, *Kahn* wyodrębnia te postacie psychopatii, w których ilościowe odchylenia psychopatyczne zarysowują się najdobitniej w sferze popędów od tych, w których te odchylenia zarysowują się przede wszystkim w płaszczyźnie przejawów temperamentu oraz od tych, w których ilościowe osobliwości psychopatyczne zaznaczają się najdobitniej w płaszczyźnie właściwego charakteru osobnika psychopatycznego.

Przy takim podziale typów psychopatycznych *Kahn* nie zapomina o tem, że osobowość psychopatyczna stanowi całość niepodzielną, a ilościowe odchylenia psychopatyczne w obrębie jednej z tych „warstw” osobowości nie pozostają bez wpływu na dwie pozostałe „warstwy” i na całość osobowości; nie zapomina on też o tem, że w rozwoju osobowości psychopatycznej możliwe są przypadki przesuwania się akcentu odchyłeń psychopatycznych z jednej z tych „warstw” do drugiej.

Na podstawie tak przeprowadzonej analizy strukturalnej osobowości psychopatycznej *Kahn* określa bliżej te złożone typy psychopatyczne, które spotykamy w życiu.

Źródła tej specyficznej „amoralności psychopatycznej”, którą dawniejsi autorzy rejestrowali pod rubryką „obłąkania moralnego” należy w myśl podziału *Kahna* szukać w płaszczyźnie temperamentu. Psychopatów „amoralnych” należy pod względem temperamentu zaliczyć do typów atymicznych: odznaczają się oni bądź trętwością uczuciową, bądź uczuciowym chłodem.

Trętwość temperamentu wyraża się przede wszystkim w ubóstwie i powolności reakcji ruchowych, w małej ruchliwości mimicznej,

w małej pobudliwości, w zwolnieniu tempa życiowego, w ociążałości form przejawów uczuciowych.

Silniejsze reakcje afektywne osób uczuciowo trętych odznaczają się zazwyczaj przewlekłością. Nastroj osobników trętych jest naogół spokojny, równy, obojętny, niekiedy bywają oni jednak drażliwi. Temperament tręty jest pod wielu względami podobny do flegmatycznego, różni się przecieź od tego ostatniego brakiem potrzeby zbliżenia uczuciowego do otoczenia oraz tem, że nie jest on dostępny dla wycucia go przez otoczenie. Osobnik uczuciowo tręty pozostaje w środowisku ludzkim zupełnie obcym, zachowuje się w tem środowisku tak, jakby panowała w nim całkowita pustka uczuciowa, zachowuje się jak kamień, którego nic nie jest w stanie wzruszyć, zachowuje się zupełnie bezdusznie. Osobnik uczuciowo tręty nie pociąga do siebie, ale nie mrozi otoczenia, w którym pozostaje.

Inaczej nieco przedstawiają się typy psychopatów, których *Kahn* nazywa „ubogimi uczuciowo” lub „bezuczuciowymi” w zależności od stopnia nasilenia ich chłodu uczuciowego. Psychopaci uczuciowo chłodni są także bardzo mało pobudliwi, także nie odczuwają potrzeby zbliżenia uczuciowego do otoczenia, jak i psychopaci trętwi, różnią się jednak od tych ostatnich tempem i ruchliwością form reakcji afektywnych. Brak potrzeby zbliżenia się uczuciowego do otoczenia, przy równoczesnej pozytywnej tendencji do uzewnętrznienia się (*Naturell*) w tempie, formie i sile reakcji uczuciowych, nadaje psychopatom uczuciowo chłodnym osobliwe znamię mrozącego, grozę budzącego chłodu. Osobnicy o trętym typie reakcji są zazwyczaj mało skomplikowani pod względem charakteru; nadbudowa charakterologiczna osobników uczuciowo chłodnych bywa więcej złożona.

Żywe tempo i ruchliwość form reakcji nadaje niekiedy uczuciowo chłodnym znamię żywości temperamentu; przesłonięty tą żywością temperamentu właściwy chłód uczucia robi wrażenie czegoś sztucznego i nienaturalnego.

Psychopatom uczuciowo chłodnym nie jest obcą wzmożona pobudliwość, ujawniająca się pod postacią wybuchowości. Wybuchy psychopatów uczuciowo chłodnych odznaczają się brutalnością lodowatą, pozbawioną wszelkiego rezonansu; niekiedy przybierają one postać wyrafinowanych okrucieństw.

Pomiędzy psychopatami uczuciowo chłodnymi zdarzają się niekiedy typy drażliwe i swarliwe.

Wbrew utartemu mniemaniu, że ludzie skłonni do nastrojów

wesołych odznaczają się zazwyczaj ciepłem uczucia i są ludźmi sympatycznymi, *Kahn* sądzi, że wesołość nie koliduje z głębokim wewnętrznym chłodem uczucia. Zarówno nastrój wesoły, jak i pobudliwość i wybuchowość mogą być zresztą świadomie udawane przez uczuciowo chłodnych psychopatów. Chłód uczuciowy może się także kombinować z nastrojami dysforycznymi i pojkilotypicznymi.

Na podstawie badań dotychczasowych nie da się, zdaniem *Kahna*, ustalić związku pomiędzy chłodem uczuciowym i trętwością i jakimś określonym typem budowy cielesnej. Koncepcje *Kretschmera* dotyczące zresztą korelacji nie tylko temperamentu, ale złożonych form osobowości z budową cielesną, przemawiałyby może za tem, że trętwość i chłód uczucia są spowinowacane z budową leptosomiczną i atletyczną.

Pod względem charakteru uczuciowo chłodni i trętwi są z reguły autystami. Autyzm ich ujawniać się może bądź jako autyzm bierny przy słabo nasilonem życiu popędowym, bądź jako autyzm czynny przy wzmożonych popędach. Typ autystów biernych znamionuje jako cecha podstawowa pewna obawa o własne „ja”, słabość pocucia tego własnego „ja” i jego niepewność; odwrócenie się od otoczenia ma tu na celu zabezpieczenie swej niezależności.

W połączeniu z trętwością temperamentu i z chłodem uczucia autyzm bierny daje nam obraz braku obrotności, braku dążeń, obraz gnuśności i tępoty. Autyści tego typu popadają zazwyczaj w asocjalność bierną i stają się przestępcami nawykowymi. Zależy to raczej od okoliczności zewnętrznych niż od właściwości charakterologicznych biernego autysty atymicznego, że w pewnych przypadkach poprzestaje on na pasorzytnictwie społecznem z małą kryminalnością, w innych natomiast staje się przestępcą nawykowym w wielkim stylu. Żądza użycia ujawnia się u psychopatów tego typu w poszukiwaniu zadowoleń niższego rzędu.

Pod wpływem alkoholu psychopaci tego typu stają się brutalni; gnuśność i słabość popędu czyni ich podatnymi do uczuć zazdrości. Pod wpływem zazdrości maltretują oni swoje żony, a wogóle lubią się znęcać nad słabszymi. Dzięki swej małej aktywności, dzięki lenistwu i ociężałości chłodni autyści bierni mogą być stosunkowo mało niebezpieczni, dopóki nie zostaną wytrąceni ze spokojnej równowagi. Kiedy wybuchną, stają się okrutni, brutalni, zwierzęcy. Wątpliwość życia popędowego nie pozbawia biernych autystów pożyteczności; zaspakajają ją oni bez skrępowań: w zakresie życia seksualnego nie powstrzymują się od obcowania z dziećmi, zwierzętami i t. p.

Przekora, zuchwałość, a niekiedy nawet negatywizm są u psy-

chopatów tego typu wyrazem demonstracji siły własnego „ja”, która ma na celu zamaskowanie istotnej jego słabości.

Autyści bierni stają się w bliższym pożyciu z ludźmi tyranami. Potrzeby otoczenia, zwłaszcza potrzeby natury uczuciowej, nic ich nie obchodzą; mogą oni jednak załamać się w obliczu przeważającej siły przeciwnika lub w obawie niebezpieczeństwa, grożącego ich drogiemu własnemu „ja”.

U psychopatów tego typu nie jest wykluczoną przymieszka wrażliwości z reaktywną chwiejnością nastroju, z uciążliwością, ze skłonnością do zalegania nastroju pod wpływem przeżyć. Ta „pobudliwość, skierowana na wewnątrz”, (jak cechę senzytywności nazywa *Kahn*) staje się niekiedy źródłem przymieszki nastrojów dysforycznych, szczególnie lękowych u biernych autystów bezuczuciowych i wywiera wpływ hamujący na ich postępowanie.

Niepewność siebie i przymieszka wrażliwości, spotykane u pewnej części psychopatów tego typu, umożliwiają im częściowy kontakt uczuciowy z otoczeniem.

Autystów aktywnych cechuje wzmożone poczucie własnego „ja”, steniczny stosunek do tego własnego „ja” ze skłonnością do pogardliwego lekceważenia otoczenia aż do całkowitego wyłączenia otoczenia z systemu ich celów, ze skłonnością do zaborczej walki z otoczeniem. Nastawienie ogólne psychopatów tego typu jest zawsze takie, że im należy się wszystko, a poza nimi nikt inny nie ma praw domagania się czegokolwiek; nie starają się oni nawet tytułem próby wczuwać się w potrzeby innych, nie troszczą się też bynajmniej o to, by ich rozległe zaborcze roszczenia zostały uznane przez innych, obcem jest im też całkowicie dążenie do znalezienia w ich otoczeniu bliższym lub dalszym oddźwięku uczuciowego dla ich celów.

W połączeniu z chłodem uczuciowym autyzm aktywny przy silnych popędach stwarza typ psychopatyczny, który w pewnych warunkach, a mianowicie jeśli nie wyładowuje on swej aktywności w kierunku antysocjalnym, może stawać się nawet twórczym i dokonywać rzeczy pożytecznych dla zbiorowości ludzkiej; nie może się przecież ten typ ludzki uwolnić od tego, żeby nie sprawiać cierpień otoczeniu, w którym żyje.

Zazwyczaj typ ten cechuje duża obrotność, ruchliwość i aktywność; chłód uczuciowy nadaje mu piętno bezwzględności w stosunku do otoczenia, z którym prowadzi on zaborczą walkę. Z tego typu psychopatów rekrutuje się większość zawodowych przestępców; do szeregów tego typu należą też natury bezwzględne, które w drodze do własnych celów i korzyści miażdżą wszystko, co stoi im na za-

wadzie, te osobowości tyraniczne, które nie liczą się z prawami innych i podporządkowują sobie i swoim celom wszystkich i każdego.

Z grupy psychopatów tego typu rekrutują się przecież także ci wielcy przewodnicy grup w dziejach ludzkości, którzy, nie licząc się ani z głosem własnego sumienia ani z odgłosem cierpień, sprawianych przez nich pośrednio lub bezpośrednio, przeprowadzają swoje wielkie nieraz cele, pożyteczne dla grup, pozostających pod ich przewodnictwem. Pewna przymieszka wrażliwości senzytywnej, zdarzająca się u autystów tego typu, umożliwia im w pewnej mierze zrozumienie innych i otwiera im drogę do zdumiewającej niekiedy zręczności w przeprowadzaniu swoich planów.

Odwaga, połączona z brakiem współczucia, ma u przewodników grup ludzkich tego typu znaczenie cechy pożytecznej dla zbiorowości; cecha ta przyświeca przecież często także zawodowym przestępcom i wrogom społeczeństwa, uprawiającym swoje rzemiosło z wielką bezwzględnością i wyrafinowaniem.

Typ uczuciowo chłodnych czynnych autystów spotyka się nawet wśród przestępców nawykowych, na szczęście, dość rzadko; stanowi on, na szczęście, znikomo mały odsetek zaludnienia więzień. Ale nawet przy jego rzadkości ten typ ludzi jest bardzo dokuczliwy w więzieniu nie tylko dla administracji, ale i dla współwięźniów.

Typ uczuciowo chłodnych czynnych autystów nie przestaje być sobą poza więzieniem i poza obrębem czynów, ściganych przez prawo karne. Spotykamy go wśród tych złoczyńców, których czyny nie podpadają pod rygor prawa, wobec których prawo jest bezsilne: wśród dręczycieli zwierząt i dzieci, wśród łupieżców, zdzierców i legalnych okrutników.

Uczucia moralne w zaburzeniach popędów.

Nasilenie w dziedzinie popędów nie stanowi istotnej cechy uczuciowo chłodnych psychopatów, spotykamy bowiem wśród nich zarówno osobników o silnie zaznaczonej popędliwości (typ czynnych autystów) jak i osobników o słabym nasileniu popędów (typ autystów biernych).

Także i jakościowe odmiany patologiczne popędów nie mają istotnego znaczenia w rozwoju i obrazie uczuciowego chłodu czynnych i biernych autystów i nie stanowią charakterystycznej osobliwości tego typu psychopatów.

Algolagnia. Szczególnego omówienia wymaga stosunek t. zw. algolagnji aktywnej do psychopatycznego chłodu uczuciowego. Nie ulega

wątpliwości, że sadystyczne zboczenie popędu płciowego nie pozostaje bez wpływu na inne dziedziny osobowości psychicznej poza ściślejszą sferą popędu płciowego, że odbić się ono może na ukształtowaniu się także i wyższych warstw osobowości, a zwłaszcza na ukształtowaniu się charakteru człowieka, trudno byłoby jednak zgodzić się z cytowanym przez *Kahna Apfelbachem*, który nadaje sadyzmowi i mazochizmowi znaczenie zasadniczych składników modulacyjnych charakteru w kształtowaniu się osobowości rozkazującego „pana” i uległego „niewolnika”.

Prototypu algolagnji doszukujemy się w normalnem — fizjologicznem ustosunkowaniu się przedstawicieli obojga płci do aktu płciowego. Napastliwość mężczyzny i uległość kobiety w życiu płciowym odzywają się także i poza życiem płciowym mężczyzny i kobiety. Różnice płciowe zaznaczają się nietylko w dziedzinie przejawów popędu samozachowawczego, ale także w dziedzinie dążeń do rozkwitnienia w zakresie indywidualnych skłonności osobnika, które autorzy niemieccy wyodrębniają jako t. zw. „Selbstentfaltungstrieb”.

Jakkolwiek napastliwość męska nie jest psychologicznie identyczna z sadystycznym lubowaniem się w zadawaniu innym cierpień, a uległość kobieca nie jest też identyczną z poszukiwaniem rozkoszy w fakcie stawania się ofiarą cudzego okrucieństwa, to przecież w pewnej mierze nic przewodnia walki i ofiarności snuje się w zasadniczem ujęciu celów życia mężczyzny i kobiety i wskazuje na to, że właściwości popędu płciowego mogą być źródłem, z którego wypływać mogą pewne cechy charakterologiczne, zależne od płci osobnika.

Nie znaczy to przecież, aby napastliwość pozbawiała mężczyznę uczuciowego ciepła i zdolności odczuwania współczucia, a uległość asekurowała kobietę od uczuciowego chłodu i braku uczuć sympatji.

Zboczenia sadystyczne i masochistyczne nie są wyrazem ilościowego nasilenia popędu płciowego, ale oznaczają zboczenie kierunku popędu; w jaskrawych swoich postaciach zboczenia te występują przy równoczesnem osłabieniu popędu, częściej może nawet niż przy jego nasileniu. Zboczenie sadystyczne może być wyrazem hyperkompensacji osłabienia popędu płciowego, a zboczenie masochistyczne może być niekiedy wyrazem popisywania się swoją osobliwością lub wyrazem dążenia do sytuacji omdlenia i bezsilności. Dążenia tego rodzaju mieszczą się bardzo dobrze w ramach ogólnej pogoni psychopatów za odegraniem pewnej roli w ramach żądzy popisu.

Jeżeli przejawy algolagnji krzyżują się z fizjologicznymi odręb-

nościami zachowania się płci w akcie płciowym, stają się one wyrazem więcej skomplikowanych przeobrażeń jakościowych w sensie interseksualizmu, które odbijają się wtórnie już nie tylko na temperamencie i charakterze, ale nieraz także i na cielesnych właściwościach osobnika.

Wszystkie te wtórne wpływy, jakie sadyzm w tych lub innych warunkach jego ujawniania się może wywierać na temperament i charakter osobnika, nie dotyczą przecież z reguły tych płaszczyzn życia psychicznego, w których rozwija się uczucie sympatii. Możemy sobie zupełnie dobrze wyobrazić sadystę niepozbawionego tego uczucia, niepozbawionego też uczucia żalu po dokonanych czynie lubieżnego okrucieństwa, a nawet niepozbawionego uczucia winy.

W r. 1927 w Szpitalu w Tworkach przebywał na obserwacji 40-o letni Ferdynand G., który dokonał mordu z lubieżności na osobie 7-o letniej dziewczynki, wyprowadzonej przezeń z domu rodzicielskiego do lasu. Zabójca dokonał zgwałcenia dziecka z rozdarciem krocza, sięgającym do kości ogonowej, i zadał dziewczynce około 30 ran kłutych. Znaczna część ran, zadanych nożyczkami, przypada na okolicę narządów płciowych. Zabójca, przychwytyany w kilka dni po dokonanych mordzie, przyznał się do winy, tłumacząc się, że był pijany, że widok dziewczynki pobudził w nim żądze płciową, że dla zaspokojenia jej wyprowadził on dziewczynkę do lasu, zabił zaś ją z obawy, że dziecko mogłoby go zdradzić przed rodzicami.

Badany składa swoje zeznanie ze skrucą i kończy je *prośbą o ukaranie go śmiercią*. W dalszych swoich zeznaniach G. tłumaczył się, że kłut dziewczynkę dlatego, że krzyczała, że stawiała mu opór i groziła, że o wszystkim powie matce. Kiedy zaczął ją bić, popadł w szal i sam już nie wie, co się z nim działo dalej, gdyż był pijany i nieprzytomny ze strachu i wściekłości.

Śledztwo nie potwierdziło wyjaśnień oskarżonego co do tego, żeby pił wódkę przed wyprowadzeniem dziewczynki do lasu, nie było też żadnych podstaw do przypuszczenia, że oskarżony działał w zamroczeniu. Temniemniej moment „ucieczki do choroby”, a mianowicie tłumaczenie się stanem nieprzytomności ustaliło się w dalszych zeznaniach oskarżonego i doprowadziło go wreszcie do udawanej amnezji z tendencją do udzielania odpowiedzi opacznych i niedorzecznych, a w końcu do reaktywnego osłupienia.

Całe zachowanie się sadystycznego mordercy G. przemawiało za tem, że wstydzi się on swego czynu, że nie jest mu obcem uczucie żalu i skruchy, że odbiega on pod tym względem bardzo daleko

od tych psychopatów chłodnych uczuciowo, którzy z cynizmem szczycą się swemi występkami.

Brak współczucia uczuciowo chłodnych autystycznych psychopatów wcale nie musi się ujawniać w specyficznym okrucieństwie lubieżnem. Przypadki psychopatycznego chłodu uczuciowego z ich brutalną, egoistyczną bezwzględnością, opisywane pod nagłówkami „moral insanity” czy oligofrenji moralnej czy pod innemi nazwami, bynajmniej nie wskazują na to, aby zboczenia sadystyczne należały do integralnych przejawów „psychopatycznej amoralności”, by wogóle jej towarzyszyły.

Temperament atymiczny.

Obraz „obłąkania moralnego” sprowadza się zatem po myśli analizy strukturalnej osobowości do obrazu uczuciowego chłodu i autyzmu, którym mogą towarzyszyć różnorodne stany nasilenia w zakresie życia popędowego (wzmoczenie lub osłabienie) i jakościowe odmiany popędów. Ponieważ autyzm, towarzyszący chładowi uczucia w płaszczyźnie charakteru jest tu zjawiskiem nieodłącznem, wpływającym poniekąd z zasadniczego stanu temperamentu, pojęcie uczuciowego chłodu zamyka w sobie całą istotną treść tej aberacji psychopatycznej, której owocem staje się psychopatyczna amoralność i mogłoby się stać punktem wyjścia dla oznaczenia tej odmiany psychopatycznej człowieka, która kryje się pod bałamutną i pozbawioną właściwej psychobiologicznej treści nazwą „obłąkania moralnego”.

Pogląd *Kahn’a*, podkreślający w tem złożonem zjawisku, jakim jest „psychopatyczna amoralność”, przejawy temperamentu, koliduje w pewnej mierze z temi wnioskami, które wyprowadziliśmy na podstawie psychologicznych wywodów *Störringa*, dotyczących uczuciowości etycznej.

Zdolność odczuwania sympatii posiadała tam znaczenie podstawowej sprawy w rozwoju uczuć etycznych, a brak tej zdolności wydawał się czemś głębszem niż braki, upośledzenia i zniekształcenia odczuwań, które mogą powstawać na podłożu właściwości *temperamentu* człowieka. Wyraz „temperament” rozumieliśmy tam przecież nieco wężiej, niż go rozumiem *Kahn*, mieliśmy bowiem na myśli tylko stan pobudliwości emocjonalnej, właściwości nastroju oraz te właściwości tempa, siły i formy w których uzewnętrznia się osobowość człowieka. *Kahn* obejmuje pojęciem „temperamentu” także inne właściwości życia emocjonalnego, a mianowicie wewnętrzny przebieg emocji łącznie z potrzebą szukania oddźwięku uczuciowego (*gemütliche Ansprechbarkeit*).

Kahn zdaje sobie sprawę z tego, że zaliczanie grupy „psychopatów atymicznych”, obejmującej wszelkie odmiany „chłodu uczuciowego”, do rzędu hypotymji, jako jednego z poddziałów klasyfikacji temperamentów nie jest zupełnie dobrze uzasadnione. Grupa temperamentów hypotymicznych obejmuje bowiem w klasyfikacji *Kahn'a* obok grupy „atymików” także drugą grupę temperamentów dysforycznych, które w każdej swej odmianie mają swój odpowiednik w przejawach temperamentów hipertymicznych,

Typy psychopatyczne flegmatyków, uczuciowo trętych, uczuciowo ubogich i bezuczuciowych, które *Kahn* łączy w jedną grupę psychopatów atymicznych, nie mają swego odpowiednika hipertymicznego. Wspólną cechą tych typów stanowi tylko mały stopień pobudliwości wzruszeniowej i brak potrzeby poszukiwania oddźwięku uczuciowego ze strony otoczenia. Grupa temperamentów dysforycznych, obejmująca psychopatów, skłonnych do nastroju lękowego, nieukontentowanych, niepoczyszonych i posępnych oraz pozostających w nastroju smutku, przeciwstawia się całkiem wyraźnie hipertymicznej grupie psychopatów ruchliwie ożywionych, łatwo pobudliwych, drażliwych, wybuchowych i euforycznych.

Wspólne cechy wszystkich typów dysforycznej grupy hypotymji leżą w płaszczyźnie zasadniczego nastroju uczuciowego i poza sferą braków w zakresie pobudliwości wzruszeniowej i wrażliwości na stosunek uczuciowy do otoczenia. Powinowactwo zatem grupy atymicznej z dysforyczną nie jest dość wyraźne, nie możemy sobie wyobrazić przejściowych form pomiędzy jedną grupą a drugą i można mieć wątpliwości, czy łączenie obu tych typów uczuciowych na płaszczyźnie temperamentu jest dostatecznie uzasadnione.

Zachodzi tu pewna analogia z temi przeciwstawieniami, o jakich mówi *Mazurkiewicz*¹⁾ w stosunku do antytez obrazu psychotycznego w takich zestawieniach parzystych, jak manja-paranoja oraz manja-melancholja. Każda z tych antytez ma swoje uzasadnienie, z czego jednak nie wynika, by wspólna właściwość paranoi i melancholji, polegająca na tem, że każda z tych postaci chorób przeciwstawia się syntonicznej manji, dawała dostateczną podstawę do wniosku o powinowactwie paranoi z melancholją.

Kahn ma swoją rację po temu, ażeby cechy chłodu uczuciowego typów atymicznych zaliczyć do cech temperamentu. Chodzi mu między innemi o to, aby uniknąć błędnego odnoszenia złożonych przejawów psychopatji atymicznej wyłącznie na karb pierwotnych

¹⁾ *Mazurkiewicz*—Syntonja i schiroid. Roczn. Psych. 2.

zaburzeń w dziedzinie charakteru, uznanie bowiem „psychopatycznej amoralności” za pierwotną cechę charakteru prowadziłoby do szeregu zasadniczych nieporozumień. Atymiczne właściwości temperamentu mogą mieć i mają istotny wpływ na tworzenie się charakteru, ale cechy charakteru, powstające pod wpływem tych właściwości temperamentu, mają znaczenie przejawów wtórnych.

Trzeba bowiem pamiętać o tem, że tylko temperament człowieka ustala się pod wpływem głębszych, wewnątrzpochodnych momentów biologicznych, charakter natomiast, jak go określa *Kretschmer*, „stanowi zespół wszystkich możliwych reakcji woli człowieka w tej postaci, w jakiej powstają one w ciągu życia człowieka nie tylko na podstawie właściwości odziedziczonych, ale także na podstawie wszystkich czynników zewnętrznych, wpływów somatycznych, wychowania, wpływu środowiska i przeżyć człowieka”. Charakter, (jak go określa *Allers*) „nie jest tworem przyrody, nie jest tworem biologji, nie jest też częścią ani właściwością osoby ludzkiej; jest on raczej formułą, do której dadzą się sprowadzić jednolicie wszystkie sposoby zachowania się osoby, jest ideą przewodnią wszelkiego postępowania, zachowania się i ujawniania się osobowości na zewnątrz”. Jako formuła, a zarazem maksyma postępowania charakter leży w płaszczyźnie oceny wartościowej, której nie podlega temperament.

Amoralność może być cechą charakteru człowieka, ale trętwosc i chłód uczuciowy z ich brakiem oddźwięku sympatji tkwi głębiej w istocie człowieka i zespala się silniej z jego życiem ustrojem niż cecha charakteru.

Zaliczenie tych właściwości psychobiologicznych, które stanowią najistotniejsze tło dla rozwoju złożonych przejawów „psychopatycznej amoralności” do cech temperamentu staje się u *Kahn'a* możliwym dlatego, że nadaje on pojęciu temperamentu znaczenie wielowymiarowe i ujmuje on w formule temperamentu nie tylko zasadniczy nastrój uczuciowy, tempo, siłę i formę przejawów uczuciowych ale także inne czynniki życia uczuciowego, w szczególności zaś cechę pobudliwości emocjonalnej, wewnętrzny przebieg emocji i istotną dla nas sprawę rezonansu współodczuwań.

Takie rozszerzenie pojęcia temperamentu poza ramy tego, co przywykliśmy nazywać temperamentem w znaczeniu ściślejszem, nie jest pozbawione podstaw.

Formuła temperamentu obejmuje oddawna najogólniejsze i trwałe właściwości życia uczuciowego, charakterystyczne dla całej osobowości i określa te uprzywilejowane płaszczyzny wibracji, w któ-

rych rozwija się reakcja uczuciowa danego indywiduum: czy to krótkotrwała, ograniczona i silna, nazywana afektem, czy dłużej trwająca, rozlana i słabsza, nazywana nastrojem.

Korzenie temperamentu, podobnie jak i korzenie popędów tkwią w sferze cielesnej — ale temperament wiąże się ściślej z życiem psychicznem niż popędy.

W warstwie temperamentu, (jeśli można tu mówić o uwarstwieniach), odbywa się przeobrażenie psychizmów niższego rzędu w wyższe psychizmy świadome i, odwrotnie, poprzez temperament wiedzie droga dla kierowniczych hamulców, idących od sfery charakteru do sfery popędów.

Formuła temperamentu obejmuje stosunek życia uczuciowego do jego podłoża cielesnego, mającego swój wyraz czy to w budowie cielesnej czy we właściwościach układu wegetatywnego i endokrynologicznego.

Jeżeli zatem złożone zjawisko „psychopatycznej amoralności”, zarysowujące się w całej osobowości psychopatów, zaliczanych do typów „moral insanity” najdobitniej przecież w ich trwałych właściwościach życia uczuciowego — ma swoje źródło w warstwie najszerszej pojmowanego temperamentu, to szukać go musimy także w ustroju cielesnym, we właściwościach budowy ciała, we właściwościach układu wegetatywnego i w funkcjach gruczołów wydzielania wewnętrznego,

Dalecy jesteśmy jeszcze od znajomości tych źródeł nawet tam, gdzie związek spraw cielesnych ze sprawami psychicznymi zaznacza się wyraźniej, jak np. w pewnych procesach psychotycznych. Temniemniej sądzę, że tylko na rachunek tych źródeł możemy jeszcze operować pojęciem samoistnego patologicznego braku uczuć moralnych, jeżeli bez tego pojęcia nie możemy się obejść w patologii psychiki ludzkiej.

O budowie cielesnej uczuciowo chłodnych autystów nic jeszcze pewnego nie wiemy; luźne spostrzeżenia kazuistyczne zdają się przemawiać za tem, że „psychopatja amoralna” występuje częściej u osób, mających leptosomiczną lub atletyczną budowę i nie występuje u osób o budowie pyknicznej. W przypadkach oligofrenji, powikłanej ustrojową złościwością i psychopatyczną amoralnością, spotykamy dość często dysplastyczne formy budowy ciała, dysplazja spotyka się przecież nierzadko także i u bardzo dobrotliwych głupaków. Znane są przypadki dobrotliwego idjotyzmu, towarzyszące hypothyreoidyzmowi ze słuzobrzękiem, jak również przypadki bardzo łagodnych i dobrotliwych postaci oligofrenji przy gigantyzmie,

W złożonym zespole funkcji gruczołów dokrewnych wydzielanie wewnętrzne gruczołów płciowych odgrywa bodaj że najistotniejszą rolę w ukształtowaniu się życia uczuciowego i w szczególności w ukształtowaniu temperamentu. O związku uczuć sympatii z funkcją gruczołów płciowych mogłyby może mówić fakty otrętwienia temperamentu z towarzyszącą mu skłonnością do autyzmu i aso- cjalności u zwierząt i ludzi po kastracji, oraz głębokie zmiany w afektywnem ustosunkowaniu się do otoczenia, jakie występują w okresie przełomów w życiu płciowym. Przypadki głębokiej metamorfozy moralnej młodych osób w okresie pokwitania, która nie rozwija się dalej w kierunku procesu psychopatycznego, znane są każdemu. U osobników chwiejnych i nerwowych przełomy życia uczuciowego, towarzyszące pokwitaniu, prowadzą nieraz do głębszych zaburzeń psychopatycznych lub nawet do wyraźnych psychoz — najczęściej do schizofrenji. Powszechnie znane są też przypadki przekształcenia się życia uczuciowego kobiet, występującego w okresie przekwitania płciowego. Okresom menstruacji towarzyszą niekiedy jaskrawe zmiany zachowania się w stosunku do najbliższego otoczenia i do utrwalonych maksym moralnych postępowania. *Le-grand du Saule* i *Gudden* dawno już stwierdzili, że kradzieże sklepowe, jakich dopuszczały się kobiety zamężne ze sfer dobrze wychowanych, przypadały w olbrzymiej większości przypaoków na okres menstruacji. Nie bez znaczenia jest też stwierdzony przez *Hellera* fakt, że przeszło 35% samobójczyń odbiera sobie życie w okresie menstruacji.

Najistotniejszą cechą ogólną „psychopatycznej amoralności” jest brak współdzwzięczności z otoczeniem czyli brak syntonji. Ta negatywna cecha asyntonji zbliża typ „psychopatów amoralnych” do psychopatów schizoidalnych, których łączy ta sama cecha braku syntonji. Na podstawie wspólności cechy negatywnej trudno przecież identyfikować wrodzony chłód uczuciowy i towarzyszący mu autyzm z psychopatią schizoidalną.

Pewna część „psychopatów amoralnych” dałaby się może podciągnąć pod etykietę już nietylko schizoidalnej psychopatji, ale nawet pod etykietę procesu podobnego do schizofrenicznego. Należałyby tu przypadki utraty wrażliwości etycznej, podprzednio istniejącej, w których można myśleć o wtargnięciu destrukcyjnego procesu chorobowego, podobnego do hebefrenji.

W większości przypadków wrodzonego izolowanego braku uczuć sympatii oraz w przypadkach braku uczuć sympatii, towarzyszących niedorozwojowi intelektualnemu, musimy się przecież ograniczyć do

stwierdzenia ustrojowej asyntonji bez wyciągania dalszych wniosków co do utożsamiania tej asyntonji ze schizoidalnością.

Kryerotymia w kazuistyce psychiatrycznej.

Język grecki posiada wyraz „kryeros” stosowany jako przymiotnik do rzeczy (a może i ludzi) zimnych i chłodem swoim budzących grozę. Może wyraz „kryerotymia” nadawałby się do oznaczenia tej odmiany patologicznej psychiki, którą cechuje brak uczuć sympatii, trętwość uczuciowa i uczuciowy chłód, mrozący współbliznich i budzący w nich grozę i odrazę z towarzyszącemu temu brakowi właściwościami charakteru.

W czystej izolowanej postaci kryerotymia jest zjawiskiem stosunkowo rzadkiem. Przedewszystkiem jest ona rzadkością wśród przestępców. Nawet w świecie nałogowych i zawodowych przestępców, wśród przestępców niepoprawnych, pozostających w stałym konflikcie nie tylko z przepisami prawa ale także z cieszącymi się powszechnym uznaniem zasadami zgodnego współżycia z otaczającym społeczeństwem, kryerotymików trzeba szukać ze świecą.

Świat zawodowych i nałogowych przestępców stwarza sobie swoje normy obyczajowe i „moralne”, które są przestrzegane w tym świecie czasami bardzo skrupulatnie. Przyswojenie sobie tych norm i stosowanie się do nich nie da się pogodzić z uczuciowym chłodem i autyzmem.

Znawcy psychologii więźniów, jak np. *Politz*, zaznaczają to całkiem wyraźnie, że typ nieprzystępnych „obląkańców moralnych” prawie, że nie spotyka się w masach więźniów. Przestępcom wcale nie są obce przejawy współczucia, nie jest im też obcą litość, poczucie sprawiedliwości, bezinteresowność a nawet altruistyczne poświęcenie się. Nieraz najniepoprawniejsi przestępcy wykazują żywe uczucia rodzinne i są zdolni do serdecznej przyjaźni koleżeńskiej. Wśród pewnych typów przestępców zawodowych urabiają się swoiste pojęcia „honoru”, które powstrzymują ich od pewnych czynów, uważanych za niezaszczytne i sterują ich postępowaniem w stosunkach z kolegami po fachu.

Zupełny brak skrupułów, brak sumienia, cynizm, bezwstyd i egoizm bezwzględny stanowią w świecie więźniów zjawisko równie monstualne, jak i w społeczeństwie wolnem, są w świecie więźniów tak samo potępiane i tak samo spotykają się z odrazą. Jeżeli te przejawy wyrastają na podłożu uczuciowego chłodu oceniane być mogą przez współtowarzyszy jako przejawy patologiczne.

Przejawy samoistnej kryerotymji należą do rzadkości także wśród przestępców psychopatycznych.

W bogatym materiale kryminalno - psychopatologicznym, jaki przesunął się w okresie dziesięciolecia przez Szpital w Tworkach, obejmującym 727 przypadków, znalazłem zaledwie kilka przypadków, w których można było znaczniejszy stopień patologicznego „niedorozwoju uczuć moralnych” odnieść na karb kryerotymicznych właściwości. Przypadki dotyczą wyłącznie osobników męskich. Z obserwowanych 727 przypadków kryminalno - psychiatrycznych 309 przypada na wyraźne procesy chorobowe psychiki. Śród tych przypadków kryerotymji nie poszukiwałem wcale, gdyby bowiem występowała ona u tych chorych jako cecha przedchorobowa, zostałaby ona przesłonięta przez jaskrawsze przejawy psychotyczne. Poszukiwałem natomiast cech kryerotymji śród pozostałych 418 przypadków wrodzonych odmian patologicznych psychiki, obejmujących wszelkie stopnie niedorozwoju intelektualnego oraz najróżnorodniejsze postacie psychopatycznych odchyłeń psychiki. Z poszukiwań moich wyłączyłem przedewszystkiem wszystkie te przypadki, w których pozytywnie dało się stwierdzić istnienie „uczuć moralnych” w postaci żalu z powodu dokonanej innym krzywdy, w postaci skruchy i poczucia winy z chęcią odpokutowania za nią, dalej z poszukiwań swoich wyłączyłem wszystkie przypadki o wyraźnem obliczu kryminalno - psychopatologicznem, w których czyn występny dawał się łatwo odnieść czy to na karb braków intelektualnych czy afektacji patologicznej (np. w przypadkach szczególnej pobudliwości), czy nieustatkowania, czy nastrojów pojkiłotymicznych czy wreszcie natręctwa bez uciekania się do hipotezy „patologicznego niedorozwoju uczuć moralnych”. W ostatnim wreszcie etapie poszukiwań wyłączyłem z pozostałej reszty przypadki zaburzeń psychicznych reaktywnych, wychodząc z założenia, że jakkolwiek sytuacyjne reakcje psychotyczne mogą się trafiać także śród psychopatów „uczuciowo chłodnych”, świadczą one przecież o tem, że w psychice osób, ulegających schorzeniom reaktywnym, istnieją mechanizmy łagodzące ich atymiczne właściwości.

Pozostało mi zaledwie 10 przypadków, w których grozą przejmujące zbrodnie nie dawały się wyjaśnić stanem patologicznym psychiki badanych bez uciekania się do supozycji, że istotnie współdziałać tu musiał patologiczny niedorozwój uczuć moralnych w znaczeniu wrodzonego uczuciowego chłodu.

Jeden z tych przypadków opisał *Swietłow*, podkreślając w nim cechy niedorozwoju intelektualnego. Dwa inne przypadki zostały

podane w książce *Batawji*. Jeden z nich dotyczy chłopca, stojącego pod zarzutem utopienia swego młodszego brata. Drugi dotyczy młodego człowieka, który z premedytacją zastrzelił swego wuja. Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę ze względu na to, że w dzieciństwie do 14-go roku życia chłopiec nie ujawnił złych skłonności, a grozą przejmujący chłód uczuciowy wystąpił tu dopiero między 14 a 15 rokiem życia. W żadnym z pozostałych przypadków wykolejenie kryminalne nie da się odnieść na wyłączny rachunek kryerotymji.

W 4-ch przypadkach zarysowują się obok chłodu uczuciowego wyraźne znamiona intelektualnych niedoborów, w piątym skłonność do reakcji histerycznych i tendencje pseudologiczne, w pozostałych 2-ch przypadkach zewnętrzne warunki wychowania nie pozwalają odłączyć wrodzonego chłodu uczuciowego od nabytych cech charakteru.

Ocena sądowo-psychjატryczna.

Angielski psychjatra Benjamin *Rusch* pisząc w r. 1812 „o pomieszaniu zdolności moralnych” kończy swój traktat następującem zdaniem: „przyznać muszę, że czuje się niezdolnym do określenia odpowiedzialności tych osobników”.

Ocena poczytalności w przypadkach samoistnego braku uczuć moralnych przedstawia istotnie jedno z najtrudniejszych zagadnień psychjatrji sądowej, które i dziś po 120 latach pozostaje tak samo otwartem jak za czasów *Rusch'a*. W zasadniczem założeniu normy prawnej „niemoralność” sprawcy czynu nie jest tym stanem, któryby zasługiwał na względy wymiaru sprawiedliwości. Niemoralne usposobienie sprawcy czynu występnego, jego brak skruchy, żalu i wstydu nie łagodzi jego winy, ale, przeciwnie, obciąża winowajcę. Zresztą nie tylko prawnikowi, ale także każdemu przeciętnemu człowiekowi, mierzącemu sprawy ludzkie według poczucia sprawiedliwości i sumienia, trudno pogodzić się z myślą uniewinnienia przestępcy dla tego właśnie, że jest on zimnym, bezdusznym, pozbawionym współczucia i poczucia winy i żalu. Jeżeli najwyższe instancje sądowe niemieckie rozstrzygnęły sprawę poczytalności „moral insanity” w ten sposób, że „uznawany przez nowsze teorie naukowe brak hamulców moralnych wtedy tylko może stanowić podstawę dla wykluczenia poczytalności sprawcy czynu karalnego, jeśli da się dowieść, że brak ten pochodzi z zaburzenia chorobowego”, to wbrew opinii *Bleulera* należy w tem orzeczeniu Sądu widzieć raczej koncesję dla zdo-

byczy wiedzy psychiatrycznej, niż dopatrywać się w niem próby wdzierania się Sądu do zakresu kompetencji nauki lekarskiej.

Oceniając samoistny wrodzony brak uczuć etycznych ze stanowiska psychiatrycznego, nie mamy żadnych wątpliwości co do tego, że brak ten jest brakiem natury patologicznej, jak również co do tego, że osobnik, dotknięty takim brakiem, jest osobnikiem psychopatycznym. Temniemniej przecież stanowisko psychiatryczne nie nakazuje nam uważać charakterologicznej odmiany człowieka, jeśli jest ona jedynym przejawem patologicznym, za wystarczający warunek niepoczytalności sądowej, nawet w tym przypadku, jeżeli ta anormalność psychopatyczna zarysowuje się w postępowaniu człowieka bardzo jaskrawo.

Zakres norm prawnych nie pokrywa się z zakresem norm etycznych. Istnieje cały szereg zagrożonych karą zakazów prawnych, które dotyczą spraw stojących całkowicie poza obrębem norm etycznych (nprz. przepisy budowlane, meldunkowe etc. etc.). Stosowanie się do tych przepisów prawa nie wymaga „odczuć etycznych” ani instynktu sympatii, wymaga natomiast zrozumienia znaczenia tych przepisów. Osobnik kryerotymiczny, władający dobrze rozwiniętym intelektem, może rozumieć te przepisy; może on rozumieć i rozumie znaczenie także i tych zakazów prawa, które dotyczą sfery norm etycznych.

Patologiczne osłabienie istotnych sił motywujących i regulujących postępowanie, z jakim mamy do czynienia w przypadku psychopatycznego chłodu uczucia i autyzmu, nie pozostaje jednak bez wpływu na możliwość „kierowania swem działaniem”, którą mniej lub więcej ogranicza i wypacza.

Mamy zatem wszelkie podstawy do mówienia o „zmniejszonej poczytalności” uczuciowo chłodnych psychopatów, uzależniając określenie stopnia tego „zmniejszenia” od stopnia nasilenia objawów psychopatycznych.

Pojęcie „zmniejszonej poczytalności” oznacza w języku prawnika wskazówkę, że należy ten stan uważać za okoliczność łagodzącą i zastosować łagodniejszy wymiar kary dla sprawcy czynu karnego.

Ten sposób rozumowania nie daje społeczeństwu dostatecznego zabezpieczenia przed wysoce niebezpiecznym dla społeczeństwa typem psychopatów amoralnych, sprzeciwia się potrzebie heteronomicznego oddziaływania na opanowanie popędów pierwotnych w przypadkach braku autonomicznych hamulców.

Przypadki kryerotymicznego autyzmu stają się bodaj, że najjaskrawszym przykładem bezradności ustawodawstwa karnego w stosunku do najgroźniejszego typu ludzkiego, jaki przedstawia typ „moral insanity”.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) *Albrecht*. Der anetische Symptomenkomplex. Berlin 1921. 2) *Allers*. Medizinische Charakterologie (Biologie der Person Bd. II — 1931). 3) *Anton*. Gefährliche Menschentypen Arch. f. Psych. 54. 1914. 4) *Batawia St.* Wstęp do nauki o przestępcy. Warsz. 1931. 5) *Berze*. Ueber moralische Defektzustände Jb. f. Psych. 15. 1897. 6) — Ueber die sogenan. „moral insanity” u. ihre forensische Bedeutung. Arch. f. Kriminalantr. 30. 1908. 7) *Biegański Wł.* Etyka ogólna. Warsz. 1918. 8) *Binswanger*. Moralisches Irresein Berl. 1905. 9) *Birnbaum K.* Die psychopathischen Verbrecher II Auf. Leipz. 1926. 10) *Bleuler*. Der geborene Verbrecher. Münch. 1886. 11) — Ueber moralische Idiotie. Viert. jahr. schr. f. gericht. Med. III. 1893. 12) — Die Behandlung der moralisch Schwachsinnigen. Korrespond. bl. Schweiz. Aerzte 44. 1914. 13) *Boeck W.* Das Mitleid bei Kindern. Berl. 1909. 14) *Böhmer*. Untersuchungen über den Körperbau des Verbrechers. Monsh. f. Kriminal. psych. Bd. 19. 1928. 15) *Bostroem*. Striäre Störungen. Handb. der Geisteskr. 16) *Brehm*. Królestwo zwierząt. Warsz. 1893. 17) *Browning Wiliam*. The moral center in the brain. streszcz. Z. f. d. g. N. u. P. 28. 1921. 18) *Darwin K.* Wyras uczuć u człowieka i zwierząt. Warsz. 1873. 19) *Mc. Dougal*. An introduction to social psychology. Wyd. VIII. 1914. przekł. pol. 1931. 20) *Dupré E.* Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris 1925. 21) *Enters*. Vererbung — Keimschädigung. Handb. der Geisteskr. I T. 1928. 22) *Fröbes J.* Lehrbuch der experimentellen Psychologie. II Aufl. Freiburg. 1922. 23) *Gaupp*. Ueber moralisches Irresein u. jugendliches Verbrechen. Halle 1904. 24) — Die Lehre vom geborenen Verbrecher. Monatschr. f. Krim. Psych. I Jg. 25) *Groethuyssen*. Das Mitgefühl. Zeit. f. Psychol. 1904. 26) *Grzywo-Dąbrowski W.* Przyczynek do kazuistyki przestępstw dzieci. Now. Lek. 1922. 27) *Guyau*. Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction. 28) *Handelsman*. Zaburzenia psychiczne w zespole parkinsonowskim poencefalitycznym. Pol. Gaz. Lek. 1923. 29) — Zmiany charakteru u dzieci po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu. Ped. Pol. 1926. 30) *Higier*. Drei Fälle von „Moral Insanity.—streszcz. demonstr. z. pos. Warsz. Tow. Lek. 16.IV.1910. Z. f. d. g. N. u. P. 2. 31) *Homburger*. Psychopathologie des Kindesalters. 32) *Horwitzówna*. Schizofrenja w wieku dziecięcym. Roczn. psych. II 1925. 33) *Hübner*. Ueber die manischdepressive Anlage u. einige ihrer Auslafer. Arch. f. Psych. Bd. 60. 1919. 34) *Jaspers*. Allg. Psychopathologie Berl. 1913. 35) *Kahn E.* Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handb. der Geisteskr. Sp. T. I. 1928. 36) *Kant Otto*. Zur Biologie der Ethik. Wien 1932. 37) *Kretschmer*. Körperbau n. Charakter. 38) — Störungen der Gefühlslebens. Temperamente. Handb. der Geist Kr. allg. T. I. 1928. 39) *Kraepelin*. Psychiatrie VIII a. 1909. 40) *Kronfeld A.* Das Wesen der Psychiatrischen Erkenntniss Berl. 1920. 41) — Ueber die logische Stellung der Kriminologie zur Psychopathologie Allg. Zeit. f. Psych. 72. 1915. 42) *Krzywicki L.* Rozwój moralności. Por. dla samouków Cz. V. 1905. 43) *Küppers*. Zur Localisation des Psychischen. Z. f. d. g. N. u. P. 83. 1923. 44) *Lehmann*. Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens. 1914. 45) *Letourneau*. Rozwój moralności. tł. pol. 1891. 46) *Lombroso*. L'uomo delinquente. 47) *Longard*. Ueber

Moral Insanity. Arch. f. Psych. 43. 1908. 48) *Maier. H. W.* Ueber moralische Idiotie. Leipzig. 1908. 49) *Mazurkiewicz.* Syntonia i schizoid. Roczn. Psych. 3. 1926. 50) *Meggendorfer.* Klinische u. genealogische Untersuchungen über „Moral Insanity“ Z. f. d. g. N. u. P. 66. 1921. 51) *Michel.* Körperbau. Charakter u. Verbrechen. Wien. Med. Wchsch. 1926. 52) *Mikulski K.* Badania psychologiczne w szkole średniej. Warsz. 1930. 53) *v. Muralt.* Ueber Moralisches Irresein. Münch. 1903. 54) *Naেকে.* Ueber sogen. „Moral Insanity“ Wiesb. 1902. 55) *Özelt-Nevin.* Ueber Phantasievorstellungen. 1889. 56) *Panse F.* Ein Fall von „Moral insanity“ mit besonderer Berücksichtigung der Ascendenz. Z. f. d. g. N. u. P. 97. 1925. 57) *Pieńkowski St.* Analiza zaburzeń ruchowych przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu. Warsz. 1925. 58) — Zaburzenia psychiczne przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu. Rozpr. Akad. T. II. 1922. 59) — *Pląskowski R.* Psychiatria. 1884. 60) *Pritschard.* A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. London 1835. 61) *Ribot Ih.* Psychologia uczuć. Warsz. 1901. 62) *v. Rohden Fr.* Lombrosos Bedeutung für die moderne Kriminalbiologie. Arch. f. Psych. 92. 1830. 63) *Rusch Benjamin.* Of derangement in the moral Faculty. 1812. 64) *Schneider Kurt.* Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handb. der Psych. 1923. 65) *Solier.* Psychologia idjoty i głuptaka. Warsz. 1893. 66) *Staehelin.* Moralische Oligophrenie u. Schizoidie. Z. f. d. g. und Psych. 82. 1923. 67) — Die Lehre vom moralischen Schwachsinn im Lichte neuerer psychiatrischen Forschungsergebnisse. Monatschr. f. Kriminalpsych etc. J. 19. 1928. 68) *Sterling Wl.* Dziecko moralnie upośledzone. Szkoła Spec. 1929. 69) *Störriug G.* Psychologie des menschlichen Gefühlslebens. 1922. 70) — Vorlesungen über Psychopathologie. Leipzig 1900. 71) *Strohmayer W.* Angeborene u. im frühem Kindesalter erworbene Schwachsinnszustände. Handb. d. Geisteskr. Rt. VI. 1928. 75) *Sully James.* Umysłowość ludzka. 1898. 73) *Swietlow B.* Kilka uwag o niewłaściwym używaniu terminu „moral insanity“ na tle jednego przypadku sądowego. Now. psych. 1914. 74) *Tilling.* Ueber angeborene moralische Degeneration oder Perversität des Charakters. Allg. Zt. f. Psych. 52. 1896. 75) — Die „Moral insanity“ beruht auf einem excessiv sangvinischen Temperament. Allg. Zts. f. Psych. 57. 1900. 76) *Vorkastner W.* Forensische Beurteilung. Handb. der Geisteskr. IV T. 1929. 76) *Ziehen.* Ueber ethische Defektzustände in der Pubertät. Allg. Z. f. Psych. 67. 1910. 78) *Zienkowskij W.* Psychologia dziecięctwa przekł. pol. 1929.

ODRUCHY WARUNKOWE ANALIZATORA RUCHOWEGO.

podali

JERZY KONORSKI i STEFAN MILLER.

(Doniesienie tymczasowe ¹⁾)

Fizjologia kory mózgowej zajmuje się jedynie zjawiskami obiektywnymi i nie może czerpać pojęć, któremi operuje, z psychologii. Wszelkie zjawiska obiektywne mogą być wytłomaczone przy pomocy innych zjawisk obiektywnych i wprowadzanie dla ich wyjaśnienia czynników psychicznych, danych nam z introspekcji, jest niepotrzebne i metodologicznie niewskazane.

Zadaniem fizjologii kory mózgowej jest analiza tych przejawów zachowania się organizmów, które są zależne od kory, oraz wyjaśnienie ich struktury odruchowej i zbadanie na podstawie tej analizy procesów korowych, które tem zachowaniem kierują.

Jedynym znanym dotychczas elementem mechanizmu odruchowego kory mózgowej jest wprowadzony przez *Pawłowa* odruch warunkowy. Odruch warunkowy *Pawłowa* jest odruchem nabytym w ciągu życia osobniczego organizmu. Powstaje on wówczas, gdy działanie pewnego bodźca obojętnego występuje zawsze równocześnie z bodźcem wywołującym określoną wrodzoną czynność organizmu, zwaną przez *Pawłowa* odruchem bezwarunkowym i polega na tem, że ów dotychczas obojętny bodziec poczyną sam przez się wywoływać tę reakcję.

A więc, 1-o reakcja odruchu warunkowego *Pawłowa* jest zawsze jakościowo identyczną z reakcją odruchu bezwarunkowego, przy pomocy którego dany odruch warunkowy został wytworzony (innemi słowy, z reakcją t. zw. odruchu wzmacniającego) i 2-o odruch warunkowy *Pawłowa* przybiera zawsze wyżej podaną postać, niezależnie od rodzaju wzmacniających odruchów bezwarunkowych, t. j. nie-

¹⁾ Praca obszerna pojawi się w najbliższym zeszycie Rocznika p. t. „Podstawy fizjologiczne teorii ruchów nabytych“.

zależnie od tego, czy np. odruchem wzmacniającym jest odruch pokarmowy, czy obronny.

Istnieją takie zjawiska zachowania się ruchowego zwierząt, nabyte w ciągu ich życia osobniczego, które jednak nie posiadają wyżej opisanych cech odruchów warunkowych *Pawłowa* i które przez to nie dają się do nich bezpośrednio sprowadzić i wymagają przyjęcia nowych mechanizmów elementarnych, nieznanych dotychczas w teorii odruchów warunkowych. Do takich zjawisk należy otrzymany przez nas ruchowy odruch warunkowy, który uważamy za drugi zasadniczy mechanizm korowy i który nazwaliśmy odruchem warunkowym II typu.

Odruchy warunkowe II typu powstają przy wytwarzaniu odruchów warunkowych *Pawłowa* na bodźce proprioceptywne, wiążą się przeto ściśle z czynnością analizatora ruchowego.

Według *Krasnogorskiego*, przez wzmacnianie obojętnego bodźca proprioceptywnego dowolnym odruchem bezwarunkowym otrzymujemy zwykły odruch warunkowy, polegający na tem, że na dotychczas obojętny bodziec proprioceptywny pojawia się reakcja jakościowo identyczna z reakcją stosowanego odruchu bezwarunkowego. Zjawisko to, jak wykazaliśmy, nie zostało jednak przez *Krasnogorskiego* prześledzone całkowicie. Jak bowiem z naszych doświadczeń wynika, jednocześnie z pojawieniem się odruchu warunkowego na bodziec proprioceptywny, występuje reakcja *ruchowa* zwierzęcia, będąca stosowanym bodźcem proprioceptywnym. Jest to reakcja odruchu warunkowego II typu. Reakcja ta może być zupełnie odmienna jakościowo od reakcji stosowanego odruchu wzmacniającego i nie jest, jak w odruchu otrzymanym przez *Krasnogorskiego*, niezależną od rodzaju stosowanego odruchu wzmacniającego. Występuje bowiem ona w postaci opisanej powyżej, przy stosowaniu pewnej tylko kategorii odruchów, do której należy np. odruch pokarmowy. Gdy zaś odruchem wzmacniającym będzie odruch obronny, reakcja ta będzie wprost odwrotna i polegać będzie na powstrzymaniu ruchu, będącego stosowanym bodźcem proprioceptywnym.

Bodźce wzmacniające pierwszej z opisanych kategorii (np. pokarmowe) nazywamy dodatniami, drugiej (np. odr. obronny) — ujemniami. Więc: 1-o Reakcje odruchów warunkowych II typu polegają bądź na wykonaniu ruchu, będącego stosowanym bodźcem proprioceptywnym, bądź na jego powstrzymaniu. Rodzaj reakcji jest tu zależny od zastosowanego bodźca wzmacniającego. 2-o Bodźce wzmacniające dzielą się na bodźce dodatnie i ujemne, w zależności od rodzaju reakcji odruchów warunkowych II-go typu, wytworzonych przy

ich pomocy. Własności bodźców wzmacniających, związane z podziałem powyższym, nie ujawniają się w nauce o zwykłych (pawłowowskich) odruchach warunkowych.

W zjawisku opisanym powyżej reakcja odruchu warunkowego II-go typu pojawia się stale w danych warunkach doświadczenia, bodźcem ją wywołującym, są bodźce ciągłe otoczenia. Wytwarzanie odruchów warunkowych II-go typu na bodźce eksteroceptywne, pojawiające się sporadycznie, jest oparte na wykrytych przez nas własnościach bodźców warunkowych kompleksowych, których jednym ze składników jest bodziec proprioceptywny, oraz na nieznanach dotychczas własnościach bodźca proprioceptywnego stosowanego jako hamulec warunkowy.

Wytwarzanie odruchów warunkowych II-go typu zachodzi tu według praw następujących:

1-o Jeżeli kompleks, w skład którego wchodzi dany bodziec wraz z bodźcem proprioceptywnym jest stale wzmacniany bodźcem *dodatnim*, a poszczególne składniki tego kompleksu, stosowane oddzielnie, wzmacniane nie są, wówczas po pewnym czasie, dany bodziec zaczyna *wywoływać* ruch, będący stosowanym bodźcem proprioceptywnym. (Odmiana I-a odr. war. II-go typu).

2-o Jeżeli kompleks ów jest stale wzmacniany bodźcem *ujemnym* (przy niewzmacnianiu składników tego kompleksu), wówczas po pewnym czasie dany bodziec *powsirzymuje* ruch, będący stosowanym bodźcem proprioceptywnym. (Odmiana II-ga).

3-o Jeżeli dany bodziec jest wzmacniany bodźcem *dodatnim*, zaś bodziec ten, stowany wraz z bodźcem proprioceptywnym, wzmacniany nie jest, wówczas dany bodziec *powstrzymuje* ruch, będący stosowanym bodźcem proprioceptywnym. (Odmiana III-cia).

4-o Jeżeli dany bodziec jest wzmacniany bodźcem *ujemnym*, a bodziec ten wraz z bodźcem proprioceptywnym wzmacniany nie jest, wówczas dany bodziec *wywołuje* ruch, będący stosowanym bodźcem proprioceptywnym. (Odmiana IV-ta).

Wszelkie hamowanie I-ej odmiany odruchów warunkowych II-go typu, jak wygasanie, różnicowanie, hamowanie warunkowe i opóźnianie, zachodzi podobnie, jak w zwykłych odruchach warunkowych. Na czynniki rozhamowujące, odruchy warunkowe II-go typu są bardziej podatne od odruchów zwykłych. Hamowanie aktywne IV-ej odmiany odruchów warunkowych II-go typu jest prawie niemożliwe do skutecznienia.

Zastanawiając się nad mechanizmem I-ej odmiany odruchów warunkowych II-go typu, dochodzimy do wniosku, że wystą-

pienie reakcji tych odruchów jest zależne od pojawienia się pewnego stanu czynnego w ośrodku wzmacniającego odruchu bezwarunkowego.

Tym stanem czynnym nie jest proces pobudzenia, gdyż 1-o wszelkie bodźce, wywołujące proces pobudzenia w tym ośrodku, jak bodźce bezwarunkowe i warunkowe zwykłych (pawłowowskich) odruchów warunkowych nie tylko reakcji II-go typu nie wywołują, ale wprost przeciwnie hamują ją i 2-o dopóki bodziec, na który wyrabiamy odruch warunkowy II-go typu jest bodźcem zwykłego odruchu warunkowego, dopóty wyrabiany odruch warunkowy II-go typu nie wytwarza się. Natomiast doświadczenia nasze dowodzą, że wszelkie czynniki, wywołujące w ośrodku odruchu wzmacniającego proces hamowania, jak zaprzestanie działania bodźca bezwarunkowego, stosowanie hamulców różniczkowych, wygasanie i opóźnianie zwykłych odruchów warunkowych w okresie indukcyjnym wywołują pojawienie się reakcji odruchu warunkowego II-go typu. Prócz tego, głębsza analiza I-ej odmiany odruchów warunkowych II-go typu wykazuje, że zarówno bodziec odruchu warunkowego II-go typu, jak i bodziec proprioceptywny, powstający przy jego reakcji, są w stosunku do zwykłego odruchu warunkowego *hamulcami wewnętrznymi*. Tak więc, owym stanem czynnym ośrodka odruchu wzmacniającego, wywołującym reakcję odruchu warunkowego II-go typu, jest proces *hamowania* w okresie indukcyjnym.

Cały nasz materiał faktyczny przemawia za tem, że reakcja warunkowa II-go typu pojawia się zawsze wówczas, gdy jej bodziec proprioceptywny, albo 1-o sam przez się jest w danych okolicznościach bodźcem zwykłego odruchu warunkowego, albo 2-o uzupełnia inny, pojawiający się sporadycznie, bodziec do kompleksu warunkowego. Ponieważ w wypadku 2-o, zarówno bodziec proprioceptywny reakcji warunkowej II-go typu, jak i bodziec, reakcję tę wywołujący, są zawsze hamulcami wewnętrznymi w stosunku do zwykłych odruchów warunkowych, przeto wyżej podana zasada wymaga wprowadzenia do teorii odruchowych warunkowych prawa o wzajemnym znoszeniu się (rozhamowaniu) hamulców wewnętrznych, w myśl którego dwa hamulce, znajdujące się w pewnym (indukcyjnym) okresie, działają na jeden i ten sam ośrodek bezwarunkowy, wywołują pobudzenie tego ośrodka.

Na podstawie prawa o wzajemnym znoszeniu się hamulców wewnętrznych daje się wytłomaczyć zjawisko indukcji pozytywnej oraz zjawisko kompleksów odróżnicowanych.

Przyjmując prawo wzajemnego znoszenia się hamulców, musi-

my uznać, że hamowanie wewnętrzne w okresie indukcyjnym, nie jest procesem odwrotnym do pobudzenia. Wobec tego systematyzacja zjawisk korowych, wprowadzona przez *Pawłowa*, oparta na uznaniu symetrii procesu pobudzania i hamowania, nie może być utrzymana.

Porównywując własności okresu indukcyjnego hamowania wewnętrznego z własnościami stanu wzmożonej pobudliwości ośrodków nerwowych, dochodzimy do wniosku, że oba procesy powyższe są identyczne. Zgodnie z tym wnioskiem, traci swoje pierwotne paradoksalne brzmienie teza, w myśl której, reakcja odruchu warunkowego II-go typu jest wywołana przez proces hamowania w ośrodku pokarmowym.

Przez wprowadzenie do fizjologii kory mózgowej odruchu warunkowego II-go typu, zostaje włączona w zakres badań fizjologicznych obszerna dziedzina zjawisk zachowania się ruchowego (postępowania) organizmów, dostępna dotychczas jedynie dla psychologii.

PODZIAŁ NAPADÓW KURCZOWYCH WEDLE OBECNYCH WIADOMOŚCI O FUNKCJI KORY I PODKORY ¹⁾

(Pokaz przypadku kurczu pochodzenia podkorowego ²⁾)

podał

PROF. DR. H. HALBAN.

Poznanie objawów występujących w przebiegu ostrego stanu nagminnego zapalenia mózgu, zarówno jak i wstanach następowych tej choroby, jakoteż zdobycze nauki z lat ostatnich co do ich lokalizacji, pozwoliły się nam zbliżyć do poznania niejednolitego i wielkiego zespołu padaczkowego, odgraniczenia poszczególnych rodzajów napadów, a także różniczkowania objawów spostrzeganych w poszczególnych rodzajach i fazach napadowych co do ich pochodzenia.

Zaznaczyć musimy, że o ile nie należy przeceniać jeszcze dzisiejszych wiadomości naszych, to przecież jeżeli porównamy zdobycze ostatnich lat dziesięciu w tej dziedzinie z powolnym stosunkowo postępem w poprzednim półwieku, to przyznać musimy, że są one znaczne.

Na pierwsze miejsce wybija się poznanie znaczenia aparatu podkorowego i stosunku jego do przecenianego dotychczas znaczenia kory mózgowej. W tej dziedzinie zdobycze są wielkie, a szczególnie w porównaniu do zbyt mało znanego wpływu ośrodków niżej leżących na powstanie napadów padaczkowych.

Zanim przejdziemy do omówienia przypadku, który zamierzamy dzisiaj przedstawić, chcielibyśmy podać schemat podziału napadów kurczowych, którym posługujemy się w klinice naszej przy analizie poszczególnych przypadków, należących do wielkiej grupy epilepsji w najszerszym tego słowa znaczeniu. Schemat ten ułatwia klasyfiko-

¹⁾ Streszczenie odczytu wygłoszonego na XI. Zjeździe Psychjatrów Polskich we Lwowie.

²⁾ Przypadek omówiony na Zjeździe dorocznym neurologów niemieckich w Dreźnie 1930. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 116. H. Halban i J. Rothfeld.

wanie i równocześnie ocenianie przynależności przypadków do jednego z różnych podziałów padaczki; w związku z tem pozostaje oczywiście odpowiednia lokalizacja.

Podział ten jest następujący:

I. 1) Napady ograniczone o charakterze korowym, a więc Jacksonowskie i to czysto korowe, a tu rozróżniamy czysto ruchowe (kurczowe, kloniczne), czysto czuciowe (perestezje padawowe) i napady czuciowo-ruchowe.

2) W rzadszych przypadkach zdarza się, że po ograniczonym napadzie korowym ruchowym, lub czuciowo-ruchowym, przychodzi do tonicznego skurczu w tych samych grupach mięśniowych, czyli, że otrzymujemy obraz ograniczonych kurczów kloniczno-tonicznych, a więc ogniskowego „fokalnego” podrażnienia kory mózgowej, które przenosi się na odpowiedni „focus” podkorowy.

3) O ile podrażnienie korowe trwa dłużej i nasila się, możemy otrzymać rozprzestrzenienie się objawów na całe kończyny, lub połowę ciała, a w razie jeszcze silniejszego podrażnienia, może przyjść do utraty przytomności i kurczów tonicznych tak, że początkowy napad Jacksonowski, stanowiący w takich przypadkach rodzaj aury, przejść może w pełny napad padaczkowy z utratą przytomności i ogólnymi kurczami kloniczno-tonicznymi. W tych przypadkach przyjąć musimy, że podrażnienie początkowe nie tylko rozprzestrzeniło się w obrębie kory, ale przeszło także na podkorę.

II. 1) Tak samo jak w korze może podrażnienie ogniskowe zaistnieć pierwotnie w podkorze i wtedy otrzymujemy ograniczone kurcze toniczne, analogicznie jak przy Jacksonie, gdzie występują ograniczone kurcze kloniczne i to bez bólów, albo z bólami, o ile równocześnie jest zajęty thalamus, analogicznie do perestezji przy padaczce korowej, jeżeli podrażnienie objęło ośrodki czuciowe kory.

2) Tak samo jak przy ograniczonym napadzie korowym może w rzadkich przypadkach przyjść do przeniesienia się podrażnienia ogniskowego na podkorę, tak samo też po ograniczonych ogniskowych kurczach tonicznych, może przyjść do ogniskowych kurczów klonicznych w tych samych grupach mięśniowych.

3) O ile podrażnienie podkorowe trwa dłużej, lub nasilenie jego wzmacnia się, to przychodzi do rozszerzenia się objawów podkorowych, aż do ich uogólnienia.

Takie napady podkorowe mogą być różne i polegać nietylko na kurczach tonicznych, ale zależnie od nasilenia i jakości podrażnienia, a przede wszystkim od tego, która część aparatu podkorowego jest zajęta, mogą przybierać rozmaite formy. Objawy te pochodzenia podkorowego występują nierzadko także w przebiegu napadów padaczkowych i są opisane przez autorów jako „warjanty epileptyczne”.

Co się tyczy napadów podkorowych, to niektórzy autorowie oddzielają je od padaczki i nazywają kurcze tego pochodzenia padaczką pozapiramidową (*Sterling*), striarną (*Wimmer*), subkortykalną (*Spiller*). Także niektóre objawy wzgl. zespoły niekurczowe, jak narkolepsja, gelolepsja, orgasmolepsja, względnie ich połączenia uważane są za napady podkorowe (*Rothfeld*), co odpowiada podziałowi naszemu, ponieważ są najprawdopodobniej wynikiem ograniczonego schorzenia ośrodków podkorowych.

Przy uogólnionych objawach podkorowych:

a) podrażnienie, które wywołało ogólne kurcze toniczne, przenosząc się na korę mózgową, nierzadko powoduje pełny napad padaczkowy z utratą przytomności i ogólnymi kurczami toniczno-klonicznymi. Napady takie tem są charakterystyczne, że początek ich, zanim chory straci przytomność, a więc rodzaj aury podkorowej, stanowi ograniczony kurcz toniczny, lub inny objaw pochodzenia podkorowego;

b) w rzadkich tylko przypadkach przychodzi po uogólnionych kurczach podkorowych do ogniskowego (fokalnego) podrażnienia korowego, co dotychczas spostrzegano zarówno eksperymentalnie, jak i klinicznie, tylko w zakresie nerwu twarzowego.

Zarówno przy podrażnieniu pochodzącym z kory, jak i z podkory, może w odpowiednich warunkach i nasileniu bodźca przyjść do nagłego przeniesienia się podrażnienia na podkorę, względnie korę, że otrzymamy prawie natychmiast pełny napad padaczkowy, z tak krótką aurą pochodzenia korowego wzgl. podkorowego, ewentualnie nawet bez aury, że nie potrafimy ustalić punktu wyjścia napadu. Wobec tego wysnuwanie wniosków na podstawie takich napadów co do siedziby zmiany wywołującej, jest niemożliwe, a tem samem nie mamy możliwości ocenienia, czy taki napad uważać należy za padaczkę objawową, czy też za należącą do zw. „epilepsia genuina”.

Do wypracowania tego podziału doprowadziły nas nietylko rozważania teoretyczne i spostrzeżenia kliniczne, ale przede wszystkim

kiem fakt, że zajmując się od lat różniczkowaniem napadów kurczowych stwierdziliśmy, że w piśmiennictwie brak jest jednolitości w opisach napadów, tak że czytający nie może nieraz stworzyć sobie wyobrażenia, z jakiego rodzaju napadami ma się do czynienia i z tego powodu wiele bardzo cennych spostrzeżeń traci na wartości dla postępu nauki o napadach kurczowych.

Jako bardzo rzadki przykład napadów o charakterze podkorowym przedstawiamy chorego lat 19, przyjętego po raz pierwszy na klinikę 10 kwietnia 1929. Wywiady rodzinne bez znaczenia; w dzieciństwie nie chorował.

Obecna choroba rozpoczęła się nagle w czasie chodzenia, wystąpiły wtedy kurcze w rękach i nogach, trwające kilka minut, które chory określa jako „wykręcania”; nie upadł, nie stracił przytomności. Kurcze w twarzy przeszkadzały mu w mówieniu. Od tego czasu napady powtarzały się po kilka do kilkunastu razy dziennie. Nie stracił nigdy przytomności, nigdy nie pogryzł języka, ani nie oddał moczu lub kału w napadzie. Napady rozpoczynały się od nogi lub ręki, nigdy od twarzy.

Po roku występowania napadów, chory zauważył pogorszenie wzroku, znaczniejsze w oku lewym. Od tego czasu wzrok stale się pogarsza i to znacznie więcej w oku lewym.

Badanie kliniczne wykazało: Twarz nieco nalana, owłosienia brak na twarzy i tułowi, skąpe pod pachami i ad genitalia. Pocenie wzmożone. Temperatura w czasie całej obserwacji tylko wyjątkowo podwyższona do 37'2 stopni. Badanie krwi wykazywało czasowo leukocytozą do 12,000 ciałek białych z przewagą eozynochłonnych (około 16%) oraz zwiększenie ilości limfocytów do 36%. Wassermann ujemny, odczyn Pirqueta ujemny, Mantoux'a wyraźnie dodatni.

Badanie układu wegetatywnego wykazało reakcję amfotoniczną z przewagą układu parasympatycznego. Zawartość wapnia we krwi niezmniejszona (około 10 mg %), potasu 18,9 mg %, fosforu 2,8 mg %.

Badanie oczu wykazało: Oko lewe: ślepotą, źrenica nie reaguje na światło; przy oświetleniu ogniskowem i rozszerzaniu źrenicy widać górą od strony wewnętrznej refleks czerwony, a poniżej żółtawy. Prof. Reis rozpoznał uveitis plastica, ectropion uveae. Glaucoma consecutivum, napięcie gałki 55 mm (tonometr Schiötza).

Okło prawe: znaczne krótkowidztwo, stopnia oznaczyć nie można, opacitates corporis vitrei, atrophia nervi optici post neuroretinitidem. Źrenica prawa nie reaguje na światło i na akomodację.

Rentgen czaski prawidłowy. Chwostek wybitnie dodatni. Objaw Babińskiskiego czasowo zaznaczony.

Płyn mózgo-rdzeniowy pod średnim ciśnieniem, wodojasny, Pandy, Nonne-Apelt, Odczyn Wassermanna w płynie ujemny.

Mechaniczna pobudliwość nerwów na kończynach górnych nieco zwiększona; badanie elektryczne wykazało z niektórych nerwów lekko zwiększoną pobudliwość, znacznieszego podwyższenia nie było. Objaw Hoffmanna ujemny.

Wybitnie podwyższona pobudliwość mechaniczna mięśni, w niektórych mięśniach oddziaływanie podobne do reakcji myotonicznej.

Mięsień piersiowy lewy podrażniony prądem galwanicznym okazywał zachowanie podobne do reakcji myastenicznej przy częstem powtarzaniu zamknięcia katody. W tej samej okolicy mięsień drażniony prądem faradycznym okazał przetrwanie skurczu, podobnie jak przy reakcji myotonicznej.

Obserwacja napadów:

W leżeniu występują napady tylko przy wykonaniu silniejszych ruchów; najczęściej występują one jeżeli chory po dłuższem siedzeniu zaczyna chodzić. We śnie niema nigdy napadów.

Z rozpoczynającym się kurczem, chory odczuwa sztywnienie w danej kończynie. Po krótkim kurczu wyprostnym, gwałtowne ruchy kończyny, z czasowem ustawieniem athetotycznym rąk i palców; równocześnie przechylenie tułowia ku przodowi, skręcanie się dokoła swej długiej osi. Dolna kończyna w skurczu tonicznym, stopa w zgięciu podeszwowem. bądź grzbietowem. Głowa skręcona w jedną lub w drugą stronę.

Przy napadach obustronnych, przechodzą kurcze szybko z jednej na drugą stronę, przyczem występują silniejsze skręcenia tułowia, lub ruchy zginające ku tyłowi lub przodowi. W ciężkich napadach chory pada, nie tracąc nigdy przytomności. Z końcem napadów ruchy wstrząsające, a czasem drgawki w zakresie twarzy.

Wywołanie napadu możliwe ruchem czynnym rąk, zaciskaniem pięści, bębnieniem palcami, ruchami czynnymi stóp, drażnieniem stopy przez badającego, zamrożeniem stopy chlorkiem etylu.

Napady, wywołane w pozycji leżącej za pomocą obustronnych czynnych ruchów rąk, różnią się od wywołanych w pozycji stojącej tem, że czasowo przychodzi do wyraźnej pozycji płodowej.

Czasem bezpośrednio po napadach, a także między napadami, drżenie całego ciała.

Leczenie: Podawanie wapnia bez wpływu. Po naświetlaniu

czaszki promieniami Roentgena przejściowa poprawa. Podawanie parathormonu bez wpływu.

Za tężyczką w pierwszej chwili przemawiało: Chwostek dodatni, nieprawidłowy refleks w lewej żrenicy, uważany z początku za zaćmę, możliwość wywołania napadów kurczowych przez zaciskanie ramienia, a więc podobnie jak przy objawie Troussseau, napady wywołane od kończyny górnej rozpoczynały się od kurczu tonicznego, z częstym ustawieniem tężyczkowem ręki i stopy.

Przypadek ten jest zatem przykładem napadowych kurczów podkorowych, występujących samoistnie i dających się wywołać różnymi bodźcami czuciowymi.

Obserwacje nasze kliniczne, jak i studjum literatury doprowadziły nas do przekonania, że bodźcami zewnętrznymi w wielu przypadkach łatwo możemy oddziaływać na objawy pochodzenia podkorowego i to w różny sposób, a mianowicie wywołując, zmieniając je lub hamując; niejednokrotnie w tych samych stanach chorobowych, te same bodźce wywołują odmienny efekt. Natomiast objawy pochodzenia korowego zarówno parestezje, jak i klonizmy bodźcami zewnętrznymi dają się tylko zahamować. Spostrzeżenie to rzuca pewne światło na wiele omawianą, szczególnie dawniej, sprawę epilepsji reflektorycznej, co do której, zdaniem naszym, przyjąć należy, że przypadki opisane jako takie musiały poza przypadkowym schorzeniem obwodowym, polegać na schorzeniu thalamo-striarnem.

KRONIKA PSYCHJATRYCZNA.

Jeżeli rok 1930 dał psychjatrii polskiej kilka nowych placówek pracy, a zaniedbanej sprawie opieki nad psychicznie chorymi w naszym kraju przysporzył kilkakset miejsc zakładowych, to bilans zysków i strat ubiegłego 1931 roku jest wyraźnie ujemny.

Przedewszystkiem śmierć wyrwała z kadr psychjatrów polskich szereg pracowników wybitnych, zasłużonych i nadewszystko doświadczonych. Straciliśmy w roku ubiegłym ś. p. profesora Piltza i docenta Wicherta, kuratora Rychlińskiego, dyrektorów Dekowskiego i Starzyńskiego, lekarzy Kibort-Maksimowową, Mandelsburżankę, Goldberga i Sozańskiego — ogółem w ciągu jednego roku 9 osób, z których każda zabrała ze sobą do grobu dorobek doświadczenia psychjatrycznego, wiedzy i przywiązania do sprawy, której służymy. Uzupełnienie tej straty młodymi siłami wymaga czasu i będzie tem trudniejsze, że szereg etatów asystentów w klinikach uległ redukcji.

Przeżyliśmy rok ubiegły pod znakiem dotkliwego przesilenia gospodarczego, pod znakiem radykalnych zarządzeń oszczędnościowych w gospodarce publicznej. Ofiarą tych zarządzeń padł przedewszystkiem fundusz dotacyjny, mający na celu poparcie akcji tworzenia nowych zakładów. Fundusz ten został całkowicie skreślony z budżetu państwowego, nie pozostawiono w budżecie nawet symbolicznej pozycji, która umożliwiałaby przelanie na cel budowy zakładów ewentualnych pozostałości budżetowych z innych pozycji. W wyniku skreślenia funduszu dotacyjnego budowa zakładu w Gostyninie została niemal, że całkowicie zatrzymana, a wykończanie robót adaptacyjnych w zakładzie w Chełmie posuwa się żółtim krokiem.

Zaniedbanie sprawy budowy nowych zakładów jest wyrazem bardzo fałszywej polityki. Przedewszystkiem statystyka wykazuje, że przekroczyliśmy już wszelkie granice przeładowania zakładów, że liczba chorych w zakładach istniejących znowu wzrosła i na początku 1931 r. dosięgła cyfry 14.836 (o 422 chorych więcej niż w r. 1930, o 3.623 chorych więcej niż w roku 1927) przewyższając maksymalną pojemność zakładów o 2.144 chorych. Zatrzymanie budowy rozpoczętych zakładów pociąga za sobą kolosalne straty materialne, tem większe, że Związki samorządowe starają się ratować sytuację pożyczkami, obciążają się procentami, które stają się zupełnie nieprodukcyjnym wydatkiem, jeśli uruchomienie zakładu odwleka się ad calendas graecas.

Zaniedbanie we właściwym czasie uregulowania tytułu własności terenu, na którym stoją budynki zakładu w Chełmie, doprowadziło do szeregu procesów sądowych, dotychczas nie zakończonych. Zachodzi poważna obawa, że Zakład może być pozbawiony terenu, na który liczono i zostanie na długie lata wciągnięty w wir kłopotów procesowych.

*
*
*

W związku z przesileniem finansowem w gospodarce samorządowej zaznaczył się w połowie roku 1931 wzmógłony odpływ chorych z zakładów. Zabierają z zakładów oczywiście nie tych chorych, którzy nadaliby się do opieki pozazakładowej, ale tych, za których gminy nie mogą opłacać kosztów szpitalnych. Wzmógłony odpływ ku końcowi roku skompensowany został nową falą powrotną przypryływu tych chorych, którzy żadną miarą poza zakładem utrzymać się nie mogą.

W niektórych zakładach, a w szczególności w zakładach Pomorskich odpływ chorych pociągnął za sobą zamykanie pawilonów i redukcję personelu pielęgniarzkiego. Jest rzeczą niewykluczoną, że znów staniemy się świadkami paradoksalnego zjawiska zamykania zakładów psychiatrycznych przy niesłychanym braku łóżek psychiatrycznych dla ludności w kraju.

Z inwestycji w zakładach istniejących zanotować możemy na dobro 1931 r. otwarcie nowego pawilonu w Zakładzie w Warcie (około 100 łóżek) i przybudówkę jednego z pawilonów w Tworkach, która powiększa pojemność tego Zakładu o 40 miejsc. Nowy pawilon w Kobierzynie, który zaczęto budować jeszcze w roku 1929 dotychczas nie jest wykończony. Nie doczekaliśmy się też otwarcia nadbudowanej części oddziału psychiatrycznego Szpitala na Czystem Zakład w Choroszczy stopniowo adaptuje dla celów zakładowych niewyzyskane dotąd zabudowania b. fabryki. Otwarcie nowego pawilonu w Zofjówce, mogącego pomieścić 60 chorych kobiet nastąpiło już na początku 1932 r.

Rozwój opieki pozazakładowej, zapoczątkowany na terenie m. st. Warszawy i Krakowa przez dwa lokalne Towarzystwa opieki nad psychicznie chorymi posuwa się powoli i wciąż boryka się z trudnościami finansowemi. Kolonje dla psychicznie chorych we wsiach Deksznie i Lejpuny mają już zaczątki organizacji, nie są przecież pozbawione wielu zasadniczych braków i wad, których usunięcie wymaga większych wysiłków i czasu.

Zakłady dla psychicznie chorych więźniów w Grodzisku i Grudziądzu są już prawie przepełnione.

We wrześniu 1931 r. zostały zapoczątkowane badania kryminalno-biologiczne na terenie więzienia w Mokotowie oraz na oddziale dla nieletnich przy więzieniu prz ul. Długiej. Badania te zaczął prowadzić kol. Batawia. Z dniem 1 kwietnia 1932 r. fundusz, przeznaczony na ten cel w Ministerstwie Sprawiedliwości został nagle cofnięty.

Zasadnicze sprawy ustawowe, a mianowicie sprawa ustawy o opiece nad psychicznie chorymi i sprawa jednolitego unormowania chaotycznych przepisów o kosztach leczenia psychicznie chorych leży odłożeniem. Jako wstęp do tej ostatniej sprawy możnaby uważać może wydanie zbioru przepisów prawnych, dotyczących kosztów leczenia w szpitalach b. zaboru rosyjskiego zebranych i wyjaśnionych przez radcę M. S. Wewn. Dr-a Emila Wiesenberga. Pośrednio interesować mogą kierowników naszych zakładów wyjaśnienia radcy M. S. Wewn. Stanisława Prókla, dotyczące Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych. Obie prace, ogłoszone drukiem i wydane jako numery Biblioteki Samorządu, obrazują niesłychany chaos przepisów, panujący w zakresie naszego ustawodawstwa szpitalnego i ubóstwo inicjatywy prawodawczej w tej dziedzinie.

Okólnik M. S. Wewn. z dn. 9.XI 1931 r. w sprawie trybu postępowania przy dochodzeniu kosztów leczenia w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego obwarowuje sprawę ściągania kosztów leczenia tyłoma zawikłaniami formalnościami, że można obawiać się, że zaległości kosztów leczenia w szpitalach, sięgające dziesiątków milionów złotych, narosną szybko po zastosowaniu okólnika do zupełnie zawrotnych sum.

W sprawie ustawy o opiece nad psychicznie choremi, zwoływano w końcu ubiegłego roku ponownie konferencję międzyministerjalną w celu ponownego przygotowania projektu pod obrady ciał ustawodawczych. Dokonano kilku drobnych poprawek, nie mających istotnego znaczenia.

W dniu 7 marca r. b. odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie kliniki ocznej U. W. Przebudowa pawilonu szpitala Dzieciątka Jezus dla tej kliniki została dokonana pod kierunkiem prof. *Laubera* z Wiednia, który objął katedrę okulistyki na Uniwersytecie Warszawskim. Do urządzenia tej kliniki przyczyniła się poza Min. W. R. i O. P., hojna ofiara prywatna pani *Ireny Warden*. Nowa ta klinika, wzorowo urządzona według najnowszych wymogów wiedzy, liczy 60 stałych łóżek oraz 3 przychodnie.

W dniach 15 i 16 maja r. b. odbędzie się IV Zjazd lekarski w Krynicy. Podczas Zjazdu czynną będzie w Domu Zdrojowym wystawa środków leczniczych.

W dniach 30 i 31 maja 1932 odbędzie się w Paryżu międzynarodowy Zjazd, poświęcony sprawie higieny psychicznej.

Zjazd ma na celu nawiązanie kontaktu pomiędzy instytucjami i osobami, interesującymi się higieną psychiczną w krajach europejskich, zorganizowanie stałego wydziału europejskiego dla współpracy międzynarodowej na tem polu oraz przygotowanie działaczy europejskich do drugiego wszechświatowego kongresu higieny psychicznej, który ma się odbyć także w Paryżu w 1935 roku.

Obecny wydział europejski lig higieny psychicznej składa się z następujących osób: *Toulous'a*, *Genil-Perrin'a*, *Bond'a* (Francja), *Ley'a* (Belgja), *Repond'a* (Szwajcarja), *Sommer'a* i *Weygandt'a* (Niemcy). Organizatorzy Zjazdu proponują aby w skład wydziału weszli także przedstawiciele lig higieny psychicznej tych krajów, które dotychczas nie są tam reprezentowane.

Program Zjazdu paryskiego obejmuje następujące tematy:

1. Eugenika i profilaktyka psychiczna — referent *Rüdin* (Monachjum)
2. Opieka otwarta nad psychopatami — referenci: *Toulouse*, *Dupony* i *Courtois* (Paryż).
3. Unifikacja statystyki psychiatrycznej — ref. *Bersot* (Neufchâtel).

Uczestnicy Zjazdu są też proszeni o wzięcie udziału w uroczystem posiedzeniu Towarzystwa studjów seksuologicznych, które odbędzie się d. 3 czerwca. Prawie, że równocześnie ze Zjazdem higieny psychicznej, a mianowicie w dn. 31.V i 1.VI odbywać się będzie w Paryżu XII Międzynarodowy Zjazd neurologów, poświęcony epilepsji.

Udział w Zjeździe higieny psychicznej mogą brać osoby, interesujące się tą sprawą. Informacji bliższych o Zjeździe udzieli sekretarz komitetu organizacyjnego *Dr. Genil - Perrin* — 99 Avenue de la Bourdonnais — Paris VII.

Polska Liga higieny psychicznej, istniejąca na papierze od marca 1930 r. do-tychczas nie przejawia śladów swego istnienia. Jedynym czynem Ligi było wysła-nie na Kongres w Waszyngtonie, delegata w osobie ś. p. prof. Piltza, któremu śmierć nie pozwoliła zająć się dalszym rozwojem Ligi.

Do czasu wyboru delegata stałego od międzynarodowego wydziału ligi niżej podpisany podjął się pełnić funkcje korespondenta łącznikowego dla Polski.

W. Łuniewski.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

ŚP. WANDA BLÜHTÓWNA.

Urodzona d. 7.V.1899 w Warszawie, zmarła 1.III.1932 r. w Ko-ścianie. Po ukończeniu szkoły średniej w 1918 wstąpiła na wydział lekarski Uniw. Warsz. Już w czasie studjów Uniwersyteckich inte-resowała się psychjatrją, w czasie wojny bolszewickiej pracowała na oddziale psychjatrycznym szpitala wojskowego jako sanitariuszka, potem w 1922/23 r. jako praktykantka lekarska w szpitalu w Twor-kach. Po otrzymaniu dyplomu pracowała jako asystentka w szpitalu w Kobierzynie, a wreszcie do śmierci w Kościanie. Odznaczała się wielkiem umiłowaniem psychjatrji, której oddała wszystkie swoje siły. Była członkiem Pol. Tow. Psychjatrycznego.

KONSTANTY ECONOMO.

Wybitny neuropatolog i psychjatra wiedeński, autor wielu prac naukowych, najlepszy znawca cytoarchitektoniki mózgu, pierwszy opisał nagminne zapalenie mózgu, które wyodrębnił jako osobne cierpienie, znane jako „choroba Economo”. Zmarł w Wiedniu w październiku 1931 r. w wieku 56 lat.

ALFONS JAKOB.

Urodzony w r. 1884, zmarł d. 17.X.1931, pozostawił po sobie kilkadziesiąt prac podstawowych z dziedziny anatomji patologicznej układu nerwowego oraz psychoz. Od roku 1924 profesor w Hamburgu, był kierownikiem prac anatomopatologicznych z dziedziny psychjatrji, wykonywanych w jego laboratorium przez wielu psychjatrów nie-mieckich i zagranicznych.

POLSKA BIBLIOGRAFJA PSYCHJATRYCZNA ZA ROK 1931.

zestawił

WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI.

Skróty tytułów pism: CZSL — Czasopismo Sądowo-Lekarskie. CZS — Czasopismo Sędziowskie. DZM — Dziecko i Matka. GS — Gazeta Sądowa. KK — Kwartalnik Kliniczny. LW — Lekarz Wojskowy. LK — Lekarz Kolejowy. M — Medycyna. MM — Młoda Matka. NP — Nowiny Psychjatryczne. NL — Nowiny Lekarskie. NP — Neurologja Polska. ODZ — Opieka nad Dzieckiem. PGL — Polska Gazeta Lekarska. P — Palestra. PP — Pedjatra Polska. PPiel — Przodownik Piełgniarski. RP — Rocznik psychjatryczny. SS — Szkoła Specjalna. T — Trzeźwość. WCZL — Warszawskie Czasopismo Lekarskie. WF — Wychowanie Fizyczne. WL — Wiedza Lekarska. Z — Zdrowie.

I. Psychologia i psychopatologia ogólna i działy pokrewne.

1. Borowiecki. Sugestia jako stan czynny. NL.
2. Becker. Choroby psychiczne wśród żydów w Polsce. WCZL.
3. Grzywo-Dąbrowska. Listy samobójców. WCZL.
4. Grzywo-Dąbrowska. Samobójstwa młodzieży szkolnej w Polsce w świetle ankiety. Sprawozd. z posiedzeń — WCZL i NL.
5. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w r. 1930. CZSL.
6. Grzywo-Dąbrowski. Materiały do statystyki samobójstw w miastach, miasteczkach i wsiach Warszawskiego Okręgu Apelacyjnego. CZSL.
7. Katzówna. Higiena psychiczna w oświeceniu nauki o psychoanalizie. XI Zj. Ps. NP.
8. Katzówna. Znaczenie psychoanalizy dla przebiegu i prognozy psychoz endogennych. XI Zj. Ps. NP.
9. Lewartowicz. Instynkty i ich tłumaczenie. MM.
10. Łaniewski. Kilka uwag o psychologii sędziego karnego. CZS.
11. Mikulski. O psychologii indywidualnej Adlera. M.
12. Mikulski. Lekarz szkolny a psycholog szkolny. WF.
13. Nelken. Sześć przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych po postrzale głowy w celu samobójczym. LW.
14. Podkowiński. Teoria psychologii indywidualnej i jej wartość dla wychowania DZM.
15. Piotrowska. Psychologia indywidualna a pedjatra. PP.
16. Piltz. Z ruchu higieny psychicznej w Stanach Zjednoczonych A. P. — T.
17. Rybicki. Zastosowanie badań psychotechnicznych w kolejnictwie. LK.

18. Sycianko. Schorzenia układu nerwowego i schorzenia psychiczne wśród funkcjonariuszy P. K. P. etc. LK.
19. Stejkowska-Dejterowa. Spostrzeżenia nad wpływem audycji radiowych na chorych psychicznie. PPiel.
20. Tarajewicz. Nieco o psychiatrii współczesnej. Przyr. i Technika.
21. Węgrzynowiczowa. Nasze nerwy. MM.
22. Wirszubski. Pierwiastki psychopatyczne kabały. NP.
23. Wrażenia niewidomych z wycieczki do Wilna i Puszczy Białowieskiej. SS.

II. Psychologia sądowa. Zagadnienia prawne.

1. Batawia. Cele i metody badań kryminalno-biologicznych. P.
2. Chróścicki. Szpitale i zakłady dla psychicznie chorych więźniów etc. GS.
3. Flisak. Uwagi o wychowaniu fizykiem jako czynnika profilaktyki przestępczości. SS.
4. Rękas. Sterylizacja umysłowo chorych w świetle nauki, etyki i socjologii XI Zjazd Psych. NP.
5. Strassman. Belgijska ustawa o środkach ochronnych w stosunku do przestępców anormalnych i recydywistów. P.
6. Wirszubski. Rozwód z powodu choroby psychicznej w świetle żydowskiego prawa religijnego. NP.

III. Alkoholizm. Narkomanja.

1. Adamowiczowa. Obecny stan prohibicji w Stanach Zjednoczonych Am. Półn. Z.
2. Borowiecki. Alkohol i dziedziczność. RP.
3. Chodźko. W sprawie ustawy przeciwalkoholowej. T.
4. Deresz. Leczenie pozazakładowe alkoholików. RP.
5. Gawroński. Alkoholizm u młodzieży a szkoła. RP. i NP.
6. Justman. O postaciach klinicznych alkoholizmu dziecięcego. WCZL.
7. Kopczyński. Alkohol a zdrowie młodzieży. T.
8. Modrakowski. Działanie farmakologiczne i toksykologiczne alkoholu. RP.
9. Markuszewicz. Rola popędu samozachowawczego w walce z alkoholizmem. RP.
10. Malinowski. Przypadek morfinizmu. LW.
11. Nelken. Ostre upicie się i przestępczość. RP.
12. Nelken. Kokainizm i homoseksualizm. R. P.
13. Sterling W. Polska myśl psychiatryczna w walce z alkoholizmem. RP.
14. Stryeński. Z przejawów społecznych alkoholizmu. T.
15. Sokalówna. Alkoholizm a walka z nim w 24 krajach etc. T.
16. Sokalówna. Ilu jest narkomanów w Polsce. LW.
17. Wichert i Dreszer. Histopatologia ośrodkowego układu nerwowego w alkoholizmie. RP.
18. Wirszubski. Uwagi w sprawie leczenia morfinizmu. M.
19. Zieliński. Konstytucja i alkoholizm. RP.

IV. Dzieci chore. Pedagogika specjalna.

1. Bogdanowicz. Szpitale dziecięce a psychika dziecka. ODZ.
2. Czacka i Teresa. System Braille'a w Polsce. SS.
3. Dzieciółowska-Brykalska. Dziecko trudne do prowadzenia. DZM.
4. Głińska. O śnie dziecka. MM.

5. Hanowa. Kurs postępowania z dziećmi trudnymi, nerwowymi i przestępnymi. SS.
6. Hellman. Z dziejów organizacji wychowania głuchoniemych. SS.
7. Koperowa. Kwestja nauczania języka polskiego w szkole dla głuchoniemych. SS.
8. Katzówna. W sprawie opieki wychowawczo-lekarskiej dzieci neurotycznych i wychowawczo zaniedbanych. PGL.
9. Lewartowicz. Dwa typy zahukanych dzieci. MM.
10. Opieka wychowawcza nad dziećmi niewidomymi w Polsce. SS.
11. Podgórska. Dziecko trudne. MM.
12. Stefanowicz. Sprawozdanie z pracy w laboratorium psychopedagogicznym P. I. P. S. w r. 1928—1930. SS.
13. Stębowska. Spostrzeżenia nad badaniem sprawności słuchowej u dzieci niedorozwiniętych. SS.

V. Szpitalnictwo i leczenie psychiatryczne.

1. Bartoszakówna. Koronkarstwo jako czynnik zajęciowo-terapeutyczny. PPiel.
2. Bonasera. Proteinochemoterapia w porażeniu postępującem. NP.
3. Boczkowski. O nakłuciu zbiornika mózgowo-rdzeniowego. NP.
4. Bartoszakówna. Kilka uwag o przygotowaniu służby pielęgnarskiej. PPiel.
5. Bibrowicz. Przyjmowanie chorych do szpitala psychiatrycznego. PPiel.
6. Bychowski G. Psychoterapia w szkole. SS.
7. Bychowski G. Psychoterapia wieku dziecięcego. SS.
8. Dretler. Wpływ leczenia malarją na przepuszczalność barjery oponowej. XI Zj. Psych. NP.
9. Gangel. O poszczepiennem zapaleniu mózgu na tle obserwacji dzieci szczepionych. PGL.
10. Gruszecka. Czy szczepienie zimnicy luetykom może zapobiedz wystąpieniu poraż. postępującego i władu rdzenia? NP.
11. Goszkowski. Opieka rodzinna nad psychicznie chorym w Dziekance. NP.
12. Herman. Nakłucie podpotyliczne. WCZL.
13. Hubert. Przyczynek do leczenia nagminnego zapalenia mózgu śpiączkowego. PGL.
14. Katzówna. Znaczenie terapii nasennej w przebiegu psychoz endogennych. PGL.
15. Kurlandzki. Leczenie płasawicy nirwanolem. WCZL.
16. Kusiak. Samorodne pęknięcie śledziony w przebiegu leczenia zimnicą porażenia postępującego. PGL.
17. Kaizerówna. Spostrzeżenia kliniczne nad nowym środkiem nasennym krajowym „irenal”. NL.
18. Leśniowski S. Zapalenie istoty szarej pnia mózgowego po szczepieniach przeciw wściekliznie. PGL.
19. Łapiński. Szpital J. Bożego w Warszawie. Sprawozdanie za r. 1929/30. NP.
20. Łuniewski. Kolonja dla psychicznie chorych w Deksznie. NP.
21. Łuniewski. Zagadnienia społeczne, wpływające z wyników społecznych metod leczenia poraż. postępującego. XI Zj. Psych. NP.
22. Łuniewski. Drugie sprawozdanie z czynności zakładów psychiatrycznych w Polsce za r. 1929. RP.
23. Medem. Pielęgnowanie chorych nieprzyjmujących pokarmu. PPiel.
24. Medem. Pielęgnowanie chorych z zaburzeniami w oddawaniu stolca i moczu. PPiel.

25. Piotrowski. Czy rokowanie w poraż. postępującem obecnie jest pomyślniejsze? XI Zj. Psych. NP.
26. Piotrowski. Sprawozdanie z Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka za r. 1930/31, NP.
27. Świerczek. Krytyczne rozważania nad malarją leczniczą w porażeniu postępującem. NP.
28. Świerczek Doświadczenia lecznicze z hexophannatrium. NP.
29. Świątłłow. Spostrzeżenia psychjatryczne zagranicą. NP.
30. Wickel-Haina. Nowoczesne leczenie psychicznie chorych. PPiel.
31. Zandowa. Znaczenie lecznicze nakłuć przestrzeni podpajęczynówkowej. WCZL.
32. Zakrzewska. Prawa i obowiązki pielęgniarki. PPiel.

VI. *Porażenie postępujące. Kiła systemu nerwowego. Parkinsonizm. Schizofrenja.*

1. Brzezicki. Badania nad parkinsonizmem objawowym. PGL.
2. Bychowski G. Z badań nad stanami osłupienia schizofrenicznego. RP.
3. Chłopicki. Napadowe halucynacje słuchowe i napadowe urojenia w przypadku parkinsonizmu po nagminnem zapaleniu mózgu. RP.
4. Dretler. O skombinowanym zaburzeniu pośpiączkowem. PGL.
5. Głowacka W sprawie powstawania encefalitów powakcynacyjnych. WL.
6. Handelsman. Zaburzenia psychiczne w kile wrodzonej. Bibl. Eugen. 1930
7. Lenartowicz. Z badań nad kiłą doświadczalną. XI Zj. Psych. NF.
8. Matecki. O korelacji kliniki i konstytucji w psychozach pochodzenia kiłowego. XI Zj. Psych. NP.
9. Messing. Histopatologia kiły układu nerwowego. XI Zj. Psych. NP.
10. Nowicki. Porażenie postępujące a kiła narządów. XI Zj. Psych. NP.
11. Piotrowski. Rozpoznawanie kliniczne poraż. postępującego z uwzględnieniem wyników badań serologicznych. XI Zj. Psych. NP.
12. Ślącza. Encephalitis epidemica. WL.
13. Wichert i Dreszer. Z histopatologii porażenia postępującego. XI Zj. Psych. NP.

VII. *Neuropatologia.*

1. Bau-Prusakowa. Stwardnienie rozsiane w świetle nowszych badań. WCZL.
2. Bychowski Z. Z kliniki stwardnienia rozsianego. WCZL.
3. Bychowski Z. Klinika przysadki mózgowej. WCZL.
4. Balukiewiczówna. Płasawica. M.
5. Choróbski. Przypadek glejaka (oligodendroma) komory bocznej. RP.
6. Demianowska. Przyczynek do rodzinnego występowania rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia. PGL.
7. Flatau. O epidemii zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce. (1929—1921). WCZL.
8. Falkiewicz. Tężyyczko-padaczka. PFL.
9. Handelsman. Stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianem mózgu i rdzenia. RP.
10. Justman. O odruchach brzusznych. WCZL.
11. Krakowski. Kwasica i alkalozja w patologji układu nerwowego. 1930. NP.
12. Karwowski. O samoistnych rozlanych krwotokach podpajęczynówkowych. PGL.
13. Mackiewicz. Glioblastomatosis diffusa cerebri multilokularis. RP.
14. Minkowski. Nowe dane z anatomji patologicznej padaczki. WCZL.

15. Musiał. Glejak nerwu wzrokowego. PGL.
16. Mikułowski. Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dziecka. PGL.
17. Orliński. Przypadek choroby Schildera. Spraw. z posiedz. KK.
18. Prussak. O postaci rodzinnej stwardnienia rozsianego. WCZL.
19. Pinczewski. Dwa przypadki przypuszczalnej choroby Schildera u bliźnięt. Spraw. z posiedz. KK.
20. Rotstadt. Niezwykły przypadek porażenia kończyny. Spraw. z posiedz. KK.
21. Rotstadt. Przypadek guza czaszki. Spraw. z posiedz. KK.
22. Sterling W. Objaw karkowo-korzeniowy. WCZL.
23. Sterling W. Zespół rodzinny rdzeniowo-miotoniczny. WCZL.
24. Szusterówna. Szklwiak podstawy mózgu. UL.
25. Szyfman. Uwagi w sprawie rozpoznawania stanów śpiączkowych u chorych na cukrzycę. PGL.
26. Tencer. O zawrocie głowy. WCZL.
27. Zandowa. Zapalenie opon mózgowych gruzlicze. WCZL.
28. Wirszubski. Dwa przypadki nowotworów płatów czołowych. NL.
29. Wołowicz. Zachowanie się tętna w przebiegu chorób. PPiel.

VIII. Varia Zjazdy.

1. Grzywo-Dąbrowski. Polska bibliografia psychiatryczna za rok. 1930. RP.
2. Mikulski. Odczyn Vernesa w chorobach psychicznych. LW.
3. Projekt regulaminu Zjazdów Psychiatrów Polskich. RP.
4. Protokół XI Walnego Zebrania Polskiego. Tow. Psychiatrycznego na X. Zjeździe Psychiatrów Polskich w Kochanówce dn. 8/VI 1930. RP.
5. Rose. Zadanie współczesnej psychiatrii. Pam. Wil. Tow. Lek.
6. Sprawozdanie Oddziału Wileńskiego Polskiego Tow. Psychiatrycznego. RP.
7. Sprawozdanie z X Zjazdu Psychiatrów Polskich w Łodzi w dn. 7—9.VI.1930. RP.
8. Wawrzynowski. Sprawozdanie z kongresu w sprawie niewidomych w N. Jorku w dniu 13—30/IV 1931. SS.
9. Zawadowski. O radjodjagnostyce czaszki etc. 1930. NP.

IX. Wspomnienia pośmiertne.

1. Chłopicki. Ś.p. prof. dr. Jan Piltz, RP, i NP.
2. Guntarski. Ś.p. Artur Starzyński. NP.
3. Handelsman. Ś.p. R. Radziwiłłowicz. I/30. NP.
4. Liszka. Ś.p. dr. Karol Rychliński. RP.
5. Minkowski. K. Monakow. RP.
6. M. B. Anna Mendelsburg. RP.
7. Podwoński. Ś.p. dr. E. Kibort-Maksimowa. RP.
8. Pieńkowski. Ś.p. prof. J. Piltz, NP.

X. Książki.

1. Batawia. Wstęp do nauki o przestępcy. Zagadnienie skłonności przestępczych. Warszawa. 1931 str. 150.
2. Bornsztajn M. Psychoanaliza. Krakow. 1930 str. 63.
3. Baley. Psychologia wieku dojrzewania. Lwów — Warszawa, str. 264.
4. Le Bon. Psychologia tłumu. Lwów, I/30. str. 186.
5. Falkowski. Schizofrenja. Wilno. str. 31.

6. Handelsman. Zaburzenia psychiczne w kile wrodzonej, 1930. Warszawa. Bibl. Eugen,
7. Kreutz. Rozwój psychiczny młodzieży. Lwów — Warszawa, str. 75.
8. Knappe-Marzewska. Zagadnienie psychiki u zwierząt. Warszawa. 1930. str. 31.
9. Miciński. Nerwowość, histerja, neurastenja i hypochondrja. Warszawa. str. 47.
10. Orzechowski. Zaburzenia nerwowe w kile wrodzonej. Bibl. Eugen, 1930.
11. Pieńkowski. Patogeneza powstania objawów histerycznych (w szczeg. cielesnych) w psychonerwicach wojennych w świetle biologji. Warszawa. str. 50.
12. Piltz. O charakterze. Kraków. str. 16.
13. Pfister. Psychoanaliza na usługach wychowania. Lwów — Warszawa. str. 223.
14. Piłsudski J. Psychologia więźnia. str. 20, Warszawa.
15. Pilchowa. Pamiętnik jasnowidzącej z wędrówki poprzez wieki, str. 254.
16. Siwek P. Ks. Konnersreuth w świetle nauki i religji, Kraków, str. 270.
17. Studencki. O typie psychofizycznym polaka, Poznań, str. 42.
18. Seweryn. Jąkanie i jego leczenie. Warszawa. str. 106.
19. Wawrzynowski. Opieka wychowawcza nad dziećmi upośledzonymi umysłowo. str. 129.
20. Zandowa. Drgawki u dzieci. Warszawa. str. 44.

XII ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH
W BIAŁYMSTOKU I CHOROSZCZY
DNIA 14. 15, 16 MAJA 1932 R.

Program obrad.

I-szy dzień.

Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali posiedzeń Rady Miejskiej
w Białymstoku o godz. 11-ej m. 30.

Referaty główne:

1. Prof. *J. Mazurkiewicz* (Warszawa) — Biologiczne elementy charakteru.
2. Doc. *M. Zieliński* (Kraków) — Konstytucja i charakter.
3. Prof. *S. Baley* (Warszawa) — Charakter normalny.
4. Prof. *S. Borowiecki* (Poznań) — Patologia charakteru.
5. Prof. *S. Pieńkowski* (Kraków) — Patologia charakteru.
6. Dr. *W. Sterling* (Warszawa) — Patologia charakteru w świetle nauki o wydzielaniu wewnętrznem.
7. Dr. *M. Bornsztajn* (Warszawa) — Charakter w świetle teorii psychoanalitycznej.

Odczyty:

1. Dr. *K. Wize* (Dziekanka) — Charakter w ujęciu psychologicznem i fizjologicznem.
2. Dr. *G. Bychowski* (Warszawa) — Biogeneza a psychogeneza charakteru.
3. Dr. *R. Dreszer* (Warszawa) — O dziedzicznych źródłach charakteru.
4. D. *J. Dretler* (Kobierzyn) — Badania nad konstytucją i charakterem w zespołach paranoicznych objawowych.
5. Dr. *A. Piotrowski* (Dziekanka) — Typy schizofreniczne.

Obrady będą odbywały się w Sali Rady Miejskiej od godz. 11³⁰ do 14-ej i od godz. 15-ej do 18. Przerwa na obiad—od godz. 14-ej do 15-ej.

II-gi dzień.

Początek obrad o godz. 8-ej rano.

Referaty główne:

1. Dr. *St. Batawia* (Warszawa) — Rozwój charakteru przestępczego.
2. Pułk. *J. Nelken* (Warszawa) — Patologja charakteru w oświe-
tleniu sądowo-karnem.
3. Doc. *W. Łuniewski* (Tworki) — Patologja charakteru w oświe-
tleniu sądowo-cywilnem.

Odczyty:

1. Dr. *W. Spektorowa* (Łódź) — Zmiany charakteru u dzieci
przestępczych.
2. Dr. *A. Sikorska* (Kraków) — Charakter a możliwości lecz-
niczo wychowawcze.

Dyskusja.

Walne Zgromadzenie Polskiego Tow. Psychiatrycznego.

Przerwa obiadowa i zwiedzenie szpitala od godz. 13 do godz. 16-ej.
Obrady II-go dnia odbędą się w Choroszczy.

I-go dnia—czarna kawa u Pana Wojewody, II-go dnia—zabawa
towarzyska w Choroszczy.

III-ci dzień.

Początek obrad o godz. 8-ej.

Odczyty:

- 1—2 Dr. *Z. Drohocki* (Kraków): a) Próba nowej typologii.
b) Orientacja przy pomocy barw lub kształtów i jej znacze-
nie dla podziału typologicznego.
- 3—4 Dr. *J. Konorski* i *S. Miller* (Tworki): a) O fizjologicznem
traktowaniu postępowania. b) O warunkach wytwarzania
ruchowego odruchu warunkowego.
5. Dr. *W. Terajewicz* (Choroszcz) — O powołaniu społecznem
lekarza psychiatry.
6. Dyr. *I. Fuhrman* (Chełm)— Szpital psychiatryczny—ośrod-
kiem higieny psychicznej.
7. Dr. *S. Swierczek* (Dziekanka)— Leczenie schizofrenji malarją.
8. Dr. *K. Golonka* (Kochanówka)—Psychoterapia schizofrenji
w szpitalu psychiatrycznym.

9. Dr. *J. Meissner* (Kobierzyn) — Epileptycy województwa Krakowskiego.
10. Dr. *S. Swierczek* (Dziekanka) — Wyniki leczenia malarją epilepsji.
11. Dr. *J. Meissner* (Kobierzyn) — Wyniki poszukiwań statystycznych, dotyczących porażieńców województwa Krakowskiego.

Zamknięcie Zjazdu.

Obrady III-go dnia—w Choroszczy. Po zamknięciu Zjazdu odbędzie się wycieczka krajoznawcza w okolice Białegostoku.

KSIAŻKI NADESŁANE DO REDAKCJI.

- Siwek P. Ks.* — Konnersreuth w świetle nauki i religii. Kraków 1931.
Rahn C. — Nauka a życie religijne. Poznań 1932.
Joteyko Józeta Prof. Dr. — Znużenie. Warszawa 1932.
Jarmolenko A. W. — Obsledowania dwiżenij normalnych i anormalnych dietej. Gosud. med. Izdatelstwo, 1931.
Revue de la Presse Medicale Polonaise T. I. N. I. — Varsovie 1932.

ANNALES PSYCHIATRIQUES

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ POLONAISE DE PSYCHIATRIE

Résumés.

B. Bornstein. La paralysie générale chez les juifs.

En se basant sur le matériel présenté par les malades de la paralysie progressive, l'auteur relève les différences et les ressemblances de la symptomatologie et du cours de la maladie chez les malades juifs et non juifs. C'est une chose confirmée par beaucoup d'auteurs que la paralysie générale est relativement plus fréquente chez les juifs que dans la population qui les entoure, malgré, que l'infection soit plus rare chez les juifs. Aussi dans les pays où la syphilis est répandue la population indigène gagne plus rarement la paralysie générale que les juifs qui y demeurent. En analysant les causes du développement de la paralysie générale, on n'y peut pas trouver un agent sûr, qui influence le développement de la maladie. L'hérédité, l'alcoolisme et l'influence de la culture ne sont pas les causes réelles. Se basant sur un matériel de 140 malades dont 70 juifs et 70 non juifs l'auteur établit les résultats suivants:

1) Les juifs sont disposés plus souvent à la paralysie générale que les non juifs.

2) La maladie se déclare souvent soudainement, les symptômes prémonitoires sont fréquemment de peu de durée.

3) La maladie se développe plus vite chez les juifs, aboutissant en peu de temps à la démence progressive.

4) Les états dépressifs sont en prépondérance.

5) L'effet du traitement par l'impaludation est pire, que chez les non juifs, et on ne rencontre que rarement une guérison complète.

Malgré une démence poussée à un très haut degré, la maladie dure plus longtemps que chez les non juifs, les attaques paralytiques et épileptiques apparaissent plus souvent.

K. Mikulski et A. Liszka. Les sources inexploitées du paludisme thérapeutique.

D'Ormea et Broggi (La piretoterapia nella demenza praecoce—Rass. di Studi Psichiatr. 1930. Nr. 19) mentionnent tout court des résultats satisfaisants obtenus par l'inoculation de la malaria par le sang des malades: 1-o) résistants au paludisme, 2-o) traités par la quinine, 3-o) n'étant pas en état févreux.

Nous avons entrepris une recherche plus détaillée des sources cliniquement possibles du paludisme. Dans 46 inoculation le sang fut pris:

- 1) en temps d'incubation de plasmodium vivax.
- 2) des malades résistants à la malaria.
- 3) des malades dont la fièvre a cédé spontanément.
- 4) des malades dont les accès ont été coupés par la quinine.

Ad 1) Nous avons constaté des bons résultats d'inoculation veineuse ou cutanée de 1 à 3 cm³ de sang impaludé pris des malades, qui sont trouvés dans le 4-e, le 2-e et même le 1-r jour d'incubation.

On a injecté 2 cm³ du sang impaludé dans la veine du coude d'un malade A. Une demie heure plus tard, et même cinq minutes plus tard, on prenait du sang du deuxième bras de ce malade, et en l'injectant au malade B, on obtenait la contagion.

Ad 2). En prenant du sang des malades chez lesquels l'inoculation de la malaria n'a pas donné de fièvre, on réussissait cependant à l'incuber, même quand le sang fut pris dans le 26, 31 et 75 jour de la durée de la période de résistance du malade.

Ad 3). On obtenait la contagion, même lorsque les malades, chez lesquels la fièvre malarique disparaissait spontanément après 2, 3 ou 5 accès, ont été la source de la contagion. On prenait le sang le 31, 60-e et même 150-e jour de la durée latente de la contagion.

Ad 4) Les recherches des auteurs ne confirment pas les opinions D'Ormea et Broggi, parce que le sang des malades malariques traités par la quinine ne provoque pas la malaria chez les sujets inoculés de la sorte.

5. Les recherches des auteurs n'ont pas confirmé la présence de plasmodium dans le liquor cérébro-spinal d'un malade traité par la malarithérapie.

Les auteurs insistent sur ce que la malaria peut-être d'inoculée non seulement quand le sang est pris d'un malade, qui se trouve

dans la période fiévreuse, mais aussi de celui qui se trouve soit dans la période latente, soit dans la période de résistance—et même dans les premiers jour d'incubation.

J, Fraenklowa. Traitement des aliénés au moyen du sommeil permanent (narcose).

L'auteur expose dans l'introduction les méthodes du traitement des aliénés au moyen de la narcose au temps passé, ainsi le sommeil permanent appliqué par Wolf au moyen du trional, par Epiphanyo luminalnatrium et ensuite par Wiethold, une combinaison du paraldehyde avec scopolamine; enfin il discute plus amplement le traitement des malades au moyen du somnifène et d'avertine. La narcose de somnifène comme moyen thérapeutique a été introduite par Klaesi, qui lui-même contemplait cette méthode de traitement avec un grand optimisme. Des nombreux ouvrages subséquents, particulièrement ceux de Mueller contiennent 310 cas et d'Oberholzer de Burghoelzli recommandent au principe la thérapie du sommeil, en avertissant en même temps du certain danger attaché au traitement avec du somnifène. Pour éviter des complications résultant du traitement avec du somnifène, recommande Dozy (Saandport) l'application de somnifène per os 3 fois par jour à 20 gouttes, en augmentant chaque jour la dose de 10 gouttes jusqu'à 70 gouttes, après on diminue graduellement la dose. Le sommeil doit durer 14 jours à 20 heures par jour et pendant tout ce temps on doit administrer constamment des remèdes cardiaques, et contrôler la température, l'urine et la pression du sang. Dozy recommande cette méthode de traitement quand il s'agit des états maniaque et surtout dans les cas de dépression et d'anxiété. La dite méthode fut appliquée à l'Hôpital Public de Lwów, département pour maladies du système nerveux, notamment dans 4 cas de grave dépression et dans 1 cas d'excitation maniaque; dans 3 cas de ce traitement on avait obtenu un changement en mieux plus ou moins grand.

L'avertine a été introduite à la psychiatrie par Blume, Neustadt et Sioli comme hypnoticum et sedativum, et ensuite appliquée par Kretschmer à Marburg. Chez nous l'avertine a été appliquée depuis janvier 1931. Nous avons fait 76 narcoses d'avertine aux malades excités; 12 aux malades souffrant de la confusion mentale; 10 aux malades à l'état d'anxiété; 54 aux catatoniques excitées. La dose était 0,08 par 1 kg. du poids du corps. Un quart ou une demie-heure après le clystère commençait la narcose, qui

durait 1—2 heures et fut suivie par un sommeil profond durant 8—10 heures. Dans aucun de ces cas il n'y avait pas des complications, dans tous, un apaisement passager ou constant s'était produit, de même que la possibilité du renouement du contact avec l'entourage, aussi la nourriture fut prise plus facilement. L'avertine surpasse donc tous les autres remèdes somnifères en agissant promptement, en produisant un sommeil plus profond et plus long, enfin elle ne cause des complications plus nombreuses que les autres remèdes somnifères.

Cependant, en appliquant le traitement du sommeil nous ne pouvons compter d'obtenir des résultats certains, sinon, qu'en considérant non seulement le syndrome de la maladie, mais aussi la constitution psychophysique du malade. Les malades souffrant de l'excitation maniaque ne supportent pas bien la narcose d'avertine, qui est souvent suivie chez eux par la cyanose, pourtant les catatoniques s'apaisent après l'avertine. Chez les schizofrènes, au contraire, aucun change en mieux ne se produit pas après la narcose avec du somnifène. Quoi qu'il en soit, nous avons dans le sommeil permanent (narcose) la possibilité thérapeutique d'éliminer l'excitation psychotique pour un certain temps. ce qui est, sans doute, un progrès dans la thérapie psychiatrique.

A. Virchubski. Complex neuro-psychique comme suite d'une asphyxie par la fumée du charbon (CO),

L'auteur a observé en 1930 3 cas d'empoisonnement par la fumée du charbon:

Cas 1. Une femme âgée de 62 ans a quitté l'hôpital en bon état. 2 semaines plus tard on a constaté chez elle des signes d'une maladie psychique en forme de désorientation. 2 semaines plus tard une rigidité de toutes les extrémités. Comme suite des usures decubitales. Décédée. **Cas 2.** — Il s'agit d'un homme, âgé de 60 ans, qui après avoir quitté l'hôpital en bon état de montre une allure alourdie et souffre des rouleurs dans les mollets, plus tard une désorientation du temps, du lieu et du milieu. Dans 3 mois une guérison complète. — **Cas 3.** Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans. Quelques semaines après l'accident on a constaté chez lui des signes d'une hypomanie. Guérison complète.

En rapport à ces cas personnellement observés l'auteur résume ensuite l'état de la science concernant les complications neuro-psychiques pur suite de l'empoisonnement par la fumée du

charbon (CO). Pour conclure l'auteur fait les remarques suivantes. Au cours de son travail durant 30 ans dans les hopitaux l'auteur s'est habitué à ce que les victimes de l'asphyxie soient généralement adressé aux sections internes, néanmoins l'auteur s'est persuadé, que ces cas devraient être traités dans les cliniques neurologiques ou psychiatriques.

M. Demianowska. Contribution à la symptomatologie des lobes frontales.

Les 7 cas des tumeurs des lobes frontales présentaient en général une suite des symptômes reconnus comme caractéristiques pour les maladies des lobes frontales.

Parmi les symptômes généraux les maux de tête de différente intensité étaient présents dans tous les cas, étant localisés dans deux cas exclusivement du côté de la tumeur; des vertiges avec vomissements furent observés par nous deux fois, tandis que le ralentissement du pouls ne fut constaté chez aucun des nos malades. Nous avons trouvé la stase papillaire dans 5 cas, une fois l'atrophie unilatérale du nerf optique sans troubles dans l'autre oeil et dans un cas il n'avait aucun trouble au fond des yeux. Dans un seul cas il existaient les symptômes de l'hypertension crânienne constatées par la radiographie, et dans un autre la destruction de selle turcique — le reste de malades ne démontraient aucun désordre. Chez trois malades nous avons trouvé la pleocytose et l'hyperalbuminose du liquide céphalorachidien.

Dans tous nos cas nous avons constaté des troubles psychiques, chez 4 malades ils ont précédé tous les autres symptômes, chez les trois autres ils parurent aussi au commencement de la maladie. Dans 5 cas nous avons observé une rigidité de la mimique et le syndrome akinétique, une fois un tremblement sporadique plus marquée du côté opposé à la tumeur. Nous constatâmes troubles de la marche et de l'équilibre dans 2 cas occupant les corpora callosa, chez 4 malades le phénomène de Romberg était positive et la marche atactique propre à l'ataxie frontale, dans 2 cas ce symptôme n'avait lieu que périodiquement. Nous avons observé nystagmus chez 4 malades, chez un la diminution des réactions labyrinthiques du côté du focus, chez l'autre une excitabilité augmentée du côté contraire. Un malade, en marchant, croisait les extrémités inférieures. Dans les cas des lésions du corpus callosum on pouvait observer chez un malade le signe de la préhension forcée du côté gauche avec les troubles de la sensibilité profonde

et de la stereognoze, chez un autre le focus étant ambilateral, l'apraxie du côté gauche. Chez deux malades nous avons remarqué en faisant l'épreuve de Lassegue que la deuxième extrémité inférieure se pliait au genou et à la hanche et simultanément montait en l'air. Quant aux symptômes oculaires chez nos malades les pupilles dans 5 cas n'étaient pas rondes, dans 3 cas une réaction defective à la lumière ambilateralement, une fois seulement à un oeil et une fois abolition des réflexes pupillaires à l'accomodation et à convergence. Dans un cas a eu lieu l'exophtalmus du côté de la tumeur. Chez un malade avec abolition des réflexes pupillaires à la lumière il existait diplopie sans parésie oculo-motrice, chez le même malade la tête était tournée à gauche avec un penchement vers l'épaule gauche. Dans un cas paralysie du regard en haut. Chez trois de nos malades nous avons observé des attaques convulsives. Parmi les symptômes pyramidales nous avons constaté une légère hemiparésie. deux fois seulement la parésie du nerf facial; dans un de ces cas la parésie mimique était plus forte que la volontaire, une fois la déviation de la langue était le seul symptôme des voies motoriques. Dans les deux cas de l'affection du corpus callosum les symptômes pyramidales étaient ambilaterales.

Outre le désordre de la parole et de l'odorat il n'y a guère des symptômes exclusivement patognomiques pour les lobes frontales, seul le syndrom et l'intensification des symptômes avec les symptômes generaux faibles ou qui paraissent plus tard, et surtout les troubles psychiques initiaux rendent la localisation possible.

† K. Okus z k o. L'inconscient et son rapport aux états conscients.

H. Katz. L'importance de la psychomotricité pour le cours et la prognose des psychoses endogènes.

L'importance biologique de la corrélation entre la conformation du corps et le caractère, ainsi que des types constitutionnels de *Kretschmer*. La notion de la psychomotricité, comme typologie expérimentale. L'importance de la psychomotricité pour déterminer le profil psychique de l'homme sain et physiquement malade. L'analyse de la nature psychomotricité de l'homme. Le rythme comme l'expression psychomotricité. Les résultats des recherches expérimentales du temps psychomotricité et d'autres valeurs psychomotricités selon les types de *Kretschmer* dans le laboratoire pour les réchers psychomotricités dans la clinique de Marbourg. L'écriture

et la démarche comme l'expression de la psychomotricité. Leur analyse. La motricité générale de tout le corps et de la main. La constatation de l'expérience par 4 histoires de la maladie des types divers par la race et le territoire. La valeur de la psychomotricité pour noter la ligne vitale de l'homme sain, après la base de sa capacité psycho-physique en cas d'une maladie pour son cours et la pronostic. La capacité psychomotricité dans les qualifications du travail de ceux qui ont recouvert la sa santé dans les maisons de santé.

M. Bornsztajn. Sur les états maniaques chroniques de l'âge avancé.

L'auteur décrit 4 cas de la manie chronique chez des femmes à l'âge avancé et fait des conclusions suivantes: 1) Des états maniaques en âge avancé qui durent très longtemps (8, 10, 12 ans) ne présentent pas tous les mêmes caractères cliniques et ne sont pas de la même origine. 2) Il y a des états maniaques en âge avancé qui se développent chez des personnes chargées d'une constitution psychophysique maniacale et en conséquence ne se distinguent pas des cas maniaques aigus quant à la structure clinique. Ce n'est que la durée de la maladie qui consiste la différence et que les symptômes cardinaux (la fugue des idées et le détournement de l'attention) sont atténués et surtout qu'ils sont monotones et stéréotypiques. 3) Sauf les cas ci-dessus il y a en âge avancé des cas maniaques de longue durée qui diffèrent du type ci-dessus par les caractères suivants: a) la maladie éclate pour la première fois en âge avancé (après 50); b) il n'y a pas dans l'anamnèse pas un mot de la cyclothymie; c) la syntonie si caractéristique pour la première catégorie des cas maniaques est ici très peu prononcée, l'intérêt pour l'ambiance n'est qu'apparent et la monotonie et la stéréotypie des états d'excitation, du langage, des bonmots est du degré énorme. La gaieté n'est qu'apparente, c'est une caricature de la gaieté, c'est une grotesque, une bouffonade; d) dans un des cas de l'auteur il y a même des symptômes qui rappellent à des symptômes schizophréniques. 4) En résumé il y a des cas maniaques de l'âge avancé qui ne peuvent pas être placés dans les cadres de la psychose maniaco-dépressive et prennent peut-être au point de vue clinique une place spéciale

J. Nelken. Troubles nerveux et psychiques dans un cas de blessure du crâne. Cas VII. Suicide double.

L'auteur décrit un cas de double suicide. Un homme, né en 1893, un employé, après avoir écrit avec sa femme des lettres, ou ils

exposent tous les deux leur désir de se suicider, part avec sa femme à la campagne et la bas dans le pré il tue sa femme avec des balles de revolver et se tire ensuite une balle dans la tête. Transporté à l'hôpital après l'opération il guérit. Mais cependant ses facultés cérébrales sont diminuées par suite de la lésion du cerveau. Quelques années avant la tentative du suicide cet homme fut soigné deux fois à l'hôpital pour la syphilis cerebro-médullaire. Il a suivi alors le traitement spécifique ainsi que le traitement par l'impaludation. Les troubles psychiques organiques, dont il est atteint, ont le caractère de démence épileptique. Mais le malade n'a jamais eu d'attaque épileptique et ne présente pas de signes de paralysie générale. L'analyse de l'amnésie rétrograde démontre que la mémoire de ce malade n'est pas la même en ce qui concerne sa femme et lui-même: dans ce dernier cas l'amnésie est beaucoup plus durable est plus étendue. La différence entre ces deux amnésies déterminée cependant par le même traumatisme, démontre que l'altération de la substance cérébrale n'occasionne dans ce cas que la prédisposition à l'amnésie rétrograde. La persistance et l'étendue de l'amnésie dépend des facteurs psychiques catatymiques, qui sont liés avec le mécanisme instinctif biologique de la personne. Il est intéressant que le malade a fait au cours de cette psychose organique un érysipèle assez grave de la tête et du tronc. Son délire pendant l'érysipèle fait objet d'une autre publication qui va paraître prochainement. Il faut noter seulement que l'érysipèle n'a pas eu d'influence sur les troubles neuropathiques existants. Au contraire elle a eu un effet favorable sur les troubles neuropathiques antérieures, dépendants de la syphilis cerebro-médullaire, effet semblable à celui obtenu par la fièvre intermittente, qui lui a été inoculé jadis.

L'opinion médico-légale dans ce cas par rapport au crime commis (meurtre de sa femme) a constaté, que la responsabilité du coupable est diminuée par la disposition neuropathique et par suite du manque de résistance aux suggestions de sa femme. Par suite de sa psychose organique déterminée par la lésion du cerveau il ne pourra pas prendre part à l'avenir dans les procédés de la cour. Le tribunal après avoir examiné l'affaire, l'amortit, se basant sur l'opinion médico-légale et en rapport avec le fait indiscutable, que l'accusé avait l'intention de commettre un suicide au commun avec sa femme.

S. Borowiecki. Les rapports entre l'individu et le milieu dans les névroses. (Introduction à l'étude des névroses).

La constatation des dispositions héréditaires dans les névroses est particulièrement difficile. Aux efforts tout à fait justifiés à trouver

cette disposition pour chaque névrose s'oppose la tendance à analyser des influences du milieu et des facteurs extérieurs. Dans la conception plus extrême se présente le problème, *dans quelle mesure chacun de nous peut être sujet à chaque névrose*. S'il s'agit de l'hystérie, les expériences de la guerre paraissent nous apprendre que même un individu bien portant peut être affecté de l'hystérie dans certaines conditions. Il n'est pas prouvé que les situations extérieures puissent suffire pour provoquer chez quelqu'un des obsessions. *Stekel* prétend néanmoins qu'après la guerre l'hystérie est moins fréquente et les obsessions se rencontrent plus souvent.

Ce sont *les névroses de guerre et névroses traumatiques*, qui présentent un vif et toujours actuel exemple de l'influence des facteurs extérieurs. Ces névroses, qu'on peut envisager comme une grande expérience de la nature, nous permettent même d'observer la variabilité du tableau de la névrose en dépendance de la situation, dans laquelle le malade se trouve.

L'élargissement remarquable de la conception du traumatisme psychique, qui rapproche des émotions de grande intensité aux influences moins intenses, mais souvent répétées, voilà sans doute l'acquisition la plus importante des observations et des recherches sur les névroses de guerre et les névroses traumatiques. Mais l'élargissement de la conception du traumatisme l'a rendu en même temps plus relative et nous a obligé dans les cas particuliers de nous rendre compte des antécédents du traumatisme autant que de tout ce qui l'a suivi (l'instance d'indemnité, la grève, la misère etc.). Il est devenu nécessaire de discerner dans des larges limites de la névrose traumatique la réaction consécutive au traumatisme et les réactions, qui l'ont précédé ou suivi plus tard. L'étude approfondie des névroses de guerre et des névroses traumatiques a effacé les différences entre ces névroses et syndromes postcommotionnels, postémotionnels, hystériques etc. Un coup d'oeil sur l'ensemble des faits concernant la névrose traumatique nous fait conclure *qu'on ne peut qu'exceptionnellement considérer le traumatisme comme la cause unique de la névrose*. Pour apprécier justement le traumatisme il faut se rendre compte *de l'ensemble de la vie* du malade, c'est-à-dire de tous les facteurs possibles.

L'étude des autres névroses nous ramène au même résultat. C'est aussi en relation avec toute la vie du malade, présente et passée, qu'elles doivent être étudiées. Leur comparaison avec la névrose traumatique s'impose à notre attention d'autant plus que la totalité de la vie s'y révèle plus facilement que dans la névrose

traumatique. La théorie du traumatisme psychique, qui a joué autrefois un rôle dominant dans la science des névroses, a fait place peu à peu à la *théorie de la regression*. La dernière théorie est fondée sur la conception de reculement psychique vers l'enfance, qui se développe sous l'influence des commotions, des situations dangereuses et des contrariétés de la vie. Le rôle que jouent dans ces névroses les facteurs actuels—circonstances et situations extérieures—consiste selon cette théorie à *activer le passé individuel*, notamment à rétablir les modes infantiles d'adaptation à la réalité ainsi qu'à faire reparaitre certaines constellations psychiques, caractéristiques de l'enfance. La mort d'une jeune fille, tuée par le foudre, peut être pour son amie un accident accablant, mais en même temps cela peut être pour elle une occasion du relâchement d'un rude travail, qui lui rend possible le retour chez ses parents, c'est-à-dire une réalisation de son inconscient désir d'un caractère regressif.

La *réactivité* qu'on rencontre dans les névroses nous fait défendre dans une certaine mesure le rôle des accidents actuels ou traumatiques, mais le mode des réactions spéciales se laisse expliquer plutôt par *l'attitude de la personne malade envers la réalité et son comportement pendant toute la vie*. Un malade de 36 ans, que j'ai eu l'occasion d'observer depuis 7 ans, avait subi pendant les derniers 14 ans quatre fois des accès de graves phobies sous l'aspect des différents maux du coeur et de l'estomac qui paraissaient dans certaines situations extérieures. Chacun de ces accès était une réaction provoquée par des circonstances de la vie, qui étaient pénibles pour le malade, tout en étant chaque fois différentes. Mais toujours les syndromes et son comportement dans ces différentes périodes restaient *les mêmes*. Dans une analyse minutieuse ce comportement laisse voir l'empreinte d'un conflit — d'un désaccord avec soi-même, qui est inconscient au malade et qui vient de ce qu'il est trop lié avec les parents surtout avec la mère, ce qui lui rend plus difficile la réalisation des devoirs d'un homme adulte. L'inconsciente influence des parents au lieu de l'aider devient pour lui un grave obstacle et une cause des phobies. Si on tient compte de l'ensemble de sa vie, sa phobie se laisse mieux comprendre comme peur de la vie plutôt que par l'angoisse pour le coeur ou pour l'estomac. Plus les reminiscences du passé deviennent actives, plus on peut constater la peur du présent et du futur. Surtout l'analyse des rêves prouve qu'une telle interprétation des symptômes est juste.

Dans les opinions contemporaines nous retrouvons alors partout la conception que la névrose c'est l'expression *d'un conflit entre les*

tendances opposées: tendances conscientes et tendances inaccessibles pour la conscience, mais actives à un haut degré. Cette conception c'est le „behaviorisme" dans le plus vaste sens du mot, qui attribue une plus haute importance au comportement de la personne examinée qu'à sa conscience. Les origines de ce „behaviorisme" doivent être cherchées dans les travaux de Janet et de ces prédécesseurs ainsi que dans les théories concernant la dissociation de la personnalité. Le conflit névrotique a, en règle générale, *l'aspect social*. Il est accompagné toujours d'une position isolée envers l'entourage de famille ou un entourage plus éloigné. Cet isolement est lié étroitement à l'influence rétrécissante du passé et surtout de l'enfance.

On peut définir la névrose aussi comme *une sorte de trouble des rapports avec la société*. La sociabilité s'impose alors comme le plus important but de la thérapeutique. On voit parfois chez les névrotiques des efforts tendants vers ce but, des efforts qui consistent ici dans les travail compensateur des rêves. La névrose fait donc reculer l'individu, mais parfois elle paraît aider à trouver la juste voie de la vie.

R. Dreszer. — De l'induction psychique normale et pathologique.

L'auteur traite quatre cas de contagion mentale du point de vue de classification et de psychopathologie. Ces cas furent le point de départ des considérations théorétiques sur la suggestion et de l'induction psychique. Suivant la théorie de Mazurkiewicz, l'auteur esquisse le développement de l'influence psychique réciproque des êtres (appelée par Dumas „interpsychologie"), en considérant la suggestion, observée aussi chez les animaux, comme élément inférieur, primitif de cette interpsychologie et l'induction psychique comme son expression la plus différenciée. La suggestion est chez les animaux un phénomène psychique génotypique, héréditaire, et par sa spontanéité ressemblant à la réaction réflexe. Chez l'homme elle devient déjà un phénomène phénotypique par son passage dans l'écorce cérébrale, sans pourtant perdre son caractère de spontanéité. Ce n'est que l'induction psychique qui est un phénomène psychique par excellence humain par sa continuité et sa complexité. Trois éléments conditionnent le caractère pathologique de la suggestion ainsi que de l'induction psychique: 1) la maladie mentale de la personne qui suggère (influe), 2) le caractère pathologique de l'idée suggérée (influée), 3) la construction psychique de la personne suggérée (influée). Dans une analyse détaillée de ses cas l'auteur constate enfin,

que ce n'est que la folie imposée que l'on peut considérer comme folie à deux, et il termine par l'opinion de Bleuler, que l'on ne peut parler de la folie à deux là, où existe une maladie psychique essentielle.

W. Łuniewski. Les sentiments moraux et la signification de leur absence idiopatique dans la psychopathologie humaine.

Sommaire:

Introduction: „moral insanity" et „delinquente nato". Manque de la moralité, comme signe pathologique. Instinct de la sympathie et ses perversions. La signification biologique et sociologique des sentiments éthiques. La psychologie des sentiments éthiques. Les perturbations de la sympathie chez l'enfant.

Le substrat successional et constitutionnel des sentiments de la sympathie; la schizophrénie, la cyclothymie, l'épilepsie; l'immoralité dans les perturbations psychiques postencéphaliques. Les sentiments moraux des oligophrènes. Absence des sentiments moraux dans les perturbations des instincts: algolagnie. Le tempérament athymique. La kryerothermie (la frigidité de la sympathie) dans la casuistique psychiatrique, sa signification médico-légal.

Si la notion de la „moral insanity" doit être conservé encore dans la psychopathologie, il faut la distinguer de beaucoup d'états pathologiques, qui sont accompagnés par l'immoralité et la préciser par des signes biologiques.

L'auteur essaye de préciser les différentes formes d'immoralité, qui se manifestent dans la schizophrénie, la cyclothymie, l'épilepsie, dans les perturbations psychiques postencéphaliques et chez les oligophrènes. Le signe cardinal de la „moral insanity" des auteurs anciens consiste dans la manque inné du sentiment de la sympathie et s'exprime par le tempérament. Le tempérament athymique de ces malades, qui se manifeste par la froideur de la sympathie montre beaucoup de signe de la constitution asyntonique, mais differt de la schizophrénie.

Dans quelques circonstances la frigidité de la sympathie (la kryerothermie) peut être utile pour le sujet et parfois aussi pour la société, dans la plupart des cas elle est extrêmement nuisible et dangereuse. L'expertise médico-légale de l'état pure de la kryerothermie est particulièrement grave et reste une question ouverte; elle montre l'inefficacité des mesures pénales vis-a-vis des types humains des plus dangereux,

J. Konorski et S. Miller. Les réflexes conditionnels de l'analysateur moteur (Exposé sommaire).

¹⁾ Le travail complet paraîtra dans le prochain numéro des Annales Psychiatriques Polonaises sous le titre: La base physiologique de la théorie des mouvements acquis.

Les auteurs se basant sur des expériences personnelles et des données théoriques conduent que le réflexe conditionnel de Pawlow n'est pas le seul mécanisme essentiel de la fonction de l'écorce cérébrale.

Le réflexe moteur conditionnel qu'ils ont obtenu diffère sensiblement du réflexe conditionnel de Pawlow et ne peut être complètement identifié avec ce dernier.

L'explication du mécanisme de ce réflexe conditionnel exige une revision des idées actuelles sur l'enraiment actif et place la classification des phénomènes corticaux introduit par le professeur Pawlow sur un tout autre plan.

H. Halban. La classification des crises convulsives, d'après les connaissances actuelles sur les fonctions de l'écorce cérébrale et des noyaux sous-corticaux, avec démonstration d'un cas de crises d'origine sous-corticale.¹⁾

L'auteur présente et propose une nouvelle classification des crises épileptiques, basée sur des considérations théorétiques et sur des observations cliniques, en les divisant en deux groupes principaux: I.) Le crises d'origine corticale II.) Le crises d'origine sous-corticale.

Dans le *premier groupe*, l'excitant agit primitivement sur une partie limitée de l'écorce, et produit: 1) de crises localisées du type Jacksonien, qui peuvent-être purement motrices (cloniques), purement sensibles, ou bien sensibles et motrices en même temps. L'action de l'excitant ne se transfère pas dans ce cas sur les autres parties du cerveau. 2) des crises motrices cloniques et toniques localisées, si l'action de l'excitant primitif se transfère de la partie excitée de l'écorce, sur le foyer („focus") sous-cortical correspondant. 3) des crises cloniques et toniques généralisées, avec perte de connaissance, si l'action de l'excitant passe de l'endroit de son action primitive sur une partie plus large de l'écorce et sur les foyers sous-corticaux.

Dans le *second groupe*, l'excitant agit primitivement sur une partie limitée de l'appareil sous-cortical, et produit analogiquement: 1) des crises de spasmes toniques, qui correspondent aux crises Jacksoniennes, avec ou sans manifestations sensibles, ou bien rien que des manifestations sensibles, ce que dépend de l'excitation des noyaux basaux moteurs seuls, ou ensemble avec le thalamus, ou enfin du thalamus seul. 2) de crises motrices toniques et cloniques

¹⁾ Présenté communément avec M. le Prof. Rothfeld J. au Congrès de neurol. allem. Dresden 1930 (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 116).

localisées, si l'action de l'excitant se transfère du foyer sous-cortical sur le foyer („focus") cortical correspondant. 3) des crises de spasmes toniques généralisés, si l'action de l'excitant passe du lieu primitif sur l'appareil sous-cortical entier.

Dans les crises sous-corticales généralisés: a) produit l'excitant, qui causa des spasmes sous-corticaux généralisés et se transfère sur l'écorce, fréquemment une crise épileptique complète, avec des spasmes cloniques à la fin de l'attaque. Un symptôme striaire constitue dans ces cas les phénomènes prémonitoires (l'aura). b) dans des cas rares, survient après la généralisation des spasmes sous-corticaux, une excitation de l'écorce dans la sphère du nerf facial.

Au lieu des spasmes toniques, peuvent se présenter dans toutes les crises d'origine sous-corticale d'autres symptômes striaires. Certains complexes non-spasmodiques, comme la narco-, gelo- et orgasmolespie, constitueraient dans les cadres de cette classification, une épilepsie partielle, sous-corticale,

L'auteur rattache à la classification exposée, la présentation d'un cas rare, qui servirait d'exemple de spasmes sous-corticaux spontanés, se laissant aussi provoquer cependant par des excitations sensibles. Ces spasmes se bornent à une ou l'autre extrémité, ou se généralisent; à la fin de l'attaque, paraissent exceptionnellement des spasmes cloniques du visage. Ce cas serait donc un exemple des états spasmodiques cités sous II, 3, b. de la classification.

	Str.
1. <i>B. Bornstein.</i> —Badania nad porażeniem postępującem u żydów.	1
2. <i>K. Mikulski i A. Liszka.</i> — O niewyzyskanych źródłach zimnicy leczniczej.	28
3. <i>J. Fraenklowa.</i> —Leczenie umysłowo chorych przy pomocy trwałego snu.	54
4. <i>A. Wirszubski.</i> — Zespół nerwowo-psychiczny na tle zezadzenia.	62
5. <i>M. Demianowska.</i> — Przyczynki do symptomatologii płatów czołowych.	68
6. † <i>K. Okuszek.</i> — Podświadomość i jej stosunek do stanów świadomych.	86
7. <i>H. Katzówna.</i> — Znaczenie psychomotoryki dla przebiegu i prognozy psychoz endogennych.	103
8. <i>M. Bornsztajn.</i> — O przewlekłych stanach manjakałnych wieku podeszłego.	115
9. <i>J. Nelken.</i> —Zaburzenia nerwowe i psychiczne po postrzale głowy w celu samobójczym. Przypadek VII. Samobójstwo rozszerzone.	135
10. <i>S. Borowiecki.</i> — Stosunek jednostki do otoczenia w nerwicach.	173
11. <i>R. Dreszer.</i> — O normalnej i patologicznej indukcji psychicznej.	208
12. <i>W. Łuniewski.</i> — Uczucia moralne i znaczenie samoistnego ich braku w patologii psychiki ludzkiej.	231
13. <i>J. Konorski i S. Miller.</i> — Odruchy warunkowe analizatora ruchowego.	308
14. <i>H. Halban.</i> — Podział napadów kurczowych wedle obecnych wiadomości o funkcji kory i podkory.	313
15. Kronika psychiatryczna.	319
16. Wspomnienia pośmiertne.	322
17. Polska Bibliografia psychiatryczna za rok 1931.	323
18. XII. Zjazd Psychiatrów Polskich.	329
19. Książki nadesłane do redakcji.	331

R É S U M É S.

1. <i>B. Bornstein.</i> — La paralysie générale chez les juifs.	332
2. <i>K. Mikulski et A. Liszka.</i> — Les sources inexploitées du paludisme thérapeutique.	333
3. <i>J. Fraenklowa.</i> — Traitement des aliénés au moyen du sommeil permanent (narcose).	334
4. <i>A. Virchubski.</i> — Complex neuro-psychique comme suite d'une asphyxie par la fumée du charbon (CO)	335
5. <i>M. Demianowska.</i> — Contribution à la symptomatologie des lobes frontales	336
6. † <i>K. Okuszek.</i> — L'inconscient et son rapport aux états conscients	337
7. <i>H. Katz.</i> — L'importance de la psychomotricité pour le cours et la prognoze des psychoses endogènes	337
8. <i>M. Bornsztajn.</i> — Sur les états maniaques chroniques de l'âge avancé	338
9. <i>J. Nelken.</i> — Troubles nerveux et psychiques dans un cas de blessure du crâne. Cas VII. Suicide double	338
10. <i>S. Borowiecki.</i> — Les rapports entre l'individu et le milieu dans les névroses. (Introduction à l'étude des névroses)	339
11. <i>R. Dreszer.</i> — De l'induction psychique normale et pathologique	342
12. <i>W. Łuniewski.</i> — Les sentiments moraux et la signification de leur absence idiopathique dans la psychopathologie humaine	343
13. <i>J. Konorski et S. Miller.</i> — Les réflexes conditionnels de l'analyseur moteur (Exposé sommaire)	343
14. <i>H. Halban.</i> — La classification des crises convulsives, d'après les connaissances actuelles sur les fonctions de l'écorce cérébrale et des noyaux sous-corticaux avec démonstration d'un cas de crises d'origine sous-corticale.	344

